

**Univerzita Karlova**

**Filozofická fakulta**

Katedra Sociální politiky a sociální práce

## ***Diplomová práce***

Bc. Tereza Preložníková, DiS.

**Sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze**

Social work in the Central Military Hospital in Prague

*Praha 2021*

*Vedoucí práce: PhDr. Olga Havránková, Ph.D.*

Poděkování:

Tímto bych chtěla mnohokrát poděkovat vedoucí mé diplomové práce, PhDr. Olině Havránkové, Ph.D. za veškerou ochotu, trpělivost, empatii, motivaci, pomoc a především podporu, čas a vynaložené úsilí při psaní této práce.

Dále bych chtěla poděkovat své rodině a blízkým, kteří mě po celou dobu studia podporovali a pomáhali mi v cestě za mým snem.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 11. 5. 2021

.....

podpis

## **Abstrakt (česky)**

Cílem diplomové práce je zmapovat podobu, vývoj a směřování sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. V teoretické části se diplomová práce zabývá vývojem sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici, dále rolí zdravotně-sociálního pracovníka, jeho kompetencemi a jeho předpoklady pro výkon sociální práce v nemocnici. Diplomová práce zachycuje metody sociální práce využívané v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a náplň práce zdravotně-sociálního pracovníka.

Praktická část práce zjišťuje, jak zúčastnění sociální pracovníci vnímají, prožívají a hodnotí možnosti a procesy sociální práce v ÚVN. Tato část diplomové práce je kvalitativním výzkumem, realizovaným polostrukturovanými rozhovory s osobami, které jsou do výkonu sociální práce přímo zainteresovány, doplněná kazuistikami.

## **Abstract (in English):**

The aim of the diploma thesis is to map the form, development and direction of social work in the Central Military Hospital in Prague. In the theoretical part, the diploma thesis deals with the development of social work in the Central Military Hospital, as well as the role of the health and social worker, their competencies and their preconditions for the performance of social work in the hospital. The diploma thesis captures the methods of social work used in the Central Military Hospital in Prague and the scope of work of a health and social worker.

The practical part of the work finds out how the participating social workers perceive, experience and evaluate the possibilities and processes of social work in ÚVN. This part of the diploma thesis is a qualitative research, carried out by semi-structured interview with persons who are directly involved in the performance of social work, supplemented by case studies.

**Klíčová slova (česky)**

Sociální práce, zdravotně-sociální pracovník, Ústřední vojenská nemocnice, Ústřední vojenská nemocnice v Praze, nemocnice, sociální práce v nemocnici, sociální práce v nemocničním zařízení, ÚVN, sociální pracovník, etika zdravotně-sociálního pracovníka, metody sociální práce v nemocnici

**Klíčová slova (anglicky):**

Social work, health and social worker, Central Military Hospital, Central Military Hospital in Prague, hospital, social work in hospital, social work in hospital facility, ÚVN, social worker, ethics of health and social worker, methods of social work in hospital

# OBSAH

ÚVOD .....	- 11 -
<b>1 TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>- 14 -</b>
1.1 LEGISLATIVA A SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	- 14 -
1.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ .....	- 15 -
1.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE V ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÉ NEMOCNICI V PRAZE .....	- 17 -
<b>2 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ .....</b>	<b>- 19 -</b>
2.1 PŘEDPOKLADY ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA PRO VÝKON SOCIÁLNÍ PRÁCE V NEMOCNIČNÍM ZAŘÍZENÍ -	22
<b>3 ROLE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ .....</b>	<b>- 25 -</b>
3.1 NÁPLŇ PRÁCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	- 26 -
<b>3.1.1 Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze .-</b>	<b>29</b>
3.2 KOMPETENCE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....	- 34 -
3.3 ETICKÉ CHOVÁNÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	- 38 -
<b>4 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ VYUŽÍVANÍ PŘI PRÁCI S KLIENTY .....</b>	<b>- 42 -</b>
4.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE S JEDNOTLIVCI .....	- 43 -
4.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINAMI .....	- 46 -
<b>5 TYPOLOGIE KLIENTŮ ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA.....</b>	<b>- 49 -</b>
5.1 ZÁKLADNÍ ROZDĚLENÍ KLIENTŮ DLE JEJICH ONEMOCNĚNÍ.....	- 51 -
<b>5.1.1 Akutně nemocní klienti .....</b>	<b>- 52 -</b>
<b>5.1.2 Chronicky nemocní klienti .....</b>	<b>- 53 -</b>
<b>5.1.3 Pacienti se somatickým či organickým postižením .....</b>	<b>- 54 -</b>
<b>5.1.4 Pacienti s onemocněním s významnou psychosomatickou složkou či závažnými</b>	
<i>psychosociálními důsledky .....</i>	<i>- 55 -</i>
<b>5.1.5 Nemocní, jejichž stav tzv. „somatizující“ medicína nemusí či není schopna ovlivnit ..</b>	<b>- 56 -</b>
5.2 KLIENTI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	- 57 -
<b>6 SOCIÁLNÍ PRÁCE V OSTATNÍCH ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH .....</b>	<b>- 60 -</b>
<b>7 PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>- 62 -</b>
7.1 PŘÍPRAVA A PLÁN KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU .....	- 62 -

<b>7.1.1</b>	<i>Definice výzkumného záměru a cíle výzkumu</i> .....	- 62 -
<b>7.1.2</b>	<i>Metoda získávání dat</i> .....	- 62 -
7.1.2.1	<i>Případové studie</i> .....	- 64 -
7.1.2.1.1	<i>Případová studie č. 1</i> .....	- 64 -
7.1.2.1.2	<i>Případová studie č. 2</i> .....	- 68 -
<b>7.1.3</b>	<i>Výběr respondentů</i> .....	- 73 -
<b>7.1.4</b>	<i>Označení respondentů</i> .....	- 75 -
7.2	REALIZACE KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU .....	- 76 -
<b>7.2.1</b>	<i>Realizace výzkumu</i> .....	- 76 -
<b>7.2.2</b>	<i>Analýza a interpretace dat</i> .....	- 76 -
7.3	VÝSLEDKY VÝZKUMU .....	- 77 -
<b>7.3.1</b>	<i>Vyhodnocení rozhovorů se zdravotně sociálními pracovníky Ústřední vojenské nemocnice v Praze</i> .....	- 77 -
<b>7.3.2</b>	<i>Vyhodnocení rozhovorů s osobami, které jsou zainteresované do práce zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze</i> .....	- 83 -
7.4	ZÁVĚR VÝZKUMU.....	- 88 -
7.5	DISKUZE .....	- 91 -
<b>SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....		- 95 -
<b>PŘÍLOHY</b> .....		- 99 -

## **Seznam zkratk**

ÚVN – Ústřední vojenská nemocnice

PEG – Perkutánní endoskopická gastrostomie

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

PN – Psychiatrická nemocnice

RHB - Rehabilitace



## Předmluva

Tuto diplomovou práci jsem se rozhodla psát z několika důvodů. Prvním důvodem bylo to, že jsem aktuálně členkou týmu Humanitní služby v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, kde působím jako sociální pracovník a denně tak vykonávám sociální práci v nemocničním zařízení. Dalším důvodem bylo také to, že jsem chtěla zmapovat téma, které je z mého pohledu v České republice málo probádané a na sociální pracovníky anebo zdravotně sociální pracovníky ve zdravotnických zařízeních se často v oboru sociální práce zapomíná. Třetím důvodem, který mě vedl ke psaní této diplomové práce, bylo to, že jsem chtěla zjistit, jak na naši práci – práci sociálních pracovníků; nahlíží lidé, kteří jsou do této práce nějakým způsobem zainteresováni. Dalším neopomenutelným důvodem bylo to, že jsem se rozhodla zjistit, jak svoji práci vnímají zdravotně sociální pracovníci v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.

Tato diplomová práce se skládá ze dvou částí – první část je teoretická a druhá část praktická. V části teoretické se zabývám vývojem sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici, tím, kdo vůbec je zdravotně sociální pracovník, jaké jsou předpoklady pro výkon práce zdravotně sociálního pracovníka, jaká je jeho náplň práce a jeho kompetence. Dále v teoretické části mapuji, jaké jsou metody sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, jaká je zde nejčastěji klientela a také jaké má postavení zdravotně sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. V posledním bodu se snažím zjistit, jak sociální práce pobíhá v jiných zdravotnických zařízeních.

Pro část praktickou jsem zvolila kvalitativní výzkum, který se opírá o polostrukturované rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky z Humanitní služby v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a dále o polostrukturované rozhovory, které jsou vedeny s osobami, které jsou přímo zainteresované do sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici. Mezi tyto osoby patří například zdravotnický personál, ale zároveň také rodiny, s nimiž jsem nějakým způsobem spolupracovala při sociálním šetření.

Cílem mého výzkumu je zjistit, jak vnímají sociální práci v Ústřední vojenské nemocnici v Praze zdravotně sociální pracovníci a dále, jak tuto práci vnímají osoby, které jsou do ní zainteresované. Součástí mého výzkumu jsou také případové studie.

Touto prací jsem chtěla přispět k lepší informovanosti o zdravotně sociálních pracovnících, o jejich náplni práce a také o úskalích a etických dilematech, které musí takřka každý den řešit. Zároveň jsem chtěla zjistit, jaký názor mají přímo zdravotně sociální pracovníci na to, co denně dělají za práci, ale také na názor veřejnosti, která se k práci zdravotně sociálních pracovníků dostala třeba poprvé v životě, a naopak i lidí, s nimiž zdravotně sociální pracovníci musí každý den spolupracovat, aby jejich práce byla komplexní a kontinuální v návaznosti na to, co daný klient potřebuje řešit.

Při psaní této diplomové práce jsem hledala literární zdroje zaměřující se na roli zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, dále na sociální práci ve zdravotnickém zařízení. Volila jsem také odbornou literaturu, která se obecně zabývá cílovými skupinami, které vidáme v nemocničních zařízeních nejčastěji, a to jsou senioři, dále také paliativní péči a multidisciplinárním týmem, který ke zdravotnickému zařízení neodmyslitelně patří. Pracovala jsem s literaturou, v níž se objevují odborná hesla jako sociální práce, metody sociální práce, sociální práce v praxi, sociální gerontologie, paliativní péče a využívala jsem i sociální slovník.

Citace jsem prováděla dle normy ISO 690.

.

## Úvod

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení mě zajímala již od doby, co jsem začala sociální práci studovat na Vyšší odborné škole sociálně právní, což bylo v roce 2013. Vždy pro mě bylo poutavé, co asi musí sociální pracovník ve zdravotnictví dělat a jaké to je spolupracovat s lékaři a klienty nazývat zároveň i pacienty. Imponovala mi představa toho, jak spolu jde ruku v ruce sociální práce s medicínou. Medicína mě vždy velmi zajímala, bývalo dokonce mým snem ji studovat, ale zabránil mi v tom strach z krve a také z té obrovské zodpovědnosti, kterou denně lékaři a zdravotnický personál nese na svých bedrech – tito hrdinové totiž den co den zodpovídají za lidský život, který je tím nejcennějším.

V oboru sociální práce se již nějakou dobu pohybuji i jako pracovník. Do nemocnice jsem se jako sociální pracovník, dostala poprvé díky Mgr. Patriku Burdovi, který přednášel na Katedře sociální práce a náš ročník vzal tehdy do Vinohradské nemocnice na oddělení traumatologie, kde tehdy sám pracoval. Tenkrát jsme měli za úkol provést rozhovor s pacienty, s nimiž bylo možné dle jejich zdravotního stavu mluvit, a mně se tehdy tato role neskutečně zalíbila. Lákalo mě samotné prostředí nemocnice, ale také přímo diagnózy pacientů, které jsem vždy chtěla znát více dopodrobna. Zároveň jsem již tehdy vycítila, že práce v takovém prostředí není vůbec snadná, že je potřeba mít alespoň nějaký zdravotnický kurz, aby byl právě i sociální pracovník schopen určit – samozřejmě za indikace ošetřujících lékařů, co pro daného klienta bude vhodným řešením ale také aby věděl, s čím se může setkat – jaké sociální situace bude jeho úkolem řešit.

Tehdy jsem si řekla, že bych si moc přála se jednou dostat na pozici zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici, ale vnímala jsem to takřka jako nemožné, a to z důvodu malé praxe, nedokončeného vzdělání a také jsem sama sobě nevěřila, že bych se vůbec na takovou pozici někdy mohla dostat.

Opak se stal pravdou. V červnu 2020 jsem se získala pozici sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a začala si tak plnit svůj sen. Z počátku to pro mě bylo velmi náročné a těžké, byl to obrovský přísun informací naráz, ale zdárně jsem se se svou novou pozicí poprala, ale stále se mám samozřejmě co učit.

Získala jsem svoje tři oddělení, na nichž jsem se postupem času „zabydlovala“, poznávala jsem personál, učila se správně komunikovat s lékaři, a především s klienty. Bylo nutné se naučit i správně psát zápisy do systému, které se zcela liší například od individuálních plánů, které jsou pro sociální práci často klíčovou metodou.

Moje klíčové oddělení bylo Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny, dále Následná rehabilitační lůžka a Klinika infekčních onemocnění. Každé oddělení vyžadovalo zcela jiné přístupy. Pacienti, v mém případě klienti, na daných odděleních vyžadovali zcela jinou medicínskou, ale i sociální péči. Začal pro mě nekončící boj s chápáním diagnóz, prognóz a zajišťování vhodné následné péče pro jednotlivé klienty. Velmi nápomocná mi byla Vedoucí oddělení Humanitní služby a také moji noví kolegové, kteří byli již zkušenější a moudří zdravotně sociální pracovníci. Některé kolegyně dříve pracovaly jako zdravotní sestry, tudíž se v medicínských záležitostech vyznají dodnes perfektně.

Při sociální práci ve zdravotnickém zařízení je velkou nutností orientovat se v možnostech následné péče a v jejích formách. Je důležité se také vyznat v podpůrných finančních dávkách, které poskytuje stát potřebným. Nejdůležitějším nástrojem, který je nutno ale každý den při své práci používat je vhodná komunikace, jak verbální, tak i ta neverbální, což je například v dnešní epidemiologické situaci velmi náročné z důvodu nošení roušek a v nemocnici obzvláště z důvodu nošení ochranných pomůcek, v nichž člověku koukají jen oči.

Neverbální komunikace je velmi důležitá, dokáže někdy navodit mnohem více důvěry, než přímo komunikace verbální. Dalším důvodem, proč je vhodné se na neverbální komunikaci zaměřit je fakt, že o hodně vypoví o našich emocích a pokud budeme správně vnímat klienta naproti sobě, dozvíme se mnohé i o tom, co prožívá on. (dle Jankovského, 2003, str. 72-73)

Fungování sociální práce v nemocničním zařízení hodně stojí na funkčním multidisciplinárním týmu, v němž zdravotně sociální pracovník neodmyslitelně figuruje. Je nutné, aby celková péče o klienta byla komplexní, ale také kontinuální. K tomu je zapotřebí dobrá a kvalitní komunikace mezi osobami, které s klientem nějakým způsobem pracují – jsou to lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelský tým, ale také psycholog, asistenti a samozřejmě my, jakožto zdravotně sociální pracovníci. Je potřeba si dobře umět předávat informace, jelikož se nabalují na sebe a je třeba je velmi často vysílat i mimo nemocnici, například do zařízení následné lůžkové péče nebo při komunikaci s organizacemi, které poskytují domácí péči či pečovatelskou službu, anebo při komunikaci s úřady.

Zdravotně sociální pracovník v nemocnici řeší opravdu různou sortu sociálních situací. Musí dokázat komunikovat s personálem, klientem, ale také s jeho nejbližší rodinou. Je zde spousta dalších specifických záležitostí, v nichž je potřeba, aby se vyznal.

Proto je z mého pohledu velmi důležité, aby se o práci zdravotně sociálního pracovníka více mluvilo, anebo například i přednášelo na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách. Laická veřejnost se s pojmem zdravotně sociální pracovník často neseťkává, a pokud se tak již stane, neví, co od takové profese očekávat. Často se lidé tohoto pojmenování bojí a spojuje si daného pracovníka s někým z úřadu a obává se, co provedl. Ve společnosti stále vládne jakási nedůvěra k sociálním pracovníkům a ani v nemocnici tomu není jinak. Lidé nevědí, jak si naši přítomnost vysvětlit. Někdy jsou za naši přítomnost rádi, vypovídají se, nechají si rádi poradit a často děkují za to, že má o ně někdo zájem a chce řešit jejich problémy. Jindy se ale setkáváme se strachem nebo s negativním postojem vůči našim osobám.

Důvod, proč jsem se rozhodla psát svou diplomovou práci na tuto téma je velmi jasný – role zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze se mě osobně dotýká a přála bych si, aby laická veřejnost poznala, že jsme ti, kteří chtějí pomáhat, a ne negativně zasahovat do života lidí, kteří jsou bohužel ze dne na den hospitalizovaní z důvodu zdravotních potíží. Dalším důvodem je také to, že bych ráda zjistila, jak se lidé k naší profesi staví, jaký je jejich názor na naši práci a zda ji vnímají kladně či v negativním smyslu.

V této práci, přesněji v teoretické části jsem se zaměřila na to, jak se rozvíjela sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, jaká je role zdravotně sociálního pracovníka a celkově, jaké jsou jeho kompetence a náplň práce. V teoretické části se také zajímám o to, jak sociální práce probíhá i v jiných zdravotnických zařízeních.

Teoretická část se opírá o informace z odborné literatury a také z internetových zdrojů. Nutno zmínit, že v odborné literatuře nelze dohledat větší množství informací o sociální práci ve zdravotnických zařízeních.

Praktická část je soustředěna na pohled zdravotně sociálních pracovníků a osob, které jsou do sociální práce zainteresované, na naši práci – na sociální práci v nemocničním zařízení.

# 1 Teoretická část

## 1.1 *Legislativa a sociální práce ve zdravotnictví*

Ve zdravotnických zařízeních se zdravotně sociální pracovník setkává s mnoha klienty, kteří spadají do různých cílových skupin a poskytnutí kvalitního poradenství závisí samozřejmě i na znalosti legislativy. Je samozřejmé, že i každé zdravotnické zařízení má své interní předpisy a pravidla, podle nichž je nutno se řídit. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 53)

Z tohoto důvodu se sociální práce ve zdravotnických zařízeních opírá o četné množství legislativních pramenů, které bych nyní ráda zmínila:

- 1) Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování
- 2) Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a změně a doplnění některých
- 3) Zákon č. 280/1992 Sb., o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách.
- 4) Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění
- 5) Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů
- 6) Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých zákonů
- 7) Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů
- 8) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- 9) Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu
- 10) Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, ve znění pozdějších předpisů

## 1.2 Sociální práce ve zdravotnickém zařízení

Na úvod bych zmínila, co je to vlastně sociální práce a jaká je její definice. Matoušek definuje sociální práci jako: „*Společenskovědní disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. ... Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potencionálu. ... Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci.*“ (cit. dle Matouška, 2003, str. 213)

Kutnohorská ve své knize ovšem popisuje značný rozdíl mezi sociální prací a zdravotně sociální prací. „*Zdravotně sociální práce je určena zejména lidem nemocným, kteří v souvislosti s nemocí potřebují specializovanou sociální pomoc či péči.*“ (cit. dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna, 2011, str. 26)

Sociální práce ve zdravotnictví je opravdu velmi rozmanitá. Zdravotnických zařízení existuje v České republice několik typů a dle toho se i liší forma sociální práce v nich. Hlavním cílem sociální práce ve zdravotnictví je pomoc a podpora klienta a jeho rodiny při zmírňování negativních sociálních dopadů způsobených nemocí. Sociální práce by v tomto případě měla být celistvá a komplexní. Velmi důležité je také klienta a jeho rodinu motivovat, a to při léčbě, kterou ve zdravotnickém zařízení podstupuje. Sociální práce v takovémto zařízení je samozřejmě ale také podřízena tomu, o jakého klienta se jedná, čili do jaké cílové skupiny spadá. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 18)

Kuzníková si ve své knize klade otázku, jaké jsou vlastně podmínky sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení pro aplikaci různých metod sociální práce při jeho činnosti. Dále se odkazuje na zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů – zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, v platném znění. Jde tedy o činnost preventivního rázu, ale také o činnost diagnostickou a dále rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Zdravotně sociální pracovník figuruje také v ošetrovatelské péči, a to v uspokojování sociálních potřeb daného klienta. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 19)

Propojení sociální práce a medicíny či jinak řečeno zdravotní péče je zcela nepochybné. Tyto dva obory spolu vždy úzce spolupracovaly a při dnešním rozvoji daných oborů je jisté, že tomu tak bude i v budoucnu. Kuzníková ve své knize velmi dobře ovšem

zmiňuje, že většina profesionálů, kteří pracují v oboru a jsou tudíž stále v přímé praxi, si uvědomují potřebnost multidisciplinarity, která je u propojení těchto dvou oborů neodmyslitelná. Sociální práce ve zdravotnictví má v České republice hluboké kořeny sahající do historie. Problém vzniká ovšem v tom, že společnost se mění a s ní i by se měly měnit i zavedené koncepty a metody práce. Často se bohužel dodnes stává, že zdravotně sociální pracovník je spíše administrativním pracovníkem a naopak, že do sociální práce zasahují například zdravotní sestry, které pro výkon sociální práce nemají dostatečnou kvalifikaci, jakkoli tím projevují svůj zájem o pacienty. Je proto skutečně nutné, aby daní pracovníci vykonávali skutečně svoji práci a tvořili efektivně fungující multidisciplinární tým, který může kvalitním způsobem pomáhat potřebným a zároveň nemocným lidem. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 20)



### 1.3 **Sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze**

Sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici měla a má samozřejmě také svůj určitý vývoj, který se měnil v souvislosti s politikou ale také zároveň s novými trendy, které přišly v 90. letech.

Dříve Ústřední vojenská nemocnice fungovala pouze jako nemocnice pro Armádu. V té době sociální pracovnice byla v ÚVN pouze jedna a ta občas zajišťovala nějaké drobné záležitosti pro nějakého vojáka, který něco potřeboval, ale bylo to velmi výjimečné.

V 90. letech nastala zásadní změna, která byla pro ÚVN zcela klíčová. Ústřední vojenská nemocnice se stala tzv. spádovou nemocnicí, a to pro Prahu 6. V té době v nemocnici působily dvě sociální pracovnice, které samozřejmě intervenovaly, pokud to bylo třeba, ale jejich hlavní náplní práce bylo spíše například zajišťování starobních důchodů a jejich správné a včasné doručení klientům v nemocnici. Jen zřídka se stalo, že sociální pracovnice byly povolány k sociálnímu šetření. Pokud se tak již ale stalo, nebylo to příliš časté a forma sociálního šetření a poradenství probíhala trochu jinou formou, než je tomu v ÚVN nyní.

V roce 2008 v Ústřední vojenské nemocnici vzniklo nové oddělení s názvem Humanitní služba, které vybuodovala Mgr. Lenka Gutová, MBA, LL.M., která je nyní na pozici Náměstkyně ředitele pro nelékařské zdravotnické profese a řízení kvality zdravotní péče a Bc. Dagmar Martinkovou, která později několik let působila jako Vedoucí Humanitní služby. S oddělením Humanitní služba byl vytvořen i zcela nový koncept sociální práce, vznikla zároveň i nová metodika práce s klientem a Humanitní služba začala aktivně fungovat. Díky vzniku tohoto oddělení celkově sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici nabrala zcela jiné obrátky.

Aby pro klienty a jejich blízké bylo snadnější pochopit, jak jim vlastně oddělení Humanitní služby může pomoci, byla vytvořena tzv. část oddělení, která nyní nese název Zdravotně sociální služby, pod čímž je už pro klientky a jejich blízké mnohem snadnější si něco představit. Humanitní služba byla totiž dříve a občas i nyní často zaměňována s humanitární pomocí.

