

Principy zdravotně sociální péče v Nemocnici Nové Město na Moravě

Alena Ševčíková

Bakalářská práce
2013



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií


INSTITUT
MEZIOBOROVÝCH STUDIÍ BRNO

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Alena ŠEVČÍKOVÁ**
Osobní číslo: **H108299**
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Téma práce: **Principy zdravotně sociální péče v Nemocnici Nové Město na Moravě**

Zásady pro vypracování:

Zadané a zvolené téma bude zpracováno podle pokynů obsažených v materiálu IMS "Metodika psaní odborného textu a výzkum v sociálních vědách" (IMS 2009). Případně podle dalších materiálů, z nichž některé jsou obsaženy v literatuře připojené k tomuto studijnímu textu. Zejména bude dbáno na dodržování zásad publikační etiky a pravidel společenskovedního výzkumu. Průběžné výsledky práce budou pravidelně konzultovány s vedoucím bakalářské práce.

S vědomím těchto zásad a pravidel a po konzultaci s vedoucím bude práce zaměřena:

- na problematiku poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních a platnou legislativu v této oblasti včetně poukázání na význam a důležitost této péče ve zdravotní sféře;
- na identifikaci základních elementů sociální práce ve zdravotnictví - zdravotně sociálního pracovníka a klienty sociální práce;
- na hledání uplatnění poznatků sociální pedagogiky při práci s klientelou zdravotně sociálního pracovníka.

Součástí práce bude drobný sociologický výzkum - analýza sociálně zdravotní péče poskytované v Nemocnici Nové Město na Moravě podle předem stanovených ukazatelů a dále budou vypracovány případové studie - kazuistiky, vycházející z praxe zdravotně sociálního pracovníka v daném zdravotnickém zařízení.

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

Kraus, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008.

Kuzníková, I. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada Publishing, 2011.

Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce. Praha: Portál 2003.

Matoušek, O. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003.

Mühlpachr, P. Sociální práce. Brno: Masarykova univerzita, 2004.

Ondrušková, Z. Základy sociální práce. Brno: MSD, 2009.

Další literatura bude obsažena v Projektu bakalářské práce a průběžně doplňována během vypracovávání bakalářské práce.

Vedoucí bakalářské práce:

Mgr. Jaromír Pospíchal

Institut mezioborových studií

Datum zadání bakalářské práce:

16. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce:

30. dubna 2013

V Brně dne 16. března 2012


prof. PhDr. Pavel Mühlpachr, Ph.D.
vedoucí ústavu




doc. PhDr. Miloslav Jůzl, Ph.D.
vedoucí katedry

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

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

Prohlašuji, že

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

Alena Ševčíková

Jméno, příjmení studenta

V Brně dne 15. dubna 2013

Alena Ševčíková

Podpis

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst. 3). Odpirá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jak v rovině obecné, tak v rovině specifické, týkající se konkrétního zdravotnického zařízení. Teoretická část je zaměřena na základní terminologii v dané oblasti, na vysvětlení koncepce zdravotně sociální služby – tzv. sociálního lůžka, na identifikaci základních elementů sociální práce – sociálního pracovníka a jeho klienta, na jejich vzájemný vztah, metody práce i možnosti uplatnění sociální pedagogiky při poskytování zdravotně sociální péče. Výzkumná část prostřednictvím statistické analýzy a případových studií, vypracovaných na základě interpretací rozhovorů s pacienty/klienty a analýzy dokumentů, podporuje teoretickou část a významně tak přispívá k zodpovězení základní otázky této bakalářské práce: „*Jak probíhá zdravotně sociální péče u pacientů v Nemocnici Nové Město na Moravě?*“

Klíčová slova:

sociální práce, sociální péče, zdravotní péče, sociální služby, zdravotně sociální péče, sociální pracovník, klient sociální péče, sociální klient, pacient, zdravotnické zařízení

ABSTRACT

The Bachelor Thesis deals with the problem of the provision of social care in hospital environment with institutional care at both the general and the specific terms relating to a particular health institution. The theoretical part focuses on the fundamental terminology in the field, to explain the concept of health and social services – so called social beds, to identify the basic elements of social work – social worker and the client, their relationship and work methods and possibilities of the application of social pedagogy in providing health and social care. The research part, through statistical analysis and case studies, drawn up on the basis of the interpretation of interviews with patients/clients and document analysis, supports the theoretical part and significantly contributes to answering the fundamental query of this Bachelor Thesis: “How is the health and social care for patients at the Hospital Nové Město na Moravě provided?”

Keywords:

social work, social care, health care, social services, health and social care, social worker, social care client, social client, patient, health institution

MOTTO:

„Ať už má člověk jakýkoliv sociální problém, vždy je možno mu nějak pomoci...

...když sám chce.“

PODĚKOVÁNÍ

Děkuji panu Mgr. Jaromíru Pospíchalovi za velmi užitečnou metodickou pomoc, kterou mi poskytl při vypracování bakalářské práce.

Dále bych velmi ráda a ze srdce poděkovala paní Janě Zelené – zdravotně sociální pracovníci v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o. za její ochotu, trpělivost a čas, který mi věnovala při řešení dané problematiky.

PROHLÁŠENÍ

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

OBSAH

ÚVOD.....	8
I TEORETICKÁ ČÁST	10
1 SOCIÁLNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	11
1.1 SOCIÁLNÍ PÉČE, SOCIÁLNÍ PRÁCE.....	11
1.2 ZDRAVOTNÍ PÉČE	15
1.3 INTEGROVANÁ SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE	19
1.4 SOCIÁLNÍ LŮŽKO	21
2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK U POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB	26
2.1 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	26
2.2 KOMPETENCE A DOVEDNOSTI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ	28
2.3 ČINNOSTI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ	30
2.4 VZDĚLÁNÍ A MOŽNOSTI VZDĚLÁVÁNÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	33
3 TYPOLOGIE KLIENTŮ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA A METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	36
3.1 KLIENTI SOCIÁLNÍCH SLUŽEB VE ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍCH.....	36
3.2 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	39
3.3 VZTAH MEZI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍM PRACOVNÍKEM A KLIENTEM	42
3.4 MOŽNOSTI UPLATNĚNÍ SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY PŘI ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRÁCI.....	44
II PRAKTICKÁ ČÁST	48
4 METODIKA VÝZKUMU	49
4.1 CÍLE VÝZKUMU	49
4.2 CELKOVÁ STRATEGIE VÝZKUMU	50
4.3 FORMULACE DÍLČÍCH VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	50
4.4 TECHNIKY SBĚRU DAT	51
4.5 JEDNOTKA ZKOUMÁNÍ A ZJIŠŤOVÁNÍ	52
4.6 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO PROSTŘEDÍ	53
4.7 CHARAKTERISTIKA VÝZKUMNÉHO SOUBORU A RESPONDENTŮ	54
4.8 ORGANIZACE VÝZKUMU	55
5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT	57
5.1 STATISTICKÁ ANALÝZA SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ PÉČE V NEMOCNICI NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ.....	57
5.2 PŘÍPADOVÉ STUDIE.....	60
5.3 SHRNUTÍ, ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT	72
ZÁVĚR	78
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	80
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	86
SEZNAM GRAFŮ	87
SEZNAM TABULEK.....	88
SEZNAM PŘÍLOH.....	89

ÚVOD

„Poskytovatelé zdravotních služeb,“ dříve známí jako „zdravotnická zařízení“¹ v České republice poskytují mimo zdravotních služeb i sociální péči, která se, s ohledem na demografický i společenský vývoj, stává pro fungování zdravotnických zařízení stále potřebnější a téměř nutností. Do nemocnic přicházejí nebo jsou dopravováni pacienti různých sociálních vrstev s primárně zdravotními potížemi, avšak mnoho z nich potřebuje mimo odborné zdravotní a ošetrovatelské péče i jinou odbornou pomoc pro řešení svých problémů nezdravotní povahy, a to pomoc sociální s cílem zabezpečit a uspokojit jejich biologické, psychické a sociální potřeby. U poskytovatele zdravotních služeb tak dochází k prolínání péče zdravotní s péčí sociální a propojením vzniká tzv. integrovaná zdravotně sociální péče. Tato specifická forma sociální péče je poskytována nejen pacientům lůžkových zdravotnických zařízení, kteří se díky svému onemocnění ocitli v sociálně nepříznivé situaci, ale i jejich rodinám či blízkým osobám.

Od roku 2007 jsou sociální služby legislativně vymezeny v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a jeho prováděcích vyhláškách. Tento zákon mimo jiné vymezuje i základní podmínky poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče, definuje sociální pracovníky, jako základní elementy sociální péče a stanovuje minimální požadavky na jejich odbornou způsobilost.

Pro téma bakalářské práce jsem se rozhodla pro mé přesvědčení o nedostatečné informovanosti veřejnosti o sociální péči v nemocnicích. Já sama jsem nezdravotnickým zaměstnancem ve zdravotnickém zařízení – Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o. (dále jen „Nemocnice Nové Město na Moravě“) a o působení sociálního pracovníka v našem zařízení jsem se dozvěděla až v souvislosti se studiem sociální pedagogiky, kdy jsem se začala aktivně zajímat o sociální péči poskytovanou v našem regionu respektive v místě mého bydliště. Podle mého názoru je neznalost o existenci sociální péči v nemocnicích pochopitelná především z toho důvodu, že se nejedná o sociální péči veřejnosti běžně dostupnou (jako jsou např. poradny, centra, sdružení), ale o péči specifickou, poskytovanou primárně určitému typu klientů v určitých typech zařízení. Výše uvedené skutečnosti byly východiskem pro stanovení hlavního cíle této bakalářské práce.

Hlavním cílem této bakalářské práce je objasnit a legitimizovat problematiku poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních a poukázat tak na její důležitost a potřebnost

¹ Autorka si dovoluje v této bakalářské práci používat oba názvy.

nejen pro pacienty zdravotnických zařízení z hlediska kvality jejich života, ale i pro celou společnost, neboť zde dochází k významné pomoci osobám, které se ocitly v sociálně nepříznivých životních situacích. Základní otázka, kterou jsem si v souvislosti se stanoveným cílem bakalářské práce zvolila, a na kterou v této práci hledám odpověď, zní:

„Jak probíhá zdravotně sociální péče u pacientů v Nemocnici Nové Město na Moravě?“

Bakalářská práce je komplexně zaměřena na principy poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jak v rovině obecné, tak v rovině specifické, týkající se konkrétního zdravotnického zařízení. Teoretická část přibližuje tuto problematiku pomocí teoretických poznatků, výzkumná část je zaměřena na samotný proces zdravotně sociální péče v konkrétním zdravotnickém zařízení. První kapitola objasňuje základní pojmy v této oblasti a legitimizuje propojení sociální a zdravotní péče. Je zde také zmíněna a vysvětlena koncepce legislativně vymezené zdravotně sociální služby – tzv. sociálního lůžka včetně podmínek pro její poskytování. V kapitole druhé je definován jeden ze základních elementů zdravotně sociální práce, a to zdravotně sociální pracovník. Jsou zde popsány jeho role, kompetence i jeho postavení v multidisciplinárním týmu a také činnosti, které při své práci vykonává. Zmíněny jsou zde i legislativní požadavky na jeho odbornou způsobilost a možnosti vzdělávání v oboru zdravotně sociální práce. Třetí, závěrečná kapitola teoretické části je zaměřena na klientelu zdravotně sociálního pracovníka, na objasnění zásad a principů komunikace, uplatňovaných při práci s touto klientelou a zejména pak na vztah zdravotně sociální práce a sociální pedagogiky včetně hledání možností uplatnění poznatků sociální pedagogiky při zdravotně sociální péči.

Na teoretickou část navazuje část výzkumná, která prostřednictvím statistické analýzy a případových studií, zpracovaných na základě interpretace dat získaných pomocí polostrukturovaných rozhovorů a analýzy dokumentů, mapuje samotný proces zdravotně sociální péče v konkrétním zdravotnickém zařízení. Výzkum je zaměřen zejména na informovanost o zdravotně sociální péči, na charakteristiku cílové skupiny, na náplň práce a roli zdravotně sociálního pracovníka při poskytování zdravotně sociální péče, na možné způsoby pomoci pacientům v jejich sociálně nepříznivé situaci i na to, jak je tato pomoc pacienty/klienty vnímána a jaký může mít vliv na kvalitu jejich života.

Vypracováním této bakalářské práce jsem si splnila i svůj osobní – symbolicky stanovený cíl, kterým je maximální podpora informovanosti veřejnosti o tomto specifickém, z mého pohledu velmi významném, typu sociální péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PÉČE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Sociální práce ve zdravotnictví je pojmem, který není doposud nijak legislativně vymezen, avšak pro účel a naplnění tématu mé bakalářské práce má důležitý význam. Tento typ sociální práce není dle mého názoru pro širokou veřejnost dostatečně znám, neboť sociální práce resp. sociální služby jsou v obecném slova smyslu většinou spojovány se zařízeními a institucemi, které primárně poskytují pouze péči sociální a nikoliv péči jiného druhu. Avšak s ohledem na demografický, ale i ekonomický a společenský vývoj naší společnosti lze v budoucnu předpokládat, že tento typ sociální práce začne vstupovat do povědomí veřejnosti i tím, že s touto službou bude přicházet do styku čím dál více osob, neboť pro tyto osoby bude potřebná s ohledem na jejich aktuální nepříznivou životní situaci. Příčinou potřeby je především postupné stárnutí populace a nepříznivá ekonomická situace, díky kterým bude vzrůstat počet sociálně znevýhodněných event. vyloučených osob, kteří budou potřebovat pomoc psychosociální povahy.

V této kapitole se zaměřím na objasnění důležitých pojmů v oblasti zdravotně sociální péče, a to pojmy sociální péče, sociální práce a zdravotnická péče. Dále identifikuji pojem zdravotně sociální péče a vysvětlím koncept sociálně zdravotní služby vymezené zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o sociálních službách“). Vymezení těchto pojmů je východiskem pro naplnění cíle mé bakalářské práce, a to o legitimizaci sociální péče ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.

1.1 Sociální péče, sociální práce

Před vymezením pojmů sociální péče a sociální práce je vhodné krátce vysvětlit pojem „sociální“. B. Kraus tento pojem objasňuje ve dvou pojetích: v individualistickém pojetí jako potřebu pomoci těm, kteří se ocitli v složité životní situaci, a v pojetí celospolečenském jako „*výchovu všech společenských kategorií pro život v dané společnosti*“ (Kraus, 2008, s. 39). Pojem „sociální“ vysvětluje i P. Mühlpachr, a to jako „*všeobecné označení vztaznosti ke společnosti*“ povahy teoretické nebo praktické, tvořící obsah sociální politiky, sociální péče a sociální práce (Mühlpachr, 2004, s. 100).

Dalším důležitým pojmem v sociální oblasti je pojem **sociální péče**. Sociální péče je identifikována P. Mühlpachrem jako součást sociální politiky, která pomáhá uspokojovat společností objektivně uznávané potřeby občanů povahy hmotné, psychické a sociální, a to jak ve smyslu individualistickém, tak i společenském (Mühlpachr, 2004, s. 27). Sociální péče může být financována z různých zdrojů. V současné době je hlavním zdrojem

financování především stát a územně samosprávnými celky, nicméně na sociální péči se často finančně podílí i zaměstnavatelé nestátních organizací, ekonomicky činní občané či přímo klienti, kterým je sociální péče poskytována.

Formy sociální péče jsou dávky a služby sociální péče, které doplňují všeobecná sociálně politická legislativní opatření a pro občany mohou mít i funkci stimulující, ve smyslu přispění ke změně způsobu života, k přizpůsobení se svému okolí a k integraci sociálně znevýhodněných osob do společnosti (Mühlpachr, 2004, s. 27). Podle Matouška vyplývá sociální péče ze společenské solidarity, spočívající v redistribuci prostředků a služeb ve společenském prostoru, jejichž cílem je všestranný rozvoj jednotlivce. Sociální pojištění, zdravotní pojištění, státní podpory, sociální pomoci a sociální služby jsou nástroje, které Matoušek vidí v realizaci sociální péče (Matoušek, 2003, s. 210). V **sociální pomoci** pak O. Matoušek vidí „*peněžní nebo věcné dávky a služby poskytované za určitých podmínek, na základě určitých kritérií a průzkumu majetkových poměrů jednotlivcům nebo rodinám, které se nacházejí na spodní hranici příjmového žebříčku nebo pod určitou úroveň sociálního minima*“ (Matoušek, 2003, s. 212). Tato sociální pomoc může být podle O. Matouška státem či obcí:

- organizovaná či nařízená (obligatorní),
 - povolená (např. právo žebrot) nebo
 - podporovaná (např. na činnost nestátních organizací)
- (Matoušek, 2003, s. 212).

Hlavní činností sociální pomoci je **sociální práce**. Ta má z pohledu historie svou tradici již od středověku, kdy měla poněkud odlišnou podobu v porovnání s jejím současným pojetím. Z počátku se jednalo především o komplexní a organizovanou pomoc různým skupinám osob - chudým, nemocným, starým lidem, zmrzačeným a zdravotně postiženým osobám, sirotkům, válečným veteránům nebo osobám v krizové životní situaci apod., která byla zajišťována různými ústavy, nemocnicemi, a chudobinci, zřizovanými především církví. Na našem území bylo jedním z mezníků v sociální práci zavedení právního institutu domovského práva, ze kterého vyplývalo právo na nerušený pobyt v obci a obcím ukládalo povinnost starat se o své občany v případě nouze. Tato pomoc však nebyla kvalifikovaná a její poskytování bylo v minimální míře. Na přelomu 19. a 20. století pak začínají být zaváděny nové systémy sociálního zabezpečení, u kterých byla pomoc určována „*žádostí potřebného*“ (Matoušek, 2001, s. 117).

Dle Matouška tato pomoc směřovala především:

- k uspokojení životní potřeby obdarovaného,
- k uspokojení morální potřeby dárce či
- k uspokojení sociální potřeby společnosti (Matoušek, 2001, s. 117).

Po vzniku samostatného Československa byla sociální práce realizována prostřednictvím veřejnoprávních i soukromoprávních institucí. Zaměřena byla především na zlepšení sociálních poměrů širokých vrstev s ohledem na jejich majetkové vlastnictví. Největší skupinou, potřebující sociální pomoc po první světové válce byli zejména váleční veteráni, invalidé a pozůstalí po vojácích, kteří zahynuli ve válce. V roce 1918 byla v Praze založena také první škola sociální práce.

V třicátých letech se sociální práce zaměřila především na rizikové skupiny občanů v souvislosti s probíhající celosvětovou krizí, následkem které docházelo k nárůstům nemocnosti, úmrtnosti a sociálněpatologických jevů, jako byl alkoholismus, trestná činnost či rodinné rozvraty (Matoušek, 2001, s. 118-120).

V období mezi světovými válkami byly dle Matouška převládajícími metodami sociální práce případová práce, práce s rodinou a později se rozvíjela i práce skupinová a komunitní (Matoušek, 2003, s. 75-76). V období od skončení druhé světové války do r. 1989 byly sociální služby, a tedy i sociální práce, závislé zejména na státních úřadech, kterými byly financovány a organizovány. V tomto období (mimo let šedesátých) však převládalo paradigma neexistence sociálních problémů v souvislosti s odstraněním třídních rozdílů, což způsobilo pozvolné oslabování jednotlivých nástrojů sociální politiky.

Po roce 1989 vznikají v České republice nové aktivity v sociální péči, jsou zakládány instituce a organizace pro prevenci a řešení sociálních problémů, dochází k rozvoji systému sociálního zabezpečení, sociálních služeb a vzdělávacích programů a zařízení v sociální péči. I. Kuzníková k této skutečnosti uvádí, že: „v souvislosti se změnami systému sociálního zabezpečení se v návrhu zákona o sociální pomoci objevuje termín *sociální práce*, který je definován jako *metoda sociální pomoci*“ (Kuzníková, 2011, s. 17). Transformace sociálních služeb spočívala v postupném vzniku Standardů kvality sociálních služeb, vydanými Ministerstvem práce a sociálních služeb a zlegalizovanými až v roce 2007 zákonem o sociálních službách a jeho prováděcí vyhlášce č. 505/2006 Sb. (dále jen „vyhláška č. 505/2006 Sb.“).

Současná pojetí sociální práce jsou velmi rozmanitá. Podle Matouška je sociální práce společenskovední disciplínou, oblastí praktické činnosti a především hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci. Jejím cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.) (Matoušek, 2003, s 212).

P. Mühlpachr definuje sociální práci v různých pojetích:

- **v užším slova smyslu** ji charakterizuje jako přímý, záměrný a připravený kontakt sociálního pracovníka s klientem, skupinou či komunitou, za účelem stanovení sociální diagnózy a provádění sociální terapie, která spočívá v sociálně výchovném působení, ovlivnění či usměrnění klientů ke změně postojů a své sociální situace; součástí tohoto typu sociální práce je i sledování a hodnocení výsledků poskytované péče;
- **v širším pojetí** zahrnuje sociální práce i poskytování sociálních dávek a služeb sociálního charakteru včetně jejich organizace, odborného a účelného použití nálezů, posudků i rozhodnutí z jiných oblastí a spolupráce s dalšími odborníky v oblasti péče o člověka; součástí takto pojaté sociální práce jsou i administrativně-správní postupy vytvořené sociálními a zdravotnickými institucemi, které péči poskytují;
- **sociální práce preventivní (sociální prevence)** zaměřená na předcházení vzniku nežádoucích společenských situací včasným odstraňováním jejich příčin;
- sociální práce **kurativní (léčebná - pozn. aut.)**, která zahrnuje zejména sociálně výchovné působení a využití sociálně technických opatření ve prospěch klientů, skupin a komunit (např. materiální pomoc, sociální služby) ke zmírnění a odstraňování již vzniklých důsledků negativních sociálně disfunkčních procesů;
- sociální práce jako **aplikovaná vědní disciplína** zabývající se sociálně klinickým výzkumem napříč různými vědními disciplínami, s pomocí nichž vytváří vlastní metodické postupy syntetizováním a zevšeobecňováním faktů (Mühlpachr, 2004, s. 28-29).

P. Mühlpachr specifikuje i dalších několik pojetí sociální práce, a to umění jednat s lidmi, pracovní metoda, profesionální disciplína, institucionalizovaná sociální práce atd. (Mühlpachr, 2004, s. 30-31).

S ohledem na skutečnost, že jedním z cílů mé bakalářské práce je legitimizace sociální práce poskytované ve zdravotnickém zařízení, je nutné shora uvedené informace o sociální péči a sociální práci doplnit o další důležitý pojem, a to o pojem zdravotní péče.

1.2 Zdravotní péče

V širokém pojetí je zdravotní péče součástí souboru nástrojů, opatření, postupů, činností a institucí, které jsou souhrnně nazývány jako zdravotnictví. To se zaměřuje především na péči o zdraví lidu a slouží k uspokojování potřeb obyvatelstva, týkajících se jejich zdraví a zdravotního stavu. Systém zdravotnictví zahrnuje:

- orgány a instituce (ministerstvo zdravotnictví, zdravotní pojišťovny aj.),
- organizace a společnosti (lékařská komora, odborné lékařské společnosti, ČAS², SAK³ aj.),
- zdravotnická zařízení (nemocnice, ambulantní zařízení, léčebné ústavy aj.),
- zdravotnické pracovníky (lékaři, zdravotní sestry, laboranti, fyzioterapeuty) a
- služby a činnosti (léčebně-preventivní péče, hygienická služba, lékárenská služba, výchova ke zdraví, vědecký výzkum, zdravotnické školství aj.)

(Strejčková a kol., 2007, str. 5-6).

Pro oblast zdravotnictví a zdravotní péče je základním pojmem slovo **zdraví**. To je z roku 1948 definováno Světovou zdravotnickou organizací (WHO) jako „*stav plné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci či poruchy nebo tělesné vady*“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 15). Tato definice charakterizuje tři základní pojetí pozitivní koncepce zdraví:

- „*zájem o jednotlivce jako o celistvou osobu, nejen o jednotlivé části,*
- *klade zdraví do vzájemného vztahu s prostředím a*
- *klade rovnítko mezi zdravím a produktivní, tvořivý život*“

(Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 15).

Tato definice jednoznačně poukazuje na to, že podstatou zdraví není pouze biologická složka člověka, ale i složka duševní (psychická) a sociální. Tato skutečnost je významným klíčovým východiskem při poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních, neboť mezi základní cíle zdravotní péče patří dosažení optimálního stavu zdraví obyvatelstva

² Česká asociace sester (odborná, nezisková profesní organizace zdravotních sester a ostatních odborníků)

³ Spojená akreditační komise o. p. s. (nestátní nezisková organizace zabývající se zvyšováním kvality poskytování zdravotní péče v ČR)

a v té souvislosti i zlepšení zdravotního stavu obyvatel. V oblasti péče o zdraví se tak stávají důležitými i pojmy z jiných oblastí, především z oblastí sociálních a oblastí zabývajících se psychikou člověka.

Zdravotní péče je především péčí o zdraví – jsou to všechny činnosti společnosti, jejichž cílem je především posílení zdraví, zabránění vzniku onemocnění, léčení již vzniklých onemocnění a snížení následků nemoci (Strejčková a kol., 2007, str. 5). Legislativní vymezení pojmu zdravotní péče a podmínek jejího poskytování je uvedeno v zákoně č. 372/2011, o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o zdravotních službách“), který vstoupil v platnost 1. dubna 2012 a nahradil tak zákon č. 20/1966 o péči o zdraví lidu, ve znění pozdějších předpisů. Zdravotní péčí se podle § 4 zákona o zdravotních službách rozumí: *„soubor činností a opatření prováděných u fyzických osob či preventivní, diagnostické, léčebné, léčebně rehabilitační, ošetrovatelské nebo jiné zdravotní výkony prováděné zdravotnickými pracovníky“* za účelem:

- předcházení, odhalení a odstranění nemoci, vady nebo zdravotního stavu,
- udržení, obnovení nebo zlepšení zdravotního a funkčního stavu,
- udržení a prodloužení života a zmírnění utrpení,
- pomoci při reprodukci a porodu nebo
- posuzování zdravotního stavu.

