

Zdravotně sociální pracovník a jeho role v nemocnici

Jana Dokoupilová

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií
Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jana Dokoupilová**
Osobní číslo: **H17137**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Kombinovaná**
Téma práce: **Zdravotně sociální pracovník a jeho role v nemocnici**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek z oblasti zdravotně sociální práce v nemocnici.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr respondentů.

Realizace výzkumu technikou polostrukturovaného rozhovoru, pozorování a analýzy dokumentu.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a návrh doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

- ALLEN, K. M. and W. J. SPITZER. *Social Work Practice in Healthcare: Advanced Approaches and Emerging Trends*. Los Angeles: SAGE, 2016. 536 p. ISBN 978-1-4833-5320-3.
- ARNOLDOVÁ, A. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2016. 320 s. ISBN 978-80-247-5147-4.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál, 2016. 440 s. ISBN 978-80-262-0982-9.
- KUTNOHORSKÁ, J., M. CICHÁ a R. GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2014. 192 s. ISBN 978-80-247-3874-1.
- KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 3 vyd. Praha: Portál, 2016. 270 s. ISBN 978-80-262-1154-9.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Michaela Vaško**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

L.S.

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan

PhDr. Pavla Kudlová, Ph.D.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 14.2.2022.....

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlázení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jim dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

ABSTRAKT

V bakalářské práci bude prezentováno oddělení sociální práce v nemocnici. Cílem práce je zmapovat, jakou roli plní zdravotně sociální pracovník v nemocnici. Teoretická část se zabývá sociální prací ve zdravotnictví, pojmu sociální práce. Dále se zabývá zdravotně sociálním pracovníkem, a to legislativou, náplní práce, kompetencemi a typologií klientů. V poslední oblasti teoretické části práce jsou vymezeny metody sociální práce, které se ve zdravotnictví využívají.

V praktické části je popsána kvalitativní výzkumná strategie. Ta se zaměřuje na analýzu dat, která jsou zjištěna pomocí polostrukturovaných rozhovorů, pozorování a analýzy dokumentů. Cílem praktické části je zjistit, jakou roli zastávají zdravotně sociální pracovníci nemocnici. Pomocí dílčích cílů zjistíme, s kým zdravotně sociální pracovník spolupracuje, jaké činnosti vykonává a jaké metody využívá.

Klíčová slova: metody sociální práce, nemocnice, sociální práce ve zdravotnictví, sociální pracovník, zdravotně sociální práce, zdravotně sociální pracovník

ABSTRACT

In the bachelor thesis the social work department in the hospital will be presented. The aim of the thesis is to map the role of the health and social worker in the hospital. The theoretical part deals with the social work in health care, with the concept of social work. Then it deals with the health social worker, specifically the legislation, job specification, competences and typology of clients. The last area of the theoretical part of the thesis defines the methods of social work used in health care.

The practical part describes the qualitative research strategy. It focuses on the analysis of data that are found by using semi-structured interviews, observations and document analysis. The aim of the practical part is to find out the role of the health-social workers in the hospital. By using the partial objectives, we will find out with whom the health-social worker cooperates, what activities this worker performs and what methods uses.

Keywords: social work methods, hospital, social worker, health social care, health social worker, social work in healthcare

Ráda bych zde poděkovala vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Michaela Vaško za odborné vedení práce a za podporu a trpělivost při jejím vytváření. Dále bych tímto chtěla vyjádřit poděkování všem participantům, za jejich přínos pro výzkumnou část této bakalářské práce. V neposlední řadě patří obrovské poděkování mé rodině, bez které bych tuto práci nemohla dokončit.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

OBSAH

OBSAH	8
ÚVOD	9
I.	10
TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	11
1.1 POJETÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE	13
1.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	13
1.2.1 HISTORIE SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	15
2 POJETÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V ČR	19
2.1 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ POZICE A PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	19
2.2 DOVEDNOSTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	21
2.3 PRACOVNÍ NÁPLŇ A KOMPETENCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	24
2.4 OBLASTI PŮSOBNÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	25
2.5 TYPOLOGIE PACIENTŮ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI	26
2.5.1 Práce se seniory.....	27
2.5.2 Práce s dětmi.....	28
2.5.3 Práce s lidmi bez domova.....	29
2.5.4 Práce s lidmi v terminálním stádiu	30
3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE V NEMOCNICI	32
3.1 ROZHOVOR	32
3.2 POZOROVÁNÍ.....	34
3.3 PRÁCE S DOKUMENTACÍ	35
3.4 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ	37
3.5 SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ.....	37
3.6 PŘÍPADOVÁ PRÁCE	38
II.	40
PRAKTICKÁ ČÁST	40
4 POPIS VÝZKUMU	41
4.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	42
4.2 METODIKA VÝZKUMU	43
4.2.1 Metody sběru dat.....	43
4.2.2 Průběh výzkumu	44
4.2.3 Metoda analýzy dat	45
4.2.4 Prezentace analyzovaných dat.....	47
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR.....	47
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	49
5.1 NASTAVENÍ SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ODBORNÍKY	52
5.2 ČINNOSTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ	55
5.3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE UŽÍVANÉ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM	57
6 DISKUZE	59
ZÁVĚR	64
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	65
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	71
SEZNAM PŘÍLOH	72

ÚVOD

Sociální práce v nemocnici je bezesporu náročná, a právě zdravotně sociální pracovník je důležitou součástí týmu v nemocnici. Pomáhá a motivuje pacientům zvládat sociální situace, se kterou potřebují odbornou pomoc.

Dané téma je zvoleno na základě poznatků, které jsem mohla získat při plnění odborných praxí při studiu oboru ZSP. V nemocnici se řeší primární zdravotní problémy pacienta (klienta) ale sociální práce, která navazuje na situaci po opuštění nemocničního zařízení, je také důležitá. Pozice zdravotně sociálního pracovníka je poměrně nová, je málo zmapovaná, proto byla zvolena jako předmět této práce, a to ze zájmu o dané téma, ale též důležitost tohoto poznání zejména pro odborníky, kteří ve zdravotnictví působí a se zdravotně sociálním pracovníkem kooperují.

Cílem bakalářské práce je charakterizovat roli zdravotně sociálních pracovníků ve vybraném nemocničním zařízení. S ohledem na výše uvedené bylo zkoumáno, s kým sociální pracovníci spolupracují, jaké činnosti vykonávají a jaké metody sociální práce využívají.

Práci tvoří šest kapitol. První tři kapitoly reprezentují teoretická východiska. V první kapitole je přiblížen základní koncept sociální práce ve zdravotnictví, její přínos a stručně je také nastíněna její historie. Ve druhé kapitole práce je již detailněji popsána práce zdravotně sociálního pracovníka, včetně legislativního vymezení této profese ve zdravotnictví. Metody sociální práce, které zdravotně sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení užívá, jsou uvedeny ve třetí kapitole práce. Koncept výzkumu je charakterizován ve čtvrté kapitole práce. Zvolen byl kvalitativní výzkum, jehož hlavním cílem bylo zjistit, jakou roli mají zdravotně sociální pracovníci ve vybrané nemocnici. Výzkumný vzorek tvořily čtyři zdravotně sociální pracovnice vybrané nemocnice. Metodami výzkumu byl rozhovor, pozorování a analýza dokumentů. K analýze dat bylo zvoleno otevřené kódování zakotvené teorie.

Výsledky jsou prezentovány v kapitole páté. V diskuzi, která tvoří kapitolu šestou, jsou tyto výsledky vztaženy k teoretickým východiskům. Hlavní zjištění, včetně uvedení limitů výzkumu a možností dalšího výzkumného šetření jsou shrnuty v závěru práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Tématem první kapitoly práce je přiblížení sociální práce ve zdravotnictví, a to v kontextu působení zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že jsou termíny sociální práce ve zdravotnictví a zdravotně sociální práce často zaměňovány, je nejprve zapotřebí oba termíny vysvětlit, posléze bude popsána stručná charakteristika sociální práce.

Jak píše Kuzníková (2011), v české (ale často i zahraniční) praxi je běžné, že je na sociální a zdravotní péči u pacienta nahlíženo ze dvou oddělených rovin, což je dáno rozdělením resortů zdravotnického a sociální práce. Tato praxe ovšem neodpovídá požadavkům z praxe a obecného trendu přistupovat k pacientovi se zohledněním holistického přístupu. Autorka dále uvádí, že běžně nastávají situace, kdy je ve zdravotnickém zařízení pečováno o pacienta zdravotníky, nicméně další potřebnou činnost, která se pojí se sociální prací (tj. např. zajištění následné péče o pacienta, řešení situací, které ovlivňují léčbu a jsou ze sociální oblasti – příkladem může být nezletilý pacient, který je v péči orgánu sociálně-právní ochrany dětí, nebo jsou omezena práva rodičů ve vztahu k tomuto dítěti), již nemá kdo zajistit. Nezřídka ji pak provádějí zdravotníci, kteří nejsou v oboru sociální práce vzděláni, navíc na ni nemají potřebný čas (telefonovat se sociálními službami, jednat s různými úřady, institucemi). V současné době ve zdravotnictví působí jak sociální pracovníci, tak i zdravotně sociální pracovníci.

Profesor O. Chytil, který se výrazně zasadil o ustanovení sociální práce v českém prostředí, v rozhovoru se Svobodovou (2019) uvádí, že v roce 1995 vznikl jako první akreditovaný magisterský obor Sociální práce se zdravotnickým profilem, a to na Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity, na které Chytil působil.

Zdravotně sociální pracovnice A. Rohlíková, která získala v roce 2017 cenu *Gratias*, udělovanou ze strany Ministerstva práce a sociálních věcí České republiky, konstatuje v rozhovoru s Frýdovou (2020), že role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví není stejná jako role sociálního pracovníka ve zdravotnictví. I když oba tyto profesionálové v zásadě nejčastěji vykonávají sociální práci, sociální pracovník je odborníkem v sociální práci, zatímco zdravotně sociální pracovník je primárně považován za zdravotníka, byť je jeho práce ve zdravotnickém zařízení též převážně sociálního charakteru. Ovšem tím, že pracuje se zdravotnickou dokumentací, musí nutně rozumět i této oblasti, Jiné je tak jeho vzdělávání, částečně i náplň práce.

Tyto rozdíly jsou v práci akcentovány. Na práci zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví je nahlíženo v kontextu jejího vymezení v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a též z hlediska vymezení činností zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zároveň je ovšem v práci kladen důraz na výkon sociální práce ve zdravotnickém zařízení zdravotně sociálním pracovníkem, který pochopitelně část své působnosti věnuje i rovině zdravotnické, které musí rozumět, těžiště jeho práce však spočívá právě v sociální práci, které je tedy v práci věnována největší pozornost.

Dále je v textu věnována pozornost sociální práci, a to s ohledem na uváděnou skutečnost, že zdravotně sociální pracovník primárně vykonává sociální práci. Jak bude dále v textu uvedeno, rozsah činností z oblasti sociální práce, které jsou v kompetenci zdravotně sociálního pracovníka, je velmi rozsáhlý. Abychom mohli správně porozumět pojetí zdravotně sociální práce, je na začátku nezbytné vymezit pojem sociální práce, protože z ní vychází. Sociální práce je definovaná jako odborná disciplína, jejímž cílem je pomoci jednotlivcům, rodinám a skupinám řešit problémy, které nejsou schopni vyřešit sami a potřebují odbornou pomoc (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011).

Dle Matouška (2016) je sociální práce společenskovední disciplína, která má za cíl odhalit, vysvětlit, zmírnit, a především řešit sociální problém.

Sociální práci ve zdravotnictví charakterizuje rozmanitost a různorodost. Hlavním smyslem zůstává pomoc klientovi, nebo rodině klienta, zmírnit, anebo odstranit negativní sociální důsledky nemoci. Úkol zní – „*využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivace k léčbě a spolupráci, a konečně ke kvalitnějšímu životu.*“ (Kuzníková, 2011, s. 18).

Dle Kuzníkové (2011) je důležitá motivace pacienta ke spolupráci a k léčbě. Snaží se spolupracovat s rodinou a s blízkými, kteří by mohli pomoci k lepší kvalitě života.

Sociální a zdravotně sociální pracovníci jsou v současnosti nezbytnými odborníky uplatňujícími se ve fungování odborných týmů pečujících o pacienty v rámci komplexního pojmání zdravotní péče (Kuzníková, 2011).

1.1 POJETÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální práce je uváděna jako profese nebo akademická disciplína, která podporuje sociální rozvoj a sociální změnu, řeší problémy v mezilidských vztazích a sociální rovnost. Pomáhá osobám v nepříznivé sociální situaci. Důležité jsou principy sociální spravedlnosti, respektování lidských práv, osobnost jedince a rozmanitost skupin (Mezinárodní etický kodex sociální práce, 2004).

Sociální práce se orientuje na řešení lidských problémů v souvislosti s vědními obory zaměřujícími se na život člověka. Dívá se na člověka jako na existující bytost v jeho prostředí a snaží se zvládat veškeré jeho nároky. Mezi významné obory, které s výše zmíněným souvisí, můžeme zařadit psychologii, právní vědy a pedagogiku (Matoušek, 2001).

Navrátil (2001) si je jistý, že existují různé pohledy na pojetí sociální práce, a že se také liší jejich míra profesionalizace. Tvrdí, že *„sociální práce usiluje o zlepšení sociálního fungování individuí, skupin a komunit tím, že realizuje aktivity zaměřené na jejich sociální vztahy“* (Navrátil, 2001, s. 17).

Dále uvádí, že je důležité pomáhat lidem tak, aby se nestali závislí na dané pomoci, a nesmí ztratit schopnost pomáhat si vlastními silami. Sociální práce je ovšem také rozmanitá. Stále vytváří teorie vysvětlující vznik a řešení určité pomoci a řešení problémů pro jednotlivce, skupiny a komunity (Navrátil, 2001).

Musil (2004, s. 15) si položil otázku, *„co je sociální práce a čím se liší od ostatních pomáhajících oborů?“* Společný znak, který můžeme určit u oborů, které pomáhají ostatním, je pomoc lidem v obtížných životních situacích. Sociální práce, na rozdíl od ostatních pomáhajících oborů, se zabývá vzájemným působením mezi člověkem a jeho sociálním prostředím. *„Její pomoc je zaměřena na dosahování rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí, v němž lidé uspokojují svoje potřeby, a jejich schopností toto očekávání zvládat.“* (Musil, 2004, s. 15)

1.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Sociální práce ve zdravotnictví v zásadě není nová, datuje se do konce 19. století a na začátek 20. století. S ustavením profese sociálního pracovníka v základní podobě, jak je známá dnes, byla právě oblast zdravotnictví jednou z prvních, (Allena a Spitzer, 2018),

nicméně v současné době se dle Urbana et al. (2019, s. 4) „o jednu z méně viditelných oblastí sociální práce“.

Výkonu sociální práce ve zdravotnictví se dříve věnovaly specializované zdravotní sestry. Dnes jsou ovšem v rámci (zejména velkých) zdravotnických zařízení zaměstnávání erudovaní sociální pracovníci – specializaci mají na péči o klienty, kteří zde pobývají z hlediska sociálního. (Venglářová a Mahrová, 2006).

Sociální práce ve zdravotnictví je potřebnou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu. Můžeme ji definovat jako oblast, kde se propojuje zdravotní péče se sociální péčí. Aby se dosáhlo komplexní léčby, pacient má právo na dostupnost sociální pomoci, a zdravotnické zařízení musí takovou péči poskytnout. Cílem je pomoci pacientům, kteří řeší nepříznivou sociální situaci a nejsou schopni si ji vyřešit sami, pokud rodina pomoc poskytnout nemůže, nebo nechce, popřípadě pokud osoba žádnou rodinu ani příbuzné nemá (Marková a Šlenkrťová, 2010).

Vurm (2007) tvrdí, že v oblasti zdravotně sociální práce se musí posuzovat situace člověka v komplexu, protože zdravotní stav souvisí se sociální situací a naopak. Uvádí, že není možné řešit jedno bez vztahu k druhému.

Pozici zdravotně sociálního pracovníka ve Spojených státech amerických formuloval ve 20. století Richard Cabot. Zaobíral se nesomatickými vlivy na tělesné zdraví pacientů. Věřil, že v týmu může pomoci s diagnózou díky informacím, které od pacienta získá. Může pomoci informace o finanční a sociální situaci pacienta. Cabot se zaobíral nestatickými vlivy na tělesné zdraví pacientů. (Allen a Spitzer, 2016).

„V České republice jsou sociální a zdravotně sociální pracovníci v nemocnici zaměstnávání přímo nemocnicemi. Jak všichni víme, zdravotní služby včetně nemocniční péče jsou financovány prostřednictvím systému zdravotního pojištění. Zaměstnávání zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici je zcela v rukou managementu zdravotnických zařízení, který sám rozhoduje, zda bude z rozpočtu nemocnice poskytovat služby nebo nikoli.“ (Kuzníková, 2011, s. 20–21).

Jak se lze dočíst u autorek Venglářové s Mahrovou (2006), erudovaní sociální pracovníci jsou dnes v českých podmínkách již zastoupeni v naprosté většině větších zdravotnických zařízení. V nich se sociální pracovníci ve zdravotnictví orientují (a dokonce specializují) na péči o zde přítomné klienty.

V České republice existuje poměrně osobitá pracovní pozice, která je označovaná jako zdravotně sociální pracovník podílející se jednak na ošetrovatelské péči o pacienta v rovině jeho sociálních potřeb, jednak i na činnostech diagnostických, preventivních, rehabilitačních a paliativních (Mátel, 2019).

Sociální pracovníci mohou v podmínkách České republiky ve zdravotnictví taktéž fungovat jako „jiní odborní pracovníci“, kdy mohou zastávat přímo úkony zdravotní péče, ovšem pod odborným vedením či dohledem coby zaměstnanec poskytovatele zdravotnických služeb (Mátel, 2019).

1.2.1 HISTORIE SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Vývoj sociální práce na našem území je analogický v mnoha směrech k ostatním zemím Západu. Již od středověku se postupně vytvářela soustava institucí zajišťujících to, co dnes označujeme jako sociální práce. Nejstarší organizovanou pomoc potřebným u nás poskytovala církev, postupně pak řeholní řády a kláštery. Zakládaly se tzv. špitály, později v době renesance podporované měšťanstvem tzv. městské špitály. V 17. století byla zřízena v Praze Nemocnice Milosrdných bratří, která byla prvním zařízením, které bylo funkčně rozděleno na nemocnici poskytující zdravotní péči a špitál pro péči sociální (Matoušek, 2001).

