

Univerzita Hradec Králové

Filozofická fakulta

Ústav sociální práce

**Role zdravotně-sociálního pracovníka
v nemocnici, její teoretické vymezení a pohled
zdravotnických profesí**

Diplomová práce

Autor: Bc. Leona Mohrová
Studijní program: Sociální práce a sociální politika
Studijní obor: Sociální práce navazující
Forma: Kombinovaná
Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Hradec Králové, 2022



Zadání diplomové práce

Autor: Leona Mohrová

Studium: U2048

Studijní program: N6731 Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce

Název diplomové práce: **Role zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici, její teoretické vymezení a pohled zdravotnických profesí**

Název diplomové práce AJ: The Role of a Health Social Worker in the Hospital, it`s Theoretical Definition and the View of Medical Professions.

Cíl, metody, literatura, předpoklady:

Cílem této práce je komparace teoretického vymezení sociální práce v nemocnici (role zdravotně-sociálního pracovníka) s pohledem zdravotnických profesí (lékařů, sester). K dosažení cíle bude využita kvalitativní výzkumná strategie. Práce bude pojata jako případová kvalitativní studie v nemocnici v Jilemnici. Aplikačním cílem bude edukace a zvýšení povědomí o roli sociálního pracovníka v nemocnici.

KUZNÍKOVÁ, Iva , 2011 "Sociální práce ve zdravotnictví" KUTNOHORSKÁ, TICHÁ, GOLDMAN 2011 "Etika pro zdravotně sociální pracovníky" ALLEN K., SPITZER, W., 2016 "Social Work Practice in Healthcare"

Zadávací pracoviště: Ústav sociální práce,
Filozofická fakulta

Vedoucí práce: Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Oponent: prof. PhDr. Jana Levická, Ph.D.

Datum zadání závěrečné práce: 30.4.2020

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně pod vedením mé vedoucí práce a že jsem uvedla všechny použité zdroje.

V Hradci Králové dne 04. 06. 2022

Leona Mohrová

Poděkování

Děkuji vedoucí práce Mgr. et Mgr. Radce Janebové, Ph.D., za odborné vedení mé diplomové práce, připomínky, cenné rady a konzultace v průběhu tvorby celé práce, a zejména velkou dávkou trpělivosti. Velké díky také všem, kteří byli ochotni se účastnit mého výzkumu.

Anotace

MOHROVÁ, Leona. Role zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici, její teoretické vymezení a pohled zdravotnických profesí. Hradec Králové, 2022, 84 stran. Diplomová práce. Univerzita Hradec Králové, Filozofická fakulta. Vedoucí práce: Mgr. et. Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Tato diplomová práce se zabývá vymezením role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici a následnou komparací teoretického vymezení s daty získaným v rámci realizovaného kvalitativního výzkumu.

V teoretické části budou vymezeny klíčové pojmy, které se stanou stěžejními pro realizaci výzkumné části diplomové práce. Budou zde popsány požadavky na vzdělání zdravotně sociálního pracovníka, dále bude tato pozice vymezena v rámci legislativy. V dalších kapitolách vyjmenuji základní činnosti v rámci sociální práce v nemocnici včetně činností vykonávaných v kontextu paliativní péče. Teoreticky popíši důležité kompetence/dovednosti, které by měl mít a ovládat každý sociální pracovník nejen ve zdravotnickém zařízení, ale pracovník v každé pomáhající profesi. Dále zde uvedu, jakou roli by měl hrát zdravotně sociální pracovník v rámci multidisciplinárního či interdisciplinárního týmu, jak je důležité, aby byl v rámci týmu jedním z respektovaných odborníků se specifickými dovednostmi. V závěru práce představím Masarykovu městskou nemocnici v Jilemnici, kde bude probíhat kvalitativní výzkum.

Ve výzkumné části práce se budu věnovat popisu metodologie mého výzkumu, konkrétně kvalitativnímu výzkumu a v rámci posledního cíle metodě kvalitativní komparace. Celý výzkum bude realizován v Masarykově městské nemocnici v Jilemnici (MMN a.s.), kde pracuji. Výzkum bude realizován mezi zdravotnickým personálem, konkrétně plánuji oslovit lékaře, vrchní a staniční sestry. Výběr informantů bude zcela záměrný, osloveni budou ti zdravotníci, kteří jsou pro práci zdravotně sociálního pracovníka klíčoví a mohou jeho činnosti významně pozdvihnout a více posunout směrem k pacientům nebo naopak mohou jeho činnost považovat za nepotřebnou či ji úplně opomíjet.

Klíčová slova: zdravotně sociální pracovník, vzdělání, kompetence, základní činnosti, paliativní činnosti, multidisciplinární tým, role

Annotation

MOHROVÁ, Leona. The role of the health and social worker in the hospital, its theoretical definition and the view of health professions. Hradec Králové, 2022, 84 pages. Master thesis. University of Hradec Králové, Faculty of Arts. Mgr. et. Mgr. Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

This master thesis deals with the definition of the role of a health and social worker in a hospital and the subsequent comparison of the theoretical definition with the data obtained in the qualitative research.

The theoretical part will define the key concepts that will become central to the implementation of the research part of the thesis. The requirements for the education of a health and social worker will be described, and the position will be defined within the framework of legislation. In the following chapters, I will list the basic activities within social work in the hospital, including those carried out in the context of palliative care. Theoretically, I will describe the important competencies/skills that every social worker should have and master, not only in a healthcare facility, but a worker in any helping profession. I will also outline the role that a health social worker should play within a multidisciplinary or interdisciplinary team and the importance of being one of the respected professionals with specific skills within the team. At the end of the thesis, I will introduce the Masaryk City Hospital in Jilemnice, where the qualitative research will be conducted.

In the research part of the thesis, I will describe the methodology of my research, namely qualitative research and, within the last objective, the method of qualitative comparison. The whole research will be carried out in the Masaryk Municipal Hospital in Jilemnice (MMN a.s.), where I work. The research will be carried out among medical staff, specifically I plan to address doctors, head nurses and station nurses. The selection of informants will be quite deliberate, I want to address those health professionals who are key to the cooperation of the health and social worker and can significantly elevate his activities and move more towards patients or, on the contrary, may consider his activities unnecessary or completely neglect it.

Keywords: health and social worker, education, competences, basic activities, palliative activities, multidisciplinary team, role

Obsah

Seznam použitých zkratk	9
Úvod	10
1 Cíl práce a nástin metodiky zpracování	12
2 Sociální práce ve zdravotnictví	14
2.1 Sociální pracovník v nemocnici	15
2. 1. 1 Sociální důsledky nemoci.....	17
2. 2 Legislativní vymezení sociální práce ve zdravotnictví	18
2. 3 Odborná způsobilost pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka	20
3 Kompetence a základní činnosti zdravotně sociálního pracovníka	23
3.1 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka	23
3. 2 Základní činnosti vykonávané zdravotně sociálním pracovníkem	26
3. 1. 1 Sociální práce se seniory	27
3. 3 Sociální práce s paliativními a umírajícími pacienty	30
3. 3. 1 Sociální práce s jednotlivci.....	33
3. 3. 2 Sociální práce s rodinami	34
4 Role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví	35
4.1 Zdravotně sociální pracovník jeho role v rámci multidisciplinárního týmu	39
4.2 Zdravotně sociální pracovník v nemocnici v Jilemnici	40
5 Shrnutí teoretické části	42
6 Metodická část	43
6. 1 Příprava a realizace výzkumu	43
6. 2 Formulace hlavního cíle výzkumu	43
6. 4 Volba výzkumné strategie	45
6. 4 Transformace dílčích cílů do výzkumných nástrojů	46
6. 5 Volba výzkumného souboru a jeho charakteristika	51
6. 7 Průběh výzkumu	52
6. 8 Způsob zpracování získaných dat	54
Zpracování DC1, DC2, DC3	54
6. 9 Etická a jiná rizika výzkumu	55
7 Analýza a interpretace výsledků výzkumu	57

7. 1 Analýza a interpretace DC 1	57
7. 2 Analýza a interpretace DC 2	58
7. 3 Analýza a interpretace DC 3	61
7. 4 Analýza a interpretace DC 4	63
8 Shrnutí výzkumné části.....	74
Závěr a diskuse.....	77
Bibliografie	79
Seznam tabulek.....	83
Přílohy.....	83

Seznam použitých zkratk

ČR	Česká republika
EU	Evropská unie
MMN	Masarykova městská nemocnice
MPSV	Ministerstvo práce a sociálních věcí
SDOH	Social Determinants of Health
SR	Slovenská republika
USA	United States of America
UVN	Ústřední vojenská nemocnice
ZSP	Zdravotně sociální pracovník
ZTP	Zdravotně tělesně postižený
WHO	World Health Organization

Úvod

Při volbě tématu mé diplomové práce jsem jednoduše vycházela ze své praxe, svých zkušeností a v podstatě i aktuálních potřeb. Pracuji dva roky jako zdravotně sociální pracovníce v nemocnici v Jilemnici a jsem součástí paliativního týmu. Hned na počátku své praxe v nemocnici jsem se setkala s tím, že mnoho zdravotníků napříč jednotlivými profesemi (setry, lékaři, sanitáři...) v podstatě netušili, co od sociálního pracovníka očekávat, co po něm mohou chtít, v čem by jim, a hlavně pacientům mohl být nápomocen. Prostě k čemu takový sociální pracovník vlastně v nemocnici je. Nejtypičtějším dotazem bylo: „A co vlastně děláš?“ Tato skutečnost mne velmi nemile překvapila, ale stala se pro mne výzvou a možností, jak nastavit pozici zdravotně sociálního pracovníka podle potřeb pacientů i zdravotníků samozřejmě v rozsahu, který je dán legislativně, ale i lidsky. Proto jsem se rozhodla, že v rámci kvalitativního výzkumu, který zrealizuji přímo na svém pracovišti, budu vykonávat i osvětu a edukaci o sociální práci, že se budu snažit rozpustit některé mýty a předsudky, s nimiž jsem se setkala a stále setkávám zejména ze strany zdravotníků, ze strany pacientů již čím dál tím méně. Během své praxe stále více zjišťuji, jak je sociální práce v nemocnici důležitá, jak může předcházet vzniku některých sociálních jevů, jak může jemnou, citlivou, ale profesionální formou zvyšovat kompetence pacientů, zejména osob z ohrožených sociálních skupin jako jsou například senioři, těžce nemocní pacienti či děti. Je ovšem zapotřebí, aby si sociální pracovník našel své místo v týmu a nabyl jistého respektu hlavně od lékařů, kteří byli léta zvyklí řešit nebo spíše neřešit tzv. „sociálně“ u svých pacientů sami či jakýmkoli způsobem.

Jsem si vědoma toho, že se nejedná o téma inovativní, ale že se tímto či podobným tématem zabývalo již mnoho studentů ve svých závěrečných pracích. Nicméně si myslím, že je pozice zdravotně sociálního pracovníka v nemocnicích či jiných zdravotnických zařízeních stále podceňovaná, opředaná různými mýty. Zejména nejasně či možná vůbec není definováno nebo někde ukotveno, jaká má být pozice zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu či zda a jak by s ním, měl hlavně lékař spolupracovat. Zda by měl respektovat názor zdravotně sociálního pracovníka jako další osoby v týmu se speciálními odbornými znalostmi získanými povinným vzděláním, které jsou podle mne pro zajištění komplexní péče o pacienta, velmi důležité, protože na pacienta nelze nahlížet jen z hlediska

medicínského, ale je nutné ho vnímat komplexně, holisticky. Z vlastní zkušenosti vím, že ona nemoc může být již jen důsledkem těžké sociální situace.

1 Cíl práce a nástin metodiky zpracování

Hlavním cílem této práce je komparovat teoretické vymezení role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici s pohledem zdravotnických profesí (zejména lékařů a sester). Budu se zaměřovat na vymezení role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení včetně jeho vzdělání, potřebných kompetencí, náplně práce, vykonávaných základních a paliativních činností, vnímání jeho role ze strany pacientů, role v rámci multidisciplinárního týmu a osobnostních požadavků. Teoretické vymezení budu nalézat v literatuře a v legislativě, která definuje požadavky na práci zdravotně sociálního pracovníka. Jednotlivé kapitoly teoretické části se budou vztahovat k vytyčeným cílům, tak aby bylo možné vše v závěru kvalitně a smysluplně komparovat. Hlavní cíl práce rozčlením do jednotlivých dílčích cílů, které budou zjišťovat povědomí o odborné způsobilosti zdravotně sociálního pracovníka (DC1), o náplni práce (DC2), o vnímání role ZSP ze strany pacientů a role v rámci multidisciplinárního týmu (DC3), získané informace budu komparovat s pojmy popsány v teoretické části práce (DC4). Výzkum bude prováděn kvalitativní metodou, plánuji realizovat polostrukturované rozhovory a metodu dotazování se zdravotníky (DC1, DC2, DC3) napříč zdravotnickými profesemi (lékaři, vrchní sestry, sestry) i jednotlivými a odděleními konkrétně nemocnice v Jilemnici (neurologie, chirurgie, interna). Konkrétní dílčí cíle DC1, DC2 a DC3 budou řešeny metodou kvalitativních polostrukturovaných rozhovorů a DC4 bude řešen metodou kvalitativní komparace. Polostrukturovaný rozhovor nabízí jistou volnost při kladení otázek a pomáhá navodit přirozenost při rozhovoru, byť otázky jsou předem stanoveny. **Za aplikační cíl práce považuji edukaci, osvětu a zvyšování povědomí o roli zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici**, což bude uskutečňováno v rámci rozhovorů-interview. Lze tedy říci, že účelem práce je změna, změna myšlení, změna v náhledu na sociální práci v nemocnici. Tato diplomová práce má spíše lokální či místní využitelnost pro praxi, latentním cílem může být i upevnění mé vlastní pozice v nemocnici, a doufám, že i ujasnění této pozice. Na začátku práce bych chtěla uvést, že pro teoretický popis práce zdravotně sociálního pracovníka budu primárně čerpat z legislativy, zákonů a vyhlášek, které vymezují činnost zdravotně sociálního pracovníka, dále se budu snažit dohledat metodiky vztahující se k sociální práci v nemocnici, dalšími zdroji bude dostupná česká odborná literatura. Z uskutečněné rešerše literatury vyplynulo, že slovenská odborná literatura nabízí velké množství

titulů na téma zdravotně sociální práce v nemocnici. Tyto zdroje budu také využívat, protože se domnívám, že situace v oblasti sociální práce v nemocnici je na Slovensku i v Čechách velmi podobná, zdravotně sociální pracovníci se potýkají s velmi podobnými problémy, předsudky, mýty. Překvapivě bylo toto téma právě na Slovensku zpracováno hned několika autory během posledních 15 let. V Čechách je nejznámější zejména publikace Kuzníkové (2011), z které čerpá většina závěrečných prací zabývajících se tímto tématem. Dále v teoretické části použiji zahraniční zdroje nejvíce v souvislosti s paliativní péčí, která má v zahraničí mnohem delší tradici než u nás či v dalších postkomunistických zemích.

2 Sociální práce ve zdravotnictví

V této teoretické části se pokusím z dostupných zdrojů vymezit legislativní rámec sociální práce ve zdravotnictví, uvedu konkrétní zákony a vyhlášky vztahující se přímo k sociální práci v nemocnici. Za pomoci dostupných zdrojů vymezím kompetence zdravotně sociálního pracovníka. Dále se budu věnovat odborné způsobilosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví, popíši konkrétní požadavky na dosažené vzdělání, vymezím jeho roli v rámci nemocničního systému a uvedu náplň práce. Zaměřím se také na osobnostní požadavky, které jak vyplývá z níže uvedených zdrojů, hrají velkou roli zejména při prosazení se ve zdravotnickém týmu. A být součástí multidisciplinárního či interdisciplinárního týmu je základním klíčem k uznání potřebnosti a užitečnosti sociální práce ve zdravotnickém zařízení. I toto bude zmíněno v dalších podkapitolách teoretické části. Na závěr této části bych se chtěla zmínit konkrétně o sociální práci v nemocnici v Jilemnici, kde budu realizovat výzkum pomocí kvalitativní metody čili formou polostrukturovaných rozhovorů s lékaři a sestrami, s cílem zjistit, jaké povědomí mají o práci zdravotně sociálního pracovníka, zda se jim jeví tato práce přínosná pro ně samotné a pro pacienty. Stěžejní myšlenkou celé této práce je to, že sociální práce v nemocnicích zejména v těch menších je poměrně dost podceňovaná, možná opomíjená či je spojována pouze s administrativními úkony (podání žádosti do domova pro seniory, zajištění přeposílání důchodu, vyřízení příspěvku na péči...), občas bývá i suplována zdravotnickým personálem, byť se jedná o velmi specifickou činnost a sociální pracovník musí disponovat odbornými znalostmi, speciálními dovednostmi a hlavně dostatečnými kompetencemi, ať přidělenými, naučenými či přirozeně získanými. Hlavně je potřeba zdůraznit, že často je sociální pracovník nezdravotník, a proto může nahlížet na pacienta/klienta z jiných úhlů pohledu, nebývá lapen ve standardizovaných, rutinních, možná i letitých postupech a může být schopen vidět či spíše měl by být schopen vidět celou pacientovu situaci v různých aspektech a kontextech. Měl by být schopen maximálně využívat komunikační dovednosti jako základ své práce a jednu z nejdůležitějších kompetencí, což může být velmi přínosné nejen pro pacienty, ale i pro samotné zdravotníky.

2.1 Sociální pracovník v nemocnici

Hned na úvod se nabízí poskytnout čtenáři vymezení pojmu sociální práce, aby bylo alespoň částečně definováno její obecné pojetí. Ale jaká definice sociální práce dostatečně vystihuje její pojetí v kontextu zdravotnictví?

Vybrala jsem definici podle Mezinárodní federace sociálních pracovníků vytvořenou v Adelaide v Austrálii v roce 2004: „*Profese sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů v lidských vztazích a také zmocnění a osvobození lidí v zájmu zvýšení blaha. Sociální práce zasahuje v oblastech, kde dochází k interakci lidí a jejich prostředí, a využívá k tomu teorie lidského chování a sociálních systémů. Základem sociální práce jsou principy lidských práv a sociální spravedlnosti.*“ (Etika, 2004). Pro oblast zdravotnictví (a nejen pro ni) je velmi důležitá poslední část definice, zmiňující se o principech lidských práv a sociální spravedlnosti. Ochrana a dodržování těchto principů by měla být součástí náplně práce zdravotně sociálního pracovníka ve všech zdravotnických zařízeních včetně nemocnic, kde toto nemusí být samozřejmostí, protože pacient někdy vzhledem ke svému věku, zdravotnímu stavu či jiným okolnostem, nemusí být plně respektován nebo naopak (Haškovcová in Havrdová a kol., 2010:18-19) v důsledku absolutizace autonomie nemocných nastane absence vyjednávání neboli snaha o přesvědčení nemocného pro zvolení „nejlepšího“ léčebného postupu.

Sociální práce ve zdravotnictví pracuje s pojmem zdraví, proto zde uvádím definici zdraví podle WHO: „*Zdraví je stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení*“ (WHO, 2022). Definice explicitně hovoří o tom, že součástí léčebného procesu by měly být procesy zaměřující se na psychické a sociální potřeby člověka, které sami o sobě mohou být primární příčinou vzniku nemoci.

Zdravotní stav člověka může být ovlivněn různými faktory, za rozhodující lze považovat „*životní prostředí, životní styl a genetický základ*“. Působit mohou kladně i záporně. Některé faktory jsou jedincem ovlivnitelné, jiné jsou závislé na vnějších okolnostech např. na politické situaci, na organizaci zdravotního systému a přílivu financí do zdravotnictví či na poměru veřejného a privátního sektoru (Nováková, 2011: 23-24). Jak uvádí Haškovcová in Havrdová a kol. (2010) zdraví nelze považovat za běžné zboží, nýbrž je nutné ho považovat za hodnotu, kterou je zapotřebí chránit.

Ochrana zdraví je v rukou každého občana a je odvislá od finančních možností daného státu.

