

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Sociální pracovník ve zdravotnictví z pohledu lékařů a studentů medicíny

(Fakultní nemocnice Plzeň)

Simona Cudlmanová

Obor: NMgr. Sociální politika a sociální práce

Forma studia: Kombinovaná

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Praha 2017

Prague College of Psychosocial Studies



Medical Social Worker from the point of view of Doctors and Medical Students

(University Hospital in Pilsen)

Simona Cudlmanová

Program: NMgr. Social Politics and Social Work

Form of Studies: Distanced

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Iveta Jelínková

Praha 2017

Čestné prohlášení

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

Simona Cudlmanová

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Ivetě Jelínkové za vedení a podporu v průběhu psaní této práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá rolí sociálního pracovníka ve zdravotnictví z pohledu lékařů a studentů medicíny a informovaností studentů a lékařů o tomto povolání. Práce byla napsána ve spolupráci s Fakultní nemocnicí v Plzni a Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Plzni. Tato diplomová práce zdůrazňuje důležitost komplexní péče o pacienta, jejímž předpokladem je efektivní komunikace mezi jednotlivými obory a pracovníky ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část se zabývá specifiky sociální práce ve zdravotnictví a vysvětluje biopsychosociální model nemoci. V práci je také částečně zmíněno postavení zdravotně sociálního pracovníka v rámci Fakultní nemocnice v Plzni a velmi stručně i systém výuky na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni.

Výzkumná část prezentuje výsledky dotazníkového šetření, při kterém byla zjišťována informovanost studentů Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni a lékařů z jedenácti různých oddělení Fakultní nemocnice v Plzni o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví. Výsledky tohoto šetření mohou být v budoucnu použity pro další výzkum v oblasti vzdělávání studentů lékařských fakult.

Klíčová slova: sociální práce, sociální práce ve zdravotnictví, sociální pracovník ve zdravotnictví, komplexní péče, multidisciplinární tým ve zdravotnictví, biopsychosociální model nemoci

Abstract

This diploma thesis deals with the point of view of medical students and doctors on the role of medical social worker and the awareness of medical students and doctors about this occupation. The thesis is written with the cooperation of The Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University and The University hospital in Pilsen. This thesis emphasizes the importance of complex care of a patient. In this context, an effective communication between different medical specializations and occupations within a certain medical facility is required. The theoretical part of the Diploma thesis focuses on the specifics of medical social work and explains the biopsychosocial model of a disease. The role of medical social worker within the University Hospital in Pilsen and the structure of curriculum at the Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University are also mentioned in this thesis.

The research part presents the results of a survey that was carried out at the Faculty of Medicine in Pilsen, Charles University and the University Hospital in Pilsen. The survey investigated the awareness of medical students and doctors about the role of medical social worker. The results might be used for a further investigation of future research on medical education at faculties of medicine.

Key Words: Social Work, Medical Social Work, Medical Social Worker, Complex Care, Multidisciplinary team in Medical Settings, Biopsychosocial Model of Disease

Obsah

| | |
|--|-----------|
| 1. ÚVOD | 3 |
| 2. SOCIÁLNÍ PRÁCE | 5 |
| 2.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ | 6 |
| 2.1.1 Vývoj sociální práce ve zdravotnictví..... | 7 |
| 2.1.2 Vzdělání a kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví..... | 8 |
| 2.1.3 Pracovní náplň sociálního pracovníka ve zdravotnictví..... | 12 |
| 2.1.4 Metody sociální práce ve zdravotnictví..... | 14 |
| 2.1.5 Cílové skupiny sociální práce ve zdravotnictví..... | 16 |
| 3. KOMPLEXNÍ PŘÍSTUP K PACIENTOVI | 22 |
| 3.1 VÝVOJ KOMPLEXNÍHO PŘÍSTUPU K PACIENTOVI | 22 |
| 3.2 BIOPSYCHOSOCIÁLNÍ A PSYCHOSOCIÁLNÍ MODEL ZDRAVÍ A NEMOCI | 24 |
| 3.2.1 Sociální aspekt biopsychosociálního modelu nemoci..... | 30 |
| 3.4 MULTIDISCIPLINÁRNÍ TÝM VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ | 32 |
| 4. VÝUKA NA LÉKAŘSKÉ FAKULTĚ UNIVERZITY KARLOVY V PLZNI | 35 |
| 4.1 LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY V PLZNI | 35 |
| 4.1 OBOR VŠEOBECNÉ LÉKAŘSTVÍ | 35 |
| 4.1.1 Povinné předměty | 36 |
| 4.2 PŘEDMĚTY SE SOCIÁLNÍ TEMATIKOU | 37 |
| 4.2.1 Povinné předměty | 37 |
| 4.2.2 Volitelné předměty..... | 38 |
| 4.3 PŮSOBNÍ SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ NA LÉKAŘSKÝCH FAKULTÁCH V ZAHRANIČÍ..... | 39 |
| 5. SOCIÁLNÍ PRÁCE V RÁMCI FAKULTNÍ NEMOCNICE V PLZNI | 42 |
| 5.1 STRUKTURA FAKULTNÍ NEMOCNICE V PLZNI | 42 |
| 5.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE FAKULTNÍ NEMOCNICI V PLZNI | 42 |
| 5. VÝZKUM | 46 |
| 5.1 CÍLE PRÁCE..... | 46 |
| 5.2 METODY VÝZKUMU | 46 |
| 5.2.1 Dotazníkové šetření..... | 46 |
| 5.3 ANALYTICKÁ JEDNOTKA..... | 49 |
| 5.3.1 Studenti..... | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 5.3.2 Lékaři..... | 49 |
| 5.5 ZPRACOVÁNÍ DAT | 50 |
| 5.6 VÝSLEDKY KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU | 50 |
| 5.6.1 <i>Studenti Lékařské fakulty všeobecného lékařství LF v Plzni</i> | 51 |
| 5.6.2 <i>Odpovědi lékařů v rámci Fakultní nemocnice v Plzni</i> | 65 |
| 5.7 DISKUZE | 77 |
| 6. ZÁVĚR | 81 |
| SEZNAM LITERATURY | 82 |
| SEZNAM PŘÍLOH: | 88 |

1. Úvod

Sociální pracovník ve zdravotnictví je dnes běžnou součástí týmů v nemocnicích v České republice. Přesto se zdá, že role zdravotně sociálního pracovníka je ostatním lékařským i nelékařským oborům ve zdravotnickém zařízení nejasná, či dokonce nejsou o jeho existenci vůbec informováni. V této diplomové práci se zabývám informovaností lékařů a studentů medicíny o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví a možnostmi rozšíření těchto poznatků. Toto téma jsem si vybrala zejména z důvodu své praxe v nemocnici, kde si všímám komunikace lékařů s dalšími pracovníky nelékařských oborů. Všimla jsem si, že absolventi lékařských fakult, kteří nastoupili nově do zaměstnání, si nejsou jisti tím, kdo sociální pracovník ve zdravotnictví je a co jeho role obnáší. Dalším důvodem k napsání této práce je moje zaměstnání, v němž se denně setkávám se studenty medicíny, zejména třetího ročníku. Myslím si, že zdravotně sociální pracovník je nedílnou součástí týmu komplexní péče o pacienta. V této práci jsem se zaměřila zejména na vzdělávání mediků. Studenti si během svého studia na lékařské fakultě osvojují základní dovednosti a znalosti pro svou budoucí kariéru a je důležité, jaké informace jsou jim poskytovány.

V teoretické části této práce jsou vysvětlené klíčové pojmy a je zde také blíže popsána úloha sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Dále se první část zabývá tím, jak by mohla vypadat komplexní péče o pacienta, a je zde také vysvětlený psychosociální a biopsychosociální přístup k nemoci a léčbě pacienta, který úzce souvisí s komplexní péčí. Vzhledem k tomu, že výzkum proběhl ve Fakultní nemocnici v Plzni a na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni, představila jsem v teoretické části postavení zdravotně sociálního pracovníka ve Fakultní nemocnici v Plzni (dále jen FN Plzeň). Dále jsem stručně nastínila i koncept výuky na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni (dále jen LF v Plzni).

V druhé části této práce jsou prezentované výsledky kvantitativního výzkumu, který proběhl v rámci zmíněných zařízení. Pro tento výzkum jsem provedla dotazníkové šetření. V tomto šetření jsem oslovila studenty medicíny ze třetího, čtvrtého, pátého a šestého ročníku všeobecného lékařství na LF v Plzni. Dále jsem oslovila lékaře z jedenácti vybraných oddělení Fakultní nemocnice v Plzni. Poslední čtyři ročníky lékařské fakulty a jednotlivá oddělení ve FN Plzeň jsem vybírala na základě své praktické zkušenosti ze zaměstnání. Snažila jsem se také zajistit

dostatečnou variabilitu respondentů, aby dotazníkové šetření dosáhlo co nejvyšší validity. Výsledky dotazníkového šetření poukazují na to, do jaké míry jsou studenti medicíny a lékaři v praxi informováni o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví.

V této práci se vyskytuje pojem sociální pracovník ve zdravotnictví a zdravotně sociální pracovník. V literatuře mohou být tyto pojmy odlišeny v závislosti na vzdělání sociálního pracovníka, který je zaměstnaný ve zdravotnictví. Pro tuto diplomovou práci není směřodátne, jakého vzdělání sociální pracovník zaměstnaný v nemocnici dosáhl. Pojmy sociální pracovník ve zdravotnictví a zdravotně sociální pracovník jsou tedy v této práci naprosto totožné.

2. Sociální práce

Sociální práce patří mezi pomáhající profese a jedná se o poměrně mladý vědní obor, který se zformoval v posledních více než sto letech. Profese sociální práce se objevuje zejména v souvislosti s procesem kapitalistické industrializace, při které dochází k rozpadu tradičního modelu rodiny, a dále také v souvislosti se společenskými rozdíly a s narůstajícím počtem chudých. Nicméně sociální práce, v podobné formě, jako ji známe dnes, byla v lidské historii vždy přítomna a v minulosti se uplatňovala její neuvědomělá podoba. Postupně se začala organizovat a fungovat jako společenská forma pomoci druhým (Laca, 2016). Každé společenství na světě je charakteristické svým vývojem a nezaměnitelnou kulturou. Na území Evropy je pojem sociální práce úzce spjatý s křesťanskými hodnotami. Společnost je tvořená jedinci, kteří potřebují určité sociální jistoty a zároveň mají právo na důstojný život. Snaha o zachování takových hodnot se ukazuje ve vývoji lidské společnosti od teologického vnímání až po dnešní sociální systém se zárukami důstojné existence člověka (Laca, 2016).

Sociální práce je v literatuře definována různými autory. Matoušek (2008, s. 200-201) popisuje sociální práci jako *„společenskovědní disciplínu i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů.“* Sociální práce je jedna ze součástí zabezpečovacího systému, který je organizovaný státem. Stát má na starosti organizaci i jiných oblastí než jen sociální, například školství, bydlení nebo zdravotnictví. Matoušek (2003, s. 25) o sociální oblasti píše: *„Jejím cílem je uspokojování sociálních potřeb klienta a zajištění kontroly, příp. změny chování, které je považováno za sociálně problematické nebo deviantní“.*

Navrátil (2001, s. 21) hovoří o sociální práci jako o umění a vědě zároveň: *„Sociální práce je umění, které vyžaduje velikou škálu dovedností. Jde především o porozumění pro potřeby druhých a schopnost pomáhat lidem tak, aby se na naší pomoci nestali závislí... Sociální práce je ovšem také ‚vědou‘, neboť disponuje teoriemi a dále vytváří nové teorie vysvětlující vznik a řešení individuálních, skupinových a komunitních problémů.“* Podle Navrátila (2001) sociální práci jako obor, který se orientuje na řešení problémů lidí, nemůžeme oddělovat od dalších

vědních disciplín, které se zabývají životem člověka. Nejdůležitější spolupracující obory jsou psychologie, psychiatrie, sociologie či pedagogika.

Mühlpachr (2004) vymezuje pojem sociální práce v užším a v širším pojetí. Užším pojetím je míněna práce charakterizovaná přímým, záměrným a připraveným kontaktem sociálního pracovníka s klientem za účelem stanovení sociální diagnózy a následným provedením sociální terapie. Působení na klienta probíhá sociálními a výchovnými prostředky. Součástí je i kontrola a hodnocení výsledků poskytované péče. A v širším pojetí pak sociální práce zahrnuje sociálně technická opatření (poskytování služeb a sociálních dávek sociální péče) a jejich organizaci. Bere také v potaz spolupráci s dalšími odborníky v oblasti péče o jedince a administrativní a správní postupy vytvořené sociálními a zdravotnickými institucemi, které péči poskytují.

2.1 Sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví má svá specifika zejména vzhledem k prostředí, ve kterém se odehrává. Její historie je však těsně spjatá se sociální prací jako takovou, protože v minulosti se cílovou skupinou péče často stávali nemocní lidé. Sociální práce je jako taková specifická tím, že se s její pomocí dostávají zdroje k závislým lidem, jako jsou například nezaměstnaní, handicapovaní či staří lidé (Matoušek 2003). Pokud je člověk hospitalizovaný, mnoho okolností v jeho běžném životě se změní a je potřeba využít některých zdrojů vyplývajících ze sociálního zabezpečení. Stává se, že pacient není schopen po určitou dobu, v některých případech již nikdy, naplnovat sociální role, které doposud zastával, jako je například živitel rodiny, člen sportovního týmu, herec apod. Tyto životní situace jsou pro jedince náročné a podpora zdravotně sociálního pracovníka, který se zaměří na život pacienta ve společnosti, by měla patřit do komplexní zdravotnické péče. Může se stát, že jak zdravotnický personál, tak i pacienti, nejsou v dostatečné míře informováni o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem v rámci zdravotnického zařízení, které by bylo možné v rámci jejich handicapu zprostředkovat. Podle Raudenské (2011) by ve zdravotnickém týmu v rámci multidisciplinárního pojetí léčby měli být kliničtí psychologové, logopedi, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, ale i sociální pracovníci.

2.1.1 Vývoj sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce jako vědní disciplína se v podobě, jakou ji známe dnes, začala formovat na konci 19. století v Evropě a v USA (Laca, 2016). Pokud se zaměříme podrobněji na její vývoj, zjistíme, že již ve starověku v případě vzniku sociálního problému společnost fungovala na bázi solidarity. Lidé si navzájem pomáhali v rámci rodiny či rodinného kmene (Matoušek, 2012). S neolitickou revolucí přišlo formování městských států, a tudíž i zapojení státu do pomoci svým občanům. Sociální zaopatření státem tak probíhalo například formou penze pro vysloužilé vojáky nebo bezplatného poskytování stravy (Novotná, 2014).

Již koncem starověku byl vývoj sociální práce ovlivněný příchodem křesťanského náboženství, jehož ideálem je láska k bližnímu. Matoušek (2012) uvádí, že péči o nemocné se věnovaly ženské řády, jako například Boromejky nebo Řád milosrdných sester, ale také některé mužské řády, například Milosrdní bratři.

V období středověku také vznikaly různé chudinské zákony a v některých sociálních situacích, jako například stáří, měla hlavní úlohu rodina, která se o své členy starala (Novotná, 2014). Kuzníková et al. (2011) uvádí, že do nástupu průmyslové revoluce pak základní institucí, která řešila sociální problémy, byla rodina.

V období novověku převládla tzv. institucionalizovaná solidarita, tzn., že byly zřizovány špitály, sirotčince, věznice a blázince, které představovaly zařízení pro hendikepované lidi kontrolovaná státem. Charitativní aktivity prováděly většinou ženy ze středních a vyšších vrstev, motivovány křesťanským soucitem s chudými. Péči o hendikepované postupně přebíraly orgány státu (Oláh, Schavel, Ondrušová, 2008).

Formování sociální práce ve zdravotnictví v podobě, kterou známe dnes, je spjato s protiepidemiologickými činnostmi, například Jane Addamsové a Richarda C. Cabota, žijících v USA. Zasloužili se zejména v práci s pacienty infikovanými tuberkulózou či prevencí šíření syfilis (Beder, In: Kuzníková et al., 2011). Onemocnění tuberkulózou ve většině případech vedlo k separaci pacientů od rodiny, tudíž bylo nutné řešit jejich psychologický stav. Práce s pacienty nakaženými syfilis byla náročná vzhledem k extrémnímu tabu, kterým bylo toto onemocnění obklopeno (Davidson a Clarke, 1990). Počátkem 19. století přebírají mnohé funkce rodiny a

komunit tzv. formální organizace. Došlo tak ke spojení sociální práce se státem (Kuzníková et al., 2011).

V období po první světové válce narůstala potřeba sociální práce vzhledem k problémům, které válka způsobila. V letech 1917 a 1918 proběhla příprava sociálních pracovníků pro psychiatrii, kteří se podíleli na pomoci vojákům postiženým tzv. válečnou neurózou. První profesní organizace sociální práce Československý červený kříž byla zformována v roce 1918 sociálními pracovníky v nemocničním prostředí. V roce 1918 také vznikla první škola sociální práce, Vyšší škola sociální péče v Praze, později nahrazena Masarykovou státní školou zdravotní a sociální péče, kde získávaly své vzdělání zdravotní sociální pracovnice (Kuzníková et al., 2011).

V období normalizace po sovětské okupaci v roce 1968 sice v Československu existovala Společnost sociálních pracovníků, ale vývoj sociální práce jako vědní disciplíny byl pozastaven, protože v této době vládlo dogma neexistence sociálních problémů. Sociální politika se zaměřovala na tu část společnosti, která byla tzv. práce schopná (Kuzníková et al., 2011).

S pádem komunistického režimu v roce 1989 se začíná formovat řada institucí, které se zabývají sociální problematikou. Kuzníková et al. (2011, s. 17) píše: *„V české společnosti vzniká a formuje se řada institucí pro řešení sociálních problémů, zejména rozvoj sociální politiky, sociálního zabezpečení, pojištění, sociálních služeb, dále vznik nových zdravotnických a vzdělávacích programů a zařízení sociální práce.“* Sociální práce se začíná profesionalizovat a systém vzdělávání sociálních pracovníků zdokonalovat. Jsou vydány minimální standardy vzdělávání v sociální práci, v nichž jsou uvedeny požadavky na výkon profese sociálního pracovníka. V rámci zdravotnictví vzniká bakalářský obor zdravotně sociální pracovník. Minimální standardy vzdělávání v sociální práci, které vznikly v roce 1993 a od té doby byly již několikrát aktualizovány, výrazně ovlivnily profesionalizaci sociální práce. Jsou základním nástrojem Asociace vzdělavatelů v sociální práci (Kuzníková et al., 2011). Podrobněji se tomuto tématu věnuje další kapitola.

2.1.2 Vzdělání a kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Pro sociálního pracovníka ve zdravotnictví jsou zásadní zejména dvě legislativní normy, a to zákon číslo 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních

povoláních, a zákon číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách. Dále je tato profese podporována organizacemi, jako je například Společnost sociálních pracovníků ČR nebo Česká asociace sester – sekce zdravotně sociální (Kuzníková et al., 2011).

Každý zdravotnický a jiný odborník pracující ve zdravotnickém zařízení musí splňovat tři základní podmínky: odborná způsobilost, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Podle zákona číslo 96/2004 § 10 se odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka získává absolvováním:

- a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,
- b) nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník,
- c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

Vysokoškolské obory, které jsou přímo specializované na **sociální práci ve zdravotnictví**, je možné studovat například na Jihočeské univerzitě v Českých Budějovicích. Studium zdravotně sociálních pracovníků je zde koncipováno propojením praktické výuky pod supervizí a teoretickými předměty (Mojžíšová a Nekola, 2008). Dále je možné v současné chvíli obdobné studium absolvovat například na Vysoké škole polytechnické v Jihlavě nebo na Univerzitě Pardubice.

Druhou zákonem stanovenou možností je studium oboru **sociální práce a sociální politika**, které připravuje absolventy na práci v kterékoliv ze sociálních oblastí. Absolventi takového programu si mohou vybrat práci v různých odvětvích, například ve státním zabezpečení či neziskových zařízeních zaměřujících se na sociální problémy. Pokud má absolvent takového oboru zájem o zaměstnání ve zdravotnictví, měl by po nástupu do zdravotnického zařízení vystudovat akreditovaný kvalifikační kurz pro zdravotně sociální pracovníky. Kvalifikační kurz je možné absolvovat například v rámci Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Délka kurzu je zhruba jeden rok, sociální pracovník absolvuje jak teoretickou průpravu, tak praxi v jednom ze smluvených zdravotnických zařízení. Po absolvování tohoto kurzu může sociální pracovník vykonávat svoji činnost bez odborného dohledu. Průběh akreditovaných kvalifikačních kurzů pro pracovníky ve

zdravotnických zařízení je stanovený zákonem číslo 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních. Kvalifikační kurz provádí akreditované zařízení, měl by mít přesně stanovený počet hodin praktického a teoretického vyučování a měl by být zakončený závěrečnou zkouškou před zkušební komisí (NCONZO, 2017).

Poslední možností jsou tzv. **sestry pro sociální službu a resocializační pracovníci v psychiatrickém zařízení**. Minimálním požadavkem na vzdělání takových pracovníků je ukončené středoškolské vzdělání, což může být pro práci s pacienty v nepříznivé sociální situaci nedostačující (Mojžíšová a Nekola, 2008). Podrobnější informace o sestrách pro sociální službu jsou uvedeny ve směrnici číslo 10/1986, o náplni činnosti středních, nižších a pomocných zdravotnických pracovníků. V současné chvíli však z analýzy Ministerstva práce a sociálních věcí vyplývá, že nejsou evidované žádné sestry pro sociální službu ani resocializační pracovníci v psychiatrickém zařízení. Postavení takových pracovníků je problematické zejména vzhledem k tomu, že například profese resocializačního pracovníka není upravena v žádných legislativních předpisech (MPSV, 2017).

Kromě základních požadavků na vzdělání zdravotně sociálních pracovníků uvádí zákon číslo 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních, další požadavky. Podle tohoto zákona se všichni zdravotničtí pracovníci musí účastnit **celoživotního vzdělávání**, čímž se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí a způsobilosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků v příslušném oboru. Toto, kromě již výše zmíněného akreditovaného kvalifikačního kurzu pro zdravotně sociální pracovníky, zahrnuje certifikované kurzy, odborné stáže v akreditovaných zařízeních, účast na školicích akcích, odborných konferencích a kongresech, případně publikační a pedagogicko-výzkumnou činnost a samostatné studium odborné literatury.

Výkonem povolání zdravotně sociálního pracovníka se podle zákona číslo 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních, rozumí činnost preventivní, diagnostická a rehabilitační. Dále by se měl zdravotně sociální pracovník angažovat v ošetrovatelské péči a v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví jsou podle Kutnohorské et al. (2011) následující:

- **Kompetence profesně oborové** (kvalitní teoretické znalosti pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka)
- **Kompetence sociálně anamnestické a diagnostické** (schopnost provádět sociální šetření u pacientů)
- **Kompetence poradenské a konzultační** (schopnost poskytovat sociálně právní poradenství, schopnost podávat informace a realizovat konzultační činnost pacientům a jejich rodinám)
- **Kompetence výchovné** (schopnost provádět sociální prevenci, depistáž)
- **Kompetence rozhodovací** (schopnost sestavit plán psychosociální intervence)
- **Kompetence organizační** (znalost základních principů organizace a řízení zdravotnictví, schopnost práce s dokumentací, schopnost komunikace v případě následné péče)
- **Kompetence metodické** (schopnost navrhování nových standardů a metod)
- **Kompetence jazykové** (schopnost komunikovat kultivovaně v daném jazyce)
- **Kompetence osobnostně kultivující** (schopnost sebereflexe, dalšího vzdělávání)
- **Kompetence komunikativní a etické** (schopnost věcně a správně komunikovat s pacienty a kolegy, adekvátně předávat informace, etické komunikace, schopnost naslouchat klientům)

(Kutnohorská et al., 2011)

Sociální práce ve zdravotnictví vyžaduje nejen správnou kvalifikaci, ale jsou zde i jisté požadavky na osobnost a dovednosti sociálního pracovníka. Přístup zdravotně sociálního pracovníka ke klientům by měl vycházet z **humanistického přístupu**. Humanistickým přístupem je podle Kuzníkové et al. (2011) míněno to, aby byl zdravotně sociální pracovník empatický, autentický a vřelý při péči o pacienty. Je žádoucí, aby si zdravotně sociální pracovník vymezil profesionální hranice ve vztahu s pacientem, přičemž by neměl považovat problémy klienta za své (Kuzníková et al.,

2011). Za samozřejmost se považuje i to, že sociální pracovník ve zdravotnictví přijme etický kodex. V České republice byl **Etický kodex sociálních pracovníků** schválen v roce 2006 Společností sociálních pracovníků. Česká republika vychází z etického kodexu přijatého Mezinárodní federací sociálních pracovníků (International Federation of Social Workers, IFSW). Poprvé byl schválen roku 1994 na konferenci Společnosti sociálních pracovníků ČR v Ostravě, s účinností od 1. 1. 1995. V roce 2004 bylo v Adelaide (Austrálie) přijato nové znění etického kodexu pro sociální pracovníky. V novém znění je například rozvinuto téma identifikace silných stránek klienta, celostní přístup ke klientovi nebo potřeba péče o sociální pracovníky samotné. Zajímavostí je, že termíny „klient“ či „uživatel péče“ byly nahrazeny novým termínem „lidé, kteří užívají služeb sociálních pracovníků“ (Nečasová, 2004).

Součástí profese zdravotně sociálního pracovníka je i dobrá a **efektivní komunikace**, stejně tak jako motivace dále se vzdělávat a vlastní profesionální **supervize**. Kutnohorská et al. (2011, s. 75) uvádí: *„Lidská schopnost sebereflexe je předpokladem odpovědnosti a má význam pro etiku, pro směřování a hodnocení vlastního jednání.“* Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl být schopen pomocí sebezpozorování a sebeuvědomění lépe jednat s druhými, tedy zejména s pacienty. Je důležité, aby pracovníci v pomáhajících profesích věděli o svých postojích a pocitech a zamýšleli se nad nimi v kontextu rozličných názorů. Zároveň by si měl každý, kdo pracuje s lidmi a jejich osudy, uvědomit vlastní hranice, problémy, předsudky, ale i strachy. Schopnost sebereflexe a péče sama o sebe je tak jednou z důležitých součástí života sociálního pracovníka, pokud chce dobře vykonávat svou práci (Kutnohorská et al., 2011).

Vzhledem k tomu, že zdravotně sociální pracovník pracuje s pacienty s různými typy diagnóz na různých oddělení v rámci daného zdravotnického zařízení, měl by mít **povědomí o problematice jednotlivých onemocnění**. Zdravotně sociální pracovník by měl znát důsledky, které mohou mít jednotlivá onemocnění na psychiku člověka a jeho sociální život (Kuzníková et al., 2011).

2.1.3 Pracovní náplň sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Zdravotně sociální pracovník je součástí zahájení složitého procesu, který nazýváme zdravotně sociální rehabilitace pacienta (Kuzníková et al., 2011). Zákon číslo 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotních povoláních, považuje za výkon

povolání zdravotně sociálního pracovníka činnost v oblasti zdravotně sociální **péče preventivní, diagnostické a rehabilitační**. V rámci ošetrovatelské péče se zdravotně sociální pracovník podílí na **uspokojování zdravotních potřeb člověka**. Vzhledem k tomu, že sociální pracovník ve zdravotnictví pracuje s citlivými údaji o pacientech, měl by být vázaný **mlčenlivostí**. Informace o pacientech získané v rámci sociálního šetření podléhají lékařskému tajemství a nemohou být sdělovány dalším osobám bez souhlasu pacienta (Mojžíšová, Nekola, 2008).

Náplň pracovní činnosti zdravotně sociálního pracovníka je zakotvena ve vyhlášce číslo 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Zdravotně sociální pracovník má podle této vyhlášky následující náplň práce:

a) provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,

b) provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty, a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,

c) sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,

d) zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,

e) účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek, do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,

f) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě a organizaci rekondičních pobytů,

g) v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb,

h) v případě úmrtí pacientů provádět odborné poradenství v sociální oblasti; u osamělých zemřelých pacientů zajišťovat záležitosti spojené s úmrtím.

2.1.4 Metody sociální práce ve zdravotnictví

Metodami sociální práce rozumíme specifické postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou. Cílovou skupinou sociálního pracovníka může být jednatel, rodina, skupina, místní komunita, věková skupina, případně i veřejnost (Matoušek, 2008). Sociální pracovník ve zdravotnictví ve většině případů pracuje s jednotlivci. Základní metodou sociální práce s jednotlivcem je rozhovor. Zdravotně sociální pracovník při rozhovoru s pacientem mapuje zázemí klienta, rodinné vztahy, případně příslušnost ke specifické komunitě a další. Podle individuální situace pacienta může přejít sociální práce ve zdravotnictví k metodě práce s rodinou. Zdravotně sociální pracovník může posilovat rodinný systém při překonávání těžkého období. (Kuzníková et al., 2011).