Fyzické osoby, u kterých jsou výše uvedené činnosti a opatření prováděny, se ve zdravotnické teorii nazývají pacienti. Zákon o zdravotních službách také v § 5 vymezuje i jednotlivé druhy zdravotní péče, z nichž níže vybrané jednoznačně souvisí s poskytováním sociální péče, a tím tak potvrzují potřebnost sociální práce i v jiné oblasti, než v oblasti sociální:

- **léčebně rehabilitační péče**, jejímž účelem je maximální možné obnovení fyzických, poznávacích, řečových, smyslových a psychických funkcí pacienta cestou odstranění vzniklých funkčních poruch nebo náhradou některé funkce jeho organismu, popřípadě zpomalení nebo zastavení nemoci a stabilizace zdravotního stavu (§ 5 odst. 2 písm. f) zákona o zdravotních službách),
- **ošetrovatelská péče**, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin, rozvoj zachování nebo navrácení soběstačnosti; součástí této péče je i péče o nevyлéčitelně

nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti (§ 5 odst. 2 písm. g) zákona o zdravotních službách) a

- **paliativní péče**, jejímž účelem je zmírnění utrpení a zachování kvality života pacienta, který trpí nevléčitelnou nemocí (§ 5 odst. 2 písm. h) zákona o zdravotních službách).

Zdravotní péče se člení i podle formy, a to na péči **ambulantní, jednodenní, lůžkovou a zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta** (zákon o zdravotních službách, § 6). Kromě zdravotní péče poskytované ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou výše uvedené formy zdravotní péče poskytovány ve zdravotnických zařízeních. Jednotlivé druhy zdravotní péče vymezuje § 9 zákona o zdravotních službách.

Akutní zdravotní péči se rozumí poskytování zdravotní péče u akutních stavů na tzv. akutních případně intenzivních lůžkách. Patří sem:

- péče při selhávání základních životních funkcí člověka,
- péče při stavech, které ohrožují základní životní funkce člověka,
- standardní péče poskytovaná při akutním onemocnění či při zhoršení akutního onemocnění i v případě, že nejsou ohroženy základní životní funkce a
- plánovaná specifická zdravotní péče, která vyžaduje hospitalizaci na akutním lůžku.

Následná zdravotní péče je poskytována pacientům, u kterých došlo:

- k zvládnutí akutního onemocnění nebo akutního zhoršení chronického onemocnění,
- ke stabilizaci zdravotního stavu, avšak jejich zdravotní stav i nadále vyžaduje doléčení nebo dlouhodobé ošetřování či
- k takovému zhoršení zdravotního stavu v průběhu ambulantní péče, které vyžaduje rehabilitaci na lůžku nebo ošetřovatelskou péči.

Dlouhodobá zdravotní péče je poskytována pacientům, jejichž zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetřovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetřovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.

Do systému zdravotnictví patří především **zdravotnická zařízení** - ta se v ČR člení na státní zdravotnická zařízení (fakultní nemocnice, léčebny a specializované ústavy) a na nestátní zdravotnická zařízení (krajská, obecní, soukromá a církevní zdravotnická zařízení). Do státních i nestátních zdravotnických zařízení patří nemocnice. Jak uvádí Typltová (2011, s. 1 - 2), v roce 2011 bylo v České republice celkem 189 nemocnic, z toho

11 jich bylo fakultních, 147 nemocnic poskytovalo akutní péči a 31 nemocnic poskytovalo péči následnou. K tomuto přehledu je nutné doplnit informaci, že mnoho nemocnic v České republice poskytuje současně jak péči akutní, tak péči následnou.

O zdravotnictví a zdravotní péči se v poslední době v médiích velmi hovoří, avšak ne v souvislosti s posláním, cíli a zlepšováním zdravotní péče, ale v souvislosti s ekonomickou stránkou poskytování zdravotní péče ve zdravotnických zařízeních a s ní související restrukturalizací celé sítě zdravotnických zařízení ze strany zdravotních pojišťoven pomocí optimalizace počtu lůžek ve zdravotnických zařízeních, snížení úhrad za provedené výkony či omezení nebo úplného vyřazení smluvních výkonů.

U široké veřejnosti převládá spíše názor, že zdravotnictví se týká pouze péče zdravotní, zdravotnických pracovníků a dalších aspektů se zdravotnictvím spojených. Občanovi, který se v oblasti sociální a zdravotní péče neorientuje, by se proto mohlo propojení sociální práce se zdravotnictvím zdát jako nepravděpodobné a nereálné. Avšak opak je pravdou - nejen činnost sociálního pracovníka zde má své nezastupitelné místo a své opodstatnění. Například M. Potůček vymezuje zdravotnictví jako „*soubor institucí, poskytujících kvalifikovanou péči o zdraví*“ (Kolektiv autorů, 1994, s. 31). Pokud vezmeme v úvahu složky podstatné pro zdraví člověka, uvedené výše u definice zdraví (složka biologická, psychická a sociální) je jednoznačné, že tyto instituce M. Potůček vnímá jako součást celospolečenské péče o zdraví lidu. Tomuto kontextu tedy odpovídá i institut sociální práce prováděné ve zdravotnických zařízeních. Další propojenost sociální a zdravotní péče prezentuje K. Ivanová vymezením cílů zdravotnictví:

- prevence chorob a poranění, podpora a udržování zdraví,
- úleva od bolesti a strádání způsobených nemocí,
- péče o nemocné a jejich uzdravování,
- péče o ty, kdo nemohou být uzdraveni a
- odvrácení předčasné smrti a zajištění klidného umírání

(Ivanová, 2006, s. 173-174).

A právě „péče o ty, kdo nemohou být uzdraveni“ je jedním z cílů, který prokazuje znaky sociální práce ve zdravotnictví. Pacient/klient, který nemůže být uzdraven, vyžaduje mimo zdravotní péče i péči podpůrnou – charakteru citlivého, empatického a zejména profesionálního. Je důležité doplnit, že součástí sociální práce s nevléčitelným pacientem/klientem je i spolupráce s rodinou pacienta/klienta, která potřebuje v nelehkých

chvilích sociální podporu a porozumění. V tomto kontextu jednoznačně dochází k prolínání péče zdravotnické s péčí sociální.

1.3 Integrovaná sociálně zdravotní péče

Pole působnosti sociálních pracovníků je velmi rozmanité a různorodé, proto není pravidlem, aby sociální péče byla poskytována pouze v sociálních službách. A vzhledem k tomu, že nezbytnou součástí péče o zdraví člověka je i péče sociální, jednou z mnoha oblastí, kde nachází sociální pracovníci uplatnění, je zdravotnictví. Zde je sociální péče poskytována nejčastěji v pobytových zdravotnických zařízeních ústavní péče. Je nezbytnou součástí komplexní léčebně-ošetrovatelské péče o pacienta a v danou chvíli je nezbytná z pohledu sociálního, psychického a biologického. Význam zdravotně sociální péče nastává zejména v případech, kdy situaci, nově vzniklou v souvislosti se zdravotním stavem pacienta/klienta, není pacient/klient schopen sám, případně i jeho rodina či blízké okolí, řešit. Dostupná sociální pomoc při řešení sociálních problémů pacienta/klienta při pobytu ve zdravotnickém zařízení je právem klienta a ze strany zdravotnického zařízení nesmí být neposkytnutím sociální pomoci pacient/klient diskriminován.⁴

V souladu s výše uvedeným je možné odvodit a definovat cíl sociální práce ve zdravotnictví, a tím je **zajištění sociální pomoci hospitalizovaným pacientům, kteří se díky svému zdravotnímu stavu či jiným okolnostem ocitli v nepříznivé sociální životní situaci, kterou nejsou schopni zvládnout sami či s pomocí své rodiny či blízkých, a dosažení u pacienta maximální seberealizace s cílem zabránit či předejít jeho sociálnímu vyloučení z dané společnosti.**

Poslání sociální práce ve zdravotnictví výstižně vymezuje dokument resp. pracovní postup „Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních,“ vydaný profesní organizací České asociace sester – zdravotně-sociální sekci:

Posláním sociální práce ve zdravotnictví je tedy pomoci pacientům/klientům, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům nevládají

⁴ Ve Všeobecné deklaraci lidských práv – dokumentu Organizace spojených národů (dále jen „OSN“), přijatém dne 10.12.1948 Valným shromážděním OSN, jsou v článku 22 vymezena práva člověka jako člena společnosti, na zajištění sociálního zabezpečení, hospodářských, sociálních a kulturních práv, nezbytných k jeho důstojnosti a svobodnému rozvoji jeho osobnosti a článek 25 vymezuje právo na životní úroveň zajišťující zdraví člověka jakož i jeho rodiny, zejména pak výživu, šatstvo, byt a lékařskou péči, jakož i nezbytná sociální opatření: zabezpečení v nezaměstnanosti, v nemoci, při nezpůsobilosti k práci, při ovdovění, ve stáří nebo ostatních případech ztráty výdělečných možností, nastalých v důsledku okolností nezávislých na jeho vůli. (*Všeobecná deklarace lidských práv*, <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>)

sami, s pomocí rodiny (resp. blízkých) či komunity vzniklou sociální situaci řešit: Kompenzací, adaptací nebo integrací pacienta/klienta do společnosti, a umožnit tím jedinci dosáhnout maximální možné hranice při uspokojování jeho základních i vyšších životních potřeb s ohledem na jejich zdravotní stav a sociální podmínky (Šlenkrťová, Marková, 2012, s. 3).

Sociální péče, poskytovaná ve zdravotnických zařízeních, může mít různé formy. Jednou z nich je koncept tzv. sociální lůžka, který se řadí mezi sociálně zdravotní služby vymezené zákonem o sociálních službách a další formou je vlastní činnost sociálních pracovníků. Ti ve zdravotnických zařízeních pracují jak s pacienty⁵/klienty⁶ na tzv. akutních lůžkách, tak i s pacienty/klienty na tzv. lůžkách následné či dlouhodobé péče. Na tato lůžka jsou umístováni ti pacienti/klienti, kteří potřebují pomoc pro zabezpečení svých základních životních a sociálních potřeb a vzhledem k jejich zdravotní či sociální situaci jim není možno zajistit pomoc jiným způsobem či jinou osobou, tzn., že nemohou být z ústavních zařízení propuštěni. V těchto případech spočívá sociální pomoc pacientům/klientům i v komunikaci sociálních pracovníků s institucemi a organizacemi pro zajištění sociálních potřeb i sociálního zabezpečení. Některé speciální formy sociální péče mohou zajišťovat i externí subjekty, jako jsou např. hospicová hnutí, dobrovolníci z řad občanů, psychologové, pastorační pracovníci, případně i specialisté na léčebné terapie (ergoterapeuti⁷, zooterapeuti⁸, muzikoterapeuti⁹, arteterapeuti¹⁰ či odborníci na bazální stimulaci¹¹), kteří výrazně ovlivňují i kvalitu sociálního života dlouhodobě nemocných klientů. Lze tedy konstatovat, že „sociální práce ve zdravotnictví se odehrává v různých kontextech léčby a často je součástí práce v multiprofesních týmech, které přispívají ke

⁵ Terminologie dle zákona o zdravotních službách

⁶ Terminologie dle zákona o sociálních službách

⁷ Ergoterapií se dle definice České asociace ergoterapeutů z roku 2008 rozumí profese, která prostřednictvím smysluplného zaměstnávání usiluje o zachování a využívání schopností jedince potřebných pro zvládnutí běžných denních, pracovních, zájmových a rekreačních činností u osob jakéhokoli věku s různým typem postižení (Česká asociace ergoterapeutů [online]. Michal Rod ©2008 [2013-01-28]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>

⁸ Zooterapie (zvířaty podporovaná terapie) je souhrnným termínem pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví, které jsou založeny na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem (Mojžíšová, A., Lacinová, J., Šemberová, J. aj., 2000. In: VELEMÍNSKÝ, 2007, s. 31); např. interakce mezi člověkem a psem je *canisterapie*, interakce mezi člověkem a kočkou je *felinoterapie*.

⁹ Muzikoterapie je léčebnou metodou, při které je jako léčebný terapeutický prostředek využívána hudba

¹⁰ Arteterapie jako léčebná metoda používá při terapii obraz nebo výtvarné aktivity

¹¹ Bazální stimulace je pedagogicko-ošetřovatelský koncept, který podporuje v nezákladnější (bazální) rovině lidské vnímání. Je založen na cílené stimulaci smyslových orgánů s cílem znovu aktivovat mozkovou činnost a tím podporovat vnímání, komunikaci a hybnost klientů. Autorem konceptu je německý speciální pedagog prof. dr. Andreas Fröhlich (FRIEDLOVÁ, 2007, s. 13 a 19).

zlepšení a podpoře zdraví klientů. Specifické kompetence sociální práce v kontextu zdravotní péče jsou založeny na porozumění psychosociálním dimenzím nemoci, tedy na sociální etiologii a vztahu mezi zdravotními a sociálními okolnostmi (Kuzníková, 2011, s. 157).

Smysl sociální práce ve zdravotnictví vidí I. Kuzníková „v pomoci pacientovi/klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci (Kuzníková, 2011, s. 18), jako mohou být nepříznivý psychický stav klienta v souvislosti s nemocí (s invaliditou, pracovní neschopností atd.), oslabená komunikace i vztahy v rodině či k blízkým, oslabení uspokojování sociálních potřeb nemocného či rodiny, problematika bydlení, ekonomický dopad nemoci klienta (není primárně sociálním důsledkem nemoci, ale patří mezi nejdůležitější problémy, které musí klient řešit v nepříznivé životní situaci).

Sociální lůžka a činnost sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních ústavní péče jsou základními formami sociální péče, které významně působí na naplnění poslání a cílů sociální práce ve zdravotnictví. Proto se dále v textu na tyto formy sociální péče zaměřím.

1.4 Sociální lůžko

Jak popisují výše, sociální péče ve zdravotnickém zařízení ústavní péče může mít několik forem, z nichž mezi nejvýznamnější patří sociálně zdravotní služba - tzv. sociální lůžko (dále jen „sociální lůžko“) a působení sociálních pracovníků. Nejinak je tomu i v Nemocnici Nové Město na Moravě – zde jsou poskytovány pobytové sociální služby až pro 20 klientů na sociálních lůžkách a sociálně zdravotní pracovníce zde poskytuje sociální péči pro všech 449 lůžek (včetně 20 sociálních a 50 lůžek následné a dlouhodobé péče). Dohlíží také na provoz sociálních lůžek a vykonává všechny legislativní i jiné činnosti vyplývající z jejích přidělených kompetencí. V rámci výkonu své zdravotnické profese zde klientům na sociálních lůžkách poskytují zdravotně sociální péči i všeobecné sestry - tzv. klíčové pracovníce. Ty odpovídají za poskytování zdravotně sociálních služeb v rozsahu stanoveném „Standardy kvality sociálních služeb“, které jsou krátce objasněny v textu dále.

Poskytování **zdravotně sociální služby na sociálních lůžkách** se v Nemocnici Nové Město na Moravě řídí:

- zákonem o sociálních službách,
- vyhláškou č. 505/2006 Sb. a

- „Standardy kvality sociálních služeb“ vypracovanými poskytovatelem sociálních lůžek podle § 99 zákona o sociálních službách a v souladu s přílohou č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., které upravují základní oblasti poskytování sociální péče klientům na sociálních lůžkách.

Koncepce sociálních lůžek je v § 52 odst. 1 zákona o sociálních službách definována takto: *„Ve zdravotnických zařízeních ústavní péče se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují ústavní zdravotní péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení ústavní péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulančních sociálních služeb anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb.“*

Posláním sociálních lůžek v Nemocnici Nové Město na Moravě je především zajištění podpory klientům tak, aby byla zajištěna smysluplnost každodenního žití při zachování dosavadních schopností a lidské důstojnosti. Při práci s klienty jsou respektována jejich práva a potřeby, klienti jsou chápáni a vnímáni jako jednotlivci, jsou podporovány a uspokojovány jejich individuální potřeby a aktivity, komunikace s klienty probíhá v dimenzích vzájemného přátelství, rovnocennosti s podporováním vzájemné důvěry, ohleduplnosti, respektu, úcty a partnerství s respektem společenského postavení klienty a dodržováním Listiny základních práv a svobod (Zelená, 2012, s. 3 - 4).

Cílovou skupinu uživatelů sociálních lůžek v Nemocnici Nové Město na Moravě tvoří:

- osoby se ztrátou či snížením soběstačnosti v základních životních dovednostech,
- osoby, u kterých došlo ke zhoršení zdravotního stavu v důsledku chronického onemocnění nebo stáří,
- osoby s duševním onemocněním, zdravotním postižením, kombinovaným postižením a **senioři**.

Sociální lůžko se dle zákona o sociálních službách řadí mezi služby poskytované za úhradu. Je poskytována na základě uzavřené smlouvy o poskytování sociálních služeb mezi klientem a poskytovatelem. Klient na sociálním lůžku si hradí poplatek za ubytování, stravu a za péči poskytovanou ve sjednaném rozsahu. V Nemocnici Nové Město na Moravě hradí klient 260,- Kč za každý kalendářní den a k této částce náleží nemocnici i celá výše priznaného příspěvku na péči. Základní informace o tomto příspěvku zmiňují

v této kapitole níže. Klient na sociálním lůžku si nehradí péči zdravotní, která je zde pouze jako doplňková (standardní zdravotnické výkony jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění, výkony nadstandardní si hradí klient/pacient sám).

Příspěvek na péči je pravidelně opakující se sociální dávka, která je v souladu s § 7 zákona o sociálních službách, poskytována osobám, které jsou z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb v rozsahu stanoveném stupněm závislosti. Osobou, která má nárok na příspěvek může být i poskytovatel sociálních služeb, který je zapsán v registru poskytovatelů sociálních služeb nebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu.¹²

Příspěvek na péči je financován ze státního rozpočtu. Výše příspěvku se odráží od stupně závislosti na pomoci jiné osoby při zvládnání základních životních potřeb, mezi které patří mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost. Stupně závislosti rozlišuje zákon o sociálních službách u osob do 18 let a starších 18 let věku (klientela sociálních lůžek v Nemocnici Nové Město na Moravě není věkově omezena, avšak primárně ji využívána klienty staršími 18 let věku).

Při posuzování žadatelů o příspěvek se hodnotí schopnost zvládat základní životní potřeby, zejména pak funkční dopad nepříznivého zdravotního stavu při zvládnání základních životních potřeb (zákon o sociálních službách, § 9 odst. 4). Pro uznání závislosti v příslušné základní životní potřebě musí existovat příčinná souvislost mezi poruchou funkčních schopností z důvodu nepříznivého zdravotního stavu a pozbytím schopnosti zvládat základní životní potřebu v přijatelném standardu (zákon o sociálních službách, § 9, odst. 5).

Podle uznaného stupně závislosti na pomoci jiné fyzické osoby z důvodu neschopnosti zvládat základní životní potřeby (jsou celkem čtyři) může být osobám či registrovaným poskytovatelům sociálních služeb vyplácen příspěvek ve výši:

- 800,- Kč v I. stupni závislosti (lehká závislost),
- 4 000,- Kč v II. stupni závislosti (středně těžká závislost),
- 8 000,- Kč ve III. stupni závislosti (těžká závislost) a

¹² Do kategorie registrovaných poskytovatelů sociálních služeb patří i Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., která má tuto službu od února 2007 zaregistrovanou u Krajského úřadu Kraje Vysočina v Jihlavě.

- 12 000,- Kč ve IV. stupni závislosti (úplná závislost)
(zákon o sociálních službách, § 8 a § 11).

Základní specifikaci a rozsah činností při poskytování sociálních služeb klientům na sociálních lůžkách předepisuje § 18 vyhlášky č. 505/2006 Sb., jedná se především:

- o poskytnutí ubytování včetně úklidu, praní, drobných oprav ložního a osobního prádla a ošacení, žehlení,
- o poskytnutí celodenní stravy odpovídající věku, zásadám racionální výživy a potřebám dietního stravování,
- o pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- o pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu:
 - při podávání jídla a pití, při oblékání a svlékání včetně speciálních pomůcek,
 - při přesunu klienta na lůžko nebo vozík, pomoc při vstávání, uléhání, změnách poloh klienta na lůžku,
 - při prostorové orientaci, samostatném pohybu ve vnitřním i vnějším prostoru,
- o zprostředkování kontaktu se společenským prostředím – běžně dostupné služby, informační zdroje, obnovení nebo upevnění kontaktu s rodinou, podpora aktivit podporujících sociální začlenění klienta včetně pomoci při jejich zvládnutí a
- o zajištění sociálně terapeutických činností, které vedou k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob, např. nácvik a upevňování psychických, sociálních a motorických schopností, nácvik a udržení soběstačnosti a samoobslužnosti, léčebné terapie (canisterapie, muzikoterapie), rehabilitace, aj. Tyto činnosti jsou v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o. zajišťovány především klíčovou pracovníci, sociální pracovníci, zdravotnickými odborníky nebo externími fyzickými či právníckými osobami (hospicové hnutí, dobrovolníci atd.).

Každý poskytovatel sociálních služeb musí mít vypracované standardy kvality sociálních služeb, kterými je podle § 99 odst. 1 zákona o sociálních službách „*definována úroveň kvality poskytování sociálních služeb v oblasti personálního a provozního zabezpečení sociálních služeb a v oblasti vztahů mezi poskytovatelem a osobami*“. Základní oblasti obsahu standardů jsou vymezeny v příloze č. 2 vyhlášky č. 505/2006 Sb., např. ochrana práv osob, smlouva o poskytování sociální služby, individuální plánování průběhu sociální služby, dokumentace o poskytování sociální služby, personální a organizační zajištění

sociální služby, prostředí a podmínky poskytování sociální služby, zvyšování kvality sociální služby atd.

Pobyt na sociálním lůžku probíhá v jiném režimu než při hospitalizaci na lůžku zdravotní péče. Klíčová pracovníce¹³ event. sociální pracovníce vede s klienty rozhovory, zjišťuje jejich potřeby, přání, kompetence, schopnosti, dovednosti, mobilizuje vnitřní zdroje. Společně s klienty pak hledá cestu možné podpory v takové míře, aby se klient stával co nejméně závislým na poskytované službě. Při své činnosti spolupracuje i s klientovými příbuznými nebo jeho blízkými osobami. Veškeré sociálně terapeutické činnosti jsou s klientem individuálně plánovány tak, aby u něho mohlo být dosaženo maximálního zvýšení kvality jeho života. Ve spolupráci s klientem a sociální pracovnící pak klíčová pracovníce vytvoří Individuální plán sociální péče (v Nemocnici Nové Město na Moravě do 7 dnů od přijetí klienta do zařízení), ve kterém zohlední individuální potřeby klienta dané věkem, pohlavím, závažností jeho zdravotního stavu či postižením, jeho psychickým stavem a sociálními podmínkami. Podle vývoje celkového stavu klienta je individuální plán péče v průběhu pobytu klienta v zařízení dále upřesňován, doplňován a hodnocen.

Délka pobytu klienta na sociálním lůžku není časově omezena. Zpravidla pobyt trvá do doby, než je mimo zdravotnické zařízení pro klienta zabezpečena péče odpovídající jeho potřebám. Pobyt na sociálním lůžku může být ukončen několika způsoby:

- **umístěním do domovů pro seniory,**
- **umístěním do domovů s pečovatelskou službou,**
- **umístěním do ústavu sociální péče.**
- **propuštěním do domácího ošetřování nebo**
- **úmrtím.**

Koncept sociálního lůžka je dle mého názoru velmi významným článkem v oblasti sociální služeb, který je vhodnou a přiměřenou formou péče jak pro seniory a chronicky nemocné, tak i o osoby v produktivním věku, které jsou vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nesoběstačné a jejich existence je závislá na pomoci jiné osoby.

¹³ V Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o. jsou klíčovými pracovníci všeobecné sestry registrované v Seznamu klíčových pracovníků nemocnice. Každému klientovi je klíčová pracovníce přidělena a odpovídá za jeho pobyt na sociálním lůžku. Klíčové pracovníce musí splňovat kvalifikační předpoklady v souladu se zákonem o sociálních službách, musí mít pro výkon činností osobnostní předpoklady a schopnosti (komunikační dovednosti, praxe, zkušenosti) a musí znát svá práva a povinnosti při poskytování péče dané organizačními standardy kvality sociálních služeb.

2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK U POSKYTOVATELE ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB

Sociální pracovník v pobytovém zdravotnickém zařízení je součástí multidisciplinárního týmu, poskytujícího pacientům/klientům komplexní péči v léčbě jeho onemocnění. Jeho postavení však není dostatečně objasněno, proto jsou velmi důležité přístupy ostatních členů v multioborového týmu. K této problematice se vyjadřuje I. Kuzníková, která uvádí, že „*pracovník v rezortu zdravotnictví potřebuje být respektován a mít pocit sounáležitosti s ostatními profesionály oborů, s nimiž spolupracuje. Proto musí pracovat na vytváření dobrých pracovních vztahů a zajištění své jasné pozice ve zdravotnickém zařízení*“ (Kuzníková, 2011, s. 23).

