

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Sociální práce na lůžkových onkologických odděleních
nemocnic**

Bakalářská práce

Autor: Jana Korbelová, U1740
Studijní program: B6731 – Sociální politika a sociální práce
Studijní obor: Sociální práce
Forma studia: Kombinovaná
Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Hradec Králové, 2020

Zadání bakalářské práce

Autor: Jana Korbelová

Studium: U1740

Studijní program: B6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název bakalářské práce: **Sociální práce na lůžkových onkologických odděleních nemocnic**

Název bakalářské práce AJ: Social work at oncological inpatient departments at hospitals

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Bakalářská práce se zabývá sociální prací na lůžkovém onkologickém oddělení nemocnice. V teoretické části jsou vymezeny základní pojmy související s tématem sociální práce ve zdravotnictví. Je stručně vymezena historie sociální práce ve zdravotnictví, neboť je to práce na pomezí více profesí a je důležité poukázat na moment, kdy se sociální práce od ostatních zdravotnických profesí oddělila. Zmíněny jsou metody a techniky sociální práce ve zdravotnictví, které je možné v těchto institucích využít se zohledněním výhod a nevýhod jejich užití. Dále zde jsou základní informace o instituci, ve které bude prováděn výzkum. Praktická část práce je zpracována formou kvalitativního výzkumu polostrukturovaným rozhovorem s pacienty na onkologickém lůžkovém oddělení. V práci je poukázáno na to, že sociální práce je vedle všech lékařských profesí důležitá součástí procesu léčení pacienta a pro mnohé klienty je sociální pracovník prostředník mezi nimi a úřady, institucemi či sociálními službami, bez kterých by se neobešli. Cílem práce je posouzení možností a limitací sociálního pracovníka na lůžkovém onkologickém oddělení nemocnice.

HAVRDOVÁ, Zuzana. Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7. KUZNÍKOVÁ Iva a kolektiv. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, ed. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0.

Garantující pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.

Oponent: PhDr. Lenka Neubauerová, PhD.

Datum zadání závěrečné práce: 29.6.2018

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 15. 12. 2020

Jana Korbelová

Poděkování

Chtěla bych poděkovat všem, kteří mi poskytovali rady a podporu při realizování této práce. Děkuji doc. MUDr. Aleně Vosečkové, CSc. za vedení mé bakalářské práce, cenné rady a odborný dohled. Děkuji také všem, kteří se zúčastnili mého výzkumu.

Abstrakt

KORBELOVÁ, Jana. *Sociální práce na lůžkových odděleních nemocnic*. Hradec Králové, 2020, 60 s. Bakalářská práce. Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce.

V této práci se budu zabývat sociální prací na lůžkovém onkologickém oddělení nemocnice. V teoretické části budou vymezeny základní pojmy související s tématem sociální práce a sociální práce ve zdravotnictví. Dále zde bude stručně vymezena historie sociální práce ve zdravotnictví, neboť je to práce na pomezí více profesí a je důležité poukázat na moment, kdy se sociální práce od ostatních zdravotnických profesí oddělila. Zmíněny budou metody a techniky sociální práce ve zdravotnictví, které je možné v těchto institucích využít se zohledněním výhod a nevýhod jejich užití. Dále zde budou základní informace o instituci, ve které bude prováděn výzkum.

Praktická část práce bude zpracována formou kvalitativního výzkumu metodou rozhovoru s pacienty na onkologickém lůžkovém oddělení. Rozhovory budou prováděny polostrukturovaným rozhovorem. Před samotným rozhovorem budou krátce popsány okolnosti hospitalizace klienta na onkologickém lůžkovém oddělení pro snadnější pochopení situace a zainteresování sociálního pracovníka.

V práci bude poukázáno na to, že sociální práce je vedle všech lékařských profesí důležitá součást procesu léčení pacienta a pro mnohé klienty je sociální pracovník prostředník mezi nimi a úřady, institucemi či sociálními službami, bez kterých by se neobešli.

Cílem práce bude posouzení možností a limitací sociálního pracovníka na lůžkovém onkologickém oddělení nemocnice.

Klíčová slova: sociální práce, sociální práce ve zdravotnictví, fakultní nemocnice

Abstract

KORBELOVÁ, Jana. *Social work at oncological inpatient departments at hospitals*. Hradec Králové, 2020. 60 p. Bachelor Degree Thesis. University of Hradec Králové.

The goal of this thesis is to explore social work in a hospital inpatient oncological department. In the theoretical section, basic concepts related to the topic of social work and social work in health care are defined. Additionally, the history of social work in health care is briefly described in this section, since social work lies at the crossroads of multiple disciplines and it is important to point out the moment of social work's separation from other health care professions. Methods and techniques of social work in health care that can be used in medical institutions are mentioned while taking into consideration advantages and disadvantages of their use. Moreover, basic information about the institution, where research was conducted, is given in this section.

The practical section of the thesis is in the form of a qualitative research conducted by interviewing patients in an inpatient oncological department. The interviews were conducted as semi-structured interviews.

The circumstances of patient's hospitalization in the inpatient oncological department are briefly described before presenting the interview to facilitate understanding of the situation and the social worker's involvement.

It is highlighted in the thesis, that social work, in addition to all medical professions, is an important part of a patient's healing process and that for many clients the social worker is an intermediary between them and the authorities, institutes or social services, without which they can't get by.

The thesis aims to assess possibilities and limitations of a social worker in a hospital inpatient oncological department.

Key words: social work, social work in a hospital, University Hospital

Obsah

Úvod	9
1 TEORETICKÁ ČÁST	11
1.1 Historie sociální práce ve zdravotnictví	11
1.2 Rakovina.....	12
1.3 Pacientův režim dne v nemocnici	13
1.4 Práva onkologických pacientů.....	13
1.5 Hodnoty sociálních pracovníků	15
1.6 Teoretické koncepty sociální práce	16
1.7 Metody sociální práce ve zdravotnictví.....	22
1.8 Náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici.....	24
1.9 Postup práce sociálního pracovníka	26
1.10 Instituce	30
1.11 Shrnutí teoretické části	33
2 PRAKTICKÁ ČÁST	35
2.1 Hlavní výzkumný cíl a dílčí cíle.....	35
2.2 Kvalitativní výzkum	37
2.3 Rozhovor	38
2.4 Postup sběru dat a jejich následné zpracování	40
2.5 Analýza a interpretace údajů	42
2.6 Shrnutí praktické části	46
Závěr	49
Seznam použité literatury	51
Seznam tabulek	54
Seznam příloh	55

Seznam použitých zkratek

DC – dílčí část

FN HK – Fakultní nemocnice Hradec Králové

MOÚ – Masarykův onkologický ústav

MNUL – Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

TO – tazatelská otázka

ZTP průkaz – Průkaz pro osoby se zdravotním postižením

Úvod

Téma zdravotnictví mě významněji provází posledních pár let. V mém blízkém okolí jsou zdravotní i nezdravotní pracovníci nemocnic, a proto je pro mne přirozené se o tuto problematiku zajímat. Při výběru tématu bakalářské práce jsem proto neváhala zůstat u problematiky zdravotnictví.

Při rozhodování o konkrétním tématu bakalářské práce jsem se rozhodla zaměřit na sociální práci na lůžkovém onkologickém oddělení. Vzhledem k tématu byla vybrána kvalitativní výzkumná strategie formou polostrukturovaných rozhovorů. Téma sociální práce v nemocnici jsem si vybrala také proto, že je tato tematika často opomíjená a doposud se výzkumu s neobornou veřejností nevěnovalo mnoho publikací. Veřejnost mnohdy ani neví o možnosti využití sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních.

Tato tematika je neoblíbená také z důvodu, že pro mnohé z nás je návštěva zdravotnických zařízení často nepříjemná a spíše se snažíme ji co nejvíce urychlit, než abychom se zdrželi a zjišťovali podrobnější informace o chodu zařízení. Proto bych prostřednictvím své práce ráda vyzdvihla právě sociální pracovníky zdravotnických zařízení, o kterých se dle mého názoru málo mluví, alespoň v porovnání se zdravotnickým personálem. Sociální pracovníci jsou nezbytnou součástí multidisciplinárního týmu a přispívají v procesu léčby pacienta hlavně po psychické stránce, která je při léčení nesmírně důležitá.

Tato práce je určena pro všechny, kteří se chtějí o sociálních pracovnících ve zdravotnických zařízeních něco dozvědět. Může být přínosná i samotným sociálním pracovníkům, neboť se prostřednictvím prováděného výzkumu můžou dozvědět pacientův náhled na jejich profesi.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. V teoretické části se stručně věnuji historii sociální práce ve zdravotnictví, a to hlavně z důvodu, abych poukázala na okamžik, kdy se sociální práce ve zdravotnictví oddělila od ostatních profesí. Dále problematice onkologického onemocnění, průběhu léčby i významu práv a povinností pacienta. Věnuji se sociální práci z pohledu teorie – prostřednictvím teoretických přístupů a metod, které je možné ve zdravotnictví využít. Největší důraz je kladen na kapitolu náplně práce sociálních pracovníků v nemocnici, jednotlivým krokům

práce s pacientem a zmíněna je i legislativa. S náplní práce souvisí hodnoty, které sociální pracovníci uznávají a jednají podle nich. Na začátku kapitol jsou stručně vysvětleny nejvýznamnější pojmy, které se v kapitole objevují a které považují za důležité vymežit. Následuje shrnutí celé teoretické části.

Praktická část této práce vychází z teoretické části. Je zde vymezený druh výzkumu a důvod, proč jsem se pro tento druh výzkumu rozhodla. Zmíněny jsou i klady a zápory vybraného druhu výzkumu. Popsány jsou hlavní cíl a dílčí cíle a pomocí transformační tabulky jsou představeny spolu s výzkumnými otázkami. Dále je zde popsán postup sběru dat a jejich vyhodnocení. Vymezen je i zkoumaný soubor a postup, jakým jsem jednotlivé respondenty pro svůj výzkum vybírala. V další části jsou data analyzována a vyhodnocována.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Historie sociální práce ve zdravotnictví

První instituce, která si uvědomovala, že je nutné se postarat o nejslabší členy společnosti, byla církev. Na aktuální společenské problémy, jako byly nemoci či hladomory, reagovala církev zakládáním ústavů v blízkosti klášterů či kostelů. Tyto ústavy byly řádové nemocnice či útulky pro okruh společnosti se stejným znakem – chudoba, ztráta rodičů či živitele rodiny, tělesně postižení apod. Z toho vyplývá, že prvními sociálními či zdravotnickými pracovníky – ačkoliv se tak nenazývali – byli právě příslušníci církve. Do špitálů, jak byly nemocnice nazývány, byli však přednostně přijímáni ti, kteří v minulosti církvi darovali peníze či majetek. (Matoušek, 2012, s. 111-112)

V době renesance, kdy se vliv církve omezil, přebírá organizovanou léčebnou péči nová společenská třída – měšťanstvo. První nemocnice, v té době nazývaná špitál, byla založena v roce 1484. I v této době se na chudé obyvatele dostalo jen málo – základní ošetření a přespání. Roku 1620 byla po rekatolizaci založena první nemocnice, která byla rozdělena na část poskytující zdravotnickou péči a část poskytující péči sociální. Dalo by se předpokládat, že v této době si občané uvědomili, že je třeba uspokojit klienta nejen po stránce zdravotní za pomoci zdravotnického personálu, ale i po sociální stránce za přítomnosti sociálního pracovníka. (Matoušek, 2012, s. 113-114)

Za vlády císaře Josefa II. byly založeny nové zdravotně-sociální instituce namísto hygienicky nevyhovujících špitálů. Byly to například chorobince s oddělením pro duševně nemocné, porodnice či všeobecná nemocnice. Tyto instituce měly již svůj řád, což z dnešního pohledu zlepšilo kvalitu péče o nemocné. V 19. století dochází k rozvoji industrializace a s tím ruku v ruce nárůst chudoby obyvatelstva. V této době se řešila hlavně problematika dětské práce. (Matoušek, 2012, s. 115-116)

Ve 20. století se ze sociální práce stala vědní disciplína s etickým kodexem, metodikou, vzdělávacími institucemi a finanční závislostí na státu. Tomuto posunu ve vývoji sociální práce předcházela první světová válka, tudíž se sociální práce orientovala na řešení následků války. Hlavním problémem bylo řešení válečných neuróz, tudíž se sociální pracovníci připravovali a vzdělávali v oblasti psychiatrie. Po vzniku samostatné Československé republiky se začaly zakládat vzdělávací instituce z nichž za nejdůležitější

pro sociální práce ve zdravotnictví považují Masarykovu státní školu zdravotní a sociální péče, která vzdělávala zdravotní sociální pracovníky (v této době spíše sociální pracovnice – ženy). Tito pracovníci (pracovnice) pomáhali právě lékařům v oboru sociální lékařství. (Kuzníková, a kol., 2011, s. 14-15)

1.2 Rakovina

Rakovina je „onemocnění způsobené zhoubným nádorem, pro který je charakteristický nekontrolovaný růst s ničením okolních tkání, zakládání metastáz a celkové působení na organismus. Prorůstání nádoru do okolí může připomínat klepítka raka, což dalo název této chorobě.“ (Vokurka, Hugo, 2008. s. 390)