Chavis (2020) hovoří o vzniku nové fráze tzv. sociálních determinantech zdraví (SDOH), které jsou organizací Healthy people 2020¹ definovány jako „...*podmínky v prostředích, ve kterých se lidé rodí, žijí, učí se, pracují, hrají si, uctívají a stárnou, které ovlivňují širokou škálu zdraví, fungování, výsledky a rizika kvality života.*“ Healthy people 2030 uvádí jako příklady SDOH (Healthy, 2022):

- „*bezpečné bydlení, doprava a sousedství*
- *rasismus, diskriminace a násilí*
- *vzdělání, pracovní příležitosti a příjem*
- *přístup k výživovým potravinám a příležitostem k fyzické aktivitě...*“

Výše uvedené sociální determinanty zdraví jsou vydefinovány pro americkou společnost, ale zcela jistě lze tyto ukazatele ovlivňující zdraví nalézt i u české populace viz. Brabcová, Vacková (2013). Autorky článku uvádějí, že sociální determinanty zdraví jsou důležité především při hledání příčin k přístupu ke zdraví. Lidé, kteří jsou na tzv. sociálním žebříčku níže, mají dvojnásobné riziko vzniku fatálních či závažných onemocnění. Za riziko vzniku onemocnění považují i sociální vyloučení, které může vyvolat chronický stres způsobený dlouhodobým pocitem, že člověk nemá ve společnosti důstojné podmínky pro život.

S příchodem nemoci do života jedince se objevují nové neznámé situace, které je jedinec nucen řešit. Nemoc zasahuje v podstatě do všech aspektů života člověka. Změny lze zaznamenat v oblasti sociální, tělesné i psychické. Rozhodujícím faktorem je bezesporu charakter nemoci, čili zda se jedná o onemocnění akutní nebo chronické. Chronická onemocnění se rozvíjejí pomalu, mnohdy několik let, mohou vést ke ztrátě některých kompetencí důležitých pro kvalitní fungování v běžném životě. Jednou z konsekvencí chronického onemocnění může být vznik invalidity a tzv. odchod do invalidního důchodu. Kdy je jedinec omezen v zapojení do pracovního života buď zcela, nebo jen částečně. Invalidita může vést ke vzniku sociální izolace, kdy např. v důsledku snížené mobility je člověk limitován v navazování nebo udržování

¹ Healthy people 2020 – iniciativa vyvíjející každé desetiletí soubory cílů ke zlepšené zdraví všech Američanů <https://www.healthypeople.gov/2020>

sociálních kontaktů. Sociální izolace může vést ke vzniku psychických změn, může dojít ke zvýraznění rysů osobnosti vlivem dlouhodobé zátěže. Mohou se objevit psychické změny na emoční úrovni jako hněv, strach, smutek, deprese. Autorka dále uvádí, že předmětem sociální práce ve zdravotnictví je jednotlivec, rodina, skupina nebo komunita (Mojtová, 2008:7-9).

Podle Šustrové (2012:15) je sociální práci ve zdravotnictví „...specifická činnost, která směřuje ke zlepšování celkového zdravotního stavu jednotlivce, skupiny a populace celkově. Poskytuje se bez ohledu na věk, pohlaví, sexuální preference, sociální příslušnost, zdravotní postižení, rasu, kulturu, vyznání...“

Teoretická východiska sociální práce ve zdravotnictví představují základy sociální práce. Ve zdravotnictví stejně jako v ostatních pomáhajících profesích se prosazuje interaktivní přístup založený na komunikaci s klientem, ať jednotlivcem, skupinou či v rámci komunity (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011:69-70).

2. 1. 1 Sociální důsledky nemoci

Pro člověka je přirozené, že si svého zdraví začne vážit, až když onemocní. „Nemoc zasáhne vždy celého člověka“ a podle její závažnosti se mohou měnit i priority v životě nemocného (Nováková, 2011:18). Nemoc krátkodobá, dlouhodobá či chronická může přinést do života jedince nové sociální situace např. (Kuzníková, 2011:97):

- „problematiku pracovní neschopnosti a invalidity,
- školní absence dětí a mládeže,
- náklady na péči a výživu,
- výlohy na léčbu, prevenci a lékařské kontroly různorodých onemocnění,
- komunikaci a interakci nemocných s jejich sociálním okolím...“

Nejtypičtějším sociálním faktorem ovlivňujícím nemoc je rodina, která může významně ovlivnit život nemocného (Jonesová in Kuzníková, 2011:97). Na počátku nemoci většinou dojde k mobilizaci pomoci ze strany rodiny, pokud se jedná o onemocnění dlouhodobějšího charakteru či závažnou nemoc může dojít k vyčerpání zdrojů na straně rodiny (Matoušek in Kuzníková, 2011:102). Jinou reakcí může vyvolat i to, který z členů rodiny onemocněl (Trávníčková in Kuzníková, 2011:102).

Sociální důsledky onemocnění mohou být různé, mezi ty nejobvyklejší patří:

- „změny v oblasti trávení volného času,
- sociální izolace v důsledku nemoci,
- stigmatizace a postavení nemocného ve společnosti,
- ohrožení bydlení v přirozených podmínkách...“

V kontextu výše zmíněných potenciálních sociálních důsledků, je velmi důležité, aby se s pacientem/klientem pracovalo komplexně v rámci multidisciplinárního týmu a aby všechny aktivity vedly k podpoře jeho autonomie a spokojenosti (Kuzníková, 2011:101-103).

2. 2 Legislativní vymezení sociální práce ve zdravotnictví

Kuzníková a kol. (2011:53-54) popisuje legislativní normy ve zdravotnictví jako nedílnou součást práce zdravotně sociálního pracovníka, kdy pracovník při práci s jednotlivými cílovými skupinami nalézá oporu v legislativních normách obecných, tak ve vnitřních pravidlech každého zdravotnického zařízení, dalším pilířem podírajícím sociální práci ve zdravotnictví jsou také legislativní normy z oblasti sociálních služeb.

Mezi legislativní normy platné pro zdravotnickou oblast lze řadit (Zákony pro lidi, 2021):

- Zákon č. 20/1966Sb., o péči a zdraví lidu v platném znění
- Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů

Dále by se zdravotně-sociální pracovník měl opírat o tuto legislativu (Zákony pro lidi, 2021):

- Listinou základních práv a svobod
- Úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod, sdělením č. 209/1992 Sb. a ústavním zákonem č. 2/1993 Sb.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ovlivňuje každodenní činnosti sociálních pracovníků zdravotnických zařízení, podle § 52 daného zákona poskytují sociální služby a musí zajistit i základní sociální poradenství. Úkony vymezené zákonem jsou upraveny v pracovních náplních sociálních pracovníků zdravotnických zařízení.
- Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi
- Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu
- Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, a jeho prováděcí vyhláška č. 182/1991, ve znění pozdějších předpisů, dle které sociální pracovník jedná při uplatňování nároku na peněžité dávky a věcné dávky (např. jednorázové peněžité příspěvky na opatření zvláštních pomůcek apod.) v rámci sociální péče, dále dávky kulturní a dávky rekreační péče

Velmi důležité je, aby zdravotně-sociální pracovník sledoval novelizace výše uvedených zákonů a vyhlášek, aby mohl poskytovat svým klientům aktuální a validní informace. Za důležité si dovoluji považovat i to, aby sociální pracovník zkoumal využitelnost zákonů v praxi, zejména jejich přínos pro konkrétní klienty, aby se snažil v případě vzniku nesouladu mezi přijatými změnami a realitou na tuto skutečnost upozorňovat politiky alespoň na komunální úrovni. Ke změně zákona vede bohužel velmi dlouhá cesta, proto je občas nutné v zájmu klienta využít metod jako je „*případová advokacie*“.

Dolgoff, Loewenberg, Harrington in Janebová (2021) hovoří o případové advokacii jako o prosazování práv klienta, potřebě jeho zastupování a ochraně s možnými limity na straně zákonných požadavků. Kdy sociální pracovník dobře zná zákony, „*ale i formální i neformální pravidla organizací a jejich procedurálního*

fungování“ a hledá mezery v zákonech nebo „*ohýbá*“ pravidla, tak aby klientovi maximálně pomohl.

Jako příklad ohýbání pravidel bych mohla uvést čerpání dlouhodobého ošetrovního, které bylo podmíněno 7denní hospitalizací osoby, o níž bude následně pečováno v domácím prostředí. Proto mohla být někdy hospitalizace záměrně prodloužena, tak aby se dostalo oné 7denní podmínky pro čerpání této dávky. Mnoho klientů však na tuto dávku vůbec nedosáhlo, protože ani klient ani lékař o této podmínce nevěděli. Proto je dobré, když je pacient či jeho rodina v přímém kontaktu se sociálním pracovníkem v nemocnici ještě během hospitalizace, aby mohli získat potřebné a důležité informace.

Dobrou zprávou je, že aktuálně (leden 2022) nastala změna v čerpání dlouhodobého ošetrovního v tom smyslu, že podmínka 7denní hospitalizace je zkrácena na 4denní hospitalizaci, u těžkých tzv. inkurabilních případů zejména onkologických pacientů dokonce podmínka hospitalizace zmizela úplně a tím se otevřela brána k čerpání i osobám, které pečují dlouhodobě o své blízké v domácím prostředí zejména tedy péče o osoby s infaustní prognózou. Nově mohou o vzniku potřeby čerpání dlouhodobého ošetrovního rozhodovat i praktičtí lékaři, doposud to bylo v gesci pouze lékařů lůžkových oddělení zdravotnických zařízení (Korcová, 2021).

2. 3 Odborná způsobilost pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka

Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka je vymezena v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, konkrétně v § 10 a lze ji získat na základě absolvování (Zákony pro lidi, 2022):

„a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,

b) studia

1. na vyšších odborných školách v oborech nebo programech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost, nebo

2. na vysokých školách v oborech se zaměřením na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník; podmínka absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu neplatí, jde-li o osobu s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře,

c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle §5.“

Do roku 2011 bylo možné získat kvalifikaci zdravotně sociálního pracovníka pouze absolvováním kvalifikačního kurzu v rámci celoživotního vzdělávání. Kurz sestává ze dvou týdenních soustředěních, 80 hodin praktické výuky na akreditovaném pracovišti (nemocnice) a je zakončen atestační zkouškou. Hlavní podmínkou k přijetí do kurzu je dokončené vzdělání na vyšší odborné škole nebo v bakalářském stupni vysoké školy se zaměřením na „**sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku**“ (nco+nzo, 2022). Od roku 2011 lze studovat přímo obor zdravotně-sociální pracovník v bakalářském studijním oboru na Ostravské univerzitě (Kuzníková, 2011:195). Vzhledem k narůstajícímu zájmu a potřebě sociálních pracovníků ve zdravotnictví se nabídka možnosti studia tohoto oboru rozšiřuje i na další univerzity např. Univerzita Pardubice – Fakulta zdravotnických studií (upce.cz, 2022). Tento obor nabízí i Vysoká škola polytechnická univerzita v Jihlavě (vspj, 2022).

Kuzníková a kol. (2010:17-28) ve své publikaci hovoří o snahách o profesionalizaci sociální práce a zdokonalení vzdělávacího systému pro sociální pracovníky, kdy je nově možné absolvovat přímo studijní bakalářský obor zdravotně sociální pracovník, který se zaměřuje na vzdělávání studentů v souladu se zákonem 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Dle autorky mnoho sociálních pracovníků „...hovoří o nedostatečném vymezení pozice sociálního pracovníka ve zdravotnictví, ukotvení či nejasném poli působnosti.“ Je nezbytné, aby se na náplni práce zdravotně sociálního pracovníka shodli samotní sociální pracovníci v rámci oboru sociální práce, a je zapotřebí explicitně hovořit o tom, že zdravotně sociální pracovník je hlavně sociální pracovník poskytující komplexní péči klientovi a že disponuje kompetencemi získanými vyšším odborným nebo vysokoškolským

vzděláním. Zdravotně sociální pracovník je povinen se celoživotně vzdělávat čili kontinuálně zvyšovat a prohlubovat svoje vědomosti, a sledovat nejnovější poznatky nejen v oboru sociální práce, ale i v dalších blízkých či příbuzných oborech.

3 Kompetence a základní činnosti zdravotně sociálního pracovníka

V této kapitole se pokusím vydefinovat základní činnosti a kompetence, které by měl zdravotně sociální pracovník ovládat a které významně zvyšují jeho profesionalitu a tím ho zároveň mohou více ukotvovat při práci v multidisciplinárním týmu složeném zejména z lékařů. „*Odborné kompetence ve zdravotnictví jsou vždy vázány na stupeň dosaženého vzdělání. Obvykle rozlišujeme kompetence obecné (způsobilost, kvalifikace), odborné (co by měl pracovník na dané pozici po odborné stránce dělat) a měkké (vycházející z určitých vlastností člověka)*“ (Haškovcová, 2012:103). Za základní a podle mne nejdůležitější kompetenci ve všech pomáhajících profesích považuji schopnost kvalitní komunikace. Haškovcová (2012:103-104) hovoří o komunikaci jako o schopnosti „...*dorozumívání mezi lidmi...*“ různými formami, např. komunikace verbální, neverbální...

Havrdová in Matoušek (2003:56) definuje kompetence sociálního pracovníka jako „...*funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnosti reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese.*“

3.1 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011:72-75) popisují tyto kompetence zdravotně sociálního pracovníka:

- „*kompetence profesně oborové*“ (zahrnují: teoretické vědomosti, praktické dovednosti, schopnost samostatné práce, ale i schopnost odborné práce v týmu, práci s právními normami a novými metodami práce v nemocničním prostředí, schopnost odstraňovat či minimalizovat možné sociální důsledky pacientů/klientů, ...)
- „*kompetence anamnestické a diagnostické*“ (zahrnují: provádění sociálních šetření u pacientů/klientů, získávání sociálních anamnéz, stanovování sociálních diagnóz, kvalitní posouzení pacientovy/klientovy životní situace, ...)
- „*kompetence poradenské a konzultační*“ (zahrnují: základní sociální právní poradenství, odborné poradenství v případě úmrtí, práce s pozůstalými, ...)

- „**kompetence výchovné**“ (zahrnují: sociální prevenci a depistážní činnost)
- „**kompetence rozhodovací**“ (zahrnují: základní znalosti krizové intervence, schopnost sestavovat plány psychosociální intervence v kontextu pacientovi/klientovi nemoci, ...)
- „**kompetence organizační**“ (zahrnují: schopnost komplexně zorganizovat např. překlad pacienta/klienta do jiného zdravotnického zařízení či zorganizovat jeho dimisi² se zajištěním napojení na terénní služby, ...)
- „**kompetence komunikační a etické**“ (zahrnují: umět kvalitně naslouchat, správně a efektivně komunikovat s pacienty/klienty, rodinou, zdravotníky, být pro pacienty/klienty sociální oporou, řídit se etickými kodexy, ...)

Ze své praxe zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici se mi jeví pro prosazení se v prostředí, v němž dominující postavení mají lékaři a lékařky, nejen ovládnutí a vymezení dostatečných kompetencí, ale poměrně klíčové jsou osobnostní předpoklady. Schavel, Čisecký in Mojtoová (2008:21-22) „*Sociální pracovník je profesionál, který pracuje s lidmi, je neustále v interakci s člověkem a jeho osobnost by se měla odvíjet od určitých osobnostních předpokladů, charakterových a povahových vlastností. Sociálnímu pracovníkovi nesmí být cizí to, co je lidské.*“ Sociální pracovník by měl být především dobrým člověkem s vlastnostmi jako je slušnost, zodpovědnost, trpělivost, pravdomluvnost. Při práci s pacientem/klientem je důležité si uvědomit, že vztah klienta k jeho nemoci může být významně ovlivněn jeho sociálním prostředím zejména např. v kontextu etnických a kulturních tradic. Nemčková in Mojtoová (2008:22) uvádí, že sociální práce ve zdravotnictví je vykonávána ve specifických podmínkách, kdy se lidé/pacienti mohou nacházet v situacích, kdy pociťují bolest, strach a jejich stav vyžaduje pomoc druhých osob.

² *dimise* – propuštění z nemocnice lat. *dimitto* propustit, odeslat.
<http://lekarske.slovníky.cz/pojem/dimise>

Proto je velmi důležité nezapomínat na to, že i v těchto těžkých situacích, je důležité zachovávat lidskou důstojnost a snažit se stále uplatňovat morální a etické principy.

Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl ovládat **schopnost komunikace**, protože skrze ni lze pochopit jednání druhých a nalézt motivaci k jejich činům. Měl by mít kultivovaný projev, přirozenou autoritu a pozitivní náhled na svět, důležité je, aby o sebe a své hodnoty uměl pečovat (Kuzníková, 2011:29-30).

Egan in Matoušek (2003:54) řadí mimo jiné mezi obecné předpoklady pracovníka v pomáhající profesi také **empatii**. „*Empatie je forma lidské komunikace, která zahrnuje jak naslouchání a porozumění, tak sdělování porozumění klientovi. Empatie je v první řadě určitým druhem lidského kontaktu.*“ Matoušek a kol. (2003:54) popisuje empatii jako „...*schopnost vcítit se do pocitů a jednání druhé osoby.*“

Schopnost empatie je jistě velmi důležitá, ale musí být správně pochopena. Rusínová (Talkshow, 2021) tvrdí, že „...*empatie neznamená, cítit to samé, co cítí pacient čili plakat, když pláče pacient, ale umět naslouchat.*“ Jedná se o dovednost, kterou si lze během praxe osvojit, lze se jí naučit. Což potvrzuje i Pelcová in Kutnohorská (2011:49) když uvádí, že „...*empatie není vrozenou schopností každého člověka, že pro výchovné využití musí být vědomě pěstována.*“

Do mnoha situací, které zažívají lidé v nemocnici se lze vcítit jen velmi těžko. Nelze zažít bolest umírajícího, bolest před či po amputaci končetiny, ani bolest člověka, kterému právě zemřel jeho nejbližší. Ale lze na ně reagovat lidsky na základě vlastních zkušeností, soucitně, ale přitom profesionálně. Někdy pacientovi stačí „obyčejná“ přítomnost nelékařského pracovníka, projevení zájmu o jeho osobu či snaha vidět situaci jeho očima. Empatii nelze považovat za samozřejmost, kterou musí každý pracovník v pomáhající profesi ovládat, ale každý by se o ni měl alespoň snažit. Empatie jako součást léčebného procesu se osvědčuje zejména u tzv. sociálních hospitalizací, což jsou často osoby ve vyšším věku žijící osaměle. Tito pacienti se „zázračně“ uzdravují už jen tím, že mají sociální kontakt se zdravotníky, s ostatními pacienty na pokoji či nezdravotnickými pracovníky. Jejich problémy jsou zmírněny sdílením s ostatními či soucitným nasloucháním.

3. 2 Základní činnosti vykonávané zdravotně sociálním pracovníkem

Základní činnosti zdravotně sociálního pracovníka jsou vymezeny Vyhláškou č. 55/2011 Sb. podle § 3 odst. 1 a § 9 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zdravotně sociální pracovník může (Zákony pro lidi, 2021):

- *„provádět **sociální prevenci**, včetně **depistážní činnosti**, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,*
- *provádět **sociální šetření** u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,*
- *sestavovat plán **psychosociální intervence** do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,*
- *zajišťovat **sociálně-právní poradenství** ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,*
- *účastnit se **integrace pacientů**, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,*
- *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,*
- *v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat **záležitosti spojené s úmrtím.**“*

Zákon 96/2004 Sb. §10 dále uvádí, že mezi činnosti zdravotně sociálního pracovníka patří „...činnost v rámci **preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče** v oboru zdravotně sociální péče“ (Zákony pro lidi, 202).

Mojtová (2008:22-23) rozšiřuje výčet činností zdravotně sociálního pracovníka například ještě o:

- účast na lékařských vizitách
- upozornění lékařů na možné negativní důsledky pramenící z nevyhovujícího sociálního prostředí ovlivňující zdraví pacienta
- výkon zdravotně-sociální osvětové činnosti

Účast na lékařských vizitách či pravidelných ranních hlášeních lékařů považuji za odrazový můstek práce zdravotně sociálního pracovníka. V rámci lékařské vizity má pracovník možnost vidět pacienta při komunikaci s lékařem a na pravidelných ranních hlášeních získává informace o nově hospitalizovaných pacientech a domlouvá se s lékaři na potřebě započítí sociální práce u pacienta/klienta. Níže bych se krátce zmínila o cílové skupině pacientů/klientů s nimiž přicházím ve své praxi nejčastěji do kontaktu a kteří jsou podle mne v rámci nemocničního systému nejzranitelnější skupinou. Jsou to senioři a paliativní pacienti.

3. 1. 1 Sociální práce se seniory

Sociální práce ve zdravotnictví se liší podle typu zdravotnického zařízení, podle počtu hospitalizovaných, podle typu onemocnění a v neposlední řadě podle věkové skupiny, do níž klient /pacient patří (Šip, 2019:39).

Ve své praxi se nejčastěji setkávám s pacienty/klienty ve vyšším věku. Tito lidé nejčastěji vyžadují pomoc či podporu zdravotně sociálního charakteru, což je u této cílové skupiny pacientů dáno věkem, inkurabilním stavem nebo chronickým onemocněním.