Individuální práce s klientem, nazývaná také jako případová práce, je častým přístupem v sociální práci. Uplatní se zejména v problematice duševního zdraví, v práci s dlouhodobě nemocnými či seniory (Matoušek, 2003). V oblasti sociální práce ve zdravotnictví je individuální práce s klientem vůbec nejužívanější intervence, která začíná prvním kontaktem s pacientem a prostudováním jeho chorobopisu. Základem je rozhovor sociálního pracovníka ve zdravotnictví s potenciálním klientem, při kterém respektujeme autonomii pacienta. Sociální pracovník v kontaktu s pacientem využívá řadu komunikačních dovedností, jako je například aktivní naslouchání, při kterém bereme na vědomí jak verbální, tak neverbální obsah pacientova sdělení. Samozřejmostí při práci s jednotlivcem je schopnost empatie sociálního pracovníka (Kuzníková et al., 2011).

Další poměrně často využívanou a zmíněnou metodou sociální práce ve zdravotnictví je **sociální práce s rodinou**. Sociální pracovník ve zdravotnictví se setkává s klientelou přicházející z různorodého sociálního zázemí. Chrenková (In: Kuzníková et al., 2011, s. 72) uvádí: „*Společným cílem všech pomáhajících by měla být spolupráce s rodinou klienta a jeho možný návrat do tohoto prostředí (pokud je toto prostředí funkční a vyhovující).*“ Je důležité si uvědomit, že rodina je systém, který se skládá ze subsystémů partnerského, rodičovského a sourozeneckého. Práce

s rodinou je běžná zejména při práci s chronicky nemocnými nebo s pacienty se závažnou diagnózou. Při práci s pacientem s chronickým onemocněním a jeho blízkými se nezaměřujeme na poruchy rodinného systému, ale řešíme problémy, které vyplývají ze životních změn, kterými rodina v době onemocnění některého ze členů prochází. Sociální práce s celou rodinou ve zdravotnictví je spíše ojedinělá a přichází v úvahu zejména při hromadných nehodách. Ve zdravotnictví se často pracuje jen s částí rodiny, jako například s matkou a dítětem. (Chrenková, In: Kuzníková et al., 2011).

Sociální práce se skupinou je forma sociální práce, která není ve zdravotnických zařízeních v České republice často využívána. Většinou se tato forma sociální práce využívá v kontextu psychiatrické péče nebo působením tzv. svépomocných skupin (Kuzníková et al., 2011). Hnutí svépomocných a podpůrných skupin se s narůstající potřebou mezioborové spolupráce rozvíjí v 70. letech 20. století a počátky jsou spojeny zejména se skupinou tzv. Anonymních alkoholiků (AA) (Matoušek, 2003). Svépomocné skupiny se zaměřují na předávání vzájemné podpory a zkušeností mezi členy s podobným problémem. V současné době existují svépomocné skupiny například pro osoby vyrovnávající se se ztrátou někoho blízkého (pozůstalé), pro lidi pečující o blízké členy rodiny, pro ženy s onkologickými onemocněními nebo pro osoby s poruchou příjmu potravy (Kuzníková et al., 2011).

Komunitní sociální práce je poměrně nová metoda sociální práce. V rámci zdravotnické péče se setkáváme s pojmem „komunitní ošetrovatelství“, což je obor zabývající se ošetrovatelskou péčí v komunitě, který se podílí na péči o zdraví komunity mimo zdravotnické zařízení. Rozlišujeme tři základní přístupy komunitní práce:

- 1) Prvním přístupem je **komunitní péče**, která je v rámci zdravotnictví velmi důležitá. Jedná se zejména o plánování následné péče pro hospitalizovaného pacienta, kdy je důležité znát demografická data komunity nebo identifikovat zdroje v komunitě, případně aktivizovat tyto zdroje. V souvislosti s komunitní péčí je vhodná spolupráce zdravotně sociálních pracovníků se sociálními pracovníky poskytujícími služby v určité komunitě.

- 2) Druhým přístupem je **komunitní vzdělávání**, které je ve zdravotnictví spjaté s oblastí primárních prvků zdravotní péče – edukací.
- 3) Posledním přístupem je **komunitní plánování**. Jedná se o proces, ve kterém se posiluje soudržnost komunity a zajišťuje dostupnost sociálních služeb v dané komunitě (Gojová, In: Kuzníková et al., 2011).

V této části se zmíníme i o vztahu mezi zdravotně sociálním pracovníkem a pacientem. Obecně lze říci, že v současné době dochází k přechodu od tzv. paternalistického vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem ke vztahu partnerskému, tedy rovnocennému. Partnerský vztah je založený na dobrovolnosti a rovnoprávnosti (Kuzníková et al., 2011). Podobně jako Kuzníková et al. (2011) hovoří o tzv. **symetrizaci vztahu mezi zdravotně sociálním pracovníkem a pacientem**, rovněž autoři Beran a Tumpachová (2009) popisují ve své knize Lékařská psychologie vztah mezi lékařem a pacientem. Symetrický neboli partnerský vztah mezi zdravotním personálem a pacientem by měl vypadat tak, že personál nevystupuje autoritativně, nezasahuje direktivně do života pacienta, ale naopak poskytuje co největší prostor pro jeho sebevyjádření. Stupeň symetrie v takovém vztahu samozřejmě závisí na mnoha faktorech, zejména na závažnosti pacientova stavu. Asymetričtější, tedy autoritativnější bude zdravotnický personál zejména v případě akutních stavů pacienta. Naopak partnerský vztah je velmi důležitý při provázení chronicky nemocného pacienta (Beran, Tumpachová, 2009). Vymětal (1999) popisuje, že pacient a lékař vstupují do tzv. interakční dyády, při níž může dojít ke vzájemným komunikačním nedorozuměním, ale na druhé straně se může vytvořit velice silný terapeutický potenciál. To samé můžeme aplikovat i na vztah mezi sociálním pracovníkem ve zdravotnictví a jeho klientem.

2.1.5 Cílové skupiny sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce ve zdravotnictví je velmi různorodá. Zásadní rozdíl je v sociální práci v tzv. akutní medicíně a v tzv. chronické medicíně. Co se týká **sociální práce v akutní medicíně**, přichází zdravotně sociální pracovník nejčastěji na zavolání lékaře, který řeší problém pacienta vzniklý v průběhu akutní hospitalizace. Je to tedy lékař, kdo vyhodnotí, zda problematika pacienta vyžaduje zásah sociálního

pracovníka (Mojžíšová, Nekola, 2006). Akutně nemocní pacienti mohou být hospitalizováni například k výkonu operačního zákroku a doba pobytu v nemocnici činí obvykle zhruba deset dní. Hospitalizace je často prožívána nejen pacientem, ale i jeho rodinou jako silně zátěžová a stresující. Většinou se jedná o práci s pacientem v prvních dnech hospitalizace, kdy se vyrovnává se vzniklou situací, odloučením od nejbližších či nemožností pracovat. V tomto případě zdravotně sociální pracovník poskytne poradenství v náročné životní situaci. Je nutné brát v úvahu, že vzniklá akutní choroba se může proměnit v chronickou (Kuzníková et al., 2011).

Sociální práce v chronické medicíně je zcela jiného charakteru. Zaměřuje se zejména na metody sociální pomoci a sociální prevence. U pacientů s chronickým onemocněním může zdravotně sociální pracovník zajišťovat překlady a umístění do různých sociálních zařízení, jako jsou ústavy sociální péče, dětské domovy nebo speciální léčebná zařízení. Dále může zdravotně sociální pracovník pacientům s chronickým onemocněním zajišťovat kompenzační pomůcky pro dlouhodobě nemocné nebo může být nápomocen při vyřizování sociálních nároků u sociálně ohrožených klientů (Mojžíšová, Nekola, 2006). Často bývají tito pacienti hospitalizováni opakovaně, stává se, že plánovaně. Je zde ale také pravděpodobnost, že takový pacient bude vyžadovat hospitalizaci náhle. Úkolem zdravotně sociálního pracovníka při práci s klienty s chronickým onemocněním je většinou pomoc při vyrovnávání se s onemocněním a pomoc s přizpůsobováním se symptomům onemocnění. Kuzníková et al. (2011, s. 58) uvádí: *„Je nutné pomoci pacientům/klientům (s chronickým onemocněním) naučit se akceptovat změněnou zdravotní situaci jako jejich budoucí ‚normalitu‘.“*

Raudenská (2011) uvádí rozdělení tří typů pacientů podle internisty Kalvacha, který preferuje celostní přístup k pacientovi. Takový komplexní přístup nezohledňuje pouze somatickou stránku onemocnění, ale i psychosociální složku nemoci. Prvním typem pacientů jsou *pacienti se „somatickým“ či „organickým“ postižením*, kteří většinou nevyžadují výraznou psychosociální péči. Dalším typem jsou *pacienti s významnou psychosomatickou složkou či závažnými psychosociálními důsledky*, kam se řadí například pacienti trpící bronchiálním astmatem. Takové onemocnění výrazně ovlivňuje způsob života a zaměstnání klienta, proto vyžadují tzv. celostní přístup, tedy psychosociální a somatickou podporu. Zde dochází ke kontaktu zdravotně sociálního pracovníka výrazně častěji než u prvního typu klientů. Posledním typem

pacientů jsou *nemocní, kteří jsou v tzv. somatizujícím stavu*. Tento stav medicína nemusí nebo není schopná ovlivnit. V případě takového pacienta sociální pracovník ve zdravotnictví může působit jako zprostředkovatel speciální pomoci, kterou tito pacienti vyžadují. Jedná se například o různé formy alternativní medicíny (Raudenská, 2011).

Kuzníková et al. (2011) uvádí, že první kontakt mezi sociálním pracovníkem ve zdravotnickém zařízení a jeho potencionálním klientem probíhá většinou třemi základními způsoby:

Zprvé, **pacient si sám požádá o pomoc sociálního pracovníka**. V České republice není běžné, že by každé oddělení nebo klinika měly svého vlastního sociálního pracovníka, zejména fyzicky dostupného na ranních vizitách. Pacient může požádat rodinu, aby mu kontakt se sociálním pracovníkem zprostředkovala.

Druhá možnost vzniku vztahu mezi sociálním pracovníkem ve zdravotnictví a pacientem je přes **zdravotnický personál, který o daného pacienta pečuje**. To se může odehrát prostřednictvím lékaře nebo sestry na určitém oddělení v nemocnici. Otázkou je, jak zdravotnický personál určí, zda je pacient vhodný pro práci se zdravotně sociálním pracovníkem. Vzdělání v této oblasti, o kterém budeme hovořit později v této práci, by proto bylo vhodné.

Třetím způsobem napojení sociálního pracovníka na pacienta je tzv. **depistáž**, což znamená, že zdravotně sociální pracovník sám aktivně vyhledá potenciální klienty, kteří vyžadují jeho asistenci. Samotná depistáž zdravotně sociálního pracovníka může být znesnadněná zejména velkým počtem pacientů na jednoho zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém systému (Kuzníková et al., 2011).

Stejně tak, jako je důležitý první kontakt mezi lékařem a pacientem při odebírání anamnézy (Vymětal, 1999), tak i zdravotně sociální pracovník by se měl snažit o to, aby již při prvním kontaktu s pacientem začal budovat vztah založený na důvěře. Kuzníková et al. (2011) uvádí, že první osobní setkání zanechá v pacientovi velmi silný dojem, který pak ovlivňuje další komunikaci. Základní technikou sociálního pracovníka ve zdravotnictví je rozhovor. Je nutné si uvědomit, že pro mnoho pacientů se jedná o první kontakt se sociálním pracovníkem v jejich životě, proto mohou být při rozhovoru velmi nervózní. Často jsou pacienti v nemocnici indisponováni fyzickou bolestí či jinými nepříjemnými tělesnými pocity, případně

mohou pociťovat různé emoce, jako jsou strach, vztek, smutek, obavy. Zdravotně sociální pracovník by měl k pacientům, se kterými pracuje, přistupovat individuálně, protože každý prožívá své onemocnění či postižení jinak. Není možné rozdělit hospitalizované klienty do kategorií, ale uvedeme zde typologii potenciálních klientů sociálního pracovníka ve zdravotnictví (Kuzníková et al., 2011).

Kebza (2005) uvádí sociální faktory, které mohou hrát důležitou roli při vzniku některých chorob. Tyto faktory také ovlivňují průběh onemocnění či to, jakým způsobem se klient vyrovnává s chronickým onemocněním. Rizikové faktory jsou následující:

- jednočlenné domácnosti,
- bezdětnost,
- neochota rodiny pomoci v péči,
- sociální izolace,
- nevyhovující bydlení,
- nízký důchod a vzdělání,
- úmrtí partnera,
- změna bydliště nebo umístění v ústavní péči,
- nedostupnost nebo neznalost sociálních služeb (Kebza, 2005).

Pokud se zaměříme na konkrétní cílové skupiny, se kterými sociální pracovník ve zdravotnictví obvykle spolupracuje, pak se jedná v první řadě o **seniory se sníženou soběstačností**. Matoušek (2005) uvádí, že při práci s touto cílovou skupinou je problematické vymezit hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací, proto je vhodné, aby oba tyto typy služeb byly provázané. Pokud se chce hospitalizovaný senior navrátit do svého přirozeného prostředí, pak zdravotně sociální pracovník zhodnotí zdravotní a funkční stav takového jedince, a to vždy ve vztahu ke zdrojům, které jsou seniorovi v jeho přirozeném prostředí k dispozici. Je však možné, že po propuštění seniora domů dojde k rehospitalizaci a prohloubení nesoběstačnosti takového pacienta (Matoušek, 2005). Stává se také, že pro hospitalizovaného seniora se není možné navrátit do domácího prostředí z důvodu nedostatečné soběstačnosti. Pacient není schopný se o sebe sám postarat. Zdravotně sociální pracovník tak hledá

pro takového pacienta různé alternativy následné péče po propuštění z nemocnice (Kuzníková et al., 2011).

Dále se zdravotně sociální pracovník setkává při své práci s **onkologicky nemocnými pacienty**. Kontakt s pacienty s onkologickým onemocněním probíhá v rámci hospitalizace či ve zdravotnických zařízeních paliativní péče. Sdělení závažné diagnózy má na pacienta silný psychologický i sociální dopad, proto je spolupráce lékařů s nelékařskými obory v tomto odvětví velmi důležitá (Kuzníková et al., 2011).

Péče o onkologicky nemocné úzce souvisí s pacienty v **paliativní medicíně**. Paliativní medicína je také nazývaná medicínou *úlevnou*, protože hlavní prioritou je zde zvládnutí bolesti pacienta a také jakési uspokojení jeho spirituálních potřeb. Stává se, že lékař se snaží pacienta léčit více a déle, než je v daném případě vhodné. Pro umírajícího pacienta je důležité, aby se diagnózu dozvěděl včas, protože kromě dalšího si pacient často potřebuje dořešit své sociální potřeby, například zabezpečení rodiny či majetku. Role zdravotně sociálního pracovníka je zde velmi důležitá. Měl by mít přehled o dostupných službách pro terminálně nemocné, a to jak ve státním, tak nestátním sektoru. Je k dispozici terminálně nemocnému pacientovi i jeho rodině a nedílnou součástí zdravotně sociálního pracovníka v paliativní medicíně je péče o pozůstalé (Matoušek, 2005).

Dalším potenciálním klientem pro zdravotně sociálního pracovníka může být **těžce nemocný či chronicky nemocný pacient**, a to v různých věkových kategoriích. Mohou to být například pacienti s onemocněním ledvin závislí na dialýze nebo HIV pozitivní klienti (Kuzníková et al., 2011).

Na **gynekologicko-porodnickém oddělení** najde zdravotně sociální pracovník uplatnění zejména v práci s nezletilými matkami, opuštěnými novorozenci, matkami samoživitelkami, rodinami s dítětem s postižením či drogově závislými matkami. Nedílnou součástí práce zdravotně sociálního pracovníka může být i práce s matkami s poporodní depresí a psychózou.

Zdravotně sociální pracovník se uplatní i v práci s **děťmi hospitalizovanými na pediatrických a specializovaných odděleních různých oborů**. Personál může zdravotně sociálního pracovníka kontaktovat v případě podezření na zanedbávání, zneužívání či týrání dítěte. Sociální pracovník v takovém případě spolupracuje s dalšími organizacemi zabývajícími se ochranou dítěte.

Pacienti závislí na návykových látkách mohou být další ohroženou cílovou skupinou ve zdravotnictví a často vyžadují péči zdravotně sociálního pracovníka. Jedná se zejména o asistenci při výběru následné péče, jako je umístění do doléčovacích komunit, či při motivaci klienta k abstinenci a při hledání životních hodnot. S touto problematikou může být spojena i práce s **pacienty bez domova**, kde je vhodné motivovat pacienty ke spolupráci s dalšími sociálními sužbami, které pomohou pacientům bez domova v řešení jejich nepříznivé sociální situace.

Další cílovou skupinou jsou **pacienti poskytující sexuální služby**, což je také úzce spjaté s problematikou závislosti a bezdomovectví, případně s problematikou, se kterou se setkáme na již zmíněném gynekologicko-porodnickém oddělení. Zdravotně sociální pracovník v práci s touto cílovou skupinou může využít preventivních činností, jako je například poradenství v oblasti HIV a dalších pohlavně přenosných chorob, a opět může pacienty motivovat ke spolupráci s dalšími organizacemi zabývajícími se touto problematikou.

Za samostatnou skupinu pacientů, se kterou zdravotně sociální pracovník ve zdravotnictví pracuje, považujeme **lidi s duševním onemocněním**. Zdravotně sociální pracovník se s touto klientelou povětšinou setkává na psychiatrickém oddělení nemocnic. Na psychiatrickém oddělení jsou hospitalizovaní pacienti s různými duševními poruchami a poruchami chování. Jedná se například o práci s lidmi, kteří mají organické poruchy, jako je demence. Dále se jedná o schizofrenii či schizofrenní poruchy a o behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory, jako jsou například bulimie a mentální anorexie, a o mnoho dalších duševních onemocnění (Mahrová a Venglářová et al., 2008).

3. Komplexní přístup k pacientovi

Podstatou pro komplexní neboli celostní péči o pacienta ve zdravotnictví je skutečnost, že na etiopatogenezi (souboru příčin a mechanismů, které vedou ke vzniku a rozvoji nemoci), průběhu či udržování somatického onemocnění se vždy podílí nejen **biologická složka** (tělo a jeho orgány), ale i složka **psychická** a sociální, někdy je uváděna i složka **spirituální**. Aby bylo dosaženo žádoucího výsledku, je v lékařské intervenci nutné pracovat v širokých souvislostech (Klímová a Fialová, 2015).

Komplexní přístup v dnešní době komplikuje zejména vznik nových medicínských specializací v tzv. západní medicíně. Medicína jako věda se řadí k vědám humanitním. Pojem humanitní vychází z latinského slova „*humanus*“, které znamená lidský, ušlechtilý nebo vzdělaný. Jak uvádí Klímová a Fialová (2015, s. 218): „*Nejvyšší hodnotou pojmu humanus je lidský život sám. Jako všechno v našem kosmu, tak i pojmy mají svůj bipolární rozměr a na opačné straně této polaritě stojí pojem dehumanizace. Obsahuje v sobě neúctu k člověku a k lidskosti, odlidštění, vzájemné odcizování lidí a odcizenost všeho druhu.*“ S pojmem **dehumanizace** se dnes setkáváme v souvislosti s vývojem nové technologie v medicíně. Vznik nových technologií umožňuje nárůst v počtu specializací ve zdravotnictví, které spolu často nekomunikují a nekonzultují diagnózy pacientů. Například obor interní lékařství se dnes nezabývá celým systémem v lidském těle, protože to s množstvím informací, které jsou medicíně známy, není možné. Interní lékařství se rozdělilo například na kardiologii (předmětem zájmu je srdce), flebologii (zabývá se cévním aparátem) či pneumologií (zabývá se plicemi a dýcháním). Na člověka se již nedíváme jako na celek, nýbrž věnujeme pozornost jen části jeho těla, což lze do jisté míry označit za dehumanizaci neboli odlidštění a neúctu k člověku. V moderní medicíně existuje výjimka mezi obory, a tou je geriatric, která se zabývá zdravím a zároveň patologií ve vyšším věku jedince a klade důraz jak na jevy, tak na jejich okolnosti. Můžeme tedy říct, že geriatric využívá komplexní přístup k nemocnému (Klímová a Fialová, 2015).

3.1 Vývoj komplexního přístupu k pacientovi

Historicky se o propojení těla a duše začal zajímat již řecký lékař **Hippokratés** se svojí teorií temperamentu. Hippokratés tvrdí, že na základě převahy určitého druhu

tělesné šťávy (krev, hlen, žluč a černá žluč) lze určit citové ladění, emoce, psychickou kondici a také náchylnost ke konkrétním psychickým nebo tělesným onemocněním. Hippokratés zahrnul i přírodu do činitelů ovlivňujících zdraví člověka (Chromý, Honzák et al., 2005).

Gelénos je pokračovatel Hippokratovy teorie, který tělo a duši nepovažoval za jeden celek. Vnesl do medicíny dualitu a vnímal tělo a duši jako dva oddělené celky, kterým je nutné věnovat stejnou pozornost (Chromý, Honzák et al., 2005).

V 17. století vznikala nová vědecká odvětví. V tomto období duše, jako součást těla, představovala něco nevědeckého a nacházela se tak v kompetenci církve. **René Descartes**, francouzský filosof, přišel s dualistickou teorií, ve které předpokládá, že existují dva principy – duchovní a fyzický. Tyto dva principy jsou na sobě navzájem nezávislé. V tomto období se předmětem medicíny stalo lidské tělo jako stroj. Duše, přestože byla součástí těla, zůstala zcela v kompetenci církve.

V druhé polovině 19. století se vydělila **psychologie** jako samostatná věda a pozornost se vrací k širšímu, tedy komplexnímu pohledu na člověka (Chromý, Honzák et al., 2005).

Sigmund Freud je prvním lékařem, který se zabýval důležitostí duševních poruch a jejich vlivu na tělesné obtíže jedince. Za základ vzniku neurózy Freud považoval nezpracované psychické konflikty vytěsněné do nevědomí. Většina neuróz byla podle něj doprovázena somatickými příznaky. Pokud se v léčbě podařilo přivést potlačené nevědomé konflikty do vědomí, pak mohly být tyto somatické příznaky odstraněny (Chromý, Honzák et al., 2005).

Za matku psychosomatiky je považována lékařka a psychoanalytička **Helena Dunbar**. Podle její teorie ovlivňují tělesný stav nejen neurózy, ale i další psychické konflikty. V současné době je uznávaným modelem tzv. multifaktoriální model, který bere na vědomí biologické i psychosociální faktory. Tento model chápe symptomy jako výsledky interakce těchto dvou faktorů (Faleide et al., 2005).

V dnešní době se v největší míře, zejména v souvislosti se sociální prací jako takovou, setkáváme s pojmy psychosociální přístup ke klientovi. V medicíně se pak objevuje pojem biopsychosociální model nemoci či dokonce bio-psycho-sociálně-spirituální model nemoci. Tyto pojmy jsou vysvětleny v následujících kapitolách.

3.2 Biopsychosociální a psychosociální model zdraví a nemoci

Pojmy biopsychosociální a psychosociální model nemoci (nebo přístup ke zdraví a nemoci) nelze odlišit, proto jsou v této práci uvedené ve stejné kapitole. V medicíně se s největší pravděpodobností setkáme zejména s pojmem biopsychosociální model nemoci, v sociální práci pak s psychosociálním přístupem ke klientovi. Ve své podstatě ale tyto pojmy vysvětlují jeden a ten samý princip pohledu na problematiku zdraví a nemoci či na problematickou událost v životě klienta. V medicíně zvažujeme navíc biologickou složku, protože ta představuje fyzické onemocnění pacienta.

Biopsychosociální model nemoci vychází z tzv. **teorie systémů**, kterou ve své knize „*Všeobecná teorie systémů: základy, vývoj, aplikace*“ (General System Theory: Foundations, Development, Applications) popisuje Ludwig von Bertalanffy (1972). Podle něj je tato teorie systémů teorií *jednoty celku* a zároveň *individuality*. Systém je ve své podstatě komplex složek v interakci, který vykazuje následující znaky: vzájemnou interakci složek, diferenciaci, regulaci, samoudržování a evoluci. K přesnějšímu pochopení teorie systému bude nápomocné vysvětlit rozdíl mezi tím, co nazýváme hromadou, a tím, co představuje systém. Systém je celek složený z částí, které na sebe navzájem působí. Mezi částmi systému mohou probíhat toky informací, hmoty a energie. Na rozdíl od systému je hromada tvořena množstvím prvků, na jejichž uspořádání nezáleží. Pokud do hromady něco přidáme nebo z ní naopak ubereme, její kvalita se tím nijak nezmění, jako příklad dobře poslouží hromada písku. Podle Klímové a Fialové (2015, s. 31): „...*pojmem systém jako samostatný a sebeorganizující se celek, jehož části jsou vzájemně provázány tak, že každá část ovlivňuje ostatní. Systém je schopen fungovat za přítomnosti všech složek.*“ Systémem může být buňka, orgánová soustava, lidské tělo, ale systémem rozumíme i rodinu, stát či galaktickou soustavu (Klímová a Fialová, 2015).

Lidské tělo je zároveň tzv. *otevřený* i *uzavřený systém*. Vzhledem k tomu, že člověk pro své přežití potřebuje okolí, považujeme tělo za otevřený systém, například přijímáme potravu z okolí či dýcháme kyslík. Zároveň je člověk systémem uzavřeným, protože každý jedinec je unikátní, a tím pádem má i tzv. individuální realitu, skrz kterou dává smysl všemu, co ho obklopuje. Pokud lékař využívá

biopsychosociálního přístupu, pak vstupuje do tohoto uzavřeného systému jedince (Bertalanffy, 1972).

Biopsychosociální model se podle teorie systémů skládá ze tří složek, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji nemoci: **biologické, psychologické a sociální**. Tato diplomová práce se zabývá zejména složkou sociální. Je nutné si uvědomit, že tyto tři složky se podílejí nejen na vzniku nemoci, ale zejména se uplatňují při léčbě nemoci (Beran a Tumpachová, 2009). V rámci biopsychosociálního modelu se lékař zajímá o větší šíři informací o pacientovi a hledá, jakou roli by v onemocnění individuálního člověka mohly hrát všechny tyto složky systému. Klímová a Fialová (2015, s. 32) píší: „*Úkolem terapie je zviditelnit úlohu symptomu či nemoci v systému.*“

Beran a Tumpachová (2009) přidávají k biopsychosociálnímu modelu ještě fylogenetický aspekt, tedy evoluční pohled na lidské chování a jeho poruchy. Věří, že chování jedince je ovlivněno evolucí člověka jako živočišného druhu. Během vývoje vznikaly biologicky smysluplné vzorce chování, které můžeme pozorovat i dnes. Znamená to tedy, že se nesoustředíme pouze na historii jedince, což se děje v rámci psychologického zkoumání nemocného, ale že komplexní pohled na člověk sahá ještě dále. Tímto se zabývá obor nazvaný humánní etologie. Beran a Tumpachová (2009, s. 16) píší: „*Příkladem fylogeneticky daného procesu je známý řetězec dějů iniciovaný stresující situací.*“ Jsme tedy determinováni v každém okamžiku života složkou biologickou, psychologickou, sociální a fylogenetickou (Beran a Tumpachová, 2009).

Některé knihy používají pojem bio-psycho-socio-spirituální model nemoci, kdy pro úplné pochopení jedince bere sociální pracovník, lékař nebo jiný člověk v pomáhající profesi ohled i na spirituální aspekt v životě jedince. Tento pojem nesouvisí pouze s náboženstvím. Člověk jako takový má spirituální rozměr a má tendenci se obracet k něčemu, co ho přesahuje (Klímová a Fialová, 2015).

Průkopníkem biopsychosociálního přístupu je lékař **George L. Engel**, který v roce 1977 publikoval článek nazvaný „*Potřeba nového lékařského modelu: výzva biomedicíny*“ (The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine). Engel (1977) hovoří o tzv. krizi psychiatrie a vysvětluje, že pokud by se psychiatrie měla posuzovat pouze z biomedicínského pohledu, dívali bychom se jen na ty psychiatrické diagnózy, které vykazují zjevné poškození mozku, protože ty jsou z organického pohledu viditelné či měřitelné. Mozek a jeho poruchy však ve větší

míře patří do oboru neurologie. Engel (1977) popisuje, že krize psychiatrie není typická jen pro tento obor, a tvrdí, že biomedicínský model nemoci není dostačující pro většinu oborů v medicíně. Tzv. biomedicínský model nemoci pokládá za důležité patologické změny na orgánech a nezabývá se psychologickými a sociálními faktory, které ovlivňují onemocnění. Engel (1977) dodává, že biomedicínský model se dívá na onemocnění jako na odchylku od normy měřitelných biologických (somatických) proměnných. Sociální a psychologická dimenze a chování jsou v biomedicínském pohledu opomenuty, přestože jsou velmi důležitou součástí při léčbě jedince (Engel, 1977).