Postupem času se na toto oddělení začali přijímat noví zdravotně sociální pracovníci a velká změna proběhla v samotné sociální práci, která byla vystavena na metodě aktivního vyhledávání rizikových klientů, kteří budou potřebovat sociální poradenství či intervenci. První oddělení, kde započalo aktivní vyhledávání, bylo oddělení Emergency, kde rovnou při příjmu zdravotnický personál vyhodnocoval přes zdravotně sociální screening, zda je klient

vhodný pro sociální šetření. Pokud se tak stalo, byl přivolán zdravotně sociální pracovník, a tak mohlo započít sociální šetření a klientovi mohlo být poskytnuto sociální poradenství.

Tato metoda aktivního vyhledávání rizikových klientů se osvědčila a začala fungovat na všech odděleních v nemocnici. Nyní Zdravotně sociální služby fungují tudíž pro všechna oddělení v ÚVN. Jednotlivá oddělení jsou rozdělena mezi osm zdravotně sociálních pracovníků, kteří si svoje oddělení tzv. obhospodařují a po dohodě s lékaři a zdravotnickým personálem nadále aktivně vyhledávají klienty, kterým by nějakým způsobem mohlo jejich odborné poradenství či sociální intervence pomoci.

Tyto informace mi v osobním rozhovoru předala Bc. Dagmar Martinková, která dodnes působí jako zdravotně sociální pracovník v ÚVN, a to na oddělení Ošetřovatelské péče.

Aktuálně Humanitní služba disponuje osmi zdravotně sociálními pracovníky. Vedoucí Humanitní služby je Bc. Jana Částková, která je zároveň i komunitní sestrou. Zdravotně sociálním pracovníkům je nápomocna také referentka, která obhospodařuje oddělení, zajišťuje statistické údaje, má na starost veškerou dokumentaci a mnoho dalších úkonů, jako je například komunikace s Policií České republiky, komunikace s úřady a pomoc při zajišťování sociálních pohřbů.

Zdravotně sociální služby fungují od pondělí do pátku a to vždy od 7:00 hod do 15:45 hod. Někteří pracovníci mají pracovní dobu upravenou, ale standardní pracovní doba je ta výše zmíněná. Během celého dne mají zdravotně sociální pracovníci k dispozici služební mobilní telefon a také stolní počítač.

Humanitní služba si zakládá na tom, že je velmi důležitá komplexnost péče v medicíně, která je neodmyslitelně provázaná práce se sociální prací. Sociální práce v ÚVN je zaměřena na podporu a pomoc klientovi, ale také jeho rodině, a to při návratu klienta do jeho přirozeného prostředí – domů. Cílem zdejší sociální práce je zachování nebo zlepšení kvality života klienta a zajištění zdravotních i sociálních služeb, které jsou pro klienta vhodné. (dle <https://www.uvn.cz/cs/zdravotne-socialni-sluzby-uvn>)

## 2 Zdravotně sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení

Zdravotně sociální pracovník je velmi často součástí zdravotnického zařízení, nejčastěji jej můžeme nalézt například v nemocnicích nebo v zařízení následné lůžkové péče. Bohužel i v dnešní době není občas postavení zdravotně sociálního pracovníka v týmu odborníků zcela správně vyjasněno a dochází tak ke komunikačním problémům a také k problémům při vyjasňování daných kompetencí.

Dnešní medicína ovšem vyžaduje, aby mezi odborníky našel své místo právě i zdravotně sociální pracovník, který intenzivně pracuje s klienty, kteří potřebují například sociální poradenství, anebo jednoduše podporu. Pro zdravotně sociálního pracovníka ale často bývá těžké začlenit se do týmu ostatních odborníků – může to být například z důvodu komunikačních bariér, například co se týká medicínské mluvy, ale také z toho důvodu, že jeho role je zatím někde stále trochu nepoznaná. Zdravotně sociální pracovník tedy musí zapracovat především na svém projevu a síle osobnosti, aby byl schopen se stát součástí týmu a byl ostatními odborníky přijat a respektován jako stejně rovný. Rovnost je v tomto případě velmi důležitá vzhledem k potřebě komplexnosti péče o klienta, kterou může zajistit pouze dobře fungující tým a jeho spolupráce v péči o klienta. Je nutné také zmínit, že se nejedná jen o dobrém navázání vztahu a péči o klienta, ale také o péči o jeho rodinu, popřípadě spolupráci s úřady či jinými státními orgány, s nimiž je často navazována komunikace.

Do správně fungujícího týmu nepatří ale pouze zdravotně sociální pracovník a lékaři, ale také ostatní zdravotnický personál – například zdravotní sestry, ale také ergoterapeuti a fyzioterapeuti, jejichž role je v nemocnici nesmírně důležitá a je i velmi potřebné, aby mezi nimi a ostatními odborníky nevázla komunikace, jelikož jejich informace jsou pro lékaře a zdravotnický personál, ale i pro zdravotně sociálního pracovníka nesmírně důležité. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 23-24)

Beránková (2001) zmiňuje, že podstatné je také, aby se zdravotně sociální pracovník skutečně fyzicky účastnil určitých důležitých momentů, například pravidelné vizity, na ranních hlášeních nebo například na konferencích pořádaných určitými odděleními. Fyzická blízkost zdravotně sociálního pracovníka je velkým plusem, tím je například pravidelné docházení na dané oddělení. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 24-25)

V knize Sociální práce ve zdravotnictví Kuzníková naráží také na rozdíl mezi interdisciplinárním týmem a multidisciplinárním týmem, v nichž zdravotně sociální pracovník

zaujímá také svoji pozici. Joan Beder (2006) například hovoří o spolupráci v interdisciplinárním týmu jako o komplexním procesu, kdy dva či více odborníků poskytuje pomoc klientovi, ale také jeho rodině. Důraz přikládá tomu, že takový tým je schopen se shodnout v plánování daného postupu při intervenci, dokáže si efektivně mezi sebou předávat informace a zároveň že v týmu probíhají vzájemně interakce, během nichž dochází také k učení.

Solheim (2007) naopak popisuje, že v multidisciplinárním týmu nedochází k symbióze, a to z toho důvodu, že jednotlivci mají různé role a nejsou schopni spolu efektivně spolupracovat, jelikož nesdílí jednotný náhled na řešení klientovi situace. Z toho plyne, že se zdá lepším řešením nazývat takovou spolupráci jako interdisciplinární, kde má sociální pracovník zcela nezastupitelnou roli a to především jako manažer činností, který často plánuje aktivity týmu a spolupracuje i s dalšími důležitými orgány či institucemi jako je například Policie ČR, Orgán sociálně právní ochrany dětí, zároveň ale komunikuje například i se soudy, s praktickými lékaři, se sestrami z domácí zdravotní péče, apod. Zdravotně sociální pracovník také klientovi pomáhá s jeho začleněním do léčebného procesu, motivuje jej. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 25)

Multidisciplinární tým v nemocničním zařízení je zcela nepostradatelný. Jeho hlavní využití nacházíme například při péči o paliativního pacienta.

Matoušek paliativní péči popisuje následovně: „*Integrovaná komplexní péče, která předchází a zmírňuje všechny aspekty utrpení nemocného, případně umírajícího člověka, především bolest.*“ (cit. dle Matouška, 2008, str. 131)

Jak uvádí Mojtová a Krellová, umírání má několik oblastí a to biologickou, sociální, psychologickou a duchovní, proto je v oblasti umírání multidisciplinární tým velmi důležitý, jelikož je potřeba pro takového klienta či jinými slovy pacienta, zajistit komplexní péči. Každý z odborníků má na starost určitou oblast v péči o umírajícího člověka. Sociální pracovník zastává samozřejmě péči sociální a částečně i psychickou podporu, kterou ovšem zaštiťuje i psycholog.

Tím nejklíčovějším úkolem sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, který pečuje o paliativního pacienta, je hledat možnosti péče, které pro tohoto klienta budou vhodné, pokud bude propuštěn do jeho přirozeného prostředí anebo zajistit například paliativní lůžko. (dle Mojtové a Krellové, 2010, str. 184)

Sociální pracovník zapojený do paliativního týmu, který se snaží vyřešit zdravotně sociální situaci pacienta, který je již v paliativní péči, musí být velmi flexibilní a musí ke každému klientovi přistupovat opravdu zcela individuálním způsobem. Velkou roli zde hraje čas a rychlost, ve které se sociální pracovník musí připravit na nově vznikající situace. Sociální pracovník musí pečovat nejen o pacienta, ale především o jeho blízké. Musí je připravit na to, jaké okamžiky mohou přijít, reálně jim představit, že přicházející chvíle nebudou jednoduché, ale zároveň musí umět nabídnout komplexní služby, které rodině pomohou v péči o paliativního pacienta.

Náplní práce sociálního pracovníka v paliativním týmu je samozřejmě koordinace péče, poskytování poradenství, určitá psychoterapie, edukace rodin o možnostech terénní nebo lůžkové péče, která může být jak hospicová, tak i paliativní. (dle Rhea Go-Coloma, Today's Geriatric Medicine, 2018)

Dle Meiera a kol. (2010) by paliativní péče měla plnit následující cíle:

- „1. orientovaná na pacienta (založená na pacientových přáních a cílech)*
- 2. prospěšná (pravděpodobně pomůže pacientovi)*
- 3. bezpečná (neškodí pacientovi, nesouvisí s urychlením smrti)*
- 4. včasná (zahájena ve vhodný čas, ne příliš brzo ani příliš pozdě)*
- 5. spolehlivá (byly použity všechny možnosti, které mohou přinést prospěch)*
- 6. efektivní (neplýtvá prostředky, zdroji ani časem)“ (cit. dle Bužgová, 2015, str. 17)*

## 2.1 **Předpoklady zdravotně sociálního pracovníka pro výkon sociální práce v nemocničním zařízení**

Pro to, aby člověk mohl pracovat jako zdravotně sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení, je samozřejmě nutné, aby splňoval podmínky určitého stupně vzdělání. V České republice je uzákoněno vzdělání zdravotně sociálního pracovníka v zákoně č. 96/2004 Sb., zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotnický resort neklade podmínku, aby takový člověk splňoval podmínky, které plynou ze zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Je tedy opravdu nutné, aby člověk, který chce pracovat na takové pozici, skutečně získal toto vzdělání, a to buď na úrovni bakalářského studijního oboru zdravotně sociální pracovník, nebo aby splňoval vysokoškolské vzdělání dle výše zmíněného zákona č. 108/2006 Sb., ovšem s nutností dodělat si akreditovaný kurz pro zdravotně sociální pracovníky. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 27-28)

Vargová uvádí: *„Pracovník vybavený takovou kvalifikací je plně kompetentní k řešení zdravotně-sociální problematiky pacientů, protože se lépe orientuje i ve zdravotnické problematice. Velmi významná je jeho pravomoc samostatně nahlížet do zdravotnické dokumentace.“* (cit. dle Vargové in Ondrušová, Krahulcová, a kol, 2019, str. 189)

Vzdělání je tedy zcela neopomenutelnou podmínkou pro výkon takové profese. Neměli bychom ovšem zapomínat také na osobnostní předpoklady, které jsou stejně tak důležité jako vzdělání. Osobnost člověka a jeho dovednosti jsou nesmírně důležité položky v profesi zdravotně sociálního pracovníka. Jak se lidsky říká, ne každý má povahové rysy předurčené k tomu, aby takovou práci mohl dělat.

Mezi důležité předpoklady zdravotně sociálního pracovníka patří samozřejmě empatie, vřelé chování, autenticita, distingovaný projev, asertivní jednání, schopnost využívání teorií a metod sociální práce, atd. Nejdůležitější je samozřejmě samotný zájem o klienta, jeho pocity, postoje, ale také o jeho přání. Zdravotně sociální pracovník by měl klienta „brát“ takový, jaký je a nesnažit se jej měnit, naopak by jej měl plně respektovat, nepovyšovat se nad ním. Velmi důležité zároveň je také vymezení a dodržování hranic, které neustále musí mezi zdravotně sociálním pracovníkem a klientem fungovat, protože jejich narušení by mohlo mít fatální následky, které by samozřejmě překazily efektivitu spolupráce mezi klientem a pracovníkem. Překračování hranic je téma, které se dotýká etických principů, které k sociální práci i ke zdravotně sociální práci nevyhnutelně patří. Zdravotně sociální pracovníci se při své práci opírají o tyto etické principy a zároveň o etický kodex, který byl vydán Národní asociací

sociálních pracovníků a v České republice byl schválen Společností sociálních pracovníků v roce 2006. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 29)

Banksová (1995) zmiňuje, že většina autorů odborné literatury, kteří se zabývají etikou sociální práce, se soustředili na principy, podle nichž by se měl sociální pracovník chovat při práci s klientem. V roce 1957 Felix Biestek popsal sedm principů, které byly také určené pro sociální pracovníky, kteří pracují s jednotlivci. (dle Matouška a kol, 2013, str. 37)

Jednalo se o následující principy dle Felixe Biesteka (1957)

„1) *Individualizace*

2) *Vyjadřování pocitů*

3) *Empatie*

4) *Akceptace*

5) *Nehodnotící postoj*

6) *Sebeurčení*

7) *Diskrétnost*“ (cit. dle Matouška a kol., 2013, str. 37-38)

Další klíčovou dovedností je umění komunikace, která je v sociální práci tou nejjednodušší a zároveň nejpodstatnější dovedností, s níž pracovník denně pracuje, a proto ji musí umět dobře použít a neustále ji pilovat. Komunikace je významná ať se jedná o verbální či tu neverbální. Díky této dovednosti zdravotně sociální pracovník dokáže klienta poznat, získat si jeho důvěru, navázat s ním nějaký spolupracující vztah, díky němuž bude možné pracovat na zakázce klienta, dále může skrz komunikaci klienta motivovat a podporovat. Neverbální komunikace je stejně tak důležitou, jelikož o nás, ale i o klientovi a jeho pocitech hodně vypovídá. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 29-30)

Verbální komunikace funguje na základě slov. Slova mohou působit na náš protějšek různě a je potřeba na to neustále myslet. Řeč sama o sobě má několik funkcí, které ve své knize zmiňuje Jarolímová a Holá. Navíc díky řeči si lze vzájemně předávat emoce, které vnitřně prožíváme. Jarolímová a Holá popisují ve své knize tyto funkce řeči následovně: (dle Jarolímové a Holé, 2007, str. 23)

„1) *informace*

2) *sdělení postoje*

3) *ovlivnění*

4) *sblížení*

5) *navození interakce*

6) *posílení*“ (cit. dle Jarolímové a Holé, 2007, str. 24)

Jarolímová a Holá (2007) dále například ve své knize popisuje, že komunikace je středobodem v mezilidských vztazích a je pro jejich vytvoření klíčovou podmínkou. Dále také popisuje, že abychom správně druhého člověka při komunikaci pochopili, je potřeba znát jeho záměr, který je ne vždy zcela jasný, může někdy poukazovat i na něco jiného, třeba na vyžádání si pozornost nebo chtění komunikovat. (dle Jarolímové a Holé, 2007, str. 23)

Mezi další dovednosti spadá také znalost legislativy, do níž spadají práva pacientů, v případě zdravotně sociálního pracovníka klientů. Celková znalost legislativy je pro zdravotně sociální práci i pro sociální práci nesmírně důležitá a tímto povoláním pracovníky provází každý den.

Velkým pomocníkem pro rozvoj dovedností a osobnosti zdravotně sociálního pracovníka je samozřejmě další vzdělávání a také supervize, která je v tomto oboru opravdu cenná, jelikož zdravotně sociálního pracovníka nejen že učí, ale také rozvíjí a pomáhá mu vypořádat se například s etickými dilematy, které jsou častým kamenem úrazu při výkonu zdravotně sociální práce a pomoci klientům. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 29-30)

Kutnohorská a kolektiv ve své knize velmi pěkně popisuje, že zdravotně sociální práce je vskutku rozsáhlá, jedná se o práci velmi náročnou, a to z důvodu častých řešení etických dilemat či dilematických situací, k jejichž řešení je potřeba skutečně velká osobnostní výbava zdravotně sociálního pracovníka. (dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna, 2011, str. 11)

Kutnohorská zde zdravotně sociálního pracovníka popisuje takto: „*Zdravotně sociální pracovník musí být člověk, který je schopen reflektovat skutečnost, který si je vědom, že může dávat, když ví, že má co nabídnout.*“ (cit. dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna, 2011, str. 11)



### **3 Role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení**

Matoušek popisuje roli sociálního pracovníka jako pracovníka v pomáhajících profesích, který se snaží řešit problémy klientů, v nichž nemůže být emočně nezainteresovaný, protože právě vnímání daných problémů a podpora při jejich řešení je zásadním rysem pro tuto roli. (dle Matouška, 2008, str. 180)

Zdravotně sociální pracovník má v rámci zdravotnického zařízení svoji samostatnou pozici, díky níž je často součástí multidisciplinárního týmu, který pečuje o klienty, kteří jsou v nemocnici hospitalizováni a to buď na akutním lůžku či na lůžku následné péče. Svoji roli zdravotně sociální pracovník zastává i při péči o klienty, pro něž je již vhodná paliativní péče. Zde se zdravotně sociální pracovník stává jedním z členů tzv. paliativního týmu, do kterého patří dále například lékař, paliatr, ale také například duchovní, farmaceut či psycholog.

Role zdravotně sociálního pracovníka v nemocničním zařízení je jasně vymezena, pracovník má své kompetence a také svoji náplň práce. Zdravotně sociální pracovník zajišťuje komplexní péči o klienty a jejich rodiny v situaci, která je pro ně tíživá z důvodu onemocnění daného klienta. (dle Fraňka, 2019, str. 15-18)

V Ústřední vojenské nemocnici v Praze je role zdravotně sociálního pracovníka zcela stejná, tak jako je popsáno výše. Zdravotně sociální pracovník má svoji zakotvenou roli, je samostatným pracovníkem, který řeší tíživé sociální situace klientů a jejich blízkých, aktivně komunikuje s ostatními odborníky v multidisciplinárním týmu. Jaké jsou kompetence a náplň práce zdravotně sociálního pracovníka, popíší v následujících kapitolách.

### 3.1 **Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka**

Zdravotně sociální pracovník má poměrně širokou náplň práce. Jeho hlavním úkolem ale je zahájení postupu zdravotně sociálního rehabilitace, která dle Novosada (2000) vede k udržení hodnotného života daného klienta a také působí jako prevence před opakováním návratu k hospitalizaci. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 47).

Výkon této profese je u nás definován zákonem č. 94/2004 Sb. a tato činnost je považována za: „*činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.*“ (cit. dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 47)

Základními službami sociální péče ve zdravotnickém zařízení jsou intervence, které vedou k likvidaci či alespoň ke zmírnění negativních dopadů, které vznikly v důsledku nemoci, hospitalizace, úmrtí nebo sociálně patologických jevů.

Úkony při výkonu zdravotně sociální práce jsou následující:

- a) **intervence u akutně hospitalizovaných klientů** – záleží především na ošetrujícím lékaři, zdali indikuje sociální šetření
  
- b) **sociální pomoc u chronicky nemocných, ale nejen u nich** – do této části spadá přímo sociální poradenství, kontakt s ostatními institucemi, zahájení plánování péče a sociální rehabilitace, dále zajištění sociálních služeb, a to například terénních, řešení finanční situace a komunikace s rodinou
  
- c) **sociální prevence** – aktivní vyhledávání rizikových klientů, provedení anamnesticko-poradenského rozhovoru a základní poradenství
  
- d) **stanovení sociální anamnézy a prognózy** – snaha o začlenění klienta do jeho přirozeného prostředí po dimisi ze zdravotnického zařízení, popřípadě zajištění takových služeb, které pomohou klientovi se znovu začlenit do společnosti, nebo zajistit, aby klient mohl v rámci možností za pomoci blízkých a zdravotních či sociálních služeb částečně fungovat jako tomu bylo dosud

e) **aplikace metod sociální práce** – zde se jedná o klasickou práci s klientem či s rodinou

Dané činnosti zdravotně sociálního pracovníka by měly plynout z podrobné sociální anamnézy, podle které poté zdravotně sociální pracovník vyhodnotí, které metody a teorie pro práci s klientem bude vhodné použít. V následujících bodech Kuzníková představuje úkony, které by měly být zdravotně sociálním pracovníkem v České republice realizovány.

a) **Psychosociální podpora:** hájení zájmů a potřeb klientů před daným zdravotnickým zařízením a dalšími institucemi, pomoc při zajištění sociální podpory a při řešení finanční problematiky, poskytování psychické podpory, motivace klienta, zajištění krizové intervence, aktivní naslouchání klientovi, tvorba individuálního plánu, v němž je zahrnuta následná péče o klienta, pokud bude potřeba vzhledem k jeho zdravotnímu stavu a sociální situaci.

b) **Edukace:** tato oblast se týká pomoci klientům, ale i jejich blízkým v pochopení diagnózy klienta, léčby, ale i důsledkům daného onemocnění, dále sem spadá vysvětlení možností následné péče, nabídka možných zdravotních či sociálních služeb a jejich představení, řešení otázky dávek sociální péče, ale například i možnostech opírající se o legislativu, například záležitosti ve věci opatrovnictví či žádosti o zbavení způsobilosti k právním úkonům, edukace v multidisciplinárním týmu, kdy je přítomen pro rodinu například i ošetřující lékař, psycholog a další odborníci.

c) **Poradenství:** tento okruh zahrnuje klasické poradenství při řešení sociálně nepříznivé situace klienta, poskytování informací, důležitým bodem je plánování budoucnosti po dimisi klienta ze zařízení, nastavení vhodné následné péče a s tím související například podání žádostí na následná lůžka, domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem či do rehabilitačního ústavu, zajištění terénních služeb jako je pečovatelská služba, domácí péče či hospicová péče, ať se v tomto případě jedná o mobilní či pobytovou formu této služby. Dalším stěžejním bodem je podání žádostí o příspěvek na péči, o příspěvek na mobilitu či průkazu osoby se zdravotním postižením, řešení podání žádosti o invalidní důchod nebo například o dávky státní sociální pomoci a v neposlední řadě pomoc při zajištění či zapůjčení kompenzačních pomůcek.

d) **Komunikace:** ta nejdůležitější činnost při práci zdravotně sociálního pracovníka. Zde se samozřejmě jedná o komunikaci s klientem nebo s jeho rodinou či určitou skupinou, přítomnost u rozhovoru mezi klientem či jeho rodinou a dalšími odborníky z multidisciplinárního týmu, zároveň sem patří ale i společná komunikace přímo v multidisciplinárním týmu. Do této části patří zároveň i komunikace telefonická či emailová a to s ostatními důležitými orgány či institucemi. Nelze opomenout sociální šetření, při němž je rozhovor hlavní využívanou metodou. Nutno zmínit i podávání zpráv a povinných hlášení Policii České republiky nebo Orgánu sociálně správní ochrany dětí, spolupráce s praktickými lékaři, zdravotními pojišťovnami, se soudy a také s městskými úřady například při zajišťování sociálních pohřbů. (dle Kuzníkové a kol., 2011, str. 47-52)

*„Pro rozhovor s pacientem je stejně důležité jak umění hovořit, tak umění naslouchat.“* (cit. dle Křivohlavého, 1989, str. 95)

### 3.1.1 Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze

Náplň práce zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze je téměř stejná, jako je zmíněno výše. Mezi hlavní každodenní úkoly takového pracovníka patří aktivní vyhledávání rizikových klientů, u nichž je potřeba provést sociální šetření. Každý pracovník má pro vyhledávání takových klientů trochu jinou metodu, která se většinou nastavuje po dohodě s ošetřujícími lékaři, vrchními nebo staničními sestrami na daném oddělení, které určitý zdravotně sociální pracovník obhospodařuje.