Od poloviny 18. století je největším sociálním problémem obrovské množství zanedbaných dětí, které částečně zmírnila v období své vlády Marie Terezie vybudováním rozsáhlé soustavy především obecného školství. Rozvoj ústavních forem péče zase podporovala „Pravidla direktivná“ vydaná v roce 1781 Josefem II., která navíc určovala řád nově zřizovaných institucí (nalezinců, sirotčinců, porodnic, nemocnic a chudobinců) (Matoušek, 2001).

V 19. století dochází v důsledku industrializace k rozvoji měst a zbídačování širokých vrstev obyvatelstva, například péče o mládež byla v té době pouze na papíře – Občanský zákon z roku 1811 byl první zákonnou normou zabezpečující právní postavení dítěte, ale jelikož nebylo kam zanedbané a kriminalitou ohrožené dítě umístit, skutečná organizace péče o mládež s potřebnými institucemi a ústavy neexistovala. Až do konce 19. století byla společnost přesvědčena, že chudobince a donucovací pracovny jsou nejlepší formou veřejné sociální péče (Matoušek, 2001).

O tradici sociální práce ve zdravotnictví lze dle Kuzníkové (2011) hovořit jakožto o dlouhodobé s tím, že samotné počátky spadají do činnosti charitativních organizací. Ve 20. století se pak z charitativního fungování (například různých dobrovolnických sdružení apod.) etabluje vědní disciplína, pro kterou je charakteristický například vznik vlastního etického kodexu práce, dále také ale i psychosociálně terapeutická metodika, organizační propojení se státní správou aj.

Z historických milníků vývoje sociální práce ve zdravotnictví pro Českou republiku je nutné zmínit například období první světové války, díky které dochází k nárůstu potřeby sociální práce ve snaze o řešení problémů způsobených právě válečným konfliktem – dochází k zaměření pozornosti na řešení válečných neuróz a přípravě sociálních pracovníků pro oblast psychiatrie. V období první světové války Československý červený kříž poskytuje sociální pomoc všem žadatelům bez toho, že by byla posuzována ekonomická situace konkrétních osob (Kuzníková, 2011).

Autorka Kuzníková (2011, s. 15) ve své publikaci uvádí následující informaci: „*V roce 1918 to byli sociální pracovníci v nemocničním prostředí, kteří zformovali první profesní organizaci sociální práce u nás.*“

Nejviditelnější skupinou, která potřebovala sociální ochranu, byli váleční veteráni, invalidé a pozůstalí – vdovy a sirotci. Další ohroženou skupinu tvořili nezaměstnaní. Sociální péče první republiky odpovídala zhruba společenské situaci kapitalistického státu s dožívajícími zbytky feudalismu a zřetelným vlivem socialistických myšlenek. Důsledky války přispěly k intenzivnímu rozvoji sociální péče, a nejen v ČSR se stala prioritou péče o zdraví. Vzniklo ministerstvo sociální péče, které bylo ústředním úřadem sociální správy. Nové zákony daly právní základ veřejné sociální péči a sociální pojištění zajistilo zaměstnancům materiální podporu pro případ nemoci, stáří a invalidity (Matoušek, 2001).

Do této situace vstoupila první generace odborně vyškolených sociálních pracovníků, bohužel však bez titulu a zajištěné existence. Průkopnicí v budoucím vzdělávání byla Alice Masaryková, která vytvořila na podzim 1918 Ženskou vyšší školu pro sociální péči s ročním studiem, která byla později přejmenována na Vyšší školu sociální péče (VŠSP, dvouletá, pomaturitní). Společnost ale odmítla akceptovat odbornost nově vzniklého povolání sociálních pracovníků. Až „*v roce 1927 Organizace absolventek VŠSP intervenovala u všech ústředí sociálních a sociálně-zdravotních institucí a u obou*

ministerstev, aby místa pro sociální službu (rozuměj práci) byla obsazována výhradně sociálními pracovníky. Tehdy byla poprvé v našich zemích zformulována definice sociální práce, a to jak snaha za zlepšení hospodářských, existenčních, právních a zdravotních poměrů lidí, kteří nejsou schopni se hájit samostatně.“ (Matoušek, 2001, s. 124).

Úlohu této školy později převzala nově založená Masarykova státní škola zdravotní a sociální péče v Praze, která měla vysokou úroveň. Osnovy byly upraveny tak, aby jak v teorii, tak v praxi nastala rovnováha mezi zdravotními a sociálními disciplínami. Bohužel zanikla v padesátých letech z důvodu názoru budoucí nepotřebnosti sociálních pracovníků. Padesátá a šedesátá léta jsou charakteristická tím, že: *„Sociální politika, a v důsledku toho i sociální péče, či později používaný pojem sociální služby (což byly tehdy odlišné pojmy), byly plně závislé na státních úřadech a byly jimi financované a organizované. Sociální péči se nevěnovala velká pozornost i proto, že se v souladu s historickým materialismem předpokládalo, že všechny sociální problémy, od chudoby a nezaměstnanosti, přes prostituci, kriminalitu a násilí až po války, jsou dočasné a zmizí, jakmile zmizí třídní rozdíly.“ (Matoušek, 2001, s. 140).*

Dalším důležitým milníkem ve vývoji sociální práce ve zdravotnictví byl určitě rok 1968. V souvislosti s událostmi Pražského jara dochází k potvrzení existence sociálních problémů a následně k vytvoření nově zkoncipované sociální politiky. Dochází k opětovnému založení Ministerstva práce a sociálních věcí, a dle inspirace z praxe západoevropských států je rozvíjena (krom jiného) sociální práce se zdravotně postiženými občany. Všechny uváděné snahy jsou, bohužel, přerušeny právě rokem 1968 (Kuzníková, 2011).

Následně dochází k poskytování zdravotně sociálních služeb na základě centralizovaného přístupu v ústavních zařízeních (Kuzníková, 2011). I přesto je zároveň ovšem nutné doplnit poznámku, že také: *„V tomto období se objevují snahy o propojení sociální práce a zdravotnictví.“ (Kuzníková, 2011, s. 16).*

Více než dvacet let po roce 1968 převládá dogmatické stanovisko, že sociální problémy prostě neexistují, a tudíž jak teoretický vývoj vědní disciplíny sociální práce, tak i její praktická aplikace, byly pozastaveny (Kuzníková, 2011).

V roce 1989 se objevuje snaha definovat pojem sociální práce v právní rovině. Dále je vyvíjena snaha o návrh zákona o sociální pomoci. V tomto ohledu se objevuje sociální práce jako termín zastřešující „metodu sociální pomoci“. Sociální práce jako taková se postupně profesionalizuje. Daný fakt v současnosti vede kupříkladu ke vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků na vysokoškolské úrovni (Kuzníková, 2011).

Na konferenci věnované profesnímu profilu sociální práce pro Českou republiku, která proběhla v roce 1996, dochází k vymezení sociálního pracovníka jakožto: *„profesionála, který řeší sociální problémy, zprostředkovává pomoc při řešení těchto problémů a snaží se zabránit jejich vzniku nebo vyhrocení.“* (Kuzníková, 2011, s. 18). Sociální práce je ve stejné době chápána coby služba poskytovaná klientům. Těmito mohou být jak jednotlivci, tak samozřejmě i skupiny, komunity, nebo rodiny (Chytil in Kuzníková, 2011).

2 POJETÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V ČR

Pojem zdravotně sociální pracovník vychází ze zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Kutnohorská, Cichá a Goldmann (2011) považují za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka činnosti v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče při uspokojování sociálních potřeb klienta. Zmiňovaná péče je pak soustředěna jak na oblast zdravotně sociální, tak také i na sféru specifické ošetrovatelské péče. Lze doplnit, že zdravotně sociální práce má jednak etický, a jednak také svůj kulturní rozměr, přičemž etika zdravotně sociální práce: „*doporučuje zdravotně sociálním pracovníkům, jak se chovat a jak jednat při řešení zdravotních a sociálních problémů svých klientů.*“ (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 98).

Klienty zdravotně sociální práce bývají dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna (2011) zejména nemocné osoby, handicapovaní, děti, senioři a osoby, které utrpěly úraz. Zmíněné skupiny osob mají společné zejména to, že se ocitly v tíživé životní situaci kvůli svému zdravotnímu stavu, případně je možné k danému výčtu připojit ještě skupinu osob sociálně exkludovaných (vyloučených ze společnosti, segregovaných), u nichž jejich těžká životní situace přetrvává delší dobu (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011).

2.1 LEGISLATIVNÍ VYMEZENÍ POZICE A PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

V dnešní době je sociální práce ve zdravotnictví koncipována v rámci dvou resortů, a to resortu zdravotnictví a resortu sociální práce. S tím se také pojí legislativní vymezení pozice zdravotně sociálního pracovníka ve dvou významných zákonech, spojených právě s těmito resorty. Sociální práce, jejíž lze vykonávat v rámci dvou zákonů. První zákon je č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který je dále rozveden ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. Druhým je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který je rozveden vyhláškou č. 505/2006 Sb.

Vymezení pozice sociálního pracovníka najdeme v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V § 109 je uvedeno, že „*sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních*

poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zajišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“. Jak je tedy zřejmé, v rámci tohoto primárního vymezení pozice sociálního pracovníka a jeho náplně práce absentuje možnost působení sociálního pracovníka ve zdravotnictví. V § 110 je dále uvedeno, jaké požadavky jsou kladeny na sociální pracovníky (bezúhonnost, zdravotní, odborná způsobilost atd.).

Mimo výše, důležité je také zmínit, že zdravotnický přesah sociální práce však lze v tomto zákoně nalézt, a to v souvislosti s možností poskytovat sociální služby i ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče, kdy je v § 52 uvedeno, že se „*poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny obejít se bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propouštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než je jim zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb“.* Ovšem v odst. 2 téhož paragrafu jsou vymezeny činnosti, které jsou tímto způsobem poskytovány, a v zásadě se jedná o činnosti, které jsou poskytovány v sociálních službách (např. poskytnutí ubytování, stravy, aktivizační činnosti), nevztahují se však k roli zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

Vymezení pozice zdravotně sociálního pracovníka nalezneme v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, kdy je tedy pozice zdravotně sociálního pracovníka považována za nelékařské zdravotnické povolání. Odbornou způsobilostí jsou podle § 10 akreditované bakalářské nebo magisterské zdravotnické studium v oboru sociálního zaměření. Osoba musí mít nejméně tři roky absolvování studia na vysokých školách nebo na vyšších odborných školách v oboru sociálního zaměření, nebo musí mít akreditovaný kvalifikační kurz zdravotně sociálního pracovníka. Poslední je specializace v oboru zdravotně sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5 (Zákon č. 96/2004 Sb.).

Za důležité z hlediska působení zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví lze považovat konstatování v § 10, odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb., že „*za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální*

pracovník podílí na ošetrovatelské péče v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta“. Právě tento aspekt, tedy uspokojování sociálních potřeb pacienta, lze považovat za jeden z nejdůležitějších při působení zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Je zdůrazněn ve vyhlášce č. 55/2011 Sb. Blíže je činnost zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví dle tohoto dokumentu popsána v kapitole 2.3.

2.2 DOVEDNOSTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Zdravotně sociální pracovník by měl disponovat řadou předpokladů a dovedností. V rámci podkapitoly 2.2 si některé stručně charakterizujeme, přičemž často je vycházeno z vymezení týkajícího se sociálního pracovníka. Tím, že je tato profese poměrně nová, v odborné literatuře absentuje hlubší popis této pozice, ovšem jak podotýkají Urban et al. (2019), pokud zdravotně sociální pracovník realizuje sociální práci ve zdravotnictví, z velké části se jeho působnost překrývá s působností sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

Podle Urbana et al. (2019) je velmi důležité, aby nechyběla zdravotně sociálnímu pracovníkovi odpovědnost, angažovanost, schopnost samostatné práce, dobré komunikační dovednosti. Jeho role je velmi pestrá a často spočívá z velké části v koordinační a organizační činnosti v rámci řešení konkrétní situace pacienta. Zdravotně sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu, mnohdy jej může z hlediska konkrétní sociální péče o pacienta řídit.

Pochopitelně by zdravotně sociálnímu pracovníkovi neměly chybět dovednosti spojené s jeho profesí, ve smyslu odbornosti, dovednosti zachovávat mlčenlivost, etického jednání apod. Nicméně jak zdůrazňuje Elichová (2017), na významu nabývají také měkké dovednosti, k nimž autorka řadí zejména následující:

- psychickou odolnost;
- emoční inteligenci;
- sebeovládání;
- dovednost motivovat sám sebe;
- morální instinkt a cit;
- akceptaci klienta;
- otevřenost vůči vlastním nepříjemným pocitům, sebereflexi;
- dovednost vytváření mezilidských vztahů;
- dovednost neztrácet naději, optimismus a víru.

Optimismus, víra a obecně pozitivní přístup (k životu, ke klientům) jsou podle Kopecké (2015) velmi důležitými charakteristikami zdravotně sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovník, který těmito charakteristikami disponuje, snáze navazuje kontakt s klienty (pacienty), je schopen lépe jim poskytovat sociální oporu, snáze je udržován vzájemný vztah a spolupráce. Zároveň jsou ovšem tyto dovednosti velmi důležité pro samotného zdravotně sociálního pracovníka, a to z hlediska zachování duševní pohody a prevence syndromu vyhoření.

Podle Ellen a Spitzera (2016) je zapotřebí, aby zdravotně sociální pracovník disponoval schopností rychlé orientace v nových situacích, dovedností učit se, flexibilitou, ale též např. asertivitou, neboť často se stává obhájcem pacientů při řešení jejich sociálních záležitostí. Práce zdravotně sociálního pracovníka je velmi náročná, střídá se v ní mnoho různých činností, nutná je tedy i odolnost vůči zátěži a rychlé rozhodování. Okafore et al. (2017) zmiňují dovednost vést diplomatická jednání, upozadit své emoce (regulaci emocí), dovednost řešit krizové situace tak, aby nevznikal konflikt, ale naopak bylo možné problematické situace dovést ke konstruktivnímu řešení, přijatelné pro obě strany.

Důležitá je také důvěryhodnost, která se pojí s diskrétností, spolehlivostí a porozuměním (Matoušek, 2003). Zdravotně sociální pracovník má specifické zkušenosti a znalosti a měl by tedy za každé situace získat důvěru ze strany uživatelů služeb, jelikož jedná v jejich nejlepším zájmu. Vzájemný vztah mezi sociálním pracovníkem a uživatelem služby působí navenek nerovnoměrně v tom smyslu, že daný pracovník je více činný, prostě aktivnější. Je tím myšleno zejména to, že se tím potvrzuje potřeba atmosféry důvěry, kterou si sociální pracovník musí u daných klientů prostřednictvím své osobnosti postupně vybudovat (Bednář, 2013).

Základním předpokladem pro efektivní vykonávání práce zdravotně sociálního pracovníka je osobnostní vlastnost, za kterou můžeme považovat tzv. „dar od přírody“. Jde o osobnostní specifika, která nejsou rozhodně přítomna u každého jedince, tedy u každé profese. Jedná se např. o umění efektivní komunikace, naslouchání člověku, ochota angažovat se v případném řešení životní situace, empatie, citlivost, upřímnost, vnímavost, ohleduplnost, laskavost, taktnost a mnoho dalších (Bednář, 2013).

Zdravotně sociální pracovník, konkrétně ze strany společnosti nebo jejího určitého očekávání, disponuje různými vlastnostmi, kdy společným jmenovatelem je především profesionální jednání. Profesionální jednání se projevuje zejména otevřeným a vřelým vztahem k druhým lidem za jakýchkoliv okolností, určitou spontánní ochotou být tady pro

druhé lidi a poskytovat jim své služby, potažmo svůj čas. K vyztáelé osobnosti sociálního pracovníka patří také kultivovaný projev, citová vyrovnanost, přirozená autorita a pozitivní vnímání světa (Akhtar, 2015).

Baštecká (2013) udává, že by měl zdravotně sociální pracovník dokázat přijímat všechny klienty (pacienty), s nimiž pracuje, přičemž cílové skupiny, kterým pomáhá, jsou velmi rozmanité. Klienti (pacienti) by měli mít vlivem působení zdravotně sociálního pracovníka dojem, jsou pro zdravotně sociálního pracovníka důležití a že jim chce skutečně pomoci. K dalším dovednostem řadí autorka následující:

- měl dbát na svůj zdravotní stav a měl by projevit zájem o svou práci, nevnímat klienty jako někoho, kdo je obtěžuje, a mít osvojený svůj speciální styl komunikace;
- vnímat břemena a obtíže jako součást své práce a svoji autonomii upevňovat a rozšiřovat;
- vnímat sám sebe jako profesionála, který se postupně rozvíjí a učí se zvládat obtíže;
- umět najít rovnováhu mezi prací a soukromým životem;
- mít vysoký stupeň sebeurčení ve své práci;
- sám sebe považovat za iniciativní osobu a být si vědom toho, že může svou pracovní situaci ovlivnit;
- cítit se být adekvátně podporován svými kolegy a nadřízenými, se kterými udržuje přátelský vztah;
- své povolání považovat za určitou výzvu, díky které může růst a rád se učí něčemu novému (Baštecká, 2013).

Sociální pracovník ve své profesi vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu, včetně potřebného řešení sociálně právních problémů, konkrétně v zařízeních, která poskytují služby sociální péče, sociálně právní poradenství, metodickou, analytickou a koncepční činnost v sociální oblasti, dále odborné činnosti v zařízeních, která poskytují služby sociální prevence, sociální poradenství a sociální rehabilitace, popřípadě koordinuje poskytování sociálních služeb (Akhtar, 2015).