2.1 Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Sociální pracovník ve zdravotnictví při své práci zastává řadu rolí, které se vzájemně doplňují, prolínají a mají různorodý charakter. Jedná se o profesionální aktivitu, vyplývající z jeho kompetencí a vykonávaných činností a odrážející úroveň jeho odborných znalostí. Role sociálních pracovníků jsou pojímány různě.

J. Kutnohorská, M. Cichá a R. Goldmann přisuzují sociálním pracovníkům roli **prostředníků mezi klientem v sociálně nepříznivé situaci, který z různých důvodů potřebuje pomoc, a společností**. Sociální pracovník klientovi pomáhá, podporuje ho a snaží se o jeho zpětné začlenění do společnosti způsobem v dané společnosti a v dané vývojové etapě obvyklým (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 72).

P. Mühlpachr rozpracoval role sociálního pracovníka podrobněji. Podle něho má sociální pracovník tyto role:

- jako **pečovatel nebo poskytovatel služeb** napomáhá sociální pracovník klientům v jejich každodenním životě tam, kde vzhledem k postižení, onemocnění, slabosti či jiné neschopnosti nejsou schopni zvládat základní životní potřeby;
- jako **zprostředkovatel služeb** pomáhá sociální pracovník klientům získat kontakt s potřebnými sociálními zařízeními, případně jinými zdroji pomoci, neboť síť sociálních služeb nebývá dobře koordinována a v té souvislosti nejsou klientům známa existující zařízení. Sociální pracovník tak zastává různé funkce – situačního diagnostika, odhadce dostupných zdrojů, informátora klienta, obhájce jeho potřeb a koordinátora osob účastnících se práce s klientem;

- jako **cvičitel (učitel) sociální adaptace** napomáhá klientům modifikovat jejich chování tak, aby mohli účinněji řešit své problémy. V rámci této činnosti zastává funkce učitele nebo trenéra sociálních a adaptačních dovedností, povzbuzovatele změn v chování a preventivního činitele v situaci potenciální krize;
- jako **případový manažer** usiluje o zajišťování, koordinaci, vhodný výběr a souvislé poskytování tzv. kontinua služeb, zejména u klientely s větším množstvím sociálních a zdravotních potřeb s cílem zajistit efektivní sladění poskytování pro klienta potřebných služeb;
- jako **manažer pracovní náplně** organizuje práci, plánuje načasování a plánování intervence, sleduje kvalitu poskytování služeb a průběžně zpracovává informace, které může dále předávat - je to profesionál;
- jako **personální manažer (personalista)** je osobou, zajišťující výcvik a výuku, supervizi, konzultace a řízení pracovníků zařízení event. pracovníků sociální sféry (Mühlpachr, 2004, s. 54 - 55).

P. Mühlpachr vnímá roli sociálního pracovníka také jako **činitele sociálních změn** - člověka angažujícího se při identifikaci a řešení širších společenských problémů, analytika sociálních problémů, mobilizátora vůle komunity, skupinového advokáta i povzbuzovatele sociální iniciativy (Mühlpachr, 2004, s. 55).

Obdobně vymezuje role sociálního pracovníka I. Řezníček, který navíc přidává roli **poradce a terapeuta**, jako pomocníka při osobním růstu a adaptivnějším jednání klientů (Řezníček, 1994, s. 57). Z. Ondrušková vidí sociálního pracovníka i v rolích **trenéra, mediátora a zmocněnce** (Ondrušková, 2009, s. 128).

Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví vychází z obecně vymezených rolí sociálních pracovníků, pouze obsahy těchto rolí jsou specificky zaměřené ve vztahu k principům sociální péče poskytované zdravotnickým lůžkovým zařízením. **Z mého pohledu zastává sociální pracovník ve zdravotnictví především roli sociálního diagnostika a zprostředkovatele sociální péče.** Sociální pracovník jako **sociální diagnostik** provádí činnosti, jejichž cílem stanovit sociální diagnózu pacientů/klientů, na jejímž základě je pak možno kvalifikovaně sestavit plán sociální terapie, stanovit rozsah, druh a potřebu sociálních opatření. Tyto činnosti musí být prováděny vhodným způsobem, kvalifikovaně a odborně. Okruh činností sociálního pracovníka ve zdravotnickém lůžkovém zařízení jako **zprostředkovatele sociální péče** je, ve srovnání s výše uvedenými činnostmi sociálních

pracovníků v sociálních službách podle P. Mühlpachra, obsáhlejší a rozmanitější a tím tak nabývá na významu. Na osobnost sociálního pracovníka jsou tak kladeny vyšší nároky a z pohledu komplexnosti zdravotně sociální péče, kterou by měla být lůžková zdravotnická zařízení schopna zajišťovat, jsou role sociálních pracovníků ve zdravotnictví nezastupitelné.

2.2 Kompetence a dovednosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Kompetence označuje Z. Havrdová jako „*funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese*“ (Havrdová, 1999, s. 42). Při své práci je sociální pracovník „*konfrontován s komplexními problémy klientů, ve kterých nemůže být emocionálně ani postojově neutrální*“ (Matoušek, 2003, s. 190). Při sociální práci ve zdravotnictví jsou tyto situace ovlivňovány a umocňovány i podle různorodé typologie pacientů/klientů daného zařízení, neboť se může jednat o pacienty nevyléčitelně nemocné či pacienty s akutními zdravotními problémy, kteří se musí především umět vyrovnat s vlastní nepříznivou životní situací. Je na sociálním pracovníkovi, zda je v těchto situacích schopen vymezit si hranice ve vztahu s klientem tohoto typu a zda umí při své práci oddělit „civilní“ a „profesionální“ já. Při práci s klientem ve snaze řešit jeho psychosociální problémy je velmi důležité ze strany sociálního pracovníka umět rozlišit to, co je v jeho kompetenci - co může bez negativních následků vůči klientovi ovlivnit a naopak, co je pouze v kompetenci klienta a mělo by být rozhodnuto pouze jím. Jeho přístup musí být v těchto situacích naprosto profesionální – musí být schopen empatie vůči klientům, vnímat skryté stránky klientova problému i umět podporovat klienta při konstruktivních řešeních. Jeho reakce se mohou stát pro klientovu budoucnost důležitým vodítkem. Pokud sociální pracovník vykonává své činnosti v tomto pojetí, stává se pak jeho práce účinným prostředkem toho, aby se klient dokázal orientovat ve svých emocích a postojích. Pokud klient nedokáže akceptovat sociálního pracovníka v rámci jeho činností, neměl by s tímto klientem sociální pracovník nadále pracovat.

Kompetence a činnosti sociálního pracovníka jsou v rámci práv a povinností definovány právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy. Institucionální rámeček je dle O. Matouška důležitý, protože „*sociální pracovník zasahuje do života klientů a je potřeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní*“. Při práci s klientem dochází k odkrývání detailů

ze soukromí života klientů, proto je důležitá existence pravidel, která zajišťují klientům ochranu (Matoušek, 2003. str. 44-45).

Vzhledem k modernímu, holistickému¹⁴ pojetí sociální práce, a tedy i sociální práce ve zdravotnictví, dotýkají se kompetence sociálního pracovníka mnoha oblastí. V současné době je podporována participace klientů, multioborová komplexnost popisu a analýzy problémů a zdrojů a zohledňování osobních, sociálních a sociálně strukturních aspektů. To vyžaduje nejen **kompetence odborné** zahrnující multidisciplinární znalosti (psychologie, sociologie, práva, pedagogiky a jiných věd), ale i **kompetenci sociální** (umění profesionálně pracovat s lidmi) a **metodickou**, charakterizovanou dovedností dosáhnout změny stavu, ale i znát důsledky svého rozhodnutí a jednání (Kainová, 2009, s. 339).

Kompetence zdravotně sociálních pracovníků a dovednosti z nich vyplývající rozpracovali J. Kutnohorská, M. Cichá a R. Goldmann. Jejich specifikace objasňuje výkon profese sociálního pracovníka, avšak zasazeného do zdravotnického rámce - nastavuje rozsah jeho působnosti při práci s pacientem/klientem, definuje jeho schopnosti a dovednosti a vymezuje oprávnění a povinnosti sociálního pracovníka při výkonu své profese. Definované kompetence obsahově pohlíží na člověka z pohledu celostního a respektují ho jako bytost s integrovanou bio-psycho-sociální složkou. K základním kompetencím sociálních pracovníků ve zdravotnictví podle těchto autorů patří:

- **kompetence profesně oborové**, které zahrnují kvalitní teoretické znalosti a vědomosti, praktické dovednosti a schopnosti nepostradatelné pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka,
- **kompetence sociálně anamnestické a diagnostické**, což jsou schopnosti k provádění šetření u pacientů/klientů včetně schopností diagnostických a prognostických,
- **kompetence poradenské a konzultační**, zahrnující schopnosti k poskytování sociálně právního poradenství pacientům/klientům i jejich rodinám,
- **kompetence výchovné**, tj. schopnosti sociálních pracovníků cílevědomě a plánovitě působit na pacienta/klienta, který se ocitl v nepříznivé sociální situaci a **kompetence sociálně preventivní**,
- **kompetence rozhodovací**, které zahrnují schopnosti k sestavení komplexního plánu psychosociální intervence ve vztahu k životní situaci klienta,

¹⁴ Holismus je směr zdůrazňující celostnost a pokládající celek za něco vyššího než souhrn částí (Kolektiv autorů, 2008. s. 310). Moderní holistické pojetí představuje změnu v pojetí medicíny resp. zdraví a nemoci od fyziologického (biologického) pojetí k pojetí celostnímu, které vymezuje fyziologickou, psychickou, sociální i duchovní dimenzi lidského zdraví a nemoci (Kuzníková, 2011, s. 18).

- **kompetence organizační**, zahrnující znalost základních principů organizace a řízení zdravotnictví a znalost standardů a postupů ve zdravotnickém zařízení včetně schopnosti aplikace těchto znalostí při výkonu profese; schopnost spolupracovat s dalšími subjekty, které se budou podílet na řešení sociální situace pacienta/klienta event. jeho rodiny,
- **kompetence metodické**, tj. schopnosti navrhovat nové standardy a metody zdravotně sociální péče ve zdravotnickém zařízení,
- **kompetence jazykové**, které zahrnují především schopnost kultivovaného vyjadřování v českém jazyce, schopnost komunikace i vzdělávání v cizím jazyce a porozumění základní latinské terminologii a
- **kompetence osobnostně kultivující**, tj. schopnosti sebereflexe, sebevzdělávání, sebevýchovy aj. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, str. 72 – 75).

V pomáhající profesi, do které se řadí i profese zdravotně sociálního pracovníka, považují J. Kutnohorská, M. Cichá a R. Goldmann za klíčové **komunikativní a etické kompetence**, které se vztahují k etice, empatii, altruismu a efektivní komunikaci při interakci s pacientem/klientem. Patří sem především schopnost umět klientovi naslouchat, schopnost poskytovat klientům event. jejich rodinám sociální i emocionální sociální oporu a sociální pomoc, přistupovat ke klientům, jejich blízkým i svým kolegům s empatií, znát a dodržovat etické kodexy¹⁵ při výkonu své profese aj. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, str. 72 – 75). Profese zdravotně sociálního pracovníka proto vyžaduje především zralou osobnost, která má zájem na sobě celoživotně pracovat a neustále rozvíjet svoji osobnost. I. Kuzníková uvádí, že předpokladem pro zrání osobnosti sociálního pracovníka je sebevzdělávání, supervize a rovněž i sledování vývoje teorií, metod a technik sociální práce (Kuzníková, 2011, s. 30).

2.3 Činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Ve zdravotnickém lůžkovém zařízení jsou činnosti sociálního pracovníka v poměru k činnostem v rámci zdravotní péče malé, avšak vzhledem k psychosociálním změnám, které mohou u pacientů/klientů nastat, jsou velmi důležité.

¹⁵ Etické kodexy jsou dokumenty určené konkrétním profesním skupinám, které rozpracovávají požadavky kladené na konkrétní profesi v reakci na potřeby společnosti (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 81). V oblasti zdravotně sociální péče se prolínají kodexy zdravotnického pracovníka nelékařských oborů a sociálních pracovníků. Tyto dokumenty jsou běžně dostupnými dokumenty na internetových stránkách profesních komor, asociací a sdružení.

Zdravotně sociální pracovník je v rámci zdravotnického zařízení členem multidisciplinárního týmu odborníků, kde v rámci jeho fungování zabezpečuje oblast sociální a sociálně-právní. Při své činnosti je schopen posoudit sociální situaci klienta, najít způsob, jak společně s ním formulovat cíle a postup intervence, dokáže zprostředkovat spolupráci dalších odborníků a dokáže sám včas postřehnout, že je nutné změnit postup intervence, aby byla efektivní (Musil, 2007, s. 7-11). Jeho činnosti, vykonávané ve zdravotnickém zařízení, vedou především k naplnění jeho úlohy, a to odborně a profesionálně zahájit u pacienta/klienta zdravotně sociální rehabilitaci s cílem dosáhnout maximální úrovně kvality jeho života s ohledem na jeho zdravotní stav a sociálně nepříznivou situaci.

Základní pojetí činností zdravotně sociálního pracovníka stanovuje § 10 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních¹⁶, podle kterého jde o činnosti v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče a o podílení se na ošetřovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta. Konkrétně jsou činnosti zdravotně sociálního pracovníka rozpracovány ve vyhlášce č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů. Zde je v § 3 vymezen základní rámec činností zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí¹⁷, na který v § 9 navazují specifické činnosti zdravotně sociálního pracovníka. Tyto činnosti tvoří základ výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka a je možné je shrnout do několika skupin.

Zdravotně sociální pracovník, jako pracovník s odbornou způsobilostí:

- **provádí sociální prevenci včetně depistážních činností,**
- **provádí sociální analýzu, diagnostiku, prognózu ve spolupráci s kvalifikovanými odborníky včetně plánování sociálních opatření a intervencí; účastní se při jejich realizaci, event. zabezpečuje jejich zajištění,**
- **poskytuje sociální poradenství,**
- **provádí činnosti při přípravě propuštění pacientů včetně zajištění další péče a služeb,**
- **poskytuje zdravotní péči a informace v rozsahu své odborné způsobilosti,**

¹⁶ Úplné znění názvu zákona: Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů

¹⁷ Do skupiny zdravotnického pracovníka s odbornou způsobilostí je zařazena i profese zdravotně sociální pracovník

- poskytuje odborné poradenství pozůstalým v případě úmrtí pacientů,
- dodržuje právní předpisy týkající výkonu své profese,
- vede dokumentaci v rozsahu své odborné způsobilosti,
- podílí se na praktickém vyučování a
- podílí se na přípravě standardů.

Činnosti zdravotně sociálních pracovníků nejsou u nás a ve světě stejné, neboť se mohou se lišit v některých aspektech, které jsou dány historickým vývojem v dané lokalitě, systémem vzdělávání a odlišnými získanými kompetencemi (Kuzníková, 2011, s. 48).

I. Kuzníková definovala činnosti, které vykonává sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení. Podle ní zdravotně sociální pracovník:

- řeší situace akutně hospitalizovaných klientů,
- poskytuje sociální pomoc (nejen) u chronicky nemocných,
- provádí sociální prevenci,
- stanovuje sociální anamnézy a prognózy s cílem reintegrace a
- aplikuje metody sociální práce (Kuzníková, 2011, s. 47 – 48).

I přes to, že existuje dlouholetá tradice sociální práce ve zdravotnictví, spektrum činností sociálního pracovníka v období před rokem 1989 bylo u nás užší než v současnosti. Na sociálního pracovníka bylo v tomto období pohlíženo spíše jako na administrativního pracovníka a v tomto směru byl sociální pracovník i uplatňován. Toto paradigma sociální práce ve zdravotnictví je v současné době pomalu a postupně, i s pomocí legislativních změn a vzdělávacích programů, překonáváno a koncept činností zdravotně sociálního pracovníka se postupně profesionalizuje i vlivem vývoje naší společnosti a potřeb vznikajících při tomto vývoji (oblast sociálně patologických jevů, sociálně-pedagogická oblast, demografický vývoj společnosti, atd.). Podle V. Tkáče je v současné době základním východiskem současné etapy vývoje sociální práce důsledná analýza dosaženého stavu a určení principů dalšího rozvoje sociální práce. K této skutečnosti však ještě dodává, že: „*mezinárodní legislativa a mezinárodní kontext sociální práce jsou v podmínkách evropanizace, globalizace a integrace soustavně inovovány bez adekvátní domácí odezvy,*“ a to především z důvodu jejího nedodržování nebo její neznalosti (Tkáč, 2011, s. 21).

2.4 Vzdělání a možnosti vzdělávání zdravotně sociálního pracovníka

Vzdělávání sociálních pracovníků je v současnosti neodmyslitelnou součástí výkonu této profese. Doba, kdy vzdělávání sociálních pracovníků bylo drženo pouze na úrovni středního školství, již skončila. Sociální pracovníci jsou nyní vzděláváni v rámci akreditovaných studijních programů na vyšších odborných a vysokých školách, neboť předpokladem pro poskytování kvalitních sociálních služeb je především kvalitní pracovní tým složený z kvalifikovaných odborníků.

Cílem vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků je především zvyšování jejich odborné způsobilosti pro výkon povolání, prohlubování jejich kompetencí včetně zlepšování schopnosti adekvátně a přiměřeně reagovat na současné potřeby klientů. Důležitý je i přínos vzdělávání k osobnímu profesionálnímu růstu zdravotně sociálního pracovníka (Krejčíková, 2007, s. 38).

V oblasti sociální péče, a tedy i sociální péče ve zdravotnictví, je kvalifikovaným odborníkem sociální pracovník splňující předpoklady pro výkon svého povolání, které stanovuje zákon o sociálních službách v ustanoveních § 110. Podle těchto ustanovení musí být sociální pracovník způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Odbornou způsobilostí pro výkon povolání sociálního pracovníka se rozumí:

- vyšší odborné vzdělání v oborech zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost nebo
- vysokoškolské vzdělání zaměřené na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku nebo
- absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů ve výše uvedených oblastech v minimálním celkovém rozsahu 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oborech neuvedených výše v bodu b) a nejméně 10 let praxe za podmínky ukončeného středního vzdělání s maturitní zkouškou v oboru sociálně právním, ukončeného nejpozději do konce roku 1998.

Mimo shora stanovený rámec odborné způsobilosti pro výkon povolání sociálního pracovníka definuje zákon o sociálních službách v § 110 odst. 5 i další možnou odbornou způsobilost, a to způsobilost pro výkon povolání sociálního pracovníka při poskytování

sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče. Podle tohoto ustanovení může být odborně způsobilý i ten sociální pracovník, který splňuje předpoklady stanovené v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Jednoznačně tak dochází k určitému rozporu v systému vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků, neboť jak uvádí I. Kuzníková: „*legislativa zdravotnického rezortu neklade jako prioritní podmínku získání vzdělání v oboru sociální práce tak, jak jej vymezuje zákon o sociálních službách a minimální standardy vzdělávání v sociální práci*“ (Kuzníková, 2011, s. 27).

Zaměříme-li se na možnosti studia v oblasti sociální práce, zjistíme, že vyšší odborné školy i vysoké školy v současnosti nabízí rozmanité akreditované vzdělávací programy, zaměřené přímo na tuto oblast, a to jak ve studijní formě prezenční (dříve *denní* – pozn. aut.), tak i v kombinované (dříve *dálkové* – pozn. aut.). Vyšší odborné školy nabízí vzdělávací programy pod názvy: sociální práce, sociálně právní činnost, sociální práce a sociální pedagogika, charitativní a sociální práce, sociální a humanitární práce, sociální a diakonická práce a sociální pedagogika.¹⁸ Studijní programy na vysokých školách se zaměřují na sociální péči, sociální politiku, sociální práci a zdravotně sociální péči; z těchto programů pak vychází jednotlivé studijní obory, například: sociální politika a sociální práce, sociální práce, veřejná politika a lidské zdroje, management organizací služeb sociální práce, poradenství v sociální práci, sociální poradenství a management sociálních služeb, sociální práce s poradenským zaměřením, sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii, sociální a charitativní práce, zdravotně-sociální pracovník, sociální práce s osobami se sníženou soběstačností, řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, mezinárodní humanitární a sociální práce, etika v sociální práci a jiné.¹⁹

Studijní obor zdravotně-sociální pracovník se v současné době vyučuje na celkem pěti vysokých školách, z nichž jedna je soukromá. Obor je nabízen pouze v bakalářském typu studia, v prezenční, tříleté formě v rámci studijního programu Zdravotně sociální péče a vyučován je na těchto univerzitách a fakultách:

¹⁸ Atlas školství: *Vyšší odborné školy – seznam VOŠ v ČR*. [on-line]. P. F. art, spol. s r. o., ©2012-2013 [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.atlaskolstvi.cz/vyssi-odborne-skoly>

¹⁹ MŠMT: *Akreditované studijní programy vysokých škol*. [on-line]. MŠMT, ©2006-2012 [cit. 2013-01-21]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/akreditovane-studijni-programy-vysokych-skol-s-uvvedenim-kodu-studijnich-programu-a-oboru>

- Ostravské univerzitě v Ostravě²⁰ – Fakultě sociálních studií,
- Univerzitě Pardubice²¹ – Fakultě zdravotnických studií,
- Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně²² – Fakultě humanitních studií,
- Vysoké škole polytechnické Jihlava²³ a
- Pražské vysoké škole psychosociálních studií, s. r. o.²⁴

Vzdělávání a příprava sociálních pracovníků by měly být přizpůsobovány neustále probíhajícím změnám ve společnosti, neboť „*přibývá sociálních problémů a jejich řešení vyžaduje další a další znalosti a dovednosti*“ (Hanuš, 2007, s. 6). Tento aspekt je zohledněn i v platné legislativě - zákon o sociálních službách v ustanovení § 111 ukládá zaměstnavatelům povinnost zabezpečit sociálním pracovníkům další vzdělávání z důvodu prohloubení jejich kvalifikace, a to nejméně v rozsahu 24 hodin za kalendářní rok. Sociální pracovníci tak mohou absolvovat akreditované vzdělávací kurzy, odborné stáže v zařízeních sociálních služeb nebo se mohou zúčastnit odborných školicích akcí nebo seminářů.

²⁰ Ostravská univerzita v Ostravě [on-line]. Ostravská univerzita v Ostravě, ©2006 [cit. 2013-02-15].
Dostupné z: <http://www.osu.cz/>

²¹ Univerzita Pardubice [on-line]. Univerzita Pardubice [cit. 2013-02-15]. Dostupné z:
<http://www.upce.cz/index.html>

²² Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně [on-line]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, ©2000 [cit. 2013-02-15].
Dostupné z: http://web.utb.cz/?id=0_0_23&lang=cs&type=0

²³ Vysoká škola polytechnická Jihlava [on-line]. Vysoká škola polytechnická Jihlava ©2004 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <https://www.vspj.cz/>

²⁴ Pražská vysoká škola psychosociálních studií [on-line]. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s. r. o. ©2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.pvsps.cz/>

3 TYPOLOGIE KLIENTŮ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA A METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Základem práce zdravotně sociálního pracovníka je interakce s klientem, jejímž cílem je nalezení adekvátního řešení životně i sociálně nepříznivé situace klienta včetně poskytnutí vhodné péče, pomoci a podpory klientovi pro jeho zpětné začlenění do společnosti. Tato kapitola bude zaměřena na typologii klientů zdravotně sociálního pracovníka, charakteristiku metod jeho práce, objasnění zásad a principů komunikace uplatňovaných při práci s klientelou a zejména pak na hledání možností uplatnění poznatků sociální pedagogiky při poskytování zdravotně sociální péči.

3.1 Klienti sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních

Klienty sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních jsou pacienti s akutním či chronickým zdravotním problémem. Toto jednoznačně vystihuje Kutnohorská, Cichá a Goldmann tvrzením, že: „zdravotně sociální práce je určena zejména lidem nemocným, kteří v souvislosti s nemocí potřebují specializovanou sociální pomoc či péči“ (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 26). Klienty zdravotně sociálního pracovníka mohou být i klientovi/pacientovi rodinní příslušníci či jeho blízké osoby.

Výraz „klient“ vysvětluje Ondrušková z několika pohledů:

- z pohledu historického (archaického) je jím neplnoprávná osoba, hospodářsky i právně závislá na svém ochránci,
- z pohledu obchodního je to stálý zákazník a
- z pohledu zdravotnického jím může být i pacient (Ondrušková, 2009, s. 67).

Dříve byl občan, který požadoval sociální službu, označován jako účastník jednání. V současné době se v sociální práci užívá pojmu sociální klient či klient sociální práce. Tato terminologie začala být v sociální práci používána již v prvních odborných publikacích, týkajících se teorie sociální práce. Š. Strieženec, jako jeden z prvních teoretiků sociální práce, definoval sociálního klienta jako osobu, která přichází, nebo je v péči sociálního pracovníka či jako jednotlivce nebo členy různých skupin, kteří vyžadují sociální péči, sociální pomoc, neboť se ocitli v sociálně nepříznivé situaci či mají sociální problém, který je třeba odstranit či překonat (Strieženec, 1996, in: Ondrušková, 2009, s. 67–68).