Adler (2009) ve svém článku „*Engelův biopsychosociální model nemoci je dnes stále relevantní*“ (Engel's Biopsychosocial Model Is Still Relevant Today) hovoří o tom, že biopsychosociální přístup k člověku je v medicíně velmi důležitý a přidává k tomuto pohledu dimenzi *sémiotickou* a *konstruktivní*. Sémiotika v biopsychosociálním kontextu znamená jakousi řeč, která popisuje vztah jedince a jeho prostředí. Konstruktivismus vysvětluje způsob, jakým organismus vnímá své okolí. Okolí pak vnímáme spíše jako znaky, kterým jsme dali my sami význam. Sémiotika a konstruktivismus popisuje něco, čeho se nemůžeme dotknout, a přesto to ovlivňuje naši psychiku a zároveň to, jakým způsobem reagujeme na okolí. Adler (2009) hovoří o tzv. individuální realitě, kterou může lékař vidět až po vytvoření správného vztahu s pacientem.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví z roku 2001 (dále jen MKF) vysvětluje disabilitu jedince a jeho funkční schopnosti z pohledu lékařského modelu a sociálního modelu. **Lékařský model** vidí problémy pacienta způsobené chorobou či traumatem. V takovém modelu hraje hlavní roli lékařská péče. **Sociální model** vnímá disabilitu pacienta jako sociálně vytvořený problém. O problémech pacienta tento model uvažuje zejména v souvislosti se společenským prostředím. Za řešení pacientovy situace považuje sociální model integraci jedince do společnosti. MKF (2001) se snaží tyto dva modely propojit.

Podle MKF (2001) biopsychosociální model zahrnuje těchto pět složek:

- 1) člověk a tělesné struktury a funkce (a to i psychické, mentální, kognitivní atd.),
- 2) člověk a jeho aktivity,

- 3) člověk a jeho participace, kdy v případě, že je aktivita limitována, jedná se o disabilitu, člověk je v určitých úkonech limitován,
- 4) prostředí (společnost), ve kterém člověk žije (zahrnuje nejen fyzické, ale také sociální faktory a postoje osob v okolí),
- 5) osobnost člověka (MKF, 2001).

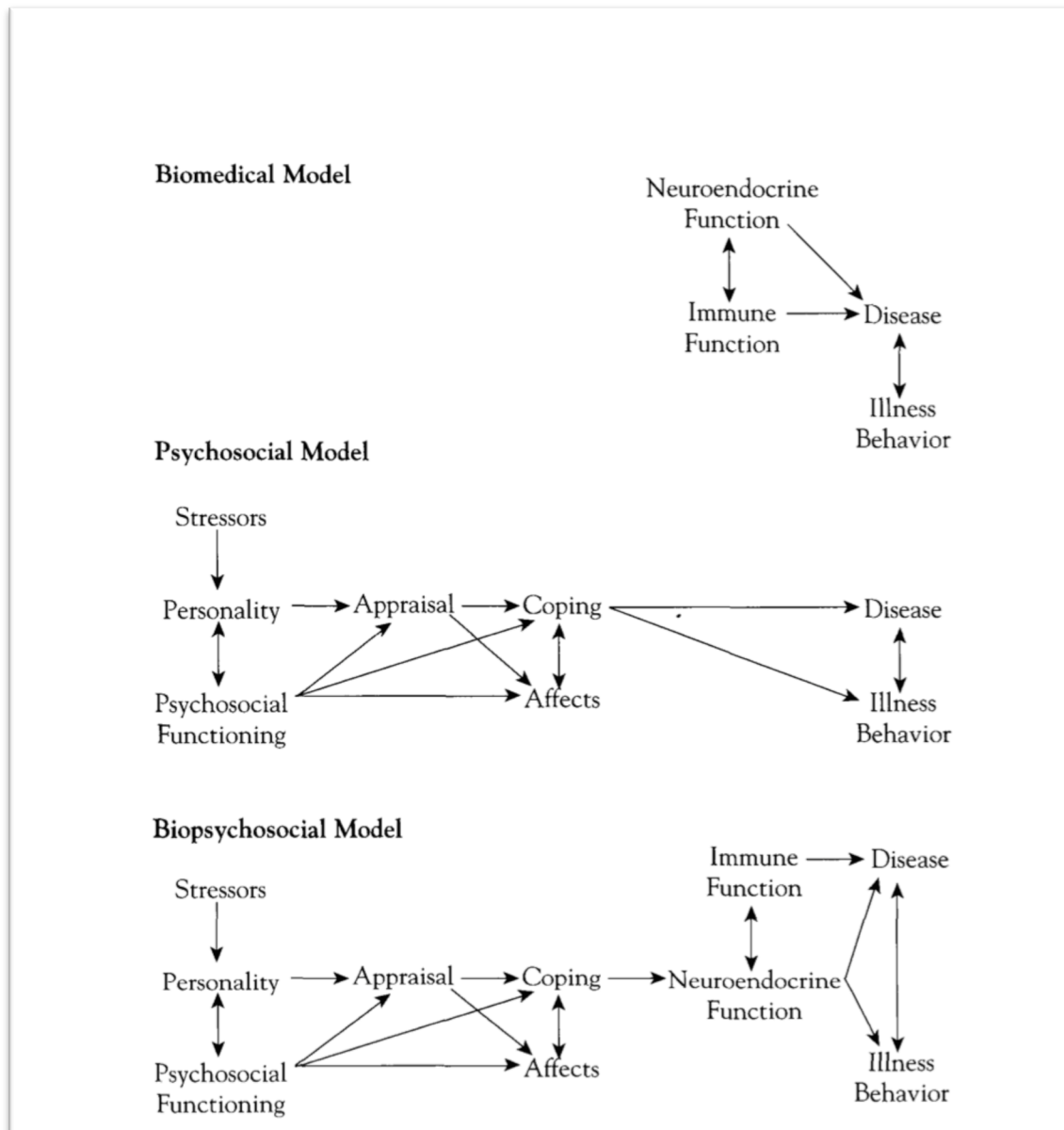
S pojmem psychosociální přístup ke klientovi se setkáváme zejména v kontextu sociální práce, a to vzhledem k tomu, že biologická složka není v práci s klientem natolik signifikantní jako v medicíně. Matoušek (2008, s. 165) o psychosociálním přístupu píše: „*Ohniskem intervence má být konkrétní osoba v konkrétní sociální situaci.*“ Historie psychosociálního přístupu v sociální práci je spojený s Mary Richmondovou z USA, která popsala tento přístup ve své knize „*Sociální diagnóza*“ (Social Diagnosis). Současnou podobu tohoto pohledu na člověka ovlivnila Florence Hollisová ve své publikaci „*Případová práce: Psychosociální terapie*“ (Casework: A Psychosocial Therapy). Hollisová identifikovala procesy, které jsou součástí psychosociální intervence: psychologická podpora, posilování schopnosti člověka vnímat jasně externí realitu, posilování schopnosti klienta vnímat jasně interpersonální realitu (Navrátil, 2001).

Podle Navrátila (2001) psychosociální přístup pracuje s pojmem „*člověk-v-situaci*“ (person-in-situation), což znamená, že se díváme na jedince v konkrétní situaci a na jeho interakce s ostatními lidmi. Stejně jako biopsychosociální model, i ten psychosociální vychází z teorie systémů. Tento model také považuje psychodynamické procesy klienta za důležitou součást celostního pohledu na člověka. Pro psychosociální model je důležitá vysoká míra spolupodílení se klienta na procesu uzdravování či řešení vlastního problému. Jak vyplývá z názvu, cílem tohoto přístupu je řešení problémů klienta v jeho přirozeném sociálním prostředí a zároveň posilování vnitřní rovnováhy a jedinečnosti klienta. Metodou psychosociálního přístupu v sociální práci je stanovení diagnózy, přičemž důraz se klade na vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem. V diagnostice nebo při posouzení situace klienta se zvažuje jak individualita jedince (jeho dovednosti, potřeby apod.), tak jeho sociální a kulturní zázemí. Zvažují se faktory rizikové, ale i ty, které mohou napomoci klientovi vyřešit jeho obtíže (Navrátil 2001).

Aby byl lékař schopný vnímat člověka komplexně, tedy podle zásad biopsychosociálního modelu, musí na jeho straně dojít k určité „senzibilizaci“ k verbálním, ale zejména nonverbálním projevům pacienta. Jakýmsi průkopníkem v psychosociálním přístupu byl Michael Balint, který zavedl tzv. balintovské skupiny lékařů (Beran a Tumpachová, 2011). Balint byl původem maďarský lékař, který se pravidelně setkával se skupinou praktických lékařů a poukazoval na důležitost **vztahu mezi ošetřujícím a pacientem**. Balint mluví o tom, že pacienti lékařům nabízejí různé nemoci a diagnózy a je nutné, aby s tím lékaři pracovali uvědoměle (Balint, 1998).

Obrázek č. 1 znázorňuje biologické, psychologické a sociální aspekty v patogenezi revmatické artritidy. Jsou zde popsány jednotlivé modely: biomedicínský, psychosociální a biopsychosociální. Zároveň obrázek č. 1 znázorňuje, co vše tyto přístupy zohledňují v péči o lidi s revmatickou artritidou.

Obrázek č. 1: Jednotlivé modely



(Walker, J., Jackson, J., Littlejohn, G., 2004: *Three models of the pathogenesis of rheumatoid arthritis*)

3.2.1 Sociální aspekt biopsychosociálního modelu nemoci

Vzhledem k tomu, že se tato diplomová práce zaměřuje na sociální práci ve zdravotnictví, je důležité se blíže podívat na to, z jakého důvodu řešíme sociální aspekt v životě nemocného člověka. Lidé jsou bytostmi sociálními, tudíž mezilidské kontakty jsou nedílnou součástí životů, konání, myšlení a prožívání. Každé dítě si vytváří vlastní sociální struktury na základě individuální zkušenosti. Tyto zkušenosti pak do jisté míry determinují, jaké role bude jedinec ve společnosti hrát (Klímová a Fialová, 2015).

Původně se psychologie zabývala zkoumáním jednotlivce a jeho duševního života. Velmi brzy se zjistilo, že člověka nelze oddělit od společenství, ve kterém žije. Člověk je tvor společenský, a tak i v psychologii zdraví mluvíme o sociální podpoře, která je nedílnou součástí pacienta. Sociální oporu definuje Křivohlavý (2009, s. 94): *„Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje.“*

Po narození se postupně zařazujeme do širší a širší společnosti – formálních či neformálních skupin a komunit. A právě ty jsou předmětem práce sociálního pracovníka. Proces, při kterém se jedinec začleňuje do společnosti, se nazývá socializace. Jung považuje za období socializace prvních asi třicet let života, poté podle něj nastává období individuace. Do jisté míry je pro nás ale proces socializace celoživotní, protože se proměňují podmínky, ve kterých žijeme, a je nutné se takovým podmínkám přizpůsobovat (Klímová a Fialová, 2015).

Sociální opora funguje na makroúrovni, mezoúrovni a mikroúrovni.

- Za **makroúroveň** se považuje celospolečenská forma pomoci potřebným, která obvykle probíhá v celostátním měřítku.
- **Mezoúrovni** sociální opory se nazývá situace, kdy určitá sociální skupina lidí pomáhá jedinci. Tento jedinec může být jeden ze členů dané sociální skupiny, případně skupina pomáhá lidem ze svého okolí, kteří se nacházejí v nouzi. Příkladem je pomoc náboženského spolku jednomu ze svých stoupenců či jiným lidem.
- **Mikroúrovni** sociální opory se rozumí pomoc od osoby nejbližší, například matky nebo partnera (Křivohlavý, 2009).

V případě hospitalizace pacienta se stává, že pacient sociální oporu na žádné z uvedených úrovní nemá. V tom případě může přijít na řadu podpora zdravotně sociálního pracovníka.

Zvažujeme-li sociální aspekt biopsychosociálního modelu nemoci, pak sem neoddelitelně patří **rodina**. Práce s rodinou pacienta je tedy pro zdravotně sociálního pracovníka velmi důležitou součástí pracovní náplně. Rodina je jakýsi samostatný systém, který se sám organizuje. Dá se říci, že se jedná o ohraničený systém, ve kterém existují tzv. subsystémy. Tyto subsystémy jsou do jisté míry také ohraničené. Subsystém může být rodičovský, sourozenecký, ženský, mužský, matka se synem atd. Vzniká tak poměrně složitý propletenec vzájemných vztahů. Hranice v rámci systému mohou být tvořeny například tím, jak jsou uspořádané prostory v domácnosti, či kde se v prostoru nachází dveře, kde naopak úplně chybí. Je důležité, aby každý člen rodiny měl svůj osobní prostor. Každá rodina také disponuje jakýmsi vlastním jazykem a je třeba počítat i s tím, co zůstává v rodině nevyřčeno (Klímová a Fialová, 2015). Hospitalizace jednoho ze členů rodiny způsobuje velkou zátěž pro takto složitý systém a je důležité s tímto faktem zacházet při práci s rodinou senzitivně.

Tradičně se sociální pracovníci zabývali sociálním vlivem a vlivem prostředí v životě jedince. Pracovali přímo v domovech klientů, v komunitách, popřípadě v rámci dalších poskytovatelů sociální péče. Později si někteří z lékařů začali všimnout toho, jak právě společenské faktory a prostředí ovlivňují zdraví, nemoc a léčbu člověka. Například doktor Richard C. Cabot, který pracoval v nemocnici v Massachusetts (USA) se zabýval otázkou, zda může dát pacientům dostatek pozornosti, kterou potřebovali. Měl dojem, že mnoho pacientů je postiženo právě vzhledem k jejich psychosociálním problémům. Toto zjištění shrnul tak, že ve více jak polovině případů je nutné porozumět prostředí, odkud pacient pochází. V roce 1905 najala nemocnice v Massachusetts sociální pracovníci, která pracovala s pacienty a jejich rodinami v klinickém prostředí a doma. Zdravotnická zařízení se dále začala více zabývat tím, že způsob, jakým pacient vyjadřuje své symptomy nebo například to, jak reaguje na léčbu, může být ovlivněno prostředím a sociálními faktory (Reynolds, In: Davidson, 1990).

Pracovníci univerzity v Torontu (University of Toronto) provedli ve spolupráci s nemocnicí St. Michael (St. Michael's Hospital) výzkum, který se zajímal

o psychosociální potřeby v primární péči o pacienty. Odborníci této studie zjistili, že deprese a úzkosti jsou často nedagnostikované a neléčené. Až 80 % zkoumaných pacientů vykazovalo úzkosti a deprese, které korelují se sociálními kontakty pacienta, ohrožujícím zdravotním stavem a dovednostmi řešit problémy. Výsledky výzkumu potvrzují, že sociální pracovník by měl být nedílnou součástí zdravotnických multidisciplinárních týmů. V případě nemocnice St. Michael sociální pracovníci poskytovali podpůrné poradenství, stejně jako psychoedukaci, což bývá u pacientů často opomíjeno. Studie předpokládá, že tato psychosociální intervence napomáhá tomu, aby se pacientův zdravotní stav nezhoršoval (Craig et al., 2016).

3.4 Multidisciplinární tým ve zdravotnickém zařízení

Kuzníková (2011, s. 68) píše: *„Každé onemocnění má svá specifická omezení s projevy ve zdravotní, psychické a sociální rovině. Při identifikaci problémových oblastí klientů je nutná mezioborová spolupráce členů zdravotnického týmu, ale především spolupráce sociálního pracovníka, lékaře a sestry.“* Pokud se díváme na pacienta z pohledu komplexního, tedy jako na biopsychosociální bytost, pak by sociální pracovník měl být nedílnou součástí multidisciplinárního týmu ve zdravotnictví. V současné chvíli je vzájemná komunikace a vymezování kompetencí sociálních pracovníků ve zdravotnictví vcelku nejasná a jejich práce často nedoceňovaná (Kuzníková et al., 2011).

Míra spolupráce se sociálním pracovníkem může být na odděleních v rámci zdravotnického zařízení velmi rozdílná. Kuzníková et al. (2011) mluví o tzv. funkčním propojení spolupráce, při kterém by sociální pracovník měl ideálně spolupracovat s klientem a jeho rodinou, organizacemi, fyzickými a právníkými osobami mimo zdravotnické zařízení a samotnými členy interdisciplinárního týmu. *„Pravidelná ‚ranní‘ setkání na poradách určených k řešení situace klienta, samozřejmá účast na vizitách a propojení procesu sociální práce s medicínskou léčbou a ošetrovatelským procesem jsou bezpodmínečnými kritérii pro efektivní pomoc při řešení situace klienta v holistickém pojetí.“* (Kuzníková et al., 2011, s. 25).

Multidisciplinární spolupráce má svá úskalí, jako například návaznost a dostupnost péče. Může se stát, že sociální pracovník není schopný pro pacienta zajistit

návaznou péči, vzhledem k bydlišti pacienta. Komplexní péče je poměrně dobře dostupná ve velkých městech, nemusí tomu tak být v městech menšího rozměru (Čadková-Svejkovská, In: Mahrová, Venglářová et al., 2008).

Další problematikou týmové spolupráce může být v tom, že jednotliví členové multidisciplinárního týmu se liší v názoru na cíl pomáhání či léčení pacienta. Cílem lékaře je vyléčení obtíží, zmírnění symptomů. Zdravotní sestra se stará o to, aby pacient dodržoval léčebný režim. Sociální pracovník usiluje o to, aby byl pacient schopný se začlenit zpět do společnosti. Rodina je také důležitou součástí procesu léčby a ta většinou chce, aby se jim hospitalizovaný člen rodiny vrátil takový jako dřív. Pokud spolupráce nefunguje dobře, pacient se může cítit velmi zmatený a bezmocný. Cíl a cesta k cíli by se měly v průběhu práce s pacientem přezkoumávat a přeformulovávat podle momentální situace klienta (Čadková-Svejkovská, In: Mahrová, Venglářová et al., 2008).

Důležitý je také tok informací, které si jednotliví členové multidisciplinárního týmu předávají. Je důležité zachovávat mlčenlivost, a proto v některých případech může být možnost sdílení informací o klientovi velmi omezená, především mezi odlišnými zařízeními, jako jsou například zdravotnické a sociální (Čadková-Svejkovská, In: Mahrová, Venglářová et al., 2008).

Raudenská (2011) uvádí, že jedním z předpokladů úspěšnosti lékařského povolání je právě týmová spolupráce s dalšími pracovníky zdravotnického zařízení. Kromě sociálního pracovníka je důležitým spolupracovníkem lékaře klinický psycholog, který poskytuje preventivní, psychologickou, diagnostickou, psychoterapeutickou a rehabilitační péči u pacientů jak dětských, tak dospělých. Klinický psycholog se zaměřuje zejména na psychodiagnostické metody, které vedou k posouzení psychických vlastností a stavů jedince a získání diagnózy nebo dalších poznatků o vyšetřované osobě. Dalším členem multidisciplinárního týmu může být logoped, který zajišťuje specializovanou péči dětem a dospělým osobám s narušenou komunikační schopností. Kromě jiného nachází největší uplatnění v práci s dětmi v předškolním věku a lidmi po mozkové příhodě a úrazech mozku. Fyzioterapeut je další specialista, který se často stává součástí multidisciplinárního týmu. Fyzioterapie se zabývá zejména pohybovým systémem pacienta a diagnostikou a léčbou poruch pohybového aparátu jedince. Dále je zde ergoterapeut, který v případě potřeby

zajišťuje léčebnou činnost převážně pro tělesně, duševně a smyslově postižené. Cílem ergoterapie je dosažení vyššího stupně soběstačnosti klienta. Nedílnou součástí komplexní péče se může stát i spolupráce s psychiatrem na „nepsychiatrických“ odděleních, v rámci odborných konziliárních, poradenských nebo psychoterapeutických služeb.

4. Výuka na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni

Tato kapitola slouží jako stručné představení konceptu výuky na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Plzni (dále jen LF v Plzni). Vzhledem k tomu, že praktická část této práce proběhla ve spolupráci právě s LF v Plzni, je vhodné uvést formu výuky a základní předměty na této fakultě.

4.1 Lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Plzni

Karlova univerzita je jedna z nejstarších ve střední Evropě. Byla založena v roce 1348 českým králem a císařem římským Karlem IV. Skládá se ze sedmnácti fakult, z toho je pět lékařských a v Plzni se nachází jedna z těchto pěti fakult. LF v Plzni byla založena roku 1945. Momentálně studuje na této fakultě více jak dva tisíce studentů. Od roku 1992 zde probíhá také výuka v anglickém jazyce a v dnešní době studuje v angličtině na LF v Plzni zhruba pět set studentů z celého světa. V současnosti LF v Plzni přijímá více než dvě stě nových studentů každý rok. Studijní plán na této fakultě je podobný většině evropských fakult. Jsou zde dva obory: všeobecné lékařství a zubní lékařství.

Praktická část této diplomové práce se zaměřuje pouze na studenty všeobecné medicíny, proto i tato kapitola se věnuje pouze studiu všeobecného lékařství.

4.1 Obor všeobecné lékařství

Délka řádného studia oboru všeobecné lékařství na LF v Plzni činí šest let. První dva roky studia jsou věnované základním předmětům, jako je histologie, fyziologie, anatomie, biochemie a další. Výuka probíhá formou přednášek a praktických cvičení. Tyto předměty jsou teoretické a nevyžadují kontakt s pacienty.

Ve třetím a čtvrtém ročníku se vyučují tzv. preklinické obory. Jsou jimi například patologická anatomie a fyziologie, farmakologie, interní propedeutika a další. Ve třetím ročníku začíná praktická výuka na klinikách, při které přijdou studenti do přímého kontaktu s pacienty.

V pátém a šestém ročníku se vyučují klinické předměty, jako je psychiatrie, gynekologie, neurologie apod. Výuka opět probíhá formou teoretických přednášek a praktických cvičení na jednotlivých odděleních.

4.1.1 Povinné předměty

Studenti během jednoho akademického roku absolvují povinné předměty, které musí splnit, aby mohli postoupit do dalšího ročníku. Zároveň si studenti každý semestr volí určitý počet volitelných předmětů, aby splnili požadovaný počet kreditů za daný semestr či akademický rok. Vzhledem k tomu, že se výzkumu zúčastnili pouze studenti ze třetích až šestých ročníků, jsou zde uvedené povinné předměty těchto ročníků.

Třetí ročník:

Povinné předměty: *Interní propedeutika; Mikrobiologie; Imunologie; Tělesná výchova; Patologie; Patofyziologie; Farmakologie; Interna; Lékařská psychologie a etika*

Čtvrtý ročník:

Povinné předměty: *Farmakologie; Chirurgická propedeutika; Stomatologie; Tělovýchovné lékařství; Interna; Dermatovenerologie; Neurologie; Chirurgie; Radiologie a nukleární medicína; Praxe – chirurgie; Praxe – interna; Soudní lékařství; Urologie*

Pátý ročník:

Povinné předměty: *Hygiena a preventivní medicína; Veřejné zdravotnictví; Epidemiologie; Interna; Infekční lékařství; Interna specializovaných oborů; Pediatrie; Neonatologie; Psychiatrie; Chirurgie; Oftalmologie; Otorinolaryngologie; Gynekologie a porodnictví; Klinická genetika; Klinická onkologie; Ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí; Klinická biochemie; Anesteziologie; Resuscitace a neodkladná péče*

Šestý ročník

Povinné předměty: *Sociální a pracovní lékařství, veřejné zdravotnictví, hygiena a preventivní medicína; Interna; Pediatrie; Chirurgie; Gynekologie a porodnictví + přípravy na závěrečné státní zkoušky*

4.2 Předměty se sociální tematikou

V této části jsou popsány předměty, které se ve svém obsahu zmiňují o sociální tematice. Sociální práce jako taková však není probírána ani v jednom z uvedených předmětů, kromě semináře se sociálním pracovníkem v rámci psychiatrie.

4.2.1 Povinné předměty

Veřejné zdravotnictví a sociální lékařství

Předmět veřejné zdravotnictví se vyučuje v pátém ročníku. Cílem předmětu veřejné zdravotnictví je seznámit studenty s teorií zdraví a nemoci, systémovým pojetím péče o zdraví a organizací zdravotní péče. Studenti se dozvídají základní informace o sociálním zabezpečení, nicméně velmi všeobecně.

Podle studijních plánů se probírají následující témata:

Teorie zdraví a nemoci.

Determinanty zdraví, jejich ovlivnitelnost.

Zdravotní stav obyvatelstva a metody studia.

Hlavní zásady péče o zdraví, prevence, výchova ke zdraví.

Systémy péče o zdraví.

Demografie.

Organizace, obsah a formy poskytování zdravotní péče.

Primární zdravotní péče.

Zdravotní pojištění.

Zdravotní a sociální politika.

Sociální gerontologie.

Sociální zabezpečení - nemocenské a důchodové pojištění, státní sociální podpora a sociální pomoc.

Zdravotničtí pracovníci.

Česká lékařská komora, profesní organizace.

Etické aspekty zdravotní péče.

Etický kodex lékaře.

Světová zdravotnická organizace - program Zdraví 21.

Základy biostatistiky (Zavázalová et al., 2002).

Sociální a pracovní lékařství

V rámci předmětu sociální a pracovní lékařství studenti absolvují třítydenní stáž. Tato stáž se skládá z:

1) týdenní výuky na Ústavu sociálního a posudkového lékařství. Cílem je seznámit studenty s problematikou poskytování primární zdravotní péče. Během studia se s tímto základním článkem zdravotní péče dosud nesetkali.

2) týdenní výuky na Ústavu hygieny a preventivní medicíny. Cílem praxe je doplnění teoretických znalostí studentů praktickým vyšetřováním pacientů i zdravotně výchovnou intervencí a zdůraznění významu začleňování primární prevence chronických neinfekčních onemocnění do běžné praxe každého lékaře.

3) týdenní výuky na Klinice pracovního lékařství. Cílem praxe je umožnit studentům rozšíření základních informací o pracovním lékařství a nemocech z povolání, které získali v pátém ročníku během semináře v rámci Interny specializovaných oborů. Podrobnosti viz příloha (LFUK, 2017).

Psychiatrie

Výuka tohoto předmětu zahrnuje především následující témata:

Obecná psychiatrie, popis jednotlivých klinických jednotek uvedených podle kritérií.

Mezinárodní klasifikace nemocí, zásady diagnostiky a léčby v psychiatrii.

Demonstrace pacientů, účast na terapeutických aktivitách na psychiatrické klinice.

Vlastní vyšetření psychiatrického pacienta (LFUK, 2017).

V rámci předmětu psychiatrie absolvují studenti seminář se sociálním pracovníkem, který pracuje na Psychiatrické klinice FN Plzeň. Tento seminář trvá 60-90 minut a studenti proniknou do základní problematiky práce s pacienty s duševním onemocněním.

4.2.2 Volitelné předměty

Z volitelných předmětů, které by teoreticky mohly zahrnovat informace o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví, je vybrán následující.

Sociologie medicíny

Tento předmět si mohou studenti zvolit ve třetím ročníku. Cílem předmětu je:

Seznámit posluchače s vybranými problémy sociologie medicíny.

Představit sociologii jako vědu, která aplikuje sociologické způsoby zkoumání na předmět zdraví, nemoci a medicíny vůbec.

Seznámit studenty se základním pojmoslovím sociologie medicíny.

Zaměřit se na pochopení toho, co konstituuje zdraví a nemoc a jaké sociální faktory je ovlivňují (LFUK, 2017).

4.3 Působení sociálních pracovníků na lékařských fakultách v zahraničí

Podle dosavadních zkušeností v České republice je komunikace zdravotně sociálního pracovníka s lékaři a popřípadě dalšími pracovníky zdravotnických zařízení stále komplikovaná a nejasně definovaná (Kuzníková et al., 2011).