V dnešní době je bohužel tolik druhů onkologického onemocnění, že nelze jednoznačně určit, který orgán lidského těla bývá rakovinou postižen nejčastěji. Lze však vymezit nejčastější druh rakoviny podle pohlaví – u žen bývají postiženými orgány prsa a děložní hrdlo a u mužů plíce. V posledních letech se stále častěji setkáváme s nádory trávicí soustavy, prostaty a krve (leukemie). Rakovina je po nemocích srdce a cév druhou nejčastější příčinou smrti ve vyspělých zemích. (Vokurka, Hugo., 2008. s. 390)

U rakoviny je nejdůležitějším faktorem prevence. Přestože se každý druh rakoviny může projevovat jinak, je dobré mít se na pozoru, pokud se člověk začne cítit jinak. Nadměrná únava, zvýšená teplota, krev v moči či stolici to vše i mnoho jiných neobvyklých projevů může naznačovat zdravotní problém. Je proto důležité nepodceňovat pravidelné preventivní prohlídky u lékařů. (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 28)

Historie

Je smutným faktem, že rakovina je nemoc známá od nepaměti. Důkazy o této nemoci jsou k dispozici například u egyptských mumií. Léčba této nemoci se začala praktikovat v 19. století, a to nejprve chirurgicky a s objevem rentgenového záření pomocí radioterapie, která se postupem času zmodernizovala na dnešní podobu. (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 9)

Na našem území vznikl v roce 1904 Spolek pro potírání rakoviny v Praze a roku 1928 „Dům útěchy“ v Brně, dnes známý jako Masarykův onkologický ústav. V roce 1936 byl založen Radioléčebný ústav, dnes Ústav radiační onkologie. Rozvoj onkologie a léčby

onemocnění se rozmáhal ruku v ruce rozvoje medicíny a vědy jako takové. „Vznikly odborné společnosti onkologická a radiologická. S přibývajícimi možnostmi systémové onkologické léčby (chemoterapie, hormonální léčba, imunoterapie nebo biologická léčba) byla schválena odbornost klinického onkologa, který se zabývá léčebnými aplikacemi systémové léčby a je členem multidisciplinárního týmu.“ (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 9)

1.3 Pacientův režim dne v nemocnici

Každý člověk má nějaký svůj zaběhnutý režim dne. Může se stát, že jeho režim dne je narušený nemocí. Většinu nemocí jsme schopni zvládnout a náš režim naruší jen minimálně a na pár dní. Je-li však člověk nucen kvůli nemoci zůstat v nemocnici, musí si zvyknout na docela jiný režim. Už změna režimu může být pro člověka velmi náročná, navíc když změna je způsobena další změnou, totiž tím, že člověk onemocní.

V nemocnici vládne docela jiný režim. Pravděpodobně se to liší i nemocnice od nemocnice a velmi záleží na tom, jak velká nemocnice je, či na jakém oddělení se pacient nachází. Vždy je to ale podobné a start dne je zahájený ranním buzením okolo šesté hodiny a měřením teploty. Následuje ranní hygiena, úklid pokoje a snídaně. Po snídani obvykle přichází medicínská část v podobě vizity, podávání léků, případně odběr krve či odvoz pacienta na vyšetření. Po obědě nastává pacientům chvilka klidu a volného času na čtení či jinou podobu rozptýlení. Večere se podává okolo páté až šesté hodiny. (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 77-78)

Pro každého pacienta jsou nejdlejší volné chvílky o víkendu, kdy probíhají jen nezbytně nutné procedury v podobě podávání léků. Proto jsou sobotní a nedělní odpoledne ideální pro návštěvy přátel a příbuzných, které přivedou pacienta na jiné myšlenky. (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 77-78)

1.4 Práva onkologických pacientů

Jako každá organizace potřebuje i nemocnice pro své pacienty dokumenty, které jim zaručují důstojné zacházení a plnění práv. Nejdůležitějším právem nejen ve zdravotnictví je rovnost všech pacientů či klientů – rovný přístup ke všem bez ohledu na věk, pohlaví či ekonomický status. Dalším důležitým právem je zapojení se do procesu léčby – být

informovaný, mít možnost říci svůj názor a vědět o prostoru k diskuzi. Věřím, že v prostorách nemocnice není pro diskuzi příliš mnoho času, zvláště v nabitých dnech lékařského i nelékařského personálu. Pro pacienta je však možnost zeptat se či projevit svůj názor velmi důležité a věřím, že na psychiku pacienta má právě tento aspekt velký vliv.

Celková léčba zahrnuje nejen léčbu fyzických příznaků, kterou se zabývá lékařský personál, ale i „bolesti“ jako jsou deprese, ztráta příjmu, odloučení od rodiny. (Matoušek, 2005, s. 199)

Psychická pohoda má nepředstavitelný vliv na průběh medicínské léčby. Proto se dnes vedle všech lékařských profesí pohybují v prostorách nemocnice i profese nelékařské – psychologové, terapeuti či právě sociální pracovníci, kteří lékařům pomáhají právě s psychickou stránkou pacienta.

Níže je uvedeno několik důležitých práv, které se projednávali na zasedání Asociace evropských lig proti rakovině v listopadu 2005:

- Všichni onkologičtí pacienti mají právo na stejnou lékařskou péči s ohledem na závažnost diagnózy.
- Důležitým aspektem pro kvalitní péči je existující kvalifikovaný tým pracovníků, vybavení odpovídající potřebám pacientů a fungující multidisciplinární spolupráce.
- Pacient má právo na informace o svém zdravotním stavu, o průběhu léčby a o zvolených léčebných postupech. Má právo se k léčbě vyjádřit. Může léčbu odmítnout. Pacient má rovněž právo na názor jiného lékaře.
- Po ukončení léčby má pacient právo na vhodnou a dostupnou rehabilitaci za účasti multidisciplinárního týmu.
- Vztah mezi pacientem a personálem musí být profesionální, vyvíjen ve vztahu vzájemného respektu a úcty. Zároveň je vztah otevřen diskuzi o léčbě (Dienstbier, Stáhalová, 2012, s. 98-99)

1.5 Hodnoty sociálních pracovníků

Sociální práce ve zdravotnictví je práce nejen na pomezí více profesí, ale je to především práce jako součást multidisciplinárního týmu. Považují proto za velmi důležité poukázat na hodnoty, na které se ve zdravotnictví poukazuje, a to jak pro lékařský, tak nelékařský tým.

Nutnost mezioborové spolupráce je základním kamenem ve zdravotnických zařízeních, a to nejen mezi lékaři a sociálními pracovníky, ale i mezi zdravotními sestrami a sociálními pracovníky. Mezi těmito dvěma obory najdeme jisté podobnosti, ale i rozdílnosti. *„Zdravotní sestra vede nemocné k sebezpečí a edukuje jejich blízké v poskytování laické ošetrovatelské péče, sociální pracovník usiluje o zplnomocnění svého klienta v rámci jeho rodinného systému, aby „za něj“ nepřebíral starost.“* (Macek, 2001 in Havrdová, 2010, s. 46)

Sociální pracovníci uznávají hodnoty respektu k individualitě a autonomii člověka. Tyto hodnoty uznává i zdravotnický personál – zdravotní sestry. Zdravotní sestry ale uspokojují potřeby vedoucí k navrácení zdraví nebo alespoň utlumení bolesti, zatímco sociální pracovníci uspokojují klientovy či pacientovy sociální potřeby. (Havrdová, 2010, s. 46-47)

V praxi je nutný vzájemný respekt obou profesí a co nejvyšší míra spolupráce. To, že mají obě profese z části shodné hodnoty, může vést i ke kolizi obou profesí, kdy nemusí fungovat spolupráce a výměna informací o pacientovi tak, jak by bylo třeba.

Jedním z významných aspektů je individualizace péče. Každý pacient vyžaduje jiný přístup a je bezvýznamné, jestli ho vyžaduje od lékaře či sociálního pracovníka. *„Znalost klienta a jeho potřeb je základním východiskem individualizace péče a úzce souvisí se zpracováním individuálního plánu.“* (Havrdová, 2010, s. 59-60)

Je nutné, aby byly postřehy z oblasti individualizace péče o pacienta sdíleny právě mezi lékařem či zdravotními sestrami a sociálním pracovníkem, neboť se díky této spolupráci může ušetřit spousta času na obou stranách. Pro lékaře není pacient jen jeho nemoc a pro sociálního pracovníka jeho sociální situace. Pacient je brán jako kompletní osobnost s nemocí i se sociální situací.

1.6 Teoretické koncepty sociální práce

Sociální práci lze vymezit jako odbornou specifickou činnost pracovníka, který působí v sociální sféře za účelem pomoci člověku, ale i společnosti, v běžných a obtížných životních situacích, a to za pomoci různých technik a prostředků. (Háatar, 2009, s. 75)

Ve zdravotnictví, stejně jako v jiných odvětvích sociální práce, je důležité využívat vhodné teoretické koncepty. Znalost teoretických konceptů je pevná základna, na které se dá stavět vzájemná spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem. Když pracovník využívající teoretické znalosti má rámec, podle kterého může práci s klientem vést, nemůže se vydat na nebezpečnou cestu, na které by ublížil buď své profesi, nebo klientovi.

Jelikož se tyto teoretické koncepty sociální práce používají i mimo zdravotnickou sociální práci, budu zde užívat termín klient.

V této kapitole budu převážně čerpat z publikace Ivy Kuzníkové a kolektiv (2011), neboť v této knize je čerpáno z dalších autorů, které se jednotlivým teoretickým konceptům sociální práce věnovali.

Psychosociální přístup

Tento přístup pracuje s předpokladem, že vnější problémy klienta jsou způsobeny jeho vnitřním psychickým problémem. Při psychosociálním přístupu se využívá terapeutických rozhovorů, které napomáhají k posílení klientova já. (Lüssi, 1992 in Kuzníková, 2011, s. 38)

Nejprve byl psychosociální přístup využíván jen při práci s jednotlivcem. Poté se začal využívat při sociální práci s rodinou či s malými skupinami. (Encyclopedia, 1987 (b) in Kuzníková, 2011, s. 38)

„Psychosociální přístup zdůrazňuje porozumění člověku jako jedinci, který žije v interakcích se svým prostředím. Usiluje o rovnováhu mezi porozuměním vnitřnímu psychickému životu člověka a jeho mezilidským vztahům.“ (Kuzníková, 2011, s. 38)

Jako velkou výhodu tohoto přístupu vidím to, že jelikož pracovník získá prostřednictvím terapeutického rozhovoru informace o klientově vnitřním světě, může se vyvarovat

formám pomoci, které by nefungovaly, což ušetří čas jak sociálního pracovníka, tak klienta. Další výhodou je posilování klientova já, což mu v budoucnu může pomoci, kdyby se dostal do podobných problémů. Když klient získá pozitivní náhled na sebe sama, zvýší to jeho sebedůvěru a s vnějšími i vnitřními problémy si může daleko snadněji pomoci sám.

Nevýhodu tohoto přístupu spatřuji v tom, že jelikož se zakládá na myšlence, že vnější problém je způsobem problémem vnitřním, může klient vnitřním problémům přiřkládat až přespříliš velkou váhu. V praxi to může znamenat to, že se bude vymlouvat, že jeho sociální prostředí ho nechápe, protože nezažilo to, co zažil on.

Systemová koncepce

Tento koncept chápe sociální práci jakožto interakci mezi klienty a jejich prostředím. Klienti žijí jako součást systému, kdy na sebe tyto dva subjekty neustále vzájemně působí. Řešení problémů klientů je možné pouze v rámci systému, jehož jsou součástí. (Pincus, Minahan, 1973 in Kuzníková, 2011, s. 38)

Cílem tohoto přístupu je především zapojit klienty do těch systémů, které jim s jejich problémy mohou pomoci. Tyto systémy mají klientům umožnit řešení jejich situace. Systemová koncepce napomáhá zdokonalovat působení těchto systémů. Dle systemové koncepce mohou klientům pomoci tři druhy systémů. Prvním z nich jsou neformální systémy jako rodina, přátelé, lidé žijící v okolí klienta či jeho spolupracovníci. Dalším jsou formální systémy pomoci jako různé organizace do jejichž zájmu klient spadá a posledním druhem systému jsou společenské systémy pomoci, do kterých patří nemocnice, školy či sociální zabezpečení. (Kuzníková, 2011, s. 38)

Výhodou tohoto přístupu je zapojení nejen klienta a jeho okolí, ale i instituce, které by se na první pohled nezdály jako vhodné k zapojení. Čím širší bude možnost pomoci, tím spíše se klientova situace vyřeší a podaří se zajistit, aby se neopakovala či aby se nestala tak závažnou.

Nevýhodu bych viděla v tom, že by se klient mohl ocitnout v situaci, kdy si ho zainteresované subjekty vzájemně přehazují či mu naopak chtějí pomoci všechny, ale každý jiným způsobem. Někdy se můžou dva subjekty v pomoci vzájemně doplňovat, ale

může nastat i situace, kdy budou subjekty v „rozporu“, což potom klientovi jistě nepomůže.

