

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Role sociálního pracovníka na onkologii

Bc. Ludmila Kvapilová

Diplomová práce

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Hana Hejná

Praha 2021

Prague College of Psychosocial Studies



The role of Social Worker in Oncology

Bc. Ludmila Kvapilová

The Diploma Thesis

Master's programme: Social Politics and Social Works

The Diploma Thesis Supervisor: PhDr. Hana Hejná

Prague 2021

Prohlášení:

1. Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne.....

Podpis.....

Poděkování:

Děkuji vedoucí mé diplomové práce PhDr. Haně Hejné za její odborné vedení, množství cenných rad, podnětů, doporučení, připomínek a zároveň za velkou trpělivost a obdivuhodnou ochotu při konzultacích poskytnutých ke zpracování této práce.

Anotace

Diplomová práce se zabývá tématem role sociálního pracovníka na onkologii. Tuto problematiku vnímá z pohledu zdravotně sociálních pracovníků a z pohledu lékařů onkologie. Onkologický pacient se v terminálním stádiu onemocnění dostává do situace, kdy potřebuje pomoc zdravotně sociálního pracovníka. Téma je zpracováno jak z teoretického, tak praktického pohledu. Teoretická část mapuje onkologické onemocnění, jeho léčbu a důsledky, ať už zdravotní, psychické, nebo sociální. Zaměřuje se na péči o onkologické pacienty, paliativní a hospicovou péči, dále na roli sociálního pracovníka ve zdravotnickém týmu, spolupráci s rodinou nemocného a v neposlední řadě na spolupráci s nadacemi a neziskovými organizacemi. Praktická část se potom zaměřuje na realitu oblasti onkologie, každodenní práci lékařů a sociálních pracovníků. Na konkrétní pracovní postupy, způsob komunikace mezi subjekty, potřeby pacientů a jejich rodin. Možnosti zlepšení spolupráce ve prospěch pacientů, rovněž na psychohygienu respondentů a jejich motivaci k práci.

Klíčová slova

sociální práce, onkologie, tumor, onkologický pacient, terminální stádium, hospic, paliativní péče, spolupráce, komunikace, motivace

Anotation

The diploma thesis deals with the topic of the role of a social worker in oncology. The thesis understands this issue from the point of view of health and social workers and from the point of view of oncology doctors. In the terminal stage of the disease, the oncology patient finds himself in a situation where he needs the help of a health and social worker. The topic is processed from both a theoretical and practical point of view. The theoretical part maps the oncological disease, its treatment and consequences, whether medical, mental or social. It focuses on the care of cancer patients, palliative and hospice care, as well as the role of a social worker in the health care team, cooperation with the patient's family and, finally, cooperation with foundations and non-profit organizations. The practical part then focuses on the reality of oncology, the daily work of doctors and social workers. For specific work procedures, the way of communication between subjects, the needs of patients and their families. Possibilities of improving cooperation for the benefit of patients, also on the psychohygiene of respondents and their motivation to work.

Key words

social work, oncology, tumor, oncology patient, terminal stage, hospice, palliative care, cooperation, communication, motivation

OBSAH

ÚVOD.....	1
1 LÉČBA A PÉČE V ONKOLOGII	3
1.1 Onkologické onemocnění – základní rozdělení nádorů.....	3
1.2 Nádorové onemocnění a jeho léčba	5
1.3 Zdravotní důsledky nemoci.....	9
1.4 Psychické důsledky nemoci	9
1.5 Sociální důsledky nemocí	11
2 PÉČE O ONKOLOGICKÉ PACIENTY	15
2.1 Paliativní péče	15
2.1.1 Dělení paliativní péče	16
2.2 Hospicová péče	17
2.2.1 Druhy a formy hospicové péče	19
2.3 Komunikace a vztah lékař – pacient v onkologii.....	20
3 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	23
3.1 Výkon sociální práce ve zdravotnictví.....	23
3.2 Sociální pracovník ve zdravotnickém týmu.....	23
3.3 Spolupráce s multidisciplinárním týmem ve zdravotnictví.....	24
3.4 Předpoklady pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka	25
3.5 Sociální, emoční a praktické kompetence sociálního pracovníka.....	26
3.6 Motivace sociálních pracovníků k výkonu práce.....	28
4 OBLASTI POMOCI A SPOLUPRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	31
4.1 Spolupráce s multidisciplinárním týmem ve zdravotnictví.....	31
4.2 Spolupráce sociálního pracovníka s pacientem.....	32
4.3 Spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s pacientem.....	33

4.4	Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou.....	34
5	MOŽNOSTI POMOCI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V OBLASTI SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ ONKOLOGICKÉHO PACIENTA	36
5.1	Možnosti spolupráce sociálního pracovníka s nadačními fondy,.....	36
5.2	Možnosti spolupráce sociálního pracovníka s neziskovými organizacemi.....	37
5.3	Možnosti spolupráce sociálního pracovníka se svépomocnými skupinami.....	38
	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	40
	PRAKTICKÁ ČÁST	41
6	METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU	41
6.1	Kvalitativní výzkumná strategie	41
6.2	Výzkumný problém a otázka	42
6.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	43
6.4	Etické aspekty výzkumu	43
6.5	Scénář rozhovoru	44
6.6	Tvorba dat	44
6.7	Metoda analýzy dat	45
7	VÝSLEDKY	47
7.1	Představení respondentů.....	47
7.2	Popis společných témat	49
7.2.1	Téma č. 1 Spolupráce.....	49
7.2.2	Téma č. 2 Profesionalita	57
7.2.3	Téma č. 3 Kvalita života	66
7.2.4	Téma č. 4 Motivace	72
7.3	Vyhodnocení výzkumného šetření.....	80
8	DISKUZE	84

ZÁVĚR	88
Použitá literatura:	90
Internetové zdroje:	93
SEZNAM PŘÍLOH.....	1
Příloha č. 1	2
Příloha č. 2	3
Bibliografické údaje.....	4

ÚVOD

Diplomová práce se zabývá tématem: **Role sociálního pracovníka na onkologii**. Ve svém zaměstnání se autorka pohybuje v onkologických centrech v Praze a severních Čechách. Denně se setkává s lékaři a jejich práci si velice váží. Spojitost sociální práce a onkologie považuje za zajímavé téma. Vnímá velkou pracovní vytíženost onkologů a často s nimi hovoří o možnostech a využití sociální práce v onkologii. Touto prací by ráda upozornila na důležitou roli sociálních pracovníků v nemocnicích.

Hlavním cílem práce je zmapovat, **jak se daří naplňovat cíle a možnosti spolupráce sociálních pracovníků a onkologů**. Čtenář bude obeznámen s náplní práce sociálních pracovníků na onkologii, s jejich postoji a zkušenostmi. Rovněž bude mít možnost seznámit se s postoji a zkušenostmi onkologů ve vztahu k pacientům a sociálním pracovníkům. První výzkumná otázka má za úkol ověřit, **jaký je pohled lékařů na spolupráci se sociálními pracovníky**. Druhá výzkumná otázka potom zjišťuje, **jak vnímají sociální pracovníci specifičnost práce s onkologickými pacienty**.

Cílem teoretické části práce je vysvětlit základní pojmy tématu, které jsou stěžejní pro praktickou část práce. Text se zaměřuje na onkologické onemocnění, jeho léčbu a důsledky. Dále na onkologicky nemocné, na terminální stádium onemocnění, hospicovou a paliativní péči a jejich rozdělení. V teoretické části bude rovněž přiblížena role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém týmu, práce s rodinou a její důležitost. Závěr teoretické části bude věnován pomoci neziskových organizací, nadací, nadačních fondů a svépomocných skupin.

Praktická část se zaměří na reálnou spolupráci lékařů a sociálních pracovníků v nejmenované fakultní nemocnici, na konkrétní pracovní postupy, způsob komunikace mezi subjekty, potřeby pacientů a jejich rodin, možnosti zlepšení spolupráce ve prospěch pacientů, na psychohygienu respondentů a jejich motivaci k práci. K naplnění výzkumných otázek bude využita **kvalitativní výzkumná strategie**. Tvorba dat bude realizována za použití **techniky polostrukturovaných rozhovorů**. Tuto metodu autorka shledala jako vhodnou, neboť je zaměřena na názory, zkušenosti a porozumění a rozklíčování jejich významu a smyslu.

Získaná data budou následně zpracována za pomoci tematické analýzy.

Přínos diplomové práce vidí autorka ve zmapování spolupráce mezi onkology a sociálními pracovníky v konkrétní nemocnici fakultního typu. O závěr práce mají zájem obě zkoumaná pracoviště, bude ho tedy možno využít k zefektivnění multidisciplinární spolupráce.

1 LÉČBA A PÉČE V ONKOLOGII

Úvodem do diplomové práce je kapitola, která se zaměřuje na definici onkologického onemocnění a obor onkologie.

Definice onkologického onemocnění a obor onkologie

Tkáň v těle jsou tvořeny buňkami. Složité řídicí mechanismy kontrolují růst a dělení buněk, jejich diferenciaci neboli specializaci k vykonávání určité funkce v jednotlivých tkáních a v neposlední řadě i jejich zánik – apoptózu. Pokud dojde k selhání těchto řídicích mechanismů, vzniká nádor (Vokurka, Tesařová, 2018).

Onkologie je obor vnitřního lékařství, který se zabývá prevencí, diagnostikou a nechirurgickou léčbou nádorových onemocnění. Tento značně široký obor se rozděluje do dvou úseků, které ač jsou samostatné, se do velké míry vzájemně ovlivňují. Prvním z nich je experimentální onkologie, která se zabývá základním výzkumem nádorových onemocnění a podílí se na ní mnoho vědních oborů, jakými jsou například onkologická virologie či imunologie. Druhým úsekem je klinická onkologie, která přenáší výsledky experimentální onkologie, ale i řady jiných oborů, kterými jsou například farmakologie či mikrobiologie, do vlastní komplexní péče o pacienty nemocné nádory. Jejím úkolem je tedy prevence, dále rozpoznání, léčba, rehabilitace a řešení všech dalších složitých situací, které průběh onkologického onemocnění, jeho léčbu ale i poléčebné období provázejí, a to bez časového omezení pro pacienta (Koutecký, Konopásek, 1999).

1.1 Onkologické onemocnění – základní rozdělení nádorů

Nádory se dělí podle různých kategorií. Základní je dělení podle biologického chování na **benigní** (nezhoubné) a **maligní** (zhoubné). Nezhoubné nádory bývají opouzdřené, nepronikají do okolí ani nemetastazují. Většinou jsou lehce odstranitelné, mohou však svým dominantním růstem utlačovat okolní zdravou tkáň. Chování nádoru i další klinický průběh lze odhadnout podle tří dalších charakteristik, což je **typing, grading a staging**. Uvedené charakteristiky se onkolog dozvídá z popisu patologa, který ho tvoří po speciálním zpracování nádorové tkáně, jež získá biopsií nebo operací. Za diagnózu přímo zodpovídá patolog. Malignita se rozlišuje podle výchozí tkáně (Vokurka, Tesařová, 2018).

Typing – řazení nádoru z hlediska histogeneze, tedy typing nádoru. Z tohoto hlediska lze dle Vorlíčka, Abrahámové, Vorlíčkové (2012) dělit malignity do šesti skupin:

- **Nádory vycházející z mezodermu** (dávají vznik všem pojivovým tkáním) – řadí se sem veškeré sarkomy (fibrosarkom, myxosarkom aj.) i systémové nádorové choroby, jako je leukemie a lymfomy,
- **Nádory vycházející z neuroektodermu** – nádory centrálního i periferního nervového systému,
- **Nádory vycházející ze zárodečných buněk** – nádory germinální, které se vyskytují v gonádách ale i extragonádálně,
- **Nádory smíšené** – složeny ze dvou nebo více tkání,
- **Choriokarcinom** – vychází z tkáně placenty (gestační choriokarcinom) a je zvláštní jednotkou,
- **Mezoteliom** – je samostatnou jednotkou (např. mezoteliom pleury, peritonea, perikardu) (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

Grading – vedle typu nádoru je důležité zjistit stupeň diferenciaci malignity – grading, který se podle mezinárodních kritérií rozděluje takto:

- **GX** – stupeň diferenciaci nelze stanovit,
- **G1** – dobře diferencovaný,
- **G2** – Středně diferencovaný,
- **G3** – málo diferencovaný,
- **G4** – nediferencovaný (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

Kromě gradingu je důležitá i odolnost, tedy informace o tom, kdy nádor vrůstá do cév. Tuto informaci dá klinikovi patolog. Je to opět důležitý moment pro určení prognózy. Další důležitou informací je při histologickém popisu údaj o tzv. čistotě operačních okrajů. Uspokojivé je, pokud nádor nedosahuje resekční linie. A to s popisem vzdálenosti nádoru od okrajů resekce (Vokurka, Tesařová, 2018).

Epidemiologická data v ČR týkající se onkologických onemocnění odpovídají přibližně situaci ve vyspělých zemích. ČR má výrazné prvenství v incidenci renálního karcinomu. Rovněž incidence kolorektálního karcinomu u nás je jednou z nejvyšších v Evropě (Vokurka, Tesařová, 2018).

Význam rodinné anamnézy v praxi

Zásadní faktory, které ovlivňují rozhodnutí klinického onkologa o volbě léčebného postupu (strategie léčby), jsou dány jak primárním nádorem, jeho lokalizací, velikostí, histologickým typem, stadiem atd., tak samotným pacientem (věk, komorbidita, celkový stav, preference). Pečlivá anamnéza, nynější onemocnění, fyzikální vyšetření a zhodnocení celkového stavu je u pacienta s onkologickým onemocněním zásadní pro výběr vhodného typu a intenzity protinádorové léčby. Význam rodinné anamnézy spočívá především v možnosti odhalení dědičné (hereditární) zátěže na základě rodinné anamnézy. Familiární (rodinný) výskyt malignit by měl klinika přimět k indikaci genetického vyšetření. Pro hereditární výskyt onemocnění je charakteristický výskyt až multiplicita u téhož jedince a dále multilokulární či bilaterální výskyt téhož nádoru (Chovancová, Vašková, 1998).

V osobní anamnéze je potřeba pátrat především po nemocech, které mohou mít přímou souvislost s nádorovým onemocněním (např. chronická gastritida, HPV infekce, Crohnova choroba či ulcerózní kolitida, retence varlete aj.) V toxikologické anamnéze je možno sledovat, jakou měrou mohlo rizikové chování, například nadměrná konzumace alkoholu či kouření cigaret, přispět k rozvoji nádorového onemocnění. Pracovní a sociální anamnéza podá informace o přítomnosti karcinogenů na pracovišti či v domácnosti, přinese informace o zázemí pacienta a možnosti péče o něj v domácím prostředí (Chovancová, Vašková, 1998).

1.2 Nádorové onemocnění a jeho léčba

Nádorové onemocnění s sebou nese zcela specifickou psychologickou zátěž. V některých medicínských oborech je snižování dávek léků a léčebných procedur pozitivním signálem pro pacienta, že se jeho stav zlepšuje a léčba končí. Ale v onkologii se po šesti úspěšných sériích chemoterapie přidají ještě další dvě. Podobně při léčbě zářením, pokud nádor dobře reaguje, ještě se pár záření přidá, nebo po prvních čtyřech sériích chemoterapie chirurgové a onkologové radostně oznámí, že se „konečně“ může odoperovat to, co pacient doufal, že už tam není. Pacient prochází onkologickou léčbou plnou neobvyklých postupů a poznává záludnosti samotného onemocnění. V léčbě se lékaři

zaměřují nejen na likvidaci nádoru, ale i na likvidaci možných mikroskopických zbytků nádorových buněk, aby pojistili výsledný efekt léčby (Tomášek, 2015).

Chirurgická léčba

Základní a zásadní léčbu představuje chirurgické odstranění nádoru s následným histologickým rozbořem odebrané tkáně, podle kterého se pak řídí další léčba. Na chirurgické léčbě se podílí chirurg, anesteziolog, patolog, klinický onkolog a radiolog, který specifikuje polohu nádoru podle RTG snímků. Aby se míra úzkosti snížila je ideální osobní kontakt se svým chirurgem a anesteziologem, kteří podají přesné informace o tom, co se s pacientem bude dít během operace a co po ní. Před operací může zhoršovat psychiku pacienta úzkost a strach ze změny vzhledu a následně vlastního vnímání. Velice citlivá je problematika operace prsu, dělohy a vaječníků, nebo operace, které vedou k používání kompenzačních pomůcek (operace tlustého střeva, konečníku, močového měchýře, ledvin, hrtanu). Je vždy nutné zajistit pacientovi dostatek informací (Chovancová, Vašková, 1998).

Při chirurgickém odstranění nádoru nebo jeho části se odstraní někdy i okolní zdravá tkáň. Zásadní otázkou je, zda je možno odstranit nádor celý (výkon radikální), nebo pouze jeho část (výkon paliativní). U mnoha nemocných je chirurgická léčba nejúčinnější metodou terapie, která skutečně dokáže člověka vyléčit (Janáčková, 2014).

V chirurgii se stále častěji využívá endoskopická chirurgie, laparoskopická chirurgie, u některých nádorů i robotická chirurgie. Radioterapie je úspěšná nejen zavedením účinnějšího fotonového záření, tzv. lineárních urychlovačů, ale i novými způsoby plánování léčby, využitím výpočetní techniky, zavedením simulátorů a zpřesnění dozimetrie. Z dalších novinek ozařovací techniky lze jmenovat Leksellův gama nůž, nebo kybernetický ozařovač. Novinkou je i protonové ozařování, které má své specifické indikace, např. nádory CNS a nádory oka (Klener, Klener, 2010).

Radioterapeutická léčba je vedle chirurgické léčby nejstarším způsobem onkologické léčby. Spočívá v ozařování té části těla, kde je nádor lokalizován. Radioterapie se využívá buď před operačním zásahem, tak, aby došlo k přesnějšímu ohraničení nádoru a chirurgická léčba pak byla efektivnější, nebo po něm jako tzv. zajišťující radioterapie, která má zničit mikroskopické části nádoru. Je možná i přímá likvidace nádoru pouze zářením. O léčbě rozhoduje radiolog, radioterapeut a jaderný fyzik. Přístroje zaměřují a ovládají radiologičtí asistenti (Vokurka, Tesařová, 2018).

Teleterapie je zevní ozařování, kdy se využívají paprsky X z urychlovačů, nebo gama záření izotopů z lineárních urychlovačů a dalších zdrojů. Paprsky směřují na oblast nádoru, ničí nádorové buňky, a to za minimálního poškození okolní tkáně (Vokurka, Tesařová, 2018).

Brachyterapie je vnitřní ozařování, kdy je zdroj záření umístěn v tělesné dutině, tedy v přímém kontaktu s nádorem (Vokurka, Tesařová, 2018).

Chemoterapie je druhem léčby, při které se používají léky – cytostatika – které ničí nádorové buňky. Čím je účinnější kombinace léků a dávky chemoterapie vyšší, tím se zvyšuje pravděpodobnost likvidace i mikroskopických zbytků nádoru. Chemoterapie zaznamenala v posledním desetiletí obrovský rozvoj. Na jednotlivé nádorové buňky se používají specifitější látky, podpůrné postupy a léky, které kompenzují některé nežádoucí účinky jsou účinnější (např. antiemetika jako účinná obrana proti dříve tak obávanému zvracení). Cytostatika se dostanou krevní cestou ke všem tkáním v těle, působí tak nejen na nádorové buňky, ale i na zdravé buňky těla. Proto chemoterapie vyvolává celou řadu vedlejších účinků, ze kterých je nejzávažnější útlum činnosti buněk kostní dřeně, která nestačí produkovat dostatečné množství červených krvinek a krevních destiček. Kromě toho se objevuje celá řada vedlejších účinků – únava, slabost, nechutenství, změněná chuť k jídlu apod. Nejtěžší je tedy léčbu cytostatiky zvládnout a vydržet. Za prostředky léčby je vždy potřeba vidět cíl, tedy odstranění něčeho, co mne ohrožuje na životě. Dnešní vývoj medicíny a její technologie umožňuje významně snížit bolest, utrpení a strádání právě při aplikaci chemoterapie (Klener, Klener, 2010).

Hormony v léčbě nádorů tvoří léčebné postupy, které ovlivňováním hladiny hormonů vedou k protinádorovému působení. To lze farmakologicky, chirurgicky (např. kastrace), nebo radiačně. Jedná se vždy o terapii systémovou – celého organismu. Výhodou hormonální terapie je menší toxicita a méně nežádoucích účinků (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

Transplantace kostní dřeně se provádí, pokud se k záchraně života musí použít vysoce intenzivní chemoterapie a došlo by k úplnému útlumu krvetvorby. Při transplantaci je nutné odebrat kmenové buňky nemocného, uchránit je před nežádoucími účinky intenzivní léčby a po proběhlé intenzivní chemoterapii je opět vpravit do organismu. Kromě transplantace, kdy je nemocný sám sobě dárce, se provádí i transplantace – přenos kostní dřeně od jiné osoby, což je spojeno s vyhledáváním v tzv. registru. Transplantace kostní dřeně je náročná a přináší mnoho fyzického i psychického strádání. Protože se transplantace provádí na specializovaném pracovišti v Praze nebo Plzni, je pacient v neznámém prostředí a odloučen od blízkých i od svého ošetřujícího lékaře (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

Imunoterapie je další možností. Imunitní systém se spolu s nervovým a hormonálním systémem v organismu podílí na udržování vnitřního prostředí. Základní funkcí imunitního systému je schopnost rozeznávat škodlivé a prospěšné vlivy a prvky pro organismus. Imunitní systém se projevuje v obranyschopnosti – rozpoznává vnější škodliviny a chrání proti nim organismus (např. infekce). Imunoterapie se postupně zavádí do onkologické péče o nemocné (Chovancová, Vašková, 1998).

Kontinuální péče, následuje po ukončení onkologické léčby a prostupuje všemi aspekty života nemocného. Není zaměřena jen na nádor a lokalitu kolem, ale na celou osobnost pacienta. Pacient potřebuje pomoci s tím, jak se naučit s nemocí a jejími následky žít. Pokud nádor, nebo jeho důsledky nelze odstranit a nemocný musí žít s rezidui choroby, uplatňuje se paliativní (bolest tišící) léčba. Pacient má k dispozici zdravotní sestry z domácí péče, sociální pracovníky a lékaře. Pacient je buď doma ve svém prostředí, nebo ve speciálním nemocničním zařízení (Chovancová, Vašková, 1998).

Případná **alternativní léčba**, by nikdy neměla zastínit léčbu medicínskou. Strach z vlastního konce je pochopitelný, stejně jako snaha udělat cokoli pro svoji záchranu (Chovancová, Vašková, 1998).

1.3 Zdravotní důsledky nemoci

Onkologická léčba je velmi náročná. Onkologie využívá moderní a stále se zdokonalující léčebné metody od chirurgie, přes radioterapii až farmakologickou léčbu. Onkologická léčba je zatížena množstvím nežádoucích účinků během léčby nebo pozdních následků protinádorové léčby. Nemocní trpí časnými zdravotními komplikacemi, jako jsou nevolnost, nauzea, zvracení, průjem, ztráta vlasů, infekce a jiné nežádoucí účinky. V pozdějším období léčby se mohou vyskytnout komplikace nejen po chemoterapii, ale i po ozařování či operaci provedené v rámci onkologické léčby. Vznik a rozvoj pozdních následků závisí na věku pacientů, typech nádorů, jejich lokalizaci a na klinickém stádiu onemocnění. Podstatnou roli hraje způsob onkologické léčby, rozsah ozařování, druhy cytostatik, dávkování, délka podávání chemoterapie i individuální citlivost každého jedince (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

Pozdní následky nemoci mohou vznikat v delším časovém odstupu, jako projevy pozdní toxicity onkologické terapie. Zdravotní obtíže onkologické léčby jsou závažnou komplikací, která zvyšuje úmrtnost onkologického pacienta a celkové finanční náklady za léčbu. Nemělo by to však být důvodem strachu z nástupu léčby nebo dokonce odmítnutí léčby (Tomášek, 2015).

1.4 Psychické důsledky nemoci

Vzájemné ovlivnění somatických a psychických procesů může působit negativně i pozitivně (Křivohlavý, 2002).

Hospitalismus je psychická reakce na dlouhodobé onemocnění spojené s hospitalizací, nebo intenzivním a nepříjemným onemocněním. Jde o diferencovanou a individualizovanou reakci na onemocnění v souvislosti s omezeními, které nemoc pacientovi přináší (Křivohlavý, 2002). Podobá se psychické deprivaci a je psychickou reakcí na jednotlivé aspekty onemocnění. Síla a intenzita hospitalismu souvisí s premorbidní osobností nemocného, se subjektivním prožíváním nemoci, s prostředím v nemocnici i s procedurami, které pacient musel podstoupit (Vymětal, 2009).

Nemoc není prožívána pouze negativně, nebo pouze pozitivně (např. v případě zistných výhod z hospitalizace), ve většině případů jde o prožívání ambivalentní (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007).

Autoplastický obraz nemoci bývá podmíněn povahou nemoci, jejími okolnostmi a osobností nemocného. Závisí na ovlivnitelnosti pacienta cizími názory, egocentrismu, senzitivitě, schopnostech se přizpůsobit a dalších např. sociálních faktorech a také na postojích k nemoci (Plháková, 2004).

Pocity nemocného mohou nabývat různé intenzity – nemocný člověk je v neočekávané situaci a její řešení je pro něj nové, nestandardní. Má co nechce mít (nemoc a její projevy), dělá něco, co nechce dělat (léčebné procedury) a nemůže se chovat, jak by chtěl. Trpí tedy pocity nejistoty a studu, viny, frustrací i pocity ohrožení, které narušují jeho přirozenou potřebu bezpečí. Má omezenou svobodu, snížené sebevědomí, špatně spí, špatně se stravuje atp. (Boleloucký, 1998).

Bolest je zatěžujícím, většinou nepříjemným zážitkem. Tolerance bolesti je individuální. Každý bolest vnímá jinak a přikládá jí jiný význam, má jinou intenzitu strachu z bolesti a prožívání úzkosti. Důležité je sociální zázemí nemocného a participující osoby. Neméně důležitá je i výchova (Boleloucký, 1998).

Strach je možno charakterizovat jako úzkost, která nemá reálný podklad, ale je vždy zapříčiněna něčím reálným z našeho života (i v případě, že druhým naše reakce realistická nepřipadá). Strach i úzkost jsou primárními signály a obrannými znaky, které slouží ke zvládnutí života, a tento význam obou je primární. Strach i jeho projevy jsou individuální, přestože strach je společný všem bytostem. Úzkost je ovlivněna vnějším prostředím, včetně myšlenek daného jedince a situací (Plháková, 2004).

Častým projevem hospitalismu je **hněv**, který je zdravotníky od nemocného, nebo jeho příbuzných vnímán velice negativně a může být zdrojem konfliktů a vystupňovat se až k agresii. Nemocný je rozhněván v důsledku nemoci, ztráty svobody, často se zlobí i sám na sebe. Tento hněv projevuje různým způsobem, velmi často vůči personálu (Plháková, 2004).

Agresivita je stejně jako hněv reakcí, byť nepřiměřenou na nepříznivou situaci, kterou nemocný neumí zvládat jiným způsobem. Může jít rovněž o autoagresi (Plháková, 2004).

Duševní krize, v krátkém čase se vyhrocující situace, kterou pacient není schopen překonat pomocí vlastní strategie a prožívá ji jako ohrožení. Důležitým faktorem vzniku i rozvoje krize jsou individuální znaky, jako je výchova, osobnost, zkušenosti a obranné mechanismy. Důležitým faktorem překonání krize jsou pak copingové strategie (Plháková, 2004).

Forma duševní krize je zákeřnější, protože působí pomalu a plíživě a ubíjí postupně. Psychologická pomoc v akutní fázi je možná ve formě krizové intervence. Krizová intervence řeší stávající problém, ten se buď odstraní, nebo neutralizuje. Tato forma se zaměřuje na krátkodobé cíle, snahou je vytyčit akutní krizový stav a určit vhodnou následnou psychotherapeutickou péči. Důležitá je především dovednost naslouchat, ohraničit akutní stav, zeslabit jeho intenzitu a vybrat jeho jádro (Klener, Klener, 2010).

