

Univerzita Karlova
Fakulta humanitních studií

Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Bc. Marian Svoboda

Sociální pracovník v organizační struktuře zdravotnického zařízení

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracoval/a samostatně a použil/a jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Jablonci nad Nisou dne 20. 7. 2021

Bc. Marian Svoboda

Poděkování

Děkuji panu Mgr. Petru Vrzáčkovi, za odborné vedení diplomové práce. Děkuji také všem akademickým pracovníkům Katedry řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích FHS UK, kteří mi byli po dobu studia inspirací.

Další poděkování patří informantům, bez jejichž ochoty by nemohla být diplomová práce realizována. Děkuji také své přítelkyni a rodině, kteří byli po celou dobu tvorby mojí podporou a pomocí.

Obsah

Abstrakt.....	7
Abstract.....	8
Úvod.....	9
I. Teoretická část.....	11
1 Sociální a zdravotně sociální pracovník v nemocničním zařízení.....	11
1.1 Účel sociální práce ve zdravotnictví.....	11
1.2 Historie sociální práce ve zdravotnictví.....	12
1.3 Legislativní ukotvení sociální práce ve zdravotnictví.....	15
1.3.1 Zákon č. 96/2004 Sb.....	15
1.3.2 Vyhláška č. 55/2011 Sb.....	17
1.4 Rozdíly mezi zdravotně sociálním a sociálním pracovníkem.....	18
2 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu zdravotnického zařízení.....	20
2.1 Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví.....	20
2.2 Multidisciplinární tým.....	22
2.3 Vedení multidisciplinárního týmu.....	26
2.4 Komunikace v rámci týmu.....	27
3 Motivace.....	29
3.1 Pojmy související s motivací.....	30
3.1.1 Motiv.....	30
3.1.2 Stimul.....	31
3.2 Zdroje motivace.....	31
3.2.1 Potřeba.....	31
3.2.2 Návyky.....	32
3.2.3 Zájmy.....	33
3.2.4 Hodnoty.....	33
3.2.5 Ideály.....	34
3.3 Teorie motivace.....	34
3.4 Pracovní motivace.....	36
3.4.1 Typy pracovní motivace.....	36
3.4.2 Teorie pracovní motivace.....	36
3.5 Motivace sociálních pracovníků.....	38
4 Stres.....	40
4.1 Teoretické pojetí stresu.....	40
4.1.1 Fáze stresu.....	42
4.1.2 Nejčastější stresory.....	43
4.1.3 Dopady stresu na zdraví.....	44
4.2 Příznaky stresu.....	44
4.2.1 Fyziologické příznaky stresu.....	44
4.2.2 Psychické příznaky stresu.....	45
4.2.3 Behaviorální příznaky (pozorovatelné změny chování).....	45
4.3 Stres v pracovním prostředí.....	46
4.3.1 Zdroje pracovního stresu.....	46
4.4 Nejčastější stresory působící na sociální pracovníky.....	47
4.5 Zvládání stresu.....	48

4.5.1 Typy osobností.....	48
4.5.2 Strategie zvládání stresu.....	49
II. Empirická část.....	50
5 Metodologie výzkumu.....	50
5.1 Diskurz výzkumného problému.....	50
5.2 Cíle výzkumu a výzkumné otázky.....	51
5.3 Metody a techniky výzkumu.....	52
5.4 Výzkumný vzorek.....	55
5.5 Etické aspekty výzkumu.....	55
5.6 Pozicionalita výzkumníka.....	57
5.7 Sběr dat.....	58
6 Interpretace zjištěných dat.....	60
6.1 Interpretace zjištěných dat dle jednotlivých kategorií.....	60
7 Souhrn výsledků a závěrečná diskuse.....	82
7.1 Souhrn výsledků.....	82
7.2 Diskuze.....	85
Závěr.....	88
Seznam použité literatury.....	89
Seznam příloh.....	95

Abstrakt

Diplomová práce se zaměřuje na působení sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků ve vybraném zdravotnickém zařízení.

Práce je koncipována jako teoretický úvod do problematiky sociální práce ve zdravotnictví, zaměřený především na pozici sociálního či zdravotně-sociálního pracovníka. Následně jsou popsány kompetence sociálních pracovníků a specifika spolupráce multidisciplinárních týmů zdravotnických zařízení. Teoretické část dále obsahuje kapitoly věnující se lidské motivaci a stresu, který mohou sociální pracovníci při výkonu své práce pociťovat. Empirická část diplomové práce prezentuje výzkum, jehož cílem bylo popsat postavení sociálních pracovníků ve vybraném zdravotnickém zařízení, charakterizovat limity v práci sociálních pracovníků z tohoto postavení vyplývající a definovat spokojenost s jejich aktuálním postavením v rámci organizační struktury vybraného zdravotnického zařízení. Výzkum byl realizován pomocí metody polostrukturovaného rozhovoru. Informanty výzkumu byli sociální a zdravotně-sociální pracovníci z konkrétního zdravotnického zařízení.

Práce mimo jiné odpovídá na otázku, zda se sociální pracovníci cítí být součástí multidisciplinárních týmů, nebo ještě vidí ve spolupráci s ostatními členy této pracovní skupiny rezervy.

Jedním z dalších cílů je analýza stresových faktorů, které nejčastěji při své práci sociální pracovníci zažívají, a také ověření, zda cítí dostatečný pocit podpory a bezpečí ze strany svého zaměstnavatele.

Diplomová práce volně navazuje na mou bakalářskou práci s názvem Metody sociální práce ve zdravotnictví, kde jsem se zabýval především mapováním samotného obsahu práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Oba tyto materiály mohou sloužit jako studijní opora pro zájemce o pracovní pozici sociální pracovník ve zdravotnictví. Poskytnou jim základní představu o tom, co tato práce obnáší.

Klíčová slova: sociální pracovník ve zdravotnictví, sociální práce ve zdravotnictví, multidisciplinární tým, motivace, stres

Abstract

The diploma thesis focuses on the work of social and health-social workers in a selected medical facility.

The paper is designed as a theoretical introduction to the issue of social work in health care, especially focused on the position of the social or health-social worker at a healthcare facility. Furthermore, there are described competencies of social workers, and the specifics of cooperation in multidisciplinary teams of medical facilities. The theoretical part also consists of chapters focused on human motivation and stress, which social workers may experience during the performance of their work. The empiric part of this diploma thesis presents the research, which aim is to describe the position of social workers in the selected medical facility, characterize the limits in the work of social workers resulting from this position and define their satisfaction with their current position within the organizational structure of the selected medical facility.

The research was carried out using the method of a semi-structured interview. The informants of the research were social and health-social workers from a specific medical facility.

Among other things, the work answers the question of whether social workers feel themselves to be a part of multidisciplinary teams or still see reserves at cooperation with other members of this working group. One of the other goals is to analyze the stressors, that social workers most often experience in their work and also find out whether they feel a sufficient sense of support and safety from their employer.

The diploma thesis is a free continuation of my bachelor's thesis entitled Methods of social work in health care, in which I mainly dealt with mapping the content of the work of social workers in health care. Both of these materials can serve as study support for those interested in the job position of the social worker in health care. It will give them a basic idea of what this work entails.

Key words: social worker in healthcare, social work in healthcare, multidisciplinary team, motivation, stress

Úvod

Tématem této diplomové práce je postavení sociálních pracovníků v rámci organizační struktury zdravotnického zařízení. Toto téma mi je blízké, protože jsem tuto pozici donedávna sám zastával. Během své praxe jsem se nejen já, ale i mí kolegové, občas potýkal s problémy, které plynuly především z toho, že se sociální pracovník ve zdravotnictví pohybuje ve dvou sférách, které se vzájemně prolínají – sociální práce a zdravotnictví.

Diplomová práce je koncipována jako teoreticko-empirická a je členěna do sedmi kapitol. Cílem diplomové práce je popsat postavení sociálních pracovníků ve vybraném zdravotnickém zařízení, charakterizovat limity v práci sociálních pracovníků z tohoto postavení vyplývající a definovat spokojenost s jejich aktuálním postavením v rámci organizační struktury vybraného zdravotnického zařízení. Práce se dále zabývá postavením sociálních pracovníků v multidisciplinárním týmu, jejich motivací pro výkon této odborné činnosti a stresovými faktory, které při své práci nejčastěji zažívají.

První kapitola teoretické části je věnována smyslu, historii a legislativnímu zakotvení sociální práce ve zdravotnictví. Přináší základní exkurz do problematiky vybrané profese. Obsahuje poznatky soudobých autorů, jakými jsou například Kuzníková, Kodymová či Matoušek, ale také například informace vycházející z téměř sto let starého odborného příspěvku Vaníčka. Dále se kapitola věnuje komparaci základních rozdílů mezi sociálními a zdravotně sociálními pracovníky působícími ve zdravotnických organizacích.

Druhá kapitola práce má za cíl vyjasnit podstatu fungování multidisciplinárních týmů a smysl spolupráce členů takového týmu. Jsou zde představeny kompetence, které by sociálnímu pracovníkovi měly být vlastní, ale také to, jak mu tyto kompetence pomohou být právoplatným členem týmu složeného z různých oborů. Při psaní této části jsem se inspiroval českými autory (Havrdová, Kopřiva, Holmerová), ale i zahraničními (Downey, Neff, Dube, Bronstein).

Další část práce je spojena s pojmem motivace. Představuji zde základní pojmy pojící se s lidskou motivací a popisují základní zdroje motivace, které mohou na člověka působit. To je podstatné především pro pochopení toho, jak lidská motivace vlastně vzniká. Opírám se o různé teorie motivací, a to nejen ve vztahu k pracovní motivaci. V celé kapitole vycházím ze znalostí autorů jako například Brdnová, Nový, Plamínek či Armstrong.

Poslední kapitola teoretické části je věnována stresu a stresovým faktorům, kterým jsou vystaveni při svém výkonu profese sociální pracovníci. Zabývám se mimo jiné tím, kde a jak stres vzniká a jak může negativně působit na zdraví jedince. Opět vycházím z poznatků českých, i zahraničních autorů, jakými jsou například Křivohlavý, Limon či Shohet.

Součástí empirické části je uvedení do problematiky výzkumného problému, popsání výzkumného designu a metodologie. Výzkum je proveden kvalitativní metodou v organizaci, která poskytuje služby v oblasti zdravotnictví. Výzkumu se účastnilo šest informantů a jejich odpovědi, které zazněly v polostrukturovaném rozhovoru, odpovídají na vybrané výzkumné otázky diplomové práce. Z těchto informací bude v závěru pro management vybrané organizace sestaveno krátké doporučení, které by mohlo pomoci zvýšit spokojenost jejich sociálních pracovníků a přispět tak k udržení stávajících zaměstnanců v organizaci.

I. Teoretická část

1 Sociální a zdravotně sociální pracovník v nemocničním zařízení

Jaká je historie sociální práce ve zdravotnictví? Koho v kontextu 21. století zaměstnávají zdravotnická zařízení pro výkon sociální práce? Kdo je sociální pracovník a kdo zdravotně sociální pracovník? Jaké jsou hlavní rozdíly v jejich práci? Jaké požadavky musí splňovat zdravotně sociální pracovník, aby se odlišil od sociálního pracovníka? Mají tyto dvě profese stejné pravomoci k výkonu práce a jak jsou vnímány v praxi?

1.1 Účel sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví je považována za odbornou disciplínu zaměřenou na člověka, který se vzhledem ke svému zdravotnímu stavu, věku, případně kombinací obou těchto faktorů ocitl v obtížné životní situaci. Není vyloučené, že tento člověk v takovéto situaci žil již před hospitalizací v nemocničním zařízení či před jinou zdravotnickou intervencí. Sociální práce ve zdravotnictví je určena nejen zmiňovaným jednotlivcům, ale také jejich rodinám (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011).

Hlavním cílem tohoto oboru je pomoci klientovi zmírnit či úplně odstranit důsledky jeho nemoci. Klientem se rozumí pacient, který je ve zdravotnickém zařízení na ambulantním výkonu nebo je vzhledem ke svému zdravotnímu stavu v takovém zařízení hospitalizován. Dnešní optikou je sociální práce ve zdravotnictví velmi pestrou disciplínou. Současná medicína se snaží přistupovat k pacientovi takzvaně holisticky, což znamená, že se nezajímá pouze o fyziologické pojetí zdraví a nemoci. Holistické pojetí medicíny se naopak zaměřuje na komplexní stav pacienta. Tento způsob medicíny se tedy věnuje také o pacientovu psychickému, sociálnímu a spirituálnímu stavu. Stejný přístup zaujímá i sociální práce ve zdravotnictví a ve středu jejího zájmu tedy není jen samotný klient, ale také jeho rodina a širší okolí (Kuzníková, 2011).

Úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu. Zdůrazňuje komplexní péči o pacienta/klienta v souladu s posláním oboru sociální práce a s posláním daného zdravotnického zařízení. Samotná realizace se opírá

o teoretickou bázi oboru a dle cílové skupiny pacientů/klientů je orientována buďto s důrazem na pomoc ke svépomoci a podporu anebo více terapeuticky (Kuzníková, 2011, s. 18 – 19).

Takto chápou dnešní pojetí sociální práce ve zdravotnictví a její hlavní úkoly soudobí autoři. Pojdme se však podívat na to, jakou cestou musel tento obor projít, aby se dostal až k dnešní podobě. Dle mého názoru je tento exkurz do historie sociální práce v českém kontextu důležitý pro pochopení toho, jak se sociální práce ve zdravotnictví vyvíjela, a které pozůstatky z minulosti přetrvaly doposud. Dále v textu se zaměřím především na 20. léta 20. století, kdy poprvé můžeme nalézt myšlenky o problematice, kterou přináší propojení sociální práce a zdravotnictví.

1.2 Historie sociální práce ve zdravotnictví

Úzké propojení mezi sociální prací a zdravotnictvím nalezneme v celé historii české sociální práce. Téměř do konce 19. století oba obory zajišťovala především církev prostřednictvím svých institucí, kterými byly například chudobince, nalezince, špitály apod. V následujících obdobích se již začaly objevovat organizace, jež se snažily o zprofesionalizování role těchto institucí (Kodymová in Matoušek, 2001).

Období první světové války zapříčinilo zvýšený nárůst problémů, které řešila sociální práce. Především bylo potřeba připravit sociální pracovníky pro psychiatrii. Počet těchto pracovníků navyšovala armáda, která potřebovala řešit častý výskyt válečných neuróz. Proto v této době můžeme vidět v sociální práci odraz psychiatrického konceptu s důrazem na rovnocenný vztah mezi pracovníkem a klientem. Za prvním zformováním profesní organizace sociální práce v Československu stáli v roce 1918 sociální pracovníci, již působili v nemocničním prostředí. V témže roce byla založena první škola sociální práce, která byla v roce 1935 zrušena a nahrazena Masarykovou státní školou zdravotní a sociální péče. Tato škola nabízela vyšší odborné vzdělání zaměřené především na zdravotní sociální pracovnice, jež po absolvování měly pomáhat lékařům (Kuzníková, 2011).

Profesionální sociální práce se již od svého začátku úzce prolínala s dalšími vědními obory, například se sociální politikou, sociologií, vychovatelstvím, ekonomikou či medicínou (Kodymová, 2013). *Vztah sociální práce s medicínou byl sice poměrně rychle*

akceptován, ale neustále narušován spory mezi lékaři a sociálními pracovníky o rozsah vědomostí, kompetencí i pracovních schopností sociálních pracovníků (Kodymová, 2013, s. 42).

Akceptaci vztahu mezi medicínou a sociální prací napomohlo tehdejší vnímání sociálních problémů. Například Vaníček v roce 1927 píše, že veškerá péče o osoby stížené sociálními chorobami, kterými je myšlena tuberkulóza či takzvaný lidový mor, je složena ze dvou složek: sociální a zdravotní. Vychází totiž z názoru, že proti těmto sociálním chorobám je nutno postupovat sociálními i zdravotními prostředky (Vaníček, 1927). *Problém tuberkulózy, jakožto lidového moru, není jen otázkou bakteriologicko-lékařskou, nýbrž i otázkou úpravy vztahů sociálních. Proto dispensář proti tuberkulóze musí mít současně program zdravotní i sociální. Podobně tomu musí být i u jiných sociálních chorob (Vaníček, 1927, s. 701).*

Vaníček v článku také upozorňuje na jistou neucelenost, kdy je sice složka zdravotní spravována ministerstvem veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy a sociální složka je spravována ministerstvem sociální péče, avšak každé z ministerstev má agendy přesahující do působnosti toho druhého. Ministerstvo zdravotnictví má ve své struktuře začleněn odbor sociálních pathologií, kterým předepisuje tehdejšími praktickým lékařům kromě činnosti zdravotní i činnosti sociální. Vedle toho *ministerstvo sociální péče má například odbor pro sociální péči o mládež a osoby tělesně duševně vadné, ačkoliv této péče mnohdy nelze oddělit od péče zdravotní (Vaníček, 1927, s. 701).*

Autor textu vidí rozpolcenost také ve vzdělávání takzvaného pomocného personálu. Mezi pomocný zdravotnický personál se řadí profese ošetřovatelek a sociálně zdravotních sester. Pracovnice obou profesí, v této době mluvíme o silně feminizované profesi, se vzdělávaly na stejných školách. Těchto škol bylo v roce 1927 v republice šest a sedmá se v daném roce zřizovala. Největším problémem byla absentující metodika vzdělávání v sociálním oboru. Metodiku si každá škola vypracovávala zvlášť, což mohlo vést k tomu, že absolventky stejného oboru mohly mít jiné znalosti, a to čistě na základě toho, kterou školu navštěvovaly. Požadavky na tyto profese však byly v praxi stejné napříč zdravotnickými zařízeními.

Hlavní pracovní náplní ošetřovatelek byla z dnešního pohledu takzvaná přímá péče, tedy ošetřování klientů. Ošetřovatelky nemusely mít takové znalosti jako zdravotně sociální pracovníce, neboť *ošetřovatelství a opatrovatelství nečiní na duševní úroveň ženy*

tak těžkých požadavků jako sociální péče, přece však také vyžaduje nemalé inteligence, trpělivosti a dobrých vlastností (Vaníček, 1927, s. 702). Naproti tomu zdravotně sociální pracovníce byly pokládány za vysoce kvalifikovanou pracovní sílu, která byla vyučována v oborech sociologických, jako například právní základy sociální péče o mládež a organizace sociální zdravotní péče o mládež, tak i oborech zdravotnických, kde nalezneme předmět jako všeobecná zdravotní péče či sociální ošetřovatelství.

Autor článku hodnotí tehdejší zdravotně sociální péči jako „nesprávnou“ především kvůli přehlížení oboru samotnými lékaři a pro časté přijímání nevyškolených pracovníků pro zdravotně sociální péči, zejména v letech po „převratu“, tedy v období po vzniku republiky, kdy byly přijímány absolventky krátkého kurzu (Vaníček, 1927).

Zdravotně-sociální pracovníce za první republiky nebyly přímo zaměstnankyněmi zdravotnických zařízení, pouze do nich docházely v rámci částečného úvazku. Pracovníce měly těchto úvazků několik v různých dalších organizacích, a to především kvůli nedostatku proškolených pracovníků. Nedá se tedy mluvit o tom, že by nemocniční zařízení měla samostatná oddělení sociálních služeb. Sociální pracovníce se stávaly jakýmsi prostředníkem mezi pacientem a lékařem. Jejich práce byla započata vždy až po zjištění základní sociální anamnézy lékařem. Tuto základní sociální anamnézu sociální pracovníce rozšířila o poznatky ze sociálních šetření, která prováděla nejen v bytech nemocných, ale také v jejich rodinách, pracovištích i blízkém okolí (Kodymová, 2013).

Konkrétní úkoly zdravotně-sociálních pracovníků popisuje Kodymová ve své knize zabývající se historií české sociální práce v letech 1918–1948 takto:

- *tvorba a aktualizace evidence všech nemocničních pacientů, kteří potřebují zdravotní a současně i sociální pomoc;*
- *spolupráce s přednosty všech oddělení a lékaři, kteří při přímé spolupráci s pacientem mohou rozpoznat potřebu intervence sociální práce;*
- *spolupráce s příjímáči/propouštěči kanceláří;*
- *identifikace zjevných a skrytých faktorů způsobujících nebo zhoršujících nemoc pacienta;*
- *řešení negativních „mravních“ vlivů a projevů hmotné nouze, které komplikují nebo znemožňují léčení, případně činí pacienta závislým;*
- *pravidelné návštěvy pacientů, aby byla dodržena kontinuita aktivit;*

- *vyhledání rodiny nemocného se zabezpečením rychlé a účinné pomoci;*
- *šetření v okolí běžného života pacienta za účelem identifikace negativních vlivů na jeho život a zdraví; navázání spolupráce s příslušnými organizacemi, zejména se sociálně-zdravotními institucemi;*
- *vedení evidence propuštěných pacientů, dohled nad doporučeným léčením jak v nemocničním prostředí formou ambulantní léčby, tak i návštěvami „pokladničních“ nebo soukromých lékařů;*
- *péče o klidnou rekonvalescenci v domácím prostředí;*
- *dohled nad propuštěnými pacienty, kterým bylo nalezeno zaměstnání, zda pracovní aktivity nezhoršují jejich zdravotní stav (kupříkladu pacientů s TBC, kardiaků a pacientů po ozařování);*
- *snaha o zajištění soběstačnosti pacienta a jeho rodiny;*
- *akcent na prevenci nemocí;*
- *spolupráce se všemi sociálně-zdravotními institucemi, nemocenskými pojišťovnami, úřady soudy, veřejnými a soukromými organizacemi (Kodymová, 2013, s. 116).*

1.3 Legislativní ukotvení sociální práce ve zdravotnictví

Dnešní sociální práce ve zdravotnictví je organizována dle několika legislativních norem, které jsou na pomezí dvou oblastí – zdravotnictví a sociální péče. Stěžejní legislativní dokumenty pro výkon sociální práce ve zdravotnictví jsou dva. Prvním dokumentem je zákon č. 96/2004, o nelékařských zdravotnických povoláních. Druhým podstatným dokumentem je vyhláška č. 55/2011, o činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků (MPSV, 2019).

1.3.1 Zákon č. 96/2004 Sb.

Výše zmíněný zákon č. 96/2004 Sb. se zabývá podmínkami získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických profesí. Sociální práce ve zdravotnictví je dotčena především v § 10 a § 43. Zákon v § 10 stanovuje, kdo je způsobilý k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka. Konkrétně zákon říká, že odborná způsobilost k výkonu tohoto povolání se získává na základě absolvování:

- *akreditovaného zdravotnického vysokoškolského oboru se sociálním zaměřením;*

- studia na vyšších odborných školách nebo na vysokých školách se zaměřením v sociální oblasti a absolvováním kvalifikačního akreditovaného kurzu zdravotně sociální pracovník nebo;
- specializačního studia v oboru zdravotně sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

Pracovník, který splňuje výše popsaná kritéria, může vykonávat sociální práci ve zdravotnictví samostatně a může provádět činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Zákon také říká, že by se zdravotně sociální pracovník měl podílet na ošetrovatelské péči, a to především v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

Pokud však pracovník nesplňuje požadavky dle § 10, neznamená to, že by nemohl vykonávat sociální práci ve zdravotnictví. Zákon totiž v § 43 řeší výkon povolání jiného odborného pracovníka, kde mimo jiné nalezneme seznam odborných způsobilostí spojených s pracovní pozicí sociálního pracovníka. Tento paragraf umožňuje vykonávat činnosti, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče. Tyto činnosti však musí jiný odborný pracovník provádět pod přímým vedením nebo odborným dohledem a zároveň musí být zaměstnancem zdravotnického zařízení. Vykonávat profesi sociálního pracovníka ve zdravotnictví je tedy umožněno i osobám, které absolvovaly studium střední, vyšší či vysoké se sociálním zaměřením.

