

# Pražská vysoká škola psychosociálních studií



## Spolupráce sociálních pracovníků se zdravotníky a následná sociální péče jako cesta k uzdravení

Bc. Klára Vojkůvková DiS.

Diplomová práce

Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou  
psychoterapii

Vedoucí práce: MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Praha 2018**

# Prague college of psychosocial studies



## Collaboration of social workers with health professionals and subsequent social care as a way to recovery

Bc. Vojkůvková Klára DiS.

The Diploma Thesis

The diploma Thesis Work Supervisor:

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Praha 2018**

## Anotace

Diplomová práce se zaměřuje na problematiku spolupráce mezi sociálními pracovníky a zdravotníky. Mezioborová spolupráce dokáže přinést řadu výhod nejen pro klienty, ale i pro odborníky pracující v týmu. Přes veškeré benefity, jež jsou v této práci popsány a které spolupráce v týmu může přinést všem zúčastněným stranám, je evidentní výskyt řady bariér, na jejichž základě spolupráce nefunguje tak, jak je potřeba. Pozornost věnovanou překážkám ve spolupráci mezi zmiňovanými rezorty považuji za nedostatečnou, a proto jsem prostřednictvím této diplomové práce zjistit, jakým způsobem tato spolupráce funguje v praxi. Zaměřuji se na týmy, ve kterých se vyskytují zdravotníci a sociální pracovníci, v nichž je spolupráce obou oborů zásadní ve prospěch klienta-pacienta. K tomuto účelu jsem oslovila týmy pečující o seniory, u nichž je kumulace zdravotních a sociálních potíží nejmarkantnější.

## Klíčová slova

Pomáhající profese, spolupráce, bio-psycho-sociální model

## **Annotation**

The diploma thesis focuses on the issue of cooperation between social workers and health workers. Interdisciplinary cooperation can bring many benefits not only for the clients but also for the professionals working in the team. Despite all the benefits of teamwork described in this thesis, there is a clear range of barriers that do not work as needed. I consider the attention paid to the obstacles in the cooperation between the mentioned departments to be inadequate and therefore I wanted to find out through this diploma thesis how this cooperation works in practice. I focus on teams in which there are health professionals and social workers, where cooperation between the two disciplines is crucial to the benefit of the client-patient. For this purpose, I have approached senior care teams, where the accumulation of health and social problems is the most significant.

### **Keywords**

Helping profession, collaboration, bio-psycho-social model

## Čestné prohlášení

Prohlašuji, že svou diplomovou práci na téma:

„Spolupráce sociálních pracovníků se zdravotníky a následná sociální péče jako cesta k uzdravení“

jsem vypracoval/a samostatně pod vedením vedoucí bakalářské práce a s použitím odborné literatury a dalších informačních zdrojů, které jsou citovány v práci a uvedeny v seznamu literatury na konci práce. Jako autorka uvedené bakalářské práce dále prohlašuji, že jsem v souvislosti s jejím vytvořením neporušila autorská práva třetích osob.

Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne .....

.....

## **Poděkování**

Chtěla bych tímto poděkovat doc. MUDr. Olze Dostálové, CSc. a doc. PaedR. Slavomíru Lacovi, PhD. za odborné vedení diplomové práce, zvláště za jejich trpělivost a ochotu, také za rychlý a vstřícný přístup.

Klára Vojkůvková

# OBSAH

<b>1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE .....</b>	<b>8</b>
1.1 POSTAVENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE V POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ.....	11
1.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	12
1.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY VE ZDRAVOTNICKÉM ZAŘÍZENÍ.....	14
<b>2 CHARAKTERISTIKA A OSOBNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....</b>	<b>17</b>
2.1 KLIENTI SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ .....	18
2.1.1 Geriatrický klient.....	20
2.1.2 Hospitalizovaný klient.....	22
2.1.3 Chronicky nemocný klient.....	24
2.1.4 Klient s duševním onemocněním .....	25
2.1.5 Umírající klient.....	27
2.1.6 Zdravotně znevýhodněný klient.....	29
2.2 POTŘEBY KLIENTŮ V SOCIÁLNÍ PRÁCI .....	30
2.3 NÁPLŇ PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	32
2.4 SPOLUPRÁCE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ SE ZDRAVOTNÍKY .....	33
2.4.1 Potřeba supervize v pomáhajících profesích .....	36
<b>3 CHARAKTERISTIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ .....</b>	<b>39</b>
3.1 POJÍMÁNÍ SENIORA .....	40
3.2 POTŘEBY SENIORA.....	42
3.3 POBYTOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO SENIORY.....	44
<b>4 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ .....</b>	<b>47</b>
4.2 CÍLE VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	48
4.3 HYPOTÉZY .....	49
4.4 ZKOUMANÝ SOUBOR .....	50
4.4 METODIKA VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ .....	52
4.4.1 METODA ZPRACOVÁNÍ DAT .....	53
4.5 VÝSLEDKY VÝZKUMU.....	54
4.6 ANALÝZA A DISKUSE .....	74
<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>77</b>
<b>SEZNAM LITERATURY .....</b>	<b>79</b>
<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>1</b>

# 1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE

Před vymezením sociální práce jako takové je nejdříve zapotřebí vymežit pojem pomáhajících profesí, protože sociální práce patří mezi tato povolání, stejně tak jako mnoho dalších. Pomáhající profese je velice všeobecné označení pro soubor povolání u nichž, jak název napovídá, je hlavním posláním pomáhat lidem v nepříznivých životních situacích. Podle tohoto popisu však pod tento pojem lze zařadit celou řadu povolání se stejným cílem. Kopřiva (2006) ve své knize uvádí hned několik konkrétních oborů, např. lékařství, psychologie, speciální pedagogika aj., jejichž hlavní náplní je také pomoc lidem. Cíl je shodný, přesto se ve své náplni práce tyto obory podstatně liší (KOPŘIVA, 2006).

Chápat sociální práci jen podle vymezení vyplývajícího z popisu pomáhajících profesí, tedy jako pomoc a podporu jedinci, skupině nebo i komunitě, je nedostačující. Během 20. století se sociální práce stala samostatnou vědní disciplínou, uplatňující se v praxi při odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů, a i přestože se toto uvedené Matouškovo pojetí zdá být v základě jednoznačné, existuje značné množství i jiných pohledů na sociální práci (MATOUŠEK, 2012). Jednoznačné uchopení sociální práce je veskrze obtížné, a to právě vzhledem k její rozmanitosti (MAHROVÁ a VENGLÁŘOVÁ, 2008).

Sociální práce v jedné ze svých rovin přechází od osobní asistence přes ošetřování a pečovatelské, opatrovnické, poradenské, moderaci, mediaci až po supervizi a řízení sociálních institucí a procesů. Toto vše je možné si běžně představit pod pojmem sociální práce. Na druhé straně, lze hovořit o horizontální sféře, však zasahuje i do nových oblastí, jako jsou zdravotnické a školské služby. Je tedy evidentní, že pro svou různorodost roste potřebná odbornost u profesí v resortu sociální práce (cit. dle Zajacové, 2014).

Činnosti, které sociální pracovníci zastávají jsou jak je vidět značně rozličné, což by mohlo celou situaci s přesným vydefinováním významně komplikovat. Autoři se však shodují, že ve všech případech jde o činnosti, které obecně směřují k sociálnímu začleňování lidí, podpoře sociálního fungování a pomoci při jejich sociálním vyloučení. Mezinárodní federace sociálních pracovníků uvádí, že současná sociální práce se ve svých nejrůznějších formách zaměřuje převážně na vztahy mezi lidmi a jejich



přirozeným prostředím. Posláním sociálních pracovníků je umožnit lidem realizovat jejich možnosti, obohatit jejich životy a předcházet veškerým selháním. Sociální pracovníci ovlivňují změny ve společnosti, ale i v životě jednotlivců, rodin a komunit. Sociální práce je vzájemně propojený systém hodnot, teorie a praxe (IFSW, 2012).

Sociální práce dokáže klientovi nabídnout specifické služby, které jiné pomáhající profese neposkytují a naopak, jiné obory z pomáhajících profesí poskytují to, co sociální práce nedokáže (MUSIL, 2008). Výlučnost sociální práce od jiných pomáhajících profesí a její výjimečnost specifikuje právě tento autor (Musil, 2004). Mluví o konkrétních specifických znacích, kterými se sociální práce vyznačuje oproti jiným. Mezi tyto znaky patří např.: komplexnost zaměření sociální práce, tedy zájem o nejrůznější okolnosti klientova života, tak aby mohl být jeho život vnímán jako celek. To v zásadě znamená, že povinností sociálního pracovníka je brát v úvahu všechny klientovy zdroje a překážky, které způsobují, že se klient ocitl v obtížné či svízelné životní situaci. V potaz se musí brát zdravotní fyzický, ale i psychický stav klienta, jeho životní fáze, pracovní kvalifikace, finanční gramotnost, sociální prostředí, ve kterém žije, zázemí, bytová situace, jeho vztahy s blízkými i s okolím atd. (MUSIL, 2004). Šveřepa ve svém popisu sociální práce poukazuje hlavně na její obsáhlost, sociální práce se totiž podle něj zaměřuje nejen na překážky ve společnosti, nerovnosti a nespravedlnosti vůči jednotlivcům, ale reaguje také na celospolečenské aktuální problémy. V tomto směru využívá celou škálu dovedností, odborných postupů a činností, a to s jediným cílem: vhodně pomoci klientovi. Intervence sociálních pracovníků zahrnují nejrůznější procesy, které k tomuto cíli vedou, jedná se např.: o poradenství, a to jak základní tak odborné poradenství, práci s jednotlivcem, skupinovou práci, sociálně pedagogickou práci či rodinnou terapii, spadá sem i snaha pomoci lidem získat služby a zdroje v jejich společenství. K činnostem sociálních pracovníků patří také správa institucí, organizací a zapojování se do společenských a politických aktivit s dopadem na sociální politiku a celkový ekonomický rozvoj (ŠVEŘEPA, 2005).

Výjimečnost sociální práce souvisí také se zaměřením na zprostředkovávání interakcí mezi samotnými klienty a jejich sociálním prostředím. Cílem je zajistit vhodné sociální fungování klienta ve společnosti, tedy naplňování jeho sociálních rolí. Sociální práce jako jediná z pomáhajících profesí působí právě na vztahy mezi klienty a jejich

sociálním prostředím. Působí tedy v obou směrech, zatímco ostatní obory se zabývají pouze některou z dílčích překážek zvládnání životní situace klienta (MUSIL, 2004).

Z tohoto vychází i další možný pohled na sociální práci, který ji vidí jako profesionální aktivitu zaměřenou především na zlepšení či obnovení sociálního fungování klientů a na vytvoření takových společenských podmínek, které tento cíl umožní. Zde je evidentní onen důraz na potřebu práce jak s klientem, tak i s jeho sociálním prostředím (NAVRÁTIL, 2001).

Potíže, které sociální práce může skýtat, ji také zásadně odlišují od ostatních profesí. Nejzásadnější je hledání rovnováhy mezi potřebnou pomocí klientovi a uplatňováním kontroly nad ním. Sociální pracovník musí neustále vnímat a reflektovat, jaký přístup zvolit, zda v dané situaci pomůže spíše partnerský či naopak direktivní přístup.

To jakým způsobem je potřeba s klientem pracovat, zvolí sociální pracovník na základě své odbornosti, sociální práce je totiž odborná a profesionální činnost, která vyžaduje právě konkrétní průpravu, vědecky podložené postupy a určité dovednosti. Tato profese má významný celospolečenský dopad, proto ji nelze vykonávat laicky a neodborně (JANOŠKOVÁ a NEDĚLNÍKOVÁ, 2008). Sociální práce klade různé specifické nároky na své pracovníky, Matoušek uvádí např. fyzickou a psychickou zdatnost, důvěryhodnost, empatii, komunikační dovednosti a přitažlivost pro klienty (MATOUŠEK, 2016).

Zvláště legislativa se věnuje sociální práci, v zákoně 108/2006 o sociálních službách, v § 109 je implicitně stanovena odborná způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka.

Sociální pracovník dle tohoto zákona musí mít minimálně vyšší odborné vzdělání získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost.

Další možností je získání vysokoškolského vzdělání studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči, sociální patologii, právo nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu.

Sociální pracovník může absolvovat také akreditovaný vzdělávací kurz v oblastech uvedených v zákoně v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxi při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v zákoně (Zákon 108/2006).

Je evidentní, že sociální práce není dnes pouhým, běžným povoláním, ale i důležitým posláním, pro které je požadován určitý stupeň vzdělání a dovedností, stejně jako osobnostních předpokladů.

### 1.1 Postavení sociální práce v pomáhajících profesích

Ač je sociální práce státem uznávána jako plnohodnotná profese, vedou se stále v praxi na toto téma mnohé diskuse. Je evidentní, že vymezení sociální práce jako profese se stále ještě jeví jako nanejvýš problematické. Někteří odborníci ji dokonce označují za pouhou „poloprofesi“ (MATOUŠEK, 2003). Tomuto tématu se věnuje např. Janebová. Z jejího článku „Otázky k profesionalizaci sociální práce“ v závěru vyplývá, že, i když po formální stránce česká sociální práce splňuje veškerá potřebná kritéria pro uznání činnosti jako plnohodnotné profese, ve společnosti patří tento obor spíše mezi méně uznávané profese, a to jak v laické, tak odborné sféře. Sociální práce podle tohoto článku patří mezi obory spíše s nižší prestiží a nižšími příjmy, což dále souvisí s ochotou tuto profesi vůbec vykonávat (JANEBOVÁ, 2005). To je pravý opak ve srovnání s lékařskými povoláními a profesemi souvisejícími s medicínou, jež nyní postupně spíše získávají stále větší a větší společenskou dominanci, takže často přesahují své kompetence a zasahují do mnoha oblastí lidského života, které nejsou v jejich kompetenci (BÁRTLOVÁ, 2005).

S tímto přístupem příslušných odborníků a uvedenými nevhodnými postoji lze jen obtížně navodit spolupracující vztah mezi sociálními pracovníky a jinými profesionály z ostatních pomáhajících profesí. Uvést tak v praxi bio-psycho-sociální model, který je pro klienta tolik důležitý a který vyžaduje právě rovnocennou spolupráci, je pak náročné. Multidisciplinární tým by měl být založen na takové rovnocenné spolupráci a koordinaci všech zúčastněných specialistů (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010). To nezbytně předpokládá ochotu ke spolupráci, vzájemnou důvěru v týmu a vědomí toho, že každý člen je důležitý a má své místo pro zajištění komplexní péče (MAHROVÁ a VENGLÁŘOVÁ, 2008).

Jedinečným příkladem z praxe, která se v posledních letech objevuje, nejčastěji v souvislosti se stárnutím populace, je velká potřeba relevantních sociálních služeb, které mají přímou návaznost na některé typy ošetrující a zdravotní péče. Přesto je viditelné, že spolupráce mezi oběma resorty není vždy dostačující. Jen zřídka je možné se setkat s potížemi týkající se zdravotní sféry, které by nezasáhly do sociální oblasti v životě člověka. Naopak, častěji se vyskytují komplexnější potíže, kdy dochází ke kumulaci různých zdravotních komplikací a sociálních handicapů (ČÍPKOVÁ, KOUŘILOVÁ a HRUŠKA, 2014). Z tohoto důvodu by se o nemocného člověka měli starat odborníci z různých oborů, jedině tato spolupráce totiž dokáže zajistit komplexní péči. Navíc by si všichni zainteresovaní měli uvědomit, že se nemocný stává na nich závislým a je postaven do situací, které jsou odlišné od těch, které dobře zná, proto v této náročné situaci potřebuje nejen zdravotní zásahy, ale i podporu v jiných oblastech svého života, do nichž nemoc zasahuje (KŘIVOHLAVÝ, 2011).

Z tohoto důvodu budou pro tuto práci stěžejní právě otázky týkající se kooperace zdravotní a sociální péče. Obě profese spadají do resortu pomáhajících profesí, přesto jejich spolupráce na základě mnoha zkušeností všude zcela nefunguje. V současnosti je tedy tato mezioborová spolupráce předmětem společenského zájmu, kde vyvstává jednoznačný problém, a to, jak efektivně organizovat a koordinovat provázané zdravotnické a sociální služby pro řešení komplexních a kumulovaných problémů vybraných cílových skupin (ČÍPKOVÁ, KOUŘILOVÁ a HRUŠKA, 2014).

Obzvláště důležitá je potřeba kooperace těchto typů pomáhajících profesí u klientů v seniorském věku, kde nelze vzhledem k polymorbiditě pacientů a jejich specifickým potřebám vést ostrou hranici mezi zdravotní a sociální péčí. Zde je tato potřeba spolupráce nejviditelnější, zvláště vezme-li se v úvahu stárnutí populace. Kromě této cílové skupiny nelze oddělit sociální činnost od té zdravotní ani v dalších případech (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

## **1.2 Sociální práce ve zdravotnictví**

Důležité zmínky o sociální práci ve zdravotnictví se váží k 19. století a ke jménu Jane Addamsové, která se nejen zasadila o individuální péči o klienta v souvislosti s jeho sociální situací, ale její činnost směřovala i k protiepidemiologické činnosti u pacientů s TBC a syfilis (cit. dle KUZNÍKOVÉ, 2011). V roce 1889 založila Hull House, který se později stal sociálním ústavem, ve kterém se pomáhalo překonávat současně i tělesné

problémy klientů (cit. dle NOVOTNÉ a SCHIMMERLINGOVÉ, 1992). Došlo zde k pochopení, že pojmy jako zdraví či nemoc úzce souvisí se sociální stránkou lidského bytí. K zásadním atributům lidského zdraví totiž patří nejen biologická stránka člověka, ale i sociální a ekonomické prostředí člověka.

Úkol zdravotníků, lékařů a sester jako pracovníků z pomáhajících profesí je jasný, ale nepřesahuje a ani nemá přesahovat zmíněnou biologickou stránku. Jejich cílem je zdravotní péče, podpora, zachování a obnova té nejpodstatnější lidské hodnoty, a sice zdraví (ČELEDOVÁ a ČEVELA, 2010). Toto je však veskrze limitující a samo o sobě nedostačující. Pro zdravotníky totiž nemoc znamená pouhý soubor příznaků, se kterými se poji potřebné léčebné postupy a medikace (GWYN, 2002). Toto biologizující pojetí nemoci zapříčinil prudký rozvoj přírodovědeckého poznání. Tento model se stal jakýmsi ideálním vzorem, zvláště proto že je nejdéle uplatňovaný (ZACHAROVÁ, HERMANOVÁ a ŠRÁMKOVÁ, 2007).

Pro pacienta však nemoc znamená něco víc, je pro něj, jeho blízké a rodinu, jedinečnou subjektivní odpovědí na ten fakt, že je nemocný (GWYN, 2002).

S tím pracuje sociální pracovník, jehož úkolem zde je pomoci klientovi (pacientovi) a jeho rodině s redukcí, potlačení či naprostým odstraněním sociálních důsledků, které z nemoci plynou. Nemoc totiž, pokud není lehkého rázu a pravděpodobnost úzdravy je minimální nebo samotná léčba bude potřebovat delší čas, mění zcela organizaci provozu rodiny a běžného života nemocného ve společnosti. Změna, která plyne z nemoci se dotýká také zastávání jednotlivých, zajatých rolí, jak v rodině, tak ve společnosti i člověka samotného a jeho rodiny jako celku (BÁRTLOVÁ, 2005). Z těchto důvodů nemocným lidem slouží ve zdravotnických zařízeních nejen sestry a lékaři, ale také zdravotně-sociální pracovníci a sociální pracovníci (toto rozlišení zavedl zákon 96/2004 Sb.), jejich přítomnost a veškeré intervence mají zajistit celkový a holistický přístup ke člověku a dopomoci tak k rychlejšímu uzdravení či zkvalitnění života (MATOUŠEK, 2007).

Z pohledu sociální práce je tak důležitým předpokladem úspěšné pomoci klientovi - pacientovi funkční propojení spolupráce mezi sociálním pracovníkem, klientem, jeho rodinou, organizacemi, fyzickými a právními osobami mimo zdravotnické zařízení i ve zdravotnickém zařízení a samotnými členy multidisciplinárního týmu, tedy i se zdravotníky. Pomocí psychosociální podpory klienta v nemoci dochází k lepší adaptaci,

snadnějšímu překonání obtíží, vytvoření potřebné motivace k léčbě a spolupráce. Všechny tyto intervence vedou v konečném důsledku, jak již bylo popsáno, ke kvalitnějšímu životu klienta (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Zdravotnictví, ošetrovatelství a sociální práce jsou tedy nejen obory spadající mezi pomáhající profese, ale současně je nutné si uvědomit, že jsou i navzájem propojené a jejich spolupráce je pro klienta velice potřebná a zásadní. Příbuznost jednotlivých oborů dokazuje i existence společných prvků v těchto profesích, k nimž patří: ochrana lidského života, pomoc lidem v nepříznivých životních situacích, dodržování legislativy a předepsaných etických pravidel, zásad a norem, lidskost, kooperace, asertivně-empatický přístup, vhodná prosociální komunikace, spolupráce s jinými obory a povinné vzdělávání pracovníků v jednotlivých oborech. Dále lze ke společným prvkům ve zdravotnictví a v sociální práci přiřadit i zákony a charty práv, které bezprostředně souvisí s oběma profesemi. K těmto dokumentům patří např.: Evropská charta pacientů, Mezinárodní klasifikace funkčnosti, dizability a zdraví aj. (MÁTEL, 2010). Separace zdravotních a sociálních intervencí není možná, pokud se má zachovat holistický přístup. Spolupráce je naopak potřebná vzhledem k jejich vzájemné a zmiňované kompatibilitě (HROZENSKÁ a DVOŘÁČKOVÁ, 2013).

Sociální práce se tedy dokáže široce uplatnit i ve zdravotnických zařízeních. Práce s člověkem, který se v souvislosti se svým zdravotním stavem či věkem nebo také nejčastěji s obojím, dostal do svízelné životní situace, nebo v ní již byl ještě před intervencí ze strany poskytovatelů zdravotní péče, odpovídá náplni nejen zdravotní, ale i sociální práce (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ a GOLDMANN, 2011).

### **1.3 Sociální služby ve zdravotnickém zařízení**

Působnost sociálních pracovníků je velmi široká a vzhledem k tomu, že jsou nezbytnou součástí i v péči o zdraví, jak bylo zmíněno, tak své uplatnění nacházejí nejen v sociálních, ale i ve zdravotnických zařízeních.

Zákonné normy označují za tato zařízení organizace a agentury, které disponují podmínkami potřebnými pro naplnění jejich funkce, a kde jsou zaměstnáni pracovníci pomáhajících profesí za účelem poskytování odpovídajících (zdravotnických, sociálních) služeb (MUSIL, 2004).

Zdravotnickým zařízením se podle zákona č. 372/2011 Sb., O zdravotních službách, rozumějí prostory, které jsou určeny pro poskytování zdravotních služeb. V těchto zařízeních jsou poskytovány zdravotní služby podle všech náležitých pravidel a postupů. Tato zařízení zřizuje např. Ministerstvo zdravotnictví nebo dále kraje v samostatné působnosti, obce, ale také fyzické a právnické osoby, za účelem poskytování diagnostické, léčebné i preventivní péče.

