

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyrlometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**

*Sociální práce s rodinou*

Alžběta Oulehlová

Význam multidisciplinární spolupráce v nemocnici  
z pohledu blízkých osob/rodin a sociální práce

Diplomová práce

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

2022

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

.....

Alžběta Oulehlová

## **Poděkování**

Mé poděkování patří PhDr. Mgr. Liboru Novosádovi, Ph.D. za odborné vedení, trpělivost a ochotu, kterou mi v průběhu zpracování diplomové práce věnoval.

Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří mi věnovali čas a dali důvěru pro uskutečnění výzkumu a mojí rodině, která mě při psaní práce maximálně podporovala.

# Obsah

Úvod.....	6
1. Sociální práce ve zdravotnictví.....	7
1.1. Vývoj sociální práce ve zdravotnictví .....	7
1.2. Současné pojetí sociální práce ve zdravotnictví .....	8
1.3. Koordinovaná rehabilitace .....	9
1.4. Sociální práce a její role ve zdravotnictví.....	11
1.4.1. Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví.....	13
1.4.2. Legislativní ukotvení sociální práce ve zdravotnictví .....	15
1.4.3. Vzdělávání sociálních pracovníků ve zdravotnictví .....	16
2. Klienti zdravotnických zařízení z pohledu sociální práce .....	18
2.1. Sociální události spojené s problematikou.....	18
2.1.1. Zdraví.....	19
2.1.2. Nemoc .....	20
2.2. Typologie klientů .....	22
2.3. Teorie a metody sociální práce .....	23
3. Multidisciplinární spolupráce zdravotně sociálních pracovníků .....	29
3.1. Význam multidisciplinární spolupráce v sociální práci.....	30
3.2. Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu .....	33
VÝZKUMNÁ ČÁST .....	37
4. Výzkum.....	37
4.1. Strategie výzkumu a metoda sběru dat .....	37
4.2. Výzkumný cíl.....	38
4.3. Výzkumný vzorek.....	39
4.4. Analýza sběru dat.....	39
4.4. Výsledky výzkumu .....	41
4.4.1. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení a jeho role .....	41

4.4.2.	Specifika klientů .....	44
4.4.3.	Vliv sociální práce na zdraví klientů .....	48
4.4.4.	Využití multidisciplinární spolupráce.....	49
4.5.	Diskuze .....	52
	Limity práce.....	56
	Závěr .....	57
	Bibliografický seznam .....	59
	Seznam obrázků.....	67

## Úvod

Tématika sociální práce v nemocnici je veřejností velmi přehlížena a spolu s tím i význam multidisciplinární spolupráce. Sociální pracovník, který působí ve zdravotnickém zařízení, je součástí multidisciplinárního týmu, který usiluje o uzdravení člověka. Tato spolupráce má nepochybně velký vliv na zdravý vývoj a kvalitu života klientů.

Přestože sociální a zdravotní péče mají společný cíl, kterým je návrat a zapojení člověka do společnosti, tak se ne vždy daří těmto dvěma oborům efektivně komunikovat ke zlepšení zdravotního stavu klientů. Sociální pracovník se v nemocnici setkává s klienty s onemocněním různého charakteru, proto je velmi důležitý individuální přístup. Rovněž sociální pracovník koordinuje další potřebné kroky a návazné služby, a to i v případě rapidního zhoršení stavu klienta. Sociální pracovník je jedním z prvních odborníků, se kterým klient v nemocnici začíná spolupracovat, po celou dobu hospitalizace spolu řeší aktuální situaci a možnosti pomoci, někdy spolupráce pokračuje i po propuštění z nemocnice.

Toto téma jsem si vybrala na základě zkušeností z odborné praxe ve Vojenské nemocnici Olomouc, kde jsem si uvědomila, jaký význam má komplexní pomoc sociální práce ve zdravotnictví. Zároveň vnímám, že je význam této pozice často opomíjen, a tak jsem se chtěla zaměřit na zvýšení povědomí o sociální práci ve zdravotnictví všem pomáhajícím profesím.

Cílem práce je zmapovat, jaké role zaujímá sociální pracovník při práci s rodinou, jejíž člen je v nemocnici a zda má sociální práce vliv na zdraví, zejména na kvalitu života těchto osob. Dílčím cílem práce je zaměřit se na význam multidisciplinární spolupráce v nemocnici z pohledu sociální práce.

Práce je rozdělena na konceptuální a výzkumnou část, kdy ta konceptuální část zahrnuje seznámení s danou problematikou, její základní relevantní teorie a pojmy. Vymezuje se zde současný stav sociální práce ve zdravotnictví, psychosociální dopady nemoci na klienta/pacienta a multidisciplinární tým. Výzkumná část obsahuje kvalitativní šetření, prováděné polostrukturovanými rozhovory se sociálními pracovníky ve Fakultní nemocnici Olomouc a Vojenské nemocnici Olomouc

# 1. Sociální práce ve zdravotnictví

Tato kapitola se zaměřuje na role sociálního pracovníka ve zdravotnictví při práci s rodinou, jejíž člen je hospitalizován. Každé zdravotnické zařízení potřebuje sociální a zdravotně sociální pracovníky, jelikož ti spolu s odborníky mezioborových týmů, usilují o kvalitní a komplexní péči o klienty zdravotnických zařízení. Aby péče o pacienty nemocničních zařízení byla komplexní, tak musí kvalitně fungovat spolupráce členů odborného týmu, do kterého patří sociální pracovník (Kuzníková, 2011).

## 1.1. Vývoj sociální práce ve zdravotnictví

V tradiční společnosti byla pomoc potřebným zajišťována primárně rodinou, komunitou, popřípadě církví. Nicméně stejně, jak se měnila společnost, tak se měnily i její potřeby a očekávání. Některé funkce rodiny a komunit, jako například vzdělání, výchovu, léčbu apod., postupně začaly přebírat formální organizace. Modernizace s sebou přinesla propojení sociální práce se státem s cílem obecného blaha. Dnešní společnost se tedy odlišuje od tradiční společnosti tím, že očekává mnohem větší podporu státu (Matoušek 2001, str.13 – 14). Mnoho autorů (Křivohlavý, 2009, Bártlová, 2003, Kapr, Koukola, 1998) však zmiňuje, že rodina má stále významnou roli v rámci širšího sociálního prostředí, které má velký vliv na celkový zdravotní stav nemocného.

Základ sociální práce ve zdravotnictví položily protiepidemické činnosti sociální práce (Beder in Kuzníková, 2011). Sociální a zdravotničtí pracovníci museli reagovat na dopady industrializace a urbanizace 19. století (Navrátil, 2000, str. 5 – 6), přesněji na zhoršení hygienických podmínek v přeplněných městech. Kuzníková (2011) ve své publikaci poukazuje na zásluhy Jane Addams a Richarda C. Cabbota, kteří pomáhali pacientům s TBC a zasloužili se o prevenci a kontrolu šíření syfilis.

Sociální práce se v průběhu 20. století postupně propojuje se zdravotnictvím a navazuje na systémy sociálního i zdravotního zabezpečení. Začínají se tak utvářet první národní společnosti sociálních pracovníků (Matoušek, 2001, s. 101 – 102).

První specializace sociální práce ve zdravotnictví se v zahraničí začínají utvářet na začátku 20. století, kdy se v Bostonské všeobecné nemocnici shromažďují zdravotní sestry, které působí jako zdravotně sociální pracovnice (Brieland, 1994). Rovněž tak díky sociálním pracovníkům z nemocničního prostředí vzniká na území našeho státu v roce 1918 první profesní organizace sociální práce. Spolu s tím vzniká také Vyšší škola sociální práce, která se zaměřuje na odborné poradenství pro sociální práci v nemocnici (Kuzníková, 2011).

První profesionalizace sociální práce ve zdravotnictví přichází se zaváděním standardů a schémat činností (Matoušek, 2011, 101-102). Matoušek ve své knize popisuje také přejímání medicínského jazyka do sociální práce.

Sociální práce se tak v průběhu 20. století postupně propojuje se zdravotnictvím, navazuje na systémy sociálního i zdravotního zabezpečení a začínají se utvářet první národní společnosti sociálních pracovníků (Matoušek, 2001, 101-102).

## **1.2. Současné pojetí sociální práce ve zdravotnictví**

Zdravotně sociální práce je stejně jako sociální práce profesionální aktivita, která vytváří podmínky pro rozvoj a lepší využití zdrojů jednotlivců, skupin, komunit a společnosti prostřednictvím komunikace a výzkumu. Cílem je ochránit a posílit znevýhodněné a ohrožené skupiny či jednotlivce ve společnosti (Květenská, 2009, s. 12).

Kuzníková (2011) popisuje sociální práci ve zdravotnictví jako různorodou a rozmanitou aktivitu, jejíž smyslem je v pomoci klientovi nebo jeho rodině odstranit či zmírnit negativní sociální důsledek nemoci. Pro tento proces pomoci je důležitý holistický, neboli celistvý přístup. Dle Kodymové a Koláčkové (2005, s. 99) je pro kvalitní praxi sociální práce potřeba znát faktory, které ovlivňují život klientů. Jde o faktory z oblastí: biologické, psychologické, sociální a spirituální (Hodge, 2006, s. 317). Mastiliaková (2010, s. 10) rovněž uvádí význam holistického posouzení v ošetrovatelství, kdy jsou všechny výše zmíněné oblasti vzájemně propojeny a cokoliv, co působí na jednu z oblastí, ať už negativně či pozitivně, ovlivňuje ostatní oblasti. Uvádí dokonce, že biologické obtíže jsou finálním produktem psychosociálního stresu.

Úkolem sociální práce ve zdravotnictví je dle Kluzníkové (2011) „Využití vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.“

Sociální práce ve zdravotnictví tedy prolíná sociální a zdravotní práci. Tyto dva obory se navzájem obohacují v odlišných a vzájemně neslučitelných systémech. Sociální práce ve zdravotnictví je nezbytným prvkem léčebného a ošetrovatelského procesu v rámci komplexní léčby. Právo na sociální pomoc má každý jedinec ve zdravotnickém zařízení (Marková a Šlenkrťová, 2008). Nutnost obstarat sociální péči při poskytování a zajišťování péče zdravotní zmiňuje i Vurm (2007, s. 30). Vedle posouzení situace klienta je nepochybně potřeba komplexnost péče v medicíně, tedy nutnost propojení spolupráce všech členů odborného týmu, kam spadá právě i sociální pracovník. Práce sociálního pracovníka ve



zdravotnictví bývá v našich zdravotnických zařízeních ostatními zdravotníky nedoceňována (Kuzníková, 2011, s. 23.)

V praxi může docházet k záměně pracovní náplně sociálního a zdravotnického pracovníka. S tím se pojí často diskutovaná otázka, zda je nutné, aby byl sociální pracovník vzdělán ve zdravotnictví. Propojení sociální a zdravotnické péče bylo ukotveno legislativou Ministerstvem zdravotnictví České republiky, avšak rozpoutalo debaty mezi sociálními pracovníky se zkušenostmi z rezortu zdravotnictví, o potřebě vzdělání v oblasti zdravotnictví pro profesionální výkon sociálního pracovníka (Kuzníková, 2011, s. 19 - 20).

Dle Musila (2008, s. 60) vládne nejasnost a nevědomost o tom, kdo to sociální pracovník ve zdravotnictví vlastně je, tudíž je za něho považován každý pomáhající pracovník, ale zároveň nikdo.

### **1.3. Koordinovaná rehabilitace**

Sociální rehabilitace je jednou ze služeb definovaných v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů: „*Sociální rehabilitace je soubor specifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí. Sociální rehabilitace se poskytuje formou terénních a ambulantních služeb, nebo formou pobytových služeb poskytovaných v centrech sociálně rehabilitačních služeb.*“ Laická veřejnost, ale i poskytovatelé zdravotních a sociálních služeb, chápou pojem „rehabilitace“ jako fyzioterapii, elektroterapii a balneoterapii a o jejich dalších složkách nemají povědomí. V praxi to znamená, že koncept koordinované rehabilitace není dostatečně využíván (Emmerová, In MPSV, 2012).

Koordinovaná rehabilitace není v českém prostředí novou disciplínou, objevuje se již začátkem minulého století. Krhutová (2017) popisuje, že jsou více než rehabilitační uplatňovány pasivní sociální systémy. Pro příklad uvádí skutečnost, kdy člověk v produktivním věku, aniž by vyčerpal všechny možnosti rehabilitačních intervencí, začíná dříve pobírat invalidní důchod, další dávky a služby systému sociální ochrany.

V současné době Ministerstvo práce a sociálních věcí řeší koncept návrhu věcného záměru zákona o koordinované rehabilitaci. Jde o přepracování záměru konceptu ucelené rehabilitace, který nebyl schválen. Hlavním koordinátorem celého procesu rehabilitace je úřad práce České republiky (Válková, In MPSV, 2012). Přijmutí zákona O koordinované

rehabilitaci představuje výrazný kvalitativní skok ve zdravotně – sociální péči. Rehabilitace prokazatelně snižuje následky nemoci nebo zranění, snižuje potřebu zdravotnické péče a v neposlední řadě zlepšuje zdraví a kvalitu života jedinců.

Krhutová (2017) popisuje systém koordinované rehabilitace jako: *„včasné, kombinované, provázané, plynulé, koordinované a součinné nastavení a využívání zdravotnických, sociálních, pracovních, vzdělávacích, technických, technologických a dalších prostředků za účelem udržení či zvýšení kvality života člověka se zdravotním postižením.“*

Novosád (2011) definuje koordinovanou rehabilitaci jako: *„Aktuální, perspektivní přístup ke komplexní a adresné podpoře lidí s tělesným postižením.“*

World Health Organization (2006) popisuje koordinovanou rehabilitaci jako soubor opatření, které směřují k co nejrychlejší resocializaci člověka s postižením, úrazem, vrozenou vadou. Resocializace je návrat do aktivního společenského života. Rehabilitace se musí řídit jednotnými principy, kterými jsou: včasnost, komplexnost, návaznost a koordinovanost – dostupnost, individuální přístup, multidisciplinární posouzení a součinnost.

Pfeiffer, Votava, Jesenský a Novosád (2012, s.14) považují koordinovanou rehabilitaci za kombinované a koordinované využití léčebných, sociálních, psychologických, výchovně vzdělávacích a technických prostředků a postupů k výcviku jedince za účelem znovuzískání a upevnění nejvyšší možné výkonnosti, funkční schopnosti a soběstačnosti v postižení či nemocí dotčených oblastech života i ke stabilizaci zdravotního stavu jedince.

Válková a Dembinný (2012, s. 44) popisují podmínky, které musí koordinovaná rehabilitace splňovat:

- Nemocný musí být dokonale informován lékařem o možnostech všech typů rehabilitace, jeho informovaný souhlas je potřeba pro realizaci komplexní a koordinované rehabilitace
- Včasnost, komplexnost, návaznost, koordinovanost, dostupnost, individuální a psychologický přístup, opakované a závěrečné multidisciplinární posouzení, součinnost všech poskytovatelů

Koordinovaná rehabilitace má několik forem: léčebná, již zmiňovaná sociální, vzdělávací, pracovní, volnočasová a psychická. Základem rehabilitačního procesu je léčebná rehabilitace. Sociální segment koordinované rehabilitace obsahuje péči o zajištění soběstačnosti v běžném životě v domácnosti, péči o hygienu, přiměřené oblékání podle sezonních období, druhu činnosti apod. Jsou zde procvičovány etické normy – zásady

slušného chování, zásady chování u stolu apod. V neposlední řadě je třeba zmínit i paliativní rehabilitaci, která je realizována v hospicích (Emmerová, In MPSV, 2012). Dle Novosáda (2011) stojí koordinovanost jak na propojení a sladění aktivit, aby byly ku prospěchu rehabilitujícího jedince, tak na jasném definování multidisciplinární spolupráce.

Koordinovaná rehabilitace je zajišťována multidisciplinárním týmem a stojí na respektu člověka jako vícevrstevného celku. Jde o respekt biologické, psychologické, sociální i spirituální dimenze a sociální pracovník je k tomuto celistvému pojetí vázán deklarováním Etickým kodexem: *„jednat s každým člověkem jako s celostní bytostí – sociální pracovníci se zajímají o celého člověka v rámci rodiny, komunity a společenského a přirozeného prostředí a usilují o rozpoznání všech aspektů života člověka.“* (Jankovský, 2015).

#### **1.4. Sociální práce a její role ve zdravotnictví**

Na úvod bych chtěla popsat dva obory, které bývají v praxi často zaměňovány. V české literatuře se v souvislosti se sociální prací ve zdravotnictví setkáváme se dvěma pojmy, se zmiňovaným termínem *„Sociální pracovník ve zdravotnictví“*, ale i s termínem *„Zdravotně sociální pracovník“*. Rozdíl mezi těmito pojmy vymezuje legislativa. Sociální pracovník ve zdravotnictví je sociální pracovník, který získal odbornou způsobilost k výkonu povolání dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Znamená to tedy, že je to sociální pracovník, který je vzdělaný v oblasti sociální práce, nikoliv ve zdravotnictví. Naopak zdravotně sociální pracovník je zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti sociální péče. Svou odbornou způsobilost získal dle zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a vykonává činnosti dle vyhlášky č. 55/2011 Sb. o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Vymezení rolí sociálního pracovníka ve zdravotnictví je pro vykonávání profese sociální práce ve zdravotnictví velmi důležité, jelikož sociální pracovník vstupuje do interakce s klienty, kde zasahuje do jejich soukromí a musí dobře znát své kompetence<sup>1</sup>. Pro vymezení rolí je potřeba znát činnosti a pracovní náplň sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

Kuzníková (2011, s. 47) pojmenovává významnou úlohu sociálního pracovníka jakožto osoby, která zahajuje proces *„zdravotně sociální rehabilitace“*. Cílem tohoto procesu

---

<sup>1</sup> Kompetence je schopnost přenášet znalosti a dovednosti do nových situací v dané oblasti povolání (Matoušek, 2003)

zdravotně sociální rehabilitace je udržení kvality života klientů. Zároveň působí preventivně, napomáhá tomu, aby se klienti nevraceli do zdravotnických zařízení (Novosád, 2000).

Sociální práce ve zdravotnictví usiluje o odstranění nebo alespoň zmírnění negativních dopadů nemoci. Každé zdravotnické zařízení má individuálně nastaveny a aktualizovány pracovní postupy.

Kuzníková (2011) dále uvádí 5 činností sociálního pracovníka ve zdravotnictví. První činností, o které rozhoduje především lékař, je **řešení akutní situace** hospitalizovaných klientů. Další činností je již zmíněná **sociální prevence**. Ta by měla obsahovat zdravotně sociální poradenství a zároveň vyhledávat možné sociální obtíže či potřeby. Další stěžejní činností je **sociální pomoc**, která zahrnuje: sociální poradenství, jednání s institucemi, plánování péče a sociální rehabilitace, řešení finančních záležitostí, spolupráci s příbuznými či blízkými klienta, psychosociální podporu klienta, zprostředkování specializovaných služeb a specializované pomoci. Vrací-li se klient do původního sociálního prostředí, tak je další činností sociálního pracovníka **stanovení sociální anamnézy a prognózy**. Pokud toto navrácení do původního prostředí není možné, sociální pracovník zajišťuje další formy pomoci a připravuje rodinu na očekávané trvalé rapidní zhoršení zdravotního stavu klienta. Poslední činností, kterou Kuzníková (2011) uvádí, je **aplikace metod sociální práce**. Především jde o individuální práci s klientem či rodinou, rodinné terapie, anebo skupinovou práci s klienty a jejich příbuznými.