2.3 PRACOVNÍ NÁPLŇ A KOMPETENCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Dle vyhlášky č. 55/2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, podle § 3 odstavce 1 zdravotně sociální pracovník:

- a) může provádět sociální prevenci a depistážní činnost zaměřenou na cílené vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci mohou ocitnout, nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci;
- b) realizuje sociální šetření u pacientů a posuzuje životní situaci ve vztahu k onemocnění, nebo jeho následkům;
- c) poskytuje sestavení plánu psychosociální intervence;
- d) zajišťuje sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění, nebo jeho následkům;
- e) účastní se integrace pacientů, kteří danou pomoc potřebují;
- f) vykonává podle své odborné způsobilosti organizaci rekondičních pobytů;
- g) dle své odborné způsobilosti vykonává činnost při propuštění pacientů, včetně zajištění další péče;
- h) provádí odborné poradenství v případě úmrtí pacienta (Vyhláška č. 55/2011).

Dle Kuzníkové (2011) se pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení průběžně aktualizuje a je individuální. Řeší situace hospitalizovaných pacientů, kteří jsou v akutní fázi. Lékař vždy rozhodne, zda se bude zdravotně sociální pracovník na řešení problému podílet. Poskytuje sociální pomoc u klientů (nejen) s chronickým onemocněním, u kterých je důležité sociální poradenství, umožní a zařídí zprostředkování specializovaných služeb a pomoci.

Pracovník jedná s institucemi, plánuje péči a sociální rehabilitaci. Setkává se s příbuznými či blízkými klienta a zajišťuje psychosociální podporu klienta. Zajišťuje sociální prevenci, která zahrnuje rozhovor s klientem. Účinným prostředkem k celkovému pohledu na věc slouží depistáž a zdravotně sociální poradenství. Stanovuje sociální anamnézu a prognózu s výsledkem opětovného začlenění klienta do jeho původního sociálního prostředí. Rovněž aplikuje metody sociální práce. Nejčastěji probíhá individuální práce s klientem a sociální práce s rodinami (Kuzníková, 2011).

Kuzníková (2011) upozorňuje na fakt, že v případě zdravotně sociálního pracovníka by měl člověk představovat zejména pracovníka sociálního, tedy poskytovat komplexní pomoc klientům ve svízelné životní situaci a jejich blízkým osobám.

Důležité jsou kompetence sociálního pracovníka. Kompetencemi lze podle Elichové (2017, s. 100) chápat jako „*předpoklad k profesionální roli*“. Zdravotně sociální pracovník by měl podle Kuzníkové (2011) disponovat čtyřmi základními oblastmi kompetencí:

1. **Kompetence autonomní** – to znamená, že uspokojuje potřeby, které vznikly při zdravotně sociální situaci pacienta. Vykonává dané činnosti bez odborného dohledu.
2. **Kompetence kooperativní** – značí spolupráci v interdisciplinárním týmu. Řeší zdravotně sociální situace pacientů.
3. **Kompetence ve výzkumu a vývoji** – to znamená, že kriticky reviduje každodenní praxi, a při realizaci činnosti, které vykonává, využívá výsledky výzkumu a výkon své praxe opírá o evaluaci (sběru dat).
4. **Kompetence v oblasti managementu** – má na starosti pracovníky při řešení plánu služby pro pacienty v sociální oblasti, metodicky je vede a řídí (Kvalifikační standard).

2.4 OBLASTI PŮSOBENÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Možnosti uplatnění zdravotně sociálního pracovníka jsou široké. Zařízení bývají spíše sociálního typu, tudíž ne všude se využijí znalosti zdravotně sociální. Jelikož má znalosti stejné kvality jak z oblasti zdravotní, tak ze sociální, možnost uplatnění je na stejné úrovni jako u sociálního pracovníka. Například čistě sociální pracovník by měl absolvovat akreditovaný kvalifikační kurz, aby mohl pracovat ve zdravotnickém zařízení. Zařízení mohou být státní a nestátní. Uplatní se např. v nemocnicích, hospicovém zařízení, psychiatrických léčebnách, kojeneckých ústavech, domovech pro seniory, domovech se zvláštním režimem, denních stacionářích, agenturách domácí péče, státní správě apod. (Hrdinová, 2015).

V nemocnicích by zdravotně sociální pracovník měl spolupracovat se zdravotnickým personálem a naopak. Měl by dostávat informace o pacientech, kteří budou potřebovat sociální pomoc. Má jistou účast na ranních poradách i na vizitě a vyhledává pacienty, kteří

budou pomoc potřebovat. Jeho pomoc by měla souviset s propouštěním do domácí péče, nebo při přeložení na LDN, do domovů a jiných zařízení.

V zařízení, jakým je např. hospic, by měl zdravotně sociální pracovník disponovat vlastnostmi, jako jsou empatie, umění naslouchat a mít úctu k lidem. Zde se denně setkává s umíráním a musí ustát velmi emotivní situace (Urban et al., 2019).

V domovech pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením je výhodou jeho zdravotnická způsobilost u některých diagnóz, pro zvolení správného způsobu komunikace a vhodnou volbu činnosti. Ve státní správě najde uplatnění na úřadu práce, ve správě sociálního zabezpečení, nebo na oddělení sociálně právní ochrany dětí (Hrdinová, 2015).

Velmi důležitá je role zdravotně sociálního v multidisciplinárním týmu. Dle Joana Bedera (in Kuzníková, 2011, s. 25) je multidisciplinárním týmem myšlen „*komplexní a dynamický proces, kdy dva a více pracovníků poskytuje pomoc a služby klientům či členům rodiny klienta*“.

Aby tým fungoval, měl by být schopný plánovat a řešit problémy pacientů, předávat si relevantní informace, plánovat intervenci a mít shodu v rozhodnutích. Při řešení situace napomáhá spolupráce v nemocnicích, ale závisí též na systému a náplni práce, kterou je například ranní porada, účast na vizitě a propojení sociální práce s léčbou. Charakteristickým znakem interdisciplinárního týmu je provázanost oborů (lékař, sestra, zdravotně sociální pracovník) a pomoc, která je postavena na integrovaném plánu péče pacienta s vymezenými cíli (Kuzníková, 2011).

Bělohlávek (2008) udává, že interdisciplinární neboli mezioborový tým se skládá z odborníků z různých oddělení nebo útvarů. Mohou se zaměřit na jeden dílčí problém, nebo na dlouhodobou spolupráci v určité oblasti. Každý odborník přispěje do týmu svou specializací. Setkání mohou probíhat formální nebo neformální cestou, a pro úspěšnost vyžadují od ostatních pochopení a vstřícnost (Bělohlávek, 2008).

2.5 TYPOLOGIE PACIENTŮ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNICI

V rámci této kapitoly budou charakterizovány skupiny, které tvoří hlavní náplň činností zdravotně sociálního pracovníka. Jedná se o seniory, děti a dospívající, osoby bez domova, klienti (pacienti) v terminálním stádiu nemoci

2.5.1 Práce se seniory

Senioři patří v populaci mezi osoby, které potřebují ve zvýšené míře pomoc od sociálních pracovníků. Sociální ochrana seniorů pak zahrnuje právě i péči o dané osoby z hlediska jejich zdravotního stavu a faktorů s tím souvisejících (Hrozenská a Dvořáčková, 2013).

Tělesné stáří, jeho nástup a průběh, je individuální. Závisí na způsobu života, práci, i na celkovém zdraví. Souvisí také s prodělanými chorobami, úrazy, a v neposlední řadě s genetickými vlastnostmi (Arnoldová, 2016).

Konkrétně se lze ke zdravotní péči o seniory dočíst, že: *„se od ostatních oborů medicíny odlišuje komplexnějším přístupem, potřebou koordinované týmové péče (...) a akceptováním zdravotně sociální povahy onemocnění v séniu.“* (Hudáková a Majerníková, 2013, s. 21). Uváděný komentář jasně vystihuje neodmyslitelné sepětí zdravotní a sociální oblasti péče u seniorů a tedy i možnost angažovanosti zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnictví u dané skupiny osob.

Za smysluplnost sociální práce se seniory lze přitom považovat dopomocť člověku z jeho „kruhu nezvládnání“, jenž může být způsobován a dále umocňován bariérami vyplývajícími jednak z jeho zdravotního stavu, zároveň ovšem také z jeho psychologických a sociálních faktorů (Janečková in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005).

U seniorů jednoduše: *„Nelze vést ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací. (...) Zhoršení zdravotního stavu s sebou obvykle nese potřebu sociálních služeb.“* (Janečková in Matoušek, Kodymová a Koláčková, 2005, s. 164). Z uvedeného úhlu pohledu tedy sociální pracovník ve zdravotnictví pro seniora představuje ideální „styčnou osobu“ pro případ vzniku životní krize, situace, v níž si jedinec již nedokáže sám poradit. Daný fakt potvrzuje také například autorka Kamanová (in Zrubáková a Krajčák, 2016), která nejenže zmiňuje, že zhoršený zdravotní stav seniora způsobuje jeho zvýšenou potřebu sociálních služeb, ale zároveň dodává, že je v jednotlivých případech nezbytně nutná spolupráce oborů zdravotnictví a sociální práce.

Dle Hrozenské a Dvořáčkové (2013) by měla být cílem snažení sociálních a zdravotně sociálních pracovníků ve vztahu k seniorům snaha o ochranu a pomoci dané klientele způsobem, jenž v konečném důsledku povede jak ke zvyšování kvality života klientů samotných, tak i ke snižování nákladů na péči o dané osoby.

Seniorům (stejně jako i dalším skupinám osob), s nimiž zdravotně sociální pracovníci přicházejí do styku, v ideálním případě poskytují tito pracovníci kvalitní a profesionální

zdravotně sociální péči komplexního charakteru s respektem ke zdravotním specifickým jednotlivců (srov. Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011).

Zvláštní pozornost by pak měla být věnována taktéž rodinnému zázemí seniorů v případě, má-li těmto být poskytována komplexní péče ze strany zdravotně sociálního pracovníka v době, kdy se senior potýká se zdravotními obtížemi (srov. Špatenková, 2004).

2.5.2 Práce s dětmi

Rovněž dětské pacienti patří mezi klientelu zdravotně sociálních pracovníků fungujících v oblasti zdravotnictví. Konkrétně ve vztahu ke zvolené skupině klientů v rámci náplně své práce pracovník například (Kukla, 2016):

- edukuje rodiče dítěte na téma výchova a péče o potomka v konkrétních vývojových obdobích jeho života;
- napomáhá rodičům řešit sociální a zdravotní problémy ve sféře školního poradenství;
- spolupracuje s dalšími institucemi z oblasti péče o rodinu.

Jak upozorňuje Weiss (2005), sociální pracovníci či zdravotně sociální pracovníci taktéž mohou provádět šetření v rodinách za účelem získání informací o podmínkách života dětí, u nichž existuje podezření na zanedbávání či zneužívání. Daný poznatek je z hlediska péče a pobytu dítěte v nemocnici možné propojovat s případnými zdravotními následky, jež se u nedospělého jedince na základě podobně nevhodného výchovného přístupu rozvinou (například s jeho úrazy, poškozením orgánů apod.). Právě na základě události nutnosti poskytnutí zdravotní péče dítěte ohrožovaného jeho rodiči v nemocničním zařízení se do kontaktu s klientem mohou dostat sociální pracovníci ve zdravotnictví.

V nemocnicích (konkrétně na gynekologicko-porodnických odděleních) se pak sociální pracovníci ve zdravotnictví či zdravotně sociální pracovníci dostávají do kontaktu s klientkami z řad nezletilých matek/rodiček (Kuzníková, 2011). V podobných případech: „*Sociální pracovník daného oddělení spolupracuje se zákonným zástupcem a příslušným oddělením sociálněprávní ochrany dětí (OSPOD).*“ (Kuzníková, 2011, s. 114).

Klienti z řad nezletilých dětí (zejména pak těch, které se nacházejí ve vývojovém období mladšího školního věku) budí zvláštní zájem při výkonu práce sociálních pracovníků

ve zdravotnictví – v případě chronických onemocnění vyžadujících časté návštěvy nemocničního zařízení (například v rámci ambulantní léčby jedince). V podobných případech je možné, že se sociální pracovník v nemocničním zařízení potká i s rodinou, jež nesouhlasí s léčbou vlastního potomka (nedoprovází dítě na předepsané prohlídky apod.). Poté je nutné, aby opět zahájil spolupráci s, v textu již dříve jmenovanou, institucí OSPOD (Kuzníková, 2011).

S dětskými klienty lze spojit ještě jednu oblast zájmu, v níž se sociální pracovníci ve zdravotnictví mají možnost angažovat. Jedná se o problematiku *interrupcí* a taktéž i případných „*surogativních gravidit, kdy je nutné i v daných případech (ještě před samotným narozením jedince) dbát na jeho blaho, byť je v podobných případech maximálně závislé na dospělých osobách, které za početím či snahou o přerušování těhotenství stojí, jichž se týká.*“ (Kuzníková, 2011, s. 147). Zde tedy může jeho interakce probíhat jak s plně dospělými osobami – zejména těhotnými ženami, rodičkami či matkami malých dětí – tak také i s dívkami nedospělými (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovníci mohou v případě poporodní péče fungovat například jako zdroje informací o konkrétních pacientkách, a v případě nutnosti sestaví jejich podrobnou anamnézu pro plánovaný, anebo již nastolený ošetrovatelský proces (srov. Dušová, Hermannová a Majdyšová, 2019).

Jedná se tedy o odborníky podílející se na procesech posuzování potřeb a stavu zdraví jednotlivých pacientek (Dušová, Hermannová a Majdyšová, 2019). Zvýšená péče ze strany sociálních pracovníků v porodnicích v rámci nemocnic by měla být směřována k těm ženám, jež vykazují zvýšené rizikové sociální nebo demografické faktory (Kuzníková, 2011). Jedním z těchto faktorů může být právě již zmiňovaný věk rodičky.

2.5.3 Práce s lidmi bez domova

Sociální práce tradičně vychází z původního záměru charitativních církevních organizací, v jejichž zájmu byla (vedle dalších populací) taktéž právě péče o osoby toho času bez domova (Kuzníková, 2011). Opět je tedy možné i tuto třetí specificky zvolenou skupinu klientů považovat za typickou cílovou skupinu sociálních pracovníků.

Ke konkrétním činnostem prováděným zdravotně sociálními pracovníky spadá dle Kuzníkové (2011) péče o jedince ze skupin squatterů, příležitostných (sezónních) dělníků, narkomanů, stejně jako i o jedince s psychiatrickými potížemi, nebo ty osoby, které mají laxní přístup k pracovním činnostem, nebo nemají dostatečnou kvalifikaci pro výkon

povolání. Jednoduše se jedná o ty, kdo nemají zájem či nejsou schopni pokrývat finanční náklady vyplývající z obývání prostor k danému účelu určených. Autorka konkrétně uvádí, že v případě podobných osob z nich činí klienty sociálních pracovníků ve zdravotnictví jejich zdravotní deficit, nebo závislost na návykových látkách. Dalšími důvody mohou být také podchlazení nebo podvýživa (srov. Kuzníková, 2011).

V nemocničních zařízeních se tedy sociální pracovníci setkávají s osobami bez domova často právě díky jejich zdravotním deficitům, nebo např. v důsledku užívání drog. Cílem práce sociálního pracovníka se stává: „*pomoc s individuálními problémy (...) klientů a spolupráce s dalšími sociálními službami*“ (Kuzníková, 2011, s. 62).

Kuzníková (2011) ve své publikaci uvádí, že sociální pracovníci ve zdravotnictví ve vztahu k osobám bez domova mají možnost podílet se na prevenci bezdomovectví jako takového. Jedná se o působení daného profesionála v rovině zdravotně sociální prevence (Kuzníková, 2011).

2.5.4 Práce s lidmi v terminálním stádiu

V publikaci Chrastiny, Špatenkové a Hudcové (2020) se zmiňuje, že je nutné osobám umírajícím a jejich okolí poskytovat psychosociální podporu. Vzhledem k faktu, že značná část obyvatelstva umírá právě v nemocnicích, je pak angažovanost sociálních pracovníků ve zdravotnictví v dané sféře praxe podpory člověka logickým krokem. Uplatnitelnost sociálních pracovníků v dané oblasti zájmu potvrzuje například autorka Kuzníková (2011), která osoby v terminálním stádiu jejich života propojuje s klientelou rekrutující se z řad seniorů, o nichž bylo v předkládaném textu hovořeno v podkapitole 2.6.1.

Cílem působení sociálních pracovníků ve zdravotnictví v případě umírajících osob Špatenková (dle Chrastina, Špatenková a Hudcová, 2020) upozorňuje, že tyto osoby by měly klientům poskytovat zaprvé vstřícný přístup, déle pak empatické naslouchání a zprostředkování možnosti citlivého rozhovoru.

Vzhledem ke klientele je nutné, aby sociální pracovníci, přicházející do kontaktu s osobami nacházejícími se v terminálním stádiu jejich života, byli schopni sjednocovat své představy o zajišťování služeb právě s umírajícím jedincem. Především se jedná o shodu v představách týkajících se důstojného umírání (Milfait, 2012 dle Elichová, 2017).

Sociální pracovníci se stávají součástí průběhu takzvané paliativní medicíny (srov. Elichová, 2017, s. 203). S přihlédnutím k praxi hospiců je možné předpokládat, že

ve zdravotnictví se sociální pracovníci, interagující s umírajícími coby svými klienty, potýkají s problematikou zpracování přehledů o potřebách jednotlivých pacientů, s jejich situací, stejně jako i s nutností participace na zpracování plánu péče o jedince a nelze opomenout naplňování sociálních a psychických potřeb umírajícího (Matoušek, 2007).

3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE V NEMOCNICI

Metoda sociální práce je podle Mátela (2019, s. 77) „způsob, jak dosáhnout předem stanovený cíl prostřednictvím profesní činnosti sociálních pracovníků při práci s jedincem, rodinou, skupinou nebo komunitou“.

Dle Matouška (2003) se pod pojmem metody sociální práce rozumí postupy, které jsou vázány na určitý cílový subjekt (jednotlivec, skupina, rodina, komunita). Dále jsou vázány na aktuální situaci daného subjektu (sociální znevýhodnění a sociální události). Tím posledním je vztahový kontext s rodinou či s vrstevnickou skupinou, kdy se může jednat o práci s rodinou v krizi, která se může pojit např. s problémovým chováním některého z členů rodiny, ale též např. se závažným zdravotním postižením dítěte nebo přítomností sociálně patologických jevů, jako je domácí násilí. Cílová skupina pro zdravotně sociálního pracovníka je většinou jednotlivec a rodina (Matoušek, 2003).