Fenoménu stárnutí populace čelí všechny země EU, jedná se o nezvratný proces způsobený zvyšováním délky života a klesající porodností. V důsledku postupného zvyšování počtu obyvatel nad 65 let, se zvyšuje zároveň zvyšuje počet

hospitalizací geriatrických³ pacientů (Šip, 2019:59). Seniorská skupina pacientů/klientů vyžaduje speciální přístup vzhledem ke zvláštní tělesné a duševní křehkosti. Velkou skupinu hospitalizovaných tvoří senioři se sníženou soběstačností. Tyto pacienty/klienty mnohdy není možné po akutním zaléčení v nemocnici dimitovat zpět do domácího prostředí (Kuzníková, 2011:59). Proto je nutné, aby právě zdravotně sociální pracovník v rámci zjištění sociální a osobní anamnézy či sociální diagnózy (bytové a ekonomické poměry, základní údaje o pacientovi včetně jeho životní situace, bezmocnost, násilí, compliance pacienta...) tvořil plány další péče a hledal řešení životních situací svých pacientů/klientů (Česká asociace sester, 2008:4, online). Je velmi důležité, aby měl zdravotně sociální pracovník informace o aktuálně dostupných sociálních službách, jak terénních, tak pobytových. Někdy postačí zajištění pacienta/klienta formou terénní služby (pečovatelská služba, osobní asistence), jindy je zapotřebí přeložení do dalšího zdravotnického zařízení např. typu následná péče. Na oddělení následné péče může pacient/klient pobývat až tři měsíce (hrazeno pojišťovnou), během této doby zde přítomný sociální pracovník řeší s pacientem/klientem a jeho rodinou další postup v oblasti sociální péče. Mezi pacienty/klienty, kteří jsou nejčastěji nuceni využívat následná zdravotnická zařízení jsou lidé po infarktu myokardu, cévních mozkových příhodách, pacienti po ortopedických operacích zejména zlomeniny femuru, pacienti po pádech či pacienti s neurodegenerativními onemocněními, kdy rodina již vzhledem k povaze onemocnění není schopna péči v domácím prostředí zvládnout (Kuzníková, 2011:59-60).

K typickým charakteristikám, které můžeme u seniorů vidět, patří instabilita, imobilita, inkontinence, intelektové poruchy či iatrogenizace⁴. Zejména pokud senior trpí některým z výše uvedených rysů, hraje významnou roli v ošetrovatelském procesu kvalitní komunikace s cílem respektovat i přes pacientova/klientova omezení jeho

³ „Geriatrie“ je obor zabývající se prevencí, diagnostikováním a léčením nemocí starších lidí (Matoušek, 2003, s. 72)

⁴ *Iatrogenizace* – stav vyvolaný lékařem, jeho neuváženým jednáním, špatným vyšetřením, chybným léčením https://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?cizi_slovo=iatrogenn%C3%AD&typ_hledani=prefix

autonomii. Důležité je si také neustále uvědomovat, že senioři nejsou heterogenní skupina a že každý má právo na individuální přístup (Kutnohorská, 2011:109).

Při práci se seniorskými pacienty/klienty může zdravotně sociální pracovník vycházet i z Evropské charty pacientů seniorů⁵. Tento dokument formuluje obecné zásady na zajištění zdravotní péče pro seniory, dále způsoby komunikace a podávání informací. Definiuje některé postupy související např. s podáváním léků, transportem či samotným onemocněním a následnou hospitalizací. Např.: „...zajistit kontinuitu mezi zdravotnickými a sociálními službami s cílem, aby starší občan zůstal co nejdéle ve svém domě a komunitě s tím, že hospitalizace či pobyt v instituci mu budou umožněny v případě, kdy se stanou nezbytnými“, „...multidisciplinární tým v případě potřeby posoudí komplexně zdravotní stav, zdravotní a sociální potřeby staršího pacienta.“ Dále se zde uvádí způsoby zotavení a rehabilitace, zejména je zde opakovaně zdůrazňováno, že pacient má být o všem řádně informován a může na zajištění další péče o svoji osobu participovat včetně jeho rodiny. Na konci se dokument zmiňuje o změně domova, která může nastat, pokud již pacient/klient není schopen zůstat doma (Kutnohorská, 2011:155-169).

Ještě bych v krátkosti zmínila riziko vzniku tzv. hospitalismu, které přichází se vznikem institucionální péče. Jedná se o komplex negativních tělesných a duševních dopadů hospitalizace či institucionalizace na pacienty/pacienty. Za konsekvence hospitalismu lze považovat snížení soběstačnosti, samostatnosti a schopnosti adaptace na vnější svět. Dalším rizikem během hospitalizace je možnost rozvoje tzv. imobilizačního syndromu, což může být důsledek používání „omezujících postupů (ohrádky, permanentní močové katetry, tlumivá psychofarmaka) či otřesení sebeúcty, dekompenzací existenciální křehkosti“ (Ptáčková, Ptáček a kol., 2021:27-28,42).

Z vlastní praxe vím, že někteří pacienti, hlavně senioři, snáší hospitalizaci velice těžce, jako dehonestující vnímají např. nemožnost používat spodní prádlo v kontextu zavedeného močového katetru, okamžitou aplikaci plenek v důsledku vzniku imobility či absenci zástěn mezi lůžky při provádění ranní hygieny na lůžku. Během hospitalizace se mohou stát svědky traumatizujících situací např.

⁵ Evropská charta pacientů seniorů - doporučení Evropské sekce Mezinárodní gerontologické asociace z r. 1997, Českou alzheimerovskou společností přijato v r. 1998.

kardiopulmonální resuscitace, úmrtí či suicidálního jednání spolu pacientů na pokoji. V těchto případech může zdravotně sociální pracovník ve zdravotnických zařízeních bez klinického psychologa nabízet okamžitou krizovou intervenci.

3. 3 Sociální práce s paliativními a umírajícími pacienty

Slovo **pallium** pochází z latiny a znamená jakýsi plášť, který má evokovat představu paliativní péče jako něčeho, co tiší bolest, když už není možné nemoc vyléčit (Mojtová, 2008:103). Sláma, Vorlíček, Kabelka et.al (2012:25) vidí paliativní péči ve smyslu péče aktivní o pacienty, kteří se nacházejí v pokročilém či již konečném stádiu nevléčitelné nemoci. Paliativní péče se snaží „*o prodloužení a zachování života, který bude svou kvalitou pro pacienta přijatelný; respektuje a chrání důstojnost nevléčitelných nemocných; vychází důsledně z přání a potřeb pacientů a respektuje jejich hodnotové priority,...*“, dále je snahou paliativní péče, aby pacient mohl poslední chvíle svého života strávit v kruhu svých blízkých v důstojných podmínkách, nabízí pomoc pro pacientovo okolí – příbuzné, přátele.

Samotný termín paliativní péče je dlouhodobě vnímám celospolečensky i částí samotných zdravotnických pracovníků v podstatě negativně. Pro mnohé tento termín znamená, že se již nic nedá dělat, evokuje to konec života, již nebude prováděno nic, co by mohlo vést k prodloužení života. Naštěstí dochází v posledních letech k významné změně v chápání paliativních přístupů a začlenění této formy péče již od počátku stanovení nevléčitelné diagnózy či život ohrožujícího onemocnění. Dochází i k určení diagnóz pro něž je využití paliativních přístupů vhodné. Původně se paliativní péče zaměřovala hlavně na onkologické pacienty, nyní se okruh rozšiřuje o pacienty s chronickými onemocněními např. CHOPN⁶, demence, neurodegenerativní onemocnění (Gríva, 2018:23-25). Mojtová (2008) uvádí, že paliativní péče je profesionální, holistická, interdisciplinární disciplína, která má být poskytována všem umírajícím pacientům bez ohledu na jejich diagnózu a typ zdravotnického zařízení.

⁶ CHOPN – chronická obstrukční plicní nemoc <https://lekarske.slovníky.cz/pojem/chopn>

Paliativní péči lze svou povahou považovat za interdisciplinární, protože se jedná o týmovou spolupráci různých odborníků: „*zdravotníků a psychologů, sociálních pracovníků a poradců, duchovních; předpokládá se zapojení rodiny a přátel nemocných; využívá se dobrovolnické služby*“ (Sláma Vorlíček, Kabelka et al., 2012:26).

Paliativní péči lze rozdělit na obecnou a specializovanou. Obecná paliativní péče je poskytována v rámci běžného ošetrovatelského procesu a základem je „*dobrá komunikace s pacientem a rodinou, orientace léčby na kvalitu života, účinná léčba symptomů a psychosociální podpora*“. Měla by být poskytována všemi zdravotníky napříč odbornostmi v rámci běžné klinické péče. Na obecnou paliativu by měla navazovat specializovaná paliativní péče založená např. na „*zařízení domácí paliativní péče, lůžkový hospic, konziliární tým paliativní péče ...*“. Konziliární paliativní tým by měl být složen alespoň z lékaře, sestry a zdravotně sociálního pracovníka a zdravotně sociálního pracovníka. V České republice jsou konziliární týmy zatím jen velmi málo rozšířeny (Sláma, Vorlíček, Kabelka et al., 2012:30-33).

V paliativní péči je velmi důležitá **empatická komunikace mezi členy paliativního týmu, pacientem a rodinou**. Je důležité, aby byla komunikace vedena nedirektivním způsobem, aby komunikující profesionál zachovával úctu k nemocnému a jeho rodině, ovládal umění mlčet a zároveň aktivně naslouchat, byl autentický, empatický. Velmi zásadní je, aby byla vybudována důvěra mezi nemocným, rodinou a členy paliativního týmu (Sláma, Vorlíček, Kabelka et al., 2012:33-34).

Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení by měl přispívat k naplňování výše uvedených základních myšlenek paliativní péče. Především by měl mít možnost fungovat v rámci multidisciplinárního týmu, který je při péči o paliativní pacienty základem pro profesionální, ucelený a komplexní přístup. Ale jak uvádí Přidalová in Student, Mühlum (2006:15-19) je tento způsob práce typický zejména pro hospicové prostředí. Ve standartních nemocnicích není obvyklé, že by „*...lékař naslouchal nebo dokonce bral v úvahu*“ připomínky sociálních pracovníků. Spolupráce s ostatními členy týmu závisí na „*...samotné osobnosti a charismatu sociálního pracovníka*“. Psychosociální profese nemají jasně definované problémy k řešení jako profese lékaře, zdravotní sestry či ošetrovatelky, a na rozdíl od těchto profesí se těžko vykazuje efekt

vykonaných činností. Zdravotně sociální pracovník postupně hledá problémy jednotlivých pacientů, snaží se spolu s pacientem určovat jejich prioritu, a snaží se nerozhodovat, ale pomáhat. Toto úsilí však nelze evidovat do žádných tabulek, neboť může být velmi zdlouhavé a také bez zdařilého závěru. „*Proto v paliativní péči existuje tým, který se doplňuje nikoli soupeří.*“

Hlavním úkolem zdravotně sociálního pracovníka v paliativní péči je porozumění a podpora pacienta a jeho rodiny po celou dobu nemoci. Měl by znát pacientova přání a měl by je umět prezentovat a obhajovat v rámci týmu. Mezi jeho kompetence patří **koordinace služeb**, které může pacient využívat (**následná péče, hospic, mobilní hospic, terénní zdravotnická péče, ...**), sestavování plánů **psychosociální intervence, sociálně-právní poradenství, odborné poradenství v případě úmrtí pacientů, instrumentální pomoc pozůstalým....** Sociální pracovník jako **profesionál v oblasti komunitních služeb**, by měl být jistou zárukou, že je pacientovi poskytována adekvátní péče na základě dostupných možností a pacientem definovaných potřeb (Gríva, 2018:212-213).

Sociální práce s paliativními pacienty/klienty s sebou nese mnoho dilematických situací a kontroverzních otázek souvisejících např. se zpochybňováním autonomie pacienta/klienta. Závažné onemocnění přináší existenciální problémy, existenciální otázky. Otázkou je i sdělování pravdy. Nabízí se otázka, zda má být nemocnému i bez vyžádání zcela objektivně sdělena pravda o jeho zdravotním stavu? Engelke in Student, Mühlum (2006:131-133) tvrdí, že „...*nemocní lidé touží po člověku, kterému by mohli důvěřovat, jelikož tuší, že sami izolováni a uzavřeni do sebe – se jen těžce vypořádají sami se sebou.*“ Důležité je začít včas sdělovat informace o možném konci života, o procesu umírání, o tom, jak vědomě prožít zbývající čas. Někdy mohou chtít nejbližší ochránit duševně křehké pacienty a rozhodnout se, že mu informace o blížícím se konci nebude sdělena, bohužel tím může být poškozena pacientova důstojnost.

Stejně jako je pro člověka důležitý dobrý život, který se sociální práce snaží dlouhodobě zlepšovat, je důležitá i dobrá smrt, a i zde může sociální práce zaujmout důležitou funkci vzhledem ke kompetencím a možnostem, které nabízí.

Při práci s paliativními pacienty stejně jako při práci s dalšími cílovými skupinami využívá zdravotně sociální pracovník způsoby práce jak s jednotlivci, tak s rodinou. O čemž bych se ráda zmínila v dalších podkapitolách.

3. 3. 1 Sociální práce s jednotlivci

Česká asociace sester (2008:1-5) uvádí, že základem sociální práce v nemocnici je zejména práce s jednotlivcem, kdy se kontakt s pacientem/klientem navazuje anamnestickým rozhovorem s cílem získat, co nejrychleji základní informace o pacientovi/klientovi, jeho rodině. Sociální anamnéza je základem pro:

- *„identifikaci sociálního problému a orientaci v něm,*
- *zahrnuje veškeré informace o pacientovi/klientovi jak základní, tak i specifické z hlediska charakteristiky problému,*
- *sociální pracovník získává pouze nezbytné informace pro řešení problému pacienta/klienta v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů.“*

Sociální anamnéza se prioritně získává od pacienta/klienta, ale pokud ji nelze odebrat vzhledem k jeho zdravotnímu stavu, lze ji získat od:

- *„ošetřujícího lékaře,*
- *ze zdravotnické dokumentace,*
- *z výsledků šetření jiných odborníků,*
- *od dalších členů multidisciplinárního týmu participujících na péči...“*

Kromě sociální anamnézy se zjišťuje ještě osobní a rodinná anamnéza (osobní údaje, jeho aktuální životní situace, informace o dalších příslušnících jeho rodiny ...) Jak již bylo výše zmíněno, základem sociální práce s pacientem/klientem je rozhovor, ten může mít charakter:

- *„informační“* (jedná se spíše o jednorázovou formu rozhovoru, kdy je hlavním cílem zjistit, jak se pacient/klient orientuje v problému a pomoci mu se lépe orientovat a pochopit, co se děje)
- *„poradenský“* (tato forma rozhovoru se vyznačuje větší strukturovaností, kdy je cílem poskytnutí pacientovi/klientovi

kvalitnějšího náhledu na jeho situaci, aktivizace sil na straně pacienta/klienta, návrhu řešení, formulace cílů)

- „*terapeutický*“ (tato forma rozhovoru má vést k objektivizaci celé situace, vzájemné informování o dosažených cílech, návrhy možných zlepšení, pochvala pacienta/klienta za aktivní přístup, participaci na řešení své situace, v případě neúspěchu znovu vést rozhovor o nových cílech – cíle se během hospitalizace mohou měnit v závislosti na vývoji zdravotního stavu)

Zdravotně sociální pracovník vede o každém pacientovi/klientovi dokumentaci, kam zaznamenává průběh a výstupy z každého setkání.

3. 3. 2 Sociální práce s rodinami

Sociální práce s rodinou bývá obvykle až druhým krokem po práci s jednotlivcem, kdy se zjistí osoby důvěry a těmi jsou často lidé z rodiny pacienta/klienta. Kuzníková (2011:65-80) uvádí, že sociální pracovník může být oporou pro nejbližší osoby pacienta/klienta a může jim pomoci překonat těžké období, může rodinu napojit na síť odborníků a specializovaných služeb v dané lokalitě. Může zajišťovat komunikaci mezi členy rodiny a pacientem/klientem, může tlumočit jeho přání směrem k rodině. Sociální pracovník v nemocnici většinou nemá šanci se potkat s celou rodinou pacienta, ale i přesto je důležité pro **posouzení životní situace klienta** znát jeho rodinný systém. „*Klient je chápán jako součást systému, a právě rodina je jedním z těchto systémů. Při řešení klientovy obtížné situace spolupracuje primárně s jeho rodinou a preferuje návrat klienta do jeho původní rodiny před ústavní péčí.*“ Důležité je neustále respektovat klientova rozhodnutí a klást důraz na jedinečnost každého pacienta/klienta.

Za ideální bych jako sociální pracovník v nemocnici považovala využití kritického přístupu v sociální práci. V tom případě by bylo nutné, aby začala práce s pacientem/klientem hned na počátku hospitalizace, ideálně v okamžiku, kdy dojde k zaléčení prvních symptomů jeho nemoci a pacient je schopen spolupráce. Vznikl by tak dostatečný časový prostor na zjištění všech pacientových/klientových potřeb, přání a možností. Praxe je bohužel mnohdy velmi odlišná, není výjimkou, že informace o nutnosti sociální intervence u pacienta/klienta se dostává ke zdravotně sociálnímu pracovníkovi až na konci jeho hospitalizace či dokonce v den dimise.

4 Role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Sociálního pracovníka si lze představit jako jistý mezičlánek mezi klientem a jeho sociálním prostředím, v kontextu zdravotnictví lze pohlížet na sociálního pracovníka jako na **součást komplexního léčebného procesu/péče o člověka/pacienta**. V rámci komplexnosti péče spolupracuje sociální pracovník s dalšími odborníky v rámci zdravotnického zařízení, ale i s odborníky z vnějšku. Pomáhá řešit těžké situace člověka, které mohou být důsledkem nemoci, úrazů, invalidity nebo i dlouhodobé hospitalizace. Cílem je pomoci zlepšit kvalitu života pacienta zejména během hospitalizace, pomoc by ale neměla být limitována pouze hospitalizací, ale měla by mít přesah i do období po ukončení hospitalizace. Podle typu zdravotnického zařízení, typu oddělení, počtu pacientů se vytvářejí i úkoly, s nimiž se sociální pracovník setkává. Je velmi důležité, aby sociální pracovník disponoval znalostmi z různých oblastí např. (Mojtová, 2008:18-21):

- „z *medicíny*“ (znalost odborných termínů, charakteristika jednotlivých onemocnění – důležité pro orientaci ve zdravotnické dokumentaci)
- „z *ošetřovatelství*“
- „z *práva a legislativy*“
- „z *psychologie*“

Devečková in Mojtová (2008:21) uvádí, že práce sociálních pracovníků je velmi náročná, vyžaduje zodpovědnost, lidský přístup, velkou flexibilitu, ale je nedocenená, v podstatě málo viditelná nebo lépe řečeno neviditelná.

Beder (2006:20) hovoří o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví jako o někom, kdo může **porozumět pacientovi v různých aspektech**. Může porozumět pacientově nemoci, jeho sociálnímu prostředí, může být obeznámen s obvyklou cestou léčby nemoci čili může být velmi aktivně zapojen do léčebného procesu ve smyslu plánování péče, komunikace s pacientem a jeho rodinou, může realizovat i neformální advokacii jménem pacienta. Znalost dané komunity může umožnit sociálnímu pracovníkovi snadnější propojení pacientů se zdroji v dané lokalitě.

Pro sociálního pracovníka ve zdravotnictví a vlastně v jakékoli pomáhající profesi je také důležité cítit a **dodržovat etické principy**. Kutnohorská, Cichá, Goldman (2011:21-46) uvádějí, že hlavním úkolem etiky není moralizování či striktní

diktát morálních povinností, ale nalezení vhodných měřítek, podle nichž je člověk schopen diferencovat dobro od zla, morální od nemorálního.

Fischer, Milfait in Kutnohorská (2011:11) tvrdí, že pro zdravotně sociálního pracovníka je **etický přístup** ve schopnostech porozumění pacientovi, pochopení a respektování jeho způsobů uvažování, vzorců myšlení a realizace pomoci dle požadavků pacienta. Na pacienta/klienta je třeba nahlížet holisticky a podpořit ho nejen v oblasti zdravotně sociální, ale i v dalších oblastech jeho života např. materiální, společenské či duchovní.

Za základní etické principy ve zdravotně sociální práci jsou považovány dle Crabb in Kutnohorská (2011:54-57): „*advokacie, autonomie, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, solidarita, spravedlnost, prospěšnost, společné dobro...*“

Princip **advokacie** lze chápat jako způsob jak, akcentovat právo každého na vlastní řešení v kontextu různého chápání mravních hodnot. Princip **autonomie** předpokládá respektující, rovnocenný, partnerský přístup ke pacientovi/klientovi, uznání práva každého na vlastní názor a jednání dle vlastních hodnot, pravidel a přesvědčení. Ovšem pacient/klient jednající autonomně by měl být připraven nést za své jednání odpovědnost. „*Být odpovědný ovšem není totéž jako být poslušný.*“ (Thomson in Kutnohorská, 2011:56).