Většinou je postup ale stejný a to, že každý den přichází zdravotně sociální pracovník na své klíčové oddělení a po konzultaci s výše uvedenými osobami oslovuje dané klienty, kteří byli vyhodnoceni jako riziková a provádí u nich sociální šetření. U každého takového klienta je proveden anamnesticko-poradenský rozhovor, při němž je zjišťováno, jaké jsou jeho bytové podmínky, zda žije s někým nebo zda žije sám. U bytových podmínek zjišťujeme, zda klient žije v rodinném domě či v bytě, zda při obývání svého obydlí musí zdolávat schody, nebo jestli má výtah či dokonce zda je jeho bytový prostor bezbariérový. Do těchto informací spadá i otázka ohledně zařízení koupelny a to důvodu těžšího vstupu do vany. Důležitá je také otázka chůze, jak ji klient zvládá, jestli chodí sám či s nějakou kompenzační pomůckou, jestli je chodící pouze po bytě nebo zda chodí i ven. Stěžejní je také otázka soběstačnosti, kterou je občas ale velmi těžké zjistit a to převážně u seniorů, kteří někdy přeceňují své vlastní síly nebo jejich názor ne zcela odpovídající jejich zdravotnímu stavu. V tomto případě je lepší komunikovat i s rodinou, která o seniorovi ví, jak je soběstačný, zdali se dokáže sám obléct, provést hygienu nebo si obstarat jídlo.

Další bod v anamnesticko-poradenském rozhovoru je otázka rodiny, zda za klientem dochází, jestli bydlí daleko apod. Klíčová je pro nás také otázka důchodu, především je důležité, jestli klientovi chodí na pobočku České pošty anebo na bankovní účet. Neopomenutelná je otázka pobírání sociálních dávek, a to přesně příspěvku na péči, dále příspěvek na mobilitu a také jestli má klient průkaz osoby se zdravotním postižením. Další důležitou otázkou je, jestli ke klientovi dochází terénní pečovatelská služba nebo domácí zdravotní péče. V poslední řadě se od klientů snažíme zjistit, jak se jmenuje jejich praktický lékař a jestli k němu pravidelně dochází.

Po provedení tohoto rozhovoru většinou zdravotně sociální pracovník kontaktuje i rodinu. Někdy není nutné rovnou s rodinou řešit možnosti následné péče, ale je vhodné, aby rodina věděla o tom, že o klienta a jeho blízké má někdo zájem pečovat či poskytnout pomoc nebo poradenství. Navázání kontaktu s rodinou je pro celou sociální práci ve zdravotnickém zařízení velmi významné. Navíc pokud klient není schopen přiléhavých odpovědí, je přímo nutné rodinu kontaktovat a dané informace získat od rodinných příslušníků, abychom získali adekvátní informace a mohli s nimi pracovat.

Pokud klient neuvedl kontakt na rodinu a rodina například není ani informována o tom, že je klient hospitalizovaný, například z důvodu neshod v rodině a chybějící komunikace, je nutno kontaktovat Policii České republiky a požádat o zjištění, zda klient má nějakou blízkou rodinu a popřípadě na ni zjistit telefonický kontakt.

Po získání veškerých informací zaeviduje zdravotně sociální pracovník v Ústřední vojenské nemocnici v Praze tyto informace do počítačového programu Amis HD, kam se tyto informace uvádí do tzv. zdravotně sociálního záznamu, s nímž po celou dobu intervence poté pracovník pracuje. Klientovi je založena tzv. křížovka s nejdůležitějšími daty, jako je započítání hospitalizace, převzetí do sociálního šetření, kontakty na rodinu, základní osobní informace, údaje o soběstačnosti, a především plán zdravotně sociální péče. Následuje založení tzv. malého záznamu, kam jsou postupně vpisovány veškeré kroky, které zdravotně sociální pracovník ohledně klienta podnikne, od telefonického kontaktu, přes osobní rozhovor či kontaktování úřadů, podání žádostí na lůžka následné péče apod.

Poté je již spíše na klientovi a jeho potřebách, co bude zdravotně sociální pracovník zajišťovat. Nejčastější je předání kontaktů klientovi či jeho rodině na terénní pečovatelskou službu, na organizace poskytující službu osobní asistence, dále na tísňovou péči a samozřejmě na domácí zdravotní péči, tzv. home care.

Pokud je zdravotní stav klienta takový, že vyžaduje ještě dlouhodobou následnou péči, je nutné zajistit pro něj lůžko následné péče, a to samozřejmě dle indikace ošetřujícího lékaře klienta a po domluvě se samotným klientem či jeho rodinou. Klient či rodina musí s podáním žádostí na lůžka následné péče souhlasit a musí také podepsat tzv. informovaný souhlas o zajištění následné péče. Pokud klient či rodina souhlasí, společně se s nimi domluvíme na podání žádostí do určitých zařízení, které tyto zdravotnické služby poskytují a poté žádosti odešleme. Při vybírání daných zařízení samozřejmě zdravotně sociální pracovník musí

přihlížet k místu bydliště klienta, k jeho finanční situaci a také, zda je s výběrem daného zařízení spokojen.

Pokud rodina či klient se zajištěním lůžka následné péče nesouhlasí a preferuje péči o klienta v domácím prostředí, je samozřejmě vyhověno jejich přání, pokud tak i schválí ošetřující lékař a rodině jsou nabídnuty výše zmíněné zdravotní a sociální služby pro usnadnění a především pro zajištění adekvátní péče o klienta, jehož zdravotní stav tyto služby vyžaduje.

Zdravotně sociální pracovník v ÚVN samozřejmě spolupracuje i s paliativním týmem a velmi podobným způsobem zajišťuje i hospicovou péči, pokud to vyžaduje zdravotní stav klienta a je tak indikováno od ošetřujícího lékaře.

Zdravotně sociální pracovník se účastní aktivně vizit nebo denních hlášení, kde se průběžně dozvídá stěžejní informace od lékařů a ošetrovatelského personálu, které jsou pro něj klíčové pro další práci s klientem. Zároveň bývá i vyzván, aby sdělil například při vizitě ostatním odborníkům, jaká je sociální situace klienta a na čem spolu aktuálně spolupracují a jaký je plán následné péče o klienta po dimisi.

Mezi další úkony, které zdravotně sociální pracovník každodenně vykonává i je práce s dokumentací, zakládání zdravotně sociálních záznamů, ale i jejich ukončování, které přichází na řadu, pokud klient odchází do domácího ošetřování, je přeložen do jiného zařízení anebo pokud klient zemřel. V případě úmrtí klienta zdravotně sociální pracovník přebírá jeho osobní doklady, které je poté nutné předat na matriku. Častá je také komunikace s městskými úřady a to při zařizování sociálních pohřbů či s Policií České republiky při hledání příbuzných daného klienta.

Zdravotně sociální pracovník neustále komunikuje s ostatními zdravotnickými zařízeními či zařízeními sociálních služeb, ať se jedná o domovy pro seniory nebo například neziskovými organizacemi, které pečují například o osoby bez přístřeší. Významná je ovšem i komunikace mezi zdravotně sociálními pracovníky mezi sebou, protože si vzájemně klienty často předávají z oddělení na oddělení a je tak potřeba, aby si efektivně předávaly informace a také dokumentaci. Následná práce s klientem je mnohem snadnější, pokud již pracovník ví od toho druhého, co již pro klienta zajistil nebo na čem je dohodnut s rodinou, či jaké stanovisko

zaujal ošetřující lékař. Celkově je komunikace pro tuto práci nejspíše tou nejdůležitější dovedností, a především nástrojem pro kvalitní práci.

Nyní vyjmenuji několik sociálních služeb, které v rámci sociální intervence jsme schopni v rámci Ústřední vojenské nemocnice zajistit anebo na dané poskytovatele sociálních služeb jsme schopni předat kontaktní informace. U některých sociálních služeb je totiž potřeba, aby si je sjednala sama rodina a to například kvůli podpisu smlouvy.

Nováková popisuje, které služby zdravotně sociální pracovníky poskytují anebo zajišťují:

**1. sociální poradenství:** základní činnost poskytovaná osobám v nepříznivé sociální situaci. Tato forma služby je poskytovaná na všech platformách sociálních služeb a je zdarma.

**2. služby sociálně zdravotní:** tyto služby jsou vhodné pro osoby, které již neprofitují z akutního lůžka, ale nejsou dostatečně soběstační natolik, aby se mohli navrátit do jejich přirozeného prostředí. V tomto případě se jedná o zajištění lůžka následné péče.

**3. osobní asistence:** jedná se o službu terénní, na kterou předáváme v ÚVN vždy kontaktní informace. O službě samozřejmě klientovi sdělíme podstatné informace. Tato služba je vhodná pro osoby, které vyžadují pomoc od jiné osoby z důvodu ztráty soběstačnosti nebo kvůli handicapu. Tato služba je více časově obsáhlá.

**4. pečovatelská služba:** jedná se o terénní službu, na niž opět předáváme jakožto zdravotně sociální pracovníci kontakt na danou organizaci, která tyto služby poskytuje. Tato služba poskytuje pomoc lidem se ztrátou soběstačnosti či handicapem. Služba je stejně jako osobní asistence poskytována v klientově přirozeném prostředí. Může se jednat například o zajištění stravy, pomoc při hygieně, apod.

**5. tísňová péče:** jedná se opět o terénní službu, která poskytuje neustálou komunikaci s osobami, které jsou ohrožené rizikem pádu nebo jiného ohrožení na zdraví. Existují



například náramky či pohybová čidla, která se nainstalují do bytu, anebo klient zmáčkne tlačítko na náramku při pádu a tím si přivolá pomoc.

**6. domovy pro seniory a domovy pro seniory se zvláštním režimem:** v ÚVN pomáháme klientům s vyřízením a podáním žádosti do takového typu zařízení, samozřejmě v případě přijetí klienta do zařízení jednáme o překladu. Klientovi i jeho rodině pomáháme s výběrem zařízení. (dle Novákové, 2011, str. 191-193)

### 3.2 **Kompetence zdravotně sociálního pracovníka**

Ve zdravotnických zařízeních se propojuje zdravotní péče a sociální péče, proto zde zastává své místo právě zdravotně sociální pracovník. Sociální péče by měla kontinuálně navazovat na péči zdravotní, aby byl celý proces komplexní. Jak zmiňuje ve své knize Kutnohorská, zdravotně sociální pracovník při své práci koná činnost odbornou, a to ve dvou oblastech; oblasti zdravotnické, ale i v oblasti sociální práce. (dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna, 2011, str. 69)

*„Působí jako zdravotnický pracovník s profesními kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče. Provádí sociální šetření, zabezpečuje sociální agendu, provádí sociální poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost ve zdravotně sociální oblasti a vykonává odborné činnosti v zařízeních poskytujících zdravotně sociální péče, včetně prevence a depistážní činnosti, krizové pomoci, sociálního poradenství a sociální rehabilitace.“* (cit. dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna, 2011, str. 69)

Pojem kompetence má ovšem mnohá vysvětlení. Haškovcová popisuje kompetence ve zdravotnictví a sociálních službách následovně: *„...máme na mysli souhrn činností a povinností svěřených určitému orgánu... nebo jednotlivcům. Odborné kompetence jsou vždy vázány na stupeň dosaženého vzdělání. Obvykle rozlišujeme kompetence obecné (způsobilost, kvalifikace), odborné (co by měl pracovník na dané pozici po odborné stránce dělat) a měkké (vycházející z určitých vlastností člověka).“* (cit. dle Haškovcové, 2012, str. 103)

Na kompetence zdravotně sociálního pracovníka se lze dívat i z jiného úhlu pohledu. Janečková (2005) popisuje kompetence zdravotně sociálního pracovníka v nemocničním zařízení velmi jasně. Janečková (2005) poukazuje na to, že sociální pracovník v nemocnici by se měl zcela jistě podílet s ostatními odborníky a rodinou klienta na propouštěcím plánu klienta. Ne každý klient musí být automaticky přeložen na lůžka dlouhodobé péče, někteří klienti potřebují dopomoc ze strany terénních služeb v jejich přirozeném prostředí, kde jim dále pomůže i rodina. Dle Janečkové (2005) je velmi podstatné, že zdravotně sociální pracovník ví, do jakého prostředí se klient vrací, dále také dokáže posoudit, jaké jsou vztahy mezi klientem a jeho rodinou, zda rodina chce či může o klienta pečovat. Zároveň zdravotně sociální pracovník dokáže vyhodnotit, jakým rizikům bude klient po propuštění z nemocnice vystaven a zda je tedy i možný jeho návrat do jeho přirozeného prostředí. Zároveň by měl umět sociální pracovník identifikovat, zdali nebude pro klienta vhodné sociální zařízení, zde

ovšem musí brát zřetel na obrovskou změnu prostředí, která pro klienta může být zlomová. Tyto kompetence jsou dle Janečkové (2005) klíčové pro bezpečné propuštění klienta ze zdravotnického zařízení. (dle Janečkové in Mojžíšová, 2008, str. 91)

Dále Kutnohorská popisuje kompetence zdravotně sociálního pracovníka následovně:

a) **kompetence profesně oborové:** tato kompetence znamená mít teoretické i praktické znalosti a dovednosti, které jsou pro zdravotně sociálního pracovníka nesmírně důležité; ten totiž musí umět pracovat na uspokojení sociálních a dalších potřeb daného klienta. Dále musí zvládat pomoci klienta odstranit negativní sociální faktory, které zapříčiňují jeho neblahou sociální situaci, stejně tak by měl klientovi pomoci zapojit jej zpět do společnosti. S tím souvisí i to, že by zdravotně sociální pracovník měl být schopen týmové práce, kooperace a spolupráce s dalšími zařízeními či důležitými orgány a zároveň by se měl dobře orientovat i v jiných oborech, například v právních.

b) **kompetence sociálně anamnestické a diagnostické:** zdravotně sociální pracovník by měl zvládnout provést klasické sociální šetření, získat důležité anamnestické informace o klientovi, následně anamnézu zpracovat a vyhodnotit sociální diagnózu i s následnou vidinou postupu klientovi sociální situace a následně zpracovat zápis o tomto posouzení klienta

c) **kompetence poradenské a konzultační:** tato kompetence se týká schopnosti předat sociálně právní poradenství klientovi nebo jeho blízké rodině, zároveň poskytnout například odborné poradenství při různých sociálních událostech, například při úmrtí klienta rodině

d) **kompetence výchovné:** kompetence výchovná znamená provádění preventivní činnosti a depistážní činnosti, má za úkol vyhledávání rizikových jedinců, kteří by se kvůli svému zdravotnímu stavu nebo zdravotnímu stavu jejich blízkého mohli dostat do nepříznivé sociální situace

e) **kompetence rozhodovací:** zdravotně sociální pracovník má v této kompetenci zvládnout vytvořit plán psychosociální intervence vzhledem k určité situaci klienta a to například i za spolupráce s jinými odborníky a především by měl umět tento plán uskutečnit, čili by se měl orientovat v metodách krizové intervence a umět je využít v praxi

f) **kompetence organizační:** tato kompetence se týká organizačních dovedností čili přípravy pro překlad klienta do jiného zařízení, pravidelné sledování jeho dokumentace, změny jeho stavu, které mohou změnit organizační možnosti a plány. Dále by měl zdravotně sociální pracovník zajistit, aby dimise či překlad do jiného zařízení probíhal dle plánu a hladce, aby to pro klienta ani pro jeho rodinu nebylo nepříjemné či dokonce frustrující, z toho vyplývá, že je nutné zajistit kontakt s dalšími institucemi a rodinou.

g) **kompetence metodické:** schopnost navrhování nových standardů a metod, umění participace na vědecké či výzkumné činnosti v oblasti zdravotně sociální péče

h) **kompetence jazykové:** tato kompetence je nesmírně důležitá pro samotný výkon sociální práce a to proto, že jazyk a komunikace je pro zdravotně sociálního pracovníka jeho hlavním nástrojem při práci, to znamená, že by se odborník měl umět srozumitelně a zároveň citlivě vyjadřovat, mluvit i v cizím jazyce a být schopen se v něm například i vzdělávat a rozumět i základní latinské terminologii

i) **kompetence komunikativní a etické:** tato kompetence je pro zdravotně sociálního pracovníka zřejmě tou nejvýznamnější. Zdravotně sociální pracovník by měl umět perfektně hovořit v oboru sociální práce a také zdravotnictví, dále umět správným způsobem předávat odborné informace veřejnosti, například tedy publikováním. Měl by dodržovat samozřejmě etické kodexy, dokázat být empatický vůči klientům, jejich rodinám, ale i vůči svým kolegům, jeho rozhodování a práce by měla být efektivní, měl by zvládat určité metody sociální práce, například ovládat umění aktivního naslouchání, být klientům či kolegům oporou, mít sociální citění.

Kutnohorská vypichuje důležitost jedné dovednosti, a to umění naslouchat, kterou popisuje jako klíčovou. Často je totiž velmi důležité být více tiše a nechat mluvit

klienta, nechat ho sdělit nám své pocity, jak on sám celou jeho situaci vidí a vnímá, nechat jej popsat, co on cítí jako hlavní problém a jeho hovoření je dobré jej podporovat. To, co klient cítí a vnímá je pro sociálního pracovníka to nejdůležitější a nejvíce se z toho dá vytěžit.

Jako další významnou věc ve své knize Kutnohorská zmiňuje schopnost poskytování sociální opory. Tato schopnost je spojena s „dospělostí“ osoby zdravotně sociálního pracovníka, který ovšem na svém rozvoji pracuje po celý jeho profesní život. V tomto ohledu je důležité se stále rozvíjet a to sebereflexí, supervizemi, sledování nových teorií a metod v sociální práci.

j) **kompetence osobnostně kultivující:** zdravotně sociální pracovník by měl zvládat sebereflexi, vzdělávat se, posilovat svoje znalosti a dovednosti, rozvíjet sebe sama, sledovat aktuální dění a změny, které se dějí například v oblasti práva a samozřejmě v sociální oblasti

(dle Kutnohorské, Ciché a Goldmanna, 2011, str. 72-75)

### 3.3 **Etické chování zdravotně sociálního pracovníka**

V pomáhajících profesích, kam patří právě i sociální práce, jsou mravní hodnoty nesmírně klíčové, a to především proto, že zdravotně sociální pracovník pracuje s lidmi v nelehké situaci a nějakým způsobem vstupuje do jejich života, který je jedinečný. Ve zdravotně sociální práci je etika ještě významnější, jelikož zde jednáme a pracujeme s klientem, kterého postihla nemoc nebo nějaký handicap. Často se stává, že je velmi těžké vyhodnotit, co je pro daného klienta tím nejlepším řešením k vylepšení jeho zdravotně sociální situace. Mnohdy se stává, že zdravotně sociální pracovník si sám není jist, ale musí velmi rychle jednat, což pro něj bývá velmi náročné ba mnohokrát až stresující, protože musí vzít v úvahu více hledisek a současně může pociťovat tlak i nátlak z různých stran. Jedná se o různá etická dilemata, s nimiž se musí skoro každý den vypořádávat. Ke zvládnutí těchto dilemat je potřeba profesionalita, jejíž součástí je samozřejmě etika sociální práce.

Kutnohorská popisuje, že profesionalita se opírá o následující etické roviny:

- a) **etická rovina bezprostředního, konkrétního řešeného vztahu:** zde vyvstává klíčový problém, kdy je pracovník v přímém kontaktu s klientem, který očekává pomoc a řešení jeho problému. Problém je v interakci mezi těmito osobami.
  
- b) **etická rovina související s cíli konkrétního případu:** problém toho, že etika sociální práce někdy naráží na politický či sociální státní systém
  
- c) **etická rovina společenské atmosféry, vyjadřující ducha doby:** tady se jedná o kulturně politickou sféru, která nějakým způsobem tvoří etické postoje k určitým problémům či patologickým jevům, jako je například bezdomovectví, interrupce, eutanazie, problém matek samoživitelek, otec na rodičovské dovolené apod.

Vztah, který navazuje zdravotně sociální pracovník s klientem je dán také jeho osobnostními hodnotami, ale také hodnotami profesními či hodnotami dané kultury a společnosti. Zároveň je při práci ale ovlivňován i hodnotovým systémem daného klienta, s nímž pracuje. Klíčové tedy je, aby sociální pracovníci a zdravotně sociální pracovníci sdíleli společný hodnotový systém, podle něžž poté pracují s klienty, vybírají si určité metody práce. Na základě jejich hodnotového systému jsou tvořeny etické principy sociální práce, které jsou

pro sociální práci a její výkon obzvláště výjimečné. Mezi tyto etické principy lze zařadit například respektování klienta bez ohledu na jeho etnický původ, rasu, barvu pleti, či jeho vyznání nebo sexuální orientaci, přijetí klienta, respektování jeho práv a toho, jakou cestu ve svém životě si zvolil a neopomenutelně empatický přístup ke klientovi.

Hlavním cílem u sociální práce s klientem je vytvoření vztahu s klientem, ale zároveň i pochopení hlavního problému klienta, tím mezi nimi dojde k interakci. Tím nejdůležitějším ovšem je vytvoření pozitivního terapeutického vztahu, díky jemuž mohou být efektivně řešeny problémy klienta, může jej pracovník motivovat a spolupracovat s ním na řešení jeho sociální situace. Aby k takovému vztahu mohlo dojít, je potřeba využívat tzv. prosociální komunikaci, která vychází z určitých pravidel práce s klientem a také je soustředěna na velmi individuální přístup ke klientovi, který musí často být i velmi opatrný a velmi empatický, aby klienta neodradil, a tak pracovník nenarušil jejich vybudovaný vztah.

Při jednání s klientem je tedy potřeba dbát na jeho věk, na jeho kvalifikaci, hledět i na to, v jakém prostředí žije, odkud přichází, na to, jaký je jeho přístup k řešení jeho problému, zdali očekává, že za něj vše vyřeší odborník či zda se chce na řešení jeho problému podílet.

Klíčovým bodem je udržení důvěry a pozitivního vztahu s klientem, který je třeba od samého začátku budovat. Zdravotně sociální pracovník by měl být empatický, naslouchat, opravdu se na klienta soustředit, zbytečně si nepsat poznámky, snažit se si vše zapamatovat a dát klientovi najevo, že jsme tu pro něj. Zároveň by pracovník klientovi neměl ale podlézat, porušovat jakýmkoli způsobem nastavené hranice, neměl by klientovi ani nic slibovat (například zaručený úspěch při řešení problému apod.).

Nutností ovšem zůstává seznámení klienta s jeho právy a povinnostmi, jednat s ním upřímně, klidně, nepředpojatě. Udržet si hranice, být profesionální, ale zároveň otevřený k tomu klientovi nabídnout pomocnou ruku ke spolupráci.

Sociální pracovník by měl být vždy na jednání s klientem připraven, měl by mít například připravené určité informační materiály, dokumenty či formuláře. Měl by předem znát klientovu zakázku, na níž budou společnými silami pracovat. Celý rozhovor a jednání by měl mít promyšlené, aby bylo možné dojít ke konsensu. Ne vždy je ale nutné jít tvrdě podle plánu, poté by pracovník mohl přijít o cenné informace od klienta. Pracovník by měl dále připravit pro klienta příjemné prostředí, vhodnou atmosféru, klid, aby je nikdo nerušil, aby si mohl klient pohodlně sednout, udržovat si jistou vzdálenost, aby se klient necítil utiskován.

Sociální pracovník by měl klienta respektovat takový, jaký skutečně je, dát najevo, že má zájem poslechnout si jeho problémy, přijmout jeho životní styl a respektovat jej, stejně jako jeho rozhodnutí, která vyřkl nebo na nichž trvá při řešení svého sociálního problému. Může se stát, že klient bude velmi negativně naladěný, možná i vulgární či slovně agresivní. To by ale sociálního pracovníka nemělo rozhodit, měl by být nadále asertivní, vyrovnaný, rozhodně by neměl klientovi jeho slova nebo styl jednání oplácet. Rozhodně by ale sociální pracovník neměl na sebe nechat od klienta například křičet, měl by jej požádat, aby se k němu choval stejně slušným způsobem, jako se chová on k němu. Někdy je tento výchovný přístup i velmi efektivní pro další jednání s klientem.