V následujících kapitolách jsem vybrala metody sociální práce, které jsou nejčastěji využívány ve zdravotnických zařízeních.

3.1 ROZHOVOR

Rozhovor je druhem exploračních metod, při nichž se navazuje přímý komunikační styk se zkoumanými subjekty, které jsou otázkami či jinými stimuly podněcovány především ke sdělování požadovaných verbálních informací. Je cíleně orientován a připraven (Chráska, 2007).

Můžeme říct, že rozhovor je způsob komunikace s jednou nebo více osobami, díky kterému získáváme potřebné informace. Dobrá spolupráce klienta a pracovníka, popřípadě i jeho nejbližšího okolí, vznikne na základě vytvoření vztahu, kdy sociální pracovník díky rozhovorům vyhodnotí nejen, co klient potřebuje, ale co je schopen a ochoten přijmout. Aby všechny indicie potřeb klientů pracovník vyhodnotil správně, musí se naučit několik dovedností. Tou první a docela podstatnou je aktivní naslouchání. To je charakterizováno následujícími pravidly (Sheafor, Horejsi, Horejsi, 1988 in Matoušek 2013).

Pracovník:

- „je soustředěn na klienta, a to, co říká, vnímá pozorněji než své pocity a myšlenky;
- se zaměřuje na to, co klient cítí, a co má v jeho sdělení zásadní význam, spíše než na doslovný význam toho, co říká;

- *udržuje oční kontakt s klientem a je vnímavý k jeho neverbálním signálům;*
- *klade objasňující otázky, aby si upřesnil, co bylo řečeno;*
- *mluví, aby dosáhl lepšího porozumění, ne aby dělal závěry;*
- *zrcadlí klientovi, jak jeho sdělení pochopil. Ověřuje si, zda je pochopil správně, pokud ne, klient dostává příležitost zprávu upřesnit.“ (Sheafor, Horejsi, Horejsi 1988 in Matoušek, 2013, s. 95–96).*

Pokud vede pracovník rozhovor s přehnanou pečlivostí nebo naopak je lhostejný a odtažitý, může výsledek rozhovoru dostat úplně jiný „rozměr“ a výsledek, než ke kterému byl původně směřován. Při individuálním rozhovoru je také vhodné používat spíše otevřené otázky (např. „Povězte mi něco o své práci.“). Pracovník se dozví i něco, co by při konkrétní – uzavřené – otázce (např. „Kde pracujete.“) sám od sebe neřekl.

Existují ještě dva způsoby vedení rozhovoru – Rogersovský rozhovor a Ericksonovské provázení a vedení rozhovoru – které už vyžadují speciální dovednosti z psychoterapie, jelikož tyto druhy rozhovorů se používají u klientů nedobrovolných, agresivních, se zhoršenou schopností komunikace (Matoušek, 2013).

Každý rozhovor můžeme rozdělit do tří fází:

- **Úvodní** – zahrnuje seznámení, navázání kontaktu a základů důvěry, zahrnuje též důležitou vlastnost pracovníka – posluchače, a to naslouchání. Znamená to hlavně přiměřené, ne přehnané, ne netečné, reakce na informace, které klient sděluje.
- **Jaderná** – co klient očekává, je potřeba reálně usměrnit jeho požadavky a očekávání. Klient musí být vyslechnut, pochopen a respektován. Pracovník by měl vzít v úvahu klientovy subjektivní pocity a vzít je jako výchozí bod k poskytnutí pomoci. Tato fáze by neměla dospět k bodu, kdy dojde k opakování tématu a protirečení. V ten moment je vhodné přijít s usměrňovacími otázkami, k upřesnění faktů.
- **Závěrečná** – rozloučení, uvolnění, plány na další kontakt, udržení pozornosti až do konce rozhovoru, kdy je důležité vyzorovat, zda klient pochopil vše důležité, co zaznělo, co se ho týká, popřípadě jaký posun lze očekávat do budoucna při řešení klientova problému (Matoušek, 2013).

3.2 POZOROVÁNÍ

Dle Hauke (2011) pokud je pozorování záměrné a plánované, je zaměřeno k dosažení určitého cíle. Je zařazeno mezi oblíbené metody, protože všichni se vzájemně pozorují a vnímají okolí kolem sebe. Může být záměrné, ale také bezděčné. Velké využití má u pacientů, kteří málo komunikují běžným způsobem, nebo kteří nekomunikují vůbec. V neposlední řadě by se měly důležité závěry z pozorování zaznamenávat do dokumentace (Hauke, 2011).

Pozorování je hlavním základem jakékoli výzkumné metody. Na rozdíl od běžného pozorování je systematické, kdy jde o záměrné (má vytyčený hlavní cíl) a plánovité (předem stanovena doba či počet pozorování) sledování určitých zákonitostí a jevů. Výsledkem takového pozorování je nejen samotný popis dané skutečnosti, ale i její vysvětlení. Výsledkem každého pozorování je popis, který je zejména přesným záznamem pozorovaných jevů. Hlavní popis je založen na pojmech, které specifikují objekty zkoumání z hlediska jejich kvalitativních a kvantitativních charakteristik. V tomto případě jde o materiální pojmy, mezi které patří vlastnosti, jako je velikost, barva apod. Oproti tomu formální pojmy, jako je příčina, existence či identita hrají významnou roli při explanaci – vysvětlování, a mají organizační funkci (Mikuláščík, 2010).

Pozorování lze řadit mezi základní způsob vnímání světa okolo nás. Lidé jsou dobře vybaveni schopnostmi získávat potřebné informace díky smyslům. I přesto, že jsme každodenně vystaveni neustálému přijímání smyslových vjemů, jsme schopni rozeznat, co je pro naše pozorování důležité a co nikoli. Pozorování znamená sledování činnosti lidí, schopnost zaznamenat tuto činnost, ale také ji analyzovat a vyhodnotit. Při kvantitativně orientovaném výzkumu pozorovatel už před začátkem pozorování ví přesně, co a jak bude pozorovat. Stanovuje si druhy jevů, na které své pozorování zaměří. Tento způsob pozorování se nazývá strukturované pozorování. Název značí, že daný pozorovatel strukturuje, tedy rozčleňuje pozorovanou realitu na předem stanovené kategorie.

Mezi významné předpoklady kladené na vědecký popis patří:

- volba pojmů – specifikace pojmů by měly vycházet z věrohodných zdrojů; je zapotřebí klást důraz na zdroje, ze kterých je čerpáno;
- úplnost záznamů – při samotném popisu nesmí být vynechány ani okrajové či nahodilé jevy;

- objektivita – je hlavním důsledkem předchozích dvou požadavků. Hlavní definice, které autor pokládá za zřejmé, nemusí být zřejmé všem čtenářům, proto je důležité, aby byl popis ucelený. Žádný jev nesmí být opomenut či mu dána nízká důležitost, aby bylo možné tento proces opakovat později (Konečná, 2009).

3.3 PRÁCE S DOKUMENTACÍ

Jedná se o metodu nepřímé práce s klientem. Dokumentace je tvorba a shromažďování potřebných záznamů o činnostech na řešení životní situace klienta a jejího průběhu. Zahrnuje jak samotný záznam plánování průběhu spolupráce, tak záznamy pro statistickou analýzu. Dokumentace je soubor všech písemností, které se zejména vztahují k tomu, jakým konkrétním způsobem, v jakém rozsahu a komu přesně poskytujeme sociální či zdravotní službu. Jedná se o poměrně velké množství nejrůznějších dokladů, písemností, záznamů a dokumentů, které se mohou vyskytovat jak v písemné, tak v elektronické podobě. Dokonce si lze představit tyto záznamy na nejrůznějších audiovizuálních nosičích. Za dokumentaci jako takovou lze pokládat všechny informace, které mají charakter osobního či citlivého údaje, která je uvedena v hmotné formě (Miovský, 2006).

Pro definici dokumentace lze jako synonyma uvést evidence a v zúžené podobě také výkaznictví. Podmínky pro vedení dokumentace a samotné náležitosti jejího obsahu nejsou stanoveny žádným speciálním právním předpisem. Řídí se obecně zákonem č. 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů. Tento zákon stanovuje obecně platné normy pro zacházení s informacemi a dokumentací.

Zdravotnická dokumentace je podle Pokorné a kol. (2019) velmi důležitá. Stává se nezbytnou součástí péče o nemocné. Zdravotnická dokumentace je navíc významná nejen pro zajišťování optimální péče o pacienta, ale též je důležitá pro samotné zdravotnické zařízení, neboť mohou nastávat situace, kdy zdravotník pochybí. V takových případech je situace řešena, přičemž důležitým důkazním materiálem je právě zdravotnická dokumentace. Z těchto a dalších důvodů je tak důležité, aby byla vedená přehledně, byla v ní zajištěna chronologická návaznost, byla srozumitelná a též čitelná. Tyto aspekty jsou pochopitelně nezbytné, neboť se zdravotnickou dokumentací pracují všichni odborníci, kteří o pacienta pečují, včetně zdravotně sociálního pracovníka. Zapisovat do ní mohou jen pověřené osoby, a to pouze to, co je v jejich kompetencích. Ve zdravotnické dokumentaci by měly být zaznamenány všechny činnosti, které byly s pacientem prováděny, jaké léky

mu byly podány. Nezbytné je také, aby v ní nechyběly informace o mimořádných událostech, které nastaly.

Zdravotně sociální pracovník čerpá jak ze zdravotnické, tak i z ošetrovatelské dokumentace. Z těchto dokumentů čerpá informace, které jsou důležité pro jeho práci, což může být různé při práci s konkrétními cílovými skupinami. Tyto informace mohou být také východiskem pro jeho vlastní zprávy, které se následně stávají též součástí zdravotnické dokumentace.

Jak vysvětlují Pokorná a kol. (2019), legislativně je vedení dokumentace ukotveno v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotnických službách), ve znění pozdějších předpisů. Jedná se také o vyhlášku č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů a přílohu č. 1 vyhlášky č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí zdravotní péče, ve znění pozdějších předpisů.

Ve vyhlášce č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci jsou uvedeny všechny potřebné informace týkající se toho, co má být obsahem této dokumentace, jak má být tato dokumentace uchováována, po jak dlouho, jakým způsobem ji lze převést k jinému poskytovateli zdravotnické služby. U lůžkové péče se jedná o souhrn informací, tzv. epikrízu, týkající se průběhu vyšetření, léčby, plánu dalšího léčebného postupu, a to v případě, že byla tato forma péče poskytována alespoň v délce 8 dnů, přičemž záznam týkající se dalšího plánu musí být součástí této dokumentace s frekvencí 7 dnů. U psychiatrické péče je potřeba do zdravotnické dokumentace zanechat další plán péče alespoň jednou měsíčně.

Základním kritériem je v tomto případě to, že daný poskytovatel má písemně zpracována vnitřní pravidla pro zpracování, také vedení a samotnou evidenci dokumentace o všech osobách, kterých se týká. Součástí musí být i pravidla pro nahlížení do této dokumentace. Poskytovatel postupuje podle předem stanovených pravidel. Může se ovšem stát, že daný poskytovatel vede zejména anonymní evidenci jednotlivých osob v případě, kdy to vyžaduje daný charakter sociální služby či na žádost konkrétní osoby. Poskytovatel má předem stanovenou dobu pro uchování této dokumentace o osobě po ukončení poskytování sociální služby (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011).

Obecně platí, že jakákoliv dokumentace, která obsahuje osobní údaje uživatele, musí být vedena se souhlasem uživatele a s právem do ní nahlížet. Zařízení však získává nejen

údaje, které jsou stanoveny jako nezbytné pro samotné poskytování kvalitních a odborných služeb, ale i další (Hendl, 2008).

3.4 SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

Sociální poradenství se člení na základní a odborné. Základní sociální poradenství je v zásadě poskytováno ve všech sociálních službách, musí jej zvládat každý pracovník, který v nich působí. Základní sociální poradenství se týká poskytnutí informací, které jsou důležité pro řešení situace klienta. Sociální odborné poradenství již musí umět poskytnout sociální pracovník nebo zdravotně sociální pracovník. Tato forma poradenství se týká konkrétní cílové skupiny. Je poskytována v různých poradnách, jeho součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek (Malíková, 2019).

Schuler a Oster (2010) hovoří o poradenství v souvislosti s rozhovorem vedeným s pacientem umístěným v nemocničním zařízení. Na tomto místě je ovšem vhodné uvést, že poradenství klientům z řad nemocničních pacientů a osob jim blízkých může nabývat řady dílčích podob na základě toho, s jakými problémy (otázkami) je těmito osobám skrze poradenskou činnost napomáháno. Konkrétně lze zmínit například (Schuler a Oster, 2010):

- poradenství pro rodinné příslušníky pacientů;
- sociálně právní poradenství.

Obecně lze k poradenské činnosti vykonavatelů sociální práce v nemocnicích poznamenat, že: „*Při poradenství dostává pacient informace, nabídky a podporu pro naplánování svého dalšího života po návratu z nemocnice.*“ (Schuler a Oster, 2010, s. 273). Vždy také platí, že v rámci poradenství je nutné reagovat na individuální potřeby pacienta nebo jeho rodiny (na jejich aktuální stav) (Schuler a Oster, 2010).

3.5 SOCIÁLNÍ ŠETŘENÍ

Sociální šetření je podle Chaloupkové (2013) termínem, který není vhodně zakotven v odborné literatuře, ani v legislativě. Podle autorky mnozí odborníci tento termín odmítají, neboť neindikuje dialog, který by měl být s klientem veden. Upřednostňují tak často pojem jednání se zájemcem o službu, nicméně podle autorky tento přístup není vhodný, neboť sociální šetření je jen jednou z částí jednání se zájemcem o službu. Sociální šetření se dle téhož zdroje týká posuzování situace klienta, přičemž zdravotně sociální pracovník usiluje o poznání jeho situace a života, aby mohl následně vhodně intervenovat. Dochází tak

k hodnocení případu, výsledkem může být sociální diagnóza. Podle autorky je v rámci sociálního šetření, který zdravotně sociální pracovník provádí, klíčové zjišťování potřeb klienta (pacienta). Zajímá se o to, proč se dostal do situace, která jej přivedla do kontaktu se zdravotně sociálním pracovníkem, zkoumá jeho pohled na tuto situaci, očekávání, navíc průběžně zjišťuje, zda je dotyčný osobou, které lze služby zdravotně sociálního pracovníka poskytnout. Touto metodou zdravotně sociální pracovník získává informace, předává je dále, poskytuje sociální poradenství. V nemocničním zařízení zajišťuje podle Urbana et al. (2019) zdravotně sociální pracovník vstupní sociální šetření, sociální šetření probíhá na základě indikace ošetřujícího lékaře. Většinou je k tomu využíván připravený formulář.

Dle Novosada (2004) je sociální šetření metoda, která v širším pojetí zjišťuje sociální zázemí pacienta, sociální vztahy i soběstačnost klienta. Uvádí, že „*Sociální šetření slouží k analýze klientovy situace, na níž navazuje návrh možných podpůrných opatření, je zdrojem údajů či informací pro klientskou dokumentaci a patří k metodám používaným při vypracování případové studie klienta (tj. kazuistiky) v sociální práci.*“ (Novosad, 2004, s. 34). Dále popisuje, že analýza odborné dokumentace, pozorování a rozhovor se kombinují při zpracování sociálního šetření. Získáváme tedy informace od pacienta samotného, jeho blízkých a pracovníků, kteří s pacientem pracují či pracovali.

V užším pojetí jsou tři důležité milníky, které zdravotně sociální pracovník zjišťuje. První je sociálně-ekonomický statut klienta. To znamená, že zjišťuje jeho aktuální zaměstnání či pobírání důchodu, popřípadě zda pobírá sociální dávky. Dále zjišťuje kde a s kým pacient bydlí, a zda se může zpět vrátit, popřípadě zda se má o pacienta kdo postarat. Druhá část jsou sociální vztahy, tedy především vztahy v rodině. Jako poslední, třetí část, je klientova soběstačnost. Zdravotně sociální pracovník může hodnotit pacienta podle rámcové škály soběstačnosti, ale důležité je pro něj to, zda pacient zvládne osobní hygienu, obléknout se, postarat se o domácnost, jaká je jeho pohybová soběstačnost, nebo zda musí využívat kompenzační pomůcky (Novosad, 2004).

3.6 PŘÍPADOVÁ PRÁCE

Případová práce, nebo také studie, patří mezi jeden z nejlepších způsobů, jak konkrétně zvýšit důvěryhodnost a přesvědčit potencionálního či stávajícího klienta. Ukazuje na příkladu konkrétního klienta, jak probíhal projekt od samotného začátku až do konce, jak byl vyřešen daný problém a jaký to mělo výsledkem. Umožňuje objasnění případu.

Výhodou této metody je určitá možnost hlubokého poznání podstaty případů, nevýhodou je omezení zobecnitelnosti výsledků (Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011).

Podle Allena a Spitzera (2016) je případová práce (case management) základní metodou práce zdravotně sociálního pracovníka. Je důležité, aby byly zachovávány postupy správně vedené případové práce. V rámci případové práce provádí zdravotně sociální pracovník sociální šetření, v němž se zaměřuje na potřeby pacienta a jeho blízkých, koordinuje práci dalších odborníků, vyhodnocuje postupy péče o pacienta apod.

Tato metoda umožňuje zachycení detailů, složitosti, procesů a vztahů, které probíhají v daném mikroprostředí. Určitým způsobem tato metoda předpokládá, že podrobný výzkum jednoho případu zejména přispěje k lepšímu porozumění a pochopení jiných, podobných případů. Je ovšem zapotřebí vnímat tyto případy a chápat je v širším kontextu, eventuálně je porovnat s dalšími případy. Hlavním cílem případové studie je zkoumat, jaké jsou charakteristiky konkrétního případu či skupiny porovnávaných případů. Na rozdíl od statistického šetření, které zejména shromažďuje relativně omezené množství dat od mnoha případů, tato se snaží o zajištění velkého množství potřebných dat od jednoho nebo několika málo jedinců. Jedná se v tomto případě o zachycení složitosti zkoumaného případu, o popis vztahů. Případové studie se využívají zejména v lékařství, etnografii, psychologii, sociologii či v pedagogickém výzkumu. (Hendl, 2008)

Případová studie musí splňovat určité podmínky, mezi které patří:

- stanovit typ otázek, na které bude hledat odpovědi odkrýváním zkoumaného konkrétního případu v terénu,
- vymezit hlavní roli výzkumníka (či týmu),
- zvážit, jestli bude zkoumat aktuální stav či historii případu.

