

Role sociálního pedagoga na onkologickém oddělení

Bc. Olga Kratochvílová

Diplomová práce
2018



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2017/2018

ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Olga Kratochvílová**
Osobní číslo: **H160296**
Studijní program: **N7507 Specializace v pedagogice**
Studijní obor: **Sociální pedagogika**
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Role sociálního pedagoga na onkologickém oddělení**

Zásady pro vypracování:

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.
Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti role sociálního pedagoga při pomoci onkologickému pacientovi a vlivu aktivizace na kvalitu života pacienta.
Příprava metodiky výzkumné části.
Realizace kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru.
Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.
Prezentace výsledku výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

ADAM, Z. a J. VORLÍČEK. Obecná onkologie. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3574-9.

BAKOŠOVÁ, Z. Sociálna pedagogika ako životná pomoc. 3. vydání. Bratislava: Public promotion, 2008. ISBN 978-80-969944-0-3.

DIENSTBIER, Z. a V. STÁHALOVÁ. Onkologie pro laiky. 1. vydání. Praha: Radix, spol. s. r. o., 2009. ISBN 978-80-86031-86-6.

KRAUS, B. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, B. a V. POLÁČKOVÁ. Člověk – prostředí – výchova: k otázkám sociální pedagogiky. Brno: Paido, 2001. ISBN 80-7315-004-2.

ŠVARČÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

ZEMANOVÁ, M. Psychoterapie v onkologii. [online]. Icit. 2015-10-61. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/04/10.pdf>. ISSN: 1802-4475; 1803-5345 (elektronická verze).

Vedoucí diplomové práce:

Mgr. Monika Tannenbergerová, Ph.D.
Institut mezioborových studií

Datum zadání diplomové práce:

1. prosince 2017

Termín odevzdání diplomové práce:

20. dubna 2018

Ve Zlíně dne 1. prosince 2017


doc. Ing. Anežka Lengálová, Ph.D.
děkanka




Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.
ředitel ústavu

PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby¹⁾;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3²⁾;
- podle § 60³⁾ odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 16.3.2018

Krzatochlov

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

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

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

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

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

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

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

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává neúčinné.

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

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

ABSTRAKT

Předkládaná diplomová práce s názvem Role sociálního pedagoga na onkologickém oddělení se zabývá možným působením sociálního pedagoga na onkologickém oddělení.

V této práci je popsána sociální pedagogika nejen v resortu školství, ale hlavně se zaměřuje na využití sociální pedagogiky v resortu zdravotnictví. Součástí této diplomové práce je výzkum zaměřený na zjištění pohledu na zázemí hematoonkologického oddělení a možnost působení sociálního pedagoga v rámci tohoto zázemí a využití jeho služeb.

Závěrem je design lůžkové části hematoonkologického oddělení očima pacientů a možné začlenění sociálního pedagoga na tomto oddělení.

Klíčová slova: Sociální pedagogika, sociální pedagog, kompetence, multidisciplinární odborný tým, onkologické onemocnění, kvalita života.

ABSTRACT

This diploma thesis titled The Role of the Social Educator at the Department of Oncology deals with the possibility to place a social pedagogue at the Department of Oncology. This work describes social pedagogy not only in the field of education but mainly focuses on the use of social pedagogy in the health care sector. Part of this diploma thesis is investigation aimed at finding out about the background of the hematooncological department and the possibility how to use the social pedagogue working within this background and how to use his services.

Finally, the layout of the sleeping section of the hematooncological department designed by the patients and possible inclusion of a social pedagogue in this department.

Keywords: Social pedagogy, social pedagogue, competencies, multidisciplinary expert team, oncological diseases, quality of life.

„Pacient trpí emocionálně, duševně.
Potřeby nemocných se po staletí nemění.
Mění se jen naše schopnost vycházet jim vstříc.“
(Elisabeth Kübler-Ross)

Ráda bych poděkovala především Mgr. Monice Tannenbergerové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost během vypracování této diplomové práce.