Klienty sociální práce můžeme rozdělovat podle různých hledisek, například podle druhu sociálního problému, podle věku klienta nebo podle jeho chování. J. Levická vymezuje typologie klientů takto:

- typologie na základě aktivity klienta (klient dobrovolný, nedobrovolný či „odběratel“ s minimální nebo žádnou aktivitou pro řešení problému),
- typologie na základě věku klienta (dítě, mládež, dospělý klient a senior),
- typologie na základě chování a jednání klienta (klient spolupracující, nespolupracující, rizikový, mlčenlivý, manipulativní, agresivní, vystrašený, apatický, hysterický, stěžovatel atd.) a
- typologie na základě problémové situace klienta (Levická, 2007, s. 119 – 126).

Jak uvádím výše, klienty sociální práce ve zdravotnictví jsou především pacienti. Ty můžeme z pohledu medicínského rozdělit do dvou základních skupin, a to na **akutně nemocné** a **chronicky nemocné**. U akutně nemocných pacientů/klientů došlo k náhlému přerušení normálního života, avšak lze u nich předpokládat návrat k původnímu zdraví. U pacientů/klientů **chronicky nemocných** je prognóza spíše nepříznivá – tito pacienti/klienti se již nemohou plně uzdravit a předpokládá se, že jejich zdravotní stav se bude postupně zhoršovat (Kuzníková, 2011, s. 56-57). Toto členění je však z mého pohledu dosti obecné a pro volbu vhodných metod či technik práce a komunikaci s pacientem/klientem nevyhovující. Proto se spíše přikláním ke specifitější typologii, kterou uvádí Kuzníková (2011). Podle ní mohou klientelu zdravotně sociálního pracovníka tvořit:

- **senioři se sníženou soběstačností** – jedná se především o seniory, u kterých není návrat z nemocnice do domácího prostředí možný, neboť se sami o sebe nemohou postarat a následnou péči jim není možná zajistit ani rodina. Mohou jimi být například pacienti po infarktu myokardu, cévní mozkové příhodě, po zlomeninách krčku kyčelního kloubu, pacienti s demencí Alzheimerova typu, Parkinsonovým syndromem, pacienti léčeben pro dlouhodobě nemocné, klienti v hospici atd. Pro tyto klienty hledá sociální pracovník řešení jejich životní situace, například zabezpečuje umístění klienta do některého z lůžkových zařízení následné péče nebo do domu s pečovatelskou službou či ve vhodných případech zprostředkuje pečovatelskou službu domů. Současně poskytuje klientovi i jeho rodině poradenství o možnostech sociálního zabezpečení. Tato skupina zaujímá největší podíl klientů zdravotně

sociálního pracovníka v lůžkových zdravotnických zařízeních ústavní péče, a tedy i v Nemocnici Nové Město na Moravě.

- **onkologicky nemocní pacienti** – těmto klientům přinášejí závažná zhoubná onemocnění nespočet problémů zdravotního, psychického i sociálního rázu, s nimiž se snaží ve své těžké životní situaci vypořádat. Zdravotně sociální pracovník je pro tyto klienty především psychickou a psychosociální oporou. Jeho pomáhající a poradenská činnost je v těchto případech nezastupitelná.
- **těžce nemocní pacienti** – jsou to klienti natrvalo postižení úrazem či nehodou nebo chroničtí pacienti, dlouhodobě trpící chorobou, jejichž prognóza a naděje na vyléčení je velmi špatná. Mohou jimi být například pacienti s nezvratným selháním ledvin, závislí na hemodialýze, HIV pozitivní nebo nemocní AIDS.
- **klienti klinik gynekologicko-porodnických a novorozeneckých** – novorozené opuštěné děti, svobodné matky samoživitelky, rodiče s postiženým novorozencem, drogově závislé matky, matky zřikající se svých nenarozených dětí, atd. V rámci zdravotně sociální péče o tuto klientelu spolupracuje zdravotně sociální pracovník s institucemi zabezpečujícími sociálně právní ochranu dětí, komunikuje s kojeneckými ústavy, zajišťuje agendu k osvojení dítěte či klientkám radí a pomáhá v jejich sociálně nepříznivé situaci.
- **děťští pacienti** – s těmito klienty přicházejí zdravotně sociální pracovníci do styku v případě podezření na jejich zanedbávání, zneužívání či týrání. V rámci své činnosti pak spolupracují s úřady (oddělením sociálně-právní ochrany dětí), s dětskými domovy, Fondem ohrožených dětí²⁵ a jinými institucemi. Poskytují také rady a pomoc rodičům dětí zdravotně postižených či dlouhodobě nemocných.
- **klienti závislí na návykových látkách** – jsou jimi zejména klienti psychiatrických léčeben, kteří jsou přijati do dobrovolného odvykacího programu. Tyto pacienty zdravotně sociální pracovník motivuje k abstinenci a snaží se s nimi nalézt správnou cestu k jejich resocializaci.
- **komunita** – nejen ve smyslu sociálně vyloučené lokality, ale také ve smyslu celku, v němž existují sociální problémy a situace, které řeší zdravotně sociální pracovník. Jsou to například různé minority, cizinci, závislí, bezdomovci, ale i mladí lidé. Konkrétními činnostmi zdravotně sociálního pracovníka u této skupiny klientů jsou

²⁵ Fond ohrožených dětí je občanské sdružení na pomoc týraným, zanedbávaným, zneužívaným a opuštěným nebo jinak sociálně ohroženým dětem [on-line]. [cit. 2013-03-2]. Dostupné z: <http://www.fod.cz/>

edukační, výchovné a preventivní činnosti, poradenství v oblasti zdravotní a sociální atd.

- **klienti bez domova** - osoby bez přístřeší či bytu a osoby žijící v nejistých či nedostatečných podmínkách. Nejčastěji jsou to tyto rizikové skupiny obyvatel: squatterři, osoby drogově závislé, sezónní dělníci (cizinci), osoby s psychopatickými rysy, s kriminální minulostí a osoby s pasivním přístupem k práci, často bez kvalifikace. U těchto klientů se zdravotně sociální pracovník snaží zmírnit jejich sociální situaci, pokouší se klienty motivovat a aktivně spolupracuje s dalšími sociálními službami. Aktivně tak přispívá k prevenci bezdomovectví, neboť do zdravotnických zařízení tito klienti často přichází se zdravotními potížemi, které jsou důsledkem jejich sociální situace.
- **klienti poskytující sexuální služby** – jde většinou o kategorii klientek, která se často prolíná s klientelou se závislostmi, s nechtěným těhotenstvím či s pohlavně přenosnými chorobami apod. Sociální pracovník těmto klientkám poskytuje psychosociální podporu v jejich nepříznivé situaci, nabízí poradenství a odbornou pomoc, zapojuje se do preventivních činností v této oblasti, a také spolupracuje s dalšími organizacemi.

Zvláštní kategorií klientů zdravotně sociálního pracovníka jsou **klienti se zdravotním postižením**. Z. Kalvach je definuje jako osoby se zdravotními problémy a „*především s dlouhodobým zdravotním postižením, s poruchami mobility, motoriky, orientace, mentálních, kognitivních či faktických schopností*“. Jde o pacienty s únavou, nevykonností větším či menším znevýhodněním a omezením ve svých aktivitách a v naplňování obvyklých sociálních rolí, svých plánů, přání a potřeb včetně komunikace a participace na životě společnosti (Kalvach, 2011, s. 20).

3.2 Metody sociální práce ve zdravotnictví

Každá z kategorií klientů zdravotně sociálního pracovníka má svá specifika, své problémy a potřeby sociální a psychosociální povahy. S využitím vhodných metod sociální práce je musí sociální pracovník umět odborně zanalyzovat a na základě zjištěných informací zvolit adekvátní intervenci resp. nejvhodnější způsob řešení klientovy situace.

Pojem metoda v obecném pojetí podle P. Mühlpachra znamená „*způsob, jak dosáhnout jistého, předem stanoveného cíle prostřednictvím plánovité činnosti*“ (Mühlpachr, 2004, s. 34). Ve smyslu sociální práce - podle O. Matouška, tento výraz

„vyjadřuje, jak pracovník postupuje“ (Matoušek, 2011, s. 24). Charakteristiku metod sociální práce vymezuje I. Tomeš v rámci vzdělávacího standardu pro studijní program Teorie a metody sociální práce: „*Metody sociální práce ukazují cesty k možnostem sociální změny. Vyrůstají z historicky zakotvených teorií a výkladů sociální fenoménů, které jsou obsahem příbuzných oborů (filozofie, sociologie, psychologie, antropologie aj.), právě tak jako sociální práce samé. Sociální práce je integruje a posouvá jejich pojetí a aplikaci v souladu s potřebami a úkoly, které má a které jsou základem její identity i jejího přínosu ve společnosti* (Tomeš, 1997, s. 50).

Metody sociální práce rozděluje O. Matoušek **podle role sociálního pracovníka** (poradce, socioterapeut, koordinátor či manažer nebo kritik či tvůrce systému), **podle objektu sociální práce** (případová práce, skupinová práce, práce s rodinou, komunitní práce či práce se systémem) a **podle používaných technik** (hodnotící techniky, plánovací techniky a terapeutické techniky) (Matoušek, 2011, s. 24). V odborné literatuře se však nejčastěji uvádí členění podle objektu sociální práce. Z tohoto členění vychází i I. Kuzníková, která metody sociální práce uplatňované ve zdravotnictví (dle I. Kuzníkové – „*vhodné intervence*“) dělí:

- **na sociální práci s jednotlivcem,**
- **na sociální práci s rodinou a**
- **na sociální práci s komunitami** (Kuzníková, 2011, s. 65).

Obsahově velmi podobně člení metody sociální práce i P. Mühlpachr, který však samostatně vyčleňuje **metody zaměřené na získávání klíčových informací o sociálních problémech klienta**, mezi které řadí zejména rozhovor, jako základní metodu, dále pak dotazníkové šetření, nepřímé projektivní metody, standardizované testy, pozorování či analýzu dokumentů (Mühlpachr, 2004, s. 34 - 43).

Nejužívanější metodou ve zdravotnických zařízeních ústavní péče je **sociální práce s jednotlivcem** neboli **případová práce** či tzv. „**CASEWORK**“. Tato metoda je založena především na empatii a pochopení klienta v jeho nepříznivé životní situaci s cílem vytvořit vzájemný vztah založený na důvěře mezi sociálním pracovníkem a klientem, zmapovat klientovu nepříznivou situaci a pomocí vhodné intervence dosáhnout maximálního snížení důsledků sociálních problémů. Předpokladem úspěšného uplatnění této metody je především odborná kvalifikace sociálního pracovníka, který musí v dané chvíli umět klientovi v rozsahu svých kompetencí profesionálně pomoci vhodnou intervencí s použitím

všech znalostí o možnostech sociálních služeb, vhodných pro řešení nepříznivé sociální situace klienta.

Případová práce má několik etap, například G. Hermanová je vymezuje takto:

1. etapa - **sociální evidence a první kontakt s pacientem/klientem**, v rámci které se sociální pracovník seznamuje s dokumentací pacienta (chorobopisem) i se samotným klientem a jeho sociálním problémem. Metodami používanými ke zjišťování potřebných informací jsou rozhovor a pozorování.
2. **sociálně diagnostická etapa**, která je zaměřena na zjišťování a hledání příčin problémů s cílem stanovit sociální diagnózu na základě informací od klienta, jeho rodiny či jeho širšího sociálního prostředí. Součástí sociální diagnózy je i sociální anamnéza, která se mimo jiné zabývá i osobou samotného klienta ve vztahu k jeho zdravotnímu stavu. Metodami zaměřenými na zjišťování informací v rámci této etapy jsou: řízený i neřízený rozhovor, osobní, rodinná i sociální anamnéza, studium materiálů o klientovi a pozorování.
3. etapa – **návrh řešení a plán sociální pomoci** – v této etapě sociální pracovník ve spolupráci s jinými členy týmu vytvoří návrh řešení a plán sociální pomoci pro vyřešení nejnaléhavějších záležitostí pacienta/klienta (tzv. krátkodobý plán pomoci) a plán sociální pomoci, týkající se způsobu existence pacienta, se zajištěním potřebného rozsahu a kvality domácí či alternativní péče včetně plánu pomoci v případě zhoršení jeho zdravotního stavu (tzv. dlouhodobý plán pomoci).
4. etapa – **sociální terapie (intervence) resp. sociálně výchovného působení** – jde o proces vědomého a cílevědomého působení s cílem obnovit, zlepšit, ozdravit anebo zmírnit určitý sociální stav, ve kterém se pacient/klient nachází. Základem je dynamická interakce mezi klientem a sociálním pracovníkem, při které pacient/klient dostává informace, rady a pomoc, aby rozvinul své schopnosti v zájmu uplatněného vztahu ke společnosti. Sociální pracovník se zaměřuje na řešení problémů, které způsobují u klienta strach a nejistotu a tím tak přispívá ke snaze o odstranění porušené rovnováhy mezi pacientem/klientem a prostředím. Jedná se již o konkrétní pomoc či terapeutickou činnost, která má formu konzultace, terapeutického rozhovoru, vyřízení dávky či odkazu na odborníka aj.
5. etapa – **hodnocení, ověřování výsledků** – sociální pracovník po skončení všech předchozích etap analyzuje a vyhodnocuje, zda bylo dosaženo předem stanoveného cíle - ověřuje míru splnění plánu svých činností, původně stanoveného v zájmu

pacienta/klienta a zejména, zda došlo u pacienta/klienta ke zlepšení sociální situace, tzn., zda plán intervence přispěl ke zlepšení kvality života pacienta/klienta (Hermanová, 2007, s. 5-10).

V rámci sociální práce s pacientem/klientem se sociální pracovník mimo jiné seznamuje i s jeho sociálním a rodinným zázemím. Na základě zjištěných skutečností pak může začít sociálně pracovat s rodinou (odkáže na další specializované služby, na poradny či doporučí terapie atd.), a tak se pro ni stát podpůrným elementem v překonávání těžkého období (Kuzníková, 2011, s. 65).

3.3 Vztah mezi zdravotně sociálním pracovníkem a klientem

Na osobu zdravotně sociálního pracovníka, jeho role, kompetence a činnosti v rámci výkonu jeho povolání, byla zaměřena druhá kapitola této bakalářské práce. Společným „jmenovatelem“ těchto témat je především práce s klientem, jako jedna z nejdůležitějších aktivit zdravotně sociálního pracovníka. Zdravotně sociální pracovník se denně dostává do interakce s klientem a od prvního kontaktu se mezi nimi utváří pracovní terapeutický vztah. Podle A. Tokárové je pro oba subjekty vztahu nutné znát svoje postavení, pravidla spolupráce a snažit se přiměřenou intervencí vyřešit problém (Tokárová, 2003, s. 449). Klient by měl sociálnímu pracovníkovi důvěřovat a mít pocit, že mu sociální pracovník rozumí, chápe ho a respektuje ho. Úroveň vztahu ovlivňují i sociální a komunikační dovednosti sociálního pracovníka. Ten by měl svými postoji umět vyjádřit skutečný zájem o klienta i o jeho problémy a především by měl umět vytvořit takovou atmosféru, aby se při interakci cítil klient příjemně, byl schopen dobře vnímat a nebyl ovlivňován žádnými rušivými elementy.

Jak již bylo uvedeno výše, jedním z klíčových prvků sociální práce je vztah sociálního pracovníka s klientem, který se vytváří již od prvního kontaktu. Podle I. Řezníčka je tento vztah *mnohoznačný*, neboť sociální pracovník musí v tomto vztahu získat důvěru jiného člověka, nacházejícího se v obtížné životní situaci, musí být empatický, vřelý a opravdový (předpoklad schopnosti vzhledu do situace, vřelého zájmu a respektu je základem kvalitního profesionálního vztahu) a zejména pak musí být tvořivý, flexibilní a důrazný při hledání možných řešení klientova problému, při jejich obměnách či improvizaci mezi navrženými řešeními (Řezníček, 1994, s. 23).

Pro profesionální terapeutický vztah je velmi důležitá také jeho **etická dimenze**, která úzce souvisí „s *obecnými principy morálky a morálního jednání*“ (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 81). Za základní etické principy zdravotně sociální práce, vycházející z etických principů zdravotní a sociální práce a respektující především důstojnost člověka v nejširší dimenzi, jsou považovány: advokacie, autonomie, cílevědomost, důstojnost, důvěrnost, mlčenlivost, neškodit, prospěšnost, solidarita, společné dobro, spravedlnost (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 54 – 55).

Důležitými dokumenty, stanovujícími základní etické zásady či pravidla chování a jednání pro konkrétní profesní skupiny jsou tzv. **etické kodexy**. Pro zdravotně sociální pracovníky však takový etický kodex neexistuje z důvodu multidisciplinarity tohoto oboru. V praxi tak dochází k prolínání etických kodexů zdravotnického pracovníka nelékařských profesí a etických kodexů sociálního pracovníka.

Významným předpokladem pro vytvoření profesionálního a efektivního vztahu sociálního pracovníka s klientem je zvládnout i umění komunikace, protože komunikace tvoří nezbytný základ sociálních interakcí. V obecném významu je komunikace definována ve Slovníku sociální práce, jako **sdělování informací mezi lidmi** pomocí slovních (verbálních) i mimoslovních (neverbálních) prostředků (Matoušek, 2003, s. 92). Podstatou verbální komunikace je předávání informací pomocí slovního projevu a podstatou komunikace neverbální jsou doprovodné neslovní projevy, kterými se sdělují především city a emoce. Podle P. Navrátila do neslovních projevů patří především: kontakt, postoje, bezděčné pohyby, gesta, výrazy obličeje (mimika), „řeč očí“, tón zabarvení hlasu, síla hlasu, přibližování a oddalování (Navrátil, 2001, s. 92).

Při komunikaci v rámci vztahu zdravotně sociálního pracovníka a klienta je důležité, aby se sociální pracovník soustředil na klienta, uměl mu aktivně naslouchat a vyjadřoval se tak, aby mu klient dobře rozuměl a porozuměl. Mezi hlavní cíle komunikace mezi zdravotně sociálním pracovníkem a klientem patří:

- získávání informací o klientovi, o jeho sociálním prostředí, jeho problémech, potřebách a představách,
- vytváření vzájemného vztahu založeného na především na důvěře, empatii a altruismu,
- schopnost klienta umět pochopit a současně i vyhodnotit získané informace a v souvislosti s vyhodnocením poskytnout sociálnímu pracovníkovi zpětnou vazbu a

- aktivizace a ovlivňování klientových postojů včetně posilování těch společensky žádoucích, vliv na klientovo chování a jednání.

Sociální komunikace však nemusí probíhat vždy podle předem stanovených postupů, záměrů a cílů - může být narušována i různými překážkami. Ty mohou být povahy fyziologické (zdravotní a psychický stav), emocionální (radost, smutek, hněv, smích, pláč), intelektuální (užívání cizích či odborných výrazů, odkazování na zákony a předpisy) či jazykové (rychlost řeči, nesrozumitelnost) (Bakošová, in: Laca, 2011, s. 186 – 187).

Komunikací a jejím společenským významem se obsáhle zabývá Slavomír Laca, který vnímá komunikaci jako základní jednotku společenského styku, která je procesem vyjadřujícím hodnotu našeho prožívání, pocitů a plným nečekaných zvrátů (Laca, 2011, s. 194). V tomto tvrzení shledávám jeden z nejdůležitějších aspektů komunikace mezi zdravotně sociálním pracovníkem a pacientem/klientem zdravotnického zařízení.

3.4 Možnosti uplatnění sociální pedagogiky při zdravotně sociální práci

Sociální práce a sociální pedagogika existují v České republice jako dva samostatné obory. K jejich rozvoji dochází až po r. 1989, kdy paradigma o neexistenci sociálních problémů ve společnosti skončila a vznikaly potřeby nutně řešit jak dosavadní, tak i nově vznikající sociální problémy lidí, nacházejících se v sociálně nepříznivých situacích. Poněkud nešťastnou skutečností však je, že rozvoj těchto oborů neprobíhal v souladu a společně (jako například v Polsku), ale samostatně. Sociální práce vycházela z tzv. anglosaského modelu a v jejích začátcích stáli psychologové a sociologové, sociální pedagogika se rozvíjela jako pedagogická subdisciplína. Názory odborníků na vztah sociální práce a sociální pedagogiky jsou v odborných kruzích diferencované. Nicméně každodenní praxe sociálních pracovníků i sociálních pedagogů jednoznačně ukazuje, že tyto obory se mohou vzájemně prolínat a doplňovat. B. Kraus k této problematice uvádí, že: „*obě disciplíny mají v podstatě stejné funkce, homogenní odborné paradigma, ale přesto i svou autonomii, například v objektu svého zájmu a působení*“ (Kraus, 2011, s. 29). P. Mühlpachr uvádí ještě další společný znak, a to společný cíl, kterým je **pomoc** (Mühlpachr, 2004, s. 57). V sociální práci se jedná spíše o pomoc konkrétní a hmotnou, v sociální pedagogice jde o pedagogické úsilí, orientované především na získání kompetencí k řešení problémů, na osvojení si tzv. sociálních dovedností a rozvoj všech individuálních schopností jedinců, aby byli schopni plné či alespoň maximálně možné sociální integrace (Kraus, 2011, s. 30).

Nad významem sociální pedagogiky a její úloze v kategorii pomoci, se zamýšlí i Z. Bakošová: „*Sociální pedagogika jako životní pomoc je pozitivní pedagogika, jejímž cílem je v systému komplexní péče poskytnout pomoc dětem, mládeži a dospělým v různých typech prostředí hledáním optimálních forem pomoci a kompenzování nedostatků. Cílem je přeměna lidí a společnosti prostřednictvím výchovy. Jde o proces výchovné péče a ochrany směřující k integraci a stabilizaci osobnosti*“ (Bakošová, 2005, s. 54). A právě proces **sociálně pedagogického působení**, zaměřeného na pacienty/klienty, kteří potřebují odbornou pomoc a podporu (pacienti/klienti v krizových situacích, v psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení stávající se překážkou pro okolí), je základní oblastí, na který se zaměřuje sociální pedagogika (Kraus, 2008, s. 198 – 199). V této, tzv. „*integrační rovině působení*“, (Kraus, 2008, s. 198) shledávám uplatňování poznatků sociální pedagogiky, v rámci výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka, jako klíčové. Jeho klienty jsou totiž pacienti s akutními či chronickými zdravotními problémy²⁶, kteří mimo zdravotní péče potřebují i pomoc sociální, protože se ocitli v sociálně nepříznivé situaci. Náročná životní situace může krátkodobě přerůst i v situaci krizovou, kterou již pacient/klient nemusí, s pomocí vlastních technik vyrovnávání se s náročnými životními situacemi (např. techniky útočné, obranné atd.), překonat a zvládnout. Pokud pacientovi/klientovi nejsou v dané kritické event. v náročné situaci schopni pomoci ani jeho nejbližší, je vhodná intervence profesionála – sociálního pedagoga (event. sociálního pracovníka se znalostmi sociální pedagogiky pozn. aut.), který je svým odborným přístupem a multidisciplinárními znalostmi z oborů pedagogiky, psychologie, sociologie, práva, lékařství, sociální politiky atd. schopen významně napomoci při zvládnutí klientovy obtížné životní situace (Kraus, Poláčková, 2001, s. 149 – 152).

Z výše uvedeného tedy jednoznačně vyplývá, že pro efektivní zvládnutí náročných i kritických životních situací pacientů/klientů zdravotnických zařízení, jsou znalosti sociálně pedagogických poznatků, metod, postupů a technik důležitým předpokladem pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka. Ten je uplatňuje zejména při intervencích zaměřených na zmírnění či odstranění důsledků nemoci pacientů/klientů. Podle B. Krause může taková pomoc mít charakter:

- **poskytování opory** (*ochota naslouchat, zaujmout neodsuzující empatický postoj, snaha o stabilizaci, navozování atmosféry důvěry*),

²⁶ Typologie klientů zdravotně sociálního pracovníka je popsána v kapitole 3. 1 této bakalářské práce

- **výchovně-vzdělávacího působení** (*vysvětlování příčin, souvislostí a možností řešení dané situace, uvádění příkladů motivujících k následování, přinášení nových aktuálních informací souvisejících s daným problémem*) a
- **poradenský** (*společné hledání možných konkrétních postupů řešení na základě předcházející analýzy příčin a souvislostí a případné kontaktování dalších institucí a organizací, které by mohly k řešení problému přispět – v případě zdravotně sociálního pracovníka jsou to např. odbory sociální péče, ústavy sociální péče, domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou, hospicová hnutí, obecní úřady atd.*) (Kraus, 2008, s. 137).

Sociální pedagogika se mimo zaměření na životní pomoc zaměřuje i na činitele procesu socializace, mezi které především řadí:

- **výchovu**, jako *dynamický proces vědomého řízení socializace zahrnující všechny činnosti formující člověka pro život v dané společnosti* a
- **prostředí**, jako *souhrn všech vnějších podnětů, které působí na jedince během celého jeho vývoje v lidské společnosti* (Laca, 2011, s. 68 – 69).

Z pohledu sociální pedagogiky mohou tyto činitele výrazně ovlivňovat psychosociální stránky osobnosti pacienta/klienta v průběhu jeho nemoci i při léčbě. V této souvislosti lze zmínit jeden z cílů sociální pedagogiky definovaný B. Krausem, a to snahu „*připravit jedince na vstup do širšího sociálního prostředí, vybavit ho arzenálem požadovaných vědomostí a potřebných dovedností tak, aby byl plně schopný sociální integrace v jejím nejširším smyslu*“ (Kraus, 2011, s. 30). B. Kraus má na mysli především pedagogické působení na klienta s cílem získat či rozvinout u něho kompetence kreativního řešení jeho problémů, kompetence kriticky a solidárně myslet a konat, osvojení si sociálních dovedností i rozvoj všech individuálních klientových schopností (Kraus, 2011, s. 30). Tímto pojetím poskytuje sociální pedagogika mnoho poznatků pro práci sociálního pracovníka, jehož současné poslání popisuje I. Tomeš, a to: „*pracovat s lidmi a pomáhat jim vytvořit si sociální odolnost, zachovat si naději a optimismus a rozvinout své síly a schopnosti zdolávat své problémy, komunikovat s lidmi v jejich prostředí a podmínkách, pomáhat jim chápat svou situaci, přijmout podmínky a změnit své chování*“ (Tomeš, 2011, s. 13). I v této rovině shledávám uplatňování poznatků sociální pedagogiky v sociální práci jako přínosné.