Rozhovor s klientem by měl vždy probíhat v klidném prostředí, pokud tak okolní podmínky dovolí, nejlépe, aby se rozhovoru účastnil skutečně jen klient a pracovník. Často se totiž jedná pro klienta o velmi intimní informace. Při jednání je podstatné také, aby pracovník klientovi nesliboval něco, čeho nemůže dosáhnout. Měl by být skutečně upřímný a v jednání racionální.

Ve zdravotně sociální práci pracovníci poskytují profesionální péči osobám, které se z důvodu jejich zdravotního stavu dostali do nepříznivé sociální situace, a proto potřebují sociální pomoc. Tato práce spadá do pomáhajících profesí, která má svoji určitou etiku, která spadá do:

A) **etiky zdravotní práce** – sem spadají etická dilemata spojená s léčebně preventivní péčí

B) **etiky sociální práce** – sem řadíme etická dilemata spojené s profesí sociálního pracovníka

Tyto činnosti mají hodně společného, ale jsou zde i různé odchylky, které má především etika zdravotně sociální práce. Je jasné, že etika zdravotně sociální práce souvisí s etikou sociální práce, ale má také jisté kořeny v etice zdravotnické. Toto profesionální zaměření ovšem má schopnost pomáhat jedincům se sociálními problémy, které souvisejí s nemocí, handicapem, ale i se stářím nebo podobnou sociální událostí.

Pro tuto profesi je důležitý respekt k hodnotě člověka, k jeho důstojnosti a k jeho právům. Zdravotně sociální pracovníci jsou tu pro klienty, kteří potřebují podpořit či ochránit jejich celistvost a to fyzickou, duševní, ale i emoční a hájí jejich blaho. Proto je nutné



respektovat klientovo právo na sebeurčení, spočívající v tom, jak se rozhodnou a také jaké jsou jejich životní cíle a hodnoty. Zároveň respektovat a podporovat jejich právo a spoluúčast, podporovat je v jejich zapojení a zplnomocnění za vlastní osobu. Důležité je také jednat s klientem celistvě, mluvit o jeho rodině, zajímat se o jeho přirozené prostředí, zvyky a to, co dělá život tím „jeho“ životem. Nemělo by se opomenout vypichovat klientovi silné stránky, zaměřit se na ně a podporovat je. (dle Kutnorhoské, Ciché a Goldmanna, 2011, str. 76-81)

## 4 Metody sociální práce ve zdravotnictví využívání při práci s klienty

Metod sociální práce je velké množství. Nyní se budu snažit zmapovat, jaké jsou nejčastější metody sociální práce ve zdravotnickém sektoru, a to přímo u zdravotně sociálních pracovníků, kteří pracují jak s jednotlivci, tak i s rodinou.

Nejdůležitější je pro zdravotně sociálního pracovníka vybrat ten správný typ intervence, od něž se odvíjí i následná sociální práce. Výběr dané intervence závisí na mnoha faktorech, například na tom, jaký je zdravotní stav daného klienta, zároveň jaká je jeho sociální situace, jakým způsobem funguje jeho rodina, pokud má nějaké blízké a také samozřejmě na jeho dovednostech a schopnostech.

Nezákladnější je tedy sociální práce s jednotlivcem, která je zcela klíčová. Sociální práce s jednotlivcem téměř vždy začíná na bázi rozhovoru s daným klientem, kdy zdravotně sociální pracovník od klienta zjišťuje potřebné informace o jeho bytových podmínkách, o tom, jakým způsobem vlastně žije, zda má nějakou rodinu, jestli je v jeho životě někdo, kdo o něj může v těžké situaci pečovat. Také sociální pracovník zjišťuje, jaké jsou jeho zvyklosti, na co byl dosud zvyklý a jak ve svém životě běžně fungoval. Důležité je i zjistit, jaké jsou vztahy v dané rodině, popřípadě jaká je ekonomická situace klienta či jeho rodiny apod.

Pokud klient zmíní, že má rodinu, jaké v ní probíhají interakce a jaké jsou v rodině vazby, zdravotně sociální pracovník může započít i sociální práci s rodinou. Samozřejmě, pokud to klient striktně neodmítá. Při sociální práci s rodinou je klíčové rodinu podpořit, motivovat, připravit je na nově vzešlou situaci, která nastala v důsledku změny zdravotního stavu klienta. Seznámit rodinu s realitou takovou, jaká skutečně je a pomoci jim překonat překážky, které vznikly na základě onemocnění jejich blízkého.

Práce s rodinou je nesmírně důležitá a cenná. Je proto potřeba se na ni zacílit a s rodinou aktivně pracovat, jelikož to, jak bude rodina připravena na nově vzniklé události, pomůže jak rodinným příslušníkům, tak ale především i klientovi samému, který je nyní velmi ohrožený. Často se stává, že se rodina nemůže smířit s tím, co se s jejich blízkým stalo anebo co je nyní bude čekat. Proto je vhodné rodině doporučit různé podpůrné služby, jako například psychologickou pomoc, terapie a další možné metody, které jim pomohou celou situaci správně uchopit, zorientovat se s ní a také s ní pracovat. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 65)

#### 4.1 **Sociální práce s jednotlivci**

Jak jsem již výše zmínila, tou klíčovou intervencí v sociální práci ve zdravotnickém zařízení je individuální práce s klientem. Před tím, než zdravotně sociální pracovník započne anamnesticko-poradenský rozhovor s klientem, měl by se seznámit s jeho chorobopisem a měl by být informován o jeho zdravotním stavu, jak ze strany ošetřujícího lékaře, tak i od zdravotnického personálu. Od toho se poté odvíjí samotná sociální intervence. Kopriva (1997) zmiňuje, že první rozhovor by neměl být příliš dlouhý, spíše seznamovací a přípravný pro další práci s klientem. Důležité také je klienta respektovat a brát jej, jaký je.

Křivohlavý (1988) podotýká, že je důležité umět s klientem dobře hovořit, ale zároveň je nutné neopomenout mu správně naslouchat. Při práci se můžeme samozřejmě setkat i s tím, že nám klientem nebude důvěřovat a nebude s námi chtít jeho situaci řešit, i to musíme respektovat, ale naší povinností je o kontakt se alespoň pokusit. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 65-66)

V individuální práci s klientem je možné využívat různé přístupy. Některé z nich bych nyní více přiblížila.

a) **přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse**: tento přístup je vhodné uplatňovat u klientů, kteří celou svoji situaci vnímají velmi negativně, bez východiska či zcela jako neřešitelnou. Tato situace často nastává u klientů s nevy léčitelným onemocněním či dalšími těžkými diagnózami, nebo například při sdělení velmi těžké zprávy. Takový klient často přenechává svoji odpovědnost sama za sebe na druhých a začíná spolupracovat až velmi postupně, učí se být znovu kompetentní vůči své osobnosti. V tomto případě by měl zdravotně sociální pracovník mít zcela nedirektivní přístup ke klientovi, naopak mu naslouchat, být empatický, soucítit s ním, snažit se vcítit do jeho pocitů, ukázat mu, že jsme tu pro něj.

b) **úkolově orientovaný přístup**: tento přístup je vhodný například při práci s lidmi s duševním onemocněním, s lidmi, kteří jsou závislí na návykových látkách, ale také například se seniory nebo s osobami bez přístřeší, jak uvádí Sobková (2008) a Reid (1997). Tento přístup je velmi vhodné využít pro jedince, kteří mají problém uchopit, co je vlastně jejich cíl, mají problém se vyjádřit a porozumět reálně své situaci. Využití tohoto přístupu najde uplatnění ale i v krátké spolupráci s klientem, který je

naopak velmi motivovaný. Výsledkem poté bývá rychlé zorientování klienta v problému a jeho postupné řešení, velkou roli hraje svépomoc. (Tolson, Reid, Garvin in Gojová, 2009).

c) **systemická práce s klientem:** Úlehla (1996) popisuje, že tento přístup je výborný využít u klientů, kteří sami přichází s prosbou o pomoc a často se slovy, že nemají nikoho, kdo by se o ně doma postaral a jsou to jen oni sami, kdo svůj problém musí řešit. V ten okamžik se často se zdravotně sociálním pracovníkem stávají partnery, kteří na vyřešení problému spolupracují. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 66-68)

Nyní v několika bodech zmíním, na jakých klinických odděleních nejčastěji přichází právě k individuální sociální práci s jednotlivcem v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.

a) **sociální práce na rehabilitačním oddělení:** tato práce je velmi různorodá, jelikož klienti přichází s různými diagnózami. Často to ale bývá klient po cévní mozkové příhodě, po poranění míchy, po ortopedických operacích či těžkých úrazech, při nich byl vážně poraněn jeho pohybový aparát. Zde zdravotně sociální pracovník klienta provádí nově vzniklou situaci, snaží se jej podpořit, motivovat, komunikovat i s rodinou, snaha o adaptaci klienta na změnu jeho životního stylu, odborné poradenství a zajišťování služeb zdravotních i sociálních.

b) **sociální práce na neurologii a neurochirurgii:** většinou se jedná o dlouhou spolupráci, jelikož tito klienti bohužel velmi často přichází s nádory mozku, po cévní mozkové příhodě, anebo se jedná o klienty po chirurgickém zákroku centrálního nervového systému. Zde je především potřeba poradenství, seznámení s možnostmi následné péče, a tudíž návazných terénních služeb, popřípadě jejich zajištění, například včetně překladu na rehabilitační kliniku. Důležité je i zajištění psychoterapie pro klienta i jeho rodinu, jak uvádí Vágnerová (1999).

c) **sociální práce na ortopedii a traumatologii:** na tomto oddělení zdravotně sociální pracovník nejčastěji řeší rehabilitaci klienta, tudíž její zajištění a také zajištění následné péče doma a například i upravení domácího prostředí, jelikož byla narušena funkčnost pohybového aparátu klienta. Samozřejmostí je podpora klienta a jeho

posilování v adaptaci na změnu jeho zdravotního stavu a také například problémy s mobilitou.

d) **sociální práce na chirurgickém oddělení:** úkolem zdravotně sociálního pracovníka je na tomto oddělení především edukace klienta i jeho rodiny, popřípadě například zajištění domácí zdravotní péče kvůli ošetřování defektů a pooperačních ran a další zajištění terénních služeb.

e) **sociální práce na emergency:** zde je na prvním místě často krizová intervence, kterou musí zdravotně sociální pracovník započít, a to jak u klienta, tak jeho blízkých. Mnohdy ovšem z důvodu závažnosti zdravotního stavu klienta nebývá dost času na sociální intervenci. Později samozřejmě dochází znovu k edukaci od zdravotně sociálního pracovníka, často je požádáno psychoterapii. V Ústřední vojenské nemocnici se práce na emergency rozděluje na dvě části. Buď to se čeká, až bude klient hospitalizován na některém z oddělení a poté s ním jedná kmenový zdravotně sociální pracovník, anebo je klient vyhodnocen screeningem jako rizikový a zdravotně sociální pracovník jej nejdéle do 24 hodin od přijetí na emergency oddělení telefonicky kontaktuje a řeší s ním možnosti péče či zajištění zdravotních či sociálních služeb. (dle Kuzníkové, 2011, str. 69-72)

f) **sociální práce na lůžkách ošetrovatelské péče a lůžkách dlouhodobé péče:** tento bod zmiňuji, protože v Ústřední vojenské nemocnici v Praze má zdravotně sociální pracovník i své místo na tomto typu lůžek. Nejčastěji zde komunikuje samozřejmě s klientem, ale také s jeho rodinou. Středobodem řešení často bývá otázka, co nastane, až bude klient propuštěn z tohoto typu lůžka, zda bude rodina schopna zajistit klientovi adekvátní péči, jestli ji zvládne a jestli k tomu má v domácím prostředí vhodné podmínky. Další otázkou bývá, když rodina péči o klienta nezvládne, jak bude dále řešena sociální situace klienta. Nejčastějším řešením v tomto případě bývá podání žádosti do domova pro seniory nebo do domova pro seniory se zvláštním režimem. Samotné podání žádosti je mnohdy přímo na rodině, ale zdravotně sociální pracovník se podílí na podání žádosti, pomáhá například s výběrem určitého zařízení, s vypsáním žádostí i s jejich podáním. Komunikace s rodinou bývá u těchto typů lůžek velmi intenzivní.

## 4.2 Sociální práce s rodinami

Sociální práce s rodinou je stejně tak významná a klíčová jako sociální práce s jednotlivcem. Zdravotně sociálního pracovníka ovlivňuje v použití jeho různých metod a přístupů samozřejmě i to, jaká je diagnóza daného klienta, jestli je jeho onemocnění dlouhodobé či chronické.

Při sociální práci s rodinou máme stále na paměti daného klienta, tedy jedince. Sociální pracovník s rodinou pracuje a jedná, zjišťuje, jaké má rodina vazby, ale i možnosti péče a dle toho s rodinou poté řeší, zda bude možné, aby se daný klient vrátil do jeho přirozeného prostředí, kde bude ale vyžadovat péči ze strany svých blízkých.

Je důležité vědět, jakým způsobem rodina funguje, především zda naplňuje základní funkce rodiny, což je podstatné i pro vyhodnocení toho, jak poté rodina zvládne pečovat o svého bližního, který bude péči vyžadovat. (dle Chrenkové in Kuzníková a kol, 2011, str. 72-73)

*„Sociální práce s rodinou se vyvinula z rodinné terapie, ze které čerpá a přejímá některé techniky práce s klientem, v našich podmínkách je však samostatnou disciplínou oddělitelnou od rodinné terapie.“* (cit. dle Chrenkové in Kuzníková a kol, 2011, str. 73)

Při sociální práci s rodinou zdravotně sociální pracovník zcela jasně postupuje dle určitých zásad a principů. Úplným základem je profesionální vztah mezi pracovníkem a klientem. V případě práce s rodinou jsou zde ale určité zásady, které jsou trochu jiné od těch při práci s jednotlivcem.

I při práci s rodinou by zdravotně sociální pracovník rozhodně měl být empatický, plný vstřícnosti a autenticity. Při práci s rodinou je ale velmi významná nestrannost nebo jinými slovy být neutrální. Zdravotně sociální pracovník se nesmí zaplést do jakýchkoli rodinných šarvátek a ani by se neměl přiklánět názorem k jedné či druhé straně. (dle Chrenkové in Kuzníková a kol, 2011, str. 75)

*„Tento koncept náleží do dílny milánské školy (70. léta minulého století), která neutralitu nazývala zvědavostí, kdy vytváření zvědavého postoje produkuje další možnosti. Ve svém důsledku neutralita vede k respektujícímu, nedirektivnímu a nehodnotícímu přístupu.“* (cit. dle Chrenkové in Kuzníková a kol, 2011, str. 75)

Zacharová, Šimíčková, Čížková a Littva (2010) hovoří dále o tom, že je potřeba k rodinným příslušníkům přistupovat individuálním způsobem jako ke klientovi. Je podstatné

brát v potaz věk rodinného příslušníka, ale také třeba onemocnění, které sužuje jeho blízkého a podobně. Z toho důvodu by měl zdravotně sociální pracovník přizpůsobit to, jakým způsobem komunikuje, gestikuluje, udržovat přiměřeně oční kontakt, nepoužívat odborné výrazy, snažit se být empatický, projevit zájem. Úlehla (2005) doplňuje, že je také vhodné vyhnout se negativnímu vyjadřování a ladění, spíše se snažit obsah sdělovaných informací ladit pozitivně, ale nepřehánět to. (dle Chrenkové in Kuzníková a kol, 2011, str. 75-76)

Sociální práce ve zdravotnickém zařízení je sama o sobě velmi specifická. Zde sociální práce usiluje o to, aby dopady onemocnění klienta na jeho život byly co nejmenší anebo nejlépe aby byly zcela odstraněny. Weinruterová (2006) zmiňuje, že zdravotně sociální pracovník téměř vždy komunikuje i s rodinou klienta, jelikož rodina často pracovníkovi poskytne mnohem relevantnější informace, často to tak bývá, pokud se jedná například o seniora ve vysokém věku, který již nemá zcela reálný náhled na svůj zdravotní stav.

Zdravotně sociální pracovník se většinou setkává například s jedním nebo dvěma členy rodiny od daného klienta. Setkání s celou rodinou je velmi ojedinělé.

Nejčastěji se zdravotně sociální pracovník setkává například s dítětem a rodičem od nezletilého dítěte, nebo například s dítětem od rodiče, který je již ve vysokém seniorském věku. Velmi časté je setkání s manželem či manželkou klienta. Vždy je zapotřebí poskytnout rodině adekvátní poradenství a k rodině přistupovat velmi individuálním způsobem. (dle Chrenkové in Kuzníková a kol, 2011, str. 77-78)

Nyní bych zmínila dva přístupy, které například může zdravotně sociální pracovník využít při práci s rodinou.

a) **systemický přístup**: Chrenková popisuje, jak systemický přístup vysvětlují Gjuríčová a Kubička (2003), dále Jonesová (2003), Ludwig (1994) a Schlippe a Schweitzer (2001). Jejich vysvětlení je takové, že u systemického přístupu je potřeba zjistit, které osoby jsou zainteresovány do problému klienta. S těmito osobami je poté potřeba jednat a je velmi důležité, aby svoji roli zastával i klient a byl zplnomocněn k řešení svého problému. Zdravotně sociální pracovník v tomto poli působí spíše jako facilitátor nebo mediátor. Ten, kdo je odpovědný za svůj život a řešení problému je klient, který je k řešení problému zkompetentňován sociálním pracovníkem.

Úlehla popisuje zplnomocnění následovně: „*Zplnomocněním říká pracovník klientovi, že spoléhá na jeho schopnosti a dobré zkušenosti a dává mu konkrétně v nich plnou moc konat dál.*“ (cit. dle Úlehly, 2005, str. 89)

**b) antiopresivní přístupy nebo antidiskriminující přístupy:** tento přístup popisuje Navrátil (2001), Koláčková a Kodymová (2005), jako přístup, který je zaměřený na odstranění znevýhodnění. Sociální pracovník se v tomto případě snaží o to, aby žádná osoba v daném řízení nebyla diskriminována, pracuje na tom, aby si byli všichni rovni. Jedná se především třeba o „boj“ mezi nemocnými a zdravými, nebo mladší generací s tou starší. Zdravotně sociální pracovník se snaží o zapojení obou stran, aby společně aktivním způsobem řešili problém, který vznikl, ale aby ani jedna strana nebyla jakkoli diskriminována. (dle Chrenkové in Kuzníková a kol, 2011, str. 79-80)



## 5 Typologie klientů zdravotně-sociálního pracovníka

Zdravotně sociální pracovník se setkává během své praxe s mnoha lidmi. Každý přicházející klient je něčím jedinečný a jedinečný je i jeho problém, kvůli němuž právě za sociálním pracovníkem přichází. Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem by měl být rovnocenný, od toho se totiž odvíjí a následná spolupráce mezi těmito dvěma osobami. Už jen to, že klient s pracovníkem spolupracuje, jej svým způsobem zplnomocňuje, což je jeden z hlavních cílů, kterého je mnohdy potřeba dosáhnout. Jakým způsobem je ale vztah mezi klientem a zdravotně sociálním pracovníkem vybudován je vskutku různé. Může vzniknout následovně:

a) **klient sám požádá zdravotně sociálního pracovníka o pomoc:** tato forma v České republice je spíše ojedinělá, a to z toho důvodu, že zdravotně sociální pracovník nebývá většinou fakticky na daném oddělení, je ve své kanceláři, a proto jej daný klient nemůže jen tak oslovit. Často je tedy prosba klienta o schůzku se sociálním pracovníkem vyjednána přes ošetřujícího lékaře či jiný zdravotnický personál, anebo klient požádá svoji rodinu, aby kontaktovala sociálního pracovníka

b) **sociální šetření indikuje ošetřující lékař klienta:** sociální šetření může indikovat i ošetřující lékař klienta, vrchní či staniční sestra anebo jiný zdravotnický personál. Často se stává, že je zaslána rovnou edukace z oddělení emergency, kde je klient rovnou vyhodnocen screeningem jako rizikový. Nyní ale vyvstává otázka, zda je zdravotnický personál schopen správně vyhodnotit, zda je klient rizikový či ne, čili zda potřebuje sociální šetření nebo ne. Může se totiž často stát, že někdo se jeví jako nerizikový, nevyžadující sociální pomoc, ale opak je pravdou. Proto je tu právně zdravotně sociální pracovník, který může vyhodnotit, zda je klient pro sociální šetření vhodný. K tomu se váže následující možnost vyhledání rizikového klienta, a to je depistáž.

c) **depistáž:** jedná se aktivní vyhledávání rizikových klientů, kteří potřebují sociální šetření a následně i sociální pomoc či poradenství. Sociální pracovník si sám tyto klienty vyhledává, například dle toho, jaká je jejich diagnóza, jejich věk, dle toho, co popisuje zdravotnický personál ve svých denních a nočních záznamech. Aktivní

vyhledávání je ovšem velmi těžké z důvodu velkého množství klientů a také nutno zmínit, že někdy se aktivní vyhledávání klientů nelíbí zdravotnickému personálu.

První kontakt zdravotně sociálního pracovníka s klientem je významným okamžikem, který rozhoduje o další spolupráci mezi nimi. Proto je velmi důležité, aby zdravotně sociální pracovník navodil tu správnou atmosféru, ve které se bude klient cítit komfortně, příjemně a bude se tak moci dostatečně uvolnit k tomu, aby klientovi sdělil své strachy, touhy, přání, ale i problémy, které jej sužují, jak ve své knize zmiňuje Řezníček (1994).

Je potřeba si uvědomit, že klient se nachází ve velmi nepříznivé sociální situaci, ze které často nevidí cestu ven a může se za své problémy i stydět. Klient je také mnohdy frustrován okolím, v němž se ve zdravotnickém zařízení nachází – nemocniční prostory, strach z bílých plášťů a zápach dezinfekce klientovi často samy o sobě způsobují stres a neklid. Jelikož se častokrát jedná o klienta, který je upoután na lůžko, vyžaduje tedy celkovou ošetrovatelskou péči, necítí se dobře, cítí fyzickou i psychickou bolest a je mu trapně za to, v jaké situaci jej zdravotně sociální pracovník nachází. Klient může mít strach z toho, že zdravotně sociální pracovník je jakýsi úředník, který po něm bude chtít odpovědi na spoustu nepříjemných otázek, nebo snad dokonce že něco provedl.

Nezbytností tedy je to, aby zdravotně sociální pracovník přišel za klientem v klidu, vysvětlil mu, kdo je a proč za ním přichází a především, že se ho nemusí bát, protože je tu proto, aby mu pomohl z jeho nepříznivé sociální situace. Sociální pracovník musí ke klientům přistupovat velmi individuálně, brát v úvahu, že každý klient ve zdravotnickém zařízení je velmi specifický, a to svým onemocněním, které je často důvodem jeho nepříznivé sociální situace. Je nutno brát v potaz, s jakou diagnózou se klient léčí, jaký je jeho fyzický, ale i psychický stav, od něž se může odvíjet i jeho momentální nálada či přístup ke zdravotně sociálnímu pracovníkovi.

Právě z toho důvodu existují rozdílné techniky a metody práce s klientem ve zdravotnickém zařízení, což zdravotně sociálnímu pracovníkovi ulehčuje jeho práci při vyhledávání adekvátních možností sociální pomoci klientovi. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 54-56)

### 5.1 ***Základní rozdělení klientů dle jejich onemocnění***

Typologizace klientů je pro zdravotně sociálního pracovníka jistým plusovým bodem, jak jsem již výše zmínila. Nelze však klienty rozdělit do jakýchsi tabulek a dle nich poskytovat sociální poradenství či sociální pomoc. Přístup ke každému klientovi musí opravdu být zcela jedinečný stejně tak, jako je klient sám. Nyní si ale rozdělíme klienty do základních kategorií. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 56)

### 5.1.1 Akutně nemocní klienti

U těchto klientů dochází k velmi náhlému zvratu v žití jejich běžného života z důvodu akutní změny jejich zdravotního stavu. Po stabilizaci jejich zdravotního stavu ale dochází k obnově tehdejšího způsobu životního stylu a tito klienti jsou opět zdraví.