Mé poděkování rovněž patří informantům a FN Brno za umožnění realizování výzkumného šetření se zaměstnanci a pacienty ve Fakultní nemocnici Brno na IHOK.

Děkuji také své rodině, že mě po dobu studia a psaní této práce podporovali.

Prohlášení:

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

OBSAH

ÚVOD	9
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA NEJEN V RESORTU ŠKOLSTVÍ	12
1.1 POJETÍ SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	12
1.2 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA JAKO ŽIVOTNÍ POMOC.....	14
1.3 VYUŽITÍ SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY	17
1.4 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA VE ZDRAVOTNICTVÍ	18
2 ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA NEJEN V RESORTU ŠKOLSTVÍ	22
2.1 CHARAKTERISTIKA SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA V RÁMCI POMÁHAJÍCÍCH PROFESÍ	22
2.2 KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA.....	24
2.3 ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA NA ONKOLOGICKÉM (HEMATOONKOLOGICKÉM) ODDĚLENÍ – AMBULANTNÍ ČÁST	28
3 ONKOLOGICKÝ PACIENT JAKO MOŽNÝ KLIENT SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA	32
3.1 ONKOLOGICKÝ A HEMATOONKOLOGICKÝ PACIENT	32
3.2 FÁZE PRŮBĚHU A PROŽÍVÁNÍ ONKOLOGICKÉHO / HEMATOONKOLOGICKÉHO ONEMOCNĚNÍ.....	34
3.3 KVALITA ŽIVOTA HEMATOONKOLOGICKÉHO PACIENTA JAKO SOUČÁST LÉČBY	36
3.4 ONKOLOGICKÉ ODDĚLENÍ JAKO MOŽNÉ PŮSOBIŠTĚ SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA	40
II PRAKTICKÁ ČÁST	44
4 METODOLOGIE VÝZKUMU	45
4.1 CÍL VÝZKUMU	45
4.2 VÝZKUMNÁ METODA	47
4.3 VÝZKUMNÝ VZOREK	47
4.4 VÝZKUMNÝ POSTUP	51
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	54
5.1 ZÁVĚR = DESIGN LŮŽKOVÉ ČÁSTI HEMATOONKOLOGICKÉHO ODDĚLENÍ OČIMA PACIENTŮ	66
ZÁVĚR	72
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	74
SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK	78
SEZNAM OBRÁZKŮ	79
SEZNAM PŘÍLOH	80

ÚVOD

Existuje mnoho disciplín, které mají charakter pomoci. Jednou z nich je i sociální pedagogika. Nemusí se vztahovat pouze ke školství, přestože z něj vychází. Sociální pedagog má „široké pole působnosti“. Jeho hlavním zájmem jsou sice děti a mládež, ale neznamená to, že se nepodílí na sociální činnosti i pro ostatní věkové kategorie.

Sociální pedagog ve zdravotnictví není běžným zaměstnancem, na rozdíl od sociálního pracovníka, který je ve zdravotnictví nenahraditelnou spojkou mezi pacientem a světem mimo nemocnici. Současná doba ukazuje novou potřebu, a to sociálního pedagoga jako součást multidisciplinárního týmu na onkologickém i hematoonkologickém oddělení.

Onkologické onemocnění je jedním z nejzávažnějších a nejkomplicovanějších zdravotních problémů dnešní doby. Jedná se o druhou nejčastější příčinu úmrtí. V dnešní době už je dokázáno, že při vzniku onkologického onemocnění, které postihuje tělo, se musí brát také ohled na psychiku člověka, tj. duši. S tím se pojí i sociální problémy. Péče o takto nemocné vyžaduje mnohostrannou spolupráci všech složek. Současná moderní medicína dnes dokáže léčit tělo i duši současně. Lékař zná lék na konkrétní nemoc, klinický psycholog zase pomáhá zvládat psychickou zátěž léčby, která s tím souvisí, sociální pracovník je nápomocný ve věcech ohledně dávek, právních předpisů, důchodu či práce. V takových chvílích nenese odpovědnost na svých ramenou pouze jeden, ale všichni členové multidisciplinárního týmu odborníků. Tým složený z lidí z různého prostředí, odlišné odborné kvalifikace, s odlišným vztahem k pacientovi, přičemž každý z nich má na situaci jiný pohled a může mu tak nabídnout jinou pomoc. Multidisciplinární tým tedy zahrnuje – lékaře, psychologa, sociálního pracovníka, dobrovolníka, a dokonce i duchovního. Avšak v současné době sociální pedagog není přímou součástí tohoto týmu a jeho funkci nikdo nevykonává.