Ekologický koncept

Tento koncept uvádí, že „sociální práce se má zabývat poruchami a problémy, které vznikají jako **problémy adaptace v prostředí sociálním a fyzickým.**“ (Kuzníková, 2011, s. 39)

Tímto konceptem se zabývali autoři Germain a Gitterman, kteří tvrdili, že kvůli problémům adaptace v prostředí vzniká stres. Stres vzniká ve třech oblastech. První z nich je oblast životní změny, takovou změnou je například změna statusu či krizové události. Druhou oblastí jsou tlaky ze strany prostředí v podobě nevhodných organizací a poslední oblastí, kterou tito dva autoři zmiňují, je oblast mezilidských vztahů a komunikace. (Germain, Gitterman, 1973 in Kuzníková, 2011, s. 39)

Výhodou tohoto přístupu je, že se orientuje na problematiku sociálního prostředí a mezilidských vztahů. Lidé se neustále pohybují v sociálním prostředí, tudíž je velmi důležité se na tuto oblast zaměřit.

Nevýhodou může být to, že se sociální pracovník může až přespříliš zaměřit na problémy okolí a opomenout problémy klienta, které s prostředím nemusí úplně souviset. Nemusí se vždy ukázat, že problémy začínají až na úrovni mezilidských vztahů.

Přístup orientovaný na klienta

Jednou z možností, jak pracovat v sociální práci s jednotlivcem, je za využití přístupu orientovaného na klienta, jehož autorem je Carl Rogers. Dle Matouška (2003) je při tomto přístupu nutný nehodnotící postoj pracovníka, přijímání klienta takového, jaký je, a empatické cítění. Klient naplno využívá své vlastní schopnosti. (Matoušek, 2003, s. 120)

Tento přístup je vhodný v situacích, které klient vidí jako bezvýchodné či které jsou i z pohledu sociálního pracovníka skutečně neřešitelné. (Kuzníková, 2011, s. 66) Některé případy na oddělení onkologie neřešitelné skutečně jsou, tudíž vidím tento přístup jako vhodný k použití.

Výhodou tohoto přístupu je to, že klient k řešení problému využívá vlastních schopností. Myslím, že díky tomu si může uvědomit vlastní cenu, a to mu dodá potřebnou sílu k dalšímu jednání. Vztah pracovníka a klienta je při využití tohoto přístupu velmi blízký, pracovník klienta přijímá takového, jaký je, a to jistě ve vzájemné spolupráci velmi pomůže. Klient je sám řešitel problému, ale ví, že na něj není sám, protože má vedle sebe sociálního pracovníka, který s ním soucítí.

Jako nevýhodu vidím to, že může být velmi snadné překročit zdravou hranici empatie vůči klientovi. Také tím, že pracovník klienta přijímá takového, jaký je, může to v klientovi vyvolat i pasivitu k jednání. Klient řešit svůj problém nechce a pracovník ho takového přijímá, což je přivede na velmi dlouhou cestu spolupráce.

Úkolový přístup

Mezi základní charakteristiku úkolového přístupu patří:

- Klient musí uznat svůj problém a souhlasit s procesem řešení
- Klienti jsou si vědomi cíle organizace
- Klienti jsou sami řešiteli problému, nikoliv pasivní účastníci
- Na klientův problém se nahlíží z multisystémového hlediska
- Sociální pracovníci mohou při řešení problému využít jakýkoliv teoretický koncept
- Klient sám podniká kroky k řešení problému (Kuzníková, 2011, s. 40-41)

Tento přístup se využívá v individuální práci s jednotlivcem či s rodinou a skupinami. Má přesně danou strukturu, kdy v pěti bodech sociální pracovník a klient:

- Zkoumají problém – probíhá diskuze a jasné specifikování problému v průběhu úvodního rozhovoru.
- Uzavírají dohodu – klient se sociálním pracovníkem uzavírají dohodu o problému či problémech, na kterých se bude v průběhu spolupráce pracovat.
- Plánují úkoly a jejich realizaci – pracovník s klientem plánují dílčí kroky k vyřešení problému a domlouvají se na realizaci těchto kroků.
- Zpětně hodnotí problém a úkol – pracovník hodnotí dosavadní splněné kroky a pomáhá tak klientovi poznávat a překonávat překážky při řešení problému.

- Ukončují spolupráci – jelikož je celá spolupráce strukturovaná, již na začátku se domluví termín ukončení. V poslední fázi spolupráce se zhodnotí její průběh a sociální pracovník pomáhá klientovi zamyslet se nad dalšími kroky, které bude klient podnikat. (Reid, Epstein, 1978 in Kuzníková, 2011, s. 40-41)

Jako výhodu tohoto konceptu vidím to, že je klient sám řešitel problému. Může se vyjádřit k jednotlivým krokům řešení a jelikož je on zplnomocněn k řešení, cítí se odpovědně, a to mu dodává sebevědomí. Jelikož je sám řešitelem, naučí se samostatně pracovat i s jinými problémy.

Nevýhodu shledávám v tom, že jelikož je klient sám řešitelem problému, může být pro sociálního pracovníka obtížné navrhnout vhodné řešení, protože si klient může tvrdohlavě stát za svým názorem a nemusí být otevřen diskuzi.

Teoretický koncept sociálního fungování

Cílem tohoto konceptu je pomáhat zlepšovat sociální fungování klienta a měnit sociální podmínky. Tento přístup pracuje s myšlenkou, že lidé a prostředí na sebe vzájemně působí, a proto je třeba s těmito subjekty pracovat, aby mezi nimi docházelo k rovnováze. Jestliže klient nemá dostatek schopností svou situaci zvládnout, nebo má sociální prostředí příliš velké nároky na klienta, může nastat problém. Sociální práce se dle tohoto konceptu zabývá právě hledáním příčiny vzniku problému a jejich následnému vyřešení. (Navrátil, Musil, 2000, in Kuzníková, 2011, s. 42)

Výhodou tohoto konceptu je to, že se zabývá problémovou situací nejen z pohledu klienta, ale i sociálního prostředí. Je dobré nahlížet na problém ze dvou stran, neboť si tím sociální pracovník vytvoří správný pohled na danou problematiku.

Negativně vidím to, že se sociální pracovník může příliš zaměřit na sociální prostředí a může mu uniknout něco důležitého na straně klienta. To samé může nastat i obráceně. Je důležité si v tomto konceptu udržet nestrannost mezi sociálním fungováním klienta a sociálním prostředím.

Sociální práce orientovaná na životní svět

„Cílem sociální práce orientované na životní svět je usilování o sociální spravedlnost a uschopnění lidí v jejich vztazích takovým způsobem, aby zakusili sebe sama jako subjekty těchto vztahů.“ (Kuzníková, 2011, s. 43)

Principy přístupu orientovaného na životní svět:

- Prevence – zásah do situace dříve, než se stane bezvýchodnou
- Dostupnost pomoci – sociální pracovník spolupracuje s obcemi na dostupnosti služeb
- Integrace obyvatel ve společnosti – zamezení vyloučení jedinců ze společnosti
- Účast na rozhodování – klient se spoluúčastní na rozhodování o pomoci.
(Thiersch, 2002 in Kuzníková, 2011)

Výhodou přístupu orientovaného na životní svět je především to, že se zaměřuje i na prevenci, nikoliv na zásah až po vzniku problému. Tím, že se investuje do prevence, se zabrání některým problémům, které by sociální pracovník musel v průběhu spolupráce s klientem řešit.

Další výhodou je spolupráce sociální práce s institucemi obcí, kdy se některé problémy mohou vyřešit už na této úrovni a může se předejít řešení problému až při jejich vzniku u klientů.

S výhodou prevence souvisí i nevýhoda – spoustu času se pracovníci věnují prevenci, a ne vždy je zaručeno, že díky tomu nevzniknou u klientů problémy. S integrací jedinců může nastat situace, kdy se někteří jedinci do společnosti jednoduše zapojit nechtějí a tím vzniknou problémy. Na druhou stranu klienti mají právo se do společnosti nezapojit.

Ekosociální koncept

Tímto konceptem se zabýval Wendt, který tvrdil, že *„...lidem v situacích nouze a při zvládání těžkostí lze účinně pomoci podporou a využíváním příležitostí uvnitř ekosystému.“ (Wendth, 1990 in Kuzníková, 2011, s. 43)*

Mezi základní faktory v interakci mezi člověkem a jeho okolím patří plánování všedního dne, sebeřízení a způsob vedení života, uvědomování si své životní situace, působení

vztahů, využívání zdrojů, pracování se slabými stránkami klienta a vytváření sociálních sítí. (Wendt, 1990 in Kuzníková, 2011, s. 44)

Všechny výše uvedené faktory souvisí s managementem života, jeho plánováním, investováním a rozhodováním o vlastním životě. (tamtéž)

Výhodou tohoto přístupu je práce s vlastním životem, kdy se klient naučí rozhodovat se o svém životě a předpokládat následky svého rozhodnutí.

Nevýhodou může být časová náročnost, než se klient přizpůsobí novému managementu života.

1.7 Metody sociální práce ve zdravotnictví

Stejně jako teoretické přístupy, je důležité zvažovat i vhodnost metod ve zdravotnictví, které by sociální pracovník měl při práci s klientem-pacientem využít. Je třeba si uvědomit, že každý pacient je jiný a u každého bude užitečnější jiná volba pomoci. Jsou pacienti, i obecně klienti, kterým více vyhovuje práce na individuální úrovni a jsou i ti, kteří potřebují vidět, že stejný či podobný problém mají i desítky dalších. U některých klientů postačí ukázat, že oni mají tu moc věci měnit, zatímco u jiných by tento způsob práce nepomohl. Je důležité znát teoretické zázemí metod v sociální práci, protože to jsou jakási vodítka při práci s klientem.

„Konkrétní volba vhodných intervencí sociálního pracovníka ve zdravotnictví je závislá jednak na zdravotním stavu klienta, na jeho sociálním rodinném zázemí, ale také na jeho dovednostech a teoretických znalostech.“ (Kuzníková, 2011, s. 65)

Prvotní metodou, kterou začíná spolupráce sociálního pracovníka s pacientem, je sociální práce s jednotlivcem. První kontakt, vzájemné seznámení a informování se o pacientově zdravotním i sociálním stavu nastává obvykle právě při dialogu pracovníka a klienta-pacienta. Při tomto prvním kontaktu sociální pracovník zjistí potřebné informace k tomu, aby se dále rozhodl, zda ponechat spolupráci s pacientem na individuální úrovni, či zapojit jeho rodinu a blízké. (Kuzníková, 2011, s. 65)

Jelikož zde již mluvíme přímo o sociální práci ve zdravotnictví, budu zde pro klienta používat termín pacient.

Sociální práce s jednotlivci

Jak už jsem zmínila, sociální práce s jednotlivcem je první okamžik, kdy se sociální pracovník s pacientem setká. Je důležité získat pacientovu důvěru a projevit mu skutečný zájem o jeho příběh. Sociální pracovník by měl znát i zdravotní stav pacienta, průběh jeho hospitalizace a názor zdravotnického personálu. (Kuzníková, 2011, s. 66)

Sociální pracovník by měl být připravený na všechny reakce pacienta. Někteří ho přijmou s ochotou spolupracovat, jiní ho můžou uvítat jako posluchače svého životního příběhu, ale o spolupráci nebudou jevit zájem a u některých se může sociální pracovník setkat s pasivitou, kdy jen navázání kontaktu bude stát velké úsilí na obou stranách. Sociální práce s jednotlivci na onkologickém oddělení se věnuje hlavně psychosociální pomoci. Sociální pracovníci pomáhají pacientům sžít se s onkologickým onemocněním, proto je vhodné volit přístupy práce, kdy je pacient sám řešitelem problému. Při propuštění do domácí léčby pomáhají sociální pracovníci zařizovat potřebné služby. (Kuzníková, 2011, s. 71)

Sociální práci s jednotlivcem je vhodné využít v případě, kdy pacient nemá fungující rodinu, která by mu pomohla se naučit žít s onkologickým onemocněním. Při použití přístupů orientovaných na řešení problémů klientem, se pacient naučí spoléhat sám na sebe v čemž vidím velkou výhodu. Myslím, že práci s jedincem je také vhodné využít u nespolupracujících pacientů, kdy má sociální pracovník více času se věnovat pacientovi než například u práce s větší skupinou pacientů.

Nevýhodu individuální práce spatřuji v časové náročnosti, kdy při dnešním počtu pacientů na jednoho pracovníka je třeba nadlidské síly, aby se pacientovi mohl věnovat tak, jak by potřeboval.

Sociální práce s rodinami

Sociální práce s rodinou pacienta probíhá v případech, kdy je rodina fungující a ochotná se o svého člena rodiny postarat. Sociální pracovník rodinu seznamuje s možnostmi využití různých navazujících či odlehčujících služeb. V mnohém probíhá spolupráce podobně, jako práce s jednotlivcem, kdy je na straně jedné sociální pracovník a na straně druhé pacient s rodinou. Rodina poskytuje pacientovi potřebnou psychickou oporu, kterou osamocnému pacientovi zajišťuje personál nemocnice.