Truchlení má psychohygienický účinek, pomáhá emocím k uvolnění a tím k uvolnění energie (Klener, Klener, 2010).

Deprese není na rozdíl od truchlení rozhodně uzdravující záležitostí. Jde o klinický syndrom poruchy nálady, myšlení a psychomotoriky a jde o závažné psychické onemocnění. Pokud se vyskytne deprese jako reakce na onemocnění, je třeba zvážit její závažnost a případně spolupráci se specialisty (Klener, Klener, 2010).

1.5 Sociální důsledky nemocí

Řada pacientů v důsledku onemocnění přehodnotí dosavadní život. Pacienti potvrzují, že jejich hodnoty se od základů změnily, a to co pro ně dříve nemělo hodnotu, toho si najednou začnou vážit. Váží si každého dne a jsou rádi, že mohou žít svůj obyčejný život (Plháková, 2004).

Dle Bártlové (2002) dopad nemoci na sociální život jedince je téma, které vychází z obecně platných předpokladů o negativním vlivu nemocí na život jedince ve společnosti. Téma sociálních dopadů nemocí je velmi rozsáhlé a navazuje na problematiku sociálních determinant zdraví, ale zároveň zahrnuje nově vzniklé sociální situace jedinců v nemoci.

Dopad nemoci ovlivňuje:

- volbu povolání,
- frekvenci pracovní neschopnosti,
- absence dětí a mládeže ve škole,
- vyšší náklady na péči a výživu,
- náklady na léčbu, prevenci a lékařské kontroly,
- poskytování informací širší společnosti,
- integraci a socializaci nemocných.

Zdraví a nemoc jsou se sociálním životem člověka úzce spojeny, vzájemně se ovlivňují již v momentu prvních symptomů nemoci, pocitů nepohody a iniciace odborné zdravotní pomoci (Bártlová, 2002).

Již v okamžiku, kdy nemocný sám vyhledá odbornou pomoc, plánovaně navštíví lékaře, s podezřením na patologické symptomy nemoci se otevře široká škála sociálních vlivů, které ovlivňují zranitelnost k nemoci, sociální stresory předcházející rozvoji onemocnění, které působí jako spouštěče, které zasahující do průběhu chorob (Josselson, 2009).

Typickým sociálním faktorem je rodina – ať už jde o vztahy mezi jednotlivými členy rodiny, aktuální atmosféru v rodině, nebo fungování rodinného systému. Pokud mezi členy rodiny funguje vzájemná podpora, pak potenciální nemocný může pomoc vyhledat na popud či doporučení tzv. „významných druhých“ (Josselson, 2009).

Důvodem pro vyhledání pomoci bývá v mnoha případech i nezvládnutí pracovních povinností z důvodu přítomnosti specifických či nespecifických symptomů. Důvodem může být podvědomý nebo reálný strach ze sankcí, které pracovníkovi hrozí, jde o závažně stresující životní události (Honzák, 1999).

Ekonomická situace není typickou příčinou vyhledávání pomoci, ale je základní otázkou, kterou nemocný řeší ihned po sdělení diagnózy, hospitalizaci, stejně jako ekonomické zajištění osob ve společné domácnosti, dětí a podobně (Dostálová, 2018).

Vyhledání odborné pomoci je formou volání o pomoc, přestože nejsou přítomny žádné neobvyklé zdravotní potíže. Odbornou pomoc vyhledají např. i hypochondričtí pacienti, osoby bez přístřeší, osoby ve výkonu trestu odnětí svobody po úmyslném sebepoškození

či předstírání duševní choroby, lidé se sníženou soběstačností a sníženou schopností sebepéče. Rovněž lidé, kteří se ke svému zdraví chovají neodpovědně a zneužívají návykové látky, přeceňují vlastní schopnosti ve sportovních aktivitách, mají neuvědomělé sexuální chování, nebo špatné stravování. Druhou variantou je poskytnutí pomoci bez vlastní žádosti, například hospitalizace klienta s poruchou vědomí z důvodu závažného onemocnění, úrazu, péče o dítě, nebo osoby zbavené svéprávnosti. Péče o geriatrické nemocné je často obdobnou situací, kdy je senior právně odpovědný, ale o zdravotně sociální péči žádá osoba blízká. Obdobně abúzus návykových látek, kdy žádost o detoxikaci závislého vychází ze strany policie ČR (Dostálová, 2018).

Sociální důsledky projevující se v rodině

Rodina je instituce s celou řadou společenských funkcí. Pokud dojde k narušení některé z nich, ať už z důvodu nemoci, nebo postižení jednoho člena rodiny, je narušena socializace. Problém nemocného klienta je problémem celé rodiny (Matoušek, 1997).

Mnohé funkce rodiny na sebe převzala společnost, např. právní systém, sociální zabezpečení a zdravotní péči. První reakcí rodiny je mobilizace pomoci a zároveň omezení vnějších kontaktů, eventuálně zesílení těch, které by mohly pomoci. Čím je situace náročnější, tím způsobuje větší míru frustrace u členů rodiny (Matoušek, 1997).

Změny trávení volného času

Je potřeba najít adekvátní náhradu činnosti, kterou nemocný s láskou vykonával. Hraje zde významnou roli opora sociálních sítí, ale také osvěta veřejnosti v oblasti zdraví, nemoci, zdravotních postižení, duševních nemocí. apod., tím se sníží stigmatizace ze strany okolí nemocného (Koutecký, Konopásek, 1999).

Sociální izolace

Sociální izolace může být trvalá, např. z důvodu změny vzhledu, z důvodu používání podpůrných pomůcek (např. oxygenoterapie), nebo dočasná, z důvodu zhoršení zdravotního stavu, nebo opakovaných hospitalizací. Někteří autoři hovoří o sociální izolaci jako příčině zvýšené mortality – úmrtnosti (Koutecký, Konopásek, 1999).

Stigmatizace a postavení ve společnosti

Nálepkování (stigmatizace) je součástí tzv. etiketizační teorie. Se stigmatizací se ve větší míře setkáváme u psychiatrických pacientů. Nepsychiatrickým se tato stigmatizace také nevyhýbá. Může jít o změny v důsledku nemoci, nádory v obličejové části, tracheostomie apod. (Koutecký, Konopásek, 1999).

Ohrožení bydlení v domácích podmínkách

Lidé se mohou rozhodnout, kde a s kým budou žít. Je potřeba úzké spolupráce při plánování nějakého dočasného bydlení v rámci ucelené rehabilitace (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005).

Důležitá je i následná podpora v bydlení v případě následků nemoci. Při propuštění z nemocniční péče je zapotřebí navázat spolupráci se sociálním pracovníkem, který je velkou pomocí při plánování a zajišťování dalších zdravotních a sociálních služeb. Veškerá aktivita lékařů, ošetrovatelského personálu, sociálních pracovníků a dalších členů týmu vede k podpoře a rozvoji autonomie klienta a k jeho spokojenosti (Kuzníková, 2011).

2 PÉČE O ONKOLOGICKÉ PACIENTY

2.1 Paliativní péče

S počátky paliativní léčby se setkáváme již v první polovině 19. století, kdy se čím dál častěji začala objevovat snaha o zmírňování utrpení nevléčitelně nemocných podáváním opia (Schimmerlingová, 1972).

V současné době již charakterizuje kulturu společnosti způsob, jak se stará o své těžce nemocné a umírající. Rozlišujeme paliativní léčbu a paliativní péči. Jaká je mezi nimi rozdílnost? Léčba je odvozením slova lék, které pochází z přejatého germánského slova lekis. Z toho původně pocházelo lekovat neboli léčit zařikáváním. Některý nemocný potřebuje paliativní léčbu v podobě úlevy od tělesných obtíží, ale nepotřebuje paliativní péči. Jiný pacient potřebuje duchovní útěchu, nebo pomoc psychologa či psychiatra, zde hovoříme o péči. Každý nemocný se může svobodně rozhodovat, jaký druh pomoci potřebuje. Jde o to zvýšit kvalitu života nemocných, mělo by být dostupné vše (Boleloucký, 1998).

O paliativní léčbě hovoříme v souvislosti s různými nevléčitelnými nemocemi, nejen u zhoubných nádorů, u nichž však původně pojetí paliativní léčby začínalo. V posledních letech se rozsah paliativní léčby značně rozšířil oproti původnímu zaměření poskytnout pacientovi klidný odchod z tohoto světa. V současnosti může paliativní léčba trvat několik měsíců, ale i let. Pokud je pacient v přiměřeném stavu, může se věnovat i nenáročným a oblíbeným aktivitám (Dostálová, 2018).

Starost a péči o to, jakým způsobem a s jakou pomocí budou lidé umírat, řešily již starověké kultury. K výkyvům docházelo v obdobích válek, ale lidskost a úcta k životu vždy převážily. Vznik desatera se odhaduje na období mezi 8. a 10. stol. Př. Kr. Jde o svědectví zákazu zabíjet. Hippokratova přísaha pochází přibližně z období přelomu 4. – 5. stol. Př. Kr. a lékař zde slíboval: „*Nepodám nikomu smrtící látku, i kdyby ji ode mne žádal, a ani nikomu tuto možnost nenavrhnou.*“ (Opatrná, str. 60-61, 2017).

Cesta paliativní medicíny a péče má za úkol zajistit nemocnému a později umírajícímu, aby žil v co nejlepší kvalitě života až do smrti. Podpora životních hodnot by měla pomoci snížit strach z umírání. Umírajícího je třeba vnímat jako plnohodnotnou lidskou bytost

až do samého konce. I když není šance pacienta vyléčit, je možné podpořit ho v každé fázi jeho života. Paliativní péče je orientovaná především na pacienta a zdůrazňuje podstatu lidského bytí. Je vysoce aktivní, ne pasivní (Kupka, 2014).

Paliativní péče smrt ani neurychlí, ani neoddláží. Klade důraz především na kvalitu života nemocného v tom smyslu, že mu ostatní umožní neustále růst a žít. Život chronicky nemocného je tak dotvořen ve smysluplný celek. Lidská důstojnost je podporována lidským přístupem těch, kteří o nemocného pečují. K úmrtí pacienta dochází přirozeným způsobem. Nemoc dospěje ke svému konci. Pacient o smrt nežádá a ani nemusí vzdorovat tlaku či manipulaci (psychologické, emoční, sociální) (Opatrná, 2017).

2.1.1 DĚLENÍ PALIATIVNÍ PÉČE

Dle Bužgové (2015), se dělí na obecnou a specializovanou.

Obecná paliativní péče je péče poskytovaná zdravotními pracovníky v rámci jejich odbornosti. Zaměřuje se na základní léčbu symptomů, respektuje pacientovu autonomii a za pomoci citlivé komunikace umožňuje důstojný odchod umírajícího. Obecnou paliativní péči by měli zvládat všichni zdravotníci (Bužgová, 2015).

Specializovaná paliativní péče je aktivní odborná interdisciplinární péče, která je poskytovaná odborníky, kteří mají speciální školení nebo vzdělání. Je využívána v případech, kdy nedostačuje obecná paliativní péče (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková 2012).

Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková (2012) řadí do specializované paliativní péče:

- **Domácí paliativní péči** – je poskytovaná prostřednictvím návštěv lékaře, sester, ošetřovatelů či jiných odborníků v domácím prostředí pacienta. Nedílnou součástí je spolupráce s rodinou a blízkými, neboť jsou to právě oni, kdo se z velké části podílí na péči o nemocného.
- **Lůžkový hospic** – lůžkové zařízení, které poskytuje péči pacientovi v terminálním stádiu života a které klade důraz na jeho individuální potřeby a přání. Důležitá je možnost blízkých a rodiny trávit s pacientem poslední chvíle jeho života.

- **Konziliární tým paliativní péče** – složený z lékaře, sestry a sociálního pracovníka, případně dalších odborníků. Tento tým působí ve zdravotnických zařízeních a umožňuje pacientovi zůstat v zařízení, ve kterém byl doposud léčen a kde je mu poskytnuta kvalitní paliativní péče. Konziliární týmy nejsou v České republice příliš rozšířené.
- **Oddělení paliativní péče** v rámci zdravotnických zařízení – zde je pečováno o pacienta v případě, že je nutno poskytovat nejen paliativní péči, ale také další služby nemocnice (Vorlíček, Abrahámová, Vorlíčková, 2012).

V ČR se paliativní péče začala rozvíjet až po roce 1989. První lůžkové oddělení v rámci nemocnice vzniklo v roce 1992. Paliativní péče se rozvíjela především jako lůžková péče. V roce 1993 bylo založeno občanské sdružení Ecce homo, jehož zakladatelkou byla Marie Svatošová, která se snažila o rozvoj hospicové péče. Jedním z významných počinů bylo založení lůžkového hospice Anežky České v Červeném Kostelci. Od té doby vzniklo několik dalších lůžkových hospiců (Bužgová, 2015).

2.2 Hospicová péče

Sociální práce v hospicové oblasti

Sociální práce je obor, který se neobklopuje přebytným množstvím teoretických poznatků. Tato skutečnost je způsobena především tím, že má málo teorie a využívá empirické poznatky jiných věd, jako je sociologie, psychologie, psychopatologie, právo atd. Zaměřuje se zejména na praktickou stránku života (Matoušek, 1997).

Sociální práce se zpočátku vyskytovala ve společnosti jako cílená pomoc sociálně znevýhodněným, byla typická pro péči o chudé v kláštorech, vyskytovala se ve špitálech, Božích domech, útulcích pro chudé a sirotky a v mnoha dalších zařízeních. Postupně se začala zabývat a věnovat i terminálně nemocným a umírajícím. Vychází z teorie, že každý člověk má právo na důstojné umírání a smrt. Avšak navzdory dnešní moderní a sociálně zaměřené době se ne každému dostane toto právo. Problém častokrát nastává, když se doprovázející zaleknou daného procesu umírání. Pokud lidé kolem nechápou proces umírání, vylučují svého blízkého ze svého společenství. Tento moment může navodit pocity nepotřebnosti a zoufalství (Matoušek, 2003).

Smrt je pro většinu z nás určité společenské tabu. Je všudypřítomná, a přece nám je cizí. Člověk se myšlenkou na smrt brání. Hospic je místo, kde se lidé se smrtí setkávají každodenně a nebrání se jí. Sociální práce v české hospicové péči se prosazovala postupně a s velmi rozpačitým přístupem. Přispíval k tomu i negativní pohled veřejnosti, někdy možná až ignorace této profese. Práci sociálních pracovníků dodnes v některých hospicích v rámci České republiky provádějí zdravotní sestry. Jde o slabou náplast či reakci na danou špatnou finanční situaci (Schimmerlingová, 1972).

Matoušek (2003) zdůrazňuje význam vzdělávání sociálních pracovníků slovy, že školení pracovníci sociální služby profesionalizují. Je vhodnější a perspektivnější, pokud toto povolání vykonává člověk, který má adekvátní vzdělání a jeho pracovní povinnosti se týkají jen dané oblasti.

Pro úspěšný chod zařízení a spokojenost nejen pacientů, ale i personálu, je nesmírně důležitý vzájemný vztah, který se vybuduje mezi pacientem a pracovníky hospice. Jedním z prvních lidí, kteří jednají s budoucím novým pacientem je sociální pracovník, jehož úkolem je zjistit, co očekává od péče, která mu má být poskytnuta. Je vhodné si ujasnit jeho představy a vybudovat prosperující vztah. Nejvhodnější je, pokud při tom využívá kombinaci svého nadání, zkušeností, osobních hodnot a intuitivní tvořivosti. Neměl by zapomínat na empatii, vřelost, realnost a flexibilitu. Všechny tyto prvky by měly být nedílnou součástí osobnosti každého sociálního pracovníka. Jsou nesmírně důležité pro pohled do situace pacienta a pro jednoznačnou komunikaci, bez níž je pracovní vztah k pacientům dost problematický (Říčan, 2010).

Samozřejmě se mnozí domnívají, že sociální práce v hospicové péči končí smrtí pacienta. Opak je však pravdou. Hospicové hnutí ze svých dlouholetých, zejména zahraničních zkušeností vyvodilo závěr, že péči potřebují všichni zúčastnění, jak umírající, tak i jejich příbuzní. Rodinní příslušníci a přátelé bývají umíráním milovaného člověka zasaženi ve více ohledech. Zpočátku trpí s umírajícím a později prožívají ztrátu a jsou konfrontováni s vlastní smrtelností. Tito lidé mají nejdůležitější roli v rámci celého hospice. Jsou nepostradatelným a nenahraditelným prvkem, bez kterého by odchod pacienta hospice nebyl tak klidný a úplný. Při doprovodu potřebují zejména psychickou podporu (Student, 2006).

Pokud je to nutné, pokračuje se v péči o pozůstalé. Jde o často opomíjenou, ale velice důležitou činnost sociálních pracovníků v hospicovém zařízení. Většinou se nejedná o dlouhodobou činnost. Zhruba dvěma třetinám pozůstalých postačí jednorázová podpora s lidským přístupem bezprostředně po ztrátě blízké osoby (Matoušek, 2005).

Také Úlehla (1999) vnímá hospic jako místo, kde by se nemělo zapomínat na pozůstalé, kteří potřebují útěchu a psychickou podporu. Je nezbytné a zároveň velmi prospěšné se kontinuálně starat o dobré sociální vztahy mezi pacientem i jeho rodinou a přáteli. Sociální vztahy jsou pro pacienta důležité. Pacienti by neměli propadat pochmurným myšlenkám a náladám v důsledku případné depresivnosti prostředí. Právě naopak, pokud už nikde jinde, alespoň na tomto místě by měli najít pochopení a dokázat procítit každý nový den nejlépe, jak jim to jejich daný stav umožní. Toto je jedním z úkolů sociální práce, zprostředkovat a udělat pacientovy poslední dny o něco hezčí a šťastnější (Úlehla, 1999).

2.2.1 DRUHY A FORMY HOSPICOVÉ PÉČE

Svatošová (2019) rozděluje hospicovou péči do tří forem, podle toho, kde je služba poskytována.

Domácí hospicová péče – je jednou ze základních forem hospicové péče a lze ji poskytovat v případě, že má umírající fungující rodinu. Řadí se mezi nejideálnější formu péče, umírající je ve svém přirozeném prostředí, mezi svými blízkými, v rodinném kruhu.

Stacionární hospicová péče – především jde o denní pobyt v hospicovém stacionáři, kdy nemocný ráno přichází a na noc se vrací domů. Je vhodná pro pacienty, kteří nepotřebují trvalou péči na lůžku v hospici a z nějakých důvodů nemohou využívat domácí hospicovou péči. V denním stacionáři je přítomno více pacientů současně, tím plní i tak významnou sociální úlohu.

Lůžková hospicová péče – jde o typické hospicové zařízení, kde je poskytována paliativní péče. Je to nezdravotnické zařízení, ve kterém týmy odborníků zajišťují stálou 24 hodinovou péči. Péče je určena pro nemocné, jejichž nemoc povede v brzké době ke smrti. Hospicová péče je určena pro osoby v preterminálním a terminálním stádiu.

Cílem péče je zvýšit kvalitu života pacienta na maximum, a to i v jeho poslední etapě (Svatošová, 2019).

2.3 Komunikace a vztah lékař – pacient v onkologii

Onkologičtí pacienti potřebují dostávat přehledné informace, ale potřebují také komunikovat s profesionálem, který je současně také člověkem. Potřebují profesionála, pro kterého jsou konkrétním člověkem a individualitou. Profesionál může pacientovi pomoci v rámci komunikace nést jeho těžký a náročný úděl (Kappl, 2004).

České slovo komunikace je odvozeno z latinského COMMUNICATIO – spojení, vespolečné účastnění, sdělení, sdílení. Latinské COMMUNIO znamená pospolitost, společenství, společné zdi. Na základě etymologie slova lze výraz komunikace chápat také jako sdílení společného břemene, kterým je v tomto případě nádorové onemocnění (Kappl, 2004).

Lékař pacienta nejen informuje o jeho zdravotním stavu a doporučených opatřeních. Rovněž ho může poučit o nezbytnosti náročné léčby, nebo o jejím ukončení. Otevřená empatická komunikace musí být autentická a plná akceptace nemocného takového, jaký je. Tyto základní podmínky pro komunikaci i dobrý vztah popsal Rogers jako vztahovou nabídku. Osvědčila se u všech pomáhajících profesí. V onkologii a paliativní medicíně je nezbytnou podmínkou práce s pacienty. Přestože rogersovský přístup je nejvíce zdůrazňovaný, není u nás stále ještě dostatečně praktikovaný (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Desatero komunikace Dostálové (2018) bylo primárně vydáno pro komunikaci s pacienty se sluchovým, zrakovým a pohybovým postižením a pro komunikaci se seniory a s pacienty se syndromem demence.

- Pacientem se nesmí cítit ponížen.
- Pacienta důsledně oslovujeme jménem, nebo odpovídajícím titulem, respektujeme jej.
- Zdravotník se snaží komunikovat při zjišťování anamnézy zásadně s pacientem a nikoli s jeho případným doprovodem.
- Pacientům se zrakovým postižením nahrazuje podání ruky vizuální kontakt.

- Při komunikaci i při ošetřování cílevědomě chráníme důstojnost pacientů a snažíme se vyloučit podceňování a nepodložené přisuzování závažných funkčních deficitů (např. v kognitivní oblasti).
- Respektujeme princip zpomalení a chráníme nemocné před časovým stresem. Počítáme se zpomalením psychomotorického tempa a se zhoršením pohyblivosti.
- Složitější, a zvláště důležité informace (termíny vyšetření, přípravu na ně, způsob užívání léků) zopakujeme nebo napíšeme na papír.
- Při komunikaci se zdržujeme v zorném poli pacienta, mluvíme srozumitelně a udržujeme oční kontakt.
- Bráníme důstojnost těžce nemocných, bráníme jejich ponižování, posilujeme jejich autonomii a možnost rozhodovat.
- Sledujeme případné projevy úzkosti, strachu, deprese, bolesti.

Medicína je umění, ke kterému patří navození atmosféry důvěry, umění přiměřeně emočně reagovat, a to i na nečekané emoční projevy pacienta (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Sdělování nepříznivých informací

Sdělování nepříznivých zpráv je v onkologii mnohem častější, než bychom si přáli. Oznamování pravdy je přitom ústředním bodem komunikace mezi lékařem a pacientem a souvisí se zásadami informovaného souhlasu, s právem na informaci i s právem nebýt informován.

Honzák uvádí, že i při nijak závažné zdravotní situaci odchází průměrně inteligentní pacient od lékaře s tím, že si třetinu důležitých informací nestihl zapamatovat, protože má pocit tísně, stresu, regrese, nebo také proto, že jim nerozumí a je mu hloupé se zeptat. U některých informací dochází i ke zkreslení. Při zhoršených podmínkách, které v onkologii a paliativní péči jsou přítomné prakticky vždy, dochází k zastření kognitivních funkcí a může se stát, že zkreslení informací se dále zvětšuje na úkor přijaté informace (Honzák, 1999).

V druhé polovině 20. století začalo ustupovat přesvědčení, že nesděliti pacientovi základní informace u závažného onemocnění při špatné prognóze je ohleduplné a že pravda může pacientovi ublížit. Některé práce doložily fakt, že ačkoli pravda není lékařem sdělena,

nemocný ji zná. Často si nemocní, kterým nebyly podány téměř žádné informace nebo jen informace velmi omezené, svoji situaci domýšleli (Honzák, 1999).

Podle Etického kodexu ČLK platí, že je lékař povinen nemocného nebo jeho zákonného zástupce srozumitelně a odpovědně informovat o charakteru onemocnění, plánovaných diagnostických a léčebných postupech i rizicích, o prognóze a dalších podstatných faktech, které během léčení mohou nastat. Původně text kodexu pokračoval větou: *„Zadržení informací o nepříznivé diagnóze nebo prognóze je možné individuálně v zájmu nemocného dle úvahy a svědomí lékaře. V těchto případech by měl lékař, pokud nemocný neurčil jinak, informovat rodinné příslušníky pacienta nebo osoby jemu blízké.“* Věta však byla po novelizaci kodexu v roce 2007 vypuštěna (Česká lékařská komora, 2021).

Neexistuje jeden univerzální platný návod, jak nepříznivé informace sdělovat. Sdělování informací v onkologii je dynamický proces, obtížná a současně i podnětná kreativní činnost onkologa. Náročnost i závažnost problematiky je umocněna tím, že pacient nestojí ve vztahu k lékaři ve zcela rovnocenném postavení. Je zranitelný díky svojí chorobě, léčbě a mnoha dalším vnitřním i vnějším faktorům. I při plné informovanosti ovlivňuje nemoc jeho svobodu rozhodování a jeho kompetenci svobodně volit a podílet se na rozhodovacích procesech. Lékař musí pacientovi poskytovat dostatek času k pochopení informací a dát mu možnost opakovaných dotazů. Taktně by měl ověřovat, zda pacient porozuměl informacím. Měl by se učit přijímat nejistotu, napětí, úzkost, které pacienti do komunikační výměny vnášejí. V žádném případě by lékař od nemocného neměl utíkat (Honzák, 1999).

3 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

3.1 Výkon sociální práce ve zdravotnictví

Sociální práce řeší problémy v mezilidských vztazích a pomáhá lidem zlepšit jejich tělesnou i duševní pohodu a podporuje jejich sociální změnu. Sociální práce má v různých oblastech života ve společnosti, tedy i ve sféře zdravotnictví své základní poslání a tím je posilování lidských práv a důstojnosti člověka (Sotoniaková, 2005).

Podle Zlámala musí být moderní zdravotnictví založeno na pomoci všem trpícím a nemocným bez rozdílů. Sociální práce s nemocnými a jejich rodinami může být vykonávána v přirozeném prostředí klientů doma, v ambulantních, pobytových zařízeních či dalších institucích. Sociální pracovníci se setkávají se širokým spektrem klientů: s dětmi, dospívajícími, dospělými i se seniory (Gladkij, 2003).

Janečková a Hnilicová (2009) uvádí, že nelze udělat ostrou hranici mezi zdravotní péčí a sociální prací, protože k jejich průniku dochází ve zdravotnických i sociálních zařízeních. Zhoršení zdraví je často spojeno s poskytováním sociálních služeb, a proto by měla být snaha o komplexní přístup. Sociální práce ve zdravotnictví se velice významně podílí na uzdravení nemocného. Práce s lidmi nemocnými či osobami s psychosociálními obtížemi klade na sociální pracovníky vysoké nároky.

3.2 Sociální pracovník ve zdravotnickém týmu

Ve vyspělých zemích je zřejmá potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, nemocnice nevyjímaje, stejně jako potřeba řešit a uspokojovat psychosociální potřeby pacientů. Postavení zdravotně sociálního pracovníka v týmu specialistů není ale stále dostatečně vyjasněno a často dochází k problémům ve vzájemné komunikaci, při vymezování kompetencí a náplni práce. Sociální pracovník v rezortu zdravotnictví by měl být respektován. Mělo by se mu dostat pocitu sounáležitosti s profesionály ostatních oborů, rovněž musí pracovat na vytváření dobrých pracovních vztahů a zajištění své jasné pozice ve zdravotnickém zařízení (Gladkij, 2003).

Trendem v dnešní medicíně je propojení spolupráce odborného týmu, kam patří i zdravotně sociální pracovník. Pokud se zdravotně sociální pracovník začlení do týmu a získá tam pevnou pozici, podpoří komplexní a dynamický proces, o kterém hovoří Joan

Beder (2006), kdy dva a více pracovníků poskytují pomoc a služby klientům, nebo členům rodiny.

Funkční tým je schopen shody v plánování i řešení pacientových problémů a potřeb. Týmová spolupráce zahrnuje vzájemnou propojenost, učení, plánování intervencí, shodu v etických rozhodnutích (Beder, 2006).

Interdisciplinární tým je charakteristický svým integrovaným plánováním a orientací na klienta s jasně vymezenými cíli a vzájemnou provázaností oborů zastoupených v týmu. V týmu mají členové své specifické role (Gladkij, 2003).

V interdisciplinárním týmu má sociální pracovník nezastupitelnou roli koordinátora činností a cílů týmu a manažera. Nejčastěji spolupracuje s pracovníky SPOD, s úřady práce, správou sociálního zabezpečení, PČR, soudy, praktickými lékaři, organizacemi poskytujícími služby zdravotní péče, organizacemi zajišťujícími terénní služby zdravotně sociální péče, organizacemi zajišťujícími služby sociální prevence. Sociální pracovník zapojuje sociální síť klienta do léčebného procesu a do zdravotně sociální rehabilitace (Beder, 2006).