Většinou se jedná o klienty, kteří musí například akutně podstoupit nějaký operativní zákrok či je potřeba je vyšetřit po akutní změně jejich zdravotního stavu. Klienti, kteří jsou například po nějakém zákroku, si uvědomují, že jejich hospitalizace bude opravdu jen v řádu několika dnů a poté budou schopni se navrátit do jejich původního způsobu života. I přesto je však třeba, aby i zde zdravotně sociální pracovník sehrál svoji roli, klienta ale i jeho rodinu podpořil, uklidnil a nabídl jim sociální poradenství. Ačkoli se totiž jedná jen o akutní krizovou situaci, která za několik dní pomine, klienta často velmi psychicky zasáhne a potřebuje řešit vzniklé problémy související s náhlou změnou jeho zdravotního stavu, například pracovní neschopnost, což je spíše praktický problém, ale může se jednat i o psychický problém, který způsobuje odloučení od rodiny, hospitalizace sama o sobě, krizová situace, nebo traumatizující zážitek. Hospitalizace je pro klienta vždy situací, která jej psychicky zatěžuje a rozladuje. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 56-57)

### 5.1.2 Chronicky nemocní klienti

Tito klienti s chronickým onemocněním se bohužel do zdravotnického zařízení jakéhokoli typu vrací opakovaně a to buď z důvodu náhlé změny zdravotního stavu, nebo je jejich hospitalizace plánovaná. U těchto lidí je bohužel prognóza taková, že i po hospitalizaci již nebudou schopni se navrátit do zcela běžného způsobu života, jako tomu bylo před tím, než onemocněli chronickým onemocněním.

V tomto případě se zdravotně sociální pracovník snaží o to, aby klientovi zajistil zdroje, díky nimž bude schopen nadále participovat na společenském životě a aby žil kvalitním způsobem života i přes to, že je chronicky nemocný. Snaha sociálního pracovníka spočívá v tom, že se snaží o to, aby klient své onemocnění bral jako „normální“ záležitost, s níž se dá i nadále žít kvalitní život. Důležité je umět nabídnout takové služby, které mu napomohou ke kvalitnímu životu. Dále je v tomto případě také vhodné řešení finančních záležitostí, tedy zajištění státních dávek, například příspěvku na péči, či příspěvku na mobilitu. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 57-58)

### **5.1.3 Pacienti se somatickým či organickým postižením**

MUDr. Kalvach (Kalvach in Kapr, 1998) popisuje tyto klienty jako pacienty, kteří svoje onemocnění nesou psychicky velmi dobře, pokud je jejich somatický stav možný medicínsky řešit, například pokud se u nich jedná o nějaký úraz, či infekci. Z pohledu sociální práce je ale potřeba věnovat i tomuto typu klientů a dbát na jejich psychosociální situaci. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 58)

#### **5.1.4 Pacienti s onemocněním s významnou psychosomatickou složkou či závažnými psychosociálními důsledky**

Zde Kalvach (Kalvach in Kapr, 1998) mapuje klienty, kteří mají například formu astmatu, peptické vředy či jiné onemocnění, které je invalidizuje nebo zcela mění jejich dosavadní způsob života. V tomto případě je vhodné, aby se do celého případu zapojil komplexně ošetřující lékař a zdravotně sociální pracovník s ním spolupracoval. Lékař je v tomto případě opravdu potřebný, protože bez jeho přítomnosti při řešení zdravotních problémů klienta může docházet k opakovanému zhoršení zdravotního stavu klienta, častým hospitalizacím, klient může ztrácet možnost podílet se na společenském životě a kvalita jeho života klesá. U těchto onemocnění se často objevuje negativní dopad na psychický stav klienta. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 58-59)

### **5.1.5 Nemocní, jejichž stav tzv. „somatizující“ medicína nemusí či není schopna ovlivnit**

V této poslední kategorii popisuje Kalvach (Kalvach in Kapr, 1998) vhodnost využití odborné psychoterapie či alternativní medicíny, která může klientovi velmi přispět. Sociální pracovník zde může působit jako spojka, čili prostředník, který danou alternativu může klientovi doporučit a zajistit a samozřejmě zde působí jako opora. Křížová (2004) popisuje, že důležité je pozitivně klienta naladit a motivovat, což může být klíčem ke zlepšení jeho psychosomatického stavu. Psychická podpora je v tomto případě na prvním místě, protože i takové onemocnění, které mají tito klienti, je může velmi neblaze ovlivnit na jejich životě. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 59)



## 5.2 **Klienti zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení**

V této kapitole zmíním, kteří klienti nejčastěji tvoří klientelu zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.

1) **Senioři se sníženou soběstačností:** těchto klientů je v nemocničním zařízení zřejmě největší počet. Často se bohužel jedná o seniory, kteří nebudou schopni s ohledem na jejich zdravotní stav, se vrátit se do jejich přirozeného prostředí a to buď vůbec anebo se zajištěním terénních sociálních a zdravotních služeb. Mnohdy je nutné tyto klienty přeložit z nemocnice po stabilizaci jejich zdravotního stavu na lůžka následné péče, z nichž se poté teprve jsou schopni vrátit domů, popřípadě se zajištěním terénních sociálních či zdravotních služeb. Mezi tyto služby patří terénní pečovatelská služba, osobní asistence nebo domácí zdravotní péče, tzv. home care. Nejčastěji se jedná o klienty, kteří přichází z interního oddělení například po infarktu myokardu, z ortopedie po zlomeninách dolních končetin a také jsou to klienti z neurologického oddělení, a to především po cévní mozkové příhodě nebo úrazech hlavy a páteře. (dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 59)

Janečková uvádí, že konkrétně u seniorů je vhodné mít tzv. propouštěcí plán. Ten by se měl tvořit již na začátku, čili při přijetí rizikového seniora na akutní lůžko. Na tomto plánu by se měl podílet samozřejmě i lékař, popřípadě sestra a také někdo z rodiny. Samozřejmostí je, aby se podílel i klient, ale někdy bohužel v důsledku onemocnění nebo z důvodu kognitivního deficitu již není možné, aby o sobě klient sám rozhodoval.

Tvorba tohoto plánu včas je důležitá proto, jelikož na sociálního pracovníka je během sociální intervence vyvíjen poměrně velký tlak a to jak ze strany lékaře, který usiluje o to, aby se mu co nejrychleji uvolnilo akutní lůžko, tak i ze strany rodiny, která naopak chce klienta někdy v nemocničním zařízení ponechat co nejdéle a to především z toho důvodu, že o něj nemůže nebo nechce v domácím prostředí pečovat a neopomenutelně také proto, že je obrovský tlak na lůžka následné péče, kam je někdy velmi náročné klienta přeložit z důvodu plné kapacity anebo také kvůli špatným finančním možnostem rodiny.

Zajistit tedy klientovi, v tomto případě seniorovi, bezpečný odchod z nemocnice není vždy úplně snadné. Je tedy na sociálním pracovníkovi, aby dobře zmapoval veškeré

možnosti, aby zjistil, jaká pro klienta hrozí rizika při propuštění z nemocnice a na tyto rizika se připravil a to výběrem vhodných zdravotně sociálních služeb. (Janečková in Matoušek, 2010, str. 166-167)

2) **Onkologičtí pacienti:** u těchto klientů je zastoupení zdravotně sociálního pracovníka neodmyslitelné. Tito klienti, kteří bojují s nádorovým onemocněním, často potřebují psychickou oporu a také sociální intervenci. Jsou to lidé, kteří trpí často bolestmi, prošli si náročnými operativními zákroky, chemoterapiemi a radioterapiemi. U tohoto typu onemocnění se často objevují deprese, strach, úzkost, ale i zlost a bezmoc, jak ve své knize zmiňuje Kala a Kubínek (2000).

Mnohdy se také jedná o klienty, u nichž je již třeba řešit paliativní péči.

3) **Těžce nemocní:** tato klientela je skutečně velmi náročná i pro zdravotně sociálního pracovníka. Nejčastěji se jedná o klienty po těžkých úrazech, autonehodách, nebo naopak o klienty, kteří jsou HIV pozitivní, popřípadě již mají AIDS nebo jiné chronické onemocnění, které již nejde nijak vyléčit. (Křivohlavý, 1989).

Tito klienti potřebují sociální intervenci, pomoc se zajištěním následné péče, ať lůžkové či terénní, často potřebují vyřešit i otázku finanční anebo zajištění kompenzačních pomůcek, to platí především u lidí po těžkých nehodách, kdy se ze dne na den stanou handicapovanými. Jejich šance na zlepšení zdravotního stavu bývá jen velmi nízká a častokrát je proto potřeba komunikace s psychologem, psychoterapeutem a také se zdravotně sociálním pracovníkem.

4) **Komunita:** zde se jedná o jistou skupinu lidí, která má nějaké problémy, které řeší sociální pracovník anebo zdravotně sociální pracovník. Může jít o skupinu mladých lidí, osob bez přístřeší, cizinců apod. Zde se jedná především o realizaci zdravotně sociální prevence, často komunikace s úřady či například právním nebo úhradovým oddělením v nemocnici.

5) **Klienti bez domova:** ne vždy se jedná o pouze o typické osoby bez přístřeší, může se jednat také například o lidi, kteří mají nejisté bydlení, jsou to cizinci, nebo dokonce senioři, kteří mají finanční potíže, a nezbyvá jim dostatek finančních prostředků na zaplacení jejich bydlení, můžou to být také lidé závislí na návykových látkách,

prostitutky či vězni. S touto klientelou je potřeba také pracovat po sociální ose, poskytnout jim poradenství, motivovat je ke změně, vyhledat pro ně možnosti péče či ubytování po propuštění ze zdravotnického zařízení. Často v tomto případě jedná sociální pracovník i se sociálními kurátory.

(dle Kuzníkové a kol, 2011, str. 59-62)

## 6 Sociální práce v ostatních zdravotnických zařízeních

Sociální práci vykonávají ve zdravotnických zařízeních zdravotně sociální pracovníci nebo sociální pracovníci. Zdravotně sociální pracovníci nepůsobí ovšem pouze přímo v nemocnicích, nýbrž i v jiných zdravotnických zařízeních, kde taktéž vykonávají sociální práci. Náplň práce zdravotně sociálních pracovníků se v jednotlivých zdravotnických zařízeních něčím liší, nuance ovšem nejsou příliš velké.

Nyní zmíním několik zdravotnických zařízení, kde mají své místo i zdravotně sociální pracovníci:

**1. Léčebna pro dlouhodobě nemocné – LDN:** v tomto zdravotnickém zařízení je klientům poskytována tzv. doléčovací nebo rehabilitační péče, která je ovšem časově omezená. Může se ovšem stát, že doba poskytování péče bude delší než tři měsíce, což musí poté sociální pracovník řešit a zabývat se hlouběji touto problematikou. Doba rehabilitace bývá delší, někdy až šest měsíců. (dle Janečkové in Mojžíšová, 2008, str. 91)

Tento typ zdravotnického zařízení může být součástí nemocnice, ale také nemusí. Hlavním úkolem zdravotně sociálních pracovníků je zajistit přijetí klienta, čili přijetí jeho žádosti, komunikace s primářem či jiným vedoucím lékařem. Jakmile je klient do zařízení přijat, poté již probíhá samozřejmě komunikace s klientem a jeho rodinou. Zdravotně sociální pracovníci v LDN často řeší otázku státních dávek a také například starobních důchodů.

Náplní jejich práce je také pomoc při zajišťování sociálních pobytových služeb, kam někdy rovnou senioři bývají z LDN přeloženi, pokud to jejich zdravotně sociální situace vyžaduje a klient a rodina s tím souhlasí. Někdy je naopak hlavním bodem řešení bezpečné propuštění klienta do domácího prostředí se zajištěnými terénními službami.

Bohužel zdravotně sociální pracovníci někdy řeší otázku úmrtí, pozůstalosti a doprovázení rodiny při odchodu jejich blízkého.

**2. Psychiatrická nemocnice – PN:** i při hospitalizaci v psychiatrické nemocnici zdravotně sociální pracovník sehrává svoji roli. Jeho náplní práce je základní sociální poradenství, ale také ostatní odborné intervence. Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu. Zajišťuje samozřejmě sociální šetření, ale zároveň například i plánování propuštění klienta se zajištěním vhodné následné péče. (dle Dubnové, 2019, str. 23)

**3. Rehabilitační ústav:** rehabilitační ústavy, rehabilitační centra či rehabilitační kliniky mají zpravidla administrativního pracovníka nebo pracovníka vyřizujícího příjmy nových pacientů, který řeší žádosti klientů, kteří potřebují zajistit rehabilitační péči. Následně je jeho prací také přijetí klienta, komunikace s ním samotným i s jeho rodinou, plánování jeho rehabilitačního pobytu. Většina rehabilitačních zařízení přímo zdravotně sociálního pracovníka postrádá, ale rehabilitační zařízení zmiňují především z toho důvodu, že je to jedno ze zařízení, kam často z nemocnice klienty zdravotně sociální pracovníci překládají a rehabilitační pobyt jim zařizují.

Některé RHB ústavy ovšem sociálního pracovníka mají. Cílem jeho práce je posoudit nepříznivou situaci klienta, vyhodnotit možná rizika a zajistit klientovi bezpečné propuštění do jeho přirozeného prostředí. Samozřejmostí je zajištění následné péče nebo například terénních služeb, poradenství. (dle <https://www.klinika-malvazinky.cz/pro-pacienty/socialni-sluzby/>)

**4. Hospic:** toto zdravotnické zařízení funguje buď to jako lůžkové zařízení, ale hospicová péče může být klientům poskytována i v jejich přirozeném prostředí formou mobilního hospice. V pobytovém hospici má sociální pracovník také svoji roli. Přijímá žádosti klientů, provádí sociální šetření, připravuje smlouvu o péči. Pomáhá samozřejmě rodině i s vyřizováním různých administrativních záležitostí, jako je důchod či sociální dávky. Je podporou rodině i klientovi samému, doprovází jej i rodinu a to během celé doby péče o klienta. Sociální pracovník pomáhá rodině společně s odborníky z multidisciplinárního týmu vyrovnat se s terminálním zdravotním stavem klienta a jeho odchodem, který právě díky hospicové péči může být klidnější, bezbolestný a především důstojnější. (dle <https://socialniprace.cz/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>)

## 7 Praktická část

### 7.1 Příprava a plán kvalitativního výzkumu

#### 7.1.1 Definice výzkumného záměru a cíle výzkumu

Výzkum se zaměřoval na zdravotně sociální pracovníky v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a dále na osoby, které jsou nějakým způsobem zainteresovány do sociální práce zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Záměrem výzkumu bylo zmapovat, jak svoji práci vnímají zdravotně sociální pracovníci z Ústřední vojenské nemocnice v Praze a zároveň, jak tuto práci vnímají lidé, kteří jsou do ní zainteresováni. Cílem tohoto výzkumu bylo odpovědět na otázku: Je práce zdravotně sociálních pracovníků v Ústřední vojenské nemocnici v Praze smysluplná?

#### 7.1.2 Metoda získávání dat

Metody, které byly v této práci použity k získávání dat, byly polostrukturované rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky a dále polostrukturované rozhovory s osobami, které jsou zainteresované do sociální práce zdravotně sociálních pracovníků. A další metodou k získávání dat bylo sepsání dvou případových studií.

#### **Případová studie:**

*„Případová studie je soubor informací o jednotlivém případě, jenž slouží komplexnímu porozumění všech relevantních aspektů a okolností. ... Případem může být klient v konkrétní sociální situaci, ... skupina klientů se společným osudem, ... všední život v jednom místě, ... dopad sociální politiky na osud jednotlivců, ... jednání určitého pracovníka s konkrétním typem klientů, ... popis práce jednoho pracovníka na určité pozici, ... chování organizace, apod.“ (cit. dle Matouška a kol, 2013, str. 541-542)*

Použit jako metodu případovou studii mi přišlo vhodné z toho důvodu, že je to metoda, díky níž je jedinec schopen nahlédnout do dané problematiky mnohem hlouběji a podrobněji. Případové práce jsou velmi reálné a podrobné. Čtenář díky nim získá reálný vhled na situaci jedince (nebo skupiny lidí), o němž je v případové studii psáno a je mapována jeho sociální situace.

Každá případová studie může mít trochu jinou formu. Ve většině případů v ní ale nalezneme osobní údaje o daném jedinci, jeho základní anamnézu, informace o jeho bytové a ekonomické situaci, dále informace o jeho sociální situaci, o jeho zdravotním stavu a také o jeho vztazích s rodinou či jeho blízkými.

Každá případová studie je zcela jedinečná a vždy v ní nalezneme něco zcela ojedinělého.

### **7.1.2.1 Případové studie**

#### *7.1.2.1.1 Případová studie č. 1*

##### **1) Základní údaje o klientovi**

Klientka Marcela, 32 let, žije se svým manželem nedaleko Písku. Marcela vystudovala v Praze vysokou školu, později pracovala na pozici advokátky v Písku. Marcela měla velmi dobré vztahy se svou rodinou, dlouho dobu žila společně s rodiči v rodinném domě, kam se později přistěhoval i její přítel, kterého se v roce 2019 vzala za muže. Klientka měla dle jejích slov hezké dětství, měla spoustu přátel, velmi dobrý prospěch ve škole, vždy se jí dařilo.

Klientka s ohledem na své zaměstnání měla i dobré finanční zázemí. S manželem si koupila v roce 2019 byt, který společnými silami začali rekonstruovat. Na jaře 2019 Marcela otěhotněla.

##### **2) Onemocnění klienta a jeho dopady na život klienta**

Krátce před porodem, v listopadu 2019 začala mít klientka zdravotní potíže. Často měla bolesti v zádech, které ovšem přisuzovala pokročilému stádiu těhotenství. Klientka byla na konci těhotenství již doma, nepracovala, většinu času trávila s manželem nebo s rodinou. Před porodem se u klientky začaly objevovat podivné pocity v nohou, kdy dle jejích slov cítila brnění, a jako kdyby její nohy náhle přestaly být jejími.

Klientka v prosinci 2020 porodila zdravého chlapce. Během šestinedělí se však její zdravotní potíže začaly prohlubovat, a tak byla odeslána na neurologické vyšetření. Klientka začala mít problémy s mobilitou, dolní končetiny jí stále více brněly a občas se jí podlamovala kolena. Přestávala mít v nohou cit a velmi těžko se jí chodilo.

Marcela prošla mnohými vyšetřeními, později byla odeslána na vyšetření do nejmenované pražské nemocnice, kde jí byl zjištěn nádor, který v dolní oblasti zad utlačoval míchu a přidružené nervy. Klientka později postoupila operativní zákrok, který jí měl zaručit odstranění či alespoň zmenšení nádoru. Nádor se nepodařilo zcela odstranit, pouze jeho část.

Marcela byla po dlouhé rekonvalescenci po operativním zákroku odeslána do Ústřední vojenské nemocnice v Praze, kde podstoupila velmi rozsáhlou rehabilitaci na Oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny, a to jak na akutním, tak i na následném lůžku. Klientka na tomto oddělení byla zhruba měsíc a půl. Tehdy došlo k dalšímu zhoršení, klientka zvládala chůzi již pouze s oporou trekových holí a také s peroneálními páskami, které měla na obou



kotnicích pro lepší držení dolní části končetin. Klientka po celou dobu hospitalizace intenzivně rehabilitovala. Její zdravotní stav se ovšem příliš nelepšil, mobilita se spíše postupně zhoršovala. V té době byl osloven zdravotně sociální pracovník, a to ošetřujícím lékařem klientky Marcely.

### **3) Zmapování potřeb klienta**

Zdravotně sociální pracovník započal sociální šetření, a to důkladným pročtením epikrízy klientky, poté seznámení se s aktuálním stavem klientky přímo u ošetřujícího lékaře a pak provedením anamnesticko-poradenského rozhovoru přímo s klientkou. Klientka zdravotně sociálnímu pracovníkovi sdělila, že je pracující jako OSVČ, dále pracovníka informovala o tom, že žije s manželem v bytě, který je po rekonstrukci, že vychovávají pětiměsíčního chlapečka, s jehož péčí má aktuálně velké potíže z důvodu zhoršené mobility a nyní také kvůli hospitalizaci.

Klientka byla velmi plačtivá, neklidná, ale v rozhovoru chtěla pokračovat. Měla velký zájem o řešení své tíživé sociální situace. Marcela zdravotně sociálnímu pracovníkovi sdělila, že by potřebovala pomoci se zajištěním invalidního důchodu, poté také s podáním žádostí na příslušný Úřad práce, a to s žádostí o příspěvek na péči, o příspěvek na mobilitu, o příspěvek na zvláštní pomůcku a průkazku osoby se zdravotním postižením. Klientka se dále sociálnímu pracovníkovi svěřila s tím, že by potřebovala vyřešit otázku nových kompenzačních pomůcek a také úpravy bytu, jelikož byt není bezbariérový, což je pro klientku aktuálně obrovská potíž. Klientka samozřejmě chtěla také získat psychologickou podporu a seznámit se možnostmi terénních služeb pro případ, že by již sama fungovat v domácnosti nezvládala.

### **4) Zmapování možností při řešení tíživé zdravotní a sociální situace klienta**

Klientka žije nyní v bytě, který je bohužel bariérový. Má ovšem možnost jít bydlet k rodičům, jejichž byt je nízkopodlažní a z velké části bezbariérový. Rodiče jsou navíc ochotni pomáhat klientce s péčí o jejího malého syna. Klientka by se dále ráda navrátila ke své práci. Údajně může po nějakou dobu pracovat i z domova, do budoucna si plánuje pronájem bezbariérových prostor, kde by mohla nadále vykonávat svoji advokátskou činnost.

Marcela má komplexní podporu jak ze strany svého manžela, tak i celé rodiny, což je pro ni velké plus. Navíc je motivovaná, a to především kvůli svému synovi. Marcela se orientuje v právní oblasti, je tedy schopna se sama postarat o zajištění dávek od Úřadu práce a také v otázkách invalidního důchodu. Dalším pozitivním bodem je fakt, že klientka má dobré

ekonomické zázemí, čili nemá problém se zajištěním terénních služeb, kompenzačních pomůcek ani například určité přestavby bytových prostor.

### **5) Zdravotně sociální intervence**

Zdravotně sociální pracovník vyhodnotil anamnestický rozhovor s klientkou a společně poté začali pracovat na řešení její tíživé zdravotně sociální situace.

Zdravotně sociální pracovník donesl klientce formuláře pro podání výše zmíněných žádostí na Úřad práce, dále kontaktoval ergoterapeuta v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, s nímž se potom za účasti Marcely sešel, na této schůzce byla klientka blíže informována o kompenzačních pomůckách, ale také například o možnostech nájezdové rampy, schodolezu, o doporučených úpravách bytových prostor, například kuchyňské linky, apod. Klientka vyjádřila svoji prosbu ohledně aktivního invalidního vozíku, který by ráda využívala na delší vzdálenosti a také při určitých činnostech v domácnosti, především v péči o syna. Společně s ergoterapeutem poté vyřešili tuto otázku a klientce byl zajištěn aktivní invalidní vozík na míru. Marcela dostala také kontakt a později se i za spolupráce s ergoterapeutem a zdravotně sociálním pracovníkem spojila s ergoterapeutem v Písku a zároveň s firmou, která by byla schopna její byt předělat tak, aby v něm mohla žít co nejvíce aktivním a spokojeným životem.

Žádosti na Úřad práce zdravotně sociální pracovník odeslal na příslušný úřad a předal klientce také potřebné informační materiály ohledně invalidního důchodu. Předány byly také kontakty, a především informace ohledně terénní pečovatelské služby, tísňové péče a osobní asistence. Klientka tyto informace uvítala se slovy, že terénní pečovatelskou službu jistě využije například na drobný úklid či donášku nákupu. Klientka si přeje být co nejvíce aktivní a soběstačná, ale sama uznává, že v některých ohledech bude potřebovat pomoc druhé osoby. Odmítá však se vším zatěžovat rodinu, jak sama řekla.