Přímé vedení a odborný dohled je však vykládán různorodě. Například sociální pracovníci zpravidla předpokládají, že odborný dohled ve zdravotnictví by měl zajišťovat další sociální pracovník, který má na základě již zmíněných pravidel povolení pracovat bez dohledu. *Sociální pracovník v nemocnici pracuje buď samostatně, nebo pod vedením sociálního pracovníka, který splnil podmínky pro práci bez odborného dohledu a má absolvované akreditované specializační vzdělávání pro práci bez odborného dohledu* (Franěk, 2019, s. 17). Tento názor se však neshoduje s běžnou praxí ve zdravotnických zařízeních ani s výkladem práva. Příklad si můžeme vzít z právního rozboru problematiky dohledu nad neregistrovanou zdravotní sestrou, který je dle mého názoru aplikovatelný i v případě odborného dohledu nad sociálním pracovníkem. *Ustanovení zákona nicméně dále výslovně říká, že odborný dohled může vykonávat také lékař, zubní lékař nebo farmaceut, a to v rozsahu své způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání. Možnost výkonu odborného dohledu lékařem tedy zákon jednoznačně předpokládá;*

podmínky tak nejsou nastaveny tím způsobem, že by nad „neregistrovanými“ sestrami mohly odborný dohled vykonávat vždy výhradně „registrované“ sestry (Glogar, 2017). Nemocnice tedy nemusejí zaměstnávat zdravotně sociální pracovníky, kteří by pracovali bez nutnosti přímého vedení či odborného dohledu. Mohou zaměstnávat pouze sociální pracovníky, kteří na jednotlivých odděleních budou v rámci spolupráce pracovat pod odborným dohledem ošetřujících lékařů. Způsob spolupráce, nejen mezi sociálními pracovníky a lékaři, ale i mezi dalšími členy multidisciplinárního týmu, představují v kapitole 2 s názvem Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu zdravotnického zařízení.

1.3.2 Vyhláška č. 55/2011 Sb.

Vyhláška č. 55/2011 Sb. specifikuje činnosti nelékařských zdravotních pracovníků a jiných odborných pracovníků. Výkonu práce zdravotně sociálních pracovníků a sociálních pracovníků se týkají § 3, § 9, § 43 a § 51.

Základní činnosti, které musí vykonávat každý zdravotnický pracovník, tedy i zdravotně sociální pracovník, jsou popsány v § 3 odstavec 1. Zde je uvedeno, že vybraný pracovník poskytuje zdravotní péči v souladu s platnými právními předpisy i standardy a dbá na dodržování hygienicko-epidemiologických předpisů upravujících ochranu veřejného zdraví. Vede zdravotnickou a případně další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů. Pracovník dále smí pracovat s informačním systémem organizace, informovat pacienta a jeho rodinu dle své odbornosti, podílet se na přípravě standardů, spolupracovat na praktické výuce či se podílet na zapracování nových zdravotnických pracovníků.

Specifickým činnostem, které má za úkol vykonávat zdravotně sociální pracovník, se věnuje § 9. Podle něj by měl zdravotně sociální pracovník bez odborného dohledu poskytovat sociálně-právní poradenství, provádět sociální prevenci a depistážní činnost. Dalšími povinnostmi zdravotně sociálního pracovníka jsou provádění sociálního šetření u pacientů, posuzování životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, spolupráce s dalšími subjekty, sestavování plánu psychosociální intervence do životní situace pacienta. V neposlední řadě by se zdravotně sociální pracovník měl také podílet na přípravách propuštění pacienta ze zdravotnického zařízení.

Pracovní činnosti, jež smí bez dalšího dohledu nebo přímého vedení provádět sociální pracovník, tedy jiný odborný pracovník se vzděláním zaměřeným na sociální sféru, se dle § 44 zaměřují na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví, vedení zdravotnické a další dokumentace, využívání informačního systému zdravotnického zařízení a podílení se na praktickém vyučování ve studijních oborech zaměřujících se na získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

Sociální pracovník může na základě § 51 dále vykonávat činnosti spojené s ochranou a podporou veřejného zdraví a se sociální péčí. Činnosti může vykonávat v rámci svých odborných znalostí, a to v rozsahu určeném zdravotnickým pracovníkem. Jednat by se mělo především o provádění posouzení životní situace pacienta, sociálně-právního poradenství a ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky provádět sociální opatření nebo psychosociální intervenci do životní situace pacienta.

1.4 Rozdíly mezi zdravotně sociálním a sociálním pracovníkem

Jak jsem již dříve v textu zmiňoval, zásadní rozdíl mezi tím, koho nazýváme zdravotně sociálním pracovníkem a sociálním pracovníkem ve zdravotnictví, je rozdíl v jejich vzdělání. Rozdíl nalezneme také přímo v práci a finančním ohodnocení těchto odborníků.

Matoušek se přiklání k názoru, že zdravotně sociální pracovníci mají větší pravomoci. Především díky tomu, že mohou provádět sociální šetření v rodinách, péči o pozůstalé, realizaci preventivních programů apod. Naopak pole působnosti sociálních pracovníků vidí Matoušek hlavně v přímé práci s pacienty nemocničních zařízení, kde by jim v první řadě měli pomáhat se zajištěním finančních, vztahových a bytových podmínek pro hladký návrat do domácího prostředí (Matoušek, 2011).

Katalog prací ve svém výčtu přímo nepamatuje na zařazení sociálního pracovníka ve zdravotnictví, pouze ve svém bodě č. 2.19.18 stanovuje zařazení do platových tříd 9–11 zdravotně sociálního pracovníka (Nařízení vlády č. 222/2010 Sb.). Díky výčtu pracovních povinností dle jednotlivých tříd v katalogu prací a výše popsaným pracovním povinnostem zdravotně sociálních a sociálních pracovníků ve zdravotnictví je možné stanovit, že zdravotně sociální pracovníci by měli být svými zaměstnavateli zařazováni do 10. a 11.

platové třídy, kdežto sociální pracovníci do 9. platové třídy. Skutečná výše platu nezáleží pouze na platové třídě, ale také na délce uznatelné praxe pracovníka. Tabulka platů pro rok 2021 je k nalezení v příloze č. 2 této práce.

Tyto platové třídy však nejsou platné pro zaměstnance pracující v soukromých, církevních či neziskových organizacích. Takoví zaměstnanci jsou odměňováni mzdou, která se stanovuje například kolektivní smlouvou. Výše mzdy se řídí nařízením vlády č. 567/2006 Sb., o minimální mzdě, o nejnižších úrovních zaručené mzdy, o vymezení ztíženého pracovního prostředí a o výši příplatku ke mzdě za práci ve ztíženém pracovním prostředí (Osetrovatelstvi.info, 2020).

2 Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu zdravotnického zařízení

V první kapitole této práce jsem vysvětlil základní rozdíly mezi zdravotně-sociálními a sociálními pracovníky ve zdravotnictví. V dalších kapitolách budu pro přehlednost používat již jen termín sociální pracovník, protože dle mého názoru další dělení není podstatné. Přikláním se k názoru Kuzníkové, že *zdravotně sociální pracovník by měl být v první řadě sociální pracovník poskytující komplexní pomoc a péči klientům (případně okolí klientů) ve svízelné situaci* (Kuzníková, 2011, s. 27).

Tato kapitola má za cíl představit kompetence, které by sociální pracovník ve zdravotnictví měl mít, a také to, jak díky nim může získat pevnou pozici v rámci multidisciplinárního týmu organizace. Dále se budu zabývat podstatou fungování multidisciplinárního týmu, komunikací mezi jednotlivými odborníky a profesionálním nastavením spolupráce v daném společenství.

2.1 Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Nutnost přítomnosti sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních je již ve většině evropských zemí zřejmá. Postavení těchto pracovníků v rámci multidisciplinárního týmu zařízení však bývá často nevyjasněné a jejich kompetence i pracovní náplně nejsou dostatečně vymezené. To může zapříčinit konflikty s dalšími odborníky, kteří se v rámci multidisciplinárního týmu podílejí na poskytování profesionálních služeb ve zdravotnických zařízeních. Aby sociální pracovník byl respektovaným členem odborného zdravotnického týmu, měl by pracovat na zajištění dobrých pracovních vztahů a vyjasnění své pracovní pozice. To vše je do velké míry závislé na schopnostech, dovednostech a odborných znalostech sociálního pracovníka (Kuzníková, 2011).

Slovník spisovné češtiny uvádí u pojmu kompetence dva různé významy. Za první můžeme pojem kompetence vnímat jako určité pravomoci, které určují rozsah působnosti. Druhý význam představuje kompetence jako určité schopnosti či dovednosti (Kroupová, Filipec, 2005).

Pravomoc můžeme vnímat v kontextu sociální práce jako moc, která je pracovníkovi institucionálně přidělená. Instituce tím dává pracovníkovi právo rozhodovat o věcech, které klientovi mohou být ku prospěchu nebo ke škodě. Kopřiva uvádí, že čím větší pravomoc pracovník má, tím složitější pro něj může být navázat důvěrný vztah s klientem (Kopřiva, 2016).

Kompetence nejsou však pouze o pravomocích. Kompetentní sociální pracovník je vybaven nejen pravomocemi, ale také patřičnými znalostmi a schopností dodržovat etické zásady. Díky této výbavě je pak schopen adekvátně jednat. Prakticky tedy kompetence můžeme chápat jako soubor zažitých znalostí, dovedností a etických hodnot, které je sociální pracovník schopný aplikovat a reflektovat ve své praxi. Kompetence můžeme dále v praxi analyzovat různými způsoby, jejichž výsledkem může být *soustava znaků či funkcionálních prvků*, které nám pomohou popsat kompetence v praxi. Takováto soustava bývá označována praktickými kompetencemi (Havrdová, 1999, s. 42).

Praktické kompetence, které sociální pracovník nejčastěji projevuje při práci se svým klientem, dělíme do následujících šesti skupin, které se navzájem prolínají a doplňují:

- *Schopnost účinně komunikovat s jednotlivci, skupinami, rodinami i komunitami – rozvíjet účinnou komunikaci;*
- *schopnost se zorientovat v potřebách, možnostech a porozumění, které klient a jeho okolí má, a vymezit s nimi oblast a plán spolupráce – orientovat se a plánovat postup;*
- *schopnost rozeznat silné stránky a možnosti klienta a jeho okolí a podporovat jejich soběstačnost a sebeúctu – podporovat a pomáhat k soběstačnosti;*
- *znalost metod a systému služeb, schopnost je správně využívat ve prospěch klienta, pomáhat mu je přijmout a ukončit – zasahovat a poskytovat služby;*
- *přispívat k práci organizace;*
- *odborně růst* (Havrdová, 1999, s. 45–46).

Tato uvedená soustava kompetencí je obecně platná pro sociální pracovníky působící ve všech dotčených sférách. Specifické kompetence týkající se sociálních pracovníků ve zdravotnictví definují Kutnohorská, Cichá, Goldmann (2011) takto:

- Kompetence profesně oborové – být profesně usazen na základě znalostí, zkušeností a dovedností;
- kompetence sociálně anamnestické a diagnostické – být schopen nezávisle sbírat od klienta data a s nimi pak adekvátně pracovat;
- kompetence poradenské a konzultační – na základě získaných dat být schopen poskytovat individuální sociálně právní poradenství;
- kompetence výchovné – provádět depistážní a preventivní činnost;
- kompetence rozhodovací – být schopen sestavit plán psychosociálních intervencí, rozsahu nutné podpory klienta a způsob spolupráce s navazujícími organizacemi;
- kompetence organizační – být schopen naplňovat sjednané plány, dodržovat sjednanou spolupráci s klientem i spolupracujícími organizacemi a být schopen vést o těchto úkonech řádnou dokumentaci;
- kompetence metodické – být schopen navrhnout a zapracovávat nové standardy péče v rámci své působnosti, podílet se na základní vědecko-výzkumné činnosti;
- kompetence jazykové – být schopen kultivovaně komunikovat v českém jazyce a být schopen zpracovat cizojazyčnou odbornou literaturu;
- kompetence komunikativní a etické – znát a umět používat komunikační styly v kontextu s etickými zásadami;
- kompetence osobnostně kultivující – být schopen sebereflexe a mít ochotu sebevzdělávat se a dál odborně růst.

2.2 Multidisciplinární tým

Mitchell, Tieman a Shelby-James (2008) definují multidisciplinární tým jako společenství profesionálů z řady oborů, kteří spolupracují na poskytování komplexní péče, která uspokojí co možná nejširší spektrum potřeb klientů zdravotnického zařízení. Tento tým může být složen z řad odborníků, kteří jsou interními zaměstnanci dané organizace, přičemž tato organizace práci týmu také zastřešuje. Další variantou může být tým složený profesionály z řady organizací, včetně soukromé praxe. Takový tým bývá v našich podmínkách uspořádán pouze výjimečně. Multidisciplinární tým pracuje na základě individuálních potřeb klienta. Jakmile se stav klienta v průběhu spolupráce mění, složení týmu se může měnit tak, aby odráželo měnící se klinické a psychosociální potřeby klienta.

Multidisciplinární tým zahrnuje řadu zdravotnických a nezdravotnických pracovníků, kteří se společně podílí na zajištění potřebné holisticky pojaté péče. Ideální multidisciplinární tým pro poskytování komplexní péče zahrnuje odborníky z řad lékařů, zdravotních sester, praktických sester, fyzioterapeutů, ergoterapeutů, dietologů, psychologů, nemocničních kaplanů, sociálních pracovníků a dalšího ošetrovatelského personálu. Aby bylo zajištěno optimální fungování týmu a cílem jejich spolupráce byly efektivní výsledky, které přinesou pacientům benefity v jejich léčebném procesu, musí být jasně vyjednány a definovány role členů multidisciplinárního týmu a způsoby jejich spolupráce při plánování a poskytování péče. To vyžaduje především vybudování respektu a důvěry mezi členy týmu. Dále je také podstatné využít potenciálu jednotlivých aktérů týmu a vhodně využít kombinaci jejich dovedností. Neméně důležité je také to, jak a kdy bude skupina mezi sebou komunikovat a kdo z členů nese jakou míru zodpovědnosti. Zavádění nového multidisciplinárního týmu je komplikované. Při snaze o dosažení takovéto fungující spolupráce mohou nastat v rámci zavádějící organizace významné změny pracovních postupů a organizačních opatření (NSW Health, 2014).

Podle Holmerové (2014) neexistuje univerzální návod, jak by spolupráce multidisciplinárního týmu měla vypadat. Autorka je přesvědčená, že každá organizace by si správné fungování takového týmu měla „vychytat“ dle svých požadavků a možností. Všechny organizace mají totiž své specifické potřeby zakládající se na odlišných potřebách jejich klientů a schopnostech jejich zaměstnanců. Základem fungující týmové spolupráce je však společný zájem a dobrá komunikace. Je třeba vzít do úvahy i to, že přestože jednotliví odborníci jsou v dané organizaci zaměstnáni, nemusí to nutně znamenat, že společně tvoří kooperující tým.

Současná legislativa spolupráci mezi zdravotní a sociální složkou sice nijak neusnadňuje, zároveň ale takovéto multidisciplinární spolupráci v rámci poskytování komplexní péče nebrání (Holmerová, 2014).

Dle Schavela (2007) by multidisciplinární spolupráce měla být k dispozici především při řešení takových problémových situací, jako jsou zdravotní problémy, sociálně-patologické jevy, těžká zdravotní postižení, základní socio-ekonomické podmínky, rodinné zázemí, oblast vzdělávání a podobně. Z toho je patrné, že multidisciplinární přístup lze uplatnit takřka ve všech pomáhajících profesích.

Jankovský (2015) je přesvědčen, že za úspěšně fungujícím multidisciplinárním týmem jsou kromě jasně definovaných cílů také důležité principy činnosti. S těmito základními principy, autor je přirovnává k jakýmsi ideovým východiskům, by se měl být schopen identifikovat každý člen týmu. Jako příklad nastavení principů uvádí zkušenost ze své praxe v organizaci ARPIDA, kde středem zájmu týmu profesionálů není pouze poskytování odborné péče svému klientovi, ale také jeho rodině.

Multidisciplinární spolupráci považuje Bronstein (2003) za efektivní proces, díky kterému se snadněji dosáhne požadovaného cíle, než by tomu bylo při snaze jednotlivce. Autorka je přesvědčena o tom, že pro bezproblémovou spolupráci v multidisciplinárním týmu je nezbytná srozumitelná komunikace, partnerské postavení odborníků v rámci týmu, koordinace společného postupu a kooperace. Bronstein popisuje pět základních komponentů, bez kterých by spolupráce multidisciplinárního týmu nefungovala ideálně. Mezi tyto komponenty řadí:

- provázanost
- nově vzniklé odborné činnosti
- flexibilitu
- společné přijetí nastavených cílů
- zhodnocení spolupráce

Downey, Neff, Dube (2019) také považují komunikaci mezi jednotlivými odborníky multidisciplinárního týmu za významnou. Autoři uvádí, že problémy při spolupráci mohou vznikat kvůli odlišnému jazyku profesí. Vzhledem k tomu, že zdravotníci nejsou během teoretické přípravy na povolání seznámeni s terminologií sociálních pracovníků, často potom jejich řeči nerozumí. Toto platí i obráceně ve vztahu sociálních pracovníků ke zdravotníkům.

Probstová (in Matoušek, Kodymová, Koláčková; 2010) uvádí, že týmová multidisciplinární práce není založena na hierarchickém systému, ale jedná se o koordinaci zvoleného postupu péče a spolupráci odborníků. Dle autorky by sociální pracovník měl do týmu díky své kvalifikaci přinášet zkušenosti s prací s lidskými vztahy a socio-ekonomickými podmínkami klientů. Zároveň je potřeba mít na paměti, že sociální pracovník není ani rodinným ani skupinovým terapeutem. Jak je již výše uvedeno, nejedná se o hierarchický systém organizační struktury, ale i přesto by multidisciplinární tým měl

mít svého vedoucího či koordinátora. Koordinátor by si měl být vědom faktu, že spolupráce v týmu je limitována ochotou členů spolupracovat, ale také i tím, jak je tým vnímán klientem, jeho okolím či spolupracujícími organizacemi.

Jankovský (2015), který se zabývá především rehabilitační péčí zaměřovanou na děti, přichází s dvěma modely, jak by fungování multidisciplinárního týmu mohlo probíhat. První model nazývá kruhovou podporou, která klade důraz na partnerský vztah mezi dotčenými odborníky a rodinou či okolím klienta. Druhý model počítá se sociálním pracovníkem jako s prostředníkem, který je blíže klientovi a jeho okolí než zbytek členů multidisciplinárního týmu. Autor při popisu těchto modelů pracuje s termíny jako dítě či rodič. Myslím si, že se tyto dva modely dají použít například i při poskytování zdravotních služeb, pouze místo dítěte dosazují pacienta a místo rodiče dosazují pacientovu/klientovu rodinu či jeho okolí.

Kruhovou podporu popisuje Jankovský (2015) jako pomyslný kužel, kde na vrcholku kuželu je klient služby. Všichni zainteresovaní odborníci tvoří kruhovou základnu, ve které by měla mít své místo také rodina klienta. Dále Jankovský uvádí, že klient není pouze vrcholem kuželu, ale také středem kruhové základny. Toto postavení klienta má všem zúčastněným připomínat, co je jejich hlavním cílem spolupráce.

V druhém modelu se také jedná o kruhovou podporu klienta, ale sociální pracovník má v tomto modelu výrazně posílené postavení. *Specifičnost role sociálního pracovníka je dána především jeho centrálním postavením vůči všem ostatním odborným pracovníkům angažovaným v péči o dítě (klienta), ale svým způsobem také vůči rodičům, resp. vlastním klientům. Neznamená to však jeho nadřazenost, pozice sociálního pracovníka spočívá zejména v tom, že je odborníkem, který stojí na straně klienta (tedy je jakýmsi „ombudsmanem“ klientů). Rodiče si totiž prokazatelným způsobem přejí mít uvnitř multidisciplinárního týmu kompetentního prostředníka, který je schopen informovaným způsobem hájit zájmy dítěte a rodiny ve všech odborných záležitostech. Pro mnohé klienty, ale i pro rodiče (zákonné zástupce) dětí není totiž vůbec snadné orientovat se ve všech informacích, které jsou jim v rámci multidisciplinárního týmu k dispozici. Sociální pracovník je jim proto v této oblasti nápomocen. Vyžaduje to však, aby měl specifické vzdělání (znalost nejen sociální, ale také zdravotní a výchovně vzdělávací problematiky) (Jankovský, 2015, s. 11–12).*

2.3 Vedení multidisciplinárního týmu

Výše zmínění autoři se shodují v názoru, že členové multidisciplinárního týmu by měli mít rovnocenné postavení a jejich spolupráce by neměla být založena na hierarchickém systému. Zároveň se však setkáváme se skutečností, že jednou z podstatných podmínek úspěšného fungování multidisciplinárního týmu je to, že tým je koordinovaný. Otázkou však zůstává, kdo by měl koordinovat či vést multidisciplinární tým ve zdravotnickém zařízení.

Kuzníková (2011) je přesvědčena, že sociální pracovník by měl být koordinátorem činností a manažerem, který celý proces směřuje k naplnění vytyčených cílů a propojuje spolupráci ostatních profesí.

Podle mého názoru je tento pohled na postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu uskutečnitelný v případě, kdy se tým pohybuje na poli sociálních služeb. Ve zdravotnictví však nemá sociální pracovník takové pravomoci jako například lékař. Z tohoto důvodu se domnívám, že přímé vedení multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví by mělo náležet lékaři, který je ve výsledku zodpovědný za celkový zdravotní stav pacienta/klienta zdravotnické organizace. Pakliže je organizace na pomezí zdravotních a sociálních služeb, jako například hospicové zařízení, koordinátorem multidisciplinárního týmu by měl být například ředitel organizace či jím pověřený koordinátor.

Tento názor podporuje například Jankovský (2015) na svém příkladu z praxe. Vedení organizace funguje mimo jiné jako nástroj koordinace činnosti multidisciplinárního týmu. *Každý týden se pravidelně koná ředitelská porada, které se účastní vedoucí pracovníci všech úseků. Pak následují pracovní porady jednotlivých úseků, jichž se účastní také zástupci z dalších pracovišť centra. Tato vzájemná výměna (předávání) informací se děje pravidelně a je intenzivní zejména mezi sociálními, zdravotnickými a pedagogickými pracovníky. Porady slouží i k tomu, aby se uvedené principy centra časem nestaly jen pouhou proklamací, ale i nadále tvořily jádro (osu) veškeré odborné činnosti centra ARPIDA a byly přirozeným způsobem při řešení nejrůznějších problémů aktualizovány (Jankovský, 2015, s. 10).*

Vedoucí, či chceme-li spíše koordinátor nebo manažer týmu, by měl mít především jasno v cílech směřování organizace. Dále by takový pracovník měl být vybaven dovednostmi, jako jsou komunikativnost, schopnost koordinace, schopnost řešit problémy,

odpovědnost, samostatnost nebo výkonnost. Tyto dovednosti by měl dále zdokonalovat například absolvováním akreditovaných kurzů. Základní témata, kterým by se měl vedoucí týmu věnovat, jsou *motivace týmu, týmová spolupráce, budování týmu, komunikaci, společné řešení problémů a osobnostní a profesní rozvoj jednotlivých členů týmu* (Tajanovská, 2015, s. 31).

2.4 Komunikace v rámci týmu

Jak již je výše v textu několikrát zmíněno, základním kamenem funkční spolupráce je komunikace, která je také jedním z hlavních úkolů vedoucího týmu.

Komunikace stojí v centru pozornosti manažerů již více než posledních dvacet let. V podnicích, ve veřejné správě, v ozbrojených silách, v nemocnicích, jinými slovy, ve všech důležitých institucích moderní společnosti se projevuje obrovský zájem o komunikaci (Drucker, 2009, s 90).

Mezilidskou komunikaci můžeme považovat za podstatnou složku každé osoby. Rozvoji komunikace věnují odborníci velkou pozornost. *Každý manažer by si měl být vědom funkcí komunikace a cíle, kterého se má komunikováním dosáhnout, a to ještě dříve, než otevře ústa. Je zbytečné vrazit do kanceláře a hromovým hlasem oslovit podřízené, pokud je šéfovým záměrem pouhé předání informace. Obsah a forma sdělení by měly být v souladu* (Jiřincová, 2010, s. 19–20).