Případová studie jako taková má zejména vytvářet určité příležitosti a poukázat na dopad znalostí na život klienta. Měla by především ukázat, jaké problémy umíme řešit, jak zjistit, co je za problém, jaké se nabízí řešení, jak zjistit, že je to správné řešení, jak tohle řešení uvést do praxe, jak řešit konkrétní problémy, jak neztratit tah na branku a jak komunikovat s konkrétním klientem. (Miovský, 2006)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 POPIS VÝZKUMU

V kapitole jsou uvedeny cíle výzkumu a výzkumné otázky. Popsána je zvolená metodika výzkumu a v závěru kapitoly je charakterizován výzkumný soubor.

Výzkum se zaměřuje na roli zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví, konkrétně v nemocničním zařízení. Jak bylo uvedeno v teoretické části práce, role zdravotně sociálního pracovníka je v současné době legislativně ukotvena a vymezena, potřeba této profese je zcela jistě nezpochybnitelná.

Z profesiogramu uvedeného na webu časopisu *Sociální práce/Sociálna práca* je patrné, že zdravotně sociální pracovník realizuje mnoho činností, které nemůže provádět žádný jiný odborník z multidisciplinárního týmu nemocničního zařízení. Jeho činnosti vycházejí z potřeb klienta (pacienta), týkají se nejen pobytu pacienta v nemocničním zařízení, ale často působí u klienta a jeho blízkých i po propuštění ze zařízení (Anon, 2020).

Jakým způsobem skutečně bývá využívána tato profese v nemocničních zařízeních, není předmětem mnoha výzkumů, přestože se jedná o profesi, která je poměrně nová. Z výzkumu Dohnalové, Nečasové a Trboly (2019) vyplynulo, že je role zdravotně sociálního pracovníka v nemocničním zařízení často obtížně realizovatelná, resp. nedaří se naplňovat potenciál této profese, což je dáno zejména nedostatečnou informovaností lékařů, sester, ale i pacientů a jejich blízkých o tom, jakým způsobem může zdravotně sociální pracovník pomoci.

4.1 CÍLE VÝZKUMU A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V kapitole jsou uvedeny cíle výzkumu, konkrétně hlavní cíl výzkumu a dílčí cíle, též hlavní výzkumná otázka a od ní odvozené dílčí výzkumné otázky.

Hlavní cíl výzkumu (HCV) byl formulován následovně:

HCV: Zjistit, jakou roli mají zdravotně sociální pracovníci ve vybrané nemocnici.

Formulovány byly také **dílčí cíle výzkumu** (DCV):

DCV1: Zjistit, jak je nastavena spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s dalšími odborníky v péči o pacienta nemocničního zařízení.

DCV2: Zjistit, jaké činnosti vykonává zdravotně sociální pracovník v nemocničním zařízení.

DCV3: Zjistit, jaké metody sociální práce užívá zdravotně sociální pracovník v rámci zdravotně sociální péče o klienta v nemocničním zařízení.

Stanoveny byly také výzkumné otázky.

Hlavní výzkumná otázka (HVO) byla ve znění:

HVO: Jakou roli mají zdravotně sociální pracovníci ve vybrané nemocnici?

Od HVO byly odvozeny **tři dílčí výzkumné otázky** (DVO):

DVO1: Jak je nastavena spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s dalšími odborníky v péči o pacienta nemocničního zařízení?

DVO2: Jaké činnosti vykonává zdravotně sociální pracovník v nemocničním zařízení?

DVO3: Jaké metody sociální práce užívá zdravotně sociální pracovník v rámci zdravotně sociální péče o klienta v nemocničním zařízení?

4.2 METODIKA VÝZKUMU

S ohledem na cíl výzkumu byla zvolena jako nejvhodnější výzkumná strategie kvalitativní výzkum, neboť tímto způsobem lze podle Reichela (2009) zkoumat do hloubky vybrané jevy a předmět výzkumu, kterým tedy byla role zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici. Tím, že je téma málo probádané, působení zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici stále není běžnou praxí, je žádoucí porozumět tomu, jak může zdravotně sociální pracovník pomoci jak pacientům v nemocnici, tak i dalšímu personálu v rámci multidisciplinárního týmu. Pro tyto účely, tedy pro detailní zmapování zvolené problematiky, je kvalitativní výzkum nevhodnější.

Hendl (2016) vysvětluje, že je práce badatele v kvalitativním výzkumu podobná práci detektiva. Podobně jako detektiv, tak i výzkumník opakovaně vstupuje do terénu, snaží se hovořit s osobami, které mu mohou poskytnout požadované informace (data). Dle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007) se jedná o výzkum, který pracuje s nenumerickými daty, výzkumný vzorek tvoří malý počet osob. Užívány jsou metody jako rozhovor nebo pozorování, které umožňují zjistit, jakým způsobem je určitý jev v realitě zastoupen, jaká jsou jeho specifika. Nejsou voleny předem známé kategorie dat, naopak – analýzou dat získaných kvalitativním způsobem je možné vytvářet nové kategorie dat, které jsou následně detailně popsány. Často je pak výsledkem kvalitativního výzkumu nová teorie nebo formulace hypotéz, které lze následně ověřovat ve výzkumu kvantitativním.

4.2.1 Metody sběru dat

Metodami sběru dat byl rozhovor, pozorování a analýza dokumentů, což umožnilo dosáhnout triangulace dat. Triangulace značí kombinaci různých metod sběru dat. Dle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007) lze tímto způsobem zkoumaný jev popsat z více perspektiv, dochází tak k podpoře a ospravedlnění získaných dat. Kombinace více metod sběru dat zvyšuje podle Miovského (2006) validitu získaných výsledků.

Co se týče **rozhovoru**, Reichel (2009) vysvětluje, že existují tři základní druhy rozhovorů, a to rozhovor strukturovaný, nestrukturovaný a polostrukturovaný. V realizovaném výzkumu byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, neboť dle Reichela (2009) tento typ rozhovoru v sobě eliminuje nevýhody dalších dvou typů. Badatel si vytvoří jádro rozhovoru, které obsahuje několik otázek, jejichž formulace vychází z cíle výzkumu a výzkumných otázek. Následně je zapotřebí všechny otázky položit participantům, nicméně lze měnit pořadí otázek a též je možné pokládat otázky doplňující, což autor

doporučuje, neboť z doplňujících otázek lze často získat detailní informace nebo informace, které umožní porozumět více zkoumanému jevu.

Pozorování jako další metoda sběru dat může mít také více podob. Dle Švaříčka, Šed'ové a kol. (2007) představuje pozorování jednu z nejnáročnějších metod sběru dat v rámci kvalitativního výzkumu. Pozorování může být zúčastněné a nezúčastněné a dále se pozorování dělí na pozorování přímé a nepřímé, strukturované a nestrukturované. Při zúčastněném pozorování je pozorovaný jev sledován přímo badatelem, který se navíc dostává do interakce s pozorovanými účastníky výzkumu, i když děj, v němž se ocitají, přímo záměrně neovlivňuje. Zúčastněné pozorování se dále dělí na otevřené a skryté dle toho, zda jsou účastníci výzkumu obeznámeni s tím, že jsou pozorováni. Rozdíl mezi přímým a nepřímým pozorováním spočívá v účasti na ději, který je zkoumán: u přímého pozorování se badatel ocitá v terénu, sledovaný jev se odehrává v témže čase, zatímco u nepřímého pozorování je děj sledován zpětně, např. ze záznamu. Pokud si badatel přímo stanoví, co bude konkrétně pozorovat, předem si tedy definuje např. určité kategorie zkoumaného jevu, jedná se o strukturované pozorování. Jestliže naopak sleduje určitý jev bez této prvotní přípravy, neomezuje své pozorování na určité aspekty zkoumaného jevu, jedná se o pozorování nestrukturované. V realizovaném výzkumu bylo zvoleno zúčastněné, přímé, strukturované pozorování.

Analýza dokumentů je podle Reichela (2009) poměrně málo využívanou metodou sběru dat. Analýza může být vnitřní nebo vnější: u vnitřní analýzy je sledován určitý prvek dokumentu, v případě vnější analýzy je zkoumán kontext vzniku dokumentů. Podoba analýzy dokumentů může být podle autora kvantitativní nebo kvalitativní. U kvalitativní analýzy dokumentů jsou koncipovány analytické kategorie a záznamové jednotky, u kvantitativní analýzy je vycházeno ze standardizovaných analytických kategorií, prvky, které jsou do nich řazeny, je možné určitým způsobem třídít (dle pořadí, počtu apod.). V realizovaném výzkumu byla zvolena kvalitativní analýza dokumentů. Nebyly předem stanoveny analytické kategorie, ty naopak byly výsledkem této analýzy dokumentů, byly také popsány.

4.2.2 Průběh výzkumu

Výzkum probíhal v jedné vybrané nemocnici. S ohledem na etiku výzkumu, zejména zajištění anonymity participantek, není přímo uveden název daného zařízení. Výzkum probíhal v únoru až březnu roku 2021.

Nejprve byla telefonicky oslovena vedoucí sociálního oddělení nemocnice se žádostí o realizaci výzkumu v daném zařízení. Výzkumu se zúčastnily čtyři zdravotně sociální pracovnice. Jednalo se o všechny zdravotně sociální pracovníky jedné nemocnice.

Nejprve bylo realizováno pozorování profesního působení participantek, které probíhalo po dobu dvou po sobě jdoucích týdnů, v rámci pracovních dnů (1. – 5. února 2021, 8. – 12. února 2021), a to po celý pracovní den, se zaznamenáváním činností, kterým se participantky věnovaly, dle předem připravených analytických kategorií.

Termín **pozorování** byl smluven přímo s participantkami, které s ním souhlasily. V rámci tohoto prvotního kontaktu s participantkami byl získán jejich ústní souhlas s účastí ve výzkumu, což je důležité z hlediska zajištění etiky výzkumu.

Pozorování probíhalo vždy v kanceláři participantek, po celou jejich pracovní dobu. Následně bylo dle výsledků pozorování doplněno již vytvořené schéma rozhovoru.

Základní otázky **rozhovoru** byly formulovány ještě před realizací výzkumu, tedy vstupem do terénu. Otázky byly formulovány tak, aby byly pro participantky srozumitelné, doplněny byly také některé otázky (jednalo se o otázky zaměřené na specifickou situaci v nemocnici danou pandemií covid-19). Výsledné schéma rozhovoru je součástí příloh.

S každou participantkou byl osobně smluven termín a místo vedení rozhovoru. Rozhovor se vždy konal v klidném prostředí (v pracovních participantek).

Dokumenty, které byly analyzovány, představovaly materiály, s nimiž tyto participantky v době realizovaného pozorování pracovaly. Vycházely z nich při provádění konkrétních úkonů, kdy se jednalo o zprávy z OSPOD či jiných institucí, nebo e-mailová komunikace, zpráva pro OSPOD, městský úřad apod... Dále se jednalo o interní materiály zdravotnického zařízení, týkající se popisu práce zdravotně sociálního pracovníka.

4.2.3 Metoda analýzy dat

K analýze dat získaných všemi třemi metodami sběru dat bylo zvoleno **otevřené kódování** zakotvené teorie. Jak vysvětlují Švaříček, Šedřová a kol. (2007), při otevřeném kódování dochází k třídění částí výroků do skupin dle obdobného významu. Výsledek je zapotřebí opakovaně revidovat. Výsledné kategorie jsou označeny názvem.

Kódování v případě analýzy dat získaných z rozhovorů probíhalo s využitím programu Microsoft Office. Rozhovory byly přepsány do textového editoru Microsoft Office Word, posléze byly do tabulkového procesoru Microsoft Office Excel kopírovány části výroků,

přičemž každý sloupec obsahoval výroky mající obdobný obsah. Výsledkem opakované revize takto utříděných dat byly kategorie (sloupce s konkrétními částmi výroků), které byly dle obsahu těchto výroků označeny přiléhavým názvem. V následující tabulce jsou vypsané kategorie, které obsahují několik podkategorií:

KATEGORIE Č. 1: ČINNOSTI ZSP	KATEGORIE Č. 2: METODY	KATEGORIE Č. 3: SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI AKTÉRY	KATEGORIE Č. 4: ROLE ZSP
<ul style="list-style-type: none"> • Sociální šetření • Poradenství • Pomoc zúčastněným stranám • Zápis o činnosti ZSP • Dodržování pravidel zařízení • Zvyšování odbornosti • Administrativa 	<ul style="list-style-type: none"> • Rozhovor • Pozorování • Analýza dokumentů • Sociální šetření 	<ul style="list-style-type: none"> • Jednání s pacientem • Jednání s rodinou • Jednání s úřady • Jednání s dalšími kolegy • Informační nemocniční systém • Komplikace 	<ul style="list-style-type: none"> • Spojení mezi pacientem a rodinou • Suplování činností jiných aktérů • Zmapování situace pacienta

Zdroj: vlastní zpracování

Pozorování bylo provedeno dle předem připravených kategorií podle oblastí činnosti ZSP. (Podoba připraveného pozorovacího archu je podána v oddílu příloh, Příloha P3). Následně ovšem byla data z těchto kategorií opět obsahově tříděna. Jako příklad lze uvést jednu z výsledných kategorií analýzy dat získaných z pozorování, která byla nazvána Jednání s rodinou: jednání s rodinou probíhalo jak v rámci Telefonické komunikace, tak i v rámci Jiné činnosti. Telefonická komunikace a Jiné činnosti byly jedny z kategorií tvořících připravený pozorovací arch. Pozorovací arch byl tvořen především s ohledem na nejčastěji zastoupené činnosti, které zdravotně sociální pracovník v rámci své role v nemocnici

provádí a které jsou popsány v odborné literatuře (viz teoretická východiska, zejména podkapitola 2.4 a kapitola třetí). Zdravotně sociální pracovník především jedná s konkrétními lidmi (tj. s pacienty, pracovníky nemocnice i s pracovníky mimo nemocnici, působícími v jiných institucích), vyřizuje telefonáty, věnuje se administrativě. Dle toho tedy vznikly kategorie pro strukturované pozorování (Telefonická komunikace, Administrativa, Jednání s klientem, Nemocnice-spolupráce, Jiná instituce-spolupráce, přidána byla i kategorie Jiné činnosti pro zaznamenání dalších případných činností zdravotně sociálního pracovníka, které by nebylo možné přiřadit k předchozím kategoriím).

Obsah těchto kategorií tedy byl analyzován pomocí otevřeného kódování, kdy byly slučovány stejné činnosti, byť z jiných kategorií, do jedné kategorie, která tedy byla potom následně pojmenována.

4.2.4 Presentace analyzovaných dat

Pro větší přehlednost byl nejprve sestaven soupis vytvořených kategorií, s rozlišením dle metod sběru dat. Zvažováno bylo, zda prezentovat výsledky dle jednotlivých metod sběru dat, vytvořených kategorií nebo dílčích výzkumných otázek.

Jako nejvhodnější byla zvolena prezentace výsledků výzkumu dle dílčích výzkumných otázek, neboť následně bylo snazší o takto prezentovaných výsledcích diskutovat, dalším důvodem byla shoda některých kategorií v rámci metod sběru dat.

Výsledky jsou v kapitole páté prezentovány ve třech podkapitolách, které odpovídají třem dílčím výzkumným otázkám. Jak již bylo uváděno, předností kvalitativního výzkumu je možnost popsat zkoumaný jev do hloubky a detailů. Z tohoto důvodu jsou také v rámci prezentovaných výsledků uváděny i přímé výroky participantek.

4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR

Výzkumný soubor byl vybrán metodou záměrného výběru. Výzkum probíhal ve vybrané nemocnici, a to v rámci jejího sociálního oddělení. Byly osloveny všechny zdravotně sociální pracovnice působící na daném oddělení.

Výzkumný soubor je tedy tvořen pouze pracovníky tohoto oddělení, konkrétně všemi zdravotně sociálními pracovníci působícími na daném oddělení. Byl zastoupen čtyřmi zdravotně sociálními pracovníci z vybrané krajské nemocnice, které byly ochotné se zúčastnit výzkumného šetření.

Výzkumný vzorek tvořily pouze ženy, neboť žádný muž na daném oddělení nepracuje. Charakteristika participantek je následující:

1. Zdravotně sociální pracovnice P1 (1 rok praxe) – na starosti má dětské oddělení, porodnici a chirurgické oddělení. Tato participantka působí na vedoucí pozici.
2. Zdravotně sociální pracovnice P2 (půl roku praxe) – na starosti má interní oddělení, neurologii, urgentní oddělení.
3. Zdravotně sociální pracovnice P3 (36 let praxe) – na starosti má LDN.
4. Zdravotně sociální pracovnice P4 (8 let praxe) – na starosti má LDN.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující kapitola prezentuje výsledky výzkumu. Získaná data byla analyzována pomocí metody otevřeného kódování. Kódováním bylo zjištěno, že se data získaná různými metodami zpracování dat překrývají.