Celý tento proces činností je založen na **důkladné sociální anamnéze**. V procesu spolupráce sociálního pracovníka ve zdravotnictví a jeho klientů, stojí hned za sociální anamnézou **volba pracovních postupů** na základě teorií a metod sociální práce. Sociální pracovník tedy volí vhodnou intervenci zaměřenou na potřeby klienta. Ať už jde o psychosociální podporu, kde může sociální pracovník například obhajovat potřeby klienta vůči zdravotnické organizaci či sociálnímu okolí, nebo o edukaci klientů či jejich rodin v těch oblastech, ve kterých je potřeba. Může zde jít i o pomoc klientům a okolí porozumět nemoci, její léčbě a jejím důsledkům. Významnou činností sociálního pracovníka může být i poradenství při řešení nepříznivé sociální situace. Nesmíme zapomínat na význam komunikace, kdy je rozhovor s klientem, s pracovním týmem anebo asistence u jakéhokoliv z rozhovorů, velmi užitečná. Sociální pracovník ukončuje spolupráci s klientem **závěrečným vyhodnocení činností**, efektivity pomoci a podpory, popřípadě zpětné vazby a vlastní sebereflexí (Kuzníková, 2011, s. 50 – 52).

Volba vhodné intervence sociálního pracovníka s klientem se odvíjí od zdravotního stavu klienta, od sociálního a rodinného zázemí a v neposlední řadě od dovedností a

teoretických znalostí klienta. Stěžejní záležitostí pro volbu vhodné intervence je individuální sociální práce neboli práce s jednotlivcem. Během rozhovoru s klientem sociální pracovník zjišťuje i sociální a rodinné zázemí, kvalitu vztahů a další možné osoby či aktivity, které by mohly napomoci k řešení situace klienta. Po sociální práci s jednotlivcem přichází na řadu sociální práce s rodinou, kde hraje sociální pracovník podpůrnou roli v posilování rodinného systému. Může také rodinu odkazovat na další služby a organizace. V menším měřítku, ale přece jen, dochází při sociální práci ve zdravotnictví na sociální práci se skupinami a komunitami, což bývá velkým přínosem v oblasti prevence a podpory (Kuzníková, 2011, s. 65).

#### **1.4.1. Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví**

Ačkoliv sociální pracovník musí ke klientovi přistupovat individuálně, jsou zde určité povinnosti, které má sociální pracovník vůči ochraně informací o klientovi. Zásah sociálního pracovníka do života klienta musí být vždy legitimní (Matoušek, 2008, s. 400).

Dále Matoušek (2008, s. 180) uvádí, že role sociálního pracovníka jsou „určité standardy chování“, které se po jedincích očekávají v určité sociální pozici. Také Jandourek (2009, s. 62 – 63) popisuje role jako určité vzorce chování, které jsou společensky vyžadovány a jsou tak řízeny očekáváním druhých. Autor ve své publikaci zmiňuje tzv. konflikt rolí, kdy určitý jedinec nemůže naplnit všechna očekávání vyplývající z jeho rolí, které na něj společnost má.

Sociální pracovník ve zdravotnictví musí bezpochybně mít osvojené velké množství rolí, aby jeho práce měla pozitivní vliv na kvalitu života klientů. Janebová a Musil (2007, s. 50 – 62) zmiňují potřebu systémového pojetí, kdy je vedle práce s potenciálem klienta také potřeba umět pracovat s potenciálem rodiny či širšího sociálního prostředí klienta, čímž se pole rolí sociálního pracovníka také rozšiřuje.

Důležité je pohlížet na klienta a jeho rodinu jako na systém, který se může neustále měnit. Což vede k tomu, že sociální pracovník nezastává při interakci s klientem pouze jednu roli, ale vícero. Sociální pracovník tak musí vyhodnotit, jaká role je v daném okamžiku nejvhodnější. Významné pro výkon sociální práce v nemocnici je také to, umět role od sebe navzájem odlišit (Černý, Chytková, Mazáčová, Šimková, 2015).

Představiteli systémové koncepce sociální práce jsou Pinsuc a Minahanová (Pincis, Minahan, 1973 in Kuzníková, 2011, s. 38), kteří tvrdí, že : „sociální práce se zabývá interakcí neboli vzájemným působením lidí a jejich prostředí.“ Což znamená, že klienti jsou nedělitelnou součástí systémů a v rámci systémů se jejich nepříznivá situace také musí řešit.

Dají se uvést 3 druhy základních systémů a Pincus s Minahanovou přidávají další 4 systémy pro sociální práci:

- Neformální/přirozené systémy pomoci – rodina, přátelé, sousedé, kolegové v práci
- Formální systém pomoci – organizace, asociace, které podporují zájmy svých členů
- Společenské systémy pomoci – školy, nemocnice, programy sociálního zabezpečení
- Systém, který zprostředkovává změnu, což jsou sociální pracovníci a organizace, ve kterých pracují
- Systém klientely, kde je očekávaná podpora od lidí, kteří žádají o službu
- Cílový systém, kde jde o potřebou změnu jedinců
- Akční systém, což je páce lidí a zprostředkovatelů, která vede k dosažení cílů a změn cílového systému.

Řezníček (2000, s. 80) vymezil základní role sociálního pracovníka, které se mohou navzájem prolínat. Velkou roli při výkonu práce zaujímá charakter zařízení, způsob vedení organizace, pracovní náplň nebo také cíl a prostředky programu. Pro práci sociálního pracovníka ve zdravotnictví není možné zvolit jednu výhradní roli.

Sociální pracovník ve zdravotnictví může zaujímat roli pečovatele nebo poskytovatele služby, kde je cílem pomoci klientovi při každodenních činnostech, které v důsledku nemoci není schopen obstarat sám.

Dále může být sociální pracovník zprostředkovatelem služeb, kde je pomoc cílená na získání kontaktů na sociální zařízení, které nabízí možnosti účinné pomoci. Sociální pracovník se zde musí zaměřit na dostupné zdroje pomoci, které odpovídají potřebám klienta.

Sociální pracovník ve zdravotnictví může dále být učitelem sociální adaptace, kdy pomáhá klientům pozměňovat jejich chování pro účinnější řešení jejich problémů.

Sociální pracovník také může být terapeutem či poradcem a pomáhat tak osobnímu růstu klientů tak, aby získali náhled na své postoje, způsoby jednání a pocity.

Případový manažer je další role, kterou může sociální pracovník ve zdravotnictví zaujímat v případě, kdy je potřeba větší množství sociální pomoci. V této pozici usiluje o zajištění a koordinaci služeb tak, aby na sebe navazovaly.

Dále může být sociální pracovník manažerem pracovní náplně, kdy plánuje intervence, sleduje kvalitu poskytovaných služeb a zpracovává o tom informace.

Sociální pracovník ve zdravotnictví může být také personálním manažerem, který zajišťuje supervizi, řízení a konzultace s pracovníky daného zařízení.

Dále může být administrátorem, který plánuje a zavádí pracovní postupy.

Může být i činitelem sociálních změn, kdy se účastní identifikace a řešení širších společenských problémů. Jde o sociální práci, kdy pracovník analyzuje společenské problémy a vyvíjí sociální iniciativu ke změně (Řezníček, 2000, s. 63 – 64).

Trávníčková (2009) ve své publikaci rozlišuje dvě role, které sociální pracovník ve zdravotnictví zastává. Jde o roli **poradce** – při poskytování sociálně právního poradenství a o roli **koordinátora služeb či prostředníka** – při spolupráci s rodinou klienta, s jinými institucemi a odborníky.

#### 1.4.2. Legislativní ukotvení sociální práce ve zdravotnictví

Sociální pracovník ve zdravotnictví má v rámci své profese určité povinnosti vůči zaměstnavateli, které musí plnit. Tyto povinnosti jsou definovány právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy.

Jednou z výše zmíněných činností sociálního pracovníka ve zdravotnictví je sociální poradenství, které je upraveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pro kvalifikované sociální poradenství je však nutná znalost i mnoha dalších právních norem. Sociální pracovník ve zdravotnictví se při výkonu své profese opírá o velké množství legislativních pramenů, a to nejen z oblasti sociálních služeb, ale i z oblasti zdravotnictví. Mezi tyto prameny patří:

- Zákon č. 20/1996 Sb., o péči a zdraví lidu,
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých souvisejících zákonů,
- Zákon č. 551/1991 Sb., o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky,
- Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách,
- Zákon č. 123/2000 Sb., o zdravotnických prostředcích ve znění pozdějších předpisů,
- Úmluva o ochraně lidských práv a základních svobod, sdělení č. 209/1992 Sb., a ústavní zákon č. 2/1993 Sb.,
- Listina základních práv a svobod,
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů,
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů.

Z oblasti sociálních služeb je to již zmíněný:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů,
- a další:
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení a jeho prováděcí vyhláška č. 182/1991, ve znění pozdějších předpisů,
  - Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu,
  - Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi,
  - Zákon č. 117/2006 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů (Kuzníková, 2011, s. 53 – 54).
  - Úmluva OSN o právech OZP (uzákoněna v ČR v r. 2009)

Podmínky pro intervenci sociálního pracovníka v nemocnici jsou podloženy v paragrafu 10, zákona č. 94/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změnách některých souvisejících zákonů – zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění. Činnost sociálního pracovníka ve zdravotnictví je obsažena ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v plném znění. Jsou to činnosti v rámci oblasti prevence, diagnostiky a rehabilitace. Další činností sociálního pracovníka ve zdravotnictví je ošetrovatelská péče, a to především v oblasti uspokojování sociálních potřeb klienta.

### **1.4.3. Vzdělávání sociálních pracovníků ve zdravotnictví**

V první řadě je důležité zmínit, že v České republice je vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků regulováno především zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. Nicméně zdravotně sociální pracovník by měl primárně být sociální pracovník, který poskytuje komplexní pomoc a péči klientům. Tento fakt staví obor sociální práce, který usilovně pracuje na profesionalizaci<sup>2</sup>, rozvoji teorií a metod a rozvoji profesních standardů, do poněkud svízelné situace. Pro sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení není tedy prioritou získat vzdělání v oboru sociální

---

<sup>2</sup> „Profesionalizace znamená směřování k profesi, tedy historický vývoj, kdy na sebe navazují tři vývojové stupně: původně vykonávané a neinstitucionalizované pracovní činnosti, které se později mění v zaměstnání (řemeslo) vykonávané na plný úvazek a sociálně výrazněji ohodnocené, a vývojově nejvyšší stupeň, kterým je profese. Profese je založená na dlouhodobém procesu přijetí teoretického vědění, které je základem profesionální aktivity. Nejde přitom o elitu, která by svým příslušníkům automaticky zajišťovala výsadní postavení, ale o rysy specifické pro určitý druh lidské pracovní činnosti. Lze hovořit o individuální „kvalifikaci“, která umožňuje pracovníkovi udělat si úsudek a odpovědnost, která se netýká vlastního zájmu, ale potřeb klienta. Z tohoto hlediska je každá profese povoláním, avšak každé povolání není profesí.“ (Zajacová, 2017, s. 203)



práce dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, protože legislativa zdravotnického rezortu toto vzdělání nevyžaduje. V této souvislosti hovoří mnoho sociálních pracovníků o nedostatečném vymezení pozice sociálního pracovníka ve zdravotnictví (Kuzníková, 2011, s. 27).

Akreditovaný kvalifikační kurz pořádá akreditované zařízení, kterému byla ministerstvem zdravotnictví udělena akreditace dle zákona č. 105/2011 Sb., k uskutečnění tohoto vzdělávacího programu. Kurz je ukončen závěrečnou zkouškou, která připravuje účastníky k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu. Cílem této akreditace je dle Ministerstva zdravotnictví ČR: *„poskytnout účastníkům kurzu vybrané poznatky z oblasti veřejného zdravotnictví potřebné pro to, aby lépe pochopili systém soustavného a státem organizovaného úsilí o komplexní poznání zdravotního stavu populace a jeho podmínek o vybudování sítě odpovídajících zdravotnických služeb.“*

## **2. Klienti zdravotnických zařízení z pohledu sociální práce**

Důležité pro sociální práci ve zdravotnictví je porozumění psychosociálním dimenzím nemoci, jejím příčinám a vztahu mezi zdravotními a sociálními okolnostmi. Teprve pokud je zajištěna péče jak ve zdravotní, tak i v sociální dimenzi, jsou nastaveny ideální podmínky pro zlepšování zdravotního stavu klienta (Kuzníková, 2012, s. 73). To, jakou sociální pracovník zvolí intervenci, se odvíjí od zdravotního stavu klienta, jeho sociálního a rodinného zázemí a také od dovedností a teoretických znalostí sociálního pracovníka (Kuzníková, 2011, s. 65).

Tato kapitola se tedy zaměřuje na sociální události spojené s danou problematikou, seznamuje s pojmy „zdraví“ a „nemoc“. Dále se soustředí na typologii klientů a teorie a metody sociální práce ve zdravotnictví.

### **2.1. Sociální události spojené s problematikou**

Vědní disciplína, která je velmi významnou pro sociální práci ve zdravotnictví, se nazývá sociální lékařství. Tato disciplína usiluje o propojování zdravotní a sociální problematiky, dále vypracovává návrhy na řešení zdravotně sociálních opatření pro zdravotní politiku státu, usiluje také o rozvoj a zajištění léčebné a preventivní péče, o hygienická opatření a růst ekologické kultury. Návaznost sociální a zdravotní péče zajišťují převážně sociální pracovníci (Kuzníková, 2011, s. 63). Český představitel sociálního lékařství Jan Holčík (2009) se domnívá, že: „to, jaké bude zdraví lidu, závisí nejen na jednotlivcích, ale i na rodinách a dalších formálních a neformálních skupinách, na organizacích i institucích, na veřejném i privátním sektoru, na orgánech veřejné správy a na mezinárodních organizacích.“ Dále tvrdí, že v nemocnicích nevzniká zdraví, tam se napravuje to, co se „pokazilo“. Zdraví podle něj vzniká v rodinách, ve školách a na pracovištích (Holčík, 2008, in Kuzníková, 2011, s. 64).

V sociální práci ve zdravotnictví je problematika psychosociálních aspektů zdraví a nemoci velmi zásadní. Když se ocitne klient/pacient v nemocnici, tak nejprve musí lékař sdělit diagnózu a prognózu onemocnění, dále přistupuje na řadu další ošetřující personál, rodina, širší vztahová sociální síť a také sociální pracovník. Úkolem sociálního pracovníka je zaměřit se právě na psychosociální oblast nemoci a postupnou intervencí pomoci k překonání obtíží a motivovanosti klienta k léčbě a spolupráci, což směřuje ke kvalitnějšímu životu klienta. V sociálním životě lidí jsou zdraví a nemoc velmi úzce propojeny a vzájemně se ovlivňují (Kuzníková, 2011, s. 94 – 95).

### 2.1.1. Zdraví

V dnešní době se setkáváme s různými definicemi zdraví a také různými teoriemi, jak chápat pojem zdraví. Nicméně po mnoha pokusech o jednotnou definici pojmu „zdraví“, se autoři shodují na tom, že jí nelze vytvořit.

*„Existují určitá slova, koncepty, pojetí apod., s jejichž významem spolu nebudou nikdy souhlasit ti lidé, kteří mají odlišnou hierarchii hodnot.“ – W. B. Gallie (in Křivohlavý, 2001, s. 27)*

Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen WHO) definuje zdraví jako: *„stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“* Rozděluje tedy zdraví do tří oblastí – fyzické, mentální a sociální (Machová, Kubátová 2006, s. 9.).

Seedhouse (Seedhouse, 1995, in Křivohlavý, 2001) tuto definici WHO kritizuje, že nastavuje pouze ideál, ale nedefinuje kritéria. Nicméně po letech zkoumání došel k závěru, že pro každého jedince zdraví znamená něco odlišného, a tak je složité vytvořit jednotnou definici. Křivohlavý (2001, s. 40), který vychází ze Seedhouse, vytváří svou vlastní definici zdraví: *„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“*

Křivohlavý (2001) ve své publikaci definuje 7 různých pohledů na zdraví:

#### 1. Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly

Zde autor pohlíží na pojem zdraví holisticky. Zdraví jako síla, která pomáhá překonávat jedinci těžkosti života. Jedinec může podle této síly buď sílit anebo slábnout.

#### 2. Zdraví jako metafyzická síla

Zde je zdraví připodobňováno k vnitřní síle jedince. Jde o životní vitalitu, která pomáhá k dosažení vyšší cílů, hodnot a k uplatnění vlastního potenciálu.

#### 3. Salutogeneze – individuální zdroje zdraví

Zde nezáleží na dílčích komponentech, ale na celkovém, holistickém postoji k životu. Zdraví se opírá o smysluplnost, chápání situací, jejich zvládnutí.

#### 4. Zdraví jako schopnost adaptace

Zde stojí pojem zdraví na schopnosti adaptovat se na měnící se podmínky, nebo na schopnosti přizpůsobit vnější okolí svým potřebám. Člověk, který je zdravý, dokáže reagovat na výzvy života a překonávat potíže.

### 5. Zdraví jako schopnost dobrého fungování

Zde je zdraví chápáno jako dobrá tělesná kondice – fitness. Člověk, který má dobrou tělesnou kondici, zvládá bezproblémově životní situace.

### 6. Zdraví jako zboží

Zde je zdraví chápáno jako komodita – lze ho koupit, prodat nebo případně ztratit, jako například léky v lékárně.

### 7. Zdraví jako ideál

Zde je ideálem nepřítomnost nemoci.

Zdraví je považováno za velmi významnou společenskou hodnotu (Holčík, 2008, in Kuzníková, 2011, s. 93) Faktory, které ovlivňují zdraví lidí a to pozitivně, ale i negativně, jsou nazývány determinantami zdraví.

Kříž (2011) popisuje 4 skupiny determinant zdraví i s procentuální podílem dle WHO. První determinantou je životní styl s procentuálním podílem 50%. Jde o poměr práce a odpočinku, o výživu, o pohyb, o konzumaci škodlivých návykových látek, o sdělení, o strategie při zvládání obtížných životních situací, zvládání stresu, o příjem a ekonomický status. Druhou determinantou s procentuálním podílem 20% je genetický profil, kam patří vedle genetiky také pohlaví a věk. Třetí determinantou, se stejným podílem 20%, je životní pracovní prostředí. To tvoří fyzické prostředí: čistota ovzduší, zdravé a čerstvé potraviny, bezpečnost prostředí, úroveň hluku, pracovní podmínky, zaměstnání, sociální sítě, kultura, tradice. Poslední determinantou, s podílem pouhých 10%, je zdravotní péče. Jde o zdravotnictví a dostupnost lékařské pomoci a preventivních služeb.

## 2.1.2. Nemoc

Autoři Vokurka a Hugo (2004) vysvětlují pojem „nemoc“ jako stav organismu, který vzniká působením vnějších či vnitřních okolností a narušuje tak správné fungování a rovnováhu organismu. Ve výsledné fázi může dojít k poruchám funkcí a struktur orgánů.