1.8 Náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici

Sociální pracovník v nemocničním zařízení se věnuje především péči o nemocného, který z důvodu nemoci potřebuje pomoc v sociální sféře svého života. S péčí o nemocného souvisí i spolupráce s rodinou či blízkými, ale jelikož se nemoc dotýká hlavně nemocného, je důležité dodržet podmínku autonomie pacienta, tedy zaručit, aby mohl rozhodovat sám o sobě. Dalším důležitým faktorem je individualizace léčby pacienta – respektování jeho zvyklostí a schopností vzhledem k věku a mentálním schopnostem. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 26-27)

Práci sociálních pracovníků můžeme rozlišit u pacientů akutních a dlouhodobých. K akutnímu případu přichází sociální pracovník na podnět lékaře k vyřešení aktuálního problému. Je jen na lékaři, jestli sociálního pracovníka k případu přivolá a je i na něm, jestli se případný návrh na řešení problému bude realizovat. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 421)

U dlouhodobých či chronických pacientů probíhá sociální práce jinak. Můžeme ji rozdělit na sociální pomoc a sociální prevenci. „*Sociální pomoc představuje sociální poradenství včetně jednání s institucemi, řešení otázek finančních a bytových, kooperace s příbuznými pacienta.*“ (Adam & Vorlíček, 1998, s. 421)

Sociální pracovník pacientům vyřizuje i záležitosti, které kvůli svému zdravotnímu stavu či hospitalizaci sami vyřídit nemohou, nejedná se tedy pouze o poradenství, ale i praktické vyřizování věcí. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 421)

S tím souvisí nutnost velmi dobré orientace v administrativních otázkách a obratnost v komunikaci s úřady. Často je to právě sociální pracovník, který figuruje jako zástupce pacienta ve věci jednání s nejrůznějšími institucemi. Sociální pracovník se rovněž musí umět pohybovat v právní oblasti a být schopen poskytnout odbornou radu či v případě složitějšího případu odkázat na kvalifikovaného právního poradce. Je nutné si uvědomit, že zatímco sociální pracovník poskytuje poradenství bezplatně, při kontaktování odborníka se pacient musí připravit na výplatu finanční odměny. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 422)

Naproti tomu by sociální prevence měla představovat kontakt sociálního pracovníka s pacientem ještě dříve, než se nějaký sociální problém vyskytne. V rámci prevence by měli být sociální pracovníci o všech možných hypotetických problémech informováni a případně je řešit ještě předtím, než nastanou. Sociální prevence předpokládá návštěvu sociálního pracovníka u každého hospitalizovaného pacienta, aby se předem seznámil s jeho situací. „*Tak jako lékař musí vědět o chorobách svých pacientů, měl by i sociální pracovník znát všechno o jejich sociální situaci a potřebách.*“ (Adam & Vorlíček, 1998, s. 421)

Sociální práce se neomezuje pouze na práci s klientem-pacientem, ale i na komunikaci s jeho rodinou. Sociální pracovník zde představuje prostředníka mezi pacientem a jeho rodinou a řeší jak případné spory mezi rodinnými příslušníky, tak pocity viny či případy, kdy rodina pacienta ignoruje. Sociální pracovník pomáhá vytvářet či obnovit vztahy mezi členy rodiny, což pacientovi výrazně pomáhá s psychickými aspekty hospitalizace – pacient na to není sám. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 423) Nemusí jít nutně o biologickou rodinu, k psychické vyrovnanosti pacienta pomůže i vřelý vztah k známým či kamarádům.

Důležité není jen poukázat na to, co sociální pracovník v nemocnici dělá, ale zároveň i co dělat nesmí. Sociální pracovník nepatří mezi lékařský personál nemocnice, tudíž nevykonává žádnou práci sester či lékařů. Jeho práce začíná až ve chvíli vymezení potřeb pacienta. Za důležité považují vyzdvihnout, že je nutné brát pacienta jako součást kulturního společenství a je třeba tolerovat jeho vlastní životní postoj a názory. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 423)

Pro výkon profese sociálního pracovníka či zdravotně-sociálního pracovníka je nutné dle zákona 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), § 10 a dle zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 110, absolvovat vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání v oboru sociální práce, sociální pedagogiky či přímo v oboru specializovaném, tedy zdravotně-sociální péče, nebo akreditovaný kurz zdravotně-sociálního pracovníka. Při odborné způsobilosti

v oboru všeobecné sestry není nutný kvalifikační kurz zdravotně-sociálního pracovníka. (Zákon č. 96/2004 Sb., § 10, zákon č. 108/2006 Sb., § 110)

1.9 Postup práce sociálního pracovníka

Považuji za důležité popsat jednotlivé kroky pracovních postupů sociálního pracovníka v nemocnici. Této tematice chci věnovat větší prostor, neboť náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici je stěžejní bod této bakalářské práce. V této kapitole budu čerpat především z publikace Paliativní medicína od autorů Adama a Vorlíčka (1998), neboť se v této publikaci věnují náplni práce velmi podrobně.

Tyto postupy jsou rozděleny do 5 etap. V první etapě se sociální pracovník seznámí se zdravotní dokumentací o pacientovi. Ačkoliv nepatří do lékařského personálu, je důležité, aby věděl, s čím konkrétně se pacient léčí, jaké procedury ho v rámci hospitalizace čekají, co o pacientovi usuzují lékař či zdravotní sestry. Seznámení s dokumentací však nesmí zapříčinit, aby sociální pracovník k pacientovi přistupoval s předsudky. Nasbírané informace by měl pracovník využít k sblížení s pacientem, protože znalost pacientova zdravotního stavu pacientovi dodá pocit důležitosti, že se o něj někdo zajímá a vztahu pracovník-pacient to může v počáteční nedůvěře velmi pomoci. Při prvním kontaktu s pacientem se sociální pracovník představí a vysvětlí, proč za pacientem přišel. Jedna z prvních a velmi důležitých otázek by měla být, jestli pacient nepotřebuje něco urgentního vybavit. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 426)

První kontakt s pacientem mi přijde velmi zásadní. Pacient musí sociálnímu pracovníkovi důvěřovat, a to již od prvního setkání. Pacient si musí uvědomit, že sociální pracovník je tu pro něj a může ho požádat o pomoc i ve věci, která nespadá přímo do jeho kompetencí, protože poté ho sociální pracovník může odkázat na správné místo pomoci. Sociální pracovník je nejen pacientův pomocník, ale právě i prostředník mezi pacientem a okolím. Proto je u sociálních pracovníků důležitá znalost institucí v okolí, na které můžou své klienty, či v případě nemocnice pacienty, odkázat.

Ve druhém kroku práce s pacientem přichází na řadu „...psychosociální anamnéza, zjišťovaná nenápadně řízeným rozhovorem. Sociální pracovník nezačíná od vzdálenějších událostí v pacientově životě, ale nejdříve se zabývá osobou pacienta ve

vztahu k nemoci. Zjišťuje, jak nemoc změnila jeho život, jak to přijímá, kdo nebo co mu poskytuje oporu.“ (Adam & Vorlíček, 1998, s. 426).

Je vhodné si všimnout pacientova chování, jeho projevů a vztahu k nemoci jako problému. Je důležité si uvědomit, jestli je pacient léčen již poněkolidkrát, a tudíž nemoc zná či je léčen poprvé a ke strachu z nemoci jako takové se přidá strach z neznáma. (Zakouřilová, 2008, s. 23)

Dále sociální pracovník zjišťuje, jak nese pacient roli pacienta v rámci zvyklostí jeho kultury. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 427) V některých kulturách jsou nemocní hrdinové, kteří svou bolest nesou uvnitř sebe a jsou příliš hrdí na to, aby si nechali od někoho pomoci, natož pak od „cizího“ sociálního pracovníka. V jiných kulturách se naopak k nemocnému sjede celá široká rodina a lítost, kterou s sebou přinesou, by se dala krájet a rozdávat po celé nemocnici. Otázkou je, jestli je ta či ona situace pro pacienta příjemná a přirozená, když se takto chovají k nemocným v celém společenství.

Sociální pracovník ve druhé etapě analyzuje pacientovy myšlenky o budoucnosti, hodnotí, jak se jeho názory shodují či rozcházejí s názory před nemocí. V tuto chvíli přichází na řadu informace ohledně minulosti, a to až do období dětství. Důležité jsou sdělení ohledně toho, co pacientovi v dětství vadilo, protože s těmito událostmi se dítě nějak vypořádávalo a může se to promítnout i do osobnosti dospělého. Dále pracovník zjišťuje, jak se pacient vyrovnával s krizemi před nemocí. Poté se rozhovor vrátí zpět do přítomnosti a zjišťuje se, jaký má pacient názor na navrhovanou léčbu a na celkový pobyt v nemocnici. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 427)

Dalším aspektem, jemuž se sociální pracovník v rámci klientova života věnuje, je otázka financí a bydlení. Co se týče financí, je důležité zjistit, jaké postavení měl v rodině pacient coby výdělečná osoba. Také je nutné si uvědomit, jak na tom rodina byla finančně před nemocí a jak je na tom nyní, když jim vypadl důležitý či méně důležitý článek financování. Pracovník zjišťuje, kdo v rodině vydělává a kdo bude vydělávat v budoucnu (např. žena se vrátí z mateřské dovolené zpět do zaměstnání). V této části psychosociální anamnézy pracovník zjišťuje, jaké formy pomoci bude třeba rodině zajistit po návratu pacienta zpět domů.

V další části této etapy sociální pracovník zjišťuje informace o sociálních podmínkách v rámci širší společnosti pacienta a vztahů v rodině. Jelikož je pacient a jeho rodina členem nějakého kulturního společenství, zjišťují se okolnosti „v rámci jejího etnika, sociální vrstvy, náboženské obce, sousedských aktivit a jaké jsou možnosti podpory a pomoci z tohoto okolí.“ (Adam & Vorlíček, 1998, s. 427) Dále se upřesňují vztahy v rodině, způsoby komunikace či stabilita rodiny v krizi ve vztahu k nemoci. Tyto informace se nezjišťují jen od klienta, ale je významné si je také ověřit od členů rodiny, je-li to ovšem možné, neboť se můžou zjištěná fakta od jednotlivých členů rodiny lišit podle toho, jak je příslušníci rodiny vnímají. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 427)

Přítomnost sociálního pracovníka u pacienta se v tomto bodě může zdát jako hodiny a hodiny podrobného vyptávání na každý nevýznamný aspekt pacientova života. V dalším bodě pracovníkovi náplně však objasním, k čemu jsou všechny tyto informace důležité. Může se zdát, že by se pacient při takovéto formě rozhovoru cítil nepříjemně. Je však na sociálním pracovníkovi, aby vycítil, co pacient v daném okamžiku zvládne a jakým způsobem s klientem komunikovat, aby to pro něj bylo přirozené.

Třetím krokem je návrh řešení pacientovi situace. Na základě zjištěných informací z předchozích setkání s pacientem sestaví sociální pracovník návrh plánu práce s pacientem. Tento návrh přednese v rámci multidisciplinárního týmu, kteří ho můžou, ale i nemusí vzít v potaz. Sociální pracovník je ten, který lékařům prozradí, že pacient má se zvoleným léčebným postupem špatné zkušenosti a že může být jeho použití kontraproduktivní. Sociální pracovník přednese pacientovu obavu, že rodina chce, aby byl propuštěn z nemocnice jen ze zjištěných důvodů, a tak i když ho lékaři propustit chtějí, místo zpět do rodiny se pacientovi zařídí umístění v nějaké organizaci. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 428-429) Na zjišťování těchto informací nemá lékařský personál čas, a proto je sociální pracovník ve zdravotnických zařízeních ideální pomocník. Právě z těchto důvodů je u sociálních pracovníků tolik důležitá znalost okolních pomáhajících institucí.

Co se týče plánu pomoci rozlišují se dva typy. Krátkodobou pomocí se myslí „vyřešení nejnaléhavějších záležitostí pacienta, třeba sepsání odvolání pro nějaký úřad nebo naléhavý pohovor s rodinou k vyřešení neodkladné záležitosti.“ (Adam & Vorlíček, 1998, s. 429)

Dlouhodobá pomoc je „...plán týkající se způsobu existence pacienta po propuštění z léčby, zajištění potřebného rozsahu a kvality domácí péče o něj, vytvoření alternativy pro eventuální zhoršení jeho stavu.