Kategorie č. 1: Činnosti ZSP

- **Sociální šetření:** jak bude dále v textu uvedeno, sociální šetření představuje hlavní činnost ZSP, což bylo zřejmé jak z rozhovorů, tak i z pozorování a analýzy dokumentů. Samotné sociální šetření pak obsahuje dílčí činnosti, jako např. jednání se všemi významnými aktéry pomoci pacientovi nebo jednání s pacientem, s užitím různých metod sociální práce.
- **Poradenství:** poradenství probíhá zejména v rámci jednání s pacientem a rodinou, většinou osobně, často též telefonicky;
- **Pomoc zúčastněným stranám:** tato podkategorie je poměrně široká, opět je detailněji popsána v rámci dílčích podkategorií, přičemž nejvýznamněji je zastoupena v rámci kategorie Metody;
- **Zápis o činnosti ZSP:** nedílnou součástí činností ZSP je zápis o všem, co ZSP prováděl, jaké informace získal, jaký byl výsledek jeho činnosti u konkrétního pacienta. ZSP mají tuto činnost explicitně uvedenou v interních dokumentech nemocničního zařízení, jak bylo zjištěno v rámci analýzy rozhovorů. Z pozorování bylo zřejmé, že zápis o činnosti ZSP představuje časově náročnou činnost;
- **Dodržování pravidel zařízení:** tato činnost se váže zejména k zápisu o činnosti ZSP do nemocničního systému, ale též tato podkategorie obsahuje výroky nebo části výroků, týkajících se doby realizace výzkumu, tj. období, kdy v ČR panovala pandemie covid-19, což s sebou přinášelo povinnost pro ZSP dodržovat hygienicko-epidemiologický režim v zařízení, přičemž toto pravidlo je také součástí interní dokumentace;
- **Zvyšování odbornosti:** tato podkategorie vznikla na základě analýzy interních materiálů zdravotnického zařízení. Zároveň však vyplývala i z pozorování. Participantky i přes svoji praxi v této profesi zažívaly pro ně zcela nové situace, které musely vyřešit. Setkání s novými případy nebo situacemi (z velké části opět vlivem pandemie covid-19) s sebou jako průvodní jev přinášelo zvyšování

odbornosti ZSP. Zároveň je v interních materiálech, které byly analyzovány, zohledněn požadavek na etické jednání ZSP, které se se zvyšováním odbornosti pojí;

- **Administrativa:** tato podkategorie byla vyčleněna zvlášť, nebyla přiřazena k podkategorii Zápis o činnosti ZSP, byť se v zásadě též jedná o administrativu. Do této podkategorie byly zahrnuty činnosti, které prováděly participantky v souvislosti s výkonem své práce. Jednalo se zejména o zaslání dopisů určitým úřadům. Z analýzy dokumentů vyplynulo, že se ZSP také např. podílí na přípravě a aktualizaci standardů kvality.

Kategorie č. 2: Metody

- **Rozhovor:** rozhovor je patrně nejčastější využíván, neboť získat informace, poskytovat poradenství apod. je prováděno především prostřednictvím rozhovoru. V rámci rozhovoru je též prováděno sociální šetření, které vychází i z analýzy dokumentů.
- **Pozorování:** pozorování probíhá v rámci sociálního šetření, zároveň participantky během jednání s různými relevantními osobami získávaly prostřednictvím pozorování (např. způsobu jednání rodiny pacienta s pacientem) další důležité informace, které doplňovaly poznatky získané z rozhovoru;
- **Analýza dokumentů:** k analýze dokumentů přistupují participantky zejména předtím, než začnou provádět sociální šetření. Druhou oblastí je zápis do nemocničního systému.
- **Sociální šetření:** sociální šetření je základní činností, kterou ZSP provádí, nejčastěji ji provádí pomocí rozhovoru a pozorování.

Kategorie č. 3: Spolupráce ZSP s dalšími aktéry

- **Jednání s pacientem:** jednání s pacientem probíhá v mnohem menší míře, než je tomu v případě rodiny nebo úřadů. Zároveň ale bylo zjištěno, že četnost a intenzita jednání s pacientem závisí na tom, na jakém oddělení ZSP působí. V případě ZSP působících v LDN jednají participantky spíše s blízkými pacienta (jeho rodinou), s úřady, často dochází k tomu, že provádějí některé úkony za pacienta. Jestliže se

však jedná např. o gynekologické nebo porodnické oddělení, participantky jednají spíše s pacientkami;

- **Jednání s rodinou:** jednání s rodinou pacienta je v případě některých pacientů nutností, což se týká především jednání s pacienty vyššího věku, kteří mnohdy nejsou schopni poskytnout potřebné informace nebo realizovat činnosti, které jim ZSP doporučí;
- **Jednání s úřady:** tato podkategorie zahrnuje mnoho různých institucí a subjektů, s nimiž během výkonu své práce vstupuje ZSP do kontaktu. Jednání probíhá zejména telefonicky, participantky mají tuto činnost explicitně uvedenou v rámci popisu pracovní pozice;
- **Jednání s lékaři:** jednání s lékaři probíhá v porovnání s dalšími aktéry péče o pacienta v nejmenší míře;
- **Jednání s dalšími kolegy:** jednání s kolegy zahrnuje zejména jednání s dalšími ZSP v nemocničním zařízení, neboť pacient může být přeložen na jiné oddělení, jsou tedy následně získávány informace o jeho potřebách a sociální situaci od ZSP na původních odděleních. ZSP také jednají kromě lékařů i se sestrami;
- **Informační nemocniční systém:** tato podkategorie zahrnuje obsah, který se vztahuje k velmi významné části práce ZSP. Z informačního nemocničního systému získávání participantky potřebné informace o pacientovi, zároveň ovšem prostřednictvím něj probíhá spolupráce s dalšími aktéry péče o pacienta;
- **Komplikace:** tato podkategorie se týká především situace spojené s pandemií covid-19. Dále se jedná o komplikace spojené s koncepcí nemocničního systému, který v případě participantek působících v LDN není plně přístupný. Komplikace plynou i z jednání s některými pacienty či úředníky na úřadě, ale též z jednání s rodinou pacienta.

Kategorie č. 4: Role ZSP

- **Spojení mezi pacientem a rodinou:** zejména v pandemii covid-19 se stal ZSP velmi důležitým spojovacím článkem mezi pacientem a jeho rodinou;

- **Suplování činnosti jiných aktérů:** skutečnost, že ZSP „supluje“ činnosti dalších aktérů (např. rodin, pacienta, úřadů) bylo opět dáno především pandemií covid-19, která tedy poukázala na to, jak důležitá je role ZSP v nemocničním zařízení. V menší míře probíhá toto suplování i mimo pandemií covid-19, a to v souvislosti s charakteristikami některých pacientů (věk pacientů v LDN apod., nízká obeznamenost rodiny pacientů s tím, jak postupovat při řešení situací spojených s péčí o jejich blízkého);
- **Zmapování situace pacienta:** participantky mapují situaci pacienta v rámci sociálního šetření, též v souvislosti s analýzou dokumentů a při pozorování.

Kategorie č. 3 se váže k VO1, kategorie č. 1 a 4 umožnily zodpovědět VO2 a kategorie č. 2 byla vztažena svým obsahem k VO3. Pochopitelně jedná se o určitou abstrakci, neboť např. jednání s pacientem probíhá v rámci zvolené metody rozhovoru, je podmínkou pro kooperaci s dalšími odborníky apod.

Dále v textu je obsah kategorií vyložen detailněji, a to v rámci výsledků prezentovaných dle jednotlivých VO. Výsledky jsou vyloženy i s využitím přímých výroků komunikačních participantek, je-li to vhodné. Výroky jsou uváděny přesně. Vynechány jsou údaje umožňující identifikaci participantek nebo nemocničního zařízení, zároveň jsou tyto přímé výroky uváděny v nezměněné podobě (s danou výjimkou), tj. i s případnou nespisovnou češtinou, expresivními výrazy apod. Pro lepší porozumění je však prezentován delší výrok, přičemž vždy je zachyceno, kdo byl jeho původcem, a to prostřednictvím zkratk P1, P2, P3 a P4, označujících jednotlivé participantky (viz popis výzkumného vzorku v kapitole 4.3).

5.1 NASTAVENÍ SPOLUPRÁCE S DALŠÍMI ODBORNÍKY

I když z analýzy dat vyplynulo, že jsou participantky velmi samostatné, v zásadě dostanou přidělený určitý úkol (např. zařídit sociální pohřeb nebo zajistit umístění pacienta do pobytové sociální služby poté, co bude pacient propuštěn), bez kooperace s dalšími významnými aktéry v péči o pacienta by dané úkoly nemohly zvládnout.

Spolupráce probíhá především s rodinami pacientů, dále se jedná o úřady a instituce, jakými jsou Policie ČR, OSPOD, městský úřad – např. okresní správa sociálního zabezpečení, domov pro seniory, domov pro osoby se zdravotním postižením, pečovatelská služba, hospic, azylový dům, ubytovna.

I když participantky uváděly, že jednají nejčastěji právě s těmito stranami, z pozorování bylo zřejmé, že jsou zároveň v neustálém kontaktu s dalšími pracovníky nemocničního zařízení. Jednalo se o jiné ZSP, sestry, lékaře, další odbornosti z paliativního multidisciplinárního týmu, sociální pracovníky pobytových sociálních službách.

V interních dokumentech, týkajících se pracovní náplně práce ZSP, je uvedeno, s kým vším ZSP jedná. ZSP může přicházet do kontaktu i s dalšími odborníky, např. v souvislosti s řešením mimořádných událostí nebo krizových situací, kdy se tedy může jednat např. o pracovníky IZS.

Bylo tedy možné pouze se domnívat, že je tato spolupráce nastavena velmi dobře, i když nebyl k dispozici materiál obsahující metodiku, jak spolupráci s dalšími odborníky provádět. Participantky vycházejí především z praxe v zařízení a vlastní zkušenosti. Tím, že je jim dána ze strany vedení nemocničního zařízení značná autonomie, je především kompetenci a odpovědností ZSP, jak tuto spolupráci nastaví. Garantem toho, že bude spolupráce probíhat optimálně, ale též osobou, která případně jednotlivé kroky v rámci spolupráce s dalšími odborníky nastavuje, je vedoucí ZSP, kterou je P1.

I přes dobré nastavení této spolupráce neplatí, že samotná spolupráce probíhá bez potíží. Zejména v době pandemie covid-19 se situace ZSP značně ztížila, jak o tom referovala P1: *„Když byla situace úplně nejhorší, tak vlastně nebyly na ta oddělení dovoleny návštěvy ani třeba sociálních pracovnícím z různých sociálních zařízení. To znamená, že nám to trochu komplikovalo umístění těch pacientů a nebyly jsme tam na některé, na některé ty oddělení pouštěny ani my. Takže všechno se odehrávalo přes telefon. Což je jakoby takové komplikující, protože jeden zavolá jednomu, ten zavolá dalšímu a ty informace můžou být nakonec trochu, trochu zkreslené“.*

Pandemická situace také ztížila kooperaci s dalšími pracovníky v nemocničním zařízení. Zrušeny byly vizity, participantky tak nemohly získat potřebné informace osvědčeným způsobem (přítomností na vizitě, dotázání se na to, co jim nebylo v rámci vizity jasné, možnost snadno se na některé aspekty péče o pacienta doptat, pokud byl např. ošetřující lékař přítomen na vizitě).

Práce s informačním nemocničním systémem, který je klíčový pro všechny pracovníky zařízení, kteří přicházejí do kontaktu s pacienty a pečují o něj. ZSP do něj zapisují vše, co prováděly, z čehož vycházejí další odborníci pečující o pacienta. Zároveň ovšem i samy ZSP čerpají informace od těchto odborníků z jejich záznamů, které jsou prováděny

za účelem předávání informací, snadného dohledání relevantních informací o pacientovi. V tomto ohledu vědí všechny participantky, co má být obsahem těchto zápisů. Oslovené zdravotně sociální pracovnice evidují výsledky své činnosti do části nemocničního systému, který je k nahlédnutí pouze ostatním ZSP. Zároveň ovšem podávají také zprávu dalším kolegům (jiným ZSP, lékařům, členům multidisciplinárního týmu apod.), a to v jiné sekci nemocničního systému, který je viditelný všem oprávněným osobám. Zde je nutné vytvářet záznamy jasné, přehledné a obsahující všechny potřebné informace.

Situace ZSP, které pracují na oddělení LDN, je složitější, neboť nemají přístup ke všem informacím v systému, na rozdíl od ZSP, které pracují na jiných odděleních (např. na interně). Systém navíc po delší pauze „vypadává“, participantky se musí opakovaně do systému přihlašovat, vyhledávat informace. Do části systému, který je přístupný pouze ZSP, vpisují velmi detailní informace, což je důležité pro další ZSP, ale též tento postup usnadňuje zdravotně sociálním pracovním práci, neboť si nemusí vše pamatovat a mají tak přehled o tom, jaké činnosti vykonávaly.

Jak participantky popisovaly, jestliže např. zahajují sociální šetření, resp. je jim sděleno např. ze strany lékaře, staniční sestry apod., aby zajistily umístění pacienta do pobytové sociální služby po propuštění z nemocnice, musí si nejprve získat všechny potřebné informace. To je prováděno osobně, v době pandemie covid-19 velkou měrou telefonicky, případně prostřednictvím e-mailové komunikace, ale také získáním údajů z informačního nemocničního systému. ZSP potřebuje znát informace ze zdravotní dokumentace pacienta. Teprve poté ví, s kým bude muset jednat, jaká kooperace s dalšími aktéry péče o pacienta bude nutná. Z pozorování i analýzy dokumentů vyplývalo, že se všem zúčastněným stranám daří předávat si informace přesné, relevantní.

ZSP mají v tomto ohledu oporu ve vedoucí, která spoluprací s dalšími aktéry koordinuje a pomáhá jednotlivým zdravotně sociálním pracovním, pokud se jedná např. o odborně nebo časově náročný případ. Pořádány jsou pravidelné porady ZSP, v nichž si jednotlivé zdravotně sociální pracovnice předávají informace o pacientech, případných úskalích, kterým čelí, též nové poznatky, které mohou využít i jiné ZSP. Samotná spolupráce mezi jednotlivými ZSP je na velmi dobré úrovni. Mezi ZSP panuje přátelský vztah, nejsou tak sobě vzájemně konkurentkami, ale jsou součástí jednoho týmu.

Dobře nastavená spolupráce je možná patrně i vlivem zdravého a bezpečného psychosociálního klimatu, které bylo možné vnímat v rámci pozorování. Jestliže se participantky potýkají s určitými problémy, někdo z multidisciplinárního týmu pečujícího

o pacienta učiní určitou chybu, tématem není následně samotná chyba, ale spíše jsou hledány příčiny chyby a je usilováno o jejich odstranění. Nebylo zřejmé, že by se určité odbornosti považovaly za nadřazené např. ZSP (lékaři, sestry apod.), což bylo dáno tím, že si všichni tito pracovníci vybrané nemocnice uvědomují, že každá odbornost zajišťuje péči o pacienta v konkrétní oblasti, v níž další strana není vzdělána. Dobrá atmosféra na pracovišti tak vychází z nutnosti, ale též skutečného zájmu o pacienta.

Specifikou situaci představuje spolupráce s externími odborníky. Jako příklad lze uvést zajišťování umístění pacienta do hospice nebo domova pro seniory poté, co bude pacient propuštěn z nemocnice. Všechny relevantní služby, které by mohl pacient využít, se potýkají s velkou obsazeností. Participantky jsou pak nuceny věnovat se případu delší dobu, hledat nová řešení. V tom jim nemohou pomoci jiní pracovníci nemocnice, ale úředníci nebo sociální pracovníci působících v těchto zařízeních nebo umožňující umístění pacienta do daného zařízení. V těchto případech nebývá často spolupráce snadná, což se týká především jednání s úřady. Úředníci jsou též velmi časově vytíženi, nemusí být vždy ochotní hledat řešení situace konkrétního pacienta. Dochází i k tomu, že musí participantky suplovat činnost jiných odborností (např. právě úředníků), neboť úřady omítají pomoci pacientům vyplnit některé žádosti, ovšem i tato situace je z velké části dána pandemií covid-19, menší měrou pak nechotou a specifiky osobnosti úředníků nebo dalších profesí: „*po nás chcou i úřady, abychom vyplnily žádosti, ale to se nám moc teda nezamlouvá, pokud ten člověk nikoho nemá, tak by ten úřad měl přijít sám. Ted' se ta doba strašně zkomplikovala, že oni že dbali na to, že nemůžou na šetření, takže stejně to zůstalo na nás. Tak jsme chodily po oddělení a sepisovaly žádosti – to jsou věci, které by měly dělat úřady, pokud ten člověk nikoho nemá. A pokud je schopná rodina, tak by to měla udělat rodina, tady ty žádosti*“ (P4).

5.2 ČINNOSTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ

Jak bylo uváděno v úvodu kapitoly, k této VO se vztahovaly kategorie č. 1 a 4. Kategorie č. 1 byla nazvána Činnosti ZSP.

Participantky uváděly, že do jejich náplně práce patří zejména sociální šetření, poradenství, pomoc zúčastněným stranám. Ostatní tyto činnosti však byly i pozorovány, stejně jako další činnosti uvedené v rámci dalších podkategorií této kategorie, k nimž patřil zápis o činnosti, dodržování pravidel zařízení, zvyšování odbornosti a administrativa. Tyto

činnosti jsou také obsaženy v interních dokumentech nemocničního zařízení, v rámci výčtu činností, které má ZSP vykonávat. V těchto dokumentech jsou uvedeny i další činnosti, v zásadě však všechny z nich bylo možné zahrnout pod vytvořené podkategorie (např. pokud bylo v dokumentaci uvedeno, že ZSP motivuje a edukuje pacienty, rodiny, skupiny osob o možnostech využití spektra sociálních služeb a podílí se na řešení těžkých životních situací klientů, byly tyto dílčí aktivity přiřazeny k poradenství a pomoci zúčastněným stranám).

Participantky uváděly, že sociální šetření provádějí u lůžka pacienta, zároveň v rámci sociálního šetření sbírají informace také od lékařů, sester, nebo i „sanitárek“, komunikují s úřady. Sociální šetření je prováděno téměř každý den. S ještě větší četností je realizován telefonický kontakt s úřady nebo různými zařízeními, s kterými participantky komunikují v případě potřeby umístit pacienta do dané služby.

Nutno uvést, že úsilí participantek pomoci pacientům je skutečně veliké, mnohdy přesahuje povinnosti, které ZSP mají, což se týkalo již uváděné situace, kdy musí tyto ZSP suplovat práci úřednic, které dodržovaly omezený kontakt s klienty, namísto nich tak jejich agendu prováděly participantky, neboť ony musely a chtěly zařídit, aby pacient nezůstal po ukončení hospitalizace na ulici. Jak však také zmiňovaly, situace bývá složitá, zejména v případech osob bez domova, především jedná-li se o osoby bez domova nižšího věku, které nelze umístit např. do domova pro seniory.