Dle Novákové (2011) jsou zdraví a nemoc výsledkem vztahu člověka a prostředí.

V první řadě je důležité vymezit dva pojmy, a to nemoc léčitelná a nemoc chronická. Nemoc chronická je definována jako dlouhodobě nepříznivý stav (Hájková, 2008). Může být důsledkem dědičné vady, poškození zárodku či plodu během nitroděložního vývoje, poranění při porodu, dále také důsledkem závažného onemocnění po narození, a nebo následkem akutního onemocnění, otravy či poranění. K nejčastějším chronickým onemocněním patří alergie, astmatická onemocnění a metabolická onemocnění, což jsou

například diabetes mellitus a celiakie. Častým onemocněním je také epilepsie anebo nádorová onemocnění (Bartoňová et al., 2012, s. 200 – 201).

Musíme mít na paměti, že ke každému klientovi je potřeba přistupovat individuálně, každý se vyrovnává s nemocí jinak. Typologizace klientů je pro sociálního pracovníka užitečná, napomáhá s výběrem vhodných metod a technik práce. Kuzníková (2011, s. 56 – 59) ve své publikaci popisuje základní rozdělení klientů na základě podle povahy jejich onemocnění.

- **Akutně nemocní klienti**, kdy se jim náhle přeruší běžný způsob života a veškeré úsilí vede k návratu k původnímu stavu. Spolupráce sociálního pracovníka a akutně nemocného klienta bývá většinou krátkodobá, jelikož se očekává navrácení ke svému běžnému životu v sociálním životě před hospitalizací. Sociální pracovník je pro klienty zapotřebí zejména při začátku hospitalizace, kdy bývá klient pod velkým psychickým tlakem (odloučení od rodiny, práce, přítomnost obav, fyzická bolest). Sociální pracovník v nemocnici by měl být schopen poskytnout akutně hospitalizovaným klientům poradenství. Měl by brát v úvahu praktické problémy vzniklé sociální situací, zároveň psychosomatické prožívání nemoci a také by měl připravit klienta na možnost, že se akutní nemoc změní v nemoc chronickou.
- **Chronicky nemocní klienti**, kdy se zdravotní stav neustále mění a zhoršuje a není možnost plného uzdravení. Tito klienti se musí naučit žít s přítomností nemoci. Může jít o plánovanou či neplánovanou, ale i o opakovanou hospitalizaci. Zásadním rozdílem zde je fakt, že chronicky nemocný člověk se nevrací do běžného sociálního života, jaký měl před hospitalizací. Významným úkolem sociálního pracovníka je pomoc klientům, aby přijali změnu zdravotního stavu a osvojili si současný stav jako normální. Jde o citlivou pomoc klientovi za využití vnitřních zdrojů a externí podporu klienta s cílem dosažení co nejkvalitnějšího života. Sociální pracovník také zajišťuje praktické a finanční záležitosti klientů a spolu s interdisciplinárním týmem usiluje o řešení současné krizové situace nemocného (Kuzníková, 2011).

## 2.2. Typologie klientů

Bartlová (2005, In Kuzníková, 2011, s. 97) rozděluje typologii klientů do dvou skupin. První skupinou jsou klienti, kteří sami vyhledají odbornou pomoc. V druhém případě jde o poskytnutí pomoci bez vlastní žádosti.

Lidé sami vyhledávají pomoc z následujících důvodů:

- vliv rodiny, kdy např. klient vyhledá pomoc na doporučení svých příbuzných či známých,
- tzv. „volání o pomoc“, kdy nejsou přítomny žádné neobvyklé zdravotní potíže,
- nezvládání školních či pracovních povinností z důvodu přítomnosti specifických či nespecifických symptomů,
- ekonomická situace, kterou nemocný řeší ihned po tom, co zjistí diagnózu či je hospitalizovaný, spolu s tím řeší i zajištění dětí a osob ve společné domácnosti,
- nezodpovědné chování k vlastnímu zdraví, kdy klienta doprovází špatné návyky, které ohrožují jeho zdraví i zdraví druhých,
- zodpovědnost lidí, kteří se chtějí podílet na prevenci, navštěvují pravidelné preventivní prohlídky apod.,
- porod dítěte (Janosik, Davies, 1999 in Kuzníková, 2011, s. 97 – 98).

Poskytnutí pomoci bez vlastní žádosti dochází při:

- hospitalizaci klienta s poruchou vědomí, například při úrazu, při poruše vědomí v důsledku závažné nemoci, z důvodu psychické poruchy apod.,
- péči o dítě nebo osobu zbavenou svéprávnosti,
- péči o geriatrického nemocného,
- abúzu návykových látek a žádosti o detoxikaci závislého ze strany policie ČR,
- sebevražedném jednání (Beránková, 2011, in Kuzníková, 2011, s. 99)

Kuzníková (2011, s. 55) rozděluje navázání kontaktu s klienty do 3 skupin. První skupinou jsou stejně jako u Bartlové (2005) klienti, kteří sami požádají sociálního pracovníka o pomoc. Problémem však je, že sociální pracovník nemusí být součástí pracovního týmu jednotlivých oddělení, což znamená, že není přítomen na vizitách, a tak se pro klienty nejeví jako fyzicky dostupný. Klient si může vyžádat kontakt přes zdravotnický personál nebo požádat o zprostředkování kontaktu příbuzné. Druhou cestou, jak může být zahájena spolupráce sociálního pracovníka a klienta ve zdravotnickém zařízení, je situace, kdy lékař či sestra určitého oddělení osloví sociálního pracovníka. Je třeba počítat s možnostmi, kdy zdravotnický personál může přehlédnout pacienty, kteří sociální pomoc či poradenství potřebují, nebo naopak svěří do péče sociálního pracovníka pacienty, kteří

sociální pomoc nepotřebují. Aby se předcházelo tomu, že se pacient nedostane k potřebné pomoci sociálního pracovníka, sociální pracovníci se snaží aktivně vyhledávat klienty, jde o tzv. depistáž.

První kontakt sociálního pracovníka s klientem je bezpochyby velmi důležitý. Je klíčové, zda sociální pracovník dokáže navodit atmosféru pro to, aby se klient otevřel a sdílel své pocity, postoje (Řezníček, 2000). Dle Kopřivy (2000) je při prvním kontaktu nejčastěji využíván rozhovor, což je jedna ze základních technik sociální práce. Matoušek (2003a) zdůrazňuje potřebu zvládat základní formy komunikace s klientem (např. rozhovor), a to nejen pro vytvoření dobrého vztahu s klientem, ale i pro celý proces spolupráce. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení se setkává s klienty, kteří jsou hospitalizováni na různých odděleních s různými onemocněními a každý prožívá to své onemocnění jinak. Proto je potřeba přistupovat ke každému klientovi individuálně, s respektem a s ohledem na jeho psychický a fyzický stav (Kuzníková, 2011).

### **2.3. Teorie a metody sociální práce**

Dle Matouška (2003b) jsou metody sociální práce určité postupy sociálních pracovníků, které jsou definované cílem či cílovou skupinou. Cílem využití metod sociální práce může být: úřední výkon, poskytnutí komplexní pomoci, poskytnutí poradenství, anebo vytvoření plánu postupu. Co se týče cílové skupiny, může jít o sociální práce s jednotlivcem, skupinou nebo komunitou (Matoušek, 2003,b).

Dle Dragonové (2006) jsou techniky sociální práce určitým návodem na použití metody. Tento návod je přizpůsobený tak, aby odpovídal specifickým požadavkům a problémům klienta. Technika je činnost nebo pracovní postup, který napomáhá k dosažení cíle metody. Metodu lze tedy chápat jako cestu k dosažení cíle, techniku anebo jako způsob pro překonání cesty (Dragonová, 2006)

Volba vhodné intervence sociálního pracovníka ve zdravotnictví se v první řadě odvíjí od zdravotního stavu klienta, dále od sociálního a rodinného zázemí klienta, také ale od dovedností a teoretických znalostí klienta. Kuzníková (2011) považuje za výchozí dělení klientů: sociální práci s jednotlivci, sociální práci s rodinou a sociální práci se skupinou a komunitou.

#### *1. Sociální práce s jednotlivci*

Nejvíce využívaná metoda v sociální práci ve zdravotnictví je bezpochyby individuální práce s klientem. Spolupráce sociálního pracovníka s jednotlivcem začíná tím, že se sociální pracovník seznámí s klientem a s jeho chorobopisem (Kuzníková, 2011, s. 65). Dle Řezníčka

(1994) by sociální pracovník měl během prvního kontaktu s klientem projevít opravdový zájem a snažit se vytvořit prostředí důvěry a zajímat se o přání a očekávání klientů. První rozhovor má svá určitá pravidla. Měl by být kratší, aby měl klient možnost setkání zpracovat a připravit se na další. Mezi pravidla pro rozhovor patří dle Kopřivy (1997): respekt autonomie klienta, nijak ho nehodnotit, ať už jeho chování, vzhled či cokoliv jiného, dále být konkrétní, jasný a docenit ho. Respekt autonomie klienta uvádí i Charvátová (1990), která tvrdí, že sociální pracovník by měl poskytnout informace o všech možnostech řešení situace klienta, ale současně by mu měl dát prostor pro jeho vlastní volbu řešení situace. Charvátová také uvádí že sociální pracovník se musí naučit přijmout nezájem o nabízenou pomoc od klientů. V takovém případě se nesmí uchýlit k nátlaku, ale musí přizpůsobit intervenci tak, aby byla pro klienta přijatelná (Charvátová, 1990.) I Matoušek (2003a) ve své publikaci píše, že sociální pracovník musí umět navrhnout alternativy, z nichž si klient sám vybírá. Klient je schopen řešit své vlastní problémy (Matoušek, 2005).

Matoušek (2003b) popisuje sociální práci s jednotlivcem jako metodu, která obsahuje sérii kroků. Jde o doporučení klienta do péče, zhodnocení jeho potřeb, stanovení cílů, plán intervence nebo péče, realizace tohoto plánu, souhrn a vyhodnocení výsledků intervence.

Při rozhovoru jsou pro sociálního pracovníka důležité dvě dovednosti. První je umět mluvit a druhá umět naslouchat. Aktivní naslouchání je dle Novosáda (2000) základní předpoklad empatie. Tato dovednost velmi zásadně ovlivňuje vzájemnou spolupráci sociálního pracovníka a klienta (Novosád, 2000.)

Aby naslouchání nebylo vnímáno pasivně, je při intervenci potřeba reagovat. Dá se to řešit technikami, jako jsou: objasňování, parafrázování, reflektování a shrnování (Matoušek, 2000.)

Přístupy k systematické práci volí sociální pracovník vždy podle individuálních potřeb klienta. Kuzníková (2011) ve své publikaci zmiňuje 3 zásadní přístupy pro sociální práci s jednotlivci. Jde o přístup orientovaný na klienta, úkolově orientovaný přístup a systemickou práci s jednotlivcem.

### *1.1. Přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse*

Tento přístup lze využít tehdy, vnímá-li klient svou situaci jako bezvýhodnou a neřešitelnou. Dá se využít při práci s klienty, kteří dobrovolně nespolupracují se sociálním pracovníkem, s agresivními klienty, s klienty se zhoršenou schopností komunikace (Jesenský, 1995, in Kuzníková, 2011). Při sociální práci ve zdravotnictví může jít o sdělení negativní prognózy onemocnění nebo např. sdělení o úmrtí blízkého člověka. Carl Rogers přišel s tím, jak vést poradenský rozhovor, čímž položil základy systému poradenství ve



zdravotnictví. Jde o poradny: diabetologické, nefrologické, alergologické poradny, poradny pro neplodné páry, poradny pro lidi závislé na alkoholu, nikotinu, lécích, drogách a také telefonickou krizovou intervencí. Navrátil (2000) popisuje tento přístup jako nedirektivní a nehodnotící přístup, který zahrnuje aktivní naslouchání, empatii a autentické přátelství.

### *1.2. Úkolově orientovaný přístup*

Použití tohoto přístupu je vhodné pro krátkodobou spolupráci s klientem, který je motivovaný, ochotný podívat se na řešení své situace, souhlasí s plněním úkolů a je samostatný (Kuzníková, 2011, s.67).

Sociální pracovník pomáhá klientovi rozhodnout se, jaké úkoly chce plnit. Hlavním aktérem při řešení problémů není sociální pracovník, ale klient. Úkolově orientovaný přístup je časově omezený, je vyjednáno dohodou, soustředí se na situaci „teď a tady“ a na řešení problémů (Reid, 1992, In Špiláčková a Nedomová, 2014). Dnes je tento přístup jedním ze čtyř nejvíce používaných přístupů v praxi sociální práce v ČR a to díky svým technikám, které jsou zaměřeny na rychlé řešení problémů (Špiláčková a Nedomová, 2014). Přínos tohoto přístupu v sociální práci ve zdravotnictví uvádí Gojová a Sobková (2007, in Sociální práce / Sociální práca, 2007).

### *1.3. Systemická práce s jednotlivcem*

Dle Úlehly (2007) vychází tento přístup z objednávky klienta a nabídky sociálního pracovníka. Spolupráce začíná tím, že klient popíše svůj problém a sdělí svá přání a očekávání. Následuje společná práce – stanoví se cíle a na základě těchto cílů se dojednává zakázka (Úlehla, 2005).

Dle Kubičky (In Gjuríčová, Kubička, 2003) se tento přístup využívá nejčastěji u klientů, kteří žijí sami, mají špatné rodinné vztahy. Funguje to tak, že klient přichází s objednávkou a sociální pracovník s nabídkou. Klient nejprve popíše svůj problém, zadá objednávku, kde definuje požadavky. Následuje společná práce s cílem dosáhnout stanoveného cíle (Úlehla, 2005).

## *2. Sociální práce s rodinami*

Ve zdravotnických zařízeních má tato metoda významné uplatnění.

Společným cílem zdravotní a sociální péče by měla být právě spolupráce s rodinou klienta, případně jeho návrat do-rodinného prostředí (Kuzníková, 2011).

Každá rodina musí pro své fungování naplňovat základní funkce, kterými jsou: ekonomická, výchovná, biologická a emocionální (Dunovský., 1999).

Rodina je jedním ze nejtypičtějších systémů, skládá se ze subsystémů, a to: manželského/partnerského, rodičovského a sourozeneckého/dětského. Každý z těchto subsystémů tvoří svůj systém a při sociální práci s rodinou se sociální pracovník zaměřuje na všechny tyto subsystémy, na jejich interakce, struktury, komunikaci a na vymezení jejich hranic (Matoušek, 2003b).

Jelikož se zde pracuje s více osobami, je potřeba, aby sociální pracovník byl nestranný. Pro udržení nestrannosti, neutrálního postoje, využívá sociální pracovník techniku cirkulárního dotazování. Tato technika se snaží ukazovat více možností vnímání určitých pocitů, určitého chování (Úlehla, 2005). Po celou dobu spolupráce s klientem by měl být sociální pracovník aktivním posluchačem, což znamená být přátelský a otevřený (Mikuláščík, 2010). Sociální práce s rodinou je založena na sanaci rodiny. Sanace rodiny je podpora rodiny, jejího fungování a zachování. Jde o preventivní metodu práce s rodinou, kde je ohrožen vývoj dítěte (Bechyňová, Konvičková, 2008). Sociální práce s rodinou ve zdravotnictví usiluje o snížení, zmírnění či odstranění sociálních dopadů nemoci na klienta. Rodina je rovněž zdrojem objektivních informací o klientově situaci. Na klienta je pohlíženo jako na klíčovou osobu k vyřešení problému, také jako na součást systému. Při spolupráci s nejbližšími se sociální pracovník snaží posílit a zplnomocnit klienta k tomu, aby se aktivně podílel na řešení situace (Kuzníková, 2011).

Kuzníková (2011, s. 79) popisuje dva nejvíce využitelné přístupy pro sociální práci s rodinou ve zdravotnictví, a to systemický přístup a antiopresivní přístupy.

### *2.1. Systemický přístup*

Sociální pracovník jako součást systému rodiny a součást pracovního týmu. Velmi významná je zde komunikace mezi klientem, jeho rodinou a sociálním pracovníkem. Zároveň je klient výrazně ovlivňován svým prostředím – rodina, škola, práce. V tomto přístupu se sociální pracovník nezaměřuje na problém klienta. Předpokládá se, že jádro problému tkví ve vztazích mezi lidmi a jejich prostředím. Problém je tedy důsledek zřetězení různých okolností. Klíčový je zde pojem „problémem utvářený systém“ – do systému patří a přispívá každý, koho se nějakým způsobem problém dotýká, kdo se zabývá jeho řešením, kdo o problému hovoří. Sociální pracovník má za úkol určit právě ty osoby, kterých se problém týká a nechat je podílet se na procesu řešení. Sociální pracovník je zde tzv. facilitátor, který hledá zdroje klienta a společně s ním se snaží řešit problém. Klient je autonomní a kompetentní osoba schopná řešit své problémy (Gjuričová, Kubička, 2003, Jonesová, 2003, Luedwig, 1994, Schlippe, Schweitzer, 2001, In Kuzníková, 2011).

## *2.2. Antiopresivní přístupy neboli antidiskriminační přístupy*

Přístup je zaměřený na znevýhodněné a utlačované. Úkolem sociálního pracovníka je odstranit diskriminaci a útlak. Zásady tohoto přístupu jsou spravedlnost, rovnost a spoluúčast. Může jít o utlačování zdravých a nemocných, mladší a starší generace, žen a mužů apod. (Navrátil, 2001, Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005).

## *3. Sociální práce se skupinami*

Sociální práce se skupinami není často v našich zdravotnických zařízeních využívána, aplikuje se většinou ve specializovaných zdravotnických zařízeních či organizacích, jako jsou například psychiatrické kliniky, léčebny, intermediární zařízení pro reintegraci psychiatrických pacientů apod. (Kuzníková, 2011).

Řezníček (2000) popisuje, že skupinová práce může pomoci malým skupinám k řešení jejich problémů. V českých podmínkách se nejčastěji setkáváme s působením svépomocných skupin. Svépomocné skupiny slouží k tomu, že si zde členové vzájemně předávají podporu a zkušenosti s určitým problémem (Kuzníková, 2011).

## *4. Komunitní práce*

Problémy jednotlivců jsou vždy zasazeny do kontextu širšího sociálního systému (Germain, Gitterman, 1980).

Obor, který se zabývá ošetrovatelskou péčí v komunitě, se nazývá komunitní ošetrovatelství. Cílem komunitního ošetrovatelství je zlepšení zdraví celé komunity (Festová, 2007).

Komunitní práce jsou určité metody a techniky, které se využívají ke zplnomocňování komunit tak, aby se nerozdělovaly na většinovou společnost a vyloučené skupiny (Henderson, Thomas, 2007)

Kuzníková (2011, s. 90 – 92) i tady vymezuje přístupy komunitní práce.