Klientka využila také možnosti rozhovoru s psychologem, a to přímo v rámci ÚVN. Klientka po celou dobu intervence aktivně spolupracovala, byla motivovaná a spokojená. Zdravotní stav klientky se ovšem nezlepšil. Přítomnost invalidního vozíku byla nutností.

Klientka se zdravotně sociálnímu pracovníkovi po delší době ozvala, a to zhruba v lednu 2021, tudíž je možnost zmínit i zpětnou vazbu, která je velmi důležitým bodem. Její zdravotní stav se bohužel zhoršil, v tu dobu byla již zcela upoutaná na invalidní vozík. Klientka údajně podstoupila radioterapii, která byla ovšem bezvýsledná. Nádor v bederní oblasti rostl dál a způsobil imobilitu, nemožnost ovládat dolní končetiny. Marcela má ale

zajištěný bezbariérový byt, využila služeb firmy, kterou jí doporučil ergoterapeut. S pomocí manžela a rodičů pečuje o svého syna, zatím nepracuje, užívá si rodičovské dovolené. Po ní má ale v plánu navrátit se do pracovního procesu a vykonávat i nadále práci advokátky. Marcela zdravotně sociálnímu pracovníkovi sdělila, že na něj často myslí a že je vděčná za jeho pomoc a podporu.

### 7.1.2.1.2 Případová studie č. 2

#### 1) Základní údaje o klientovi

Pan Karel, 58 let, byl dosud zaměstnaný, vlastnil byt, v němž žil se synem Tomášem. Klient dále vlastnil i chatu, kde velmi rád pracoval na zahradě. Před zhruba 15 lety se rozvedl. Měl ještě dvě nevlastní dcery – Janu a Danu. Dosud žil spořádaným životem, ale poslední měsíce údajně více pil alkohol a byl hodně ve stresu.

Dcery Jana a Dana se s klientem nadále stýkaly, stejně tak jeho bývalá manželka. Vztahy měly spíše přátelské, dobře spolu i nadále vycházeli.

#### 2) Onemocnění klienta a jeho dopady na život klienta

Klient byl přijat na oddělení emergency po laické resuscitaci, kdy se nepodařilo až do příjezdu záchranné služby obnovit jeho životní funkce. Klient byl nalezen na zemi, nedýchal a nejevil známky života. Kolemjdoucí se pokusil o laickou resuscitaci, ale bohužel bez odezvy. Po příjezdu záchranné služby byl klient opět přiveden k životu a okamžitě převezen do nemocnice. Klient byl po příjezdu do nemocnice znovu několikrát resuscitován lékařem. Nakonec se jej podařilo stabilizovat, došlo však k fatálnímu poškození mozku. Musel být přeložen na ARO oddělení, kde byl na dýchacím přístroji, bylo nutné zavést mu PEG a podávat mu přes něj výživu a potravu. Jeho stav se nijak nezlepšil, měl nevratně poškozený mozek a také srdce. Po několika dnech byl převezen na oddělení kardiologie, kde byl dále na dýchacím přístroji, krmen PEGem. Zvládnul otevřít oči, ale pohledem nefixoval, vyžadoval absolutní ošetrovatelskou péči, a to celodenní. Klient z pobytu na akutním lůžku nijak neprofitoval, jeho zdravotní stav zůstával neměnný, prognóza bez možnosti zlepšení.

#### 3) Zmapování potřeb klienta

Ošetřující lékař klienta indikoval nutnost zajištění lůžka následné péče anebo paliativního lůžka, z něhož by klient mohl profitovat více nežli z lůžka akutního. Byl tedy osloven zdravotně sociální pracovník, aby provedl sociální šetření, zmapoval rodinnou situaci klienta a navrhl další postup řešení. Bylo potřeba, aby pro klienta bylo zajištěno lůžko, kam za ním bude moci docházet rodina a zároveň, kde o něj bude celodenně komplexně pečováno. Akutní lůžko samozřejmě tuto péči poskytuje, ale pro klienta v tento okamžik nebylo již akutní lůžko vhodné, jelikož mu „nemělo co nabídnout“.

#### **4) Zmapování možností při řešení tíživé zdravotní a sociální situace klienta**

Zdravotně sociální pracovník kontaktoval bývalou manželku klienta, ta ovšem hovor odmítla pro velmi špatný psychický stav, který se u ní rozvinul v důsledku onemocnění klienta. Zdravotně sociální pracovník tedy navázal kontakt s nevlastní dcerou klienta, s dcerou Janou. Ošetřující lékař seznámil obě dcery i bývalou manželku klienta o jeho zdravotním stavu.

Dcera Jana byla velmi vystrašená, obávala se toho, co jí zdravotně sociální pracovník sdělí. Ten ji informoval o tom, že ošetřující lékař indikoval, že by bylo vhodné, aby byl klient přeložen na lůžko následné péče nebo na lůžko paliativní. Dcera souhlasila, ale sdělila sociálnímu pracovníkovi svou obavu; nechtěla rozhodovat o podání žádosti na takový typ lůžka, protože se bála biologického syna klienta, který dle jejich informací byl v té době ve výkonu trestu ve věznici. S dcerou Janou se sociální pracovník tedy domluvil, že celou situaci bude řešit s právním oddělením nemocnice a s ošetřujícím lékařem.

Zdravotně sociální pracovník tedy ověřil na právním oddělení, zdali je možné žádost podat s podpisem ošetřujícího lékaře anebo dcery klienta, aniž by uvědomil biologického syna. Navíc bylo zjištěné, že klient je již v detenčním řízení, tedy i právní oddělení potvrdilo, že není problém, aby ošetřující lékař žádost podepsal.

Sociální pracovník tyto informace předal ošetřujícímu lékaři a zároveň i dceři Janě, která tedy svolila k tomu, že přijede na osobní schůzku.

#### **5) Zdravotně sociální intervence**

Dcera Jana se dostavila i se svou sestrou Danou a se zdravotně sociálním pracovníkem vybrali tři nejmenovaná zařízení, kam bude odeslána žádost. Ošetřující lékař žádosti podepsal a sociální pracovník je odeslal. Vybrána byla pouze bezplatná zařízení, jelikož rodina byla ve finanční tísní a k penězům klienta neměli žádný přístup.

Zdravotně sociální pracovník později s dcerami začal řešit i otázku opatrovnictví. Předal Janě i Daně informační letáky a také vzor pro podání návrhu na předběžné opatření ve věci opatrovnictví. Dcera Dana se opatrovnictví chtěla ujmout, nechtěla vše nechat jen na své sestře. Jejich matka, bývalá manželka klienta, na tom byla i nadále psychicky velmi špatně.

Oběma dcerám byl předán také kontakt na psychologickou pomoc, kterou obě dcery uvítaly. Dále byly seznámeny s tím, že biologický syn klienta nemá opravdu důvod je jakkoli napadnout za jejich rozhodnutí, které udělaly. Ošetřující lékař zamítl možnost zaslat žádost do

věznice, aby ji podepsal biologický syn klienta. Celá záležitost by bývala byla velmi zdoluhavá, a navíc by unikly velmi citlivé informace o zdravotním stavu klienta Karla.

Zdravotně sociální pracovník poskytl oběma dcerám krizovou intervenci, vyjednal s nimi možnosti následné péče v lůžkovém zařízení, dále poskytl informace ohledně předběžného opatření a také ohledně dalších záležitostí, které bude muset rodina později řešit. Sociální pracovník rodině poskytl odborné komplexní sociální poradenství.

Žádosti byly odeslány, klient Karel byl přijat na lůžko následné péče v nejmenovaném zařízení, kam jej nadále chodí obě dcery i jeho bývalá manželka navštěvovat.

Krátce po překladu na lůžko následné péče zdravotně sociálního pracovníka kontaktovala dcera Jana s informací, že pan Karel zemřel.

### **Polostrukturovaný rozhovor:**

*„Polostrukturovaný rozhovor je metoda kvalitativního sociologického výzkumu. Patří do skupiny výzkumných rozhovorů. ... Tvůrce rozhovoru má předem připravený návod, nemusí ho ale přesně dodržovat. Tato metoda je často využívána, protože umožňuje měnit pořadí otázek a dle situace přidávat další.“ (cit. dle Wikipedie, 2001)*

Reichel ve své knize zmiňuje, že polostrukturovaný rozhovor je známý tím, že tazatel má předem připravené otázky, které budou jeho hlavní, ale během rozhovoru není pevně staveno, že se musí tázat v jejich přesném pořadí. Tazatel naopak může otázky měnit, přeskakovat, či se i doptávat, z čehož plyne, že pro tazatele i respondenta je v této výzkumné metodě více volného prostoru. Takový volný prostor má však svá pozitiva i negativa. Pozitivní je, že se tazatel nejspíše dozví více informací, ale negativum může být v tom, že respondent začne odbíhat od zvoleného tématu. (dle Reichela, 2009, str. 111-112)

Polostrukturovaný rozhovor jsem se rozhodla využít z několika důvodů. Prvním důvodem je, že tato metoda získávání dat je vhodná pro můj kvalitativní výzkum. Dalším důvodem je, že zdravotně sociální pracovníci z Ústřední vojenské nemocnice v Praze jsou velmi vstřícní a bylo pro ně samotné vcelku zajímavé zamyslet se nad tím, jak svoji každodenní práci vnímají. Přínosné to tedy bylo jak pro můj výzkum, tak i pro ně samotné.

Polostrukturované rozhovory s osobami, které jsou zainteresované do sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, pro mě bylo velmi důležité zrealizovat, protože jsem chtěla zmapovat, jak například lékaři, zdravotní sestry, ošetrovatelský personál anebo dokonce klienti, s nimiž bylo před nějakou dobou prováděno sociální šetření a následně byla i využita sociální intervence, nahlízejí na práci zdravotně sociálních pracovníků a zda ji vnímají jako smysluplnou či ne.

Na začátku rozhovoru jsem každého z respondentů informovala o tom, že rozhovor je naprosto anonymní a že bude veden pouze pro účel výzkumu k mé diplomové práci. Pokud respondent souhlasil, obeznámila jsem ho s tím, jakým způsobem bude rozhovor veden a také jaký soubor otázek jsem si připravila.

Rozhovor se zdravotně sociálními pracovníky z Ústřední vojenské nemocnice v Praze obsahoval celkem šest okruhů otázek, které byly již předem zformulované, ale u většiny

z nich byla ještě doplňující podotázka, která mohla rozvést respondentovy myšlenky a názor. Během rozhovoru jsem otázky přizpůsobovala dané situaci a tomu, jak plynuly odpovědi daného respondenta během celého rozhovoru.

Naopak rozhovory s osobami, které jsou zainteresované do sociální práce zdravotně sociálních pracovníků z Ústřední vojenské nemocnice v Praze, byly vytvořeny z pěti okruhů otázek, které byly již taktéž předem zformulované, ale u většiny z nich byla také doplňující otázka, která respondenta měla více rozmluvit, aby ke své odpovědi na uzavřenou otázku mohl uvést ještě více informací a detailů, které ho napadly. Otázky jsem stejně jako u přecházejících rozhovorů pokládala v pořadí, v němž mi to přišlo v ten okamžik vhodné a efektivní.

Mým hlavním záměrem bylo, aby respondent dobře porozuměl otázce a byl schopen mi co nejširším způsobem předat informace, které jsem potřebovala získat, abych mohla více proniknout do zkoumaného tématu. Respondentům jsem často pokládala i otázky, které v polostrukturovaném rozhovoru nebyly vůbec zmíněny. Tyto otázky se týkaly například toho, jak dlouho je již zaměstnancem Ústřední vojenské nemocnice v Praze, zda někdy on sám využil zdravotně sociální služby apod.

Odpovědi na polostrukturované otázky jsem si heslovitě přepisovala na papír a dělala jsem si během rozhovorů poznámky. Všem respondentům jsem nabídla možnost využití mobilního diktafonu, ale tu všichni respondenti odmítli. Odmítnutí přišlo například z toho důvodu, že by se někteří respondenti necítili dostatečně uvolněni, další respondenti se báli ztráty anonymity. Z toho důvodu jsem využila pouze papírovou formu zaznamenávání dat a respektovala rozhodnutí respondentů.

Po skončení každého rozhovoru jsem si s pomocí veškerých hesel a poznámek celý rozhovor co nejlépe přepsala a zaznamenala, aby byl využitelný k dalšímu zpracování.

Od všech respondentů jsem získala ústní souhlas ke zpracování polostrukturovaných rozhovorů.

Rozhovory s danými respondenty trvaly zhruba 25 až 45 minut. Délka rozhovoru se odvíjela samozřejmě od časových možností respondentů a také od toho, kolik informací mi respondenti byli ochotni předat, zda se více či méně rozpovídali nebo jestli jejich odpovědi byly široké či spíše strohé. Někteří respondenti se uvolnili více a vyprávěli mi různé osobní poznatky, které jsem do odpovědí z důvodu anonymity neuváděla.



### 7.1.3 Výběr respondentů

Definován byl počet osmi rozhovorů se zdravotně sociálními pracovníky z Ústřední vojenské nemocnice v Praze. Všichni tito zdravotně sociální pracovníci jsou aktuálně na své pozici, čili nejsou bývalými pracovníky. Všichni tito zdravotně sociální pracovníci mají dosažené vyšší odborné nebo vysokoškolské vzdělání a jsou kompetentní k výkonu této pracovní pozice.

Sedm zdravotně sociálních pracovníků má vysokoškolské vzdělání. Jeden zdravotně sociální pracovník má vyšší odborné vzdělání, ale zároveň dříve pracoval na pozici zdravotní sestry. Mezi zdravotně sociální pracovníky patří pouze jeden muž a sedm žen. Průměrný věk zdravotně sociálních pracovníků je 44 let. Nejstaršímu pracovníkovi je 63 let, naopak tomu nejmladšímu je 27 let.

Doba, po kterou tito pracovníci pracují v Ústřední vojenské nemocnici v Praze, se velmi liší, protože někteří z pracovníků dříve pracovali na pozici zdravotních sester, staničních či vrchních sester. Jedna z respondentek pracuje v ÚVN již 32 let, z toho na pozici zdravotně sociálního pracovníka deset let. Další respondentka pracuje v ÚVN 30 let, z toho také na pozici zdravotně sociálního pracovníka rovných deset let. Ostatní pracovníci v ÚVN na pozici zdravotně sociálního pracovníka působí zhruba kolem 9 let. Nejkratší dobu jsou zde zaměstnány dvě ženy a to rok a dva měsíce.

Respondenty jsem oslovovala většinou po pracovní době, abychom na rozhovor měli dostatek časového prostoru a také klidnou atmosféru. Žádný z respondentů rozhovor neodmítl provést, pouze si všichni chtěli zachovat svou anonymitu, a proto se rozhodli rozhovor nenahrávat na diktafon v mobilním telefonu. Všem respondentům bylo sděleno, že rozhovory budou použity pro kvalitativní výzkum v této diplomové práci.

Pro rozhovory s osobami, které jsou zainteresované do sociální práce zdravotně sociálních pracovníků z Ústřední vojenské nemocnice v Praze, nebyl definován přesný počet rozhovorů. Má snaha ovšem byla získat co největší počet respondentů, abych měla dostatek dat, s nimiž budu během tohoto kvalitativního výzkumu pracovat a aby výsledek, který vzejde z toho výzkumu, byl validní.

Výběr respondentů pro tento typ rozhovoru byl náhodný. Snažila jsem se ovšem oslovit co nejvíce osob z řad lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelského personálu, nezdravotnického personálu a také několik osob z řad klientů či jejich blízkých, s nimiž bylo

v minulosti pracováno po ose zdravotně sociálních služeb v rámci Ústřední vojenské nemocnice v Praze.

Bylo provedeno celkem čtrnáct rozhovorů. Celkem deset respondentů z této skupiny odpovídajících na mé otázky má vysokoškolské vzdělání. Čtyři z nich pracují v Ústřední vojenské nemocnici na pozici lékaře. Ze čtrnácti respondentů jsem otázky pokládala osmi ženám a šesti mužům.

Další dva respondenti mají středoškolské vzdělání ve zdravotnickém oboru. U posledních dvou respondentů jejich dosažené vzdělání nebylo zjištěno.

Průměrný věk respondentů byl 44 let, z toho nejstaršímu respondentovi bylo 61 let a nejmladšímu 28 let.

#### **7.1.4 Označení respondentů**

Všichni respondenti žádali o absolutní anonymitu, což byl zcela adekvátní požadavek, kterému bylo vyhověno. Všichni respondenti byli informováni o tom, že tyto rozhovory budou zcela anonymní a budou využity pouze pro kvalitativní výzkum v této diplomové práci.

Z toho důvodu jsem zvolila metodu, při níž každého respondenta označím pouze daným číslem, což zajistí danému respondentovi anonymitu. Všichni respondenti s tímto označením zcela souhlasili.

## 7.2 Realizace kvalitativního výzkumu

### 7.2.1 Realizace výzkumu

Tento kvalitativní výzkum byl realizován od ledna 2021 do dubna 2021. Rozhovory byly uskutečněny v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.

Jak je výše zmíněno, rozhovory nemohly být nahrávány na diktafon v mobilním telefonu z důvodu zachování anonymity respondentů. Všechny rozhovory byly zaznamenávány písemně na papír a následně přepsány do notebooku k dalšímu zpracování.

### 7.2.2 Analýza a interpretace dat

Při zpracování kvalitativních údajů dochází k urovnávání a také třídění dat, které se ale uspořádávají postupně. Samozřejmě ale platí to, že jejich postupné vyhodnocování musí souviset s původním cílem zkoumání. Důležité tedy je i vyhodnocování jejich změn, k nimž během vyhodnocování docházelo. (dle Reichela, 2009, str. 165)

Hendl uvádí, že kvalitativní data, která jsou tvořena z rozhovorů, pozorování či jiných druhů dokumentů, například textových nebo audiovizuálních, se zkoumají co nejvíce do hloubky pro porozumění zkoumaných jevů. (dle Hendla, 20016, str. 227)

*„Kvalitní analýza je uměním zpracovat data smysluplným a užitečným způsobem a nalézt odpověď na položenou výzkumnou otázku.“ (cit. dle Hendl, 2016, s. 227)*

Aby všechna data byla dobře zorganizovaná, přepisovala jsem veškeré rozhovory do notebooku, a to do programu Microsoft Word. Po přepsání rozhovorů jsem vytvořila tzv. zkrácenou formu, ve které jsem zachycovala kódy, což byly ty nejvíce zmiňované a nejvýznamnější odpovědi respondentů. V tomto případě se vždy jednalo o danou otázku, potom o odpověď daného respondenta, který byl vždy označen daným číslem.

Když jsem měla vypsané veškeré odpovědi ve zkrácené formě, vytvořila jsem tabulku v programu Microsoft Excel, a tam jsem zapisovala, kolik z určitého počtu respondentů odpovědělo na danou otázku odpověď ANO či NE. Dalším krokem bylo jednotlivé odpovědi spočítat a vytvořit souhrnnou tabulku a poté i grafy, které zachycují odpovědi respondentů.

Tyto grafy znázorňují, kolik respondentů se na určité otázce shodlo či ne a tudíž, jak vnímají práci zdravotně sociálních pracovníků v Ústřední vojenské nemocnici v Praze a zároveň, jak na svoji práci nahlíží zdravotně sociální pracovníci v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.

## 7.3 Výsledky výzkumu

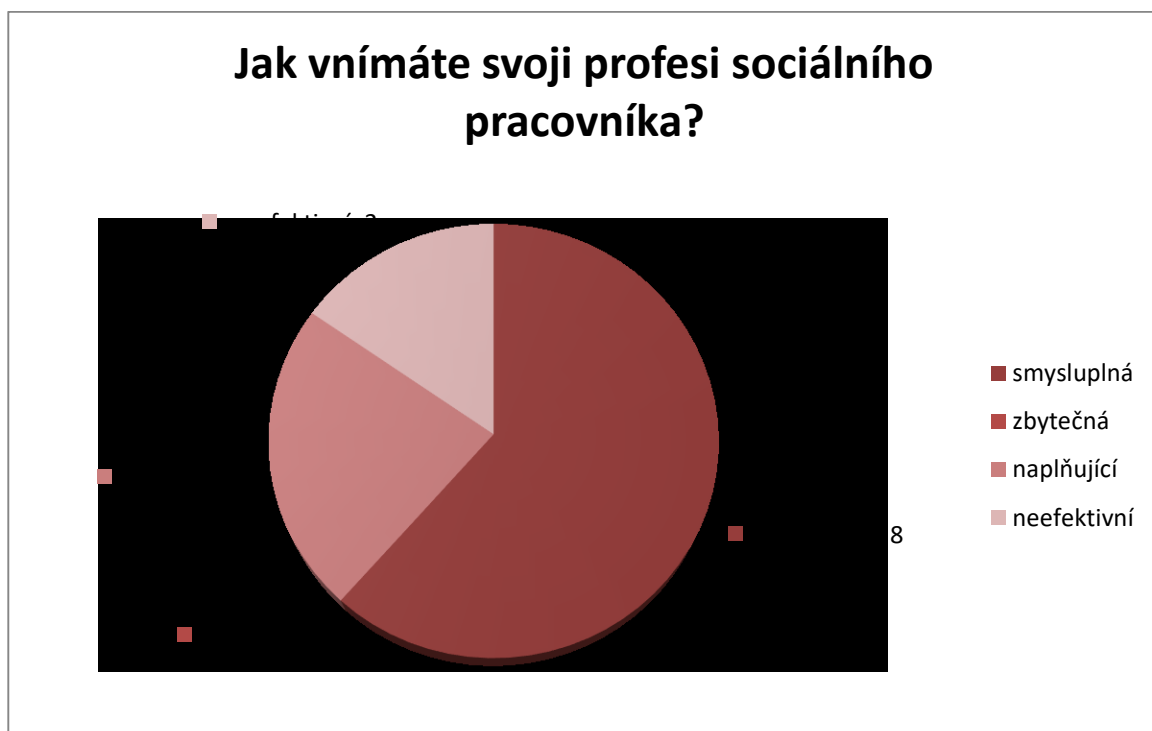
### 7.3.1 Vyhodnocení rozhovorů se zdravotně sociálními pracovníky Ústřední vojenské nemocnice v Praze

Vyhodnocení osmi rozhovorů bylo následující:

#### 1. otázka

Při první otázce jsem se zdravotně sociálních pracovníků ptala, jak vnímají svoji profesi. Všichni respondenti odpověděli, že svoji profesi zdravotně sociálního pracovníka vnímají jako smysluplnou a to především z toho důvodu, že pomáhají lidem, kteří pomoc skutečně potřebují. Tři z respondentů odpověděli, že je pro ně tato profese naplňující. Jeden z respondentů na tuto otázku řekl: „Tato práce mě neskutečně naplňuje, protože mám konečně pocit, že jsem k něčemu dobrá a to, co denně dělám má nějaký smysl a hlavně za sebou vidím výsledky, což se u každé práce říct nedá.“

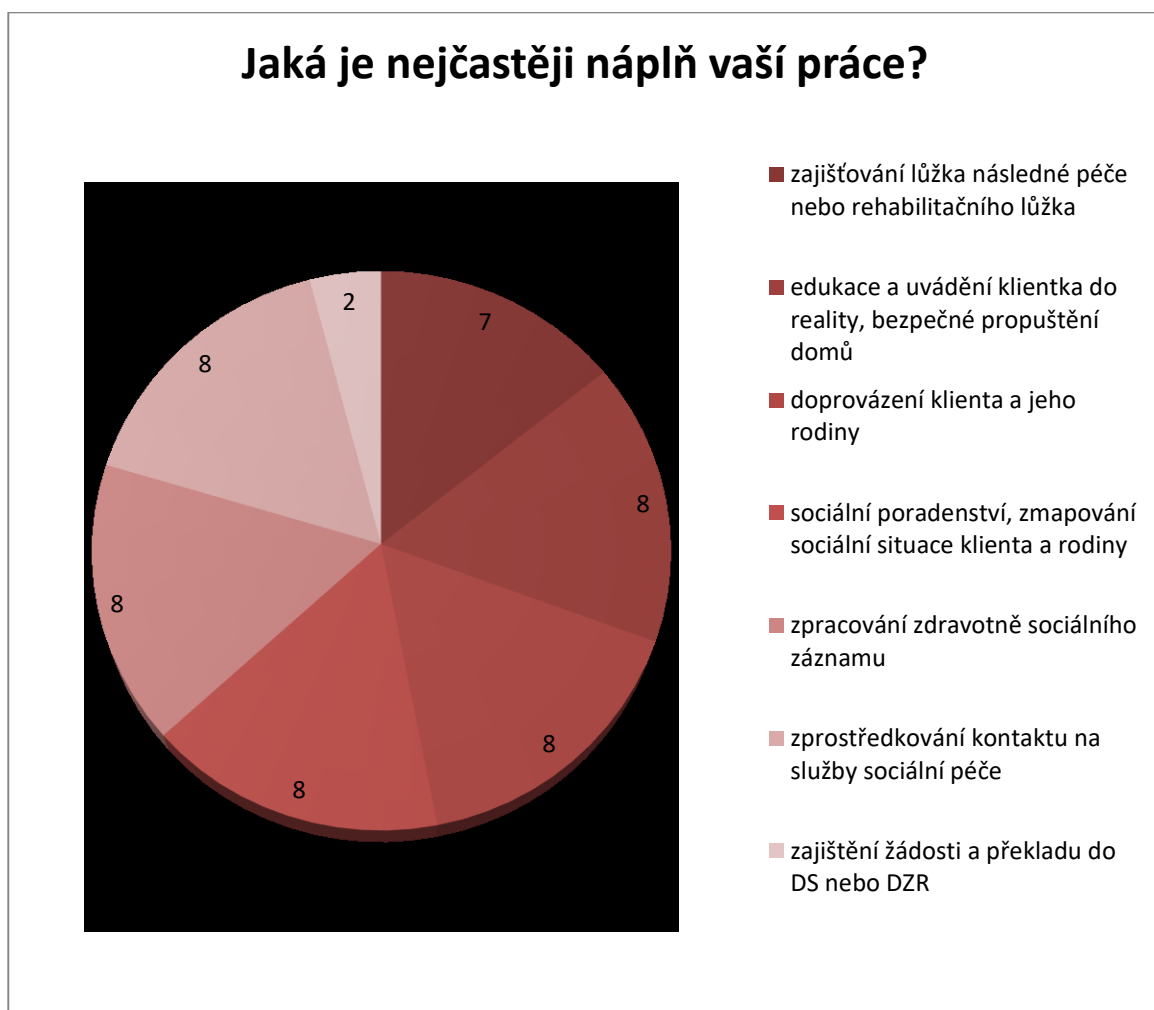
Dva respondenti dodali, že je tato práce neefektivní. Jeden z respondentů dodal, že je to kvůli neefektivní domluvě s určitým zdravotnickým personálem, konkrétně s lékaři a staničnými sestrami.