Mezi zdravotnickými a sociálními zařízeními spočívá zásadní rozdíl nejen v poskytování péče, ale i ve financování. Jsou to často právě rozdílné formy financování ve zdravotnictví, které vedou k odlišnému ekonomicky motivovanému chování k pacientům, což následně může vést k nedodržování, nebo omezování platných etických pravidel při poskytování komplexní zdravotní péče (PTÁČEK, 2001).

Zdravotnické zařízení totiž poskytuje zdravotní péči pomocí zdravotnického personálu, který splňuje zákonem stanovené normy způsobilosti k výkonu tohoto povolání (zákon 96/2004Sb.). Ve zdravotnických zařízeních se však poskytují i pobytové sociální služby osobám, které nevyžadují zdravotní péči, ale jejich zdravotní stav jim nedovolí opustit zdravotnické zařízení. Sociální služby jsou zde poskytovány do té doby, než se naleznou jiné řešení (Zákon 108/2006Sb.). K těmto účelům ve zdravotnickém zařízení slouží zdravotně sociální pracovníci a sociální pracovníci, kteří mají kompetence působit ve sféře zdravotně sociální péče. I mezi těmito obory existuje určitý rozdíl.

Zdravotně-sociální pracovník je způsobilý vykonávat sociální práci ve zdravotnických zařízeních zcela samostatně, naopak sociální pracovník je způsobilý k výkonu sociální práce ve zdravotnických zařízeních pouze pod dohledem nebo přímým vedením, pokud neabsolvuje jednoletý akreditovaný kvalifikační kurz Ministerstva zdravotnictví České republiky, aby získal nutnou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (Zákon č. 96/2004Sb.).

Pacient vyskytující se ve zdravotnickém zařízení má podle všeho nezpochybnitelný nárok na současné poskytnutí nejen zdravotní, ale i sociální podpory a péče, z tohoto důvodu se sociální práce začala vyskytovat i zde, kde sociální pracovník usnadňuje prolínání zdravotní péče s tou sociální a zajišťuje následnou návaznost sociální péče na péči zdravotní. Toto komplexní pojetí je základní myšlenkou a nedílnou součástí ošetrovatelského a léčebného procesu (KUTNOHORSKÁ, CICHÁ a GOLDMANN, 2011). Proto je nezbytné, aby tito pracovníci byli odborně vzdělaní a znali teorii a

metod obou oborů, jedině tak dojde k provázání sociální práce a zdravotnictví v praxi. Celoživotní vzdělávání v tomto oboru je tedy samozřejmostí (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Zdravotně-sociální práce je tedy podle všeho velice specifickým odvětvím sociální práce, kdy je systematicky vykonávaná činnost z oblasti sociální práce ve zdravotnickém zařízení (Zákon č. 96/2004). Dříve byla tato činnost v daných zařízeních vykonávaná všeobecnými sestrami, kterým se však nedostávalo patřičného vzdělání z oblasti sociální práce. V současnosti však takové jednání není žádoucí, ale stále existují situace, kdy sociální práci vykonává pracovník bez odborné způsobilosti k výkonu povolání sociálního pracovníka. Zdůrazňuje se proto nutnost přítomnosti plně kvalifikovaného zdravotně-sociálního nebo sociálního pracovníka v týmu ve zdravotnických zařízeních. Přestože působení těchto pracovníků je obsáhlé, lze zjednodušeně říci, že fungují jako psychosociální podpora pro klienty, kteří jsou po příchodu do zdravotnického zařízení plni strachu a obav. Negativní pocity často vyvolává pro klienta neznámé prostředí zdravotnického zařízení, do kterého je uveden, velmi nepříjemná je zvláště sociální izolace, které klienti musí čelit a vlastní bezmoc či úplná závislost na zdravotnickém personálu, tedy na počínání cizích lidí. Nástupem do zdravotnického zařízení se pro klienta-pacienta mění řada věcí, jeho denní harmonogram je narušen, je odstřižnut od svých blízkých, koníčků i od své práce a rázem jediná jeho role je role pacienta, který se musí přizpůsobit pravidlům zařízení a je tlačěn k dodržování léčebného režimu. Je tedy zapotřebí poskytnout klientům porozumění a podporu, často je pro klienta uklidňující jen samotná přítomnost někoho přijímajícího, komu se mohou svěřit se svými obavami. Samotná hospitalizace je často spojena se silnými emocemi, se kterými je potřebí si poradit a jimž se vždy nevěnuje patřičná pozornost. Tehdy je třeba poskytnout klientovi i odborné poradenství (KUZNÍKOVÁ, 2011).



## 2 CHARAKTERISTIKA A OSOBNOST SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Činnost sociálního pracovníka má zásadní vliv na kvalitu života jeho klientů, aby však veškerá činnost byla vykonávána v potřebné kvalitě, je neméně důležitá samotná osobnost sociálního pracovníka.

Sociální pracovník se zásadně podílí na závažných rozhodnutích v klientově životě a může tak razantně ovlivnit průběh jeho života. Z tohoto důvodu je nezbytný vysoký stupeň profesionality u sociálních pracovníků (MICHALÍK, 2007). Pro zvýšení profesionality v sociální práci je třeba patřičné vzdělání, které je upraveno legislativně a podmínkou jsou také určité nepostradatelné charakteristiky osobnosti sociálního pracovníka.

Vzdělání, bez něhož se sociální pracovník neobejde, upravuje zákon 108/2006 Sb. Kvalifikační požadavky stanovené tímto zákonem se vztahují na sociální pracovníky vykonávající různé činnosti včetně sociálních pracovníků uplatňujících se ve zdravotnických zařízeních. Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka patří ke kvalitám, které sice nelze paušálně upravit v zákoně, ale bez nichž by sociální pracovník nemohl své povolání vykonávat na potřebné úrovni. Jelikož sociální pracovníci musí být schopni pomáhat lidem zvládat jejich sociální, emoční a další problémy, musí proto disponovat určitými předpoklady, aby tohoto byli vůbec schopní. Sociální pracovník pro výkon svého povolání, kromě zákonem stanovených atributů, potřebuje tedy mít i určité schopnosti, mezi které patří:

- fyzická zdatnost, protože pomáhat druhým je těžká a vysilující práce,
- inteligence, se kterou současně souvisí celoživotní vzdělávání v oboru a potřeba zdokonalovat své znalosti, číst odbornou literaturu a v neposlední řadě i socio-emoční dovednosti na vysoké úrovni,
- upravený zevnějšek a fyzický vzhled pracovníka je pro klienty důležitý, stejně jako společná názorová příbuznost a korektní způsoby chování,
- důvěryhodnost, kterou si sociální pracovník získá svou diskrétností, spolehlivostí a nevyužíváním své moci nad klientem a pochopením jeho potřeb,

- komunikační dovednosti, které jsou nezbytné pro navázání vztahu s klientem a pro umožnění pomoci řešit s klienty jejich problém (MATOUŠEK, 2016).

Vhodná komunikace patří mezi zásadní priority při práci s klienty a sociální pracovníci si tedy musí osvojit potřebné komunikační dovednosti. Komunikace musí být přizpůsobena komunikačním schopnostem klienta. Pro přehlednost lze uvést hned několik typů komunikace, které probíhají nejen ve zdravotnických zařízeních. Jedná se o sociální komunikaci, specifickou komunikaci a terapeutickou komunikaci.

Pod pojmem sociální komunikace se rozumí běžný rozhovor a kontakt s nemocným.

Oproti tomu specifická komunikace působí spíše edukačně a motivuje klienta k další léčbě. Často jde o sdělování zdravotnických faktů, v tomto směru je tento typ komunikace náročný na zjišťování, zda nemocný veškeré informace pochopil a přijal a rozumí odborným pojmům. Tato komunikace je nejběžnější ve zdravotnických zařízeních (KELNAROVÁ a MATĚJKOVÁ, 2009). V typu terapeutické komunikace vidí někteří autoři největší rezervy naší medicíny (JANÁČKOVÁ a WEISS, 2008). Prostřednictvím terapeutické komunikace se poskytuje opora v těžkých chvílích. Terapeutická komunikace se děje pomocí rozhovoru, který zahrnuje empatii, uklidnění, orientuje se na cíle, soběstačnost a smysluplný život (KELNAROVÁ a MATĚJKOVÁ, 2009).

Další autoři přidávají i další potřebné dovednosti, jako je např. schopnost naslouchání, což pomáhá klientovi se zcela otevřít, následně se i zorientovat v dané situaci a najít tak vhodné řešení (GULOVÁ, 2011).

## 2.1 Klienti sociálních pracovníků

S termínem klient pracuje většina autorů zabývajících se sociální prací. Podle Matouška (2016) je klient subjekt, který využívá služby sociálního pracovníka. Klientem může být nejen osoba, ale i rodina, skupina a komunita. V rezortu zdravotnictví je možné se setkat s termínem pacient, a to i při poskytování sociální péče na poli zdravotnických zařízeních (MATOUŠEK, 2016). Oba zmiňované termíny, jako je klient i pacient, mají jednu společnou vlastnost, jsou určitým způsobem závislí na poskytovatelích pomoci, tedy na zdravotnickém personálu nebo na sociálních pracovnících.

V sociální oblasti dochází v tomto směru s nástupem humanizace metod sociální práce ke změně postoje pracovníka vůči jeho klientům. Původní autoritativní jednání, kdy pomoc bývala klientovi nepřímou vnučenou, nahradil spíše rovnocenný přístup, který podporuje klienta se samostatně rozhodovat, byť ve spolupráci se sociálním pracovníkem (GULOVÁ, 2011).

Úkolem sociálního pracovníka ve vztahu ke klientovi je dnes tedy poskytování určité odborné intervence osobám ohrožených sociálním vyloučením nebo jinou sociální událostí v jejich přirozeném prostředí. Klientem sociálního pracovníka se tedy stává osoba, která se ocitla v určité nepříznivé sociální události a pro níž je obtížné nebo i nemožné nést vzniklé následky. Stát a jiné organizace, v nichž pracují sociální pracovníci, proto vynakládají ohromnou snahu zmiňovaným situacím předcházet, zmírňovat je či je odstraňovat. Ve všech vyspělých a společensky rozvíjejících se zemích je proto přikládán velký význam sociální politice (KREBS, 2005).

Termín sociální událost, o kterém sociální politika hovoří, je definován výskytem takových rizik, která jsou společností uznána za natolik závažná, že jejich řešení vyžaduje společenskou ochranu. Sociální události související mimo jiné se změnou zdravotního stavu, zahrnují sociální a ekonomické důsledky nemoci, úrazu a invalidity. Za sociální událost se nepříznivý stav může označit až ve chvíli, kdy dotyčný potřebuje pomoc další osoby, peněžní pomoc či institucionální pomoc (TOMEŠ, 2010). Postižený dospělý nemůže kvůli nepříznivému stavu vykonávat svou pracovní činnost a tím přichází o výdělek, vznikají mu navíc náklady na léčbu, které se stávají součástí jeho životních potřeb, což platí také u seniorů (TRÖSTER, 2008). Změny v oblasti profese a zredukování příjmu v dané situaci patří často k nejcitlivějším důsledkům nemoci a stárání. Zde se otevírá široké pole působení sociálních pracovníků, kteří mohou odborně sociální a psychické dopady nemoci ovlivnit a napomoci k jejich zvládnutí (BÁRTLOVÁ, 2005). Pokud je stav člověka natolik závažný, že znamená pro jedince odchylku od normální sociální role tím, že s sebou přináší obtížně překonatelné potíže, narušuje obvyklý způsob života či navyklý stereotyp aj., pak by měl být předmětem zájmu nejen samotné medicíny, ale i dalších pomáhajících profesí, jako je sociální práce (ZACHAROVÁ a ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, 2011).

V průběhu doby dochází k rozšiřování obsahu sociální práce, ta se rozvíjí i v oblasti zdravotní. Vznikají nové skupiny sociálních klientů se specifickou zdravotní problematikou (GULOVÁ, 2011).

Současná medicína stále více připouští nezbytnost zkoumání psychologické a sociální dimenze, přesto v tradičním pojetí stále dominuje biologizující pojetí nemoci (ZACHAROVÁ, HERMANOVÁ a ŠRÁMKOVÁ, 2007). Pojmy, jako je zdraví a nemoc, však postupně získávaly v průběhu 20. století nové rozměry. Vývojem tzv. psychosomatické medicíny jako vědního oboru vznikalo nové poznání, že fyzické nemoci mají své emocionální a psychické složky a všechny tyto stránky jsou ve vzájemné interakci (ZACHAROVÁ a ŠIMÍČKOVÁ – ČÍŽKOVÁ, 2011).

### 2.1.1 Geriatrický klient

Vývojové etapy života procházejí několika fázemi. Stáří jako poslední vývojová etapa bývá dále rozdělena ještě do několika stupňů a každý z autorů k tomuto tématu přistupuje jiným způsobem. V odborné literatuře lze nalézt termíny jako biologické stárnutí, sociální stárnutí, psychické stárnutí aj. Jedná se o úhly pohledu, kterými lze popisovat působení involuce u člověka. Běh času ovlivňuje člověka ve všech jeho sférách. Pro potřeby této práce, protože není možné stáří vymezit absolutně přesně, bude za stáří považován stav, při kterém dochází k úbytku psychických a fyzických sil, díky čemuž není jedinci umožněno podávat dřívější výkony v procesech duševní a tělesné práce (KURIC, 2000). Nejdůležitější je rozvoj biologické a psychické involuce, k níž přirozeně dochází právě v procesu stárnutí, a která - pokud časem přeroste funkční schopnosti člověka - vyžaduje odbornou pomoc a péči odborníků z pomáhajících profesí. Z některých výzkumů zjednodušeně vyplývá, že na míru spokojenosti ve stáří má zásadní vliv spokojenost se zdravotní péčí, s čímž souvisí i subjektivní vnímání zdravotního stavu, dále také schopnost zvládat životní změny, míra osamělosti seniora, pocit bezpečí, vlastní zájmy, příjem, vzdělání a další. Je evidentní, že na mnohé z uvedených aspektů se lze během života předem připravit, proto je problematika stárnutí v populaci velice významná, není možné ji přehlížet a je potřeba se na ni více zaměřit.

Tento fakt zvyšuje potřebu zvýšené pozornosti zaměřující se na seniora z pohledu sociálních služeb a zdravotnictví. Odhaduje se totiž, že přibližně 80 % seniorů starších 65ti let je soběstačných nebo si vystačí s pomocí rodiny a blízkých, asi 13 % potřebuje určitou pomoc v domácnosti, necelých 7 % potřebuje soustavnější domácí péči i z důvodů zhoršeného zdravotního stavu a asi 2 % potřebují ústavní péči. S postupujícím věkem se v jednotlivých věkových pásmech potřeba pomoci zvyšuje (HOLMEROVÁ, JURÁŠKOVÁ a ZIKMUNDOVÁ, 2007).

Proto se zmiňovaným stárnutím obyvatelstva podstatně souvisí právě fungování sociálních služeb, které by se měly zaměřit více na podporu seniora než na samotnou péči (TOMEŠ, 2011).

S problematikou stáří musí být obeznámeni všichni ti, kteří se ve svém zaměstnání setkávají se seniory. Pro nejvhodnější péči o geriatrického klienta je potřeba zajistit komplexní síť kvalitních a dostupných služeb, které by mu byly dostupné již od jeho prvních potřeb vyplývajících ze zmiňovaných změn ve stáří. Nabízené služby na sebe musí navazovat.

Problém může nastat v období kdy soběstačný nebo částečně soběstačný klient přechází do systému komplexnější zdravotní či sociální péče kvůli ztrátě kompetencí. K odbourání řady potíží ve stáří mohou přispět sociální služby, které by měly dokázat mobilizovat veškeré potřebné zdroje ve prospěch klienta.

Péče o geriatrického klienta z pohledu sociálního pracovníka je z několika důvodů specifická. Je evidentní, že pro zajištění specializované a komplexní péče nelze v tomto případě od sebe oddělit zdravotní sociální práci. Zhoršení zdravotního stavu u člověka, které ho v určité míře nějakou dobu omezuje, s sebou přináší potřebu sociálních služeb. Je tedy nutné, aby se sociální služby poskytovaly souběžně se zdravotní péčí, což vyžaduje určitý způsob kooperace.

Při péči o seniora souvisejí hlavní komplikace s přetrháním sociálních vztahů, změnou sociálních rolí apod. Pomoc v této oblasti spadá do kompetence sociálního pracovníka, přestože na tyto potíže naráží i zdravotnický personál, kterému mohou tyto záležitosti ztěžovat celkovou léčbu. Obtížná se péče o seniora stává např. u lidí, kteří mají v důsledku svého zdravotního stavu potíže s komunikací (demence, hluchota, duševní onemocnění, obtížná artikulace po cévních mozkových příhodách apod.). Práce se seniory je také současně prací se vztahem a vzájemnou důvěrou, důležité je vytvořit pro tyto klienty pocit bezpečí a jistoty. Pomáhající profese si musí uvědomit, že práce se seniorem je často také prací s rodinou seniora (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Práci se seniorem se zabývá obor gerontologie, ta vnímá stárnutí z různých úhlů pohledu, např. z biologického, demografického, sociálního a z mnoha dalších. Klinická gerontologie, nebo také geriatrie, je na druhé straně tzv. medicínou stáří. Geriatrie diagnostikuje onemocnění ve stáří nebo se zabývá širšími souvislostmi z pohledu

veřejného zdravotnictví (HOLMEROVÁ, JURÁŠKOVÁ a ZIKMUNDOVÁ, 2007). Gerontologie a geriatrie sice vychází z vnitřního lékařství, ale zabývá se i navazujícími problémy z oboru ošetrovatelství a souvisí proto i se sociálními službami. Tento koncept proto vyžaduje interdisciplinární spolupráci. Cílem je zachování a obnova soběstačnosti u klienta, stejně jako je tomu i v sociálních službách (KALVACH, 1997).

Důležité je tedy zavedení a vytvoření oboru sociální geriatrie a sociální gerontologie (HROZENSKÁ a DVOŘÁČKOVÁ, 2013). Ty se totiž zabývají sociálními souvislostmi, které doprovázejí vznik, průběh a následky onemocnění ve vyšším věku a výraznou měrou ovlivňují prognózu a kvalitu života seniora (HEGYI, 2001).

Sociální gerontologie se soustřeďuje na vzájemné vztahy mezi starším člověkem a společností, zajímá se o jeho postavení ve společnosti, zabývá se otázkami společenské integrace seniorů, společenskými aktivitami, stejně jako trávením jeho volného času. Patří sem také systém zdravotní a sociální péče, resp. systém sociální ochrany starších lidí (HROZENSKÁ a DVOŘÁČKOVÁ, 2013). Stárnutí populace je sice jedním z výjimečných úspěchů vědy a zdravotnictví, přináší však s sebou i určité komplikace, což je důvodem k zapojení i dalších oborů do této problematiky, kam neodmyslitelně patří i sociální vědy.

Sociální práce musí směřovat především k nejvíce ohroženým starým lidem. Mezi ty patří osoby osamělé, osoby propuštěné z nemocnic nebo osoby dlouhodobě nemocné léčené doma, osoby trpící demencí nebo depresí, osoby žijící v nevyhovujícím prostředí nebo určitým způsobem izolované. Speciální péči potřebují také osoby vystavené špatnému zacházení či ponižování (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Symbiózou zdravotní a sociální péče se zabývá řada organizací jako např. WHO nebo organizace spojených národů, která vypracovala projekt Agenda on Ageing for the 21 Century (cit. dle HROZENSKÉ a DVOŘÁČKOVÉ, 2013).

### **2.1.2 Hospitalizovaný klient**

Sociální pracovník se setkává s hospitalizovanými klienty na různých odděleních s onemocněními, která mají svůj vlastní specifický charakter. Každý klient prožívá své onemocnění jiným způsobem a každá nemoc má svá omezení, podle toho je potřeba přizpůsobit i práci sociálního pracovníka. Ten musí podle konkrétních klientových

problémů, prožívaných emocí, typu bolestí, psychosociálních potřeb umět zvolit nejvhodnější cestu k řešení nastalé situace (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Největší potíží s hospitalizací u nemocného je jeho vytržení z běžného života, z jeho známých rolí, trávení času od jeho rodiny apod. Tuto novou situaci může nemocný člověk prožívat tíživě. Hospitalizovaný pacient se totiž musí podrobit pravidlům nemocničního prostředí, které je charakteristické odlišnými regulativy chování a jinými mezilidskými vztahy, než na které je pacient-klient zvyklý. Pro hospitalizovaného to znamená vyřazení z jeho obvyklé společnosti a společnosti tzv. zdravých, dále také odlišné postavení, na které nemusí být pacient-klient zvyklý, a to role podřízeného. Vztah mezi pacientem a zdravotnickým personálem není rovnocenný, naopak je zásadně odlišný. Zdravotnický personál uplatňuje svou autoritu vůči pacientovi, reguluje tak jeho chování, což nemusí být vždy příjemné. Pacientovo chování se musí podrobit nemocničním pravidlům, a to bez ohledu na to, zda mu vyhovují či nikoliv. Je nucen dodržovat nejen zásady ke zlepšení vlastního zdraví (užívání léků, omezení škodlivých potravin a nápojů, klid na lůžky aj.), ale i ta pravidla, která se bezprostředně netýkají samotného zdravotního stavu (stanovená večerka, daný harmonogram stravování apod.). Jsou to podstatné změny oproti běžnému životu. Navíc pacient-klient zde neuspokojuje své potřeby sám, ale je závislý na personálu (BÁRTLOVÁ, 2005).

Pro uzdravení hospitalizovaného pacienta je nezbytné, aby dostal potřebné léky a léčebné zákroky. V léčebné péči je důležité uspokojit základní biologické potřeby, tedy je potřeba zajistit dostatek kvalitního spánku, vyváženou stravu, vhodné životní podmínky, hygienu a pravidelné vyprazdňování. Kromě těchto biologických potřeb pacienti-klienti potřebují i pocit jistoty, bezpečí a úcty. Chceme-li zajistit komplexní a kvalitní péči o pacienta-klienta nemohou tyto potřeby ustupovat do pozadí. Naopak musí být naplňovány stejně, jako ty biologické. Klienti potřebují dále také sociální kontakty, a musí uspokojovat i své estetické a poznávací potřeby atd. (TRACHTOVÁ, 2001).

Zajištění profesionální zdravotní péče, která je spojena převážně se zmiňovanými biologickými potřebami nebývá potíží. Dodání pocitu bezpečí a jistoty však může být složitější, u hospitalizovaného může v tomto směru docházet k negativním změnám. Pokud hospitalizovaný nemá zajištěné tyto potřeby projevuje se pak úzkostně, má strach a obavy z budoucnosti, obavy o rodinu apod. (ČERVINKOVÁ, 2001).