3.3 Spolupráce s multidisciplinárním týmem ve zdravotnictví

Hlavní doménou multidisciplinarity je přijímání hodnot a etiky mezioborové spolupráce, taktéž vzájemně porozumět roli každého člena týmu. Důležitost je kladena na předávání informací v týmu, a tak usnadnění týmové práce (Vágnerová, 2012).

Zdravotnické zařízení, jeho kultura a povaha mezilidských vztahů mezi jednotlivými spolupracovníky hraje významnou roli, stejně jako vhodné sociální zázemí pracovníka. Prevence pracovního stresu či syndromu vyhoření je možno preventivně zajistit harmonizací vztahů mezi spolupracovníky. Kooperace pracovního týmu ve zdravotnictví se pak odrazí i na kvalitě péče o nemocné, a to nejen znalostmi a vzděláním jednotlivých pracovníků, kvalitou ošetrovatelského procesu, ale i chápáním potřeb pacienta a profesionálním přístupem (Vágnerová, 2012).

Současná onkologická léčba není možná bez multidisciplinární spolupráce, ta je základní podmínkou efektivní péče při práci sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Prioritou je spolupráce lékařů specialistů z různých oborů a pracovišť. Vzhledem k širokému

spektu obtíží onkologických pacientů je nezbytná spolupráce s nelékařskými profesemi, kterými jsou sociální pracovník, psycholog, duchovní, nutriční terapeut atd. (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011).

Zdravotně sociální pracovník ve zdravotnických zařízeních vnáší do týmu pohled na pacienta, který jiní pečující odborníci vidět nemusí. Tento pohled je důležitý a užitečný. Zdravotně sociální pracovník podporuje sounáležitost s ostatními příslušníky týmu, se kterými spolupracuje a měl by být proto respektovaným a plnohodnotným členem multidisciplinárního týmu. Někdy nemusí být snaha i přes vynaložené úsilí ostatním zdravotním personálem doceněna. K problémům může docházet ve vzájemné komunikaci, nebo při vymezování kompetencí a pracovních náplní. K problematické komunikaci někdy dochází i mezi všeobecnými sestrami a lékaři. Větší počet osob, které komunikují s lékaři nutně vyžaduje meziprofesionální dialog. Cílem je tedy obeznámit lékaře se specializacemi a kompetencemi jednotlivých nelékařských spolupracovníků s nimiž spolupracuje. Je to základem pro dobře fungující tým i pro účelnou komunikaci (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Kuzníková (2011) uvádí, že zcela přirozeně má každá nemocnice jiný systém práce a vymezení náplně práce zdravotně sociálních pracovníků i zdravotnického personálu. Podle toho je potom nastavena i spolupráce s osobami mimo nemocnici.

Je žádoucí, aby se zdravotně sociální pracovník účastnil pravidelných setkání na poradách určených k řešení klientovy situace a vizit v nemocnici. Na to potom navazuje spolupráce sociálně zdravotního pracovníka v terénu, tedy mimo nemocnici. Jde o obecní úřady, úřady práce, správu sociálního zabezpečení, PČR, soudy, praktické lékaře, organizace poskytující služby zdravotní péče, sociální péče, terénní služby, služby sociální prevence (Kuzníková, 2011).

3.4 Předpoklady pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka

Základními kvalitami zdravotně sociálního pracovníka je autentičnost, vřelost a schopnost empatie. Tyto vlastnosti jsou považovány v sociální práci za klíčové. Důležitý je zájem o klienta, stejně jako schopnost brát ho takového jaký je a jak se právě cítí. Pracovníci se zaměřují na psychické i sociální potřeby, a proto je nutnou součástí práce hodnotný lidský vztah s klientem založený na důvěře. Důležitou dovedností

je vymezení hranic ve vztahu s klientem a rozlišování toho, co je kompetencí sociálního pracovníka a co zůstává pouze záležitostí klienta (Svatošová, 2019).

Nejužívanějším návodem profesního chování v oblasti sociální práce je etický kodex, který byl vydán Národní asociací sociálních pracovníků v roce 1983 v USA. Obsahem tohoto kodexu se nechalo inspirovat mnoho dalších tvůrců etických principů sociální práce ve světě (Říčan, 2010).

Důležitou dovedností zdravotně sociálních pracovníků je komunikace. Pomocí komunikace jsme schopni rozklíčovat motivaci k činům druhého člověka, pro práci profesionála je proto nezbytná. Pokud z nějakých důvodů není komunikace realizovatelná, lze využít techniku pozorování (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Zdravotně sociální pracovník musí být obeznámen s Všeobecnou deklarací lidských práv, jež byla schválena Centrální komisí Ministerstva zdravotnictví ČR. Součástí kompetencí sociálního pracovníka je i orientace v legislativě sociálních institucí země. Práce ve zdravotnictví vyžaduje po pracovníkovi kvalifikaci v oblasti zdravotních a sociálních věd, psychologie (Pollachová, 1993).

Mezi osobnostní předpoklady sociálního pracovníka patří sebevzdělávání, supervize a také sledování vývoje teorií, metod a technik sociální práce. Osvojen by měli mít také kultivovaný projev, schopnost empatie, citovou vyrovnanost, přirozenou autoritu a pozitivní nazírání na svět. Hodnoty sociálního pracovníka by měly být inspirací pro spolupracovníky, klienty i pro studenty (Kuzníková, 2011).

3.5 Sociální, emoční a praktické kompetence sociálního pracovníka

Vysoká míra abstraktní, sociální nebo emoční inteligence není zárukou jejího praktického využití. Inteligence i kompetence se navzájem podmiňují. Vysoká úroveň inteligence dává jedinci předpoklady k úspěšnému rozvoji jednotlivých druhů kompetencí, nikoli však záruku (Vávrová, 2012).

Schopnosti, způsobilost nebo kvalifikaci si lze představit jako soubor znalostí, dovedností, zkušeností, metod a postupů, ale také postojů, které sociální pracovník využívá k úspěšnému řešení nejdůležitějších úkolů a životních situací a které mu umožňují osobní rozvoj i naplnění jeho životních aspirací (Vávrová, 2012).

Jak uvádí Vávrová (2012), v praxi dokážeme řídit sociální interakci v souladu se svými cíli, pokud zohledňujeme rozpoložení druhých osob. O ostatních máme často tendence uvažovat v kategoriích, stereotypech a schématech, které jsou ovlivněny našimi životními zkušenostmi. Na poznání druhých nemáme vždy dostatek času, nejsme schopni je poznat do hloubky a činíme si pro sebe rychlé závěry. Během několika málo setkání jsme často ochotni druhého člověka ohodnotit a na základě hodnocení regulovat chování k němu. Tyto mentální zkratky nazýváme **heuristikami**. Heuristiky jsou založené na zkušenosti, odhadu a intuici, avšak mnohdy mohou vést do slepé uličky.

Další situací, k níž během sociální percepce dochází, bývá **autoprojekce**, kdy přiřadíme druhému vlastnosti, jež sami považujeme za důležité a samozřejmé.

K nejznámější chybě v interpersonální percepci, již je věnován prostor v mnoha učebnicích je **haló-efekt**. Jde o první dojem, kdy jeden centrální rys dané osoby zastíní ostatní. Někteří lidé umějí s haló efektem dokonale pracovat a jeho vyvolávání mají přímo v popisu práce.

Jedním z omylů, kterých se při vnímání druhého dopouštíme, bývá **figura a pozadí**. V některých situacích hodnotíme člověka spíše jako příslušníka určité profesní skupiny než jako jednotlivce. V souvislosti s pracovníky pomáhajících profesí bývá uvedená chyba často aplikována (Vávrová, 2012).

Sociální kompetence úzce souvisí s kompetencemi emočními, neboť v jejich základě stojí umění reagovat přiměřeným způsobem na podněty přicházející z vnějšího okolí (Goleman, 2000).

Pro koncept **sociálně inteligentního doprovázení** lze využít Golemanovu (2000) typologii pěti složek emoční inteligence, která zahrnuje pět základních schopností:

Sebeuvědomění – pracovník pomáhající profese se učí vážit si sám sebe, realisticky odhaduje svoje možnosti a schopnosti, vystupuje optimisticky a snaží se porozumět druhým i jejich motivům.

Sebeovládání – pracovník usměrňuje svoje emoce, impulzy, nedělá ukvapené závěry. Učí se umění odstupu od problémů a citovému odpoutání se. Je schopen odložit

uspokojování vlastních zájmů ve prospěch dosahování cílů celku. Umí číst nonverbální komunikaci, umí se vyrovnávat se s emoční zátěží.

Motivaci – snaha neustále se zlepšovat a usilovat o dobré výkony spojené s vysokou mírou angažovanosti a oddanosti svým cílům. Podstatná je také iniciativa a využívání příležitostí, odolnost vůči nezdarům a zklamáním, zachování si optimismu v těžkých chvílích.

Empatii – porozumění potřebám a zájmům druhých, citlivý přístup, podpora rozvoje druhých, umění podívat se na problémy očima objektů doprovázení. Vytváření přátelských vztahů k co nejširšímu okruhu osob.

Sociální dovednosti – zvládání vlastních emocí, odhad společenských vztahů a situací, navázání a udržení mezilidských vztahů, komunikace a spolupráce s druhými. Důraz je kladen na umění vést lidi, dovednost využívat společenskou obratnost k přesvědčování, vyjednávání a smiřování lidí v zájmu spolupráce a týmové práce (Goleman, 2000).

V souvislosti s kompetencemi často hovoříme o tzv. **klíčových kompetencích**. Klíčové kompetence jsou podle Belze a Siegrista obsahově neutrální, neboť jsou použitelné pro libovolný obsah. Osvojování si klíčových kompetencí je celoživotní proces, kdy se učíme novým strategiím. Jde o celé spektrum kompetencí, které tvoří základ pro individuální kompetenci k jednání (Vávrová, 2012).

3.6 Motivace sociálních pracovníků k výkonu práce

Co vede sociální pracovníky, co je motivuje, aby svoji práci dělali a aby odolávali namáhavým situacím, pomalým procesům, legislativě. Co je jejich hnacím motorem?

Motivaci charakterizují autoři jako proces určující směr, sílu a trvání určitého chování, které jedinci pomáhá dosahovat daného cíle. Slovo motivace pochází z latinského „*movere*“, tj. hýbat. Motiv neboli pohnutka, kdy je nutná aktivita jedince k dosažení cíle. Plháková uvádí definici z učebnice obecné psychologie „*souhrn všech intrapsychických dynamických sil neboli motivů, které zpravidla aktivizují a organizují chování i prožívání s cílem změnit existující neuspokojivou situaci nebo dosáhnout něčeho pozitivního*“ (Plháková, 2004).

Základním zdrojem motivace je potřeba, návyk, zájem, hodnota a hodnotová orientace a ideál. Primárním vnitřním zdrojem motivace je motiv, který určí směr a sílu chování (Nakonečný, 1996).

Motiv se skládá z potřeb a podnětů (incentivů – vnějších pobídek). Potřeby i podněty mohou být různě silné. Podle jejich síly, rozlišujeme motivaci na podnětovou, nebo incentivní (Helus, 2018).

Potřeby jsou děleny na fyziologické a společenské. Fyziologické potřeby jsou spojeny s funkcí a činnostmi lidského těla a závisí na nich život jedince jako organismu. Jde např. o potřebu jídla a spánku. Jedinec jako společenská, kulturní a sociální bytost má i své sociální potřeby. Mezi sekundární potřeby patří potřeba lásky, uznání a seberealizace (Bedrnová, Nový, 1998).

Spranger rozlišuje šest typů osobnosti podle duchovního principu, který upřednostňuje a které určují jejich přístup ke světu. Je to typ sociální, estetický, náboženský, politický, ekonomický a teoretický. Každý typ má svoji vlastní charakteristiku. Sociální typ je charakterizován jako nesobecký, altruista, pro něhož je láska tou nejsprávnější formou vztahu a nejvyšší hodnotou (Bedrnová, Nový, 1998).

Sociální práce je na hodnotách založená. Hodnoty posilují vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem, jeho spolupracovníky a celou společností. Hodnoty sociálního pracovníka tedy hrají podstatnou roli při řešení etických dilemat (Ptáček, Bartůněk, 2011).

Většina lidí má slušně vychování, a proto pomoci druhému člověku považujeme za samozřejmost, z podstaty věci (Úlehla, 1999).

Sociální pracovník by si měl být vědom svých motivů, aby nad nimi mohl získat potřebný nadhled a neměly pak negativní vliv na výkon jeho povolání a neškodil tak nejen sobě, ale především svým klientům (Bedrnová, Nový, 1998).

Žádný člověk neumí jednat pouze na základě čistých motivů. I ty nejušlechtlejší činy vycházejí z čistých ale i temných pohnutek. Naše jednání ovlivňuje řada činitelů, potřeb a impulsů, představ a přání, které si uvědomujeme jen zčásti, nebo vůbec.

Je na každém sociálním pracovníkovi, aby si zodpověděl otázku vlastní motivace k pomáhající profesi, protože pokud chceme pomáhat druhým lidem, měli bychom nejprve rozumět sami sobě (Říčan, 2010).

4 OBLASTI POMOCI A SPOLUPRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

4.1 Spolupráce s multidisciplinárním týmem ve zdravotnictví

Léčba onkologického pacienta je provázena týmem profesionálů různých lékařských i nelékařských oborů, kteří společně pracují, komunikují a dosahují cílů léčby integrovaně. Hovoříme o tzv. multidisciplinárním týmu. Tento přístup je odlišný od léčby bolesti na klinikách, kde se pacienti věnují jednotlivé lékařské obory i nelékařské zdravotnické obory samostatně (Kuzníková, 2011).

Mezi hlavní cíle multidisciplinárního týmu patří:

- Zjednodušit užívání léků a snížit léčbu opiáty.
- Snižovat úzkost a strach z fyzických aktivit, zařazovat aktivity a cvičení.
- Aplikovat KBT.
- Snížit negativní vliv bolesti na kvalitu života (Kuzníková, 2011).

Každé léčebné centrum má svůj vlastní formát, neexistuje zcela shodný systém. Filozofii sjednocují následující body:

- Vnímání bolesti a s bolestí spojených problémů.
- Odstranění skleslosti a povzbuzení k optimismu.
- Dle potřeb a rysů pacienta přizpůsobení a individualizace léčby.
- Důraz na pacientovu aktivní odpovědnost za léčbu.
- Návuk zvládacích dovedností, jako je cvičení, relaxace, řešení problémů atd.
- Posílení pocitu sebekontroly a úspěchu v léčbě (Raudenská, Javůrková, 2011).

Dle Tomáška (2015) každý člen týmu pomáhá pacientovi k celkové léčbě svým specifickým podílem:

- **Algeziolog** – provádí somatická vyšetření a hodnotí pacientovy potíže v biopsychosociální anamnéze, zároveň posuzuje dosavadní způsob léčby bolesti a navrhuje vyšetření a další diagnostické testy a metody. Detailně hodnotí farmakologickou anamnézu a navrhuje další farmakologickou léčbu. Edukuje pacienta, navrhuje a schvaluje léčebný program.

- **Klinický psycholog** – realizuje a hodnotí individuální i skupinovou terapii. Provádí psychologická vyšetření. Edukuje pacienta o vztahu mezi myšlenkami, pocity, chováním a somatickými aspekty bolesti. Rodinu pacienta motivuje k používání behaviorálních principů, které pomáhají dodržovat pacientův léčebný plán. Práce psychologa pokračuje i po propuštění, kdy pracuje s pacientem na udržení cílů a plánů léčby a edukuje ohledně prevence relapsu.
- **Zdravotní sestra** – nepostradatelný člen týmu. Hraje důležitou roli v edukaci pacienta, zejména ohledně léků, diety, spánku, hygieny, sexuální aktivity a dalšího. Pomáhá pacientovi v provádění nově naučených dovedností. Koordinuje a organizuje praktické naplňování léčebného programu. Další kompetence záleží na dovednostech sestry, jestliže má výcvik v psychoterapii, může vést část terapeutického programu. Jestliže je sestra přítomna na všech aktivitách během programu, stává se základním členem pro zachování kontinuity léčby.
- **Fyzioterapeut** – vyšetřuje a hodnotí aktivitu pacienta. Pracuje společně s pacientem na plánu ke zvýšení síly, výdrže a flexibility. Nepodílí se na pasivním způsobu léčby. Pomáhá pacientovi usměrňovat správnost tělesných aktivit pro zvládnutí fyzických nároků a návrat k minulému povolání nebo povolání novému. Funguje jako učitel životního stylu i trenér.
- **Pracovní poradce** – pomáhá pacientovi s chronickou bolestí, pokud si pacient stanoví jako léčebný cíl návrat do zaměstnání. Vyšetření je založeno na zhodnocení screeningu zájmů, vzdělání, schopností a nadání, fyzické kapacity, schopnosti učení, pracovních zkušeností a dovedností. V pracovní oblasti se léčebný cíl stanovuje vždy na počátku léčby. Poradce předává pacientovi informace o jeho pracovním umístění a pomáhá mu vytvářet realistické cíle. V některých centrech provádí tento typ poradenství speciálně vyškolená zdravotní sestra, nebo sociální pracovník (Tomášek, 2015).

4.2 Spolupráce sociálního pracovníka s pacientem

Sociální práce v onkologii je zaměřena na psychosociální podporu, poradenství a pomoc klientovi i jeho rodině přizpůsobit se situaci. Sociální pracovník pomáhá se zajištěním služeb domácí péče při propuštění. Rovněž poskytuje poradenství v oblasti sociálních

dávek. Intervence vychází z pochopení specifické nemoci klienta, jeho emoční, sociální i finanční situace. Sociální pracovníci vhodně volí úkolově orientovaný přístup, aby sám klient dokázal situace zvládnout. Pacient společně se sociálním pracovníkem vytváří plán do budoucna. Velký prostor nabízí metody sociální práce se skupinami nejen nemocných, ale i jejich příbuzným a blízkým. Při adekvátním zhodnocení a přizpůsobení se klinické situaci lze vytvořit specializovanou skupinu, např. akutně hospitalizované klienty, nebo klienty s určitou onkologickou diagnózou (Yalom, 2008).

Systemická práce s jednotlivcem

Sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních akutní péče stále častěji využívají systemický přístup práce. Tento přístup je možno využít při krátkodobé práci s klientem. Systemická práce se využívá nejčastěji u klientů, kteří žijí sami, nebo jejich rodinné vztahy jsou natolik konfliktní, že se na nikoho jiného obrátit nemohou nebo nechtějí (Gjuričová, Kubička, 2009).

Přístup vychází ze zakázky klienta a nabídky sociálního pracovníka. Začíná se popisem problému ze strany klienta, např. se o klienta nemá kdo postarat, následuje objednávka, popis, co s tím chce klient udělat a poté společná práce. Stanoví se cíle a na jejich základě se dojednává zakázka. Sociální pracovník se tak stává partnerem klienta (Úlehla, 1999).

4.3 Spolupráce zdravotně sociálního pracovníka s pacientem

Nezastupitelnou intervencí ve zdravotnictví je individuální práce s pacientem. Intervence začíná prvním kontaktem s pacientem a seznámením se s jeho zdravotním stavem. Zdravotně sociální pracovník získává názor lékaře a nelékařského zdravotnického personálu na zdravotní stav pacienta (Kuzníková, 2011).

Cílem působení zdravotně sociálního pracovníka je navázat upřímný vztah s pacientem, pochopit jeho potřeby, přání a samotné prožívání nemocného. Je důležité, aby sociální pracovník rovněž rozpoznal, nakolik nemocný potřebuje skutečnou pomoc či jen asistenci (Klimentová, Hudcová, Ševčík, Dohnalová, Mahrová, 2019).

Při mapování situace pacienta se zdravotně sociální pracovník může setkat i s pochybnostmi, s odmítáním pomoci nebo s nedůvěrou. Sociální pracovník se i tak musí

v každém případě pokusit vysvětlit všechny možnosti, které lze v dané situaci nabídnout (Kuzníková, 2011).

Pomocí rozhovoru zjistí sociální pracovník aktuální potřeby a problémy pacienta i to, co ho nejvíce zatěžuje v jeho nemoci. Je podstatné ověřit, co je pacientovým cílem v blízké době a pomoci mu hledat zdroje následné pomoci (např. zajištění stravování). Identifikace představ o péči ze strany pacienta i rodiny pomáhá k vytvoření sociálního plánu krátkodobé nebo dlouhodobé sociální intervence. Krátkodobá sociální intervence přináší pacientovi jednorázovou akutní pomoc s tím, co potřebuje neodkladně vyřešit (např. získat kontakt na následnou péči, vypsát žádost, zapůjčit kompenzační pomůcku). U dlouhodobé sociální intervence jde o plán péče o pacienta v domácím prostředí na delší období. Sociální pracovník, pacient a jeho rodina vytváří plán pomoci ze strany rodiny, případně dalších poskytovatelů péče (Klimentová, Hudcová, Ševčík, Dohnalová, Mahrová, 2019).

4.4 Spolupráce sociálního pracovníka s rodinou

Ve zdravotnickém zařízení se sociální pracovník setkává s klientelou s rozdílným sociálním zázemím. Jednou ze základních dovedností pomáhající profese je neutralita a nestrannost, která vyplývá z chování a jednání. Neutrální postoj se snaží sociální pracovník udržovat pomocí cirkulativního dotazování. Tato technika se využívá při otevírání možností vidět věci z různých stran, z jiného úhlu. Cirkulativní dotazování vede k zamyšlení se nad vnímáním problémové situace druhými. Tato technika rovněž chrání pomáhajícího od vtažení do rodinných vztahů. Úlohou zdravotně sociálního pracovníka je nejen získat důvěru rodiny, ale také umět rodinu podpořit, vyslechnout, neutralizovat jejich obavy a nabídnout péči (Kuzníková, 2011).

Sociální práce s rodinou má ve zdravotnictví široký prostor uplatnění. Sociální pracovník se ve své praxi s rodinou setkává v rámci léčebně preventivní péče v nemocnici, nebo v ústavním zařízení, jako jsou kojenecké ústavy, dětské domovy, dětská centra a odborných léčebných ústavech. Konkrétní postupy i intervence sociálních pracovníků jsou ovlivněny druhem onemocnění či znevýhodnění daného klienta, akutností nebo chronicitou onemocnění a formou poskytované péče, ambulantní či ústavní (Matoušek, 1997).

Součástí působení sociálního pracovníka ve zdravotnictví je reflexe současných trendů v oblasti rodin a rodinného chování založené na individualizaci. Sociální pracovník musí vzít v potaz rovněž demografické změny ve vývoji obyvatelstva (stárnutí obyvatelstva, nízkou natalitu) (Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2005).

Na rodinu lze pohlížet z hlediska tradičního, jako na skupinu lidí spojenou pokrevním poutem, nebo jako na právní svazek. Rodina je skupina lidí, která se jako rodina deklaruje na základě vzájemné náklonnosti (Matoušek, 2003). Ve vztahu k fungování rodiny je přehledné a užitečné vymezení základních funkcí rodiny: ekonomická, výchovná, biologická, emocionální. Rodinu vnímáme jako systém skládající se ze subsystémů: manželského/partnerského, rodičovského, sourozeneckého/dětského (Sotoniaková, 2005).

Každý systém je současně možno chápat jako subsystém většího systému. V systémech se zaměřujeme na interakci (vzájemná působení a ovlivňování), strukturu (vzájemné vztahy a vazby), komunikaci (výměnu informací) a jasné vymezení hranic mezi jednotlivými subsystémy uvnitř systému a dalšími systémy vně (Matoušek, 2003).

V případě onkologického onemocnění je důležitým tématem rovněž dopad onkologického onemocnění na finanční stránku pacienta a jeho rodiny. Rodina je mnohdy na pacientovi finančně závislá, je tedy ohrožena kvalita života všech. Onkologické onemocnění je specifickou krizovou situací, se kterou nemocný dopředu nepočítal a není na ni připraven. Spolupráce s rodinou hraje v této situaci klíčovou roli, rodina nese velkou zátěž spojenou s péčí o nemocného člena rodiny (Svatošová, 2019).

5 MOŽNOSTI POMOCI SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V OBLASTI SOCIÁLNÍHO ZABEZPEČENÍ ONKOLOGICKÉHO PACIENTA

5.1 Možnosti spolupráce sociálního pracovníka s nadačními fondy,

Jak bylo zmíněno v předchozí kapitole, onkologické onemocnění může mít dopad také na finanční stránku. Při dlouhodobé léčbě pacienta se do finančních obtíží může dostat nejen on, ale i jeho rodina. Sociální pracovník vykonává rovněž poradenskou činnost v této oblasti. Pracovníci mohou pacienta a jeho rodinu propojit s nadacemi, nadačními fondy, neziskovými organizacemi, nebo se svépomocnými skupinami. Pacient a jeho rodina tak mohou získat i finanční nebo jinou poradenskou pomoc.

Nadace

Nadace má status právnické osoby. Účel nadace je v občanském zákoníku stanoven dosti podrobně a souvisí s ním konkrétně § 306, § 307, § 310, § 321-326. V současné době jsou právní předpisy důkladně definovány, předchází se tak možnému zneužití. Účel nadace musí být dobročinný, nebo veřejně prospěšný, ne soukromě prospěšný, slouží k trvalému účelu. Nepředpokládá se tedy, že účelu bude dosaženo v určité době. O veřejné prospěšnosti se hovoří v případě, jde-li o podporu obecného blaha. Dobročinnost je zaměřena na konkrétní jednotlivce nebo skupiny. Výdělečný účel je zakázán, stejně tak i podpora hnutí a politických stran. Je zakázáno stanovit účel, který by porušil osobní práva osob pro jejich náboženství, rasu, původ nebo sociální postavení. Účel organizace se uvádí v zakladací listině, která je závazná, případné změny účelu prochází schválením podaného návrhu přes správní a dozorčí radu. Všechna opatření jsou nutná a účel samotný je pro nadaci klíčový, vzhledem k tomu, že jsou na něj vázáni dárci a destinační (příjemci nadačního příspěvku) (Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018).

Mezi známé nadace, se kterými mohou na onkologii spolupracovat, patří **Dobry anděl**. Cílem této nadace je pomoci prostřednictvím pravidelné finanční částky. Finanční částku posílá dárci na účet, nadace přerozděluje každou korunu. Nadace je financována ze soukromých peněz zakladatelů a filantropů. Pomoc tak dostanou rodiny, jejichž rodič je nemocný. Pacientem musí být rodič, který se stará alespoň o jedno nezaopatřené dítě, nebo jde o nezaopatřené dítě. Nadace využívá známých tváří, herců, hlasatelů, zpěváků

k propagaci. Každý Dobrý anděl má přístup na svůj účet, kde vidí, komu jeho příspěvek pomohl. Příspěvky mohou být každý měsíc libovolnou částkou. Rodiny tak mohou překlenout životní situaci s onkologickým nebo jiným onemocněním, které už tak znamená velký stres a bolest (Dobrý anděl, 2021).

Další nadací, která nabízí pomoc onkologicky nemocným, se jmenuje **Pink Bubble**. Nadace podporuje děti a mladé lidi, jejichž cestu zkomplikovalo onkologické onemocnění. Je pro všechny ve věku 11 až 29 let, které v jejich životě postihla rakovina. Dospívání vnímá nadace jako citlivé a náročné období. Nadace chce dát najevo mladým lidem naději a ukázat, že je v životě někdo podpoří, ať už na začátku onemocnění, v průběhu, nebo v době rekonvalescence. Nadace oslovuje přímo děti a mladistvé, dává jim tak možnost rozhodnutí, jestli pomoc chtějí. „*Uzdravovat ještě bohužel neumíme, ale když to jde, klidně zastavíme zeměkouli, abychom tobě i ostatním udělali radost a vykouzlili úsměv na tváři. Protože úsměv léčí!*“ (Pink Bubble, 2021).

5.2 Možnosti spolupráce sociálního pracovníka s neziskovými organizacemi

Neziskové organizace

Neziskový sektor se stal nedílnou součástí rozvoje české společnosti. Za jeho hlavní charakteristiku pokládáme na rozdíl od ziskových organizací ochotu působit bez primárního úsilí po zisku v ne zcela atraktivních oblastech (Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018).