## 2. otázka

U druhé otázky, která zkoumala, jaká je nejčastěji náplň práce zdravotně sociálního pracovníka, jsem se dozvěděla spoustu odpovědí, a tím i zjistila, že každý zdravotně sociální pracovník má v náplni své práce drobné nuance, které se odvíjí samozřejmě i od toho, pro které oddělení je zdravotně sociální pracovník klíčovým, čili o jaké oddělení se stará.

Zdravotně sociální pracovníci popisovali, že mezi nejčastější úkony při výkonu jejich práce je zajišťování lůžka následné péče nebo rehabilitační péče, samozřejmě je sociální šetření, sociální poradenství, doprovázení klienta a rodiny, edukace, samozřejmě předání kontaktů a zajištění terénní zdravotní nebo sociální péče. Dva zdravotně sociální pracovníci zmínili, že mezi častý úkon v jejich pracovní náplni patří také zajištění žádosti či překlady do domova pro seniory nebo do domova pro seniory se zvláštním režimem. U této zmínky jedna z respondentek podotkla, že zajištění domova pro seniory má trochu jiný náboj a to z toho důvodu, že se nejedná o přechodné zařízení, nýbrž o zařízení, kde většinou člověk dožije a stráví tam i poslední chvíle svého života.



### 3. otázka

Třetí otázka se týkala toho, zdali mají zdravotně sociální pracovníci pocit, že mají k výkonu své profese dostatek kompetencí. Většina odpovědí byla kladná, jen dvě byly negativní. Jedna z respondentek uvedla, že cítí uje dostatek kompetencí i zkušeností, jelikož strávila 20 let přímo u lůžka v přímé ošetrovatelské péči jako zdravotní sestra a později jako staniční sestra. Tito respondenti, kteří zmínili, že jim jejich kompetence připadají nedostačující, popsali, že postrádají občas kompetenci v rozhodnutí o tom, co je skutečně pro jejich klienty vhodné. Jeden z respondentů toto téma popsal následovně: „Někdy naprosto jasně vidím, že se lékaři mílí, jelikož nemají takový přehled o možnostech sociálních služeb. Často klienty odešlou do domácího prostředí, ačkoli z pohledu našeho, čili z pohledu zdravotně sociálního pracovníka, je dimise do domácího prostředí zcela nevhodná a předem vím, že takový klient to doma jednoduše nezvládne. I přesto se občas nenajde dohoda a my musíme poslechnout indikaci ošetroující lékaře.“

Další z respondentů postrádal kompetenci v tom ohledu, že nesmí rodině ani blízkým poskytnout jakékoli informace ohledně zdravotního stavu klienta.



#### 4. otázka

Čtvrtá otázka se zaměřovala na to, zda si zdravotně sociální pracovníci myslí, že je jejich práce přínosná. Všichni respondenti odpověděli, že ano. Někteří respondenti své odpovědi rozvedli a sdělili mi, že dle jejich názoru je nejvíce přínosná pro klienty, jejich rodiny, ale také pro zaměstnance a pro nemocnici jako takovou. Jedna z respondentek uvedla, že práce zdravotně sociálních pracovníků velmi ulehčuje práci lékařům i zdravotním sestřám, které jsou osvobozeny od toho, aby musely zajišťovat překlady do různých zařízení, které často dost dobře ani neznají.



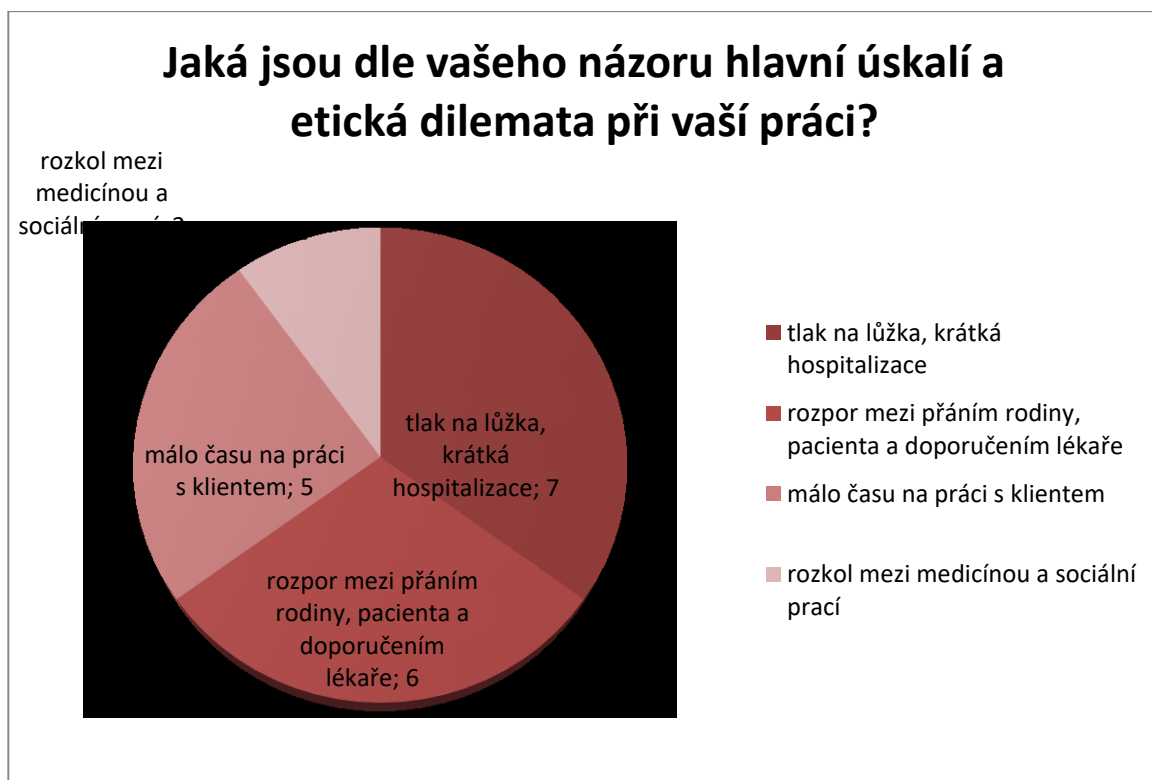


## 5. otázka

Pátá otázka v mém kvalitativním výzkumu se týkala toho, jaký mají zdravotně sociální pracovníci názor na etická dilemata a s jakými úskalími se při své práci nejčastěji setkávají. Nejčastější odpovědí bylo, že velkým úskalím a etickým dilematem je rozpor mezi přáním pacienta a rodiny a také doporučením lékaře. Dalším úskalím dle zdravotně sociálních pracovníků z ÚVN je tlak na lůžka, krátká doba hospitalizace, nedostatek času pro práci s klientem a také bylo zmíněno úskalí, které tkví v odlišném pohledu na „věc“ a to z medicínského a sociálního hlediska.

Jeden z respondentů uvedl, že se nejdnou dostal do konfliktu s ošetřujícím lékařem, který dbal pouze na to, aby bylo rychle uvolněno akutní lůžko a nehleděl příliš na přání a pocity klienta, které jasně vypovídaly o tom, že se ještě necítí zdravotně dobře a že se necítí na to, aby byl již propuštěn domů.

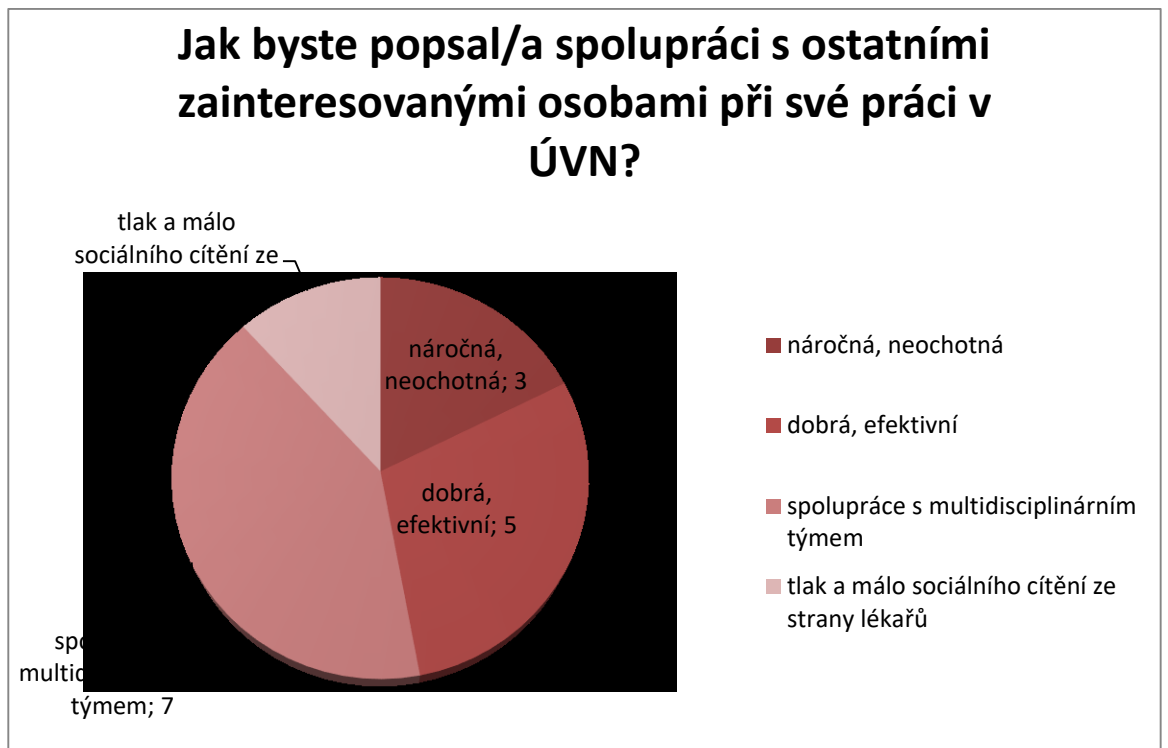
Další z respondentů uvedl, že jako úskalí také vnímá pozdní indikaci lékaře k sociálnímu šetření, kdy pak často dojde k problému, že zdravotně sociální pracovník nestihne klienta dostatečně prošetřit, nestihne zjistit, jaké je jeho sociální zázemí a klient je propuštěn domů, bez toho aniž by bylo zjevné, že mu bude doma poskytnuta péče adekvátní s ohledem na jeho zdravotní stav a jeho potřeby.



## 6. otázka

Šestá otázka se zaměřovala na spolupráci s ostatními zainteresovanými osobami při výkonu sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Zde jsem se snažila od respondentů zjistit, jak tuto spolupráci hodnotí a také s kým spolupracují.

Nejčastější odpovědí bylo, že tato spolupráce bývá často velmi náročná, ale pokud je funkční, je efektivní a často probíhá na velmi profesionální úrovni. Také bylo od respondentů sděleno, že se často setkávají s tlakem na urychlení sociální práce zdravotně sociálních pracovníků. Naopak bylo vyzkoumáno, že nejčastěji probíhá spolupráce s lékaři, zdravotními sestrami, ale také s ergoterapeuty, fyzioterapeuty a také s paliatrem. Několik respondentů mi sdělilo, že mají občas problém ve spolupráci se zdravotními sestrami a to z důvodu, že jim nejsou schopny říci, jaký je aktuální zdravotní stav daného klienta, zda chodí, zda je v lůžku soběstačný, jestli se sám zvládne polohovat, apod.



### 7.3.2 Vyhodnocení rozhovorů s osobami, které jsou zainteresované do práce zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze

Vyhodnocení 14 rozhovorů bylo následné:

#### 1. otázka

V první otázce jsem se od respondentů snažila zjistit, jestli se již někdy setkali s profesí sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. Odpovědi byly zcela jednoznačné. Všichni dotazovaní respondenti odpověděli, že ano. Mnozí z respondentů svoji odpověď rozvedli a uvedli, že zdravotně sociální pracovník v Ústřední vojenské nemocnici je neopomenutelným článkem, že je jeho práce velmi důležitá, efektivní. Jeden z respondentů uvedl, že sociální pracovník vlastně lidem pomáhá v nastavování další fáze v jejich životě, která přijde po dimisi z nemocničního prostředí. Jiný respondent uvedl, že sociální pracovník zjišťuje a řeší nejen sociální otázku, ale i tu existenční. Všichni respondenti uvedli, že pozici sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení vnímají kladně, jelikož sociální pracovník usnadňuje kontakt mezi pacientem, rodinou a lékařem.



## 2. otázka

V druhé otázce jsem se pokoušela vyzkoumat, jestli si lidé, zainteresovaní do sociální práce v ÚVN myslí, že je to smysluplné, aby v ÚVN fungoval sociální pracovník. Odpověď byla znovu zcela jednoznačně ano. Respondenti dále zmínili, že funkce zdravotně sociálního pracovníka v ÚVN je absolutně nezbytná, jelikož bez sociálního pracovníka téměř nelze plánovat bezpečné propuštění pacienta domů, dále také překlady do jiných zařízení. Jiný respondent mi sdělil, že sociální pracovník dělá skutečně vše pro kvalitní život pacienta po dimisi domů, pomáhá ovšem i jeho blízkým a je důležitým článkem multidisciplinárního týmu v rámci Ústřední vojenské nemocnice. Jeden z respondentů podotkl, že když má pacient strach, je zdravotně sociální pracovník ten, koho k pacientovi přivolávají.



### 3. otázka

V této otázce jsem se snažila zmapovat, jestli osoby zainteresované do práce zdravotně sociálního pracovníka mají představu o tom, jaká je vlastně náplň práce zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici. Všichni dotazovaní opět odpověděli, že ano. Ačkoli odpověď od všech zněla „ano“, nutno z praxe podotknout, že ne všichni; a to konkrétně zdravotnický personál, dobře znají kompetence zdravotně sociálního pracovníka. Často jsou tyto kompetence nadřazovány a po zdravotně sociálním pracovníkovi jsou vyžadovány úkony, které nejsou v jeho kompetencích.

Respondenti popsali práci zdravotně sociálního pracovníka následovně: dle jejich slov nejčastěji sociální pracovník kooperuje s pacientem, rodinou a zdravotnickým personálem. Snaží se pro klienty vyřešit otázku jejich sociálního zázemí a také zajišťuje terénní služby, které klient bude potřebovat po návratu domů. Dále dle slov respondentů sociální pracovník řeší také překlady na jiný typ lůžka či do sociálního zařízení. Zmíněno také bylo, že zdravotně sociální pracovník klienty podporuje, on je ten, kdo často jako první komunikuje s rodinou, dále se snaží klienta provázet v jeho aktuální životní situaci, připravuje ho na změnu, která přijde v důsledku změny jeho zdravotního stavu a neopomenutelně je silným článkem paliativního týmu.

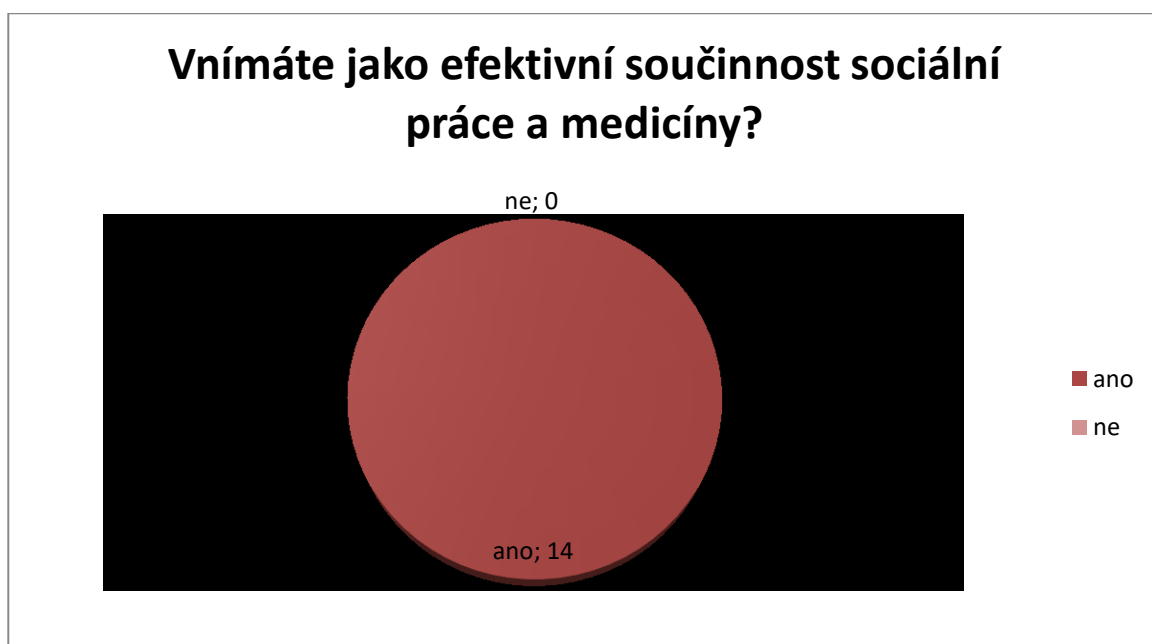


#### 4. otázka

Čtvrtá otázka se týkala toho, zdali výše zmínění respondenti vnímají součinnost medicíny a sociální práce jako efektivní. Odpověď byla opět pouze ano. Respondenti popsali, že tyto dvě odvětví spolu musí zákonitě souviset. Důležitou souvislost jeden z respondentů vnímal například v paliativní péči, kde jak medicína, tak i sociální práce hraje dle jeho slov obrovskou roli. Ostatní popsali, že tuto součinnost vnímají především jako užitečnou a že je ovšem ale velmi klíčové, jak se k této spolupráci staví lékař, zda je dobře spolupracujícím partnerem v této koalici.

Jeden z respondentů mi k této otázce řekl poměrně zajímavou odpověď. Cituji:

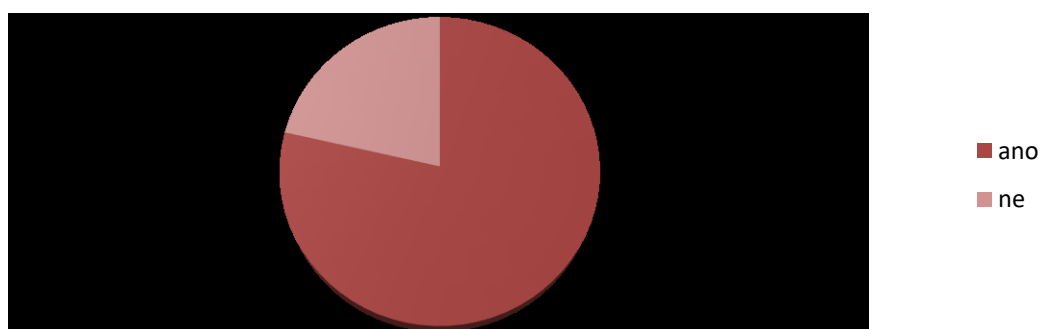
„Víte, my jsme malí páni. Vždycky je to o tom, co řekne lékař. A ten se musí poslechnout, i kdyby neměl pravdu. V tomhle jediném mi přijde, že součinnost pokulhává. Jinak vidím jako hodně potřebné, aby sociální práce a medicína kooperovali, protože bez toho by doktoři i pacienti byli ztraceni.“



## 5. otázka

Poslední otázka pro osoby zainteresované do sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici se snažila zjistit něco o tom, zda tyto osoby dokážou popsat, jaká jsou úskalí či etická dilemata při výkonu sociální práce v ÚVN. Zde se ukázalo, že ne všichni respondenti vědí, jaká úskalí a etická dilemata potkávají zdravotně sociální pracovníky téměř každý den na každém kroku. 11 respondentů odpovědělo, že ano. Respondenti často odpověděli, že vnímají velké nedocenění odbornosti zdravotně sociálního pracovníka, a to především ze strany zdravotnického personálu a rodin. Dále bylo od respondentů zmíněno, že kompetence zdravotně sociálního pracovníka nejsou někdy správně chápány. Většina respondentů uvedla, že často se stává dilematem udržet tzv. správnou komunikaci s rodinou, a to především v situacích, kdy zdravotně sociální pracovník komunikuje s rodinou, které v nemocnici umírá jeho blízký. Jeden z respondentů uvedl, že jako velké dilema vidí hledání rovnováhy ve vztahu sociální pracovník a klient. Jako úskalí mnoho z respondentů uvedlo navázání vztahu a získání důvěry. Respondenti také zmínili, že jako velmi těžké vidí to, že zdravotně sociální pracovník musí mít zcela individuální přístup ke klientům, jeho práce je dle slov respondentů velmi náročná, a to především po psychické stránce. Je těžké pro sociální pracovníky unést rizika pomáhající profese, zvládnout vymezení jasných hranic, být stále diskrétní. Dle slov jednoho z respondentů má sociální pracovník takové malé zpovědní tajemství u každého z klientů. Respondenti také mluvili o tom, že je velmi těžké někdy pracovat s klientem, jehož příběh se sociálního pracovníka osobně dotýká a že je velmi důležité myslet na sebeděči a duševní hygienu. Tři z respondentů uvedli, že nemají představu o tom, jaké může mít zdravotně sociální pracovník etická dilemata či úskalí při výkonu své práce.