Jiřincová (2010) dělí vývoj pohledu na komunikaci na tři základní modely:

- Lineární model – neúplná forma komunikace s chybějící zpětnou vazbou. Model nedokáže akceptovat interakci. Jednotlivec když mluví, nenaslouchá. Když naslouchá, nemluví. Jedná se o autoritativní sdělení bez možnosti reakce.
- Interakční teorii – role mluvčího a posluchače se střídají. Ve chvíli kdy jeden mluví, druhý poslouchá a obráceně. Mluvení a naslouchání probíhá odděleně, jedinec tyto činnosti nevykonává souběžně. Pro představu, může se jednat o mailovou komunikaci.
- Transakční pojetí – jedinec je v dané chvíli mluvčí a zároveň posluchač. Komunikační prvky jsou navzájem provázané a závislé. Komunikace ovlivňuje postoje a emoce zainteresovaných osob. Jednotliví aktéři jsou součástí komunikace.

Dle Vrzáčka (in Havrdová, 2010) je obtížným úkolem každého manažera komunikovat uvnitř organizace o jejích hodnotách a tyto hodnoty pak přenášet do každodenního života organizace. Autor popisuje výzkum zaměřený na spojitost mezi kvalitou poskytovaných služeb a kvalitou komunikace uvnitř organizace.

Výzkum, který ke své diplomové práci provedl Marek (2010), jednoznačně prokázal spojitost kvalitní komunikace s kvalitou poskytovaných služeb a autor na základě závěrů výzkumu formuloval několik obecných doporučení:

- *Organizace musí mít formulovanou vizi a hodnoty, které naplňování vize umožňují. Mezi organizační vizi a hodnotami přitom musí existovat vazba.*
- *Organizační hodnoty musí být definovány v interní dokumentaci a ta musí být v různých formách přístupná všem zaměstnancům.*
- *Zaměstnanci organizační hodnoty musí znát a musí být schopni plnit své pracovní povinnosti v souladu s organizačními hodnotami.*
- *Zaměstnanci, kteří se při výkonu práce drží organizačních hodnot, musí být za tuto činnost odměňováni. Zaměstnanci, kteří se organizačními hodnotami neřídí, naopak trestáni.*
- *Dohled nad dodržováním organizačních hodnot musí mít všichni zaměstnanci, zvláště pak zaměstnanci působící na manažerských pozicích. Řešení konfliktních situací přísluší manažerům.*

Domnívám se, že tato doporučení se dají aplikovat při spolupráci multidisciplinárního týmu, a tím dosahovat stanovených cílů týmu respektive, zastřešující organizace.

3 Motivace

Během přípravy výzkumné části této diplomové práce jsem si mimo jiné položil otázku, co vlastně sociální pracovníky motivuje v jejich práci? Jak je možné, že někdo pracuje 40 let v jedné organizaci a pořád má chuť ráno vstát a jít do práce? Proč vlastně dělají to, co dělají a jsou ve své práci spokojeni? Co termínem motivace vůbec myslíme?

Hartl (2004) popisuje motivaci jako proces řídicí síly, která je odpovědná za procesy zacíleného chování. Mezi procesy řadí zahájení, usměrňování, udržování a energetizaci. Řídicí síla může být fyziologická (hlad, sex, žízeň apod.) nebo psychologická (touha uspět, potřeba identifikace a další).

Vágnerová (2016) popisuje, že zkoumání motivace prošlo značnou obměnou. Původně byla motivace výlučně spojována s pudy. Postupem času však začala být propojována s dalšími psychickými, sociálními a kognitivními aspekty. Začátkem 20. století byl Sigmund Freud přesvědčen, že veškeré chování a jednání jedince je podmíněné pouze základními pudy. Americký badatel Henry Murray se ve své práci nazvané *Explorations in personality* se zabýval analýzou a fungováním lidských potřeb. V této práci Murray vycházel z Freudova psychoanalytického pojetí, avšak již se neomezoval pouze na roli základních pudů. Byl si vědom toho, že lidská motivace může být rozmanitá, a tak počítal i s dalšími vlivy, především sociálního charakteru. *Důraz na psychickou motivaci, tj. motivaci k určitému jednání a celkovému směřování, je typický i pro později vzniklou humanistickou psychologii* (Vágnerová, 2016, s. 18).

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) považují motivaci za složitější duševní proces, jehož podstatou je zaměření a aktivace jedince. V tomto procesu se odráží vnitřní stav člověka, ale také vnější vlivy. *Z hlediska vnitřního stavu jedince je zdrojem motivace nějaká potřeba. To znamená, že se tato potřeba stává aktuálním osobním motivem. Člověk se v podstatě snaží obnovit ztracenou rovnováhu fyziologickou nebo psychologickou tím, že odstraní tyto rozpory. Z hlediska vnějšího prostředí je zdrojem motivace pobídka. To znamená, že nějaký vnější podnět, který se stal subjektivně významným, vyvolá vznik potřeby a ta se stává motivem jednání. Dosažením rovnováhy znamená dosažení určitých cílů* (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011, s. 42). Základní jednotkou motivace je motiv.

Člověk má možnost výběru z množství nejrozličnějších činností. Člověk si také zároveň určuje intenzitu vybraných činností. Činnosti, kterým se bude věnovat, vybírá na základě svých vnitřních, ale také vnějších podmínek. Tyto podmínky nazýváme motivací lidského chování a její poznání nám pomůže odpovědět na otázky co člověk chce, a kam směřuje (Bedrnová, Nový, 2007).

Plamínek (2010, s. 14) vidí *smysl motivace v nenásilném vytvoření pozitivního přístupu k něčemu – často k nějakému výkonu či typu chování. Slovem motivace se obvykle označuje jak proces, tak jeho výsledek – tedy skutečnost, že se něco děje (někdo na někoho nějak působí), stejně jako fakt, že něco existuje (konkrétně onen zmíněný pozitivní přístup).*

3.1 Pojmy související s motivací

3.1.1 Motiv

Jak již bylo výše v textu uvedeno, motivace je duševní proces, jehož základní jednotkou je motiv. Dle mého názoru nejjednoznačnější definici motivu stanovuje Armstrong (2002, s. 159): *Motiv je důvod pro to, abychom něco udělali.*

Říčan (2005) popisuje motiv jako motor celého procesu motivace. Motiv zároveň určuje směr a intenzitu procesu. Jakýkoliv vnitřní pocit, který jedinec cítí a vede ho k aktivitě, se může nazývat motivem.

Bedrnová, Nový (2007) popisují motiv jako vnitřní psychickou sílu, popud či pohnutku, která může být vnímána jako důvod určitého chování jedince. Motiv tedy specifikuje a individualizuje prožívání jedince a dává jeho jednání psychologický smysl.

Nakonečný (1996, s. 141) uvádí, že *chápe-li motiv jako psychologický důvod či psychologickou příčinu chování, je zřejmé, že můžeme hovořit o pluralitě motivů, neboť existuje mnoho psychologických důvodů chování.*

Pojem motiv je velmi úzce spjatý s pojmem cíl. Každý motiv má za cíl takzvané nasycení či uspokojení psychického stavu. Motiv přitom působí tak dlouho, dokud jedinec nedosáhne naplnění cíle tedy svého uspokojení. Tyto motivy lze označit za cílové nebo také terminální. Všechny motivy však nejsou pouze terminální. U některých motivů nelze s jistotou určit cílový stav, například zájem jedince o určitou kulturní oblast. Tyto typy motivů můžeme označit za instrumentální (Bedrnová, Nový, 2007).

3.1.2 Stimul

Výše uvedení autoři (např. Plamínek; Bedrnová, Nový) upozorňují, že pojmy stimul a stimulace bývají často pokládány za synonyma pojmům motiv a motivace.

Plamínek (2010) uvádí, že zatímco motiv je působení vnitřních pohnutek, stimul je působení vnějších podmínek na psychické působení jedince. Autor dále upřesňuje, že vnitřní i vnější pohnutky mohou působit společně a vzájemně se mohou i posilovat. Stimulace je podle Plamínka jednodušší způsob působení než motivace. Problém je však v tom, že pokud přestaneme poskytovat stimuly, působení se zastaví. Stimulaci tedy lze považovat za krátkodobou alternativu motivace.

Autoři Bedrnová a Nový (2007) vidí základní rozdíl mezi motivem a stimulem v tom, že stimul je vnějším faktorem působícím na psychiku jedince, a to především působením aktivní činností jiného člověka. Stimulace *může mít rozmanité podoby a formy. Jejich společným jmenovatelem však bývá skutečnost, že jde o ovlivňování činnosti druhého člověka aktivními vnějšími zásahy vedoucími ke změně jeho psychických procesů, především pak ke změně jeho motivace. Ve vymezení obsahu stimulace není explicitně uvedeno, že musí jít o působení vědomé, záměrné. Protože k ovlivňování psychiky člověka dochází prakticky vždy v procesu sociální interakce* (Bedrnová, Nový, 2007, s. 364–365).

3.2 Zdroje motivace

Podstatné pro pochopení problematiky motivace jedince, a tedy například i pochopení jeho pracovní motivace, je porozumět tomu, jak motivace u člověka vzniká. K porozumění vzniku motivace nám může pomoci pochopení jejích pěti základních zdrojů. Mezi tyto zdroje řadíme potřeby, návyky, zájmy, ideály, hodnoty a hodnotovou orientaci (Provazník, Komárková, 1996).

3.2.1 Potřeba

Lidská potřeba je v odborné literatuře popisována jako prožívaný nedostatek případně i přebytek něčeho, co se může jedinci zdát jako pro něj podstatné. Tuto potřebu se člověk snaží (avšak ne vždy zcela vědomě) minimalizovat, odstranit či kompenzovat a to především za účelem snížení tlaku, který pociťuje.

Bedrnová, Nový (2007) uvádí, že předpokladem pro to, aby jedinec zmírnil či odstranil nelibě prožívaný stav napětí vyvolaný potřebou, je důležité aby, našel cíl, který povede k uspokojení dané potřeby.

Plháková (2004) upozorňuje, že lidské potřeby mají na vnímání velký vliv. Dále autorka uvádí, že pokud člověk něco akutně potřebuje či, postrádá je daleko pravděpodobnější, že si bude přednostně všimnout objektů, které jeho potřebu budou moci naplnit.

Nakonečný (1996) považuje potřeby za vnitřní stavy vyjadřující výchozí motivační stav. Tento stav se díky zkušenostem přetváří do předmětu. To můžeme chápat tak, že jedinec nachází určitý objekt činnosti a s ním spojený instrumentální vzorec chování. *V tomto smyslu vyjadřují potřeby spíše vztahy k cílovým objektům, např. potřeba lásky vyžaduje, aby se její objekt, sexuální partner, vůči subjektu této potřeby láskyplně choval* (Nakonečný. 1996, s. 29).

Potřeby se nejčastěji dělí na primární a sekundární. Mezi primární potřeby řadíme biologické, fyziologické a viscerogenní. Tyto potřeby jsou přímo spojené s činností a funkcemi lidského těla. Řadíme sem například potřebu živin, vyměšování a podobně. Sekundární potřeby chápeme jako potřeby sociální, společenské a psychogenní. Tyto potřeby již nejsou spojené s biologickou stavbou člověka, ale spíše se stavem jeho mysli. Jak známo, člověk je tvor společenský a ke svému životu potřebuje naplňovat potřeby, jako jsou láska, vzdělání či společenské postavení (Bedrnová, Nový, 2007).

3.2.2 Návyky

V průběhu života každého jedince dochází i k tomu, že některé činnosti (vnější, ale i vnitřní) realizuje častěji, dokonce pravidelně, většinou v situacích určitého typu či charakteru. Navíc tyto činnosti se u daného jedince – právě díky pravidelnosti – často automatizují, fixují se, stávají se jakýmsi stereotypy – návyky. Dostane-li se člověk do situace, která svými charakteristikami odpovídá určitému typu situací, s nímž již má asociované určité činnosti, „probouzejí se“ u něj – víceméně automaticky – tendence realizovat z dřívějšíka již fixované stereotypy, tj. jedná (chová se, obecně: je činný) v souladu se svým návykem (Provazník, Komárková, 1996, s. 46).

Zacharová, Šimíčková-Čížková (2011) vymezují návyk jako dílčí úkon, který je prováděn automaticky. Tím se podle autorek tedy výrazně liší od širší a relativně flexibilnější dovednosti.

Objektivně lze optikou nezávislého pozorovatele návyk definovat jako naučený způsob chování na opakovanou situaci. Vnitřním pohledem jedince můžeme návyk popsat jako nutkavé chování, které se objevuje při opakované konkrétní situaci. Návyky mohou vznikat vědomě, ale i nevědomě (Bedrnová, Nový, 2007).

3.2.3 Zájmy

Zájem můžeme chápat jako zvláštní druh motivů. Tento druh motivu je odvozen od primární potřeby, především psychologické, která je utvářena v daném kulturním prostředí. Aby tato potřeba byla uspokojena, je nutné vykonávat určitou činnost. Uspokojení nepřinese dosažení konkrétního cíle. Tyto potřeby jsou tedy neuspokojitelné (Nakonečný, 1996).

Zájem je znakem trvalejšího zaměření jedince avšak neodkrývá nedostatečné nasycení určitých potřeb. To můžeme chápat i tak, že pokud někdo projevuje zájem o erotická literární díla, nemusí být nutně neuspokojena jeho sexualita, pouze hraje v jeho životě důležitou roli (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Zájmu je tolik, kolik může člověka těšit činností. Mezi druhy zájmů řadíme například lingvistické, obchodní, sportovní, technické, přírodní a podobně (Bedrnová, Nový, 2007).

3.2.4 Hodnoty

Hodnotu lze definovat jako něco, co má pro daného jedince nějakou cenu. Něco, kvůli čemu je ochoten vynaložit značné úsilí, aby toho dosáhl, případně aby si to udržel. To znamená, že jde o žádoucí cíl takto motivovaného jednání. Hodnoty se vytvářejí v průběhu lidského života vlivem různých vnějších faktorů, především sociálních. Zásadní vliv má v tomto směru soubor názorů, hodnocení a požadavků nejbližších lidí (Vágnerová, 2016, s. 357).

Hodnotová orientace se dá považovat za zobecnění takzvaných snahových tendencí člověka. Hodnoty člověka se opírají o jeho zkušenosti a ideje. Jejich jedinečnost a vazbu ke konkrétní osobě dodává fakt, že si je každá osoba vytváří dle subjektivního pohledu na život. Nastavené osobní hodnoty jsou právě to, co spoluurčuje život jedince a způsob jeho prožívání (Zacharová, Šimíčková-Čížková, 2011).

Hodnotou pro jedince může být téměř cokoliv, mezi obecně platné hodnoty však patří například rodina, zdraví, pravda, láska, peníze, práce, pomoc ostatním lidem, společenské postavení a další. Hodnotová hierarchie se v průběhu života mění. (Bedrnová, Nový, 2007).

3.2.5 Ideály

Ideálem rozumíme určitou ideovou či názornou představu něčeho subjektivně žádaného, pozitivně hodnoceného, co pro daného jedince představuje významný cíl jeho snažení, skutečnost, o kterou usiluje. Ideály mohou pro jedince znamenat například představu určitého životního stylu. Vznik ideálů je zapříčiněn především působením sociálních faktorů. Procesy nápodoby, učení a identifikace zastávají při vytváření ideálů významné uplatnění (Bedrnová, Nový, 2007, s. 370).

3.3 Teorie motivace

O vysvětlení lidské motivace se od konce 19. století pokouší celá řada psychologů. Vznikla tak celá řada teorií, v nichž se jednotliví autoři snaží přijít na to, jak fungují principy motivace v lidském chování (Provazník, Komárková, 1996).

Plháková (2004, s. 361) dodává, že žádná ze známých teorií motivace není plně uspokojivá a všeobecně akceptovaná. *Komplexní teorie motivace se od sebe liší počtem základních pohnutek, které podle mínění jejich tvůrců ovlivňují lidské chování a prožívání.*

Dle autorů Bedrnové a Nového (2007, s. 379–383) můžeme za základní modely motivace lidského chování považovat:

1. *homeostatický model motivace – Je-li narušena psychická rovnováha, vzniká napětí, potřeba, která vyvíjí vnitřní tlak na jedince. Člověk pak s využitím poznávacích funkcí a zkušeností zaměřuje svou činnost (jednání) určitým směrem se záměrem odstranit tento tlak.*
2. *hédonistický model motivace – Základem je zdůrazňování významu emocí v životě člověka a předpoklad, že nakonec veškerá lidská činnost směřuje k jedinému dosažení slasti a k vyhnutí se strasti.*

3. *aktivační, pobídkový model motivace – Za základního motivačního činitele je považován z vnějšího prostředí přicházející podnět – pobídka. V aktivačním modelu jsou rozlišovány dva typy pobídek. Pobídky prvotní (podnět, který mají vrozeně silový účinek např. bolest) a pobídky druhotné (podněty, které své silové účinky získávají až jako výsledek procesů učení jedince.*
4. *kognitivní, poznávací modely motivace – Skutečnost, že procesy poznávání mají motivační účinky je základním východiskem kognitivních (poznávacích) modulů motivace lidského chování. Poznávání se podílí na vzniku a povaze motivačních procesů.*
5. *humanistické modely motivace – Ze všech psychologů s humanistickou orientací snad nejvýrazněji obohatil přístupy k motivaci lidského chování americký klinický psycholog Abraham Maslow. Více tento model popíšu v následující kapitole, která je zaměřena na pracovní motivaci.*

3.4 Pracovní motivace

Vykonávání pracovních činností je aktivitou cílevědomou, záměrnou a systematicky vedenou. Z toho se dá usoudit, že se jedná o aktivitu motivovanou. Pracovní motivaci můžeme chápat jako přístup člověka k jeho práci, k jeho pracovním úkolům a k povinnostem spojeným s výkonem jeho práce. Zjednodušeně řečeno díky pracovní motivaci můžeme snadněji pochopit, co je schopen člověk vykonávat ve smyslu pracovních činností a za jakých podmínek (Provazník, Komárková, 1996).

3.4.1 Typy pracovní motivace

Psychologové rozlišují 2 typy pracovní motivace (Bedrnová, Nový, 2007):

- motivace intrinsická – Tyto motivy souvisejí přímo s vykonávanou prací. Těmito motivy motivuje jedinec především sám sebe a uspokojuje tím především vlastní potřeby. Řadíme sem například potřebu vybití energie, potřebu kontaktu s lidmi, potřebu seberealizace a podobně.
- motivace extrinsická – Motiv, který nesouvisejí přímo s vykonávanou prací a takzvaně leží mimo. Tyto motivy můžeme chápat jako vnější zásahy, tedy spíše stimuly. Řadíme sem například potřebu financí a zabezpečení, potřeba potvrzení vlastní důležitosti a podobně.

Armstrong (2002, s. 169) připouští, že finance mohou být vnějším i vnitřním motivem. Jedinec může díky získaným financím zrealizovat své vnitřní potřeby, tudíž se finance mohou stát také jeho vnitřní potřebou. *Peníze samy o sobě nemusejí mít žádný vnitřní význam, ale nabývají značné motivující síly, protože symbolizují tak mnoho nehmotných a nedefinovatelných cílů. Pro různé lidi a pro tutéž osobu v různé době hrají roli symbolu různým způsobem.*

3.4.2 Teorie pracovní motivace

Níže uvedené teorie považuje Armstrong (2013) za ty, které v průběhu historie nejvíce ovlivnily pohled na pracovní motivaci zaměstnance a s tím spojený jeho pracovní výkon.

- Teorie instrumentality – Tyto teorie vychází z přesvědčení, že nejlepšími instrumenty, tedy prostředky, k utváření lidského chování jsou odměny a tresty. V takto zaměřených teoriích se předpokládá, že pracovní výkony jedince jsou

pevně vázány na odměny a tresty. Tento směr je založen na poznatcích z vědecké práce F. W. Taylora. Někdy se tato teorie nazývá metodou cukru a biče. Při uplatňování teorie instrumentality v praxi hraje velkou roli systém kontroly a tato teorie nerespektuje řadu dalších lidských potřeb.

- Teorie zaměřené na obsah – Nebo také teorie zaměřené na potřeby. Tyto teorie počítají s tím, že chování je motivováno neuspokojenými potřebami. Neuspokojené potřeby vytvářejí napětí psychického stavu jedince a vytvářejí v jeho těle nerovnováhu. Stanovení cíle a tím získání uspokojení dané potřeby může vést k opětovnému získání požadované rovnováhy. Nejznámějšími autory těchto teorií jsou například Maslow, Herzberg či Ryan.
- Teorie zaměřené na proces – Tento směr klade důraz na psychické procesy a síly, které do značné míry ovlivňují motivaci, podobně jako základní potřeby jedince. Tyto teorie bývají také označovány jako kognitivní či poznávací. Kognitivní teorie se především zabývají tím, jak jedinec vnímá své pracovní prostředí a jak toto své chápání dále interpretuje. Hlavními teoriemi, které řadíme mezi teorie zaměřené na proces, jsou teorie posilování, teorie očekávání, teorie cíle, teorie spravedlnosti, teorie sociálního učení a teorie kognitivního hodnocení.

Maslowova hierarchie potřeb

Jedná se o nejproslulejší klasifikaci potřeb, kterou autor zveřejnil v roce 1954. Maslow kategorizoval pět hlavních potřeb. Tyto kategorie potřeb jsou podle autora pro všechny lidi stejné a hierarchicky uspořádané tak, že za základní potřeby jsou považovány potřeby fyziologické, které následují potřeby bezpečí, potřeby společenské, potřeby uznání a na vrcholu pyramidy spočívají potřeby seberealizace. Ve chvíli, kdy je uspokojena nižší potřeba dostává prostor pro uspokojení potřeba náležící na tu již uspokojenou (Armstrong, 2013).

Podle této teorie má *každá lidská bytost v sobě dva druhy sil. Jeden druh sil vychází ze strachu o bezpečí a táhnou člověka zpět. Druhý skupina sil táhne člověka dopředu, k celku a jedinečnosti „já“, k plné funkčnosti všech sil.* Proces růstu a vývoje, tedy naplňování potřeby seberealizace je nekončící a člověk se vždy jen rozhoduje, zda zůstane v oblasti potřeb přinášejících jistotu a bezpečí nebo se vydá k naplňování potřeb nových (Bedrnová, Nový, 2007).

Nižší potřeby naplněním nezanikají, stále existují, i když jejich motivátory toho času nepůsobí. Jedinec se k naplněným potřebám v průběhu života různě vrací. Každý jedinec naplňuje své potřeby individuálně a může nastat také situace, kdy některé potřeby vůbec nevyvstanou (Armstrong, 2013).

Vroomova teorie očekávání

Tato teorie bývá také nazývána jako teorie expektace a vychází z kognitivních motivačních teorií. Teorii vypracoval V. H. Vroom a původně byla součástí teorie VIE = valence – instrumentalita – expektace. Teorii dále rozpracovali Porter a Lawler. Vroom vychází z přesvědčení, že jedinec bude vysoce motivovaný ve chvíli, kdy ví, co má udělat, aby dosáhl požadované odměny. Jedinec je zároveň motivovaný ve chvíli, kdy očekává, že bude mít možnost odměnu získat, a za předpokladu, že získaná odměna bude kompenzovat vynaložené úsilí (Armstrong, 2013).

Základním předpokladem je instrumentální povaha pracovní činnosti, kdy je tato činnost vnímána jako prostředek k dosažení požadované hodnoty konkrétního jedince. Klíčovými pojmy v expektační teorii jsou expektace (očekávání jedince, že jeho úsilí povede k očekávané odměně) a valence (očekávaná odměna či hodnota). Expektační teorie pracovního jednání lze znázornit i pomocí formálního vyjádření – $M = f(V \times E)$, kde M je úroveň motivace jedince, V valence a E expektace (Bedrnová, Nový, 2007).