Principy **důvěrnosti** a **mlčenlivosti** jsou založeny hlavně na důvěře pacienta/klienta v profesionální jednání zdravotně sociálního pracovníka, v zachování mlčenlivosti o poskytnutých citlivých informacích. Vyjma informací na, které se vztahuje oznamovací nebo informační povinnost⁷ dle zákona. Mlčenlivost nebo důvěra informací jsou vymezeny v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb.⁸ (Kutnohorská, 2011:57).

⁷ „Oznamovací povinnost“ - trestní zákon č. 40/2009 Sb.

„Informační povinnost“ - zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 359/1999 Sb.

⁸ § 100-100a <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast5>

Principy **solidarity** a **spravedlnosti** jsou založeny na společenské soudržnosti, respektu a úctě k právu, kdy etický rozměr je mnohem širší než právní (Kutnohorská, 2011:59-60).

Principy **společného dobra** a **prospěšnosti** jsou v podstatě společenské podmínky, díky nimž je možné dosahovat spokojenosti klienta ve vzájemné závislosti jednotlivých členů např. rodiny, skupiny... (Vargaš in Kutnohorská, 2011:59).

Výše zmínění etické principy nejsou zdaleka všechny, kterými by se měl řídit zdravotně sociální pracovník, ale jsou to ty nejzásadnější a nejdůležitější pro využití v praxi. Horizontální rovina etických principů nás však může dostávat do dilematických situací (Levická in Kutnohorská, 2011:58).

Zajímavé je i postavení zdravotně sociálního pracovníka v rámci organizačně-personálního systému zdravotnických zařízení zejména pokud se jedná o nemocnice menšího typu, kde je vytvořena pozice pouze pro jednoho sociálního pracovníka. V tomto případě sociální pracovník podléhá organizačně přímo **náměstkyni pro ošetrovatelskou péči (tzv. hlavní sestru)**, ve větších nemocnicích, kde je více sociálních pracovníků, obvykle existuje **samostatné sociální oddělení**. Čili legislativně i prakticky se sociální práce v nemocnici integrovala do zdravotnictví, čímž se možná vzdala snah o samostatné postavení a vymezení (Kuzníková a kol. 2011:22).

Šustrová (2012:12) tvrdí, že sociální práci ve zdravotnictví nemusí vykonávat pouze sociální pracovníci, ale že dobrý lékař, zdravotní sestra, psycholog musí umět podpořit pacienta i v sociální oblasti.

Toto tvrzení možná platilo v minulosti, když nebyli sociální pracovníci součástí zdravotnických zařízení nebo vykonávali jen administrativní činnost. Dnes je tato činnost velice specifická, **sociální pracovník je profesionál**, jehož profesionalita je dána nejen povinností absolvovat povinné vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání, ale důraz je kladen i na osobnost sociálního pracovníka a speciální dovednosti. V kontextu sociální práce ve zdravotnických zařízeních (Nemčková a kol. in Mojtoová, 2008:21-22) je důležitý zejména **lidský přístup a schopnost komunikace**, vzhledem k denním interakcím s pacienty/klienty ve velmi specifických

situacích v souvislosti s nemocí, hospitalizací, utrpením, bolestí a odkázáním na pomoc druhých.

Role zdravotně sociálního pracovníka je velmi důležitá také při práci v týmu pečujícím o pacienty s pokročilým onemocněním čili v paliativní péči. Sociální práce je zde založena na „...*partnerství s pacientem a jeho rodinou, zajišťuje, aby, pokud je to proveditelné, byly splněny jejich potřeby a přání. Důležitou součástí je respekt ke klientovi a jeho rodině, neodsuzování jeho hodnot a preferencí s využitím dobrých komunikačních schopností, vybudováním důvěry a vytvořením efektivního vztahu. Rozvíjí specifické aspekty, jako je empatie, důvěryhodnost, spolehlivost, poctivost a schopnost sebereflexe.*“ Sociální práce nejen v paliativní péči by měla podporovat to, aby měl každý pacient/klient všechny dostupné informace pro uskutečnění vlastního rozhodnutí. Je potřeba respektovat i fakt, že některá rozhodnutí pacientů/klientů mohou být v rozporu s tím, co se jeví lékaři či sociálnímu pracovníkovi pro pacienta jako to nejlepší (Gřiva, 2018:208-209).

Domnívám se, že minimalizovat rozpor mezi rozhodnutím pacienta/klienta je jedním z úkolů právě sociálního pracovníka ve zdravotnictví, kdy za zásadní považují vést s pacientem efektivní, kvalitní a srozumitelnou komunikaci založenou na pravdivých faktech s cílem zjistit pacientova přání, potřeby a možnosti. Zdravotně sociální pracovník se tak může stát prostředníkem mezi pacientem/klientem a lékařem, protože ne vždy má pacient odvalu diskutovat o svých přáních a potřebách s lékařem. Svoji roli může sehrát i tzv. syndrom bílého pláště,⁹ který se nemusí projevovat jen fyziologicky, ale může pacienta paralyzovat i v komunikační oblasti.

Další důležitou věcí, na kterou může sociální pracovník „dohlížet“ či upozorňovat je důstojnost neboli respektování důstojnosti každého pacienta, ať se nachází v jakémkoli stavu. Schopnost důstojně zacházet s nemocnými přímo souvisí s naší vlastní sebeúctou. „*Úctou k sobě ukazujeme, nakolik si ceníme sebe, a úctou k ostatním zase vyjadřujeme, jakou hodnotu vidíme v nich.*“ Pro každého pacienta je důležité „*že přes svá zdravotní postižení a funkční omezení zůstává respektován jako svébytný, kompetentní partner*“ anebo může cítit, že se stal „*pasivním objektem,*

⁹ *Syndrom bílého pláště*-Hypertenze bílého pláště, také syndrom bílého pláště, je jev projevující se naměřením vyšších hodnot krevního tlaku, než je u pacienta obvyklé.
<https://ru.psychologyinstructor.com/vy-znaete-gipertoniyu-belogo-palto/>

bezmocnou závislou hříčkou“, někdy „*obtížným břemenem*“ (Cesta domů, 2022). Bohužel respekt k lidské důstojnosti není samozřejmostí, a jako zdravotník vidím, že některé postupy při péči o pacienta se staly zcela běžnými a obvykle se již nikdo nepodivuje nad tím, že tento postup není v souladu s respektem a úctou k nemocnému.

4.1 Zdravotně sociální pracovník jeho role v rámci multidisciplinárního týmu

Kodymová (2015:40) vnímá multidisciplinární tým dvěma způsoby, buď jako tým pracovníků v rámci jednoho zařízení nebo jako tým odborníků, kteří se podílejí na zajištění péče o pacienta/klienta čili zapojení externích odborníků. Pierson and Thomas (2010) definují multidisciplinární práci jako efektivní tvorbu s jasným rozdělením rolí a povinností, ale zároveň hovoří o možnosti představy různých cílů kvůli odlišným profesionálním paradigmatům. Solheim in Kuzníková (2011:25) popisuje multidisciplinární tým jako víceborové zastoupení v týmu s častou nedostatečnou kooperací jednotlivých členů v souvislosti s nehomogenitou v plánu intervence v kontextu individuálních priorit. Proto považuje za výhodnější pro práci sociálního pracovníka používání termínu interdisciplinární (**mezioborový**) tým.

Sociální pracovník je jeho **důležitou součástí**, protože organizuje spolupráci s dalšími sociálními pracovníky vně organizace, spolupracuje se státními institucemi, neziskovými organizacemi, praktickými lékaři, soudy a v neposlední řadě spolupracuje s rodinou pacienta/klienta. Každý člen týmu má svoji specifickou způsobilost s cílem umožnit pacientovi/klientovi, co nejvíce porozumět vzniklé situaci, zajistit kvalitní komunikaci mezi ním a zdravotnickým týmem, dále umožňuje pacientovi/klientovi získat informace a lepší přístup ke zdravotnické péči včetně zajištění domácí péče po dimisi do přirozeného prostředí (Šip, 2019:43-45).

Za velmi důležitou považuji roli zdravotně sociálního pracovníka v rámci nemocničního paliativního týmu čili v týmu pečujícím o pacienty s pokročilým onemocněním. Gřiva a kol. (2018:208-210) popisují fakt, že lidé/pacienti potřebují především dostatek informací, aby bylo možné podpořit jejich vlastní rozhodování a tím usnadnění další volby. V rámci paliativního týmu je úkolem sociálního pracovníka mimo jiné i obhajoba klienta ve smyslu dostupnosti paliativní péče pro

každého člověka jako základního lidského práva. Více o sociální práci v rámci paliativního týmu viz. podkapitola výše 3. 3 Sociální práce s paliativními a umírajícími pacienty.

Harkey (2017) popisuje jako jednu z možných cest ke zvýšení a zefektivnění mezioborové spolupráce „*case management*“. Case management popisuje jako „...*kombinace prvků sociální práce a zdravotní péče, a také sdílením společných základů tvoří case management mezioborovou specializovanou činnost, založenou na obhajobě (advokacii), která se snaží identifikovat ty lidi, kteří potřebují pomoci k dosažení psychického i duševního zdraví.*“ Díky case managementu, který je považován za pokročilou multidisciplinární praxi ve zdravotnictví a v sociálních službách, mohou získat sociální pracovníci větší roli. Protože jsou schopni identifikovat a naplňovat cíle stanovené primárně pacienty či rodinou pacienta. Využívá se celostní pohled na pacienta, kdy právě sociální pracovník je součástí léčebného procesu a při propuštění pacienta z léčby. Je klíčovým členem týmu při řešení pacientových potřeb a problémů. Tento přístup naplňuje znaky právě case managementu, který je nástrojem sociální práce již od vzniku této profese.

4.2 Zdravotně sociální pracovník v nemocnici v Jilemnici

Nemocnice v Jilemnici se v roce 2017 transformovala z Masarykovy městské nemocnice v Jilemnici a Nemocnice s poliklinikou v Semilech do MMN a.s. „*Záměrem spojení obou nemocnic do jedné Společnosti bylo mj. sledováno zajištění dostupnosti a kvality zdravotní a sociální péče v Libereckém kraji...*“ MMN a.s. zajišťuje péči zhruba pro 100tis. obyvatel z přirozené spádové oblasti. Lze říci, že se jedná o jedno z nejvýznamnějších zařízení kraje Libereckého. Protože se jedná v podstatě o dvě nemocnice, má každá z nich zdravotně sociální pracovníci na částečný úvazek. Zjednodušeně řečeno nemocnice Jilemnice zajišťuje akutní péči a nemocnice v Semilech péči následnou. V obou nemocnicích je přímou nadřízenou zdravotně sociálního pracovníka **náměstkyně pro ošetřovatelkou péči-hlavní sestra** a zdravotně sociální pracovník je řazen mezi **technickohospodářské pracovníky** nemocnice (MMN a.s., 2022).

V rámci nemocnice v Jilemnici zajišťuje sociální pracovník „...*základní sociální poradenství, pomoc se zajištěním dávek ze systému státní sociální podpory, zajištění kompenzačních pomůcek, pomocná ruka v rozsahu kompetencí sociálního*

pracovníka zejména v kontextu koronavirové situace (lidský kontakt), atd.“ (MMN a.s., sociální poradna, 2022). Dále je v gesci sociálního pracovníka v obou nemocnicích MMN a.s. dobrovolnictví, které zejména v době zákazu návštěv během Covid-19 zprostředkovávalo pacientům kontakt s okolním světem. Dobrovolníci navštěvují pacienty napříč odděleními a nabízejí rozhovor, čtení knih, hraní deskových her či společné procházky v areálu nemocnice (MMN a.s., dobrovolnictví, 2022). V jilemnické nemocnici funguje paliativní tým, jehož součástí je lékař, paliativní sestra, kaplan a zdravotně sociální pracovníce. Cílem je poskytování péče lidem trpícím nevyлéčitelnou nemocí a „...zajistit podporu pacientovi a jeho blízkým nejen v oblasti medicínské, ale i sociální, ekonomické a duševní.“ Důležitá je léčba bolesti, úzkosti, zjištění přání pacienta a podpora v konečné fázi jeho života (MMN a.s., ambulance paliativní péče, 2022).

Masarykova městská nemocnice poskytuje vzhledem ke své rozsáhlé spádovosti tzv. akutní péči, pacienti jsou po залéčení propuštěni co nejdříve domů nebo jsou přeloženi na vyšší pracoviště či do zdravotnických zařízení zaměřujících se na dlouhodobou péči o pacienta (léčebny dlouhodobě nemocných, rehabilitační zařízení, kamenné hospice apod.). Bohužel lůžková tíseň, která započala s příchodem Covid - 19 stále s mírnými výkyvy trvá. Tomuto typu nemocnice je zapotřebí přizpůsobit i způsob práce zdravotně sociálního pracovníka, je nutné s pacienty/klienty pracovat ve zrychleném režimu, rychle si tvořit úsudek, rychle jednat. Často je to velmi stresující, proto je důležitá kvalitní a pravidelná psychohygiena, seбepéče např. formou supervize, což MMN a.s. svým zaměstnancům nabízí. Subjektivně za nejvíce stresující situace považují jednání s cílem dosáhnout propuštění pacienta v konečné fázi onemocnění domů. Často se dimise zbytečně protahuje na úkor času, který mu zbývá. Je pochopitelné, že pro lékaře je stále velmi těžké smířit se s tím, že již nelze nic dalšího pro pacienta udělat a zlimitovat jeho další léčbu na základě lékařského multioborového konzília.

Aktuálně v rámci MMN a.s. Jilemnice byl zřízen nástroj jak pro pacienty, tak pro zaměstnance nemocnice „*Nenech to být*“, kde je možné anonymně upozorňovat na závažné problémy typu „...*diskriminace, šikana, mobbing, bossing, nedodržování etického kodexu...*“ (MMN a.s., *Nenech to být*, 2022).

5 Shrnutí teoretické části

V teoretické části jsem se snažila o vymezení role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví s využitím dostupných zdrojů. Jsem si vědoma, že jsem pro definování role zdravotně sociálního v nemocnici využila několik zahraničních zdrojů zejména jsem často sáhla po slovenské odborné literatuře. Hlavním důvodem bylo hlavně, to, že slovenští autoři se tímto tématem zabývají mnohem častěji a dle mého úsudku se na Slovensku zdravotně sociální pracovníci potýkají s podobnými problémy jako čeští zdravotně sociální pracovníci. Možná by se dalo říci, že sociální práce v nemocnici v České republice i na Slovensku je ve fázi sebebprosazování a ukotvování. V úvodních kapitolách jsem se věnovala popisu legislativního vymezení zdravotně sociální práce, vyjmenovala jsem zákony, které by měl zdravotně sociální pracovník při své práci využívat, dále jsou zde vyjmenovány podle mne ty nejdůležitější kompetence včetně vykonávaných základních činností. Škálu základních činností zdravotně sociálního pracovníka jsem dále rozšířila o činnosti vykonávané v kontextu paliativní péče, protože existuje-li v nemocnici či zdravotnickém zařízení paliativní tým měl by být sociální pracovník jeho nedílnou součástí. Stejně jako by měl být součástí multidisciplinárního týmu, protože jeho odbornost v týmu je v podstatě nezastupitelná.

Teoretická část je podkladem pro formulaci hlavní výzkumné otázky a dalších dílčích výzkumných otázek, které budou uvedeny v praktické části. Výzkum budu realizovat v MMN a.s. Jilemnice, jejímuž popisu jsem se věnovala blíže v poslední podkapitole. Jak jsem již zmínila v první kapitole aplikačním cílem mé práce je zjištění povědomí o sociální práci v nemocnici, edukace, osvěta a snaha o ukotvení zdravotně sociální práce v nemocnici vykonávané profesionálem s cílem přistupovat k pacientovi jako k bytosti s bio psycho sociálními potřebami.

6 Metodická část

6. 1 Příprava a realizace výzkumu

V této části diplomové práce se budu věnovat zvolené metodice výzkumu, kdy je pro mne důležité si stanovit hlavní cíl výzkumu a vedlejší cíle výzkumu. Dále je nezbytné vydefinovat jednotlivé tazatelské otázky, které budou transformovány do transformační tabulky. V jednotlivých podkapitolách zdůvodním volbu výzkumné strategie, volbu výzkumného souboru. Dále popíši celý průběh získávání a zpracování dat včetně možných etických rizik. Na konec provedu závěrečnou analýzu získaných dat.

6. 2 Formulace hlavního cíle výzkumu

Hlavní cíl výzkumu

Hlavním cílem této práce je komparovat teoretické vymezení role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici s pohledem zdravotnických profesí (zejména lékařů a sester).

Hlavní cíl jsem strukturovala do dílčích cílů (DC), které jsem dále operacionalizovala s využitím teorie prezentované v další části této práce.

Vydefinovala jsem tyto dílčí cíle:

DC 1. Zjistit povědomí zdravotnických pracovníků o odborné způsobilosti k výkonu ZSP ve zdravotnictví

DC 1. 1 Zjistit, jaké mají zdravotničtí pracovníci povědomí o tom, jakého stupně vzdělání má povinnost ZSP dosáhnout

DC 1. 2 Zjistit, jaké mají zdravotníci povědomí o oboru (oborech), v nichž může být ZSP vzdělán

DC 2. Zjistit představu zdravotnických pracovníků o náplni práce a kompetencích ZSP.

DC 2. 1 Zjistit, jakou mají zdravotničtí pracovníci představu o kompetencích ZSP

DC 2. 2 Zjistit, jakou mají zdravotníci představu o základních činnostech vykonávaných ZSP

DC 2. 3 Zjistit, jakou mají zdravotníci představu o paliativních činnostech vykonávaných ZSP

DC 3. Zjistit vnímání role ZSP v nemocnici zdravotnickými pracovníky

DC 3. 1 Zjistit, jak vnímají zdravotníci roli ZSP ve vztahu k pacientům

DC 3. 2 Zjistit, jak vnímají zdravotníci roli, kterou by mohl (měl) hrát ZPS jako člen multidisciplinárního/interdisciplinárního týmu

DC 3. 3 Zjistit, jaké mají zdravotníci povědomí o profesním zařazení v rámci nemocničního systému

DC 4: Komparace teoretického vymezení a získaných informací od zdravotnických pracovníků nemocnice v Jilemnici

DC 4. 1 Komparace teoretického vymezení stupně vzdělání ZSP s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků

DC 4. 2 Komparace teoretického vymezení oborů, v nichž může být ZSP vzdělán s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků

DC 4. 3 Komparace teoretického vymezení základních činností vykonávaných ZSP s informacemi získaných od zdravotnických pracovníků

DC 4. 4 Komparace teoretického vymezení paliativních činností vykonávaných ZSP s informacemi získaných od zdravotnických pracovníků

DC 4. 5 Komparace teoretického vymezení kompetencí ZSP s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků

DC 4. 6 Komparace teoretického vymezení role ZSP ve vztahu k pacientům s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků

DC 4. 7 Komparace teoretického vymezení role ZSP v rámci multidisciplinárního/interdisciplinárního týmu s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků

DC 4. 8 Komparace teoretického vymezení profesního zařazení ZSP v rámci

nemocničního systému

6. 4 Volba výzkumné strategie

Hlavním cílem této práce je **komparace teoretického vymezení role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici s pohledem zdravotnických profesí** konkrétně v MMN a.s. Jilemnice a aplikačním cílem je osvěta a edukace o sociální práci v nemocnici. Proto jsem zvolila jako výzkumnou metodu kvalitativní výzkum konkrétně polostrukturovaný rozhovor pro **DC1, DV2, DC3**. Reichel (2009:112-113) definuje polostrukturovaný rozhovor jako soubor otázek nebo témat, kterým se budeme věnovat, ale není nutné dodržovat pořadí, otázky mohou být během rozhovoru modifikovány, důležité je, aby se podařilo probrat všechny. Mohou být pokládány i doplňující otázky. Tento typ rozhovoru nabízí jistou volnost a tím i možnost navodit přirozenější kontakt s informantem.

Jak uvádí Hendl (2005:50-52) přednostmi kvalitativního výzkumu je to, že umožňuje zkoumání fenoménu v jeho přirozeném prostředí, získávání podrobnějšího popisu, zajišťuje kvalitnější vhled do zkoumání např. jedince či fenoménu, umožňuje bádát nad procesy či navrhnout teorie atd. Během kvalitativního výzkumu může výzkumník otázky „*modifikovat nebo doplňovat*“. Creswell in Hendl (2005:50) hovoří o kvalitativním výzkumu, tak že „*Výzkumník vytváří komplexní holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“ Kvalitativnímu výzkumu (Hendl, 2005:53) je někdy vyčítána jistá neprůhlednost či malá transparentnost. Výhody, ale převažují nad nevýhodami, kvalitativní výzkum jde do hloubky, přináší informace o daném fenoménu, využívá celou škálu metod a postupů.