Reynolds (In: Davidson, 1990) popisuje situaci ve Spojených státech amerických do období před zhruba dvaceti lety. Mezi první lékaře, kteří zdůrazňovali potřebu sociální práce ve zdravotnictví, je ve Spojených státech považována Dr. Elisabeth Blackwell. Ta od roku 1860 se studenty medicíny i s budoucími zdravotními sestrami organizovala návštěvy rodin v jejich přirozeném prostředí. V roce 1975 v USA spolupracoval poměrně vysoký počet sociálních pracovníků s fakultami medicíny. Konala se tzv. profesionální setkání, nicméně do tohoto období bylo publikováno velmi málo informací o tom, co vlastně sociální pracovníci přesně dělají. Reynolds (In: Davidson, 1990) tvrdí, že pokud sociální pracovníci ve zdravotnictví chtějí mít své místo v multidisciplinárním týmu, potřebují efektivně informovat ostatní nejen o náplni své činnosti, ale i o tom, co již v rámci zdravotnictví udělali a s čím konkrétně pomáhají. Dr. Osier a Welch, před rokem 1900 posílali studenty třetího ročníku medicíny na Univerzitě Johna Hopkinse (Johns Hopkins University) na šetření přímo do rodin pacientů. Snažili se o to, aby si studenti byli vědomi faktorů, které mohou bránit v uzdravování jedince. Poté, v roce 1903, museli studenti Univerzity Johna Hopkinse absolvovat praxi v rámci jedné z charitativních organizací, kde navštěvovali vybrané rodiny. Po praxi diskutovali o tom, jakým problémům taková rodina čelí. V roce 1919 Dr. Richard Cabot začal zpochybňovat, že dokáže pacientům dát tolik pozornosti, kolik potřebují, protože velké množství z nich má psychosociální problémy. Dr. Cabot se rozhodl najmout sociální

pracovníci, která pracovala s pacienty jak v prostředí nemocnice, tak v jejich domovech (Davidson, 1990).

V roce 1913 se rozhodl Dr. David Edsall, profesor medicíny na Harvardu, že Oddělení sociální péče v Massachusettské všeobecné nemocnici (Social Services Department at Massachusetts General Hospital) bude spolupracovat na výuce budoucích lékařů. Vznikl program, kdy lékaři vyučovali např. o tuberkulóze, srdečních onemocněních nebo alkoholismu a sociální pracovníci pak v rámci výuky prezentovali konkrétní kazuistiky. V roce 1928 začali sociální pracovníci v Nemocnici v Bostonu (Hospital in Boston) participovat při vizitách, které se pak začaly nazývat lékařské sociální vizity oddělení (Medical Social Ward Rounds). Účelem těchto vizit bylo to, aby sociální pracovníci učili internisty o sociálních komponentech v medicíně. Díky spolupráci se vybudoval vzájemný respekt a spolupráce těchto dvou profesí (Davidson, 1990).

V roce 1939 vyšla v časopise „*Rozšiřování obzorů ve výuce medicíny*“ (Widening Horizons in Medical Education) studie s názvem „*Účast sociálního pracovníka ve výuce medicíny*“ (The Participation of Social Worker in Teaching Medical Students). Tým výzkumníků sledoval výuku na třinácti lékařských fakultách a výsledky prokázaly, že sociální pracovníci hrají důležitou roli ve výuce mediků zejména v diskuzích se studenty o problémech spojených se sociálním prostředím pacienta (Davidson, 1990).

V 50. letech se počet zdravotně sociálních pracovníků rozrůstal zejména v oboru psychiatrie. Dr. Bernard Bandler v roce 1944 oznámil, že sociální pracovník vyučuje na Harvardu tzv. techniky domácích šetření. Dále se sociální pracovníci začali více vyskytovat v neuropsychiatrii (Davidson, 1990).

Postupně byl kladen větší důraz na multidisciplinární výuku. V roce 1965 na Univerzitě v Miami (University of Miami) sociální pracovníci pravidelně participovali ve výuce, podíleli se na vytváření pravidel, plánování výukového programu, konzultacích a výzkumu.

Graham a Miller (In: Davidson, 1990) uvádí, že na Oddělení psychiatrie (Department of Psychiatry) v Clevelandské metropolitní všeobecné nemocnici (Cleveland Metropolitan General Hospital) byli studenti medicíny vyučováni sociálními pracovníky. Přes prvotní vyjádření nespokojenosti studentů, kteří

očekávali lékaře, většina z nich po absolvování kurzu se zdravotně sociálním pracovníkem hodnotila tuto výuku jako užitečnou a efektivní (Davidson, 1990).

Florida Atlantic University popisuje v jednom z publikovaných článků interprofesionální výukový program (Jacomino et al., 2015). Byl vytvořen malý tým, který byl zastoupen následujícími studenty: jeden student prvního ročníku medicíny, jeden až dva studenti prvního ročníku magisterského studia sociální práce a jeden nebo dva studenti ošetrovatelství. Tento program byl zaměřený na práci se seniory. Studenti byli dotázáni před a po absolvování výukového programu zaměřeného na to, jak vnímali meziprofesní spolupráci. Většina studentů odpovídala, že tento program významně posílil týmovou spolupráci a jejich přístup k seniorům se tak změnil.

5. Sociální práce v rámci Fakultní nemocnice v Plzni

Vzhledem k tomu, že dotazníkové šetření, které je součástí této diplomové práce, se uskutečnilo ve Fakultní nemocnici v Plzni (dále jen FN Plzeň), je v této části stručně popsána struktura FN Plzeň a rozložení sociálních pracovníků v rámci FN Plzeň. Nemocnice je úzce provázána s Lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v Plzni, kde byla provedena druhá část dotazníkového šetření.

5.1 Struktura Fakultní nemocnice v Plzni

Historie FN v Plzni sahá až do roku 1322, kdy byl na území dnešní Plzně postaven první špitál svaté Máří Magdalény. Tato nemocnice představuje největší a nejmodernější zdravotnické zařízení v Plzeňském kraji a nachází se ve dvou samostatných areálech – Bory a Lochotín. Celkem tato nemocnice čítá dvacet klinik, dvacet dva oddělení a šest ústavů. V současné chvíli má FN v Plzni celkem čtyři tisíce čtyři sta osmdesát zaměstnanců. FN v Plzni neustále prochází modernizací zařízení, například v roce 2007 se postavilo nové sídlo Gynekologicko-porodnické kliniky či Neonatologické oddělení.

5.2 Sociální práce ve Fakultní nemocnici v Plzni

Sociální pracovníci patří pod samostatné Oddělení sociální péče, které zajišťuje odborné sociální poradenství a zdravotně sociální péči. Tuto péči poskytuje pacientům lůžkové složky i ambulantně. V současné chvíli je v týmu devět zdravotně sociálních pracovníc, které splňují kvalifikační požadavky a odbornou způsobilost k výkonu sociální práce dle zákona číslo 96/2004 Sb., o nelékařských povoláních, a zákona číslo 108/2006 Sb., o sociálních službách. Koncepce sociální služby ve FN v Plzni vznikala již v 60. a 70. letech 19. století. Samostatné Oddělení sociální péče vzniklo v roce 1975 v areálu nemocnice na Borech. V současné chvíli se vedení tohoto oddělení nachází v areálu na Lochotíně.

Většina sociálních pracovníc má na starost více pracovišť ve FN Plzeň. Rozdělení je následující. Na jednu sociální pracovníci připadá:

1. Chirurgická klinika, ORL,

2. Klinika ortopedie a traumatologie, Hematoonkologické oddělení, Neurochirurgická klinika, Klinika pracovního lékařství (ambulance), KARIM, Centrální příjem,
3. Gynekologicko-porodnická klinika, Neonatologie, Dětská klinika, Onkologická a radioterapeutická klinika,
4. Psychiatrická klinika,
5. II. interní klinika, Geriatrické oddělení,
6. LDN, Interní oddělení, ARO,
7. Klinika pneumologie a ftizeologie, Chirurgické oddělení, Urologie, Oddělení klinické farmakologie, Kožní oddělení, ORL, Klinika pracovního lékařství (lůžka), Infekční klinika,
8. Neurologická klinika, Sociální lůžka, Interní oddělení,
9. I. interní klinika, Kardiochirurgické oddělení, Oční klinika, Stomatologická klinika, Oddělení plastické chirurgie (Oddělení sociální péče, Intranet FN Plzeň, 2017).

Odborné poradenství zdravotně sociálního pracovníka ve FN v Plzni si mohou vyžádat sami pacienti, jejich rodiny či zaměstnanci prostřednictvím zdravotníků na kterémkoliv oddělení nemocnice. Prostředníkem se tak může stát například zdravotní sestra či ošetřující lékař. Na některém oddělení je možné kontaktovat sociálního pracovníka přímo, pokud je zrovna přítomen. Termín se zdravotně sociálním pracovníkem je vhodné si předem objednat, a to zejména vzhledem k tomu, že si klient často potřebuje na schůzku přinést určité dokumenty či doklady.

Náplň práce a nabízené služby zdravotně sociálního pracovníka v rámci FN v Plzni jsou následující:

- poskytují sociální poradenství pacientům a jejich rodinným příslušníkům ve vztahu k onemocnění nebo jeho následkům,
- nabízí pomoc při řešení nepříznivé sociální situace dle individuálních potřeb pacientů,
- sestavují plán psychosociální intervence včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření,

- zaměřují se na cílené vyhledávání osob, které se v důsledku nemoci nebo nemoci svých blízkých mohou ocitnout nebo již ocitli v nepříznivé sociální situaci,
- pracují v systému plánovaného propuštění pacientů – identifikují a vyhodnocují sociální potřeby pacientů během hospitalizace, navrhují a zajišťují vhodné sociální a zdravotní služby před propuštěním pacienta z FN,
- úzce spolupracují s registrovanými poskytovateli sociálních a zdravotních služeb v regionu i mimo region, poskytují aktuální informace o těchto službách,
- spolupracují s ošetřujícím lékařem pacienta, staniční sestrou, fyzioterapeutem, psychologem, praktickými lékaři, rodinou nebo přáteli pacienta - respektují přitom udělení souhlasu pacienta k této spolupráci
- spolupracují s orgány státní správy a samosprávy,
- poskytují informace o činnosti svépomocných skupin, linek důvěry, krizových center, azylových zařízení, center pro zdravotně postižené, poraden pro cizince apod. (Oddělení sociální péče, Intranet FN Plzeň, 2017).

Zvláštní pozornost zdravotně sociální pracovníci ve FN v Plzni věnují ohroženým skupinám klientů:

- osobám s dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem nebo sociálním handicapem,
- osaměle žijícím,
- bez přístřeší,
- dlouhodobě a opakovaně hospitalizovaným,
- s výrazným poklesem funkčních schopností a soběstačnosti,
- s výraznými deficity v oblasti kognitivních (poznávacích) funkcí,
- vystaveným špatnému zacházení, zanedbávání nebo týrání,
- obětem a zvláště zranitelným obětem trestných činů,
- osamělým ženám s dítětem, pokud se ocitly v tíživé sociální situaci,
- dětem, u kterých je podezření na zanedbávání, týrání, sexuální zneužívání,

- nezletilým spotřebou zvýšené pozornosti a ochrany dle zákona o sociálně právní ochraně dětí (Fakultní nemocnice Plzeň online, 2017).

5. Výzkum

Praktická část diplomové práce se zabývá výzkumem, který byl provedený za pomoci Fakultní nemocnice Plzeň a Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni. Dotazník mapuje informovanost lékařů a studentů medicíny o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Typ tohoto výzkumu je základní, tudíž vede spíše k vytvoření základních poznatků o této problematice (Hendl, 2005).

5.1 Cíle práce

Hlavním cílem tohoto výzkumu je zmapovat problematiku informovanosti lékařů a studentů medicíny o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Jedná se o první data, která by mohla sloužit jako podklad k případnému dalšímu zkoumání tohoto tématu. Dílčím cílem tohoto výzkumu je poukázat na potřebu zefektivnění informovanosti o komplexní péči o pacienty ve zdravotnickém zařízení.

Hypotéza: Studenti Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni oboru všeobecné lékařství a lékaři Fakultní nemocnice v Plzni nejsou dostatečně informováni o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví a možnostech spolupráce s ním.

5.2 Metody výzkumu

Výzkumné šetření diplomové práce má za úkol identifikovat, v jaké míře jsou informováni studenti medicíny a lékaři o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Pro tuto praktickou část byla zvolena metoda teoretické analýzy formou dotazníkového šetření. Dotazníkové šetření proběhlo pouze v rámci dvou již zmíněných zařízení: Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni (dále jen LF v Plzni) a Fakultní nemocnice Plzeň (dále jen FN Plzeň). Jedná se tedy o šetření menšího charakteru. Tento model lze později rozšířit a zobecnit (Punch, 2008).

5.2.1 Dotazníkové šetření

Na základě stanoveného cíle a předchozího výzkumu byly vyhledány dosavadní informace o této problematice. K vyhledávání byl použit elektronický systém

knihovny *Queenslandské univerzity v Austrálii* (University of Queensland – QUT) a *Australské katolické univerzity* (Australian Catholic University – ACU). Vyhledávané informace se týkaly obdobných výzkumů o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Dále bylo zjišťováno, zda existují standardizované otázky, které by bylo možno využít pro výzkum v této diplomové práci. Kvalitativní výzkum podobného charakteru, který by se týkal přímo problematiky informovanosti studentů medicíny a lékařů o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví, nebyl nalezen, tudíž dotazník byl sestaven na základě vlastní zkušenosti, provedení pilotního přezkoušení a rozhovorů se studenty a lékaři.

Dotazníky (viz příloha č. 1, 2) byly vypracovány na základě studia odborné literatury a praktických zkušeností z výuky studentů medicíny a práce na Psychiatrické klinice. Pro účely tohoto výzkumu byly sestaveny nestandardizované dotazníky tak, aby byly zjištěny údaje, vztahují se k hypotézám diplomové práce.

Byly vytvořeny dva druhy dotazníků, jeden pro studenty LF v Plzni a druhý pro lékaře FN Plzeň. Otázky pro studenty v tomto výzkumném šetření se zaměřují jak na praxi v rámci studia na Lékařské fakultě v Plzni, tak na samotné studium a teoretické přednášky. Otázky, které byly pokládány lékařům z FN Plzeň, se zaměřují na informovanost v rámci jejich zaměstnání v tomto zařízení a zároveň na informovanost lékařů v rámci jejich studia na lékařských fakultách.

5.2.1.1 Pilotní přezkoušení

Samotný výzkum byl rozdělený do dvou fází. V první fázi proběhlo tzv. pilotní přezkoušení. Role pilotního přezkoušení spočívala ve zjištění, zda jsou otázky srozumitelné, jasné a jednoznačné. Dále je vhodné zjistit, kolik času vyplnění dotazníku vyžaduje. V neposlední řadě si pomocí pilotního přezkoušení můžeme vyzkoušet, jakým způsobem budeme data zpracovávat a zda je zvolený postup vhodný. Příprava může zahrnout i skupinová interview s dotázanými, či hloubkové interview s některým z odborníků (Punch, 2008).

V rámci pilotního přezkoušení výzkumu v této diplomové práci byl vytvořený dotazník pro studenty všeobecného lékařství třetího ročníku LF v Plzni. Studentům byl na konci dotazníku ponechán dostatečný prostor pro případné připomínky.

Součástí přípravy na výzkum proběhl nestandardizovaný rozhovor se skupinami českých studentů třetího ročníku Lékařské fakulty v Plzni a zároveň s mezinárodními studenty o jejich zkušenostech s rolí sociálního pracovníka ve zdravotnictví.

5.2.1.2 Dotazník pro studenty

V období mezi březnem 2017 a květnem 2017 byly rozdány dotazníky studentům LF v Plzni. Do dotazníkového šetření byli vybráni zástupci z třetího, čtvrtého, pátého a šestého ročníku LF v Plzni, a to z důvodu, že studenti posledních čtyř ročníků studia lékařské fakulty již získali vlastní praktickou zkušenost s chodem některých oddělení v nemocnici. Zároveň se studenti v rámci studia dostali do přímého kontaktu s pacienty na různých odděleních.

Do procesu dotazníkového šetření byli zaškoleni někteří odborní asistenti na LF v Plzni, kteří se se studenty pravidelně střetávají v rámci výuky. Ti pak za asistence autorky dotazníky rozdávali. Vzhledem k tomu, že konec letního semestru je na LF v Plzni spojený se státními závěrečnými zkouškami, nebylo možné osobně rozdat dotazníky šestému ročníku všeobecného lékařství na LF v Plzni. Byl tedy vytvořen online dotazník pomocí Google formulářů, který byl rozeslán na e-mailové adresy studentů šestého ročníku všeobecného lékařství pomocí e-mailové databáze studentů. Znění tohoto dotazníku bylo totožné s tištěnou verzí dotazníku pro ostatní studenty.

5.2.1.3 Dotazník pro lékaře

V květnu 2017 byly dotazníky pro lékaře rozeslány interní poštou na jedenáct pracovišť v rámci FN Plzeň. Tato forma byla zvolena z toho důvodu, že jednotlivá oddělení jsou přetížená a pracovníci jsou zvyklí na doručování výzkumů právě pomocí interní pošty. Zároveň není jednoduché lékaře na jednotlivých pracovištích zastihnout ve stejnou dobu. Byl jim tedy ponechán prostor, aby dotazníky vyplnili v jimi zvolenou dobu. Každé oslovené pracoviště ve FN Plzeň obdrželo deset dotazníků, včetně deseti malých, již nadepsaných obálek. Lékaři pouze vyplnili dotazník, vložili ho do obálky a interní poštou zaslali zpět na Psychiatrickou kliniku FN Plzeň, kde byly odpovědi shromažďovány.

5.3 Analytická jednotka

Dotazníky byly vytvořeny pro dvě základní skupiny – studenty a lékaře. Znění těchto dotazníků bylo velmi podobné.

5.3.1 Studenti

V prvním a druhém ročníku na lékařských fakultách v České republice bývají obvykle vyučovány teoretické předměty a studenti v rámci výuky nekomunikují s pacienty. Poprvé se studenti LF v Plzni dostanou do přímého kontaktu s pacienty při tzv. sesterské praxi, která je povinná. Tato praxe se absolvuje v období letních prázdnin mezi druhým a třetím ročníkem studia všeobecného lékařství na LF v Plzni. Je to první praktická zkušenost, při které by mohli být medicové teoreticky informováni o existenci sociálního pracovníka.

5.3.2 Lékaři

Lékaři byli osloveni pomocí interní pošty, jak již bylo zmíněno v popisu dotazníků. Jednotlivé kliniky či oddělení byly vybírány na základě konzultace s jedním ze zdravotně sociálních pracovníků FN Plzeň. Byly vybrány takové oddělení/kliniky, aby byla zachována co největší variabilita v možné spolupráci se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví. Předpokládá se například, že zdravotně sociální pracovník je nedílnou součástí Psychiatrické kliniky či Geriatrického oddělení, avšak například Chirurgická klinika s největší pravděpodobností nebude se zdravotně sociálním pracovníkem v neustálém kontaktu.

Bylo vybráno následujících jedenáct pracovišť:

- Hemato-onkologické oddělení
- Kardiochirurgické oddělení
- Neurologická klinika
- Chirurgická klinika
- I. interní klinika
- Dětská klinika
- Geriatrické oddělení
- Gynekologicko-porodnická klinika
- Klinika ortopedie a traumatologie

- Neonatologické oddělení
- Psychiatrická klinika

5.5 Zpracování dat

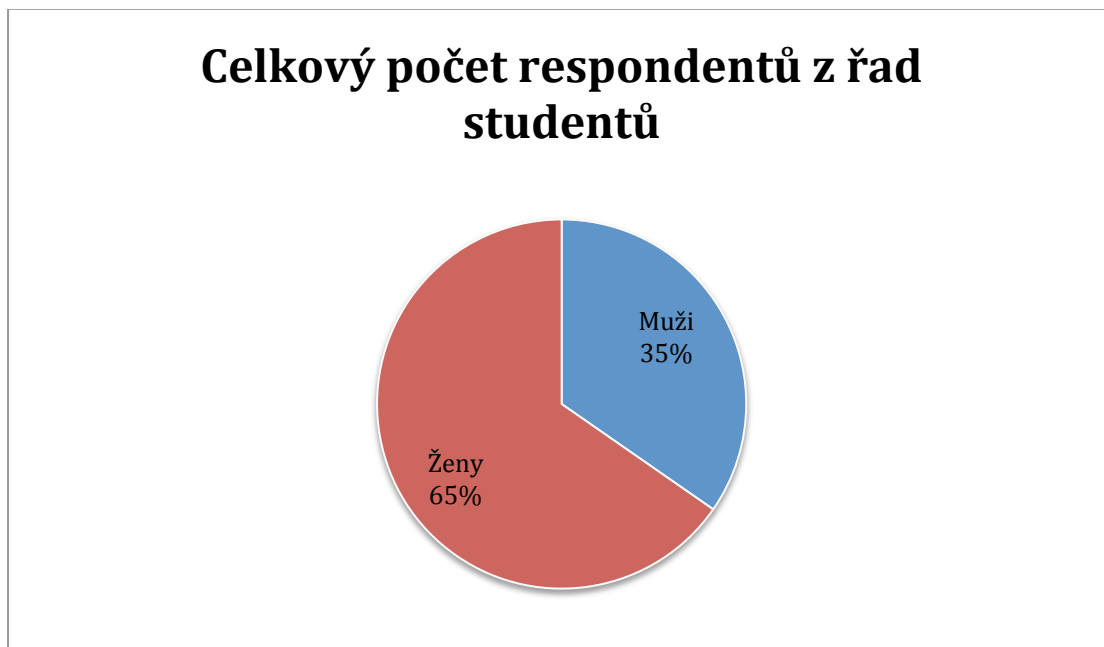
Při zpracovávání diplomové práce byly použity programy *Microsoft Office Word 2007* a *Microsoft Office Excel 2007*. Byly využity zejména funkce pro tvorbu tabulek a grafů. Studentům šestého ročníku všeobecného lékařství na LF v Plzni byl rozeslán stejný dotazník elektronickou formou pomocí *formulářů Google*. Data jednotlivých dotazníků byla převedena do tabulky *Microsoft Office Excel 2007*.

5.6 Výsledky kvalitativního výzkumu

V této kapitole jsou prezentovány výsledky kvalitativního dotazníkového šetření, které proběhlo v období mezi březnem a květnem 2017 na LF v Plzni a ve FN Plzeň. Vzhledem k tomu, že dotazníky pro studenty a dotazníky pro lékaře jsou velmi podobné, ale nejsou totožné, jsou v první řadě prezentovány výsledky šetření u studentů. Poté následuje část s výsledky šetření lékařů. Případná srovnání odpovědí studentů a lékařů jsou zpracovaná v první části, tedy ve výsledcích šetření u mediků.

5.6.1 Studenti Lékařské fakulty všeobecného lékařství LF v Plzni

Celkový počet studentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření, je 225, z toho 78 respondentů jsou muži (35 %) a 147 ženy (65 %). Graf č. 1 na obrázku 2 znázorňuje počet respondentů i s procentuálním rozložením.

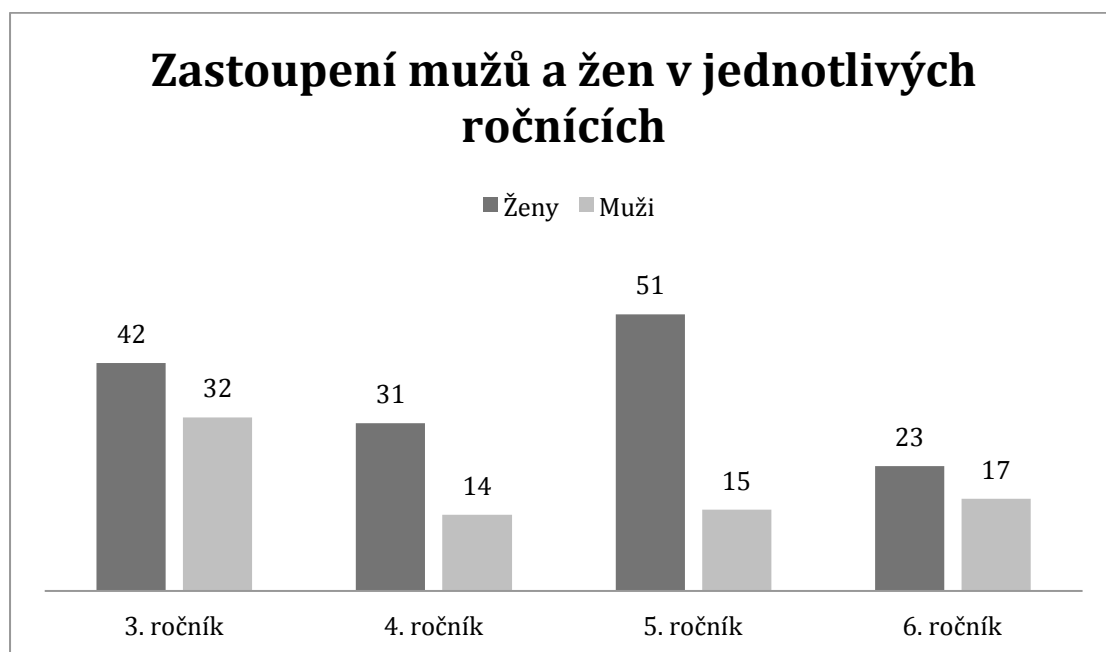


Obrázek 2: Graf č. 1

Dotazovaní studenti byli ze čtyř rozdílných ročníků. Z celkového počtu 225 respondentů z řad studentů je:

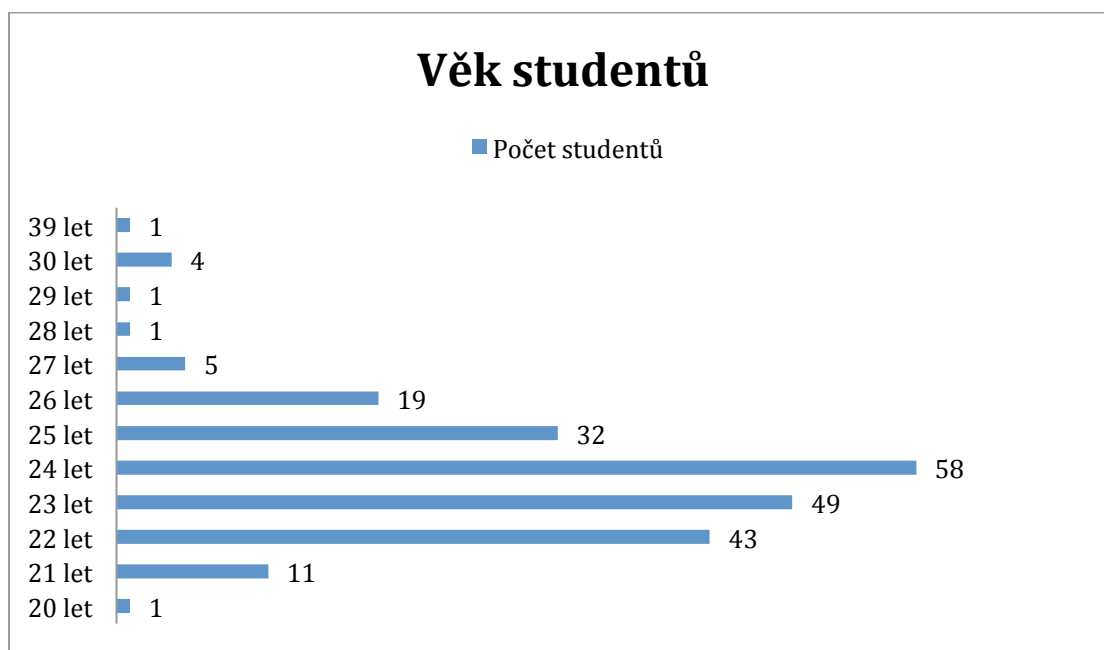
- 74 respondentů z třetího ročníku LF v Plzni,
- 45 respondentů ze čtvrtého ročníku LF v Plzni,
- 66 respondentů z pátého ročníku LF v Plzni,
- 40 respondentů z šestého ročníku LF v Plzni.

Graf č. 2 (obrázek 3) znázorňuje zastoupení žen a mužů v jednotlivých ročnících LF.



Obrázek 3: Graf č. 2

Věk dotázaných studentů se pohyboval od 20 do 39 let, přičemž v následujícím grafu č. 3 (obrázek 4) vidíme, že nejvíce studentů se pohybuje ve věku mezi 22 a 24 lety. V tomto věku je celkem 150 respondentů z celkového počtu 225. Průměrný věk dotázaných studentů činí 24 let.



Obrázek 4: Graf č. 3

První část dotazníkového šetření se zaměřuje na tzv. sesterskou praxi, při které studenti medicíny poprvé přichází do přímého kontaktu s pacienty a personálem zdravotnických zařízení.

Otázka číslo 1: V jaké nemocnici jste absolvovali svoji povinnou sesterskou praxi?

Studenti nejčastěji absolvovali svou praxi v rámci Fakultní nemocnice v Plzni, na některém ze dvou pracovišť: Bory a Lochotín. V následující tabulce (obrázek 5: Tabulka č. 1) jsou uvedena ta pracoviště, na kterých studenti absolvovali svou praxi nejčastěji. Kompletní seznam všech zdravotnických zařízení je uvedený v příloze č. 3 na konci této práce.

| Jméno zařízení | Počet studentů, kteří zde absolvovali praxi | Procentuální vyjádření z celkového počtu 225 respondentů |
|--|--|---|
| Fakultní nemocnice v Plzni (Bory, Lochotín) | 74 | 33 % |
| Nemocnice České Budějovice a.s. | 15 | 7 % |
| Karlovarská krajská nemocnice, a.s. | 12 | 5 % |
| Nemocnice Sokolov | 7 | 3 % |
| Chomutov – Krajská zdravotní, a.s. | 6 | 3 % |
| Nemocnice Strakonice, a.s. | 5 | 2 % |

Obrázek 5: Tabulka č. 1

Otázka č. 2: Na jakém oddělení jste absolvovali svoji povinnou sesterskou praxi?