Z toho důvodu sociální pracovníci již během hospitalizace navrhují a zajišťují společně s pacienty a jejich rodinami vhodné zdravotně-sociální služby. K těm patří např. pomoc při vyřizování žádostí k přijetí do pobytových zařízení, jako jsou domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem aj., sociální pracovníci v těchto případech zajišťují terénní zdravotní a sociální služby, jako je domácí ošetrovatelská péče, osobní asistence apod., pomáhají klientovi při přeložení na lůžka následně, respitní a hospicové péče. Společně s klientem vypisují žádosti ohledně kompenzačních pomůcek. Sociální pracovníci se angažují i při vyřizování dávek státní sociální podpory, hmotné nouze, příspěvků na péči, ze zákona mají také povinnost poskytnout sociální poradenství (SVOBODOVÁ, 2017).

### **2.1.3 Chronicky nemocný klient**

Průběh nemoci je možné rozdělit na akutní nebo chronický. U akutně nemocných dochází k náhlému narušení běžného způsobu života, na který byli zvyklí, ale současně záhy přichází i návrat k obvyklému životnímu stylu. Zde je působení sociálního pracovníka méně důležité, na rozdíl od chronicky nemocných klientů, u nichž často nedochází k úplnému uzdravení a jejich zdravotní stav se v průběhu let často zhoršuje (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Jesenský poukazuje na to, že pro dlouhodobě nemocné je charakteristické, že onemocnění nelze vyléčit nebo má vleklý průběh trvající i více let. V důsledku své nemoci prožívá nemocný člověk život ve snížené kvalitě, mohou se u něj vyskytnout nejistoty, obavy i omezení, která plynou z lékařských doporučení a zákazů v oblasti životosprávy, způsobu chování aj. (JESENSKÝ, 2004). Z těchto omezení plynou určité změny, které mohou zasahovat i do stávajících životních rolí člověka. Dlouhodobě nemocní lidé získávají novou roli, s kterou je potřeba se sžít, což může být často obtížné. Nová role, která přichází s nemocí, je role pacienta, s níž jsou spojeny určité výsady, ale i omezení. Nemocný v této roli nemá kontrolu nad svým stavem, společností je zbaven některých všedních povinností a jiné jsou mu přiděleny. Člověk v nemoci musí dávat najevo, že jeho současný stav není žádoucí, a pokud se situace nezlepšuje, musí vyhledat odborníky-lékaře a řídit se nadále jejich pokyny. Na základě spolupráce s lékařem pak nemocný zahajuje tzv. kariéru nemocného (KAPR, 1997).

V souvislosti se snížením soběstačnosti v důsledku nemoci dochází k situacím, při nichž nemocný potřebuje buď laickou pomoc od rodiny a blízkých či pomoc profesionální.



Odborníci mohou pomoci v komplikovanějších situacích (MAHROVÁ a VENGLÁŘOVÁ, 2008).

Dlouhodobě nemocným se nabízí určité možnosti péče. Ideální je, pokud stav dovoluje komplexní péči v domácím prostředí, kterou, pokud je to možné, doporučuje ošetřující lékař po ukončení hospitalizace. Dále klienti mohou využít služeb denních stacionářů, ty poskytují zdravotní, sociální služby a eventuálně i rehabilitační péči. Pokud se klient rozhodne pro domácí péči, může si sjednat tzv. pečovatelskou službu, která zajistí obědy, pomůže s úklidem a dalšími potřebnými úkony. Jako další pomoc se nabízí osobní asistence, podpora pečujících rodin či komunitní centra. Pokud nemocný není v potřebné míře soběstačný a zmíněná nabízená podpora tak není dostačující, pak se nabízí ústavní péče, tj. LDN (léčbeny dlouhodobě nemocných), nemocnice následné péče, domovy pro seniory, ústavy sociální péče, hospice. Mezi všemi jmenovanými institucemi by měla probíhat úzká spolupráce, která však v současné době často chybí (BAUMANOVÁ, 2009).

Úkolem sociálního pracovníka v této problematice je vnímat člověka v celkovém kontextu jeho bytí, vztahů a prostředí, nikoliv jen jeho chorobu, která je v zorném poli zdravotníků. Zachycením všech okolností, které ztěžují prožívání a identifikace utrpení nemocného, je namáhavým procesem, bez něž by však nemohlo docházet k uzdravným procesům. Vyřešení např. narušených vztahů může podstatnou měrou ulevit od bolesti, která se může zdát klientovi nesnesitelnou. V těchto případech sociální pracovník určuje osoby, jichž se klientův problém týká, a v největší možné míře je zapojuje do procesu řešení. Klient se po celou dobu spolupráce považuje za autonomního a kompetentního řešit svůj problém sám, proto se zdůrazňuje význam jeho vlastní aktivity a iniciativy. Sociální pracovník zastává pozici facilitátora, který poukazuje na nevyužité zdroje a hledá společně s klientem a jeho blízkými různé alternativy k řešení problému. Svým chováním se snaží navázat důvěryhodný vztah, kterým zmírňuje jeho utrpení z nemoci (ČÍPKOVÁ, 2015).

#### **2.1.4 Klient s duševním onemocněním**

WHO definuje duševní chorobu jako zjevnou poruchu duševní činnosti, ta je ve svých projevech velice specifická a spolehlivě rozpoznatelná pomocí svých příznaků. Duševní nemoc má své závažné projevy a přináší svému nositeli značné komplikace, které souvisejí např. se ztrátou nejen pracovních schopností a následně jeho příjmů, ale i jeho sociálního postavení. S duševním onemocněním se často váže osobní selhání

člověka (HÖSCHL, 1996), přesto není na místě pohlížet na osoby s duševním onemocněním pouze z hlediska diagnózy a hodnotit je podle daného selhání. Jedinec s duševním onemocněním má své originální charakteristiky a potřebuje kromě lékařské diagnózy také respekt a porozumění (PRAŠKO, 2011). Týmová práce je proto základním principem moderní psychiatrické péče. Multidisciplinární tým je založen na spolupráci specialistů a vzájemné kooperaci všech odborníků. Zástupci jednotlivých profesí vnášejí do týmu specifické dovednosti. Sociální pracovník je kvalifikovaný pro práci s lidskými vztahy a podmínkami, které ovlivňují schopnost klienta naplňovat jeho životní cíle a plány (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Sociální pracovník při práci s duševně nemocnými nachází své uplatnění ve zdravotnictví zejména v různých psychiatrických léčebnách a specializovaných psychiatrických odděleních v nemocnicích. Nabízejí se specializované psychiatrické ambulance, obecné nemocnice s psychiatrickými odděleními, psychiatrická doléčovací oddělení, psychiatrické léčebny a stacionáře, krizová centra s mobilními týmy, zařízení komunitní psychiatrie, agentury domácí ošetrovatelské péče a jiné (VÁGNEROVÁ, 2002).

Úkolem sociálního pracovníka zde je zvláště příprava klienta na přechod z lůžkového zařízení do jeho přirozeného prostředí. Po hospitalizaci čeká na duševně nemocného klienta řada úkolů, kterým musí čelit a které pro něj představují značnou zátěž.

Pomoc při zajištění práce, s bydlením a upevňováním mezilidských vztahů je jednou z kompetencí sociálního pracovníka při práci s touto klientelou. Sociální pracovník napomáhá budovat pomyslný most mezi klientem a vnějším prostředím. Klient po návratu do domácího prostředí musí pokračovat v léčbě a intervence sociálního pracovníka provází klienta záchrannou sítí, kterou vytvořila společnost. Klient se s pomocí sociálního pracovníka orientuje v nabízených možnostech, mezi které patří např. denní stacionáře, programy v centrech denních aktivit aj. Pomoc spočívá samozřejmě také v podpoře klienta v zátěžových situacích nejen venku, ale i v domácím prostředí. V neposlední řadě zprostředkovává sociální pracovník potřebné sociální zabezpečení a dávky. Sociální pracovník u těchto klientů často kontroluje také užívání léků a pracuje s rodinou, okolím a širokou veřejností (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Péče o duševně nemocného je poskytována jak v ambulantní, tak i v ústavní podobě. S různým úspěchem se využívají metody jako je farmakoterapie, psychoterapie či psychosociální terapie. Podobně jako jiné nemoci i duševní onemocnění je třeba léčit komplexně. V praxi to znamená, že jednotlivé metody práce s klienty na sebe musí navazovat, prolínat se a jednotlivci, kteří poskytují pomoc, spolu musí vzájemně spolupracovat (VÁGNEROVÁ, 2005). Většina klientů s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka specifické intervence, jako je poradenství v oblastech sociálního zabezpečení, občanského, pracovního a rodinného práva, rodinnou psychoterapii apod. Komplexní zdravotně-sociální péči potřebují zejména ti, jejichž fungování je kvůli psychickým problémům omezeno ve více oblastech a po delší čas.

Významnou roli pro osoby trpící psychickým onemocněním hraje okolní společnost. Její vnímání nemocného může být - a často bývá - spíše negativní. O duševně nemocných se často vytvářejí předsudky a stereotypy (VÁGNEROVÁ, 2005). Jakákoliv společensky nepřijatelná odlišnost přináší svému nositeli určitou společenskou nálepkou, o které hovoříme jako o stigmatu (GOFFMAN, 2003).

Stigma lze chápat jako společenské odmítání ať už domnělých nebo skutečných vlastností, které jsou v rozporu se sociálními normami. Stigma duševní nemoci bývá často zapříčiněno nedostatkem vědomostí o dané nemoci a obavami z ní, tato nevědomost následně může vyústit až v diskriminaci nemocného (PĚČ a PROBSTOVÁ, 2009).

Vývoj systému péče by měl dnes podporovat přesunování péče o tyto klienty ze specializovaných institucí do přirozených společenství. Toto je z mnoha důvodů náročná činnost, která vyžaduje podporu celostátních i regionálních zdravotních a sociálních systémů (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

### **2.1.5 Umírající klient**

V průmyslově vyspělých zemích se zvyšuje počet případů tzv. pomalé smrti (např. rakovina) ve srovnání s tzv. rychlou smrtí. V minulosti byla konečná fáze života, tedy umírání, docela krátké, protože nedocházelo k oddalování smrti léčbou, dnes je naopak snaha a potřeba smrt oddalovat, umírání se stalo spíše lékařskou záležitostí nežli přirozenou událostí v lidském životě. Tímto vývojem došlo následně k institucionalizaci umírání. Tím je myšleno, že umírající bývá přesunut z bezpečného a přirozeného

domácího prostředí, kde mu oporu poskytují členové rodiny, do neosobních nemocnic a odborných zdravotnických zařízení. V tomto konceptu chybí potřebný lidský kontakt. Rodina k umírajícímu přichází pouze na návštěvu, netuší, jakým způsobem se k němu má chovat, chybí podstatná zkušenost se smrtí a zodpovědnost je uvalena na odborný personál. Tento přístup nekoresponduje s ideálem důstojného umírání a důstojné smrti. V případě dlouhého umírání, které je uměle prodlužované, je celé popsáno schéma o to rizikovější, protože hrozí následná izolace umírajícího (BÁRTLOVÁ, 2005).

Dalším rizikovým bodem v tomto případě je praktická a emocionální příprava na smrt, jak u nemocného samotného, tak u členů jeho rodiny.

Závěr života je zbytečně provázen bolestí, osamělostí, ztrátou důstojnosti aj. (BÁRTLOVÁ 2005).

Jako reakce na tuto skutečnost vznikla tzv. paliativní péče. Její náplní není vyléčení umírajícího, ale naopak vede člověka důstojně ke smrti, přispívá k utišení bolesti a symptomů nemoci (HAŠKOVCOVÁ, 2010). Poskytnutí profesionální paliativní péče vyžaduje sestavení týmu specializovaných odborníků v tzv. multidisciplinárním týmu, v něm se uplatňují odborníci z řad zdravotnického personálu, zdravotní sestry, lékaři, fyzioterapeuti, psychologové, sociální pracovníci a zdravotně sociální pracovníci (VORLÍČEK, 2004).

Obecnou paliativní péči by měli umět poskytnout všichni zdravotníci. Lékaři všech odborností by měli tuto péči poskytnout v rámci své rutinní praxe (SKÁLA, 2005). Základem této péče je převážně léčba bolesti, která je samozřejmě v kompetenci lékaře. Je však třeba si uvědomit, že na celkové bolesti nemocného se podílejí i další faktory, jako např. deprese způsobená ztrátou společenského postavení a prestiže v práci, ztrátou příjmu, ztrátou role v rodině, hněv, smutek z toho, že přátelé přestávají chodit na návštěvy, nebo z obtížné komunikace s personálem, dále úzkost, způsobená nejistotou z budoucnosti a strachem. Podaří-li se tyto negativní emoce alespoň omezit, pak je pravděpodobné, že se dosáhne i snížení celkové bolesti (VORLÍČEK, 2004). Vedle obecné paliativní péče existuje proto i specializovaná forma této péče, která je potřebná v případech, kdy jsou obtíže natolik komplexní, že přesahují možnosti poskytovatelů obecné paliativní péče (SKÁLA, 2005). Mělo by být pravidlem, že přechod mezi obecnou a specializovanou formou paliativní péče by měl být plynulý. Specializovaná paliativní péče má různé formy, setkáváme se s mobilní specializovanou paliativní péčí,

lůžkovými hospici, odděleními paliativní péče v rámci nemocnice, ambulancemi paliativní péče atd. (SLÁMA, 2012).

Kromě tišení bolesti a zmírňování symptomů jsou základní cíle paliativní péče v těchto zařízeních také poskytnutí emotivní podpory, spirituální pomoc, sociální zázemí, aktivizační individuální program pro umírající, doprovodná odborná pomoc rodině umírajícího (SVATOŠOVÁ, 2003).

Tyto činnosti nejčastěji zastává sociální pracovník, který je také obvykle první osobou, se kterou se klient setkává, pokud potřebuje paliativní péči. Úkolem sociálního pracovníka je poskytnout klientovi všechny potřebné informace o dostupných a nabízených službách. Za tímto účelem je také důležité zjistit, jaké jsou finanční, sociální a další potřeby a zdroje klienta a jeho rodiny, protože právě ty tvoří základnu pro vytvoření individuálního plánu pro něho. Po vyhodnocení informací získaných ze sociálního šetření nabízí sociální pracovník klientovi i jeho rodině potřebné kontakty, poradenství nebo konkrétní pomoc s vyřízením jejich záležitostí. Toto sociální šetření probíhá formou dialogu a tento rozhovor může sloužit také k usnadnění komunikace mezi nemocným, jeho rodinou či zdravotnickým personálem. V uskutečňovaných rozhovorech se sociální pracovník musí ptát na to, co klient očekává od služeb, jak by si přál naplnit zbývající čas a co pro něho může odborný personál udělat. Klientova přání, představy a možnosti se stávají základem zmiňovaného individuálního plánu, který má za cíl přispívat ke zlepšení kvality života nemocného (TOMÁŠKOVÁ, 2010). Klienti se nejčastěji otevírají pracovníkům, se kterými jsou v užším kontaktu, tedy ošetřovatelům a sestřám, proto je nezbytné, aby si pracovníci informace získané od klientů předávali. Bez spolupráce mezi jednotlivými rezorty nemůže probíhat kvalitní péče o klienta. Stejně tak, pokud není do péče zapojena rodina klienta (KOPŘIVOVÁ, 2010).

### **2.1.6 Zdravotně znevýhodněný klient**

Klienti se zdravotním postižením tvoří velice širokou a nestejnorodou skupinu. Tělesná postižení jsou řazena mezi zdravotní postižení, stejně tak do této kategorie spadají postižení mentální, smyslová a psychická (VITÁKOVÁ, 2005).

Z tohoto důvodu je obtížné jednoznačně definovat osoby se zdravotním znevýhodněním. Jednu z definic nabízí NRZP, ve které je uvedeno, že “osobami se zdravotním postižením se míní osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich

plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (NRZP, 2010).

U zdravotně znevýhodněných klientů se uplatňuje soubor postupů, který se označuje jako zdravotně sociální rehabilitace. Tyto postupy vedou k dosažení a zachování optimálních fyzických, smyslových, intelektových a psychologických schopností klienta proto, aby mohl žít v co nejvyšší možné míře nezávisle. Tato rehabilitace se v současnosti chápe jako interdisciplinární obor, který zahrnuje nejen zdravotnickou, ale také sociálně-právní a pedagogicko-psychologickou péči. Z toho důvodu je také možné hovořit o koncepci ucelené rehabilitace (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Při ucelené rehabilitaci jde o týmové využívání aplikovaných metod z oblasti lékařství, sociální práce, výchovy, vzdělávání a jiných (NOVOSAD, 2000). Je evidentní, že při takovém přístupu se nemůže jednat o krátkodobou intervenci, ale naopak jde o rehabilitaci dlouhodobou. Zmiňovaná rehabilitace se poskytuje v různých institucích např. ve zdravotnických zařízeních, v zařízeních a ústavech sociální péče, speciálních školách apod. Cílem sociální práce jak u zdravotně znevýhodněných klientů, tak u klientů s mentálním postižením integrace (inkluze) do společnosti. U lidí s mentálním postižením se v této oblasti nejvíce uplatňují týmy, do nichž se zapojují speciální pedagogové, sociální pracovníci, psychologové a psychiatři. Zdravotničtí pracovníci, jako sestry a lékaři, přinášejí při práci s touto klientelou informace týkající se tělesného stavu, smyslových a jiných omezení, a to zvláště v ústavech sociální péče, kde je nutno pro klienta zajistit i péči a ošetřování (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

## **2.2 Potřeby klientů v sociální práci**

V hierarchii potřeb člověka stojí zdraví na předním místě, protože umožňuje naplnění života, dosažení a udržení si stavu spokojenosti, štěstí a uplatnění ve společnosti (KEBZA, 2005).

Problematice potřeb obecně se věnoval psycholog A. H. Maslow, který rozděluje potřeby dle aktuálnosti do pyramidy, která je známá jako Maslowova pyramida potřeb. Podle této struktury mají určité potřeby přednost před jinými, z čehož plyne užitečná strategie jejich uspokojování (cit. dle VÁGNEROVÉ, 2005). Na prvním místě podle

tohoto schématu je třeba nejdříve uspokojit fyziologické potřeby, které zahrnují takové, které slouží k přežití, jako je výživa, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek aj. Ty tvoří základ pyramidy. Na druhém místě, o patro výš, stojí potřeby, které se váží k jistotám a k bezpečí, tyto potřeby vyjadřují u člověka tendenci vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Člověk aktivně vyhledává důvěru a stabilitu. Jako třetí v žebříčku pyramidy se vyskytuje potřeba lásky a sounáležitosti, které vyjadřují potřebu milovat a být milován a potřebu patřit do společnosti. O něco výš je dál potřeba ocenění, úcty a sebeúcty, která znázorňuje přání důvěry k okolí a touhu po respektu, sociálním postavení a důstojnosti ve skupině. Jako poslední je ve špičce pyramidy potřeba seberealizace (cit. dle TRACHTOVÉ, 2001). U sociálních pracovníků je Maslowova pyramida důležitá pro výkon jejich práce. Znat jednotlivé úrovně pyramidy a vytvářet podle ní efektivní plán pomoci s důrazem na klientovy neuspokojené potřeby je cestou ke kvalitnějšímu prožívání. Sociální pracovník by měl mít na paměti, že jeho klienti potřebují především:

- mít jistotu v tom, že se jim pomůže, potřebují vědět, kam se mohou ve chvílích potřeby obrátit,
- mít informace (vědět, o možnostech další péče, vědět, co bude v nemoci následovat), protože dostatek informací jim dává pocit jistoty a bezpečí,
- pacient- klient potřebuje otevřenou a upřímnou komunikaci,
- pacient-klient potřebuje také vhodnou rovnováhu mezi klidem pro rekonvalescenci a přítomností někoho blízkého,
- pocit jistoty pacientovi - klientovi dodává také možnost samostatně rozhodovat o průběhu léčby a zdravotnický personál se přitom snaží vyjít vstříc přání nemocného. Při odlišných představách o léčbě se sociální pracovník ve spolupráci s personálem snaží o co nejvyšší shodu všech zúčastněných pro efektivní a pacientem lépe akceptovatelnou léčbu (KŘÍŽOVÁ, 2015).

Toto jsou obecné potřeby každého člověka, klienta, pacienta, při posuzování v sociální práci by se však mělo rozlišovat mezi zdravotně sociálními problémy a potřebami různých cílových skupin. Věcná povaha problémů a potřeb např. u seniorů se bude značně lišit od potřeb zdravotně handicapovaných dětí stejně tak se bude lišit poskytovaná pomoc (WINKLER, 2012).

## 2.3 Náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Jak už bylo řečeno, v současnosti je na vzestupu úzce biologické nazírání na pacienta z pohledu medicíny. Úspěšnost medicíny jde ruku v ruce s technickým pokrokem, avšak ten často omezuje přímý kontakt lékařů a dalšího zdravotnického personálu s pacienty. Lékaři nezískávají podstatné informace pro diagnózu a léčbu přímo od pacientů, ale vycházejí hlavně z výsledků provedených vyšetření, které umožňuje technika. Tento omezený kontakt ze strany zdravotnického personálu mohou nemocní vnímat negativně (BÁRTLOVÁ, 2005).

I z toho důvodu podpořila pozici sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení v roce 2008 sama Česká asociace sester, která vypracovala tzv. proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Úkolem tohoto dokumentu bylo vymezení a sjednocení pracovních postupů sociální práce ve zdravotnictví a zdůraznění smyslu sociální péče jako důležité součásti komplexního léčebného procesu. Z toho vyplynulo, že sociální práce se významně podílí na uzdravení nemocného klienta. Nejpodstatnější v tomto ohledu je však vzájemná spolupráce mezi jednotlivými obory. Sociální pracovníci ve spolupráci s dalšími odborníky z pomáhajících profesí, pracujících uvnitř i mimo zařízení zdravotnických služeb, podporují klienta, aby se snáze vyrovnal s nastalou nemocí a se změnou životní situací (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Zdravotně-sociální péče poskytovaná ve zdravotnických zařízeních se stává určitým typem zvláštní péče, jež je poskytována lidem, kteří ji potřebují. Kvalita poskytované sociální péče musí odpovídat všem požadavkům standardů kvality sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., O sociálních službách. Sociální lůžka ve zdravotnických zařízeních jsou jedním z vhodných řešení pro ty klienty, u kterých již pominuly pádné důvody pro poskytování zdravotnické péče, ale přesto jejich zdravotní stav vyžaduje i nadále pomoc druhé osoby a nedaří se u nich řešit jejich nepříznivou sociální situaci jinak než hospitalizací (JANEČKOVÁ a HNILICOVÁ, 2009). Vzájemná a úspěšná spolupráce pomůže vytvářet efektivní plán péče s jasně vymezenými cíli a vzájemnou provázaností všech oborů. K tomuto účelu je potřeba vytvořit odborný tým, který bude sdílet své poznatky takovým způsobem, aby zlepšil péči o klienta (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Je tedy evidentní, že sociální práce ve zdravotnictví je týmová práce. Sociální pracovník ve zdravotnictví poskytuje takové intervence, které pomáhají odstranit či zmírnit



negativní dopady nemoci či hospitalizace. Náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví je řešení tíživé situace hospitalizovaných klientů. V těchto případech se klientovi poskytuje: sociální poradenství a sociálně právní poradenství, které klientovi pomohou zorientovat se v jeho nárocích a správních možnostech. V tomto případě poskytuje sociální pracovník klientovi pomoc při jednání s institucemi a úřady. Se zdravotníky společně nastavuje plán aktuální péče a následné sociální rehabilitace. Sociální pracovník zprostředkovává specializované služby, které klientovi usnadní vyrovnání se s nemocí a jejími následky, přispívá k pomoci v otázkách finančních potíží a bytových záležitostí, spolupracuje s příbuznými a okolím klienta, je-li to potřebí. Sociální pracovník také poskytuje klientovi psychosociální podporu, zjišťuje jeho sociální obtíže, aktivně vyhledává potenciální klienty a nabízí zdravotně sociální poradenství. Ve spolupráci s rodinou stanovuje sociální anamnézu, zjišťuje klientovy možnosti a definuje překážky, které mohou ovlivnit klientovu léčbu a zhoršovat tak jeho zdravotní stav. Cílem je zajištění bezproblémového návratu klienta do běžného života, pokud však reintegrace není možná, musí sociální pracovník zajistit další následné formy pomoci (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Obecně lze náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnických zařízeních shrnout do několika bodů, jako je: sociální šetření, zabezpečování sociální agendy, řešení sociálně právních problémů, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace. Do náplně práce lze zahrnout také kontinuální vzdělávání, díky němuž si pracovník zvyšuje svou kvalifikaci, aby výše zmíněné činnosti mohl provádět v nejlepší kvalitě. Jedině tak je totiž schopen průběžně naplňovat požadavky etického kodexu (MICHELOVÁ, 2015).