Komplikovanost situace, kterou tato participantka, ale i další participantky zmiňovaly, se týkala „covidového“ režimu: po určitou dobu nebylo možné provádět sociální šetření u lůžka pacienta pozitivně testovaného na onemocnění covid-19, neboť byl omezený vstup na oddělení i pro tyto pracovnice. Zaveden byl systém, kdy vše potřebné sdělil participantkám lékař, častěji primářka. Informace se týkaly toho, že bude konkrétní pacient propuštěn. Následně si musely tyto ZSP zjistit všechny potřebné informace, a to z informačního nemocničního systému, telefonicky od příbuzných, úřadů apod., poté hledaly řešení. V některých případech však bylo zapotřebí přímo navštívit pozitivně testovaného pacienta. Participantky musely dodržovat stanovený režim, tedy užít veškeré ochranné pomůcky. Komunikace s pacienty byla náročná, přes respirátory jim nebylo rozumět, navíc jak zmiňovala participantka P3: „*ta psychika je špatná*“. Participantky se tedy nezabývaly pouze tím, jak pacientům pomoci, ale též tím, že je jejich situace nepříznivá. Kontakt s pacientem znamenal pro pacienta určitou vzpruhu, participantky se snažily pacientům poskytovat také psychickou oporu.

Telefonáty bývají náročné, slouží ke zjištění potřebných informací v rámci sociálního šetření, řešení situace pacientů, ale též je telefonicky prováděno sociální poradenství, které se týká např. „*příspěvku na péči, dlouhodobého ošetřovného, že vysvětleme, na jakém principu to funguje*“ (P2). Jak vyplynulo z pozorování, participantky jednaly např. s okresním soudem v případě pacienta, který měl nastoupit do výkonu trestu odnětí svobody, což nemohl z důvodu hospitalizace, s magistrátem města a též dcerou zesnulé řešily sociální pohřeb, s OSPOD v případě hospitalizované dívky, zároveň provádějí veškerou administrativu spojenou s tímto jednáním (zanášejí informace do systému, posílají dopisy, vedou záznamy o odeslané poště apod.).

Některé případy jsou složité: participantkám se např. podaří zajistit pro pacienta domov pro seniory, ten jej však odmítne, řešena je tak např. pečovatelská služba. Důležité je vést do sešitu např. evidenci o hospitalizovaných pacientech bez domova.

Administrativa je velmi složitá, resp. podrobná. Evidovány jsou např. údaje o tom, že byla vystavena žádost, jaká byla domluva s pacientem, co bylo obsahem telefonické nebo osobní komunikace, v zásadě je nutné zaznamenat každý úkon, který ZSP provádí.

Kategorie č. 1 obsahovala podkategorii Zvyšování odbornosti. To je dle analýzy poskytnutých dokumentů určitou povinností ZSP. ZSP se pochopitelně vzdělávají, nicméně jak bylo z pozorování patrné, průběžně se setkávají s novými situacemi, do jisté míry poskytují pacientům psychickou podporu, což vše vede ke zvyšování jejich odbornosti.

Co se týče role ZSP v osloveném zařízení, což byla vytvoření kategorie č. 4, ta obsahuje dvě významné roviny: ZSP je spojovatelem mezi pacientem a jeho rodinou, zároveň je určitým obhájcem pacienta a jeho rodiny, zejména při jednání s úřady. ZSP je také odborníkem, který pomáhá zajistit, aby péče poskytovaná pacientovi v nemocničním zařízení byla komplexní, tj. obsahovala péči nejen v rovině zdravotnické, ale též v rovině sociální.

5.3 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE UŽÍVANÉ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM

Metody sociální práce, které bylo možné pozorovat, získat o nich informace jak v rámci analýzy dokumentů, tak i v rámci analýzy rozhovorů, zahrnují rozhovor, pozorování a analýzu dokumentů, tedy tytéž metody, které byly užity i v rámci tohoto výzkumu.

Pro práci ZSP je významný zejména rozhovor a dále analýza dokumentů. Pozorování se týká spíše sociálního šetření, které bylo navíc v nejzávažnější části pandemie covid-19 značně omezeno, nebo zcela zrušeno.

Jak uváděla P1, rozhovor bývá většinou strukturovaný: „*my máme většinou pro klienty připravené dopředu nějaké dané otázky, protože potřebujeme zjistit přesně jejich situaci, je takže je to buď strukturovaný, nebo volný rozhovor*“, bývá doplněn o pozorování: „*ale samozřejmě, pokud se jedná o klienty, kteří jsou jakoby neschopní komunikace, tak potom je to pozorování, kdy se podíváme, jak na tom ten klient je*“ a analýzu dokumentů: „*a potom si ještě doptáváme, takže asi i metoda vyhledávání v různých zdrojích, materiálech, zejména teda ve zdravotnické dokumentaci*“, P4 doplňovala naslouchání: „*protože někdy ten člověk je takový plný všeho, tak na nás něco chrlí*“.

Jedná se tedy o kombinaci více metod, dle konkrétních potřeb zdravotně sociálních pracovníků. Pro práci ZSP je velmi důležité mít co nejdetailnější informace o situaci pacienta. Snaží se poskytnout pacientovi a jejich blízkým komplexní péči. Jestliže např. pacient odchází po ukončení hospitalizace do domácího prostředí, potřebují participantky vědět, kdo se o ně bude starat, s čím mohou pacientovi a rodině pomoci (předávají tak např. kontakty na firmy, které poskytují různé kompenzační pomůcky, jednájí s paliativním týmem o tom, jaké pomoci se konkrétnímu pacientovi může dostat), přičemž jsou v neustálém kontaktu s dalšími pracovníky nemocničního zařízení. Jestliže se např. ZSP dozví, že se zhoršil stav pacienta, volají jeho rodině, že bude nutná péče v rozsahu 24 hodin, 7 dní v týdnu, aby se na tuto nastalou situaci mohla rodina připravit. Rozhovory jsou vedeny v zásadě soustavně, po celý pracovní den, většinou telefonicky, kdy je ZSP určitým koordinátorem péče, prostředníkem mezi lékařem a příbuzným, úřadem a příbuzným, sociální službou a příbuzným, jinými kolegy. Informace získané těmito metodami jsou zadávány do systému a osobně předávány primárce.

Rozhovory v současné době vlivem pandemie covid-19 probíhají především telefonicky, což je dle participantek problematické, právě s ohledem na skutečnost, že jsou ZSP prostředníkem. Některé informace tak mohou být např. zkráceny.

6 DISKUZE

Role zdravotně sociálního pracovníka, je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu v nemocnici. V dnešní době se v nemocničních zařízeních vyskytují pacienti, kteří se ocitnou v nepříznivých sociálních podmínkách. Zdravotně sociální pracovníci se snaží situace vyřešit. Proto v hlavním tématu bakalářské práce je blíže popsána jeho role pomocí výzkumných otázek.

První výzkumná otázka se zabývala tím, s kým při své práci zdravotně sociální pracovník spolupracuje v rámci péči o pacienta nemocničního zařízení. Z analýzy výsledků výzkumu vyplynulo, že v daném zařízení je spolupráce ZSP s dalšími odborníky nastavena velmi dobře, o čemž svědčí i nutnost reagovat na náročnou situaci spojenou s pandemií covid-19. V době vrcholů pandemie nemohly ZSP docházet na oddělení, nemohly tedy realizovat sociální šetření. V některých případech to bylo nutností. S dodržением potřebného hygienicko-epidemiologického režimu tak bylo možné jednat zejména s pacienty, u kterých bylo zapotřebí provést sociální šetření, neboť tito pacienti hůře komunikovali, potřebné informace jim tedy nemohli vzhledem ke své vytíženosti, ale též jiné odbornosti, podat lékaři nebo sestry.

Za běžného režimu probíhá spolupráce na základě účasti ZSP na vizitách nebo poradách. ZSP tímto způsobem získávají potřebné informace, případně se dle potřeby doptávají konkrétních zdravotníků. Pracují velmi samostatně. V době pandemie často realizovaly a realizují některé činnosti za pracovníky mimo nemocniční zařízení (např. úředníci), kteří nepracují s pacienty tak, jak by měly.

Velkou oporou je informační nemocniční systém, do kterého ZSP zadávají informace o tom, jaké činnosti provádějí. Zároveň v tomto systému získávají informace o pacientovi od jiných odborníků v zařízení. Problematickým aspektem je v tomto ohledu omezení dostupnosti informací pro ZSP působící na oddělení LDN. Tyto ZSP nemají přístup ke všem informacím, pouze k těm, které se týkají pacienta na daném oddělení. Nemohou si tak např. dopředu vyhledat informace o pacientovi, který k nim má být přeložen z jiného oddělení.

Druhá výzkumná otázka byla zaměřena na zjištění činností, které zdravotně sociální pracovník vykonává. Jak bylo popsáno, jedná se o velmi různorodou práci. Jedná se především o sociální šetření, základní i odborné sociální poradenství a pomoc zúčastněným stranám. ZSP také provádějí zápisy o své činnosti, zabývají se další administrativou, průběžně tak zvyšují svoji odbornost, v souladu s dodržováním všech pravidel zařízení.

Zúčastněné strany, s nimiž jednájí, jsou zastoupeny, kromě dalších pracovníků nemocničního zařízení, zejména různými úřady (městský úřad, úřad práce apod.), institucemi (PČR, OSPOD apod.) a sociálními službami (domov pro seniory, ubytovna, pečovatelská služba, hospic atd.).

Činnosti jednotlivých participantek se mírně liší dle toho, na jakém oddělení působí. Nejnáročnější je patrně práce ZSP působících na oddělení LDN. Participantka P1 působí na dětském a gynekologickém oddělení. Jedná tedy zejména s rodičkami, nezletilými dětmi, které jsou např. hospitalizovány v souvislosti s otravou návykovými látkami, tyto případy jsou pak dále řešeny s OSPOD.

Velkou měrou je realizováno sociální poradenství. Rady jsou poskytovány především příbuzným pacientů, týkají se návaznosti služeb, vyřízení dávek sociální pomoci, či možnosti zajištění kompenzačních pomůcek.

ZSP jsou v každodenním kontaktu s jinými institucemi, pacienty i dalšími pracovníky nemocničního zařízení. Je důležité umět si práci dobře zorganizovat. To se osloveným ZSP daří, naproti tomu jsou náročné situace, kdy je zřejmé, že pacient psychicky strádá.

Nedílnou součástí činnosti ZSP je analýza dokumentů a zápis do informačního nemocničního systému. Tato práce je velmi časově náročná. Analýzou dokumentů se rozumí nejen interní informace ze strany dalších pracovníků nemocnice, které rozšiřují poznatky ZSP o situaci pacientů, ale též analýza dokumentů, které přicházejí do nemocničního zařízení ze strany zmiňovaných institucí a služeb. Ovšem vše, co ZSP dělá, je zapotřebí zaznamenat do informačního nemocničního systému, a vést také další záznamy týkající se různých forem evidencí o pacientech.

Třetí výzkumná otázka se zaměřila na metody sociální práce, které zdravotně sociální pracovník užívá v péči o pacienta nemocničního zařízení. K hlavním metodám patří rozhovor, pozorování a analýza dokumentů. Rozhovor bývá strukturovaný. ZSP již v souvislosti se svojí profesní zkušeností a praxí vědí, co potřebují od pacientů zjistit a na co se zaměřit především. Někdy jsou však vedeny i volné, nestrukturované rozhovory.

Rozhovory bývají doplněny o pozorování, přičemž u pacientů, kteří jsou omezeni ve své komunikaci, představuje pozorování hlavní metodu práce ZSP. Participantky musí být velmi empatické, musí být schopny naslouchání, neboť tímto způsobem získají potřebné informace, zároveň poskytují pacientům psychosociální oporu.

Jak již bylo uváděno, problematickým aspektem je pouze práce s informačním nemocničním systémem u participantek, které působí na oddělení LDN. Tyto ZSP nemají možnost získat všechny potřebné informace, neboť k nim nemají přístup. Práce se tak prodlužuje, neboť musí ZSP čekat na to, až bude s pacientem jednat osobně. Mohou také nastat situace, kdy budou ZSP chybět potřebné informace, což může limitovat efektivnost jejich práce.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jakou roli mají zdravotně sociální pracovníce ve vybrané nemocnici. Lze shrnout, že je role ZSP ve vybrané nemocnici velmi důležitá. ZSP se stávají s ohledem na široký rozsah činností a jednání s různými aktéry péče o pacienta mimo nemocniční zařízení důležitou součástí multidisciplinárního týmu, péči v mnoha ohledech koordinují, a tím pádem navazují svoji činností na práci zdravotníků. Jsou také velmi důležitými prostředníky mezi pacienty a jejich blízkými nebo institucemi. Role ZSP pochopitelně spočívá v zajišťování sociální péče o pacienta.

Zdravotně sociální pracovník jedná jak s pacientem, tak hlavně s rodinou. Jednou z klíčových činností je poradenská intervence poskytovaná jak pacientům, tak jejich rodinám a blízkým, kdy musí spolupracovat s příslušnými institucemi, a dále je to sociální šetření.

Jak bylo v rámci prezentovaných výsledků zdůrazněno, zdravotně sociální pracovník musí být schopen pružně a s velkou odborností reagovat na všechny situace, s nimiž přichází do kontaktu v souvislosti s péčí o konkrétního pacienta. Aby mohl řádně realizovat sociální šetření, potřebuje mít dobře nastavenou spolupráci s dalšími odborníky (zejména tedy zdravotníky) v nemocničním zařízení.

Poukázání na význam přítomnosti ZSP v multidisciplinárním či interdisciplinárním týmu je v souladu s konstatováním Vurma (2007), že se musí v oblasti zdravotně sociální práce posuzovat situace člověka komplexně. Nelze se soustředit pouze na rovinu fyzického zdraví. Nezbytností je, aby byly dostatečně zohledněny obě oblasti (zdravotní i sociální), jejich vzájemná dynamika, neboť pouze v takovém případě je možné zajistit pacientovi péči, kterou potřebuje.

Jak bylo uvedeno v teoretické části práce, po dlouhou dobu fungovaly oba resorty (zdravotnictví a sociální práce) odděleně vedle sebe. Nelze pochopitelně tvrdit, že by se situace změnila natolik, že je současný stav optimální. Podle Kuznikové (2011) je stále běžnou praxí, že ve zdravotnických zařízeních absentují zdravotně sociální pracovníci, či je nedostatečně zohledněna sociální práce, která může být realizována v těchto zařízeních i ze strany sociálních pracovníků. Stále tak podle autorky nastávají situace, kdy sociální stránku pacienta řeší lékaři. To je však velmi problematické. Lékařům, případně sestřám chybí potřebná odbornost a zejména pak také dostatek času. Musí se zabývat svojí odborností – jejich primární pracovní náplní je péče o pacienta.

Z výsledků uvedených v předchozí kapitole vyplývá, že je práce zdravotně sociálního pracovníka v daném nemocničním zařízení klíčová. I v době pandemie covid-19 bylo nutné, aby zdravotně sociální pracovníci vstupovali na tzv. covidová oddělení a prováděli sociální šetření u pacientů s pozitivním nálezem onemocnění covid-19.

V některých případech se však oslovené zdravotně sociální pracovnice potýkaly s tím, že jim nebylo umožněno jednání s pacientem. Dostávali informace od primářky nebo jiných lékařů, což bylo stavem, který nebyl optimální. Podobně ani nebylo možné přímo jednat s pracovníky různých institucí a organizací. Předávání informací o pacientech bývalo nebo mohlo být zkreslené, což práci zdravotně sociálním pracovnícím značně ztěžovalo.

To, že oslovené zdravotně sociální pracovnice zvládaly pracovat i v těchto ztížených podmínkách, bylo dáno jejich odborností, zkušeností, ale též schopnostmi a dovednostmi, kterými disponovali. Neopomněli vnímat psychické rozpoložení pacientů. Zejména v případě seniorů byla situace velmi problematická. Tito pacienti neměli možnost kontaktu se svými blízkými, byli opuštěni ve svých obavách o zdraví, a jejich komunikace s okolím se tak omezila pouze na kontakt se zdravotníky a zdravotně sociálními pracovníci. Participantky uváděly, že velmi obtížně čelily situacím, kdy byli tito pacienti ještě více bezmocní, než pro ně bylo běžnou realitou v souvislosti s již dříve existující sníženou soběstačností. Cit a emoční inteligence těmito zdravotně sociálními pracovníci nechybí.

Na základě získaných poznatků lze činnost oslovených zdravotně sociálních pracovníků označit za příklad dobré praxe. Vzhledem k nezastupitelné roli zdravotně sociálních pracovníků v nemocničním zařízení a velké vyčerpání těchto pracovníků je také nutné apelovat na to, aby zdravotně sociální pracovníci dostatečně dbali o své fyzické

a psychické zdraví, tedy dodržovali zásady duševní hygieny, což je důležitou prevencí tzv. syndromu vyhoření, kterým jsou ohroženi příslušníci této profese.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo charakterizovat roli zdravotně sociálních pracovníků v nemocničním zařízení. K naplnění cíle sloužilo podání teoretických východisek v prvních třech kapitolách práce, které byly věnovány představení práce zdravotně sociálního pracovníka, včetně legislativního ukotvení této profese, nejčastěji užívaných metod práce a popisu cílových skupin, s nimiž zdravotně sociální pracovníci přicházejí do kontaktu.

Na teoretická východiska bylo ve čtvrté kapitole práce navázáno popisem vlastního výzkumného šetření. Hlavním výzkumným cílem bylo zjistit, jakou roli mají zdravotně sociální pracovníci ve vybrané nemocnici. Výzkum byl koncipován jako kvalitativní. Metodami výzkumu byl rozhovor, dále se jednalo o pozorování a analýzu dokumentů. Výzkumný vzorek tvořily čtyři zdravotně sociální pracovnice působící ve vybraném nemocničním zařízení. K analýze dat bylo zvoleno otevřené kódování. Stanoveny byly také tři dílčí výzkumné otázky, prostřednictvím nichž bylo zjišťováno, s kým při své práci zdravotně sociální pracovník spolupracuje, jaké činnosti vykonává a jaké metody při své práci využívá.