Studenti absolvovali svoji praxi na mnoha odlišných odděleních. Nejvíce si vybírali oddělení chirurgická, přičemž někteří studenti uváděli pouze chirurgii a někteří uváděli více specializovaná chirurgická oddělení, například neurochirurgii či stomatochirurgii. V této práci nejsou jednotlivá specializovaná odvětví odlišována a jsou zde uváděna pod jedním názvem: *chirurgie*. Obdobným příkladem je *Oddělení traumatologie a ortopedie*. Ne všechna zdravotnická zařízení mají oddělení, které je nazýváno stejně. Struktura zdravotnického zařízení může být odlišná od struktury ve FN Plzeň.

V následující tabulce (obrázek 6: Tabulka č. 2) jsou uvedena pracoviště, na kterých studenti nejčastěji absolvovali svoji sesterskou praxi. Kompletní seznam těchto pracovišť je uvedený na konci této diplomové práce (příloha č. 4).

| Pracoviště | Počet studentů | Procentuální vyjádření z celkového počtu 225 respondentů |
|----------------------------------|-----------------------|---|
| Chirurgické | 59 | 26 % |
| Interní | 47 | 21 % |
| Dětské | 21 | 9 % |
| Ortopedie a traumatologie | 18 | 8 % |
| Gynekologicko-porodnické | 13 | 6 % |
| Neurologické | 12 | 5 % |

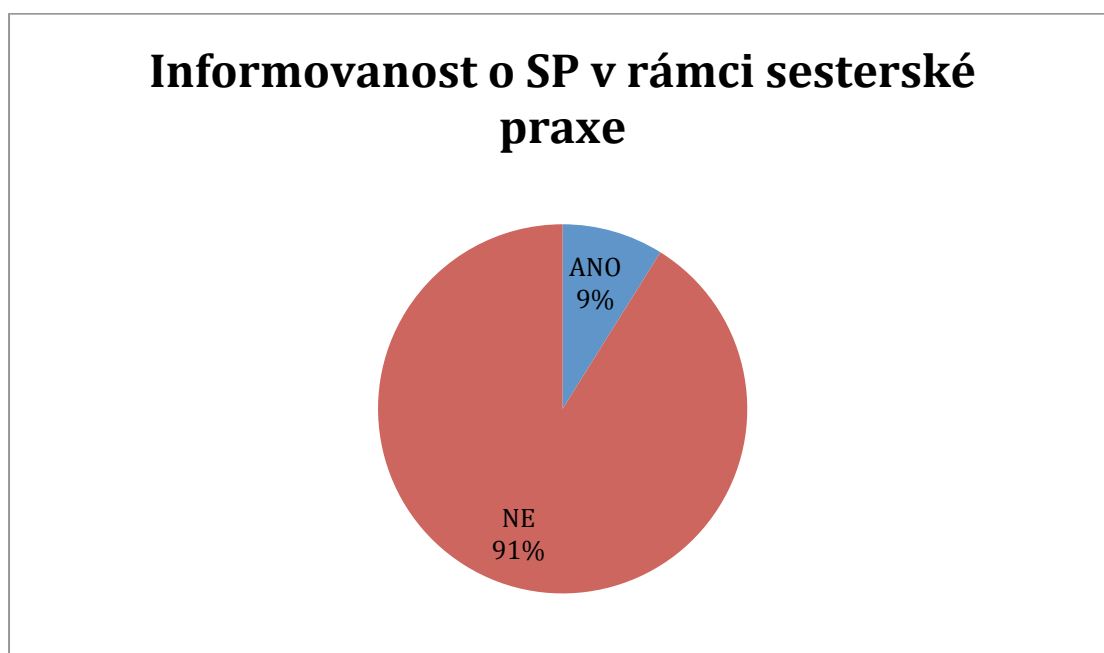
Obrázek 6: Tabulka č. 2

Otázka č. 3: Byli jste na praxi informováni o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví?

Na tuto otázku odpovědělo 205 studentů (91 %) záporně a 20 studentů (9 %) kladně. Následující graf zobrazuje informovanost studentů o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví v rámci sesterské praxe.

Kladné odpovědi žádným způsobem nekorelovaly s tím, ve kterém ročníku se student nacházel. Nejvíce studentů získalo informace v rámci své sesterské praxe ve

Fakultní nemocnici v Plzni (tři respondenti), v Karlovarské krajské nemocnici (tři respondenti) nebo ve Všeobecné nemocnici Praha (dva respondenti). Dále se objevovala zdravotnická zařízení jako například Nemocnice Písek, Orlickoústecká nemocnice, Oblastní nemocnice Příbram a další.



Obrázek 7: Graf č. 4

Otázka č. 4: Kdo Vás o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví informoval?

Nejčastěji obdrželi studenti v rámci své sesterské praxe informace o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví od některé ze sester (16 respondentů), dále od lékařů na oddělení (tři respondenti), jeden student se tuto informaci dozvěděl od primáře oddělení.

| Pracovník, který studenta informoval | Počet informovaných studentů |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Sestra (vrchní, staniční, běžná) | 16 |
| Řadový lékař | 3 |
| Primář | 1 |

Obrázek 8: Tabulka č. 3

Otázka č. 5: Jaké informace Vám byly ohledně sociálního pracovníka ve zdravotnictví poskytnuty?

Nejvíce studentů odpovědělo, že se informace, které jim byly poskytnuty o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví, týkaly *náplně jeho práce, činnosti, možnosti spolupráce nebo situace na oddělení, které vyžadují intervenci zdravotně sociálního pracovníka* (osm respondentů).

Někteří studenti odpověděli, že se dozvěděli *minimum o sociálním pracovníkovi nebo o jeho existenci* (tři respondenti). Čtyři respondenti *neodpověděli* a zbytek odpovědí bylo individuálních, například: informace o tom, že se „sociální pracovník zavolá, pokud je pacient v sociální či finanční nouzi nebo pomoc rodině“.

Otázka č. 6: Na jakém oddělení si myslíte, že se sociální pracovník ve zdravotnictví nejvíce uplatní?

Z následujícího grafu (obrázek 9: Graf č. 5) je patrné, na jakém oddělení by studenti medicíny nejčastěji očekávali asistenci sociálního pracovníka. Nejčastěji se objevuje oddělení geriatric, následuje psychiatrie, paliativní péče a dětské oddělení. Nejméně naopak studenti očekávají sociálního pracovníka na oddělení ORL, dermatologie, anesteziologie či urologie.

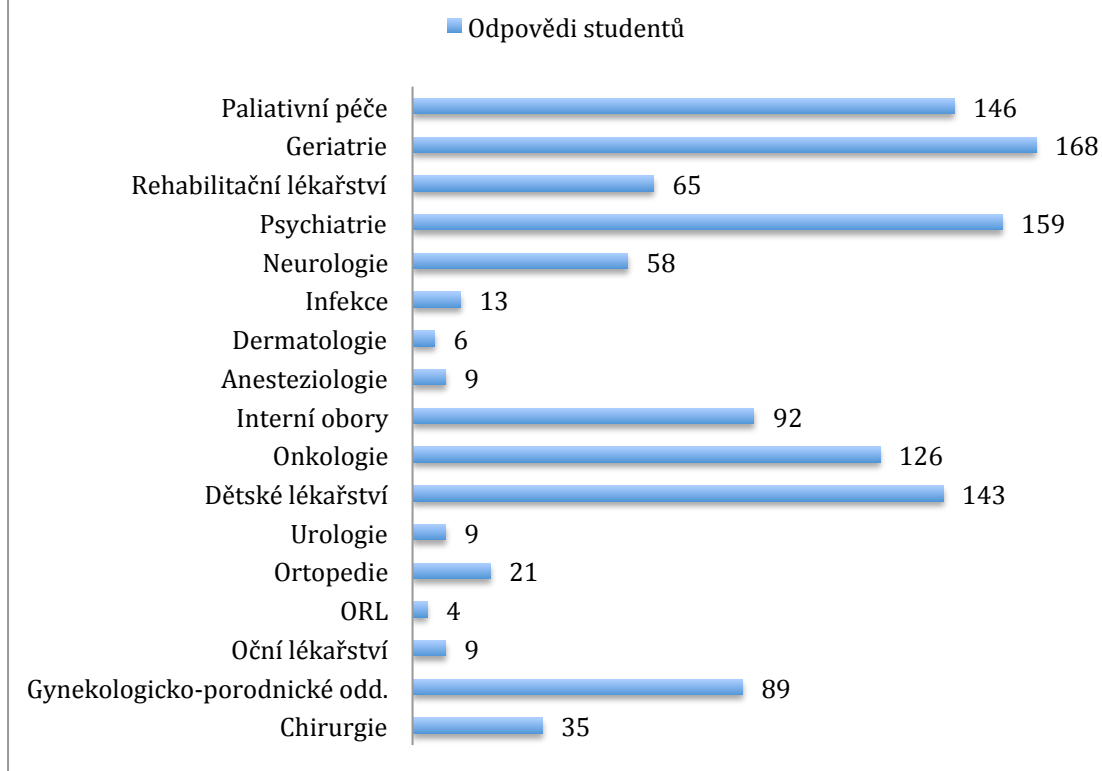
Tato otázka je porovnána se stejnou otázkou **pro lékaře**:

Otázka č. 7: Na jakém oddělení si myslíte, že se sociální pracovník ve zdravotnictví nejvíce uplatní?

Z následujícího grafu (obrázek 10: Graf č. 6) vyplývá, že lékaři hodnotí interní obory (45 respondentů) jako ty, kde se nejvíce uplatní role sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Hned za tím následuje onkologické oddělení (44 respondentů), psychiatrie (38 respondentů), neurologie (36 respondentů) a geriatric (34 respondentů).

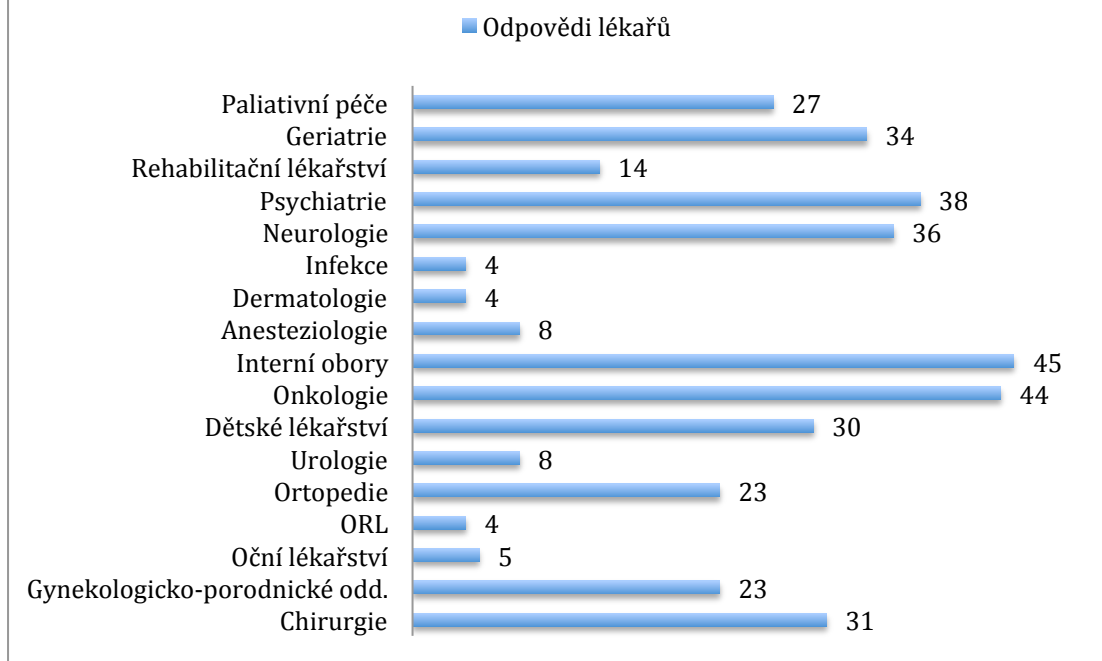
Nejméně lékaři očekávají uplatnění zdravotně sociálního pracovníka na infekčním oddělení, ORL či dermatologii.

Uplatnění SP: odpovědi studentů



Obrázek 9: Graf č. 5

Uplatnění SP: odpovědi lékařů



Obrázek 10: Graf č. 6

Otázka č. 7: S jakou cílovou skupinou pacientů by sociální pracovník mohl s největší pravděpodobností pracovat?

Otázka č. 7 pro studenty je zde opět porovnaná se stejně znějící **otázkou č. 8 pro lékaře**. Kompletní grafy k této otázce jsou uvedené v příloze č. 5: *Porovnání otázky č. 7 pro studenty a č. 8 pro lékaře*. Všeobecně lze z grafů vyčíst, že odpovědi studentů a lékařů se zásadně neliší.

Dětský pacient

Studenti a lékaři se nelišili v odpovědích na otázku, zda sociální pracovník ve zdravotnictví bude s největší pravděpodobností pracovat s dětským pacientem. Zhruba 79 % studentů odpovědělo *spíše ano* nebo *určitě ano* a 62 % lékařů odpovědělo *spíše ano* nebo *určitě ano*.

Senioři

Nejvíce odpovědi *určitě ano* obdrželi senioři jak od studentů, tak lékařů. Zhruba 70 % studentů si myslí, že zdravotně sociální pracovník určitě pracuje se seniory, 24 % studentů odpovědělo *spíše ano*. Lékaři pak v 78 % odpovídali *určitě ano* a ve 12 % *spíše ano*.

Onkologicky nemocní

S cílovou skupinou onkologicky nemocných pacientů opět odpovídali studenti a lékaři obdobně: 86 % studentů odpovědělo *spíše ano* a *určitě ano*, 84 % lékařů odpovědělo *spíše ano* a *určitě ano*.

Těžce nemocní (chroničtí) pacienti

U těžce nemocných nebo chronicky nemocných pacientů si 51 % studentů myslí, že sociální pracovník ve zdravotnictví s nimi *určitě* pracuje a 40 % odpovědělo *spíše ano*. Lékaři pak odpověděli v 64 % *určitě ano* a 22 % *spíše ano*.

Klienti gynekologicko-porodnických a novorozeneckých klinik

Obě skupiny – studenti i lékaři – odpověděli ve 25 %, že sociální pracovník ve zdravotnictví *určitě* pracuje s klienty gynekologicko-porodnických a

novorozeneckých klinik. Studenti pak ve 42 % odpověděli *spíše ano*, kdežto lékaři odpověděli pouze ve 22 % *spíše ano*.

Akutní pacienti

Akutní pacienti dostali z celého seznamu možných cílových skupin pacientů nejvíce odpovědí *nevím* (15 % studenti, 15 % lékaři). Respondenti z řad studentů pak nejčastěji odpovídali, že sociální pracovník ve zdravotnictví bude s akutním pacientem pracovat *zřídka* (53 %). Obdobně lékaři odpovídali nejčastěji *zřídka* (46 %).

Pacienti závislí na návykových látkách

Nejvíce se studenti a lékaři lišili v odpovědi na otázku, zda bude sociální pracovník s největší pravděpodobností pracovat s pacienty závislými na návykových látkách. Zatímco většina studentů odpověděla *určitě ano* (45 %) a *spíše ano* (43 %), lékaři odpovídali na stejnou otázku *určitě ano* ve 30 % a *spíše ano* ve 33 %. Celých 16 % lékařů odpovědělo *nevím* nebo na tuto otázku neodpovědělo (10 %).

Pacienti bez domova

Studenti a lékaři odpovídali velmi podobně na otázku, zda sociální pracovník ve zdravotnictví může spolupracovat s pacienty bez domova: 56 % studentů odpovědělo *určitě ano*, 59 % lékařů odpovědělo *určitě ano*.

Rodiny pacientů

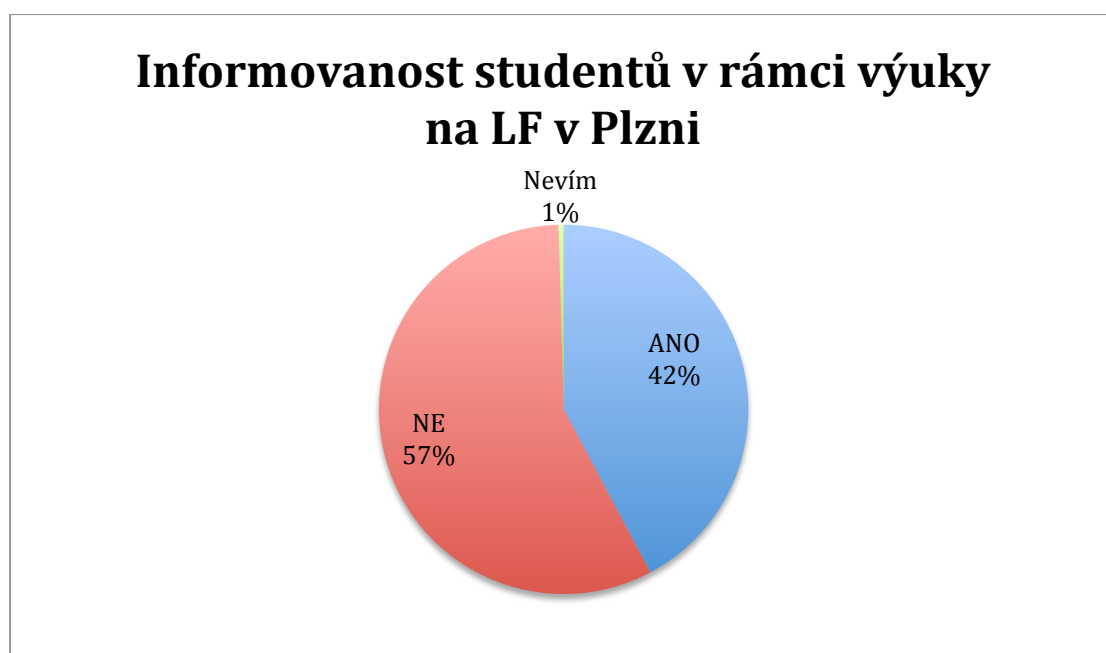
Rodiny pacientů obdržely většinu kladných odpovědí. Studenti odpovídali na spolupráci sociálního pracovníka s rodinami pacientů následovně: *určitě ano* odpovědělo 41 % studentů, *spíše ano* odpovědělo 42 % studentů. Obdobně lékaři odpověděli: *určitě ano* 41 % a *spíše ano* 33 %.

Psychiatrickí pacienti

V této otázce se odpovědi studentů a lékařů lehce lišily. Více studentů si myslí, že sociální pracovník ve zdravotnictví určitě pracuje s pacienty na psychiatrii (47 % odpovědí *určitě ano*) oproti lékařům, kteří odpověděli na stejnou otázku *určitě ano* ve 33 %.

Otázka č. 8: Byli jste informováni o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem v rámci své výuky?

Většina studentů (celkem 129, tj. 57 %) si nemyslí, že by v rámci výuky na LF v Plzni byli informováni o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví, naopak 95 studentů (tj. 42 %) si myslí, že informováni v rámci výuky byli. Jeden student odpověděl, že si není jistý.



Obrázek 11: Graf č. 7

Otázka č. 9: V jakém předmětu jste byli informováni?

Odpovědi na tuto otázku korelovaly s ročníkem, ve kterém se studenti nacházeli. V odpovědích se často vyskytl ten předmět, ve kterém byl studentům tento dotazník rozdaný. Následující tabulka (obrázek 12) zobrazuje předměty, ve kterých studenti získali informace o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví. Tyto údaje nejsou procentuálně vyjádřené, protože někteří studenti uvedli více předmětů.

| Název předmětu | Počet studentů |
|----------------------|----------------|
| Psychiatrie | 48 |
| Lékařská psychologie | 27 |
| Sociální lékařství | 16 |
| Interní propedeutika | 6 |
| Pediatric | 1 |
| Sociologie | 1 |
| Geriatric | 1 |
| Neodpověděl/a | 3 |

Obrázek 12: Tabulka č. 4

Otázka č. 10: Jakým způsobem jste byli informováni (např. diskuze, přednáška, seminář apod.)?

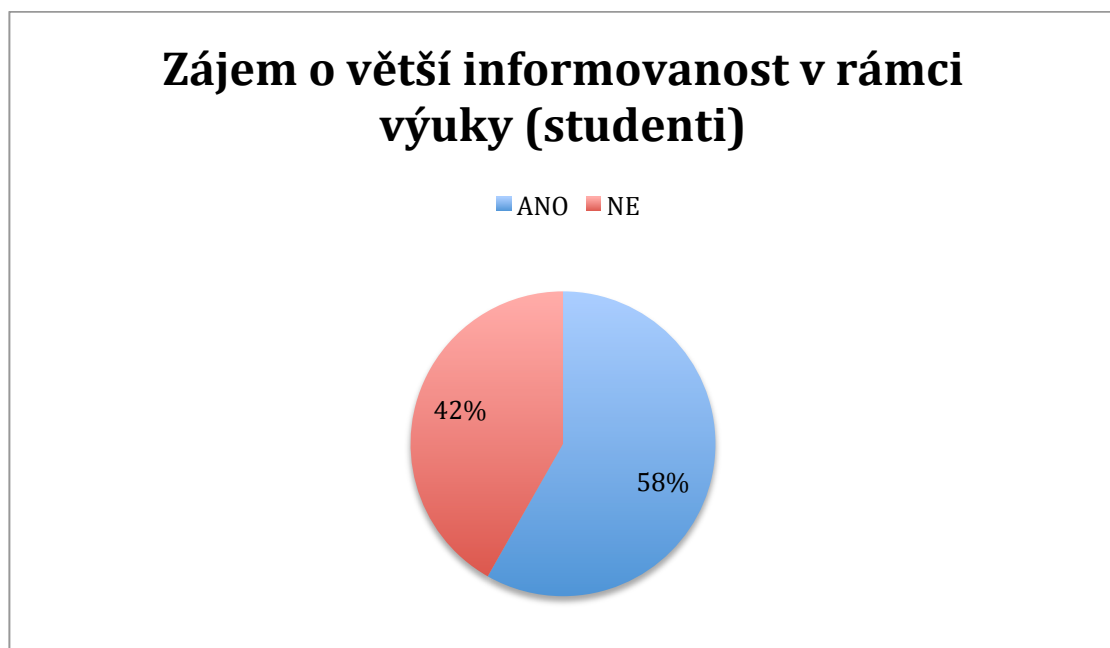
Studenti opět ve většině případů uváděli více než jeden způsob informování. Největší počet studentů (**56 respondentů**) odpověděl, že získané informace jim byly předány formou **semináře**, druhou nejčastější odpovědí je **diskuze (25 respondentů)**, následuje **přednáška (22 respondentů)**. Někteří studenti si vzpomněli, že slyšeli o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci **semináře absolvovaném v hospici**. Dva studenti odpověděli, že informace o zdravotně sociálním pracovníkovi viděli ve **skriptech či doporučené literatuře**. Dva studenti **neodpověděli** a jeden se dozvěděl informace o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví v rámci **vizity**, což však s největší pravděpodobností neproběhlo v rámci teoretické výuky.

Otázka č. 11: Jaké informace Vám byly na Lékařské fakultě poskytnuty?

V této otázce opět studenti v mnoha případech vypsali více než jednu odpověď. Patnáct studentů odpovědělo, že se dozvěděli o **činnostech sociálního pracovníka ve zdravotnictví či jeho náplni práce nebo jeho roli**. Stejný počet (15 studentů) odpověděl, že informace, které se dozvěděli, byly **základní, obecné, strohé, či že se dozvěděli obecně o existenci zdravotně sociálního pracovníka**. Čtyři studenti odpověděli, že se dozvěděli, **v jakých případech mají sociálního pracovníka přivolat**, či kde sídlí takový pracovník. Poté byly odpovědi velmi individuální, například: **problematika OSPOD, možnosti dobrovolnictví, problematika týraných dětí, využití sociálního pracovníka v rámci hospicové péče, řešení invalidního důchodu, domova pro seniory** apod.

Otázka č. 12: Chtěli byste více informací o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci své výuky?

Následující graf (obrázek 13) znázorňuje, zda by si studenti přáli více informací o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví v rámci výuky na lékařské fakultě. Více než polovina studentů odpověděla záporně (131 respondentů) a 42 % studentů (94 respondentů) by tuto možnost uvítalo.



Obrázek 13: Graf č. 8

Otázka č. 13: Jakou formou byste byli rádi o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví informováni?

Studenti v odpovědi na tuto otázku často jmenovali více forem, jakými by se chtěli dozvědět více o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Z celkového počtu 94 kladných odpovědí v předchozí otázce odpověděl největší počet studentů, celkem 34 respondentů, že by byli rádi, kdyby měli **samostatný seminář přímo se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví**. 15 studentů by se chtělo dozvědět o sociálním pracovníkovi formou **diskuze**, což je forma podobná semináři. Osm studentů napsalo, že by byli rádi za **praktickou demonstraci sociálního pracovníka, s ukázkami z praxe** (tedy kazuistikami). Šest studentů by chtělo **samostatný volitelný předmět**, tři studenti **exkurzi do zařízení či na oddělení, kde se zdravotně sociálním pracovníkem mohou spolupracovat nejčastěji**. Pět studentů by se o sociálním pracovníkovi chtělo dozvědět více **psanou formou**, to znamená zasláním e-mailem či v odborné literatuře. Pět studentů nemá referenci či **neodpovědělo**.

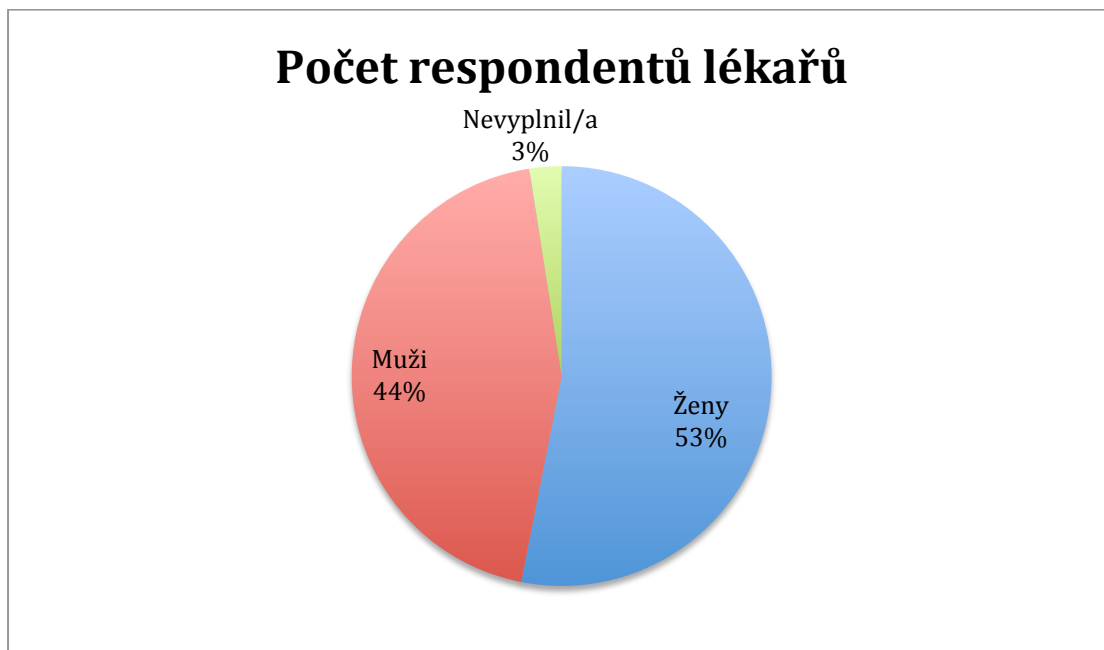
Další odpovědi byly individuální, například **jak sociálního pracovníka kontaktovat, leták od doktora, interaktivní hra, jednoduché sdělení, sesterská praxe a další**.

Otázka č. 14: V jakém předmětu by se o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví mělo přednášet?

Z těch, kteří odpověděli, že mají zájem o více informací o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví v rámci své výuky na LF v Plzni (celkem 94 studentů), by nejvíce studentů volilo předmět **psychiatrie** (41 respondentů), dále **lékařská psychologie a etika** (23 respondentů) a někteří by se tyto informace chtěli dozvědět v rámci předmětu **sociální lékařství a veřejné zdravotnictví** (13 studentů). Někteří studenti odpovídali, že by volili oba předměty, lékařskou psychologii i psychiatrii, někteří k tomu přidali i sociální lékařství. Dále se studenti zmiňovali o předmětu **interní propedeutika**.