### *4.1. Komunitní péče*

Cílem komunitních pracovníků je v tomto přístupu pomoc a podpora příslušníkům komunity v dobrovolnické a svépomocné péči o členy komunity, kteří pomoc potřebují. Ve zdravotnictví je komunitní péči věnována velká pozornost, jelikož součástí práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví by mělo být i plánování následné péče o pacienta po hospitalizaci. Sociální pracovník by měl znát vazby a vztahy jednotlivých domácností a skupin v rámci komunity a měl by být schopen identifikovat zdroje komunity i dovednosti tyto zdroje využívat. Přínosem komunitní péče je spolupráce sociálních pracovníků v oblasti

zdravotnické péče a sociálních pracovníků, kteří poskytují sociální služby v dané komunitě (Jarošová, 2007, In Kuzníková, 2011)

#### *4.2. Komunitní vzdělávání*

V rámci komunitního vzdělávání jde o poskytnutí informací komunitě, které jí pomohou pracovat s problémy členů komunity a mohou tak případně i změnit postoje členů komunity. Pro sociální práci ve zdravotnictví jde převážně o edukaci v oblasti primárních prvků zdravotní péče (Hartl, 1997, In Kuzníková, 2011)

#### *4.3. Komunitní plánování*

Komunitní plánování je proces, který se zabývá způsoby, jak pracovat s komunitou, řešit jejich problémy a jak naplňovat potřeby členů komunity (Deset kroků komunitního plánování, 2006). V současné době v praxi komunitního plánování působí organizace, které poskytují služby seniorům a zdravotně postiženým. Aktivní účast na procesu komunitního plánování mají tři strany, a to: uživatelé sociálních služeb, poskytovatelé a zadavatelé sociálních služeb a široká veřejnost. Ve své podstatě jde o analýzu potřeb komunity, o zmapování aktuálního stavu sociálních služeb, které jsou poskytovány komunitě a harmonizace všech stran (Komunitní plánování – věc veřejná, 2002). Komunitní plánování má za cíl posilovat soudržnost komunity, předcházet sociálnímu vyloučení jednotlivců a skupin, zajišťovat dostupnost sociálních služeb v komunitě, jejich efektivitu a flexibilitu (Kuzníková, 2011)

### 3. Multidisciplinární spolupráce zdravotně sociálních pracovníků

*„Dát se dohromady je začátek, zůstat spolu je pokrok a pracovat společně je úspěch“*

- Henry Ford

Tato kapitola se zaměřuje na význam multidisciplinární spolupráce pro sociální práci ve zdravotnictví a soustředí se na postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu.

Každý odborník je ve své profesi odborně znalý a odpovědný za své individuální rozhodování. Skupina lidí, kteří spolupracují, tvoří tým. Pojem „tým“ skýtá mnoho různých definic. Stěžejními znaky všech definic jsou však: společný cíl, postavení členů týmu a koordinace. WHO definuje týmovou práci ve zdravotnictví jako úsilí skupiny lidí o společný zdravotní cíl. Postavení každého člena týmu je dáno odbornou znalostí, kompetencí a schopností každého člena týmu (Payne, 2000). Koordinaci popisuje Hermochová (2006) jako přiměřenou vnitřní strukturu, která je potřebná pro úspěchy týmu.

Jsou různé pohledy na to, jak dělit týmy. Autoři Lind a Skärvard (In Thylefors et al., 2005) se zaměřují na dělení dle pozic jednotlivých členů v týmu. Role členů jsou jasně diferenciovány, integrovány nebo vzájemně doplňovány.

Payne a Scott (2000) využili sportovního pojmenování týmů, které však jde velmi efektivně aplikovat do sociální práce ve zdravotnictví. Jde o fotbalové týmy, kde hrají všichni spolu, vyhrají anebo prohrají kolektivně (např. tým doktorů a zdravotních sester při operaci). Další jsou tenisové týmy, kdy členové hrají oddělené zápasy (např. praktičtí lékaři). Třetím typem jsou atletické týmy, které jsou podobné tenisovým, ale každý se soustředí na něco diametrálně odlišného (např. multidisciplinární tým je v geriatrických nebo psychiatrických službách) (Payne, 2000).

Někteří autoři předpokládají, že celek je vždy větší než součet jeho částí (Jonesová, 1996). To popisuje i Zahrádková (2005) jako tzv. synergickou rovnici týmu „ $1+1=3$ “, která ukazuje na to, že tým dosahuje lepších výsledků nežli jednotlivci. Zároveň je tým kvalitním nástrojem pro řešení náročných úkolů, problémů a hledání nových cest (Zahrádková, 2005). Schavel (2005) uvádí přínos práce v týmu také ve zdokonalování metod, pracovních postupů i kvality práce. Významnými výhodami skupinového řešení v týmu jsou: posuzování více hledisek, návrhu, získání více informací – komplexnější přístup k řešení problému, lepší identifikace problémů (Nakonečný, 2005). Jonesová (1996) zmiňuje výhodu týmové práce i

v tom, že snižuje nebezpečí „vyhoření“<sup>3</sup>. To, zda bude týmová spolupráce fungovat, se odvíjí od vzájemného respektu členů, na kterém stojí podpora a kritické zkoumání praktik a myšlení. V týmu, kde jsou zjevné či skryté konflikty, je spolupráce více přítěží nežli pomocí. Pokud mezi sebou členové týmu soutěží, nedávají si zpětnou vazbu, jsou podráždění, týmová práce se sestává spíše břemenem (Jonesová, 1996).

Pro kooperativní způsob práce se používá velké množství termínů, které jsou často zaměňovány (Payne, 2000). Nejčastěji jde o záměnu u pojmů: „multidisciplinární“, „multiprofesní“, „transdisciplinární“, „transprofesní“ a „interdisciplinární“, „interprofesní“.

Předpona „multi“ vyjadřuje několik odlišných skupin odborníků pracujících společně. Profesionální role, schopnosti a znalosti jednotlivých odborníků se nemusí měnit, ale je potřeba přizpůsobit se rolím, schopnostem a znalostem ostatních skupin (Payne, 2000). Thylefors et al. (2005) přisuzuje předponě „multi“ skutečnost, kdy je v týmové práci začleněno několik odborníků, ale neříká nám nic o pracovním procesu. Pstružina (2007) popisuje, že multidisciplinární přístup vyžaduje spoluúčast naprosto odlišných disciplín ve společném prostředí.

Další předponou je „inter“, kterou Thylefors (2005) pojmenovává „mezi / vzájemný / společně“. Dle Payne (2000) předpona „inter“ označuje adaptaci rolí, znalosti a schopnosti jednotlivců, přizpůsobit se osobám z jiných profesních skupin.

Předpona „trans“ se svým významem „napříč / za / přes“ se vztahuje k profesionálním rolím (Thylefors et al., 2005). Transport disciplinární týmová práce obsahuje přenos informací, znalostí a dovedností skrze různé disciplíny. Odborník zde tedy přebírá role jiné pracovní skupiny (Garner, Orelove, In Payne, 2000).

Novosád (2000) vymezuje spolupráci na multidisciplinární neboli víceoborovou a interdisciplinární, tedy mezioborovou. Pro sociální práci je víceoborová i mezioborová spolupráce velmi důležitá, protože díky této spolupráci dochází k diagnóze a následnému řešení problémové situace klienta (Novosád, 2000, s. 95 – 96).

### **3.1. Význam multidisciplinární spolupráce v sociální práci**

Multidisciplinární spolupráce původně vychází ze zdravotní péče (Payne, 2000). V 19. století vznikají multidisciplinární týmy z důvodu potřeby personálu s různými

---

<sup>3</sup> Syndrom vyhoření je definován jako stav fyzického, emocionálního a mentálního vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým působením stresujících faktorů, zátěžových situací, emocionálně náročných situací. Nejčastějším spouštěčem je kombinace velkého očekávání a chronických situačních stresů (Pinesová, Anderson In Krivohlavý, 2012)

schopnostmi a znalostmi a potřeby někoho, v jehož možnostech je zaměřit se na kompletní potřeby pacientů (Cott, 1997).

V obecné rovině se multidisciplinární tým dá definovat jako kolektiv vzájemně spolupracujících odborníků působících v různých oborech (Metal Health Commission 2006). Multidisciplinární spolupráce je typ spolupráce, kde členové různých disciplín nezávisle na sobě hodnotí či léčí pacienta a mezi sebou si pouze vyměňují informace. Tým má však společný úkol (Thylefors et al., 2005).

Kodymová (2015) uvádí významný přínos využití multidisciplinárních týmů pro praxi sociální práce. Zejména u klientů v obtížných situacích, kteří se nacházejí na pomezí působnosti více rezortů či institucí, dochází díky využití multidisciplinárních týmů k pozitivním výsledkům intervence (Kodymová, 2015, s. 5).

Přínosy nebo výhody, které multidisciplinární spolupráce přináší jsou dle Payne (2000):

1. shromažďují se potřebné informace
2. sdílejí a vysvětlují se informace
3. dosahuje se kontinuity v péči
4. rozděluje a zabezpečuje se odpovědnost
5. koordinuje se plánování zdrojů
6. koordinuje se nakládání se zdroji v zájmu uživatelů služeb.

Thylefors et al. (2005) popisují oblasti, kde je multidisciplinární spolupráce přínosem.

Těmi oblastmi jsou:

1. složité problémy vyžadují různé znalosti a kompetence – předpoklad pro vytváření holistického obrazu o klientovi
2. efektivita
3. pracovní spokojenost a sociální opora
4. spokojenost klientů
5. proces učení.

Využití multidisciplinárních týmů je velmi široké, pro oblast sociální práce uvádí například Schavel (2004) uplatnění při řešení zdravotních problémů, při práci s rodinou, při řešení sociálně patologických jevů anebo v oblasti vzdělávání. Využití ve zdravotnickém zařízení zmiňuje i Cott (1997), obzvláště při práci se seniory. V ČR se nejvíce píše o využití multidisciplinárních týmů právě ve zdravotnictví. Pro zajištění kvalitní a komplexní péče o pacienty nemocničních zařízení je nezbytná kvalitní interdisciplinární spolupráce zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků právě se sociálními pracovníky (Mojžišová, Nekola, 2005).

Velmi významnou pro fungování multidisciplinárního týmu je bezpochyby komunikace. Díky ní se předávají informace, postoje, ideje a emoce dalším odborníkům nebo pacientům (Van der Zaden In Nakonečný, 2005).

Vedle kvalitní komunikace jsou dle Hanušové a Hellebrandové (2006) potřeba dodržovat zásady:

1. Vytvořit funkční tým osob a zvolit osobu / osoby, které budou koordinovat spolupráci týmu.
2. Stanovit pravidla, která jsou založena na písemné dohodě o spolupráci. Obsahem dohody se zajistí pravidelnost schůzek, vyjasní se pravomoci jednotlivých aktérů a zajistí se vhodná komunikace mezi členy
3. Definovat cíle spolupráce role jednotlivých subjektů.
4. Znat dovednosti, kompetence a možnosti dalších členů týmů jiné odbornosti, protože to zrychlí spolupráci.
5. Znat klientovo přirozené prostředí. To zajistí přehled o možnostech, které klient má pro normalizaci jeho životní situace.

Hanušová a Hellebrandová (2006) vedle těchto zásad také stanovily cíle multidisciplinárního týmu:

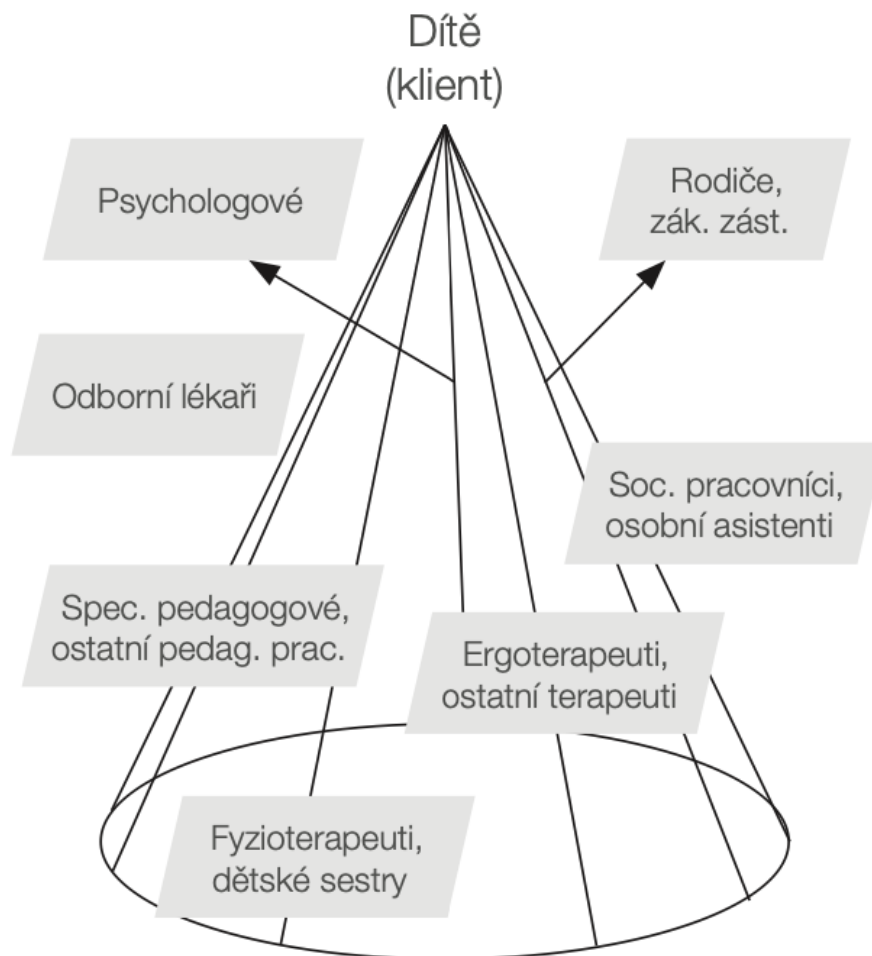
1. spolupracovat,
2. vystupovat jednotně,
3. dodržovat pravidla práce v týmu,
4. mít jasně vymezené kompetence v týmu,
5. dokázat mezi sebou komunikovat a informovat jak členy multidisciplinárního týmu, tak samotného klienta o tom, co je významné.



### 3.2. Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Jankovský (2015) uvádí dvoje možné postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. V prvním případě jde o skutečnost, kdy se sociální pracovník nachází spolu s ostatními odborníky okolo klienta a přispívá svými znalostmi k řešení situace.

Obrázek 1: Schéma spolupráce - rovné postavení všech zúčastněných

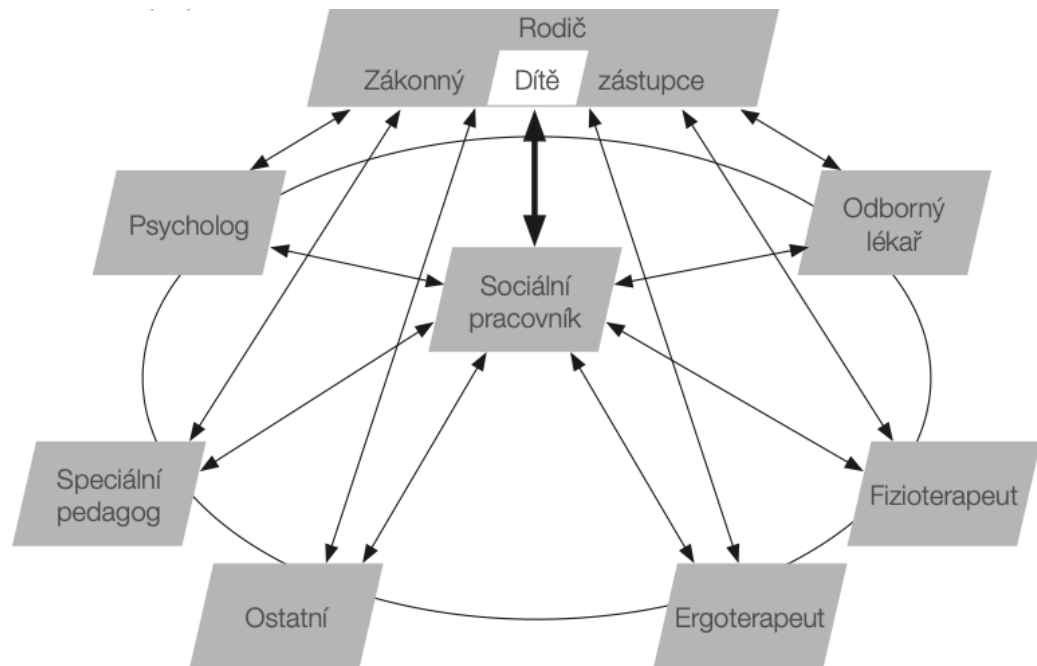


Zdroj: (Jankovský, 2015)

V druhém případě se nacházejí sociální pracovník a klient uprostřed a zbytek týmu stojí okolo nich. Neznamena to, že je sociální pracovník, který stojí ve středu s klientem, nadřazený ostatním členům. Sociální pracovník se nachází v roli, kdy je ve středu vůči všem ostatním odborným pracovníkům v péči o klienta. Pro klienty je tento systém žádoucí hlavně

z důvodu, že chtějí kompetentního prostředníka, který je informuje a brání jejich zájmy. Sociální pracovník jako prostředník usnadňuje klientům orientovat se v informacích, které dostávají v rámci celého multidisciplinárního týmu (Jankovský, 2015).

Obrázek 2: Schéma spolupráce - sociální pracovník na straně klienta



Zdroj: (Jankovský, 2015)

Sociální pracovník, který je členem multidisciplinárního týmu zaujímá převážně roli koordinátora. Kodymová (2015) uvádí jako prioritu při koordinaci multidisciplinárního týmu provedení komplexního psychosociálního posouzení a rozvinutí intervenčního plánu, který má za cíl zajistit přístup k pomoci klientům. Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je, že je vždy na straně klienta, zároveň je kompetentním odborníkem a zprostředkovává tak klientovi potřebné informace takovým způsobem, aby jim porozuměl a zastupuje jeho zájmy. Kodymová (2015) dokonce uvádí, že sociální pracovník svým vzděláním jako jediný disponuje kompetencemi a dovednostmi pro to, aby zvládal zastupovat zájmy klienta.

Kompetence a dovednosti potřebné pro sociální práci v multidisciplinárním týmu uvádí Tajanovská (2015):

- Kompetence sociální – schopnost rozeznávat potřeby, zájmy, napětí týmů a být empatický jak ke klientům, tak ke členům týmu
- Kontaktní dovednost – umět přistupovat ke každému členovi týmu a zastupovat celý tým navenek.
- Kooperační způsobilost – umět efektivně spolupracovat v týmu i navenek.
- Integrační dovednost – umět vytvořit vhodné podmínky při sestavení a následné spolupráci týmu.
- Komunikační dovednosti – umět vést kvalitní dialogy, předávat i přijímat informace.
- Osvojení komunikačních technik – umět přesvědčivě prezentovat, vyjednávat i moderovat.
- Sebekontrola – umět udržet pozitivní sociálně-psychologické klima v týmu.

Beltz a Siegrist (2015) popisují vedle kompetencí také osobnostní rysy, které musí sociální pracovník pro práci v multidisciplinárním týmu mít. Jde o komunikativnost a kooperaci, schopnost řešit problémy, tvořivost, samostatnost a výkonnost, odpovědnost, schopnost uvažovat a učit se, schopnost zdůvodňovat a hodnotit (Beltz, Siegrist, 2015, s. 165).

Krüger (2004) uvádí faktory, které jsou významné při výběru členů multidisciplinárního týmu: Odborná klasifikace, osobnostní profil, předpoklady pro práci v týmu a povaha klientova problému.