Sociální pracovník by měl zařídit sepsání závěti na pacientovo přání, vyslechnout jeho představy o pohřbu a vzkazy před jeho smrtí, stejně jako mu podle možnosti zařídit splnění jeho posledního přání.“ (Adam & Vorlíček, 1998, s. 429)

V pořadí čtvrtou etapou je sociální terapie. „*Sociální terapie je specifickým druhem odborné intervence, jejímž cílem je dosahovat přímým i nepřímým působením žádoucích změn v chování klienta a v jeho sociálním okolí, řešit situaci, která bezprostředně ohrožuje klienta, a předcházet vzniku rizikového chování i podmínek, které mohou jeho vznik podporovat.“ (Zakouřilová, 2008, str. 7)*

Hlavní náplní čtvrté etapy je řešit situace ohrožující pacienta. Jednou z takových záležitostí může být to, že když člověk náhle onemocní a ocitne se ve zdravotnickém zařízení, „doma“ po něm zůstane spousta nevyřešených záležitostí. Některé pacienty nejvíce nestresuje samotný fakt, že jsou nemocní, ale to, že nedořešili věci, které dořešit chtěli. Na sociálních pracovnících poté je, aby pacientům s dořešením pomohli. Ať už je to návštěva úřadu, vyřešení soudního řízení či otázka bydlení, o které může pacient za dobu hospitalizace přijít. Už samotný fakt, že se situace řeší, i když je pacient v nemocnici, může pozitivně přispět k jeho vyléčení. (Adam & Vorlíček, 1998, s. 429)

V závěrečné etapě práce s pacientem si sociální pracovník ujasňuje, na kolik byl splněn plán práce s pacientem a jak tento plán pomohl pacientovi ve zkvalitnění nejen jeho pobytu v zařízení, ale i po propuštění (případně ukončení spolupráce). (Adam & Vorlíček, 1998, s. 432)

Jak je z výše napsaného zřejmé, náplň práce sociálního pracovníka je velmi časově i psychicky náročná. Zde jsem popisovala teoretický ideální postup práce s pacientem, ale realita je jiná v tom, že mezitím, co u jednoho pacienta pracovník zjišťuje okolnosti jeho rodinného zázemí, u druhého řeší jeho šťastný návrat domů u dalšího může shánět podklady k sepsání závěti. Náplň práce sociálního pracovníka je opravdu široká a co se psychické zátěže týče, nemůže sociální pracovník dát jednomu pacientovi znát, že na vedlejšího pokoji je případ šťastnější či naopak smutnější. Věřím, že ve zdravotnických

zařízeních, tím spíše na onkologických odděleních, je velmi důležitá komunikace mezi pracovníky v rámci celého multidisciplinárního týmu, a to nejen pro dobro pacienta, ale právě i pro dobro sociálního pracovníka. I sociální pracovník je jen člověk, který ráno do práce přijde, odpoledne z ní jde domů a v čase mezi prací a prací druhý den musí fungovat jako rodič, partner či jako zákazník v obchůdku se zeleninou. Proto je velmi důležité, aby celý tým spolupracoval a tato těžká práce se alespoň touto spoluprací usnadnila a aby při prvních příznacích pracovníkova vyhoření zasáhla vyšší moc v podobě supervize či konzultace s jinými odborníky. Být dobrým sociálním pracovníkem je totiž umění a je proto třeba tyto osoby chránit.

1.10 Instituce

Výzkum jsem prováděla s pacienty, kteří se léčili ve čtyřech různých institucích. Byly to Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, Masarykův onkologický ústav Brno, Fakultní nemocnice Hradec Králové a Fakultní nemocnice Plzeň. Považuji za důležité tyto nemocnice krátce představit.

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem je jednou z pěti nemocnic, které sdružuje společnost Krajská zdravotní, a.s. spolu s nemocnicemi v Děčíně, Teplicích, Chomutově a Mostě. (<https://www.kzcr.eu/cz/kz/o-spolecnosti/o-nas/informace-o-spolecnosti>)

Onkologické oddělení Masarykovy nemocnice úzce spolupracuje s Onkologickým oddělením nemocnice Chomutov. Zajišťuje péči pro onkologické pacienty z celého Ústeckého kraje a specializuje se zejména na nechirurgickou léčbu, tzn. léčba ozařováním a chemoterapií. Onkologické oddělení má 60 lůžek a 6 ambulancí a mimo léčbu chemoterapií či ozařováním je možné podávat i tzv. biologickou léčbu. (<http://www.kzcr.eu/cz/ul/pro-pacienty/zdravotnicka-pracoviste/onkologie>)

Sociální oddělení sídlí naproti areálu nemocnice v přízemí budovy R spolu s ředitelstvím, podatelnou a lékařskou komorou. Jsou zde celkem tři zdravotně sociální pracovníce. (<http://www.kzcr.eu/cz/ul/pro-pacienty/zdravotnicka-pracoviste/zdravotne-socialni-poradenstvi/#ca3543>) V příloze A je přiložena orientační mapa areálu MNUL.

Hlavním posláním sociálního oddělení je poskytnutí sociální pomoci a zdravotně sociálního poradenství hospitalizovaným občanům, kteří se nacházejí v nepříznivé sociální situaci, kterou nejsou schopni vyřešit vlastními silami. (tamtéž)

Masarykův onkologický ústav Brno

Masarykův onkologický ústav Brno je specializovaným onkologickým centrem, které poskytuje komplexní onkologickou péči. Ústav působí i na poli vědecko-výzkumném a zabývá se výukou lékařů i zdravotníků. (<https://www.mou.cz/o-nas/t2438>)

Každoročně je v ústavu hospitalizováno okolo deseti tisíc pacientů a ambulantně ošetřeno na dvě stě tisíc pacientů. (tamtéž)

Úsek zdravotně-sociální péče sídlí ve 2. patře Švejdova pavilonu se třemi zdravotně sociálními pracovníky. *„Činnost sociálního oddělení v MOÚ se odvíjí nejen od samotného kontaktování a zajišťování návazné péče, ale také o podporu při vyřizování dávek a příspěvku v sociální oblasti, informování pacienta a rodiny o různých poskytovatelích péče a zmírňování tak obav z budoucnosti.“* (<https://www.mou.cz/usek-zdravotne-socialni-pece-uszsp/d106#chapter=1>)

Fakultní nemocnice Hradec Králové

Fakultní nemocnice se věnují v první řadě léčení pacientů, ale mimo to dávají prostor neméně důležité činnosti, a tou je výuka budoucích lékařů či jiných zdravotnických pracovníků a přispívají i do světa vědy a výzkumu. (<https://www.ozdravotnictvi.cz/nemocnice/>)

Pro představu o velikosti a důležitosti této instituce uvádím pár čísel: 39 pracovišť včetně 24 klinik s 1360 lůžky. Každý rok je v zařízení hospitalizováno více jak 41 000 pacientů a okolo 40 % z nich je zde operováno. Ambulantně je v nemocnici léčeno přibližně 700 000 pacientů. (<https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/historie-nemocnice>) Tato čísla dokazují, že je nemocnice na velmi dobré úrovni a představuje velmi důležité zdravotnické zařízení v rámci republiky. Fakultní nemocnice spolupracuje mimo jiné s Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Hradci Králové.

Ve Výroční zprávě z roku 2017 je uvedeno, že v tomto roce se oddělení sociální péče zaměřilo především na pomoc a poradenství pacientům seniorského věku, dále pacientům

paliativní onkologické péče a dětským pacientům. Pracovníci využívají všech sociálních služeb v Hradci Králové, ale i služeb podle místa bydliště pacientů. Klientům s tělesným handicapem je nabízena pomoc ve věci dávkového systému, terénních služeb a dále jim pracovníci mohou zařídit zapůjčení kompenzačních pomůcek z různých institucí. Oddělení sociální péče v roce 2017 pomohlo 4 415 pacientům (Výroční zpráva za rok 2017, s. 32). Využívám informace z roku 2017, neboť v roce 2018 a 2019 se ve výročních zprávách oddělení sociální péče příliš nezmiňuje.

Klinika onkologie a radioterapie FN HK sídlí v Bašteckého pavilónu, budova 23. Pacientům nabízí základní i vysoce specializovanou léčebnou, podpůrnou, paliativní a dispenzární (soustavnou) péči. (<https://www.fnhk.cz/onko>)

Klinika je rozdělena na část ambulantní, lůžkovou a ozařovací. Ambulantní část je v přízemí budovy a skládá se z osmi ambulancí a stacionáře pro systémovou protinádorovou léčbu. Lůžková část s kapacitou 64 lůžek je umístěna ve 3. a 4. patře budovy. Ozařovací část má ve svém vybavení nejmodernější diagnostické i léčebné přístroje. (tamtéž) V příloze B je přiložen leták sociální péče FNHK.

Fakultní nemocnice Plzeň

Hlavním posláním Fakultní nemocnice Plzeň je poskytování základní i specializované péče pacientům (nejen) z Plzeňského kraje a výuka budoucích lékařů z lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni. (https://www.fnplzen.cz/kdo_jsme)

FN Plzeň je rozdělena do dvou areálů – Bory a Lochotín. Onkologie se nachází v areálu Lochotín a všechna pracoviště oddělení se nacházejí v jedné budově. Skládá se z ambulantní části s osmi ambulancemi a z lůžkové části s kapacitou 90 lůžek. (<https://www.fnplzen.cz/orak>)

Co se týče webových stránek, ze kterých jsem čerpala výše uvedené informace o jednotlivých institucích, nejlépe se mi informace čerpaly ze stránek MOÚ a FN HK, kde mají přímo stránky pro sociální péči s uvedenými informacemi, co vše jsou zdravotně-sociální pracovníci schopni pacientům a jejich blízkým poskytnout. Jelikož je MOÚ zaměřen přímo na onkologii, i jejich sociální péče je zaměřena pro potřeby onkologických pacientů, tudíž zde jsem našla potřebné informace téměř ihned, a to velmi podrobně rozepsané.

1.11 Shrnutí teoretické části

V teoretické části bakalářské práce jsem se věnovala stručně historii sociální práce ve zdravotnictví, abych poukázala na to, z čeho se sociální práce vyvinula jakožto samostatný obor. Dále se zde věnuji pojmu rakovina, zmiňuji nejčastější druhy rakoviny a vyzdvihuji důležitost prevence. Součástí kapitoly o této nemoci je i historie léčby.

V dalších kapitolách popisují pacientův režim dne v nemocnici a práva onkologických pacientů. Popsány jsou některá důležitá práva pacientů dle Asociace evropských lig proti rakovině.

Následující kapitola se zabývá hodnotami sociálních pracovníků. Je zde popsána koexistence sociálních pracovníků a zdravotních sester, neboť oba tyto obory sdílí stejné či podobné hodnoty. Důraz je zde kladen na mezioborovou spolupráci sociálních pracovníků a zdravotních sester.

Další kapitola se věnuje teoretickým konceptům sociální práce. Vybrané teoretické koncepty jsou popsány včetně výhod a nevýhod jejich využití v praxi, případně jsou zmíněny situace, kdy a s kterým klientem či pacientem je vhodné je použít.

Následuje kapitola věnující se metodám sociální práce ve zdravotnictví. Popsány jsou sociální práce s jednotlivci a sociální práce s rodinami. Druhá z těchto možností je využitelná v případě, kdy má pacient fungující sociální prostředí a je tak možné do spolupráce zapojit i rodinu.

Náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici se zabývá následující kapitola. Práci sociálních pracovníků můžeme rozlišit na práci s akutními či dlouhodobými pacienty, u dlouhodobých lze dále rozlišit sociální pomoc a prevenci. Je zde poukázáno na důležitost zapojení sociálního prostředí do řešení pacientovi situace, je-li to možné a zmíněny jsou zákony, které vymezují potřebné vzdělání pro výkon profese sociálního pracovníka.

Navazuje kapitola, která se zabývá postupem práce sociálního pracovníka. Pro přehlednost je postup práce rozdělen do pěti etap, a to od seznámení s pacientovou dokumentací následováno prvním kontaktem s pacientem, přes bližší seznámení s jeho

situací, návrhem řešení či zpříjemnění pacientovi hospitalizace, konkrétní řešení sociálních událostí až po závěrečné shrnutí spolupráce.

V poslední kapitole teoretické části bakalářské práce se krátce věnuji popsání konkrétních institucí, ve kterých byli či jsou hospitalizováni respondenti z mého výzkumu.

2 PRAKTICKÁ ČÁST

V této části práce je popsána praktická část bakalářské práce. Byla zpracována formou kvalitativního výzkumu metodou rozhovoru s pacienty z lůžkových onkologických odděleních. Rozhovory byly prováděny formou polostrukturovaných rozhovorů.

2.1 Hlavní výzkumný cíl a dílčí cíle

Hlavním cílem bylo posouzení role sociálního pracovníka z pohledu pacientů na onkologických lůžkových odděleních nemocnic.

Hlavní cíl je rozdělen na dílčí cíle.