## **2.4 Spolupráce sociálních pracovníků se zdravotníky**

Biologické pojetí medicíny od počátku 20. století stále více vzrůstá, ale přesto se pomalu na zřetel dostává i otázka role nemocného a jeho psychických a sociálních podmínek, které dokáží zásadně ovlivnit průběh nemoci. V ošetrovatelské péči se nesmí zapomínat jakou roli hraje psychika, prožitky, bolesti a strachy z náročných léčebných a diagnostických úkonů, ze smrti, z nejistoty, kterou s sebou nemoc přináší, ze závislosti na druhých apod. Nemocný se zatím často ve zdravotnictví pojímá pouze jako biologická bytost bez psychické a společenské stránky. Zdravotnická péče nedokázala ve své současné praxi udržet krok s využíváním poznatků společenských věd, jako jsou

psychologie a sociologie. Ve zdravotnictví se využívají technicky dokonalé léčebné metody pro zkvalitnění péče, ale současně s vývojem techniky dochází také k úpadku mezilidských vztahů (BÁRTLOVÁ, 2005).

Práce s nemocnými nebo dokonce umírajícími je velice náročná a díky tomu spojena s řadou rizik, které ohrožují ošetřující a pečující personál. Psychická zátěž v tomto oboru je vysoká a zaměstnanci ji dle výzkumů (BARNI, 1996) často vůbec neřeší nebo sami sobě pomáhají omezením komunikace s pacientem. Na nedostatečnou komunikaci si ztěžují právě nemocní, ale omezení je patrné také mezi kolegy. K překonání zátěže má pomáhat zavedení týmové spolupráce na pracovišti (BÁRTLOVÁ, 2005).

Jak už bylo řečeno, v pomáhajících profesích se dnes již úspěšně uplatňují interdisciplinární týmy, které slouží ke zlepšování poskytovaných služeb pro klienty (STAŇKOVÁ, 1998). Na poli zdravotnictví se v interdisciplinárních týmech uplatňují nejen zdravotníci, ale také sociální pracovníci, nutriční terapeuti a další, kteří spolu navzájem vyměňují své zkušenosti, aby dosáhli společného cíle. Bez jejich účasti by totiž veškeré intervence směrem k pacientům postrádaly žádoucí efekt (HEIDENTHAL, 2003). Členové týmu se snaží udržet si své profesní pohledy, což může být příčinou mnohých konfliktů. Pro některé pracovníky může týmová práce představovat ohrožení profesní identity (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Při práci v týmu je tedy třeba se připravit na určitá úskalí, která se běžně vyskytují při vzájemné spolupráci více lidí. I když jsou si pomáhající profese navzájem příbuzné, v rámci spolupráce může nastat situace, kdy se jedna profese bude nadřazovat nad druhou (GUGGENBÜHL-CRAIG, 2007). Tato úskalí spatřujeme ve všech týmech, kde se setkávají různé profese a odbornosti, v interdisciplinárních týmech ve zdravotnictví pak je vznik konfliktů markantnější než kde jinde. Zde je totiž možné se častěji setkat se situacemi, kdy se některá odborná odvětví sama prosazují jako dominantní a jiná jako jim podřízená. Tato asymetrie ve vnímání jednotlivých profesí může negativně ovlivnit celou týmovou spolupráci a vytvořit tak prostor pro vznik konfliktů mezi jednotlivými obory v týmu. Tyto konflikty pak mohou pramenit z pocitu, že jediné vlastní obor, v tomto případě, kdy se pohybujeme na půdě zdravotnického zařízení, tedy medicína, dělá skutečně užitečnou práci. Přitom možnosti pečovatelských a sociálních intervencí jsou stejně potřebné (GLADKIJ, 1995).

Medicína je schopná zastínit jiná odvětví v týmu také svým domovským postavením na půdě zdravotnického zařízení, obory, jako jsou ty sociální a sociálně-zdravotní přicházejí do zaběhlého režimu, jasné hierarchie a přinášejí s sebou určitou míru zmatku. Nemusí být vždy jasné, jaké kdo má postavení vůči pacientovi a v týmu obecně. Lékař je často vnímán jako vedoucí a ostatní zastávají podřízenou pozici (PAYNE, 1993).

Na druhé straně vzhledem k vývoji sociální práce, která byla dříve brána spíše jako charitativní pomoc a laická podpora bližních v rodině, nejsou sociální pracovníci považováni za specialisty, a přestože je sociální práce samostatnou profesí, není mnohdy sociální pracovník vzhledem k výše zmíněnému uznáván, tak jak by si zasluhoval. Je vnímán spíše jako úředník, nebo ten co poskytuje dávky (KODYMOVÁ, 2015). Toto však značně narušuje s týmovou spoluprací, kde mají být všichni společně zodpovědní za rozhodnutí, které tým vykoná. Neměla by se tak spolupracovníkovi upírat jeho individualita, kterou by neměli zpochybňovat především lékaři (PAYNE, 1993).

Každé odvětví, byť se stejným cílem, jímž je pomoc pacientovi-klientovi, má určenou jinou cestu k tomuto cíli, může tedy docházet při prosazování této cesty k rozepřím. Možnosti řešení těchto rozepří je celá řada, nejsnadnějším a nejrychlejším je hierarchické postavení v rámci zařízení. Ještě nedávno byl tým ve zdravotnictví složen pouze z lékaře a zdravotní sestry, sociální pracovník se samostatně obracel přímo na pacienta, se kterým řešil problémy spadající do kompetence sociální péče, bez potřebných informací o zdravotním stavu klienta. Tento přístup však odporuje potřebě komplexního přístupu k člověku.

Je tedy evidentní, že na týmovou spoluprací, která obecně nebývá jednoduchá, má velký vliv zvláště ochota členů spolupracovat.

Dalším faktorem ovlivňujícím míru spolupráce je stanovený systém a vymezené náplně práce v dané organizaci. Jak ukazuje praxe ze zahraničí, úzké spoluprací týmu napomáhá i fyzický prostor, tedy společná účast specialistů na vizitách, na každodenních ranních poradách určených k řešení situace pacienta, tedy blízkost jak ke spolupracovníkům, tak i k pacientům a jejich blízkým, stálá přítomnost na zdravotnickém pracovišti. Společným cílem všech spolupracovníků by měla být

snaha navrátit klienta do funkčního a vyhovujícího původního prostředí (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Objektivní stav zdravotně sociálních problémů vždy podléhá určité interpretaci. Důležitou stránkou charakterizující problém, který má být řešen spoluprací zdravotních a sociálních služeb, je jeho společenská formulace.

Mezi základní kompetence sociálního pracovníka, který je součástí multidisciplinárního týmu, patří schopnost rozeznávat potřeby jednotlivých členů, stejně tak jejich zájmy a napětí vznikající v týmu, s tím souvisí také umění přiblížit se ke všem členům. Sociální pracovník musí umět vyprodukovat potřebnou míru spolupráce mezi členy, udržet tým v chodu a zajistit vhodný přenos informací. Toto jsou činnosti, které slouží k udržování pozitivního klimatu v týmu. Sociální pracovník v týmu má roli moderátora, dokáže prezentovat a vyjednávat (KODYMOVÁ, 2015).

#### **2.4.1 Potřeba supervize v pomáhajících profesích**

Při výkonu svého povolání musí sociální pracovník počítat s určitými problémy, které mu způsobí pracovníci některých jiných pomáhajících profesí, především profesí s ekonomickým a medicínským průnikem (MÁTEL, 2010). Z nejrůznějších důvodů se každý tým při své práci nachází v určitém rozpoložení. Tým může být spokojený a šťastný, nebo naopak určitým způsobem rozvrácený či až depresivní. Napjaté či naopak uvolněné vztahy v organizaci nebo aktuální nastavení týmu, nabyté zkušenosti jednotlivých členů, nerealistická očekávání, nedostatečný prostor pro vyjádření nebo reflexi, upadnutí do stereotypu, míra vyhoření aj. patří mezi důležité vlivy ovlivňující náladu týmu (HAVRDOVÁ a HAJNÝ, 2008).

Jako účinný nástroj, který slouží pro všechny druhy týmů k řešení nastíněných komplikací se nabízí tzv. týmová supervize, která je jednou ze specifických forem samotné supervize. Supervize je metodou práce, která je cíleně zaměřena na podporu a rozvoj kvality práce a profesionality pracovníka či týmu, pomocí supervize se ověřuje, zda použité zásahy odpovídají potřebám klientů (DVOŘÁČKOVÁ, 2009).

Jiní autoři chápou supervizi jako nadhled a dohled jdoucí ruku v ruce. Nadhled pomáhá k řešení pracovních otázek formou poskytování potřebného odstupu a současný dohled zajišťuje, že supervidovaný provádí svou činnost kvalitně a profesionálně (MICHKOVÁ, 2008).

Každý autor definuje pojem supervize trochu jinak. Pro všechny definice je však společný hlavní cíl supervize, kterým je pomoc nejen v profesním rozvoji, ale i v osobním životě supervidovaného a v případě týmové supervize i v mezilidských vztazích v týmu.

Z toho důvodu je potřeba odlišit dva základní atributy, a sice „supervize týmu“, která se zaměřuje na samotné členy v týmu, na jejich vztahy, role, pocity, potřeby aj. a „supervize v týmu“, která se naopak zaměřuje na reflexi konkrétních případů práce s klientem, se kterými pracovníci přicházejí do pracovního kontaktu (HAVRDOVÁ a HAJNÝ, 2008). Supervize týmu má být nápomocná při řešení nejrůznějších problémů na pracovišti, zde přispívá zvláště k řešení narušených mezilidských vztahů mezi kolegy, a to i na úrovni nadřízený a podřízený. Zavedení supervize je nasnadě, připustíme-li, že nároky, které jsou kladeny na profesionalitu nejen sociálních pracovníků, ale každé z pomáhajících profesí, jsou čím dál tím vyšší. K práci s lidmi, klienty i pacienty, neodmyslitelně patří i práce se svou vlastní osobou, k čemuž je supervize především určena (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ 2010). Cílem týmové supervize při řešení zmiňovaných problémů na pracovišti je poskytnutí prostoru pro vyjasnění vztahů, které - pokud jsou nějakým způsobem narušené - mohou bránit kvalitní práci s klienty. Týmová supervize pomáhá také podporovat vzájemnou spolupráci mezi jednotlivými členy týmu. Supervize v tomto případě nemusí být striktně zaměřená na profesní vztahy, ale dotýká se i vztahů neformálních a osobních (HAVRDOVÁ a HAJNÝ, 2008).

Kromě týmu musí pracovník v pomáhajících profesích také myslet na své, zejména psychické, zdraví a umět zvládat ohrožení vlastní psychiky či se umět vyrovnat s náparem pomocí psychohygieny, změny životního stylu nebo pomocí psychoterapie. Supervize tedy slouží také k prevenci syndromu vyhoření (KUZNÍKOVÁ, 2011).

Moderní sociální práce přináší nutnost vyjednávání o postupech nejen s klienty, ale i s jinými pracovníky v týmu. V sociální sféře je zavedení supervize běžnou součástí správné praxe. Venglářová hovoří o potížích se zavedením supervize do oblasti zdravotnictví. Dle jejich zkušeností zdravotničtí pracovníci zastávají stanovisko, že nepotřebují žádnou speciální péči. Pokud se zdravotníci rozhodnou, že zvolí nějakou formu podpory zvenčí, jedná se obvykle o ventilaci, dochází pak k úlevnému nadávání na poměry u nás a při snaze vrátit téma k pocíťovaným emocem vzniká tíživé mlčení a bariéra mezi supervidovanými a supervizorem. Pokud zdravotníci vůbec přiznají

nadměrnou zátěž, která pramení z jejich náročného zaměstnání, nevidí supervizi jako formu východiska. Zdravotníci své zdroje stresu podle Venglářové vidí spíše v provozně pracovních poměrech na pracovišti a způsobu řízení nemocnic. Často nevidí své vlastní negativní emoce vycházející z práce s pacienty. Venglářová poukazuje na téměř neprůstředný systém obran u zdravotníků, logické vyústění jejich potřeby vyrovnat se s náročnými emocemi (utrpení, bolest, smutek, beznaděj) může vyústit až v dokonalé vyhýbání se všemu, co by tuto ochranu narušilo. Stálý tlak na výkon v tomto povolání vyvolává nutnost emoce spíše popírat, než-li je reflektovat. Chtít tedy po zdravotnících, sestřích a lékařích, aby rozvíjeli empatii s pacienty, se pak vnímá jako osobnostní ohrožení. Další z potíží, na které se naráží při pokusech zavedení supervize do zdravotnických zařízení, je v samotném vedení nemocnic, které často nemá osobní zkušenost se supervizí, podceňuje ji a neví, jak ji zavést a nezná její přínosy (VENGLÁŘOVÁ, 2016).

### 3 CHARAKTERISTIKA STÁRNUTÍ A STÁŘÍ

Stáří je z pohledu vývoje závěrečnou etapou života člověka, která má své charakteristické znaky, specifika typická pro toto období a hlavně svá opodstatnění (MÜHLPACHR, 2005). Stárnutí je životní proces, během nějž dochází ke změnám ve všech zmiňovaných oblastech, tedy v oblasti biologické, psychické i sociální. Jednotlivé složky od sebe nelze oddělit, protože jsou přirozenou součástí člověka a veškeré prodělané změny ovlivňují každého jedince.

Vývojem během života - a tedy i stářím - a jednotlivými vývojovými úkoly, které každé životní období skýtá, se zabývá celá řada autorů a teorií. I přestože je stáří až poslední fází života člověka, tak i zde je třeba se s touto fází vhodně vyrovnat, splnit úkoly a překonat překážky, které s ní přicházejí.

Během celého vývoje dochází k celé řadě involučních změn, které u každého probíhají nejen různou rychlostí, ale nejsou také u každého úplně stejné. Jak rychle a intenzivně budou změny ve stáří probíhat, záleží na celé řadě faktorů, jako je zdravotní stav, životní styl a jiné sociálně-ekonomické a psychické vlivy (KALVACH, 2004).

Proces stárnutí a působení involuce sice nelze zcela zastavit, ale vhodným životním stylem je možné jej zpomalit a prožít tak tuto životní etapu co nejkvalitněji. Z toho důvodu je věnována stále větší pozornost stárnutí buněk a organismů (KŘIVOHLAVÝ, 2002). Souhrn involučních změn u člověka v kombinaci s dalšími parametry jako je například zdravotní stav, lidský potenciál a vlastní síly člověka se označuje jako biologické stáří (ČEVELA, 2012). Biologické stáří nebo také biologický věk se projevuje stavem jednotlivých orgánů, kondicí, výkonností aj., proto nemusí vždy souhlasit s kalendářním věkem. Stejně staří lidé, které však odlišuje genetika, životní styl, povoláním, prodělané choroby aj. budou mít odlišně kvalitní stáří vlivem rozdílného biologického věku. Stárnutí je však možné vnímat i z jiných hledisek, např. z pohledu psychologického, který se zaměřuje mimo jiné na změny osobnosti či emocionální stav seniorů, nebo také z pohledu sociologického. Sociologické hledisko poukazuje na místo seniora ve společnosti nebo např. na změny společenských rolí v tomto období apod. (KŘIVOHLAVÝ, 2011). Stáří jako takové je tedy evidentně obtížné jednoznačně definovat. Je více možných pohledů, podle nichž je možné stáří specifikovat a každý má své opodstatnění. To, na čem je však možné se shodnout, je že

stárnutí je nevratný a specifický biologický proces. Tento proces postihuje všechny orgány, které postupně ztrácejí svou funkčnost, což vede k dalším psychickým a sociálním změnám (TOPINKOVÁ, 2005).

Rozhodujícím aspektem ve stáří je to, jak se jedinec vyrovnává s popisovanými změnami, které často doprovázejí i určitá omezující onemocnění. Stáří s sebou přináší řadu omezení, oslabení životních sil a pokles energie, snížení schopností nebo osamělost (NAKONEČNÝ, 2003).

Stárnutí může být jak fyziologické, tak i patologické. Je důležité si uvědomit, že nepřichází náhle s vysokým věkem, ale naopak postupně (KŘIVOHLAVÝ, 2011).

V současné době vlivem vyspělé medicíny rostou počty seniorů, kteří se dožívají stále vyššího věku. Výhled do budoucna tento trend veskrze potvrzuje. Jedná se o značný úspěch, který s sebou ovšem přináší i určitá úskalí.

S nastoleným medicínským pokrokem, zdravotnickou osvětou a proklamací zdravého životního stylu se u seniorů, navzdory všemu, vyskytuje současně i vyšší výskyt nejrůznějších chorob, bolestí, křehkosti aj. Zmiňované komplikace daných onemocnění mohou způsobit, že se senior nedokáže sám o sebe postarat a uspokojovat své potřeby v dostatečné míře. V tomto případě je evidentní, že senior potřebuje pomoc, jak po stránce sociální, tak i po stránce zdravotní. Skupina seniorů, přestože není homogenní a každý jedinec prožívá stárnutí jiným způsobem, je pro potřebu spolupráce zdravotnictví a sociální práce natolik typická, že jsem se rozhodla na této starší populaci zobecnit zmiňovanou potřebu spolupráce i pro jiné skupiny. Jako závažný problém zaznívá právě špatná spolupráce mezi resorty zdravotních a sociálních služeb, zejména pokud dochází ke kumulaci různých zdravotních komplikací a sociálních handicapů, tak typických pro seniory. U seniorů je obtížné zajišťovat péči v zařízeních sociální péče bez účinné zdravotnické služby a naopak (ČÍPKOVÁ, KOUŘILOVÁ a HRUŠKA, 2014).

### **3.1 Pojímání seniora**

Existuje názor, že člověk sám sebe začíná považovat za „starého“ v momentě, kdy je za takového pokládán společností a lidmi ze svého okolí (LANGMEIER a KREJČÍŘOVÁ, 2006). Tento společenský postoj k seniorovi je schopný pozitivně či negativně ovlivnit jeho sociální statut (pozici v sociální struktuře) a sociální role (LAŠEK, 2003). Prestiž seniora, která se se sociálním statutem pojí, je v České republice nejasná, je totiž možné



se setkat jak s pozitivním, tak i negativním pohledem na seniora (POKORNÁ, 2010). V pozitivním náhledu se společnost shoduje s tím, že je třeba starým lidem pomáhat a umožnit jim důstojně dožít, protože v nich vidí zdroj moudrosti a chová k nim úctu, na druhé straně se senioři mohou vnímat jako ti, kteří ostatním překážejí, což zmiňovanou prestiž naopak degraduje (HAŠKOVCOVÁ, 2010).

K nazírání na seniora a k tvorbě určitého povědomí o něm, ať již pozitivního nebo negativního rázu, přispívají různé vlivy, jako jsou např. média, výchova v rodině, ale také přístup zdravotnického personálu apod. Nejčastější konotace, které se pojí s pojmem seniora jsou proto právě nemoc, senilita, sešlost, ale také samota či bezmoc (POKORNÁ, 2010). Člověk spadající do věkové kategorie nad 65 let je také spojován se sociálním statutem důchodce, je tedy společností považován za neaktivního a neproduktivního (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Všechny zaseté stereotypy souvisí s pojmem ageismu, který lze chápat jako proces stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich pokročilý věk. Staří lidé jsou zařazeni do určitých kategorií, proto je pro mladší generace obtížné vidět starší lidi jako individuální lidské bytosti. Ageismus je podle Butlera manifestován jak na individuální, tak na institucionální úrovni, projevuje se pak v těchto sférách jako otevřené opovržení a averze. Dochází pak buď k vyhýbání se kontaktu, diskriminačním praktikám ať už v bydlení, v zaměstnání nebo i službách všeho druhu. Důkazem toho je i výskyt různých vtipů apod. (cit. dle VIDOVIČOVÉ, 2005). Zdroji ageismu jsou určité mýty pojící se se stářím, ale i samotné praktiky vyskytující se např. právě v medicíně. Na tento fakt navazuje zřejmě nejčastější stereotyp o seniorech týkající se jejich zdraví, a sice jde o všeobecnou představu o ztrátě funkčních schopností seniora a jeho omezené soběstačnosti. To ze seniora v určitém věku dělá spíše zátěž pro společnost, protože odčerpává významnou část společenských zdrojů. Vytrácí se pohled na seniory jako na individuální bytosti, častá je ztráta snahy najít pozitivní hodnoty stáří (MATOUŠEK, KOLÁČKOVÁ a KODYMOVÁ, 2010).

Tento stereotyp se odráží zvláště právě ve zdravotnických zařízeních, kdy u seniorů není vždy věnována pozornost diagnostice tak pečlivě jako u mladších ročníků. Preventivní zákroky se pak podceňují. Evidentně viditelné je to na příkladu z roku 2003, kdy byla zveřejněna informace o stanovení limitu věku pro nárok pacienta na použití nové metody léčby srdečních obtíží. VIDOVIČOVÁ (2005) nepovažuje tento přístup za

výjimečný, říká totiž, že lékaři se prakticky každý den rozhodují o rozdělení relativně omezených zdrojů léků, materiálu i péče mezi své pacienty.

Na diskriminaci seniorů ve zdravotnictví poukazují i množící se důkazy o tom, že starší lidé nedostávají zdravotní péči včas, nemají dostatečnou možnost výběru léčby a péče o ně není vždy v potřebné kvalitě. Výzkumy ukazují, že zdravotní péče není dobře připravena na uspokojování potřeb stárnoucí populace. Chronicky nemocní a polymorbidní pacienti, mezi kterými je velké procento seniorů, potřebují návaznou péči a propojenost různých oborů (BAKER, 2006). Profesionální pomoc snadno sklouzává od individualizované péče zaměřené na potřeby jednotlivce k uniformně poskytovaným službám pro určité skupiny osob, které sdílí zdravotní postižení či určitá omezení vyplývající např. z jejich věku (MATOUŠEK, 2007). Neřeší se tedy člověk, ale prefabrikovaný názor o celé skupině. V tomto směru by měla nastat výchova zdravotnického personálu ve smyslu úcty k životu jako celku (VIDOVIČOVÁ, 2005).