Při sestavování multidisciplinárního týmu se jako první stanoví cíle, kterých by měl tým dosáhnout. Druhým krokem je sestavení protokolu, psaného dokumentu, ve kterém jsou obsaženy informace o jednotlivých rolích odborníků a směrnice týmu (Miller, McFarlane, 2017).

Psaný dokument, tedy protokol na základě kterého multidisciplinární tým pracuje, by měl obsahovat:

1. Obsah práce, neboli ustanovení, jakým směrem bude spolupráce směřovat a jakého chtějí dosáhnout výsledného stavu.
2. Vymezení rolí a členství – tedy popis členů týmů, zaměření, úkoly. Jde o vymezení pravomoci a odpovědnosti. Stanoví se jeden ze členů, který bude koordinovat tým.
3. Prezentace případu – jde o představení klientova problému jednotlivým členům. Tako prezentace by měla probíhat v kontextu celé životní situace.
4. Stanoví se předběžný postup a jednotlivé kroky k řešení klientovy nepříznivé situace (Miller, McFarlane, 2017).

Novosád (2011) ve své publikaci popisuje Švédský model, kde s klientem/pacientem přicházejí do interakce osoby: odborný lékař, psycholog, speciální pedagog, sociální pracovník, fyzioterapeut, ergoterapeut, logoped, odborník na kompenzační a protetické pomůcky, specialista na úpravu bytu, pracoviště apod., a u dětí s tělesným postižením také odborníci na habilitační ranou péči. Tento tým lidí zpracovává individuální rozvojový plán, kde navrhuje rozsah a formu služeb, které budou klientovi poskytovány. Tento plán je pravidelně vyhodnocován celým týmem. Tým musí být flexibilní v poskytovaných facilitačních opatřeních a směrem ke klientovi je potřeba respektu a spolupráce (Novosád, 2011, s, 141)

# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4. Výzkum

Tato kapitola má za cíl zdůvodnit volbu metodologie, objasnit způsob sběru dat a předvést výsledky.

Cílem práce je zmapovat, jaké role zaujímá sociální pracovník při práci s rodinou, jejíž člen je v nemocnici a zda má sociální práce vliv na zdraví, zejména na kvalitu života těchto osob. Dílčím cílem práce je zaměřit se na význam multidisciplinární spolupráce v nemocnici z pohledu sociální práce.

V teoretické části byly představeny základní pojmy a východiska spojené s problematikou sociální práce ve zdravotnictví. Výzkumná část se zaměřuje na profesi sociálního pracovníka ve Fakultní nemocnici Olomouc a Vojenské nemocnici Olomouc, na to, jaké role zde sociální pracovník zaujímá, zda má jeho práce vliv na změnu zdravotního stavu klienta a také na to, jaký význam má multidisciplinární spolupráce v nemocnici.

### 4.1. Strategie výzkumu a metoda sběru dat

To, jakou výzkumnou strategii výzkumník zvolí, je nejpodstatnější krok hned po volbě metody sběru dat. Strategie je dle Punche (2015) plán výzkumu, podle kterého se výzkumník dopracuje k odpovědím na výzkumné otázky. Volba metody sběru dat je tedy první, základní a stěžejní krok. Metody sběru dat jsou kvalitativní, kvantitativní, případně kombinace kvantitativních a kvalitativních. Každá z těchto metod má své uplatnění, vzhledem ke stanovenému cíli práce se pro tuto práci jeví jako nejvhodnější kvantitativní výzkum. Výzkum se zaměřuje na role sociálních pracovníků ve Fakultní nemocnici Olomouc a ve Vojenské nemocnici v Olomouci s tím, že zde působí přesně 10 sociálních pracovníků a dle Dismana (2011) je účelem kvantitativního výzkumu získat mnoho informací o velmi malém počtu jedinců a informace nelze zobecňovat na širší populaci. Cílem kvalitativního výzkumu je popsat, jak lidé ve společnosti chápou určité jevy, co se v jejich prostředí odehrává a jak organizují své aktivity a interakce (Žižlavský 2003). Disman (2011) popisuje kvalitativní výzkum jako nenumerné šetření a interpretaci sociální reality, jehož cílem je odkrýt význam sdělovaných informací a vytvářet nové hypotézy, porozumění a teorie (Disman, 2011). Konkrétními znaky kvalitativního výzkumu jsou dle Miovskeho (2006): neopakovatelnost, jedinečnost, dynamika, procesualnost a reflexivita.

V kvalitativním výzkumu lze využít volného rozhovoru, polostrukturovaného rozhovoru anebo rozhovoru strukturovaného. Všechny tyto metody sběru dat mají osobní

charakteristiky (Reichel, 2009, s. 110 – 112). Pro tento výzkum byl zvolen polostrukturovaný rozhovor. Cílem polostrukturovaného rozhovoru je získání podrobných a komplexních informací o daném jevu. Charakteristickými znaky jsou: neopakovatelnost, jedinečnost, procesualnost a dynamika, kontextuálnost a reflexivita. Velkou výhodou polostrukturovaného rozhovoru je fakt, že využíváme volné, přirozené a nenucené komunikace (Mioviský, 2006, s. 159 – 160).

Hendl (2016) popisuje polostrukturovaný rozhovor jako tzv. střední cestu při získávání potřebných informací, kdy je dána určitá osnova, které se chce výzkumník držet. Výzkumník dává prostor sobě i respondentovi pro možnost doplnění otázek či doptání se na potřebné informace, které nebyly vyřčeny (Hendl, 2016, s. 168).

Data získaná pomocí polostrukturovaných rozhovorů byla zpracována pomocí kvalitativní analýzy, která se nazývá kódování. K tomu byl využit diktafon, který je dle Mioviského (2006) náležitou pomocí a podporou. Díky nahrávání na diktafon je možné velmi přesně zachovat autentičnost respondentů, a navíc se výzkumník může při rozhovoru plně věnovat tomu, co je mu sdělováno, reagovat a doptávat se. Pro kódování je potřebná transkripce, což je přenos mluveného projevu do písemné podoby. Tato činnost je potřebná pro realizaci výzkumu i přes svou náročnost. Diktafonové nahrávky byly doslovně přepsány a následně kódovány. Kód označuje symbol, který slouží k určenému úseku dat tak, že vytváří kategorii (Hendl, 2016). Mioviský (2006) popisuje kódování jako proces, který vytváří systematicky označené celky dle stanovených kritérií. Bylo zvoleno tzv. otevřené kódování, které se zabývá označováním a kategorizací pojmů. Toto kódování umožňuje rozebrání textu na jednotlivé části, které se mohou pečlivě prostudovat, prozkoumat a porovnat. Celý postup je snazší, když jednotlivým částem přiřazujeme rozlišovací kódy, které korespondují s výzkumnými otázkami (Švaříček, Šedřová, 2007). V tomto výzkumu byla využita metoda tzv. barvení textu, což je doslova barevné označování určitých částí, které jsou spolu tematicky slučitelné (Mioviský, 2006, s. 211). Šlo o barevné vyznačování částí rozhovorů, které se vztahují k výzkumným otázkám.

#### **4.2. Výzkumný cíl**

U kvalitativního výzkumu je velmi podstatné stanovení výzkumného cíle. Tento cíl odpovídá na otázku, na základě které je výzkum realizován (Pelikán, 2011).

Hlavním **cílem této práce** je *zmapovat, jaké role zaujímá sociální pracovník při práci s rodinou, jejíž člen je v nemocnici a zda má sociální práce vliv na zdraví, zejména na kvalitu*

*života těchto osob. Dílčím cílem práce je zaměřit se na význam multidisciplinární spolupráce v nemocnici z pohledu sociální práce.*

Pro tento stanovený cíl byla zvolena **hlavní výzkumná otázka**: *Jaký vliv na zdraví pacientů-klientů má činnost sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení?*

Na tuto hlavní výzkumnou otázku navazují **dílčí výzkumné otázky**, které jsou vodítkem k naplnění výzkumného cíle:

- 1. Jaké pracovní postupy využívá sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení při práci se svými klienty?*
- 2. S jakým typem klientů se sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení setkává?*
- 3. Do jaké míry může mít vliv práce sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení na klientův zdravotní a psychosociální stav?*
- 4. Jaké další subjekty může využít sociální pracovník ve zdravotnictví pro řešení situace svých klientů?*

#### **4.3. Výzkumný vzorek**

Při výběru respondentů jsem se řídila technikou záměrného výběru, při které je dle Miovského (2006) kritériem skutečnost, že je jedinec účastníkem určité skupiny a je ochoten zapojit se do výzkumu. Vzhledem k tomu, že se tento výzkum zaměřuje na dvě velké nemocnice v olomouckém kraji, a to na Vojenskou nemocnici v Olomouci a Fakultní nemocnici Olomouc, jsem se pokusila o získání důvěry u všech 10 sociálních pracovníků, které v nemocnicích působí.

Díky paní vedoucí sociálního oddělení ve Fakultní nemocnici jsem měla možnost provést zde 7 rozhovorů se všemi pracovníky, včetně jí. Vojenská nemocnice zaměstnává na plný úvazek 2 sociální pracovníce a jedna z nich byla ochotná podílet se na výzkumu.

K výzkumu jsem tedy realizovala 8 rozhovorů, vždy šlo o osobní setkání na pracovišti sociálních pracovníků. Ve dvou případech pracovníce nesouhlasily s nahráváním na diktafon, a tak jsem si písemně zaznamenávala poznámky. Jedna z vedoucích sociálních pracovníků mě požádala, aby délka rozhovorů nepřesáhla dobu trvání 30 minut, což bylo v této nemocnici dodrženo. V druhé nemocnici jeden z rozhovorů probíhal v délce trvání 60 minut.

#### **4.4. Analýza sběru dat**

Data byla získávána pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky ve Vojenské nemocnici v Olomouci a Fakultní nemocnici Olomouc. Polostrukturovaný

rozhovor umožňuje výzkumníkovi sestavit si osnovu, která je pro vedení rozhovoru závazná. Na základě této osnovy je možné rozdělit rozhovor do určitých oblastí (Miovský, 2006, s. 159). Pro tento výzkum byl rozhovor rozdělen do oblastí:

- 1) **Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení a jeho role**
- 2) **Specifika klientů**
- 3) **Vliv sociální práce na zdraví klientů**
- 4) **Využití multidisciplinární spolupráce**

Na základě těchto oblastí byla vytvořena baterie otázek:

### **1. OBLAST – Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení a jeho role**

*Jaké pracovní postupy využívá sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení při práci se svými klienty?*

- a) Jak se dozvídáte o konkrétním klientovi a informacích o jeho zdravotním stavu?
- b) Jakým způsobem navazujete spolupráci s klientem?
- c) Stává se v praxi, že Vaši pomoc vyhledá klient či jeho rodina z vlastní iniciativy?
- d) V jakých oblastech nabízíte odbornou pomoc klientům?
- e) Jaké metody práce využíváte v konkrétních případech?
- f) Vidíte v pracovních postupech nějaká negativa? Případné návrhy pro zlepšení kvality práce s klienty?

### **2. OBLAST – Specifika klientů**

*S jakým typem klientů se sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení setkává?*

- a) Jsou klienti dostatečně obeznámeni s Vaší pracovní pozicí?
- b) S jakými zakázkami Vás klienti nejčastěji využijí?
- c) V jaké frekvenci Vaši pomoc klienti využívají?
- d) Setkáváte se ve větší intenzitě s nějakým konkrétním typem onemocnění u svých klientů?
- e) Se kterou skupinou klientů je z Vašeho pohledu spolupráce nejnáročnější? Z jakého důvodu?

### **3. OBLAST – Vliv sociální práce na zdraví klientů**

*V jaké míře má vliv práce sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení na klientův zdravotní stav?*

- a) Zaznamenáváte během spolupráce změnu zdravotního stavu daného klienta?
- b) Na základě jakých znaků jde změnu zdravotního stavu klienta hodnotit?
- c) Jak postupujete v případě rapidního zhoršení zdravotního stavu klienta?



- d) Považujete spolupráci mezi vámi a klientem jako jeden z možných nástrojů pro zlepšení jeho zdravotního stavu?

#### **4. OBLAST – Využití multidisciplinární spolupráce**

*Jaké další subjekty může využít sociální pracovník ve zdravotnictví pro řešení situace svých klientů?*

- a) Využíváte další subjekty (organizace apod.) během práce s klientem? Jaké?
- b) Máte ve svém okolí dostatek organizací, se kterými lze navázat spolupráci?
- c) Jakým způsobem probíhá spolupráce s jinými subjekty?
- d) Jak hodnotíte spolupráci s dalšími subjekty?
- e) Odkazujete klienta na návazné služby?
- f) Využíváte ke spolupráci kromě odborných subjektů i rodinu klienta?

#### **4.4. Výsledky výzkumu**

V této části práce budou prezentována data, která byla sbírána pomocí polostrukturovaných rozhovorů. Výsledky budou prezentovány v oblastech, do kterých byl výzkum, na základě výzkumných otázek v předchozí kapitole, rozdělen. Pro zachování anonymity respondentek budou citace prezentovány pod písmenem R a číslem. Budou zde uváděny doslovné citace toho, jak respondentky odpovídaly.

##### **4.4.1. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení a jeho role**

První oblast se zabývá získáváním informací o klientovi a jeho zdravotním stavu, pracovními postupy, které sociální pracovníci využívají a jejich možnými vylepšeními, metodami a technikami, které sociální pracovníci v praxi využívají a v jakých oblastech nabízejí odbornou pomoc.

Hned v prvních minutách rozhovorů byly zřejmé odlišnosti v tom, jakým způsobem jsou v každé nemocnici sociální pracovnice kontaktovány. Ve Vojenské nemocnici požadavky dostávají nejčastěji prostřednictvím informačního systému, zatímco ve Fakultní nemocnici jsou žádosti vyřizovány primárně telefonicky. Což ale neznamená, že ve Fakultní nemocnici není informační systém. Obě pracoviště mohou dostat požadavek prostřednictvím informačního systému. Což potvrzuje výpověď R6 z Fakultní nemocnice (dále jen FN): *„Pokud nás osloví kdokoliv, máme přístup do centrálního nemocničního systému...“* a výpověď R9 z Vojenské nemocnice (dále jen VN): *„Ve většině případů se dozvídám o klientovi z našeho nemocničního informačního systému.“*

Všechny respondentky uvedly skutečnost, že jim informaci o potřebě jejich pomoci předává nejčastěji zdravotní sestra. R9 uvádí: „*To znamená, že lékař nebo sestřička, většinou staniční, nebo i vrchní nebo i sestra, která má zrovna službu, dají tzv. požadavek na konzilium sociální.*“ Až na dvě respondentky uvedly sociální pracovnice, že je také často zkontaktuje rodina klienta. Například R2: „*Tak velkou část mi hlásí z oddělení, buď staniční sestra anebo to jsou... převážně staniční sestra a velký podíl potom jsou rodiny, že třeba samotné osloví rodiny.*“

Díky informačnímu systému a komunikaci se sestrou či lékařem dostávají sociální pracovnice informace o zdravotním stavu klientů, což potvrzuje R9: „*Většinou napíšu o tom člověku pár slov, třeba že je ležící, žije sám, a to co jako zjistí z anamnézy a že by potřebovali buď zjistit jaké je rodinné zázemí nebo když je ten člověk na tom opravdu špatně, tak napíšu, jak řešit následnou péči.*“ Potvrzuje to svou výpovědí i další z respondentek, R6: „*...můžeme mluvit s lékařem, se sestrou, jak ošetřující sestrou, staniční sestrou, kde zjišťujeme stav pacienta, prognózu, a hlavně po té zdravotní strážce, co plánují s pacientem. Jestli opravdu bude nastavená léčba, nebo bude na propuštění do té domácí péče...*“

Nejvíce zmiňované oblasti, ve kterých nabízejí sociální pracovnice v nemocnici odbornou pomoc, jsou: poradenství v oblasti sociálního zabezpečení, zajištění různých služeb a sepsání žádostí. Což potvrzuje tvrzení R5, která odpověděla na otázku ohledně poskytované odborné pomoci následovně: „*Poradenství, zajištění různých služeb, sepsání žádostí o dávky, sepsání žádostí do domovů, poskytnutí šatstva, taková ta morální pomoc, různé omluvy na úřadech, spolupráce s těmi příslušnými úřady, co ti pacienti potřebují, třeba probační a mediační služba, dávky v hmotné nouzi ty různé omluvy, OSSZ, pak třeba co se týče nemocenských dávek, že ti klienti jsou dlouhodobě v pracovní neschopnosti, takže třeba žádosti o prodloužení podpůrní doby po uplynutí nemocenské...*“

Další zaměření v této oblasti se soustředilo na metody a techniky práce. Všechny respondentky zde mluvily o individuální práci s jednotlivcem anebo o sociální práci s rodinou. R3, která má v rámci nemocnice zaměření na práci s dětmi, uvedla: „*Je tam hlavně ta individuální, kontaktní práce s jednotlivcem. Skupinové terapie tady se nedají využít, protože to jsou velice diskrétní situace, které řešíme. Takže já vlastně tady jediné tu individuální práci tím rozhovorem a...*“ a také dodala, jak je důležitá i práce s rodinou: „*...je důležité, nesmírně! Protože o to dítě vlastně nikdo jiný nepečuje než ta rodina. Pokud tam vlastní rodiče selhávají, tak oslovujeme širší rodinu.*“ Všechny respondentky se shodly na tom, že je spolupráce s rodinou nezbytná. V mnoha případech není komunikace s jednotlivcem možná, protože to nedovolí jeho zdravotní stav, jako je zřejmé z výpovědi

R5: „*Někdy je to více s rodinou, než s klientem – když jsou třeba dementní ti klienti a já se s nima nedomluví.*“ R9 jako jediná uvedla napřímo jeden z přístupů teorií a metod sociální práce, a to přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse: „*...tak já mám ráda Rogersovský přístup. Protože si myslím, že ten je komplexní a Rogersovský rozhovor jsem měla ráda už při kazuistikách na škole.*“ Ostatní respondentky přístup nepojmenovaly, ale z výpovědí je zřejmé, že je často využíván systemický přístup anebo právě přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse. O systemickém přístupu se dá hovořit tehdy, kdy má Sociální pracovník za úkol určit právě ty osoby, kterých se problém týká a nechat je podílet se na procesu řešení. Což je zřejmé například z výpovědi R6: „*...ta rodina má informace a záleží opravdu do jaké míry oni jsou schopni, vzhledem k tomu že třeba chodí do zaměstnání, zapojit se do té péče.*“ Anebo z výpovědi R8: „*Kontaktuji rodinu, abych si ověřila, jak oni vnímají změněnou situaci hospitalizovaného a jaké mají prostředky k řešení změny, která nastala v životě jejich člena.*“ R7 ve své výpovědi řekla: „*snažíme se vést ty klienty k soběstačnosti, ne je vodit za ručičku a všechno jim vyřídit.*“ Skutečnost potvrzuje i tvrzení R1: „*...a potom se kontaktuje ta rodina, abychom si to jednak potvrdili a jednak získali náhled, jakou oni mají představu o tom dalším postupu o té další péči.*“ Ohledně technik zmínily všechny respondentky rozhovor, který využívají ve většině případů. Vedle rozhovoru bylo také, ale pouze jednou R2 zmíněno pozorování: „*A když jsem s tím klientem, tak pozorování.*“