Pro poslední výzkumný cíl **DC4** jsem zvolila komparativní výzkumnou metodu. Při komparaci „*zkoumají se dvě nebo více existujících situací, aby se zjistily typy, stupeň a příčina jejich podobnosti a rozdílnosti*“ (Hendl in Sebera, 2012). Výzkum komparativní lze nazývat výzkumem srovnávacím a v současnosti je „*většinou chápán jako empirický výzkum*“ (Nešpor, 2022). V rámci své práce budu komparovat teoretická vymezení role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici s informacemi získanými v rámci realizovaných interviewů (DC1, DC2, DC3). Budu zkoumat, jak se teoretický rámec přeformulovaný do výzkumných otázek objevuje v odpovědích informantů či zda lze vůbec srovnávat teorii s daty získanými z terénu.

Ke komparaci využijí tabulky, každá tabulka se bude vztahovat k indikátoru vydefinovanému v transformační tabulce.

6. 4 Transformace dílčích cílů do výzkumných nástrojů

Tabulka č. 1 DC 1

DC 1.	DC 2 řádu	Indikátory	Tazatelské otázky pro výzkumníci
DC 1. Zjistit povědomí zdravotnických pracovníků o odborné způsobilosti k výkonu ZSP ve zdravotnictví	DC 1. 1 Zjistit, jaké mají zdravotničtí pracovníci povědomí o tom, jaké odborné způsobilosti má povinnost ZSP dosáhnout	Odborná způsobilost	TO 1. Jakého stupně vzdělání je podle vás zapotřebí pro profesní pozici zdravotně sociálního pracovníka?
	DC 1. 2 Zjistit, jaké mají zdravotníci povědomí o oboru (oborech), v němž může být ZSP vzdělán	Obory vzdělání	TO 2. Jaké obory jsou uznávány pro výkon pozice zdravotně sociálního pracovníka?

Zdroj: Vlastní tvorba

Tabulka č. 2 DC 2

DC 2	DC 2 řádu	Indikátory	Tazatelské otázky pro výzkumníci
DC 2. Zjistit představu zdravotnických pracovníků o náplni práce a kompetencích zdravotně sociálního pracovníka	DC 2. 1 Zjistit, jakou mají zdravotničtí pracovníci představu o kompetencích ZSP	Kompetence	TO 3. Jaké má podle vás zdravotně sociální pracovník kompetence/dovednosti?
	DC 2. 2 Zjistit, jakou mají zdravotníci představu o základních činnostech vykonávaných ZSP	Základní činnosti	TO 4. Jaké základní činnosti podle vás zdravotně sociální pracovník vykonává?
	DC 2. 3 Zjistit, jakou mají zdravotníci představu o paliativních činnostech vykonávaných ZSP	Paliativní činnosti	TO 5. Jaké paliativní činnosti podle vás vykonává zdravotně sociální pracovník?

Zdroj: Vlastní tvorba

Tabulka č. 3 DC 3

DC 3	DC 2 řádu	Indikátory	Tazatelské otázky pro výzkumníci
DC 3. Zjistit vnímání role ZSP v nemocnici zdravotnickými pracovníky	DC 3.1. Zjistit, jak vnímají zdravotníci roli ZSP ve vztahu k pacientům	Role ZSP a pacienti	TO 6. Jak vnímáte roli ZSP ve vztahu k pacientům?
	DC 3. 2 Zjistit, jak vnímají zdravotníci roli, kterou by mohl (měl) hrát ZPS jako člen multidisciplinárního/interdisciplinárního týmu	Multidisciplinární tým	TO 7. Jakou roli by podle vás měl mít ZSP v rámci multi týmu?
	DC 3. 4 Zjistit, jaké mají zdravotníci povědomí o profesním zařazení ZSP v rámci nemocničního systému	Profesní pozice	TO 8. Kam se podle vás v rámci nemocničních o systému řadí pozice ZSP? TO 9. Kdo je podle vás přímým nadřízeným ZSP?

Zdroj: Vlastní tvorba

Tabulka č. 4 DC 4

DC 4	DC 2 řádu	Indikátory zvolené ke komparaci	Otázky, na které budu hledat odpovědi
<p>DC 4: Komparace teoretického vymezení a získaných informací od zdravotnických pracovníků nemocnice v Jilemnici</p>	<p>DC 4.1 Komparace teoretického vymezení stupně vzdělání ZSP s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků</p>	<p>Vzdělání</p>	<p>Jaké jsou představy zdravotníků v souladu s teoretickým vymezením stupně vzdělání pro ZSP?</p>
	<p>DC 4. 2 Komparace teoretického vymezení oborů, v nichž může být ZSP vzdělán s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků</p>	<p>Obory vzdělání</p>	<p>Jaké jsou představy zdravotníků v souladu s teoretickým vymezením o oborech uznávaných pro pozici ZSP?</p>
	<p>DC 4. 3 Komparace teoretického vymezení kompetencí ZSP s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků</p>	<p>Kompetence</p>	<p>Jaké jsou představy zdravotníků v souladu s teoretickým vymezením o kompetencích/ dovednostech ZSP?</p>
	<p>DC 4. 4 Komparace teoretického vymezení základních činností vykonávaných ZSP s informací získaných od zdravotnických pracovníků</p>	<p>Základní činnosti</p>	<p>Jaké jsou představy zdravotníků v souladu s teoretickým vymezením o základních činnostech</p>

	<p>DC 4. 5 Komparace teoretického vymezení paliativních činností vykonávaných ZSP s informací získaných od zdravotnických pracovníků</p>	<p>Paliativní činnosti</p>	<p>vykonávaných ZSP?</p> <p>Jaké jsou představy zdravotníků v souladu s teoretickým vymezením o paliativních činnostech vykonávaných ZSP?</p>
	<p>DC 4. 6 Komparace teoretického vymezení role ZSP ve vztahu k pacientům pohledem zdravotnických pracovníků</p>	<p>Role ZSP a pacient</p>	<p>Jaké jsou představy zdravotníků v souladu s teoretickým vymezením o vnímání role ZSP pacienty?</p>
	<p>DC 4. 7 Komparace teoretického vymezení role ZSP v rámci multidisciplinárního/interdisciplinárního týmu s informací získaným od zdravotnických pracovníků</p>	<p>Multidisciplinární tým</p>	<p>Jaké jsou představy zdravotníků v souladu s teoretickým vymezením o roli ZSP v rámci multidisciplinárního týmu?</p>
	<p>DC 4. 8 Komparace teoretického vymezení profesního zařazení ZSP v rámci nemocničního systému včetně povědomí o tom, kdo je přímým nadřízeným ZSP v rámci nemocnice v Jilemnici</p>	<p>Profesní zařazení</p> <p>Přímý nadřízený ZSP</p>	<p>Jaké jsou představy zdravotníků v souladu s teoretickým vymezením o profesním zařazení ZSP a jeho přímém nadřízeném.</p>

Zdroj: Vlastní tvorba

6. 5 Volba výzkumného souboru a jeho charakteristika

Vzhledem k tomu, že již od počátku byla aplikačním cílem této diplomové práce – edukace, osvěta a rozšíření povědomí o práci zdravotně sociálního pracovníka MMN a.s. v Jilemnici, tak jsem výzkum realizovala mezi zdravotníky této nemocnice. Jak jsem již popsala v teoretické části, je MMN a.s. nemocnice, kde se provádí hlavně akutní péče, proto jsem se ve výzkumu zaměřila hlavně na oddělení, která jsou pro sociální práci zásadní a kde by mohlo/mělo docházet k největšímu záchytu osob s potřebou sociální intervence. Jedná se o oddělení interní medicíny, neurologické a chirurgické oddělení. Celková lůžková kapacita těchto třech oddělení je 77 lůžek. A více než 70 % pacientů těchto oddělení jsou senioři, polymorbidní¹⁰ pacienti, onkologičtí pacienti či pacienti s chronickými onemocněními. Fluktuace pacientů je v posledních dvou letech velmi vysoká, průměrně je zde pacient hospitalizován zhruba týden. Je zapotřebí zmínit, že MMN a.s. má ještě i další oddělení např. dialyzační, gynekologické či dětské, na tato oddělení jsem se ve výzkumu nezaměřovala, protože zde se již podařilo sociální práci integrovat do léčebného procesu a není zde zapotřebí edukace a ani osvěty v sociální oblasti. Je také zapotřebí uvést, že na těchto odděleních je vzhledem k jejich zaměření potřeba sociálních intervencí významně menší než na odděleních, kde jsem prováděla výzkum.

Výběr výzkumného vzorku byl zcela záměrný. Jednotlivé zdravotnické pracovníky jsem pro výzkum vybírala s jasným cílem oslovit v rámci výzkumu konkrétní osoby, které jsou pro moji práci nejdůležitější, mohou ji nejvíce ovlivnit a zprostředkovat návštěvu sociálního pracovníka u pacienta či poskytnout pacientovi nabídku jeho služeb a pomoci. Z každého výše uvedeného oddělení jsem si pro rozhovor vybrala lékaře-zástupce primáře, vrchní sestru a staniční sestru, proto při výběru nehrál roli, věk, pohlaví ani délka praxe. V tabulce níže jsem pro lepší představu o informantech uvedla věk, pohlaví a pracovní pozici. Obecně lze výzkumný vzorek charakterizovat, tak, že se jedná o heterogenní skupinku s průměrnou délkou praxe v MMN a.s. Jilemnice nad 5 let s významnými zkušenostmi z jiných nemocnic,

¹⁰polymorbidita – přítomnost více chorob současně. Poměrně častý stav ve stáří např. ICHS, hypertenze, cukrovka, artróza poly-; morbus (<https://lekarske.slovniky.cz/pojem/polymorbidita>)

ale také s různou „citlivostí“ k pacientům v sociální oblasti. S některými z nich se v rámci své praxe snažím opakovaně navazovat spolupráci a snažím se hledat cesty, jak jim smysl sociální práce v nemocnici co nejlépe přiblížit.

Tabulka č. 5 Informanti

Označení informanta	Pohlaví	Věk	Pracovní pozice
F 1	žena	49	vrchní sestra
F 2	žena	38	vrchní sestra
F 3	žena	60	vrchní sestra
F 4	žena	43	staniční setra
F 5	žena	44	lékařka
F6	žena	48	lékařka
F 7	muž	37	lékař
F 8	žena	35	staniční sestra
F 9	žena	41	staniční sestra

Zdroj: Vlastní tvorba

6. 7 Průběh výzkumu

Jak jsem již zmínila v předchozích podkapitolách pro účely této práce jsem si zvolila kvalitativní výzkumnou metodu konkrétně polostrukturovaný rozhovor (interview) pro dílčí cíle DC1, DC2, DC3 a pro dílčí cíl DC4 jsem použila komparativní výzkumnou metodu. Jak uvádí Miovský (2006:155-162) patří interview „mezi nejobtížnější a současně nejvýhodnější metody pro získávání kvalitativních dat.“ Interview je rozhovor prováděný s jasným záměrem a obvykle je prováděn nejvíce se třemi osobami, pokud se nejedná o skupinové interview, kde však může dojít ke vznikům různých jevů jako je např. skupinová dynamika.

Bohužel nebylo možné rozhovory provádět mimo pracovní dobu informantů, proto byl čas na rozhovor vždy omezený či ovlivněný potřebami pacientů či dalšího zdravotnického personálu. Všechny rozhovory jsem tedy realizovala přímo v nemocnici, v přirozeném prostředí každého informanta (sesterna, lékařský pokoj). Možná se může jevit, že tím mohla být ovlivněna kvalita rozhovorů, ale domnívám se, že do rozhovorů se mohla takto promítnout velká autenticita a kontext běžného všedního dne lékaře či sestry. A za velmi důležité jsem při realizaci rozhovorů

považovala právě prostředí, jako nejideálnější se jevílo přirozené prostředí informantů čili jejich vlastní nemocniční pracoviště.

Při realizaci interview jsem postupovala podle Miovského (2006:163-170), který ho dělí do několika částí:

1/“*přípravná a úvodní část*“ (příprava otázek, oslovení informantů, sdělní účelu rozhovoru, časové náročnosti, získání souhlasu a domluvení se na termínu a místě realizace)

2/“*vzestup a upevnění kontaktu*“ (vyladění se na komunikační způsoby informanta)

3/“*jádro interview*“ (autentický živý rozhovor, zde je riziko, že tazatel nemusí dobře zvládnout náročnější část rozhovoru např. při rozhovoru s rizikovými osobami – emočně nestabilní jedinci apod.)

4/“*závěr a ukončení*“ (jedná se o důstojné uzavření kontaktu s informantem, důležité je i kvalitní uzavření probíraných témat)

Ad 1/ Připravila jsem si otázky vycházející z teoretické části práce. Každý informant byl předem seznámen s tématem a účelem interview. Většina oslovených přislíbila účast na interview se zájmem, ale někteří již na počátku zmiňovali svoji velkou pracovní vytíženost, která by mohla být překážkou v realizaci. Na začátku jsem provedla pilotní interview, abych zjistila, zda jsou otázky srozumitelné a na základě toho jsem některé tazatelské otázky lehce upravila. Před započítím každého jednotlivého interview jsem s informantem sepsala informovaný souhlas (viz. příloha A této práce) a seznámila ho s průběhem interview včetně nutnosti zaznamenávat interview na diktafon.

Ad 2/ Přizpůsobila jsem se tempu a způsobu komunikace každého informanta. Jinak komunikuje lékař, jinak sestra.

Ad 3/ Tato fáze interview probíhala bez větších problémů, občas byly interview protínány např. sestřičkami potřebujícími konzultaci s lékařem či telefonáty. Rozhovory plynuly ve svižném tempu.

Ad 4/ Na závěr jsem se každého informanta zeptala, zda nemá ještě nějaké dotazy ohledně práce zdravotně sociálního pracovníka, a poděkovala za interview a za čas.

Výzkum jsem prováděla poměrně dlouho dobu, protože některá interview se i několikrát odkládala z důvodu mé vlastní časové tísně či kvůli časovým limitům informantů. Realizace probíhala téměř tři měsíce (únor, březen, duben 2022). Mezi jednotlivými interview mi vznikalo časové okno, které jsme využila na transkripci čili na přepis mluveného slova do písemné podoby. Využila jsem metodu doslovné transkripce. Mayring in Hendl (2005:208) uvádějí, že některé části je možné podtrhávat, některé je možné okomentovat na okraji stránky. V textu se může zachovávat i dialektika a chyby v konstrukci vět.

Na počátku měsíce května jsem měla všechny interview hotovy včetně jejich doslovné transkripce. Začala jsem pracovat na metodické části výzkumu. Práci jsem dokončila v průběhu června 2022.

6. 8 Způsob zpracování získaných dat

Zpracování DC1, DC2, DC3

Hendl (2005:223-224) uvádí, že „*kvalitativní data nemají strukturovanou podobu dat v kvantitativním výzkumu, což komplikuje jejich vyhodnocení*“. Následná interpretace kvalitativních dat se vyznačuje např. uváděním plných citací částí rozhovorů. Cílem kvalitativní analýzy je nalezení odpovědi na dané výzkumné otázky naformulované v první podkapitole praktické části práce.

Jak jsem již zmínila výše, pro převod dat z audiozáznamu jsem využila transkripci čili přepis interview. Miovský (2006:206) zmiňuje, že „*kvalitní zvukový záznam zachycuje téměř veškeré kvality běžného mluveného slova, tedy sílu hlasu, délku pomlk, různé doprovodné a zvuky či řečové vady*.“ Audio záznam lze považovat za nestranný, autentický, zachycující celý proces rozhovoru.

Všechny rozhovory jsem ručně přepsala a snažila jsem se o zachování jejich autenticity, neopravovala jsem v textu hovorovou češtinu ani chyby v konstrukci některých vět. Miovský (2006:209-220) uvádí termín systematizace kvalitativních dat jako poslední fázi procesu úprav dat před započítím datové analýzy. Jde o třídění dat podle smysluplných kritérií. Ke zpracování kvalitativních dat jsem využila metodu kódování, o které hovoří Miovský (2006: 219-220) jako o „*přirázování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla umožněna snadnější a rychlejší práce s těmito částmi*...“

Pro potřeby svého výzkumu jsem využila jednoduchý způsob kódování, kdy jsem si barevně v jednotlivých rozhovorech vyznačila důležité termíny či pojmy vztahující se k tématu daného dílčího cíle. Dále jsem si tyto termíny vypsalala na papír, každou odpověď jednotlivě, a snažila jsem se hledat a sjednocovat (pokud to bylo možné) nalezené termíny do tematických okruhů (např. sociální šetření=zjištění podmínek v domácím prostředí, sociální anamnéza, administrativní činnosti=podání žádosti, ošetřovné, detenční řízení...). Důkladně jsem si zaznamenávala, jaký informant termín použil, aby se mi potom lépe uváděli přímé citace při psaní analýzy k jednotlivým dílčím cílům. Jak uvádí Miovský (2006:211-220), barvení textu může významně ovlivnit orientaci v textu a zároveň i urychlit následnou analýzu dat. Dále zmiňuje tzv. „**Propojování dat: hledání spojitostí v datech a vzájemné propojování částí ve větší celky, vytváření a identifikace kategorií ...**“

Zpracování DC4

V rámci posledního dílčího cíle (DC4) jsem zvolila metodu kvalitativní komparace, kterou jsem zpracovávala pomocí tabulek. Komparovala jsem informace vyplývající z teorie s daty z realizovaného výzkumu vždy podle předem vydefinovaných indikátorů. Ke každé otázce pro výzkumnici jsem vytvořila tabulku, kam jsem uvedla pojmy z teorie a data z výzkumu, shody jsem vyznačila tučným písmem. Součástí každé tabulky je seznam zdrojů použitých ke komparaci. Výstupy z každé tabulky jsou shrnuty v dílčích závěrech.

6. 9 Etická a jiná rizika výzkumu

Sociální výzkum s sebou nese jistá etická rizika, etické problémy, protože ne vždy je možné „odlišit hranice komunikace“. Může být těžké definovat či rozlišovat co se ještě vztahuje přímo k výzkumu a co již ne, dále lze hovořit o určité „moci vyplývající z role výzkumníka“. Validita získaných informací může být významně ovlivněna osobou výzkumníka čili jeho důvěryhodností. Dalším etický problémem může být střet zájmů, je důležité nepřekračovat rámce jednotlivých výzkumných situací. Za další etické pravidlo lze považovat empatickou neutralitu, což znamená být citlivý či opatrný při hodnocení dat již v průběhu jejich získávání (Miovský, 2006:278-279).

Výzkum může být prováděn pouze s osobami, které k tomu udělily informovaný souhlas. Je zapotřebí jednat v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů Z. č. 101/2000 Sb., dále nesmí být účastníci výzkumu vystaveni jakémukoli „nepřiměřenému riziku, případně situacím, jež by mohly vést k porušení etických zásad“ (Miovský 2006:280-285).

V rámci výzkumného šetření k mé diplomové práci jsem vnímala jako možné etické riziko to, že výzkum byl prováděn v nemocnici, kde pracuji a se zdravotníky, s nimiž jsem často v kontaktu. Některé odpovědi mohly být ovlivněny právě osobou výzkumníka v tom smyslu, že mi jen těžko někdo řekne do očí, že považuje sociální práci v nemocnici za zbytečnou. Možná si to někdo z informantů myslí, ale pro mne je důležité to, že na základě položených otázek se minimálně musel každý zamyslet nad významem a smyslem sociální práce, a jeho odpověď mohla být doplněna validními informacemi z mé strany, což bylo aplikačním cílem této práce – edukace a osvěta sociální práce v MMN a.s. Jilemnice.

Dalším etickým rizikem je zřejmě i počet oslovených informantů, čímž vzniká riziko, že získaná data budou hodně subjektivní (Hendl, 2016:48). Ale jelikož cílem této práce není zobecňování získaných výsledků na většinu populace, jak jsem již uvedla v úvodu. Jedná se o práci spíše místního významu s výše uvedeným edukačním cílem a latentním cílem bylo více ukotvit sociální práci přímo v nemocnici, kde pracuji.