### **3.2 Potřeby seniora**

Potřeba je stav, který se vytvoří při nějakém nedostatku či nadbytku a pokud má dojít k udržení životní rovnováhy a potřebné pohody, je nutné tento nedostatek či nadbytek odstranit (CHLOUBOVÁ, 2003). Pokud nedochází k uspokojování lidských potřeb a nedojde tak k odstranění nerovnováhy, pak člověk začíná strádat (MATOUŠEK, 2012). Je běžné, že neustále dochází k nové tvorbě potřeb a v ideálním případě i k jejich následnému uspokojování. Záleží však na samotné potřebě, některé se pro člověka totiž staly v průběhu života čirou samozřejmostí, protože jsou uspokojovány automaticky, dosažení uspokojení u jiných bývá pak složitější. Ovšem v období stáří právě tyto samozřejmosti mohou začít nabývat na důležitosti a významu vzhledem ke zdravotnímu stavu a jejich uspokojování se stává stále více náročnější (KŘIVOHLAVÝ, 2002).

Je možné uznat, že v průběhu stáří se kvalitativně i kvantitativně mění řada lidských potřeb. Díky prodělávané involuci organismu se potřeby začínají orientovat více na samotného jedince, a to s důrazem na potřebu uspokojení vlastní jistoty a stability (ŘÍČAN, 2004).

Mylně se však předpokládá, že potřeby všech seniorů jsou totožné. Tento přístup nerespektuje fakt, že osobnost člověka je v každém věku individuální záležitostí. Tato chyba vede k nevhodné stereotypizaci seniorů (HAŠKOVCOVÁ, 2010). K faktorům, které ovlivňují spokojenost seniorů, patří však nejen uspokojování všech potřeb, ale i samotná kvalita života seniora s výraznou rolí zdravotního a sociálního stavu daného jedince (CHLOUBOVÁ, 2004). Už jsem se zmínila o Maslowově teorii potřeb, které vytvářejí pyramidu skládající se z úrovní, kde nejnižší jsou potřeby fyziologické a nejvýše úroveň seberealizace. Nejdříve je vždy nutné, aby byla uspokojena nižší úroveň, než se dosáhne úrovně vyšší. Do poslední úrovně seberealizace nemusí dospět každý. Přejít z jedné úrovně na další je podmíněný dostatečně dlouhým uspokojováním potřeb na nižší úrovni. Může se však stát, že k uspokojení nedochází, o tomto stavu lze mluvit jako o frustraci a v tomto případě dochází k zastavení růstu. Jedinec, který dospěl až k potřebě seberealizace, je ve svém životě odolný vůči frustraci z neuspokojených nižších potřeb (cit. dle ŘÍČANA, 2004). Při hlubším zamyšlení nad touto problematikou lze říci, že lidské potřeby jsou podobné a neměnné, bez ohledu na jedinečnost každého člověka a jeho věk. Tedy ani u seniorů nelze tvrdit, že se potřeby nějak zásadně mění, můžeme pouze pozorovat určitý rozdíl v jejich vnímání a naplňování. Na tento fakt poukazuje Vágnerová, která tvrdí, že „Stárnutí je charakteristické poklesem potřeby nových podnětů a zkušeností a vzestupem potřeby jistoty a stability“ (VÁGNEROVÁ 2007, s. 344). To, co se v tomto období přehodnocuje je pouze důležitost, nikoliv samotná potřeba. Tento přesun se bude pravděpodobně vztahovat k fyzickým omezením seniora, jelikož jako zásadní se ve vyšším věku objevuje samotná problematika chorob (výskyt řady onemocnění je u starších lidí a seniorů dvoj až trojnásobně vyšší v porovnání s lidmi středního věku). Zmiňovaný špatný zdravotní stav logicky vede ke zhoršení kvality života, neuspokojování potřeb a předčasnému umírání (HROZENSKÁ a DVOŘÁČKOVÁ, 2013).

Na závěr této podkapitoly považuji za důležité poukázat na potřeby také z jiného, v sociální práci i ve zdravotnictví velice praktického, úhlu. Je totiž zásadní, zda si člověk nebo klient své potřeby vůbec uvědomuje či nikoliv a zda je dále verbalizuje. Potřeby z tohoto hlediska je tedy možné rozdělit na vyjádřené, nevyjádřené a pociťované.

Jak vyjádřené, tak i nevyjádřené potřeby jsou zcela uvědomované, odlišují se pouze ochotou či neochotou klienta o nich komunikovat s blízkými nebo s personálem, na rozdíl od pouze pociťovaných potřeb. Ty si klient často úplně neuvědomuje. Toto se stává především, pokud klient není schopen vzhledem ke svému stavu svoji situaci vnímat a adekvátně vyhodnotit (WINKLER, 2012). Úkolem sociální práce ve zdravotnictví je odhalení těchto nevyjádřených nebo pociťovaných potřeb, jejich řešení a následné zlepšení prožívání a kvality života klienta – pacienta.

### 3.3 Pobytová zařízení pro seniory

Pobytová zařízení pro seniory jsou jedním z míst, kde by mělo docházet k uspokojování potřeb seniorů a udržování optimální kvality života, přesto věk sám o sobě nemusí vždy být důvodem zvýšené potřeby péče ze strany společnosti, zdravotnictví či sociálních služeb.

Na druhé straně bývá bohužel skutečností, že řada lidí se o sociální služby nezajímá, protože netuší, co jim mohou nabídnout, přesto by je potřebovali, protože jejich využití by jim přineslo zlepšení právě kvality života (WINKLER, 2012).

V rámci sociálního zabezpečení tito lidé mají nárok na poskytnutí sociální pomoci, kterou poskytují mimo jiné i pobytová zařízení pro seniory.

Pobytovými službami, které patří ke službám sociální péče se rozumí takové služby, které jsou spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb, podle § 33 zákona 108/2006Sb., O sociálních službách. Služby sociální péče jsou určeny osobám, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby za účelem zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojit se do běžného života. V případech, kdy toto vylučuje psychický nebo fyzický stav, pomáhají sociální služby zajistit důstojné prostředí a zacházení potřebným osobám (§38). V návaznosti na míru soběstačnosti potřebné osoby-klienta je v těchto zařízeních poskytováno široké spektrum služeb (§35). Mezi ty patří:

- ubytování, které podle potřeby zahrnuje i úklid, praní a opravy prádla, žehlení aj.,
- strava odpovídající potřebám dietního stravování a zdravotního stavu,

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu (pomoc při oblékání, při přesunu, uléhání, změně poloh, při podávání jídla a pití, při osobní hygieně, při použití WC atd.),
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a podpora při dalších aktivitách podporujících sociální začleňování,
- sociálně terapeutická činnost a aktivizační činnost,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Poskytovatelé sociálních služeb jsou podle stejného zákona a § 36 povinni zajistit svým uživatelům zdravotní péči. Mohou ji zajistit prostřednictvím zdravotnického zařízení, nebo - jde-li o ošetrovatelskou a rehabilitační péči - také vlastními zaměstnanci, kteří mají odbornou způsobilost k výkonu zdravotnického povolání. V praxi existují jak poskytovatelé pobytových sociálních služeb, kteří zaměstnávají zdravotní sestry, tak poskytovatelé, kteří zajišťují zdravotní péči uživatelům externě. Pokud tedy poskytovatel zaměstnává zdravotnický personál způsobilý k výkonu a má se zdravotní pojišťovnou pacienta uzavřenou zvláštní smlouvu, může na základě lékařské indikace připravovat a podávat léky a poskytovat zdravotní péči. Prováděné zdravotní výkony jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění podle platných předpisů a v rozsahu daném smlouvou (Zákon 108/2006 Sb.).

Tento zákon se nedávno prošel očekávanou novelou. V § 34 jsou vyjmenována zařízení sociálních služeb. Pro poskytování sociálních služeb se zřizují zařízení vhodná pro pobyt seniorů, jako např.:

- **Týdenní stacionáře** – v těchto zařízeních se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby,
- **Domovy sociální péče** – zde se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, demence, chronického duševního onemocnění, závislosti na návykových látkách nebo nelátkových závislostí, nebo osobám, které vedou rizikový způsob života, jejichž situace nebo zdravotní stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby (108/2006Sb.) Domovy sociální péče nahradily stávající označení domovů pro seniory a domovů se zvláštním režimem. Domovy pro seniory se podle Matouška

vzhledem k charakteru své klientely velice podobají léčebnám dlouhodobě nemocných (LDN). Rozdílem je však, že LDN jsou čistě zdravotnická zařízení a péče v nich je hrazena zdravotní pojišťovnou. LDN jsou zřízeny pro poskytování intenzivní doléčovací a rehabilitační péče, která by neměla přesáhnout 3 měsíce, po této době řeší sociální pracovníci problematiku propuštění a následné péče. Bohužel z nejrůznějších důvodů bývá pobyt pacientů v LDN prodlužován neustálým přesouváním z jednoho zařízení do jiného. Sociální práce zde pak nabývá charakteristik sociální práce v domovech.

- Zdravotnická zařízení lůžkové péče. V těchto zařízeních se poskytují pobytové sociální služby osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než jim je zabezpečena pomoc osobou blízkou nebo jinou fyzickou osobou, nebo zajištěno poskytování terénních nebo ambulantních sociálních služeb, anebo pobytových sociálních služeb v zařízeních sociálních služeb (Zákon 108/2006).

## 4 PRAKTICKÁ ČÁST. VLASTNÍ VÝZKUMNÉ ŠETŘENÍ

### 4.1 Úvod k výzkumnému šetření

Pouze biologizující a medicínský pohled na zdraví se dnes jeví jako nedostačující pro poskytnutí kvalitní péče o klienty/pacienty. Z toho důvodu má sociální pracovník své nezastupitelné místo v zařízeních, kde se poskytují zdravotnické služby. Přestože bio-psycho-sociální model komplexní péče není žádnou novinkou, může se zdát, že postavení sociálního pracovníka ve zmiňovaných zařízeních se zcela neuznává. Sociální pracovník nebo sociálně-zdravotní pracovník se zde dostává do pracovního týmu, kde cíle a využívané postupy pro blaho klienta/pacienta se mohou rozcházet. V takových případech je naprosto zásadní komunikace mezi jednotlivými členy v týmu, návaznost jednotlivých úkonů ve vztahu ke klientovi/pacientovi, fungující spolupráce a ochota dokázat řešit případné vzniklé konflikty. Pokud něco ze zmiňovaných činností (spolupráce, ochota aj.) chybí, vyskytují se častěji konflikty, a tedy i napjatá atmosféra, která může mít pak přímý negativní dopad na samotného klienta/pacienta. V jaké míře mají sociální pracovníci pocit, že se tyto důležité atributy ovlivňující péči na jejich pracovišti uskutečňují a působí, by mělo odpovědět mé dotazníkové šetření.

Cílem této práce bylo zjistit úroveň spolupráce a komunikace v multidisciplinárním týmu, kde současně působí pomáhající profese zdravotníků (sester a lékařů) a sociálních pracovníků. Ve své práci vycházím z toho, že pro založení úspěšného multidisciplinárního týmu je nejdůležitější motivace k uskutečnění tohoto kroku. Motivace by pro jednotlivce měla spočívat v možnosti osobnostního rozvoje, který s sebou tým přináší, a to ve formě nových vědomostí a zkušeností, které jsou pro každého obohacující. Svoji roli pro motivaci hraje dále také možnost vyšší prestiže a získaného statutu. Větší prestiž v týmu souvisí s potřebou a následným dosažením uznání a ocenění za svou práci, a to nejen formou pochvaly, ale také finančním ohodnocením. Ztráta některé nebo více možných motivací pracovníků v multidisciplinárním týmu může bránit ve schopnosti spolupracovat v týmu (MEIER, 2009). V takovém prostředí sice dochází k dodržování stanovených úředních postupů, ale provádějí se jen nezbytně nutné úkony, chybí však kreativita, zájem o klienta/pacienta a z toho následně plyne i omezená péče o něj. Za nedostatečnou komplexní péči o klienta/pacienta může stát také nízká úroveň komunikace, nevhodné sdělování a předávání informací. Sdílení informací je v multidisciplinárním týmu pro

jeho členy nutností a zároveň i velkou výzvou, v níž jsou sociální pracovníci, vzhledem ke svému vzdělání a zaměření často v centru zájmu (FROST, 2005).

Získané výsledky v dotazníkovém šetření by měly potvrdit nebo vyvrátit možné nedostatky ve spolupráci a komunikaci v těchto týmech, které mohou vycházet z rozdílných paradigmat jednotlivých oborů. Výsledky by tak mohly přispět k zamyšlení a ke zkvalitnění péče o klienty, kteří potřebují intervenci jak zdravotníků, tak sociálních pracovníků. Potvrzením vyššího výskytu konfliktů na pracovišti mezi zmiňovanými obory bych ráda poukázala na jedno z možných slabých míst v péči o klienty, kdy nevhodná komunikace a špatná spolupráce přímo ovlivňuje kvalitu života klientů. Věřím, že více údajů týkajících se spolupráce mezi těmito dvěma odvětvími v pomáhajících profesích obecně může přinést vedoucím a supervizním pracovníkům týmu a v týmu důležité podněty pro jejich práci.

## 4.2 Cíle výzkumného šetření

Ve svém výzkumném šetření jsem si stanovila 5 cílů:

Cíl 1 – měl zjistit, zda různorodost hodnocených profesí je natolik zásadní ve svém způsobu práce, myšlení, komunikace, cílů atd., že je zdrojem konfliktů mezi jednotlivými obory.

Cíl 2 – měl zjistit, zda zmiňované obory se z podstaty svého oboru liší v dovednostech komunikace. Vedoucí pracovníci v týmu by měli být seznámeni se způsobem myšlení, jednání a komunikace ve svém týmu a měli by dokázat fungovat jako zprostředkovatelé, tam kde si obory v týmu nerozumí.

Cíl 3 – se zaměřuje na to, zda způsob práce sociálních pracovníků vyžaduje týmovou spolupráci. Sociální pracovníci jsou zvyklí pracovat jiným způsobem než zdravotníci a znají práci v týmu.

Cíl 4 – se zaměřuje na zjištění, jak velkým problémem multidisciplinárního týmu je konkurence, která plyne z protěžování jednoho nebo jiného oboru, z vyšší prestiže vycházející z toho daného oboru. Zaměření se na rovnost v týmu by pak mělo dokázat posunout celý typ k lepší spolupráci a péči o klienta.

Cíl 5 – se soustředí na seznámení se s názorem respondentek na možnosti celého týmu v ovlivňování klientova/pacientova zdraví. Jakými činnostmi tým může pozitivně přispět v tomto směru.



### 4.3 Hypotézy

Stanovené hypotézy vycházejí z odborné literatury, která zmiňuje důležité aspekty pro fungující spolupráci v týmu, jimiž jsou komunikace a s ní související důvěra, výskyt konfliktů na pracovišti, motivace, ocenění, prestiž a finanční ohodnocení.

#### **Hypotéza č. 1**

H0: Mezi jednotlivými obory pomáhajících profesí v týmu se nevyskytují konflikty.

H1: Mezi jednotlivých obory pomáhajících profesí v týmu se vyskytují konflikty.

#### **Hypotéza č. 2**

H0: Osoby v jednotlivých oborech multidisciplinárního týmu nejsou spokojeny s komunikací uvnitř týmu.

H2: Osoby v jednotlivých oborech multidisciplinárního týmu jsou spokojeny s komunikací uvnitř týmu.

#### **Hypotéza č. 3**

H0: V ochotě spolupracovat není mezi zdravotníky a sociálními pracovníky signifikantní rozdíl.

H3: V ochotě spolupracovat je signifikantní rozdíl mezi zdravotníky a sociálními pracovníky.

#### **Hypotéza č. 4**

H0: V multidisciplinárním týmu se nevyskytují konkurenční boje.

H4: V multidisciplinárním týmu vyskytují konkurenční boje.

Vztah otázek a stanovených hypotéz:

Otázky č. 6, 7, 8 se vztahují k hypotéze č. 1

Otázka č. 9, 10, 11 se vztahuje k hypotéze č. 2

Otázky č. 15, 16 17 se vztahují k hypotéze č. 3

Otázky č. 12, 13, 14, 18 se vztahují k hypotéze č. 4

## 4.4 Zkoumaný soubor

Zkoumaný soubor tvořilo 120 respondentek, sociálních pracovníc, všeobecných sester a lékařek vyskytujících se v multidisciplinárních týmech a pečujících společně přímo o klienty. Vybrané sociální pracovníce musely splňovat podmínky podle zákona o sociálních službách, který udává nejen nutné vzdělání, ale i výčet činností sociálního pracovníka. Podle něj vybrané respondentky poskytují svým klientům sociálně právní poradenství, krizovou pomoc, sociální poradenství a sociální rehabilitaci pod níž spadá např. nácvik jednoduchých denních činností a aktivní pomoc při nich, podpora soběstačnosti klientů, posilování životní aktivizace, vytváření společenských kontaktů a v neposlední řadě uspokojování psychosociálních potřeb klientů, a to vše v prostředí takového zařízení, které současně poskytuje zdravotní i sociální služby, tedy ve spolupráci se zdravotnickým personálem.

Zdravotníci vyskytující se v týmu museli též splňovat nároky obsažené v platných právních předpisech, a sice v zákoně o lékařských a nelékařských zdravotnických povoláních. Zdravotnickým povoláním se tedy rozumí souhrn činností a znalostí pro výkon povolání lékaře a všeobecné sestry (BRŮHA a PROŠKOVÁ, 2011).

Výzkumné šetření jsem prováděla v pobytových zařízeních pro seniory a v léčebnách dlouhodobě nemocných (LDN).

**Tabulka č. 1a Rozdělení respondentek podle věku**

Povolání	Věk				Celkem osob
	do 25-ti let	26-30 let	31-35 let	36 a více let	
Sociální pracovníce	3	4	14	39	60
Zdravotnice	7	5	17	31	60

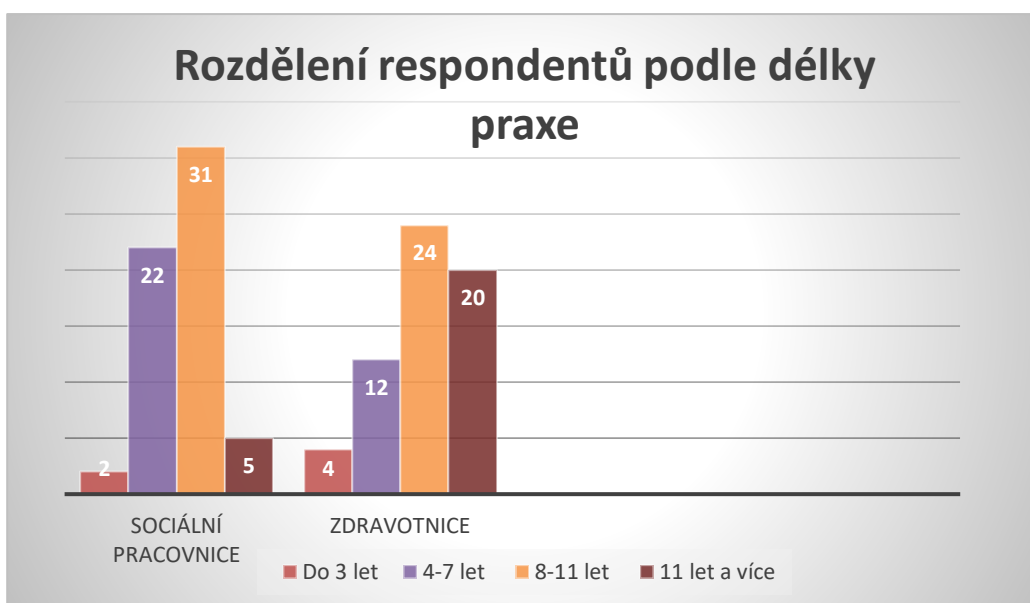
Do výzkumného šetření se zapojilo nejvíce respondentek ve věku 36-ti let a více. Další největší skupinou jak u zdravotníků, tak sociálních pracovníků byly respondentky mezi 31-35 lety.

**Tabulka č. 2a Rozdělení respondentek podle délky praxe v multidisciplinárním týmu**

Povolání	Délka praxe				Celkem osob
	do 3 let	4-7 let	8-11 let	11 let a více	
<b>Sociální pracovníce</b>	2	22	31	5	60
<b>Zdravotnice</b>	4	12	24	20	60

Nejpočetnější skupinou podle délky praxe byly respondentky, které mají zkušenosti s multidisciplinárním týmem mezi 8-11lety. Častěji mají delší (11 let a více) zkušenost s multidisciplinárním týmem zdravotnice (20 respondentek).

**Graf č. 1 Rozdělení respondentek podle délky praxe**



V této tabulce a grafu jsou rozděleny respondentky podle délky praxe. Nejvíce respondentek pracuje v multidisciplinárním týmu mezi 8 – 11ti lety, a to jak u

sociálních pracovníků, tak u zdravotníků. Jedná se o 31 respondentek ze skupiny sociálních pracovníků a 24 zdravotníků.

Počty se začínají zásadněji lišit až u praktikujících respondentek, které v multidisciplinárním týmu slouží více jak 11 let. Pouze 5 sociálních pracovníků vykonává tuto činnost v dané kategorii 11 let a více, na rozdíl od zdravotníků, u kterých je tato délka praxe druhou nejčetnější kategorií. Do této skupiny ze zdravotníků spadá celkem 20 respondentek. Do kategorie s kratší délkou praxe, tedy praktikující sociální pracovníci a zdravotnice z kategorie do 3 let, spadá ze skupiny sociálních pracovníků pouze 2 sociální pracovníci a 4 zdravotnice. Mezi 4-7 lety v multidisciplinárním týmu pracuje 22 sociálních pracovníků a 12 zdravotníků.

Důležité bylo, aby otázky použité v dotazníku byly všem respondentkám jasné, naprosto srozumitelné a snadno je tak pochopily. Otázky musí být položeny jednoznačně, aby nebyly zavádějící a na druhé straně je třeba opatrnosti, aby současně nebyly návodné a respondent tak odpovídal skutečně pravdivě, nikoliv tak jak se od něj očekává.

#### 4.4 Metodika výzkumného šetření

Metodika práce je založena na kvantitativním šetření, které bylo provedeno pomocí anonymního dotazníku, jenž byl rozdán mezi sociální pracovníci a zdravotnice pracující v multidisciplinárním týmu společně.

Kvantitativní metoda výzkumu spočívá nejprve ve stanovení výzkumných hypotéz (viz shora) a následnému sběru dat vztahujících se k těmto hypotézám. Získaná data se dále vyhodnocují. V této práci jsem pomocí zhotoveného dotazníku zjišťovala a mapovala názory respondentek na úroveň probíhající komunikace, výskyt konfliktů a hodnocení spolupráce mezi sociálními pracovníky a zdravotníky v týmu.