3.5 Motivace sociálních pracovníků

Motivací a motivováním pracovníků v sociálních službách, tudíž i sociálních pracovníků, se ve své diplomové práci, jejíž výsledky byly v roce 2013 publikovány v odborném časopise Sociální služby, věnovala Tichá. Na základě průzkumu, kterého se účastnilo 313 respondentů, autorka popisuje jasný nesoulad mezi tím, co považují za ideální motivační nástroje vedoucí pracovníci a jejich podřízení. Manažeři, či chceme-li vedoucí pracovníci, se domnívají, že pro efektivní motivování je zapotřebí finanční odměna, s jejíž nedostatečnou výší se dle jejich názoru často potýkají. Jejich zaměstnanci však naproti tomu uvádějí, že je pro ně nejvíce motivující dobré zázemí s dostatečnou podporou a harmonickými vztahy na pracovišti. Autorka dále uvádí, že v sociálních službách zpravidla nebývá pracovní výkon podmíněn finančním ohodnocením, především protože pracovníci takzvaných pomáhajících profesí mají jiná očekávání než pracovníci v jiných pracovních odvětvích. Z průzkumu dále vyplývá, že mezi největší problémy

vedoucí k demotivaci, v nejhorších případech až k vyhoření, pracovníci v sociálních službách řadí nedostatek zpětné vazby na svou práci ze strany nadřízeného, nedostatek podpory či absenci supervize (Tichá, 2013).

4 Stres

Kromě požadavků spojených s jejich vzděláním, musejí sociální pracovníci také splňovat požadavky vztahující se k jejich kompetencím. Požadavky na osobní dispozice pracovníka však nejsou to jediné, s čím se musí jedinec vyrovnat. Předchozí řádky nás také seznámily s problematikou dotýkající se postavení sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu nebo třeba s nároky na schopnosti komunikace ať už při jednání s klientem, či v rámci týmu. Dále jsme se dotkli tématu pracovní motivace a také faktorů, které mohou ovlivnit pracovníkovu profesní (ne)spokojenost. Všechny výše popsané okolnosti mohou být pro sociálního pracovníka někdy zatěžující. Následující kapitola je proto věnována stresu a jeho prožívání. Popíše, jak může stres vznikat, jak s ním můžeme pracovat nebo mu předcházet.

4.1 Teoretické pojetí stresu

Autoři (Mayerová, Plamínek a další) se shodují na tom, že pojem stres byl do češtiny převzat z angličtiny a má mnoho významů.

Dle Mayerové (1997, s. 49) je pojem stres velmi často zaměňován s pojmem zátěž. Tato záměna není správná, protože mezi těmito pojmy je spousta rozdílů. Stres má významově blíže ke slovům tíseň, nesnáze či tlak. Původní anglický termín stress pochází od kanadského endokrinologa H. Selyeho, *kteřý rozlišil stres jako odpověď organismu od stresorů, tj. podnětových podmínek produkujících stresové reakce*. Psychologové jsou nakloněni názoru, že stres a jeho faktory prožívá každý jedinec individuálně.

Plamínek (2008) slovo stres vysvětluje z pohledu fyziky. Fyzika definuje stres jako napětí, které působí svou silou na jednotku plochy. Velikost napětí tedy závisí na tom, jak velkou silou na jak velkou plochu předmět působí. Působení stresu na lidský organismus je totožné. Záleží jak velkou sílu (zátěž) je lidský organismus schopen snášet. Schopnost snášení stresu můžeme nazývat odolností.

Podle Geista (2000, s. 280) pojem stres značí v medicíně *soubor všech nespecifických jevů, včetně poškození, vznikajícího například tělesným nebo psychickým přepětím*. Toto přepětí vysílá výstražný signál organismu, který na tento alarm obranně reaguje. Psychologií je stres vnímán jako každý tlak na psychiku, který je pocíťován jako negativní.

Bartůňková (2010, s. 12 – 13) dělí stres dle úhlu pohledu, kterým se na něj díváme:

- Fyziologické pojetí stresu – založeno na nespecifických zdravotních koncepcích jako je například *koncepce homeostázy (udržení stálosti vnitřního prostředí), všeobecného adaptačního procesu, podmíněných reflexů a základů učení a paměti probíhající ve složité neurokognitivní síti, emoci s významnou funkcí podkorových i korových složek limbického systému* a další.
- Psychologické pojetí stresu – toto pojetí je založeno na individualitě každého jedince. Podklady pro toto pojetí jsou hlubinná psychologie, vědomé a nevědomé životní zážitky, konflikty a postoje vůči konfliktům, specifické emoce každého jedince či specifické osobnostní profily známé z behaviorální psychologie.
- Holistické pojetí stresu – zástupci obou předchozích teorií si již delší dobu uvědomují, že mnohé jevy nelze vysvětlit pouze jejich úhly pohledu na věc. První snahy o propojení fyziologického a psychologického propojení můžeme zpozorovat u psychoanalytika F. Alexandera. Ten se zabýval vývojem onemocnění, u kterého předpokládal přítomnost vnitřního faktoru (predispozice), vnějšího faktoru (stresoru) a zprostředkujících mechanismů, jakými jsou například autonomní nervový systém či hormony. Alexander stanovil prvních sedm psychosomatických onemocnění: bronchiální astma, esenciální hypertenzi, neurodermatitidu, revmatoidní artritidu, ulcerózní kolitidu, tyreotoxikózu a duodenální peptický vřed.

Samotné slovo stres bývá často vnímáno pouze v negativním smyslu. Stres však můžeme chápat i jako pozitivní sílu působící na jedince. Pozitivní stres nazýváme eustresem (Křivohlavý, 2010).

Eustres přichází tehdy, kdy na jedince je sice vytvářen přetlak, avšak celková situace může vést k tomu, že si daný jedinec přetlaku buď ani nevšimne, nebo ho dokáže zužitkovat ve svůj prospěch. Typickým příkladem může být například svatba. Faktory, které v těžké situaci ovlivňují jedince a dodávají mu například odhodlání, sílu a výdrž nazýváme **salutory**.

Druhá varianta stresu je právě ta negativní. Tu nazýváme **distresem** a jak již bylo výše zmíněno, jedná se o situaci, kdy tlak působící na člověka je neúnosný a tím dochází k přetížení jeho organismu. Negativní vlivy, které mohou způsobit toto přetížení,

nazýváme **stresory**. Negativní faktory, které ovlivňují stav organismu, by každý jedinec měl znát, měl by je umět identifikovat a především vědět jak na jeho zdravotní stav působí a jak se jim může efektivně bránit nebo s nimi nakládat (Křivohlavý, 2009).

Stres můžeme také dělit podle toho, jak dlouho na organismus působí jeho faktory. **Akutní stres**, který zpravidla trvá několik desítek minut či hodin, dominantně *aktivizuje sympatoadrenální osy a osy hypotalamus – hypofýza – nadledvina. Organismus mobilizuje energetické rezervy pro bezprostřední situaci „přežítí“.* Aktivován je *nervový, endokrinní, pohybový a kardiorepirační systém. Činnosti trávicího, vylučovacího a rozmnožovacího systému jsou utlumeny* (Bartůňková, 2010, s. 18–19).

Chronický stres, který trvá týdny, měsíce či roky, aktivuje *dlouhodobější nervové, hormonální a imunologické mechanismy. Chronický stres je zprostředkován integrací informací pomocí serotoninu v limbickém, hypotalamickém, hypofyzárním a nadledvinkovém systému.* Vlivem působení chronického stresu na lidský organismus může dojít ke strukturálním změnám některých orgánů, jako je například zvětšení nadledvinek či zmenšení sleziny. Chronický stres může mít velký vliv na sexuální život jedince. Muži se mohou potýkat se sníženou schopností mít erekci a ženy mohou mít například problém s ovulací či otěhotněním (Bartůňková, 2010, s. 18–19).

Výše popsané reakce organismu na stres můžeme v literatuře dohledat pod souhrnným názvem – **Adaptační syndrom**.

4.1.1 Fáze stresu

Stres má svůj průběh a dopadá na organismus v několika fázích (Geist, 2000):

1. symptomy stresu – jedinec může cítit strach, napětí, bezmoc, úzkost a další;
2. poplachová reakce – dochází k celé řadě fyziologických změn, jako například stoupá krevní tlak, cévy zásobující trávicí trakt se stáhnou, dýchání začíná být povrchní, nadledvinky začnou produkovat větší množství adrenalinu a tak dále;
3. obranná (adaptační syndrom) – tato fáze může mít buď formu aktivní, nebo pasivní. V aktivní formě se jedinec snaží se stresem bojovat, v pasivní formě volí jedinec útěk od vzniklého problému.;
4. výsledek obranné fáze (adaptace) - nastává vlivem opakovaného působení stresového faktoru. Adaptace může být buď absolutní, částečná nebo žádná. Pozitivní adaptace znamená, že se jedinec s přepětím vyrovná. Negativní adaptace

může zapříčinit fyzické nebo psychické poruchy jedince. Negativní výsledek adaptace může být zdrojem řady psychosomatických onemocnění, z nichž některá již byla výše v textu zmiňována.

Zacharová se Šimíčkovou-Čížkovou (2011, s. 136–137) uvádějí, že *konkrétní proces vzniku jednotlivých psychosomatických chorob není dosud zcela jasný. Mezi základní faktory, které ovlivňují jejich vznik, například patří:*

- *opakující se stresové situace,*
- *dědičné sklony,*
- *věk,*
- *imunologické procesy,*
- *předešlá onemocnění,*
- *sociální prostředí.*

4.1.2 Nejčastější stresory

Mezi nejčastější stresory můžeme řadit nedostatek možností k uspokojení základních životních potřeb člověka (hlad, žízeň, sex apod.). Dále se můžeme setkat s následujícími druhy stresorů:

- sociální (ztráta práce, bydlení);
- fyzikální (nikotin, alkohol, hluk, nehody);
- přírodní (změny počasí, změny atmosférického tlaku);
- emocionální (úzkost, zármutek, obavy).

Stresory dále můžeme dělit na mikrostressory a makrostressory. **Mikrostressory** mohou být situace, které vyvolávají na jedince poměrně mírný, ale dlouhodobý tlak např. když je jeden z partnerů ve vztahu nešťastný. **Makrostressory** chápeme jako situace, které jsou krátkodobé, ale vytváří na jedince enormní tlak a mají pro všechny zúčastněné nedozírné následky. Makrostressory mohou vyvolávat psychická traumata.

4.1.3 Dopady stresu na zdraví

Stres může být jedním z rizikových faktorů, které mohou zapříčinit vznik psychosomatických chorob. Vliv na zdraví jedince může mít působení akutního stresu, ale i chronického. Z předchozího textu již ve stručnosti víme, že prožívání či zvládání stresu je velmi individuální. Více se zvládání stresu budeme věnovat ještě v samostatné kapitole.

Dle Křivohlavého (2009, s. 184) se ukazuje, že stres může ovlivňovat zdraví organismu buď přímo, nebo nepřímo. *Za přímý účinek stresu se považuje obvykle jeho vliv na imunitní, endokrinní či nervový systém.* Nepřímý vliv na zdraví člověka můžeme chápat jako vliv, který ovlivňuje jedincovo myšlení. Daný člověk například změní svůj životní styl a pro vyrovnání se s napětím začne užívat návykové látky, které pak dále ovlivňují jeho zdravotní a duševní stav.

Křivohlavý (2009) na studii provedené v roce 1988 popisuje, jaký dopad má dlouhodobý vliv stresu v zaměstnání na celkový zdravotní stav. Studie se zabývala pracovníky, kteří měli v zaměstnání mimořádnou zodpovědnost, ale k výkonu práce neměli dostatečnou pravomoc a podporu. Výsledky této studie ukazují, že u osob zažívajících popsanou pracovní zkušenost, byla úmrtnost až o 70 % větší než u pracovníků s dostatečnými pravomocemi a podporou.

4.2 Příznaky stresu

Křivohlavý (2010) píše o tom, že podobně jako většina jiných nemocí se stres projevuje celkem pomalu. Nejdříve můžeme mít určitá podezření, že vlastně něco není v pořádku, avšak nemusíme okamžitě rozeznat, že problémem toho „nepořádku“ může být stres. V rámci WHO vznikl souhrnný seznam příznaků, které bývají typické pro stres. Příznaky jsou děleny do tří základních kategorií – fyziologické, biologické a behaviorální.

4.2.1 Fyziologické příznaky stresu

- bolesti hlavy, často začínající bolestí krční páteře;
- změny srdečního rytmu (nepravidelné či zrychlené bušení srdečního svalu);
- zvýšené svalové napětí, často v oblasti krční a bederní;
- bolesti, svírání či pálení na hrudi;
- časté nutkání na vyprazdňování;
- bolesti podbřišku, občas spojené s průjmovitou stolicí nebo plynatostí;

- nechutenství;
- ztráta sexuálního apetitu;
- vyrážka po v obličeji či na jiných částech těla;
- změna menstruačního cyklu;
- bolesti očí, rozdvojené vidění;
- náhlé bolesti hlavy (migrény), většinou jedné poloviny;
- bodavé, řezavé bolesti či mravenčení končetin;
- pocit zadržnutého předmětu v krku.

4.2.2 Psychické příznaky stresu

- Výrazné změny chování. Můžou se v poměrně krátkém časovém intervalu střídát výbuchy vzteku či euforické stavy.
- Zvýšená popudivost, úzkostnost či podrážděnost;
- nadměrné pocity únavy;
- nadměrné přemýšlení či trápení se nad věcmi, které takzvaně za to nestojí;
- hypochondrické stavy či přehnaná starost o svůj zevnějšek;
- stažení se z aktivního sociálního kontaktu;
- neschopnost empatie a navázání mezilidských vztahů.

4.2.3 Behaviorální příznaky (pozorovatelné změny chování)

- Neschopnost výběru volby. V případě možnosti volby více možností si není schopen člověk vybrat, rozhodnutí trvá neobvykle dlouho. Konečný výběr nemusí přinést jedinci očekávaný prožitek.
- Změna denního režimu. Večerní bdění či neschopnost usnout. Jedinec může mít poruchy spánku, často se během noci budí. Po ranním probuzení se jedinec cítí unavený, následně přes den není schopen vykonávat běžné činnosti a například opět vyhledává spánek.
- Negativní postoj k životu, ke světu. Jedinec vše vidí černě, není schopen se radovat z běžných zážitků. Vše může připadat nedokonalé a někdy i zbytečné.

- Změny stravovacích návyků. Někdy se jedná o úplné odmítání stravy, jindy je efekt zcela obrácený a jedinec konzumuje potravu v nadměrném, někdy až zdraví ohrožujícím množství.

4.3 Stres v pracovním prostředí

Stres, či chceme-li tlak, k životu patří a provází nás celým životem. Otázkou však je, v jaké míře se stresem potýkáme a jak s ním umíme pracovat. Nejvíce každého z nás ovlivňují životní události, které mohou mít na naše zdraví buď kladný, nebo negativní dopad. Mezi ty kladné události nejčastěji řadíme situace, které jsou spojené s nějakým pro nás významným úspěchem. Negativně na nás dopadají situace spojené se smutkem či ztrátou. Ztrátou nemyslíme pouze úmrtí, ale také například odloučení či odchod ze zažitých pořádků (Mayerová, 1997).

Stále poměrně velkou část svého života strávíme prací. Práce, pracovní prostředí, kolegové, to vše nás ovlivňuje a může sebou přinášet také stresové situace. Následující kapitola pojednává právě o stresových situacích, které nás mohou ovlivnit v pracovním prostředí. Kapitola tak navazuje na předchozí tematické části této diplomové práce zde.

4.3.1 Zdroje pracovního stresu

Psychická zátěž může být vyvolávána jakoukoliv pracovní činností. Nedá se přesně určit, kterých konkrétních profesí se zátěž týká nejvíce, ale dá se říct, že nejčastěji se s ní potýkají jedinci pracující v rizikovém prostředí, pracovníci s velkou odpovědností, nebo pracovníci, jejichž úkoly jsou časově limitovány. Dlouhodobá psychická zátěž prožívaná v průběhu pracovního procesu může zhoršovat pracovní výkonnost. Mohou se projevit poruchy vnímání, ztráta koncentrace či snížení motorických schopností. Může častěji docházet k nehodám, pracovním úrazům či konfliktním situacím na pracovišti. Jak již bylo zmíněno, krátkodobý stres může být pro odolné jedince naopak pozitivní. Tento druh stresu může u některých jedinců zvýšit jejich pracovní efektivitu, schopnost rozhodování či uspokojení z vykonané práce (Mayerová, 1997).

Křivohlavý (2009) uvádí, že jedním ze základních stresorů může být například nemožnost uspokojení svých základních potřeb. Pracovník, který nemá možnost uspokojit své základní životní potřeby, jako je například hlad, žízeň či únava, nemůže být dostatečně motivován k požadovanému plnění pracovních úkonů. Jako další nejčastější stresory, které

mohou vyvíjet tlak na jedince, můžeme zařadit pracovní přetížení, mimořádnou zodpovědnost, konflikty na pracovišti, pracovní nejistotu, interpersonální vztahy či konflikty rolí.

Pracovní přetížení pracovník pocítuje tehdy, je-li zatížen nadměrnými požadavky přesahujícími jeho kapacitu. Avšak pokud naopak není pracovník dostatečně vytížen a nedostává dostatek přiměřených požadavků, může také pocítovat stresovou zátěž. *Lze říci, že jak pracovní přetížení tak i příliš slabá zátěž umožňují každému jedinci získat zkušenost se stresem* (Mayerová, 1997, 61).

4.4 Nejčastější stresory působící na sociální pracovníky

Jak již v kapitole zabývající se motivací pracovníků v sociální sféře uvádím, nedostatek motivace může směřovat k demotivaci či v krajních situacích až k syndromu vyhoření.

Hawkins a Shohet (2004, s. 31) uvádějí, že *když se vám nedostává dostatečné podpory, stane se, že od svých klientů a pacientů vstřebáváte více citového rozrušení, strádání a nepohody, než jste schopni zpracovat a uvolnit. Pak býváte svou prací přetížení. Stres je vstřebáván nejen od klientů, může přicházet i z dalších stránek vaší práce nebo domovské organizace. Tyto stresory jsou pak v interakci s vaší osobností a se stresory, které se v daném okamžiku vyskytují ve vašem osobním životě.*

Limon (2018) uvádí, že u sociálních pracovníků se velmi často vyskytuje pocit pracovního přetížení, které je mimo jiné spojeno s přemírou administrativní agendy. Kvůli přibývajícím administrativním úkonům mají sociální pracovníci pocit, že jsou obírání o čas, který by mohli věnovat svým klientům. Mezi další faktory, které sociální pracovníci považují za stresující, autor dále řadí vysoký počet klientů na jednoho pracovníka a jednání s náročnými klienty.

Již zmiňovaní autoři Hawkins a Shohet (2004) označují některé stresory za nevyhnutelné a zároveň dodávají, že některé z nich mohou na pracovníky v pomáhajících profesích působit pozitivně, mimo jiné mobilizovat jejich energii.

Podle mého názoru bude v budoucnu zajímavé sledovat, jak budou pracovníci v sociálních službách vnímat loňskou i letošní situaci spojenou s pandemií nemoci Covid-19. Zda tuto, pro všechny novou, situaci budou hodnotit jako jeden ze stresových faktorů, či to po čase budou brát jako posilující zkušenost.

Autoři Holmes, Rentrop a Korsch-William (2021), kteří se ve Spojených státech amerických zabývají konceptem sdíleného traumatu, popisují na příkladech spojených s hurikánem Katrina či teroristickým útokem z 11. září 2001, že pracovníci, kteří si prošli stejným traumatem jako jejich klienti, jsou poté ve své praxi schopni větší empatie a porozumění. Na základě těchto výzkumů autoři předpokládají podobný dopad pandemie na chování a jednání sociálních pracovníků.

4.5 Zvládání stresu

Křivohlavý (2010) uvádí, že pokud se stres objeví, je u něj stejně jako u jiných zdravotních problémů nutná nejen správná diagnostika, ale také je nutné s ním dále pracovat. Odborníci, kteří se dlouhodobě věnují práci se stresem, hovoří o zvládání stresu. Pracovat se stresem může člověk dvěma způsoby. Buď chce člověk se stresem bojovat, nebo ho snášet. V druhém případě se však nedá mluvit o zvládání stresu. Samotné zvládání stresu obsahuje dva druhy činností. Nejdříve je potřeba odstranit stresor a následně by člověk měl pracovat na posílení vlastních sil pro další boj s negativními vlivy.

4.5.1 Typy osobností

Zvládání stresu také úzce souvisí s typy osobností. Již několikrát bylo zmíněno, že stres dopadá na každého trochu jiným způsobem. Na základě provedených výzkumů byly popsány dva typy osobností (Kraska-Lüdecke, 2007, s. 31):

Osobnost typu A je ctižádostivá, netrpělivá, silně orientovaná na výkon, je perfekcionistická. Ochotně přebírá odpovědnost za svůj díl práce. Zpravidla uvažuje v extrémech, všechno chce mít dokonalé: prostě buď všechno, nebo nic. Vnitřní neklid a napětí nebývají na první pohled patrné, naopak si druzí nezřídka myslí, že mají co do činění s naprosto klidným a sebevědomím člověkem.

Osobnost typu B jedná ve stresových situacích jinak, pozvolněji. Dokáže získat nadhled, věci bere jen tak vážně, jak je zapotřebí, do ničeho se nevrhá po hlavě. Zachová si klidnou hlavu, stanoví si priority, to, co je nepodstatné, odsune na druhou kolej. Tato osobnost si dokáže vydatně odpočinout, nepotřebuje se ustavičně za něčím hnát.

Dále bylo dokázáno, že osobnost typu A bývá náchylná ke kardiologickým a ischemickým chorobám. Riziko infarktu je dokonce dvojnásobně vyšší u osobnosti typu A než u typu B.

4.5.2 Strategie zvládání stresu

Křivohlavý (2010) doporučuje pro zvládání stresových situací vybudování své vlastní strategie. Strategie, tedy postupy zvládání stresu, jsou v návaznosti na způsoby odstranění stresu rozděleny do dvou druhů. Jedna strategie je vytvořena za účelem odstranění stresoru, druhá cílí na posílení obranyschopnosti jedince směrem k budoucím stresovým situacím, do kterých se člověk může dostat. Mezi strategie zaměřené na řešení problému můžeme zařadit například konfrontační zvládání stresu, hledání sociální opory či plánované hledání řešení problému. Strategie zaměřené na emocionální stav obsahují různé relaxační techniky jako například sport, procházka či meditace.

II. Empirická část

5 Metodologie výzkumu

Následujícími kapitolami se posuneme od teoretických východisek zaměřených na historické zakotvení sociálních a zdravotně sociálních pracovníků ve zdravotnictví, jejich současnému postavení v rámci multidisciplinárních týmů a obecných principů motivace a stresu k praktické části této diplomové práce. Výše uvedené teoretické oblasti se staly podklady pro samotné výzkumné šetření, jehož metody a techniky vedoucí k naplnění cíle této práce představím. Vzhledem k omezenému výběru informantů z jedné konkrétní organizace, nelze dle mého názoru výsledky generalizovat na další zdravotnické organizace zaměstnávající sociální a zdravotně sociální pracovníky.

5.1 Diskurz výzkumného problému

Během své studijní praxe, která probíhala v konkrétním zdravotnickém zařízení, jsem narazil na několik problematických oblastí týkajících se postavení sociálního pracovníka v rámci organizační struktury zdravotnického zařízení.

Vzhledem k tomu, že v dané organizaci jsem zároveň pracoval jako sociální pracovník, měl jsem možnost všimnout si problémů v chodu organizace i mimo studijní praxi. Uváděná zdravotnická organizace je krajským zařízením a spravuje několik poboček, které byly do struktury přiřazovány v průběhu času. Každá z těchto připojených poboček buď již měla sociálního pracovníka, nebo s tímto pracovním místem počítala. Avšak tyto pracovní pozice nebyly zařazeny pod oddělení sociálních služeb, které již v jedné z původních poboček fungovalo před převzetím těch zbývajících. Sociální pracovníci zmiňovaných poboček zůstali ve starých organizačních strukturách, a to tak, že jedna ze sociálních pracovníc organizačně spadá pod náměstkyni ošetrovatelské péče, zatímco sociální pracovnice z další pobočky spadá pod jednu ze staničních sester z jednoho oddělení.