Počátky vzniku neziskových organizací spadají do 19. a počátku 20. století. S nástupem nacismu a později socialismu byly snahy o sdružování se potlačeny a navrací se až po roce 1989, kdy se jedinec může znovu autonomně rozhodovat v rámci pulzující občanské společnosti (Boukal, 2009).

Činnost neziskových organizací se zaměřuje na konkrétní potřeby občanů a komunit, jejichž zájmy a potřeby není stát z různých důvodů schopen, nebo ochoten zajistit. S onkologickými pacienty pracují také patientské neziskové organizace, které jsou většinou zaměřeny na určitý typ nádorového onemocnění. Pomoc a péče nabízí organizace buď bezplatně, nebo za nižší částky. Klienti tak mohou dostat pomoc

psychoterapeutů, sociálních pracovníků a jiných specialistů. Nejčastěji je klientům nabídnuto sdílení a podpůrné aktivity, zaměřené na rehabilitaci a informovanost. Neziskové organizace spolupracují s nemocnicemi, patientskými organizacemi, laiky i odborníky (Krechovská, Hejduková, Hommerová, 2018).

Mezi známé občanské sdružení patří **Amélie**. Organizace vznikla v roce 2006 a jejím cílem je změnit přístup k onkologicky nemocným a k péči o ně. Organizace se zaměřuje na osvětové a vzdělávací aktivity. Neziskové organizace zaměřené na pomoc onkologickým pacientům se snaží identifikovat potřeby, přinést do života pacientů optimismus, naději, motivaci a sílu bojovat. Poskytují podporu před prvním vyšetřením, při čekání na diagnózu. Dávají pacientům možnost si promluvit o tom, jak se cítí a čeho se bojí. Rovněž poskytují pacientům informace o jejich možnostech (Amélie, 2021).

5.3 Možnosti spolupráce sociálního pracovníka se svépomocnými skupinami

Programy svépomocných skupin

Programy svépomocných skupin spočívají v pomoci „veteránů“ novým členům překonávat dané trauma a problémy, v činnosti, která by měla nahradit to, co člověk ztratil. Lidé se ve skupinách kontaktují nejrůznějšími způsoby: na pravidelných setkáních, neformálních schůzkách, valných schůzích, telefonicky, elektronicky, píší si, dostávají letáčky, bulletiny atd. Základním principem je šíření znalostí, odborností, schopností a technik mezi těmi, kteří je potřebují k řešení nějakého společného problému (Bútor, 1990).

Diagnóza zhoubného nádorového onemocnění a jiných život ohrožujících chorob se podobá výbuchu sopky. Diagnóza ničí vše, co jsme v životě vybudovali, k čemu jsme směřovali a co bylo naším snem. Převrátí život naruby a najednou nic není na svém místě. Přijetí sdělované diagnózy je z psychologického hlediska zásadním obdobím, jak dále zvládnout léčbu a jak na ni budeme reagovat. Schopnost reagovat na změny a zpracovávat je má každý jinou. Každý člen rodiny potřebuje svůj vlastní čas, aby dopad diagnózy vstřel. Někdo má potřebu mluvit, někdo se chce stáhnout do soukromí a na čas setrvat ve vlastním třídění prožitků (Dostálová, 2018).

Pokud si rodina nedokáže navzájem pomoci, pak je vhodné přemýšlet o jiném druhu emoční podpory. Cestou mohou být jak podpůrné skupiny, tak jiní odborní poradci. Nemocný by si měl sám určit vhodný čas, kdy bude chtít o nemoci hovořit. Okolí by mu mělo poskytnout dostatek času a láskyplnou péči. Do vzájemného sdělování patří i projevy hněvu, strachu, vnitřního zmatku a zoufalství. Utěšování a sliby, že všechno bude v pořádku, připravují nemocného o možnost svěřit se se svým strachem a úzkostí. Podporou je poznání, že každá nemoc má svůj průběh. Plán léčby se odvíjí od výsledku testů a od toho, jaká je reakce na léčbu. Nemocný potřebuje pevný bod v podobě rodiny nebo přátel. To, že nemocný ví, že jeho rodina je s ním je velice silný zdroj pomoci (Chovancová, Vašková, 1998).

Činnost svépomocných skupin

Členové svépomocných skupin se sdružují, aby si poskytli vzájemnou pomoc, překonali společný handicap nebo problém narušující jejich život. Členové těchto skupin si jsou vědomi toho, že jejich potřeby nejsou a nemohou být uspokojovány pouze existujícími sociálními institucemi. Členové si mohou navzájem poskytovat materiální výpomoc a emocionální podporu. Vzájemná pomoc v rámci přirozených nebo jiných skupin a společenských vazeb byla v historii lidstva vždy významným prvkem. Ve druhé polovině 20. století se tato forma svépomoci stala dynamickou společenskou silou, jako reakce na narůstající složitost a odcizování moderních institucí (Bútora, 1990).

Podle Bolelouckého (1998) mohou svépomocné skupiny vykonávat řadu činností, záleží na jejich zaměření. Nejčastěji se setkáváme s následujícími:

- výměna zkušeností a informací,
- vzájemné sdílení osudu,
- emocionální a morální podpora,
- sociální a materiální podpora.

Svépomocné skupiny tvoří lidé, kteří sdílejí společný osud, stav, symptom nebo zkušenost. Skupiny fungují na principu partnerské solidarity sobě rovných. Vedení svépomocných skupin je založeno na souhlasu. Snahou skupin je co nejméně využívat profesionály a úřady. Svým členům umožňují pomoc v podobě osobních rozhovorů nebo

telefonátů, internetu, různých sociálních sítí. Lidé se sdružují buď z vlastní iniciativy nebo z podnětu zdravotníků nebo sociálních pracovníků (Boleloucký, 1998).

Cílem svépomocných skupin je podpořit nováčky, kteří prochází úseky těžkého boje s nemocí a nemají žádné zkušenosti. Svépomocné skupiny se organizují buď formálně, nebo zcela neformálně, podle druhu nemoci, podle druhu terapie, podle věku atd. Nemocné často trápí, že nevědí, co je v dané situaci normální, sami se obviňují, že mají emoce, myšlenky a snahy, které se jim zdají nenormální. Ve svépomocné skupině mají možnost tyto své úzkosti, myšlenky a trápení ventilovat. Mají možnost se zeptat stejně postižených, zda i oni mají či měli podobné myšlenky (Bútora, 1990).

SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Teoretická část diplomové práce přibližuje základní pojmy, které jsou stěžejní pro praktickou část práce. Text se zaměřuje na onkologické onemocnění, jeho léčbu a důsledky, na onkologicky nemocné, terminální stádium onemocnění, hospicovou a paliativní péči a jejich rozdělení. V teoretické části je rovněž přiblížena role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém týmu, práce s rodinou a její důležitost. Závěr teoretické části je věnován spolupráci s neziskovými organizacemi, nadacemi, nadačními fondy a svépomocnými skupinami.

PRAKTICKÁ ČÁST

6 METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA VÝZKUMU

Praktická část diplomové práce se věnuje zkoumanému tématu, zdůvodnění výzkumné strategie a metodě analýzy dat, pomocí nichž bude zodpovězena výzkumná otázka. Postupně bude rovněž představen cíl výzkumu a zamyšlení nad jeho etickými aspekty. Bude představen výzkumný soubor a sběr i analýza dat.

Cíl výzkumu

Cílem výzkumu je zjistit, do jaké míry funguje spolupráce onkologů a sociálních pracovníků daného onkologického pracoviště. Práce onkologů je velice náročná. Závažnost onkologického onemocnění si žádá multioborovou spolupráci. Je zde nutností spolupracovat i se sociálními pracovníky. Onkologické onemocnění zasahuje nejen jedince, ale celou jeho rodinu. Mnohdy není rodina na novou závažnou skutečnost připravena. Pacient ani jeho rodina nemají přehled o tom, jaké možnosti mají a v silách onkologa není všechny informace předat, musí tedy pacienta delegovat jinam. Cílem diplomové práce je zjistit do jaké míry jsou lékaři informováni o možnostech spolupráce se sociálními pracovníky, na jaké úrovni je jejich spolupráce a jak se na základě spolupráce a informovanosti onkologů daří naplňovat cíle sociálních pracovníků.

6.1 Kvalitativní výzkumná strategie

K zodpovězení výzkumné otázky praktické části, pro niž jsou rozhodující názory, pohledy, myšlenky, zkušenosti sociálních pracovníků a lékařů, autorka zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Výzkumný vzorek tvoří čtyři sociální pracovníci a dva lékaři z téže fakultní nemocnice.

Výzkumný vzorek tvoří odborníci, kteří pracují s onkologicky nemocnými pacienty. Obě profese spolu v této oblasti úzce spolupracují. Výběr výzkumného vzorku je na základě dostupnosti. Fakultní nemocnice celkem disponuje osmi sociálními pracovníky a dvaceti lékaři onkologie.

Kvalitativní typ výzkumu se jeví vhodnější vzhledem ke specifčnosti zkoumaného tématu.

„Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Hendl, str. 53, 2016).

Výběr strategie výzkumu autorka zvolila i z toho důvodu, že umožňuje nalézt porozumění a interpretaci zkoumaného fenoménu.

Kvalitativní výzkum využívá induktivní formy vědeckých metod, hloubkově studuje jednotlivé případy, různé formy rozhovorů a kvalitativní pozorování s cílem získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa (Hendl, 2016).

Kvalitativní výzkum získává také podrobný popis a vhled při zkoumání jedince, skupiny, události, fenoménu. Zkoumá fenomén v přirozeném prostředí, umožňuje studovat procesy, navrhopvat teorie. Dobře reaguje na místní situace a podmínky, hledá lokální příčinné souvislosti a pomáhá při počáteční exploraci fenoménů (Hendl, 2016).

Údaje jsou získávány intenzivnějším způsobem, hlubším a časově delším kontaktem se zkoumaným terénem (Reichel, 2009).

6.2 Výzkumný problém a otázka

Výzkumným problémem je **„Role sociálního pracovníka na onkologii.“**

Výzkum je zaměřen na kvalitu spolupráce lékařů a sociálních pracovníků na vybraném pracovišti, na naplňování společných cílů i na naplňování možností jejich spolupráce.

Věda posunula léčbu onkologických onemocnění kupředu. Klinická onkologie již není v mnoha ohledech oborem, který by neměl svým pacientům co nabídnout. Součástí péče o onkologické pacienty je také sociální péče, která se rovněž vyvíjí pozitivním směrem. Na různých pracovištích se může úroveň lišit. Jednou z možností, jak zlepšit péči na konkrétním pracovišti je podrobněji zmapovat spolupráci lékařů a sociálních pracovníků, zjistit možnosti daného pracoviště, jejich využití a dopad na kvalitu života pacientů.

Pro naplnění tohoto záměru byla stanovena hlavní výzkumná otázka (HVO): **Jak se daří naplňovat cíle a možnosti spolupráce sociálních pracovníků a onkologů.** K jejímu přesnějšímu zodpovězení slouží výzkumné otázky.

VO č. 1 Jaký je pohled lékařů na spolupráci se sociálními pracovníky.

VO č. 2 Jak vnímají sociální pracovníci specifičnost práce s onkologickými pacienty.

6.3 Charakteristika výzkumného souboru

K výběru výzkumného souboru autorka využila výběr na základě dostupnosti. Kritériem pro výběr výzkumného vzorku byla zkušenost s onkologickými pacienty a pracovní poměr v konkrétní nemocnici fakultního typu.

Autorka oslovila vedoucí sociálního oddělení a primáře oddělení onkologie, aby požádala o možnost výzkumu na jejich pracovišti. Po jejich svolení mohla kontaktovat dostupné respondenty mailem a telefonicky a domluvit si s nimi schůzky.

Autorka požádala jednotlivé respondenty o účast ve výzkumu a informovala stručně o jeho účelu a cíli, dále o časové náročnosti rozhovoru a ujistila je o jejich anonymitě. Všichni s výzkumem souhlasili. Přístup všech byl velice vstřícný.

Jméno	Věk	Vzdělání (titul)	Pracoviště	Pozice	Délka praxe
Věra	55	Mgr.	FN ██████	Sociální pracovník	23 let
Marie	71	Dis.	FN ██████	Sociální pracovník	22 let
Hanka	38	Bc.	FN ██████	Sociální pracovník	11 let
Jana	40	Bc.	FN ██████	Sociální pracovník	8 let
Jan	48	MUDr.	FN ██████	Klinický onkolog, Klinický radiolog	5 let
Martina	66	MUDr.	FN ██████	Klinický onkolog, Klinický radiolog	40 let

Tabulka č. 1: Základní charakteristika respondentů.

6.4 Etické aspekty výzkumu

Výzkumník musí za všech okolností dodržovat s aktérem dohodnutou míru soukromí, anonymity a důvěrnosti dat. Výzkum nemá narušovat soukromí osob více než je nutné, nesmí být odhalena identita aktérů výzkumu. Výzkumník nevydává získaná data jiným

osobám a dodržuje další aktérem stanovené podmínky. Aktér výzkumu si musí být jist, že informace, které poskytne, nebudou použity proti němu (Miovský, 2006).

Za tímto účelem autorka seznámila respondenty ještě před sběrem dat s významem a záměrem výzkumu a ujistila je, že z její strany nedojde ke zneužití dat. Vzhledem k tomu, že pro rozhovor byl využit záznam na diktafon, byli respondenti obeznámeni s tím, že bude pořízen přepis do textového dokumentu. Respondentům byl předán k podpisu informovaný souhlas, který je součástí příloh této práce.

6.5 Scénář rozhovoru

Pro účely výzkumu zvolila autorka techniku **polostrukurovaného rozhovoru**. Rozhovor umožňuje koncentrovat pozornost na hlavní výzkumný zájem, kterým jsou zkoumané zkušenosti, postoje, motivace a pocity sociálních pracovníků a klinických onkologů. Polostrukurovaný rozhovor obsahuje připravené otázky, které systematicky směřují k identifikaci zkoumaných témat prostřednictvím odpovědí. Soubor otázek vypracovala autorka dle logické posloupnosti. Během rozhovorů je rozšířila o doplňující otázky. Ačkoli byla struktura otázek pevně dána, otázky byly kladeny s ohledem na přirozenou atmosféru a ochotu respondentů se k otázkám vyjádřit.

První otázky se týkají odbornosti respondentů a délky jejich působení na pracovní pozici a rovněž délky pracovního poměru ve fakultní nemocnici. Další skupina otázek je zaměřena na práci s onkologickým pacientem. Poslední skupinou otázek autorka zacílila na propojení spolupráce sociálního pracovníka a klinického onkologa v nemocnici. Autorka připravila otázky tak, aby se mohly klást otevřenou formou a respondenti měli možnost vyjádřit svoje postoje, postřehy a zkušenosti zcela podle sebe, viz. Příloha: č. 1.

6.6 Tvorba dat

Šetření a sběr dat probíhaly od dubna do července 2021. Prvnímu rozhovoru předcházela komunikace s vedoucími pracovníky jednotlivých pracovišť a emailová a telefonická domluva první schůzky s oslovenými respondenty. První pilotní rozhovor proběhl za účelem ověření struktury kladených otázek, jejich srozumitelnosti a vytvoření představy o časové náročnosti. Rozhovory probíhaly na oddělení sociální práce a oddělení

onkologie ve fakultní nemocnici. K rozhovorům docházelo postupně, vždy s jednotlivým respondentem, čas zvolil sám respondent. Všechny rozhovory probíhaly v příjemné atmosféře a za nadšeného zájmu respondentů. Časová náročnost každého rozhovoru činila cca 40–60 minut.

6.7 Metoda analýzy dat

Data byla analyzována metodou **otevřeného kódování**. Jde o techniku, která byla vyvinuta v rámci analytického aparátu zakotvené teorie. Díky své jednoduchosti a zároveň účinnosti je používána a použitelná ve velmi široké škále kvalitativních projektů. Kódování představuje operace, pomocí nichž se údaje rozeberou, konceptualizují a složí novým způsobem. Při otevřeném kódování je text jako sekvence rozbit na jednotky, těmto jednotkám jsou přidělena jména a s takto nově pojmenovanými fragmenty textu potom výzkumník dále pracuje (Miovský, 2006).

Seznámení se s daty

Rozhovory byly pro analýzu doslovně přepsány. Autorka rozhovory v první fázi opakovaně přečetla, zapsala poznámky a zvýraznila důležitá data. Témata, která se vztahovala k výzkumným otázkám označila kódy. Kódy potom zanesla pro přehlednost do tabulky. V následující fázi byly přepisy podrobeny dalšímu kontrolnímu čtení a tabulka doplněna o další doplňkové kódy.

Tvorba počátečních kódů

Nalezením vzájemné souvislosti mezi kódy vznikla nová témata. Potenciální nová témata byla před zařazením znovu kontrolována. Kontrola proběhla z důvodu ověření jejich smysluplnosti. Bylo ověřeno, zda se témata nepřekrývají, takováto byla sloučena. Poslední fází této části práce s výzkumnými daty byla závěrečná analýza všech informací, vztahující se k roli sociálního pracovníka na onkologii.

Hledání témat

Autorka zjišťovala spojitost mezi kódy. Našla-li vzájemnou souvislost mezi několika kódy, vzniklo téma. Kódy jsou tak tříděny do potencionálních společných témat.

S ohledem na větší systematičnost a přehlednost dat byla následně vypracována tabulka s tématy a podtématy.

Ověření a konečné definování a pojmenování témat

Nezbytným krokem byla kontrola smysluplnosti dat. Ke zvoleným tématům autorka vybrala vhodné citace z rozhovorů k jejich doložení.

7 VÝSLEDKY

Tato kapitola se věnuje výsledkům výzkumu. Nejdříve budou představeni respondenti výzkumu a poté budou popsána společná témata výzkumu. Prostřednictvím **metody tematické analýzy** autorka identifikovala témata, která se vztahovala k výzkumu.

7.1 Představení respondentů

Všem respondentům byla v zájmu anonymity přiřazena náhradní jména.

Věra

Ve fakultní nemocnici pracuje již 23 let, po celou dobu na onkologické klinice a neurologii. Studovala ekonomii a Vyšší odbornou školu sociálně právní (DiS.) Před pěti lety si udělala při zaměstnání kurz „peer“, poskytuje krizovou intervenci, je k dispozici pro celou nemocnici. Její pomoc využívají i kolegyně. Během covidu-19 měla plné ruce práce. **S onkologickými pacienty a jejich rodinami pracuje denně.**

Jana

Na pozici sociálního pracovníka pracuje od roku 2013. Po celou dobu pracovala v sociální pečovatelské službě, nejprve jako sociální pracovník, později jako vedoucí sociální pracovník. Ve fakultní nemocnici pracuje od února 2020. Studovala vyšší odbornou školu, potom na Jihočeské univerzitě obor rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory (Bc.). V roce 2014 dostudovala obor zdravotně sociální pracovník. Studovala při práci, se třemi malými dětmi. V sociálních službách získala kvalifikaci k práci s lidmi s demencí, absolvovala kurzy time-management v sociálních službách či škola zad, zaměřené hlavně na péči o lidi a komunikaci. Nyní působí na chirurgii a plicním oddělení. **S onkologickými pacienty se setkává nejčastěji na plicní klinice.**

Marie

Ve fakultní nemocnici pracuje od roku 1999. Vystudovala gymnázium a Vyšší odbornou školu sociálně právní (Dis.). Po roce 1989 nastoupila na OSPOD, kde zastupovala zájmy dětí a řešila problémové situace s rodinou. Zde pracovala Marie velice ráda. Pokud se něco vyřeší a dospěje se k dobrému cíli, je to pro ni radost. Ve fakultní nemocnici

začala působit na gynekologicko-porodnické a dětské klinice. Spolupráci tam hodnotí velice pozitivně. Nyní pracuje na všech klinikách, je již důchodového věku a tak zastupuje kolegyně, kdykoli a kdekoli je potřeba. **S onkologickými pacienty se setkává na většině pracovišť.**

Hanka

Jako sociální pracovník působí 11 let. Od roku 2010 pracovala v hospici. Ve fakultní nemocnici působí od června 2021. Studovala Vyšší odbornou školu sociálně právní a Jihočeskou univerzitu, obor rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory (Bc.). Tuto školu studovala při zaměstnání, bakalářský titul obhájovala v květnu letošního roku. V budoucnu by ráda ještě studovala a doplnila si i psychoterapeutické vzdělání. Působí na klinice dermatologie, následné péče a ORL. Nejčastěji pracuje se seniory z následné péče, kteří potřebují služby domácí péče, nebo pečovatelské služby. **S onkologickými pacienty se setkává denně.**

Jan

Ve fakultní nemocnici pracuje od roku 2015 jako lékař. Předtím působil v akademické sféře, jako vysokoškolský učitel, vedoucí katedry a akademický funkcionář v pozicích akademických senátů od běžného člena až po předsedy, od řídicí organizační části přes legislativní zajištění chodu větší organizace i na úrovni vysoké školy. Posléze se začal věnovat lékařství a to rize klinické praxi. Jeho specializací jsou klinická onkologie a radiační onkologie. **S onkologickými pacienty se setkává každý den.**

Martina

Ve fakultní nemocnici pracuje 22 let jako lékařka. Po celou dobu na onkologii. Čtyřicet let pracuje s onkologickými pacienty. Jejím prvním půsovištěm byla menší nemocnice v okolí Prahy. Působí v plicním, mammárním a sarkomovém týmu. Na onkologii chtěla vždy pracovat. Oblast onkologie považuje za rychle se rozvíjející specializaci, která nabízí většině onkologických pacientů léčbu, je ráda že může být u toho. Její specializací jsou: radiační a klinická onkologie. **Pracuje pouze na ambulanci. S onkologickými pacienty se setkává každý den.**

7.2 Popis společných témat

Pomocí tematické analýzy autorka v datech identifikovala hlavní tematické okruhy: „**spolupráce**“, „**profesionalita**“, „**kvalita života**“ a „**motivace**“. Každé téma obsahuje tři až čtyři podtémata, která autorka podrobněji vysvětlí a doplní o autentické citace respondentů z rozhovorů. Autentické citace budou označeny kurzívou.

Témata	Podtémata
Spolupráce	Onkologický pacient Lékař Rodina Multidisciplinární tým
Profesionalita	Sociální práce Komunikace Neziskové organizace
Kvalita života	Smrt Hospic Terminální stádium
Motivace	Motivace Supervize Vize Energie Covid 19

Tabulka č. 2 Popis společných témat a podtémat.

7.2.1 TÉMA Č. 1 SPOLUPRÁCE

Úvodním tématem praktické části je téma spolupráce. Tato část popisuje jednotlivé subjekty očima zdravotně sociálních pracovníků a onkologů. První téma obsahuje tři podtémata, a to „**onkologický pacient**“, „**lékař**“, „**rodina**“ a „**multidisciplinární tým**“.

- **Onkologický pacient**

Všem sociálním pracovnícím i lékařům byla kladena otázka, jestli je rozdíl mezi onkologickým a jiným pacientem. Všichni konstatovali, že je zde výrazný rozdíl. Z pohledu sociálních pracovníků je onkologický pacient v nemocnici většinou delší dobu. Doba hospitalizace se může různě měnit, díky zhoršení stavu se může prodloužit. Pokud

zajišťují domácí, nebo jinou následnou péči, potřebují větší časovou rezervu. Musí počítat s tím, že onkologický pacient v domácí péči bude potřebovat i jiné pomůcky, jako lůžko, infuzní pumpy, kyslíkové lahve apod. Rovněž komunikace s pacientem a rodinou musí být více citlivější. Jde mnohdy o poslední dny pacienta, a proto je nutné s ním i rodinou komunikovat o jejich představě a možnostech.

Lékaři hodnotili onkologického pacienta jako mnohem křehčího, vyžadujícího delší čas na léčbu i rekonvalescenci po běžných příhodách. Onkologický pacient je rovněž zatížen vedlejšími účinky léčby. Jak je zmíněno v teoretické části práce, onkologická léčba je zcela jiná, než ostatní léčby. Pokud se daří nádor zmenšit, léčba se neubírá, ale přidává. Pacient musí být připraven, motivován a musí mít sociální zázemí, kde získá podporu.

Marie : *„Určitě tam rozdíl je, protože u té onkologie nevíte, jaký bude mít ta nemoc průběh, a tedy jak máte s tím pacientem jednat. U toho běžného pacienta, který je na dalších klinikách, kde mají tu diagnózu, jednáte jiným způsobem, více optimisticky, vždycky nějaká cesta vede, zařídíme apod. Často se jedná o domácí zdravotní péči nebo o umístění, je tam vize do budoucnosti. Kdežto tady je ta vize na určitou dobu, a člověk jedná jiným způsobem. To už se ani nedá dobře vysvětlit. Proběhne vám to v myslí a uvědomíte si, že opravdu jednáte s rozdílným pacientem.“*

Věra: *„Onkologie má svoje specifika, protože jsou nějak nastavená pravidla pro všechny pacienty. Domácí zdravotní péče je zdravotní a sociální, to je domácí zdravotní péče. Zdravotní jsou sestřičky, které běhají v terénu za pacienty domů a sociální je ta pečovatelská služba co dělá tu hygienu, jídlo, úklidy, to už je služba placená. My můžeme objednat sestru, tady v Praze jsou kvanta šikovných holek, které tu práci milují a jsou obětavé a dělají spoustu nadstandardní péče, kterou jim pojišťovna nikdy nezaplatí.“*

Hanka vidí rozdíl také v časové náročnosti: *„Náročný časově spíš, než se něco vyřeší. Samozřejmě domácí péče je třeba rychle, ale když třeba potřebujete taky rehabilitační věci nebo zařízení, nebo tak, tak čekáte. Posílat žádost, než se někdo vyjádří, tak to je spíš časově náročnější.“*

Věra, která působí na onkologické klinice vnímá dělení pacientů podle soběstačnosti. Pokud je pacient alespoň částečně soběstačný, snaží se mu zajistit vše pro péči v domácím

prostředí. Pokud je jeho soběstačnost malá, zajišťuje pro něho některé z dostupných zařízení: „Když ten pacient má omezenou soběstačnost a jde domů, tak my zařizujeme ty domácí péče, pečovatelské služby. I dáváme kontakty na denní centra, radíme rodinám, jak se dostat k příspěvku na péči, k ošetrovatelské péči, vše s rodinou můžeme probrat, podle míry soběstačnosti. Pokud není ani tak soběstačný, aby mohl jít domů s těmi všemi službami co my mu zajistíme, tak pak hledáme LDN, rehabilitační centra, ošetrovatelský centra, geronto centra, hospice pro onkologické pacienty a všechny tyhle věci se zařizují přes nás, na to nás tady lékaři mají, ale určují směr, kterým se budeme ubírat.“

Jana hovořila o zajištění následné péče do hospicu: „Čas vám neřeknu, protože to je strašně individuální. Když se třeba umísťuje pacient do hospicu, tak dříve to bylo v řádu dnů. Ted' mi připadá, že jsou všechny hospice plné až k prasknutí a je spousta lidí v pořadníku, takže to ted' je v řádu týdnů. Ale jinak je moje hlavní práce taková, že zajišťuji překlady pacientů na různé následné péče, zajišťuji domácí péči nebo domlouvám pečovatelskou službu, pokud jsou lidi sami, tak aby měli zajištěnou i tu sociální stránku nejenom zdravotní. U onkologických pacientů se to odvíjí od toho, jak spolupracuje rodina, jestli je ten člověk sám a jestli má finance. I na tom záleží, protože některé hospice vůbec nezohledňují to, jestli ten člověk má nebo nemá finance.“

Jan vysvětluje, že na onkologii mohou být rovněž pacienti, kteří nemají žádný nádor, ale potřebují ozářit a proto jsou na onkologii hospitalizováni. „Většina pacientů jsou onkologičtí, nicméně jsou diagnózy, které vyžadují ozáření, které nemusí být nádorové. Kilovoltážní techniky, které se používají typicky k odstranění bolestivých syndromů. Poměrně často jsou využívány pro případ akutních ostruh, nicméně majorita nebo většina pacientů onko. Občas spolupracujeme s oddělením vnitřního lékařství, tam pacienti interní.“

Autorku zajímalo, jak probíhá diagnostika nádoru a lékař – onkolog celý proces popsal. Záchyt je už u praktického lékaře, který podle symptomů odesílá pacienta k různým vyšetřením. Postupně se pacient diagnostikuje a až po té se dostává na oddělení, nebo do ambulance.