Dotazníky byly rozdány 160-ti respondentkám na jednotlivých odděleních za přispění jejich vedoucích pracovníků, se kterými jsem se nejdříve setkala osobně, abych na základě jejich dotazů a připomínek mohla poupravit nevhodně položené nebo nesrozumitelné otázky v dotazníku. Pro případné nejasnosti či dotazy jsem udávala své telefonní číslo i e-mailový kontakt. Dotazníky byly zaměřeny pouze na ženské pracovníci, protože na všech oslovených pracovištích a jednotlivých odděleních představovaly ženy větší zastoupení.

V úvodu dotazníku byl uveden průvodní dopis, díky němuž byly respondentky informovány o dobrovolné účasti na výzkumném šetření a o zcela anonymním vyhodnocování dat. Dotazníkové šetření jsem prováděla od konce února a následně se mi začátkem dubna 2018 vrátily rozdané dotazníky, které jsem následně začala vyhodnocovat.

V dotazníku jsem respondentkám položila 20 otázek vztahujících se, v 1. části, k jejich osobním a identifikačním údajům (věk, délka praxe, sestavení týmu) a ve 2. části k samotným hypotézám. Otázky v dotazníku byly uzavřené, u kterých měly respondentky k dispozici předem stanovené varianty odpovědi a polouzavřené, kde byly nabídnuty jak varianty odpovědí, tak byl prostor pro respondentovo vlastní vyjádření. Uváděné otázky v dotazníku jsou z větší části uzavřené, je to z toho důvodu, aby respondentky mé šetření příliš časově nezatěžovalo. Toto byl záměr, který měl nastolit větší návratnost dotazníků.

Získané údaje jsem zpracovala do přehledných grafů a tabulek.

#### 4.4.1 Metoda zpracování dat

Pro testování hypotéz byla přijatá data vyhodnocena statistickou matematickou metodou Chí-kvadrát testem, který lze vhodně využít pro ověřování hypotéz v kontingenční tabulce. Daný test vyhovuje mému typu výzkumného šetření, kdy se porovnávají alespoň dvě skupiny respondentů, kteří se liší určitou pro ně charakteristickou proměnnou. Skupinami zařazenými do šetření jsou v tomto případě povolání z pomáhajících profesí, sociální pracovníci a zdravotníci a proměnné jsou jimi uváděné odpovědi z dotazníku. Chí-kvadrát test zkoumá, zda jsou zmiňované proměnné rozloženy mezi oběma skupinami podobně, a zda příslušnost jedince k jedné ze skupin má vliv na tyto proměnné. Základem této statistické, matematické metody (Chí-kvadrát testu) je položení alternativní a nulové hypotézy. Zmíněná nulová hypotéza předpokládá, že mezi sledovanými proměnnými není žádný vztah. Alternativní hypotéza naopak předpokládá, že mezi sledovanými jevy vztah je. Jaká hypotéza bude přijata, se rozhodne na základě testování nulové hypotézy, k čemuž bylo vypočítáno tzv. testové kritérium. Při výpočtu testového kritéria platí, že pokud testové kritérium je menší než hladina významnosti 0,05, pak bude nulová hypotéza zamítnuta. Tento test pomáhá zkoumat, zda rozdíl v četnosti je pouhou náhodou nebo zde existuje skutečný rozdíl. Ve vzorci se nacházejí veličiny jako pozorovaná četnost, nebo-li ta skutečná

(vypozorovaná) a očekávaná četnost, která odpovídá naformulované nulové hypotéze (CHRÁSKA, 2016).

Do kontingenční tabulky se zaznamenávají informace získané z dotazníku od samotných respondentů a pomocí matematického vzorce se vypočte očekávaná četnost.

## 4.5 Výsledky výzkumu

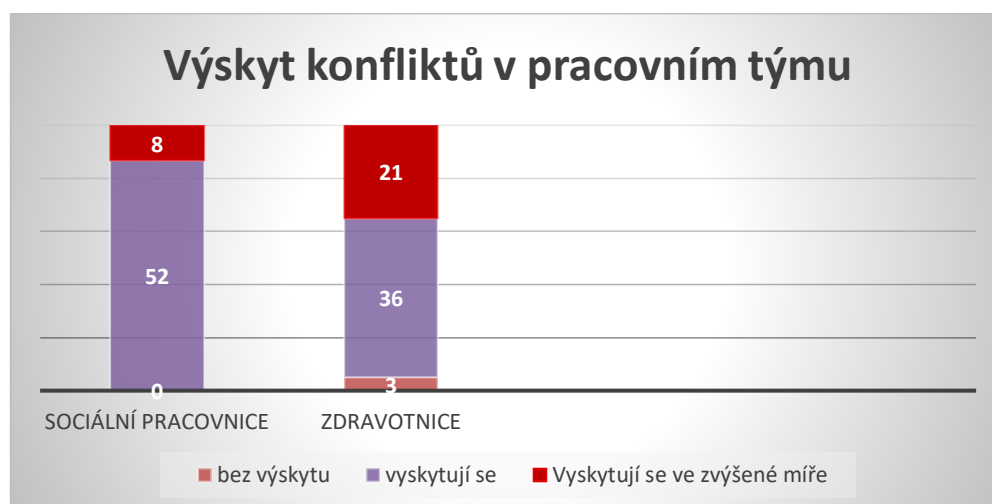
V této části jsou formou přehledných tabulek a grafů zpracována získaná data výzkumného šetření.

### Otázka č. 5. Vyskytují se ve vašem pracovním týmu konflikty?

Tabulka č. 3a Názory respondentek na výskyt konfliktů v pracovním týmu

Zkoumané soubory	Konflikty se nevyskytují	Konflikty se vyskytují	Konflikty se vyskytují ve zvýšené míře	Celkem osob
Sociální pracovníce	0	52	8	60
Zdravotnice	3	36	21	60

Graf č. 2 Výskyt konfliktů v pracovním týmu



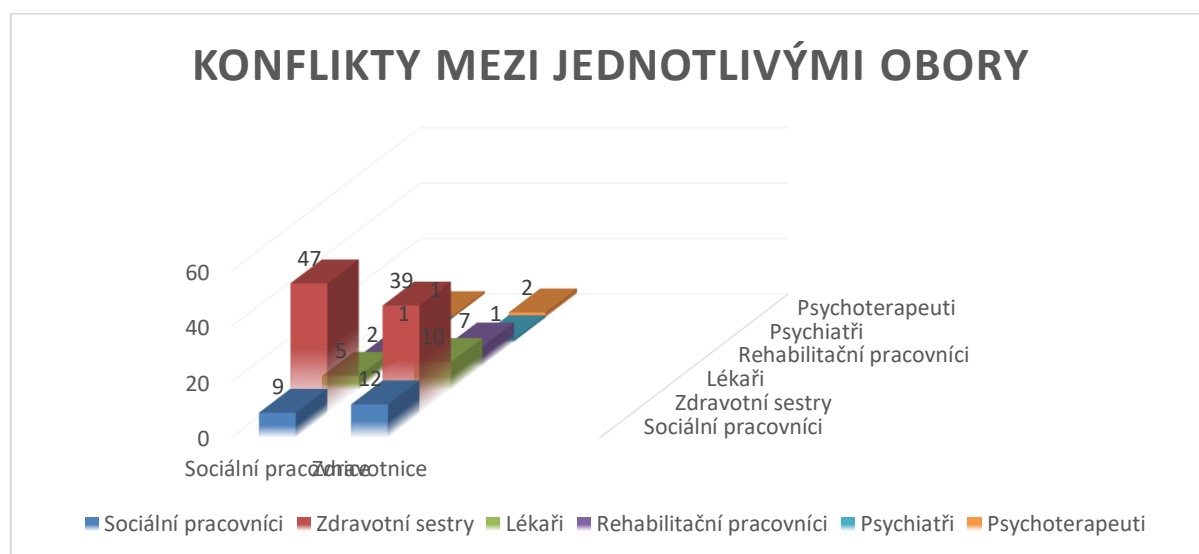
Z tabulky č. 3 a grafu č. 2 vyplývá, že většina respondentek si všímá výskytu konfliktů na pracovišti. U sociálních pracovníků je tomu tak ve 100 % případů. Na výskyt zvýšených konfliktů poukázalo 8 sociálních pracovníků a téměř třikrát tolik zdravotnic, tedy 21 respondentek. Žádná ze sociálních pracovníků neuvěděla, že by se konflikty nevyskytovaly, naopak zdravotnice tento názor projevily ve třech případech. 52 sociálních pracovníků a 36 zdravotnic připustilo, že se konflikty na pracovišti vyskytují, ale nepřipisují jim zvýšenou míru.

**Otázka č. 6. Jmenujte obory, se kterými jste nejčastěji byla? v konfliktu (otevřená otázka)**

**Tabulka č. 4a Vyjmenované obory, se kterými jsou respondentky nejčastěji v konfliktu**

Dotazované skupiny	Obory uvedené jako konfliktní					
	Sociální pracovníci	Zdravotní sestry	Lékaři	Rehabilitační pracovníci	Psychiatri	Psychoterapeuti
Sociální pracovníce	9	47	5	2	1	1
Zdravotnice	12	39	10	7	1	2

**Graf č.3 Konflikty mezi jednotlivými obory**



V tabulce č. 4a a grafu č. 3 jsou znázorněny další obory, se kterými přicházejí zdravotníci a sociální pracovníci nejčastěji do konfliktu. V této otázce mohly respondenty jmenovat i více oborů, se kterými zaznamenávají konflikt.

Sociální pracovníci jsou nejčastěji v konfliktu se zdravotními sestrami (ve 47 případech). Dále se nejvíce sociální pracovníci střetávají s ostatními sociálními pracovníky (v 9-ti případech). Konflikty na úrovni Sociální pracovník-lékař zaznamenaly sociální pracovníci v 5-ti případech, s rehabilitačními pracovníky ve dvou případech a jedenkrát s psychiatry a psychoterapeuty. Naopak zdravotní sestry identifikovaly konflikty se sociálními pracovníky 9krát. Stejně jako sociální pracovníci se nejvíce střetávají s ostatními zdravotními sestrami (ve 39 případech). Konflikty mezi sestrou a lékařem zaznamenalo 10 respondentek, 7 respondentek identifikovalo konflikt s rehabilitačními pracovníky, 1 zdravotní sestra s psychiatrem a další 2 s psychoterapeuty na pracovišti.

**Otázka č. 7. Máte pocit, že pracovní cíle sociálních pracovníků a zdravotníků jsou natolik odlišné, že se stávají zdrojem konfliktů?**

**Tabulka č. 5a Názory respondentek na cíle jednotlivých oborů jako zdroje konfliktu**

Dotazované skupiny	Rozdílné cíle oborů jako příčiny konfliktů		
	Ano	ne	Suma
Sociální pracovníci	42	18	60
Zdravotnice	29	31	60

Tabulka č. 5a shromažďuje data týkající se původu vzniklých konfliktů v multidisciplinárním týmu. Otázka směřovala na rozdílné cíle zdravotních a sociálních oborů jako možnou příčinu konfliktů. Nadpoloviční většina sociálních pracovníků (42 respondentek) uvedlo, že mají pocit, že konflikty mohou vznikat právě z těchto důvodů. Zbytek (18 respondentek) tento názor nesdílel. U zdravotnic byly názory v obou skupinách téměř vyrovnané, 29 zdravotnic považuje za zdroj konfliktu mezi jednotlivými obory právě rozdílné cíle oborů a 31 respondentek vidí zdroje jinde.



### Kontingenční tabulka č. 1b.

Rozdílné cíle oborů jako příčina konfliktů			
<i>Očekávaná četnost</i>	Ano	Ne	$n_j$
Sociální pracovníce	35,5	24,5	60
Zdravotnice	35,5	24,5	60
<b>Celkem</b>	71	49	120

p-hodnota = 0,015

Pokud je p-hodnota nižší než stanovená mez, kterou zde označuji  $\alpha$ , pak je nulová hypotéza vyvrácena. Hodnota  $\alpha$  je stanovena jako 0,05.

Testové kritérium:

$$G = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^s \frac{(n_{ij} - n'_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

Po dosazení do vzorce vychází testové kritérium  $G = 5,829$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

Pokud je hodnota Chí-kvadrátu (3,84) nižší než vypočítané testové kritérium (5,829), pak je možné konstatovat, že byla přijata alternativní hypotéza. Pokud je tomu naopak, potom nejsou dostatečné důkazy, aby bylo možné nulovou hypotézu zamítnout. V takovém případě není mezi proměnnými a výskytem zmíněného jednání vztah. Nulovou hypotézu jsem tedy podle tohoto postupu, v tomto případě, tedy vyvrátila a potvrzuji alternativní hypotézu, která předpokládá, že v jednotlivých oborech pomáhajících profesí v týmu se vyskytují konflikty.

**Graf č. 4 Rozdílnost cílů jako zdroj konfliktů podle respondentek**



**Otázka č. 8. Souhlasíte nebo nesouhlasíte s tím, že cíle sociálních pracovníků a zdravotníků jsou ve vztahu ke klientovi sjednocené a nevznikají v této oblasti spory?**

**Tab. č. 6a Vyjádření zkoumaných osob k předpokladu jednotných cílů ke klientovi**

Zkoumané skupiny	Jednotný cíl ve vztahu ke klientovi		Suma
	souhlas	nesouhlas	
<b>Sociální pracovníce</b>	21	39	60
<b>Zdravotnice</b>	34	26	60

Tato otázka měla potvrdit správnost výše položené otázky. Z tabulky č. 6 jsou patrné určité rozdíly, avšak stále platí, že nadpoloviční většina sociálních pracovníků s daným

tvrzením nesouhlasí (39 respondentek), naopak považuje rozdílnost cílů jednotlivých oborů za tak zásadní, že je podle nich zdrojem sporů, u zdravotnic nesouhlasí pouze 26 respondentek z celkového vzorku (60-ti respondentek). Na druhé straně 21 sociálních pracovníc souhlasí s tím, že cíle při práci s klientem mezi obory jsou sjednocené a k tomuto názoru se také přiklání 34 zdravotnic. Tyto respondentky si nemyslí, že by tato oblast spolupráce byla příčinou sporů v týmu.

### Kontingenční tabulka č. 2b

<b>Jednota cílů jednotlivých oborů ve vztahu ke klientovi</b>			
<i>Očekávaná četnost</i>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>n<sub>j</sub></b>
<b>Sociální pracovníce</b>	27,5	32,5	60
<b>Zdravotnice</b>	27,5	32,5	60
<b>Celkem</b>	55	65	120

p-hodnota = 0,017

Testové kritérium  $G = 5,673$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

I v tomto případě se mi podařilo nulovou hypotéz vyvrátit a potvrdit alternativní hypotézu, která předpokládá, že v jednotlivých oborech pomáhajících profesí v týmu se vyskytují konflikty.

Prvním cílem bylo dokázat, že různorodost cílů u sociálních pracovníků a zdravotníků je natolik zásadní, že je zdrojem konfliktů mezi jednotlivými obory. Tento cíl měly potvrdit nebo vyvrátit otázky 6, 7, 8.

**Otázka č. 9. Máte pocit, že zdravotníci pracující v týmu mají dostatečné komunikační schopnosti?**

**Tabulka č. 7a Názory respondentek na komunikační schopnosti zdravotníků v týmu**

Zkoumané skupiny	Komunikační schopnosti zdravotníků		Celkem
	Ano	ne	
Sociální pracovníce	55	5	60
Zdravotnice	47	13	60

Z tabulky č. 7a je patrné, že většina sociálních pracovníc (55 respondentek) považuje komunikační schopnosti svých kolegů ze zdravotních oborů za dostatečné. Pouze 5 jich odpovědělo, že nepovažuje komunikační schopnosti zdravotníků v týmu za dostatečné. Podobně se vyjádřily i samotné zdravotnice. 47 respondentek uvedlo, že považuje komunikační schopnosti zdravotníků v týmu za dostatečné a 13 odpovědělo opačně.

**Kontingenční tabulka č. 3b**

Dostatečné komunikační schopnosti v týmu			
Očekávaná četnost	Ano	Ne	$n_j$
Sociální pracovníce	51	9	60
Zdravotnice	51	9	60
<b>Celkem</b>	102	18	120

p-hodnota = 0,04

Signifikace Chí-kvadrát testu je  $0,040 < 0,05$ .

Testové kritérium  $G = 4,183$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

Na hladině významnosti 5% nulovou hypotézu zamítám a přijímám hypotézu, která předpokládá, že jednotlivé obory v multidisciplinárním týmu jsou spokojeny s komunikací uvnitř týmu. Tento výpočet se vztahoval k druhému cíli této práce.

**Otázka č. 10. Máte pocit, že sociální pracovníce v týmu mají dostatečné komunikační schopnosti?**

**Tabulka č. 8a Názory respondentek na komunikační schopnosti sociálních pracovníc v týmu**

Zkoumané skupiny	Komunikační schopnosti sociálních pracovníků		Celkem
	Ano	Ne	
Sociální pracovníce	57	3	60
Zdravotnice	49	11	60

Z tabulky č. 8a vyplývá, že většina sociálních pracovníc (57 respondentek) i zdravotnic (49 respondentek) považuje komunikační schopnosti sociálních pracovníků za dostatečné. Pouze 3 sociální pracovníce a 11 zdravotnic tento názor nesdílejí a uvedly opak. Z této tabulky vyplývá, že mezi jednotlivými obory panují podobné názory týkající se komunikačních dovedností.

**Kontingenční tabulka č. 4b**

Dostatečné komunikační schopnosti v týmu			
Očekávaná četnost	Ano	Ne	$n_j$
Sociální pracovníce	53	7	60
Zdravotnice	53	7	60
<b>Celkem</b>	106	14	120

p-hodnota = 0,022

Signifikace Chí-kvadrát testu  $0,022 < 0,05$

Testové kritérium  $G = 5,175$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

I tento výpočet se vztahoval k druhému cíli této práce a opět potvrzují, že na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu zamítám a přijímám hypotézu, která předpokládá, že jednotlivé obory v multidisciplinárním týmu jsou spokojeny s komunikací uvnitř týmu.

**Otázka č. 11 Předávání informací mezi zdravotníky a sociálními pracovníky funguje velmi dobře**

**Tabulka č. 9a Názory respondentek na předávání informací v týmu**

Zkoumané skupiny	Uspokojivé předávání informací mezi obory		Celkem
	Ano	Ne	
Sociální pracovníce	9	51	60
Zdravotnice	11	49	60

Podle této tabulky (č.9a) je evidentní, že sociální pracovníce (51 respondentek) a zdravotnice (49 respondentek) nepovažují předávání informací v týmu za velmi dobré. Pouze 9 sociálních pracovníc a 11 zdravotnic mají opačné mínění a předávání informací naopak považují za velmi dobré.

**Kontingenční tabulka č.5b**

Uspokojivé předávání informací mezi obory			
<i>Očekávaná četnost</i>	Ano	Ne	$n_j$
Sociální pracovníce	10	50	60
Zdravotnice	10	50	60
<b>Celkem</b>	20	100	120

p-hodnota = 0,6

Signifikace  $\chi^2$ -kvadrát testu 0,6 > 0,05

Testové kritérium G = 0,24

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)}^2 = 3,841$

Podle výše popsaného postupu byla v tomto případě nebylo možné nulovou hypotézu zamítnout. Předpoklad, že jednotlivé obory v multidisciplinárním týmu nejsou spokojeni s komunikací uvnitř týmu je tedy možno podle shromážděných dat potvrdit. Respondentky však podle předchozích výpočtů uvedly, že komunikační schopnosti napříč týmu jsou vyhovující. Nespokojenost se tedy vztahuje spíše k ojedinělým součástem komunikace, v tomto případě jde o předávání informací.

### **Otázka č. 12. Máte pocit, že některé obory v týmu mají vyšší prestiž než jiné?**

**Pokud ano jmenujte!**

**Tabulka č. 10a Názory respondentek na prestiž jednotlivých oborů v týmu**

Zkoumané skupiny	Větší prestiž některých oborů v týmu		Celkem
	Ano	Ne	
<b>Sociální pracovnice</b>	58	2	60
<b>Zdravotnice</b>	46	14	60

Podle tabulky č. 10a má 58 sociálních pracovnic pocit, že některé obory mají větší prestiž než-li jiné. Pouze dvě sociální pracovnice si toto nemyslí. Tato otázka měla druhou a otevřenou část, zde mohly respondentky uvést i více možností.

V tomto směru se většina sociálních pracovnic vyjádřila shodně, že vyšší prestiž mají zdravotnické obory. Z 58 respondentek 41 odpovědělo konkrétněji, a sice že vyšší prestiž mají lékařská povolání, 20 respondentek zmiňovalo lékaře a zdravotní sestry, 9 respondentek zmiňovalo psychology a psychoterapeuty.

I zdravotnice sdílejí názor, že některé obory v týmu mají vyšší prestiž než jiné, konkrétně 46 zdravotnic takto odpověděly.

V druhé části otázky jmenovaly zdravotnice obory, které podle nich mají onu vyšší prestiž. Z těchto 46 jich 41 zmiňovalo konkrétně lékaře a lékařské obory (psychiatr), 7 navíc zmiňovaly psychology a psychiatry. Zbytek, tedy 14 zdravotnic nemá pocit, že by se některé obory v týmu těšily vyšší prestiži než-li jiné.

### **Kontingenční tabulka č. 6b**

<b>Rozdíly v prestižnosti oborů</b>			
<b><i>Očekávaná četnost</i></b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>n<sub>j</sub></b>
<b>Sociální pracovníce</b>	52	8	60
<b>Zdravotnice</b>	52	8	60
<b>Celkem</b>	104	16	120

p-hodnota = 0,0012

Signifikace Chí kvadrát testu  $0,0012 < 0,05$

Testové kritérium  $G = 10,385$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu, která předpokládá, že v multidisciplinárním týmu se nevyskytují konkurenční boje zamítám a přijímám hypotézu  $H_4$ , která předpokládá, že se v multidisciplinárním týmu vyskytují konkurenční boje.



### Otázka č. 13 Cítíte se dostatečně finančně ohodnocena za svou práci?

Tabulka č. 11a Názory respondentek na své pracovní ohodnocení

Zkoumané skupiny	Dostatečné finanční ohodnocení		Celkem
	Ano	Ne	
Sociální pracovníce	4	56	60
Zdravotnice	2	58	60

Z tabulky č. 11a vyplývá, že většina sociálních pracovníc (56 respondentek) i zdravotnic (58 respondentek) nemá pocit, že by byly dostatečně finančně ohodnoceny. Pouze 4 sociální pracovníce a 2 zdravotnice uvedly, že jsou dostatečně finančně ohodnoceny.

Tato otázka je významná pro kontrolu s otázkou č. 14.

### Otázka č. 14 Myslíte si, že jiné obory v týmu jsou za stejné množství odvedené práce hodnoceny lépe?

Tabulka č. 12a Názory respondentek na pracovní ohodnocení jiných oborů

Zkoumané skupiny	Přesvědčení o spravedlnosti v hodnocení oborů v týmu		Celkem
	Ano	Ne	
Sociální pracovníce	49	11	60
Zdravotnice	57	3	60

V tabulce č. 12a jsou uváděny názory respondentek, které se týkají pocitu spravedlivého ohodnocení v rámci týmu na pracovišti. Respondentky se vyjadřovaly, zda za stejné množství práce jsou jiné obory v týmu ohodnoceny lépe.

Podle této tabulky si 49 respondentek z řad sociálních pracovníků myslí, že jiné obory v týmu jsou za stejné množství práce hodnoceny lépe, naopak 11 sociálních pracovníků tento názor nesdílí.