DC 1. Zjištění informovanosti pacienta o sociálních pracovnících v rámci nemocnice

DC 1.1. Informovanost pacientů

DC 1.2. Možnosti kontaktování sociálního pracovníka

DC 1.3. Posouzení péče sociálního pracovníka z hlediska času

DC 2. Posouzení významu sociálního pracovníka pro pacienta

DC 2.1. Zjištění přínosu sociálního pracovníka pro pacienta

DC 2.2. Zjištění spolupráce sociálního pracovníka s blízkými pacienta

DC 3. Posouzení role sociálního pracovníka v týmu

DC 3.1. Posouzení role sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu

DC 3.2. Posouzení informací od sociálního pracovníka o navazujících službách

Transformace výzkumných dílčích cílů do tazatelských otázek

Tabulka č. 1 (Zdroj: vlastní zpracování)

Hlavní cíl Posouzení role sociálního pracovníka z pohledu pacientů na onkologických lůžkových odděleních nemocnic		
Dílčí cíl		Tazatelské otázky
DC 1. Zjištění informovanosti pacienta o sociálních pracovnících v rámci nemocnice	DC 1.1. Informovanost pacientů	TO1: Odkud jste se dozvěděl/a o možnosti využít pomoci sociálního pracovníka?
	DC 1.2. Možnosti kontaktování sociálního pracovníka	TO2: Jakým způsobem jste mohl/a sociálního pracovníka kontaktovat?
	DC 1.3. Posouzení péče sociálního pracovníka z hlediska času	TO3: Jak často se Vám sociální pracovník mohl věnovat v průběhu Vaší hospitalizace?
DC 2. Posouzení významu sociálního pracovníka pro pacienta	DC 2.1. Zjištění přínosu sociálního pracovníka pro pacienta	TO4: S čím Vám sociální pracovník pomohl? Můžete uvést příklady?
	DC 2.2. Zjištění spolupráce sociálního pracovníka s blízkými pacienta	TO5: Jakým způsobem využili pomoc sociálního pracovníka Vaši blízcí?
DC 3. Posouzení role sociálního pracovníka v týmu	DC 3.1. Posouzení pacientova vnímání sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu	TO6: Jak jste vnímal/a roli sociálního pracovníka v rámci personálu oddělení?
	DC 3.2. Posouzení informací od sociálního pracovníka o navazujících službách	TO7: O jakých navazujících službách Vás sociální pracovník informoval?

2.2 Kvalitativní výzkum

V praktické části své bakalářské práce jsem se rozhodla využít kvalitativní výzkum. „*Termínem kvalitativní výzkum rozumíme jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů.*“ (Strauss, Corbinová, 1999, s. 10)

Kvalitativní výzkum se vyznačuje sběrem dat bez předem stanovených hypotéz. Není závislý na teorii, kterou již někdo vytvořil. Jde o prozkoumání určitého tématu do hloubky, zjistit o něm maximální množství informací a teprve poté v nich hledat pravidelnosti. (Švaříček, Šed'ová. 2007. s. 24)

Jiný zdroj vyzdvihuje hlavní vlastnosti kvalitativního výzkumu – jedinečnost, subjektivita a zakotvenost v místě a čase – jev je jedinečný, nebude se již opakovat ani z hlediska místa, času či události a je každým subjektem vnímán jinak. (Miovský, 2006 in Vévodová, Ivanová, 2015, s. 103)

V kvalitativním výzkumu se na začátku vybírá téma a formulují výzkumné otázky. Otázky je možné během výzkumu doplňovat, proto se kvalitativní výzkum říká pružný výzkum. Výzkumník může měnit výzkumný plán, hledá a zkoumá informace, které mu napomůžou k pochopení tématu, provádí deduktivní i induktivní formu výzkumu. (Hendl, 2005, s. 50)

„*Síla kvalitativních dat spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádaná a popisují každodenní život. Vyznačují se lokální zakotveností a nejsou vytrhována z kontextu dění. Mají popisovat podrobnosti případu, vesměs za delší časový interval. Snažíme se přitom jít za co a kolik a přiblížit se k proč a jak.*“ (Hendl, 2005. s. 161)

Přednosti a nevýhody kvalitativního výzkumu

„Přednosti kvalitativního výzkumu

- *Získává podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu.*
- *Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí.*
- *Umožňuje studovat procesy.*
- *Umožňuje navrhnout teorie.*
- *Dobře reaguje na místní situace a podmínky.*
- *Pomáhá při počáteční exploraci fenoménů.*

Nevýhody kvalitativního výzkumu

- *Získaná znalost nemusí být zobecnitelná na populaci a do jiného prostředí.*
- *Je těžké provádět kvantitativní predikce.*
- *Je obtížnější testovat hypotézy a teorie.*
- *Analýza dat i jejich sběr jsou často časově náročné etapy.*
- *Výsledky jsou snadněji ovlivněny výzkumníkem a jeho osobními preferencemi“ (Hendl, 2005. s. 52)*

Pro tuto formu výzkumu jsem se rozhodla, protože cílem mé bakalářské práce je zhodnotit možnosti a omezení sociálního pracovníka na onkologickém lůžkovém oddělení, k čemuž jsou zapotřebí subjektivní data.

2.3 Rozhovor

Rozhovor je nejčastější metodou v kvalitativním výzkumu. Probíhá mezi tazatelem a informátorem nebo skupinou informátorů při skupinovém rozhovoru. Rozhovor může být strukturovaný, nestruturovaný či polostruturovaný. (Topinka, 2013, s. 68)

Nevýhodou strukturovaného rozhovoru je jeho svázanost, kdy není možné odbočit od předem připravených otázek. Tazatel může být překvapen průběhem rozhovoru, ale struktura připravených otázek mu nedovolí se některé myšlenky více věnovat. Nestruturovaný rozhovor umožňuje volnost dialogu. (tamtéž)

Pro svůj výzkum jsem si vybrala rozhovor polostrukturovaný. Polostrukturovaný rozhovor má předem připravený soubor otázek, které však nemusí mít přesně dané pořadí a je zde prostor pro další otázky, které se k tématu mohou naskytnout během rozhovoru.

Hlavním důvodem výběru polostrukturovaného rozhovoru pro mě bylo to, že při polostrukturovaném rozhovoru mohu nějakou otázkou v pacientovi vzbudit zájem a tím odbourat strach či stud o tématu mluvit. Pacient si bude moci sám ovlivnit, o čem chce mluvit více, což mu může pomoci při nervozitě z rozhovoru. Rozhovor bude více partnerský a sám informant mi může svým vyprávěním velmi pomoci v procesu celého rozhovoru.

Pro svůj výzkum jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor, neboť je předem dána přibližná podoba a průběh rozhovoru, ale je zde prostor pro případné doplnění či konkretizování myšlenkou, která tázaného napadne a která rozhovor zpestří.

U rozhovoru je velmi důležitá neutralita tazajícího. Jsem si plně vědoma, že je velmi důležité, jak se tazající ptá, jaký tón hlasu užívá, jak se tváří a zároveň i jeho emoce či reakce po odpovědi informanta. Je důležité zachovat nestrannost a zároveň být v rozhovoru přítomna, aby informátor byl i nadále pobízen pokračovat ve výpovědi či ji doplnit zajímavou poznámkou. Je třeba si dopředu uvědomit, že každý informant bude úplně jiný – jeden bude potřebovat pobízet a vidět, že jeho odpovědi jsou přesně takové, jaké tazající očekává. Druhý může naopak mít z přitakávajících vsuvek tazajícího nepříjemný rušivý pocit a bude třeba ho jen mlčky poslouchat. Věřím, že toto rozpoznaní povahy bude velmi náročné a bude rozdíl mezi kvalitou rozhovoru s prvním a posledním informantem.

Zaznamenávání rozhovoru

Rozmýšlela jsem, jakou zvolit metodu zaznamenání rozhovoru. Zprvu jsem uvažovala o přímém zapisování odpovědí, ale u této možnosti se snadno může stát, že bych nestihla zaznamenat všechno podstatné a důležité pro můj výzkum, tudíž jsem tuto variantu zavrhl. Jako další možnost se nabízelo nahrávání rozhovoru na diktafon. U této varianty jsem měla obavy, aby se pacienti neostýchali něco říct, když budou vědět, že jejich odpovědi se nahrávají. Ale pro nejlepší a nejčistší výsledek bez zabarvení je právě nahrávání nejlepší možností. Před rozhovorem pacientům oznámím, že se jejich odpovědi

nahrávají a pokud by s tím někdo měl velký problém, zvážila bych i možnost udělat výjimku a jejich rozhovor zapsat.

Zkoumaný soubor

Kvalitativní výzkum se vyznačuje příslovím „udělat z mála mnoho“. Zobecnění je hlavním cílem kvalitativního výzkumu, ale je nemožné vzít tak velký vzorek, aby bylo možné ho pojmout jako vzorek reprezentativní. (Silverman, 2005, s. 114)

Je důležité se nad výběrem zkoumaného vzorku zamyslet a vytyčit charakteristiky či procesy, které jsou v našem výzkumu důležité. Nejde o jednoduchý výběr a schválení vzorku, nýbrž o kritické zamyšlení a citlivý výběr informantů, kteří budou pro náš výzkum skutečně užiteční a poskytnou našemu výzkumu mnohostrannost. (Silverman, 2005, s. 116)

Zkoumaným souborem byli pacienti na onkologických lůžkových odděleních. Co se týče počtu informantů, zvolila jsem počet pět.

2.4 Postup sběru dat a jejich následné zpracování

Vzhledem k aktuální situaci ohledně nemoci COVID-19 jsem musela oproti původnímu plánu v rámci výzkumu do své bakalářské práce změnit postup získávání dat. K tomuto účelu jsem využila sociální síť, kde jsem do několika skupin sdružujících pacienty s onkologickým onemocněním popsala svou bakalářskou práci a výzkum a požádala o poskytnutí rozhovoru. Byla jsem opravdu mile překvapená, kolik jsem našla osob z celé republiky, kteří byli ochotní mi pomoci či kteří mi napsali svůj příběh a zkušenosti se sociálními pracovníky v nemocnicích. Ze všech osob, které se mi ozvali, jsem náhodně vybrala pět, s kterými jsem provedla rozhovor pro svůj výzkum.

Rozhovory jsem prováděla přes mobilní telefon a nahrávala na diktafon. Před samotnými rozhovory jsem informantům vysvětlila průběh rozhovoru, informovala je o nahrávání rozhovoru kvůli zpracování do výzkumu a ubezpečila je o anonymitě.

Jelikož jsem původně chtěla dělat rozhovory s pacienty „tváří v tvář“ bylo mi líto, že jsem kvůli aktuální situaci přišla o ta přímá setkání s pacienty. Na druhou stranu jsem díky tomuto způsobu rozhovoru získala informace z více nemocnic a nebylo nutné kvůli rozhovorům někam jezdit, tudíž někteří informátoři byli v danou chvíli doma, někteří byli

hospitalizování a ani jedno našemu rozhovoru nebránilo. Také byl rozhovor přes mobilní telefon snazší v tom, že jsme ho mohli provádět v kteroukoliv denní dobu a záleželo jen na tom, jak jsme se s informátory domluvili. Rozhovory přes mobilní telefon pro mě ale byly složité v tom, že jsem musela vyřešit technickou stránku rozhovoru, jako je to, že rozhovory jsem musela provádět na hlasitý odposlech, abych je zároveň mohla nahrávat na diktafon kvůli zpracování do výzkumu. Bohužel jsem touto formou výzkumu přišla o osobní kontakt a neměla možnost vidět přímé reakce informátorů co se týče mimiky.

Před samotným kladením otázek jsem u informantů zjišťovala, v kterém nemocničním zařízení se léčí, dále jejich věk a diagnózu.

Tabulka č. 2 (Zdroj: vlastní zpracování)

	Věk	Diagnóza	Nemocniční zařízení
Informantka 1	34 let	Karcinom prsu	Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem
Informantka 2	54 let	Metastatické onemocnění pocházející pravděpodobně z rakoviny prsu	Masarykův onkologický ústav Brno
Informant 3	40 let	Kožní melanom	FN Hradec Králové
Informantka 4	47 let	Karcinom prsu	FN Hradec Králové
Informant 5	50 let	Adenokarcinom tenkého střeva	FN Plzeň

Rozhovory jsem po jejich nahrávání doslovně přepsala, neboť z psaného projevu pro mě bylo snadnější hledat důležitá data pro výzkum. Převodu mluvené řeči do psané se dle Hendla (2005) říká transkripce a je to významný krok při vyhodnocování získaných dat. (s. 208)

2.5 Analýza a interpretace údajů

DC 1 Zjištění informovanosti pacienta o sociálních pracovnících v rámci nemocnice

Dílčím cílem 1 jsem zjišťovala, jak jsou pacienti informováni o sociálních pracovnících, jakým způsobem se na sociální pracovníky můžou obrátit a jestli se jim mohou sociální pracovníci věnovat tak, jak pacienti potřebují. Tento dílčí cíl jsem sledovala pomocí tří dílčích podcílů.

DC 1.1. Informovanost pacientů

Otázkou TO1 jsem zjišťovala, jakým způsobem jsou pacienti informováni o sociálních pracovnících nemocnic.

Informanti 1 a 5 uvedli, že je o možnosti využití služeb sociálního pracovníka informoval lékař či zdravotní sestry přímo na oddělení, kde byli hospitalizováni. Informantka 2 uvedla, že jí byl poskytnutý leták s informacemi o sociální péči nemocnice.

Informant 3 sdělil, že ho kontaktovala sociální pracovnice. Stejnou odpověď jsem dostala i od informantky 4: *„Služby sociálních pracovníků mi byly nabídnuty krátce po nástupu na onkologii, sociální pracovnice se se mnou sama spojila.“*

Informant 5 odpověděl v podobném smyslu, ale zároveň byl tázán od lékařů, jestli o službách sociálních pracovníků nemocnice ví vše, co potřebuje.

Shrnutí dílčího podcíle 1.1

Pacienti jsou o službách sociálních pracovníků nemocnice informováni buď přímo sociálními pracovníky nemocnice, či je o této možnosti informuje zdravotnický personál. V některých odpovědích od informantů se tyto dvě varianty odpovědí prolínaly, což je nejlepší možnost, neboť je vidět, že spolu sociální pracovníci a zdravotnický personál komunikují.