Jan: „Situace, kdy je primárně diagnostikován pacient, který je přijatý na onkologii není příliš častá. Daleko častěji se staráme o pacienty, které máme v léčbě, kdy se může zkomplikovat samotná léčba. Protože onkologická léčba není úplně šetrná v některých

případech principu samotného, že se snažíme zaléčit část lidské tkáně v živém lidském organismu. Aby nádor byl zničen spolehlivě, musíme zasáhnout z části i okolní tkáně. Pacienti bývají posíláni v uvozovkách z vnějšku, to znamená že nádor je diagnostikován praktickými lékaři, chirurgy, vnitřními lékaři, tam proběhne ta vlastní diagnostika, po histologii se pak pacient odesílá na onkologii na vstupní konzultaci.“

Vzhledem k tomu, že se na onkologii vyskytují občas i neonkologičtí pacienti, mohla se autorka zeptat na rozdílnost mezi onkologickým a neonkologickým pacientem i **Jana**. Typickým příkladem může být pacient s plicní embolií, která je u neonkologického pacienta zvládnutelná v řádu několika dnů. U onkologického pacienta „hospitalizace na týden, protože je prostě rizikový, z toho hlediska že by i přes nasazenou antikoagulační léčbu mohlo dojít ke komplikacím, které by mohly být závažné a vyžadovaly by rychlou intervenci i u potenciálně vyléčitelných pacientů.“ Onkologický pacient je mnohem křehčí. I drobná změna díky interní komplikace může razantně změnit léčbu, nebo stav pacienta.

Jan: „Nicméně pochopitelně se v průběhu léčby může stát, že se stav vyvine tak, že přes veškerou snahu se tu bavíme o onemocnění, kterému se ne nadarmo říká zhoubné, takže se to vyvine nepříznivým směrem. Pochopitelně tam může dojít k interní komplikaci, která nejednou výkonnostní stav toho pacienta otočí a z původního léčebného záměru úplně sejde a nemáme pacientovi vůbec co nabídnout. V případě některých onkologických onemocnění tam může dojít už jenom z toho důvodu, že to je zhoubný nádor, tak může ten pacient ochrnout. Může tam samozřejmě dojít k zhroucení páteře nějakým postupem metastáz a pak už se tam zase ta situace dramaticky den ze dne mění. Pochopitelně i tam může dostat infarkt v kterékoliv oblasti těla, od mozkové mrtvice, přes časté poškození míchy přes nějaký zásadnější poškození dalších vnitřních orgánů. Tento ten výkonnostní stav natolik zhorší, že pak už pokusy o další léčebnou strategii ve smyslu vyléčení nádorového onemocnění formou medicínského hlediska pacientovi neprospěje, naopak ublíží. Zbytečně zatíží a opravdu nic nepřinese. Pacient pořád ještě byl schopen ve výkonnostním stavu vyčerpávat veškeré rezervy a ten pak už sám dospěje do toho stadia, kdy je na místě udělat ne úplně jednoduché rozhodnutí, ale uvědomit si, že to co my děláme je, že nehubíme nádor, ale léčíme pacienta. A to je asi ten důvod, kdy vlastně je za některých okolností správnější variantou neléčit a postarat se o to, aby se pacient měl dobře, protože pokusy o to zahubit nádor nepovedou k tomu, aby se mu dařilo líp.“

Martina pracuje s onkologickými pacienty v ambulanci. Občas se stane, že se pacient zhorší a dostane se na lůžkové oddělení. Potom je na Martině, aby se postarala a kontaktovala sociální pracovníci. Pacienty léčí na ambulanci různě dlouho, pět, osm, deset let „ *některé pacienty máme od začátku a třeba je provedeme pětadvacet let a pak zemřou.* “

- **Lékař**

Pro každou zdravotně sociální pracovníci je důležitá komunikace s lékařem. **Jana** je se spolupracujícími lékaři na klinikách spokojená. „*Asi bych nic neměnila.*“

Marie hodnotí spolupráci s lékaři dříve a nyní. Ona sama je sice v důchodovém věku, ale lépe se jí pracuje s mladšími lékaři. „*Už to mám jako dlouholetou praxi. Je docela zvláštní, jak se mění ti lékaři. Dříve, když jsem přišla před těmi dvaceti třiceti lety, tak vystudovaný lékař měl nos nahoru. Nespolupracovali. A teď – sympatičtí mladí lidi, jsou obětaví a komunikativní. Chtějí věci řešit, mají zájem. Bavíte se na stejné úrovni, pracujeme jako tým. Ráda tady s nimi pracuju, mám vztah k těm lidem.*“

V jiné části rozhovoru se ke spolupráci s lékaři **Marie** vrací a hovoří o komunikaci: „*Mně opravdu vyhovují mladí lidi. Je to skutečně jiná generace, jinak se chovají, jinak jednají. Ta sociální práce se jim zažila a berou ji jako samozřejmou. Ale také jsem byla za starším lékařem, se kterým se mi spolupracovalo výborně. Přestože jsem tedy už ve věku, tak s těmi staršími lékaři je to na jiné úrovni. Je to odměřenější, chtějí vědět něco konkrétního, jak jsem postupovala. S těmi mladými lékaři to řešíme od začátku, telefonuji s nimi. Vyhovují mi více. Nevím, co bych na těch starších změnila, to už se změnit nedá. Je potřeba mít s nimi větší trpělivost. Zlepšit se dá, pokud budou nastaveni na komunikaci. To je zlepšení, budou mít k tomu vztah. Jsou vystudovaní, vědí, co mají dělat, ale neumí to vykomunikovat.*“

Jan: „*Zařazení lékařů do týmů samozřejmě závisí na jejich preferencích. Jako pracoviště se pochopitelně snažíme mít pokryté veškeré typy nádorů, tak jak jsou klasicky řazeny, tak aby u všech byly multidisciplinární týmy.*“

- **Rodina**

Fungující rodina je pro pacienta důležitá, ať už jde o situaci, kdy se pacientovo onemocnění stabilizuje, zlepšuje, nebo se jeho stav horší.

Podle **Věry** se většina rodin chce postarat, za velkou výhodu považuje schválení novely o možnosti tříměsíčního ošetřování člena rodiny, kdy pobírá 60% platu. Každý zaměstnavatel to je ze zákona povinen svému zaměstnanci umožnit. Může se tak částečně řešit i situace člena rodiny, který je na Úřadu práce. *„Pokud to někdo z rodiny chce dopřát svému příbuznému, může s ním zůstat doma. Není to nijak lehká situace, to žádné peníze nevyrovnej, ani to není moc. Hodně motivuji rodiny, aby příspěvky žádali. Mají na to nárok a pro tyhle rodiny, které se starají by bylo nemoudré si o ty peníze neříct. Oni ty peníze potřebují, protože péče se musí platit. Postel, pečovatelka, přístroje, některé agentury hospicové péče, hospicové agentury chtějí peníze. Péče je drahá podle toho, jestli si platí léky, pronájem přístrojů, postel, pomůcky, pumpy. Postel stojí na měsíc např. 1500Kč, oxymetr 100Kč za den, hospicová domácí péče – Cesta domů si řekne 250 - 300Kč denně, Most k domovu 150Kč za den.“*

Marie popisuje, že se další péče o pacienta odvíjí nejen podle indikace lékaře, ale také po rozhovoru s rodinou, jestli by to eventuelně zvládla nebo ne. *„Někdo z těch pacientů by třeba mohl jít domů, jenomže mluvíte s rodinou, třeba s manželkou a zjistíte, že by to psychicky nezvládla, takže radši bude docházet. Samozřejmě, ty platby jsou tady vyšší, může to být kolem 500 korun denně, což má v současné době málo kdo. Žádný příspěvek na toto není. Všechno je to na lidech, lidskosti. V případě léčby doma se pobírá příspěvek na péči, pomůcky, dietu apod. Rodina si to musí všechno zjistit na Úřadu práce, jestli má na nějaké příspěvky nárok nebo ne.“*

Hanka zatím neměla zkušenost se zajišťováním pomůcek do domácí péče. Hovořila o pomoci pacientům a rodině, pokud potřebují pomoc zajistit dávky hmotné nouze. *„Pokud jsou to zdravotní péče a indikuje to lékař, tak je to ze zdravotního pojištění a ty sociální služby si dofinancovává rodina. Samozřejmě potom jim nabízíme, že můžou mít příspěvek na péči a kdyby asi tak jim i člověk pomůže s tím příspěvkem na péči. Většinou i s kolegy dáváme na sebe kontakt, ale taky se stává že se vrátí zpátky, že to doma nezvládnou. Takže potom se vlastně ještě třeba dopisuje do toho žádost nějaká*

na pojišťovnu o něco dalšího. Řeší se nějaká následná péče, že třeba není schopen být doma."

Také **Jana** poskytuje rodinám poradenství a eventuelně zajistí dávky hmotné nouze. *„Já jim o tom dám poradenství a když je to člověk, se kterým se řeší dávky hmotné nouze a příspěvky na bydlení, tak se počítá s tím, že to není paliativní pacient a je to na delší dobu. Je tady třeba na zaléčení a na zlepšení zdravotního stavu, nebo na nastavení medikace a potom odchází domů. To už by se tady všechno nezvládlo a taky ten pacient tady ty dokumenty nemá, abych já mu to mohla zajistit. Dávám jim na sebe kontakt a spolupracujeme.“*

- **Multidisciplinární tým**

Věra, která pracuje na onkologii, je na spolupráci s multidisciplinárním týmem zvyklá. Důvodem je především, vzhledem k typu kliniky, potřeba podrobnějších informací o pacientech. Je zde 15 let. Za ta léta se mnohokrát měnila sestava lékařů, sester, ošetrovatelského personálu. Z komentářů lékařů je patrné, že je Věra mezi nimi vždy vítána, ať už z důvodu profesionality, nebo pro její lidskost.

Věra: *„Jsme standardně zvyklí komunikovat přes počítač, telefonicky, za pacientem chodíme, zjišťujeme si, pokud je potřeba to ladíme, setkáme se. Lékař má poslední slovo. Ta zdravotně sociální pracovnice, která na to oddělení patří si tam tuhle spolupráci nastavuje sama, tvoří ji. Pokud se na oddělení lékaři mění, tak se za nimi zastavím. Pokud přijdou 3-4, tak se snažím s nimi mluvit dohromady, uděláme schůzku, domluvíme co mohou ode mě očekávat, co já potřebuji od nich, jsou to chytrí lidé, tak rychle poznají, že se jim snažím tu práci ulehčit, a hlavně ku prospěchu pacienta a jeho rodiny. Někdy dělám přednášku pro sestry, aby sestry věděly co my můžeme, nemůžeme, co všechno umíme vymyslet a ideálně i pro lékaře. Někdy jdu na hlášení.“*

Jan hodnotí účast v multidisciplinárním týmu za velice důležitou. Zabere mu hodně času příprava. *„Já se angažuji v urologické a gynekologickém a pneumoonkologickém týmu. Ty jsem časově schopný stíhat a navštěvovat, protože ono samozřejmě u těch týmů je tam potřeba počítat i s tou přípravou, která mě se netýká, ale v budoucnu bude. Pak je tam občas i následné zpracování, protože do praxe se člověk nejvíc učí právě na disciplinárním týmu, kde se provádí vlastní klinické rozhodování, jaký dál bude postup*

s pacientem, pak už se nastaví mantinely a jenom popřípadě trošičku koriguje způsob léčby, ale vlastně, kdo koho jakým způsobem bude léčit, tak tím pádem i ta podstata toho jak se člověk učí praktické onkologii, tak je právě v multidisciplinárních týmech.“

Jan: *„Tým gynekologů se schází na gynekologické klinice, kde se tam spolu s radiační onkologií schází i gynekologové, plus tam přichází i primář patologie, protože u gynekologických nádorů je poměrně důležité právě vyhodnocení vlastností tkání. V jiných týmech je poměrně nezastupitelná role radiodiagnostika, což může být případ třeba u ORL onkologického týmu, který mě samozřejmě zajímá, nicméně se mi kříží s jiným týmem a s týmem plicním. V tom týmu je přímo radiodiagnostik, který se specializuje přímo na radiodiagnostiku hrudního koše. Co se týče diagnostiky a léčby, ti se pak schází dokonce dvakrát týdně, protože je tam tým, který je zaměřený přímo na radioterapie plicních nádorů a ten se schází u nás a pak je ještě větší tým, který vlastně se zabývá úplně jinými chorobami v širším záběru. Ale součástí jeho je jak chirurg, radiodiagnostik, tak i radiační onkolog. Takže tam jsem řekněme klíčovým hráčem z hlediska onkologie v tuhle tu chvíli už já, protože mi to můj předchůdce už předal s plnou důvěrou což mě samozřejmě velice těší.“*

Jan: *„Týmy se schází jednou za týden. Takže vlastně čtyřikrát týdně je něco. Samotné jednání je od hodiny do dvou. Záleží na tom kolik je pacientů. Nicméně. Plus k tomu je potřeba počítat už s tou přípravou, která je k tomu nutná. Onkolog posléze prezentuje pacienta na schůzce multidisciplinárního týmu a ostatní doporučí další postup a pak už následuje buď systémová léčba nebo radioterapie. Ať už je to se záměrem léčebným nebo paliativní. První metodou volby je použití ionizujícího záření.“*

Hanka, která působí v nemocnici krátce má s multidisciplinárním týmem zkušenost na předešlém pracovišti : *„Zatím jsem neměla možnost. V hospici to tak bylo, tam jsme měli jakoby porady, tam byli všichni. Primář, vrchní, staniční, ředitel, já a ošetřovatelky, třeba sestřičky. Jednou týdně nebo když byla potřeba.“*

Jana, pokud potřebuje a chce se o situaci dozvědět víc, tak za lékaři jde osobně: *„Když o to stojím, že potřebuji něco řešit, nebo se chci dozvědět něco navíc, tak se tam dostanu. Ale nepotřebuji tak často. Veškeré informace, které potřebuju se dozvím buď od lékaře nebo od sester, které jsou na oddělení, to je základ.“*

Martina odpovídá na otázku, jestli má přehled o činnosti sociálního pracovníka: *„Oni jim ještě poradí, to co my úplně nevíme, když ten člověk má částečný důchod, nebo plný důchod a měl by třeba nárok na příspěvek na péči, tak jakým způsobem, kde, jak, poradí té rodině. Takže můžete dát jenom ten kontakt a víte, že jim poradí. To je odlišnost od toho oddělení, kdy se to řeší tam. U těch ambulantních to zařizuje rodina, tím že nejsou už v péči lůžkové, ale ambulantní, tak se bere, že jsou ve stavu kdy jsou ještě schopni něco zařizovat, nebo s plnou mocí to zařizuje partner.*

Martina odpověděla na otázku, jestli jí vyhovuje spolupráce se sociálními pracovníky: *„Vyhovuje, jen mám občas výčitky svědomí, že je zatěžuju, ale samozřejmě jsou skvělí a to si myslím je ideální, že by to tak mělo být, abychom věděli, že ten druhý je vždycky partner a on taky neměl pocit, oni na mě házejí práci. Nebereme je jako službu, bereme je jako partnery. To je odlišný.“*

7.2.2 TÉMA Č. 2 PROFESIONALITA

Péče o onkologicky nemocného pacienta vyžaduje profesionální přístup. Učení se profesionalitě je dlouhodobý proces. Jak se se svými rolemi potýkají respondenti, jakým situacím každodenně čelí a co jim v tom pomáhá je obsaženo v podkapitolách „zdravotně sociální práce“, „komunikace“ a „neziskové organizace“.

- **Zdravotně sociální práce**

Zdravotně sociální oddělení se nachází v každé nemocnici, důvodem je poskytnutí komplexní péče. Fakultní nemocnice má zdravotně sociálních pracovníků osm a ti mají mezi sebou rozdělené kliniky. Pacient se jim dostane do péče velmi jednoduše. Může jim o něm říct úplně každý, od uklízečky až po sestru, lékaře, nebo ošetřovatelku. **Věra:** *„Když zavolá vrátný, věnujeme se tomu, ale standardně lékař zjistí u pacienta, že potřebuje, že nemůže odejít bez pomoci sociálního pracovníka domů. Kdykoli cokoli potřebuje dalšího, už je náš. Znamená to, že doktor píše konzilium, takovým způsobem, že každý den vidím v počítači, koho mi posílá.“* Zdravotně sociální pracovníci používají ke komunikaci s lékaři počítačový systém. *„Hlásíme se hesly, pokud se vzdálíme, ihned se tabulka uzavře. Máme tam základní program, pro nahlášení pacienta, to dělá lékař, ale telefonicky nebo osobně to může nahlásit kdokoli, třeba rodina pacienta,*

nebo si nás zavolá sám pacient. To se stává taky často. Otevřu si dnešní datum, konzilia celého oddělení, vidím je pohromadě. Vidím veškeré lékařské záznamy. Mám přístup do dokumentace, odpovím do dokumentace, že na tom pracuji, lékař vidí a mám 24 hodin na to vše zpracovat. Měli by nám dát vědět den předem, ale většinou se ráno na konziliu rozhodnou a napíší to. My to potom během těch 24 hodin zajistíme.“

Sociální pracovníci potřebují o propuštění pacienta vědět dříve než v den propuštění, aby měli čas vše pro něho zajistit, komunikovat se třetí stranou. **Věra:** „*Pro mě není problém to udělat, ale když potřebujeme, aby tu práci někdo převzal na druhé straně, musí to být včas. A když chci od domácí zdravotní péče něco v pět hodin v pátek, tak je to moc málo času.“*

Věra: „*V Praze je výhoda, tady není nic problém, je tu velká konkurence v agenturách a oni jsou rádi za pacienta. Zdravotně sociální práce, nebo sociální práce v nemocnici funguje tak, že my jsme potřeba tam, kde to není vždycky hladký a i tam, kde je pacient zdánlivě propustitelný domů, tak taky máme svoje klienty. To jsou lidi bez těch občanek, domluva s různými problémy od abúzus alkoholu, drogy až po cokoli.“*

Zdravotně sociální pracovník má práci dobrodružnou a bohatou na příběhy, jak vypráví **Věra:** „*Jednou mě potřebovala paní na infekci, zdánlivě propustitelná, když se po třech dnech probrala, tak řekla že má doma zavřeného psa a ten pes vůbec neví co s ní je. Nějaký pytel s granulami tam měl, hladový že není, ale potřeboval venčit atd. Takže v takových situacích to sociální pracovnice nemá v popisu práce, ale musí vymyslet akci. Nemohla jsem si od pacientky vzít klíče a jako soukromá osoba jít venčit psa. To nejde, nejsem tady jako soukromá osoba, tudíž jsem to musela dát do oficiálního rámce a s paní jsem musela jet infekční sanitkou k ní domů. Museli jsme psa vzít, dát do útulku, a nakonec to dopadlo dobře, pes byl šťastný. I takovéto případy se stávají.“*

Při rozhovorech se sociálními pracovníci se autorka dotazovala na počty pacientů, se kterými každodenně pracují. Pro pracovnice bylo obtížné říct nějaké číslo. Počet pacientů se liší každý den. Některá pracovnice má v pondělí pacientů osm, jiná má pondělí volnější a nejvíc práce v pátek. Vše se řídí podle zvyklostí klinik. Existují přesné statistiky, které jsou k dispozici každý měsíc, kvartál, rok. Ve fakultní nemocnici sociální pracovníci poskytnou službu zhruba 4000 pacientům za rok. Někdy je vše pro pacienta zajištěno během jednoho dne, někdy za dva tři dny, jindy se na volné místo

v následné péči čeká déle. **Hanka:** „Někdy čekáte právě, kde jak co bude, jak to vypadá, jak se to vyvine s pacientem na oddělení, jak to s ním vypadá po zdravotní stránce, jestli bude propuštěn, nebude propuštěn, protože můžete zajistit nějakou domácí péči, že bude dneska propuštěn a stane se, že se zhorší zdravotní stav, takže se to všechno zase ruší, nebo posouvá, takže to vám tady zůstává a k tomu chodí ty nový třeba.“

Každý pacient při propuštění dostane tzv. poukaz na péči (pro pojišťovnu), kam je zapsáno vše na co má pacient nárok. **Věra:** „Je to karta, tu vypíšou, napíšou kódy výkonů a pošlou to zpátky lékaři k potvrzení a ten si zkontroluje podle propouštěcí zprávy a podle té původní indikace, jestli to souhlasí, podepíše to a vrátí to, nebo rovnou poukaz s pacientem jde domů. Může se stát, že na tom poukazu není úplně všechno, protože ten lékař neví, co bude doma pacient ještě potřebovat. Například nemá napsanou rehabilitaci, nebo nějakou péči o proleženiny. Sestra to tam začne dělat a musely by si to složitě dopisovat, nebo by to nesměla udělat. Pojišťovna si vše podle kódů kontroluje.“

Práce s onkologickými pacienty má svá specifika. Jak řekla **Helena**, jde hlavně o komunikaci, dojednat to co je potřeba, opravdu to nejvhodnější: „... jestli chce jít domů a být v domácím prostředí se zajištěním mobilního hospice nebo domácí péče, která poskytuje i paliativní péči.“ Někdy se zjistí, že pacient potřebuje třeba příspěvek na bydlení, což do práce sociálního pracovníka také patří, říká **Helena**. „Není to úplně mimo. I to že člověk nemá finance na bydlení, tak to do sociální práce patří. Ale ten příspěvek na bydlení je trošku složitější, protože je tam potřeba k tomu doložit spoustu dokumentů. Nájemní smlouvu, to, jaký má příjem, kdo s ním žije v domácnosti... Takže je to trošičku složitější.“ Tam se samozřejmě také snaží pomoci, někdy třeba v podobě poradenství. Jde o navázání spolupráce s rodinou, podat jim informace a dát jim instrukce, co mají dělat. **Helena** pracuje na chirurgické klinice a říká: „Ta chirurgie bych řekla, že je rychlejší obor. Na plicním to déle trvá, než se pacient zaléčí, je to tam klidnější. Na chirurgii to musí jít všechno rychle.“

Většina pacientů, kteří potřebují pomoc zdravotně sociálního pracovníka jsou z lůžkového oddělení. Vyjimkou jsou pouze onkologičtí pacienti a pacienti v terminálním stádiu, ti mohou být i ambulantní.

Věra: „Péče je komplexnější v tom, že já mohu přijímat do péče i ambulantní pacienty. Na těch ostatních odděleních když se vyskytne ten onkologický pacient, tak taky jejich ambulance může, ale jiný než onkologický pacient ne. Nemůžou objednávat tu zdravotní domácí péči, ale u onkologických terminálních ano. Tzn., já tady toho pacienta vůbec nemám, ta rodina mě kontaktuje, nebo já je a vysvětlím jim všechny věci, které mohou udělat. Od příspěvku na péči až po tu domácí zdravotní péči. A tu sestru tam můžu takhle poslat, tzn. vidím někde v dálce požár a já tam pošlu hasiče k tomu požáru a holky už se postarají.“

Lékaři na onkologii se věnují léčbě pacientů, pokud je něco potřeba zajistit z oblasti zdravotně sociální, vypisují konzilium a delegují tuto záležitost sociálním pracovníkům.

Jak řekl **Jan:** „,Takže co se týče sociálního poradenství tak je to jedno z konzilií, které systém umožňuje vypsát v případě kdy už je to nad rámec našich kompetencí, našich časových možností. Takže v případě kdy už máme pacienta, který má ukončenou léčbu, už není možné další pokračování v léčení, aby pacient praktikoval i další pokusy o to léčit se. Kdy by pokračování bylo na úkor zhoršení kvality života, zkrácení života, tak je na místě už plánovat sociální stránku péče o pacienta, protože onkologická lůžka jsou lůžka akutní.“

Probíhá konzultace přímo s pacientem, případně s jeho rodinou. Konzultuje sociální pracovnice.

Jan: „,Typické můžou být nádory mozkové, které vlastně není s ohledem na jejich rozsah a stav pacienta možné radikálně odstranit. Ony jsou zaléčení zářením, ale my víme, že nádor po nějaké době zase začne růst a pak už jsou v podstatě všechny možnosti vyčerpány, protože stav neumožňoval radikální zásah v té době, tak pak už poté to nebude umožňovat tím spíš a posléze je samozřejmě namístě počítat s tím, že ten stav se bude dramaticky zhoršovat z hlediska výkonostního stavu a posléze bude náročná ošetrovatelská péče.“

Jan: „,Trojice těch nejčastěji potřebných výkonů je špičková domácí péče a péče domácího hospice, ošetrovatelské péče. Takže to jsou ty nejčastěji potřebné úkony pochopitelně čas od času se tam můžou vyskytnout vážnější situace kdy v důsledku

nádorového onemocnění pacienti ocitnou ve složitější situaci, kdy je potřeba intervence v jiné oblasti. A pochopitelně jsou programy, které se na jiné oblasti specializují. “

Pokud má **Martina** pacienta v terminálním stádiu, přizve sociálního pracovníka. V jaké fázi ho osloví? : *„Když ten člověk chodí na léčbu a vidíte, že už to dál není možné, že celkový stav je takový, že dovoluje vlastně bez supportive care (podpůrnou léčbu). Nemá smysl prodlužovat léčbu ad absurdum a přidělovat tomu člověku, zvláště pokud je vyššího věku, zbytečně obtíže. Proč, když to nemá žádný výhled, tak jako co. Je to s forenzních důvodů.“* **Martina** uvedla, že se snaží dlouho o léčbu, o paliaci, ale v určitém okamžiku musí převládnout zdravý rozum a musí si říct, zda je racionální ještě pokračovat, nebo je to čisté trápení. Pokud to nezvládá rodina, nebo je člověk osamělý, špatný, tak kontaktuje sociální pracovníci a domlouvají home care. *„Pokud ten člověk je po propuštění od nás, nebo propouštěný od nás do těch 14ti dnů nebo když je doma a dostal se vlastně do stadia, kdy už je v hospicové péči a praktický lékař nespolupracuje. Což je bohužel taky občas. Takže pak, přes to všechno, že už by po těch 14 dnech sociální pracovnice neměla do toho zasahovat. Ale ta spolupráce je do té míry dobrá, že se postará. Napišeme buďto domácí hospic, pokud ten člověk není sám, pokud tam je s ním někdo těch čtyřadvacet hodin denně, nebo je zařazený do hospicové péče. Velmi často tyto naše sociální pracovnice suplují praktické lékaře, kteří to prostě nenapišou. Občas se to stane, že ten praktik nefunguje a nebo, že ten člověk má tady přechodné bydliště, nemá tady svého praktického lékaře a ten je mimopražský a najednou jste v neřešitelné situaci, kdy vlastně není partner, kdy není druhý lékař na druhé straně, který by vám mohl s tím pomoci.“*

V první řadě možnosti proberou s pacientem, s rodinou a současně je zkontaktují se sociálním pracovníkem. U preterminálního pacienta dostane rodina kontakt a kontaktují sociálního pracovníka sami. **Martina**: *„Pak je zpětná vazba od sociálních pracovníků, kde se dohodneme na formě zprávy, nebo jak to udělat, aby ten člověk z toho měl profit.“*

- **Komunikace**

Ústřední tématem praktické části diplomové práce je komunikace. Ať už jde o hospitalizaci, diagnostiku, léčbu, terminální stádium, bez komunikace nelze existovat. V onkologii je komunikace mnohdy náročná, neboť je potřeba sdělit smutné zprávy.

I přes to, že personál je proškolen a má zkušenosti, praxe přináší situace, na které se vždy nelze připravit.