Pracovní postupy jsou další důležitou paralelou, která byla ve výzkumu zjišťována. Ve FN polovina respondentek, tedy přesně 4, toto téma otevřela sama hned z kraje rozhovorů, kdy bylo zjišťováno, jak se vůbec o klientech dozvídají a jak začíná jejich spolupráce. Jako například R1: „*My teda máme na všechny ty svoje postupy směrnice, takže držíme se samozřejmě těch směrnic.*“ Tyto směrnice obsahují dle R3: „*postupy a ty dílčí kroky, takže nám to velice dobře funguje.*“ Dále bylo dotazováno, zda shledávají nějaká negativa v nastavených pracovních postupech. Zde se opět všechny respondentky FN shodly na tom, že to mají dobře opatřené, aby nedocházelo k nespokojenosti. O tom opatření mluvila R5: „*Vždycky jednou za nějaké období, myslím za 2-3 roky, nebo za 4 roky probíhá vlastně, znovu se to posuzuje a vždycky na to sedneme všichni a vlastně jsou připomínky, tak se to konzultuje, jestli třeba něco nepřidat nebo neubrat něco, co se třeba za tu dobu změnilo a už nefunguje, takže toto se pravidelně řeší.*“ Další z respondentek odůvodnila aktualizaci směrnic následovně: „*...samozřejmě musí se to aktualizovat v závislosti na trendy vývoje i zákon.*“ Díky delší praxi mohla R6 říci: „*Ty standardy vlastně jsme si tvořili my, takže se to vytvořilo tak, aby jednak nám to vyhovovalo a aby tam bylo opravdu to, co je potřeba.*“

Oproti výpovědím respondentek z FN R9 z VN mluvila obecně o standardech kvality, které určují jejich pracovní postupy: „*Standardy kvality pro sociální službu, tak to máme prostě tak, jak je to v jiných sociálních službách, ale máme to okleštěný vlastně jenom na ty procesní, těch 8. Protože personální a provozní – to už je vlastně v rámci nemocnice, protože tam má své vlastní směrnice. My ty standardy máme také začleněny do směrnic nemocnice, takže máme je v té formě, jak má nemocnice směrnice. Takže je to třeba směrnice č.2, jako sociální a standard č.1. A tak to máme prostě vedeno s tím, že se v těch standardech odkazujeme i na ty směrnice nemocnice... Takhle, jde o to, že my jsme měli standardy nějak nastavené, když jsem já přišla. Ty standardy jsme si potom přenastavovaly, abychom je zkvalitnily. Byla nastavená tak, že to pořád byla péče v nemocnici. Takže jsme se snažily, aby ti lidi měli fakt tu sociální péči, aby to nebyla jenom ta ošetrovatelská, že jim udělají hygienu, dají jim najíst a tím to pro mě hasne. To jsme za těch 7 let co jsem tu, zvládly poměrně dobře. Před dvěma lety jsem ty standardy aktualizovala, podle toho, jak to děláme.“ Tato respondentka navíc zmínila snahu o zavedení biografického přístupu péče, nicméně nedostatek času zatím zabraňuje uskutečnění tohoto plánu, tvrdí však, že: „... víme, co děláme, takže jsme se snažily, abychom zavedly biografický přístup péče, což je vlastně založeno na příběhu toho klienta. Nemáme na to zase dostatek času a kapacit.“*

#### **4.4.2. Specifika klientů**

Druhá oblast se zabývá samotnými klienty. Zkoumá informovanost klientů, o možnosti pomoci sociálního pracovníka, kdo vyhledá pomoc sociálního pracovníka, nejčastější zakázky, frekvenci intervencí a také možnosti posouzení zdravotního stavu a náročnosti práce s určitým typem klientů.

Všechny respondentky se setkaly s tím, že je kontaktovala sama rodina s prosbou o poskytnutí sociální pomoci. To potvrzuje například výpověď R9: „*Také dostáváme požadavek od rodiny, že nám přímo rodina volá, že se třeba domlouvá s lékařema, lékař je na nás odkáže anebo si nás najdou na internetu a volají nám,...*“ Pokud rodiny mají zájem a chtějí využít pomoci sociálního pracovníka v nemocnici, tak jim je tento kontakt vždy umožněn.

V této oblasti bylo dále cílem zjistit, jak dobře jsou klienti informovaní o možnosti využití pomoci sociálního pracovníka. Všechny respondentky jsou přesvědčeny, že velmi dobře funguje doporučení od lékařů a sester. R3 dokonce uvedla, že ve 100% případů. Cílovou skupinou této respondentky jsou děti a nastavení informovanosti a povědomí o pomoci sociálního pracovníka je trošku odlišné od dospělých anebo seniorů. R3: „*Ano,*

*máme velice dobře nastavené ty postupy a ty dílčí kroky, takže nám to velice dobře funguje.*“ Odlišnost v informovanosti o sociálním pracovníkovi u dospělých a seniorů popisuje R2: *„...informovaní jsou, no... občas i někdo řekne, že ani neví, že tu jsme jako jo. Neřekla bych že stoprocentně, řekla bych, že tak na 80%.“* Nyní budou citovány dvě výpovědi, které byly kritičtější, R4 tvrdí: *„Je možný že k části pacientů se nedostane ta informace. ... Ale musíme se o nich dozvědět, není to tak automatické. Není to tak, že každý pacient, co přijde, my o něm víme, to tak nefunguje.“* Další kritičtější odpovědí, byla odpověď R2: *„Většinou když je mladej a zdravěj a nepotřeboval to v životě, tak ani neví, že nějaká taková profese existuje. Protože když se mě někdo zeptá, co dělám, tak na mě vyvalí oči, když odpovím a musím vysvětlovat, co je vlastně náplní mé práce. A když jim to řeknu, tak už chápou a vědí: „Jo tak to tam někdo měl, tak to jste mu asi zajišťovaly nebo takhle.“ Ale většinou když už jsou pak že se do toho dostanou, tak už vědí, že fungujeme a v té nemocnici se potom právě že ptají. Ale mladej, nebo relativně mladej v produktivním věku, zdravěj člověk opravdu neví, že něco takového existuje. To povědomí té široké veřejnosti si myslím, že je ještě malé.“* Nicméně všichni se shodují na tom, že pokud se klienti v nemocnici ocitnou v situaci, kdy potřebují pomoc sociálního pracovníka, tak je na ni sestra či lékař odkážou. Pokud klient/rodina sám/sama vyhodnotí, že by mu sociální pracovník při hospitalizaci mohl pomoci, tak je mu kontakt zdravotnickým personálem vždy poskytnut, nebo je možné dohledat kontakt na internetu. R9 z Vojenské nemocnice uvedla, že: *„My jakože nejsme oddělení, my patříme přímo pod hlavní sestru a přímo pod ředitelství, takže my jsme oddělení ředitelství“*, což je Fakultní nemocni odlišné, tam je vlastní sociální oddělení. R9 uvedla: *„My teda máme jakože svoje oddělení na webových stránkách nemocnice. To tam máme svojí zvláštní záložku, to zase není tak, že bychom neměli, kde máme napsáno, co řešíme, jsou tam na nás kontakty.“* Takže se dá odvodit, že tento rozdíl je v praxi nepatrný, protože je obdobně jednoduché sehnat kontakt na sociálního pracovníka.

Mezi nejčastější zakázky, které sociální pracovnice řeší, uvádí R2: *“Zajištění terénních služeb při propuštění domů a zajištění následné péče. Jó to znamená LDNky, hospice apod. A pak další sepisování žádostí do domovů pro seniory. Asi tak, to jsou ty největší 3 body.“* Řešení následné péče uvedlo všech 9 respondentek. Dále bylo zmíněno sociální poradenství v různých oblastech.

Při zjišťování frekvence návštěv sociální pracovník – klient, uvedla R2: *„Ono se to nedá paušalizovat. U někoho fakt stačí jedna ta intervence, vyřídíte, řeknete rodinám o těch nabízených těch a oni jsou, to jsou ti šikovnější a oni se tady třeba už neobjeví anebo třeba až za pár let. U těch chronických třeba starších seniorů, tak tam je to opakovaně prostě no,*

*tam je to i několikrát.*“ Výpovědi respondentek se u otázky na četnost návštěv lišily, a to hlavně v závislosti na cílové skupině, přesněji na zdravotní stavu klientů, se kterými se setkávají. Například R4 porovnávala frekvenci návštěv s kolegyní z jiného oddělení: *„To záleží i na nemoci. Třeba kolegyně na psychiatrii, tak chodí na pacienty častěji a my máme častěji jednorázové návštěvy a pak už spíše řešíme s těma rodinama. Rodiny člověk pozve na tu osobní návštěvu a pak třeba ještě i volají, nebo pak jsou propuštěni do léčeben, pak se vrátí domu a třeba taky zase zavolaj, co mají dělat.*“ Souvislost se zdravotním stavem, který se pojí s četností návštěv uvedla R1: *„No podle potřeby, nebo to s nedá vůbec takhle říct. Někdo má potřebu třeba si mě zavolat za těch 14 dní dvakrát, někdo vůbec, někdo 5x. Záleží, co se jako projednává a také v jakém je teda tom zdravotním stavu samozřejmě.*“ Respondentky se tedy shodují na tom, že je velmi časté jednorázové poradenství, nicméně není vždy dostačující. Určující je i zakázka, se kterou klient přichází, jak říká R6: *„Vlastně my jsme k dispozici tomu pacientovi i té rodině po celou dobu té hospitalizace. Takže jako opravdu, kolikrát i pro ty rodiny je to při té první schůzce je to hodně informací najednou. A zvláště když se oni v té sociální problematice neorientují, jo. Tak vcelku pro ně je kolikrát i složité rozlišit: domov pro seniory, domov s pečovatelskou službou, chráněná bydlení, jo, co ta zařízení zajištění a v podstatě, když to všechno projednáváte najednou, tak věřím, že ta rodina v tom musí mít hrozný guláš. Takže opravdu jsme jim k dispozici po celou tu dobu a řešíme to s nimi.*“ Ve VN R9 uvedla skutečnost, že: *„Jde fakt jako o jednorázový poradenství, jednorázový sociální šetření, málokdy k tomu pacientovi chodím častěji, to už fakt se tam jako musí něco řešit, třeba že ta rodina mě o něco požádá, když nejsou návštěvy. Nebo když se řeší to, že ta rodina se nemůže postarat a ta maminka chce za každou cenu domů, je na tom špatně, je ležící a fakt potřebuje to doléčení.*“

Z výpovědí vyplývá, že je frekvence setkávání vždy individuální. Sociální pracovník je k dispozici po celou dobu hospitalizace a je na klientovi, kolik času pro vyřešení vzniklé situace potřebuje. Častěji jde však o jednorázové poradenství, dlouhodobější charakter není možný hlavně z důvodu, že klient se sociálním pracovníkem spolupracuje jen po dobu hospitalizace.

Dále se výzkum v této oblasti zaměřoval na typologii klienta, s jakým typem onemocnění se v nemocnici léčí, jak je náročná komunikace apod. Rozdělení působnosti je v každé nemocnici jiné, což vyplývá ze skutečnosti, že ve FN je bezmála třikrát více zaměstnanců. Ve FN působí 8 sociálních pracovníků, z toho jedna vedoucí. Ve VN působí na plný úvazek dvě sociální pracovníce a jedna na zkrácený úvazek. Vedoucí oddělení ve FN se zaměřuje na děti, ostatní pracovníce jsou rozděleny po všech dalších odděleních. Výzkum

se zde zaměřuje na náročnost práce s určitým typem klientů. Pouze 3 respondentky dokázaly vyzdvihnout určitou skupinu klientů, se kterými se pracuje obtížněji. R6 uvedla: „*Já bych řekla, že každá ta skupina má svoje, jo. Že přece jenom co se týká řešení těch méně inteligentních, tak opravdu... To vlastně vyzorujete, že je opravdu musíte vést jak kdyby „za ručičku“ nemůžete jim dát jenom tiskopis, ať si ho vyplní sami, že tam se to musí vyplnit. Další rodina, která má nereálný náhled na to, jak to funguje, tak tam se to zase musí zvolit jiný přístup, kdy kolikrát ty rodiny... ale taky v nemocnici je prostě zajištěno co budeme řešit, jo, je to opravdu individuální a každá ta skupina chce prostě jiný přístup.*“ Je zřejmé, že ani tady se nedá vyzdvihnout jedna skupina lidí, která by se všem respondentkám jevila jako nejobtížnější. Pro R3 je nejnáročnější spolupráce v případě zanedbávání rodičovských povinností: „*Nejnáročnější, pokud bych to mohla specifikovat, jsou rodiče, kteří se nestarají o svoje děti. Zanedbávají své povinnosti. Porodí dítě, nějaké nedonošené, ohrožené, je tady to dítě, vyrůstá. Oni se o něho nezajímají. My je musíme nutit, nechat hledat Policií, aby přišli podepsat souhlas s operací dítěte. Pak si dítě nechtějí vyzvednout. Pak když ho mají doma, nechodí s ním na kontroly. Lékaři se bojí o zdravotní stav toho dítěte, ale rodiče ne. Prostě to absolutně pomíjí, nechodí sem. My pak přes OSPODY ty rodiče naháníme, aby sem přišli, jo. Tak toto je nejhorší skupina. Toto mi děsně vadí.*“ Se třetí sdílenou nepříjemnou zkušeností s určitým typem klientů přišla R2: „*Tak tím, že jsem zkusila i za kolegyni dělám psychiatrii, když tady není, tak nejhorší jsou psychiatři klienti, protože s nima je fakt celkově domluva horší, je tam horší i to navázání toho kontaktu. Takže bych řekla že to... Někteří lidé bez domova, tak jsou jakoby méně přístupní tomu, co vy jim nabízíte a jakoby takhle i takhle ochotní spolupracovat na těch možnostech... A celkově ti nepřizpůsobiví, je s nima horší domluva než prostě s běžným člověkem. Ale uplně asi nejhorší fakt z toho, co jsem zažila, tak jsou psychiatři klienti no.*“ Rozdělení cílových skupin je ve VN odlišné převážně v tom, že je zde méně pracovníků. Nicméně dle výpovědí velmi dobře funguje spolupráce mezi nimi a sociální pracovníce jsou schopny zajistit agendu kolegyň, což zmiňuje R9: „*takže prakticky jsme všechny tak jako provázané, že i když je něco potřeba z jiného oddělení a kolegyně nemůže, tak já to začnu řešit a naopak. Není to tak, že bychom to měly nějak striktně rozdělené, ale samozřejmě to není tak, že bychom si lezly do zelí. Že bych najednou začla řešit její pacienty. To mi nepřísluší.*“ Respondentka R9 zároveň uvedla: „*Já jsem ráda, že jsem v interakci s těmi lidmi, asi jsem se dostala do pár situací, které nebyly příjemný, ale nějak se mě daří v té práci to vykomunikovat.... Takže jako ani nemůžu říct, že by mě vadily lidi bez domova, nebo se závislostmi, nebo já nevím seniori, nekomunikativní...*“

#### 4.4.3. Vliv sociální práce na zdraví klientů

V této části je cílem zjistit, zda má spolupráce sociálního pracovníka a klienta vliv na zdravotní stav klienta. Pokud ano, jak je možné tuto skutečnost hodnotit. Vedle této skutečnosti je cílem také zjistit, jak sociální pracovník postupuje v případě, dojde-li k rapidnímu zhoršení stavu klienta a v neposlední řadě, zda sociální pracovník v nemocnici bere výkon svého povolání za nástroj pro zlepšení zdravotního či psychosociálního stavu klienta.

Respondenti rozhodně nejsou kritičtí k tomu, jaké povolání vykonávají, ba naopak hodnotí tuto práci jako velmi přínosnou. Všichni se shodují na tom, že je jejich pomoc jedním z nástrojů, který napomáhá zlepšení zdravotního stavu klienta. Všechny respondentky zmínily fakt psychické opory klientovi. Potvrzuje to výpověď R4: *„Já myslím, že určitě, že dostanou takovou jistotu. Že když třeba neví, co bude po propuštění, ale já už jim dám třeba nějaké kontakty, kam si můžou zavolat, třeba ty pečovatelky, že mají obavu, kdo jim nakoupí, kdo jim pomůže vyzvednou recept apod. takže už mají ty kontakty, až bude nejhůř, můžou vlastně si ho vytáhnout ten kontakt a zavolat. Takže vlastně takhle dojde trochu ke zklidnění. Potom třeba pomoc vyplnění žádostí do domovů. Že někdo to odkládá, ale teď už fakt vidí, že to nezvládne, takže pomáháme s vypisováním žádostí, posíláme. No takže už má před sebou něco, že už se může dostat do toho domova, nebo že mu bude pomoheno.“*

Co se týká zjištění, zda sociální pracovníci zaznamenávají změny zdravotního stavu klienta, tak R2 vypověděla: *„Pokud je tady delší dobu a já ho doprovázím během té hospitalizace delší časový úsek, tak určitě de na nich vidět, že tam dochází ke změně, jo. Pokud ke zlepšení nebo zhoršení... záleží, co toho u konkrétního člověka. Ale samozřejmě, že i my z naší pozice dokážeme vyzorovat, že došlo ke změně zdravotního stavu.“* Dá se to vyhodnotit například tak, jak uvádí R1: *„že ten pacient, když mě vidí třeba opakovaně, tak řekne, že jsem mu pomohla, „děkuji“, nebo že ho vidím na velké vizitě, že je spokojený a že nemá jako nějaké momentální problémy.“*

V souvislosti se změnou zdravotního stavu klientů byla respondentkami pochopitelně častěji zmiňována změna zdravotního stavu k horšímu, protože změna k lepšímu méně často znamená potřebu intervence sociálního pracovníka. Dle R9 se při rapidním zhoršení zdravotního stavu nejčastěji řeší: *„hospice, domovy pro seniory“* To, jak postupují, často stojí na rozhodnutí lékaře, jak uvádí R5: *„To záleží co řekne lékař... Když je to rapidní zhoršení, tak doktor třeba řekne: „Není to dobré, podejte žádosti do hospice“ Konkrétně v závislosti na diagnóze. To se nedá takhle jako jo. Někdo je rapidně zhoršený a dá se s ním*



*mluvit. Když je to dost vážné, tak vlastně ta komunikace probíhá s lékařem, ten i třeba pak informuje rodinu. A domluvíme se vždycky co pak dál, že.“ Jak se při takové změně zdravotního stavu postupuje, popisuje R2: „Tak pokud se zajišťovaly nějaké terénní služby a najednou se ten člověk zhoršil a nemůže být propuštěn domu, tak se to jakoby ruší anebo následná péče to samé, jo. Že se prostě třeba odkládá ten termín nástupu apod. a musí se setrvat, takže zase třeba komunikujem tady v souvislosti s tímto, tak abychom ty další na nás navazující instituce informovaly o tom, že tam došlo ke zhoršení a je potřeba teda odložit to, pro co jsme se rozhodly v tu danou chvíli. Většinou se odkládá na neurčito jakoby, jo a čeká se, jak se ten stav vyvine. Stává se to dennodenně, že prostě někdo má najednou horší třeba zánětlivé parametry a takhle, jo. Fakt se to stává.“ Mezi navazujícími institucemi, které jsou při zhoršení zdravotního stavu potřeba kontaktovat, může být dle R3 i OSPOD: „My třeba se domluvíme, že dítě už je připravené na propuštění a já kontaktuji OSPOD, aby zařídili náhradní rodinnou péči, protože už fakt víme, že ty podmínky rodiče nemají a půjde dítě do náhradní rodinné péče a během dvou dní, než oni najdou pěstouna, se může ten zdravotní stav změnit a úplně jinak. Dokonce už bylo vystaveno rozhodnutí o předběžném opatření a přes noc se ten zdravotní stav zhoršil, že dítě nemohlo být propuštěné, jo.“*

Většina respondentek v souvislosti se zhoršením zdravotního stavu zmínila kontakt rodiny, která dle R6: „Má informace a záleží opravdu do jaké míry oni jsou schopni, vzhledem k tomu, že třeba chodí do zaměstnání, zapojit se do té péče a jestli ta péče, kterou oni jsou schopni zajistit, bude pro toho seniora dostatečná. Pokud ne, tak tam prostě je jiné to řešení, tak následná péče, kde ten pacient se může zrehabilitovat, dojde v klidu to doléčení, jo a pak už ta rodina to může klidně zvládnout.“

#### **4.4.4. Využití multidisciplinární spolupráce**

Poslední oblast mapuje, s kým sociální pracovník v nemocnici spolupracuje, zda funguje multidisciplinární spolupráce a zda je v okolí dostatek návazných služeb, na které sociální pracovník klienta odkazuje. Řeší, jakým způsobem spolupráce s dalšími subjekty probíhá a tento proces hodnotí. Dále zjišťuje, zda při spolupráci s klientem využívá neformální složky spolupráce, jako je rodina nebo přátelé.