Ani jedna z uvedených pracovníc nemá na své pobočce nikoho podobně pracovní zařazeného jako je ona sama. Naproti tomu již zmiňované fungující oddělení sociálních služeb je složeno ze 2 sociálních pracovníc působících na akutních lůžkách, z nichž jedna je zároveň vedoucí tohoto oddělení, a ze 2 sociálních pracovníc pracujících pro neakutní, tedy následných oddělení organizace. Zastupitelnost pracovníků oddělení sociálních služeb funguje tak, že sociální pracovnice akutních oddělení se „vykrývají“ mezi sebou, a podobně se dokáží zastoupit sociální pracovníci neakutního oddělení. Další 2 sociální

pracovnice působí v původní pobočce organizace v rámci centra, které zahrnuje oddělení poskytující akutní i neakutní péči. Tyto pracovnice se v organizační struktuře nacházejí pod vedením tamního primáře celého centra. Dohromady tedy v rámci popisované organizace pracuje 8 sociálních pracovníků. Výkon sociální práce je na každém oddělení odlišný a v daném zdravotnickém zařízení pro něj neexistuje jednotná metodika. Sociální pracovníci organizace se vzájemně mezi jednotlivými pobočkami nepotkávají a nemají koncipovaný prostor mezi sebou sdílet například své zkušenosti či problémy.

5.2 Cíle výzkumu a výzkumné otázky

Hlavním cílem diplomové práce je popsat postavení sociálních pracovníků ve vybraném zdravotnickém zařízení, charakterizovat limity v práci sociálních pracovníků z tohoto postavení vyplývající a definovat spokojenost s jejich aktuálním postavením v rámci organizační struktury daného zdravotnického zařízení. Dále mě bude zajímat, zda cítí dostatečný pocit podpory a bezpečí ze strany svého přímého nadřízeného, potažmo zaměstnavatele.

Mezi další cíle práce patří také zjištění, zda se sociální pracovníci cítí být součástí multidisciplinárních týmů, nebo ještě vidí ve spolupráci s ostatními členy této pracovní skupiny rezervy. Za předpokladu, že pracovníci nejsou spokojeni s fungováním multidisciplinárního týmu, zajímají mě jejich nápady na zlepšení takové spolupráce.

Jedním z dalších cílů je analyzovat motivaci vybraných pracovníků k výkonu profese sociálního či zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví a také stresové faktory, které nejčastěji vnímají ve své práci.

Výzkumné otázky

- Jak sociální pracovníci vnímají své aktuální postavení v rámci organizace?
- Jak probíhá spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu organizace?
- Co je hlavní motivací k výkonu práce v dané oblasti?
- Jaké jsou nejčastější stresové faktory, které při své práci vybraní zaměstnanci prožívají?

5.3 Metody a techniky výzkumu

Jako výzkumnou metodu jsem zvolil kvalitativní design. Tento metodologický přístup můžeme definovat z několika úhlů pohledu, a to na základě způsobu sběru dat, metodě usuzování, typu získaných dat a na způsobu jejich následné analýzy.

Strauss a Corbin (1999, s. 10) definují kvalitativní výzkum jako *jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace. Může to být výzkum týkající se života lidí, příběhů, chování, ale také chodu organizací, společenských hnutí nebo vzájemných vztahů. Některé z údajů mohou být kvantifikovány, jako jsou například údaje ze sčítání lidu, ale analýza samotná je kvalitativní. Ve skutečnosti je termín kvalitativní výzkum zavádějící, protože to pro každého může znamenat něco jiného.*

Autoři Švaříček a Šedřová (2007, s. 24) uvádějí, že *podstatou kvalitativního výzkumu je do široka rozprostřený sběr dat bez toho, že by na počátku byly stanoveny základní proměnné. Stejně tak nejsou předem stanoveny hypotézy a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předtím někdo vybudoval. Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech.*

Kvalitativní přístup k výzkumu jsem zvolil záměrně, protože jsem chtěl odhalit konkrétní zkušenosti informantů. Konkrétní výzkumnou metodou této práce je metoda akčního výzkumu.

Hendl (2005, s. 138) uvádí, že *akční výzkum vznikl na základě kritiky tradiční, jak hermeneuticky, tak pozitivisticko-empiricky orientované sociální vědy. Kritizován byl především nedostatek jejího praktického vlivu. Dle autora by se tato metoda výzkumu měla řídit třemi zásadami:*

- *výzkumníci i zkoumaní mají stejné postavení;*
- *témata zkoumání jsou vztažena k praxi a mají emancipační charakter;*
- *proces výzkumu je procesem učení a změny, výzkum a praxe mají jít ruku v ruce.*

Průběh akčního výzkumu by se měl řídit podmínkami v terénu a měl by pružně reagovat na vzniklé situace a potíže.

Zkušenosti jednotlivých informantů jsem získával technikou rozhovorů, přesněji technikou polostrukturovaných rozhovorů. Celkem proběhlo 6 rozhovorů a byly zaměřeny na 5 základních oblastí, které vycházejí z teoretických základů této práce:

- praxe, vzdělání a zkušenosti pracovníků (tuto oblast otázek považuji za „rozehřívající“);
- postavení pracovníků v rámci organizační struktury;
- spolupráce v rámci organizační struktury;
- motivace pracovníků;
- hlavní stresové faktory, které pracovníci prožívají při výkonu své práce.

Mišovič (2019) tento typ rozhovoru řadí vůbec k nejpoužívanějšímu způsobu práce v kvalitativně zaměřených výzkumech. Je oblíbený díky své dostupnosti, flexibilitě a pochopitelnosti. Podle něj leží polostrukturovaný rozhovor na pomyslné hranici mezi rozhovory strukturovaným a nestrukturovaným.

Polostrukturovaný rozhovor by měl mít základní kostru sestavenou z připravených otázek, které výzkumník směřuje k identifikaci výzkumných témat. Výzkumník by měl mít nachystanou sadu otázek, které určitě musí položit. Poté sadu doplňujících otázek, které podle vývoje rozhovoru mohou zaznít. Poslední sada se skládá z otázek, které výzkumník nachystané předem nemá, ale vývojem rozhovoru pocítuje potřebu je položit. Výzkumník může během rozhovoru používat různé pomůcky jako například osnovu rozhovoru nebo záznamový arch pro poznámky. Příprava těchto pomůcek může mít psychologický dopad na aktéra výzkumu, protože vidí, že se výzkumník na rozhovor připravil (Mišovič, 2019).

Osnova polostrukturovaného rozhovoru, který byl použit při tomto výzkumu, obsahovala 17 základních otázek a zároveň sloužila jako záznamový arch.

Přehled otázek vytvářejících osnovu polostrukturovaného rozhovoru:

- Jak dlouho působíte v organizaci?
- Jak dlouho působíte v praxi a jaké jsou vaše pracovní zkušenosti?
- Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
- Jaký je váš názor na požadavky vztahující se k výkonu profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví?

- Popište, kde se v současné chvíli nacházíte v rámci organizační struktury.
- Jaké máte možnosti konzultace, opory či zpětné vazby?
- Vyhovuje vám současné zařazení, případně jaké jsou vaše návrhy na změnu?
- S kým a v jaké intenzitě spolupracujete?
- Popište, jak spolupráce probíhá.
- Jaké limity vidíte ve spolupráci?
- Co vás na práci baví a co vám tato práce přináší?
- Jak jste spokojeni s pracovními podmínkami?
- Jak jste spokojeni s benefity?
- Jak využíváte možnost vzdělávání?
- Jak hodnotíte náročnost své práce?
- Jaké jsou nejčastější stresové faktory, s kterými se při výkonu práce setkáváte?
- Jaké by byly případné důvody pro váš odchod z profese?

Provedené rozhovory byly nahrány na záznamové zařízení a poté doslovně přepsány. Zandlová (in Novotná, Špaček, Šťovíčková Jantulová; 2019, s. 347) uvádí, že již samotný přepis rozhovoru se dá považovat za první krok analýzy výsledků výzkumu. Dále pak autorka definuje doslovný přepis neboli doslovnou transkripci *za takový způsob přepisu, kdy zachytíme jen slova ze záznamu, tedy skutečně lexikální přepis řečeného. Zaznamenáváme mluvený jazyk do psaného textu. Snažíme se zachytit nespisovné i slangové výrazy, gramatické chyby, přechytlivky atd., ale ne mimoslovní projevy.*

Doslovné přepisy jsem následně analyzoval pomocí otevřeného kódování, kdy jsem přiděloval kódy celým větám, odstavcům či celým větným celkům.

Během výzkumu byla použita také technika zúčastněného pozorování. Gavora (2000) uvádí, že v průběhu kvalitativního výzkumu by výzkumník měl zaznamenávat téměř vše, co se ve sledované oblasti za sledované období stane. Z poznámek, které vzniknou během sledování, si výzkumník skládá celkový obraz o zkoumané situaci a snaží se přitom vysvětlit děj z pohledu zkoumaných osob, nikoliv na základě vlastního názoru. Konkrétně byl během výzkumu sledován pracovní proces informantů a jejich prožívání sledovaného období.

5.4 Výzkumný vzorek

Výsledný výzkumný vzorek se sestával ze 6 informantů. Vzhledem k povaze výzkumu byl výběr informantů záměrný. Informanti byli vybráni na základě svého pracovního zařazení ve vybrané zdravotnické organizaci. Jedná se o sociální pracovníky či zdravotně sociální pracovníky krajské zdravotnické organizace, která neposkytuje své služby na území hlavního města Prahy.

Tento výběr výzkumného vzorku popisuje Gavora (2000) jako výběr dostupný a spatřuje tuto volbu jako ulehčující, a to hlavně díky tomu, že výzkumníkovi ušetří čas. Dostupný výběr je de facto zacílení na nejbližší prostředí, ve kterém může výzkumník provést své šetření, a proto se nedá toto šetření zobecňovat na jiná prostředí s podobnými charakteristickými rysy.

Původní záměr byl spolupracovat se 7 informanty, ale jeden z informantů si svůj původní souhlas ke spolupráci na tomto výzkumu rozmyslel. Další informant, který by splňoval podmínky výběru ke spolupráci, se během výzkumu sice vyskytl, spolupráce s ním však zahájena nebyla, protože přestal podmínky splňovat – odešel z organizace.

Všech 6 spolupracujících informantů výzkumu splňuje legislativní podmínky pro výkon sociální práce ve zdravotnictví. Jejich délka praxe v oboru sociální práce se pohybuje od 8 do 39 let a každý z informantů má pracovní zkušenosti i v jiné organizaci. Nejnižší dosažené vzdělání informantů bylo středoškolské vzdělání zakončené maturitou, nejvyšší dosažené vzdělání pak ukončené vysokoškolské vzdělání v bakalářském studiu. Každý z dotazovaných informantů působí v organizaci na hlavní pracovní poměr.

5.5 Etické aspekty výzkumu

Hendl (2005) uvádí, že etickým otázkám by při společenskovědním výzkumu měl být věnován zvláštní důraz. Výzkumník by se především měl věnovat otázkám soukromí, emočního bezpečí, informovaného souhlasu či anonymity.

Před zahájením samotného výzkumu byla s požadavkem na provedení výzkumu oslovena vybraná organizace. Konkrétně bylo emailem osloveno vedení personálního oddělení zdravotnického zařízení, které s provedením výzkumu v zařízení souhlasilo.

Zmiňované oddělení obdrželo informace o záměru výzkumu, způsobu výběru informantů či způsobu provedení výzkumu. Korespondence s personálním oddělením a vyjádření souhlasu k provedení výzkumu není z důvodu zajištění anonymity součástí této práce.

Každý z vybraných informantů byl před zahájením samotného výzkumu jednotlivě osloven s dotazem, zda by měl zájem výzkumu se účastnit. Všichni oslovení informanti zpočátku souhlasili s účastí na výzkumu a individuálně jsme si domlouvali možné termíny rozhovorů a způsoby jejich provedení. Domluvit si termíny rozhovorů se povedlo se všemi 7 původně vybranými informanty, jeden z informantů se však těsně před smluveným termínem výzkumu telefonicky omluvil vzhledem k obavám týkajících se možných dopadů svých odpovědí na jeho pracovní vztahy a zařazení. Tyto obavy jsem se snažil potenciálnímu informantovi vyvrátit zaručením jeho anonymity při zveřejnění výsledků výzkumu a soukromí při rozhovoru, avšak jeho odmítavý postoj ke spolupráci na výzkumu se mi nepodařilo zvrátit. Během tohoto telefonického rozhovoru, který trval přes 20 minut, mi informant nevědomě zodpověděl téměř všechny otázky, které jsou obsaženy v polostrukturovaném rozhovoru. Odpovědi sice výrazně dokreslují výsledky výzkumu, nýbrž se domnívám, že jejich zveřejnění by bylo proti všem etickým zásadám společenskovedního výzkumu. Potenciální informant byl totiž na závěr našeho rozhovoru ujištěn o skutečnosti, že proběhnuvší hovor nebyl nahráván a sdělené informace nebudou v rámci výzkumu uveřejněny. Z výše uvedených důvodů a po konzultaci s vedoucím této práce jsem se rozhodl jeho odpovědi ve výzkumu nezveřejnit.

Ostatní informanti byli před zahájením samotného výzkumu informováni o účelu a průběhu výzkumu. Zároveň byli ubezpečeni o dodržení anonymity v průběhu rozhovoru i po jeho skončení. Dále byli informováni o nahrávání rozhovoru na záznamové zařízení. Všichni zúčastnění informanti následně vyslovili souhlas se zpracováním a nahráváním jejich odpovědí. Informovaný souhlas je vyřčen každým informantem na příslušné nahrávce. Tento postup považuji za dostatečný, proto jsem již nevolil formu písemného informovaného souhlasu.

Rozhovory s informanty probíhaly jednotlivě, v individuálně předem sjednaných termínech. Každého rozhovoru se účastnil pouze informant a výzkumník, a to v samostatných prostorách, kde nehrozilo, že by rozhovor byl vyslechnut další osobou.

Každý informant byl před rozhovorem ubezpečen, že se nejedná o vědomostní typ otázek a jeho odpovědi nebudou hodnoceny ani jako dobré, ani jako špatné. Zároveň jsem každého z dotazovaných ujistil, že nemusí znát odpovědi na všechny otázky, případně pokud nebude chtít na některou z vyslovených otázek odpovědět, je to jeho rozhodnutí, které budu respektovat. Každý z informantů měl možnost se dotázat na smysl položené otázky nebo mohl požádat o přeformulování dotazu.

Informanti měli dostatek času na zodpovězení otázky, nikdo z nich nebyl přerušován či upozorňován na dobu, kterou si nechává pro podání odpovědi. Výzkumník se k informantům snažil přistupovat v duchu přístupu zaměřeného na člověka, také známého jako PCA.

Vzhledem k zajištění větší pravděpodobnosti anonymizace úzkého výběru informantů v celé práci neuvádím konkrétní název organizace. Podle mého názoru identita organizace nijak zásadně nepřispívá k pochopení problematiky a zjištěných poznatků.

Dále v textu většinou nspecifikuji pracovní zkušenosti, délku praxe, přesné pracovní zařazení, místo výkonu práce či dosažené vzdělání jednotlivých informantů. Tyto informace nejsou uváděny, především protože jejich uvedení by mohlo napomoci k odhalení identity informantů. Pokud je například uvedeno pracovní zařazení, považuji zveřejněné informace, z pohledu informanta, za bezpečné a dokreslující zjištěné skutečnosti. Působení a vztahy jednotlivých informantů již byly naznačeny v předchozím textu a jejich hlubší rozbor není vzhledem k cílům práce natolik relevantní, aby jejich zveřejnění ohrozilo anonymitu informantů. Zároveň v celém textu nejsou použita žádná jména. Níže v textu, zabývajícím se interpretací získaných dat, používám pro informanty označení složené z písmene I (počáteční písmeno termínu informant) a číslice 1–6 (počet účastníků výzkumu), kdy citace informantů nejsou přiřazované dle skutečnosti, a to za účelem udržení anonymity každého účastníka výzkumu.

5.6 Pozicionalita výzkumníka

Zde je na místě uvést, že v organizaci, v níž byl výzkum prováděn, jsem 6 let pracoval na pozici sociálního pracovníka jednoho z neakutních oddělení tohoto zdravotnického zařízení, a to i v průběhu výzkumu. Díky tomu jsem měl snadnější přístup k získání svých informantů.

Byl to již druhý výzkum, který jsem v organizaci prováděl. První výzkum byl realizován v rámci mého bakalářského studia a byl zaměřen na pracovní náplň sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Tohoto výzkumu se účastnila polovina nynějších informantů. Tato předchozí zkušenost napomohla bezproblémové spolupráci. Výše zmíněná polovina respondentů mi jako výzkumníkovi již na základě nabyté zkušenosti důvěřovala, tudíž jsem je nemusel složitě přesvědčovat k účasti na výzkumu. Se všemi informanty se osobně znám, proto ani zbývajících 3 kolegy nebylo těžké přesvědčit ke spolupráci, a rozhovory byly vedeny v přátelském duchu.

Jsem si vědom toho, že tento vztah s informanty může mít vliv na výsledky výzkumu. Nikdo z účastníků výzkumu nebyl v organizační struktuře zařazen pod mé přímé vedení, tudíž nebyl důvod obávat se, že za vyřčení svých názorů by z mé strany mohl následovat nějaký postih pro dotyčného informanta.

Každý z kolegů účastnících se výzkumu byl zároveň již před zahájením rozhovorů informován o mém rozvázání pracovního vztahu s organizací. Myslím si, že tato informace mohla být pro některé informanty podstatná. Neviděli ve mně konkurenci, která by jejich odpovědi mohla využít například ve svůj profesní prospěch.

Dále si uvědomuji, že má znalost prostředí a informantů mohla být do jisté míry limitující. Tím, že s účastníky mluvíme takzvaně jedním jazykem a máme zkušenosti s fungováním vybrané organizace, mohly některé informace buď zapadnout, a nebo nebyť zmíněny. Tomu jsem se však snažil vyvarovat a dotazy pokládal tak, jako bych informanty a organizaci znal jen minimálně. Tímto způsobem jsem k rozhovorům přistupoval z toho důvodu, abych z nich vytěžil co možná nejvíce relevantních informací, které poskytují přesný obraz toho, jak se informanti ve své pracovní pozici cítí.

5.7 Sběr dat

Samotný sběr dat probíhal v termínu od 19. 3. do 6. 5. 2021. Délka sběru dat byla ovlivněna možnostmi jednotlivých respondentů. Do tohoto období se výrazně promítla také covidová situace, kdy jsme některé již naplánované termíny rozhovorů s informanty museli měnit. Uskutečnění jednoho z rozhovorů se nepovedlo dokonce třikrát a vyšel až čtvrtý pokus. Nejčastějším důvodem pro odklad byla nemoc informanta nebo neočekávaný pracovní úkol, který informant nemohl odložit.

Nejkratší rozhovor trval 33 minut a 35 sekund, nejdelší pak 43 minut a 42 sekund. Pět rozhovorů bylo vedeno osobně, a to v prostorách, které si zvolili sami informanti. Většinou se jednalo o kanceláře informantů, v jednom případě to byla prázdná společenská místnost oddělení. Jeden rozhovor na žádost informanta probíhal telefonicky.

Informanti nebyli předem seznámeni se scénářem rozhovoru, pouze měli informace o hlavním tématu výzkumu.

Všechny rozhovory byly nahrávány přes mobilní telefon. Během rozhovorů jsem si s vědomím informantů dělal poznámky, které posloužily k prvnímu rozřídění získaných informací. Nahrávky byly následně doslovně přepsány a editovány pomocí online aplikace Beey.io, provozované společností NEWTON Technologies.

Žádný z účastníků výzkumu neměl zpětně potřebu poskytnuté informace pozměnit či doplnit.

6 Interpretace zjištěných dat

V této kapitole budou interpretována získaná data z uskutečněných rozhovorů. Data interpretuji v logické posloupnosti tak, jak rozhovory probíhaly, dle struktury popsané v předchozí kapitole. Pro dokreslení celkového obrazu budou jednotlivé interpretace doplněny o citace jednotlivých respondentů. Jak již bylo uvedeno, jedná se o doslovné přepisy, proto tyto části přímé řeči uvádím v uvozovkách a kurzívou, včetně případných gramatických chyb či slangových výrazů. Některé doslovné přepisy jsou pro lepší pochopení myšlenky informanta doplněny o poznámku autora.

6.1 Interpretace zjištěných dat dle jednotlivých kategorií

Požadavky na vzdělání

Informanti se v otázce požadavků na odborné vzdělání shodují na tom, že pro výkon sociálního pracovníka ve zdravotnictví je potřebné vysokoškolské vzdělání, není podle nich však nutné mít magisterské vzdělání. Jeden z informantů je přesvědčen o tom, že pakliže přichází do zdravotnictví člověk vystudovaný v oboru sociální práce, měl by mít rozšířené vzdělání o znalosti týkající se zdravotnictví a zdravotní péče. Informant by byl pro rozšíření vzdělávacích osnov sociálních pracovníků o větší část věnovanou zdravotnickým tématům nebo by doporučoval přijímat pouze takové pracovníky, kteří mají vystudovaný vysokoškolský obor zaměřený přímo na sociální práci ve zdravotnictví. Všichni informanti se zároveň shodují, že nejpřínosnější a nenahraditelné jsou zkušenosti z přímo vykonávané praxe.