Věra: „Máme přístup do veškeré dokumentace, takže jsme zvyklí hlídat jejich indikace, někdy je potřeba je trochu doplnit, tak lékaře k doplnění vyzveme. Např. když má pacient ředění krve, a nemá tam lékař poznámku, že bude nutno zajistit aplikaci injekcí pacientovi v domácí péči. Nebo např. hlídat cukr, tak tam doplní, aplikaci inzulínu.“

Věra: „Na každém oddělení si tu spolupráci s lékaři vytváříte a ta pracovnice by měla být součástí toho týmu a je úžasné, pokud ji ten tým bere a ctí její pozici a ví, že ona, když řekne prosím dopište v propouštěcí zprávě, prosím dopište tam..., že to nedělá ve zlém, ale aby v domácí péči mohli něco na pojišťovnu vykázat.“

Jak uvádí **Marie**, onkologičtí pacienti vyžadují větší pozornost. Je důležité si uvědomit, že jde o pacienty umírající, že jde o jejich poslední dny a není čas na chyby. „Ano, je to tak. Hlavně je to citlivé téma a ta pokora tam je důležitá. Samozřejmě se snažím chovat ke všem pacientům rovně. Je to tak, jak s nimi jednáte. Vidíte nějakou odezvu a ta odezva je taková, jak si to nastavíte. Takže se vždy snažím nějakým způsobem tu situaci odlehčit, i tou mluvou. Nemůžu něco nařídit, přikazovat nebo jednat způsobem, který by nebyl pro tuto stranu přijatelný.“

Marie přesně popsala, jak se o pacientovi dostanou informace k ní. „Dozvíme se o nich tak, že nám lékař pošle sdělení nebo přes konziliární požadavek. Napíše stručně o co se jedná. Já si udělám kartu, kde mám označený kontakt na pacienta, případně na rodinu. A poté se už s nimi domlouváme přímo na dalším postupu, případně jestli mají požadavek, abychom to my někam přeposlali. Já si to poznačím. Potom jedná ta homecarová služba, nebo je potřeba vybavit návrh na přijetí do zařízení, do kterého pacient jde. Potom intervenuju, jestli mají místo, případně na jaké to je cestě.“ Příprava takového pacienta do domácí nebo následné péče vyžaduje nějaký čas. My se ptáme lékaře, jak dlouho tu ten pacient může být, případně jakou mají představu, kdy by měl být přeložen. Pokud řeknou druhý den, to se zvládnout nedá. Musím napsat více návrhů a rozeslat to do těch zařízení, proběhne nějaká komunikace a na závěr zapíšu všechny důležité informace do karty pacienta, podle situace.“

Hanka dodává: „Většinou to je od konzilia, od lékaře který mi pošle zprávu, že je potřeba zajistit sociální šetření, nebo následnou péči, nebo také u pacienta, který by byl třeba k propuštění a nemůže být propuštěný jen tak bez ničeho. Je potřeba, aby se u něj něco zajistilo. U onkologického pacienta, tam bude specifické hodně i s tou rodinou komunikovat a zjišťovat asi podmínky, protože ti pacienti většinou teda půjdou domů a jsou v ambulantní péči, anebo když bude ukončena nějaká léčba, anebo jsou teda odeslány žádosti někam do těch zařízení.“

Hanka a Jana odpověděly na otázku jak se k nim dostanou informace o pacientovi: „Bud' přímo třeba pan doktor volá, je potřeba zajistit, budu vám volat. Ale nejvíc přes ten program.“ **Jana:** „Od ošetřujícího lékaře se dozvím, že pacient potřebuje něco řešit a nemusí to být jenom hospicová péče, já mám zkušenost i na plicním oddělení. Volají mi například i ohledně finančních dávek. My se všechno dozvíme z toho počítačového systému a potom jdeme na ty pracoviště, mluvíme s pacientem a mluvíme s lékařem.“

Autorku zajímalo, jestli si pacient může vybrat do jakého zařízení chce umístit.

Marie: „Říct si mohou, ale nemusí to být proveditelné. Někdy se to musí vyřešit jiným způsobem a vést ten dialog. Můžeme se domluvit i po telefonu, v době Covidu to ani jinak nešlo. Řeší se to potom v součinnosti – lékař, pacient, rodina a já.“

Zajímalo ji rovněž, jak se Marii a Hance komunikuje s lékaři a jaké prostředky využívají.

Marie: „Nechodím na vizity, ale každá nemocnice to má jinak. Spíše spolupracuji, jdu přímo za lékaři. Například na dětské klinice jsem byla zvaná, ale opravdu záleží na pracovišti. S lékaři ale pravidelně mluvíme. Takže komunikace s těmi lékaři probíhá, jak osobně, tak přes telefon, počítač. Ano, kontakt s nimi je na denním pořádku, bez toho to nejde.“

Jak se sociální pracovnice cítí ve spolupráci s lékaři? **Hanka:** „Zatím to funguje. Když něco nevím, tak si voláme, ale vidím že to funguje, spolupráce. Takže asi tak, maximálně někdy je třeba větší tlak na lůžko, že je potřeba, aby ten pacient to třeba nejdříve opustil a šel někam jinam. Ale to je asi standartní, protože prostě nemůžete být na akutním lůžku moc dlouho. S lékaři se většinou spolupracuje dobře. Máme stejný zájem, stejný cíl, o ty pacienty prostě aby bylo postaráno, aby zbytečně neleželi a mohli být už dávno doma.“

Komunikace s lékaři tedy funguje přes počítač, telefon, nebo osobní návštěvou na oddělení. Nové pacienty mají každý den. **Jana:** „*Já si myslím, že záleží i na oddělení. Sice bych měla komunikovat výhradně s lékaři, protože vždycky tuhle péči indikuje lékař. Na plicním to tak funguje. Tam povětšinou komunikuju jenom s lékaři. Až když se potřebuju dozvědět nějaké podrobnější informace o pacientovi, tak to jdu za sestrami. A na chirurgii zase hlavně komunikuju se sestrami, protože tam lékaři jsou většinou na sále, takže tam nemají na mě tolik prostoru jako na plicním oddělení.*“

Pokud lékaři chtějí komunikovat se sociální pracovníci, nebo chtějí dát informaci o tom co by pro svého pacienta po domluvě s rodinou nebo s ním chtěli, jaký je postup oslovení sociálního pracovníka? Zadájí požadavek do počítačového systému, telefonují? Jak lékaři řeší komunikaci se sociálními pracovníky?

Jan: „*Formálně vzato, asi by to šlo vyřešit jenom při předání do systému. Já upřednostňuji rozhovor, že si myslím, že některé věci se daleko lépe říkají v rozhovoru. Zadáám do počítače, kde musím strukturovat medikaci kterou pacient má, mít shrnutou epikrízu a potom mluvím osobně se sociálním pracovníkem.*“

Jan: „*Je důležité mluvit také o pacientovi a o rodině, o pocitech které člověk má. To se špatně píše do dokumentace. Po lidské stránce je tohle mnohem lepší. To je první věc. Komunikujeme opravdu podle potřeby. Čili jsou tam situace, kdy se to opravdu kumuluje, takže se těch případů najednou vyskytne víc a pak se vydáme až tak často, že se na sebe skoro netěšíme. Potom jsou situace, kdy se nám po sobě navzájem stýská a musíme probrat co se jak událo a pak děláme pacienty. Je to opravdu nepravidelně. Naštěstí, protože to pak znamená, že ta naše péče je jen kurativa a ne úplně terminální péče.*“

Vyhovuje jim spolupráce? **Jan:** „*Kudy chodíme, tudy chválíme a chválili si všichni. Máme štěstí veliké, převeliké. Aspoň já to tak vnímám. Co se týče mě osobně, tak je to osoba která mi lidsky sedí a tím pádem ta komunikace běží o to snáz, máme podobný hodnotový žebříček.*“

Jakou péči běžně zajišťuje pacientům **Martina:** „*Home care, domácí hospic, nebo kamenný hospic.*“... „*Pokud ještě něco potřebují, to oni už si spolu vyříkají,*

protože ona jim poskytne poradenství, na co mají nárok, co je vhodné, jakým způsobem, nebo kde to řešit. “

Martina hovořila rovněž o zpětné vazbě, kterou někdy dostanou. *„Jenom někdy, třeba od domácího hospicu. Ti pošlou závěrečnou zprávu, to je jediné, kdy se to dozvíme, jinak ne. Je to mínus, ale nejsme schopni to odstranit. Podobně to mají sociální pracovníci, také nedostávají pravidelnou zpětnou vazbu, pouze náhodně. Jediné co se můžete dozvědět, když porovnáte pacienta v registru oproti registru VZP, nebo pojišťovny, kdy je pacient vyřazen, když zemře. To je jediné co můžete zjistit sama. Pokud je pořát v registru, tak to znamená, že žije. “*

Jakým způsobem komunikuje **Martina** se sociálními pracovníky? *„PC systém, kde musíme napsat konzilko, ale běžné je, že člověk zvedne telefon a hezky poprosí a vyřeší to tímto způsobem. “* Chodí do ambulance sociální pracovník? *„Na lůžka chodí běžně, ale na ambulanci nechodí, na to nemá čas. Zastaví se jenom když chce, když něco řešíme a přijde říct, že se to podařilo, když jde z lůžek zpátky, tak se zastaví. Je sociální pracovník zván na nějaké semináře? „Bylo by to ideální, nicméně máme jich tak málo, že už by to bylo pro ně přebytečná zátěž. I když by se dozvěděli o řadě těch lidí dříve, ale nejde to. Oni chodí speciálně po těch lůžkách a vlastně musí odebrat sociální anamnézu, musí se dozvědět, když to ten lékař navrhuje, nebo požádá o sociální šetření, tak vlastně ten terénní pracovník to musí nějakým způsobem fyzicky vyřešit, jít za tím člověkem a domluvit se. Takže nesedí ve své kanceláři, ale chodí po celé nemocnici, po celém areálu. “*

- **Neziskové organizace**

V teoretické části práce je popsána spolupráce sociálních pracovníků s neziskovými organizacemi a nadacemi. Autorku zajímalo, jak tuto spolupráci využívají respondenti.

Jana: *„já jako tady úplně jsem to zatím nevyužila, ale jinak vím že v té Vinohradské nemocnici, že jsem třeba využívala dobrovolníky v domácnosti. Krása pomoci a dobrovolníci. Dnes nejsem schopná úplně říct svůj názor a nebo pro pacienty, kteří jsou třeba psychiatricky nemocní a potřebují péči doma, tak jsem byla v komunikaci jakoby s nimi. “*

Hanka má většinou pacienty, kteří jsou finančně zajištěni, takže jim nedoporučuje nadace. „Dobrý anděl, tak jako sice ano, oni dávají peníze i jako lidem, kteří vlastně nemají výdělky, ale já jako většinou mám pacienty spíše starší. Jsou většinou finančně zajištěni, nebo starší, neřeší děti a rodinu.“

Věra: „Využíváme málo, pokud pacient chce, tak předáme kontakt, ale to minimálně. Dáme kontakt i na sebe, to děláme všechny. A oni se nám kdyžtak ozvou. Pomůžeme jim.“

Marie: „Já nadace nevyužívám, my tady poskytujeme kompletní pomoc i poradenství, to oni si asi vyhledají sami.“

Ve fakultní nemocnici nevyužívají pomoc nadací moc často, jsou schopni podat pacientům poradenskou pomoc. Pokud pacienti potřebují, pomohou jim i pokud jsou již doma, nebo v následné péči, dávají dle potřeby na sebe kontakt.

7.2.3 TÉMA Č. 3 KVALITA ŽIVOTA

Nejen téma žití samotného, ale i téma kvality života je v onkologii diskutováno. Lékaři se snaží najít pro pacienty vhodnou léčbu, rovněž však musí vědět, kdy už byly možnosti vyčerpány a spolu s pacientem a jeho rodinou musí udělat nelehká rozhodnutí v zájmu zachování kvality života pacienta i jeho klidného odchodu. Často diskutovanými tématy byla „smrt“, „hospic“ a „terminální stádium“.

- **Smrt**

O smrti se na onkologii hovoří poměrně často. Každý den s ní lékaři bojují. Jsou nadšeni, když přijde nový druh léčby a oni ji mohou pacientům nabídnout. Každý den musí oznamovat špatné zprávy. Jejich přístup k práci je na vysoce profesionální úrovni. Pokud chtějí dál dělat svoji práci, musí se na smrt povznést, také z toho důvodu, aby mohli v oboru pracovat a nevyhořet. Onkologii vnímají respondenti jako obor, který má co nabídnout 95% pacientů a za posledních deset let se toho mnoho změnilo. Onkologie je obor, který se velmi rychle posunuje kupředu a pro lékaře je úžasné u toho být. Ve chvíli, kdy se dostane pacient do terminálního stádia, může pro něj být pobyt na akutním lůžku na onkologii trápením. Je důležité zjistit přání pacienta a rodiny a prostřednictvím sociálních pracovníků zajistit pacientův přesun jinam.

Jan: „Je potřeba si uvědomit jinou dimenzi péče o umírající pacienty, potřebuje ošetrovatelskou péči daleko intenzivnější a bude tam daleko spokojenější než na standardním lůžku, standardní lůžko je akutní lůžko, které je dimenzované na jiný typ péče. Čili je tam vícero důvodů proč je vhodné tuhle péči uspišit, protože v případě kdy se nakumuluje víc pacientů, kteří jsou opravdu na rovinu hospicovní, tak je to neuvěřitelná zátěž pro sesterský personál. Je to jistě i poměrně náročné pro lékaře, protože jim dorůstají poměrně značně nároky na komunikaci, která s rodinou v tomhle ohledu musí být. A tam se zpátky dostáváme na dimenzi péče, kterou máme k dispozici. Tyhle věci se musí sdělovat poměrně do hloubky a ta rodina musí doznát, že už nastal ten čas. V tomhle ohledu jsou daleko zkušenější právě pracovníci v hospicích, protože to dělají tak rutinně.“

Někteří pacienti si přejí zemřít doma. Pokud je rodina na tuto situaci dostatečně silná, nebo pokud to chtějí alespoň zkusit, sociální pracovníci jim pomohou se zajištěním ošetrovatelské služby i všech pomůcek. Poradí jim se vším, předají je spolehlivé agentuře a po celou dobu jsou připraveni pomoci.

Věra: „Jsou sestry, které doprovázejí pacienty v době smrti a těm rodina zavolá v noci a ona sedne do auta, je s nimi celou dobu toho umírání, nebo těsně po úmrtí člověka a podpoří rodinu a je s nimi v té situaci, těžkých chvílkách. A to klobouk dolů, nezvládla bych ani měsíc její práce. To umí jenom někdo. Jsou to obětavé a šikovné holky.“

Pokud rodina situaci nezvládá, umí ve fakultní nemocnici zajistit vše tak, aby pacient jel z domova rovnou do hospice.

Věra: „Může zemřít místo doma v hospici. Tam jim z domovů dávají přednost, zastaví příjmy z nemocnice a přijmou člověka z domu, protože chápou, že akutní potřeba je z domova. Proto je ta onkologie specifitější, že pacienty např. z ortopedie mám za pět minut hotové, objednáám jen rehabilitaci, ale u onkologického pacienta je to na delší dobu. Tady potřebuji, aby měli dávkovače na morfin, kyslík, vybavenost pomůckami, např. postel, pomůcky aby to pro rodiny bylo jednodušší, aby pacient měl nadstandardní péči a to už není za pět minut.“

Jan má rovněž přehled: „Existuje služba, která je k dispozici když rodinní příslušníci selžou. Jsou tam jako člen rodiny k dispozici i ve chvílích umírání jako podpora.“

Umí se profesionálně emočně odpojit. No a kombinací jsou domácí hospice, kde je k dispozici 24 hodin denně 7 hodin v týdnu lékař, je pochopitelně schopný měnit medikaci a upravovat to podle aktuálních potřeb. Ale pořád tam zůstává vlastně ten komfort toho, že člověk umírá v domácím prostředí obklopen svými blízkými se kterým chce žít a má zajištěnou potřebnou péči.“

Jan: *A co LDN? „Jde tam především o dimenzování zařízení. A dostáváme se k tomu pocitu spokojenosti nebo pocitu kvality života, či umírání. V případě kdy vlastně umírající pacienty odsuneme na LDN, kde mají jednu sestřičku, která je ani nepohládí po ruce, tak je kvalita života nulová, tam čekají na to než umře. V případě kdy jsou pacienti v ošetrovatelském zařízení, kde vlastně ten ošetřující personál je na ně dimenzovaný, tak že tam s nimi může probrat co je potřeba, ale tím se zase dostáváme obecně k tomu, že systém následné péče v České republice má co dohánět oproti jiným zemím. Je to takový kočkoves. Teď byla kapacita lůžek vynášena do nebes, protože díky tomu jsme jako zdravotnictví neskolabovali (v období covid-19). Ale není to pojato úplně nejvhodnějc, protože ta lůžková kapacita je jedna z nejvyšších, ale jsou to akutní lůžka.“*

„Chybí nám daleko propracovanější systém následné péče, který by ty lidi dělal daleko šťastnějšíma, protože část těch pacientů kteří jsou hospitalizováni jsou chroničtí pacienti o které by se mělo pečovat úplně jiným způsobem.“

„Tady se zpátky dostaneme k penězům. Ti co do tohoto systému přispívali se můžou dostat do situace, že tu pomoc budou potřebovat. A mají pochopitelně nárok dožít šťastně.“

- **Hospic**

Hospic byl často skloňovaným slovem během hovorů s respondenty, proto je sem téma zařazeno.

Jan hovořil o několika možných scénářích pro pacienty v terminálním stádiu, i o volbě rodiny. *„Pochopitelně je tam možnost kamenného hospice, kde samozřejmě pacient má soukromí, na pokoji je sám, může tam s ním přespát jakýkoliv člen rodiny. Mají tam program, který je uzpůsobený právě umírání. Další věc je, že se specializují přímo na to konečné stádium života, takže tím pádem ty techniky zvládají, jako každý kdo něco dělá rutinně a denně. Velmi specifická činnost a jsou tam na to i personálně i prostorově*

přizpůsobení. Další možností je zařízení domácího hospice, případně ošetrovatelské služby v domácím prostředí, kde jim to pochopitelně vyhovuje víc, ale potřebují tam pomoci s tou základní péčí a je potřeba si uvědomit, že přestože v sobě máme zabudováno to, že o svou rodinu bychom se měli postarat, tak v těch konečných stádiích života to může být občas nad lidské síly a když to dokážou tak jsou obdivuhodní. Nicméně nejsou zavrženíhodní ti, kteří v tom selžou a úplně to nezvládnou.“

Na otázku, zda lékaři mají nějakou zpětnou vazbu o stavu pacientů, kteří jsou převezeni jinam v terminálním stádiu **Jan** odpověděl: *„Za času, co se ještě chodilo, tak byly i konference, které se pořádaly přímo v hospici. Další věcí je, že zpětnou vazbu máme právě prostřednictvím sociálních pracovníků a pochopitelně rodina s námi komunikuje, takže tu informaci vlastně máme přenesenou i od rodinných příslušníků, jak se vlastně vyvíjí pacient. Poté co jsme ho předali do další péče, plus pochopitelně občas zajdeme navštívit hospic. Někteří pacienti přežívají překvapivě dlouho, což je samozřejmě velice velice milé překvapení. Neznamená to, že by to bylo špatné rozhodnutí, ale prostě život trvá tak dlouho jak má.“*

Jan byl dojat, když popisoval setkání s některými pacienty v hospici.

Jana hovořila o její zkušenosti s domácí péčí, která je skvělá. Rovněž o rozdílech mezi mobilním a kamenným hospicem *„rozdíl mezi mobilním hospicem a domácí péčí je, že mobilní hospic se doplácí, kdežto domácí péče je zdarma. Z mojí zkušenosti vím, že máme výborné domácí péče.“*... *„Ale jsou i hospice, které udělají výjimku a vezmou i pacienta bez finančních prostředků. Jinak mezi normálním pacientem a člověkem na hospicu, který potřebuje paliativní péči je rozdíl, protože u těch „normálních“ pacientů bych řekla, že je to rychlejší. Tam se většinou překládá na lůžka následné péče jako LDN nebo se překládá na rehabilitace a tam je to někdy i do druhého dne a ode mne už nepotřebuje nic jiného.“*

Marie: *„Těch zařízení pro onkologicky nemocné pacienty není tolik. Jsou domácí zdravotní péče, hospicové péče, a to je skoro vše. V Praze máme dva hospice, jinak jsou různě po České republice, třeba v Litoměřicích. Je to dost omezené. Myslím si, že by tady mohlo být těch zařízení více, těch pacientů stále přibývá.“*

Hanka: „*Jo tak v tom hospici je to takový specifický, že se staráte o toho pacienta i o tu rodinu. Od prvotního záchytu, když je to ten klient, a mají zájem dostat se do hospice, takže nějaký podávání informací. Taky psychická podpora. Anebo potom v průběhu, kdy ten pacient je přijat, takže všechno okolo toho pacienta, nějaký sociální šetření. Jak to vypadá s ním doma, jak spolu fungují a podmínky toho pobytu a důchody, příspěvky na péči a tak.*“

Jan občas navštíví hospic, kam odesílá pacienty: „*Někteří z nás hospice navštěvují. Je to takový opravdu zvláštní pocit, když mě provázeli po hospici a teď tam byli pacienti, které člověk sám indikoval k pobytu. Není to tak, že bychom tam obcházel všechny. Pocit je to opravdu zvláštní. Je to známka toho, že je to tím správným směrem.*“

- **Terminální stádium**

Jak pracovat s pacientem v terminálním stádiu. Z pohledu lékaře je pro takového pacienta pobyt na akutním lůžku „trápení“. Ošetřující personál nemá časovou kapacitu na to věnovat pacientovi tolik pozornosti, kolik si zaslouží, nebo lépe řečeno, kolik potřebuje. Jde o pacientovy poslední dny života, proto mu lékaři, sociální pracovník i rodina pomáhají najít to nejlepší řešení. Jak bude uvedeno v dalších kapitolách, je zde velice důležitá kvalita komunikace. Komunikace je častým tématem výzkumné části diplomové práce.

Věra: „*Pokud je to pacient v terminálním stádiu, tak mi to lékař napíše, tady tudy už léčit nebudeme, s rodinou to vše domluví a rodina nějak reaguje. Pokud si vezme rodina pacienta domů zemřít, tak děláme celý balíček služeb anebo potřebuje hospic. Lékař řekne, co si představuje, že my můžeme pro pacienta udělat.*“

Jan popisoval, jak je náročná péče o pacienta v terminálním stádiu a jak málo času má ošetřující personál na akutním lůžku. „*Tak jsou i dimezovaná, z hlediska péče o pacienty i z hlediska toho kolik času má na ně ošetřující personál, protože pochopitelně pacienti v terminální stádiích vyžadují daleko intenzivnější ošetrovatelskou péči a na akutním oddělení na ně nemá personál tolik času, což je stresující pro ošetřující personál. Je to pochopitelně stresující i pro samotného pacienta, který vlastně pak se cítí na obtíž. Takže je prostě potřeba počítat s tím, že v konečném stádiu života ten člověk potřebuje víc času na to, aby někdo tam byl s ním v posledních chvílích a to pochopitelně vyžaduje*“

daleko víc obsazení personálu vůči počtu pacientů než řekněme ta akutní péče, kdy se tam provede pár úkonů a posléze není potřeba, aby u toho pacienta někdo byl, což není případ typický umírání.

Protože vlastně tahle situace by měla být nastavena tak, že pokud už situace dospívá k tomu, že by pacient měl být v režimu, kdy už se o něj pečuje v paliativním režimu, tak by už takto zajištěný být měl a neměl by skončit na lůžkovém oddělení jenom s tím, že něco napíšeme do plánu péče a sociální šetření, to je vlastně ne úplně hezká vizitka toho, kdo léčil pacienta.“

Sociální pracovníci i lékaři samozřejmě řeší i vykazování jednotlivých položek pojišťovně. Pojišťovny pečlivě hlídají každou položku, každý kód, který si zdravotníci vykazují, ať už ve zdravotnickém zařízení, nebo u pacienta doma.

Věra: *„Protože když chceme třeba terminální péči, pojišťovna je na to obzvlášť háklivá a opravdu sleduje kódy výkonů a časy sester a když ty sestry v tom terénu běhají a tu práci opravdu pro nás dělají, tak si nezaslouží, aby pak pojišťovna zpochybňovala výkony, které jsme neindikovali a zároveň víme, že nějaká káva nebo zalévání kytěk se tam nenapíše. Aby my jsme nějak poděkovaly, aby měly jeden výtisk propouštěcí zprávy, aby se měly čeho chytit a aby tam měli ty indikace.“*

„V domácí péči je jisté specifikum u onkologických pacientů. Standardně může lékař napsat takovou péči na 14 dní – chtít rehabilitaci, inzulíny, kapačky, všechno možné co je potřeba. Může dávat pacientovi v terminálním stavu. To si pojišťovna hlídá. infuze, rehydratace, nesmí podávat nic co by mohlo vyvolat anafylaktický šok, kde by musel být lékař. Může podat fyziologický roztok, Torekan proti zvracení atd. Může brát odběry, krev, donést do laboratoře. Může s praktikem a s naším lékařem konzultovat stav kdy chce, ale u onkologického pacienta to může indikovat i ambulantní doktor, což ostatní ambulantní pacienti tu výhodu nemají.“

„Když je pacient v terminálním stavu, tak může ambulantní lékař tu domácí zdravotní péči taky indikovat, po celou dobu péče, která je v tom bytě vykonávána, nejen na 14 dní, ale musí ten člověk být v terminálním stavu. To si pojišťovna hlídá. A tam můžeme ty poukazy podepisovat přes naši ambulanci.“

7.2.4 TÉMA Č. 4 MOTIVACE

Motivace k činnosti je zajímavým tématem jak v oblasti zdravotně sociální práce, tak oblasti onkologie. Samotná motivace ovšem nestačí, je potřeba ji udržet, posilovat a rovněž pravidelně ověřovat, jestli se v životě jedince nestalo něco, s čím by si nevěděl rady. Podtématy této části práce je „supervize“, „vize“, „energie“ a „covid-19“.

- **Motivace**

Motivace k práci respondentů se prolínala i s jinými tématy. Marie vidí ve své práci jisté poslání. Věra má ráda, když věci fungují. Jan je nadšen onkologií. Martina vidí v onkologii budoucnost.

Marie: „Já vím, že nějakou tu energii do toho musím mít, abych to dělala takovým způsobem, jakým to dělám. Je to člověku dané. Já nepotřebuju někoho, kdo by mě a moje ego nějak podporoval nebo mi říkal – měla bys to dělat tak a tak. Zajdu si za pacientem, jeho rodinou. Něco je lehčího, něco je těžšího, záleží případ od případu. Člověk v tom nějak pluje.“ „Já si říkám, že žijeme nějaký život, kde jdeme po určité cestě. Někdo jde přímo, někdo si nabíhá. Vždy když si na něco nebo na někoho naběhnete, tak zjišťujete, že takhle to mělo být. Nemuselo to být to pravé, ale vždy si něco uvědomíte a jdete dál svojí cestou a dostáváte se ke svému cíli. Život je zajímavý a musí se žít. Každý, koho v životě potkáte, je Váš učitel. Já jsem prošla 16 zaměstnání. Třeba mi to nesedlo. Nevěděla jsem, jestli to chci dělat, ale dovedlo mě to až tady k tomu.“

„Je to náročné na psychiku. Nejvíce vyčerpávající je oddělení sociální pro ochranu dětí. Když se jedná o děti, tak je velmi důležité neudělat krok špatným směrem. Jdete třeba k soudu a zastupujete tam zájmy dítěte. Ale je pravda, že pokud se jedná o nějaký složitější případ, tak o něm přemýšlím i doma, jestli to jde. Tady to zvládám bez nějakých větších problémů.“

Jan vidí onkologii jako obor, který se naprosto úžasným a dynamickým způsobem rozvíjí, „takže v tomhle ohledu je strašně sexy a je krásné u toho být. Kdybych to vzal z ohledu té fyziky, kterou jsem učil, je to jako být fyzikem ve dvacátých letech dvacátého století, kdy se prostě naplno rozvíjela kvantová mechanika, jaderná fyzika, kdy se opravdu děly věci. Je to takový že vlastně za tu profesionální kariéru se tam člověk dočká prostě bouřlivých změn, což je úžasné. A to jak současné technologie umožňují při radioterapii,

tak bezpochyby u systémové léčby, protože pochopitelně nové cílené prostředky, kdy se objeví molekula a léčba najednou může být úplně jiná. Tak je vzrušující a to je něco co člověk jakmile jednou zachytí tak pak už je okouzlen událostmi a nedá se v tom nežit. To není určitě obor ve kterém by stagnoval a nudil se.“

- **Supervize**

Zdravotně sociální pracovníci by měli mít nárok na supervize a komunikaci s psychologem. Jaká je realita, mají tuto možnost?