5.6.2 Odpovědi lékařů v rámci Fakultní nemocnice v Plzni

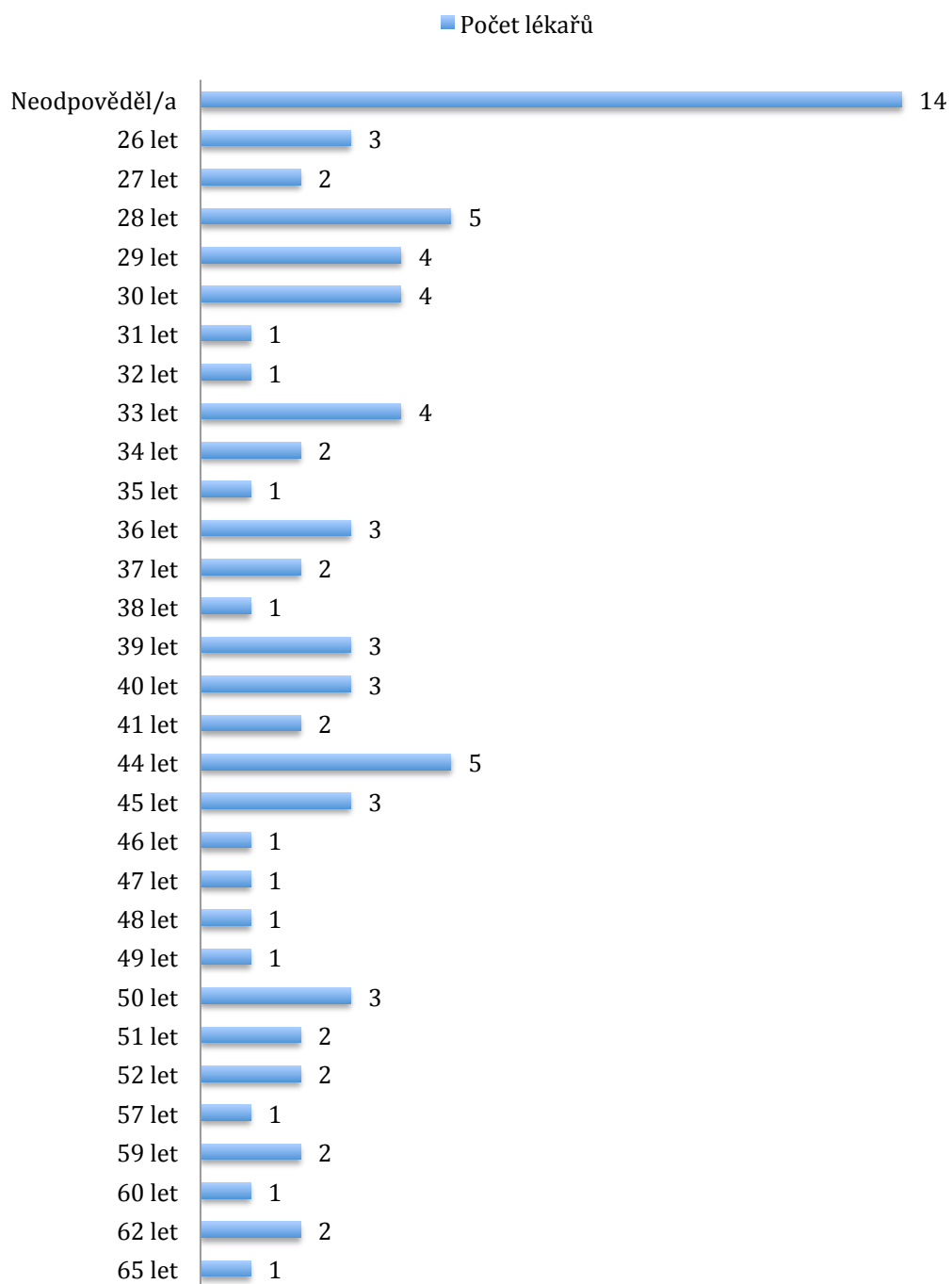
Z celkově zaslanych 110 dotazniků odpovedělo celkem 81 lékařů. Z toho 43 žen a 36 mužů. Dva lékaři neodpověděli (obrázek 14).



Obrázek 14: Graf č. 9

Respondenti z řad lékařů se pohybovali ve věku od 26 do 65 let, přičemž žádná věková skupina nebyla zastoupena ve výrazně signifikantním počtu (obrázek 15). Průměrný věk lékařů, kteří odpověděli v tomto dotazníkovém šetření, činí 34 let.

Věk respondentů lékařů



Obrázek 15: Graf č. 10

Otázka č. 1: Na jakém pracovišti působíte v rámci Fakultní nemocnice v Plzni?

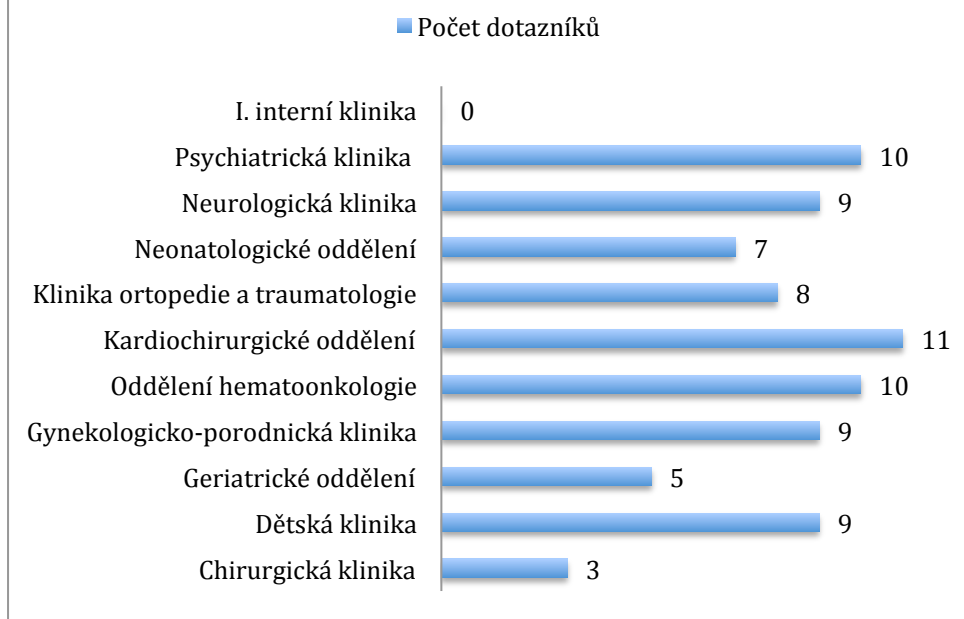
V rámci dotazníkového šetření bylo osloveno následujících jedenáct pracovišť FN Plzeň:

- Hematoonkologické oddělení
- Kardiochirurgické oddělení
- Neurologická klinika
- Chirurgická klinika
- I. interní klinika
- Dětská klinika
- Geriatrické oddělení
- Gynekologicko-porodnická klinika
- Klinika ortopedie a traumatologie
- Neonatologické oddělení
- Psychiatrická klinika

Na každé z uvedených pracovišť bylo zasláno celkem deset dotazníků. Nejvíce odpovědí přišlo z Oddělení kardiochirurgie, kde si dokonce okopírovali jeden dotazník navíc, aby mohli odeslat jedenáct odpovědí. Další pracoviště, na kterém respondenti z řad lékařů vyplnili všech deset dotazníků, jsou Psychiatrická klinika a Oddělení hematoonkologie. Dětská klinika, Neurologická klinika a Gynekologicko-porodnická klinika zaslali zpět devět dotazníků.

Žádná odpověď nepřišla z I. interní kliniky. Klinikou s nejnižším počtem odevzdaných odpovědí je Chirurgická klinika (jeden dotazník) a Geriatrické oddělení (pět dotazníků). Následující graf zobrazuje celkový počet odpovědí ze všech dotázaných pracovišť (obrázek 16).

Počet vrácených dotazníků z jednotlivých pracovišť FN Plzeň



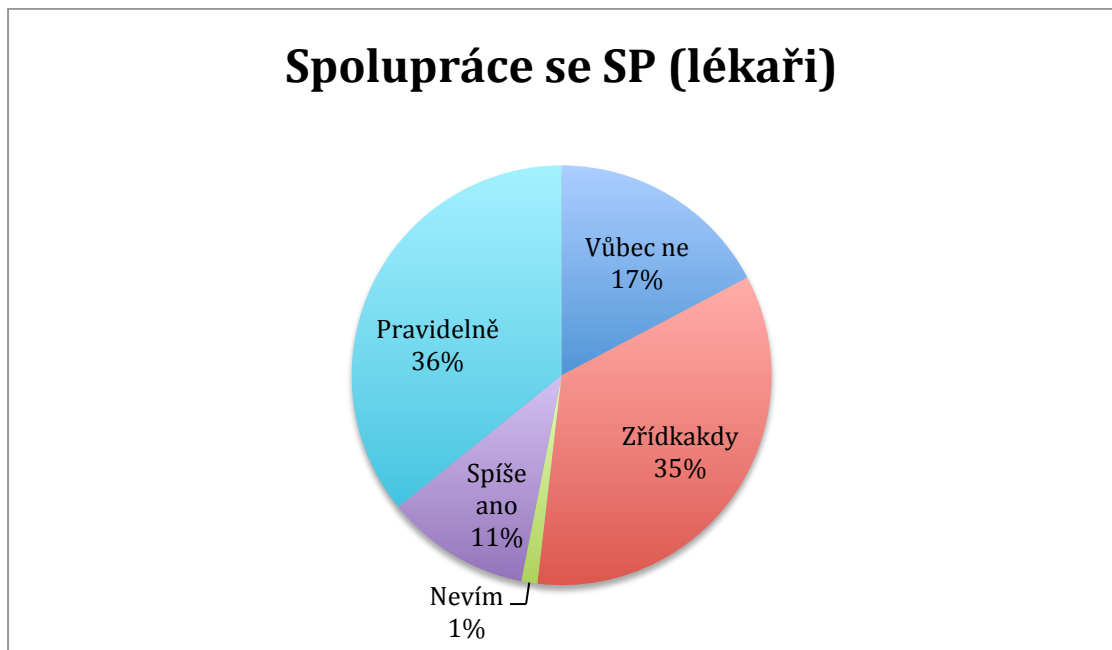
Obrázek 16: Graf č. 11

Otázka č. 2: Spolupracujete při výkonu své profese se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví?

Co se týká spolupráce se zdravotně sociálním pracovníkem (obrázek 17), odpovědělo 29 lékařů, že *pravidelně* (36 %), a devět lékařů *spíše ano* (17 %). Obdobný počet – 28 lékařů (35 %) odpovědělo, že se zdravotně sociálním pracovníkem spolupracuje *zřídka* nebo *vůbec ne* (17 %).

Největší počet lékařů, kteří spolupracují se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví (odpověď *spíše ano* a *pravidelně*), je z Psychiatrické kliniky (devět kladných odpovědí), následuje Neurologická klinika a Neonatologické oddělení (obě šest kladných odpovědí). Dalším častým spolupracovníkem jsou lékaři z Geriatrického oddělení.

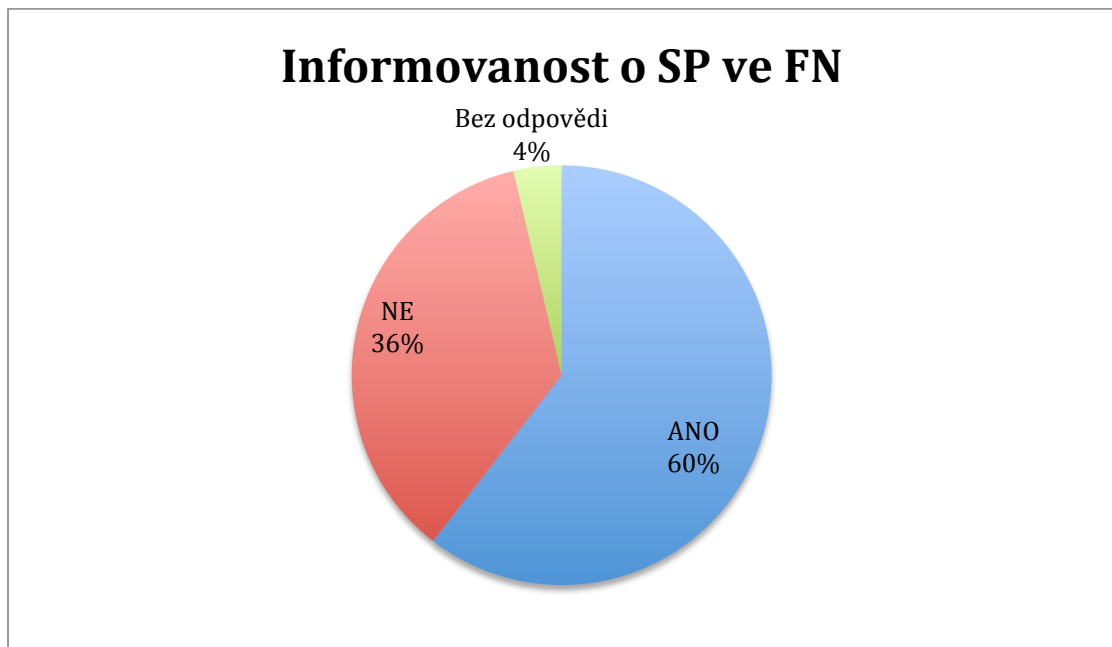
Naopak nejméně spolupracují se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví (odpověď *zřídka* a *vůbec ne*) lékaři z Oddělení kardiochirurgie (devět záporných odpovědí) a Oddělení hematooonkologie (osm záporných odpovědí), následovala Gynekologicko-porodnická klinika (sedm záporných odpovědí).



Obrázek 17: Graf č. 12

Otázka č. 3: Informoval Vás někdo ve Fakultní nemocnici v Plzni o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví?

Většina respondentů z řad lékařů byla informována o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem (obrázek 18). Kladně odpovědělo 49 lékařů, tj. 60 % z celkového počtu dotázaných. Nejlépe jsou informovaní lékaři z Psychiatrické kliniky (ano odpovědělo devět respondentů z deseti). Dále odpovědělo kladně sedm lékařů z Oddělení hematonekologie, šest lékařů z Dětské kliniky, pět lékařů z Oddělení kardiochirurgie a Kliniky ortopedie a traumatologie, čtyři lékaři z Gynekologicko-porodnického oddělení, Neurologické kliniky a Geriatrického oddělení.



Obrázek 18: Graf č. 13

Otázka č. 4: Kdo Vás informoval o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem v rámci Fakultní nemocnice v Plzni?

Z celkového počtu 49 kladných odpovědí bylo 19 lékařů informováno prostřednictvím svých kolegů. Deset respondentů bylo informováno vedoucím lékařem, dalších sedm respondentů primářem, přednostou kliniky nebo vedením kliniky. Tři respondenti napsali, že se o zdravotně sociálním pracovníkovi dozvěděli sami během své praxe ve FN Plzeň. Tři pracovníci si o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví přečetli na intranetu FN Plzeň. Další individuální odpovědi zněly

například: e-mailem, na příjmovém semináři nebo přímo od zdravotně sociálního pracovníka. Jen jeden respondent **nezodpověděl** tuto otázku.

Otázka č. 5: Jakým způsobem Vám byly informace o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví poskytnuty (např. seminář, diskuze apod.)?

Z celkového počtu 49 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku, zda byli informováni o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví, bylo 39 informováno formou **diskuze, rozhovoru či ústně**. Tři lékaři se dozvěděli tyto informace na **ranním hlášení kliniky či oddělení**. Dva lékaři si informace zjistili během **vlastní praxe**, dva respondenti obdrželi informace **písemně**, dva respondenti na **semináři kliniky či oddělení**. Pouze dva respondenti **neodpověděli**.

Otázka č. 6: Byly pro Vás tyto informace dostačující nebo byste potřebovali poskytnout více informací?

Zde odpovědělo *ano* 48 respondentů z celkového počtu 49 lékařů, kteří zodpověděli kladně otázku číslo 3 (zda byli informováni o roli zdravotně sociálního pracovníka ve svém zaměstnání). Pouze jeden respondent hodnotil informace jako *nedostačující* a chtěl by získat více informací o možnostech následné péče o pacienty či o možnostech případné spolupráce se zdravotně sociálním pracovníkem.

Otázka č. 7: Na jakém oddělení si myslíte, že se sociální pracovník ve zdravotnictví nejvíce uplatní?

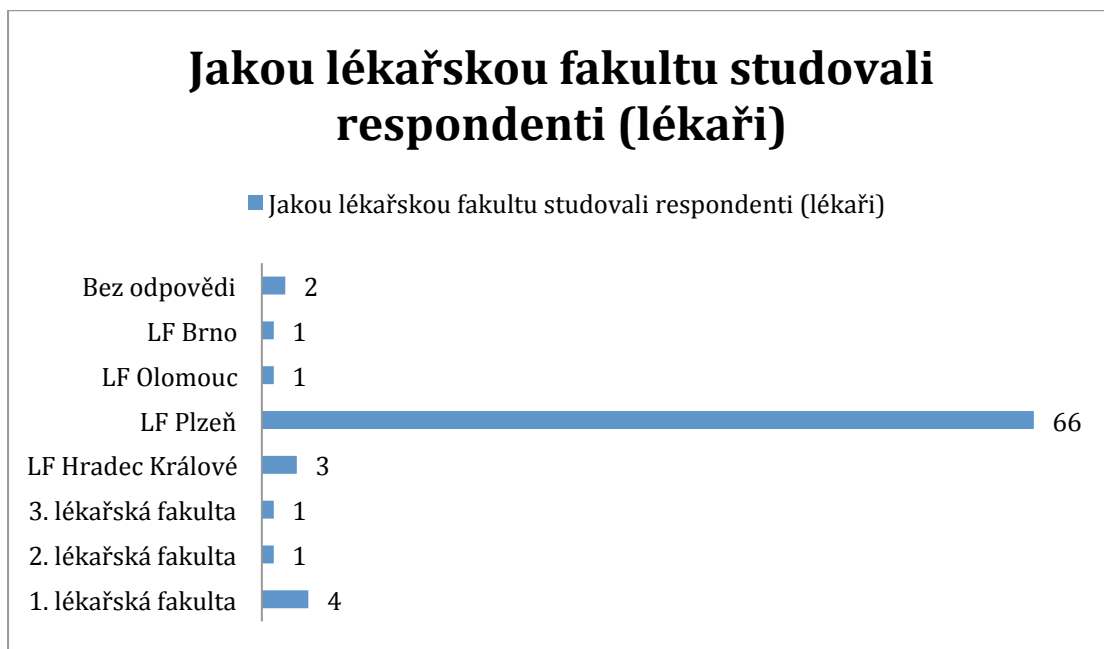
Tato otázka je zpracována v porovnání s odpověďmi studentů v předešlé kapitole.

Otázka č. 8: S jakou cílovou skupinou pacientů by sociální pracovník mohl s největší pravděpodobností pracovat?

Odpovědi na tuto otázku jsou uvedené v předešlé kapitole s výsledky dotazníkového šetření pro studenty.

Otázka č. 9: Jakou lékařskou fakultu jste vystudovali?

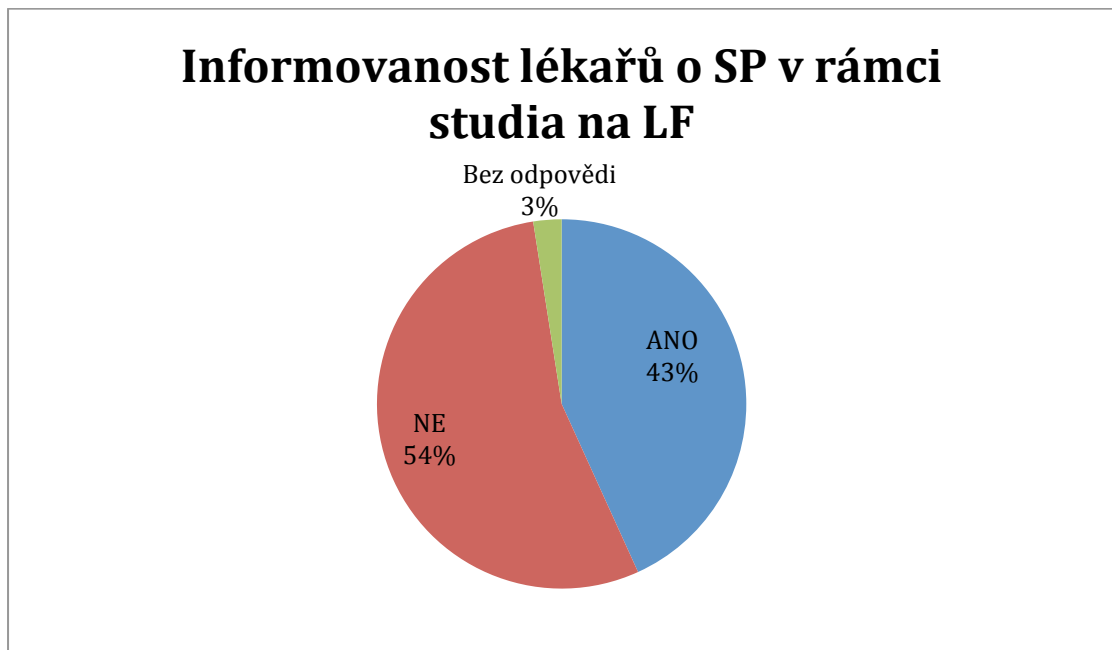
Z celkového počtu 81 respondentů vystudovalo Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni 81 % dotázaných (66 lékařů). Druhou nejčastěji vystudovanou lékařskou fakultou je I. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze (čtyři lékaři).



Obrázek 19: Graf č. 14

Otázka č. 10: Byly Vám v rámci výuky na lékařské fakultě poskytnuty informace o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví?

V rámci výuky byly poskytnuty informace o zdravotně sociálním pracovníkovi 35 dotázaným (43 %). Informace nebyly poskytnuty 44 dotázaným (54 %) a dva respondenti neodpověděli (obrázek 20).



Obrázek 20: Graf č. 15

Otázka č. 11: V jakém předmětu jste byli informováni?

35 respondentů, kteří odpověděli, že byli informováni v rámci výuky na některé z LF, uvedlo, že byli informováni v následujících předmětech (obrázek 21).

| Název předmětu | Počet odpovědí |
|--|----------------|
| Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví | 30 |
| Lékařská psychologie | 3 |
| Neodpověděl/a | 2 |

Obrázek 21: Tabulka č. 5

Otázka č. 12: Jakým způsobem jste byli informováni (např. diskuze, přednáška, seminář apod.)?

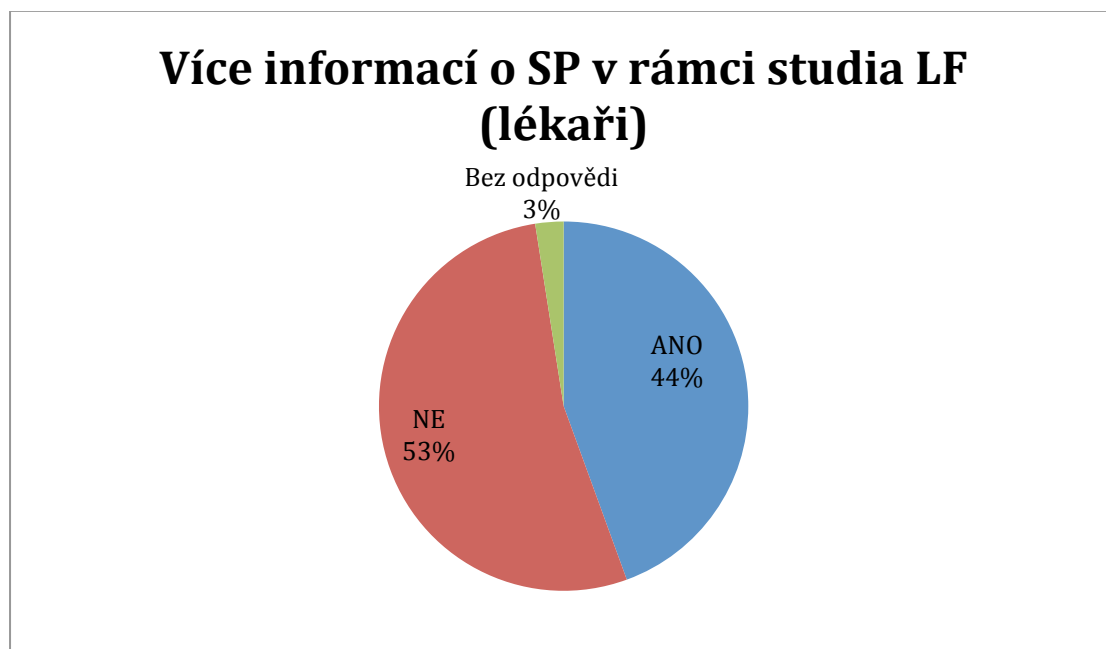
Z celkového počtu 35 respondentů, kteří byli informováni o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci výuky na některé z lékařských fakult, odpovědělo 18 respondentů, že informace byly předány formou **přednášky**. Osm respondentů zodpovědělo, že forma sdělení těchto informací byla jak **diskuze**, tak **seminář a přednáška**. Pět respondentů odpovědělo, že bylo informováno formou **semináře**. Tři respondenti nevěděli, či **neodpověděli**.

Otázka č. 13: Jaké informace Vám byly na lékařské fakultě poskytnuty?

Z celkového počtu 35 respondentů, kteří byli informováni o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci výuky na některé z lékařských fakult, odpovědělo devět lékařů, že se v rámci výuky dozvěděli **informace všeobecné, základní, či komplexní**. Osm lékařů odpovědělo, že **informace byly dostačující**, a dále svoji odpověď nspecifikovali. Dva lékaři odpověděli, že se na lékařské fakultě dozvěděli o **náplni práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví**. Dále zazněly individuální odpovědi, jako například, že se respondenti dozvěděli o možnosti spolupráce se sociálním pracovníkem, či že neobdrželi dostačující informace. Šest lékařů na tuto otázku **neodpovědělo**.

Otázka č. 14: Ocenili byste více informací o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci své výuky na lékařské fakultě?

Z celkového počtu 81 dotázaných lékařů odpovědělo 36 respondentů (44 %), že by ocenili více informací o roli zdravotně sociálního pracovníka v rámci výuky na lékařských fakultách. Z toho 43 respondentů (53 %) odpovědělo, že další informace nepotřebují. Dva lékaři tuto otázku nezodpověděli (obrázek 22).



Obrázek 22: Graf č. 16

Otázka č. 15: Jakou formou byste byli rádi o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví informováni?

Na otázku, zda by lékaři ocenili více informací v rámci studia na lékařských fakultách, odpovědělo 36 z nich kladně. Z těchto kladných odpovědí by 19 respondentů uvítalo **seminář přímo se sociálním pracovníkem**. Sedm respondentů by volilo formu **přednášky**, šest respondentů **diskuzi, přednášku či seminář** (nemají preference), jeden respondent by uvítal **diskuzi v rámci výuky**. Tři dotázaní lékaři nevědí nebo **neodpověděli**.

Otázka č. 16: V jakém předmětu by se o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví mělo mluvit?

Z 36 respondentů, kteří odpověděli kladně na otázku č. 14, by 20 chtělo více informací o zdravotně sociálním pracovníkovi v rámci předmětu **sociální lékařství**. Šest lékařů by tuto tematiku zařadilo do předmětu **lékařská psychologie a etika**, čtyři lékaři odpověděli, že by informace o sociálním pracovníkovi probírali ve **všech předmětech, kterých se tento obor týká**. Jeden respondent odpověděl předmět **pracovní lékařství**. Pět dotázaných **neodpovědělo**.

5.7 Diskuze

Tento výzkum byl provedený na malém vzorku respondentů, vzhledem k tomu, že zahrnuje jen dvě zařízení, Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Plzni (dále jen LF v Plzni) a Fakultní nemocnici Plzeň (dále jen FN Plzeň). Nicméně může posloužit jako inspirace a základ pro další výzkum, který by se zabýval problematikou informovanosti studentů a lékařů o roli zdravotně sociálního pracovníka. Aby byly závěry validnější, musel by se výzkum aplikovat na vícero lékařských fakultách a zdravotnických zařízeních. Je však třeba vzít v úvahu, že struktura výuky na lékařských fakultách a systém zdravotnických zařízení se může od LF v Plzni a FN Plzeň lišit.

Na počátku výzkumu byla stanovena následující hypotéza:

Studenti Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni oboru všeobecné lékařství a lékaři Fakultní nemocnice v Plzni nejsou dostatečně informováni o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví a možnostech spolupráce s ním.