„No vzhledem k tomu, že je upřednostňovaný zdravotní vzdělání, tak bych možná, trošku jako přidala v tom zdravotním u těch, co teď studují tu školu spolu tak aby opravdu studovali ne sociální zvlášť a potom se dodělávali formou specializačního studia, ale aby to bylo už přímo jako v tom oboru, protože pak je to pro ně jako hrozně složitý, a myslím si, že, když pokud se rozhodnou to dělat, takže by měli jít rovnou na ten obor zdravotně sociální - Pardubice, Hradec, nevím, kde to ty obory jsou, ale že to je jako jednodušší pro ně, než to dostudovávat za pochodu. No z těch, co tady pracují třeba jedna kolegyně sama přiznává, že její byt' bakalář tak na to zdravotní prostě, tak je to pro

ni velký problém. A když už se někdo teda rozhodne přímo pro to zdravotnictví, tak by měl hned na začátku, vystudovat zdravotně sociální. Aby prostě to bylo pro něj pak jednodušší.“ (I1)

„Myslím si, že je určitě dobrý, když ta vysoká škola k tomu je, ale nemyslím si... Myslím si, že vzdělání určitě je Mariáne důležité, ale nemyslím si, že na tohleto musí být magisterskej titul už z toho důvodu, že si myslím, že nikdy to nebude tak ohodnocený, jako když potom studuješ na magistra psychologa, nebo jakýkoliv jiný obor, že zatím nejsme v České republice tak doceněný, že bysme se jim finančně vyrovnali, že pokud neděláš od srdíčka a s láskou, tak si myslím, že to není není jako jakoby ty finance nejsou až takový za to jako to mají jiný profese magisterskýho titulu. To nesrovnávám s lékaři, to je někde jinde.“ (I2)

„No, protože to je práce s lidmi, tak já si myslím, že opravdu by člověk měl mít minimálně to bakalářské studium a určitě by měl mít to jako zdravotní... i tu složku zdravotní i sociální, protože pracujeme ve zdravotnickém zařízení. Ta zdravotní složka tam je podle mě jako stěžejní.“ (I3)

„Tak vzdělání je určitě důležité, ale myslím si, že nejvíc mi dala praxe. Že bez té praxe, kterou mám, tak bych nemohla vykonávat jakoby třeba teďko samostatně pracovníka v nemocnici.“ (I4)

„Myslím si, že zdravotní sestra jako taková, by si měla dodělat vysokoškolský vzdělání. Myslím si, že kurz už jenom na sociálního pracovníka prostě nestačí nebo na pracovníka v sociálních službách. A co se týká toho, jestli si myslím, že je potřeba ještě další vzdělání. Tak, myslím si, že jo, protože potom člověk víc vidí do těch různých zákoutí nebo specifik toho problému spíš, když zná i tu zdravotní jakoby stránku než jenom tu sociální. Ta sociální jedna věc, ale bez té zdravotní se to v té nemocnici prostě neobejde.“ (I6)

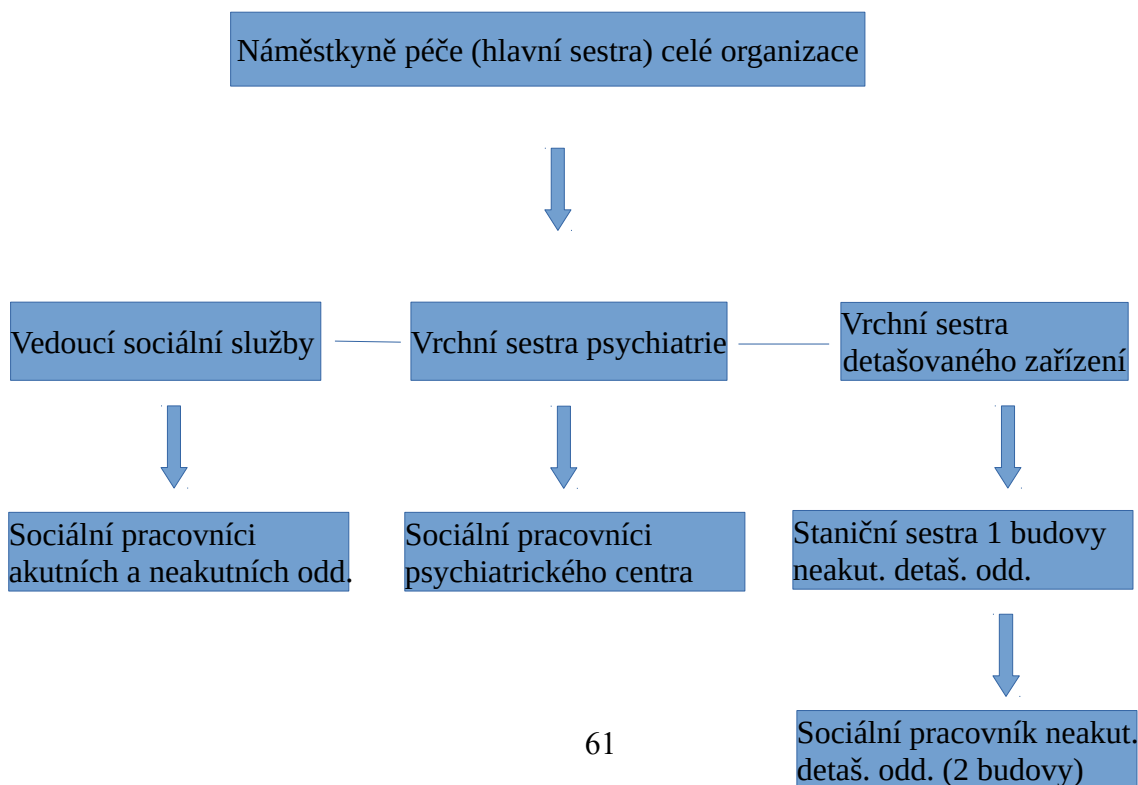
Zařazení v rámci organizační struktury

Tato část rozhovoru byla z mého pohledu pro všechny informanty nejtěžší. Občas se při odpovědi, jak sami přiznali, zamotali. Jeden z informantů je organizačně zařazen přímo pod náměstkyni péče a působí na lůžkách poskytující akutní péči. Tento informant je sice vedoucí sociální služby, ale ve výzkumu na to nebyl brán zřetel, protože se nepovažuje za pracovníka vrchních sester, ale spíše sociálních pracovníků.

„Já si nemyslím, že to je srovnatelné. To si úplně nemyslím, oni mají jiný kompetence věci, tak bych si netroufla to jako srovnávat. Proto jsem jako vedoucí a ne úplně jako vrchní. Prostě to tak... asi bych to nedokázala srovnat.“ (I5)

Dva informanti spadají pod vedoucího sociálního pracovníka oddělení sociální služby, kdy jeden z nich působí na akutních lůžkách a druhý působí na oddělení neakutním. Další dva informanti působí na odděleních psychiatrického centra a jejich přímou nadřízenou je vrchní sestra tohoto specializovaného centra. Poslední informant působí na detašované pobočce neakutního oddělení, které má dvě budovy, na nichž zajišťuje komplexní péči. Tento informant je organizačně zařazen pod staniční sestru jedné z budov. Na tomto místě cítím potřebu nastínit organogram organizace viz graf č. 1, týkající se výše popsaných pracovníků — náměstkyně péče, vrchních sester, staničních sester a sociálních pracovníků.

Graf č. 1:



„Ano, mám tady svoji nadřízenou, pracuje tam ještě druhá kolegyně a v kanceláři jsem s kolegou...Pracuji tedy jako zdravotně sociální pracovníce v nemocnici na oddělení následné péče.“ (I6)

„Spadám pod vrchní sestru, organizačně teda. No a jsem zaměstnanec nemocnice.“ (I2)

„Jako pracuju jako na oddělení psychiatrie v multidisciplinárním týmu, jo. Jsem jeho součástí, takže, pokud se něco řeší s pacientem, tak se to řeší za asistence lékaře, sestřičky zdravotní, psychologa a mě. Pod vrchní sestrou oddělení. To je moje nadřízená. Vlastně ty se zpovídám, když potřebuju dovolenou, když potřebuju prostě, tak to všechno řeším s vrchní sestrou, s primářem ne.“ (I3)

„Jsem umístěna pod staniční sestrou jednoho ze dvou oddělení. Pracuju vlastně pro obě oddělení.“ (I4)

Možnosti konzultace, opory, zpětné vazby

Touto částí rozhovoru jsem se snažil zjistit, zda sociální pracovníci pocítují dostatek opory při výkonu své práce, zda a od koho se jim dostává adekvátní zpětné vazby a také zda v případě potřeby mají možnost získat odbornou konzultaci či radu. Pět informantů odpovědělo, že dostatek zpětné vazby získávají od členů multidisciplinárního týmu, případně svých kolegů sociálních pracovníků, kteří jsou s nimi přítomni na oddělení. Zároveň tito informanti berou získanou zpětnou vazbu jako velmi žádoucí. Dále se shodují, že pokud potřebují získat nové informace z oboru, jsou schopni si je najít.

„Určitě, ale tak já myslím, že to není jenom o tom...o té pozici v té sociální službě, protože člověk většinu pracovní doby tráví na oddělení. A že je pro mě třeba důležitá i ta zpětná vazba jako ze strany personálu na oddělení, protože s těma v podstatě jednáš možná ve stejném rozsahu jako s tou kolegyní nebo s kolegy jinými. Pro mě je jako možná i důležitější ta zpětná vazba ze strany jako personálu na oddělení, na kterém se denně pohybuješ poměrně dost času. Nemyslím si, že my jsme úplně jako kancelářský lidi tady, a že to není jenom o tom kolegovi v té kanceláři, ale o těch všech s kterými denně jednáš.“ (I5)

„Velkou oporu a zpětnou vazbu od svého kolegy v kanceláři, na kterýho velmi dám. Samozřejmě se teda často radím i se svoji nadřízenou. Často ji i kontaktuju. Jenom proto, abych měla třeba jistotu, že to dělám správně. A často dám na svého kolegu, protože má převážně pravdu. Má na to jiný náhled, a většinou téměř je vždy správný. Spolupracujeme tady i se zdravotníma sestřičkama s lékaři s přednostou primářkou. Často ta zpětná vazba je třeba s přednostou. Někdy i s paní primářkou záleží, ale zpětné vazby většinou bývají, a to kladné.“ (I2)

„No, zpětnou vazbu nám poskytuje pan primář. To v každém případě, protože ten si, pokud se vám něco nepovede tak si servítky nebere. Jako jo, ne, je to všechno v mezích takový jako velice solidní spolupráce.“ (I1)

„Konzultujeme (myšleno s kolegyní sociální pracovníci - poznámka autora), protože naše práce, jak ti říkám navazuje, protože její pacienti přecházejí na moje oddělení. Takže potom konzultujeme, jak dál pracovat s tím pacientem, co pro něj můžu udělat, když postoupí ke mě na to oddělení. Takže určitě musíme spolupracovat.“ (I3)

Jeden z dotazovaných sociálních pracovníků by zároveň uvítal setkávání mezi ostatními sociálními pracovníky, kteří pracují v jiných zdravotnických zařízeních v rámci České republiky. Se setkáváním již má z minulosti zkušenosti a ocenil především možnost sdílení zkušeností z praxe.

„Trošku mě tady chybí taková ta co... Dříve to tady jako bylo, že jsem jezdili do tý Prahy tím na ty na ty pravidelný setkání těch sociálních vlastně tý asociace zdravotně sociálních pracovníků. Tak to teď mě docela jako chybí. To si myslím, že byla dobrá věc, protože tam si právě měl možnost srovnání s jinými zařízeními, a to mě tady docela chybí, no. To jako určitě jo. Že tady seš zaměřenej pořád jen na to svoje a nemáš možnost jako srovnání. A to si myslím, že jako je... Takže to bych určitě jako podpořila, kdyby se to znovu vrátilo a ta činnost by jela znovu.“ (I6)

Jeden z informantů je sice spokojen se zpětnou vazbou, nikoliv však s podporou ze strany přímého vedení. Informant má dojem, že podpora je mu dostatečně poskytována, v rámci externích vztahů, například při konfliktních situacích s pacientem, ale není mu dostatečně poskytována při řešení interních vztahů na pracovišti.

„Upřímně kdybych řekla, že ze strany vedení na 100 % silná podpora, tak není. To záleží hodně na situaci. Je tady jistá kolegyně, která je, která si připadá, že lepší. Jako na 100 % není silná podpora ze strany vedení.“ (I6)

Jeden z informantů výzkumu se ke zpětné vazbě nevyjadřuje, avšak je nespokojen s oporou ze strany svých přímých nadřízených. Má dojem, že práci sociálních pracovníků neuznávají a tudíž je jeho práce přehlížena. Jedinou oporu cítí v osobě spolupracujícího lékaře. Dále informant zmiňuje absenci kolegy sociálního pracovníka, se kterým by mohl konzultovat své pracovní postupy.

„Oni prostě práci sociálního pracovníka neuznávají. Podle mého názoru. Ony prostě viděj jenom jenom jediný, co, že když tady někdo odejde domů. Jinak si myslěj, že tam nic nedělám. To je můj pocit jako od nich. Jo, že prostě když já tam přijdu a něco po sestřičkách chci, tak ta staniční prostě jako prakticky, že je pomalu jako zdržuju ty sestry. Jo přitom je to prostě platný, já to od těch sestřiček potřebuju vědět jako proto tam jsem, že jo. Mě zajímá, ptám se jich na to. Takže jakoby ten pocit jakoby z toho, z těch sester prostě dobrej není, z těch staničních a hlavní. Přimo z týmu na oddělení nemám prakticky nikoho, kromě teda lékaře. Ted' tam mám prostě lékaře, kterej prostě, s kterým se dá jako konzultovat spoustu i těch sociálních věcí. Jinak co se vezme v rámci celý nemocnice, tak samozřejmě otravuju svýma problémama jiný sociální pracovníky, po telefonu. Protože osobně nemám šanci se s nima nějak sejít.“ (I4)

Spokojenost se zařazením v organizační struktuře

Celkem přirozeně na předchozí otázku navazovala ta o spokojenosti sociálních pracovníků s jejich současným zařazením v rámci organizační struktury. Čtyři informanti jsou se svým zařazením v rámci organizační struktury bez výhrady spokojeni.

„Já jsem se svoji práci spokojená nebo se svým postavením. Asi bych nic neměnila.“ (I6)

„Vyhovuje. Naprosto.“ (I2)

„Určitě.“ (I5)

„Naopak (na dotaz, zda by informant neměl být např. zařazen v organizační struktuře oddělení sociálních služeb – pozn. autora). Já si myslím, že to takhle je dobře jako udělaný, protože my jsme prostě úplně... Já nevím, jak to říct, ale to je úplně něco jiného než zbytek nemocnice.“ (I3)

Jeden informant je spokojen se svým zařazením v organizační struktuře, avšak nechápe, proč sociální pracovníci psychiatrických oddělení nejsou zařazeni ve struktuře oddělení sociálních služeb.

„Struktura té sociální služby je tady už mnoho let tak zvláště nastavená. Kdy teda 2 pracovníci jsou na následné péči. Pro akutní lůžka jsou 2 pracovníci. A pro mě celý život nesmyslně samostatně 2 sociální...dříve to byla 1, teď teda ve dvojici taky i na té na tom oddělení psychiatrie, které nevím, ne, nerozumím tomu od samého začátku. Nevím proč nespádají pod vedoucí sociální služby, když jsou vlastně. Jsme na stejné úrovni, že jo. Jenom je to prostě takový oddělení, který asi to nemá potřebu úplně měnit, ale mně to od samého začátku tohle přijde jako tady...Co jsem tady nastoupila, tak jsem tomu nikdy nerozuměla. Když tady je síť sociální služby pro jednu organizaci, proč by neměli všichni spadat pod jednoho vedoucího? Je to logický přece, že jo. Proč oni stojej vždycky jako samostatně nebo nemají jako.“ (I4)

Zároveň však nevidí důvod, proč by měli pod oddělení sociálních služeb spadat sociální pracovníci z detašovaných pracovišť.

„Nemyslím si, že psychiatry je detašované pracoviště. Pro mě je detašované pracoviště T a F (pracoviště v jiných městech než sídlí organizace – pozn. autora) v tuhle chvíli. A tam se přiznám, že si myslím, že je rozumný, když ty sociální pracovníci spádají tam pod jejich hlavní sestru nebo vrchní sestru, protože jsou to prostě už odloučená pracoviště a úplně je nelze prostě míchat nebo kombinovat tady s naší prací, protože to pracoviště každý má svoje.“ (I4)

Jeden z informantů není se svým zařazením spokojený. Má pocit, že právě kvůli stávajícímu zařazení v organizační struktuře nemá dostatek podpory od svých přímých nadřízených. Navrhuje řešení, které by z jeho pohledu pomohlo situaci, zároveň však přiznává obavu z toho, že se v budoucnu jeho postavení nezmění, protože nemá kolem sebe vhodnou koalici k prosazení požadované změny.

„Já si myslím, že by měla být zařazena tak, abych byla sociální pracovník pro celou tu nemocnici pro celou oblast, protože vlastně není jenom to oddělení, pod kterým já jsem. Pracuji i proto druhý oddělení, volají mi z ambulancí. Jo, když prostě je nějaký problém, něco někdo potřebuje v té nemocnici, jak pracovního tak třeba jako i soukromého, když maj prostě nějaký problém, s kterým by potřebovali poradit, tak jakože nejsem jenom proto jedno oddělení. Jsem jako pro všechny a myslím si, že bych měla být teda zařazena tak jako nějak neutrálně jakoby prostě ne pod konkrétním oddělením. Já si myslím, že minimálně pod hlavní sestru. Ne-li někde jako vejš, ale já tam vejš už nevím, jak tam hierarchie je. Nevím, kdo jako, kam by se dalo jakoby. Prostě rozhoduje o mně někdo, kdo prostě absolutně o mí práci třeba nic neví, jo, tak jako i třeba pod nějakýho jinýho sociálního pracovníka jakoby jo, ale prostě... Přijde mi prostě jako zdravotní sestra mi prostě přijde silně nepraktický. Ne samozřejmě to by byla jako jediná cesta, ale myslím si, že tam není jediný spojenec jako v mém případě. Jo, protože těm doktorům je to asi taky jedno jo, že ten sociální a má nějaký problémy. To je jako jeho problém, ne toho doktora. Doktor po něm něco chce, sociální to udělá. A že jo jakoby jeho úplně nezajímá, jakoby nějaký to další pozadí, co tam ten sociální pracovník musí třeba jako snášet nebo zažívat.“ (I1)

Složení multidisciplinárního týmu

Další část rozhovoru měla za úkol zjistit, s kým sociální pracovníci v rámci své organizace nejčastěji spolupracují. Zároveň také měla zodpovědět, zda se informanti cítí jako součást multidisciplinárního týmu. Všichni se jednotně shodují na faktu, že do multidisciplinárního týmu v rámci jejich oddělení patří. Dále jsou informanti téměř za jedno v tom kdo další patří do tohoto týmu, a nikdo z oslovených nenavrhuje změnu složení multidisciplinárního týmu.

„S každým. Od sekretářky, přes kolegyni, přes všechny sestry až po primáře a vrchní. Přičemž musím říct, že u nás ten kolektiv je velice dobře vyladěný. Primář si vybírá velice dobrý odborníky, lékaře. Je to mladý kolektiv.“ (I1)

„Ano, pracuji nebo spolupracuji se zdravotním personálem, to jsou zdravotní sestřičky, ošetřovatelé a sanitáři. Často toho pacienta znají lépe než lékař. Pak tady jsou samozřejmě lékaři. Pan přednosta paní primářka, vrchní sestra, rehabilitační pracovníci. Takže opravdu se všemi. Každý na to má jiný náhled, rehabilitační sestra třeba řekne, že pacient je spolupracující v rámci možností. Zdravotní personál třeba řekne, že pacient je úplně pasivní. Lékař to taky vidí, každý lékař má jiný názor.“ (I3)

„No, tak už nikdo jinej tam není (informant se již jednou tématu složení multidisciplinárního týmu dotkl, nyní následovala snaha o rekapitulaci – pozn. autora), tak jako je tam lékař, je tam psycholog, sociální pracovník a zdravotní sestra, většinou psychiatrická.“ (I2)

„No tak. Prvořadě lékař primář a zdravotní sestřičky a v neposlední řadě i ošetřovatelky nebo ten nižší personál. Jo, zapoměla jsem ještě na rehabilitační pracovníky.“ (I5)

„Tak od těch nejzákladnějších, to znamená ošetřující personál - sestry a lékaři. Občas výjimečně logoped, dietní sestra, když je potřeba a samozřejmě rehabilitační. Pak máme psychologa, protože jsou pacienti, s kterými se opravdu musí jednat o nějakých konzultacích, jak na toho pacienta, tak i s psychologem.“ (I6)

„Spolupráce probíhá se všemi včetně lékařů, včetně sester, včetně ošetřovatelek, včetně uklízeček. Takže gro jsou určitě zdravotní sestry. Komunikace se zdravotní sestrou, která z mého pohledu zná pacienta často lépe než ošetřující lékař“ (I4)

Průběh spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu

Po výčtu členů multidisciplinárního týmu mě zajímal způsob, jakým tento tým spolupracuje. Jestli mají pravidelné aktivity, kdy mohou probírat potřebná témata, případně jak často se takto scházejí. Způsoby spolupráce se liší dle jednotlivých pracovišť. Například hlavním rozdílem mezi sociálními pracovníky pracujícími na akutních

a následných oddělení je ten, že pracovníci akutních oddělení se neúčastí žádných společných aktivit oddělení, jako jsou například lékařské vizity či ranní hlášení. Pracovníci psychiatrického oddělení, ať už akutních či následných lůžek, se společných aktivit také účastní.

Informanti, kteří se účastní výše zmíněných pravidelných společných aktivit multidisciplinárního týmu, mají tuto možnost zpravidla každý den na ranním hlášení. Toto hlášení můžeme chápat jako poradou nad nově vzniklými situacemi týkajícími se buď pacientů zdravotnického zařízení, nebo jeho chodu. Dále jsou tito informanti přítomni lékařským vizitám, které se někdy nazývají jako velké, přičemž se při nich probírá každý pacient dotyčného oddělení.

„Každé úterý, to co zjistím, co udělám, co hodlám dělat, prezentuju na poradě nad chorobopisy než jdeme na velkou vizitu a každé ráno zahajujeme poradou u primáře, kde dělám totéž. To je před vizitou (myšleno poradou nad chorobopisy – pozn. autora), ale každé ráno to, co je akutní a co je potřeba řešit ten den, nebo co nejdříve.“ (I1)

„Ráno se vidíme na ranním hlášení, který probíhá mezi osmou devátou hodinou, vlastně je setkání s přednostou primářkou vrchní sestrou lékařů my a ve středu k tomu bývá navíc fyzioterapeut nebo staniční sestra rehabilitačních pracovníků. Setkáváme se každý den většinou ráno nebo v dopoledních hodinách, pak po velkých vizitách (nad rámec ranních hlášení – pozn. autora).“ (I4).

„Tak každý den je sedánek s primářem s ošetřujícím lékařem a se staniční a vrchní - hlavní sestrou. To probíhá jakoby každý den. S těma sestřičkami a to tam je individuální, tam není žádná schůzka na těch odděleních nebo něco tam je to vždycky prostě když něco potřebuju, tak si tam zajdu a vyřídím si to.“ (I6)

„Každý den se scházíme v 8.30 na oddělení. U tabule, kde máme vlastně jména, rodná čísla, diagnózy pacientů a postupně si každý den, každého pacienta v tomhle tom týmu, jak jsem řekla, probíráme a řekneme si, co by bylo potřeba v tom dni s tím člověkem řešit. Což se to den ode dne mění, že jo, protože záleží na tom, jak ten zdravotní stav toho pacienta dovoluje, takže to vlastně řešíme každý den na sesterně. Tak my to řešíme pokaždý o velký vizitě Mariáne, pokaždý ano. To je každý týden. Jedno dopoledne strávený

i s panem primářem, s vrchní sestrou, staniční sestrou, kde se ten tým rozroste o tady ty osoby a řešíme potom samozřejmě na velký vizitě. Ale to je jednou týdně v tomhleto počtu, ale denně potom v tom, jak jsem říkala.“ (I2)

Jak již bylo výše popsáno, informanti na akutních odděleních nemají nastavená pravidelná setkání, kdy by se v rámci multidisciplinárního týmu scházeli a probírali potřeby pacientů nebo nově vzniklé situace. Jejich spolupráce je nahodilá a dle aktuálních potřeb, ať už ze strany lékaře, sociálních pracovníků, pacienta či ošetrovatelského personálu.

„Jsou... Jsme si navzájem k dispozici v podstatě kdykoliv během dne, když někdo z nás něco potřebuje, tak se prostě oslovíme. Není to ani v žádném objednacím termínu. Ani mě si neobjednávají v nějakém systému a je to většinou tak, jak kdo potřebuje z nás. To by, ale v rámci nemocnice nebylo možné (myšlena pravidelná účast na společných aktivitách týmu – pozn. autora). Pro ty všechny akutní lůžka, to by ani nebylo technicky proveditelný.“ (I5)

„Určitě pravidelný setkání ne. Je to o tom běžným kontaktu, které je založeno na objednání (telefonicky – pozn. autora) sociálního šetření. Když jdu za sestrou, tak řeším pacienta, neřeším můj problém, sestry problém, problém nějaký chodu oddělení, ale bavíme se cíleně o problému toho pacienta. A takže nemáme tu určitě žádnou asi strukturu.“ (I3)

Limity spolupráce multidisciplinárního týmu

Následující kategorie opět přirozeně navazuje na tu předchozí. Zajímalo mě, zda nastavená spolupráce funguje, případně jaké limity spolupráce informanti shledávají a jaká řešení by případně navrhovali pro zlepšení této multidisciplinární spolupráce.

Dva informanti jsou s nastavenou spoluprací multidisciplinárního týmu spokojeni a nic by na způsobu spolupráce neměnili. Vyhovuje jim nejen to, že mají společný prostor pro setkávání se s ostatními členy týmu, ale také formát těchto setkání.

„Já si myslím, že teď je to úplně vyhovující. Co jsme jakoby přešli na tohle to, že se scházíme i v tom menším týmu jakoby vyloženě na tom oddělení, tak je to úplně perfektní, protože opravdu tam se referuje každý den o každém člověku a máš tu šanci prostě odchytit i toho ošetřujícího lékaře. Nemusíš čekat, kdy nemá zrovna pohovor s rodinou nebo prostě, kdy nepíše propouštěcí zprávy nebo denní dekurzy. Víš co, tohleto bylo často ten problém, že jsme prostě se nedočkali toho času od toho ošetřujícího lékaře, protože byl zaneprázdněnej a teďko díky tomu, že se takhle ráno sejdeme, tak máme jako větší šanci si to hned na tom místě všechno říct a pořešit.“ (I1)

„Tady to je, si myslím, velice dobře zorganizované. Každý si tam řekne svoje. Mě těší to, že se můj názor v potaz jako velice často, že teď koneckonců to přináší doba, no.“ (I3)

Další tři informanti vidí problémy spolupráce především v komunikaci s ostatními členy týmu. Ve většině případů se jedná o problematickou komunikaci s lékaři. Informanti si například stěžují na jazykové bariéry s lékaři zahraničního původu nebo nezastizitelnost ošetřujících lékařů. Popsané situace informantům připadají z jejich pozice spíše nezměnitelné.