7 Analýza a interpretace výsledků výzkumu

Hlavním výzkumným cílem této práce je **komparovat teoretické vymezení role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici s pohledem zdravotnických profesí (zejména lékařů a sester)**. Hlavní cíl jsem rozdělila do čtyř cílů dílčích, v jednotlivých podkapitolách vztahujících se vždy k jednomu cíli, se budu snažit získaná data z výzkumu interpretovat s využitím provedené analýzy metodou kódování viz. podkapitola způsob zpracování dat. Budu uvádět všechny použité tazatelské otázky (dále jen TO) a indikátory zvolené a uvedené v transformační tabulce. Při interpretaci budu používat i přímé citace jednotlivých informantů. Pro označení jednotlivých informantů budu používat zvolené kódy F1 – F9. V textu budu používat genderově nekorektní, ale neutrální a pro tento účel nejjednodušší výraz informant i pro ženy-informantky, byť jich byla v mém výzkumu převaha.

7. 1 Analýza a interpretace DC 1

DC 1: Zjistit povědomí zdravotnických pracovníků o odborné způsobilosti k výkonu ZSP ve zdravotnictví

Hlavním záměrem tohoto cíle je zjistit, jaké povědomí mají zdravotničtí pracovníci o tom, jakého vzdělání musí dosáhnout zdravotně sociální pracovník, aby mohl tuto pozici zastávat či aby mohl být na tuto pozici vůbec přijat. Tento cíl jsem naformulovala do dvou částí se zaměřením na indikátory: **odborná způsobilost, obory vzdělání**.

DC 1. 1 Zjistit, jaké mají zdravotničtí pracovníci povědomí o tom, jaké odborné způsobilosti má povinnost ZSP dosáhnout

TO1: Jakého stupně vzdělání je podle vás zapotřebí pro profesní pozici zdravotně sociálního pracovníka?

Z realizovaných interview vyplývá, že celkem šest informantů si myslí, že pro pozici zdravotně sociálního pracovníka je zapotřebí absolvovat **vysokoškolské vzdělání minimálně v bakalářském stupni**, dva informanti uvádí, že pro tuto pozici postačí maturita a jeden z dotázaných vůbec nemá představu, jaké je zapotřebí vzdělání. F9 ještě uvádí, že: „...v naší nemocnici teda vyžadujeme to **specializační studium pro zdravotně sociálního pracovníka**.“ Při podrobnějším doptání, co je to

specializační studium, F9 odpovídá: „...*jedná se o ten specializační kurz, který se dělá v Brně.*“

DC 1. 2 Zjistit, jaké mají zdravotníci povědomí o **oboru** (oborech), v němž může být ZSP **vzdělán**

TO 2. Jaké obory jsou uznávány pro výkon pozice zdravotně sociálního pracovníka?

Na tuto otázku nedokázalo odpovědět šest informantů, F4 uvedl obor **sociální práce**, F6 **sociální práce** a ergoterapie a F7 andragogika. Zajímavou zpětnou vazbou je pro mne odpověď F5: „...*tak to nevím a vlastně jsem to nikdy nepotřebovala vědět...*“

7. 2 Analýza a interpretace DC 2

DC 2: Zjistit představu zdravotnických pracovníků o náplni práce a kompetencích zdravotně sociálního pracovníka

Hlavním záměrem tohoto cíle bylo zjistit, jaká je představa zdravotníků o hlavních kompetencích zdravotně sociálního pracovníka, o základních činnostech, které vykonává a v kontextu existence paliativního týmu v MMN a.s., jehož je zdravotně sociální pracovník součástí, jsem chtěla zjistit, jakou mají představu o paliativních činnostech sociálního pracovníka. Možná se může jevit, že obě otázky na základní činnosti a paliativní činnosti se hodně prolínají, ale ze své praxe vím, že sociální práce v paliativní péči je mnohem rozsáhlejší a např. více zaměřená na práci s rodinou. V rámci tohoto cíle jsem zvolila tyto indikátory: **kompetence, základní činnosti a paliativní činnosti.**

TO 3. Jaké má podle vás zdravotně sociální pracovník **kompetence**?

Tato otázka vyvolala u informantů poměrně často potřebu upřesnění pojmu kompetence, někteří vnímají kompetence jako vykonávané činnosti, jiní jako činnosti dané zákonem či zaměstnavatelem (kompetence přidělené). Proto jsem se snažila dovysvětlit, že kompetenci v tomto kontextu vnímám jako schopnost, dovednost něco uspokojivě vykonat. Informanti F3, F5, F6, F8 se shodují na podle nich nejdůležitější kompetenci, kterou je **komunikace**, dále zmiňují kompetence **manažerské a organizační** (F6, F5) a **poradenskou činnost** (F1, F6, F8). F5 a F6 uvedli i **empatii** jako kompetenci. Dále se ještě objevily tyto odpovědi: **klinicko-pacientské** kompetence F5, **sociální šetření** F1, F7, F9 a **nahlížení do zdravotnické**

dokumentace F7. Několik informantů dále shodně uvedlo, že má kompetence k **zajišťování překladů na lůžka následné péče** (F2, F9, F7, F3) Konkrétně F3 uvádí „...má kompetence komunikovat s rodinou, rozhovory s těma pacientama...“, F1: “*Tak měl by umět poradit jak personálu ošetřujícímu, tak lékařům, sestřám a především pacientům...*“, F8 doplňuje: „...umět pohovořit s těma pacientama o jejich situaci...“ F5 říká: „...měl by mít kompetence ve smyslu, že komunikace je nástroj, on ji rozlišuje, co v ní hraje roli, umí to používat,měl by mít kompetenci se dobře ptát, umět přesně používat empatii...“ F6 uvádí, že „...třeba poradenskou, to znamená říct tomu člověku tu škálu možností, kterou máa pomoc mu s tím tedy vybrat ty správný...“ F7 vnímá kompetence ve smyslu těch přidělených, proto ještě říká, že „...komunikace se soudem, detenční řízení...“ F4 vnímá kompetence podobně jako F6: “...kompetence odpovídající tomu vzdělání a hlavně náplni práce...“

TO 4. Jaké **základní činnosti** podle vás zdravotně sociální pracovník vykonává?

Tato otázka se zaměřovala na konkrétní praxi, na činnosti, s nimiž se zdravotníci ve své praxi již setkali nebo si myslí, že by měly být vykonávány. Občas jsem otázku doplnila podotázkou „Co si myslíte, že dělám?“

Nejvíce informantů se shodlo na tom, že sociální pracovník v MMN a.s. zajišťuje hlavně **návaznou péči po propuštění z nemocnice**, konkrétně uváděli **terénní služby, domácí zdravotní péče, mobilní hospic** (F2, F4, F6, F7, F9), dále za důležité informanti považují provádění **sociálního šetření** (F1, F6, F7, F8),několikrát se objevilo i zajišťování **materiálních dávek a kompenzačních pomůcek** (F6, F7, F8), opětovně byly zmíněny **překlady na návazná lůžka** (F7, F8, F9) a **administrativní činnosti** F3 (ošetřovné, žádosti do domovů pro seniory, žádosti o příspěvek na péči...) Informant F1 říká, že „*Nejvíce se setkávám se sociálním šetřením a vlastně zjišťování, podpora těch příspěvků, který může pacient získat...*“, F7: „...zjišťování sociálního zázemí našich pacientů, zjišťování soběstačnosti..“ F6 ještě říká, že „...důležitá je jejich **osvěta** (lékařů a sester) jak teda pomoc s péčí o pacienta ... a pomoc s péčí o pacienta po hospitalizaci.“ Informant F5 jako základní činnosti vnímá, „...že se v podstatě stará o kontext toho pacienta ve všech těch ostatních smyslech než v tom medicínským jako léčebným, to zařídí lékař se sestrou... a tady to okolí pacientovo je obhospodařováno sociální prací...“ Informant F3 ještě zmiňuje: „Mezi činnosti patří

*asi i to, že **chodíš na vizitu** a vlastně se účastníš a tím vidíš, kdo co potřebuje a pak na naši žádost vlastně pracuješ s tím pacientem.*“

TO 5. Jaké **paliativní činnosti** podle vás vykonává zdravotně sociální pracovník?

V rámci MMN a.s. Jilemnice funguje paliativní tým, jehož nedílnou součástí je zdravotně sociální pracovník. V rámci týmu se kontinuálně snažíme o osvětu zdravotníků v tomto směru, protože téma kvalitního umírání je stále opředeno mýty a předsudky. Proto jsem zařadila do výzkumu tuto otázku, abych zjistila, jaké je povědomí o paliativních sociálních činnostech. Informanti stejně jako u předchozí otázky nejčastěji zmínili zajištění návazné **terénní a pobytové péče a služeb** (F2, F3, F4, F5, F8, F9), dále za nejvíce důležitou činnost v oblasti paliace považují **komunikaci s rodinou, s pacientem, s lékařem** (F1, F2, F3, F5, F9), F6 a F7 uvedli **spolupráci s týmem a součinnost s rodinou**, zmiňovány byly i **administrativní činnosti** F1, F3, F8, F9 (zařízení různých příspěvků, kompenzačních pomůcek) F7 ještě uvedl **psychosociální péči**. F3 říká, že *„je v tom paliativním týmu důležitá jakákoliv komunikace, která je empatická, ...za mě je to velký plus a mrzí mě, když není dostatečně využívanej, někdy mě to až štve...“* F9 ještě uvádí: *“...pokud má rodina zájem se o toho umírajícího postarat, tak zajištění domácí péče, domácí hospicový péče a komunikace s tou rodinou eventuelně potom pomoc, co se týče pohřebního a těch věcí následně po úmrtí toho pacienta.”* F6 hovoří o tom, že paliativní činnosti jsou skoro stejné jako základní činnosti, jen *„to sociální šetření je trošku zaměřený jinak, že se musí zaměřit na zjištění aktuálního stavu a potřeb, který možná pacient úplně netuší, tam musí bejt hodně součinnost s lékařem, aby se vědělo, jak se ten stav může vyvíjet, pak si myslím, že pomoc, pokud se teda nějak mění ten stav a léčba se třeba už ukončuje, tak s pacientem procházet možnosti další podpory...“*

7. 3 Analýza a interpretace DC 3

DC 3. Zjistit vnímání role ZSP v nemocnici zdravotnickými pracovníky

Hlavním záměrem tohoto cíle bylo zjistit, jaká je podle zdravotníků role zdravotně sociálního pracovníka ve vztahu k pacientům či jaká je podle nich jeho role v rámci týmu, jeli vůbec jeho součástí. V kontextu tohoto tématu jsem chtěla od informantů zjistit, kam si myslí, že zdravotně sociální pracovník vlastně patří v rámci nemocničního systému, myšleno v rámci systému MMN a.s. Jilemnice, kde je sociální pracovník jediný, a ještě na částečný úvazek, dále jsem zjišťovala, zda informanti vědí, kdo je jeho přímým nadřízeným. Jako indikátory jsem zvolila: **role ZSP a pacienti, multidisciplinární tým, profesní pozice a přímý nadřízený**

TO 6. Jak vnímáte **roli ZSP** ve vztahu k **pacientům**?

Informanti F4, F6, F7 a F9 uvedli, že pacienti vnímají zdravotně sociálního pracovníka **pozitivně**, F1 uvedl, že se to **pacientům líbí** a že jsou **nadšený**. F8 dále říká, že je o pro pacienty možnost si popovídat, jsou **vděční za zájem** a částečně ho vnímají jako psychologa. F5 a F6 to vidí trochu jinak, uvádějí, že je to pro ně **nečitelná pozici, zkreslená**.

F3 konkrétně říká: „...myslím si, že je to pro ně ne úplně čitelná pozice z toho hlediska, že by dokázali říct uklízečka uklízí, sestřička nosí léky, lékař vyšetřuje, takže je to pro ně možná hůř uchopitelný ta pozice, ale je to další člověk, kterej se o ně zajímá a pečujea má na ně čas , i když pro tu pozici nedokážou dobře zadat požadavky...“ F5 to vidí podobně: „ často asi zkresleně jako asi každýho, protože jim někdo něco vyprávěl.....takže si myslím z vlastní zkušenosti, když řekneš v práci, že seš ten, kterej pro pacienta znamená to, to, to a dopředu tím vlastně preventivně koriguješ všechny nějaký mylný očekávání....“

F1 vnímá jinak tuto pozici: „...pacientům se to líbí, že někdo takovej tady je, protože oni se v tom kolikrát ztrácej a ani nevědí, co by jim v tý situaci mohlo pomoci...Oni kolikrát mají myšlenky jen na tu svoji nemoc a pak nevědí, jak to doma zvládnou, jak to bude dál, i ta rodina kolikrát tápe, co s takovou babičkou, která jim zůstane ležící, takovej sociální pracovník je pro ně velkej bonus.“ F3:“ ...kolikrát řeknou pacienti o vizitě, ona tady byla, ona si se mnou popovídala, tak jsem jí to všechno řekla...“

TO 7. Jakou roli by podle vás měl mít zdravotně sociální pracovník v rámci **multi týmu**?

Celkem šest informantů (F1, F2, F3, F7, F8, F9) odpovědělo, že zdravotně sociální pracovník je **součástí týmu** nebo **další složka týmu**. F4, F6 a F9 tvrdí, že je to **rovnocenný partner** či stejná úroveň jako zdravotník. Jako **specifickou odbornost v týmu** označili zdravotně sociálního pracovníka F6, F7 a F5.

F7 říká o roli zdravotně sociálního pracovníka v týmu: „...asi takhle zdravotník má na starosti v uvozovkách jenom samotnou léčbu a sociální pracovník zajišťuje, jak to pak bude pokračovat reálně doma,hlavně když se během hospitalizace jeho stav změní, protože když třeba přišel s nohama a odejde bez noh, tak jestli je doma schopen nějak fungovat...., ale proto je sociální pracovník důležitou součástí týmu, protože má znalosti, který nikdo jinej v tom týmu nemá, ...prostě by měl doplňovat tým, bejt jeho rovnocennou součástí.“ F1 to vidí podobně: „Sociální pracovník by měl být určité součástí týmu, ...má zase trochu jinej náhled než zdravotník – lékař nebo sestra, ...náhled nezdravotnickej a možná dokáže ty lidi, tím, že není zdravotník, dokáže to uchopit zase z jiný strany.“ F2 k tomu ještě doplňuje, že „...musí být součástí týmu, měl by se účastnit různěch sezení třeba ta paliace, ...třeba i vizity a ranní hlášení ...“ Informant F9 vidí sociálního pracovníka v týmu: „... měl by to být partner, měl by s nimi (zdravotníky) být neustále v kontaktu, komunikovat, ...sociální pracovník není jejich (zdravotníků) podřízenej, je to další složka toho týmu, další odbornost.“ Informant F6 také říká, že „bez něj to vlastně nefunguje , protože ty znalosti, tu odbornost, kterou má, nikdo jinej v tom týmu nemá, ani nemá šanci, protože to je tak široký a myslím si, že tam právě má přinášet ty informace, který nám můžou zůstat skrytý nebo nemáme kapacitu je zjišťovat a tímto vlastně doplňovat postup léčby ... a pro mě vždycky jsou v tom týmu ty lidi nějakým způsobem rovnocenný, a že je důležitý, že každej je jinej, protože pro každého pacienta může bejt z toho týmu důležitěj jinej člověk. „

TO 8. Kam se podle vás v rámci nemocničního systému řadí **pozice ZSP**?

U této otázky odpověděl v podstatě každý informant jinak. Při pokusu o interpretaci této otázky, lze říci, že někdo považuje zdravotně sociálního pracovníka za **součást týmu a rovnocenného partnera** (F3, F2), dále za **samostatnou jednotku**, která spolupracuje se všema či za **multioborovou profesi**, která by měla mít vlastní

kategorii (F7, F1). F9 říká, že „v rámci MMN Jilemnice je to **technickohospodářský pracovník jako nezdravotník, oficiálně nemá zdravotnické status, takový meziobor, těžko zařaditelný**“ a F6 odpovídá podobně „**není součástí zdravotnické struktury**“. Informant F4 považuje zdravotně sociálního pracovníka za „**doprovodnej personál**“. Další informant F5 si myslí, že je součástí středního managementu a F8 ho vidí tak, že je „**bokem**“.

TO 9. Kdo je podle vás **přímým nadřízeným ZSP**?

Na tuto otázku znalo odpověď osm informantů, odpověděli, že přímým nadřízeným zdravotně sociálního pracovníka v MMN a.s. Jilemnice je **hlavní sestra** (náměstkyně pro ošetrovatelskou péči). Jeden z informantů řekl, že nadřízeným bude nejspíše sociální odbor nebo MPSV.

7. 4 Analýza a interpretace DC 4

DC 4: Komparace teoretického vymezení a získaných informací od zdravotnických pracovníků nemocnice v Jilemnici

Hlavním záměrem tohoto cíle byla komparace získaných dat tzv. z terénu s informacemi nalezenými v teorii. Důležitá byla komparace předem vydefinovaných indikátorů, kterými byli: **vzdělání, obory vzdělání, kompetence, základní činnosti, paliativní činnosti, role ZSP a pacient, multidisciplinární tým, profesní pozice, přímý nadřízený**. Komparaci provedu pomocí tabulek, v nichž tučným písmem zvýrazním shodu pojmů z teoretického vymezení a dat z výzkumu.

DC 4.1 Komparace teoretického vymezení stupně **vzdělání ZSP** s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků

Otázka č.1 pro výzkumníci:

Jakou mají zdravotníci představu o stupni vzdělání pro pozici ZSP?

Tabulka č. 6 Vzdělání

Teorie	Data z výzkumu
<p>Vysokoškolské v bakalářském stupni Akreditovaný kvalifikační kurz zdravotně sociální pracovník</p> <p>Vyšší odborné Obor zdravotně sociální pracovník na vysoké škole zdravotnických studií</p>	<p>Vysokoškolské v bakalářském stupni Specializační studium pro zdrav. sociálního pracovníka</p> <p>Maturita</p>
<p>Zdroje: Zákon 96/2004 Sb. §10 (ČR)</p>	

Zdroj: Vlastní tvorba

Více než polovina informantů si myslí, že pro zastávání pozice zdravotně sociální pracovník v nemocnici je zapotřebí minimálně bakalářské vzdělání, dva informanti uvedli, že by měla stačit maturita. Z legislativního vymezení vyplývá, že pro tuto pozici je zapotřebí minimálně absolvování vyššího odborného vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání v bakalářském stupni. Dále zákon uvádí, že pro ZSP je zapotřebí absolvování „akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník; podmínka absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu neplatí, jde-li o osobu s odbornou způsobilostí k výkonu povolání všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistentky nebo zdravotnického záchranáře, nebo specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle §5.“

Závěr k DC 4. 1

Povědomí o nutnosti absolvovat vysokoškolské vzdělání je dostatečné, zdravotníci chápou, že odborné znalosti potřebné pro tuto pozici je nezbytné získat vyšším vzděláním.

DC 4. 2 Komparace teoretického vymezení **oborů**, v nichž může být ZSP vzdělán s informace získanými od zdravotnických pracovníků

Otázka č. 2 pro výzkumnici:

Jakou mají zdravotníci představu o oborech uznávaných pro pozici ZSP?

Tabulka č. 7 Obory vzdělání

Teorie	Data z výzkumu
<p>Vyšší odborné školy: sociální práce a sociální pedagogika, sociální pedagogika, sociální a humanitární práce, sociální práce, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost</p> <p>Vysoké školy: sociální práce, sociální politika, sociální pedagogika, sociální péče, sociální patologie, právo nebo speciální pedagogika</p>	<p>Sociální práce (1 informant) Sociální práce a ergoterapie (1 informant) Nedokázalo odpovědět (6 informantů)</p>
<p>Zdroje: Zákon 96/2004 Sb. §10 (ČR)</p>	

Zdroj: Vlastní tvorba

Většina informantů neměla o studijních oborech uznávaných pro pozici zdravotně sociální pracovník v nemocnici žádnou představu, dva uvedli obor sociální práce.

Závěr k DC 4. 2:

Zdravotníci nemají v podstatě žádnou představu o oborech, které jsou uznávané pro výkon pozice zdravotně sociálního pracovníka, ale velmi trefně uvedl jeden z informantů, že tuto informaci vlastně k ničemu nepotřebuje.

DC 4. 3 Komparace teoretického vymezení **kompetencí** ZSP s informací získanými od zdravotnických pracovníků

Otázka č. 3 pro výzkumnici:

Jaké mají zdravotníci představu o kompetencích/dovednostech ZSP?