Z výzkumu vyplynulo, že je role zdravotně sociálního pracovníka v daném nemocničním zařízení nezastupitelná, což bylo potvrzeno i při vrcholech pandemie covid-19. Role, která je důležitá na pomoc pacientům překonat nepříznivou sociální situaci, do které se dostali a neví si s ní sami rady. Zdravotně sociální pracovníci navíc oproti sociálním pracovníkům mají potřebné zdravotnické znalosti, umí se v tomto prostředí dobře pohybovat a na pozadí poskytované zdravotní péče dokážou náležitě věnovat pozornost sociální stránce pacienta.

Sociální pracovník je více známá profese, než zdravotně sociální pracovník a tak výsledky výzkumné části by mohli zvýšit povědomí o dané profesi v praxi sociálních služeb. Také mohou posloužit veřejnosti či studentům, popřípadě pracovníkům pomáhajících profesí a zdravotnickému personálu k lepší informovanosti o daném povolání. Například pomocí letáčku (zobrazený v příloze č. 5), který by mohl být rozvěšen na nástěnkách v ambulancích, nebo na odděleních – kde by pacienti, rodina, popřípadě i zdravotnický personál mohl takto najít cestu k určitým informacím. Zdravotně sociální pracovník by tak mohl být využíván osobami, které dané služby potřebují a nevěděli, na koho se měli obrátit.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. AKHTAR, Miriam, 2015. *Pozitivní psychologii proti depresi*. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4839-9.
2. ALLEN, Karen M. a William J. SPITZER, 2016. *Social Work in Healthcare: Advanced Approaches and Emerging Trends*. Los Angeles: SAGE. ISBN 978-1-4833-5320-3.
3. ARNOLDOVÁ, Anna, 2016. *Sociální péče: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-5147-4
4. BAŠTECKÁ, Bohumila, 2013. *Psychosociální krizová spolupráce: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. Psyché. ISBN 978-80-247-4195-6.
5. BEDNÁŘ, M. *Kvalita sociální práce*. In MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
6. BĚLOHLÁVEK, František, 2008. *Jak vést svůj tým*. Praha: Grada. Vedení lidí v praxi. ISBN 978-80-247-1975-7.
7. ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ, 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7.
8. DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 4., nezměn. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1966-8.
9. DOHNALOVÁ, Zdeňka, Mirka NEČASOVÁ a Robert TRBOLA, 2018. Vybrané bariéry inkluze sociálních pracovníků do multidisciplinárních týmů se zaměřením na vztah sociální pedagogiky a sociální práce. *Sociální pedagogika*, 2018, roč. 7, č. 2, s. 69-84. ISSN 1805-8825.
10. DUŠOVÁ, Bohdana, Martina HERMANNOVÁ a Vladimíra MAJDYŠOVÁ. 2019. *Potřeby žen v porodní asistenci*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0837-4.
11. ELICHOVÁ, Markéta. 2017. *Sociální práce: aktuální otázky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0080-4.
12. HAUKE, Marcela, 2011. *Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3849-9.

13. HENDL, Jan, 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. 4., přeprac. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
14. HRDINOVÁ, Mariana, 2015. *Sociální práce ve zdravotnictví z pohledu zdravotně sociálního pracovníka*. Zlín. Bakalářská práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
15. HROZENSKÁ, Martina a Dagmar DVOŘÁČKOVÁ, 2013. *Sociální péče o seniory: základní teorie, metody a aplikace*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4139-0.
16. HUDÁKOVÁ, Anna a Ludmila MAJERNÍKOVÁ, 2013. *Kvalita života seniorů v kontextu ošetrovatelství*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4772-9.
17. CHALOUPKOVÁ, Soňa, 2013. *Jednání se zájemcem o službu sociální péče od A do Z*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4678-4.
18. CHRASTINA, Jan, Naděžda ŠPATENKOVÁ a Bianka HUDCOVÁ, 2020. *Náročné, krizové a mimořádné situace v kontextu rezidenčních služeb: umírání, doprovázení a smrt uživatelů se zdravotním postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Sestra (Grada). ISBN 978-80-244-5725-3.
19. CHRÁSKA, Miroslav, 2007. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1369-4.
20. KONEČNÁ, Zdeňka, 2009. *Základy komunikace*. Brno: Akademické nakladatelství CERM. ISBN 978-80-214-3891-0.
21. KUKLA, Lubomír. 2016. *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3874-1.
22. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
23. KUZNÍKOVÁ, Iva. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
24. MALÍKOVÁ, Eva, 2019. *Péče o seniory v pobytových sociálních službách*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2030-7.
25. MATOUŠEK, Oldřich, 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8473-7

26. MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-717-8548-2.
27. MATOUŠEK, Oldřich, 2007. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-310-9.
28. MATOUŠEK, Oldřich, 2016. *Slovník sociální práce*. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1154-9.
29. MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4
30. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ, 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-002-X.
31. MIKULÁŠTÍK, Milan, 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
32. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
33. MUSIL, Libor, 2004. *Ráda bych Vám pomohla, ale--: dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903-0701-9
34. MÁTEL, Andrej, 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.
35. NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903-0700-0.
36. NOVOSAD, Libor, 2004. *Základy teorie a metod sociální práce: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-708-3890-6.
37. OKAFOR, A. et al., 2017. *Social Work in Health Care Setting. Social Work in Nigeria: Book of Readings* [online] [cit. 2022-01-17]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/346975886_Social_work_in_health_care_setting

38. POKORNÁ, Andrea et al., 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0720-9.
39. REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6.
40. SCHULER, Matthias a Peter OSTER, 2010. *Geriatricie od A do Z pro sestry*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3013-4.
41. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2004. *Krize: psychologický a sociologický fenomén*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0888-4.
42. ŠVARŤÍČEK, Roman, Klára ŠEĐOVÁ a kol. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách: pravidla hry*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
43. URBAN, David et al., 2019. *Sociální práce ve zdravotnictví. Sešit sociální práce*. 6. číslo. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí. ISBN 978-80-7421-184-3.
44. VENGLÁŘOVÁ, Martina a Gabriela MAHROVÁ, c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
45. VURM, Vladimír, 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7254-997-9.
46. ZRUBÁKOVÁ, Katarína a Štefan KRAJČÍK, 2016. *Farmakoterapie v geriatricii*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5229-7.
47. WEISS, Petr, 2005. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0929-5.

Elektronické zdroje:

1. ANON, 2020. Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník. *Sociální práce/Sociálna práca* [online] [cit. 2021-12-23]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>
2. APSS ČR, ©2011. Etický kodex sociálního pracovníka České republiky. *Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky* [online]. [cit. 2021-4-19]. Dostupné z:

- https://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf
3. DVOŘÁKOVÁ, Marta, 2018. *Zdravotně sociální pracovník jako člen interdisciplinárního týmu ve zdravotnických zařízeních* [online] Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. [cit. 2022-02-10]. Dostupné z: https://theses.cz/id/yn4yz1/BAKALSK_PRCE_Dvokov_Marta.pdf
 4. FRÝDOVÁ, Karolína, 2020. Sociální pracovnice: Příběh každého pacienta je jiný. Slzám se nebráním. *Chrudimský deník* [online] [cit. 2022-01-16]. Dostupné z: https://chrudimsky.denik.cz/zpravy_region/socialni-pracovnice-pribeh-kazdeho-pacienta-je-jiny-slam-se-nebranim-20200429.html
 5. KALVACH, Zdeněk, 2020. *Zdeněk Kalvach: Infekce COVID19 a pobytové sociální služby (Okruh problémů, které je nutné řešit)*. [online] [cit. 2022-02-05]. Dostupné z: <https://socialnipolitika.eu/2020/05/zdenek-kalvach-normy-a-pravidla-provozu-pobytovych-zarizeni-socialnich-sluzeb-pssz-a-infekce-covid19/>
 6. MZCR. ©2021. KVALIFIKAČNÍ STANDARD PŘÍPRAVY NA VÝKON ZDRAVOTNICKÉHO POVOLÁNÍ ZDRAVOTNĚ - SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK. *Ministerstvo zdravotnictví* [online]. [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/16347/35540/Kvalifika%C4%8Dn%C3%AD%20standard%20Zdravotn%C4%9B-soci%C3%A1ln%C3%AD%20pracovn%C3%ADk.pdf>
 7. MARKOVÁ, Věra a Helena ŠLENKRTOVÁ, 2008. PRACOVNÍ POSTUP: PROCES SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH. *ČESKÁ ASOCIACE SESTER, o. s.* [online]. [cit. 2021-4-29]. Dostupné z: https://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf
 8. PETERKOVÁ, Marie, 2018. *Role sociálního pracovníka v léčebně dlouhodobě nemocných*. [online]. Brno, 2018 [cit. 2021-12-23]. Masarykova univerzita. Fakulta sociálních studií. Katedra sociální politiky a sociální práce. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/f03vh/Diplomova_prace__finalni_verze.pdf
 9. STRNADELOVÁ, Simona, 2016. *Role zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnictví*. [online] Jihlava, 2016 [cit. 2021-12-23]. Bakalářská práce. Vysoká

škola polytechnická Jihlava. Dostupné z: <https://is.vspj.cz/bp/get-bp/student/44221/thema/5722>

10. SVOBODOVÁ, Andrea, 2019. Mnozí si mysleli, že pro sociální práci stačí výuční list. Velký omyl. *Universitas* [online] [cit. 2022-01-16]. Dostupné z: <https://www.universitas.cz/osobnosti/4346-mnozi-mysleli-ze-pro-socialni-praci-staci-vyucni-list-velky-omyl>
11. Vyhláška č. 55/2011 Sb.: Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, 2011. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>
12. Vyhláška č. 98/2012 Sb.: Vyhláška o zdravotnické dokumentaci, ve znění pozdějších předpisů, 2011. *Zákony pro lidi* [online] [cit. 2022-01-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-98>
13. Zákon č. 96/2004 Sb.: Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), 2004. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
14. Zákon č. 108/2006 Sb.: Zákon o sociálních službách, 2006. *Zákony pro lidi* [online]. [cit. 2021-4-17]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-1087>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

DCV	Dílčí cíl výzkumu
DVO	Dílčí výzkumná otázka
HCV	Hlavní cíl výzkumu
HVO	Hlavní výzkumná otázka
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
OSPOD	Orgán sociálně právní ochrany dětí
P	Participantka
PČR	Policie České republiky
VO	Výzkumná otázka
ZSP	Zdravotně sociální pracovník

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha p 1: ZÁKLADNÍ VZOR ROZHOVORU

Přílohy p 2: SCHÉMA ROZHOVORU

Příloha p 3: VZOR POZOROVACÍHO ARCHU

Příloha p 4: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ – KATEGORIE Č. 2

Příloha p 5: INFORMATIVNÍ LETÁK

PŘÍLOHA P 1: ZÁKLADNÍ VZOR ROZHOVORU

Mé jméno je Jana Vašulková a studuji obor zdravotně sociální pracovník a budu dělat rozhovor se zdravotně sociální pracovníci. Rozhovor je zcela anonymní a bude použit pouze pro studijní účely. Můžu se tedy zeptat, souhlasíte tedy s nahráváním rozhovoru?

1. Tak, první otázka, jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovník?
2. S kým při své práci nejčastěji spolupracujete? Spolupracujete i s jinými institucemi? A jakými?
3. Všimla jsem si, že nejčastěji pomáháte druhým prostřednictvím poradenství, kdo a jaké rady po Vás nejčastěji požadují?
4. Jaké činnosti vykonáváte během svého dne, podle mého pozorování jsou činnosti, které děláte denně, které to jsou?
5. Při mém pozorování jsem si všimla, že využíváte metody sociální práce převážně s klientem při sociálním šetření, jaké metody při tom využíváte?
6. Každodenně pracujete s nemocničním systémem, ulehčuje Vám práci?
7. Dle mého pozorování aktuální kovid situace Vám ovlivnila i Vaši práci, v čem například? Vnímáte razantní rozdíl? Vyhovuje Vám to? Myslíte si, že nějaké pracovní návyky, které jsou aktuálně, nezůstanou i po odeznění kovid krize?

PŘÍLOHA P 2: SCHÉMA ROZHOVORU

T: Tak moje jméno je, studuji obor zdravotně sociální pracovník, budu dělat rozhovor se zdravotně sociální pracovníci. Rozhovor je zcela anonymní a bude použit pouze pro studijní účely.

Můžu se tedy zeptat, souhlasíte s nahráváním?

T: Tak první otázka. Jak dlouho pracujete na pozici zdravotně sociální pracovník.

T: S kým při své práci nejčastěji spolupracujete?

T: Všimla jsem si, že nejčastěji pomáháte druhým prostřednictvím poradenství. Kdo a jaké rady po Vás nejčastěji požadují?

T: Jaké činnosti vykonáváte během svého dne. Podle mého pozorování jsou činnosti, které děláte denně, které to jsou?

T: Při mém pozorování jsem si všimla, že využíváte metody sociální práce převážně s klienty při sociálním šetření, jaké metody při tom využíváte, když s nimi komunikujete?

T: Každodenně pracujete s nemocničním systémem. Ulehčuje Vám práci?

T: A na jaké bázi funguje ten systém pro Vás jako sociální pracovnice? Co vy tam vůbec píšete? Jakože, jestli tam píšete jak, podle pozorování tu sociální epikrízu a sociální poradenství, že jedno je pro vás a druhé pro lékaře. Je to tak?

T: Dobře, dle mého pozorování aktuálně covid situace Vám ovlivnila Vaši práci. V čem například vnímáte nějaký razantní rozdíl? Vyhovuje Vám to?

T: Myslíte si, že nějaké návyky, které jsou aktuálně, Vám nezůstanou po odezdění, třeba například víc telefonátů, míň osobního styku.

Děkuji za rozhovor.

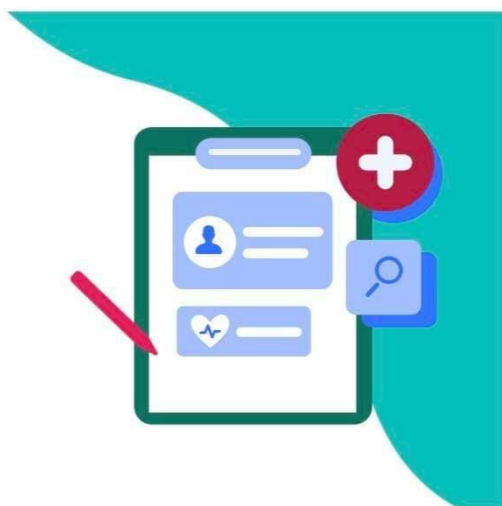
PŘÍLOHA P 4: UKÁZKA KÓDOVÁNÍ – KATEGORIE Č. 2

Kategorie č. 2: Metody
Rozhovor
P1: Tak, úplně, úplně nejdůležitější je asi rozhovor, ať už teda, my máme většinou pro klienty připravené dopředu nějaké dané otázky, protože potřebujeme zjistit přesně jejich situaci, je takže je to buď strukturovaný, nebo volný rozhovor ale samozřejmě, pokud se jedná o klienty, kteří jsou jakoby neschopní komunikace
P2: Nejvíce je to rozhovor
P3: Rozhovor - to jsou důležité metody pro získání potřebných informací.
P4: Rozhovor... někdy ten člověk je takový plný všeho, tak na nás něco chrlí.
P1: Buď to telefonujeme rodinám, abychom se zeptali na to zázemí, které pacient má, nebo telefonujeme na různé instituce. Policie, soudy, OSPOD, okresní správa sociálního zabezpečení.
Pozorování
P1: potom je to pozorování, kdy se podíváme, jak na tom ten klient je
P2: Pozorování je spíše u pacientů, kteří mají nějaký problém třeba s komunikací, kvůli nemoci, kterou právě prodělávají.
P3: pozorování – to jsou důležité metody pro získání potřebných informací.
Analýza dokumentů
P1: metoda vyhledávání v různých zdrojích, materiálech, zejména teda ve zdravotnické dokumentaci.
P1: přístup do zdravotnické dokumentace
P4: My tu LDN máme víc rozkliklou, najdeme víc informací ohledně pacientů na LDN. Já si myslím, že nám pomáhá. Vidíme vše na jednom místě.
P3: Aby jsme to tam měly uložené a nemusely si na to myslet. Když třeba se s tím setká některá s kolegyň, tak aby to tam vyčetla a hlavně lékaři aby měli ty důležité informace, které potřebují.
Sociální šetření
P1: Potom samozřejmě samotné to šetření u lůžka pacienta
P2: Chodíme na sociální šetření k pacientům u lůžka a komunikujeme s lékaři a dalším ošetrovatelským personálem se zdravotními sestrami v případě třeba i se sanitárkami. A telefonujeme s úřady.
P3: Při sociální šetření využívám hlavně rozhovor a pozorování – to jsou důležité metody pro získání potřebných informací.
P4: Teď se ta doba strašně zkomplikovala, že oni že dbali na to, že nemůžou na šetření, takže stejně to zůstalo na nás. Tak jsme chodily po oddělení a sepisovaly žádosti

PŘÍLOHA P 5 : INFORMATIVNÍ LETÁK

SOCIÁLNÍ ODDĚLENÍ

(DANÉ NEMOCNICE)



SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ PORADENSTVÍ

(ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ DOPADY)

ZAJIŠTĚNÍ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB + POMOC PŘI VYPLNĚNÍ ŽÁDOSTÍ

(DOMOV PRO SENIORY, HOSPIC,
PEČOVATELSKÁ SLUŽBA, DOMOV SE
ZVLÁŠTNÍM REŽIMEM, AZYLOVÝ DŮM...)

INFORMACE O SOCIÁLNÍCH DÁVKÁCH

(PŘÍSPĚVEK NA PÉČI, POMOC V HMOTNÉ
NOUZI)

ZAPŮJČENÍ KOMPENZAČNÍCH POMŮCEK DO DOMÁČÍHO PROSTŘEDÍ

(POLOHOVACÍ LŮŽKA, CHODÍTKA...)

- DOSTALI JSTE SE VY, VÁŠ PŘÍBUZNÝ NEBO VÁŠ BLÍZKÝ DO ŽIVOTNÍ SITUACE, KTEROU NEJSTE SCHOPNI SAMI ŘEŠIT?
- MÁTE NĚJAKOU OTÁZKU ZE SOCIÁLNÍ OBLASTI?

RÁDI VÁM PORADÍME!

NAJDETE NÁS...
TELEFON: ...