Na závěr této kapitoly si dovolím souhlasit s konstatováním B. Krause, že sociální pedagogika „*může být pro sociální práci vlastně jakousi teoretickou oporou*“, neboť sociální práce je převážně vědou praktickou, která usiluje prostřednictvím procesů pomoci a kontroly o dosažení sociální změny jednotlivců, skupin nebo komunit, ocitajících se v nepříznivé sociální situaci.

Pro závěrečné shrnutí této kapitoly si dovolím použít tvrzení B. Krause, který vnímá sociální práci jako převážně praktickou vědu, „*kteřá usiluje prostřednictvím procesů pomoci a kontroly o dosažení sociální změny jednotlivců, skupin nebo komunit, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci tak, aby tito fungovali v souladu s normami a hodnotami dané společnosti. Její výrazná blízkost k praxi vede někdy k názoru, že sociální pedagogika může být pro sociální práci vlastně jakousi teoretickou oporou a je chápána jako akademičtější*“ (Kraus, 2011, s. 30).

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODIKA VÝZKUMU

V dosavadních kapitolách jsem se pomocí teoretických poznatků snažila komplexně přiblížit problematiku poskytování zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních.

Pro umožnění konkretizace teoretických poznatků a jejich ověření v praktické části této bakalářské práce jsem v teoretické části postupovala od obecné identifikace oblastí a základních pojmů týkajících se dané problematiky, ke konkrétní specifikaci integrované sociálně zdravotní péče i konceptu zdravotně sociální služby - tzv. sociálního lůžku, konkrétním subjektům této péče – sociálním pracovníkům ve zdravotnických zařízeních i skupinám klientů zdravotně sociálního pracovníka. V poslední kapitole jsem se také věnovala teoretickému konceptu vztahu sociálně zdravotního pracovníka a klienta, metodám používaným při zdravotně sociální práci i možnostem uplatnění poznatků sociální pedagogiky při zdravotně sociální péči.

Nyní se zaměřím na vlastní výzkum. V této kapitole nejdříve definuji cíle výzkumu, celkovou výzkumnou strategii a zformuluji dílčí výzkumné otázky. Následně se zaměřím na techniky sběru dat, charakteristiku výzkumného prostředí a respondentů a na průběh samotného výzkumu.

4.1 Cíle výzkumu

Hlavním cílem této práce je odpovědět na základní výzkumnou otázku, která zní: „***Jak probíhá zdravotně sociální péče u pacientů v Nemocnici Nové Město na Moravě?***“ Symbolickým cílem je poukázat na význam sociální péče ve zdravotnickém zařízení, na její důležitost a potřebnost jak pro samotného klienta či dané zdravotnické zařízení, tak i pro naši společnost. Proto se v rámci výzkumu zaměřím na případové zachycení vlastního procesu zdravotně sociální péče v daném zdravotnickém zařízení. Zajímat mě bude především základní charakteristika klientů sociálního pracovníka v konkrétním zdravotnickém zařízení, úroveň jejich informovanosti o existenci sociální péče ve zdravotnických zařízeních, jak sami vnímají hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení i poskytovanou sociální péči a také na způsoby pomoci v jejich sociálně nepříznivé situaci. Dále se budu zabývat i konkrétními činnostmi sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, provedu komparaci těchto činností s platnou legislativou i stanovenou pracovní náplní zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení.

Aplikačním cílem této práce je dosáhnout větší informovanosti odborné i laické veřejnosti o problematice v dané oblasti. Z mého pohledu by mohla být zjištěná data resp. celá tato práce využita jako informační materiál poskytující základní informace o dané problematice v rámci odborných seminářů či besed s účastí veřejnosti. Zjištěné informace by mohly přispět ke zvýšení profesionality sociálních pracovníků a odbornosti jejich přístupu k pacientům/klientům a také k porozumění chování těchto pacientů. Byla bych také velmi ráda, kdyby se mi podařilo, aby se s mou prací seznámily i managementy zdravotnických zařízení, ve kterých doposud není sociální péče zajišťována s tvrzením, že na ni nezbývají finanční prostředky. Moje interpretace by tak mohla tyto managementy inspirovat k novému posouzení možnosti zavedení této péče v jejich spravovaných zdravotnických zařízeních.

4.2 Celková strategie výzkumu

S ohledem na stanovený cíl výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, protože „*nám pomáhá rozumět pozorované realitě*“ a jejím posláním je „*porozumění lidem v sociálních situacích*“ (Disman, 2002, s. 289 a 291). Tato strategie používá induktivní logiku, neboť na začátku výzkumu je sběr dat, ve kterých pak výzkumník pátrá po existujících pravidelnostech a významech. Následně jsou výzkumníkem formulovány předběžné závěry, z nichž mohou být jako výstup formulovány nové hypotézy a teorie (Disman, 2002, s. 287).

V kvalitativním výzkumu je užíváno několik přístupů. Pro svůj výzkum jsem zvolila jeden ze základních, a to případovou studii - tzv. kazuistiku, kterou J. Hendl charakterizuje jako „*detailní studium jednoho případu nebo několika případů*“ (Hendl, 1997, s. 104). V případových studiích popisuji a rozebírám tři případy, vycházející z praxe daného zdravotnického zařízení.

4.3 Formulace dílčích výzkumných otázek

V souvislosti s hlavním cílem bakalářské práce, základní výzkumnou otázkou a teoretickými poznatky, uvedenými v rámci teoretické části této bakalářské práce, jsem si postupně stanovila dílčí výzkumné otázky, které zní:

DVO 1: Jaké jsou základní statistické údaje o klientele sociální pracovnice v Nemocnici Nové Město na Moravě?

- DVO 2: Jaká je základní charakteristika klientů sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě?
- DVO 3: Jaká je informovanost o existenci sociální péče ve zdravotnických zařízeních?
- DVO 4: Jak je pacienty/klienty zdravotně sociální pracovníce vnímán pobyt ve zdravotnickém zařízení?
- DVO 5: Jaká je role zdravotně sociální pracovníce při poskytování sociální péče?
- DVO 6: Jakým způsobem jsou řešeny sociálně nepříznivé situace pacientů/klientů zdravotnického zařízení?
- DVO 7: Jak je vnímána zdravotně sociální péče ve zdravotnickém zařízení sociální pracovnící?

Z těchto dílčích výzkumných otázek jsem vymezila jednotlivé ukazatele a následně s jejich pomocí jsem definovala výzkumné otázky, které tvořily základ pro rozhovor s jednotlivými respondenty i pro analýzu dokumentů. Tabulku popisující postup formulace výzkumných otázek uvádím v příloze č. 1 této práce.

4.4 Techniky sběru dat

Volba techniky sběru dat je pro zajištění kvality výzkumu velmi důležitá. Jak uvádím výše, jako celkovou strategii výzkumu jsem zvolila případovou studii, která umožňuje zachytit danou problematiku detailním popisem konkrétního případu. Je vlastně písemným shrnutím informací, které o daném případě výzkumník sesbírá různými metodami a technikami. Mezi nejčastější techniky sběru dat patří pozorování, rozhovor a analýza dokumentů. Abych ve svém výzkumu získala co nejvíce kvalitních dat, rozhodla jsem se pro kombinaci dvou výše uvedených technik, a to pro polostandardizovaný rozhovor a analýzu dokumentů.

Rozhovor (interview) je nejčastěji používanou metodou v kvalitativním výzkumu, neboť umožňuje získat velké množství informací. Probíhá v přímé interakci s respondentem (případně s respondenty) a jeho podstatou je přímé kladení otázek výzkumníkem s cílem získat od respondenta co nejvíce kvalitních informací. V rámci rozhovoru má zkoumaná osoba příležitost vyjadřovat své myšlenky, názory a postoje k dané problematice. Podle struktury otázek rozlišujeme tři základní typy rozhovorů, a to standardizovaný (strukturovaný), nestandardizovaný (nestrukturovaný) a polostandardizovaný. Pro splnění

účelu této práce jsem zvolila typ polostandardizovaný. Při něm jsou využívány předem připravené otázky, avšak je zde ponechán prostor jak pro výzkumníka, aby otázky případně doplnil, tak pro respondenta, který své odpovědi může volně zformulovat. Vybraným respondentům jsem postupně pokládala otázky podle předem připravené struktury. Ta vycházela z předem stanovených otázek k jednotlivým dílčím výzkumným otázkám. V této struktuře jsem si připravila i záznamové archy, do kterých jsem v průběhu rozhovorů zaznamenávala zjištěné informace. Vzory záznamových archů pro dané respondenty jsou uvedeny v příloze č. 2 této práce. Z důvodu kontinuity výpovědí a se souhlasem respondentů jsem rozhovory zaznamenávala i na diktafon.

V odborné literatuře je pro případovou studii doporučováno používat „*více zdrojů dat kvantitativního i kvalitativního charakteru*“ (Hendl, 2005, s. 108), proto jsem se rozhodla kombinovat polostandardizovaný rozhovor ještě s další technikou, a to s analýzou dokumentů.

Analýza dokumentů, jako jedna z možných technik sběru dat, spočívá ve vyhledávání vhodných dokumentů za účelem získat z nich co nejvíce informací o daném jevu. V rámci mého výzkumu tato technika sloužila především pro zjištění statistických dat o zdravotně sociální péči v daném zařízení, pro bližší seznámení se s daným případem a zejména pro komparaci (porovnání) respektive ověření (validaci) informací zjištěných v rámci rozhovorů.

4.5 Jednotka zkoumání a zjišťování

Jednotkou zkoumání je jev, o kterém zjišťujeme informace. V souvislosti se stanovenou základní otázkou byl v této bakalářské práci jednotkou zkoumání proces zdravotně sociální péče ve zdravotnickém zařízení ústavní péče. Důležité byly především informace týkající se sociální práce s pacienty, role sociálního pracovníka při této práci či možností pomoci pacientům v jejich sociálně nepříznivé situaci i informace o tom, jak je tato péče vnímána samotnými pacienty.

Jednotkou zjišťování byli pacienti hospitalizovaní v Nemocnici Nové Město na Moravě, kteří se v důsledku svého onemocnění ocitli v sociálně nepříznivé situaci a kterým byla v průběhu jejich hospitalizace poskytována zdravotně sociální péče prostřednictvím zdravotně sociální pracovnice. Vzhledem k tomu, že tito pacienti byli přímými uživateli sociální péče, předpokládala jsem, že mi poskytnou relevantní informace o zkoumaném

procesu. Pro názor profesionála k této problematice jsem využila i sociální pracovníci, která jako jediná poskytuje v dané nemocnici zdravotně sociální péči. Se sociální pracovníci jsem spolupracovala i v případě potřeby objasnění či vysvětlení nejasností, vzniklých při výzkumném šetření.

Součástí výzkumu byla také analýza dokumentů. Základními dokumenty pro zjišťování dat byla sociální šetření provedená sociální pracovníci, jejichž součástí byly i záznamy o průběhu hospitalizace pacientů. Pro statistickou analýzu zdravotně sociální péče jsem vycházela z evidence pacientů/klientů, kterou vede sociální pracovníce. Dále jsem měla k dispozici náplň práce zdravotně sociální pracovníce, která mně byla poskytnuta sociální pracovníci a vzorové kompetence primářů, řadových lékařů a všeobecných sester, které jsem získala z interního informačního systému. Informace jsem vyhledávala i v platné legislativě, řízené dokumentaci nemocnice, zejména ve směrnících a ošetrovatelských standardech týkajících se poskytování zdravotně sociální služby - tzv. sociálního lůžka.

4.6 Charakteristika výzkumného prostředí

Výzkum jsem prováděla v lůžkovém zdravotnickém zařízení, které se nachází na okraji Nového Města na Moravě. Město Nové Město na Moravě územně náleží do Kraje Vysočina. Je významným kulturním, ekonomickým i sportovním centrem, které se rozkládá poblíž hranice mezi Čechy a Moravou, v jižní části Žďárských vrchů, které jsou součástí Českomoravské vrchoviny. Má bohatou historii i velmi slavnou současnost, která se týká nedávno probíhajícího Mistrovství světa v biatlonu. Město a jeho místní části mají přes deset tisíc obyvatel.

Nemocnice v Novém Městě na Moravě byla otevřena v roce 1940. V té době patřila k nejmoderněji vybaveným zařízením na Moravě, která se i v dalších letech rozvíjela a budovala. Od roku 1947 k ní začal patřit i nově otevřený léčebný ústav na nedalekém Buchtově kopci, který byl původně vybudován jako dětská ozdravovna a postupně se přeměnil na léčebnu plicních a respiračních onemocnění a léčebnu dlouhodobě nemocných. Před rokem 1989 byla nemocnice součástí Okresního ústavu národního zdraví Žďár nad Sázavou. Pro Žďársko, jako oblast působnosti plnila nemocnice (a stále ještě plní) důležitou roli, neboť tato oblast působení je velmi rozlehlá, kopcovitá s drsnými klimatickými podmínkami a velkým počtem obcí s malým počtem obyvatel. Jako samostatný právní subjekt byla nemocnice zřízena od 1. 1. 1992 pod názvem Okresní nemocnice v Novém Městě na Moravě. Od 1. 1. 2003 přechází nemocnice do vlastnictví

Kraje Vysočina a od 31. 3. 2003 mění název na Nemocnice Nové Město na Moravě, příspěvková organizace. Je zřízena na dobu neurčitou a jejím statutárním orgánem je ředitel, který je jmenován a odvoláván Radou Kraje Vysočina. V současné době je nemocnice vedena ředitelkou - JUDr. Věrou Palečkovou.²⁷

I po roce 1989 se nemocnice modernizuje. Jednotlivé pavilony prochází rozsáhlými rekonstrukcemi: gynekologický pavilon (1999 – 2001), pavilon chirurgických oborů včetně centrálních operačních sálů (1996 – 2004) a asi nejrozsáhlejší rekonstrukce proběhla v pavilonu interních oborů (2008 – 2011). V lednu letošního roku byl v novoměstské nemocnici otevřen zcela nový provoz - oddělení urgentního příjmu, které významně přispívá ke zlepšení a zkvalitnění péče o akutně nemocné pacienty.

Významnou organizační změnou bylo zrušení Sanatoria na Buchtově kopci k 31. 12. 2011 a přestěhování všech lůžek dlouhodobé a následné péče z Léčebny dlouhodobě nemocných do areálu nemocnice v Novém Městě na Moravě. V současné době je dlouhodobá a následná péče poskytována pacientům na třech odděleních dlouhodobě nemocných na sedmdesáti lůžkách. Dvacet z těchto lůžek může být využíváno i jako tzv. sociální lůžko, což je specifická zdravotně sociální služba poskytovaná v nemocnici v souladu s § 52 zákona o sociálních službách a registrovaná u Krajského úřadu Kraje Vysočina od února roku 2007. A právě na oddělení dlouhodobě nemocných probíhaly rozhovory s jednotlivými respondenty.

4.7 Charakteristika výzkumného souboru a respondentů

Výběr respondentů byl účelový, to znamená, že byl založen na základě záměrně stanovených podmínek pro výběr respondentů. První z podmínek byla probíhající hospitalizace v daném zdravotnickém zařízení - Nemocnici Nové Město na Moravě, druhou podmínkou bylo, aby pacientovi byla poskytována zdravotně sociální péče a třetí, neméně důležitou podmínkou byla optimální úroveň komunikačních i orientačních schopností pacienta pro uskutečnění rozhovoru.

V době uskutečnění průzkumu bylo na odděleních dlouhodobé péče hospitalizováno celkem 49 pacientů a na sociálních lůžkách bylo 5 klientů. Do výběrového souboru bylo původně zařazeno 10 respondentů, které jsem kontaktovala prostřednictvím zdravotně

²⁷ *Nemocnice Nové Město na Moravě* [on-line]. Nemocnice Nové Město na Moravě ©2006 [cit. 2013-03_24]. Dostupné z: <http://www.nnm.cz/>

sociální pracovnice. Pět z těchto respondentů si nepřálo rozhovor uskutečnit, zbývajících pět respondentů s rozhovorem souhlasilo. Tyto respondenty jsem postupně navštívila v nemocnici během února a března roku 2013. Jednalo se o čtyři muže a jednu ženu – jeden muž byl klientem na sociálním lůžku, ostatní byli pacienti na lůžkách dlouhodobé péče. Všechny pacienty jsem podrobněji seznámila s účelem rozhovoru – vysvětlila jsem jim, že vypracovávám bakalářskou práci o sociální péči v nemocnici na téma: „Principy zdravotně sociální péče v Nemocnici Nové Město na Moravě“ a seznámila jsem je se základní strukturou našeho rozhovoru. V rámci seznamovací fáze jsem pacienty seznámila s mým požadavkem na odsouhlasení zpracování jejich osobních a citlivých údajů ke studijním a vědeckým účelům se zachováním jejich anonymity. Pacienty jsem informovala i o skutečnosti, že sama jsem zaměstnancem Nemocnice Nové Město na Moravě a v té souvislosti mám pracovní-právní povinnost zachovávat mlčenlivost. V této fázi výzkumu odmítli spolupráci dva pacienti, kteří si svou součinnost „rozmysleli“ a rozhovor i poskytnutí informací dodatečně odmítli. Dva pacienti (jeden muž a jedna žena) a jeden klient na sociálním lůžku s rozhovorem i poskytnutím informací souhlasili.

4.8 Organizace výzkumu

Výzkum jsem zahájila rozhovory s respondenty, které probíhaly v nemocničním prostředí v předem dohodnutém termínu. Rozhovory byly se souhlasem pacientů nahrávány na diktafon – pouze rozhovor s respondentkou č. 3 probíhal „v šeptu“, proto jej nebylo možné zaznamenat. Odpovědi jednotlivých respondentů jsem v průběhu rozhovorů zaznamenávala do předem připravených záznamových archů (vzor - viz. příloha č. 2 této bakalářské práce).

Pacient – respondent č. 1 si nepřál hovořit přímo na pokoji před ostatními dvěma spolupacienty a navrhl, abychom rozhovor uskutečnili přímo ve společenském prostoru daného oddělení. Klient na sociálním lůžku – respondent č. 2 si nepřál měnit prostředí pro rozhovor a zůstal sedět na svém lůžku, kde se dle jeho slov „*cítil dobře*“. S respondentkou č. 3 – pacientkou jsem provedla rozhovor přímo u jejího lůžka, neboť pacientka byla imobilní. Jak jsem již uvedla výše, tento rozhovor jsem jako jediný nezaznamenávala na diktafon, neboť pacientka si přála, abychom „*šeptaly*“ a v důsledku toho byl záznam neproveditelný. Po úvodním bližším vzájemném představení a vysvětlení mého záměru, jsem pro vytvoření důvěrné atmosféry mezi mnou a respondentem ubezpečila respondenta o dobrovolnosti jím poskytovaných informací, o možnosti neodpovídat na položené otázky

i o možnosti kdykoliv ukončit rozhovor. Respondenta jsem ubezpečila o své mlčenlivosti i o způsobu jeho informování o využití poskytnutých informací. Následně jsem zahájila vlastní polostrukturovaný rozhovor, který s každým z respondentů trval přibližně 45 minut.

Po ukončení rozhovorů jsem se postupně seznámila s dokumentací k jednotlivým šetřeným případům i ostatními dokumenty, které jsem měla pro výzkum k dispozici (přehled viz. výše - podkapitola 4.5). Pokud jsem v průběhu analýzy dokumentů měla nějaké nejasnosti, konzultovala jsem je se zdravotně sociální pracovníci v nemocnici.

V samotném závěru výzkumu jsem také požádala o rozhovor i zdravotně sociální pracovníci, která jako jediná v daném zdravotnickém zařízení poskytuje zdravotně sociální péči. S tématem mé práce již byla plně seznámena a s rozhovorem souhlasila. Rozhovor se uskutečnil v kanceláři sociální pracovnice a probíhal podle struktury předem stanovených otevřených otázek. Informace zjištěné v rámci rozhovoru jsem zaznamenávala do předem připraveného záznamového archu (příloha č. 2 této práce).

5 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

S pomocí rozhovorů a analýzy dokumentů, jako technik sběru dat, jsem získala informace, na základě kterých jsem vytvořila jednotlivé případové studie. V nich jsem se pak snažila nalézt pravidelnosti týkající se jednotlivých předem stanovených ukazatelů výzkumu.

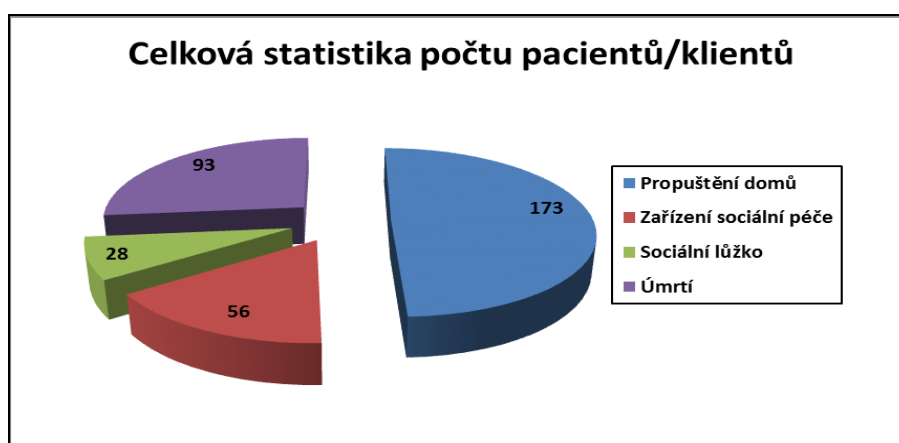
5.1 Statistická analýza sociálně zdravotní péče v Nemocnici Nové Město na Moravě

V úvodu interpretace dat jsem zpracovala drobnou statistickou analýzu sociálně zdravotní péče v Nemocnici Nové Město na Moravě podle předem stanovených ukazatelů, které uvádím níže. Jednotlivá data se vztahují k roku 2012.

5.1.1 Celková statistika počtu pacientů/klientů

Tabulka 1. Celkový počet pacientů/klientů zdravotně sociální pracovníce podle způsobu ukončení

Status	Počet
Propuštění domů	173
Úmrtí	93
Zařízení sociální péče	56
Sociální lůžko	28
Celkem	350



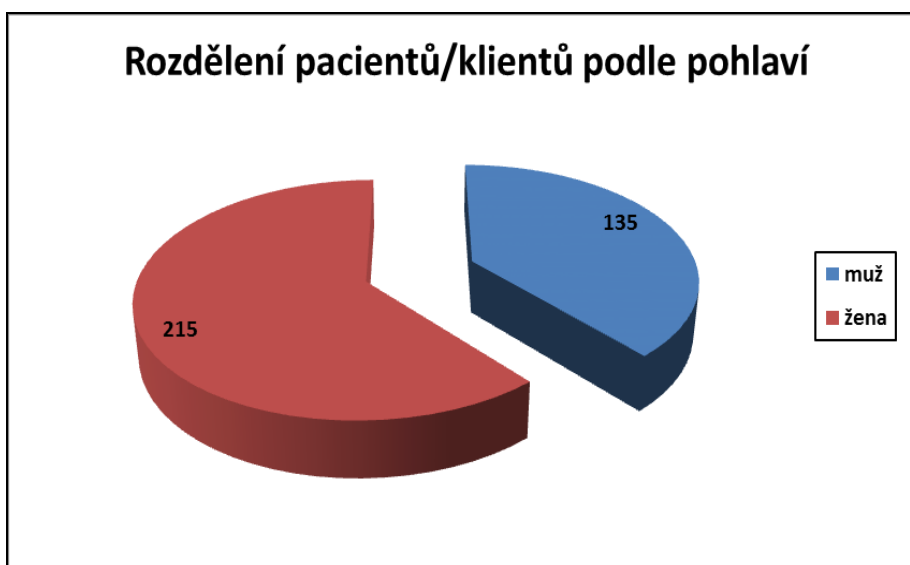
Graf 1. Grafické znázornění celkového počtu pacientů/klientů zdravotně sociální pracovníce podle způsobu ukončení hospitalizace/pobytu

Dílčí závěr:

Z přehledové tabulky a grafu vyplývá, že v roce 2012 poskytovala zdravotně sociální pracovnice sociální péči celkem 350 pacientům/klientům. Skoro polovina pacientů/klientů byla propuštěna do domácího léčení za předpokladu zajištění adekvátní ošetrovatelské a sociální péče, druhou největší skupinu tvořili pacienti/klienti, kteří zemřeli a další, třetí nejpočetnější skupinu tvořili pacienti/klienti, kteří byli umístěni do různých zařízení ústavní péče.