Stěžejní informací pro tuto oblast je fakt, že všechny respondentky se shodují na tom, že je nutná kvalitní spolupráce mezi odborníky všech profesí, kteří v nemocnici pečují o pacienta.. Dle R2 by: „Jo jo jo, no bez nich bysme taky nemohly pracovat v podstatě no a oni bez nás taky ne.“ Výpověď R9 z VN byla obsáhlejší: „Když to vezmu úplně, jakože tak nějak postupně tak... Máme každý týden před vizitou schůzku, kdy se sejde primář,

rehabilitační a vrchní sestra a probereme každého pacienta. Primář chce hlavně vědět, jak je na tom pohybově, kolik třeba ještě potřebuje na to, aby mohl být propuštěn. Já třeba řeknu, co jsem řešila s rodinou, nebo mi řeknou, co je potřeba řešit a já tak dostanu nějaký požadavek. Když to vezmu jakože v rámci nemocnice, tak si myslím, že tady v nemocnici máme jako sociální pracovníci dobré postavení. Myslím si, že jsme si to s kolegyní vydobily tím, že jsme obě komunikativní. Řekla bych, že lékaři nás berou jako sobě rovné, že nemají pocit, že bychom byly něco podřadného. Kolikrát jsem jim i dělala školení ohledně pečovatelských služeb. Co se týče třeba komunikace s rodinou pacienta, mnoho záležitostí vykomunikujeme většinou telefonicky. A až když s nima telefonujeme, tak se třeba domluvíme na schůzku. Že chtějí přijít, poradit, tak je to někdy lepší osobně, takže já to vnímám tak, že jsme prostě plnoprávnou součástí nemocnice. Ale na druhé straně si uvědomuju, že oficiálně na nás zapominají. Když třeba jsme tady měli konferenci a představovala se všechna oddělení, tak najednou jako kdybychom tu nebyly. O mě řekl něco náš primář oddělení LDN a o kolegyni primář psychiatrie a to bylo všechno. Nedostaly jsme prostor, abychom my samy prezentovaly svoji práci. A to mě teda jako vadilo, ale nebyla jsem schopná to říct oficiálně nahlas. Takto jsem si to uvědomila víckrát, že se kolikrát veřejně poděkuje primářovi oddělení, ale opomíjí se naše pomoc. Ale že se to bere tak nějak obecně jako celé oddělení. Takže to mi trošičku vadí, že jako kdyby na té oficiální bázi, že nás vidí jakože jsme součástí nějakého systému, to je v pořádku, ale jako bychom neměly... My jakože nejsme oddělení, my patříme přímo pod hlavní sestru a přímo pod ředitelství, takže my jsme oddělení ředitelství a v tomto směru mě to trošku vadí.“

Jako další subjekty, se kterými během hospitalizace sociální pracovník spolupracuje, zmiňuje R9: „Spolupracujeme s agenturami domácí péče, s pečovatelskými službami. Není to tak, že bychom to v pacientovi ty služby rovnou zařizovaly, to ne, ale když třeba už je v té péči, tak pak když potřebuju opravdu vědět konkrétní informace, hlavně tam, kde rodina není tolik zastoupena a ta pečovatelka je ta, která hlavně chodí k tomu pacientovi, tak potom volám na pečovatelskou službu a tam si informace ověřuji. Spolupracujeme s Charitou, co se týká lidí bez domova, tak tam řešíme i co s nimi po hospitalizaci, když nejsou tak mobilní, jsou nemocní, tak jakým způsobem oni nám mohl pomoci s tím pacientem. S OSSZ řešíme v souvislosti s lidmi na detoxu neschopenky, kdy klienti neví odkdy dokdy mají neschopenky a my můžeme převzít neschopenky. Dál s úřadem práce.“ Další obsáhlou odpovědí byla odpověď R5: „No tak z těch klasických vlastně: pečovatelská služba, agentury domácí péče. Podle diagnózy, povahy onemocnění: Maltézská pomoc, Trend vozíčkářů. Nebo teď jak se nějak strukturalizovala, nebo jak se inovuje ten systém psychiatrické péče, tak hodně vznikly

*centra duševního zdraví i tady v Olomouci, že mají nějaký ten dosah. Tak tady toto řešíme. Nebo občanské poradny, ale zas v závislosti na tom, co ten člověk potřebuje: bezplatné poradenství o dluhy nebo exekuce, nebo oni můžou i klienty jako doprovodit třeba na úřady. Některý člověk se třeba sám bojí i jít vyřídit něco na úřady, i když doktoři řeknou: „Je to na plný invalidní důchod!“ Tak oni ani tak nejsou toho schopní si to jít vyřídit. Bojí se úředníků, bojí se lidí, takže taky předáváme, jo. Já teda... nejlíp se mě tady spolupracuje momentálně s Internet poradnou, tam mají i službu Restart, jednak je to odborné poradenství, bezplatné, můžou to konzultovat i s právníkem. Zpětnou vazbu mám velmi dobrou, že ti lidé, pokud chtějí spolupracovat, tak jsou spokojení... Pak ještě Magistrát města Olomouce, kupodivu tam mají jako odbor, se kterým se dobře spolupracuje, odbor sociální práce a poradenství, tam taky mám dobré zpětné vazby... Občanská poradna v tom Zábřehu je dobrá, pak na tom Jesenicku, jo. No to je vždycky podle toho kde, protože tady třeba leží klienti i z jiných částí i mimo třeba kraj, takže vždycky se dívám, kde jak co jim funguje a podle toho to řeším.“*

K odkazování vypověděla R5: *„Já domlouvám, oni si napíší tu schůzku. Zeptám se třeba, kdy by mu to vyhovovalo, jaký má ten denní režim a těm zase řeknu, že je třeba ostýchavý, nebo má sklony k výbušnosti, aby věděli co a jak.“* V podobném režimu vypovídaly všechny respondentky, R3 uvedla: *„Já jim doporučím. Samozřejmě jsou služby, které potom už i rovnou doobjednám, což je i naše kompetence, protože když objednávám agenturu domácí péče, tak v rámci kontinuity péče o zdraví podává ten poukaz na to vyšetření podepisuje lékař z nemocnice, na prvních 14 dnů, tedy to musíme. A pak jsou služby, které můžu zprostředkovat, ale oni musí sami chtít. Protože snažíme se vést ty klienty k soběstačnosti, ne je vodit za ručičku a všechno jim vyřídit, udělat a oni stejně pak nepřijdou. Čili oni musí projevit tu vůli, že chtějí tím, že třeba já jim dám 3 kontakty na ty neziskovky a běžte a v některé se přihlaste, toho vašeho synáčka, jo, kterej nám kouří marijánu a občas si něco píchne, jo.“*

Všechny respondentky také hodnotí kladně nastavení a komunikaci s dalšími subjekty, R6 uvedla: *„Já myslím, že to máme opravdu dobře nastaveno, víme o sobě, takže nejsou nějaké problémy.“* Spokojenost vyjádřila i R9: *„Musím říci že jo. Jako oni jsou s náma a my jsme spokojený s nima. Vždycky nám strašně děkují, takže my jako nemáme problém, když po nás něco chtěou. A když je to v zájmu toho pacienta, třeba s tou neschopenkou, tak je jasný že to prostě uděláme.“*

Dále se v této oblasti zjišťoval dostatek spolupracujících subjektů, dle R2: *„Organizací je poměrně spousta, momentálně je třeba vytížená pečovatelská služba, jo... Jde o to, že seniorů přibývá, potřebných seniorů a jsou období, kdy se stává, že ty služby jsou*

*nedostačující. Třeba teď momentálně je přeplněná kapacita, ale to je problém ne jen Olomouce, ale i třeba Šumperka. Jinak, co se týče domovů pro seniory, tak tam je bohužel nedostatečná kapacita vzhledem k poptávce, ale to je jakoby letitý problém. Zase tím, jak vstupuje na náš trh jakoby soukromý investor, tak jsou domovy, které mají soukromého zřizovatele, ale bohužel jsou cenově bohužel většinou pro ty lidi nepřijatelné, z toho pohledu toho ubytování.“ Obdobný problém zmínila i R1: „Ne, je zoufale málo. Zoufale málo těch míst. Vzhledem k tomu, že přibývá vlastně těch seniorů ve vyšším věku, že skutečně je poznat, že ta doba dožití se prodlužuje, takže máme bych řekla... nemůžu mluvit za celou republiku, ale tady v Olomouckém kraji určitě máme nedostatečnou kapacitu lůžek.*

#### **4.5. Diskuze**

Cílem výzkumného šetření bylo zmapovat, jaké role zaujímá sociální pracovník při práci s rodinou, jejíž člen je v nemocnici a zda má sociální práce vliv na zdraví, zejména na kvalitu života těchto osob. Dílčím cílem práce bylo zaměřit se na význam multidisciplinární spolupráce v nemocnici z pohledu sociální práce.

Tato kapitola slouží k zodpovězení výzkumných otázek za pomoci odborných zdrojů uvedených v teoretické části.

První otázkou, která bude porovnávána s teoretickými zdroji je: *Jaké pracovní postupy využívá sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení při práci se svými klienty?*

Sociální pracovníci ve zdravotnictví by měli usilovat o udržení kvality života klientů (Novosád, 2000). Dle Kuzníkové (2011) je první činností řešení akutní situace hospitalizovaného klienta, o čemž rozhoduje především lékař. Sociální pracovnice z FN i VN se dozvídají o klientech od zdravotnického personálu, převážně od zdravotních sester na popud lékaře, nebo z nemocničního informačního systému. Dalším způsobem, jak se o klientech dozvídají, je přímý kontakt klienta či jeho rodiny. Mezi základní informace, které před zahájením spolupráce sociální pracovnice dostávají, je popis zdravotního stavu klienta, jeho možnosti, případně zakázky, které jsou potřeba akutně řešit. Mezi nejčastější zakázky k akutnímu řešení patří sociální poradenství, zajištění služeb, pomoc s vyřízením žádostí a spolupráce s rodinou. Nedojde-li ke zhoršení zdravotního stavu, sociální pracovník spolu s klientem a jeho rodinou ověřují, zda jsou v klientově původním sociálním prostředí vhodné podmínky pro jeho navrácení. V případě, že je naopak zřejmé, že dojde k rapidnímu zhoršení zdravotního stavu klienta, sociální pracovník zajišťuje další formy pomoci, nejčastěji zařízení následné péče a připravuje rodinu na tuto skutečnost. Pro veškerou intervenci sociálního pracovníka s klientem je nutné využití vhodné metody sociální práce.

Ve FN a VN nemocnici jde převážně o individuální práce s klientem či jeho rodinou. Nejvíce využívanou metodou je přístup zaměřený na klienta dle Carla Rogerse a systemický přístup. Většinou sociální pracovníce ve VN a FN začínají intervenci s klientem a následně pokračují v intervenci s rodinou, aby si ověřily validitu sdělených informací a zvolily vhodnou metodu práce. Nejčastěji využívanou technikou sociálních pracovníků je rozhovor. S klienty, se kterými není možné vést rozhovor, volí sociální pracovníce komunikaci s rodinou v kombinaci s pozorováním klienta. Může jít o kontakt buď telefonický nebo fyzický. Ve FN se sociální pracovníce velmi striktně drží směrnic, které má sociální oddělení zavedeno. Tyto směrnice obsahují přesné pracovní postupy pro situace, které mohou nastat. Sociální pracovníce v nich nenacházejí žádné nedostatky, a to zejména díky tomu, že se podílí na jejich revizi a s potřebou změn tyto směrnice mění. Ve VN se sociální pracovníce drží standardů kvality sociálních služeb a směrnic nemocnice. Na obou pracovištích jsou sociální pracovníce spokojené s tím, jak mají pracovní postupy nastaveny, tudíž neshledávají potřebu jakékoliv inovace.

Druhou otázkou, která bude porovnávána s teoretickými zdroji, je: *S jakým typem klientů se sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení setkává?*

Klienti ve FN a VN jsou na sociální pracovníky nejčastěji odkázáni lékařem či zdravotní sestrou. Znatelně méně často vyhledají pomoc sami, někdy je přesvědčí rodina nebo pomoc vyhledá přímo rodina. Kuzníková (2011) uvádí ještě třetí způsob, jak lze zahájit spolupráci se sociálním pracovníkem v nemocnici a to tzv. depistáž, kdy se sociální pracovníci snaží aktivně vyhledávat klienty. Tuto skutečnost však nikdo z respondentek nezmínil, naopak ve VN hovořily o vytíženosti, z čehož se dá odvodit, že na depistáži zde není dostatek času. V případě, ocitne-li se klient v nemocnici a potřebuje pomoc sociálního pracovníka, tak je prostřednictvím lékaře či sestry domluvena spolupráce. Pokud klient či rodina klienta sama vyhodnotí, že by sociální pracovník při hospitalizaci mohl klientovi pomoci, tak je mu poskytnut kontakt zdravotnickým personálem nebo je možné kontakt dohledat na internetu.

Nejčastější zakázkou u klientů ve FN a VN je zajištění následné péče. Ve většině případů jde o odborné poradenství spojené s vyhledáváním terénních služeb, které může klient po propuštění využít pro usnadnění péče v přirozeném sociálním prostředí. V neposlední řadě jde o vyřizování žádostí do domovů. Velmi časté je zde jednorázové poradenství, jelikož jde většinou o akutní hospitalizace krátkodobého charakteru. Pozitivním zjištěním je, že sociální pracovníce působící ve VN a FN se neseťkávají často s nespolupracujícími klienty nebo s klienty, kteří by jim práci znepříjemňovali.

Třetí otázkou, která bude porovnávána s teoretickými zdroji je: *Do jaké míry může mít vliv práce sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení na klientův zdravotní a psychosociální stav?*

Největším přínosem je psychická podpora klientů při jejich hospitalizaci. Se zdravotním stavem a diagnózou přichází lékař a následné řešení nově vzniklé sociální situace je právě na sociálním pracovníkovi. Sociální pracovník přichází s odborným poradenstvím, které odpovídá na klientovi otázky s nově vzniklou situací.

Stres, který je vyvolaný nejistotou po nebo při hospitalizaci, má negativní účinky na zdraví klientů a tak se od přístupu a návrhů řešení sociálního pracovníka odvíjí zdravotní stav klientů. Sociální pracovník v nemocnici pomáhá s vyřízením žádostí, zjišťuje kapacity pracovišť a přichází s návrhy řešení, které napomáhají psychosociální pohodě klienta.

Čtvrtou, poslední dílčí otázkou, která bude porovnávána s teoretickými zdroji je: *Jaké další subjekty může využít sociální pracovník ve zdravotnictví pro řešení situace svých klientů?*

Pro zajištění komplexní péče o pacienty je potřeba kvalitního multidisciplinárního týmu, do kterého bezpochyby patří i sociální pracovník (Mojžíšová, Nekola, 2005). Ve VN a FN je postavení sociálních pracovníků v týmu na stejné úrovni, jako postavení ostatních členů. Nasvědčuje tomu dobrá provázanost a informovanost mezi lékaři, zdravotními sestrami, sociálními pracovníky a zároveň vysoká informovanost a provázanost sociálních pracovníků a dalších sociálních pracovníků z jiných sociálních služeb. Postavení všech zúčastněných členů multidisciplinárního týmu je v tomto případě spíše rovné. Jak uvádí Jankovský (2015) všichni odborníci přispívají svými znalostmi k řešení situace klienta. Přístup týmů ve FN a VN je lehce odlišný. Ve VN se sociální pracovnice účastní schůzek, kde jsou přítomny všechny pečující osoby, a společně rozhodují o tom, jaká jsou vhodná řešení klientovy situace. FN má velmi dobře nastavené pracovní postupy pro všechny možné vzniklé situace, zároveň velmi kvalitně funguje odkazování mezi pečujícími osobami, nicméně primárně je lékařem zadán požadavek, na základě kterého probíhá další spolupráce. V obou případech je se sociálními pracovníky jednáno s respektem k jejich odborným dovednostem, a naopak sociální pracovnice respektují zdravotnický personál s jejich odbornými dovednostmi.

Hlavní výzkumná otázka zní: *Jaký vliv na zdraví pacientů/klientů má činnost sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení?*

Sociální pracovnice VN a FN shledávají velký přínos v psychické podpoře klientů při jejich hospitalizaci. Tato psychická podpora spočívá zejména v tom, že dostanou informace

o službách, které mohou využívat po hospitalizaci a které jim usnadní životní situaci vzniklou nemocí. Kuzníková (2011) zmiňuje přínos spolupráce zejména při začátku hospitalizace akutně nemocných, kdy je klient vystaven velkému psychickému nátlaku odloučení od rodiny, práce apod. U chronicky nemocných klientů shledává Kuzníková (2011) jako velmi přínosné odborné poradenství, a to zejména pro přijetí změny zdravotního stavu a řešení současné situace, která je neměnně odlišná od jejich dosavadního běžného života. V rámci řešení současné situace, kdy došlo k rapidnímu zhoršení zdravotního stavu klienta, sociální pracovníce FN a VN velmi často řeší umístění v domovech pro seniory či hospicích. I toto sdělení je pro klientovu psychickou pohodu velmi zásadní.

## **Limity práce**

Výpovědi respondentek ukazují na skutečnost, že multidisciplinární spolupráce je ve zkoumaných nemocnicích velmi funkční a to zejména díky tomu, že je zde profese sociální práce respektována. U výpovědí k otázce týkající se řešení následné péče o klienty se opakoval problém nedostatku lůžek v domovech pro seniory. Tento problém je problémem letitým a řešení nejsou jednoduchá. Vzniká zde ale prostor pro zaměření se na podporu terénní péče, která může zastoupit potřebnou péči o klienty v jejich přirozeném prostředí.