Věra uvádí, že má možnost je využívat a využívá je, pokud má těžší případy. Využívá hlavně ústavní psycholožku „využívám to, když si chci být jistá, že jsem neudělala chybu, že jsem to udělala správně. Všechny příběhy manželovi říct nemůžu. Jsou to krátké supervize. Nemocnice je v té sociální práci hrozně fajn, protože je to tady od všeho trošku. Od porodnice, lidí na drogách, přes všechny diagnózy, typy pacientů, děti až dospělí, zemřelé, hledání rodin, sociální pohřby. Bezdomovci, týrané děti, co člověk to jiný příběh, to se mi na mé práci líbí.“

Sama **Věra** působí v nemocnici jako „peer“. Jde o program péče a podpory zdravotnickým pracovníkům - strategii zvládnání psychicky náročných profesních situací. Tento vzdělávací program nabízí svým zaměstnancům některé nemocnice fakultního typu. Program je určen zejména pro všeobecné sestry, dětské sestry, porodní asistenty, sociální pracovníky, zdravotnické záchranáře a psychology ve zdravotnictví. **Věra:** „Zaměstnanci se na nás obrací, máme také krizovou intervenci, pokud je zdravotník v nějakém presu, těžké situaci, mám pohotovostní telefon a může mi zavolat. Na to mám výcvik, zakončený kolokviem.“

„Krizový intervent (psycholog, sestra, sociální pracovník) se volá i na oddělení, např. když zemře dítě a rodina kolabuje, jsou ve stresu, sestry zavolají krizového interventa, protože nemají prostor věnovat se jen rodině.“

Hanka využívá pomoc kolegyně Věry, když si s něčím neví rady a není si v nějaké situaci jistá. Nejraději je za dobrý kolektiv, který jí v podstatě pomáhá jako jistý druh supervize a intervence. „Většinou ráno, když se sejdem a probereme, co se stalo a kolegyně které

jsou jakoby děle, tak třeba poradí s tím, co potřebujeme. A taky je možný využít kolegyni jako peera, je jich víc po nemocnici a máme je k dispozici.“

Jana supervize nevyužívá, má již mnohaletou pracovní zkušenost, ale o peerech ví. Zná tuto pomoc již z jiné nemocnice, kde mnoho let působila. ... *„supervize úplně ne, ale fungují tady peeři v nemocnici. Nejenom tady, ale i třeba v té nemocnici, co jsem pracovala. Víím, že to bylo hojně využíváno pracovníky v době covidu, kdy té práce bylo strašně moc, hodně lidí umíralo a bylo to těžké pro sestry se s tím srovnat, protože kolikrát se dostaly do styku se smrtí i lidi na odděleních, kde to normálně není. Třeba na plastice. Já jsem peery nevyužila teda ani jednou, ale víím, že tady jsou, kdybych je potřebovala.“*

Stejně jako Hance i Janě pomáhají ranní sezení na pracovišti.

Jana: *„Každý den se tady s kolegyněmi scházíme, a když je nějaký problém, tak si o něm tady v rámci kolektivu řekneme. Dozvíím se třeba, jak bych to mohla udělat. Jinak já mám relax doma a někdy si popovídám i s manželem o některých věcech. Mám zázemí rodiny a nepotřebovala jsem to zatím nikdy. Musím zařukat.“*

I **Marie**, která má služby jen občas, vzhledem ke svému věku (71 let), vnímá situaci podobně jako její kolegyně: ...*“Ano, máme vedoucí, ta je hrozně hodná. A jsou tu i kolegyně. Pokud je nějaký problém, tak ho společně vyřešííme. Sejdeme se, a řešííme to. Máme i takové porady. Ta vstřícnost tady je. žádnou supervizi nevyužívám, to ne, já si to zpracovávám jen s kolegyněmi. Tu praxi už mám dlouholetou a dovedu si nějak poradit. Každopádně ta možnost tady v nemocnici je.“*

- **Vize**

Sociální práce přispívá k řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám či komunitám k sociálnímu uplatnění a pomáhají utvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Základním východiskem sociální práce je její etická dimenze. Sociální služby jsou poskytovány občanům, kteří je potřebují vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nebo věku a kteří bez pomoci společnosti nemohou překonat tíživou životní situaci. (Matoušek, 2003)

Každý z respondentů si uvědomuje svoji vlastní odpovědnost za práci. Z rozhovorů bylo poznat, že o svém povolání uvažují v širším měřítku, že přemýšlí i o budoucnosti.

Je pro ně důležité budovat i upevňovat vztahy. Ať už jsou to vztahy s kolegy, nebo s klienty. Autorku zajímalo, jestli mají nějakou vizi do budoucna, jestli by chtěli svoji činnost nějak změnit, zlepšit, zefektivnit.

Věra uvedla svoji představu o zefektivnění práce: „*Možná by mi mohli lékaři posílat pacienty dřív, nebo víc ambulantní pacienty.*“

Na dotaz **Jana** odpověděla, že se snaží věci, které by mohli pomoci zefektivnit její práci řešit hned. „*Vždycky, když mám něco na zlepšení, když třeba chci, aby mi některé pacienty hlásili dřív, tak se domluvím s těmi odděleními a řeším to rovnou. Ale nemyslím si, že by bylo potřeba něco zlepšit. Jsem spokojená s tím jak to teďka funguje.*“ To co jí ale chybí a ocenila by, kdyby: „*...třeba šla na nějakou přednášku, jako jsem chodila na Všeobecné fakultní nemocnici. To bylo super. Dostanete úplně jiný náhled na danou situaci, můžete jednat jinak. Všechny tyto informace Vám rozšíří pole působnosti.*“

Hanka, která je v nemocnici krátce, nebyla schopna ještě situaci objektivně posoudit. Má pocit, že je spolupráce na jejích klinikách dobře nastavena a proto se nyní bude snažit na to navázat. Co jí ale hned napadlo, byla problematika nedostatku sester na odděleních z důvodu chybného vzdělávacího systému, který nutí sestry studovat šest let. „*Určitě. Ale už jakoby i na středních školách. Taky to vrátit do starých kolejí kdysi kdy sestřičky vystudovaly čtyři roky oboru a byly to sestřičky. Teď za 4 roky jsou to jenom ošetřovatelky, takže je to dost času a pak chybí sestřičky všude. Ony teďka musí ještě dodělat si dva roky, takže 6 let studia. To už můžou rovnou dělat medicínu.*“

Hanka rovněž zavzpomínala na dobu před covidem: „*Chodili jsme na různé konference nebo takový odborný semináře. Já jsem teď dostudovala, takže toho mám zatím dost, ale do budoucna se tomu nebráním.*“ „*Jinak dobré skutky člověk asi přitahuje, než dojde do práce tak mi spousta lidí řekne svůj příběh, že je naočkovaný atd., asi to přitahuju.*“

A co na to respondent **Jan**? Jak on vidí včasnější odesílání pacientů zdravotně sociálnímu oddělení, myšleno včasněji než v terminálním stádiu. „*Výborné téma. Ono samozřejmě to načasování je do určité míry svízelná záležitost a já v tomhle tom ohledu chápu onkology, že to tam určitý čas potřebuje. Ono to má několik dimenzí. Za prvé, musí do toho dozrát samozřejmě ten ošetřující lékař, což zase závisí na zkušenosti z druhé strany pochopitelně. Na lůžkovém oddělení jsou lékaři, opravdu velmi mladí lékaři, čerstvě po*

absolvování, schopnosti a zralost u kolegů mě až překvapuje, úžasní mladí lidé, od kterých se mám co učit. Ale zase zpátky k rutině, kterou člověk prostě získá tím že něco dělá delší dobu a to pořád s tou samou paní – myšleno zdravotně sociální pracovníci. Druhá věc je to, že kdo musí dozrát, je pacient. Plus pochopitelně pacientova rodina, která se nedá úplně oddělit. Je to věcí rodiny jako takové. O svém životě samozřejmě rozhoduje pacient. To je obecná pravda, kdy bychom šli na dohadování se na právní úrovni, ale takhle to zase v praxi úplně nefunguje, protože rodina v té situaci hraje poměrně klíčovou roli. I s ohledem na to, aby pacient byl v maximálním možném komfortu. Čili tohle je další aspekt.“

***Jan:** „Určitě je potřeba vlastně si dělat svoji práci a tím že si člověk dělá svoji práci, tak bychom měli být lékaři těch akutních lůžek a jako lékaři akutních lůžek bychom toto měli pak přesouvat už k těm dalším následným zařízením, které by měly pečovat v této úrovni.“*

Co by na spolupráci doplnila, nebo zlepšila **Martina:** *„Hlavně pacient a rodina si to musí připustit, že bude tahleta situace, kdy budou potřebovat sociální pracovníky, že se dostanou do situace, kdy tu péči nezvládnou. Máme řadu pacientů, kteří se hrozně „kasají“, všechno zvládneme do konce a podepišou, že nechtějí, nepřejí si, zvládnou to všechno s domácí péčí, za dva dny je tady máme, že to nejde. Je to velmi těžké předvídat, u té ambulantní složky je to ještě o to složitější. Z 90% neznáte partnera, neznáte rodinu, ten člověk chodí sám. Takže je hodně těžký odhadnout jaký má zázemí. Jestli má rodina zájem. Až když vidím, že se to opravdu horší, že není schopnej to zvládnout, nebo není schopna to zvládat, v tu chvíli volám paní pracovníci a domlouváme se, že tam partner přijde a poradí se, co je možné v dané situaci. Bylo by potřeba těch sociálních pracovníků víc, aby nebyli přetížení. Že jsou přetěžování to není dobrý. Chybí tady jednoznačně ve špitále lůžka následné péče. Skutečně lůžka následné péče, kdy by ten člověk klidně mohl i měsíc ležet a sociální pracovníci by mohli vyřešit celou tu situaci a ne takhle briskně za pochodu teď hned. Byl by to rozdíl i pro ně, daleko komfortnější, než šilet, že teď hned to musí být. A také by se uvolnila lůžka tady a na interně, protože ty stavy, kdy ten člověk je PS3, PS4, tak nemůžete nechat doma. Musí být v lůžkovém zařízení. Pak je vám líto onkologických pacientů, kteří by léčbu zvládli komfortněji třeba za hospitalizace. Všechno teď chodí po nožičkách, protože musí. Takže my vlastně suplujeme tahle lůžka. Je to potom stresující pro zdravotnický personál,*

který nemá čas na pacienty. Naši mladí lékaři se dobře vyškoli v péči o terminální pacienty, protože pak nemáte lůžka pro opravdu kurativu. To je špatně, úplně. A mladí potom nemají představu, že onkologie není o umírání. Mladí lékaři, kteří nemají atestaci, tu představu nemají, tu budou mít, až budou sedět tady v ambulanci, protože pak uvidí, že třeba přidáte pět let, osm let, deset let, dvacet, čtyřicet let. Je tady co nabídnout, ten život je komfortní, byť třeba s různými omezeními, ale je to život. Někdy mám právě pocit, že se jim nedaří pochopit, že to není terminální záležitost. Že onkologie není konečná. Pro mě byla konečná takový cor pulmonale chronikum, to tedy kvůli tomuhle nechci dělat internu. Teď už je to lepší, ale když vám každéj druhej den přivezla rychlá dusícího se člověka, který potřeboval odvodnit, zkompenzovat, zase jel domů v pohodě a za dva dny tam byl znova. To je pro mě děsivá představa. Pro lidi v onkologii máme léčbu, ale musí mít trpělivost.

- **Energie**

Mezi podtémata patří rovněž odpočinek. Autorka se dotazovala, jak sociální pracovníci i lékaři odpočívají, čím si „dobíjejí baterky“.

Věra: *„Mám výhodu, že nejsem ten, do musí pacientovi oznámit jeho situaci. Mám výhodnější pozici, protože pacient i příbuzní jsou již předpřipraveni. Odpočívám doma, na zahradě, mám skvělé zázemí doma, s manželem, to mi pomáhá.“*

Marie: *„Ráda chodím na procházky, to musím. Miluji četbu, ale spíše odborné psychologické knihy. Takové knihy, kde si přečtete jednu stránku a musíte se nad tím zamyslet. Já nečtu čtyřicet stran najednou, skutečně se nad tím potřebuji zamyslet. Také ráda maluji, i když ty mé obrázky jsou takové naivní. Chtěla jsem dělat malířství, ale dostala jsem se tady k tomu. Člověk to má v životě nějak nastavené a dostane se tam, kam má, co je mu blízké.“*

Hanka: *„Já odpočívám doma s rodinou, taky ráda jezdím na venkov, nebo pracuji na zahradě, tam si odpočinu, vyčistím hlavu.“*

Jana: *„nejraději jsem doma , na zahradě. Máme pejsky, tak s nimi, s dětmi. Mám hodného manžela, ten mě vždycky vyslechne, uklidní. Mám zázemí.“*

Martina: „Mám radost když mám kolem sebe rodinu, mám hodného manžela, děti. V létě jezdíme do Francie, měníme místa, to je můj nej relax. Jinak na zahradě, nebo na chalupě, snažím se tam jezdit často. Mám vnoučata, tak i ty mi dělají radost. Mám ráda život.“

Jan: „Já jsem nejraději s dětmi, nebo si čtu. Teď tedy hlavně odbornou literaturu, před atestací, ale baví mě to. Vlastně cokoli dělám mi dobíjí baterky. Miluju i cestování s rodinou.“

- **Covid 19**

Jak se ukázalo, období covidu výrazně zasáhlo do životů všech respondentů. Změnilo jejich postoje, uvažování, udělalo nejednu vrásku na čele. I jejich práce se během pandemie musela poupravit, někde se věci ještě do normálu nevrátili. Ze všech respondentů při rozhovorech číselně radost z toho, že vše zvládli a mohou se nyní potkávat. Autorka vnímala jistou míru statečnosti a hrdosti, že i ve stížených podmínkách udrželi chod oddělení. Jak řekli, bez nich by spousta pacientů nemohla nemocnici opustit. Chod nemocnice by mohl být ohrožen kolapsem, kdyby zdravotně sociální oddělení vyřadilo provoz. Jak tedy komentovali respondenti tuto dobu?

Co bylo pro **Věru** jiné, obtížnější v době covidu-19 minulý rok? „hroutili se i ti, které znám 15 let a jsou to silné osobnosti. Když jsem je viděla brečet, měla jsem strach, co bude, pokud to tihle silní neustojí. Před patologií stály mrazící boxy, nebylo kam dávat mrtvé, to byla pro mne těžká doba.“

Jana: „Bylo to hodně rozdílné. Hlavně v tom, že i na těch odděleních, které normálně jsou zaměřeny úplně jinak, byli covidoví pacienti. Takže jsme s tím do styku přišli asi úplně všichni. Ze začátku to bylo takové, že jsme z toho všichni byli takový vyjukaný a měli jsme strach. Nebyli jsme ze začátku ještě očkovaní. Takže se řešil každý kontakt s pozitivním pacientem. A že jich bylo. Naštěstí jsem covid ani jednou neměla. Teď už jsem očkovaná. Řekla bych, že ten větší strach opadá s časem. Je to opravdu rozdílné.“

Marie: „Bylo to jiné. Už tím, že na Vás dolehne ta situace, která nastala. Média Vám sdělují, co se děje. Přestože to nechcete sledovat, tak se to k Vám nějak dostává. Já jsem tu pracovala celou tu dobu, s výjimkou jednoho měsíce. Bylo to ztížené, ale člověk to bral

tak, že všechno půjde dál. Nejde stagnovat na jednom místě. Přicházeli noví lidé a odcházeli do nových zařízení. Ztížené to bylo především na začátku. Nebyly pomůcky, roušky a očkování. Muselo se sledovat, jestli byl někdo v izolaci. Působilo to hlavně na psychiku. Jinak, co se týká práce, tak jsme tu byli pořád. My jsme nemohli být zavřeni. Více jsme komunikovali po telefonu. Ale také jsme docházeli za pacientem s lékařem v bezcovidovém pokoji. Musela se dodržovat hygiena, dbát na sebe. Já jsem to obstála bez ničeho a pak jsem byla naočkována.“

Hanka v minulém roce pracovala v hospici, vnímala tedy intenzivně starší klienty. Museli zavřít oddělení, protože neměli roušky, dezinfekci. To co bylo k dispozici rychle spotřebovali, dostávali vše na příděl. Oddělení se musela uzavřít i pro návštěvy. Vnímala situaci hekticky ...“ *kvůli těm testům a všemu, všude panika takže se i rodiny místo aby přišli, tak se teda obcházeli s tabletem. I když jsme třeba nabízeli, tak pacienti nechtěli, protože to prostě pro ně bylo neosobní. Takže to bylo takový specifický, těžký období. Na recepci, protože byli kolegové trošku staršího ročníku, tak jsme se o ně báli, takže jsme je nechali doma a realizovali jsme to my.“*

Hanka: *„Bylo to přece jen jiný a pak jsme návštěvy pomalinku začali pouštět a pak jsme zase objednávali rodiny na určitou hodinu a do teďka to pokud vím je omezený, není to jako předtím, možnost 24 hodin denně, ale je to prostě rok, od dvou do šesti hodin.“* „Uřčitě bylo víc práce, protože i rodiny víc volaly. Pro mě to bylo takový náročný. Lidem se stýskalo, určitě se mohli zhoršit i po té psychické stránce.“

Respondent **Jan** prožil covid standardně na klinice onkologie, spíš se zamýšlí nad tím, jaká bude situace teď, kdy se může změnit charakter pacientů. *„Spíš dáváme přednost jednotlivým konzultacím, ale ta možnost tam je otevřená. Ale většinou to bývá problém. Jednotlivá konzultace o jednom konkrétním pacientovi, proto to spíš odpovídá tomu režimu ve kterém tato potřeba vznikla. Samozřejmě nejsme absolutně schopni odhadnout co se bude dít teď řekněme po covidové době. V době po dvou vlnách se nedá vyloučit, že se změní charakter pacientů, protože už teď se setkáváme s pokročilejším stádiem onemocnění, než do té doby. Část toho může být na vrub toho, že lidi se opravdu fyzicky báli přijet. Pracovali jsme zcela normálně, protože neléčení zhoubného nádoru není možné. Otázka co bude teď.“*

Martina popisuje svoje obavy týkající se pacientů, kteří nechodili na kontroly. Odhaduje, že dvě třetiny pacientů díky strachu z covidu zanedbali svoje onkologické onemocnění. *„My jsme byli pořát v práci, služby byly nabídnuty. Dvě třetiny pacientů odmítly chodit na kontroly, takže výsledek je, že někteří dobráci, ti co chodili až po roce, tady nebyli dva roky. Nebo taky tři. Ted' už vychytáváme ty věci tak, že pro mě je to období špatné, lidé si uškodili. Přišli pozdě, protože se báli, aby se nenakazili, tak to bylo dost nesmyslné, tak zanedbali běžnou prevenci, svoji léčbu, no a ted' se diví. A je to mnohem náročnější, než kdyby se to chytlo hned na začátku. Generalizovaný pacient s covidem zemře, to se nedá nic dělat, to tak je, většina těch lidí byla těžce obézní, polymorbidní. Se všemy možnými komplikacemi a to nikdo neříká nahlas. Myslím si, že se to strašně přehnalo, uškodilo. Spoustu lidí to zabilo jinak.“*

7.3 Vyhodnocení výzkumného šetření

Vyhodnocování výzkumu je zaměřeno na odpovědi na výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka zní: **„Jak se daří naplňovat cíle a možnosti spolupráce sociálních pracovníků a onkologů?“**

Vedlejší výzkumné otázky jsou dvě:

č.1: **Jaký je pohled lékařů na spolupráci se sociálními pracovníky?**

č.2: **Jak vnímají sociální pracovníci specifičnost práce s onkologickými pacienty?**

Vyhodnocení výzkumného šetření dle podtémat:

Onkologický pacient, Lékař, Rodina, Multidisciplinární tým

Všichni respondenti vnímají rozdíl mezi onkologickým a jiným pacientem. Uvědomují si, že je nutný citlivější přístup, větší časová rezerva na zajištění následné péče, rovněž otevřená a citlivá komunikace s rodinou pacienta. Zmiňovali rovněž právo pacienta na rozhodnutí o jeho zbytku života. Respondenti jsou připraveni respektovat změnu rozhodnutí pacienta i rodiny, nic nevnucovat, pouze podat informace a rozhodnutí nechat na nich.

Sociální práce, Komunikace, Neziskové organizace

Jana, Věra, Hanka i Marie znají svoji náplň práce. Mají dobře zbudovanou spolupráci na svých pracovištích. I přes to, že je Hanka v nemocnici teprve měsíc, rovněž vnímá spolupráci jako dobře nastavenou, kdy bude potřeba ji udržet. Lékaři si uvědomují svoji roli na onkologii i roli zdravotně sociálních pracovníků. Vědí, že se na kolegyně mohou spolehnout i v oblastech, které oni běžně neřeší. Například oblast poradenství, sociální pohřby, zajištění dávek hmotné nouze atd.

Smrt, Hospic, Terminální stádium

Pro respondenty je smrt realitou, se kterou se denně setkávají. Role sociálního pracovníka na onkologii je nezastupitelná. Všichni respondenti se setkávají s onkologickými pacienty. Věra má péči o onkologické pacienty na denním pořádku. Jan a Martina si práci Věry chválí, je pro ně partnerem a člověkem, který má stejné nastavení. Spolupráce jim vyhovuje, mohou se na Věru kdykoli obrátit, stejně tak na kolegyně, pokud je Věra vyčerpána. Z rozhovorů jasně vyplynul fakt, že se s Věrou rádi vidí. Rovněž Věra o spolupráci s lékaři na onkologii hovořila velice hezky. Jejich cíle do budoucna se protínají. Lékaři jsou nakloněni včasější diskuzi o pacientech v preterminálním stádiu, kterou navrhla Věra. Všichni respondenti se shodli na postupech péče o pacienty. Není pochyb o skvěle fungující komunikaci mezi sociálně zdravotním oddělením a klinikami.

Motivace, Supervize, Vize, Energie, Covid 19

Vzhledem k tomu, že se jednotlivá témata prolínala, nebylo vždy jednoduché je od sebe oddělit. Ať už se jednalo o sociální pracovníky, nebo lékaře, přístup každého respondenta ke spolupráci byl jedinečný. Promítají se do něj nejen zkušenosti, ale i osobnost každého z nich. Respondenti jednoznačně přistupují ke své práci zodpovědně a profesionálně. Vzájemnou spolupráci vnímají jako partneři. Je znát jejich zralost a nadšený přístup. Každý z respondentů má svůj vlastní příběh a cestu, jak se ke svému povolání dostal. Zájem o obor dokazuje nejen dlouholetá praxe některých z nich, ale i doplňování vzdělání, ať už atestační, vysokoškolské, nebo skrze doplňkové kurzy. Svým působením se snaží respondenti z oblasti zdravotně sociální pomoci pacientům a jejich rodinám zvládnout návrat do běžného života. A na druhé straně respondenti z řad lékařů se snaží

léčit svoje pacienty tak, aby dopad na kvalitu jejich života i života rodiny byl co nejmenší. Jak zmínil v rozhovoru Jan, je potřeba dělat svoji práci. Z dat vyplynulo, že respondenti prožívají při své práci emocionálně silné momenty. Většina popsala během rozhovoru příběh pacienta, který jimi otřásl a který pro ně bylo náročné zvládnout. Většinou tento příběh respondenty neodradil, ale naopak vyburcoval k větší akci.

Silné příběhy zmiňovala respondentka Martina, kterou pro její život ovlivnilo setkání s lékařem z USA, který popisoval nadšeně léčbu imunoterapií. Martina si na to setkání vzpomíná detailně, přes to, že to bylo před třiceti lety. Toto setkání totiž bylo důvodem pro její výběr oboru onkologie. Dalším silným příběhem pro ni byla onkologicky nemocná klavíristka, kterou neodborně léčil neonkolog. Martina se tehdy rozhodla, že bude léčit lépe, že se takové případy nemohou opakovat. Marie se během svého rozhovoru také svěřila s několika příběhy, některé byly osobní, a proto mimo záznam. Vždy ji tíží, když mají rodiny obavu o svého nemocného, když nemají sílu se o něj starat doma, nebo peníze na to zaplatit mu kvalitní péči v nějakém zařízení. Jan popisoval příběhy několika pacientů, které potkal v hospici. Měl rozporuplné pocity. Byli to pacienti, kteří byli dlouhodobě hospitalizováni a u kterých léčba selhala, nebo byly vyčerpány možnosti. Měl i pocit radosti, když si uvědomil, že pacientovi přesun do hospicové péče zlepšil kvalitu života a on žije déle, než se předpokládalo. Věra popisovala příběh mladší ženy se třemi dětmi, které zemřel manžel, a ona byla psychicky na dně. Tento příběh ji vždy dojde, protože poznala i jejich děti a tato žena za ní chodila pro psychickou podporu opakovaně.

Respondenti rovněž zmiňovali, že se jim lidé svěřují, že stačí cesta do práce a někdo jim v tramvaji vypráví svůj příběh. Všichni si plně uvědomují náročnost svého povolání na psychickou stránku. Snaží se v tomto ohledu pečovat o svoji psychohygienu. Všech šest respondentů mělo informace týkající se pomoci psychologů, krizových interventů, nebo peerů v nemocnici. Každý z nich volí jiný způsob. Na skupině sociálních pracovníků bylo zjevné, že mají dobrý kolektiv. Že na ně povzbudivě působí ranní setkání, kdy mají možnost probrat jednotlivé případy. Mohou také konzultovat s těmi zkušenějšími z nich, jestli jejich rozhodnutí v dané situaci bylo správné. Věra se v těchto situacích neváhá obrátit na psychologa, kterého mají v nemocnici. Její kolegyně zase využívají jejich služeb peera. Pro lékaře je velice důležitá spolupráce v multioborových týmech, jejichž účelem je odborná konzultace konkrétních léčebných plánů pro pacienty. Rovněž jejich

setkání v rámci týmu, jsou pro ně možností ke konzultacím. Autorka se během rozhovorů dotazovala rovněž na sociální zázemí respondentů, jestli ho mají a v jaké podobě. Respondenti mají silné partnerské vztahy a rodinné zázemí. Přestože s nimi autorka hovořila jednotlivě, v tomto bodě se všech šest respondentů shodovalo.

Samostatnou kapitolou je období covidu-19, které na každého velmi silně působilo. Jan a Martina vnímali především oblast zanedbání léčby pacientů, kteří se báli přijet na kontrolu do nemocnice. Jana, Věra, Hanka a Marie poměrně shodně popisovaly období jako velkou psychickou zátěž. Byla to pro ně doba nejistoty a strachu, kdy celou situaci mohutně zhoršovala média. Na každou působilo něco jiného. Věra popisovala psychicky zhroutené vrchní sestry, které brečely a byly přetížené. Říkala si, co se bude dít, když ti nejsilnější pláčou. Popisovala mrazicí boxy před pitevnou, které bylo nutno permanentně ponechat, neboť umírala spousta pacientů. Marie ve svém pokročilém věku 71 let pracovala až na měsíc celou dobu. Věří na pozitivní nastavení mysli a jedině tak mohla fungovat. Jak mi potvrdila Věra, bez zdravotně sociálního oddělení by nemocnice zkolabovala, proto pracovali nepřetržitě po celou dobu. Z rozhovorů s nimi byla znatelná hrdost a radost, že vše zvládly.

Práce sociálních pracovníků i onkologů je týmová, cílů se jim společně daří dosahovat. Hledají možnosti, které vedou k zefektivnění péče o pacienty, mají individuální přístup. Lékařům z onkologické kliniky spolupráce vyhovuje, jak po profesionální, tak po lidské stránce. Všichni respondenti jsou si vědomi specifčnosti práce s onkologickými pacienty.

8 DISKUZE

Téma diplomové práce si autorka zvolila z toho důvodu, že si při své práci v onkologických centrech uvědomila na základě rozhovorů s onkology důležitou roli sociálních pracovníků. Díky dvouletému působení v onkologii měla autorka příležitost navnímat chod práce v onkologických centrech. Lékaři jsou na většině pracovišť přetížení, onkologických pacientů neustále přibývá. Přesto jsou oborem onkologie nadšeni, tato oblast se rozvíjí posledních deset let poměrně rychle, mají tedy svým pacientům co nabídnout.