5.1.2 Rozdělení pacientů/klientů podle pohlaví*Tabulka 2. Rozdělení pacientů/klientů podle pohlaví*

Pohlaví	Počet
Žena	215
Muž	135
Celkem	350

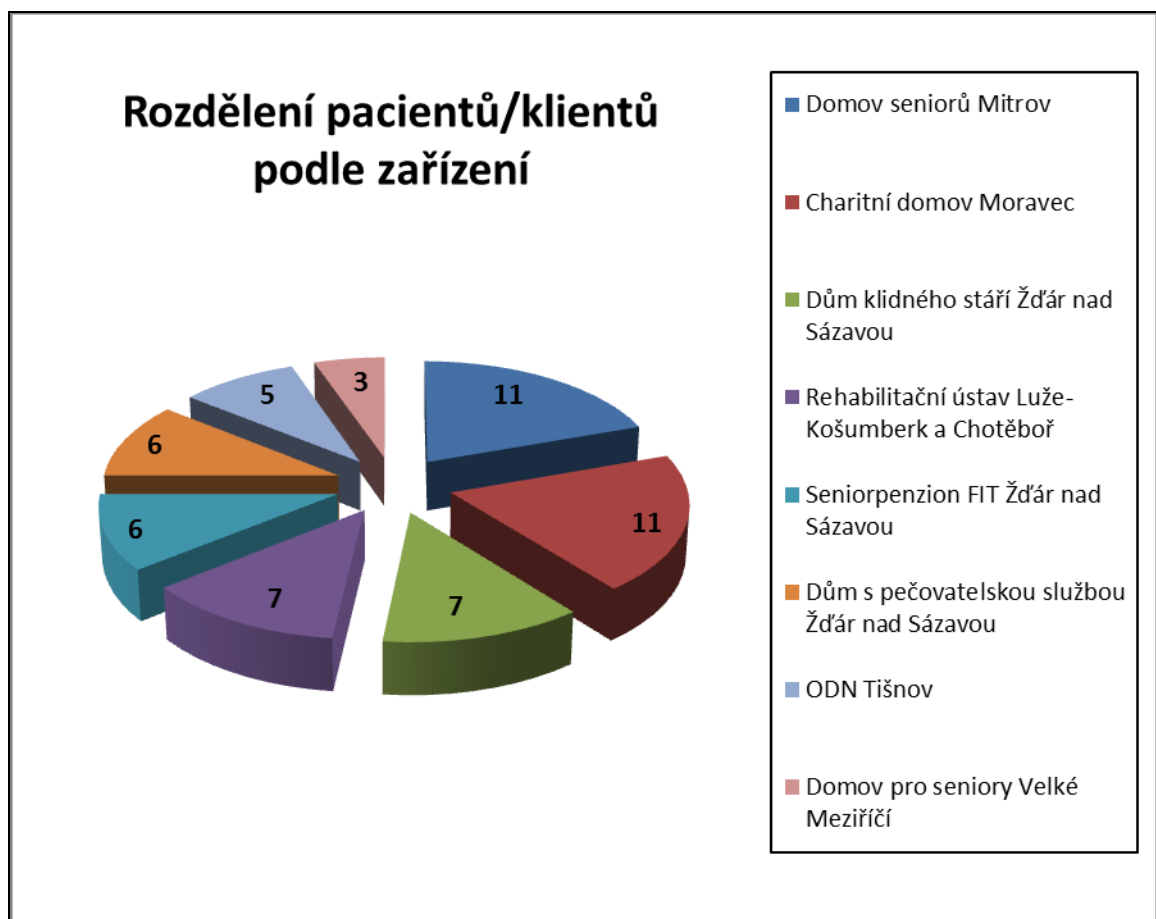
*Graf 2. Grafické znázornění poměru počtu mužů a žen*Dílčí závěr

Tabulka a graf, uvedené výše, prezentují rozdělení celkového počtu pacientů/klientů zdravotně sociálního pracovníka v roce 2012 podle pohlaví. Je evidentní, že skoro dvě třetiny klientely tvořily ženy, mužů bylo méně – tvořili více než jednu třetinu z celkového počtu.

5.1.3 Rozdělení pacientů/klientů podle zařízení, do kterých byli umístěni

Tabulka 3. Rozdělení pacientů/klientů podle zařízení, do kterých byli umístěni

Zařízení	Počet
Domov pro seniory Mitrov	11
Charitní domov Moravec	11
Dům klidného stáří Žďár nad Sázavou	7
Rehabilitační ústav Luže-Košumbek a Chotěboř	7
Seniorpenzion FIT Žďár nad Sázavou	6
Dům s pečovatelskou službou Žďár nad Sázavou	6
ODN Tišnov	5
Domov pro seniory Velké Meziříčí	3
Celkem	56



Graf 3. Grafické znázornění poměru jednotlivých zařízení, do kterých byli pacienti/klienti umístěni

Dílčí závěr

Výše uvedená tabulka a graf znázorňují, do kterých zařízení ústavní péče byli v roce 2012 umístováni pacienti/klienti zdravotně sociálního pracovníka. Největší podíl tvořili pacienti, kteří byli umístěni do Domova seniorů v Mitrově²⁸ a Charitního domova v Moravci²⁹.

Závěr statistické analýzy

Výše uvedená analýza znázorňuje základní statistické údaje týkající se evidence pacientů/klientů zdravotně sociální pracovnice v roce 2012. Skoro dvě třetiny z tohoto počtu byly ženy. Nejvíce pacientů/klientů bylo propuštěno do domácího léčení, druhou největší skupinu tvořili pacienti, kteří zemřeli. Do zařízení sociální péče bylo umístěno celkem 56 pacientů/klientů – nejčastěji využívaným zařízením byl Domov pro seniory Mitrov, p. o. a Charitní domov Moravec. Zajímavé pro mě bylo zjištění, že ani jeden z pacientů/klientů nebyl umístěn do Domu s pečovatelskou službou, který je umístěn hned vedle areálu nemocnice.

5.2 Případové studie

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 1

Respondent č. 1 je muž ve věku 43 let. Trvalé bydliště má v současné době na Obecním úřadě ve Sněžném. Nikde nepracuje.

Osobní anamnéza:

U respondenta probíhal bezproblémový vývoj, vyrůstal v úplné rodině a až v 90. letech u něho začaly problémy s alkoholem. V současné době je chronický ethylik, v roce 2010 prodělal protialkoholní léčbu v Psychiatrické léčebně v Jihlavě (dále jen „PL v Jihlavě“) – neúspěšně, v roce 2011 došlo u něho k vážnému úrazu hlavy – v opilosti byl napaden skupinou mladíků s baseballovými páčkami, následně absolvoval plastiku lebky ve FN u svaté Anny v Brně. U respondenta byla diagnostikována epilepsie, dochází u něho k častým záchvatům a důsledku toho k opakovaným hospitalizacím na neurologii.

²⁸ *Domov pro seniory Mitrov, p. o.* [on-line]. Domov pro seniory Mitrov ©2013 [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.domovmitrov.cz/>

²⁹ *Charitní domov Moravec* [on-line]. Česká katolická charita [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.ckch.cz/charitni-domov-moravec>

Odůvodnění přijetí na lůžko dlouhodobé péče:

Pacient byl přeložen na oddělení dlouhodobě nemocných z neurologie, kde byl hospitalizován pro epileptických záchvat. Vzhledem k tomu, že sám není schopen dodržovat léčebný režim, byl umístěn na lůžko dlouhodobé péče. Ošetřující lékař požádal sociální pracovníci o provedení sociálního šetření u daného pacienta a případné řešení jeho sociálně nepříznivé situace.

Popis problému

Sociální šetření bylo u respondenta zahájeno v dubnu roku 2011 na podnět ošetřujícího lékaře chirurgického oddělení Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o., kde byl respondent hospitalizován z důvodu vážného úrazu hlavy jako následku napadení. Sociální pracovníci bylo zjištěno, že respondent je svobodný, bezdětný, nikde nepracuje (pobírá částečný invalidní důchod) a toho času je bez domova a trvalé bydliště má na Obecním úřadu ve Sněžném – pouze dočasně pobývá na chatě v obci Milovy, která je ve vlastnictví sestry. Z hlediska soběstačnosti a sebeobsluhy je samostatný a mobilní. Má sedmdesátiletou matku, která žije sama v obci Křižánky v rodinném domku svého zesnulého přítele, a sestru, která bydlí se svou rodinnou v bytě v Novém Městě na Moravě. Respondent měl původně trvalý pobyt u matky, nicméně pro neustálé problémy v souvislosti s požíváním alkoholu, narůstajícími dluhy a hrozbou exekuce majetku, byl respondentovi tento pobyt, na základě žádosti vlastníka nemovitosti, zrušen. Koncem roku 2010 prodělal respondent protialkoholní léčbu v Psychiatrické léčebně v Jihlavě, avšak bez efektu. Rodina požadovala, aby v psychiatrické léčebně absolvoval ještě doléčovací kůru, ale to bylo ze strany zdravotnického zařízení odmítnuto, neboť respondent v době pobytu nedodržel léčebný řád. Rodina informovala sociální pracovníci, že vyřizuje žádost na umístění respondenta do Ústavu sociální péče Nové Syrovice, p. o. (dále jen „ÚSP Nové Syrovice“)³⁰, který poskytuje sociální péči osobám závislým na alkoholu. Ve spolupráci se sociální pracovníci byla žádost na umístění zkompletována a odeslána začátkem května 2011. Dne 9.5.2011 byl respondent z nemocnice propuštěn.

V červnu téhož roku došlo k opakované hospitalizaci respondenta na neurologickém oddělení nemocnice pro epileptický záchvat (pacient byl do nemocnice dovezen Policií ČR a byl značně opilý). Po dvou dnech hospitalizace na neurologii byl z akutního lůžka přeložen do Léčebny dlouhodobě nemocných na Buchtově kopci (samostatné pracoviště

³⁰ Ústav sociální péče Nové Syrovice [on-line]. Ústav sociální péče Nové Syrovice [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.uspnovesyrovice.cz/>

Nemocnice Nové Město na Moravě, p. o.) z důvodu jeho neschopnosti dodržovat léčebný režim, který byl, vzhledem ke zdravotnímu stavu respondenta, nezbytný. V průběhu hospitalizace, ve snaze pomoci pacientovi v sociálně nepříznivé situaci, seznámila sociální pracovnice pacienta o možnosti jeho přijetí na tzv. sociální lůžko (sociálně zdravotní služba poskytovaná přímo zdravotnickým zařízením – objasnění této sociální služby viz. teoretická část - kapitola 1.4 této bakalářské práce), avšak za předpokladu jeho plné abstinence, což pacient odmítl. Sociální pracovnice také prověřila stav žádosti na umístění pacienta do ÚSP Nové Syrovice a byla informována, že žádost byla zaevidována, nicméně pro pacienta žádné místo prozatím není. Sociální pracovnice se několikrát pokusila kontaktovat matku i sestru pacienta, podařilo se jí navázat komunikaci pouze se sestrou, která požádala sociální sestru o spolupráci při vyřízení protialkoholní léčby v PL v Jihlavě. Sociální sestra telefonicky kontaktovala PL, avšak zde pacienta odmítli k léčbě přijmout. O této skutečnosti byla informována sestra pacienta, která se následně zřekla odpovědnosti za bratra a sdělila, že ani ona a ani matka s ním již „*nechtějí mít nic společného*“ a že má být kontaktován Obecní úřad ve Sněžném, kde má bratr trvalé bydliště. Sociální pracovnice vyřídila na České poště ve Sněžném, že důchod pošlou pacientovi přímo do zdravotnického zařízení a následně - se souhlasem pacienta, dojednala pobyt v nedaleké Azylové ubytovně ve Žďáře nad Sázavou³¹, který je zde klientům poskytován za úplatu. Dne 15.7.2011 byl respondentovi vyplacen důchod (t. č. již plný invalidní) a poté byl převezen k nástupu do Azylové ubytovny. K průběhu hospitalizace ještě doplním informaci, že v průběhu hospitalizace respondent bez dovolení opustil nemocnici a po několika hodinách se vrátil opilý. Primářem oddělení byl důrazně upozorněn na to, že pokud znovu opustí areál nemocnice, bude ihned propuštěn pro nedodržování léčebného režimu.

V období od srpna do prosince 2011 byl pacient opakovaně krátkodobě hospitalizován na neurologickém oddělení pro opakované epileptické záchvaty, jejichž etiologickým faktorem bylo především nadměrné požívání alkoholu.

Další dlouhodobější hospitalizace probíhala v únoru roku 2012 na oddělení neurologie. Sociální pracovnice u pacienta znovu provedla sociální šetření a zjistila, že mu k 28.2.2012 končí pobyt v Azylové ubytovně z důvodu nadměrného pití alkoholu, neplacení pobytu

³¹ Azylová ubytovna [on-line]. Sociální služby města Žďár nad Sázavou [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.socsluzby.sattnet.cz/>

a dluhům. V souvislosti s touto skutečností kontaktovala sociální pracovníce ÚSP Nové Syrovice, kde jí bylo sděleno, že žádost respondenta byla zařazena do pořádku, nicméně nástup v blízké době je dle jejich sdělení „zcela nereálný.“ Pacient byl dne 27. 2. 2012 propuštěn. Ve spolupráci s primářkou neurologického oddělení nemocnice a sociální pracovníci začala rodina respondenta znovu řešit stávající respondentovu situaci. Po konzultaci s vyšší soudní úřednicí Okresního soudu ve Žďáře nad Sázavou byl matkou respondenta v březnu 2012 podán podnět k zahájení řízení o zbavení event. o omezení způsobilosti respondenta k právním úkonům. Toto řízení v současné době stále probíhá.

V období od března do června 2012 byl respondent jedenkrát krátkodobě hospitalizován na chirurgickém oddělení v souvislosti s úrazem v opilosti a dvakrát na neurologii pro epileptické záchvaty.

V období od července 2012 do ledna 2013 byl respondent ve výkonu trestu odnětí svobody ve Vazební věznici v Ostravě. Důvod trestu odnětí svobody se nepodařilo zjistit ani sociální pracovníci ani mě v rámci rozhovoru – při mnou položené otázce za co byl odsouzen, mi sdělil, že „*sám neví proč*,“ protože „*byl v transu a nic si nepamatuje*.“ Důvodem ukončení výkonu trestu byla amnestie vyhlášená v lednu roku 2013 tehdejším prezidentem Václavem Klausem. Po návratu z výkonu trestu je respondent „*nešťastný*“ a „*nejraději by se do vězení vrátil*.“ Je důležité zmínit, že v období výkonu trestu byla kontaktována respondentova rodina i sociální pracovníce, aby respondent nastoupil do ÚSP Nové Syrovice. Toto však v dané chvíli nebylo možné.

V únoru letošního roku byl respondent hospitalizován na neurologickém oddělení pro epileptický záchvat, odkud byl po pěti dnech přeložen na lůžko dlouhodobé péče na oddělení dlouhodobé péče, které je po ukončení činnosti Léčebny dlouhodobě nemocných na Buchtově kopci k 31. 12. 2011 nově zřízeno v areálu nemocnice. Zde pobývá dosud.

Rozhovor s respondentem:

Rozhovor probíhal před vlastní analýzou dokumentů o respondentovi, proto u jednotlivých vyjádření níže upozorňuji na rozdílnosti, vzniklé v komparaci s následně zjištěnými a ověřenými skutečnostmi. V úvodu rozhovoru mi respondent na základě dotazu pravdivě sdělil svůj věk i informaci o tom, že je svobodný a pobírá plný invalidní důchod, který je pro jeho potřeby dostatečný. Při dotazu na existenci příbuzných uvedl, že má maminku a lživě pak doplnil, že má dva bratry, se kterými je „*pravidelně v kontaktu*“ – jeden žije v Jihlavě a druhý „*za Hradcem Králové*“. Svoji bytovou situaci mi popsal pravdivě, a to

tak, že u maminky bydlet nemůže, neboť dům, ve kterém matka bydlí, nyní patří dceři matčina zesnulého přítele a ta ho tam nechce. Respondentovi bylo známo, že v nemocnici pracuje sociální pracovnice, nicméně o její existenci před první hospitalizací nevěděl. Kdy se s ní poprvé setkal, už si nepamatoval. Dále mi sdělil, že se s ní často setkává na oddělení, ale nekontaktuje ji, protože nic nepotřebuje. Ví, že ji může požádat o pomoc nebo radu. Na pobyt v nemocnici si respondent nestěžoval, naopak byl maximálně spokojen a cítil se velmi dobře – „*lépe než před hospitalizací*“. Při dotazu, zda mu v rámci hospitalizace něco vadí či chybí, odpověděl, že mu nic nechybí a je spokojen a „*režim mu vyhovuje*.“ Sám si uvědomoval, že na oddělení dlouhodobé péče je proto, že „*nedodržel léčebný režim, hlavně co se týká alkoholu*.“ Ohledně nabídky možností řešení jeho situace se vyjádřil, že „*má špatnou paměť*“ a že mu „*možná něco nabízeli, ale to si nepamatuje*.“ Svou situaci chce řešit tak, že po propuštění bude bydlet s maminkou, která, dle jeho slov, „*shání podnájem bytu v Novém Městě na Moravě, který budou platit ze svých důchodů*“ (tato informace je zcela nepravdivá, protože v současné době probíhá řízení o respondentově zbavení event. o omezení způsobilosti k právním úkonům, na jehož zahájení podala podnět matka respondenta, která se v něm mimo jiné zříká i opatrovnictví syna). Respondent mi dále pravdivě uvedl, že se dobrovolně léčil v PL v Jihlavě (zdůraznil slovo „*dobrovolně*“), a také, že žil v Azylové ubytovně, kde byly hrozné podmínky a „*musel platit*“. Sdělil mi i informaci o jeho výkonu trestu odnětí svobody v roce 2012 i okolnosti jeho propuštění na amnestii.

Dílčí závěr:

Případ respondenta č. 1 je velmi obsáhlý a relativně dlouho trvající, nicméně z jeho průběhu je zřetelná účast a pomoc zdravotně sociální pracovnice, která se v rámci svých kompetencí snažila neustále řešit respondentovu nepříznivou sociální situaci. Při komparaci informací, zjištěných při rozhovoru, s informacemi, zjištěnými z respondentovy dokumentace, se potvrdila moje domněnka, kterou jsem měla hned po uskutečnění rozhovoru, a to, že respondent chvílemi nemluvil pravdivě. Snažila jsem se tedy nalézt důvod této skutečnosti. V případě nepravdivé informace o existenci jeho dvou bratrů jsem toho názoru, že respondent nechtěl, abych se o jeho sestře dozvěděla. Při dotazu ohledně řešení jeho situace jsem však měla pocit, že uvažuje a snaží se odpovídat tak, jak si myslí, že od něho já očekávám resp., jak by od něho očekávalo jeho okolí – tento jev je označován jako „sociální deziderabilita“. Tato situace mě utvrzuje v názoru, že respondent má určité morální podvědomí a je mu známo, jak by se dle určitého normativního systému

měl chovat, nicméně jeho dispozice k alkoholismu toto podvědomí potlačují a ovlivňují jej natolik, že respondent spíše směřuje k úplnému sociálnímu vyloučení. Z výše uvedených důvodů je z mého pohledu prognóza tohoto případu spíše nepříznivá. Předpokládám, že respondentovi bude soudně omezena způsobilost k právním úkonům a bude mu ustanoven opatrovník, kterým v tomto případě bude pravděpodobně starosta obce Sněžné. Je pravděpodobné, že respondent bude přijat do ÚSP Nové Syrovice, avšak vzhledem k jeho neschopnosti dodržovat jakékoliv režimy či řády si myslím, že pobyt zde nebude dlouho trvat.

PŘÍPADOVÁ STUDIE č. 2

Respondent č. 2 je muž ve věku 64 let. Trvalé bydliště má ve Velké Bíteši. Je ve starobním důchodu.

Osobní anamnéza:

U respondenta probíhal bezproblémový vývoj. Je nekuřák, před hospitalizací v roce 2012 si občas dal nějaký alkohol (2-3 piva denně a k tomu „nějaké panáky rumu“), nyní úplně abstinuje.

Odůvodnění přijetí na lůžko dlouhodobé péče:

Pacient byl přeložen na oddělení dlouhodobě nemocných z infekčního oddělení, kde byl léčen pro klostridiovou enterokolitidu.³² Neurologické vyšetření u pacienta potvrdilo tzv. oslabení dolních končetin (pacient byl imobilní, pouze byl schopen posadit se na lůžku a velmi těžko se dokázal s pomocí postavit do chodítka). Zdravotní stav pacienta vyžadoval dlouhodobou ošetrovatelskou péči, kterou rodina pacienta nebyla schopna poskytnout. Z výše uvedených důvodů byl pacient umístěn na lůžko dlouhodobé péče.

Popis problému

Sociální šetření bylo u respondenta zahájeno v srpnu 2012 na podnět ošetřujícího lékaře oddělení dlouhodobé péče. Sociální pracovníci bylo zjištěno, že respondent je ženatý, má dvě dcery a pobírá starobní důchod ve výši 11 600,- Kč. V daném období žil v rodinném domku ve Velké Bíteši, jeho dcery bydlely se svými rodinami samostatně. Schopnost komunikace byla velmi dobrá, pacient byl orientován v prostoru i v čase. Úroveň soběstačnosti pacienta však byla velmi nízká – pacient byl imobilní, s pomocí se jen velmi

³² Akutní průjmovitá infekce, která je důsledkem dlouhodobého užívání širokospektrých antibiotik.

špatně pohyboval v chodítku a pro zvládnání životních potřeb byla nutná pomoc jiné fyzické osoby.

V lednu roku 2012 byl hospitalizován ve FN U svaté Anny pro „*velké bolesti kolenou*“, odkud byl už jako „*imobilní*“ cca po šesti týdnech propuštěn do domácího ošetřování. Dle jeho slov doma „*ležel asi jeden měsíc*“, ale pro velké zažívací potíže – „*urputné průjmy*“ a neschopnost mobility byl po domluvě přijat k rehabilitaci do Léčebny dlouhodobě nemocných při Nemocnici sv. Zdislavy v Mostišti. Dle slov pacienta tam ale „*byly hrozné podmínky*“, proto byl odtud na žádost jeho i rodiny, po 1 měsíci hospitalizace (tj. na přelomu března a dubna 2012), propuštěn. Vzhledem k tomu, že krátce po propuštění se u pacienta zhoršily chronické střevní potíže (dle jeho slov za období od ledna do dubna zhubl 40 kg), byl respondent přijat na interní oddělení Nemocnice Tišnov. „*Zde konečně zjistili diagnózu týkající se mých neustálých střevních potíží*“, sdělil pacient v rámci rozhovoru (u pacienta byla diagnostikována tzv. klostridiová enterokolitida – vysvětlení viz. výše). Po zahájení léčby obtíže do 14 dnů ustoupily, nicméně po dalších 14 dnech došlo u pacienta k recidivě onemocnění. Byla mu nabídnuta hospitalizace na infekčním oddělení ve FN u svaté Anny nebo na infekčním oddělení v Nemocnici Nové Město na Moravě. Z důvodu dostupnosti zvolil respondent nemocnici v Novém Městě a dle jeho vyjádření „*dobře udělal*“. K léčbě byl přijat dne 22. 5. 2012. Hospitalizace na infekčním oddělení trvala do 9. 7. 2012, kdy stav pacienta již nevyžadoval akutní zdravotní péči. Nicméně z důvodu imobility a nesoběstačnosti pacienta a také pro neschopnost rodiny zajistit pacientovi dlouhodobou ošetrovatelskou domácí péči, byl pacient přeložen na oddělení dlouhodobě nemocných. V polovině srpna 2012 se pacient v rámci rozhovoru se sociální pracovnící vyjádřil, že chce být po kompenzaci zdravotního stavu propuštěn domů do domácího léčení, kde mu s péčí budou pomáhat dcery, protože manželka ze zdravotních důvodů není tuto péči pacientovi zajistit. Sociální pracovnice ve věci respondenta intenzivně komunikovala s rodinou, resp. s oběma dcerami, které opravdu byly ochotny domácí péči částečně zajistit, nicméně požádaly sociální pracovníci o pomoc při zajištění terénní pečovatelské služby a při vyřízení výpůjčky polohovacího lůžka a chodítka. Sociální pracovnice také informovala obě dcery o dalším možném řešení pacientovy situace, a to podání žádosti o umístění pacienta i jeho manželky do Domova pro seniory ve Velké Bíteši. Předběžný termín propuštění pacienta byl s dcerami dohodnut na konec září 2012. Koncem srpna však došlo k obratu v dohodnutém postupu. Dcera informovala sociální pracovníci o odmítnutí rodiny převzít pacienta do domácí péče a o přání umístit

pacienta do Hospice svaté Alžběty v Brně. Pacient toto striktně odmítal s tím, že „*chce jít domů*“ a s jednou z dcer je již domluven. Vzhledem k tomu, že zdravotní stav byl u pacienta kompenzován, zanikal důvod pro hospitalizaci pacienta na lůžku dlouhodobé péče. Nicméně díky intenzivní rehabilitaci se u pacienta výrazně snižovala imobilita a jeho prognóza na zvýšení jeho soběstačnosti byla z dlouhodobého hlediska velmi příznivá. Sociální pracovnice proto osobně jednala s pacientem a navrhla mu možnost řešení jeho situace – zajištění pobytu na tzv. sociálním lůžku, což je zdravotně sociální služba poskytovaná přímo na oddělení dlouhodobé péče. Důležitým aspektem návrhu byla i ta skutečnost, že v rámci pobytu mohla u pacienta dál pokračovat rehabilitace, která výrazně zlepšovala jeho mobilitu. Pacient s pobytem souhlasil. O této možnosti řešení byla následně seznámena i rodina pacienta, která také s tímto řešením souhlasila. Podmínkou pro přijetí pacienta k pobytu na sociálním lůžku je pobírání tzv. příspěvku na péči³³, který však respondent neměl vyřízený. Sociální pracovnice proto kontaktovala sociální odbor Městského úřadu Velká Bíteš, který s přijetím pacienta na sociální lůžko souhlasil a příspěvek na péči předběžně přiznal (o příspěvku na péči bylo oficiálně zpětně rozhodnuto až 20. 3. 2013 – pozn. aut.). Sociální pracovnice následně zajistila všechny administrativní činnosti v souvislosti s podáním žádosti o příspěvek na péči a také zprostředkovala uzavření Smlouvy o poskytnutí služby sociální péče ve zdravotnickém zařízení ústavní péče mezi pacientem a zdravotnickým zařízením ke dni 1. 10. 2012. V průběhu pobytu klienta na sociálním lůžku jednala sociální pracovnice s klientem ohledně podání žádosti do Domova pro seniory ve Velké Bíteši nebo Velkém Meziříčí. Dle sdělení z oslovených zařízení byl nástup klienta možný až po dovršení klientových 65 roků, tzn. až po květnu 2013. Vzhledem k tomu, že dle předpokladu došlo u klienta během pobytu na sociálním lůžku ke zlepšení jeho soběstačnosti a v důsledku toho bylo možné klienta propustit domů, byla s ním v součinnosti s jeho rodinou, dohodnuta výpověď pobytu ke konci března letošního roku. Před ukončením pobytu pak sociální pracovnice ještě pomohla rodině zajistit pro klienta terénní pečovatelskou péči v místě jeho trvalého pobytu, výpůjčku polohovacího lůžka a v jednání byla ještě výpůjčka chodítka.