O tom, že jiné obory jsou za stejné množství práce v týmu hodnoceny lépe je přesvědčeno 57 zdravotnic. Pouze 3 zdravotnice mají jiný názor.

#### Kontingenční tabulka č. 7b

<b>Přesvědčení o spravedlnosti v hodnocení oborů v týmu</b>			
<b><i>Očekávaná četnost</i></b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b><math>n_j</math></b>
<b>Sociální pracovníci</b>	53	7	60
<b>Zdravotnice</b>	53	7	60
<b>Celkem</b>	106	14	120

p-hodnota = 0,0229115

Signifikace  $\chi^2$  kvadrát testu  $0,022 < 0,05$

Testové kritérium  $G = 5,175$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu, která předpokládá, že v multidisciplinárním týmu se nevyskytují konkurenční boje zamítám a přijímám alternativní hypotézu, která předpokládá, že se v multidisciplinárním týmu vyskytují konkurenční boje.

### Otázka č. 15. Vyhovuje Vám společná práce v týmu?

Tabulka č. 13a Názory respondentek na spolupráci v týmu

Zkoumané skupiny	Spolupráce v týmu je vyhovující		Celkem
	Ano	Ne	
Sociální pracovníce	51	9	60
Zdravotnice	42	18	60

V tabulce č. 13 jsou shromážděna data týkající se spokojenosti s prací v týmu. 51 sociálních pracovníc je spokojených s prací v týmu naopak 9 sociálních pracovníc z celkového vzorku uvedly, že spokojeny nejsou. Zdravotnice jsou ve 4 případech spokojeny s prací v týmu a 18 respondentek z řad zdravotnic spokojených není.

### Kontingenční tabulka č. 8b

Spokojenost se spoluprací v týmu			
Očekávaná četnost	Ano	Ne	N <sub>j</sub>
Sociální pracovníce	46,5	13,5	60
Zdravotnice	46,5	13,5	60
Celkem	93	27	120

p-hodnota = 0,049

Signifikace Chí kvadrát testu  $0,049 < 0,05$

Testové kritérium  $G = 37,136$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

Nulovou hypotézu, která předpokládá, že ve spolupráci mezi zdravotníky a sociálními pracovníky není signifikantní rozdíl musím zamítnout. Naopak se potvrdila alternativní

hypotéza, že ve spolupráci mezi zdravotníky a sociálními pracovníky je signifikantní rozdíl. Hladina významnosti se však pohybuje pouze okolo 51%.

**Otázka č. 16. Pracujete raději: V multidisciplinárním týmu nebo samostatně?**

**Tabulka č. 14a Názory respondentek na preferenci typu práce**

Zkoumané skupiny	Preference spolupráce		Celkem
	Samostatně	V týmu	
<b>Sociální pracovníce</b>	9	51	60
<b>Zdravotnice</b>	42	18	60

Z tabulky č. 14a vyplývá, že 51 sociálních pracovníc preferuje práci v multidisciplinárním týmu na rozdíl od zdravotnic, které preferují práci v multidisciplinárním týmu pouze v 18-ti případech. Většina zdravotnic spíše preferuje samostatnou práci nebo práci v týmu zdravotníků, a to ve 42 případech. Zbytek, tedy 18 respondentek ze zdravotnic preferuje multidisciplinární spolupráci.

Tato otázka potvrzuje správnost položení a pochopení předchozí otázky č. 15

**Otázka č. 17. Máte pocit, že Vás týmová spolupráce obohacuje?**

**Tabulka č. 15a Názory na přínos multidisciplinární spolupráce na osobnostní rozvoj respondentek**

Zkoumané skupiny	Přínos týmové spolupráce		Celkem
	Ano	Ne	
<b>Sociální pracovníce</b>	53	7	60
<b>Zdravotnice</b>	34	26	60

Tabulka č. 15a významně koresponduje s tabulkou č. 14. Většina sociálních pracovníc (53 respondentek) považuje multidisciplinární spolupráci za obohacující. Pouze 7 sociálních pracovníc multidisciplinární spolupráci za obohacující nepovažuje.

Naopak zdravotnice ve 34 případech nepovažují multidisciplinární spolupráci za obohacující a 26-ti zdravotnicím připadá tato spolupráce užitečná.

### Kontingenční tabulka č. 9b

<b>Týmová spolupráce je obohacující</b>			
<b><i>Očekávaná četnost</i></b>	<b>Ano</b>	<b>Ne</b>	<b>n<sub>j</sub></b>
<b>Sociální pracovníce</b>	43,5	16,5	60
<b>Zdravotnice</b>	43,5	16,5	60
<b>Celkem</b>	87	33	120

p-hodnota= 0,0001

Signifikace Chí-kvadrát testu  $0,0001 < 0,05$

Testové kritérium  $G = 15,089$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

V tomto případě je také možné zamítnout nulovou hypotézu a potvrdit alternativní hypotézu, a sice že ve spolupráci mezi zdravotníky a zdravotnicemi je signifikantní rozdíl. V tomto případě s podstatně vyšší hladinou pravděpodobnosti. Sociální pracovníce častěji považují týmovou spolupráci za obohacující na rozdíl od zdravotnic.

**Otázka č. 18. Máte pocit, že se ve Vašem týmu vykytují konkurenční boje mezi obory?**

**Tabulka č. 16a Názory zástupců týmu na výskyt konkurenčních bojů**

Zkoumané skupiny	Existence konkurenčních bojů v týmu		
	Ano	Ne	Suma
Sociální pracovníce	51	9	60
Zdravotnice	58	2	60

Podle tabulky č. 16a se ve vybraných multidisciplinárních týmech vyskytují podle zdravotnic i sociálních pracovníc, a to v převážné většině, konkurenční boje mezi jednotlivými obory. Konkurenční boje v týmu zaznamenalo 53 sociálních pracovníc a 58 zdravotnic. Mezi členy týmu konkurenční boje nezaznamenalo 7 sociálních pracovníc a 2 zdravotnice.

**Kontingenční tabulka č. 10b**

Konkurenční boje v týmu			
Očekávaná četnost	Ano	Ne	n <sub>j</sub>
Sociální pracovníce	54,5	5,5	60
Zdravotnice	54,5	5,5	60
<b>Celkem</b>	109	11	120

p-hodnota = 0,026

Signifikace Chí-kvadrát testu  $0,026 < 0,05$

Testové kritérium  $G = 4,904$

Kritická hodnota  $\chi_{(1-\alpha)} = 3,841$

Na hladině významnosti 5 % nulovou hypotézu, která předpokládá, že v multidisciplinárním týmu se nevyskytují konkurenční boje zamítám a přijímám alternativní hypotézu, která předpokládá, že se v multidisciplinárním týmu vyskytují konkurenční boje.

**Otázka č. 19. Považujete fungující spolupráci v týmu za důležitou pro zdraví klienta?**

**Tabulka č. 17a Názory respondentů na důležitost týmové spolupráce**

Zkoumané skupiny	Důležitost týmové spolupráce		Celkem
	Ano	Ne	
<b>Sociální pracovníce</b>	59	1	60
<b>Zdravotnice</b>	54	6	60

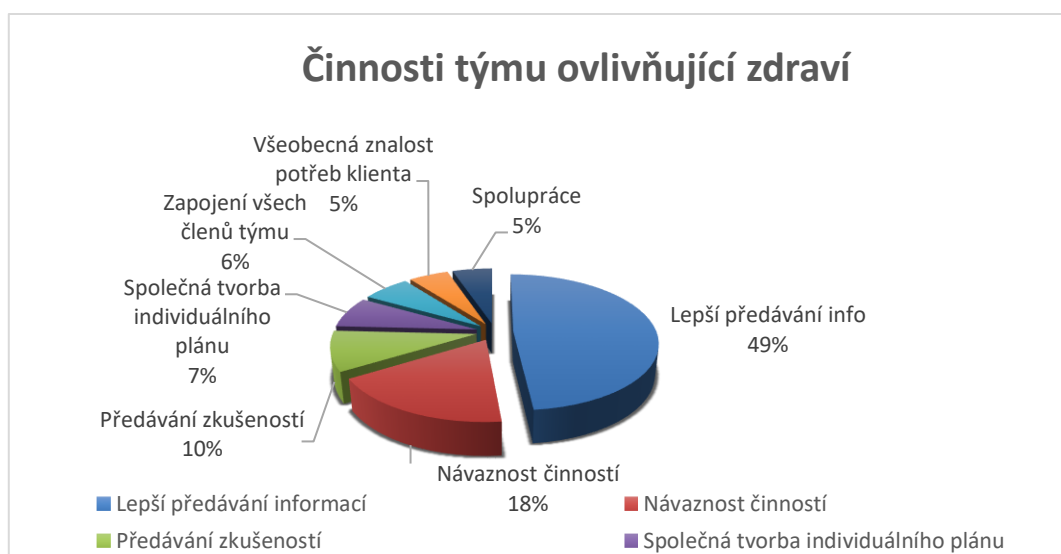
Většina sociálních pracovníc (59 respondentek), ale i zdravotnic (54 respondentek) považují fungující týmovou spolupráci za důležitou pro zdraví klienta/pacienta. V tomto ohledu se oba oboru vzácně shodují. Pouze 1 sociální pracovníce a 6 zdravotnic tento názor nesdílejí.

**Otázka č. 20. Jak může multidisciplinární tým pozitivně ovlivnit zdraví svých klientů/pacientů?** Otevřená otázka, kde mohly respondentky uvádět i více možností

**Tabulka č. 18a Činnosti pozitivně ovlivňující zdraví klientů/pacientů z pohledu sociálních pracovníc**

	<b>Činnosti týmu ovlivňující zdraví klientů/pacientů</b>	<b>Nejčastěji zmiňované</b>
<b>Sociální pracovníce</b>	Lepší předávání informací	46 respondentek
	Návaznost činností (zdravotních, rehabilitačních, sociálních)	17 respondentek
	Předávání zkušeností o klientovi/pacientovi	9 respondentek
	Společná tvorba individuálního plánu péče	7 respondentek
	Zapojení všech členů týmu do péče	6 respondentek
	Všeobecná znalost potřeb klienta a jejich respektování napříč týmem	5 respondentek
	Spolupráce všech členů týmu	5 respondentek

**Graf č. 5 Činnosti týmu ovlivňující zdraví klienta/pacienta podle sociálních pracovníc**



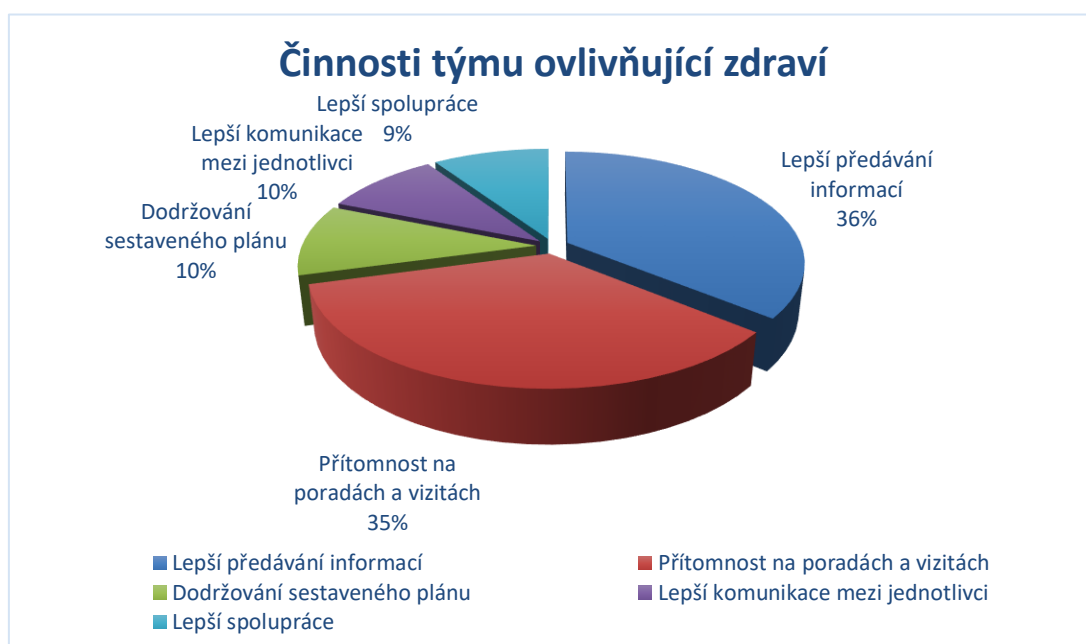


V této otázce se respondentky měly vyjádřit k tomu, jakým způsobem může tým ovlivnit klientovo/pacientovo zdraví. Nejčastěji bylo zmíněno (ve 49%) lepší předávání informací. Dále je podle respondentek důležitá návaznost jednotlivých činností při práci s klientem (18%). Také předávání zkušeností (10%), společná tvorba individuálního plánu (7%), zapojení všech členů týmu (6%), znalost potřeb klienta (5%) a spolupráce (5%).

**Tabulka č. 19a Činnosti ovlivňující zdraví klientů/pacientů z pohledu zdravotnic**

Zdravotnice	Činnosti týmu ovlivňující zdraví klientů/pacientů	Nejčastěji zmiňované
	Lepší předávání informací	38 respondentek
	Přítomnost na poradách a vizitách	37 respondentek
	Dodržování sestaveného plánu	11 respondentek
	Lepší komunikace mezi jednotlivci	10 respondentek
	Lepší spolupráce	10 respondentek

**Graf č. 6 Činnosti týmu ovlivňující zdraví klienta/pacienta podle zdravotnic**



Pro zdravotnice je důležité užší portfolio činností, ale za nejnужnější považují předávání informací, stejně jako sociální pracovnice. Dále výčet činností obohatily o potřebě přítomnosti na poradách a vizitách (35%) a o dodržování sestaveného plánu (10%) a lepší komunikaci (10%). Stejně jako sociální pracovnice i zdravotnice jmenovaly potřebu spolupráce až na posledním místě (9%).

## 4.6 Analýza a diskuse

Cílů pro tuto diplomovou práci bylo stanoveno více. Stěžejní bylo identifikovat původce konfliktů. Zaměřila jsem se zvláště na rozdílnost jednotlivých profesí jako jeden z možných zdrojů konfliktů. Dále jsem se věnovala komunikaci v týmu, u níž jsem také předpokládala v návaznosti na teoretické prameny, že nebude dostatečně fungovat a stane se tak třecí plochou v týmu. Různorodost profese se podle mého předpokladu měla odrážet i ve fungování spolupráce, kterou určitým způsobem mohou dále narušovat i možné konkurenční boje. V posledním bodě jsem se zjišťovala, zda si respondentky uvědomují, jaký význam má spolupráce v týmu ve vztahu ke zdraví klienta a jaké má podle nich tým možnosti v pozitivním ovlivnění zdraví.

Pro naplnění zadaných cílů byl sestaven zkoumaný vzorek, který obsahoval 60 sociálních pracovnic a 60 zdravotnic. Jednalo se o kvantitativní výzkumné šetření. Na základě cílů byly položeny hypotézy a po získání potřebných dat pomocí dotazníku byly následně vyhodnoceny.

K prvnímu cíli směřovaly otázky 6,7 a 8 v dotazníku. Respondentky se vyjadřovaly k oborům pracujících v týmu, se kterými zaznamenávaly nejvíce konfliktů. Jak sociální pracovnice, tak zdravotnice nejvíce zmiňovaly právě zdravotnické obory - zdravotní sestry, s nimiž jsou nejčastěji v konfliktu. Předpokládala jsem, že nejvíce konfliktů bude zaznamenáno mezi jednotlivými obory. Paradoxně zdravotnice nejčastěji zmiňovaly svůj vlastní obor, a to zdravotní sestry.

Na základě odpovědí respondentek z dalších otázek, které byly ověřeny Chí-kvadrát testem, byla zamítnuta nulová hypotéza a potvrzena alternativní hypotézu, která předpokládá, že v jednotlivých oborech pomáhajících profesí v týmu se vyskytují konflikty. Ovšem, že by rozdílnost cílů byla primární příčinou konfliktů je neprůkazné. S tímto tvrzením souhlasí 59 % respondentek a 41 % respondentek nesouhlasí.

Z výsledků vyplývá, že se sice konflikty na pracovišti vyskytují, avšak z grafu č. 2 je evidentní, že pouze menšina respondentek zaznamenala konflikty ve zvýšené míře. V tomto ohledu si však stěžovalo téměř 3x více zdravotnic oproti sociálním pracovnícím.

K druhému cíli směřovaly otázky 9,10 a 11 v dotazníku. Respondentky odpovídaly na otázky týkající se komunikace a sdělování informací. Podle odpovědí respondentek je evidentní, že jak zdravotnice, tak sociální pracovníce jsou spokojeny s komunikačními schopnostmi jiných oborů v týmu, avšak negativně se vyjadřovaly k jednomu z aspektů komunikace a sice k předávání informací mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Nadpoloviční většina sociálních pracovníc i zdravotnic odpověděly, že nejsou spokojeny s předáváním informací. Současně respondentky nejčastěji uváděly lepší předávání informací v týmu jako jednu z možných cest pozitivního ovlivnění zdraví u svých klientů/pacientů.

K třetímu cíli této diplomové práce směřovaly otázky 15,16 a 17. V tomto případě není podle otázky 16 možné žádnou z hypotéz ani potvrdit ani vyvrátit. Data nejsou průkazná, avšak podle otázky 17 je možné potvrdit, že sociální pracovníce častěji považují týmovou spolupráci za obohacující na rozdíl od zdravotnic.

Přestože výsledky nebyly průkazné, dala by se druhá část využít pro vedoucí pracovníky týmu, kteří by se měli více zajímat o to, co zdravotníci potřebují získat od svých kolegů v týmu. Zdravotnice v 21. otázce uváděly účasti na poradách a vizitách jako jednu z možných cest k úzdavě klienta/pacienta, pokud však tato účast pro ně nebude přínosná a obohacující, stanou se tyto povinnosti spíše rutinní záležitostí, které je nutné absolvovat, ale nepřinesou potřebný efekt.

Ke čtvrtému cíli se vztahují otázky 12,13,14 a 18, podle nichž je možné potvrdit alternativní hypotézu, která předpokládala, že v multidisciplinárním týmu se vyskytují konkurenční boje. Výskyt konkurenčních bojů může být hnacím motorem vpřed, ale současně může i brzdít práci celého týmu. Na každém pracovišti by bylo potřeba zhodnotit významnost konkurenčních bojů pro práci a komplexní péči o zdraví klienta/pacienta. Závěr z těchto otázek je však příliš obecný. Bylo by potřeba rozšířit tento výzkum a vyhodnotit nejpálčivější oblasti, které mohou vyvolávat konkurenční boje a na základě výsledků s danými informacemi dále pracovat.

Pro pátý cíl se respondentky ve většině shodly, že fungující týmová spolupráce je důležitá pro zdraví klientů/pacientů. Současně byl sestaven souhrn činností, kterými je možné pozitivně ovlivnit zdraví klientů/pacientů. Pro další účely by bylo vhodné zkontrolovat, zda na jednotlivých pracovištích dané činnosti fungují a jakým způsobem a na kolik mají samotní klienti/pacienti pocit, že je pozitivně ovlivňují v jejich fungování a zdraví.

## ZÁVĚR

Cílem diplomové práce bylo objasnit pozici sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu, kde se setkávají zdravotní a sociální obory.

V teoretické části se upozorňuje na podceňování sociální práce jako profese. Tento fakt představuje komplikaci pro vhodné fungování týmu. Autorka se zabývá specifiky jednotlivých skupin klientů, kteří potřebují jak zdravotní, tak sociální služby. Zvláštní pozornost je zde věnována seniorům, kteří vzhledem k jejich polymorbiditě a častým specifickým sociálním potřebám spadají do kompetence jak zdravotníků, tak sociálních pracovníků. Kromě seniorů je zde však i zmínka o dalších skupinách klientů, kteří často potřebují jak zdravotní, tak sociální služby současně.

V praktické části bylo stanoveno několik výzkumných cílů vztahujících se ke spolupráci, komunikaci a konfliktům, které lze v multidisciplinárním týmu očekávat.

K tomuto účelu bylo k výzkumu zvoleno prostředí pobytových zařízení pro seniory, protože jsou odkázáni právě na péči lidí v multidisciplinárním týmu. Spolupráce se zde považuje za stěžejní pro sociální a zdravotní blaho klientů a pacientů. Kromě spolupráce respondentky jmenovaly v rámci tohoto výzkumu i další potřebné činnosti k dosažení tohoto cíle (předávání informací, komunikace mezi jednotlivci, návaznost jednotlivých činností, předávání zkušeností o potřebách klienta, zapojení všech členů týmu, znalost potřeb klienta aj.).

V týmu se sice vyskytují konflikty, ale tuto skutečnost bylo možné očekávat. Přesto rozdílné cíle podle respondentek nejsou příčinou vzniku konfliktů. Tento výskyt však udávaly více zdravotnice než sociální pracovníce. Je zřejmé, že tyto týmy by měly mít otevřenou a dostupnou nabídku supervize.

Potíže v týmu nevyvolává samotná komunikace, ale většina respondentek by ocenila lepší předávání informací.

Dále zdravotnice - častěji než-li sociální pracovníce - uváděly, že je týmová spolupráce nijak neobohacuje. Tento fakt však zdravotnicím nijak nebrání v zájmu o účast v týmové spolupráci.

Na vysoké hladině významnosti se však potvrdilo vnímání některých oborů jako prestižnějších než jiných. Tento fakt uváděly jak zdravotnice, tak sociální pracovníce. V

této práci nebylo průkazné, které obory jsou považovány za prestižnější. Z odborné literatury vyplývá, že takto jsou nejčastěji vnímané lékařské obory. V tomto směru by celému týmu mohla opět pomoci supervize, která však není běžnou součástí v pobytových zařízeních pro seniory.

Jako výstup z této části lze předložit seznam činností, které jsou podle pracovníků v multidisciplinárním týmu pro zdraví klientů podstatné. Pro další využití by bylo vhodné tyto činnosti hledat na jednotlivých pracovištích a v týmech a při zjištění zásadního nedostatku by měla samotná organizace zajistit nápravu. Pro další výzkumné šetření by bylo zajímavé oslovit samotné klienty a zjišťovat, do jaké míry se názory zaměstnanců a klientů shodují a v čem jsou jednotlivé činnosti pro zdraví klientů tolik podstatné.

## SEZNAM LITERATURY

BÁRTLOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-1197-4.

BAKER, Richard. *Postavení a diskriminace seniorů v České republice*. Sborník z mezinárodní konference MPSV. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006. ISBN 80-86878-52-X.

BRŮHA, Dominik a PROŠKOVÁ, Eva. *Zdravotnická povolání*. Praha: Wolters Kluwer ČR, 2011. ISBN 978-80-7357-661-5.

ČEVELA, Rostislav a kol. *Sociální gerontologie*. Praha: Grada, 2012. ISBN 80-247-390-11.

ČELEDOVÁ, Libuše a ČEVELA, Rostislav. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČERVINKOVÁ, Eliška. *Ošetrovatelské diagnózy*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví, 2001. ISBN 80-7013-332-5.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. Supervize jako prevence syndromu vyhoření. *Sociální péče*. 2009, roč.10, č. 6, s. 42-44. ISSN 1213-2330.