„U stálých lékařů je to většinou stejný domnívají se, že pacienta znají nejlépe a jsou v kontaktu s rodinou. Stálí lékaři se domnívají, že své pacienty znají nejlépe, takže většinou ani konzultovat nic nechtějí. Řeší se vlastně pacient v té době, když se řeší plánované propuštění. Pokud to jsou tzv. stážísté, tak ty zájem většinou mají, ty chtějí plánovat, řešit pacienta, znát zdravotní nebo znát sociální situaci a jak to bude dál. Když to řeknu sama za sebe v tuhle chvíli, tak lékař většinou nemá čas, moc informace nechce vědět. Zajímá ho pouze propuštění, kdy bylo vyjednáno s rodinu. Aktivita ze strany stávajících lékařů je taková, že podle mě jim je úplně jedno, co bude, hlavně že to bude za ně vyřešeno. Lékař sám se nezajímá, jestli bude schůzka v 9 v 10. Je jim to jedno. Nějaká motivace lékaře? Nový přísun? Nedokážu úplně odpovědět. (odpovědi na dotaz: Co by danou situaci mohlo změnit? - pozn. autora). Podle mě v tuhle chvíli tady jsou lékaři vyhořelí. Je tady mladý lékař, který se domnívá, že jako muž tomu dá tady asi jiný směr. Jsou tady převážně i cizinci, je tady komunikační bariéra. I z ošetřujících lékařek

je dlouhodobě vyhořelá a s ní není možný nastavit nějaký nový směr něco nového. Komunikační bariéra je poměrně velká. Často si nerozumíme, nerozumí s rodinami s personálem. Mají svoji pravdu.“ (16)

„My spíš máme problém s tím, že se lékaři hrozně střídají. Takže v tom je jako problém, ale to je neošetřitelná. Prostě, když by se na tom oddělení, jako je třeba na následné péči, byl pořád nějaký kmenový lékař, který tam je pořád a když se tam na něj obracejí, tak je to asi jednodušší, než když se ty lékaři po měsíci střídají. Ale jinak asi v zásadě ne. Ne vždycky ten vedoucí lékař, zase ví o všem. Do té míry, do které to potřebuju já vědět. On ví, že tam ten pacient je. On ví, že je tam s něčím, ale takový ty podrobnější věci, které už potom rozebírám s tím ošetřujícím bezprostředně, tak o tom už nemusí být úplně informovaný. To asi není v jeho silách, aby, aby o každém věděl všechno, co bysme potřebovali. Nikdy nikdo nenavrhnul něco jiného, že by mu to nevyhovovalo tak. Jestli by to mohl udělat jinak, že mu to takhle nevyhovuje, a že by chtěli něco jiného.“ (12)

„Tady často objednávají sociální šetření sestry, možná v dobré víře neříkám, že všechno je špatně, ale je to o tom, že pak vlastně...Já to dělám celý život tak, že pak samozřejmě oslovím lékaře předtím než oslovím rodinu tak chci mluvit s doktorem. A ten doktor teď v poslední době často o tom ani neví, že to sociální šetření je objednaný a často je překvapen. Bohužel i často je to o tom, že už třeba v tom mezidobí on už dávno s tou rodinou komunikuje, není tam žádný problém, takže mě...takže vlastně on to sociální šetření stopne s tím, že se kdyžtak domluvíme, když by byla nějaká změna. To teď se tady tak trošku rozšířilo, ale říkám třeba to ty sestřičky myslí v dobré víře při přijetí, tak už taky mají nějaké zkušenosti. Není to teď úplně ojedinělý, trošku mě to vadí.“ (15)

Jeden informant vidí problém především ve složení týmu, který se účastní pravidelných denních hlášení. Má dojem, že změna složení by napomohla k předávání relevantnějších informací o dění na oddělení a o pacientech daného oddělení.

„No, tak já chápu, tu ranní poradu, to je spíš tak podle mě jako pro ty lékaře pro primáře, aby věděl to základní, co se bude jako dít, ale pro mě by bylo užitečnější schůzka, lékař plus denní sestřička, která tam pracuje. Než ta staniční. Ta staniční mi vlastně nic

nedává, kdežto, když se ta schůzka prostě jakoby s tou sestrou, která je tam od pondělí do pátku a lékař, tak si myslím, že by se dalo řešit jakoby spoustu věcí při tý schůzce konkrétní. A prostě byli by ty 3 lidi, který by věděli přesně co se děje a bylo by to prostě jako podle mě... Ta komunikace jakoby snazší, přehlednější si myslím já. Jo, v pohodě jako.“ (I4)

Motivace informantů

Odpovědi informantů na otázky zaměřené na jejich motivaci mě osobně velmi zajímaly. Byl jsem zvědavý na důvody, které některé informanty i po 30 letech jejich praxe dále motivují v pracovním nasazení. Dostalo se mi od všech informantů téměř shodných odpovědí. Informanti se shodovali v tom, že největší motivací je pro ně spolupráce s pacientem/klientem, a to především taková, která přináší pozitivní výsledek pro daného pacientka/klienta a jeho rodinu. Jeden z informantů přiznává, že práce sociálního pracovníka je pro něho životní náplň a neumí si představit, že by odešel z praxe.

„Tak mě ta práce baví, to není o tom, že by mě ta práce nebavila. Proto to dělám, protože chci těm lidem pomáhat. Vidím tam jakoby ty úspěchy raduju se z toho, že se ty lidi podaří dostat třeba do nějakýho domova seniorů nebo prostě s těma rodinama, když se podaří vymyslet, jestli že se ten člověk může vrátit. Pro mě ta práce jako smysl má, ale má to i tu druhou stránku.“ (I1)

„No takhle, já mám... to mám celý život postavený tak, že pomáhám člověku, který tu pomoc potřebuje. No, takže tam jako člověk zaměřuje nejvíce toho svého zápalu a toho zaujetí. Já to mám úplně vnitřně nastavený směrem k onkologickým pacientům. Protože já jsem na té onkologii pracovala, že tam ta práce má nějaký smysl. Takže určitě prvotně pomoc člověku, který se dostal do situace, kdy tu pomoc potřebuje a je za ní vděčnej a... Tam vidím smysl té práce. Určitě ne tam, kde ti ve finále ta práce přijde jako nesmyslná, zbytečná. Komu jinýmu pomoc než člověku, který je nemocný a nemám možnost si třeba tu situaci ošetřit sám.“ (I5)

„Motivuje mě to, když se pacient vrátí zpátky domů. Pro mě je úspěch to, že, prostě komunikuje, funguje rodina má zájem řeší to. Jakýkoliv návrat pacienta zpátky domů je pro mě velký úspěch, i když se třeba podaří umístit do domova pro seniory, i to je pro mě velkou motivací. Ráda komunikuji s lidmi. Tady ta práce ta komunikace ten kontakt s těmi lidmi a úcta ke starým lidem je pro mě silný motor.“ (I3)

„Mě nejvíc naplňuje, že můžu nějakým způsobem těm lidem pomoci, že jim dokážu nějak po tý sociální stránce...To, když ne vyřešit, tak aspoň nějak narovnat, někam je vést, poradit jim. A prostě když odtud odcházejí a jsou po stránce zdravotní nějakým způsobem zastabilizovaný, že nepřijdou domů a nevyvalí se na ně dalších 1 000 000 problémů sociálních, který se celou dobu neřešily. Nikdo se tím nezabýval, ale naopak už vědí, co, jak mají pokračovat v tom řešení, co mají dělat na koho se obrátit, kdo jim pomůže v tom jejich běžném životě. A tím pádem je větší šance, že se k nám během krátké doby nedostanou hned zpátky, protože kdyby tohleto vzájemně neprobíhalo, tak ten člověk, když přijde domů, tak by se na něj prostě vyvalily všechny ty problémy, který často je i sem přivedou. A to je pro mě nejvíc náplní. To, že prostě jim po týhle stránce pomůžu.“ (I2)

„Pro mě je ale už i výsledek i to, že už mohl domů. Že nemusel, že může jít od nás třeba rovnou domů a nemusí pokračovat někde dál. To už je pro mě taky výsledek, protože může být natolik špatnej, že vím, že prostě i ten návrat domů pro něj nebude... Ale i to je dobrý výsledek i to, že mohl opustit, tu nemocnici, že tu nemusí ležet. Že má rodinu, která to aspoň aspoň chce zkusit má vůli to prostě zkusit. A nevzdá to dopředu i to už je jako výsledek. I výsledek je to, když jde do hospicu. Je to poslední cesta. Skončí to úmrtím, ale kde je tam o něj hezky postaráno, líp než by bylo v nemocnici. Bude z toho profitovat i ten pacient i ta rodina, i když je ten stav špatnej.“ (I4)

Spokojenost s pracovními podmínkami

Při dotazech zaměřených na spokojenost s pracovními podmínkami mě nezajímalo pouze fakt, jak jsou informanti spokojeni s jejich finančním ohodnocením, ale také to, jak jsou spokojeni například s materiálně-technickým zabezpečením.

Všichni z informantů jsou spokojeni se svým základním platem. Většina z dotázaných vzpomíná na minulost, kdy jim finanční ohodnocení jejich práce nepřipadalo adekvátní, ale nynější ohodnocení je z jejich pohledu již lepší.

„Platební podmínky jsou vyhovující. Upřímně třeba, co se týká financí, nezlobila bych se, kdyby třeba finance zlepšení platů třeba rostlo nahoru. Každopádně momentálně jsem spokojená. Začátky jako takový byly úplně jiný. Doba se mění. Spokojená jsem.“ (I3)

„Já jsem tady, co se týče jako zázemí podmínek, který nám zaměstnavatel umožňuje, tak jsem tady spokojena. Já si tady nemám v podstatě jako... Nemyslím, že bych si měla na co stěžovat.“ (I6)

„Tak jako musím říct, že jako se to posunulo proti mému nástupu. Jo, když došlo k tomu navyšování, tak musím říct, že v tuhleto chvíli prostě mi to stačí.“ (I2)

Jeden z informantů je však nespokojen s tím, že nemá žádné osobní ohodnocení a ani nezná důvod, proč to tak je. Domnívá se, že je to způsobeno nezájmem o jeho práci ze strany přímého vedení. Informant zároveň zmiňuje problém s čerpáním řádné dovolené. Tento problém je způsoben absentující zastupitelností respondenta.

„Vlastně jakoby ohodnocení od zaměstnavatele jako takový nějaká odměna nebo osobní ohodnocení, to jsem ještě nedostala. Myslím si, že nepracuji tak špatně, abych neměla nárok na osobní ohodnocení. To si nemyslím. Takže říkám vzhledem k tomu, že je problém i to mně udělit dovolenou v termínu, kdy já bych chtěla, tak jako si myslím, že tohle je nereálný a určitě nejsem člověk, který půjde za vedením a řekne: hele já chci osobní ohodnocení nebo končím. Já prostě taková nejsem. Ne, že má jenom základní plat, který mu prostě jako je daný nějakou smlouvou, nějakýma prostě vnitřníma pravidlami, ale že i jako by to byla ukázka toho, že teda jako si třeba vážej toho jako co tam dělám. Ale vzhledem k tomu, že nevědí, co dělám tak na druhou stranu chápu, že nevidí důvod, proč by mě měli dávat osobní ohodnocení, když si asi myslí, že tam nic nedělám.“ (I1)

Dva z respondentů zároveň zmiňují spokojenost s působením v nově opraveném zázemí jejich oddělení.

Spokojenost s benefity

Překvapilo mě, jak většina informantů si při položení dotazů týkajících se nefinančních benefitů nemůže vzpomenout, jaké benefity zaměstnavatel vlastně nabízí a zda je vůbec využívá. Všichni informanti se shodli v tom, že s benefity jsou spokojeni.

Jednotná shoda panovala především nad výhodou dotované stravy, kterou mohou odebírat přímo v areálech svých oddělení.

„Strava výborná s tou jsem náramně spokojená, to chodím každý den na obědy, ano.“ (I1)

Všeobecná shoda panovala také nad možností vzdělávání. Podle informantů zaměstnavatel podporuje další vzdělávání pracovníků a nabízí i možnosti jeho financování.

„Beru to jako benefit (myšleno možnost dalšího vzdělávání – pozn. autora). Další vzdělávání máme. Naše nadřízená souhlasí, nabízí i nám možnost vzdělávat se. Máme k dispozici i kurzy, který nám i ona aktivně sama posílá. Ze strany zaměstnavatele a nadřízené to umožněný je.“ (I3)

Jeden z informantů by uvítal organizování společných výjezdních akcí.

„Nevím třeba, už zase mám odrostlé děti a nemám jiný závazky, takže by se třeba dělali, jak to bylo dřív, takový že se jezdilo na muzikály nebo nějaký kulturní akce, jako to by mě třeba... Protože si to sama nezařídím, nezorganizuju. Člověk je pohodlnější a neudělá si to, takže mně by to vyhovovalo, kdyby se do těch benefitů třeba zahrnul, místo nějaký odměny finanční, že by se to třeba mohlo částečně pokrýt jako něčím jako konkrétním.“ (I2)

Co se týče možností dalšího vzdělávání, dva z respondentů mají představu, jaké další vzdělávání by v nejbližší době rádi absolvovali. Jeden z nich by rád získal informace týkající se práv a povinností zahraničních občanů pobývajících v České republice, druhý by se rád věnoval rozvoji paliativní péče.

„Jo ještě 1 věc. To jsme teď řešili, protože...Ano, to bych i o to stála, protože se nám tady množí mezi pacienty příslušníci cizích národností, takže si myslím, že bysme měli určitě mít nějaký aktuální informace stran teda práce ve směru k těmhle lidem, kdy je máme zajistit a znát trošku jako jaký oni tady mají práva a povinnosti. Abysme trošku

v tom měli jasno. To mi docela chybí a ty lidi se tady množej jak houby po dešti. Takže to si myslím, že to bysme měli si v tomhle ohledu to vzdělání doplnit, no. Protože to tady dříve nebylo, že jo. To je teď. Nebyly tady takovíhle pacienti.“ (15)

„Zajímá mě paliativní péče, paliativní terapii, semináře vzdělávání. To mě také hodně baví. Ráda bych i třeba zkusila nějaký hospic navštívit.“ (16)

Hodnocení náročnosti vykonávané činnosti

Informanti hodnotí svoji práci jako náročnou, především co se týče tlaku na jejich psychickou odolnost. Většina z nich popisuje, že na výkon sociálního pracovníka ve zdravotnictví jsou kladeny vysoké nároky.

„Tak určitě je náročná, protože ty musíš mít přehled a znalosti z různých oborů. Nestačí ti k tomu znát jenom prostě základní věci. Jako to se musíš orientovat jak v právu, tak se musíš orientovat prostě v dávkách sociálních. Musíš vědět, kde jsou léčebny, kam kterýho pacienta objednat. Jako, myslím si, že ten přehled musíš mít a hlavně jako pořád se všechno mění, takže jako náročný to je. Je to o celoživotním vzdělání tím, že si prostě dohledáváš, zjišťuješ. Takže jako náročný to asi určitě je.“ (12)

„Já myslím, že naše práce je náročná. To bezesporu, protože právě protože pracujeme s lidma, tak je to psychicky velmi náročná práce. A protože pracujeme s nemocnými lidmi, takže určitě to je, je to. Myslím si, že je to velmi náročná práce.“ (15)

Informanti se dále shodují v tom, že je pro ně někdy náročné „za sebou zavřít dveře“ a nechat pracovní starosti v práci. Jeden z informantů dokonce přiznává, že se 2 až 3 roky učil netahat si práci domů. Zároveň se informanti shodují, že náročnost jejich práce se odvíjí od momentální skladby jejich pacientů/klientů.

„Ta realita je pak úplně o něčem jiným, takže první 2 - 3 roky mi velmi trvalo, než jsem se s tím naučila a teď už většinou z té práce jdu tak jakože je konec pracovní doby. Zavřu ty dveře ty kanceláře a většinou to ze mě spadne. Jsou situace a dny, kdy to opravdu nejde. Ale naučila jsem se s tím žít.“ (11)

„Tak ta náročnost se nikdy dopředu nedá na ten den zhodnotit, protože přicházím do práce s tím, že mě třeba nečeká až tak náročný den, ale během půl hodiny se to změní tak, že se prostě nezastavím, krom toho oběda ani na chvíličku. Jo, takže tohleto se to na našem oddělení fakt dá těžko odhadnout a myslím si, že ne jenom tady.“ (I4)

Překvapilo mě, že pouze jeden z informantů zmiňuje, že si uvědomuje pocit zvýšeného pracovního tlaku na svou osobu díky covidové pandemii.

„No tak práce sociálního pracovníka, všude nejenom ve zdravotnictví, je náročná hlavně psychicky. Jo, v současné době teda covidových, je ten tlak prostě vysoký. No jako jak na tu psychiku mojí, tak i na psychiku těch lidí okolo, že jo, takže to se pak odráží i při těch samotných jednáních nebo konání a tý práce je mnohem víc tím, že jsou zakázány návštěvy. Takže prostě člověk přebírá i práci, kterou za normálních okolností si dělají ty rodinný příslušníci, takže jakoby ten tlak je prostě teďko jako velký.“ (I6)

Nejčastější stresové faktory

Jeden z nejčastěji zmiňovaných stresových faktorů se vyskytoval již v kategorii věnované spolupráci multidisciplinárního týmu. Jedná se o problémy při komunikaci. Někdy tyto problémy vystávají právě v komunikaci s ostatními členy týmu, jindy naopak při jednáních s pacienty/klienty a jejich rodinami.

„Jako já si nemyslím, že by jakoby ten rozhovor nebo ta komunikace s těma lidma byla jako špatná. To si myslím, že jako zvládám, ale psychicky mě to nedělá jako dobře.“ (I6)

„Těch situací je hodně. Je to komunikace s lékařem, neschopnost lékaře komunikovat s rodinami, zbytečné stížnosti.“ (I3)

Dva z respondentů přiznávají, že někdy je pro ně velmi stresující, když nastane nečekané úmrtí jejich pacienta/klienta.

„Asi je to neprofesionální, ale někdy ulpím na nějakýho pacienta nebo pacientku, a když tady zemře, tak mi to někdy trhá srdce, protože většinou třeba s tím lékař nebo lékař, spíš rodina ani já nepočítáme. Ten pacient tady zemře. Byla s ním dobrá spolupráce, byla s ním sranda a když nečekaně odejde, tak někdy mi to trhá srdce.“ (I3)

„Když ti umře pacient, kterýho znáš dobře a je mu 50 let a viděl jsi ho před čtyřmi dny, tak samozřejmě, že se to jako hrozně těžko... V té chvíli si řekneš ne teď na to nemysli, prostě myslíš na to i v tom soukromém životě a prostě se ti ty myšlenky vracejí tam, kde máš tu svoji rodinu a po tom... Jako už se mi párkrát stalo, že jsem měla namířeno z práce odejít úplně někam jinam a došla jsem úplně někam jinam, protože jsem byla myšlenkama pořád v práci. Neříkám, není to každý den, ale prostě i to se stane.“ (I1)

Dva informanti popisují, že za stresové faktory považují mezilidské vztahy na pracovišti. Jeden z těchto informantů necítí podporu především od přímých nadřízených, druhý informant si všímá nadřazeného chování některých spolupracovníků.

„Jo, že ty sestřičky ty klasický i ty ošetřovatelé, ty všichni jakoby, byť tu práci neznaj, ale viděj co dělám a ptaj se na to, snaží se jakoby i zjišťovat ty informace a předávaj mi jako věci. Já s tíma nižšíma jakoby pozicema nemám vůbec žádný problém. Těch mých přímých nadřízených, ano.“ (I4)

„No, trošku mě tady možná takový ty mezipersonální vztahy. To tady asi jako člověk vidí. Jo nadřazenost některých zaměstnanců nad téma ostatníma. To mě trošku jako vadí, ale myslím si, že to je věc, s kterou si člověk už dokáže poradit za ty roky, že jo. Tak jako myslím si, že by to nemělo být protože jsme tady 1 velká rodina, měli bysme si všichni tak nějak vyjít vstříc a nepoukazovat na to, že 1 je já nevím, přednosta stanice a druhý jenom obyčejný támhle ošetřovatel. Přece jsme všichni v jedné organizaci a měli bysme to mít vždycky na paměti.“ (I5)

Zvládání stresu

Všichni informanti přiznávají, že stres se naučili zvládat sami. Nikdo z nich se v současné chvíli neúčastní žádné formy supervize, ale dva z informantů jsou si vědomi toho, že pokud by o supervizi projevíli zájem, přímí nadřízení jim supervizi různého formátu jsou schopni zajistit. Zbývající informanti jsou si vědomi možnosti obrátit se se svými problémy na interního krizového intervenanta.

„Nevím, tak já stres odbourávám mimo organizaci asi ano. Tady asi úplně jako v organizaci asi ne.“ (I4)

„Spíš tím bych měla hlavně jako začít. Začít u sebe. Když nezačnu u sebe tak stejně mi nikdo jiný nepomůže, když nezačnu já sama se sebou, že jo. To mi může 100× radit a supervize a říkat co by, ale když já to nepřijmu za vlastní, a neudělám to, tak jsem pořád na tom začátku.“ (I5)

„Jako určitě. My máme tak za prvé v rámci organizace tady máme paní magistru Strnadovou, která nabízí pro zaměstnance tuhleto krizovou intervenci. Přesně tak, takže za ní můžeme zajít a jako my jsme měli teda i přímo pro oddělení, když to bylo potřeba, tak k nám chodila psycholožka, prostě která tady byla na dohodu. Byla to psycholožka zvenku, protože to je samozřejmě to nejlepší. Nemůže to být nikdo ze zaměstnanců, nikdo, kdo nás zná a probíhaly tady supervize a kdo o tu supervizi měl zájem, tak si ji účastnil. Takže jako i tu možnost jsme tady měli. S tou jsme pořád jakoby v kontaktu, takže když prostě je potřeba, tak tahleto psycholožka nám potom může pomoc.“ (I2)

Jeden z informantů by uvítal, kdyby organizace nabízela mimopracovní aktivity zaměřené na sport. Myslí si, že by to pomohlo lépe odbourávat stres, který se při výkonu práce nahromadí a zároveň by to zlepšilo mezilidské vztahy v organizaci.

„Tak určitě jsou věci, který, který by člověk jako uvítal, to určitě nějaký jako fyzicky, nějaký aktivity mimopracovní. To určitě, ale tak dneska ty možnosti nejsou, ale tak jako umím si představit nějaký sportovní aktivity mimo mimo pracovní dobu, mimo areál, to určitě společný nebo...“ (I6)

Jeden z informantů by přivítal možnost účastnit se supervize buď individuální, nebo skupinové ve společnosti dalších pracovníků organizace.

„No, to už by mně víc pomohla individuální supervize, ale nejvíc by podle mě, mně pomohla supervize s ostatními sociálníma pracovníkama. Skupinová.“ (I3)

Potenciální důvody pro odchod z organizace

Poslední kategorií odpovědí, která vyvstala z rozhovorů, je kategorie zaměřená na potenciální důvody, které by rozhodly o tom, že by informant zvažoval odchod z organizace. Všichni informanti se shodli na tom, že aktuálně necítí potřebu z organizace odcházet.

Pro odchod nejčastěji zaznívaly důvody jako vyhoření, rodinné důvody či zdravotní stav informanta.