V odborné literatuře si autorka nastudovala informace týkající se oboru onkologie, onemocnění a léčby. Zvláštní pozornost věnovala důsledkům onemocnění, a to nejen pro pacienta, ale i pro jeho rodinu. V oblasti péče o onkologické pacienty se zaměřila na hospicovou a paliativní péči a její druhy. V oblasti sociální práce se zaměřila na roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví, ve zdravotnickém i interdisciplinárním týmu. Důležité informace načerpala i k tématu týkajícímu se předpokladů pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka a k jeho motivaci. Autorku rovněž zajímaly informace o spolupráci s multidisciplinárním týmem, lékaři a rodinou. Také téma spolupráce s nadačními fondy, neziskovými organizacemi a svépomocnými skupinami zaujalo autorku natolik, že ji poté rovněž zařadila do teoretické části práce.

Výzkumné otázky se autorka snažila vypracovat tak, aby získala od respondentů co nejpřesnější odpovědi a mohla ověřit, jestli se realita prolíná s informacemi, které načerpala v literatuře. Pro větší objektivitu zjišťovaného zařadila mezi respondenty jak zdravotně sociální pracovníky, tak lékaře.

Některá témata se s realitou shodovala. Například téma týkající se dopadu onkologického onemocnění na rodinu. Jak lékaři, tak sociální pracovníci popisovali mobilizaci rodiny a posilování kontaktů, které by mohli pacientovi pomoci. Literatura tyto situace popisuje pozitivně, a to v tom smyslu, jak pomoci a co rodiny pro své nemocné dělají. Již méně se ale v literatuře píše o rodinách, které situaci neřeší. I s takovými se v praxi respondenti setkávají. Je to jedno ze silných témat, kterému by mohla být věnována v dalších výzkumech větší pozornost. Někteří lidé spoléhají na reakci systému a nejsou schopni, nebo ochotni svému blízkému pomoci. V takových situacích je práce sociálních

pracovníků jedinou šancí, jak se postarat o pacienta, kam ho umístit po propuštění z nemocnice, jak mu zajistit ošetrovatelskou péči. I když je tato skutečnost logickou dedukcí, pro autorku byla znovuobjeveným smutným faktem. Na druhou stranu i rodiny, které chtějí o svého nemocného člena rodiny pečovat nemusí unést tíhu situace. I o takových momentech respondenti hovořili. Některé rodiny jsou plně odhodlání, ale po dvou dnech péče o umírajícího člena rodiny přijdou požádat o pomoc.

Teoretická část práce hovoří o nutnosti osobnostních předpokladů pro výkon povolání sociálního pracovníka. Ale až po ověření reality je možno si uvědomit, jaký rozsah má práce sociálního pracovníka a do jak obtížných situací se dostává. Pro autorku bylo setkání se sociálními pracovníky setkáním s profesionalitou, lidskostí, vnímavostí a tolerancí. I když autorka očekávala jisté kvality, s tak vysokou úrovní nepočítala. Taková kumulace lidí, kteří mají touhu pomáhat, umí ji propojit s profesionalitou a těžké chvíle je posilují, ji překvapila. Tato setkání považuje autorka pro sebe za bonus ke studiu.

Teoretická část popisuje rovněž hospicovou a paliativní péči. Tyto řádky budí v člověku velký respekt a obavy. Jako by to bylo něco, co se nás netýká, chceme se tomu vyhnout, děláme, že to není, stejně jako smrt. Pro onkology a sociální pracovníky je to jejich každodenní práce. Z jejich vnímání, komentářů a popisu zkušeností lze vyčíst, že i tak těžké období jako je terminální stádium a umírání může mít jistou kvalitu a že se dá zvládnout elegantně. Z praktické části práce jasně vychází skutečnost, že pacient i rodina potřebují dozrát do stádia, kdy situaci přijmou. Jde opět o profesionální přístup, přizpůsobení se klientovi a trpělivost. Ze situace, kdy se předčasně o možnostech začne hovořit, může vzejít krizová situace a nedůvěra. Autorčin předpoklad, že se rodině přímo nabídnou možnosti a s rodinou a pacientem se po domluvě vše zajistí, byl mylný. Neuvědomila si, že si klienti ne vždy připouští vážnost situace a že potřebují čas se skutečností pracovat.

Komunikace, jak vzešlo z praktické části práce, je ústředním tématem spolupráce mezi sociálními pracovníky a onkology. Skupina respondentů dává přednost osobnímu kontaktu, samozřejmě musí komunikovat i přes počítačový systém, ale osobní kontakt je preferovaný. Důležitým faktem je zde rovněž budování vztahů v rámci multidisciplinárního týmu. Ve vybrané fakultní nemocnici je výhodou, že se sociální pracovníci věnují stabilně dvěma, nebo třem klinikám. Mohou si tak budovat vztah

na několik let dopředu. Jak respondenti popsali, zvyklosti jsou různé. Některé nemocnice svým sociálním pracovníkům pracoviště po několika měsících mění. Důsledkem je potom frustrace a stále nový začátek, což může mít dopad na kvalitu i motivaci pracovníků. Opět velice zajímavé téma pro práci zdravotně sociálních pracovníků, eventuálně téma pro další výzkumnou činnost.

Na základě teoretických informací si autorka připravila pro respondenty otázku i na téma multidisciplinárního týmu. Očekávala jasnou odpověď „ano, spolupracujeme, scházíme se.“ Ale dostala několik různých odpovědí. Lékaři se během týdne běžně účastní multidisciplinárních týmů. Každý tým je zaměřen na jiný typ karcinomu. Každý týden se tedy v jejich harmonogramu objeví schůzky týmů. U Jana čtyřikrát, u Martiny třikrát. Na tým se musí připravovat vždy, pokud mají pacienta s daným karcinomem, nebo jsou vedoucími lékaři týmu, musí dát přípravě čas. Zdravotně sociální pracovníci se týmů účastnit mohou, získali by tak potřebné informace o pacientech, ale jak ukázal výzkum, nemají čas. V nemocnici by bylo potřeba navýšit počet sociálních pracovníků. Občas jsou schopni přijít na seminář kliniky nebo na ranní hlášení, není to ovšem nic pravidelného. Proto si s lékaři sjednávají individuální schůzky, které realizují při každodenních návštěvách za pacienty.

Zcela novým tématem je období „covidové“. Autorka se záměrně ptala i na tohle období, neboť chtěla získat informace o možnostech práce pracovníků v období s bezpečnostními opatřeními. Téma zdatelně rezonovalo. V komentářích všech zazněla slova jako: krize, panika, média, umírající, strach. Autorka si zde uvědomila, že lze zaznamenat pouze způsob, jak se respondenti za pochodu učili v této době fungovat a tuto dobu přežít. Že může zdokumentovat pocity a postupy, ale není schopna vyhodnotit následky, které nečekaná situace a panika způsobila. Lékaři již teď hovoří o dopadu na léčbu v onkologii, neboť si pacienti obávají z návštěvy nemocnice a ze strachu z covidu-19, zhoršili svoji onkologickou prognózu.

Do teoretické části práce autorka zařadila i spolupráci s nadačními fondy a neziskovými organizacemi. Očekávány byly informace týkající se způsobu spolupráce s konkrétními organizacemi. Z rozhovorů však vyplynula jiná skutečnost. Tuto spolupráci považují respondenti za okrajovou. Jak se vyjádřili, jde zde „pouze“ o finanční pomoc. Oni poskytují kompletní pomoc pacientovi. Lidé potřebují kvalitní léčbu, domácí nebo

zdravotní péči, potřebují podporu, přijetí, poradenství, potřebují se mít kam vrátit. Pokud nemají dostatek prostředků, jsou jim schopni sociální pracovníci poskytnout poradenství i ohledně dávek, dokonce zajistit hospicovou péči člověku bez finančních prostředků.

Na začátku výzkumu se autorka necítila příliš jistě při rozhovorech s lékaři. Vzhledem k tomu, že neměla dostatek zkušeností s kvalitativním výzkumem formou rozhovorů, měla obavy, že budou otázky moc obecné. Rozhovory byly ale velice příjemné, a tak se autorce dařilo i doptávat. Nejlépe se cítila při dvou posledních rozhovorech. Vzhledem k tomu, že výzkum mapuje přístupy a zkušenosti respondentů z jejich vlastního úhlu pohledu, jsou výsledky do jisté míry platné jen pro ně. Zobecňovat výsledky výzkumu na širší populaci se jeví jako problematické, vzhledem k nízkému počtu respondentů. Ten však byl zvolen za účelem hlubšího poznání jejich individuálních názorů, postojů a zkušeností.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá tématem Role sociálního pracovníka na onkologii. Hlavním cílem práce bylo zmapovat naplňování cílů a možností spolupráce sociálních pracovníků a onkologů a ověřit výzkumné otázky, jaký je pohled lékařů na spolupráci se sociálními pracovníky a jak vnímají sociální pracovníci specifickou práci s onkologickými pacienty. Cílem bylo zmapovat náplň práce sociálních pracovníků na onkologii a taktéž postoje a zkušenosti onkologů ve vztahu k pacientům a sociálním pracovníkům.

Teoretická část práce přiblížila základní pojmy, které jsou stěžejní pro praktickou část práce. Je zde podrobnější popis onkologického onemocnění, jeho léčba a důsledky. Dále onkologicky nemocný, terminální stádium onemocnění, hospicová a paliativní péče a jejich rozdělení. V teoretické části je rovněž přiblížena role zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnickém týmu, práce s rodinou a její důležitost. Závěr teoretické části je věnován pomoci neziskových organizací, nadací, nadačních fondů a svépomocných skupin.

Praktická část je zaměřena na reálnou spolupráci lékařů a sociálních pracovníků, na konkrétní pracovní postupy, způsob komunikace mezi subjekty, potřeby pacientů a jejich rodin, možnosti zlepšení spolupráce ve prospěch pacientů, na psychohygienu respondentů a jejich motivaci k práci. K naplnění výzkumných otázek byla využita kvalitativní výzkumná strategie. Tvorba dat byla realizována za použití techniky polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data byla zpracována za pomoci tematické analýzy.

Z tematické analýzy vyplynula čtyři hlavní témata, kdy každé téma obsahuje ještě tři až čtyři podtémata. Konkrétně autorka identifikovala následující tematické okruhy: **spolupráce, profesionalita, kvalita života a motivace**. Výsledky ukázaly, že role sociálního pracovníka na onkologii je z pohledu onkologů nezastupitelná a spolupráce si váží. Onkologický pacient je všemi respondenty vnímán jako pacient, který vyžaduje více času, trpělivosti, informací a pomoci okolí. Je potřeba s ním pracovat citlivěji.

V diskuzi jsou srovnány teoretické poznatky s praxí, rovněž autorka poukázala na limity výzkumu, a na zajímavá témata pro další výzkum. Nejde o jasný návod k řešení, ale o specifika práce s onkologickými pacienty na konkrétním pracovišti.

Silnou stránkou respondentů, tak jak ji autorka vnímala i jak vzešlo z dotazníkového šetření, je jejich **profesionalita** v oblasti komunikace a dlouholetá **vzájemná spolupráce**. Spolupráce vyhovuje všem respondentům, mají nápady, jak ji prohloubit a jsou přístupní inovacím. Je pro ně důležitá jak práce mezioborová, tak čas věnovaný rodině pacienta.

Dalším důležitým tématem práce byla **kvalita života pacienta**. Respondenti se snaží najít pro každého pacienta vhodnou léčbu, vhodný okamžik pro její ukončení i vhodný způsob, jak po propuštění z nemocnice pacienta zajistit. To vše společnými silami.

Motivací pro respondenty je spokojený pacient a jeho rodina, smysluplnost práce, možnost učit se nové věci, navazovat a prohlubovat vztahy a možnost pomáhat.

Práce s respondenty byla pro autorku inspirující v mnoha ohledech. Rozšířila jí znalosti o práci zdravotně sociálního pracovníka, pomohla prohloubit vztahy s lékaři. Setkala se s profesionalitou, velkou snahou pomoci a dobrem. Autorka se bezesporu posunula dál, získala povědomí i o méně veselých skutečnostech, jako je například neochota rodiny pomoci, nebo zanedbání léčby v důsledku pandemie covid-19.

Výsledky výzkumu mohou být zajímavé pro lékaře a sociální pracovníky z fakultní nemocnice, nebo pro studenty, kteří se zajímají o podobnou problematiku. Během rozhovorů autorka odhalila témata, kterými by mohl být v budoucnu výzkum doplněn. Autorka by výzkum zaměřila na kvalitu života onkologického pacienta.

POUŽITÁ LITERATURA:

1. Adam, Z., Krejčí, M., & Vorlíček, J. (c2011). *Obecná onkologie*. Galén.
2. Bártlová, S. (2002). *Sociologie medicíny a zdravotnictví* (Vyd. 4. přeprac.). Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví.
3. Beder, J. (2006) *Hospital social work: the interface of medicine and caring*. New York: Routledge.
4. Bedrnová, E., & Nový, I. (1998). *Psychologie a sociologie řízení*. Management Press.
5. Boleloucký, Z. (1998). *Psychiatrie a lékařská psychologie v paliativní medicíně*. Masarykova univerzita.
6. Boukal, P. (2009). *Nestátní neziskové organizace: (teorie a praxe)*. Oeconomica.
7. Bužgová, R. (2015). *Paliativní péče ve zdravotnických zařízeních: potřeby, hodnocení, kvalita života*. Grada.
8. Bútor, M. (1990). *Překročit svůj stín: kluby abstinujících a jiné svépomocné skupiny v péči o zdraví* (přeložil Lubor POK). Avicenum.
9. Dostálová, O. (2018). *Nemoc jako křižovatka: rady onkologickým pacientům*. Stanislav Juhaňák – Triton.
10. Gjuríčová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy* (2., dopl. a přeprac. vyd). Grada.
11. Gladkij, I. (2003). *Management ve zdravotnictví: ekonomika zdravotnictví: řízení lidských zdrojů ve zdravotnictví: kvalita zdravotní péče a její vyhodnocování*. Computer Press.
12. Goleman, D. (2000). *Práce s emoční inteligencí: jak odstartovat úspěšnou kariéru*. Columbus.
13. Honzák, R. (c1999). *Komunikační pasti v medicíně: praktický manuál komunikace lékaře s pacientem* (2., dopl. vyd). Galén.
14. Helus, Z. (2018). *Úvod do psychologie* (2., přepracované a doplněné vydání). Grada.
15. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání). Portál.
16. Chovancová, Z., & Vašková, J. (1998). *Diagnóza nádor a co dál-: průvodce nemocného rakovinou*. Grada.

17. Janáčková, L. (2014). *Život je boj: praktický průvodce rakovinou pro nemocné a jejich blízké* (ilustroval Aleš ČUMA). Grifart.
18. Janečková, H., & Hnilicová, H. (2009). *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Portál.
19. Josselson, R. (2009). *Irvin D. Yalom: O psychoterapii a lidském bytí*. Portál.
20. Kappl, M. (2004). *Metody sociální práce s jednotlivcem*. Gaudeamus.
21. Klener, P., & Klener, P. (2010). *Nová protinádorová léčiva a léčebné strategie v onkologii*. Grada.
22. Klimentová, E., Hudcová, B., Ševčík, D., Dohnalová, S., & Mahrová, G. (2019). *Sociální práce a krizová intervence*. Ministerstvo práce a sociálních věcí.
23. Koutecký, J., & Konopásek, B. (1999). *Nevhodné slovo rakovina: pověry a skutečnosti o onkologických onemocněních*. Makropulos.
24. Krechovská, M., Hejdková, P., & Hommerová, D. (2018). *Řízení neziskových organizací: klíčové oblasti pro jejich udržitelnost*. Grada Publishing.
25. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemoci*. Grada.
26. Kupka, M. (2014). *Psychosociální aspekty paliativní péče*. Grada.
27. Kuzníková, I. (2011). *Sociální práce ve zdravotnictví*. Grada.
28. Matoušek, O. (1997). *Rodina jako instituce a vztahová síť* (2., rozš. a přeprac. vyd). Sociologické nakladatelství.
29. Matoušek, O. (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Portál.
30. Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J. (Eds.). (2005). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Portál.
31. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.
32. Nakonečný, M. (1996). *Motivace lidského chování*. Academia.
33. Opatrná, M. (2017). *Etické problémy v onkologii* (2. přepracované a doplněné vydání). Mladá fronta.
34. Plháková, A. (2004). *Učebnice obecné psychologie*. Academia.
35. Pollachová, T. (Ed.). (1993). *Všeobecná deklarace lidských práv a související dokumenty*. Aries.
36. Ptáček, R., & Bartůněk, P. (c2011). *Etika a komunikace v medicíně*. Grada.
37. Raudenská, J., & Javůrková, A. (2011). *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Grada.
38. Reichel, J. (2009). *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada.

39. Říčan, P. (2010). *Psychologie osobnosti: obor v pohybu* (6., rev. a dopl. vyd., V Grada Publishing 2). Grada.
40. Schimmerlingová, V. (1972). *Metody sociální práce se starými lidmi*. Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR.
41. Sotoniaková, E. (2005). *Teorie a metody sociální práce*. Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta.
42. Student, J. -C., Mühlum, A., & Student, U. (2006). *Sociální práce v hospici a paliativní péče*. H & H.
43. Svatošová, M. (2019). *O naději*. Karmelitánské nakladatelství.
44. Tomášek, J. (2015). *Onkologie: minimum pro praxi*. Axonite CZ.
45. Úlehla, I. (1999). *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Sociologické nakladatelství.
46. Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese* (Vyd. 5). Portál.
47. Vávrová, S. (2012). *Doprovázení v pomáhajících profesích*. Portál.
48. Vokurka, S., & Tesařová, P. (2018). *Onkologie v kostce*. Current Media.
49. Vorlíček, J., Abrahámová, J., & Vorlíčková, H. (2012). *Klinická onkologie pro sestry* (2., přeprac. a dopl. vyd.). Grada.
50. Vymětal, Š. (2009). *Krizová komunikace a komunikace rizika*. Grada.
51. Yalom, I. D. (2008). *Pohled do slunce: o překonávání strachu ze smrti*. Portál.
52. Zacharová, E., Hermanová, M., & Šrámková, J. (2007). *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. Grada.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

1. Effect of internet peer-support groups on psychosocial adjustment to cancer: a randomised study | British Journal of Cancer (nature.com)
2. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27263200/>
3. <https://www.dobryandel.cz/>
4. <https://www.mamahelp.cz/o-nas/>
5. <https://www.cssz.cz/web/cz/invalidni-duchod>
6. <https://www.amelie-zs.cz/>
7. <http://www.lkcr.cz/stavovske-predpisy-clk-212.html>

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha č. 1 Informovaný souhlas

Příloha č. 2 Tabulka – Otázky pro respondenty

Příloha č. 3 Přepisy rozhovorů – ve zvláštní příloze, k dispozici u autorky diplomové práce.

Příloha č. 1

Informovaný souhlas

Informovaný souhlas se týká diplomové práce na téma Role sociálního pracovníka v onkologii, která, je psána Bc. Ludmilou Kvapilovou. Výzkum probíhá v rámci magisterského studia sociální práce zaměřené na komunikaci a aplikovanou psychoterapii na Pražské vysoké škole psychosociálních studií. Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru. Děkuji za pozornost věnovanou následujícím informacím a žádám Vás o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Podpis:

Já, níže podepsaná/ný, souhlasím se svou účastí ve výzkumu a poskytnutím výzkumného materiálu podle zákona 101/2000 sbírky o ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů. Byla jsem informována o cílech výzkumu, o jeho postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Porozuměla jsem tomu, že svou účast ve výzkumu mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve výzkumu je dobrovolná. Mé osobní údaje budou uchovány s plnou ochranou důvěrnosti. Při vlastním provádění výzkumu mohou být osobní údaje poskytnuty dalším subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů, tedy jako anonymní data nebo s mým výslovným souhlasem. Výzkumnice se také zavazuje svou mlčenlivostí o osobních údajích účastníků výzkumu. Porozuměla jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie. Jako participant mám právo být informována o výsledcích výzkumu. Má účast při rozhovoru je bezúplatná, stejně jako jeho další využití. Převzala jsem podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

V dne Podpis:

Příloha č. 2

Tabulka č. 2: Otázky pro respondenty

Otázky pro sociální pracovníky
<ol style="list-style-type: none">1. Jak dlouho pracujete jako sociální pracovnice?2. Jak dlouho pracujete na []3. Na jakých klinikách pracujete?4. Jsou mezi vašimi klienty i onkologičtí pacienti?5. Jakou pomoc vašim klientům zajišťujete?6. Pokud se objeví onkologický pacient, v čem je pro vás práce odlišná?7. Kolik pacientů průměrně za den, měsíc, rok máte?8. Jak se standardně dozvíte o pacientovi?9. Účastníte se schůzek multidisciplinárního týmu?10. Jaká je spolupráce s lékaři na vaší klinice?11. Vyhovuje vám spolupráce s lékaři?12. Vidíte nějaký prostor pro rozvoj, změnu ve spolupráci s lékaři?
Otázky pro onkology
<ol style="list-style-type: none">1. Jak dlouho pracujete na [] oddělení onkologie?2. Jaké máte specializace?3. Setkáváte se pouze s onkologickými pacienty?4. Jak funguje multidisciplinární tým?5. Pokud máte nového pacienta, jak postupujete?6. Jaká je průměrná délka hospitalizace?7. Pokud potřebujete spolupráci sociálního pracovníka, co pro to musíte udělat?8. Jakým způsobem se SP komunikujete?9. Jednáte se sociálním pracovníkem osobně? Kdo domlouvá schůzku?10. Účastní se SP vašich schůzek, seminářů?11. Máte přehled o činnosti sociálního pracovníka?12. V jakých situacích (propuštění, ambulantní pacient) žádáte pomoc SP?13. Jak Vám spolupráce se SP vyhovuje?14. Je něco, co byste na spolupráci s SP změnil/a, zlepšil/a?15. Máte nějakou vizi pro další spolupráci? V čem by Vám to mohlo pomoci?

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Ludmila Kvapilová

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Název práce: Role sociálního pracovníka na onkologii

Vedoucí práce: PhDr. Hana Hejná

Rok dokončení práce: 2021

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 879 (bez mezer)

Ostatní text: 163 064 (bez mezer)

Celkový počet znaků: 163 943 (bez mezer)

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: DP_Kvapilova_Role_socialniho_pracovnika_na_onkologii_pdf.

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

Jméno a příjmení studentky: **Bc. Ludmila Kvapilová**

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

Název práce: **Role sociálního pracovníka na onkologii**

Vedoucí práce: PhDr. Hana Hejrná

Technické parametry práce:

Počet znaků textu (bez příloh): 198 575

Počet stránek příloh: 4

Počet titulů v seznamu literatury: 59

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

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

	x			
--	---	--	--	--

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

	x			
--	---	--	--	--

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

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

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

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

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

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nemám otázku

Celkové hodnocení práce:

Autorka předložila svou DP na téma sociální práce v oblasti zdravotnictví, konkrétně onkologii. Autorka využila své dosavadní odborné znalosti a zkušenosti, neboť se v oboru onkologie dlouhodobě pohybuje. Studium sociální práce rozšířilo autorce pohled na další možnosti podpory onkologického klienta a na tuto problematiku zaměřila i svou závěrečnou práci.

DP má charakter teoreticko-výzkumné práce.

V teoretické části autorka seznamuje čtenáře stručně s charakteristikou onkologického onemocnění, jeho léčbou a zdravotními, sociálními i psychickými důsledky onemocnění a léčby. Zabývá se paliativní a hospicovou péčí. Činností sociálního pracovníka a jeho spolupráci s klientem, jeho blízkými i řadou odborných subjektů, které se v této oblasti pomáhajících profesí pohybují. Oceňuji výběr teoretických podkladů, který autorka zvolila. Kapitoly jsou stručné, nejsou zbytečně podrobné a přitom poskytují základní přehled o zpracovávaném tématu. Zaměření kapitol na praktickou činnost sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení/onkologii, samostatnou agendu sociálního pracovníka, multioborový přístup i propojení se zdravotní péčí o klienta, je také velice přínosné.

V praktické části autorka zaměřila pozornost na každodenní práci týmu sociálních pracovníků a lékařů a zvolila výzkumnou otázku „Jak se daří naplňovat cíle a možnosti spolupráce sociálních pracovníků a onkologů“. Výzkumné šetření realizovala jako dvojedinný pohled na stejnou problematiku, a to spolupráci sociálních pracovníků a lékařů/onkologů v každodenní praxi. Zvolila kvalitativní metodu tematické analýzy a zpracováním dat získaných v polostrukturovaných rozhovorech se čtyřmi sociálními pracovníky a dvěma lékaři identifikovala hlavní tematické okruhy a jejich podtémata. Získaná data vyhodnotila a v Diskusi je propojila s dalšími okolnostmi, které se výzkumu týkaly v jeho čase i souvislostech.

V Závěru autorka shrnuje obsah své DP. Velice zajímavé jsou její postřehy směřující nejen k spolupracujícím participantům, ale také k sobě samé a reflexi přínosu zpracovávání DP pro autorku samotnou.

Formální stránka DP odpovídá požadavkům na práci tohoto typu kladeným.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **výborně**

V Praze dne 27.8. 2021

PhDr. Hana Hejná

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Ludmila Kvapilová**

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

Název práce: **Role sociálního pracovníka na onkologii.**

Oponent práce: Mgr. Iveta Jelínková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh):

Počet stránek příloh:

Počet titulů v seznamu literatury:

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost 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, x parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

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

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

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

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaká konkrétní doporučení pro praxi vycházejí z Vašeho výzkumu. Lze některé výsledky zobecnit?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Hlavním tématem předložené diplomové práce je problematika role sociálního pracovníka na onkologii. Zvolené zaměření práce je úzce spjato se studovaným oborem.

Diplomová práce je standardně dělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je postavena na pěti hlavních kapitolách, v nichž se autorka z různých pohledů snaží přiblížit hlavnímu tématu práce. První kapitola předkládané práce se zabývá problematikou léčby a péče v onkologii, konkrétně podrobněji popisuje onkologická onemocnění, jejich zdravotní, psychické a sociální důsledky. Druhá kapitola práce nás pak podrobněji popisuje péči o onkologické pacienty v rámci paliativní a hospicové péče. Třetí kapitola práce nás seznamuje se sociální prací ve zdravotnictví, konkrétně s rolí sociálního pracovníka, spoluprací s multidisciplinárním týmem, motivací pracovníků k práci, apod.. Ve čtvrté kapitole práce autorka zmiňuje oblasti pomoci a spolupráci sociálního pracovníka s multidisciplinárním týmem či pacientem. Závěrečná kapitola teoretické části práce se zaměřuje na možnosti pomoci sociálního pracovníka v oblasti sociálního zabezpečení onkologického pacienta.

V teoretické části autorka využívá svých zkušeností z praxe a text strukturuje dle svého postřehu z realizace poskytované služby. Jednotlivé kapitoly na sebe tematicky navazují a dotýkají se obsahově tématu. Jediné, co bych autorce vytkla je opakující se název podkapitol.

Praktická část práce nás seznamuje s cílem výzkumu, výzkumnými otázkami, výzkumným souborem, technikou sběru dat či analýzou dat. Cílem výzkumu bylo zjistit do jaké míry funguje spolupráce onkologů a sociálních pracovníků daného onkologického pracoviště. Autorka příležitostně zvolila metodu kvalitativního výzkumu, formou polostrukturovaného rozhovoru.

Samotný výzkum jsou velmi kvalitně zpracován, sebraná data byla zpracována velice pečlivě podle jednotlivých kritérií standardu a výsledky pak prezentovány srozumitelně a přehledně. Oceňuji také rozsáhlé shrnutí výsledků. Výhradu mám k části obsahu Diskuze a Závěru, kde autorka opakovaně zmiňuje, co bylo obsahem teoretické a praktické části práce. Toto shrnutí do zmíněných kapitol nepatří.

Použitá literatura odpovídá rozsahem nárokům na diplomovou práci.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **1 – výborně**

V Praze 15. 9. 2021


Mgr. Ivetta Jelínková