Rozhovor s respondentem

Rozhovor probíhal ve velmi přívětivé a vstřícné atmosféře - klient byl velmi přátelský a srdečný a sám, bez vyzvání, mi převyprávěl celý svůj příběh. Všechny informace, které mi v rámci rozhovoru sdělil, byly, v komparaci s daty zjištěnými z dokumentace, pravdivé.

³³ Podrobnosti o tomto příspěvku uvádím v podkapitole 1.4 této bakalářské práce

V rámci základních údajů mi řekl o nemocné manželce, jejich společné domácnosti i o dvou dcerách, které žijí se svými rodinami samostatně. Nezapomněl zmínit i psa Bobíka, na kterého se již „moc těšil“. Ohledně dostatečnosti svého příjmu jen konstatoval, že s ním „musí vyjít“. Na můj dotaz, zda mu před hospitalizací bylo známo, že v nemocnici pracuje sociální pracovnice, mi sdělil, že tuto informaci nevěděl. Se sociální pracovnící se setkal až v průběhu hospitalizace, kdy za ním sama přišla. V průběhu hospitalizace i pobytu na sociálním lůžku za ním pravidelně dochází - tak „jednou týdně“. V jeho nepříznivé situaci mu dle jeho slov „velmi pomohla“, a to nejen tím, že mu několikrát v průběhu hospitalizace/pobytu pomáhala řešit jeho problémy, ale i tím, že zajistila příspěvek na péči, vyřídila pobyt na sociálním lůžku a pomohla jeho manželce zajistit pro klienta výpůjčku polohovacího lůžka. Nakonec se jeho situace vyřešila dle jeho představy, která byla vrátit se domů. Klient sám konstatuje, že to byla velmi dlouhá doba, ale nyní se cítí velmi dobře a je tomu rád. Na pobyt v nemocnici si klient vůbec nestěžoval – naopak, byl zde velmi spokojen – dle jeho slov je zde „všechno perfektní a klidně by zde zůstal“. Největší spokojenost vyjádřil vůči rehabilitační pracovnici – fyzioterapeutce, která ho „postavila na nohy“ a „díky ní může jít i po schodech“. Klient mi ještě sdělil, že i přesto, že je mu v nemocnici dobře, se moc těší domů. V současné době se zajímá o to, zda není v místě jeho bydliště možnost pravidelné rehabilitace.

Dílčí závěr

Tato kazuistika respondenta č. 2 velmi přehledně zachycuje obsahově různorodé spektrum činností zdravotně sociální pracovnice i její role v rámci poskytované zdravotně sociální péče. Potvrzuje mou domněnku, že zdravotně sociální pracovník má především roli sociálního diagnostika a zprostředkovatele sociální péče³⁴. V současnosti je nepříznivá sociální situace klienta adekvátně vyřešena a lze předpokládat, že při pravidelném poskytování pečovatelských služeb a pomoci rodiny bude klient, v rámci svých možností a zdravotního stavu, žít relativně kvalitní život a nedojde u něho k úplnému sociálnímu vyloučení. Svou chuť do života prezentuje i tím, že již teď se zajímá o možnost rehabilitace v místě svého pobytu. Prognóza tohoto případu je tedy z mého pohledu velmi příznivá.

³⁴ viz. teoretická část této bakalářské práce – podkapitola 2.1

PŘÍPADOVÁ STUDIE . 3

Respondentka č. 3 je žena ve věku 86 let. Trvalé bydliště má v obci Nová Ves u Nového Města na Moravě. Je ve starobním důchodu.

Osobní anamnéza:

U respondentky probíhal bezproblémový vývoj. Je nekuřačka a diabetička, léčí se s vysokým tlakem a s nervy.

Odůvodnění přijetí na lůžko dlouhodobé péče:

Pacientka byla přeložena na oddělení dlouhodobě nemocných z chirurgického oddělení, kde byla hospitalizována pro zlomeninu krčku kosti stehenní. Zdravotní stav pacientky již nevyžadoval akutní zdravotní péči, nicméně u ní byla ještě nutná dlouhodobá rehabilitace.

Popis problému

Sociální šetření bylo u respondentky zahájeno krátce po přijetí na oddělení dlouhodobé péče – v únoru 2013 na pokyn ošetřující lékařky. Sociální pracovníci bylo zjištěno, že respondentka je vdova, má dceru a pobírá starobní a vdovský důchod v celkové výši 11 585,- Kč a je jí vyplácen příspěvek na péči v I. stupni závislosti, tj. 800,- Kč/měsíc. V daném období žila sama v rodinném domku v Nové Vsi, její dcera žila se svou rodinou v nedalekém Novém Městě na Moravě. Dle sdělení respondentky za ní dcera denně dojížděla, aby jí pomohla s péčí o ni samotnou a s péčí o domácnost. K respondentce třikrát týdně dojížděla charita, aby respondentce převázala bércový vřed. Pacientka komunikovala dobře, byla orientována v prostoru i v čase. Nicméně k ošetřujícímu personálu i ke svému okolí se chovala velmi nepěkně – byla paličatá, umíněná, zlá, odmítavá a nechtěla spolupracovat. Úroveň její soběstačnosti byla nízká – s pomocí byla schopná posadit se na lůžku. Pro zvládání životních potřeb proto byla nutná pomoc jiné fyzické osoby, avšak dcera respondentky nepřetržitou péčí o pacientku odmítala z důvodu „*vlastních zdravotních problémů*“ a „*vzpurnosti*“ pacientky. Vzhledem k tomu, že ošetřující lékařka předpokládala u pacientky ukončení rehabilitace, a tedy i hospitalizace cca do dvou měsíců, bylo nutné její sociální situaci řešit. Sociální pracovnice osobně jednala s dcerou a vnučkou pacientky, které jednoznačně požadovaly její umístění do zařízení ústavní péče. Sociální pracovnice je seznámila s procesem podání žádosti na umístění, pomohla jim tyto žádosti vyplnit a dle jejich dohody jim tyto žádosti předala s tím, že ony zajistí jejich podpisy samotnou respondentkou. Přibližně za týden donesla dcera sociální pracovnici podepsané žádosti, ta je zkompletovala a s ostatními povinnými

součástími je odeslala do předem vybraných zařízení – Domu s pečovatelskou službou v Novém Městě na Moravě, Charitního domova v Moravci, Domova pro seniory v Mitrově a Domu klidného stáří ve Žďáře nad Sázavou. Sociální pracovnice seznámila dceru o nutnosti zajištění péče na přechodné období - od propuštění pacientky po její přijetí do zařízení sociální péče. V té souvislosti jí předala kontakty na organizace zajišťující osobní asistenci. Přibližně po třech týdnech od odeslání žádostí přišla informace z Charitního domova v Moravci, že pacientku je sem možno umístit.

Rozhovor s respondentkou

Rozhovor probíhal v poklidné atmosféře přímo u lůžka pacientky a na její požádání šeptem. Pacientka mě krátce seznámila se svými zdravotními potížemi i se svou situací. Všechny informace, které mi v rámci rozhovoru sdělila, byly, při následné komparaci s daty zjištěnými z dokumentů, pravdivé. Uvedla, že je 22 roků vdovou a také to, že jí tragicky zemřel syn, kterého poštípaly včely. Dále mi sdělila, že bydlí sama v rodinném domku a že má dceru, která za ní domů pravidelně dochází a zde v nemocnici ji také často navštěvuje. Příjem, který v současné době pobírá je pro ni „*jakž takž*“ dostatečný. Když jsem se pacientky dotázala na informovanost ohledně činnosti zdravotně sociální pracovnice, sdělila mi, že o jejím působení před nástupem do nemocnice nevěděla, pouze při hospitalizaci na chirurgickém oddělení byla o její činnosti informována. První jejich setkání se podle jejích slov odehrálo až na oddělení dlouhodobě nemocných. Tuto informaci ještě velmi ostře doplnila sdělením, že „*ona ji chce dát na Moravec*“. Ohledně průběhu hospitalizace se pacientka zmínila, že „*některé sestry jsou na ni dost hrubé*“, ale ona se snaží „*nedat se*“. Také jí scházelo dobré jídlo, televize na pokoji nebo alespoň rádio. Nyní se cítí lépe a ráda by se vrátila domů. Pacientka mi dále sdělila, že sociální pracovnice jí „*vyřídila pobyt v domově důchodců na Moravci*“, navštívila ji prý asi dvakrát nebo třikrát - naposledy, když jí přinesla zprávu „*o Moravci*“. V průběhu hospitalizace sociální pracovníci o nic nežádala – nepotřebovala ji, protože „*vše vyřizuje dcera*“. Vlastní návrh na řešení své nepříznivé sociální situace pacientka neměla. Sama přiznala, že ví o své nesoběstačnosti i o situaci své dcery, která se o ni není schopna postarat kvůli vlastním zdravotním problémům. S pobytem v Domově pro seniory i přesto nesouhlasí, ale nic jiného jí prý nezbývá. Obává se, že zde budou „*špatné podmínky*“ a že zde „*zemře*.“

Dílčí závěr

Tato kazuistika představuje situaci, kterou zdravotně sociální pracovnice, v různých obměnách a s různými lidmi, velmi často řeší. Obecně lze konstatovat, že pomáhá osobám, které díky svému úrazu či onemocnění ztratily svou dosavadní soběstačnost a které již nejsou schopny postarat se sami o sebe. Ve spolupráci s rodinou se pak snaží tuto nastalou sociální situaci pacienta řešit, a to různými způsoby – v tomto případě bylo nejvhodnějším řešením umístění pacientky do domova pro seniory. Z popisu situace také vyplývá, že ne vždy může pacient s navrženým řešením souhlasit. Z daného šetřeného případu jsem získala dojem, že rodina pacientky částečně zneužila osobu zdravotně sociální pracovnice, neboť v pacientce podněcovala myšlenku, že její umístění do domova důchodců chce především sociální pracovnice. Je však evidentní, že za daných okolností bylo dané řešení z hlediska kvality života pacientky nezbytné.

ROZHOVOR S POMÁHAJÍCÍM PROFESIONÁLEM

Rozhovor se sociální pracovnicí probíhal v prostorách její velmi útulné kanceláře. Sociální pracovnice mi sdělila, že v Nemocnici Nové Město na Moravě pracuje již patnáctým rokem. Obor sociální pracovník studovala v Sociálně právní akademii v Brně a dosáhla tím úplného středoškolského vzdělání zakončeného maturitou. Své vzdělání pak doplnila absolvováním akreditovaného vzdělávacího kurzu v celkovém rozsahu 200 hodin a započtením praxe, kterou stanovuje zákon o sociálních službách v § 110. Jako nejčastěji prováděnou činnost při své práci vnímá sociální pracovnice komunikaci, která má formu individuálního nebo telefonického rozhovoru. Pro objasnění tohoto tvrzení rozdělila výkon své profese do třech základních fází. První fází vnímá jako nejvíce komunikativní. Aby mohla být u pacienta stanovena sociální diagnóza, musí sociální pracovnice provést tzv. sociální šetření, v rámci kterých sesbírá o pacientovi co nejvíce informací, a to zejména pomocí komunikace s pacientem, jeho rodinou, lékařským a ošetřujícím personálem pacienta případně i s příslušným obecním či jiným úřadem nebo případně i s pacientovým okolím. V další fázi, zahrnující především poradenství a pomoc pacientovi, již není komunikace s pacientem/klientem tak intenzivní. Sociální pracovnice i nadále spolupracuje s rodinou, nicméně větší podíl zahrnuje komunikace s ústavy sociální péče, s domovy seniorů, s Okresní správou sociálního zabezpečení, s Úřadem práce, hospicem, jinými službami sociální péče atd. Ve třetí fázi komunikuje sociální pracovnice

nejméně. Subjekty komunikace jsou především pacient, rodina a případně i vybrané zařízení sociální péče. Sociální pracovnice uvedla, že v této fázi spíše provádí administrativní činnosti. Kompetence, které má zdravotně sociální pracovnice vymezeny pro výkon svého povolání, shledává jako dostatečné. Při otázce týkající se nedostatků při výkonu své profese si sociální pracovnice posteskla, že rodiny pacientů od ní často očekávají větší pomoc, než je schopná poskytnout a v důsledku toho je pod neustálým tlakem. Dalším smutným aspektem její práce je dle jejích slov „*lidský hyenismus*“, se kterým se někdy setkává jak ze strany osob v okolí pacientů, tak i cizích osob zaměřených na majetkové poměry pacientů. Svou práci v daném zdravotnickém zařízení vnímá jako přínosnou, zejména pro pacienty na odděleních dlouhodobé péče. K tomuto tvrzení však dodává, že jde o práci psychicky velmi náročnou. Na dotaz, zda je jí známa některá profese či povolání v nemocnici s obdobnými kompetencemi sociální pracovnice sdělila, že o žádné takové profesi či povolání neví.

5.3 Shrnutí, analýza získaných dat

V provedeném výzkumu, týkajícího se problematiky poskytování zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních, jsem se zaměřila na informovanost o existenci zdravotně sociální péče ve zdravotnickém zařízení, na různé způsoby pomoci pacientům/klientům i na význam této pomoci pro samotného klienta v řešení jeho nepříznivé sociální situace. Pacientů/klientů jsem se ptala na jejich spokojenost s péčí, na zkušenosti se zdravotně sociální pracovníci i na to, jaká řešení jim byla pro řešení jejich situace navržena a jak tato řešení oni sami vnímají. Tyto údaje jsem získávala pomocí polostrukturovaného individuálního rozhovoru a dále pak pomocí analýzy dokumentů, týkajících se daných případů.

V úvodu výzkumné části jsem zpracovala statistickou analýzu mapující sociálně zdravotní péči v Nemocnici Nové Město na Moravě v roce 2012 podle předem stanovených ukazatelů. Jádrem výzkumu pak tvoří tři kazuistiky popisující konkrétní případy v daném zdravotnickém zařízení, které uzavírá rozhovor s pomáhajícím profesionálem – zdravotně sociální pracovníci.

Pro výzkumnou část jsem si, v souvislosti se stanoveným hlavním cílem bakalářské práce, stanovila sedm dílčích výzkumných otázek, které zní:

- DVO 1: Jaké jsou základní statistické údaje o klientele sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě?
- DVO 2: Jaká je základní charakteristika klientů sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě?
- DVO 3: Jaká je informovanost o existenci sociální péče ve zdravotnických zařízeních?
- DVO 4: Jak je pacienty/klienty zdravotně sociální pracovníce vnímán pobyt ve zdravotnickém zařízení?
- DVO 5: Jaká je role zdravotně sociální pracovníce při poskytování sociální péče?
- DVO 6: Jakým způsobem jsou řešeny sociálně nepříznivé situace pacientů/klientů zdravotnického zařízení?
- DVO 7: Jak je vnímána zdravotně sociální péče ve zdravotnickém zařízení sociální pracovnící?

Dále se budu věnovat analýze zjištěných dat a závěrečnému shrnutí provedeného výzkumu podle zkoumaných oblastí, které jsem si stanovila pomocí dílčích výzkumných otázek.

DVO 1: Jaké jsou základní statistické údaje o klientele sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě?

Odpověď: V Nemocnici Nové Město na Moravě byla v roce 2012 poskytována zdravotně sociální péče celkem 350 pacientům/klientům. Téměř 2/3 z celkového počtu tvořily ženy, téměř polovina pacientů byla propuštěna do domácího léčení a skoro jedna čtvrtina jich zemřela. Celkem 56 pacientům/klientům bylo zajištěno umístění do různých zařízení sociální péče – nejčastěji využívaným zařízením pro umístění byl Domov seniorů Mitrov a Charitní domov Moravec.

DVO 2: Jaká je základní charakteristika klientů sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě?

Odpověď: Cílovou skupinu zdravotně sociálního pracovníka mohou tvořit jakékoliv osoby, a to bez ohledu na věk či jejich stav. Jejich společným znakem však je **aktuální sociálně nepříznivá životní situace v souvislosti s jejich onemocněním či úrazem a neschopnost rodiny zajistit pro ně adekvátní sociální a příp. i ošetrovatelskou péči.**

Komentář: Charakteristika klientely zdravotně sociální pracovnice odpovídá charakteristice cílových uživatelů sociální péče, stanovené zákonem o sociálních službách. Šetřením jsem zjistila, že prvnímu respondentovi – muži bylo 43 roků, byl svobodný, bezdětný, t. č. bez domova a pobírající plný invalidní důchod. Důvodem dlouhodobé hospitalizace byly zdravotní problémy související s diagnostikovanou epilepsií, důvodem poskytování sociální péče byla pacientova nepříznivá sociální situace, která souvisela s tím, že klient je chronický ethylik, bez trvalého bydliště a s minimálním zájmem rodiny řešit jeho situaci. Druhý respondent byl muž ve věku 64 roků, ženatý, se dvěma dcerami, žijící s manželkou v rodinném domku a pobírající starobní důchod. Důvodem dlouhodobé hospitalizace byla diagnostikovaná chronická průjmová infekce, důvodem poskytování sociální péče byla pacientova nepříznivá sociální situace, vzniklá v souvislosti s jeho onemocněním – u pacienta došlo k výraznému omezení mobility a soběstačnosti a bylo nutné mu zajistit sociální i ošetrovatelskou péči, kterou mu však rodina nebyla schopná zajistit. Respondentka č. 3 byla žena ve věku 86 roků, vdova s jednou dcerou, žijící samostatně v rodinném domku a pobírající starobní a vdovský důchod. Důvodem hospitalizace byl úraz pacientky, který bylo nutno doléčit. Důvodem poskytování sociální péče byla nepříznivá situace pacientky, vzniklá v souvislosti s úrazem – ztráta mobility a soběstačnosti. Pro pacientku bylo nutné zajistit ošetrovatelskou i sociální péči, kterou rodina pacientky nebyla schopna zabezpečit.

DVO 3: Jaká je informovanost o existenci sociální péče ve zdravotnických zařízeních?

Odpověď: Šetřením jsem zjistila, že informovanost o existenci sociální péče ve zdravotnických zařízeních je **nedostatečná**.

Komentář: Šetření respondenti o sociální pracovnici aktuálně věděli, nicméně o její činnosti v nemocnici před nástupem do nemocnice nevěděli vůbec. Všichni shodně uvedli, že se sociální pracovnicí se setkali až v rámci hospitalizace na Oddělení dlouhodobé péče. Důvodem může být i ta skutečnost, že sociální pracovnice byla ve věci šetřených případů kontaktována až po přijetí pacientů na lůžko dlouhodobé péče po předchozí hospitalizaci na lůžko akutním. Jsem toho názoru, že sociální pracovnice mohla být v daných případech oslovena dříve, a to již v rámci hospitalizace pacientů na akutním lůžku - mohlo by tak případně dojít k urychlení procesu pomoci.

DVO 4: Jak je pacienty/klienty zdravotně sociální pracovníce vnímán pobyt ve zdravotnickém zařízení?

Odpověď: Šetřením jsem zjistila, že zkoumaní respondenti vnímali pobyt ve zdravotnickém zařízení **příznivě** - neměli významných výhrad a všichni se cítili lépe, než při přijetí do zdravotnického zařízení.

***Komentář:** První respondent byl v nemocnici spokojen – nic mu zde nechybělo, druhý respondent byl spokojen velmi - „klidně by zde zůstal“, pouze třetí respondentka byla mírně nespokojena s ošetřujícím personálem pro jeho „hrubost“. V tomto případě je nutné dodat, že respondentka byla z hlediska chování problematická – odmítala jakoukoliv pomoc, nespolupracovala, byla zlá ke svému okolí a paličatá. Respondentce č. 3 také scházela na pokoji televize nebo rádio, což je pochopitelné vzhledem k jejímu zdravotnímu stavu a imobilitě. Všichni respondenti shodně uvedli, že v dané chvíli se cítí lépe, než při nástupu k hospitalizaci.*

DVO 5: Jaká je role zdravotně sociální pracovníce při poskytování sociální péče?

Odpověď: Šetřením jsem zjistila, že zdravotně sociální pracovníce při poskytování sociální péče zastává především role **sociálního diagnostika a zprostředkovatele sociální péče**. Dále jsem zjistila, že v rámci těchto rolí nejčastěji **komunikuje**, a to jak v různých formách, tak s různými subjekty. Na základě provedení komparace činností, prováděných zdravotně sociální pracovníci v daném zdravotnickém zařízení, s legislativně vymezenými činnostmi a činnostmi stanovenými v pracovní náplni, jsem dále zjistila, že náplň práce zdravotně sociální pracovníce v daném zdravotnickém zařízení je plně v souladu s legislativně vymezenými činnostmi³⁵ a odpovídá náplni práce stanovené zaměstnavatelem.

***Komentář:** Sociální pracovníce v roli sociálního diagnostika a zprostředkovatele sociální péče nejčastěji komunikuje s různými subjekty - zjišťuje data o klientech, s rodinami řeší vzniklé situace pacientů/klientů, případně s nimi konzultuje navržená řešení. V rámci realizace řešení sociálních situací pacientů/klientů pak komunikuje jak s rodinami, tak i s různými úřady, institucemi a organizacemi. Tuto skutečnost potvrdila v rámci rozhovoru i sama sociální pracovníce.*

³⁵ Přehled činností zdravotně sociálního pracovníka – viz. teoretická část – podkapitola 2.3 této bakalářské práce

Souhrnně lze říci, že zjištěná data, týkající se náplně práce zdravotně sociální pracovnice verifikovala poslání sociální práce ve zdravotnictví definované mimo jiné i Šlenkrťovou a Markovou³⁶, které poslání vnímají jako pomoc pacientům/klientům, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům nezvládají sami či s pomocí rodiny vzniklou sociální situaci řešit (Šlenkrťová, Marková, 2012, s. 3). Toto tvrzení doplňuje informace, že všichni respondenti v rozhovorech uvedli, že sociální pracovnice je v průběhu jejich hospitalizace či pobytu několikrát navštívila (respondent č. 2 uvedl, že za ním dochází „týdně“) a hovořila s nimi o jejich problémech i možnostech řešení těchto problémů.

DVO 6: Jakým způsobem jsou řešeny sociálně nepříznivé situace pacientů/klientů zdravotnického zařízení?

Odpověď: Šetřením jsem zjistila, že pacienti/klienti jsou nejčastěji propouštěni domů, avšak za předpokladu zajištění adekvátní sociální a ošetrovatelské péče ze strany rodiny, externí organizace nebo kombinací obou výše zmíněných. Druhou nejvíce využívanou pomocí je umístění pacientů/klientů do domovů pro seniory, případně do jiných zařízení, poskytujících nepřetržitou sociální příp. i rehabilitační péči. Mezi další využívané možnosti řešení patří přijetí pacienta/klienta k pobytu na sociálním lůžku nebo překlad pacienta do jiného zdravotnického oddělení na lůžko dlouhodobé péče.

Komentář: *Jednotlivé možnosti řešení sociálně nepříznivých situací klientů jsou ve většině případů nejdříve řešeny s rodinou (u respondenta č. 1 požádala matka o umístění respondenta do ústavu sociální péče a o zbavení či omezení způsobilosti respondenta k právním úkonům, u respondentky č. 3 požadovala rodina umístění respondentky do domova pro seniory). Teprve pak jsou s těmito návrhy řešení seznamováni pacienti/klienti, a to prostřednictvím sociální pracovnice event. některým z členů rodiny. V důsledku toho mohou nastat i situace, kdy pacient/klient s navrženým řešením nesouhlas (v provedeném výzkumu nesouhlasila s navrženým řešením respondentka č. 3).*

DVO 7: Jak je vnímána zdravotně sociální péče ve zdravotnickém zařízení sociální pracovnicí?

Odpověď: Sociální práci ve zdravotnickém zařízení ústavní péče vnímá sociální pracovnice jako velmi důležitou, a to zejména pro ta zařízení, ve kterých jsou provozována lůžka dlouhodobé a následné péče. Kompetence, přidělené pro výkon svého povolání,

³⁶ viz. teoretická část - podkapitola 1.3 této bakalářské práce

vnímá jako dostatečné, nicméně někdy ji mrzí velká očekávání členů rodiny o rozsahu poskytované péče a pomoci a lidský hyenismus, se kterým se při své práci také někdy setkává.