„Tak pravděpodobně určitě, nechci nic přivolávat, ale určitě to by byl zdravotní stav mého syna. Pokud by byl vážně nemocný nebo by nastalo cokoli, co se týká jeho zdraví, tak syn je pro mě na prvním místě.“ (I4)

„Kdybych úplně vyhořela, tak bych musela dělat nějakou, úměrně mému věku, manuální práci, u které nezapojuješ hlavu. Třeba do zoologický kydát hnůj, když to tak jako přeženu. Protože v momentě kdy vyhoříš, tak nemůžeš... Tak vyhoříš prostě psychicky, tady v tom případě a pak musíš jít dělat úplně něco obráceně.“ (I3)

„Těžká otázka. Tak asi nějaké zdravotní důvody, předpokládám. Co by mě donutilo? Já nevím, já jako. Nevím, no, možná bych, nevím jestli to je úplně odpověď na tvoji otázku, ale kdybych třeba byla nucena se někam přestěhovat nebo někdo, tak nebo něco v tom duchu, že bych musela prostě změnit působiště a třeba i jako, že bych už nezůstala v oboru teda v tom zdravotnickém, ale jinak nevím, nenapadá mě, co by mě tak jako odsud.“ (I2)

Jeden informant by zvažoval odchod z organizace, pokud by nadále byl přesvědčen o tom, že necítí podporu ze strany přímých nadřízených. Potenciální odchod tohoto informanta z organizace mi osobně přišel nejpravděpodobnější a troufnu si tvrdit, že ho zvažoval již v minulosti.

„No tak, když to vezmu z konkrétního místa, tak z konkrétního místa by ty důvody určitě byly, kdyby byl větší negativní tlak nebo nějaký prostě vystupňovaný problém s vedením. To by určitě byl jeden z těch důvodů, proč bych uvažovala o tom, že odejdu, jo protože odsud podsud jako... A fakt nemám zapotřebí. A další věc je, nevím jak dlouho ustojíme ty tlaky těch rodin. Vzhledem k tomu, že tam prostě ta podpora podle mě není dostačující na to, na to jakoby zregenerování těch sil, takže určitě budu poslouchat svoje tělo, svoji psychiku a tak, jak se budu cítit, tak podle toho se budu rozhodovat, kdyby něco takového prostě nastalo. Určitě prostě zdraví bude na prvním místě. To prostě ta práce za to potom jako nestojí, aby člověk to nějak jako potom odnesl zdravotně.“ (I6)

Překvapující pro mě byla informace, že dva informanti si nedokáží představit, že by z organizace odešli z vlastní vůle. Jeden z nich si dokonce přeje zemřít při výkonu své profese na pracovišti.

„Já sama bych určitě z této profese neodešla. Já, pro mě tahleta práce je hnací motor, de facto můj druhý život. Ta práce mě neskutečně baví, naplňuje mě, i když někdy mě to štve. Ale ta práce mě neskutečně baví a stále mě baví. A pokud bych nedostala výpověď z nějakých důvodů, tak určitě bych tuto práci neopustila.“ (I3)

„To že bych se rozhodla, že odejdu, to mě nenapadlo. Spíš mě napadá někdy, jak dlouho to ještě zdravotně vydržím. Tady je to taková tradice. Už kdysi jeden primář tu zemřel. A já říkám holkám když se děšej, může se to stát. Byla bych ráda, kdyby tomu tak bylo (odpověď na dotaz, který padl v dalším průběhu hovoru a měl za cíl ověřit, zda výzkumník chápe správně informaci, že informant si představuje zemřít při výkonu profese – pozn. autora).“ (I1)

7 Souhrn výsledků a závěrečná diskuse

V této závěrečné kapitole diplomové práce shrnu výsledky zjištěné při provádění výzkumu a zařadím je k jednotlivým výzkumným otázkám. Díky této sumarizaci naplním hlavní vytyčené cíle této práce. Dále v diskusi pak navrhu několik doporučení, kterými by se mohl řídit management vybrané organizace, případně managementy jiných zdravotnických organizací zaměstnávajících ve svých řadách sociální pracovníky. Doporučení bude v závěru této kapitoly sepsáno v jednotlivých konkrétních bodech.

7.1 Souhrn výsledků

Provedený výzkum měl zodpovědět 4 hlavní výzkumné otázky:

- Jak sociální pracovníci vnímají své aktuální postavení v rámci organizace?
- Jak probíhá spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu organizace?
- Co je hlavní motivací k výkonu práce v dané oblasti?
- Jaké jsou nejčastější stresové faktory, které při své práci vybraní zaměstnanci prožívají?

První výzkumná otázka byla zodpovězena především díky kategoriím odpovědí nazvaných jako **Zařazení v rámci organizační struktury; Možnosti konzultace, opory, zpětné vazby; Spokojenost se zařazením v organizační struktuře**. Díky odpovědím od informantů se dozvídáme, že vybraná organizace nemá své sociální pracovníky zařazené na stejné úrovni v organizační struktuře. Někteří pracovníci spadají přímo pod vedení oddělení, na kterých vykonávají svou činnost, někteří pod oddělením sociálních služeb, které však není nijak zvlášť propojeno přímo s jejich výkonem práce. Tato nejednotnost se projevuje také v podpoře, kterou sociální pracovníci získávají od svých přímých nadřízených. Setkáváme se s názorem, že jelikož není přímý nadřízený profesionál z oblasti sociální práce, není schopen informantovu práci pochopit, poskytnout mu adekvátní zpětnou vazbu či potřebnou podporu. Tento problém se týká především pracovišť, kde funguje pouze jeden sociální pracovník, tudíž nemá možnost konzultací ani s kolegou působícím ve stejném oboru. Vzhledem k absenci společných schůzek sociálních pracovníků organizace, či společné supervize se pak výše zmíněný pracovník cítí odstřižen od kolektivu kolegů. Z toho poté může vycházet celková nespokojenost s působením v organizaci.

Druhá výzkumná otázka byla zodpovězena kategoriemi odpovědí nazvanými **Složení multidisciplinárního týmu, Průběh spolupráce v rámci multidisciplinárního týmu, Limity spolupráce multidisciplinárního týmu**. Potvrdilo se, že sociální pracovníci se vnímají jako právoplatní členové multidisciplinárního týmu. Tyto týmy jsou zpravidla složeny z lékařů, zdravotních sester, ošetrovatelského personálu, psychologů, dietních sester, rehabilitačních pracovníků a podobně. Členové multidisciplinárního týmu se mění v návaznosti na potřeby jednotlivých oddělení, potažmo v návaznosti na potřeby jejich pacientů/klientů. Ukázalo se, že pakliže má tým nastavené pravidelné setkávání za účelem probírání společné problematiky, z pohledu sociálních pracovníků se eliminují limity spolupráce. Informanti za největší problém spolupráce vidí především komunikaci v rámci týmu a k tomu by právě ve většině případů pomohlo buď zřízení prostoru pro pravidelné společné schůzky týmu, nebo změna formátu takovýchto setkání. Sociální pracovníci si uvědomují svoji roli v rámci multidisciplinárního týmu a uvědomují si i role ostatních aktérů. Spolupráci týmu složeného z různých profesí hodnotí jako prospěšnou pro pacienta/klienta za předpokladu, že tým funguje správně.

Třetí výzkumná otázka diplomové práce, spojená s motivací pracovníků, byla zodpovězena v kategoriích odpovědí nazvaných **Motivace informantů, Spokojenost s pracovními podmínkami, Spokojenost s benefity**. Zde se ukázalo, že informanti jsou ke své práci motivováni především vnitřně. Každý z informantů přiznal, že má radost když vidí spokojeného pacienta/klienta, případně rodinu. Pracovníci jsou spokojeni, když mají možnost nabídnout své cílové skupině nějakou pomoc, a ještě více jsou spokojeni, když jejich pomoc směřuje k vybranému cíli pacienta/klienta. Dobrou zprávou je, že informanti jsou spokojeni se svým základním finančním ohodnocením a s benefity, které jim zaměstnavatel nabízí. Jeden informant je nespokojen s tím, že mu nebylo přiděleno osobní ohodnocení, přestože si myslí, že by na něj nárok měl. Tento problém může být opět pevně provázán s nedostatečnou zpětnou vazbou, která již byla zmiňována v předchozím odstavci.

Čtvrtá a poslední výzkumná otázka byla zodpovězena v kategoriích odpovědí nazvaných jako **Hodnocení náročnosti vykonávané činnosti, Nejčastější stresové faktory, Zvládání stresu, Potenciální důvody pro odchod z organizace**. Z odpovědí informantů je jasné, že svou profesi považují za náročnou a vyčerpávající, a to především psychicky. Uvědomují si, že zpravidla na ně nejsou kladeny požadavky spojené s rychlostí a výkonem, ale především kvalitou provedené práce. Překvapivé je zjištění, že většina informantů nepociťuje proběhlou pandemickou situaci za nijak zvlášť přitěžující. Mezi nejčastější stresové faktory informanti řadí již zmiňovanou problémovou komunikaci, a to nejen mezi členy týmu, ale také s pacienty/klienty a jejich rodinami. Zásadní prostor pro zlepšení podpory sociálních pracovníků ze strany organizace vidím v poskytování pomoci při zvládání stresu. Informanti sice mají možnost interních krizových intervencí, ale z jejich odpovědí je patrné, že by raději využili možnosti externích konzultací, intervencí či supervizí. Jako velmi přínosné spatřuji to, že nikdo z informantů účastnících se výzkumu momentálně nezvažuje svůj odchod z organizace. Někteří jsou dokonce tak oddaní, že by nikdy z organizace sami neodešli a rádi by v ní zemřeli přímo při výkonu své profese. To však z mého pohledu neznamená, že všichni informanti jsou v organizaci naprosto spokojeni a není potřeba s nimi pracovat dál především na motivaci, zpětné vazbě a podpoře při zvládání stresu.

7.2 Diskuze

Předchozí kapitola byla věnována shrnutí výsledků získaných akčním výzkumem, který probíhal ve zdravotnické organizaci, a podala ucelené odpovědi na stanovené výzkumné otázky.

Výzkum ukázal nejednotnost v zařazení sociálních pracovníků v rámci organizační struktury vybrané organizace. Sociální pracovníci jsou většinou přímo podřízeni zdravotnickým profesím, které jejich práci, podle jejich názoru, nerozumí a kvůli tomu mohou vznikat konflikty při spolupráci sociálních pracovníků se zdravotníky. Problémové situace poté především vznikají tam, kde sociální pracovníci nemají dalšího kolegu, s kterým by mohli sdílet své pracovní situace a zkušenosti. Tento problém se především vyskytuje na odloučených pracovištích, to znamená mimo hlavní sídlo organizace. Z výše popsaných důvodů tedy vyvstává otázka, zda by se zařazení sociálních pracovníků v organizační struktuře nemělo sjednotit napříč celou organizací. Jiné organizační zařazení může ve výsledku způsobovat frustraci pracovníka a pocit méněcennosti.

Spolupráce multidisciplinárních týmů je náročná především vzhledem ke koordinaci takového týmu a nastavení správných procesů uvnitř týmu. Výzkum ukázal potřebu pravidelného setkávání členů multidisciplinárního týmu. Tato setkání mohou eliminovat problémy vzniklé během spolupráce, mezi které informanti nejčastěji řadili komunikační bariéry. Myslím si, že organizace má prostor pro nastavení fungujících komunikačních kanálů nejen v rámci jednotlivých multidisciplinárních týmů, ale také mezi těmito specifickými týmy i celými odděleními organizace.

Se zařazením v organizační struktuře úzce souvisí i motivace jednotlivých pracovníků. Pokud přímo nadřízený nezná obsah práce sociálního pracovníka, nemůže mu poskytovat adekvátní zpětnou vazbu a hodnocení jeho práce. Je úkolem personálního managementu si uvědomit, že pracovníka nelze motivovat pouze finanční odměnou. Ta je pro pracovníky důležitá k jejich obživě, ale nepřináší úplnou spokojenost s pracovním prostředím. Pozitivum organizace vidím v tom, že jsou všichni pracovníci spokojeni se svou finanční odměnou za vykonávanou práci a nechybí jim ani žádné další benefity. Zároveň si nikdo z informantů nestěžoval na technické podmínky pracovního prostředí, což mě vede k názoru, že po technické stránce organizace pracovníkům zajišťuje maximální komfort.

Sociální pracovníci prožívají během výkonu své profese řadu stresujících situací, které působí především na jejich psychiku. Jejich práce není fyzicky náročná, ale to neznamena, že se psychická zátěž nemůže projevit také na jejich fyzickém zdraví. Dle mého názoru je zarážející, že se informanti se vzniklými situacemi vyrovnávají sami. Myslím si, že organizace by měla hledat důvody, proč její zaměstnanci nemají zájem využívat nabízené služby interní pomoci, v tomto případě krizové intervence. Zároveň by podle odpovědí informantů bylo vhodné, kdyby organizace začala poskytovat sociálním pracovníkům prostor pro společné předávání informací, poznatků a zkušeností z praxe.

Doporučení pro management zdravotnického zařízení

- Sjednotit postavení sociálních pracovníků v rámci organizační struktury organizace.
- Zrevidovat zařazení sociálních pracovníků v rámci organizační struktury organizace (přímý nadřízený, možnost spolupracovat s někým ze stejné sféry, možnost konzultací apod.).
- Vytvořit prostor pro spolupráci multidisciplinárních týmů (čas, místo, intenzita).
- Nastavit fungující komunikační kanály (multidisciplinární týmy, mezi týmy, mezi odděleními).
- Zajistit dostatečnou podporu a motivaci každému pracovníkovi (zpětná vazba, slovní hodnocení, finanční osobní ohodnocení).
- Zajistit prostor pro ventilování stresu sociálních pracovníků (supervize, podpora).
- Zhodnotit kvalitu nabízené interní pomoci.

Závěr

Jsem přesvědčen o tom, že sociální práce ve zdravotnictví je specifickým oborem sociální práce. Právě díky tomu je pozice sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků v mnoha případech nejednoznačná, což dle mého názoru dokládají i některé výsledky výzkumu. Někteří z dotazovaných informantů se při výkonu své práce cítí nejistí, a to především v situacích, kdy nemají pocit dostatečné podpory ze strany svých přímých nadřízených.

I přestože výsledky výzkumu nejsou zcela aplikovatelné na další zdravotnická zařízení zaměstnávající sociální či zdravotně-sociální pracovníky, domnívám se, že zvolené téma je aktuální i v dalších organizacích podobného typu. Soudím tak na základě shody uvedených teoretických poznatků s výsledky výzkumu.

Teoretická část zasvětila čtenáře do základní problematiky vztahující se k tématu postavení sociálního pracovníka ve zdravotnictví, multidisciplinárních týmů ve zdravotnických zařízeních, motivace a stres. Jsem toho názoru, že mnou zvolená struktura teoretické části poskytuje dostatek potřebných informací k jasnému pochopení problémů, které zažívají při svém výkonu profese sociální pracovníci ve zdravotnictví. Zároveň jsem přesvědčen o tom, že se podařilo naplnit všechny předem stanovené cíle práce.

Během celého výzkumu a tvorby práce pro mě bylo nejtěžší držet si potřebný odstup výzkumníka. Přeci jen jsem v organizaci 6 let působil a všechny informanty znám osobně. Objektivita byla pro mě naprosto zásadní, vždy jsem si její nutnost připomínal a držel se jejích zásad.

Uvědomuji si, že pro větší plasticitu celého výzkumu by bylo žádoucí, kdyby se povedlo získat informanta, který v organizaci pracoval na pozici sociálního pracovníka, ale již z organizace odešel. Tento náhled mohl poskytnout informant, který původně účast na výzkumu přislíbil, ale poté kvůli osobním důvodům spojeným s výkonem práce z organizace odešel a přislíb odvolal. Jeho názory na výkon sociální práce ve vybrané organizaci sice znám, ale bylo pro mě zásadní dodržet etické zásady a informace nepoužít.

Závěrem bych byl rád, kdyby organizace předložená doporučení přijala za své a tato práce případně pomohla dalším kolegům z řad sociálních pracovníků ve zdravotnictví.

Seznam použité literatury

Publikace

- ARMSTRONG, M., 2002. *Řízení lidských zdrojů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 80-247-0469-2.
- ARMSTRONG, M., TAYLOR, S., 2015. *Řízení lidských zdrojů: moderní pojetí a postupy* : 13. vydání. Přeložil ŠIKÝŘ M.. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5258-7.
- BARTŮŇKOVÁ, S. 2010. *Stres a jeho mechanismy*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-1874-6.
- BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I. 2007. *Psychologie a sociologie řízení*. 3., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-169-0.
- DRUCKER, P. F. 2008. *Efektivní vedoucí*. Praha: Management Press. ISBN 978- 80-7261-189-8.
- GAVORA, P., 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. 1. vyd. Brno: Paido. ISBN 80-85931-79-6.
- GEIST, B., 2000. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Vodnář. ISBN 80-86226-07-7.
- HARTL, P. 2004. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-803-1.
- HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium. ISBN 80-902081-8-5.
- HAWKINS, P., SHOHET, R. 2004. *Supervize v pomáhajících profesích*. 1. vyd. Překlad Helena Hartlová. Praha: Portál. ISBN 978-80-7178- 715-9.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.
- HOLMEROVÁ, I., 2014. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita péče*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5439-0.

- JANKOVSKÝ, J., 2015. Multidisciplinární tým z hlediska sociálního pracovníka. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 2015(3), s. 7-13. ISSN 978-80-7421-088-4.
- JIŘINCOVÁ, B. 2010. *Efektivní komunikace pro manažery*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1708-1.
- KODYMOVÁ, P. 2001. Sociální práce do druhé světové války. In: MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-473-7.
- KODYMOVÁ, P. 2013. *Historie české sociální práce v letech 1918-1948*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2256-9.
- KOPŘIVA, K. 2016. *Lidský vztah jako součást profese*. 8. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1147-1
- KRASKA-LÜDECKE, K. 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Přeložil Dagmar BREJLOVÁ. Praha: Grada Publishing. *Psychologie pro každého*. ISBN 978-80-247-1833-0.
- KROUPOVÁ, L., FILIPEC, J., ed. 2005. *Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost: s Dodatkem Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky*. 4. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-200-1347-4
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu*. Praha: Grada. *Sestra (Grada)*. ISBN 978-80-247-3149-0.
- KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R. 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80247-3843-7
- KUZNÍKOVÁ, I. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.

MAREK, R. 2010. *Vnitrofiremní komunikace*. Praha: FHS UK. Diplomová práce.

MATOUŠEK, O. 2011. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., akt. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0041-3.

- MAYEROVÁ, M. 1997. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada. ISBN 80-7169-425-8.
- MITCHELL, G. K., J. J. TIEMAN, T. M. SHELBY – JAMES. 2008. *Multidisciplinary care planning and teamwork in primary care*. The Medical Journal of Australia. Sydney: AMPCo, 188(8).
- MIŠOVIČ, J. 2019. *Kvalitativní výzkum se zaměřením na polostrukturovaný rozhovor*. Praha: Slon. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-285-2.
- MPSV. *Sešit sociální práce: Sociální práce ve zdravotnictví*. 2019. Praha: MPSV, 2019. ISSN 978-80-7421-184-3.
- NAKONEČNÝ, M. 1996. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia. ISBN 80-200-0592-7.
- PLAMÍNEK, J. 2010. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-3447-7.
- PLAMÍNEK, J. 2008. *Sebepoznání, sebeřízení a stres: praktický atlas sebezvládnutí*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-2593-2.
- PLHÁKOVÁ, A. 2004. *Učebnice obecné psychologie*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1086-6.
- PROBSTOVÁ, V. 2010. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ J., ed. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.
- PROVAZNÍK, V., KOMÁRKOVÁ, R. 1996. *Motivace pracovního jednání*. Praha: Vysoká škola ekonomická. ISBN 80-7079-283-3.
- ŘÍČAN, P. 2005. *Psychologie: příručka pro studenty*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-923-2.

- SCHAVEL, M., 2007. Multidisciplinárny tím v podmienkach sociálnej práce. In: *Multidisciplinárni prístupy pomáhajících profesí*. 1. vyd. Ústí nad Labem: ACTA UNIVERSITATIS PURKYNIANAE. ISBN 978-80-7044-858-8.
- STRAUSS, A. L., CORBIN, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. Brno: Sdružení Podané ruce. SCAN. ISBN 80-85834-60-x.
- ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K., 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
- TAJANOVSKÁ, A., 2015. Role sociálního pracovníka při koordinaci multidisciplinárního týmu – předpoklady a dovednosti. *Sešit sociální práce: Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 2015(3), s. 28-33. ISSN 978-80-7421-088-4.
- TICHÁ, M., 2013. Motivace a motivování v sociálních službách. *Odborný časopis Sociální služby: Motivace v sociálních službách*. Tábor: APSS ČR, 15(2), s. 20-25. ISSN 1803-7348.
- VANÍČEK, P. 1927. Výchova zdravotně sociálního personálu. *Praktický lékař: časopis pro další vzdělávání lékařů*. Praha: Mladá generace lékařů při Ú.J.Čs.L., 7(18). ISSN 0032-6739. Dostupné také z: <https://ndk.cz/view/uuid:d3efe1c4-6013-451a-a56a-e185e9498f4b?page=uuid:0df91140-e67c-11e8-9f79-005056820560>
- VÁGNEROVÁ, M. 2016. *Obecná psychologie: dílčí aspekty lidské psychiky a jejich orgánový základ*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3268-1.
- VRZÁČEK, P. 2010. Vedení ve shodě s organizačními hodnotami. In: HAVRDOVÁ, Z. a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, s. 180-194. ISBN 978-80-87398-06-7.
- ZACHAROVÁ, E., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.
- ZANDLOVÁ, M. 2019. Rozhovor. In: NOVOTNÁ, H., O. ŠPAČEK a M. ŠŤOVÍČKOVÁ JANTULOVÁ. *Metody výzkumu ve společenských vědách*. Praha: Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy, 2019, s. 315-352. ISBN 978-80-7571-052-9.

Internetové zdroje

BRONSTEIN, L., R. 2003. *A Model for Interdisciplinary Collaboration*. New York: Binghamton University, Social work. [online]. Dostupné z: <http://psychrights.org/research/digest/CriticalThinkRxCites/bronstein.pdf>

DOWNEY, M.M., NEFF, J., DUBE, K. 2019. Don't "Just Call the Social Worker": Training in Structural Competence to Enhance Collaboration between Healthcare Social Work and Medicine. *The Journal of Sociology & Social Welfare*. Kalamazoo: Western Michigan University. [online]. Dostupné z: <https://scholarworks.wmich.edu/jssw/vol46/iss4/6/>

FRANĚK, M. Role a úkoly sociálního pracovníka v nemocnici. *Sešit sociální práce: Sociální práce ve zdravotnictví* [online]. Praha: MPSV, 2019, (6) [cit. 2021-5-12]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Sesit+socialn%C3%AD+pr%C3%A1ce+6.pdf/96518cb7-b482-e705-4b7b-f5de78e4a430>

GLOGAR, P. *Je možné, aby dohled nad zdravotní sestrou v lůžkovém provozu prováděl lékař?* MEDICAL TRIBUNE CZ [online]. 16.03.2017 [cit. 2021-5-12]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/41735-je-mozne-aby-dohled-nad-zdravotni-sestrou-v-luzkovem-provozu-provadel-lekar>

HOLMES, M.R., RENTROPE, C.R., KORSCH-WILLIAMS, A. et al., 2021. Impact of COVID-19 Pandemic on Posttraumatic Stress, Grief, Burnout, and Secondary Trauma of Social Workers in the United States. *Clin Soc Work J*. [online]. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s10615-021-00795-y>

LIMON, E. 2018. Challenges medical social workers face that lead to burnout. *Electronic Theses, Projects, and Dissertations*. [online]. Dostupné z: <https://scholarworks.lib.csusb.edu/etd/687>

Multidisciplinary Team Care. NSW Health [online]. 2014 [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: <https://www.health.nsw.gov.au/healthone/Pages/multidisciplinary-team-care.aspx>

Nařízení vlády č. 222/2010 Sb. Nařízení vlády o katalogu prací ve veřejných službách a správě. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2010-222>

Platové tabulky 2020. *Osetrovatelstvi.info* [online]. 19. 1. 2020 [cit. 2021-5-10]. Dostupné z: <https://www.osetrovatelstvi.info/knowledge-base/platove-tabulky-2020/>

Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>

Zákon č. 108/2006 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: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96#f2514166>

Seznam příloh

Příloha č. 1 – Projekt diplomové práce