Získaný výzkumný vzorek ze dvou největších nemocnic v Olomoucké kraji není zcela kompletní. Větší vypovídající hodnotu by měl, kdyby se mi podařilo sehnat k rozhovoru druhou respondentku z VN. V případě realizace tohoto rozhovoru by ve výzkumu byl maximální možný výzkumný vzorek respondentů. Ke kvalitě výzkumu nepřispělo také odmítnutí respondentek z FN nahrávání na diktafon. Domnívám se, že si sociální pracovníce z FN udělaly čas pro rozhovor na popud vedoucí pracovníce, která organizovala celé naše setkání. Do určité míry mohl tento fakt respondentky ovlivnit, mohly mít dojem, že nemají dostatečnou jistotu v tom, že sdělené informace poslouží pouze pro tento výzkum. Na respondentkách byly při rozhovorech vidět známky stresu, z čehož viním sebe, měla jsem se snažit navodit přátelštější atmosféru.

Dalším limitem této práce může být odlišnost výpovědi respondentky, která se zaměřuje na práci s dětmi. Ačkoliv je součástí týmu pečujících osob v rámci nemocnice, její práce je klientelou značně rozdílná a rozhovor s ní byl tedy pro výzkum využitelný pouze z části, která se zaměřuje na význam multidisciplinární spolupráce v nemocnici. Problematika dětí hospitalizovaných v nemocnici z pohledu sociální práce by mohla být tématem samostatného výzkumu.



## Závěr

Diplomová práce se zabývala významem multidisciplinární spolupráce v nemocnici z pohledu blízkých osob/rodin a sociální práce. Pozornost byla věnována tomu, jaké role zaujímá sociální pracovník při práci s klientem ve zdravotnickém zařízení.

Práce byla rozdělena na část teoretickou a část výzkumnou. Teoretická část byla rozdělena do tří hlavních kapitol. Pro získání povědomí o významu multidisciplinární spolupráce v nemocnici bylo v teoretické části potřeba nejprve vyjasnit roli sociální práce v nemocnici, což je obsahem první kapitoly diplomové práce. Sociální práce ve zdravotnickém zařízení vyžaduje velkou odbornost nejen v teoriích a metodách sociální práce, ale i v oblasti práva či medicíny. Tomu věnovala pozornost druhá kapitola. Stěžejním teoretickým základem zde byly sociální události spojené s problematikou, kam spadá vymezení zdraví a nemoci.

V českém prostředí je sociální pracovník při výkonu sociální práce v nemocnici nejčastěji členem multidisciplinárního týmu. Tato specializace probíhá tak, že sociální pracovník spolu s týmem zdravotnických pracovníků navštíví hospitalizovaného klienta na akutním lůžku a společně nastaví vhodnou intervenci. Volba vhodné intervence je stěžejní pro kvalitu spolupráce. Sociální pracovník musí být srozuměn s významem a správným fungováním multidisciplinární spolupráce, a proto se poslední kapitola teoretické části soustředila právě na vymezení základní terminologie multidisciplinární spolupráce.

Cílem této práce bylo zmapovat, jaké role zaujímá sociální pracovník při práci s rodinou, jejíž člen je v nemocnici, a zda má sociální práce vliv na zdraví, zejména na kvalitu života těchto osob. Dílčím cílem práce bylo zaměřit se na význam multidisciplinární spolupráce v nemocnici z pohledu sociální práce.

Výzkumná část byla rozdělena do oblastí, které odpovídaly na jednotlivé otázky stanovené pro zjištění cíle diplomové práce. Byla zvolena kvalitativní metoda sběru dat, která byla realizována polostrukturovanými rozhovory se sociálními pracovníky z dvou větších nemocnic Olomouckého kraje – Fakultní nemocnice Olomouc a Vojenské nemocnice Olomouc. Ve výzkumu byly porovnávány výpovědi sociálních pracovníků ze zmíněných nemocnic.

První oblast výzkumné části řešila sociálního pracovníka v nemocnici a jeho role. Sociální pracovníci se o klientech nejčastěji dozvídají od staniční sestry případně lékaře, případně z nemocničního informačního systému. Spolu se zdravotnickým personálem a podle klientem stanovené zakázky volí vhodnou intervenci. Vzhledem k povaze cílové

skupiny, tedy klientů hospitalizovaných na akutním lůžku v nemocnici, jde převážně o jednorázové sociálně – právní poradenství. Sociální pracovníce ve zkoumaných nemocnicích nejčastěji zaujímají roli poradce. Stěžejní je samozřejmě volba vhodné metody práce a kvalitní, odborně hodnotná komunikace.

Stává se, že klienti vyhledají pomoc sociálního pracovníka sami, a to buď prostřednictvím webových stránek nemocnice, kde je kontakt na sociální pracovníky, anebo prostřednictvím již zmíněné zdravotní sestry či lékaře.

Velmi častým jevem v průběhu hospitalizace je změna zdravotního stavu klienta. Sociální pracovník na to musí umět reagovat. Může jít o zlepšení zdravotního stavu, kdy už není potřeba hospitalizace. Zde vzniká prostor pro sociálního pracovníka k zajištění následných služeb, které napomůžou klientově psychické rovnováze a předejde se tak nově vzniklým nepříjemným sociálním situacím spojeným se změnou zdravotního stavu. Při zhoršení zdravotního stavu napomáhá sociální pracovník vyrovnat se s nově vzniklým sociálním statutem, se kterým se pojí například umístění v zařízení následné péče. Nejčastěji jde o umístění v hospici nebo domově pro seniory. Zde je velmi podstatná komunikace s rodinou. Spolupráce s rodinou je velmi důležitá, ať už jde o ověřování informací, zajišťování následné péče či psychickou podporu.

Pro sociální práci ve zdravotnictví je stěžejní komplexní péče o klienty. Ta je zajišťovaná v rámci koordinované rehabilitace prostřednictvím multidisciplinárního týmu. Ve zkoumaných nemocnicích je multidisciplinární spolupráce vnímána všemi členy s respektem a autonomií jak členů týmu, tak klientů. Vedle odborné způsobilosti je pro komplexní péči o klienta velmi důležité povědomí a kvalitní komunikace s dalšími subjekty, což mají zkoumané nemocnice velmi dobře osvojené a napomáhá jim to při ukončování spolupráce s hospitalizovaným klientem vyžadujícím následné služby.

Výsledky diplomové práce mohou sloužit k prohloubení povědomí o významu komplexní péče o klienty. Multidisciplinární spolupráce skýtá mnoha pozitiv, a přesto není ve všech nemocnicích, a nejen tam, dostatečně využívána. Diplomová práce může tedy sloužit jako inspirace pro sociální i zdravotní pracovníky pro zefektivnění jejich práce.

## Bibliografický seznam

1. BÁRTLOVÁ, Sylva. 2003. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Vyd. 5. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-391-0.
2. BARTOŇOVÁ, Miroslava, Ilona BYTEŠNÍKOVÁ a Marie VÍTKOVÁ. 2012. *Děti se speciálními vzdělávacími potřebami v mateřské škole: texty k distančnímu vzdělávání*. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-237-6.
3. BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. 2008. *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-392-5.
4. BELZ, Horst a Marco SIEGRIST. 2015. *Klíčové kompetence a jejich rozvíjení: východiska, metody, cvičení a hry*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0846-4.
5. ČERNÝ, Michal, Dagmar CHYTKOVÁ, Pavlína MAZÁČOVÁ a Gabriela ŠIMKOVÁ. 2015. *Informační vzdělávání pro učitele*. Brno: Flow. ISBN 978-80-88123-07-1.
6. DISMAN, Miroslav. 2011. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. Vyd. 4. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
7. DRAGANOVÁ, Helena. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta. ISBN 978-80-8063-240-3
8. DUNOVSKÝ, Jiří. 1999. *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-254-9.
9. GERMAIN, Carel B. a GITTERMAN, Alex. 1980. *The life model of social work practise*. New York: Columbia University Press. ISBN 9780231511537.
10. GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. 2003. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0415-3.
11. HÁJKOVÁ, Eva. 2008. *Komunikační činnosti a jejich cíle*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-364-1.
12. HANUŠOVÁ, Jaroslava a Kateřina HELLEBRANDOVÁ. 2006. *Interdisciplinární spolupráce*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí. ISBN 80-86991-79-2.
13. HENDERSON, Paul a David N. THOMAS. 2007. *Zručnosti komunitnej práce v susedstvách*. Nitra: Centrum komunitního rozvoja. ISBN 9788096963843.
14. HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
15. HERMOCHOVÁ, Soňa. 2006. *Teambuilding*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1155-9.

16. CHARVÁTOVÁ, Dagmar. 1990. *Metódy sociálnej práce pre 1. ročník študijného odboru sociálno-právna činnosť: učebnica pre 1. ročník študijného odboru 68-51-6 sociálno-právna činnosť*. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo. ISBN 80-08-00608-0.
17. JANDOUREK, Jan. 2009. *Úvod do sociologie*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-644-5.
18. JONES, Elsa. 1996. *Terapie rodinných systémů: vývoj v milánských systemických terapiích*. Hradec Králové: Konfrontace. ISBN 80-901773-6-0.
19. KAPR, Jaroslav, KOUKOLA, Bohumil. 1998. *Pacient: revoluce v poskytování péče*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-49-4.
20. KOPŘIVA, Karel. 2000. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Vyd. 4. Praha: Portál. ISBN 80-7178-429-X.
21. KRÜGER, Wolfgang. 2004. *Vedení týmů : jak sestavit, organizovat a povzbuzovat pracovní tým*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 8024707802.
22. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
23. KUZNÍKOVÁ, Iva. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-802-4736-761.
24. KVĚTENSKÁ, Daniela. 2009. *Úvod do sociální práce pro pomáhající profese*. Vyd. 2. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN: 978-80-7041-431-6.
25. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2006. *Výchova ke zdraví pro učitele*. Ústí nad Labem: Univerzita J.E. Purkyně v Ústí nad Labem, Pedagogická fakulta. ISBN 80-7044-768-0
26. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5376-8.
27. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
28. MATOUŠEK, Oldřich. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.

29. MATOUŠEK, Oldřich. 2003a. *Metody řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.
30. MATOUŠEK, Oldřich. 2003b. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80 - 7178-549-0.
31. MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.
32. MATOUŠEK, Oldřich. 2011. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3
33. MIKULÁŠTÍK, Milan. 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. Vyd. 2. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
34. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
35. MUSIL, Libor. 2008. *Etické kontexty sociální práce s rodinou*. České Budějovice: Albert. ISBN 978-80-7326-145-0.
36. NAKONEČNÝ, Milan. 2005. *Sociální psychologie organizace*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0577-X.
37. NAVRÁTIL, Pavel. 2000. *Úvod do teorií a metod sociální práce*. Brno: Zeman.
38. NAVRÁTIL, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Vyd. 1. Brno: Zeman. ISBN 80-903-0700-0.
39. NOVÁKOVÁ, Iva. 2011. *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-3708-9.
40. NOVOSÁD, Libor. 2000. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
41. NOVOSÁD, Libor. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita: diskurzivní pohledy na tělo, tělesnost, pohyb, člověka a tělesné postižení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-873-9.
42. PAYNE, Malcom. 2000. *Teamwork in multiprofessional care*. Hampshire: Palgrave. ISBN 0-333-72977-3.
43. PELIKÁN, Jiří. 2011. *Základy empirického výzkumu pedagogických jevů*. Vyd. 2. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1916-3.
44. PFEIFFER, Jan. 2014. *Koordinovaná rehabilitace*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-461-2.

45. PUNCH, Keith. 2015. *Úspěšný návrh výzkumu*. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0980-5.
46. REICHEL, Jiří. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
47. ŘEZNÍČEK, Ivo. 2000. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. ISBN: 80-85850-00-1.
48. SCHAVEL, M. 2005. *Supervízia jako prostriedok zvyšovania profesionálnej kompetencie sociálneho pracovníka*. Praha: Kontakt. č. 2, č. 6. 107-110 s. ISSN 90-304385-9.
49. ŠPILÁČKOVÁ, Marie a Eva NEDOMOVÁ. 2014. *Úkolově orientovaný přístup v sociální práci*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0726-9.
50. ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
51. ÚLEHLA, Ivan. 2005. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3. Praha: Sociologické nakladatelství Slon. ISBN 80-86429-36-9.
52. VÁLKOVÁ, Monika a Jaroslav DEMBINNÝ. 2012. *Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR*. Praha: MPSV. ISBN 978-80-7421-052-5.
53. VOKURKA, Martin a Jan, HUGO. 2004. *Praktický slovník medicíny*. Vyd. 7. Praha: Maxforf. ISBN 80-7345-009-7
54. VURM, Vladimír. 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Vyd.1. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.
55. ZAHŘÁDKOVÁ, Eva. 2005. *Teambuilding*. Vyd. 1. Praha: Portál. ISBN 80-7367-042-9.
56. ŽIŽLAVSKÝ, Martin. 2003. *Metodologie pro Sociální politiku a sociální práci*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3110-7.

## Elektronické zdroje

1. COTT, Cheryl. 1998. *Structure and meaning in multidisciplinary teamwork*. *Sociology of Health & Illness*. [online]. č. 6. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://iims.uthscsa.edu/sites/iims/files/MDT-Structure-1-Other.pdf>
2. DESET KROKŮ KOMUNITNÍHO PLÁNOVÁNÍ. 2006. MPSV [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/01\\_metodika.pdf/5a16e06d-8d23-af78-001c-88ee735bcd83](https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/01_metodika.pdf/5a16e06d-8d23-af78-001c-88ee735bcd83)
3. FESTOVÁ, Andrea. 2007. *Komunitní ošetrovatelství v ČR se zaměřením na péči porodních asistentek*. *Moderní babicví* [online]. č. 12 [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.levret.cz/publikace/casopisy/mb/2007-12/?pdf=38>
4. GOJOVÁ, A. a H. SOBKOVÁ. 2007. *Využití úkolově orientovaného přístupu v současných podmínkách české sociální práce*. *Časopis sociální práce/Sociálna práca*. č. 1, s. 87-96. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/issue/2007-01/>
5. JANEBOVÁ, Radka a Libor, MUSIL. 2007. *Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc*. *Časopis sociální práce/Sociálna práca* [online]. [cit. 2022-03-12]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/article/myty-o-rol-i-socialnich-pracovniku-a-pracovnic/>
6. JANKOVSKÝ, Jiří. 2015. *Multidisciplinárni tým z hlediska sociálního pracovníka*. [online]. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>
7. KODYMOVÁ, Pavla. 2015. *Multidisciplinárni týmy v praxi sociální práce*. [online]. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV. [cit. 2022-03-19]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>
8. KOMUNITNÍ PLÁNOVÁNÍ – VĚC VEŘEJNÁ. 2002. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/komunitni-planovani-vec-verejna-pruvodce->
9. KRUTHOVÁ, Lenka. 2017. *Koordinovaná rehabilitace I*, Ostravská univerzita, ISBN: 978-80-7464-965-3. [online]. [cit. 2022-04-01]. Dostupné z:

<https://adoc.pub/queue/koordinovana-rehabilitace-u-klient-ustavu-socialni-pee-domek.html#>

10. KŘÍŽ, J. 2011. *Determinanty zdraví*. In KOMÁREK, Lumír a Kamil PROVAZNÍK. 2011 Praha: Nadace CINDI. ISBN 978-80-260-1159-0. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/OCHRANA\\_A\\_PODPORA\\_ZDRA\\_VI.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/OCHRANA_A_PODPORA_ZDRA_VI.pdf)
11. MARKOVÁ, Věra a Helena ŠLENKRTOVÁ, 2008. *Pracovní postup: Proces zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních*. In: Česká asociace sester [online]. [cit. 2022-03-04]. Dostupné z: [http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas\\_pp\\_2008\\_0003.pdf](http://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf)
12. MILLER, A.; MCFARLANE, J. 2017. *Florida Adult Drug Court*. [online] State of Florida: Best Practise Standards [cit. 2022-03-13] Dostupné z: [https://www.flcourts.org/content/download/216679/file/Florida\\_Adult\\_Drug\\_Court\\_Standards\\_Full\\_Document.pdf](https://www.flcourts.org/content/download/216679/file/Florida_Adult_Drug_Court_Standards_Full_Document.pdf)
13. MOJŽÍŠOVÁ A. a V. NEKOLA. 2005. *Zdravotně sociální pracovník a jeho příprava k zapojení do práce multidisciplinárního týmu ve zdravotnickém zařízení*. Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://adoc.pub/queue/zdravotn-socialni-pracovnik-a-jeho-piprava-k-zapojeni-do-pra.html>
14. PSTRUŽINA, Karel. 2007. *Multidisciplinární a interdisciplinární přístup jako metodologické východisko v Evropských studiích*. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <http://nb.vse.cz/~pstruzin/state/interdis.html>
15. TAJANOVSKÁ, A. 2015. *Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti* [online] Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Praha: MPSV [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/953091/3ssp.pdf/7f72a3fc-91fc-c606-6781-cb374d528797>
16. THYLEFORS, Ingela, PERSSON, Olle a Daniel HELLSTÖRM. 2005. *Team types, perceived efficiency and team climate in Swedish cross-professional teamwork*. Journal of Interprofessional Care [online]. č. 2. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13561820400024159>
17. TRÁVNÍČKOVÁ, Jana. 2009. *Možnosti spolupráce multidisciplinárního týmu ve zdravotnickém zařízení při řešení specifického zanedbání péče o děti*. Diplomová



- práce. Masarykova univerzita v Brně, fakulta sociálních studií. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: [https://is.muni.cz/th/f1dht/Travnickova\\_Jana\\_-\\_diplomova\\_prace\\_-\\_format\\_pdf.pdf](https://is.muni.cz/th/f1dht/Travnickova_Jana_-_diplomova_prace_-_format_pdf.pdf)
18. WORLD HEALTH ORGANIZATION. 2001. *The World Health report: 2001: Mental Health: new understanding, new hope*. Geneva: World Health Organization. [online]. [cit. 2022-03-13]. Dostupné z: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO\\_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42390/WHO_2001.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
19. ZAJACOVÁ. 2017. *Reflexe výzev profesionalizace sociální práce*. Časopis sociální práce/Sociálna práca [online]. [cit. 2022-03-02]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/reflexe-vyzev-profesionalizace-socialni-prace/>
20. EMMEROVÁ, Milada. 2012. *Co je koordinovaná rehabilitace?* [online]. PRAHA: MPSV. Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR. [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/954262/publikace\\_ZD.pdf/8a02adfb-cdeb-10cd-9236-0250a724b4ee](https://www.mpsv.cz/documents/20142/954262/publikace_ZD.pdf/8a02adfb-cdeb-10cd-9236-0250a724b4ee)
21. Válková, Monika a Jaroslav, Dembinný. 2012. *Dlouhodobá zdravotně sociální péče jako součást KHRC*. [online]. PRAHA: MPSV. Základní východiska zavedení koordinované rehabilitace zdravotně postižených v ČR. [cit. 2022-04-01]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/954262/publikace\\_ZD.pdf/8a02adfb-cdeb-10cd-9236-0250a724b4ee](https://www.mpsv.cz/documents/20142/954262/publikace_ZD.pdf/8a02adfb-cdeb-10cd-9236-0250a724b4ee)

## **Legislativní zdroje**

1. Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných
2. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
3. Zákon š. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v platném znění

## **Seznam obrázků**

Obrázek 1: Schéma spolupráce - rovné postavení všech zúčastněných .....	33
Obrázek 2: Schéma spolupráce - sociální pracovník na straně klienta.....	34