DC 1.2. Možnosti kontaktování sociálního pracovníka

Pomocí otázky TO2 jsem hledala odpovědi, jaké možnosti mají pacienti, když chtějí sociálního pracovníka kontaktovat.

Informantka 1 odpověděla, že sociální pracovníky měla možnost kontaktovat přes lékaře.

Informantka 2 uvedla, že sociální pracovníci mohla sama navštívit, když by něco potřebovala.

Informant 3 shrnul všechny tři možnosti: „*Pravidelně se za mnou (sociální pracovníce) stavovala a sestry říkaly, že jí můžu zavolat, kdybych něco potřeboval.*“ Informantka 4 uvedla velmi obdobnou odpověď: *Tím, že se se mnou sociální pracovníce sama spojila, tak mi na sebe předala kontakt, a i sestry říkaly, že přes ně ji můžu kontaktovat.*“

I informant 5 uvedl, že možností kontaktování sociálního pracovníka měl více: „*Přes zdravotní sestry, ošetřující lékaře i sám.*“

Shrnutí dílčího cíle 1.2

Pro kontaktování sociálního pracovníka nemocnice mají pacienti více možností. Jednou z nich je kontaktování prostřednictvím zdravotnického personálu a další, častěji využívanou možností je ta, kdy sami sociální pracovníci kontaktovali pacienty, a to v takové frekvenci, že pacienti měli péči, kterou potřebovali.

DC 1.3. Posouzení péče sociálního pracovníka z hlediska času

Otázkou TO3 jsem hledala odpovědi, jak často byl sociální pracovník pacientům k dispozici během jejich hospitalizace.

Shrnutí dílčího cíle 1.3

Téměř jednohlasně se informanti shodli, že jim sociální pracovník byl k dispozici tak, jak v průběhu léčby potřebovali. Informantka 1 uvedla, že: „*...za tu dobu, co jsem tam byla, asi čtyřikrát za mnou byla ta slečna nebo paní (sociální pracovníce). Takže se mi opravdu věnovala.*“

Je možné, že kladné odpovědi zaznívaly také proto, že se pacienti léčili jen v jedné nemocnici, a tudíž nemají možnost srovnání péče.

DC 2. Posouzení významu sociálního pracovníka pro pacienta

Dílčím cílem 2 byl zjišťován přínos sociálního pracovníka pro pacienty pomocí uvedení konkrétních příkladů pomoci a dále bylo zjišťováno, jestli využívali služby sociálního pracovníka i blízcí pacientů. Tento dílčí cíl byl sledován pomocí dvou dílčích podcílů.

DC 2.1. Zjištění přínosu sociálního pracovníka pro pacienta

Otázkou TO4 jsem zjišťovala konkrétní příklady, jak sociální pracovníci pacientům pomohli.

Informanti 1 a 3 uvedli, že jim sociální pracovníci nabízeli nějakou formu psychické pomoci, informantka 1 odpověděla, že jí sociální pracovníci pomohli hlavně po psychické stránce: „...bylo mi sděleno, že nemusím mít až takovej strach, že prostě když se řekne slovo rakovina, každé si představí to nejhorší a dneska že už to prostě takhle není“.

Informantka 2 uvedla, že ohledně dostupných dávek jí sociální pracovníci vůbec nepomohli: „... to mně bohužel nepomohli, protože mi nedovedli říct, jestli je pro mě výhodnější být na neschopence nebo jít do důchodu, takže mi vlastně moc nepomohli, protože to nevěděli.“

Informantce 4 byly sděleny veškeré informace ohledně dávek při jedné schůzce: „Sociální pracovnice nám vysvětlila všechno ohledně příspěvku na péči. Schůzka byla jednorázová.“

Informant 5 na tuto otázku odpověděl: „Sociální pracovnice za mnou několikrát byla, mluvili jsme spolu o příspěvku na péči a ZTP průkazu a podobně. Nejdřív se jen tak informovala a potom přicházela už s konkrétníma papírama, co vyplnit a tak.“

Shrnutí dílčího cíle 2.1

Sociální pracovníci pacientům dodávali potřebnou oporu v průběhu nemoci. Informovali je o dostupných dávkách, na které měli pacienti nárok a za jakých podmínek. Jedna informantka zde uvedla svou negativní zkušenost, kdy jí sociální pracovníci nedokázali v oblasti dostupných dávek informovat tak, jak ona potřebovala.

DC 2.2. Zjištění spolupráce sociálního pracovníka s blízkými pacienta

Tazatelskou otázkou 5 jsem zjišťovala, jestli pomoc sociálního pracovníka využili příbuzní či blízcí pacienta.

Žádný z informantů neuvedl, že by jeho blízcí přímo využili služby sociálních pracovníků. Příbuzní byli například u toho, když byl sociální pracovník u pacienta, takže

si vyslechli stejné informace jako pacient. Informant 5 uvedl: „*Těchto služeb nikdo z mých blízkých nevyužil, protože v rodině máme zdravotníky, takže nějaký informace jsme měli od nich a rodina poskytovala podporu mně hlavně po té psychický stránce.*“

Shrnutí dílčího cíle 2.2

Informanti se jednohlasně shodli, že žádný z jejich blízkých či příbuzných nevyužil individuálně služby sociálních pracovníků. Rodinní příslušníci byli například přímo u setkání pacienta se sociálním pracovníkem, a tudíž nebylo již třeba, aby sociálního pracovníka kontaktovali sami za sebe.

DC 3 Posouzení role sociálního pracovníka v týmu

Dílčím cílem 3 bylo zjišťováno pacientovo vnímání sociálního pracovníka jako součást týmu, a to ať už v rámci daného zdravotnického zařízení či v návaznosti na okolní služby. Tento dílčí cíl byl sledován pomocí dvou podcílů, kdy jeden se zabýval sociálními pracovníky v rámci multidisciplinárního týmu a druhý v návaznosti na okolní služby.

DC 3.1. Posouzení pacientova vnímání sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu

Tazatelskou otázkou 6 bylo zjišťováno, jak pacienti vnímají roli sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu daného zdravotnického zařízení.

Informanti se shodli, že ve všech zařízeních, kde byli hospitalizováni, jsou sociální pracovníci vnímáni jako součást týmu léčící pacienty. Informantka 1 uvedla: „*...chovali se k němu (sociálnímu pracovníkovi) stejně, jako se choval lékař k lékaři, tak se ty lékaři i ty sestry chovali stejně k tomu sociálnímu pracovníkovi.*“

Informant 3 řekl: „*Určitě jsou ti sociální pracovníci jako součást celého toho týmu, často byli u toho, když se mnou sestry nebo lékař něco řešili. Takže jako myslím, že ty pracovnice jsou těma zdravotníkama vnýmaný dobře.*“

Odpověď informanta 5 byla velmi obdobná: „*Zdravotnický personál se choval k lidem velice profesionálně a citlivě. Spolu se sociální pracovníci podávali informace a na pacienty si udělali vždycky čas. Pokud viděli, že nějaký pacient potřebuje více*

informací, mluvili s ním o tom. Ta spolupráce mezi zdravotnickým personálem a sociální pracovníci tam byla skvělá.“

Shrnutí dílčího cíle 3.1

Informanti vnímají sociální pracovníky jako součást multidisciplinárního týmu. Spolupráci mezi zdravotnickým personálem – lékaři či zdravotními sestrami – a sociálními pracovníky byla z pohledu respondentů vnímána velmi kladně.

DC 3.2. Posouzení informací od sociálního pracovníka o navazujících službách

Otázkou 7 jsem zjišťovala, o jakých navazujících službách byli informanti sociálními pracovníky informováni.

Informanti zmiňovali, že jim sociální pracovník poskytoval informace ohledně možnosti využití psychologické pomoci. Informantka 1 uvedla, že: *„...můžu docházet k psychologovi, že existuje nějaká skupinka, kde mi taky budou psychicky pomáhat, je to skupinka onkologických pacientů, já jsem teda z toho využila jen toho psychologa.“* A informant 3: *„No říkala mi o tom psychologovi, že ho můžu kontaktovat...“*

Informanti 3, 4 a 5 zmínili, že je sociální pracovníci informovali o institucích, kde jim můžou být poskytnuté podrobné informace ohledně dávek.

Informantka 2 uvedla, že jí sociální pracovník informoval o skupině v Relaxačním centru v nemocnici: *„A docházím do skupiny do Relaxačního centra, to je jako super, to tady je na vysoké noze.“*

Shrnutí dílčího cíle 3.2

Informanti na otázku ohledně navazujících služeb zmiňovali možnost využití psychologické pomoci a dále odkázání na instituce poskytující podrobné informace ohledně dávek.

2.6 Shrnutí praktické části

Dílčím cílem DC1 jsem zjišťovala, jak jsou pacienti informováni o možnosti využití služeb sociálních pracovníků a jakým způsobem můžou sociálního pracovníka

kontaktovat v případě potřeby. Dále byl zjišťován názor, jestli se respondentům sociální pracovníci věnovali tak, jak vzhledem k hospitalizaci potřebovali.

Informanti byli o možnostech využití služeb sociální péče informováni od zdravotnického personálu či je kontaktoval přímo sociální pracovník nemocnice. Jako možnosti kontaktování sociálního pracovníka informanti uváděli, že jim přímo zdravotnický personál nabízel, že zkontaktuje sociálního pracovníka, či jim byl předán telefonický kontakt. Další uváděnou možností byla osobní návštěva. Obdobné odpovědi jsem očekávala, neboť informovanost o službách sociální péče a jejich dostupnost je stěžejní pro to, aby byla služba efektivní.

Při zjišťování názoru, zda se sociální pracovník informantům věnoval dle jejich potřeb, zaznívala jednoznačně kladná odpověď, což hovoří ve prospěch jak oboru sociální práce, tak i konkrétních sociálních pracovníků v nemocnicích. Kladné názory v této věci jsou též v souladu s literaturou, kde je věnování se pacientovi dle jeho potřeb považováno za důležité.

Dílčím cílem DC2 jsem se pokoušela zjistit, jak je z pohledu informantů sociální pracovník významný pro pacienty. Dotazovala jsem se konkrétních příkladů, v čem sociální pracovníci informantům pomohli a jestli se sociálními pracovníky spolupracovala i rodina a blízcí pacientů.

Informanti uváděli, že jim sociální pracovníci pomáhali jak po psychické stránce, tak s praktickými věcmi, jako jsou informace ohledně dostupných dávek. Nepřekvapilo mě, že se v těchto odpovědích informanti shodli, neboť je pro ně jakožto nemocné důležitá psychická pohoda, ale také možnosti finančního zabezpečení v případě dlouhodobé nemoci.

Při zjišťování využití služeb sociální péče blízkými pacienta informanti uváděli, že nikdo z jejich blízkých či příbuzných tuto možnost nevyužil. Tato odpověď byla z mého pohledu překvapující, neboť jsem čekala, že blízcí pacientů budou služeb sociálních pracovníků využívat ke zjišťování informací ať už o samotném životě s nemocí, průběhu léčby, či možností navazujících služeb po propuštění z nemocniční léčby.

Dílčím cílem DC3 jsem zjišťovala, jak vnímají informanti roli sociálního pracovníka v týmu, a to jak v týmu nemocničním, tak v návaznosti na okolní služby.

Informanti se shodli, že v nemocničních zařízeních, ve kterých byli hospitalizováni, jsou sociální pracovníci vnímáni jako důležitá součást multidisciplinárního týmu. Informanti uváděli, že spolupráce mezi zdravotnickým personálem a sociálními pracovníky byla z jejich pohledu skvělá. Tyto odpovědi pro mě nebyly překvapující, neboť v literatuře, ze které jsem čerpala do teoretické části, byla velmi často vyzdvižována důležitost multidisciplinární spolupráce v rámci zdravotnického a nezdravotnického personálu nemocnic.

Co se týče návaznosti na okolní služby, informanti uváděli, že jim sociální pracovníci nabízeli možnost využití psychologa či je odkázali na konkrétní instituce, kde jim mohou být poskytnuty podrobné informace ohledně dostupných dávek. Tyto odpovědi jsem očekávala na základě prostudované literatury, neboť sociální pracovníci jsou ve zdravotnických zařízeních často prostředníci mezi pacienty a okolními institucemi.

Závěr

Bakalářská práce se skládá z teoretické a praktické části. V kapitolách teoretické části jsem se snažila vytvořit vodítko pro výzkum, který je obsažený v části praktické.

Hlavním cílem výzkumu bylo posouzení role sociálního pracovníka z pohledu pacientů na onkologických lůžkových odděleních nemocnic. Zjistit informovanost pacientů o sociálních pracovnících, názory pacientů na význam sociálního pracovníka v nemocnici a posouzení role sociálního pracovníka v týmu nemocnice i v návaznosti na okolní služby.

Domnívám se, že hlavního cíle bylo dosaženo, a to pomocí tří dílčích podcílů, které byly dále rozděleny na sedm dílčích podcílů.

K dosažení cíle jsem využila kvalitativní metodu. Ke sběru dat jsem použila metodu rozhovoru, a to prostřednictvím telefonického rozhovoru, neboť mi aktuální epidemiologická situace ohledně nemoci COVID19 neumožnila přímá setkání s informanty.