GLADKIJ, Ivan. *Úvod do zdravotní politiky, ekonomiky a sociologie zdravotnictví*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 1995. ISBN 80-244-0176-2.

GUGGENBÜHL-CRAIG, Adolf. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-302-4.

GOFFMAN, Erving. *Stigma*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003. ISBN 80-86429-21-0.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Praha: Grada. 2011. 208 s. ISBN 978-802-4733-791.

GWYN, Richard. *Communicating Health and Illness*. London: Sage, 2002. ISBN 0761964746.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2., přeprac. vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9.

- HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ, Martin et al. *Praktická supervize: Průvodce supervizí pro začínající supervizity, manažery a příjemce supervize*. Praha: Galén, 2008. ISBN 978-80-7262532-1.
- HEGYI, Ladislav. *Klinické a socialné aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. ISBN 80-88908-80-9.
- HEIDENTHAL, Patricia Kelly, *Nursing leadership and management*. Kanada: Thomson Delmar, 2003. ISBN 0-7668-2508-6.
- HOLMEROVÁ Iva, JURÁŠKOVÁ, Božena a ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: EV, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HÖSCHL, Cyril. *Psychiatrie pro praktické lékaře*. Jinočany: H & H, 1996. ISBN 80-857-879-62.
- CHLOUBOVÁ, Helena. Člověk ve zdraví a nemoci: Základní potřeby člověka. *Osobní rádce zdravotní sestry*. 2003, roč. 2, č. 4, s.1-9. ISSN 1214-0074.
- CHLOUBOVÁ, Helena. Psychosociální potřeby nemocných: Základní potřeby člověka. *Osobní rádce zdravotní sestry*. 2004, roč. č. 1, s.1-10. ISSN 1214-0074.
- HROZENSKÁ, Martina a DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4139-0.
- CHRÁSKA, Miroslav. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-9225-0.
- JANÁČKOVÁ, Laura a WEISS, Petr. *Komunikace ve zdravotnické péči*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-477-9.
- JANEČKOVÁ, Hana a HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9. s. 153-154.
- JANOŠKOVÁ, Klára a NEDĚLNÍKOVÁ, Dana. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Zdravotně sociální fakulta-katedra sociální práce, 2008, s. 9. ISBN 978-80-7368-504-1.
- JESENSKÝ, Ján, JANIŠ, Kamil. *Malý slovník pomáhajících profesí*. Hradec Králové: Gaudemus, 2004. ISBN 80-7041-126-0.
- KALVACH, Zdeněk. *Úvod do gerontologie a geriatrie*. Praha: Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-366-0.



- KALVACH, Zdeněk a kol. *Geriatric a gerontologie*. Praha: Gada, 2004. ISBN 80-247-0548-6.
- KAPR, Jaroslav a PETRUSEK, Miloslav. *Sociální deviace, sociologie nemoci a medicíny*. Praha: SLON, 1997. ISBN 80-85850-03-6.
- KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-130-75.
- KELNAROVÁ, Jarmila a MATĚJKOVÁ, Eva. *Psychologie a komunikace: pro zdravotnické asistenty - 4. ročník*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.
- KODYMOVÁ, Pavla. *Sešit sociální práce*. Praha: MPSV, 2015. 978-80-7421-088-4.
- KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.
- KOPŘIVOVÁ, Jana. Sociální pracovník v hospici. *Sociální práce*. 2010, roč. 10, č. 2, s. 4 - 7. ISSN 12136204.
- KREBS, Vojtěch, a kol. *Sociální politika*. 3. Přepřac. vyd. Praha: ASPI, 2005. ISBN 80-7357-050-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Stárnutí z pohledu pozitivní psychologie*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3604-4.
- KURIC, Jozef. *Ontogenetická psychologie*. Brno: Cerm, 2000. 179 s. ISBN 80-214-1844-3.
- KUTNOHORSKÁ, Jana, CICHÁ, Martina a GOLDMANN, Radoslav. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. 978-80-247-3843-7.
- KUZNÍKOVÁ, Iva, a kol. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
- LANGMEIER, Josef a KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-128-49.
- LAŠEK, Jan. *Kapitoly ze sociální psychologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2003. ISBN 80-7041-533-9.

- MÁTEL, Andrej. *Aplikovaná etika v sociální práci*. Brno: Institut mezioborových studií, 2010. ISBN 978-80-87182-13-0.
- MAHROVÁ, Gabriela a VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978802-4721-385.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 3., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2016, s. 131,151, 201. ISBN 978-80-262-1154-9.
- MATOUŠEK, Oldřich, KOLÁČKOVÁ, Jana a KODYMOVÁ, Pavla. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-807-3678-180.
- Meier, Rolf. *Úspěšná práce s týmem*. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2308-2.
- MICHALÍK, Jan. *Metodika přípravy poradců uživatelů sociálních služeb*. Praha: Institut Eda Robertse, 2007. ISBN 80-903657-2-8.
- MICHELOVÁ, Radka a kol. *Sešit sociální práce – etika v multidisciplinárním týmu*. Praha: MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-088-4.
- MICHKOVÁ, Adéla. *Supervize*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2008. ISBN 978-80-7394-145-1.
- MUSIL, Libor. *Ráda bych Vám pomohla, ale....* Brno: Zeman, 2004. ISBN-10: 80-903070-1-9.
- MÜHLPACHR, Pavel. *Schola Gerontologica*. Brno: MU, 2005. ISBN 80-210-3838-1.
- NAKONEČNÝ, Milan. *Úvod do psychologie*. Praha: Academia, 2003. ISBN 80-200-0993-0.
- NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Zeman, 2001, 13-124 s. ISBN 80-903070-0-0.

- NOVOSAD, Libor. *Základy sociálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-197-5.
- NOVOTNÁ, Věra a SCHIMMERLINGOVÁ, Věra. *Sociální práce: její vývoj a metodické postupy*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-483-5.
- PAYNE, Malcom. *Working in teams*. London: Macmillan, 1993. ISBN 0 – 333 – 30887 – 5.
- PĚČ, Ondřej a PROBSTOVÁ, Václava. *Psychózy, psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton, 2009. ISBN 978-80-7387-253-3.
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8.
- PRAŠKO, Ján a kol. *Klinická psychiatrie*. Praha: Tigis, 2011. ISBN 978-80-8732-300-7.
- PTÁČEK, Radek a kol. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada, 2001. ISBN 97880-247-7267-7.
- ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem Vývojová psychologie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7367-124-7.
- SKÁLA, Bohumil a kol. *Paliativní péče o pacienty v terminálním stádiu nemoci*. Praha: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, 2005. ISBN 80-86998-03-7.
- STAŇKOVÁ, Marta. *Koncepce českého ošetřovatelství: základní terminologie*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví v Brně, 1998. ISBN 80-7013-263-9.
- SVATOŠOVÁ, Marie. *Hospice a umění doprovázet*. 5., dopl. vyd. Praha: Ecce Homo, 2003. ISBN 80-902049-4-5.
- TOMÁŠKOVÁ, Hana. *Hospicová péče: Sociální práce v paliativní péči*. Rajhrad: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa, 2010, s. 3-6. ISBN 978-80-254-6594-3.
- TOMEŠ, Igor. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.
- TOMEŠ, Igor. *Obory sociální politiky*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-868-5.
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Praha: Galén, 2005. ISBN 80-7262-365-6.

TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: IDVPZ, 2001. ISBN 80-7013-324-4.

TRÖSTER, Petr a kol. *Právo sociálního zabezpečení*. 3., dopln. vyd. Praha: C.H. Beck, 2005. ISBN 80-7179-856-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-678-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II: dospělost a stáří*. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 978-80-246-1318-5.

VITÁKOVÁ, Petra a kol. *Souhrnná metodika podporovaného zaměstnávání*. Praha: Rytmus, 2005. ISBN 80-903598-0-9.

VORLÍČEK, Jiří a kol. *Paliativní medicína*. 2., přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0279-7.

ZACHAROVÁ, Eva a kol. *Zdravotnická psychologie, teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2068-5.

ZACHAROVÁ, Eva a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-4062-1.

## **Zákony**

ČESKO. Zákon č. 372/ 2011 Sb., o zdravotních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 6.11. 2011. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, ve znění násl. předpisů. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 4. 2. 2004. ISSN 1211-1244.

ČESKO. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 14. 3. 2006. ISSN 1211-1244.

## **Internetové prameny**

BARNI, S., MONDIN, R., NAZZANI, R. a. ARCHILI, C. *Oncostress: evaluation of burnout in Lombardy* [online]. © 1996 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8623514>.

BAUMANOVÁ, Z. Chronicky nemocný – domácí a ústavní péče. *ZAM Zdravotnictví a medicína. Sestra* [online]. ©2009, 10.11. 2009 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/chronicky-nemocny-domaci-a-ustavni-pece-448184>

ČÍPKOVÁ, I. Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče. *Sociální práce/ Sociálna práca* [online]. 2015, roč. 14, č. 4 [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: <http://www.socialni prace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=783>

ČÍPKOVÁ, Iveta, KOUŘILOVÁ, Ivana a HRUŠKA, Lubor. *Vymezení hranic spolupráce mezi sociální službou a lékařskou pomocí v rámci plánování sociálních služeb* [online]. © 2014, 30.11. 2014 [cit. 2018-03-21]. Dostupné z: [https://www.msk.cz/assets/eu/hranice\\_spoluprace\\_ss\\_a\\_lp.pdf](https://www.msk.cz/assets/eu/hranice_spoluprace_ss_a_lp.pdf)

FROST, N. *Social workers in multidisciplinary teams: issues and dilemmas for professional practice* [online]. © 2005, 11.7. 2005 [cit. 2018-03-03]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2206.2005.00370.x/full>

SVOBODOVÁ, D. *Propuštění z nemocnice – a co dál?* [online]. ©2017, 06.02. 2017 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.tribune.cz/clanek/41459-propusteni-z-nemocnice-a-co-dal>

IFSW. *Definition of social work* [online]. © 2012, 8. 6. 2012 [cit. 9. 2. 2018]. Dostupné z: <http://ifsw.org/policies/definition-ofsocial-work/>

JANEBOVÁ, R. Otázky k profesionalizaci sociální práce. *Sociální revue* [online]. 2005, roč. 2, 25. 4. 2005 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/profesionalizace-socialni-prace>

KŘÍŽOVÁ, J. Sociální potřeby a možnosti sociální pomoci - praxe v MOÚ. *Linkos.cz*. [online]. ©2015, 24.05. 2015 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/socialni-pecce/socialni-potreby-a-moznosti-socialni-pomoci-praxe-v-mou/>

MUSIL, L. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu sociální práce. *Sociální práce/Sociálna práca* [online]. © 2008, 10.02. 2008 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/soubory/2008-2-130102145614.pdf>

NRZP. *Národní plán vytváření rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2010-2014*. [online]. ©2010 [cit.14.3.2011]. Dostupné z: <<http://www.nrzp.cz/dokumenty/np-ozp.pdf>>

SLÁMA, O. *Obecná a specializovaná paliativní péče v ČR* [online]. ©2012 [cit. 2018-01-13]. Dostupné z: <http://www.solen.sk/pdf/af6a9ed66bb837eccc430ff37f3263da.pdf>

ŠVEŘEPA, M. Sociální práce a společenské otázky. *Socialní revue* [on-line]. ©2005, 11.03.2005 [cit. 2018-03-25]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace>

VENGLÁŘOVÁ, M. *Jde zavést supervizi do zdravotnických zařízení?* [online]. ©2016 [cit. 2018-02-18]. Dostupné z: <https://listy.supervize.eu/temata/precetli-jsme-za-vas/jde-zavest-supervizi-do-zdravotnickych-zarizeni/>

VIDOVIČOVÁ, L. *Věková diskriminace – ageismus: úvod do teorie a výskyt diskriminačních přístupů ve vybraných oblastech s důrazem na pracovní trh* [online]. © 2005 [cit. 2018-02-17]. Dostupné na: <http://www.vupsv.cz/vidovicova-ageismus.pdf>

WINKLER, J. Propojování sociálních a zdravotních služeb. Grantový projekt. *Sociální péče* [online]. ©2012, listopad 2012 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://socialnipece.brno.cz/useruploads/files/kpss/studiepropojovaniszs.pdf>

ZAJACOVÁ, M. Systémová podpora profesionálního výkonu sociální práce. *Ministerstvo práce a sociálních věcí* [online]. ©2014 [cit. 2018-02-25]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/files/clanky/19182/Zajacova.pdf>

## SEZNAM TABULEK A GRAFŮ

Tabulka č. 1a – Rozdělení respondentek podle věku	50
Tabulka č. 2a – Rozdělení respondentek podle délky praxe v multidisciplinárním týmu	51
Graf č. 1 – Rozdělení respondentek podle délky praxe	51
Tabulka č. 3a - Názory respondentek na výskyt konfliktů v pracovním týmu	54
Graf č. 2 - Výskyt konfliktů v pracovním týmu	54
Tabulka č. 4 - Vyjmenované obory, se kterými jsou respondentky nejčastěji v konfliktu	55
Graf č. 3 - Konflikty mezi jednotlivými obory	55
Tabulka č. 5 - Názory respondentek na cíle jednotlivých oborů, jako zdroje konfliktu	56
Kontingenční tabulka č. 1b	57
Graf č. 4 - Rozdílnost cílů jako zdroj konfliktů podle respondentek	58
Tabulka č. 6a - Potvrzení odpovědí z otázky č. 7	58
Kontingenční tabulka č. 2b	59
Tabulka č. 7a - Názory respondentek na komunikační schopnosti zdravotníků v týmu	60
Kontingenční tabulka č. 3b	60
Tabulka č. 8a - Názory respondentek na komunikační schopnosti zdravotníků v týmu	61
Kontingenční tabulka č. 4b	61
Tabulka č. 9a - Názory respondentek na předávání informací v týmu	62
Kontingenční tabulka č.5b	62
Tabulka č. 10a Názory respondentek na prestiž jednotlivých oborů v týmu	63
Kontingenční tabulka č. 6b	64
Tabulka č. 11a - Názory respondentek na své pracovní ohodnocení	65
Tabulka č. 12a - Názory respondentek na pracovní ohodnocení jiných oborů	65
Kontingenční tabulka č. 7b	66
Tabulka č. 13a - Názory respondentek na spolupráci v týmu	67



Kontingenční tabulka č. 8b	67
Tabulka č. 14a - Názory respondentek, na to, jaký typ práce preferují	68
Tabulka č. 15a - Názory na přínos multidisciplinární spolupráce na osobnostní rozvoj respondentek	68
Kontingenční tabulka č. 9b	69
Tabulka č. 16a - Názory zástupců týmu na výskyt konkurenčních bojů	70
Kontingenční tabulka č. 10b	70
Tabulka č. 17a - Názory respondentů na důležitost týmové spolupráce	71
Tabulka č. 18a - Činnosti navrhované respondentkami pro ovlivnění zdraví klientů/pacientů z pohledu sociálních pracovníc	72
Graf č. 5 - Činnosti týmu ovlivňující zdraví klienta/pacienta podle sociálních pracovníc	72
Tabulka č. 19a - Činnosti navrhované respondentkami pro ovlivnění zdraví klientů/pacientů z pohledu zdravotnic	73
Graf č. 6 - Činnosti týmu ovlivňující zdraví klienta/pacienta podle zdravotnic	73

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. I. Dotazník

## PŘÍLOHY

Příloha č. I.

Dotazník

Dobrý den, ráda bych Vás tímto požádala o spoluúčast na školním výzkumu, který se věnuje komunikaci a spolupráci multidisciplinárním týmu. Tento dotazník bude sloužit jako základ pro mou empirickou část diplomové práce. Dotazník je koncipovaný pro sociální pracovníky a zdravotníky, kteří v týmu spolupracují s dalšími obory v péči o klienty. Celý výzkum je anonymní. Velmi vám předem děkuji za pomoc.

Prosím zaškrtněte nebo vyplňte

- 1) Zařazení:                      Sociální pracovník                      Zdravotník
  
- 2) Věk:                              Do 25-ti let  
    26-30 let  
    31-35 let  
    36 a více
  
- 3) Délka praxe v multidisciplinárním týmu .....
- 4) Při své práci spolupracuji s (zaškrtněte i více možností):  
    Dalšími soc. pracovníky  
    Se zdravotními sestrami  
    S lékaři  
    S rehabilitačními pracovníky  
    S psychiatry  
    S psychoterapeuty  
    S duchovními  
    Jiné  
    .....(jmenujte)

5) Vyskytují se ve Vašem pracovním týmu konflikty?

Nevyskytují

Vyskytují

Vyskytují ve zvýšené míře

6) Jmenujte obory, se kterými jste nejčastěji v konfliktu

.....  
.....  
.....  
.....

7) Máte pocit, že pracovní cíle sociálních pracovníků a zdravotníků jsou natolik odlišné, že se stávají zdrojem konfliktů?

Ano

Ne

8) Cíle sociálních pracovníků a zdravotníků jsou ve vztahu ke klientovi sjednocené, zde nevznikají spory

Souhlasím

Nesouhlasím

9) Máte pocit, že zdravotníci pracující v týmu mají dostatečné komunikační schopnosti?

Ano

Ne

10) Máte pocit, že sociální pracovníci v týmu mají dostatečné komunikační schopnosti?

Ano

Ne

11) Předávání informací mezi zdravotníky a sociálními pracovníky funguje velmi dobře

Ano

Ne

12) Máte pocit, že některé obory v týmu mají vyšší prestiž než jiné?

Ano

Ne

Pokud ano jmenujte:

.....

.....

13) Cítíte se dostatečně finančně ohodnocena za svou práci?

Ano

Ne

14) Myslíte si, že jiné obory v týmu jsou za stejné množství práce hodnoceny lépe?

Ano

Ne

15) Vyhovuje Vám společná práce v týmu?

Ano

Ne

16) Pracujete raději:

V multidisciplinárním týmu

Samostatně

17) Máte pocit, že Vás týmová spolupráce obohacuje?

Ano

Ne

18) Máte pocit, že se ve Vašem týmu vykytují konkurenční boje mezi obory?

Ano

Ne

19) Považujete fungující spolupráci v týmu za důležitou pro zdraví klienta?

Ano

Ne

20) Jak může multidisciplinární tým pozitivně ovlivnit zdraví svých klientů/pacientů?

Prosím doplňte:

.....

.....

.....

.....

## **Seznam zkratk**

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

WHO – Světová zdravotnická organizace

## **Bibliografické údaje**

**Jméno a příjmení autorky:** Klára Vojkůvková

**Studijní program:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Spolupráce sociálních pracovníků se zdravotníky a následná sociální péče jako cesta k uzdravení

**Vedoucí práce:** MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Rok dokončení práce:** 2018

**Počet znaků přímé citace:** 113 včetně mezer

**Počet znaků ostatního textu:** 144670 včetně mezer

**Celkový počet znaků:** 144783 znaků včetně mezer

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

*Jméno a příjmení studentky:* Bc.Klára VOJKŮVKOVÁ, Dis.

*Obor studia:* sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

*Název práce:* Spolupráce sociálních pracovníků se zdravotníky a následná sociální péče jako cesta k uzdravení

*Vedoucí práce:* MUDr. Olga Dostálová, CSc

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 78

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 81

Počet internetových zdrojů: 17 + 3 zákony

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

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost 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)

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

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



## Obsahová kritéria a přínos práce

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

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		2		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

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

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaké další postupy by autorka navrhovala ke zlepšení spolupráce mezi jednotlivými profesemi ve zdravotnictví?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Téma je u hlediska studovaného oboru velmi vhodné. Autorka se věnovala pečlivému studiu literatury, které má značné množství. Zpracování tématu je úplné, autorka se snažila vystihnout současnou problematiku tohoto tématu, která dosud ani zdaleka není uspokojivě vyřešena.

Výzkumné šetření je provedeno pečlivě a podrobně dokumentováno.

Autorka má chybu v nadpisu: uzdravení místo uzdravení. Vzadu v literatuře má jméno Meier omylem napsáno malým písmem, ač vše ostatní je v pořádku. Podobně má v textu na s. 8 (cit. dle Zajacové....) omylem jméno malým písmem, i když jinde v práci zvolila jména autorů velkým písmem. Literatura není používána zcela vyváženě, některé publikace jsou citovány až příliš, jiné pouze jednou.

Velmi často se poukazuje např. na Matouška, Koláčkovou a Kodymovou, nebo na Bártlovou či Kuzníkovou.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

velmi dobře

Datum:

14. 5.2018

Podpis:

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Klára Vojkůvková DiS.

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

Název práce: Spolupráce sociálních pracovníků se zdravotníky a následná sociální péče  
jako cesta k uzdravení

Vedoucí/oponent\* práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 90

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 100

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

--	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

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

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	X			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	X			
--	---	--	--	--

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



Návaznosť kapitol a subkapitol

	X			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použiteľnosť výsledkov v praxi

	X			
--	---	--	--	--

Vhodnosť prezentácie záverů práce (publikácie, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi při obhajobě:

Čo bolo Vašou motiváciou venovať sa tejto problematike, ktorú rozoberáte v diplomovej práci?

Celkové hodnotenie práce (klady, nedostatky):

Diplomantka Bc. Klára Vojkúvková, DiS. sa zaoberá vo svojej práci sociálnou-zdravotnou problematikou a to spolupráce sociálnych pracovníkov so zdravotníkmi.

Štruktúra práce je rozdelená na teoretickú a praktickú časť. V jednotlivých kapitolách a podkapitolách je práca vyvážená, o čom svedčí obsah diplomovej práce. V abstrakte autorka charakterizuje cieľ práce a opisuje celú problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách a podkapitolách. Autorka pri písaní použila adekvátnu literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov. Diplomantka použila nielen domácu odbornú literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike, za čo jej patrí pochvala. Záver práce je ukončený prílohou, v ktorej sa nachádza štandardizovaný dotazník.

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku, kde charakterizuje sociálnu prácu, profesiu a osobnosť sociálneho pracovníka, seniorov, starnutie... Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu štandardizovaného dotazníka, kde si zvolila hypotézy a k nej alternatívnu hypotézu. Na overenie stanovených hypotéz a svojich výsledkov si zvolila štatistickú metódu „Chí-kvadrát test“. Moje menšie výhrady v rámci formálnych úprav, že mi absentujú v práci odseky a taktiež úvod, ale to neznižuje úroveň diplomovej práce. Autorke patrí pochvala za širokú odbornú literatúru, ktorú použila pri písaní teoretickej časti diplomovej práce.

Empirická časť je veľmi dobre a prehľadne spracovaná, kde bola využitá vhodná metóda a dostatočný počet respondentov. Na základe stanoveného cieľa sa autorke podarilo splniť cieľ práce a došla k zaujímavým výsledkom, ktoré zhrnula do záverečnej kapitoly. Domnievame sa, že predložená práca je zaujímavou spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu a hodnotím ju veľmi kladne pre prínos sociálnej práce v zdravotníctve.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/nedoporučuji\*

- práca spĺňa požiadavky kladené na diplomovú prácu, preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 1 (výborne).

Datum, podpis: 10.05.2018