Tabulka č. 8 Kompetence

Teorie	Data z výzkumu
<p>Kompetence komunikační a etické Kompetence organizační Kompetence poradenské a konzul. Schopnost empatie</p> <p>Kompetence profesně oborové Kompetence anamnestické a diagnostické Kompetence výchovné Kompetence rozhodovací</p>	<p>Kompetence komunikační Kompetence organizační Poradenská činnost Empatie</p> <p>Klientsko-pacientské Nahlížení do zdravotnické dokumentace Sociální šetření Zajištění překladů na lůžka následné péče</p>
<p>Zdroje: Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011 (ČR) Egan in Matoušek, 20003(ČR) Kuzníková a kol., 2011(ČR)</p>	

Zdroj: Vlastní tvorba

Čtyři informanti považují za nejdůležitější kompetenci/dovednost komunikaci, tři uvedli poradenskou činnost, dva organizační a manažerskou a další dva schopnost empatie. Dále informanti uváděli kompetence/dovednosti v souladu s vlastním vnímáním pojmu kompetence/dovednost, někteří ve smyslu přidělené kompetence, jiní si spojili význam kompetence s vykonávanými činnostmi viz. tabulka. Ze získaných dat lze usuzovat, že zdravotníci vnímají zdravotně sociálního pracovníka jako někoho, kdo by měl umět komunikovat, umět poradit, organizovat a měl by být empatický. Blíže o empatii jako o dovednosti v podkapitole 3. 1.

Závěr k DC 4. 3:

Povědomí o kompetencích/dovednostech zdravotně sociálního pracovníka je velmi roztržštěné, každý z informantů uvedl nějakou kompetenci/dovednost, ale jednoznačně nejdůležitější je schopnost kvalitní komunikace.

DC 4. 4 Komparace teoretického vymezení **základních činností** vykonávaných ZSP s informací získaných od zdravotnických pracovníků

Otázka č. 4 pro výzkumnici:

Jaké základní činnosti podle vás zdravotně sociální pracovník vykonává

Tabulka č. 9 Základní činnosti

Teorie	Data z výzkumu
Sociální šetření Účast na lékařských vizitách Výkon zdravotně-sociální osvětové činnosti Činnosti preventivní Činnosti diagnostické Činnosti paliativní Činnosti rehabilitační Depistážní činnost Psychosociální intervence Sociálně právní poradenství Integrace pacientů Záležitosti spojené s úmrtím	Sociální šetření Účast na vizitách Osvěta Zajištění návazné péče po propuštění pacienta domů Překlady na následná lůžka Administrativní činnosti Zajištění materiálních dávek Kompenzační pomůcky
Zdroje: Zákon 96/2004 Sb. §10 (ČR) Mojtová, 2008 (SR) Vyhláška č. 55/2011 Sb. §3, §9 (ČR)	

Zdroj: Vlastní tvorba

Čtyři informanti odpověděli, že za hlavní činnost, kterou zdravotně sociální pracovník v nemocnici vykonává považují sociální šetření, je to něco s čím se v rámci své praxe již setkali. V kontextu teorie se dále shodli na účasti na lékařských vizitách (jeden informant) a na provádění osvětové činnosti mezi lékaři a sestrami (jeden informant). Dále spíše uváděli konkrétní činnosti, které denně vidí, ale nedokáží je pojmenovat v souladu s teoretickým vymezením. Myslím, že některá data z výzkumu by se mohla schovat např. pod pojem sociálně-právní poradenství (administrativní činnosti, kompenzační pomůcky, zajištění návazné péče...), ale informanti-zdravotníci nejsou sociální pracovníci, a proto používají jinou terminologii.

Závěr k DC 4. 4:

Někteří zdravotníci mají představu, že zdravotně sociální pracovník vykonává zejména sociální šetření, což je pojem, který se podařilo integrovat do zdravotnické terminologie. Dále uváděli jednotlivé činnosti, s nimiž se ve své praxi již setkali. Obecné povědomí o činnostech je do jisté míry zkreslené a ovlivněné tím, s čím se již setkali, pokud se s danou činností nesetkali, je těžké o ní hovořit či ji nabízet pacientům.

DC 4. 5 Komparace teoretického vymezení **paliativních činností** vykonávaných ZSP s informací získaných od zdravotnických pracovníků

Otázka č. 5 pro výzkumnici:

Jaké paliativní činnosti podle vás vykonává zdravotně sociální pracovník?

Tabulka č. 10 Paliativní činnosti

Teorie	Data z výzkumu
<p>Psychosociální intervence</p> <p>Koordinace služeb</p> <p>Odborné poradenství v případě úmrtí pacientů</p> <p>Instrumentální pomoc pacientům</p> <p>Dobrá komunikace s pacientem a rodinou</p> <p>Psychosociální podpora</p> <p>Sociálně-právní poradenství</p>	<p>Psychosociální péče</p> <p>Zajištění terénní a pobytové péče a služeb</p> <p>Pomoc následně po úmrtí pacienta</p> <p>Pohřebné</p> <p>Komunikace s pacientem</p> <p>Komunikace s rodinou</p> <p>Komunikace s lékařem</p> <p>Administrativní činnosti</p> <p>Spolupráce s týmem</p>
<p>Zdroje:</p> <p>Sláma, Vorlíček, Kabelka, 2012 (ČR)</p> <p>Gřiva, 2018 (SR)</p>	

Zdroj: Vlastní tvorba

V kontextu své vlastní praxe ve zdravotnictví uvádějí informanti jako nejdůležitější činnost v rámci paliativy komunikaci, která je pro pacienta a jeho rodinu jednou ze nejzásadnějších věcí vedle léčby bolesti a symptomatické léčby. Dále se teorie a praxe shodují v zajištění pomoci po úmrtí pacienta, ať již formou instrumentální či odborného poradenství. Z výše uvedené tabulky vyplývá, že oslovení informanti mají povědomí o činnostech zdravotně sociálního pracovníka v paliativní oblasti, ale jak uvedl jeden informant, že paliativní tým čili i paliativní činnosti by měl/měly být mnohem více využívány.

Závěr k DC 4. 5:

Tento cíl přináší pro mne velmi překvapivé zjištění, že zdravotníci mají poměrně dobré povědomí o paliativních činnostech zdravotně sociálního pracovníka. Velkou shodu si vysvětlují existencí paliativního týmu, jehož je zdravotně sociální pracovník součástí a některé činnosti nabízí také další členové týmu např. komunikace s rodinou, s pacientem, pomoc po úmrtí pacienta...

DC 4. 6 Komparace teoretického vymezení **role** ZSP ve vztahu k pacientů s informacemi získanými od zdravotnických pracovníků

Otázka č. 6 pro výzkumnici:

Jakou mají zdravotníci představu o vnímání role ZSP pacienty?

Tabulka č. 11 Role ZSP

Teorie	Data z praxe
Součást komplexního léčebného procesu/péče o člověka/pacienta Ten, kdo může porozumět pacientovi v různých aspektech Pomáhá dodržovat etické principy Lidský přístup Sociální pracovník je profesionál	Pozitivně Nadšený Vděční za zájem Nečitelná pozice Zkreslená
Zdroje: Mojtová, 2008 (SR) Beder, 2006 (USA) Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011(ČR)	

Zdroj: Vlastní tvorba

U této otázky se mi nepodařilo najít žádná shodné informace v teorii s daty v praxi. Většina informantů vnímala tuto otázku jako zjištění zpětné vazby od pacientů na působení zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici, někteří hodnotí tuto pozici pozitivně, jako prospěšnou pro pacienty, na druhé straně někteří informanti zmiňují, že je to pozice pro pacienty nečitelná, neuchopitelná, nevědí, jaké mohou mít požadavky. Jistou souvztažnost lze možná nalézt u Kuzníkové a kol. 2011, která uvádí že mnoho sociálních pracovníků „...hovoří o nedostatečném vymezení pozice sociálního pracovníka ve zdravotnictví, ukotvení či nejasném poli působnosti.“ Čili nedostatečné vymezení v rámci vlastní „profese“ se pak může podílet na výše zmíněné nečitelnosti ze strany pacientů či zdravotníků. Nabízí se otázka „Co se s tím dá dělat?“

Závěr k DC 4. 6:

Odpovědi na tuto otázku přinesli informace o tom, že tato pozice je nedostatečně definovaná, stále nedostatečně ukotvená jak v legislativě, tak ve zdravotnickém systému, a proto je v podstatě nečitelná, neuchopitelná.

DC 4. 7 Komparace teoretického vymezení role ZSP v rámci multidisciplinárního/interdisciplinárního týmu s informací získaným od zdravotnických pracovníků

Otázka č. 7 pro výzkumníci:

Jakou mají zdravotníci představu o roli zdravotně sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního/interdisciplinárního týmu.

Tabulka č. 12 Multidisciplinární/interdisciplinární tým

Teorie	Data z výzkumu
Důležitá součást Specifická způsobilost Mezioborová specializovaná činnost Organizuje spolupráci s dalšími sociálními pracovníky vně organizace, spolupracuje se státními institucemi, neziskovými organizacemi, praktickými lékaři, soudy	Součást týmu, další složka týmu Specifická odbornost v týmu Další odbornost Rovnocenný partner
Zdroje: Kuzníková a kol., 2011 (ČR) Šip, 2019 (SR) Gřiva, 2018 (SR)	

Zdroj: Vlastní tvorba

Většina informantů si ve shodě s teorií myslí, že zdravotně sociální pracovník je součástí týmu či jeho další složkou, že je to specifická odbornost, která je v týmu

nezastupitelná. Jen jeden z informantů však uvedl, že jsou pro něj všichni členové týmu rovnocenní a že pro každého pacienta se může stát důležitým jiný člen týmu.

Závěr k DC 4. 7:

Většina informantů uvedla v podstatě očekávanou odpověď, o to, že je sociální pracovník součástí týmu. Což se jednoznačně shoduje s teorií. Z vlastní praxe vím, že stát se součástí týmu je velmi složité a mělo by to být opět někde jasně definováno a ukotveno, minimálně nějakým interním metodickým pokynem.

DC 4. 8 Komparace teoretického vymezení **profesního zařazení ZSP** v rámci nemocničního systému. V rámci tohoto komparačního dílčího cíle jsem pokládala dvě otázky.

Otázka č. 8. pro výzkumnici:

Jakou mají zdravotníci představu o zařazení zdravotně sociálního pracovníka v rámci nemocničního systému a jeho přímém nadřízeném

Tabulka č. 13 Profesní zařazení

Teorie	Data z praxe
<p>Náměstkyně pro ošetrovatelskou péči (hlavní sestra)</p> <p>Technicko-hospodářský pracovník</p> <p>Samostatné sociální oddělení - větší nemocnice např. UVN Praha-Humanitní služba)</p>	<p>Hlavní sestra</p> <p>Technicko-hospodářský pracovník</p> <p>Sociální odbor</p> <p>MPSV</p> <p>Je bokem</p> <p>Doprovodný personál</p> <p>Střední management</p> <p>Vlastní kategorie</p>
<p>Zdroje:</p> <p>Kuzníková a kol., 2011 (ČR)</p> <p>MMN a.s., 2022 (ČR)</p>	

Zdroj: Vlastní tvorba

Teoretické vymezení postavení zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici jsem našla pouze v publikaci Mgr. Kuzníkové a to pouze jen jako krátkou informaci, že tato pozice patří pod hlavní sestru a v podstatě splynula se zdravotnickým systémem čili nemá své vlastní vymezení. Ve větších nemocnicích existují sociální oddělení, ale běžná praxe v malých nemocnicích typu MMN a.s. je, že zdravotně sociální pracovník je řazen mezi technickohospodářské pracovníky. Většina informantů znala odpověď na otázku, kdo je přímým nadřízeným zdravotně sociálního pracovníka. Zařadit tuto profesi v rámci nemocničního systému uměl pouze jeden informant.

Závěr k DC 4. 8:

Profesní zařazení zdravotně sociálního pracovníka v rámci nemocničního systému je pro zdravotníky velmi těžké, v podstatě je to těžké i pro samotného sociálního pracovníka.

8 Shrnutí výzkumné části

Hlavním cílem této diplomové práce byla **komparace teoretického vymezení role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici s pohledem zdravotnických profesí** (zejména lékařů a sester). Hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit, **jaké je povědomí zdravotnických pracovníků v nemocnici Jilemnici o pozici zdravotně sociálního pracovníka**. Aplikačním cílem práce byla **osvěta, edukace a zvýšení povědomí o práci zdravotně sociálního pracovníka v MMN a.s.**

V rámci prvního dílčího cíle jsem zjišťovala povědomí o odborné způsobilosti zdravotně sociálního pracovníka a o oborech, které jsou pro tuto pozici uznávané. Z výzkumných dat vyplynulo, že většina informantů předpokládá, že pro tuto pozici je nezbytné absolvovat vysokoškolské vzdělání minimálně v **bakalářském stupni**, mezi odpověďmi se objevilo i to že postačí jen maturita. Ze získaných dat lze usuzovat, že informanti se domnívají, že je pro tuto pozici zapotřebí vysokoškolského vzdělání z důvodu její specifčnosti a znalostí získaných právě studiem. Dále jsem zjišťovala povědomí o oborech uznávaných pro tuto pozici, zde pouze dva informanti odpověděli, že **sociální práce**, většina informantů neměla žádnou znalost v tomto směru. V souvislosti s aplikačním cílem práce čili edukací a osvětou o sociální práci v nemocnici, jsem odpovědi informantů doplnila o data z teorii.

V rámci druhého dílčího cíle jsem se snažila zjistit jaké kompetence, základní činnosti a paliativní činnosti si myslí informanti, že zdravotně sociální pracovník v nemocnici vykonává. Velká část informantů je přesvědčena, že pro práci sociálního pracovníka je důležitá **kompetence komunikační**, která se v podstatě prolíná všemi dalšími činnostmi – základními i paliativními. Za další důležité kompetence považují informanti **kompetence organizační, poradenské a schopnost empatie**. Dále informanti uvedli na otázku základních činností vykonávaných zdravotně sociálním pracovníkem v rámci MMN a.s. Jilemnice, že to, s čím se nejčastěji setkali je **sociální šetření, dále zajišťování návazné péče po propuštění pacienta domů, překlady na následná lůžka, administrativní činnosti jako ošetrovné, žádosti do domovů pro seniory, detenční řízení**. Do paliativních činností informanti zařadili opět zajišťování **terénní a pobytové péče a služeb**, dále je pro ně důležitá **pomoc rodině následně po úmrtí pacienta včetně instrumentální pomoci** – zajištění pohřbu, pohřebné. Několik informantů opět uvádí **komunikaci s pacientem, jeho rodinou, s ošetřujícím**

lékařem. Během interview jsem opět doplňovala důležité informace o reálné práci zdravotně sociálního pracovníka např. o pravidelném provádění depistážní činnosti, o každodenní účasti na ranním hlášení lékařů, o účasti na lékařských vizitách, o tom, že vyžádat pomoc sociálního pracovníka v nemocnici si může každý pacient bez nutnosti oslovit předem lékaře, že sociální pracovník může být prostředníkem mezi lékařem, rodinou, institucemi, že důležitou složkou této práce je lidský přístup založený na psychosociálním přístupu a sociální pracovník je tu proto, aby obhajoval práva pacientů, aby je zplnomocňoval pokud je to možné.

V rámci třetího dílčího cíle jsem zjišťovala vnímání **role zdravotně sociálního pracovníka směrem k pacientům, jeho roli v multidisciplinárním a interdisciplinárním týmu a jeho zařazení v kontextu nemocničního systému,** nakonec jsem položila informantům otázku, zda vědí, kdo je **přímým nadřízeným** zdravotně sociálního pracovníka v MMN a.s. Jilemnice. Vnímání role ve vztahu k pacientů uchopila většina informantů jako zjišťování zpětné vazby od pacientů na působení sociálního pracovníka. Odpovědi byly různé, někteří vnímají jeho působení v nemocnici velmi pozitivně, jiný vidí, že je to pozice velmi nejednoznačná, špatně uchopitelná a nečitelná. Stejně tak to vnímám i já ve své praxi. Mnoho pacientů naprosto netuší, kdo je sociální pracovník, proč je právě v nemocnici, neumějí definovat své potřeby. Proto za zásadní považují při prvním setkání s pacientem představení této pozice, co nabízí, dále je důležitý soucitný, empatický rozhovor, kdy velmi často pacient, který původně nic nepotřeboval nalézá svá přání a potřeby. Dále jsem se zaměřila na zjišťování role v rámci týmu. Velká část informantů si myslí, že zdravotně sociální pracovník je **součástí týmu, jeho další složkou,** která má **specifickou odbornost,** kterou v týmu nikdo nemá. Jak uvedla jedna z informantek, tato odbornost je tak široká, že není možné, aby někdo další z týmu mající úplně jinou odbornost, měl povědomí o všech skutečnostech souvisejících se sociální prací. Přestože si velká část informantů myslí, že je sociální pracovník součástí týmu, tak jsem v rámci edukace uvedla svoji představu, jak by měla fungovat práce v rámci týmu. Ze své praxe vidím, že lékař sice zadá sociální šetření s cílem zjistit, zda se pacient může vrátit zpět do přirozeného prostředí, ale následně již dál se sociálním pracovníkem nic neřeší, rozhoduje se již sám, zda umístí pacienta na lůžko následné péče nebo ho propustí domů. Někdy je překlad na následné lůžko pro lékaře rychlým a pohodlným řešením. Zařadit pozici zdravotně sociálního pracovníka v rámci

nemocničního systému dokázal pouze jeden informant, ale téměř všichni měli povědomí o tom, že jeho přímým nadřízeným je hlavní sestra. Opět jsem doplnila informaci o tom, že zdravotně sociální pracovník je řazen mezi technickohospodářské pracovníky/nezdravotníky.

V rámci čtvrtého dílčího cíle probíhala **komparace teorie a dat od informantů**. Během komparace jsem zjistila, že většina informantů ví, že pro pozici zdravotně sociálního pracovníka je zapotřebí vysokoškolské vzdělání minimálně v bakalářském stupni, dále jsem zjistila, že v představě o důležitých kompetencích převládá představa o nutnosti ovládat kvalitně komunikační schopnosti, ať už se jedná o komunikaci s pacientem, jeho rodinou či ošetřujícími lékaři. Poměrně překvapivé byly i znalosti o paliativních činnostech, které zdravotně sociální pracovník vykonává. Kdy byla zmíněna pomoc a podpora pozůstalých. Hodně informantů si myslí, že zdravotně sociální pracovník zajišťuje překlady na následná lůžka, což jsem všem v rámci výzkumu vyvrátila, protože v MMN a.s., toto probíhá po lékařské linii, kdy si překlad pacienta domlouvá vždy lékař naší nemocnice s primářem zdravotnického zařízení s následnými lůžky. Zdravotně sociální pracovník pouze poskytuje pacientům informace o možnostech využití následných lůžek a domlouvá s rodinou, které zařízení preferují v souvislosti se svým bydlištěm. Zajímá byla komparace vnímání role zdravotně sociálního pracovníka ve vztahu k pacientům. V teorii jsme nenašla žádnou zmínku o tom, že by vnímání pacientů sociálního pracovníka bylo nečitelné, nejasné či rozporuplné, jak uvedla jedna z informantek. Informace z teorie a data od informantů se shodují v tom, že zdravotně sociální pracovník by měl být součástí týmu, protože se jedná o specifickou odbornost, kterou nikdo jiný v týmu nemá. Podle německých autorů (Student, Mühlum, 2006) je týmová spolupráce typická pro hospicové prostředí, v nemocnicích není obvyklé, aby lékař naslouchal zdravotně sociálnímu pracovníkovi. Ze své praxe mohu posoudit pouze práci v nemocnici a bohužel se k tomuto názoru musím přiklonit. Autoři ještě uvádějí, že úspěšnost práce zdravotně sociálního pracovníka závisí i na jeho osobnosti, zda je schopen prosadit svůj názor či zájem pacienta.

Závěr a diskuse

V teoretické části této diplomové práce jsem se pokoušela z dostupné literatury vydefinovat základní informace/pojmy, které jsem měla v plánu komparovat s daty získanými v rámci realizovaného kvalitativního výzkumu. Pro vymezení některých pojmů jsem využila i cizojazyčnou literaturu zejména jsem čerpala ze slovenské odborné literatury, protože na toto téma zde bylo více dostupných velmi aktuálních zdrojů.