Rozhovory pro mě byly obtížné nejen z důvodu, že musely být provedeny právě telefonickou formou, čímž jsem přišla o přímé mimoslovní reakce informantů, ale také proto, že to byla moje první zkušenost s takovýmto výzkumem a už i samotná tvorba otázek pro mě nebyla snadná. I přesto bych kvalitativní formu výzkumu zvolila znovu, neboť upřednostňuje osobnější kontakt s informantem, než je u kvantitativní formy.

Výhodou telefonické formy výzkumu je však to, že bylo snadnější zajistit s informanty termín rozhovoru a nebylo nutné domlouvat vhodné místo setkání, kde by na rozhovor byl potřebný klid a soukromí. Na druhou stranu nevýhodu kvalitativního výzkumu spatřuji v časové náročnosti.

Cílem práce bylo posouzení možností a limitací sociálního pracovníka na lůžkovém onkologickém oddělení nemocnice.

Tohoto cíle bylo dosaženo pomocí kapitol v teoretické části práce, kde jsem se zabývala metodami sociální práce ve zdravotnictví spolu s možnostmi jejich využití, dále detailním

popisem náplně práce sociálního pracovníka v nemocnici a postupem, dle kterého sociální pracovník s pacientem pracuje. Tyto postupy byly rozděleny do pěti etap.

Tato práce by mohla být přínosem samotným sociálním pracovníkům, neboť by se z provedeného výzkumu mohli dozvědět pacientův názor na jejich práci v jednotlivých institucích. Přínosná může být i pro každého, kdo by se chtěl něco dozvědět o práci sociálních pracovníků na onkologickém lůžkovém oddělení.

Námětem k diskuzi by mohlo být to, na kolik je sociální práce v jednotlivých institucích srovnatelná, přestože se řídí dle jednotných předpisů. Dalším zajímavým srovnáním by mohlo být srovnání sociální péče na různých odděleních nemocnic.

Jako jednu ze zajímavých možností navázání na tuto práci vidím to, že by se na výzkum z této práce, který nahlíží na sociální práci z pohledu pacientů, dalo nahlédnout přímo z pohledu sociálních pracovníků.

Seznam použité literatury

ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. *Paliativní medicína*. Praha: Grada, 1998. ISBN 80-7169-437-1.

Česko. Zákon č. 96 ze dne 4. února 2004, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Sbírka zákonů ČR. 2004, částka 30.

Česko. Zákon č. 108 ze dne 14. března 2006, o sociálních službách. Sbírka zákonů ČR. 2006, částka 37.

DIENSTBIER, Zdeněk a Vladimíra STÁHALOVÁ. *Onkologie pro laiky*. Vyd. 2., aktualiz. Praha: Liga proti rakovině, 2012. ISBN 978-80-86031-65-1.

Fakultní nemocnice Hradec Králové. *Výroční zpráva za rok 2017*. Hradec Králové. FN HK. 2017. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/vyrocní-zpravy>.

HATÁR, Ctibor. *Sociálna pedagogika, sociálna andragogika a sociálna práca: teoretické, profesijné a vzťahové reflexie*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Česká andragogická společnost, 2009. Česká a slovenská andragogika. ISBN 978-80-87306-01-7.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. V Praze: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 8073670402.

Historie nemocnice. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. FN HK, 2020, 2020 [cit. 2020-01-07]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/o-fakultni-nemocnici/historie-nemocnice>.

Kdo jsme. *Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. FN Plzeň, 2020, 2020 [cit. 2020-11-07]. Dostupné z: https://www.fnplzen.cz/kdo_jsme.

Klinika onkologie a radioterapie: Fakultní nemocnice Hradec Králové. *Fakultní nemocnice Hradec Králové* [online]. FN HK, 2020, 2020 [cit. 2020-01-07]. Dostupné z: <https://www.fnhk.cz/onko>.

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

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, s.r.o., 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2005. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

O nemocnicích. *Ozdravotnictví.cz: Nezávislé internetové médium* [online]. NM Agency, 2020, 2020 [cit. 2020-01-07]. Dostupné z: <https://www.ozdravotnictvi.cz/nemocnice/>.

Onkologická a radioterapeutická klinika. *Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. FN Plzeň, 2020, 2020 [cit. 2020-11-07]. Dostupné z: <https://www.fnplzen.cz/orak>.

Onkologické oddělení. *Krajská zdravotní, a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.* [online]. Krajská zdravotní a.s., 2017, 2020 [cit. 2020-11-07]. Dostupné z: <http://www.kzcr.eu/cz/ul/pro-pacienty/zdravotnicka-pracoviste/onkologie>.

O nás. *MOÚ Masarykův onkologický ústav*. [online]. Masarykův onkologický ústav, 2020, 2020 [cit. 2020-11-07]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/o-nas/t2438>.

SILVERMAN, David. *Jako robiť kvalitatívny výskum*. Bratislava: Ikar, 2005. ISBN 80-551-0904-4.

Sociální oddělení. *Krajská zdravotní, a.s., Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o.z.* [online]. Krajská zdravotní a.s., 2017, 2020 [cit. 2020-11-07]. Dostupné z: <http://www.kzcr.eu/cz/ul/pro-pacienty/zdravotnicka-pracoviste/zdravotne-socialni-poradenstvi/#ca3543>.

STRAUSS, Anselm L. a Juliet CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce, 1999. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

Úsek zdravotně-sociální péče (ÚsZSP). *MOÚ Masarykův onkologický ústav* [online]. Masarykův onkologický ústav, 2020, 2020 [cit. 2020-11-07]. Dostupné z: <https://www.mou.cz/usek-zdravotne-socialni-pecce-uszsp/d106#chapter=1>.

VÉVODOVÁ, Šárka a Kateřina IVANOVÁ. *Základy metodologie výzkumu pro nelékařské zdravotnické profese*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. ISBN isbn978-80-244-4770-4.

VOKURKA, Martin a Jan HUGO. *Praktický slovník medicíny*. 9., aktualiz. vyd. Praha: Maxdorf, c2008. ISBN 978-80-7345-159-2.

ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Sociální terapie, aneb, Její teorie i speciální techniky, které pomáhají v sociální práci s rodinou*. Praha: Institut pro místní správu, 2008. Skripta (Institut pro místní správu). ISBN 80-86976-14-3.

Základní informace. *Krajská zdravotní, a.s., nemocnice Ústeckého kraje*. [online]. Krajská zdravotní a.s., 2017, 2020 [cit. 2020-11-07]. Dostupné z: <https://www.kzcr.eu/cz/kz/o-spolecnosti/o-nas/informace-o-spolecnosti>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1	36
Tabulka č. 2	41

Seznam příloh

Příloha A: Orientační mapa areálu MNUL

Příloha B: Sociální péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové

Příloha C: Rozhovor s informantkou 1

Příloha B:



Sociální péče



ve Fakultní nemocnici
Hradec Králové

Vážená paní, vážený pane,

dovoľte, abychom Vás seznámili s nabízenými službami oddělení sociální péče FN HK. Informace jsou určeny nejen Vám, ale i Vaším příbuzným či přátelům.

Cílem naší služby je pomoc nemocným, kteří se ocitli v nepříznivé zdravotní i sociální situaci a nejsou schopni ani s pomocí rodiny nebo přátel vyřešit komplikace způsobené stávajícím zhoršeným zdravotním stavem.



V jakých oblastech Vám mohou sociální pracovníci FN HK pomoci

- **Sociálně právní poradenství ve věci sociálních dávek:** např. získání státní sociální podpory, postup při podávání žádosti o příspěvek na péči, na mobilitu, aj. dle individuálních potřeb pacienta.
- **Poradenství týkající se poskytování či zapůjčování kompenzačních pomůcek:** např. invalidních vozků, polohovacích lůžek, oxygenátorů, schodolezů atd. Sociální pracovníci Vám pomohou zprostředkovat kontakt s půjčovnými těmito pomůckami a zařízeními.
- **Zprostředkování překlady pacienta do zařízení následné zdravotní péče:** např. léčení dlouhodobé péče, specializovaných zdravotnických zařízení či hospiců apod.
- **Sociální péče – zavedení pečovatelské služby.** Sociální pracovníci s Vámi domluví způsob zavedení služby. Nabídnou konkrétní úkony související s péčí o domácnost, např. donášku obědů, nákupy, úklid domácnosti aj. Pečovatelky mohou doprovázet uživatele služby k lékaři, do zdravotnického zařízení či na jiné instituce. Pečovatelská služba nabízí mimo jiné pobyt v denním stacionáři nebo hygienické, pedikérské či kadeřnické služby ve svém hygienickém středisku. Tato služba je hrazena klientem.
- **Sepsání žádosti do zařízení sociální péče:** např. do domovů pro seniory, domovů pro zdravotně postižené občany, do zařízení odlehčovací služeb, sepsání žádosti o bydlení zdravotně postižených klientů aj.
- **Domácí ošetrovatelská péče.** Jedná se o poskytování zdravotní péče pacientům v domácím prostředí všeobecnými sestrami. Tato péče je plně hrazena ze zdravotního pojištění a je poskytována na základě předpisu ošetrovatelského lékaře přímo ve zdravotnickém zařízení nebo předpisu praktického lékaře v místě bydliště pacienta. Tento předpis obsahuje návrh postupu péče a její četnost dle individuálních potřeb pacienta. Sestra může za účelem poskytování odborné zdravotní péče navštěvovat pacienta v jeho domácím prostředí až 3x denně. Odbornou zdravotní péčí se rozumí např.: péče o rány, podávání různých forem léků, injekcí, kontroly zdravotního stavu, kontrola glykémie, kontrola stavu výživy, měření krevního tlaku, sledování a léčba bolesti, rehabilitace, nāvčik soběstačnosti aj. Péče je nabízena krátkodobě i dlouhodobě nemocným v úzké součinnosti s rodinou. Sestry domácí péče zajišťují také ve spolupráci s rodinou péči o umírání.
- **Pacientům bez příštěší** pomohou sociální pracovníci při řešení jejich problémů (např. zajištění azylového bydlení, noclehárny, čistých oděvů ze šatníků charity aj.) Dále mohou nabídnout zprostředkování poradenství v dalších sociálních institucích či organizacích, na úřadech atd.

Sociální pracovníci mohou pomoci při řešení případů **domácího násilí** a zprostředkovávají pomoc **obětem trestných činů**

Neváhejte nás kontaktovat!

Fakultní nemocnice Hradec Králové
Oddělení sociální péče
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové

Tel.: 495 832 606

E-mail: socialnipec@fnhk.cz

Web: www.fnhk.cz

Přístup na oddělení: Pěší brána FN HK vlevo směrem k Labi, I. patro



Obrázek 2: Sociální péče ve Fakultní nemocnici Hradec Králové, zdroj: <https://www.fnhk.cz/pacient-a-jeho-blizci/pece-o-pacienty/socialni-pece/letak-socialni-pece>

1. Odkud jste se dozvěděl/a o tom, že jste měla k dispozici služby sociálních pracovníků nemocnice?

To mi sdělil lékař, že prý jestli budu chtít, že mi nějakou může sem poslat, že si s ní o tom můžu popovídat.

2. Jakým způsobem jste mohl/a sociálního pracovníka kontaktovat?

Přes lékaře.

3. Jak často se Vám sociální pracovník mohl věnovat v průběhu Vaší hospitalizace?

Já nevím, za tu dobu, co jsem tam byla, asi čtyřikrát tam za mnou byla ta slečna nebo paní, nevím. Takže se mi opravdu věnovala. Jo, taky měla nějaký otázky, povídala si se mnou.

4. S čím Vám sociální pracovník pomohl? Můžete uvést příklady?

Hlavně v psychice. Jo, vlastně bylo mi sděleno, že nemusím mít až takovej strach, že prostě když se řekne slovo rakovina, každé si představí to nejhorší a dneska že už to prostě takhle není. Jo, že už vlastně ta věda postoupila trošičku dál, takže ten strach tam opravdu není nějakým způsobem, až... Nemusím mít až tak velikej.

5. Jakým způsobem využili pomoc sociálního pracovníka Vaši blízcí?

Mý blízcí to nevyžili.

6. Jak vnímáte roli sociálního pracovníka v rámci personálu oddělení?

Já si myslím, že tam byl v té chvíli vlastně, chovali se k němu stejně, jako se choval lékař k lékaři, tak se ty lékaři i ty sestry chovali stejně k tomu sociálnímu pracovníkovi. Teda tady v Ústecký nemocnici, jinak to posoudit nemůžu.

7. O jakých navazujících službách Vás sociální pracovník informoval?

No, že můžu docházet k psychologovi, že existuje nějaká skupinka, kde mi taky budou psychicky pomáhat, je to skupinka onkologických pacientů, já jsem teda z toho využila jen toho psychologa a slečna mi i řekla, že pokud budu chtít, že mi dá kontakt, nebo mladá paní, i na sebe a můžeme teda spolupracovat spolu. Ale nakonec k tomu nedošlo, já jsem pak navštívila teda psychologa, ale až po delší době to na mě nějak padlo, jinak jsem byla tak nějak v pohodě. 😊