***Komentář:** Sociální pracovníci není známa žádná profese či povolání v nemocnici, které by mělo vymezeno obdobné kompetence. Tato skutečnost byla v rámci výzkumu ověřena při analýze dokumentů - vymezených kompetencích primářů, lékařů, všeobecných sester (včetně vrchních a staničních sester) a sanitářů (sanitářek).*

ZÁVĚR

Na začátku bakalářské práce jsem si jako její hlavní cíl stanovila objasnění a legitimizaci problematiky poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních i poukázání na její důležitost a potřebnost pro pacienty zdravotnických zařízení v jejich sociálně nepříznivé situaci. Jsem toho názoru, že komplexní pojetí této bakalářské práce tento cíl naplňuje a poskytuje odpověď na základní výzkumnou otázku:

„Jak probíhá zdravotně sociální péče u pacientů v Nemocnici Nové Město na Moravě?“

Odpověď na tuto otázku zní:

„Zdravotně sociální péče u pacientů v Nemocnici Nové Město na Moravě probíhá na principech, vycházejících ze zákona o sociálních službách, ze zásad sociální práce a také z řízené dokumentace daného zdravotnického zařízení, týkající se dané oblasti.“

V jednotlivých kapitolách bakalářské práce vysvětluji problematiku poskytování zdravotně sociální péče jak v rovině obecné, tak i konkrétní specifické, kde se zaměřuji na samotný proces zdravotně sociální péče v konkrétním zdravotnickém zařízení. Zachycuji variabilitu a rozmanitost zdravotně sociální péče, poukazuji na její přínos pro samotného pacienta z hlediska kvality jeho života i na její společenský význam při komplexní, multioborové péči o zdraví pacientů, kteří se ocitli v sociálně nepříznivé situaci.

Z obsahového kontextu této práce je zřetelný vztah zdravotně sociální péče se sociální pedagogikou, neboť jedním ze zaměření sociální pedagogiky - jako životní pomoci, je i zaměření na každodenní život jedince, na analýzu jeho životní situace a na navození takových změn v sociálním prostředí, které budou napomáhat optimálnímu rozvoji osobnosti a minimalizovat tak rozpor mezi jedincem a společností (Kraus, Poláčková, 2001, s. 12). V tomto smyslu tak zdravotně sociální péče odpovídá zaměření sociální pedagogiky, kterým je snaha o vytváření souladu mezi potřebami jedinců a společností s cílem přispět k zajištění optimálního způsobu života v dané době a v daných společenských podmínkách (Kraus, 2011, s. 32).

V rámci výzkumu, navazujícího na teoretickou část, jsem sesbírala mnoho informací, týkajících se dané problematiky – charakterizovala jsem cílovou skupinu zdravotně sociální péče, nastínila jsem, jak je tato péče vnímána samotnými pacienty/klienty, zaměřila jsem se na zdravotně sociální pracovníci, její role a činnosti, které v rámci svého povolání nejčastěji vykonávají. Zajímala jsem se také o možné způsoby řešení sociálně

nepříznivých situací pacientů/klientů včetně toho, jak tato navržená řešení pacienti/klienti vnímají. V této problematice jsem poukázala také na to, jakou roli může mít v rámci poskytované zdravotně sociální pomoci rodina či blízké osoby pacientů/klientů.

Při vypracovávání této bakalářské práce i při vlastním výzkumu jsem však shledala i některé nedostatky a nejasnosti, týkající se dané problematiky. Jako základní nedostatek vnímám tu skutečnost, že zdravotně sociální péče není jednoznačně legislativně vymezena. Příčinou je především to, že zde dochází k propojení zdravotní a sociální péče - dvou „samostatných“ oblastí, z nichž každá má svá specifika a obsáhlou legislativu. Zdravotně sociální péče by si, dle mého názoru, zasloužila vlastní vymezení a zákonnou úpravu, která by jednoznačně nastavila pravidla a podmínky jejího poskytování včetně sjednocení požadavků v oblasti vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků - podrobně se tímto tématem zabývám v podkapitole 2.4 bakalářské práce. Stejný problém vnímám i u etických pravidel, která pro povolání zdravotně sociálního pracovníka nebyla doposud nijak stanovena - tomuto tématu se věnuji v kapitole 3.3 bakalářské práce.

Smutnou skutečností v této problematice také je, že některá pobytová zdravotnická zařízení ústavní péče v současné době neposkytují zdravotně sociální péči, neboť v rámci svých rozpočtů nejsou schopni nalézt potřebné finance k jejímu zajištění. Tato situace je důsledkem toho, že sociální pracovníci jsou zaměstnáváni přímo zdravotnickými zařízeními, která jsou financována pouze prostřednictvím systému zdravotního pojištění, a na sociální péči těmito zařízeními nikdo nepřispívá. Záleží tedy jen na managementech zdravotnických zařízení, zda sociální péči ve svých zařízeních zajistí či nikoliv. V praxi je pak tato situace řešena tak, že zdravotnický personál částečně přebírá nezbytné role sociálních pracovníků bez dostatečné odborné způsobilosti a kompetencí. Jsem toho názoru, že touto situací by se měli do budoucna zabývat naši zákonodárci při tvorbě legislativy, týkající se oblasti financování sociální péče.

Jako problematickou také vnímám nedostatečnou informovanost o existenci sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Proto si na závěr této bakalářské práce dovoluji vyslovit své přání, aby má práce přispěla k větší informovanosti odborné i laické veřejnosti o existenci sociální péče ve zdravotnických zařízeních - třeba tím, že bude využita jako materiál, poskytující základní informace o dané problematice v rámci odborných seminářů či besed v oblasti sociální práce, zdravotní péče či v sociologických a pedagogických vědních oborech.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BAKOŠOVÁ, Zlatica. *Sociální pedagogika jako životná pomoc*. Bratislava: STIMUL, 2005, 220 s. ISBN 80-89236-00-6.
- [2] DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Dotisk 3. vyd. Praha: Karolinum, 2002, 374 s. ISBN 80-246-0139-7.
- [3] FRIEDLOVÁ, Karolína. *Bazální stimulace v základní ošetrovatelské péči*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 168 s. Sestra. ISBN 978-80-247-1314-4.
- [4] HANUŠ, Petr. *Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. Sociální práce*. 2007, č. 1, s. 5-6. ISSN 1213-6204.
- [5] HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, vydavatelství a nakladatelství, 1999, 167 s. ISBN 80-902081-8-5.
- [6] HERMANOVÁ, Gabriela. Sociální pracovník ve zdravotnictví. In: *Zdravotnictví a sociální práce*. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007, s. 5 – 10. ISBN 978-80-87023-03-7.
- [7] IVANOVÁ, Kateřina. *Základy etiky a organizační kultury v managementu zdravotnictví*. Vyd. 1. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, 2006, 240 s. Sociologické pojmosloví, sv. 1. ISBN 80-701-3442-9.
- [8] KALVACH, Zdeněk. *Křehký pacient a primární péče*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 399 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
- [9] KANIOVÁ Ivana. Kompetence v praxi sociálního pracovníka v oblasti péče o duševní zdraví. In: *IV. Medzinárodná konferencia doktorandov odborov psychológia a sociálna práca (zborník príspevkov)*. Nitra: Katedra psychologických věd a Katedra sociální práce a sociálních věd Fakulty sociálních věd a zdravotnictví UFK, 2009, s. 338 – 347. ISBN 978-80-8094-660-9.
- [10] KOLEKTIV AUTORŮ. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Vyd. 2., upravené. Praha: Sociologické nakladatelství a Sociologický ústav AV ČR, 1994, Sociologické pojmosloví, sv. 1. s. 29 – 34. Kapitola 1. Okruh zdraví. ISBN 80-85850-03-6.

- [11] KOLEKTIV AUTORŮ. *Nový akademický slovník cizích slov A-Ž*. Vyd. 1. Praha: Academia, 2008, 879 s. ISBN 978-80-200-1415-3.
- [12] KRAUS, Blahoslav. Paradigmata sociální práce a sociální pedagogiky. In: *Politiky a paradigmata sociální práce: Co jsme zdědili a co s tím uděláme?* (sborník z mezinárodní vědecké konference). Vyd. 1. vyd. Editor Ivana Marášková. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011, s. 22 - 26. ISBN 978-80-7318-994-5.
- [13] KRAUS, Blahoslav. *Základy sociální pedagogiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2008, 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
- [14] KRAUS, Blahoslav, Věra POLÁČKOVÁ. *Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido – edice pedagogické literatury, 2001, 199 s. ISBN 80-7315-004-2.
- [15] KREJČÍKOVÁ, J. Vzdělávání pracovníků v sociálních službách. In: KRAUS, Blahoslav. *Zdravotnický a sociální pracovník v praxi*. Vyd. 1. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2007, 79 s. ISBN 978-80-87023-04-4.
- [16] KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- [17] KUTNOHORSKÁ, Jana, Marina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2011, 189 s. ISBN 978-80-247-3843-7.
- [18] LACA, Slavomír. *Sociální pedagogika*. Vyd. 1. Brno: Institut mezioborových studií, 2011, 211 s.
- [19] LEVICKÁ, Jana a kol. *Sociální práca*. Vyd. 1. Trnava: Oliva, 2007, 168 s. ISBN 978-80-969454-2-9.
- [20] MARKOVÁ, Eva, Martina VENGLÁŘOVÁ a Mira BABIAKOVA. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2006, 352 s. ISBN 80-247-1151-6.
- [21] MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-7178-548-2.
- [22] MATOUŠEK, Oldřich. Paradigmata, teorie, přístupy, metody a techniky v sociální práci. In: *Politiky a paradigmata sociální práce. Co jsme zdědili a co*

- s tím uděláme?* (sborník z mezinárodní vědecké konference). Vyd. 1. vyd. Editor Ivana Marášková. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011, s. 22 - 26. ISBN 978-80-7318-994-5.
- [23] MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 287 s. ISBN 80-7178-549-0.
- [24] MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001, 309 s. ISBN 80-7178-473-7.
- [25] MUSIL, Libor. Kvalifikovaný sociální pracovník je schopen s klientem samostatně pracovat. In: *Sociální práce*. 2007, č. 1, s. 7-11. ISSN 1213-6204.
- [26] MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. Vyd. 1. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2004, 100 s. ISBN 80-210-3323-1.
- [27] NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Vyd. 1. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903070-0-0.
- [28] ONDRUŠKOVÁ, Zlatica. *Základy sociálnej práce*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2009, 139 s. ISBN 978-80-7392-109-5.
- [29] ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům*. Dotisk 1. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994, 80 s. ISBN 80-85850-00-1.
- [30] STREJČKOVÁ, Alice. *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ obor zdravotnický asistent*. Vyd. 1. Praha: Fortuna, 2007, 111 s. ISBN 978-80-7168-943-0.
- [31] TKÁČ, Vojtech. Úvaha o lidských právech – rovnost, spravedlivost a solidarita v sociálnej práci. In: *Politiky a paradigmatá sociální práce. Co jsme zdědili a co s tím uděláme?* (sborník z mezinárodní vědecké konference). Vyd. 1. Editor Ivana Marášková. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011, s. 17 - 21. ISBN 978-80-7318-994-5.
- [32] TOKÁROVÁ, Anna a kol. *Sociálna práca: Kapitoly z dejín, teorie a metodiky sociálnej práce*. Vyd. 2. Prešov: Akcent Print – Pavol Šidelský, 2003, 573 s. ISBN-80-968367-5-7.
- [33] TOMEŠ, Igor. Sociální práce dnes a zítra. In: *Politiky a paradigmatá sociální práce. Co jsme zdědili a co s tím uděláme?* (sborník z mezinárodní vědecké

- konference*). Vyd. 1. Editor Ivana Marášková. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, 2011, s. 17 - 21. ISBN 978-80-7318-994-5.
- [34] *Vzdělávací standardy v sociální práci: pro středoškolský, vyšší odborný a vysokoškolský stupeň vzdělání*. Vyd. 1. Editor Igor Tomeš. Praha: Sociopress, 1997, 334 s. Phare. ISBN: 80-902260-3-5.
- [35] VELEMÍNSKÝ, Miloš. *Zooterapie ve světle objektivních poznatků*. České Budějovice: Dona, 2007, 335 s. ISBN 978-80-7322-109-6.
- [36] ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 2007, 229 s. Sestra. ISBN 978-80-247-2068-5.
- [37] ZELENÁ, Jana. Standard kvality sociálních služeb č. 1 na téma: *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb – klient na sociálním lůžku v Nemocnici Nové Město na Moravě, p. o.*, poslední revize dne 1.1.2012

Právní normy

- [38] Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).
- [39] Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (v bakalářské práci používán jako „zákon o sociálních službách“).
- [40] Vyhláška č. 505/2006 Sb., ve znění pozdějších předpisů, kterou se provádějí některá ustanovení Zákona o sociálních službách (v bakalářské práci používána jako „vyhláška č. 505/2006 Sb.“).
- [41] Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (v bakalářské práci používán jako „zákon o zdravotních službách“).
- [42] Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, ve znění pozdějších předpisů.

Internetové zdroje

- [43] Atlas školství: *Vyšší odborné školy – seznam VOŠ v ČR*. [on-line]. P. F. art, spol. s r. o. ©2012-2013, [cit. 2013-02-06]. Dostupné z: <http://www.atlasskolstvi.cz/vyssi-odborne-skoly>
- [44] *Azylová ubytovna* [on-line]. Sociální služby města Žďár nad Sázavou [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.socsluzby.sattnet.cz/>
- [45] *Česká asociace ergoterapeutů* [online]. Michal Rod ©2008 [2013-01-28]. Dostupné z: <http://www.ergoterapie.org/Page.aspx?PageID=1>
- [46] *Domov pro seniory Mitrov, p. o.* [on-line]. Domov pro seniory Mitrov ©2013 [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.domovmitrov.cz/>
- [47] *Charitní domov Moravec* [on-line]. Česká katolická charita [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.ckch.cz/charitni-domov-moravec>
- [48] Informační centrum OSN v Praze. *Všeobecná deklarace lidských práv* [online]. ©2005 [cit. 2013-03_24]. Dostupné z: <http://www.osn.cz/dokumenty-osn/soubory/vseobecna-deklarace-lidskych-prav.pdf>.
- [49] MŠMT: *Akreditované studijní programy vysokých škol*. [on-line]. MŠMT, ©2006-2012 [cit. 2013-01-21]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/akreditovane-studijni-programy-vysokych-skol-s-uvadenim-kodu-studijnich-programu-a-oboru>
- [50] *Nemocnice Nové Město na Moravě* [on-line]. Nemocnice Nové Město na Moravě ©2006 [cit. 2013-03_24]. Dostupné z: <http://www.nnm.cz/>
- [51] *Ostravská univerzita v Ostravě* [on-line]. Ostravská univerzita v Ostravě, ©2006 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.osu.cz/>
- [52] *Populační vývoj ČR*, dostupné na: http://www.demografie.info/?cz_popvyvoj=, dne 12.9.2012.
- [53] *Pražská vysoká škola psychosociálních studií* [on-line]. Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s. r. o. ©2010 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.pvsps.cz/>
- [54] *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních*, dostupné na: <http://www.cnaa.cz/tiskoviny/organizacni-normy-cas/>, dne 7.10.2012.
- [55] ŠLENKRTOVÁ, Helena a Věra MARKOVÁ. *Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních*. [online]. Revidováno 9. 1. 2012 [cit. 2013-01-09]. Dostupné z: http://www.cnaa.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003_revize_3.pdf

- [56] TYPLTOVÁ, Jolana. *Nemocnice v České republice v roce 2011*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [online]. © ÚZIS ČR 2010-2013 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/nemocnice-ceske-republice-roce-2011>.
- [57] *Univerzita Pardubice* [on-line]. Univerzita Pardubice [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <http://www.upce.cz/index.html>
- [58] *Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně* [on-line]. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, ©2000 [cit. 2013-02-15].
Dostupné z: http://web.utb.cz/?id=0_0_23&lang=cs&type=0
- [59] *Ústav sociální péče Nové Syrovice* [on-line]. Ústav sociální péče Nové Syrovice [cit. 2013-03-25]. Dostupné z: <http://www.uspnovesyrovice.cz/>
- [60] *Vysoká škola polytechnická Jihlava* [on-line]. Vysoká škola polytechnická Jihlava ©2004 [cit. 2013-02-15]. Dostupné z: <https://www.vspj.cz/>

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

apod.	a podobně
atd.	a tak dále
aj.	a jiné
cca	asi
event.	eventuálně
pozn. aut.	poznámka autorky
resp.	respektive
t. č.	toho času
tj.	to jest
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaně

SEZNAM GRAFŮ

Graf 1. Grafické znázornění celkového počtu pacientů/klientů zdravotně sociální pracovnice podle způsobu ukončení hospitalizace/pobytu.....	57
Graf 2. Grafické znázornění poměru počtu mužů a žen	58
Graf 3. Grafické znázornění poměru jednotlivých zařízení, do kterých byli pacienti/klienti umístěni	59

SEZNAM TABULEK

Tabulka 1. Celkový počet pacientů/klientů zdravotně sociální pracovníce podle způsobu ukončení.....	57
Tabulka 2. Rozdělení pacientů/klientů podle pohlaví	58
Tabulka 3. Rozdělení pacientů/klientů podle zařízení, do kterých byli umístěni.....	59

SEZNAM PŘÍLOH

P I Stanovení výzkumných otázek

P II Záznamové archy

PŘÍLOHA P I: STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Pol. č.	DVO	Ukazatel	Základní otázky	Metoda sběru dat	Výzkumné otázky
1	Jaké jsou základní statistické údaje o klientele sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě?	Statistické údaje o klientele sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě v r. 2012	Jaký byl celkový počet klientů sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě v r. 2012? Bylo více mužů nebo žen? Kolik klientů pobývalo v roce 2012 na tzv. sociálních lůžkách? Kolik klientů sociální pracovníce v r. 2012 v rámci hospitalizace zemřelo? Jaký je průměrný věk klientů? Jde častěji o muže nebo o ženy?	analýza dokumentů	Jaký byl celkový počet klientů sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě v r. 2012? Byli to častěji muži nebo ženy? Kolik klientů bylo v roce 2012 v Nemocnici Nové Město na Moravě na tzv. sociálních lůžkách? Kolik klientů sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě v r. 2012 v rámci hospitalizace zemřelo? Jaký je průměrný věk klientů? Jsou to častěji muži nebo ženy?
2	Jaká je základní charakteristika klientů sociální pracovníce v Nemocnici Nové Město na Moravě?	Cílová skupina klientů	Jaké jsou rodinné poměry klientů? Jaké jsou bytové poměry klientů? Jaké je finanční zabezpečení klientů?	kazuistika, analýza dokumentů, rozhovor	Kolik je Vám roků? Máte manželku/manžela? Pokud ano, jste s nimi v kontaktu? Pokud ano, jste spolu v kontaktu? Máte děti nebo příbuzné? Pokud ano, jste s nimi v kontaktu? Jak bydlíte? Jaký máte zdroj příjmu? Je tento příjem pro Vás dostatečný? Seznámil(a) byste mě krátce se svými problémy?
3	Jaká je informovanost o existenci sociální péče ve zdravotnických zařízeních?	Znalost veřejnosti o sociální péči ve zdravotnickém zařízení	Věděl pacient/klient o činnosti zdravotně sociální pracovníce v nemocnici? Pokud ano, od koho? Kdy se pacient/klienti poprvé setkal se sociální pracovnící?	rozhovor, analýza dokumentů	Víte, že v nemocnici pracuje sociální pracovníce? Věděl(a) jste tuto informaci již před nástupem do nemocnice? Pokud ano, od koho? Kdy jste se poprvé setkal(a) se sociální pracovnící?
4	Jak je pacienty/ klienty zdravotně sociální pracovníce vnímán pobyt ve zdravotnickém zařízení?	Pobyt pacientů/klientů v nemocnici	Jaká je spokojenost pacientů/klientů v nemocnici? Jak se pacienty/klienti cítí?	rozhovor	Jste zde v nemocnici spokojen(a)? Vadí Vám zde něco? Schází Vám zde něco? Jak se cítíte? Cítíte se lépe, než při nástupu na hospitalizaci?
5	Jaká je role zdravotně sociální pracovníce při poskytování sociální péče?	Náplň práce sociální pracovníce v nemocnici	Jaké činnosti při výkonu své práce sociální pracovníce nejčastěji provádí? Jakým způsobem pomáhá sociální pracovníce při řešení sociálně nepříznivých situací pacientů/klientů? Je v nemocnici ještě někdo, kdo má v kompetenci provádět činnosti týkající se sociální péče?	kazuistika, rozhovor, analýza dokumentů	Navštěvuje Vás sociální pracovníce během Vaší hospitalizace? Pokud ano, tak jak často? Poskytuje Vám sociální pracovníce informace, o které ji požádáte? Radí vám sociální pracovníce? Poskytuje Vám sociální pracovníce informace i bez předchozí žádosti? Pomáhá Vám sociální pracovníce při řešení Vaší situace? Pokud ano, tak jakým způsobem? Jaké činnosti při výkonu svého povolání sociální pracovníce nejčastěji provádí? Má kromě sociální pracovníce ještě někdo v kompetenci tyto činnosti v nemocnici provádět?
6	Jakým způsobem jsou řešeny sociálně nepříznivé situace pacientů/klientů zdravotnického zařízení?	Možnosti řešení sociálně nepříznivých situací pacientů/klientů	Jaké mohou být možnosti řešení sociálně nepříznivých situací pacientů/klientů? Jak jsou klienty přijímána řešení jejich situace?	kazuistika, rozhovor, analýza dokumentů	Máte představu o řešení Vaší situace? Pokud ano, tak jakou? Navrhl Vám někdo nějaké možnosti řešení Vaší situace? Pokud ano, shoduje se navržené řešení s Vaší představou? Souhlasíte s tímto řešením? Vnímáte řešení jako dostatečné pro řešení Vaší situace?
7	Jak je vnímána zdravotně sociální péče ve zdravotnickém zařízení sociální pracovníci?	Názor profesionála na zdravotně sociální péči	Kolik je sociální pracovníci roků? Jaké vzdělání má sociální pracovníce? Jaké činnosti z pohledu profesionála vykonává zdravotně sociální pracovníce nejčastěji? Vnímá sociální pracovníce své kompetence jako dostatečné pro výkon svého povolání? Jaké shledává sociální pracovníce nedostatky při výkonu svého povolání?	rozhovor	Jak dlouho máte praxi v oboru? Jaká máte vzdělání? Jaké činnosti nejčastěji při výkonu svého povolání provádíte? Vnímáte Vaše kompetence jako dostatečné pro výkon Vašeho povolání? Shledáváte v rámci výkonu Vašeho povolání nějaké nedostatky?

PŘÍLOHA P II: ZÁZNAMOVÉ ARCH Y

ZÁZNAMOVÝ ARCH – PACIENT/KLIENT

Jméno a příjmení:

Bydliště:

1. ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA PACIENTA/KLIENTA

- 1) **Kolik je Vám roků?**

- 2) **Máte manžela/manželku? Pokud ano, jste spolu v kontaktu?**

- 3) **Máte děti nebo příbuzné? Pokud ano, jste s nimi v kontaktu?**

- 4) **Jak bydlíte?**

- 5) **Jaký máte zdroj příjmu? Je tento příjem pro Vás dostatečný?**

- 6) **Seznámil(a) byste mě krátce s důvody Vaší hospitalizace či pobytu i se svými současnými problémy?**

2. INFORMOVANOST O SOCIÁLNÍ PÉČI VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ

- 7) **Víte, že v nemocnici pracuje sociální pracovnice?**

8) **Věděl(a) jste tuto informaci již před nástupem do nemocnice? Pokud ano, tak od koho?**

9) **Kdy jste se poprvé setkal(a) se sociální pracovnící?**

3. POBYT PACIENTŮ/KLIENTŮ V NEMOCNICI

10) **Jste zde v nemocnici spokojena?**

11) **Vadí vám zde něco?**

12) **Schází vám zde něco?**

13) **Jak se cítíte?**

14) **Cítíte se lépe, než při nástupu na hospitalizaci?**

4. NÁPLŇ PRÁCE SOCIÁLNÍ PRACOVNICE V NEMOCNICI

15) **Navštěvuje Vás sociální pracovníce během Vaší hospitalizace? Pokud ano, tak jak často?**

16) Poskytuje Vám informace, o které ji požádáte? Radí Vám?

17) Poskytuje Vám informace i bez předchozí žádosti?

18) Pomáhá Vám sociální pracovníce při řešení Vaší situace? Pokud ano, tak jakým způsobem?

5. MOŽNOSTI ŘEŠENÍ SOCIÁLNĚ NEPŘÍZNIVÝCH SITUACÍ PACIENTŮ/KLIENTŮ

19) Máte představu o řešení Vaší situace? Pokud ano, tak jakou?

20) Navrhl Vám někdo nějaké možnosti řešení Vaší situace?

21) Pokud ano, shoduje se navržené řešení s Vaší představou?

22) Souhlasíte s tímto řešením?

23) Vnímáte řešení jako dostatečné pro řešení Vaší situace?

ZÁZNAMOVÝ ARCH – SOCIÁLNÍ PRACOVNICE

Jméno a příjmení:

Bydliště:

- 1) Jak dlouho máte praxi v oboru?**

- 2) Jaké máte vzdělání?**

- 3) Jaké činnosti nejčastěji při výkonu svého povolání provádíte?**

- 4) Vnímáte Vaše kompetence jako dostatečné pro výkon Vašeho povolání?**

- 5) Shledáváte v rámci výkonu Vašeho povolání nějaké nedostatky?**

- 6) Víte o některé profesi či povolání zde v nemocnici s obdobnými kompetencemi?**