Ze zjištěných dat z výzkumu vyplývá, že informace, které mají jednotliví zdravotníci jsou kusé, prostě každý ví něco, každý považuje za důležité něco jiného. Zejména co se týká informace, že zdravotně sociální pracovník zajišťuje překlady na následná lůžka, což někteří uvedli jako jednu z jeho hlavních činností. Ze stáží ve větších nemocnicích, které jsem absolvovala v rámci praxe např. UVN, vím, že jsou nemocnice, kde je tato činnost plně v gesci zdravotně sociálních pracovníků. Ale v naší MMN a.s. je nastavena jistá nepsaná hierarchie, kdy ohledně překlada pacienta na lůžko následné péče jedná pouze lékař s lékařem, ideálně primář s primářem. Většina informantů se ale domnívala, že je tomu jinak. Za pozitivní výstup z výzkumu považuji to, že několik informantů uvedlo za důležitou součást práce zdravotně sociálního pracovníka schopnost komunikace. Kterou subjektivně považuji za stěžejní dovednost, kterou je nezbytné stále zdokonalovat a učit se jí. Jinak se komunikuje s umírajícím pacientem, jinak s lékařem, jiná specifika má komunikace s rodinou zemřelého pacienta. Mnohdy je zapotřebí soucitné komunikace či jen umět naslouchat. Jak řekla, jedna z informantek, někteří lékaři jsou skvělí ve svém oboru, ale umění komunikace je pro ně těžké. Někdy může být důvodem i časová tíseň vzhledem k vysoké fluktuaci pacientů a stálé lůžkové tísní. Vytíženého lékaře však v MMN a.s. může v mimo medicínské komunikaci zastoupit či nahradit většina členů paliativního týmu, který je právě kromě lékaře složen z paliativní a podpůrné sestry, kaplanů a zdravotně sociálního pracovníka. Všichni členové týmu jsou schopni podpořit lékaře při rozhovoru s rodinou, s pacientem, zajistit podporu před komplikovaným výkonem např. amputací nebo při sdělování infaustní prognózy. Během všech realizovaných interview jsem naplňovala aplikační cíl práce a doplňovala jsem chybějící informace o práci zdravotně sociálního pracovníka v MMN a.s.

Jak jsem již uvedla v úvodu této práce, je její význam spíše místní, ale mým záměrem byl i latentní cíl neboli upevnění či objasnění své vlastní pozice v rámci nemocnice. Což si myslím se částečně podařilo, byť chápu, že zejména zdravotníci s dlouholetou praxí jsou zvyklí pracovat bez zdravotně sociálního pracovníka a je to pro ně něco nového, na co si musí zvyknout. Jak jsem již výše zmiňovala, je tato pozice často nečitelná, neuchopitelná pro pacienty, tak stejně nečitelná a neuchopitelná je i pro některé zdravotníky. Protože pokud pro identifikace své činnosti v nemocnici použiji pojmy z teorie např. psychosociální intervence, sociálně-právní poradenství či instrumentální pomoc, tak část zdravotníků má jen mlhavou představu, o co se konkrétně jedná. Překvapivě jasnou představu mají zdravotníci o sociálním šetření, kdy, pokud si ho vyžádají, tak již vědí, jaké skutečnosti budou zkoumány a co se mohou díky tomu dozvědět.

Skutečností je, že se v žádném legislativním vymezení zdravotně sociální práce neuvádí povinnost lékaře spolupracovat se zdravotně sociálním pracovníkem či nutnost jeho zapojení do léčebného procesu. Osobně si myslím, že by zanesení této podmínky do legislativy významně usnadnilo sociální práci v nemocnici, v podstatě by jí takto ukotvilo a jasně definovalo. Paradoxně by jí to mohlo pomoci definovat i samotným sociálním pracovníkům v kontextu jejich vlastní identifikace či prezentace. Jak v rámci realizovaného interview řekl jeden informant: „...*uklízečka uklízí, lékař léčí, sestřička nosí léky...*“ a sociální pracovník...? Velký význam by to nepochybně mělo i pro pacienty, protože by se včas mohli dostat k aktuálním a důležitým informacím, možná by se dařilo naplňovat i funkci preventivní v předcházení vzniku sociálních situací např. u osaměle žijících seniorů. Ubylo by depistážních činností. A jak uvedl další informant: „*Sociální pracovník je pro pacienta bonus.*“ Ale na závěr mne napadá otázka k zamyšlení: „*Chceme být pro pacienty/klienty bonusem nebo automatickou součástí týmu pečujícího o pacienta/klienta na principu holistického přístupu?*“

Bibliografie

BEDER, J. 2006. *Hospital social work*. [online]. New York. [6. 2. 2022.]. Dostupné z: file:///C:/Users/mohro/Downloads/9780203956120_previewpdf.pdf.

BRABCOVÁ, I., VACKOVÁ, J. 2013. *Koncepce deseti sociálních determinantů zdraví*. [online]. České Budějovice.[6. 2. 2022.]. Dostupné z:<https://kont.zsf.jcu.cz/pdfs/knt/2013/04/07.pdf>.

CESTA DOMŮ. *Důstojnost*. [online]. Praha. [5. 1. 2022.]. Dostupné z: <https://elearning.cestadomu.cz/elearning/pro-psycho-socialni-pracovniky/dustojnost-sp/>.

ČESKÁ ASOCIACE SESTER. 2008. Česká asociace sester. *Tiskoviny*. [online]. [13. 2. 2022.]. Dostupné z: https://www.cna.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf.

ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE-PRINCIPY. *Mezinárodní federace sociálních pracovníků*. [online]. Adelaide, Austrálie. [27. 5. 2022.]. Návrh přijatý valných shromážděním IFSW, 29.09. - 1. 10. 2004. Dostupné z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/mezinarodni_eticky_kodex.pdf

FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ. *Univerzita Pardubice*. [online]. Pardubice. [26. 2. 2022.]. Dostupné z : <https://www.upce.cz/studium/pocty/fzs.html>.

GŘIVA, M. 2018. *Paliativní péče v kardiologii*. Praha : Triton.

HARKEY, J. 2017. Case Management at the Intersection of Social Work and Health Care. *Social Work Today*. [online] . Spring City. [5. 1. 2022.]. Dostupné z: <https://www.socialworktoday.com/archive/011917p20.shtml>.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2012. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. Praha: Galén.

HAVRDOVÁ, Z. a kol, HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotnických služeb*. Praha : Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze.

- HEALTHY PEOPLE 2030. *Social determinant of health*. [online]. Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb USA. [6. 1. 2022.]. Dostupné z: <https://health.gov/healthypeople>.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha : Portál.
- HENDL, J. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha : Portál.
- CHAVIS, S. 2022. Social determinants of health - Positive impact on care delivery models. *Social work today*. [online]. Spring City. [5. 1. 2022.]. Dostupné z: <https://www.socialworktoday.com/archive/ND19p28.shtml>.
- JANEBOVÁ, R. 2021. *Kritická sociální práce* (upravené vydání). Edice texty k sociální práci. Univerzita Hradec Králové. Filozofická fakulta. Ústav sociální práce.
- KODYMOVÁ, P. 2015. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. *Sešit sociální práce*. 3/2015, Sv.
- KORCOVÁ, L. © 1997-2021 . Novela má zmírnit podmínky dlouhodobého ošetrovného. Dostupnější bude pro rodiny umírajících. *Český rozhlas*. [online] iRozhlas.cz, © 1997-2021 . [19. 9 2021.]. Dostupné z: https://www.irozhlas.cz/zivotni-styl/zdravi/dlouhodobe-osetrovne-novela-zakona-umirajici_2001251229_zit.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha : Grada Publishing a.s.
- KUZNÍKOVÁ, I. a kol.. 2011. *Sociální práve ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha 7 : GRADA Publishing a.s.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha : Portál.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s.
- MOJTOVÁ, M.. 2008. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce.

- MMN a.s. *Nenech to být*. [online] .[8. 5. 2022.]. Dostupné z:
<https://www.nemjil.cz/jilemnice/pro-verejnost/nenech-to-byt/>.
- MMN a.s. *Ambulance paliativní péče*. [online]. [8. 5. 2022.]. Dostupné z:
<https://www.nemjil.cz/jilemnice/ambulance/ambulance-paliativni-pece-1/>.
- MMN a.s.. *O nemocnici*. [online]. [8. 5. 2022.]. Dostupné z:
<https://www.nemjil.cz/jilemnice/mmn/o-nemocnici/>.
- MMN a.s. *Dobrovolnictví*. [online]. [8. 5 2022.]. Dostupné z:
<https://www.nemjil.cz/jilemnice/pro-verejnost/dobrovolnictvi/kdo-je-dobrovolnik/>.
- MMM a.s. *Sociální poradna*. [online]. [5. 08 2022.]. Dostupné z:
<https://www.nemjil.cz/jilemnice/poradny/socialni-poradna/>.
- NCO+NZO. *Zdravotně-sociální pracovník*. [online]. Brno. [26. 2. 2022.]. Dostupné z:
<https://www.nconzo.cz/cs/zdravotne-socialni-pracovnik-840-122020>.
- NEŠPOR, Z. R. *Sociologická encyklopedie*. [online]. Sociologický ústav AV ČR .
[27. 5. 2022.]. Dostupné z:
https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/V%C3%BDzkum_komparativn%C3%AD.
- NOVÁKOVÁ, I. 2011. *Zdravotní nauka II. díl*. Praha : Grada Publishing.
- PTÁČKOVÁ, H., PTÁČEK, R. a kolektiv. 2021. *Psychosociální adaptace ve stáří a nemoci*. Praha: Grada Publishing.
- PIERSON, J., MARTIN, T. 2010. *Dictionary of social work*. London : Bell and Bain Ltd, Glasgow.
- REICHEL, J. 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha : Grada Publishing, a.s.
- RUSÍNOVÁ, K. 2021. *Talkshow Honzy Dědka*. Prima. [online]. Praha. [30. 11. 2021.]. Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=Q34uRzdc-68>.
- SEBERA, M. 2012. *Vybrané kapitoly z metodologie*. [online]. Brno. [27. 5. 2022.]. Dostupné z: <https://www.fsps.muni.cz/emuni/data/reader/book-8/Impresum.html>.

- SLÁMA, O., KABELKA, L., VORLÍČEK, J. et al. 2012. *Paliativní medicína pro praxi*. 2. nezměněné vyd. Praha : Galén.
- STUDENT, J. CH., MÜHLUM, A., STUDENT, U. 2006. *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. München : H a H Vyšehradská.
- ŠIP, M. 2019. *Socialna práca v zdravotníctve*. Prešov : Vydavateľstvo Prešovskej univerzity.
- ŠUSTROVÁ, M. 2012. *Sociálna práca v zdravotníctve*. Košice : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava.
- UPCE. 2022. *Zdravotně sociální péče*. [online]. Univerzita Pardubice. [29. 5. 2022.]. Dostupné z:
https://studuj.upce.cz/studium?typ_studia=3&forma_studia=All&jazyk_studia=All&fakulta=10&search=zdravotn%C4%9B%20soci%C3%A1ln%C3%AD%20pracovn%C3%ADk&_ga=2.155336635.1831978641.1654452245-888565739.1645888660
- VAJDA, J. 2004. *Úvod do etiky*. Nitra : Ave duo claudius print.
- VSPJ, 2022. *Zdravotně sociální pracovník*. [online]. Jihlava. [29. 5. 2022.]. Vysoká škola polytechnická. Dostupné z: <https://www.vspj.cz/student/kombinovane-studium/zdravotne-socialni-pracovnik>
- VYHLÁŠKA č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků.
- WORD HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization. *Definice zdraví 1946*. [online]. [3. 5. 2022]. Dostupné z: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health>
- ZÁKON č. 96/2004., o nelékařských zdravotnických povoláních.
- ZÁKONY PRO LIDI. *Zákony pro lidi*. [online] [22. 5. 2022]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108/zneni-20190701#cast8>.

Seznam tabulek

Tabulka č. 1 DC 1

Tabulka č. 2 DC 2

Tabulka č. 3 DC 3

Tabulka č. 4 DC 4

Tabulka č. 5 Informanti

Tabulka č. 6 Vzdělání

Tabulka č. 7 Obory vzdělání

Tabulka č. 8 Kompetence

Tabulka č. 9 Základní činnosti

Tabulka č. 10 Paliativní činnosti

Tabulka č. 11 Role ZSP

Tabulka č. 12 Multidisciplinární/interdisciplinární tým

Tabulka č. 13 Profesní zařazení

Přílohy

Příloha A Informovaný souhlas

Příloha B Přepis rozhovoru

Příloha A

Informovaný souhlas s rozhovorem

Já, Leona Mohrová, si Vás dovoluji požádat o rozhovor s cílem získání informací pro kvalitativní část výzkumu k mé diplomové práci. Jsem studentkou Univerzity Hradec Králové, Filozofické fakulty, Ústavu sociální práce. Název mé diplomové práce je Role zdravotně-sociálního pracovníka v nemocnici, její teoretické vymezení a pohled zdravotnických profesí

Vaše účast ve výzkumu formou interview je dobrovolná. Jedná se o rozhovor, který bych ráda nahrála na diktafon, záznam rozhovoru bude smazán po obhájení této práce. Vzhledem k možné citlivosti otázek kladu velký důraz na bezpečí vaší organizace, a také na jejich vlastní bezpečí, a to především na:

- zachování anonymity (z interpretace získaných dat není možné odvodit daného informanta nebo zařízení)
- mlčenlivost výzkumnice (s nahrávkami a poznámkami bude pracovat jen konkrétní výzkumnice –Leona Mohrová)
- možnost autorizace textu (možnost přečíst si práci a vyjádřit se k ní)
- možnost odstoupení od interview (kdykoliv v průběhu rozhovoru je možné odstoupit, případně neodpovídat na otázku)

Velmi děkuji za Váš čas.

Souhlas s účastí ve výzkumu – s interview, prosím potvrďte vaším podpisem níže.

V případě jakýchkoli nejasností mě neváhejte kontaktovat na telefonu 739011135.

V Jilemnici dne

Podpis

Příloha B

Přepis rozhovoru s informantem F5

TO 1. Jakého stupně vzdělání je podle vás zapotřebí pro profesní pozici zdravotně sociální pracovník?

Jaká odborná způsobilost neboli jaké podmínky vzdělání jsou potřeba pro výkon soc. prac. v nemocnici?

INF:: já tak jak to vím, tak vím, že musí mít vysokoškolský vzdělání, pak mne napadá otázka zda to směřuje na to, že to může být i jinak a nebo jestli je to otázka na to jak fakticky teďka je daný a třeba legislativně nastavený

TAZ: může to právě být i jinak, může být i vyšší odborný vzdělání je nejnižší možný stupeň vzdělání, dál už se to neřeší, zda má vystudováno bakalářské, magisterské

INF:: já teda vošku považuji de fakto za vysokoškolský vzdělání

TAZ: tak jo...jasně je to možný, tak vnímat

TO 2. Jaké obory jsou uznávány pro výkon pozice zdravotně sociálního pracovníka?

Víte, jaké obory vzdělávání jsou uznávány pro výkony soc. pracovníka v nemocnici?

INF:: tak to nevím....protože jsem to vlastně nepotřebovala vědět....

TAZ: je to sociální pedagogika, speciální pedagogika, sociální patologie...spousta příbuznej oborů, který jsou daný zákonem

INF: hele a je cílem tohohle zmapovat i jaké je přehled zdravotníků v naší nemocnici.....

TAZ: Jo jo, to je přesně ono, je to cílem práce.

TO 3. Jaké má podle vás měl mít soc. prac. v nemocnici kompetence- dovednosti?

INF: za mě by měl mít každý pracovník v pomáhající profesi kompetence, já nechci říct jako komunikaci, protože to už je tak zprofanovaný obecný slovo, ale měl by mít kompetence ve smyslu, že komunikace už je nástroj, on ji rozlišuje, co v ní hraje jakou

roli, umí to používat , víš měl by mít kompetenci se umět dobře ptát, umět přesně používat empatii a konkrétně vědět, jak ty věty vypadaj, že by měl mít klinicko-pacientský kompetence a ty jsou v podstatě naprosto univerzální , v manažerském kontextu, v pacientském kontextu, v kolegiálním procesu a jistě musí mít i ty další, tak je každé vyjmenuje, od nějakýho právního rámce až třeba po organizační dovednosti, ale tohle je věc, která to všechno propojuje dohromady

TAZ: takže komunikační dovednost považuješ za nejdůležitější?

INF: no jasně a ona se pak přelejvá do manažerský, protože seš v týmech a je tam spolupráce a prostě jsou tam pomáhající aspekty a tam to prostě bez tohohle nepude, takže samozřejmě taková odbornost a přesně teoretický znalosti jako kompetence, v podstatě je to soubor toho, že něco víš, že to chceš udělat, že to umíš udělat a teda že ten výsledek vznikne, ne jenom, že se to jak v testu vyplní, jak by ten výsledek měl vypadat to není celá kompetence, ale že ho opravdu zařídíš ten výsledek a takovouhle kompetenci samozřejmě jako bejvaj v mnoha věcech a zapomíná se na tu komunikační. Protože vystoupit nad ty ostatní složky tý práce a propojit si je skrz tu komunikaci, skrz to že vidím jako co se děje, komu se to děje, jak se to děje, co v tom kdo má jakou roli a to je možná ještě i jiná kompetence, možná kompetence nějakýho myšlení, meta myšlenívlastně jako prohlídneš, co všechno se děje jako takový procesní schopnosti

TAZ: skvělý, děkuji, komunikační dovednost je jednoznačně nejdůležitější, dále bych ještě zmínila, že jsou potřeba i dovednosti organizační, poradenský a nějaká schopnost empatie.

TO 5. Jaké základní činnosti podle vás soc. prac. v nemocnici reálně vykonává?

INF: vnímám to tak, že se v podstatě stará o kontext toho pacienta ve všech těch ostatních smyslech než v tom medicínským jako léčebným, to zařídí lékař se sestrou a pak nějaký sociální kontext až třeba se spirituálním přesahem, protože to můžeš jako zprostředkovat nebo rovnou třeba i poskytnout a tady to okolí pacientovo je obhospodařováno sociální prací, protože přeci ty lidi nemůžou bejt izolovaný, nemůžou bejt redukovány jenom na medicínskou nebo zdravotní dokumentaci , a kdo jinej se jim teda postará o to okolo, jasně třeba sestra někdy náhodou, kdyby byla

zrovna hodná a měla čas, ale to není systémově, takže proto je tam ten sociální pracovník takhle já to vnímám

TAZ: super, pokud bych tě mohla ještě doplnit, tak mezi základní činnosti patří ještě sociálně právní poradenství, sociální šetření, depistážní činnosti...

TO 6. Jaké paliativní činnosti podle vás vykonává zdravotně sociální pracovník?

INF: já bych tady zmínila rodinu, ještě mnohem víc se tady pracuje s rodinou, třeba co se týče pacientova přání, tak to bych asi spíše nechávala na lékaři nebo sestře, to nevím, ale rodinu a tu návaznou péči, to co bude potom až zase skončí ta medicínská část, tak tohle přeci musí někdo umět zprostředkovat, vysvětlit možná...

TAZ: ještě bych doplnila z mojí praxe, že velmi důležité je porozumění a podpora pacienta a jeho rodiny, znát pacientova přání, poskytovat aktuální informace o komunitních službách, koordinovat např. překlad do hospice apod.)

TO 7. Jak vnímáte roli ZSP ve vztahu k pacientům?

INF: hele to často asi zkresleně jako asi každého, protože jim někde někdo něco vyprávěl, protože největší informovanost je z toho co jim říkala sousedka nebo sestřenice, že se jí stalo, takže si myslím, z vlastní zkušenosti, že řekneš v práci, že seš ten, kterej pro pacienta znamená to, to, to a dopředu tím vlastně preventivně koriguješ všechny nějaký omylný očekávánínespoléhat se nato, jestli něco ví nebo zaslech, možná si to i plete, možná, že to zná, ale přisuzuje tomu úplně jinej význam, protože se mu to plete, takže já bych to rovnou viděla, tak že ...

TAZ: to já teda nedělám, že bych sama sebe definovala na počátku práce s pacientem, proto možná lidi nevědí, kam mě zařadit.

TO 9. Jakou roli by podle vás měl mít zdravotně sociální pracovník v rámci multi týmu?

INF: já tam vnímám, že sociální pracovník by mohl být jediný, kdo v tom týmu zná služby a možnosti a odkazy, zdroje, kontakty z širokejch oblastí návazných, podpůrných, doplňujících služeb, který v podstatě lékaře nezajímaj, nemůže je obsáhnout, se sestrou se nedá v tomhle nijak komplexně počítat, každej psychlog taky

dělá něco jiného a taky nemusí být dostupný, takže pak zbývá ten sociální pracovník, který by měl mít přehled, kde co je dostupný, pro koho to je, co to vlastně znamená, že to vůbec existuje a nikdo jiný to v tom týmu nemůže moc vědět, když si potom uvědomíš co dělají ty ostatní role.

TO 10. kam se podle vás v rámci nemocničního systému řadí pozice ZSP?

INF: tak to nevím....možná střední management, ale to fakt nevím

TAZ: V rámci naší nemocnice je zdravotně sociální pracovník je v rámci nemocnice řazen mezi technickohospodářské pracovníky. Což mně osobně přijde divné, ale je to tak.

TO 11. Kdo je podle vás přímým nadřízeným ZSP?

INF: spadáš pod hlavní sestru

TAZ: Ano, je to přesně tak, děkuji za rozhovor a tvůj čas.