Tato hypotéza se ve výzkumu potvrdila jen zčásti. V případě studentů odpovědělo 60 % respondentů, že nebyli dostatečně informováni o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci svého studia. 58 % studentů, což je více než polovina, by ocenilo více informací v rámci svého studia.

Odpovědi studentů byly porovnány s odpověďmi lékařů, kteří ve většině případů již několik let pracují ve Fakultní nemocnici v Plzni. To, že nebyli informováni v rámci svého studia na lékařských fakultách, odpovědělo 54 % z nich. Z toho 44 % by ocenilo více informací v rámci studia na lékařských fakultách. Je to menší procento, než vyplynulo z dotazování studentů. V tomto případě se dá předpokládat, že mnoho lékařů se o roli sociálního pracovníka dozvědělo v praxi po ukončení studia a bylo to pro ně dostačující.

Respondenti z řad studentů třetího, čtvrtého a pátého ročníku vyplňovali dotazníky v rámci seminářů některého z předmětů. To, v jakém předmětu studenti dotazník vyplňovali, s největší pravděpodobností ovlivnilo jejich odpovědi. Studenti třetího ročníku vyplňovali tento dotazník při výuce předmětu lékařská psychologie a etika. Mnoho z nich odpovídalo na otázku, v jakém předmětu byli informováni, právě lékařskou psychologií.

Studenti čtvrtého ročníku byli osloveni v rámci přednášky, na niž se nedostavilo větší množství studentů, proto je zastoupení respondentů z řad čtvrtého ročníku nejmenší. Vzhledem k tomu, že osoba, která dotazník rozdávala, byla jejich vyučující lékařské psychologie a etiky z minulého akademického roku, mohli studenti častěji zmiňovat tento předmět.

Studenti pátého ročníku vyplňovali dotazník během přednášek sociálního lékařství a někteří v období vyplňování absolvovali i přednášky z předmětu psychiatrie. V rámci tohoto předmětu měli studenti jeden seminář přímo se sociální pracovníci, která se zabývá problematikou sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.

Celkově studenti při vyplňování dotazníků nebyli striktně hlídáni, tudíž mohli mezi sebou odpovědi konzultovat, což zřejmě také ovlivnilo jejich odpovědi. Vyučující sice procházel přednáškovou či seminární místností, nejednalo se však o test, při kterém by studenti byli za spolupráci napomínáni.

Vzhledem k tomu, že studenti třetího, čtvrtého a pátého ročníku ještě nedokončili studium a mají před sebou další rok či roky studia, mohou být otázky v dotazníkovém šetření zodpovězeny pouze na základě jejich dosavadních znalostí. Studenti těchto ročníků většinou nevědí, zda se o roli sociálního pracovníka nedozvědí v některé z dalších přednášek.

Studenti šestého ročníku byli osloveni online dotazníkem (pomocí Google formulářů). Byli tedy nejméně ovlivněni tím, že by si dotazníky rozdávaly v konkrétním předmětu. Zároveň vzhledem k tomu, že měli těsně před ukončením studia ve formě státních závěrečných zkoušek, již absolvovali kompletně celé studium. Měli by tedy mít největší přehled o tom, jak výuka probíhala. Na otázku, zda by chtěli, aby jim bylo poskytnuto více informací o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví, odpovědělo *ano* 25 dotázaných z celkového počtu 40 studentů z řad šestého ročníku. Oproti ostatním studentům vyplňovali studenti šestého ročníku dotazník doma, a mohli si tak dohledávat informace na internetu či ve studijních materiálech.

Studenti absolvovali své praxe v rámci odlišných zařízení, oddělení a klinik. Není tedy jednoduché shrnout výsledky informovanosti v rámci praxe, když není k dispozici dostatečně velký vzorek z jednoho zdravotnického zařízení.

Studenti často odpovídali na otázku, ve kterém předmětu by se chtěli o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví dozvědět, že by se tak mělo dít v předmětu sociální lékařství. Tento předmět nese v názvu slovo sociální, proto lze předpokládat, že studenti byli tímto faktem ovlivněni.

Respondentů z řad lékařů také nebylo mnoho, celkem 81. Z celkového počtu 110 zaslaných dotazníků se jich vyplněných vrátilo 74 %.

Někteří lékaři studovali na lékařských fakultách před více než dvaceti lety, proto informace, které jim byly poskytnuty, nemusí korelovat s tím, co se na lékařských fakultách vyučuje v současné době.

Za nejvíce relevantní můžeme považovat odpovědi studentů šestého ročníku.

Studenti i lékaři hodnotili oddělení a cílové skupiny, na kterých a se kterými by sociální pracovník ve zdravotnictví mohl s největší pravděpodobností pracovat. Kromě akutních pacientů, o nichž se studenti i lékaři domnívají, že s nimi zdravotně sociální pracovník bude pracovat nejméně, vyhodnotili obě skupiny respondentů ostatní cílové skupiny, co se týče míry spolupráce se zdravotně sociálním pracovníkem, vysoko. Tyto skupiny byly vybrány z knihy *Sociální práce ve zdravotnictví* (Kuzníková et al., 2011). Dá se tedy předpokládat, že zdravotně sociální pracovník spolupracuje se všemi uvedenými cílovými skupinami.

Co se týká oddělení, je zajímavé, že studenti hodnotili, že zdravotně sociální pracovník bude s největší pravděpodobností nejvíce pracovat na geriatrii, kdežto lékaři uváděli interní obory. Lze předpokládat, že práce zdravotně sociálního pracovníka je spojená zejména s péčí o seniory a málokdo si uvědomí, že například na gynekologicko-porodnickém a neonatologickém oddělení je práce zdravotně sociálního pracovníka stejně tak důležitá.

Obecně lze shrnout, že informovanost v rámci výuky, zejména praktická s ukázkami kazuistik, by mohla být pro studenty velmi přínosná. Zároveň představení

zdravotně sociálních pracovníků přímo na jednotlivých pracovištích nemocnice by mohlo napomoci k vyšší míře multidisciplinární spolupráce.

6. Závěr

Tato diplomová práce se zabývá sociálním pracovníkem ve zdravotnictví, jeho kompetencemi a cílovými skupinami a zejména také zdravotně sociálním pracovníkem jako důležitým členem multidisciplinárního týmu v rámci zdravotnictví. Je kladen stále větší důraz na komplexnost péče o pacienty. Nemělo by se zapomínat na to, že tato komplexnost spočívá nejen v péči biologické, tedy v péči o tělo, a v péči psychologické, tedy v péči o duši, ale že člověk je i tvorem sociálním. Pacient přichází z určitého zázemí a často se stává, že jeho návrat ze zdravotnického zařízení sebou přináší mnohá úskalí, kterým není schopen on sám ani jeho nejbližší čelit. V tomto případě může být sociální pracovník ve zdravotnictví velmi nápomocný.

Tato práce vychází z předpokladu, že mnoho lékařů by se sociálním pracovníkem spolupracovalo, avšak nejsou dostatečně informováni o jeho roli. Sestavené dotazníkové šetření tuto hypotézu prozkoumalo. Na Lékařské fakultě v Plzni jsou vyučovány předměty, které se zabývají sociální problematikou, jako je například sociální lékařství. Studenti se zde však nedozvědí, kdo je to sociální pracovník ve zdravotnictví, v jakém případě ho mohou kontaktovat a jakým způsobem může být v komplexní péči o pacienta nápomocný. Velké procento studentů medicíny i lékařů vyjádřilo zájem o prohloubení znalostí a informací o možnostech spolupráce se zdravotně sociálním pracovníkem, zejména v rámci výuky na lékařských fakultách.

Seznam literatury

1. BALINT, M. *Lékař, jeho pacient a nemoc*. Praha: Grada, 1999, s. 336. ISBN 80-7169-734-6
2. BERAN, J. a TUMPACHOVÁ, N. *Základy lékařské psychologie pro studenty lékařství*. Praha: Karolinum, 2009, s. 191. ISBN 978-80-246-1722-0
3. DAVIDSON, K. a CLARKE, S. *Social Work in Health Care: A Handbook for Practice*. New York: Routledge, 1990. ISBN 0-86656-846-8
4. CHROMÝ, K. a HONZÁK R. et al. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-6354-5
5. KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5
6. KLÍMOVÁ, J. a FIALOVÁ, M. *PROČ (a jak) psychosomatika funguje? Nemoc začíná v hlavě*. Praha: Progressive consulting, 2015. ISBN 978-80-260-8208-8
7. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, 2009, s. 280. ISBN 978-80-7367-568-4
8. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M. a GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011, s. 192. ISBN 978-80-247-3843-7
9. KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, s. 212. ISBN 978-80-247-3676-1
10. MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. et al. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008, s. 176. ISBN 978-80-247-2138-5

11. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 272. ISBN 978-80-7367-368-0
12. MATOUŠEK, O. et al. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
13. MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
14. MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, 309 s. ISBN 978-80-262-0211-0
15. MÜHLPACHR, P. *Sociální práce*. Brno: Masarykova univerzita, 2004. 100 s. ISBN 80-210-3323-1
16. NAVRÁTIL, P. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001, 165 s. ISBN 80-903070-0-0
17. NOVOTNÁ, J. *Teorie sociální práce: Skripta*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2011, 127 s. ISBN 978-80-87035-96-2
18. OLÁH, M. SCHAVEL, M., ONDRUŠOVÁ, Z. *Úvod do štúdie a dejín sociálnej práce*. 2. vyd. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008, 208 s. ISBN 80-969449-6-7
19. PUNCH, K. *Základy kvantitatívneho šetření: Praktická příručka pro studenty*. Praha: Portál, 2008, s. 152. ISBN 978-80-7367-381-9
20. RAUDENSKÁ, J. a JAVŮRKOVÁ, A. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011, s. 304. ISBN 978-80-247-2223-8

21. SPERRY, L. Biopsychosocial Model of Chronic Illness. In: *Psychological treatment of chronic illness: the biopsychosocial therapy approach*. Washington: American Psychological Association, 2006. ISBN: 1-59147-354-3
22. VON BERTALANFFY, L. The organism Considered as Physical System. In: *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller, 1968. ISBN nevedeno
23. VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1999, s. 278. ISBN 80-86123-08-1
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví*. Přeložili Jan PFEIFFER a Olga ŠVESTKOVÁ. Praha: Grada, 2001. ISBN 978-80-247-1587-2

Odborné články:

25. ENGEL, George. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine [online]. *Psychodynamic Psychiatry*. 2012, **40** (3), 377-396. Dostupné z: <http://dx.doi.org.ezp01.library.qut.edu.au/101521pdps2012403377>
26. ADLER, Rolf. Engel's biopsychosocial model is still relevant today [online]. *Journal of Psychosomatic Research*. 2009, **67**, 607-611. DOI 10.1016/j.jpsychores.2009.08.008
27. JACOMINO, Mario, BAMDAS, Jo Ann, KELLER, Kathryn, HAMLIN, Elwood, HAWKINS, Michele, GORDON, Shirley, OUSLANDER, Joseph. An innovative interprofessional education program for university medical, nursing, and social work students learning in teams during sessions and visits with geriatric mentors [online]. *Journal of Interprofessional Education &*

Practice. 2015, 1, 100 – 103. Dostupné z:
<http://dx.doi.org/10.1016/j.xjep.2015.10.003>

28. CRAIG, Shelley, FRANKFORD, Rachel, ALLAN, Kate, WILLIAMS, Charmaine, SCHWARTZ, Celia, YAWORSKI, Andrea, JANZ, Gwen, and MALEK-SANIEE, Sara. Self-reported patient psychosocial needs in integrated primary health care: A role for social work in interdisciplinary teams [online]. *Social Work in Health Care.*, roč. 2016, 55 (1), 41-60. DOI: 10.1080/00981389.2015.1085483
29. WALKER, J, JACKSON, J., LITTLEJOHN, G., 2004. Modles of adjustment to chronic illness: Using the example of rheumatoid arthritis [online]. *Clinical Psychology Review.* 2004, 24, 461-488. DOI: 10.1016/j.cpr.2004.03.001

Podpůrné výukové materiály:

30. Mojžíšová, Adéla. *Zdravotně sociální pracovník: podpůrné texty.* České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 2008, s. 219.
31. MOJŽÍŠOVÁ, Adéla, NEKOLA, Václav. *Zdravotně sociální pracovník a jeho příprava k zapojení do práce multidisciplinárního týmu ve zdravotnickém zařízení.* Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích [online], 2006 [cit. 3. 7. 2017]. Dostupné z:
http://www.unipo.sk/public/media/files/docs/fz_veda/svk/q0530.pdf
32. ZAVÁZALOVÁ, H. et al. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví.* Vyd. 2. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 80-246-0467-1

Webové stránky:

33. Historie FN Plzeň – Historie plzeňské medicíny. *Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. ©2017 [cit. 27. 6. 2017]. Dostupné z: https://www.fnplzen.cz/historie_fn
34. Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. Akreditované kvalifikační kurzy: Zdravotně-sociální pracovník [online]. Posl. revize: 3. 1. 2017 [cit. 3. 7. 2017]. Dostupné z: <http://www.nconzo.cz/web/guest/akreditovany-kvalifikacni-kurz-zdravotne-socialni-pracovnik>
35. NEČASOVÁ, M., 2004. Komentář k mezinárodnímu etickému kodexu [online]. *Sociální práce*. 2004, 4, 36-38 [cit. 2012-05-13]. ISSN 1213-624. Dostupné z: <http://www.socialniprace.cz/soubory/2004-4-090221132958.pdf>.
36. Ministerstvo práce a sociálních věcí. Sociální práce a sociální služby [online]. Posl. revize: 5. 6. 2009 [cit. 3. 7. 2017]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/nahled/cs/862>
37. Oddělení sociální péče. *Fakultní nemocnice Plzeň* [online]. ©2017 [cit. 27. 6. 2017]. Dostupné z: <https://www.fnplzen.cz/node/139>

Zákony a etické kodexy:

38. ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povolání [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné 16. 4. 2017 z: <file:///Users/simonacudlmanova/Downloads/sb109-08.pdf>
39. ČESKO. Zákon č. 2/1993 Sb. ve znění ústavního zákona č. 162/1998 Sb., Listina základních práv a svobod [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné 1. 2. 2017 z: <http://www.psp.cz/docs/laws/listina.html>

40. ČESKO. Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné 16. 4. 2017 z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf
41. SPOLEČNOST SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ. Etický kodex sociálních pracovníků [online]. Dostupné 22. 1. 2017 z: http://socialnipracovnici.cz/public/upload/image/eticky_kodex_ssper.pdf

Interní dokumenty Fakultní nemocnice Plzeň

42. WEINFURTEROVÁ, E. *Informace o Oddělení sociální péče: Informace pro pacienty a jejich příbuzné* [online]. Plzeň: Intranet Fakultní nemocnice Plzeň, [10.6. 2015].
43. WEINFURTEROVÁ, E. *Cíle a způsoby poskytování sociálních služeb* [online]. Plzeň: Intranet Fakultní nemocnice Plzeň, [31.3.2014].

Seznam příloh:

1. Dotazník pro lékaře
2. Dotazník pro studenty
3. Seznam zdravotnických zařízení studentských praxí
4. Seznam pracovišť studentských praxí
5. Porovnání otázky č. 7 pro studenty a č. 8 pro lékaře

Příloha č. 1

Dotazník pro lékaře Sociální pracovník ve zdravotnictví

Vážení kolegové,

ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumné části diplomové práce na téma Sociální pracovník ve zdravotnictví z pohledu lékařů a studentů medicíny (FN a LF Plzeň). Velice děkuji za Váš čas!

Mgr. Simona Cudlmanová

Pohlaví (zakroužkujte): muž x žena

Věk:

Doba praxe ve Fakultní nemocnici v Plzni:

1. Na jakém pracovišti působíte v rámci Fakultní nemocnice v Plzni?
2. Spolupracujete při výkonu své profese se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví? (zakroužkujte)
Vůbec ne – zřídka – nevím – spíše ano – pravidelně
3. Informoval Vás někdo ve Fakultní nemocnici v Plzni o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví?
ANO (přejděte na otázku č. 4)
NE (přejděte na otázku č. 7)
4. Kdo Vás informoval o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem v rámci Fakultní nemocnice v Plzni?
5. Jakým způsobem Vám byly informace o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví poskytnuty (např. seminář, diskuze apod.)?
6. Byly pro Vás tyto informace dostačující nebo byste potřebovali poskytnout více informací?
Ano, informace byly postačující
Ne, potřeboval/a bych více informací, konkrétně o: _____
7. Na jakém oddělení si myslíte, že se sociální pracovník ve zdravotnictví nejvíce uplatní? (zakroužkujte, příp. dopište další oddělení)

Chirurgie – Gynekologie a porodnictví – Oční lékařství – ORL – Ortopedie –
Urologie – Dětské lékařství – Onkologie – Interní obory – Anesteziologie –
Dermatologie – Infekce – Neurologie – Psychiatrie – Rehabilitační lékařství –
Geriatric – Paliativní péče

Jiné (napište): _____

OTOČTE ->

8. S jakou cílovou skupinou pacientů by sociální pracovník mohl s největší pravděpodobností pracovat?

| Pacient: | Jak často: |
|---|---|
| Dětsí pacienti | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Senioři | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Onkologicky nemocní | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Těžce nemocní (chroničtí pacienti) | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Klienti gynekologicko-porodnických a novorozeneckých klinik | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Akutní | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Pacienti závislí na návykových látkách | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Pacienti bez domova | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Rodiny pacientů | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Psychiatrickí pacienti | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |

Jiné (vypište): _____

9. Jakou lékařskou fakultu jste vystudovali?

10. Byly Vám v rámci výuky na lékařské fakultě poskytnuty informace o sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví?

ANO (přejděte na otázku č. 11)

NE (přejděte na otázku č. 14)

11. V jakém předmětu jste byli informováni?

12. Jakým způsobem jste byli informováni (např. Diskuze, přednáška, seminář apod.)?

13. Jaké informace Vám byly na Lékařské fakultě poskytnuty?

14. Ocenili byste více informací o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci své výuky na Lékařské fakultě? (zakroužkujte)

ANO (přejděte na otázku č. 15)

NE (konec dotazníku)

15. Jakou formou byste byli rádi o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví informováni? (např. Diskuze, přednáška, seminář apod.)

16. V jakém předmětu by se o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví mělo mluvit?

Děkuji!

Příloha č. 2

Dotazník pro studenty Sociální pracovník ve zdravotnictví

Vážení studenti,

ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí výzkumné části diplomové práce na téma Sociální pracovník ve zdravotnictví z pohledu lékařů a studentů medicíny (FN a LF Plzeň). Velice děkuji za Váš čas!

Mgr. Simona Cudlmanová

Studijní ročník:

Věk:

Pohlaví (zakroužkujte): Muž x Žena

1. V jaké nemocnici jste absolvovali svoji povinnou sesterskou praxi?
2. Na jakém oddělení jste absolvovali svoji povinnou sesterskou praxi?
3. Byli jste na praxi informováni o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví? (zakroužkujte)
ANO (přejděte na otázku č. 4)
NE (přejděte na otázku č. 6)
4. Kdo Vás o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví informoval?
5. Jaké informace Vám byly ohledně sociálního pracovníka ve zdravotnictví poskytnuty?
6. Na jakém oddělení si myslíte, že se sociální pracovník ve zdravotnictví nejvíce uplatní? (zakroužkujte, příp. dopište další oddělení)

Chirurgie – Gynekologie a porodnictví – Oční lékařství – ORL – Ortopedie –
Urologie – Dětské lékařství – Onkologie – Interní obory – Anesteziologie –
Dermatologie – Infekce – Neurologie – Psychiatrie – Rehabilitační lékařství –
Geriatric – Paliativní péče
Jiné (napište): _____

OTOČTE ->

7. S jakou cílovou skupinou pacientů by sociální pracovník mohl s největší pravděpodobností pracovat?

| Pacient: | |
|---|---|
| Dětský pacient | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Senioři | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Onkologicky nemocní | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Těžce nemocní (chroničtí pacienti) | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Klienti gynekologicko-porodnických a novorozeneckých klinik | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Akutní | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Pacienti závislí na návykových látkách | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Pacienti bez domova | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Rodiny pacientů | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |
| Psychiatřiční pacienti | Nikdy – zřídka – nevím – spíše ano – určitě ano |

Jiné (vypište): _____

8. Byli jste informováni o možnostech spolupráce se sociálním pracovníkem v rámci své výuky? (zakroužkujte, příp. dopište v jakém předmětu)

ANO přejděte na otázku č. 10

NE přejděte na otázku č. 13

9. V jakém předmětu jste byli informováni?

10. Jakým způsobem jste byli informováni (např. Diskuze, přednáška, seminář apod.)?

11. Jaké informace Vám byly na Lékařské fakultě poskytnuty?

12. Chtěli byste více informací o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci své výuky? (zakroužkujte)

ANO přejděte na otázku č. 13

NE (konec dotazníku)

13. Jakou formou byste byli rádi o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví informováni?

14. V jakém předmětu by se o roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví mělo přednášet?

Děkuji!

Příloha č. 3

| Jméno zařízení | Počet studentů, kteří zde absolvovali praxi | Procentuální vyjádření z celkového počtu 225 respondentů |
|--|--|---|
| Fakultní nemocnice v Plzni (Bory, Lochotín) | 74 | 33 % |
| Nemocnice České Budějovice a.s. | 15 | 7 % |
| Karlovarská krajská nemocnice, a.s. | 12 | 5 % |
| Nemocnice Sokolov | 7 | 3 % |
| Chomutov – Krajská zdravotní, a.s. | 6 | 3 % |
| Nemocnice Strakonice, a.s. | 5 | 2 % |
| Nemocnice Český Krumlov | 4 | - |
| Nemocnice Domažlice | 4 | - |
| Rokycanská nemocnice | 4 | - |
| Klatovská nemocnice | 4 | - |
| Fakultní nemocnice Hradec Králové | 4 | - |
| Nemocnice Hořovice | 3 | - |
| Nemocnice Jindřichův Hradec | 3 | - |
| Nemocnice Most | 3 | - |
| Nemocnice Písek | 3 | - |
| Nemocnice Planá | 3 | - |
| Praha (nespecifikoval/a odpověď) | 3 | - |
| Nemocnice Privamed (Plzeň) | 3 | - |
| Oblastní nemocnice Příbram | 3 | - |
| Fakultní nemocnice v Motole | 2 | - |
| Nemocnice Havlíčkův Brod | 2 | - |
| Nemocnice Jablonec nad Nisou | 2 | - |
| Nemocnice Jihlava | 2 | - |
| Krajská nemocnice Liberec | 2 | - |

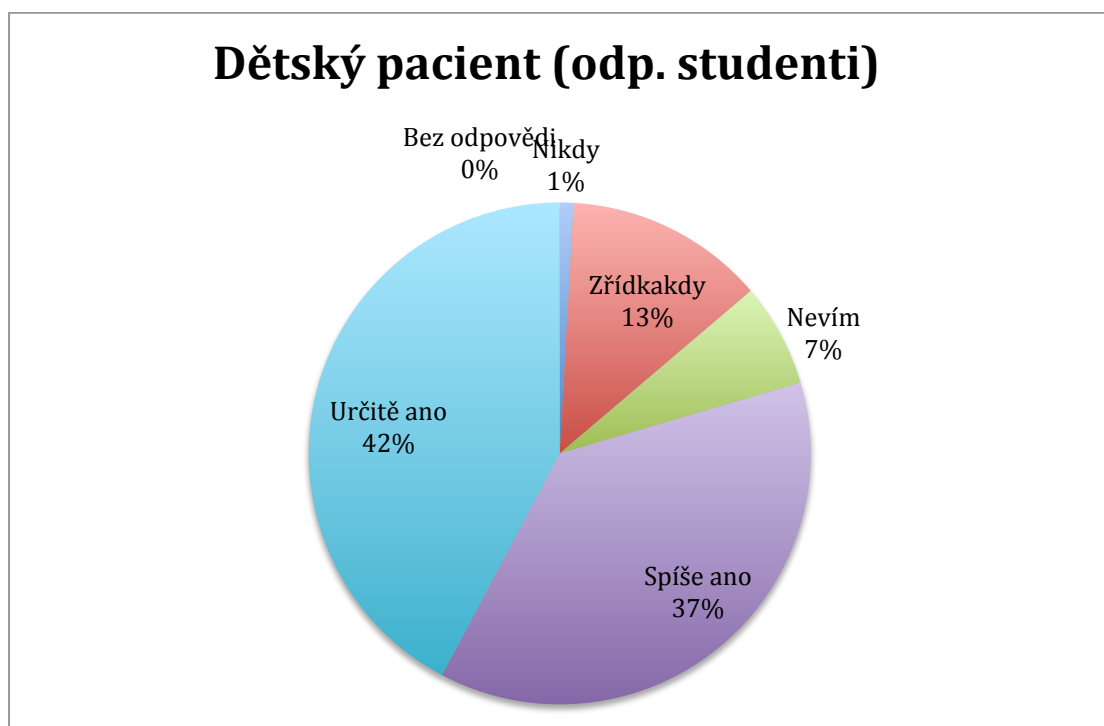
| | | |
|--|---|---|
| Mulačova nemocnice (Plzeň) | 2 | - |
| Nemocnice Pelhřimov | 2 | - |
| Nemocnice Říčany | 2 | - |
| Fakultní nemocnice u Svaté Anny (Brno) | 2 | - |
| Nemocnice Tábor | 2 | - |
| Nemocnice Žatec | 2 | - |
| Nemocnice u Apolináře | 1 | - |
| Poliklinika Bílina | 1 | - |
| Nemocnice Bojnice | 1 | - |
| Dětská nemocnice Brno | 1 | - |
| Nemocnice Česká Lípa | 1 | - |
| Nemocnice Cheb | 1 | - |
| Domov důchodců (nespecifikováno) | 1 | - |
| Nemocnice Duchcov | 1 | - |
| Nemocnice Dvůr Králové nad Labem | 1 | - |
| Fakultní nemocnice na Vinohradech | 1 | - |
| Nemocnice Frýdek Místek | 1 | - |
| Hradec (nespecifikováno) | 1 | - |
| Oblastní nemocnice Jičín | 1 | - |
| Nemocnice Kolín | 1 | - |
| Nemocnice Na Bulovce | 1 | - |
| Nemocnice Na Homolce | 1 | - |
| Orlickoústecká nemocnice | 1 | - |
| Fakultní nemocnice Ostrava | 1 | - |
| Nemocnice Ostrov | 1 | - |
| Lužická nemocnice a poliklinika – Rumburk | 1 | - |
| Nemocnice Sušice | 1 | - |

| | | |
|--|---|---|
| Nemocnice Turnov | 1 | - |
| Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem | 1 | - |
| Nemocnice Valašské Meziříčí | 1 | - |
| Všeobecní fakultní nemocnice v Praze | 1 | - |
| Baťova nemocnice Zlín | 1 | - |
| Zahraniční nemocnice | 8 | - |

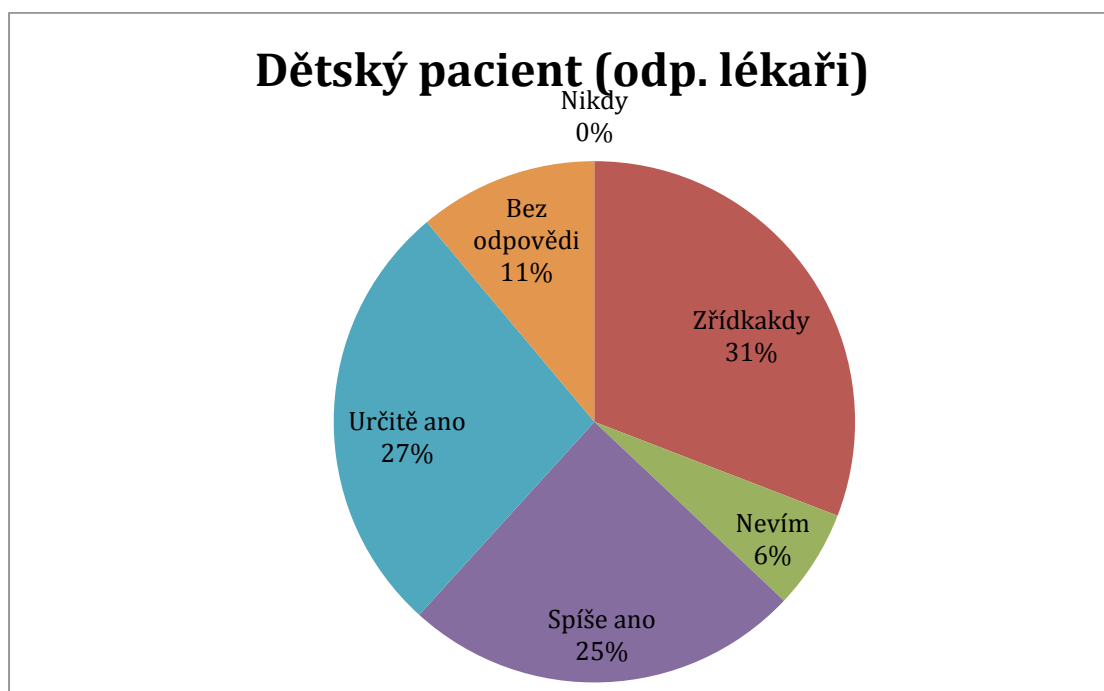
Příloha č. 4

| Pracoviště | Počet studentů | Procentuální vyjádření z celkového počtu 225 respondentů |
|--|-----------------------|---|
| Chirurgické | 59 | 26 % |
| Interní | 47 | 21 % |
| Dětské | 21 | 9 % |
| Ortopedie a traumatologie | 18 | 8 % |
| Gynekologicko- porodnické | 13 | 6 % |
| Neurologické | 12 | 5 % |
| ARO | 10 | - |
| Kardiologie | 9 | - |
| Gynekologie | 6 | - |
| LDN | 4 | - |
| Urologie | 4 | - |
| JIP | 6 | - |
| Onkologie | 3 | - |
| ORL | 2 | - |
| Psychiatrie | 2 | - |
| Geriatrie | 2 | - |
| Anesteziologicko- resuscitační oddělení | 1 | - |
| Hematoonkologie | 1 | - |
| Infuzní oddělení | 1 | - |
| Oční oddělení | 1 | - |
| Plicní oddělení | 1 | - |
| Septické oddělení | 1 | - |
| Urgentní příjem | 1 | - |