### Dokázal/a byste popsat úskalí nebo etická dilemata této profese?



#### 7.4 **Závěr výzkumu**

Z výzkumu vyplynulo, že profese zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze je velmi důležitá, a to jak z pohledu zdravotně sociálních pracovníků, tak i z pohledu osob, které jsou do práce zdravotně sociálního pracovníka nějakým způsobem zainteresované. Výzkum dále ukázal, že zdravotně sociální pracovník a jeho práce je velmi důležitá jak pro zdravotnický personál, tak samozřejmě i pro klienty a jejich blízké.

Výzkum dále ukázal, že zdravotně sociální pracovníci Ústřední vojenské nemocnici v Praze svoji práci vnímají jako smysluplnou, naplňující, ale částečně také neefektivní. Dále výzkum prokázal také to, že spektrum práce, kterou zdravotně sociální pracovníci vykonávají, je velmi široké a že většina zdravotně sociálních pracovníků vnímá, že má dostatek kompetencí, které ke své práci může využít. Někteří zdravotně sociální pracovníci tento názor ovšem nesdíleli. Ve výzkumu také vyšlo najevo, že zdravotně sociální pracovníci svoji práci vnímají jako efektivní, a to především například při překladi pacienta do jiného zařízení a také samozřejmě při komunikaci s rodinou, které pracovníci dokážou poskytnout odborné poradenství, ale také podporu a pomocnou ruku při jejich provázení.

Tento kvalitativní výzkum také prokázal, že zdravotně sociální pracovníci se při své práci skutečně setkávají s mnoha etickými dilematy a naráží na spoustu úskalí, které jim jejich práci často znesnadňují. Tato úskalí vnímají většinou při spolupráci se zdravotnickým personálem, ale některá plynou také z nedostatku času a krátké doby hospitalizace klientů, což jim práci dělá těžší a je na ně vyvíjen tlak jednak ze strany zdravotnického personálu, jednak ze strany rodin klientů. Velké etické dilema zdravotně sociální pracovníci také popsali při pohledu na pacienta, a to ze sociálního a medicínského hlediska, tyto dva pohledy se někdy rozcházejí a dochází tak k problémům mezi zdravotnickým personálem a zdravotně sociálními pracovníky. V neposlední řadě také vyšlo najevo, že zdravotně sociální pracovníci vnímají jako velmi podstatnou efektivní spolupráci s ostatními odborníky, s nimiž potřebují pracovat při řešení sociální situace klienta.

Tento kvalitativní výzkum také zkoumal názor osob zainteresovaných do práce zdravotně sociálních pracovníků v Ústřední vojenské nemocnici. Tento výzkum zmapoval, že většina osob, které jsou nějakým způsobem do práce sociálních pracovníků v ÚVN zainteresované, se skutečně s profesí sociálního pracovníka setkala. Tito respondenti popsali, že práce zdravotně sociálních pracovníků je velmi užitečná a dokonce nezbytná, a to nejen při



pomoci zdravotnickému personálu, ale především je užitečná pro klienty, kteří potřebují podporu, pomoc, ale také odborné poradenství či doprovázení do nové fáze jejich života.

Respondenti také popsali, že mají všichni povědomí o tom, co vlastně zdravotně sociální pracovník dělá, čili jaká je náplň jeho práce. Tuto práci popsali jako velmi náročnou, ale zároveň jako klíčovou, která má efektivní výsledky, a to především bezpečné propuštění klienta do jeho přirozeného prostředí anebo překlad do vhodného zařízení, kde bude klientovi zajištěna adekvátní péče s ohledem na jeho zdravotní a sociální situaci. Dotazovaní také zmínili důležitost spolupráce mezi medicínou a sociální prací, bez níž si dle jejich slov neumí práci ve zdravotnickém zařízení již představit.

Někteří z respondentů uvedli, že jsou si vědomi úskalí a etických dilemat, s nimiž se zdravotně sociální pracovníci musí skoro denně vypořádávat. Mezi tato úskalí zařadili především komunikaci se zdravotnickým personálem, s rodinou, náročnost práce, psychické vypětí, potřebnost duševní hygieny, supervizí a také určité péče o sebe sama. Dále také uvedli, že pro zdravotně sociální pracovníky musí být velmi náročné vstřebat veškeré osudy lidí, stále vřele komunikovat, dodržovat etický kodex sociálních pracovníků a snášet jistou nedocenenost a nepochopení práce zdravotně sociálního pracovníka ze strany klientů, jejich rodin a blízkých, ale někdy bohužel i ze strany zdravotnického personálu.

Díky uskutečněným rozhovorům se zdravotně sociálními pracovníky a s osobami zainteresovanými do výkonu sociální práce zdravotně sociálních pracovníků Ústřední vojenské nemocnici v Praze a jejich analýze, jsem se dozvěděla řadu cenných a klíčových informací a také nových skutečností. Zjistila jsem, že komplexně je názor na sociální práci zdravotně sociálních pracovníků v ÚVN kladný a že naše práce je pro společnost jako celek přínosná a důležitá.

Díky tomuto kvalitativnímu výzkumu jsem zjistila informace, k nimž bych se během klasického rozhovoru nejspíše nedostala, a tyto informace pro mě byly velmi přínosné. Tento výzkum také odhalil, že zdravotně sociální pracovníci nejsou se svou prací v jistých ohledech zcela spokojeni, což je nový impuls pro tvorbu změn či nových metodických postupů.

Díky polostrukturovanými rozhovorům bylo také zjištěno, že i ostatní lidé vnímají práci zdravotně sociálních pracovníků jako náročnou a možná že tyto rozhovory, i tyto osoby donutily o práci zdravotně sociálních pracovníků více přemýšlet, což může vést

k efektivnějšímu způsobu jednání například mezi zdravotnickým personálem a sociálními pracovníky z Ústřední vojenské nemocnice, což by jejich spolupráci zase o krok usnadnilo.

Tento výzkum pro mě byl velmi důležitý i z toho důvodu, že jsem sama jedním ze sociálních pracovníků Humanitní služby v Ústřední vojenské nemocnici. Názory lidí, s nimiž jsem někdy spolupracovala, spolupracuji nebo v budoucnu mohu spolupracovat, pro mě byly velmi cenné a přínosné.

## 7.5 **Diskuze**

Je náročné a těžké vyhodnotit, zdali je práce zdravotně sociálních pracovníků skutečně tak užitečná a smysluplná. Výzkumný soubor nebyl příliš velký, ale i přesto se pokusím o shrnutí a vyhodnocení vyjádření osob, s nimiž jsem vedla polostrukturovaný rozhovor.

Téměř všichni respondenti se shodli na tom, že práce zdravotně sociálních pracovníků v Ústřední vojenské nemocnici je smysluplná a také efektivní. Otázkou ovšem zůstává, jestli je tato efektivita dostačující a jestli by ji nešlo ještě více prohloubit určitou změnou ve spolupráci například se zdravotnickým personálem.

Většina respondentů také správně popsala, jaká je náplň práce zdravotně sociálních pracovníků. Otázkou je, zdali je tato náplň dostačující a jestli k této profesi mají zdravotně sociální pracovníci dostatek kompetencí nebo zda je někdy mírně nepřekračují z důvodu špatného nastavení kompetencí. Naopak může být také diskutabilní, jestli zdravotnický personál či rodiny nevyžadují po zdravotně sociálních pracovnících, aby překročili své kompetence, i kdyby to bylo v jejich dobré vůli.

Zmíněno také bylo, že v této práci zdravotně sociální pracovníci bojují s různými etickými dilematy, s nimiž jim ne vždy pomůže etický kodex sociálních pracovníků a jasné vymezení hranic. Je tedy vhodné k diskusi, zda mají zdravotně sociální pracovníci dostatek časového prostoru a také možností k duševní hygieně a sebepěči a také, zdali prostředky, které mají nabídnuté k duševní hygieně, hodnotí kladně, či jsou pro ně spíše zbytečné a neefektivní.

Toto téma kvalitativního výzkumu je velmi diskutabilní. V některých otázkách jsem narazila na absolutní shodu, která ovšem nemusí být stoprocentně pravdivá. Jak bylo uvedeno výše, respondenti se obávali ztráty anonymity. Dlužno podotknout, že někteří respondenti se mohli trochu stylizovat, odpovídat tak, jak by to podle nich bylo žádoucí a dobré.

Tam kde byly ve výzkumu zaznamenány jisté neshody, tam vidím jistý potenciál pro možnou změnu, která by mohla vést ke zlepšení spolupráce zdravotně sociálních pracovníků a ostatních osob, s nimiž musí každý den kooperovat. Tyto neshody beru jako výzvu, kterou lze změnit s přičiněním dalších osob, které pociťují, že jejich práce není zcela správně nastavená, nebo že mají například trochu svázané ruce při nastavení svých kompetencí.

Jsem si zcela vědoma toho, že výsledky této kvalitativní studie nelze absolutně zobecňovat. Je možné, že při výběru jiných respondentů nebo při výzkumu v jiném zdravotnickém zařízení by výsledky byly možná zcela odlišné od těchto, ke kterým jsem dospěla já. Nicméně si myslím, že tato malá výzkumná studie poskytla vhled do práce zdravotně sociálních pracovníků z Humanitní služby Ústřední vojenské nemocnice a také zachytila názor lidí, kteří tuto práci nějakým způsobem vnímají či jsou do ní zapojeni. Ukázalo se, že každý tuto práci vnímá trochu odlišným způsobem, každý v ní vidí jiná pozitiva a negativa či jinak vnímá její náročnost.

Tato malá studie také prokázala, že je stále potřeba pracovat na efektivitě práce, na spolupráci s ostatními odborníky a institucemi a samozřejmě je i nadále třeba pracovat na svém vzdělání a na své vlastní osobnosti, abychom byli schopni co nejvíce a nejlépe pomoci klientům či jejich rodinám, kteří naši pomoc potřebují.

## Závěr

Cílem této diplomové práce bylo zjistit, jestli je práce zdravotně sociálních pracovníků z Humanitní služby v Ústřední vojenské nemocnici v Praze smysluplná.

V teoretické části jsem popsala, o jaké legislativní prameny se opírá práce zdravotně sociálních pracovníků, dále jsem zmínila zcela obecně, co je to zdravotně sociální práce a poté jsem zmapovala, jakým způsobem se provádí zdravotně sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici, konkrétně na oddělení Zdravotně sociálních služeb, které zaštiťuje Humanitní služba.

V následujících kapitolách jsem popsala, kdo je to zdravotně sociální pracovník, jaké jsou předpoklady pro výkon této profese, jaká je náplň práce zdravotně sociálního pracovníka obecně a poté jaká je náplň práce zdravotně sociálního pracovníka v Ústřední vojenské nemocnici v Praze. V další kapitole jsem se věnovala otázce etického chování zdravotně sociálního pracovníka, a také jaké jsou kompetence zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení.

Navazující kapitola se zabývala metodami sociální práce ve zdravotnictví, popisovala sociální práci s jednotlivci a také s rodinou. V poslední kapitole jsem se věnovala typologii klientů zdravotně sociálního pracovníka, jeho rozdělení a také popisu jednotlivých forem sociální práce s ohledem na diagnózu klienta.

V praktické části jsem představila dvě kazuistiky a provedla jsem kvalitativní výzkum. Zde jsem popsala jeho metodologii, zdůvodnila jsem také výběr metod a potom jsem popsala samotný průběh výzkumu a vysvětlila jeho interpretace a analýzy. V konečné části jsem vyhodnotila a poté také předložila zjištěné výsledky.

Tato malá výzkumná studie prokázala, že zdravotně sociální pracovníci i osoby, které jsou do sociální práce zdravotně sociálních pracovníků z Ústřední vojenské nemocnice v Praze zapojeny, hodnotí tuto práci jako smysluplnou a užitečnou a uvědomují si, jaká je náplň práce zdravotně sociálních pracovníků, zhodnotili, že tuto práci vnímají jako efektivní, ale že je na určitých bodech; konkrétně na spolupráci se zdravotnickým personálem, je třeba i nadále pracovat. Kvalitativní výzkum také ukázal, že i osoby, které jsou do sociální práce zapojené, si uvědomují, jak náročná tato práce je, co vše zdravotně sociální pracovník musí umět a zvládnout a sami avizují, že je potřeba, aby zdravotně sociální pracovníci více dbali na duševní hygienu.

Z vypracovaného výzkumu vyplývá, že si lidé práce zdravotně sociálních pracovníků cení, mají o ní určité představy, ale nejsou vždy zcela reálné. Dále také z uskutečněné studie vyplynulo, že nejvíce práci zdravotně sociálních pracovníků oceňují právě klienti samotní a také jejich blízká rodina. Malé docenění práce přišlo ze strany zdravotnického personálu, který často nemá zcela jasně vyjasněno, co tato práce obnáší a jaké jsou kompetence zdravotně sociálních pracovníků.

Již v diskusi jsem zmínila, že je opravdu náročné vyhodnotit, kde se skrývá pravda a nelze zjistit, zdali dotazované osoby odpovídaly pravdivě a autenticky. Jsem ovšem velmi ráda, že zdravotně sociální pracovníci dokázali popsat i negativní jevy, na které během své práce narážejí.

Byla bych velmi ráda, kdyby toto téma bylo vypracováno do větší hloubky dalšími výzkumnými studii a byla například zkoumána sociální práce zdravotně sociálních pracovníků i v jiných zdravotnických zařízeních, aby bylo možné tuto práci porovnat a s ní i náplň práce a kompetence určitých zdravotně sociálních pracovníků.

Zároveň bych byla vděčná za prozkoumání i z toho důvodu, že tato oblast dle mého názoru není v České republice ještě tak hluboce probádaná a má stále svá neobjevená místa.

Tuto práci nebylo snadné odborně zpracovat z důvodu malého množství odborné literatury.

Tento výzkum nebylo zcela snadné zrealizovat, a to z nedostatku časového prostoru ze strany zaměstnanců z Ústřední vojenské nemocnice, ale především kvůli covidové pandemii, která Ústřední vojenskou nemocnici také velmi zasáhla.

## Seznam použitých zdrojů

### Seznam literárních zdrojů:

1. BUŽGOVÁ, Radka. Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života. Praha: Grada, 2015. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5402-4.
2. HAŠKOVCOVÁ, Helena. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. Praha: Galén, 2012. ISBN 978-80-7262-900-8.
3. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
4. KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1
5. MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0
6. MATOUŠEK, Oldřich. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-
7. MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
8. MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.
9. MOJTOVÁ, Martina a Katarína KRELLOVÁ. Zdravotno-sociálna verzus sociálno-zdravotná starostlivosť o zomierajúceho klienta: Health-social versus social-health care for dying patients. Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách: zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie, 20.-21. október 2010, Piešťany. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o., 2010, 182-194. ISBN 978-80-89271-89-4.

### Seznam internetových zdrojů:

1. ČESKO. Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-101>
2. ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Zákony pro lidi.cz* [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

3. ČESKO. Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-110>
4. ČESKO. Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1995-117>
5. ČESKO. Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1966-20>
6. ČESKO. Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2000-258>
7. ČESKO. Zákon č. 280/1992 Sb., České národní rady o resortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-280>
8. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>
9. ČESKO. Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů. In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1997-48>
10. ČESKO. Zákon 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 o nelékařských zdravotnických povoláních). In: <i>Zákony pro lidi.cz</i> [online]. © AION CS 2010-2021 [cit. 27. 3. 2021]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
11. DUBNOVÁ, Markéta. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Výkon sociální práce v psychiatrické nemocnici [online]. 2019. Praha, 2019 [cit. 2021-05-02]. 978-80-7421-184-3. Dostupné z:



- <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit+socialn%C3%AD+pr%C3%A1ce+6.pdf/96518cb7-b482-e705-4b7b-f5de78e4a430>
12. FRANĚK, Martin. MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici [online]. 2019. Praha, 2019 [cit. 2021-03-06]. 978-80-7421-184-3. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit+socialn%C3%AD+pr%C3%A1ce+6.pdf/96518cb7-b482-e705-4b7b-f5de78e4a430>
  13. GO-COLOMA, Rhea. Long Term Care: The Role of Social Workers in End-of-Life Care. GO-COLOMA, LMSW, Rhea. Today's Geriatric Medicine [online]. 2018, 2018, (11), 1 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <https://www.todaygeriatricmedicine.com/archive/ND18p30.shtml>
  14. JANKOVSKÝ, Jiří. Etika pro pomáhající profese [online]. Praha: Triton, 2003 [cit. 2021-03-27]. ISBN 80-725-4329-6. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:10396bf0-6582-11e4-b42a-005056827e52?page=uuid:891c8400-7066-11e4-9d98-005056825209>
  15. JAROLÍMOVÁ, Eva a Miroslava HOLÁ. Psychologie pro praxi ve zdravotně sociální péči [online]. Praha: EV public relations, 2007 [cit. 2021-5-2]. ISBN 978-80-254-0178-1. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:a96ae810-3fac-11e7-a34b-005056827e51?page=uuid:a5a34800-6bba-11e7-8b50-001018b5eb5c>
  16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Vážně nemocný mezi námi [online]. Praha: Avicenum, 1989 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:c5eb0e00-6ef0-11e4-8991-005056827e51?page=uuid:b94fa700-7251-11e4-8d66-5ef3fc9bb22f>
  17. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky [online]. Praha: Grada, 2011 [cit. 2021-03-06]. ISBN 978-80-247-3843-7. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/etika-pro-zdravotne-socialni-pracovniky-435033/>
  18. MATOUŠEK, Oldřich, Pavla KODYMOVÁ a Jana KOLÁČKOVÁ. Sociální práce v praxi specifika různých cílových skupin a práce s nimi [online]. Praha: Portál, 2010 [cit. 2021-03-27]. ISBN 978-80-7367-818-0. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:eead13e0-f0e7-11e5-8d5f-005056827e51?page=uuid:7ea157c0-f5ef-11e5-92c7-5ef3fc9ae867>
  19. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla. Kapitoly sociální práce v praxi [online]. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008 [cit.

- 2021-5-2]. ISBN 978-80-7394-074-4. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:52718930-d6e7-11e5-ab98-005056827e52?page=uuid:80b33b90-fbf4-11e5-b9d7-5ef3fc9ae867>
20. NOVÁKOVÁ, Iva. Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost [online]. Praha: Grada, 2011 [cit. 2021-03-27]. ISBN 978-80-247-7101-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/zdravotni-nauka-2-dil-477288/#>
21. ONDRUŠOVÁ, Jiřina, Beáta KRAHULCOVÁ a kol. Gerontologie pro sociální práci [online]. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova, 2019 [cit. 2021-5-2]. ISBN 978-80-246-4395-3. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/gerontologie-pro-socialni-praci-6980/>
22. Polostrukturovaný rozhovor., Příspěvatelé Wikipedie. Wikipedie: Otevřená encyklopedie. San Francisco (CA): Wikimedia Foundation, 2001-. Dostupné také z: [https://cs.wikipedia.org/wiki/Polostrukturovan%C3%BD\\_rozhovor](https://cs.wikipedia.org/wiki/Polostrukturovan%C3%BD_rozhovor)
23. REICHEL, Jiří. Kapitoly metodologie sociálních výzkumů [online]. Praha: Grada, 2009 [cit. 2021-03-07]. ISBN 978-80-247-6935-6. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/kapitoly-metodologie-socialnich-vyzkumu-447068/#>
24. Sociální pracovník v paliativní a hospicové péči. Sociální práce [online]. Praha: časopis Sociální práce, 2020 [cit. 2021-5-2]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/socialni-pracovnik-v-paliativni-a-hospicove-peci/>
25. Sociální služby. <https://www.klinika-malvazinky.cz> [online]. 2020 [cit. 2021-05-02]. Dostupné z: <https://www.klinika-malvazinky.cz/pro-pacienty/socialni-sluzby/>
26. ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe [online]. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005 [cit. 2021-03-27]. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-36-6. Dostupné z: <https://ndk.cz/view/uuid:880e9e30-43ae-11e8-bef9-005056827e51?page=uuid:d03c5310-75a8-11e8-be68-5ef3fc9bb22f>
27. Zdravotně sociální služby ÚVN. <https://www.uvn.cz> [online]. 2011 [cit. 2021-03-27]. Dostupné z: <https://www.uvn.cz/cs/zdravotne-socialni-sluzby>

## **Přílohy**

### **Příloha č. 1.**

#### **Polostrukturovaný rozhovor se zdravotně sociálními pracovníky Humanitní služby Ústřední vojenské nemocnice v Praze**

1. Jak vnímáte svoji profesi sociálního pracovníka? Prosím, vyberte si z následujících odpovědí a případně mi ke svému názoru řekněte více.

- a) smysluplná
- b) zbytečná
- c) naplňující
- d) neefektivní

2. Jaká je nejčastěji náplň vaší práce? Prosím, blíže mi to popište.

3. Máte pocit, že máte k práci sociálního pracovníka v ÚVN dostatek kompetencí? Popřípadě mi ke svému názoru řekněte více.

- a) ANO
- b) NE

4. Myslíte si, že je vaše práce přínosná? Případně mi prosím sdělte, pro koho je dle vašeho názoru přínosem?

- a) ANO
- b) NE

5. Jaká jsou dle vašeho názoru hlavní úskalí a etická dilemata při vaší práci?

6. Jak byste popsal/a spolupráci s ostatními zainteresovanými osobami při své práci v ÚVN?

## **Příloha č. 2.**

### **Polostrukturovaný rozhovor s osobami zainteresovanými do sociální práce zdravotně sociálních pracovníků Ústřední vojenské nemocnice v Praze**

1. Setkal/a jste se někdy s profesí sociálního pracovníka v ÚVN?

a) ANO

b) NE

Pokud říkáte, že ANO, jak byste zhodnotil/a práci sociálního pracovníka v ÚVN? Zdá se vám tato profese důležitá a efektivní?

2. Myslíte si, že je smysluplné, aby v ÚVN fungoval sociální pracovník?

a) ANO

b) NE

Popřípadě popište proč je to dle vás důležité či ne.

3. Máte představu o tom, jaká je náplň sociálního pracovníka v ÚVN?

a) ANO

b) NE

Pokud říkáte ANO, prosím popište, jaká je tedy dle vás náplň práce sociálního pracovníka v ÚVN.

4. Vnímáte jako efektivní součinnost sociální práce a medicíny?

a) ANO

b) NE

5. Dokázal/a byste popsat úskalí nebo etická dilemata této profese?

a) ANO

b) NE

Pokud říkáte ANO, prosím popište, jaká jsou dle vás úskalí nebo etická dilemata této profese.

### Příloha č. 3.

## Souhlas s provedením kvalitativního výzkumu v rámci Ústřední vojenské nemocnice v Praze

Mgr. Lenka Gutová, MBA, LL.M  
Náměstkyně pro nelékařské profese  
Ústřední vojenská nemocnice Praha  
Praha 6 – Střešovice

Věc: Žádost o povolení kvalitativního výzkumu

Vážená paní náměstkyně,  
dovoluji si Vás požádat o povolení k provádění kvalitativního výzkumu v Ústřední vojenské nemocnici Praha. Studuji již pátým rokem obor Sociální politika a sociální práce na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.  
Cílem mého výzkumu je zjistit, jestli je práce zdravotně sociálních pracovníků vnímána jako smysluplná a užitečná.  
Data budou použita výhradně ke zpracování diplomové práce na téma „Sociální práce v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.“

Předem děkuji za kladné vyřízení mé žádosti.

V Praze dne 12.4.2021

Bc. Tereza Preložníková, DiS.

*Preložníková*

*Lenka Gutová*  
*12.4.2021*