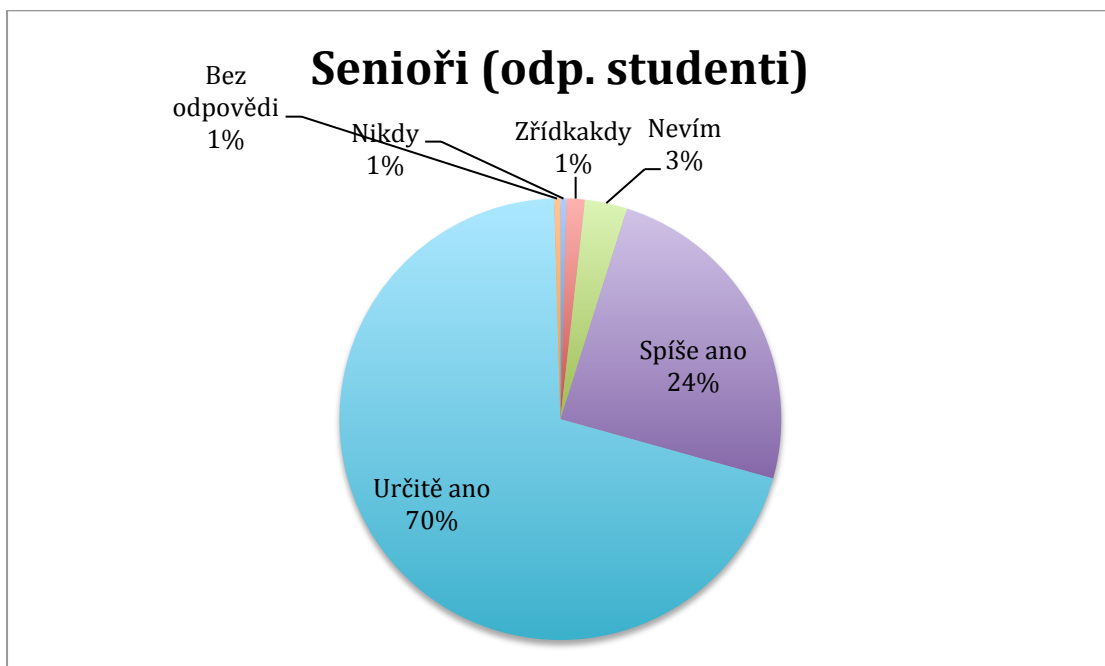
Příloha č. 5



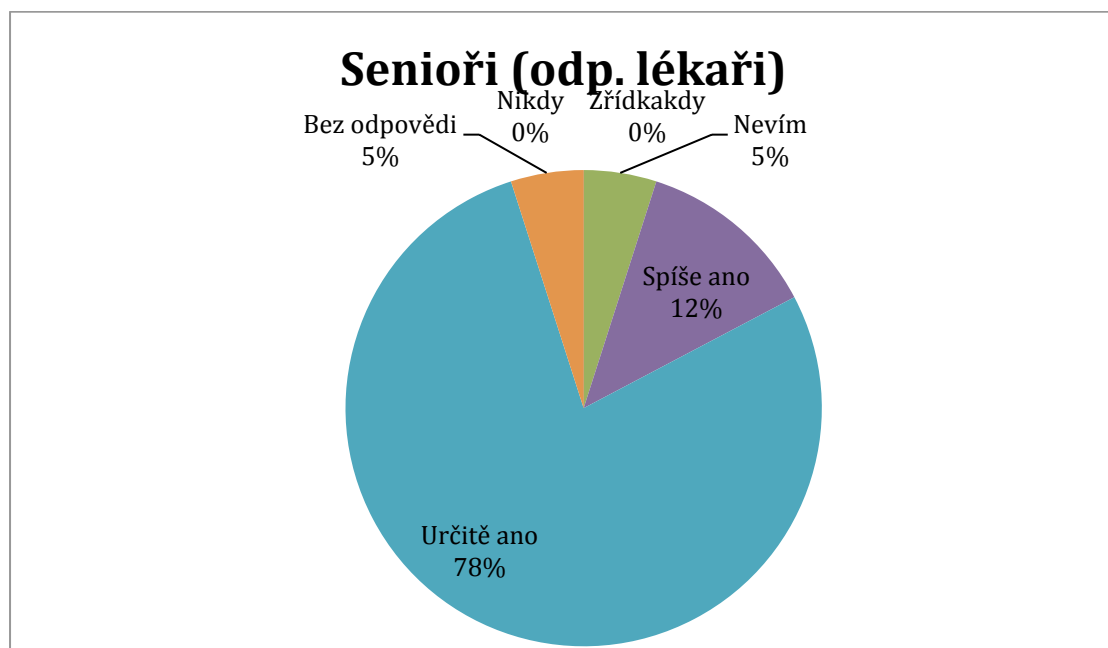
Graf 1a



Graf 1b

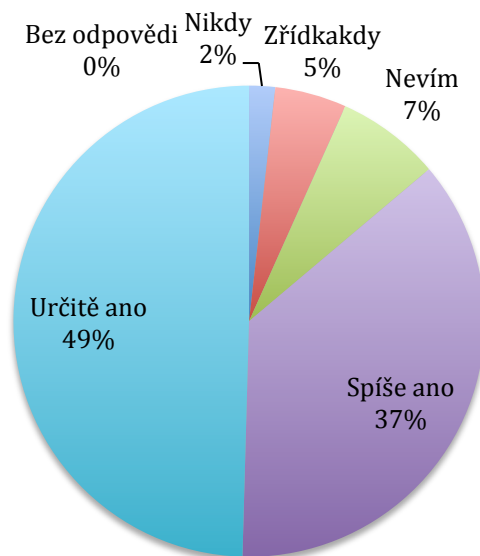


Graf 2a



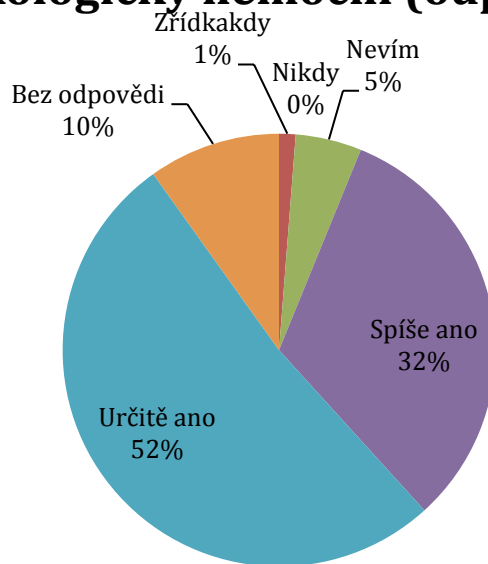
Graf 2b

Onkologicky nemocní (odp. studenti)



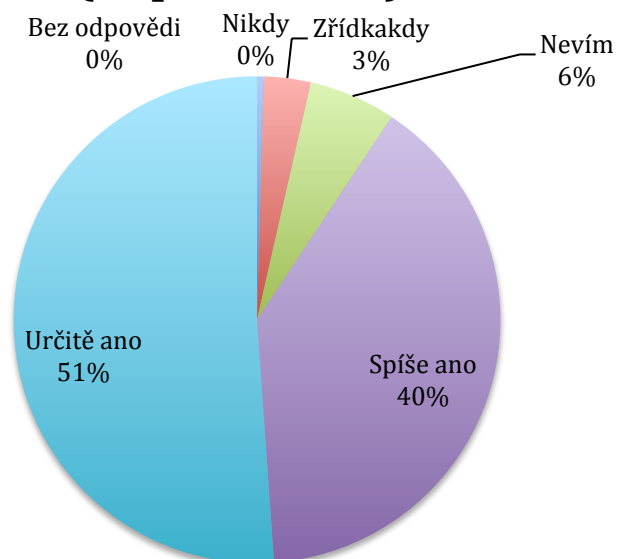
Graf 3a

Onkologicky nemocní (odp. lékaři)



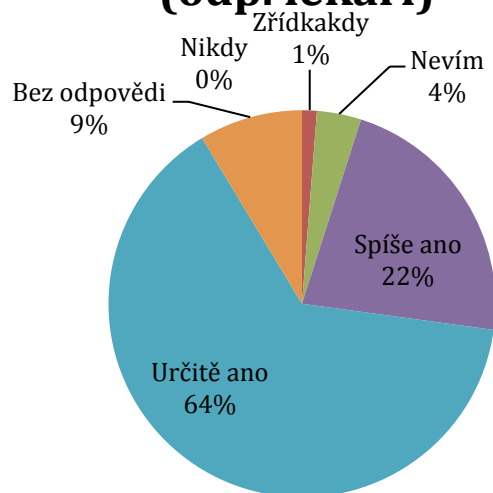
Graf 3b

Těžce nemocní - chroničtí pacienti (odp. studenti)



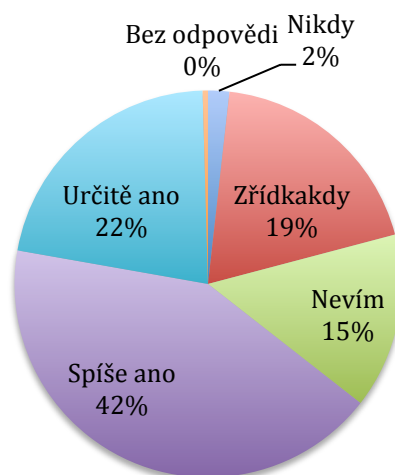
Graf 4a

Těžce nemocní - chroničtí pacienti (odp. lékaři)



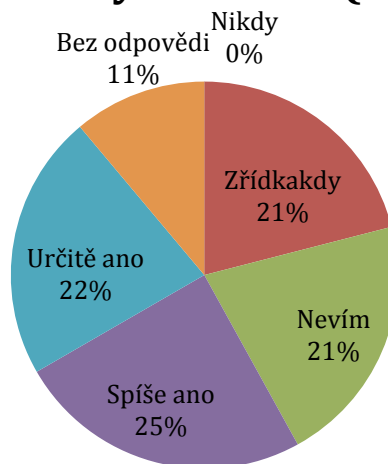
Graf 4b

Klienti gynekologicko-porodnických a novorozeneckých klinik (odp. studenti)

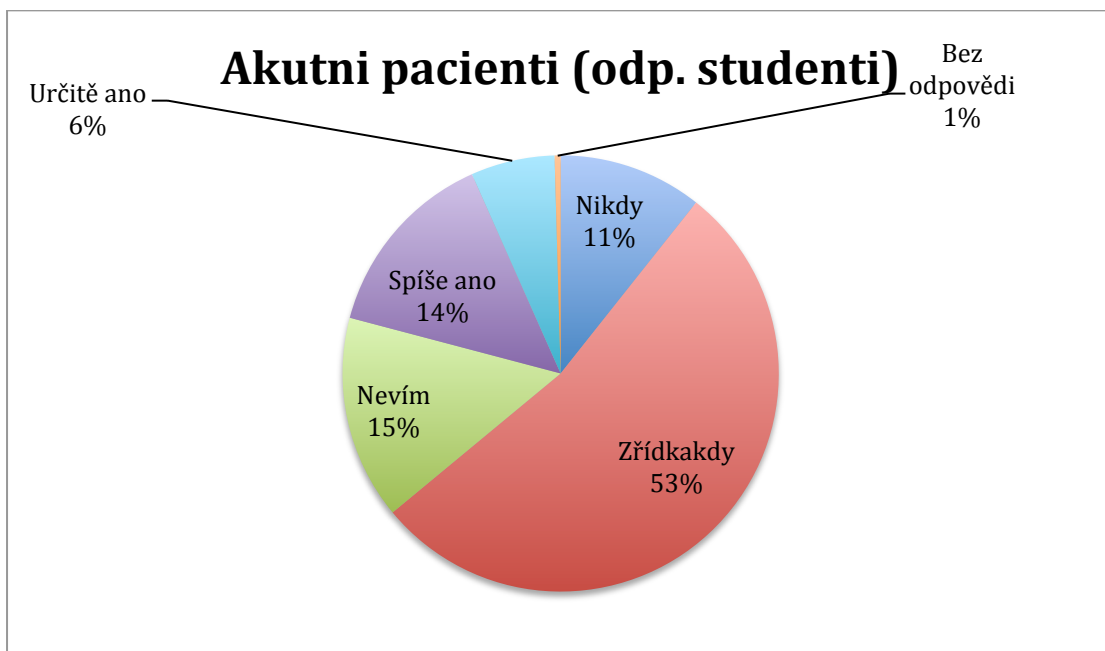


Graf 5a

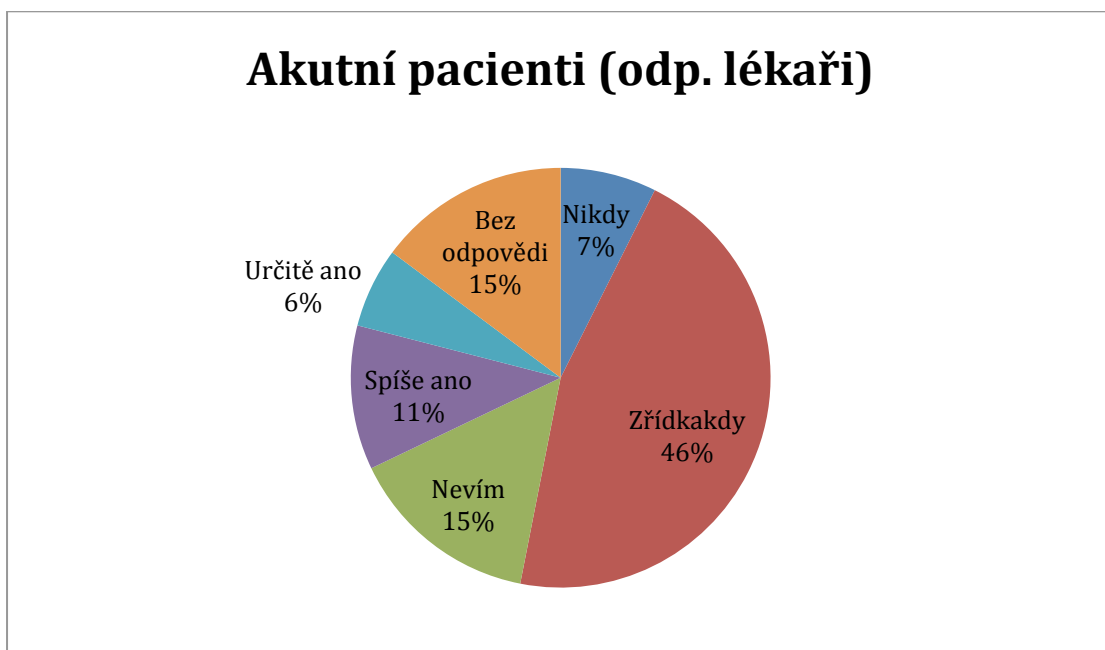
Klienti gynekologicko-porodnických a novorozeneckých klinik (odp. lékaři)



Graf 5b

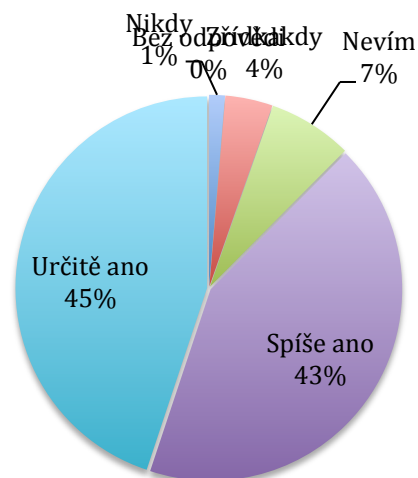


Graf 6a



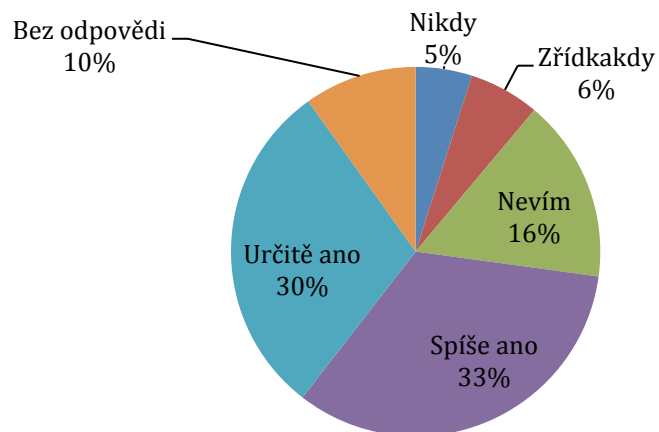
Graf 6b

Pacienti závislí na návykových látkách (odp. studenti)



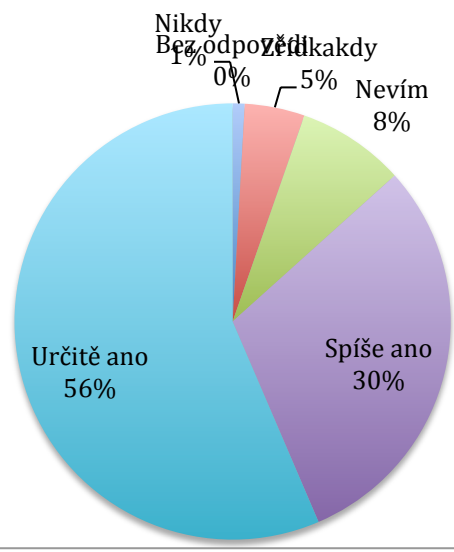
Graf 7a

Pacienti závislí na návykových látkách (odp. lékaři)



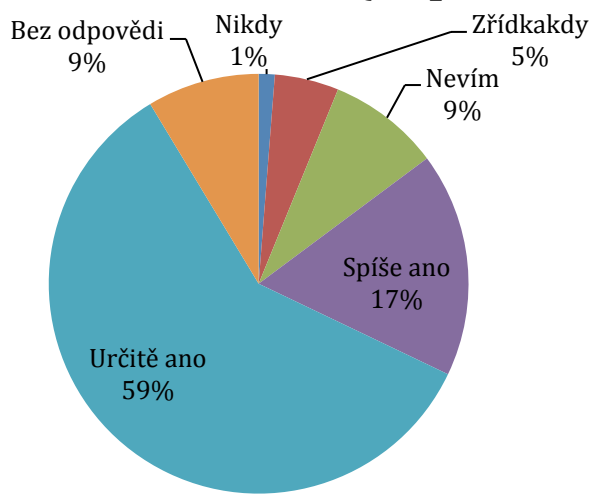
Graf 7b

Pacienti bez domova (odp. studenti)



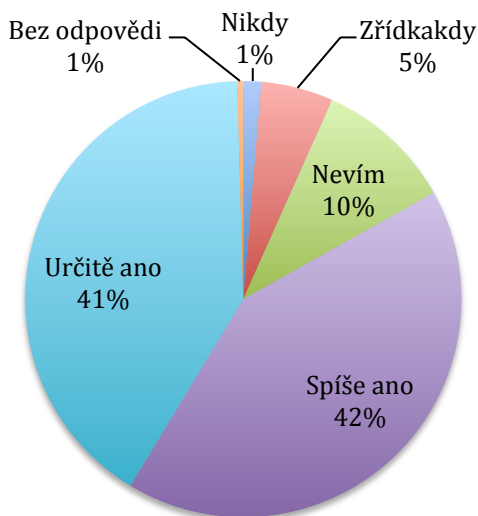
Graf 8a

Pacienti bez domova (odp. lékaři)



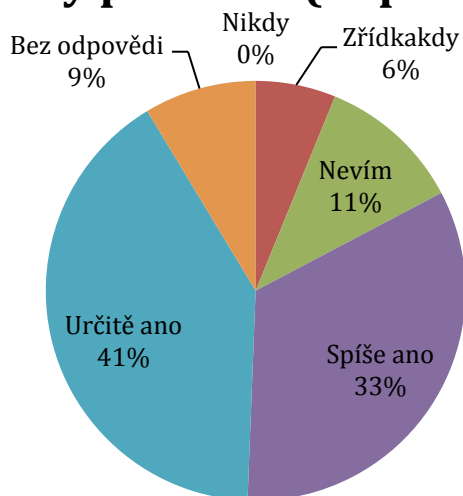
Graf 8b

Rodiny pacientů (odp. studenti)



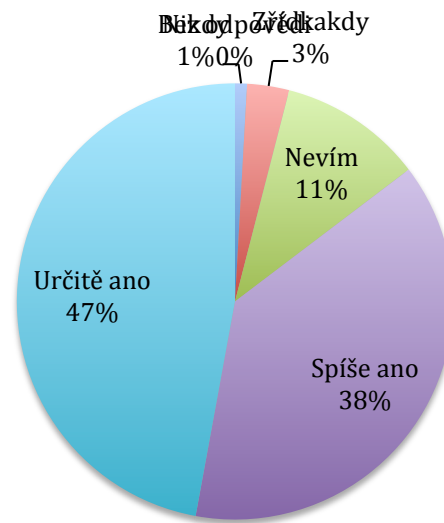
Graf 9a

Rodiny pacientů (odp. lékaři)



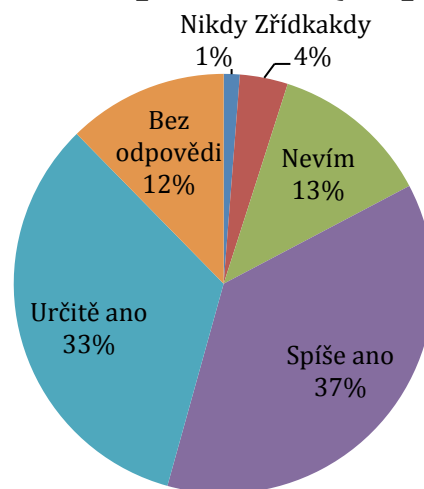
Graf 9b

Psychiatričtí pacienti (odp. studenti)



Graf 10a

Psychiatričtí pacienti (odp. lékaři)



Graf 10b

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Simona Cudlmanová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Počet stran (bez příloh): 87

Celkový počet stran: 108

Počet titulů české literatury a pramenů: 29

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 9

Počet internetových odkazů: 12

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Rok dokončení práce: 2017

Evidenční list knihovny

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Praze, dne:.....

.....

Uživatel/ka potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

| Jméno, příjmení | Adresa | Datum | Podpis |
|-----------------|--------|-------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Simona Cudlmanová**

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Sociální pracovník ve zdravotnictví z pohledu lékařů a studentů medicíny

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 21

Počet titulů v seznamu literatury: 38

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 0** | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|---|---|---|---|

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Oborová příslušnost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Originalita tématu a jeho zpracování

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Využití výzkumných empirických metod

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Využití praktických zkušeností

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Naplnění cílů práce

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Návaznost kapitol a subkapitol

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | x | | | |
|--|---|--|--|--|

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V čem spatřujete specifika odborného poradenství poskytovaného sociálně zdravotním pracovníkem?

Na základě Vašeho výzkumu o postavení sociálně zdravotního pracovníka z hlediska pohledu lékařů a studentů medicíny, uveďte naopak, jak vnímáte možnosti a potřeby sociálně zdravotních pracovníků v tomto směru?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka si vybrala téma, ke kterému má díky svému povolání velmi blízko. Práce je rozdělena na část teoretickou a část výzkumu.

V teoretické části se autorka krátce zabývá problematikou sociální práce jako takové, a poté jejím specifikem v kontextu zdravotnictví. Jejím vývojem, možnostmi vzdělávání, pracovní náplní, metodami a cílovými skupinami sociální práce ve zdravotnictví. Dále se autorka zabývá komplexním přístupem k pacientovi, kde zmiňuje biopsychosociální a psychosociální model zdraví a nemoci. V souvislosti s místem, kde provedla svůj výzkum, nás seznamuje s výukou na Lékařské fakultě UK v Plzni a se sociální prací v rámci Fakultní nemocnice v Plzni. Autorka využívá svých zkušeností a text strukturuje dle svých postřehů z působení ve Fakultní nemocnici, z poznatků studia a také odborné literatury.

Praktická část je zdařilá nejen zpracováním, ale i výběrem problematiky, která je potřebná k diskusi. Praktická část je věnována výzkumné sondě, která se zbývá otázkou, zda studenti medicíny a lékaři mají povědomí o práci sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních (nemocnicích). Respondenti v rámci dotazníků reflektují, jak jsou v rámci své výuky, v průběhu svých praxí a poté v praxi samotné seznamováni s prací a působením sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Autorce se povedlo zmapovat názory respondentů a ověřit si svou hypotézu. Otázkou zůstává, zda tento výzkum a výzkumy jemu podobné mohou ovlivnit či pomoci tomu, aby lékařských personál nemocnic nejen věděl o existenci sociálních pracovníků, ale aby s nimi co nejvíce spolupracoval ve prospěch svých klientů (pacientů).

K formální úpravě diplomové práce nejsou výhrady a použita domácí i zahraniční literatura odpovídá tématu práce.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: **1 - výborně**

31. 8. 2017


Mgr. Iveta Jelínková

**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Simona Cudlmanová
 Obor studia: Sociální politika a sociální práce
 Název práce: Sociální pracovník ve zdravotnictví z pohledu lékařů a studentů medicíny
 Oponent práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 87

Počet stránek příloh: 21

Počet titulů v seznamu literatury: 50

| | | | | |
|-----|---|---|---|---|
| 0** | 1 | 2 | 3 | 4 |
|-----|---|---|---|---|

Výběr tématu

Závažnost tématu

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Oborová přílehlavost tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Originalita tématu a jeho zpracování

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Využití výzkumných empirických metod

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Využití praktických zkušeností

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Naplnění cílů práce

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

Návaznost kapitol a subkapitol

| | | | | |
|--|---|--|--|--|
| | 1 | | | |
|--|---|--|--|--|

** 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

| | | | | |
|--|--|---|--|--|
| | | 2 | | |
|--|--|---|--|--|

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Vysvětlete pojmy variabilita a validita!

Na čem záleží validita jakéhokoli zkoumaného souboru?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce odpovídá a také přispívá k současným představám o zlepšení spolupráce mezi zdravotníky a a sociálními pracovníky.

Práce je pečlivě provedena a dokumentována. Oceňuji, že autorka se snaží uplatnit zkušenosti ze své vlastní práce.

Po formální stránce zjišťuji některé nedostatky: Úvod a zejména Závěr se nečísluje. Tečka se nedělá za posledním číslem, což má autorka správně, ale nedělá se tedy taky ani za samostatným, jedním číslem velké kapitoly. U převzatého autora je lépe napsat např. na s. 7: Beder uvádí ... (cit. dle Kuzníkové) než (Beder, In: Kuzníková).

Před druhého autora se nedává čárka, ale „a“, což na řadě míst autorka má, ale někde ponechává čárku např. s.19: Mojžíšová, Nekola nebo s.22 Beran, Tumpachová.

U tabulek a grafů nestačí jen označení číslem, ale má být i nadpis toho, co tabulka nebo graf obsahuje. Uvádí se jen Tab.č. Graf č. A nikoliv Obr.č. ... Tab. č. u téhož obojí.

Tabulka ani graf nejsou obrázky a číslují se každý zvlášť, stejně jako jsou zvlášť číslovány obrázky. Obr.č.1. Jednotlivé modely je sice správně uveden jako převzatý a odkud, ale autorka jej měla uvést v českém překladu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

Velmi dobře

Datum, podpis:

8. 10. 2017


MUDr. Olga Dostálová, CSc.