Prostřednictvím této diplomové práce bych ráda poukázala, na to, jak je role sociálního pedagoga na onkologickém i hematoonkologickém oddělení důležitá. Onkologický pacient jako takový totiž většinou ze dne na den ztratí to, co do té doby tvořilo pevný základ jeho života. Najednou mu z tohoto základu vypadnou důležité „kameny“. Potřebuje někoho, kdo mu pomůže k tomu, aby dokázal „jinak myslet“ a najít nějaký zájem. To neudělá ani lékař, ani zdravotní sestra, ani psycholog, a ani sociální pracovník. A právě tuto funkci by mohl obstarat sociální pedagog. Tato osoba by mohla vykonávat aktivizující činnost, tj. výchovu k aktivizaci, čímž člověka zabaví a dovede ho tak k aktivnímu přístupu, k „sebeuplatnění“ a „seberozvoji“. Chybí zde osoba, která by pacientovi pomohla „zaměstnat mysl“, aby byla jeho nastalá životní situace bohatší a smysluplnější. Proto může v aktivizaci onkologického

pacienta, což je důležitá součást léčebného procesu, sehrát významnou roli i sociální pedagog.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část se věnuje sociální pedagogice nejen v resortu školství, ale je zaměřena i na využití sociální pedagogiky v resortu zdravotnictví. Věnuje se přiblížení pojmů souvisejících s touto tematikou, a také sociální pedagogice jako životní pomoci a jejímu využití. Další kapitola je zaměřena na roli sociálního pedagoga, především na jeho charakteristiku v rámci pomáhajících profesí, kompetence sociálního pedagoga obecně, a dále jeho možnosti na onkologickém a hematoonkologickém oddělení. Také se zabývá onkologickým pacientem jako možným klientem sociálního pedagoga, fázemi průběhu a prožíváním onkologického onemocnění a pacientovou kvalitou života. Poslední kapitola pojednává o onkologickém oddělení (pracovišti) jako o možném působišti sociálního pedagoga.

Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum, který odráží možnost uplatnění sociálního pedagoga na hematoonkologickém oddělení. Data jsou získávána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s informanty (pacienty IHOK FN Brno), jeho přepisem a vyhodnocením.

Cílem práce je představit roli sociálního pedagoga na onkologickém oddělení a nastínit jeho možnosti působení na hematoonkologickém oddělení.

Cílem praktické části je navrhnout design lůžkové části hematoonkologického oddělení, a to právě díky rozhovorům s pacienty o jejich pohledu na zázemí a možnosti, které by jim umožnily se lépe s nastalou situací a průběhem nemoci vyrovnat, a role sociálního pedagoga na lůžkovém hematoonkologickém oddělení.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKA NEJEN V RESORTU ŠKOLSTVÍ

Cílem první kapitoly je vysvětlit pojem sociální pedagogiky a její různé interpretace pomocí současně dostupné odborné literatury. Dále je zmínka o sociální pedagogice jako životní pomoci a jsou zde také popsány resorty, ve kterých může být tato věda zastoupena. Tuto kapitolu uzavírá zamyšlení nad pozicí sociální pedagogiky ve zdravotnictví.

1.1 Pojetí sociální pedagogiky

Z historického přehledu vyplývá, že pojetí sociální pedagogiky se lišilo a během doby se proměňovalo. Různorodost chápání souvisela i s výkladem pojmu **sociální**. Někdo pojem sociální vykládal jako pomoc jedinci, který se dostal do složité životní situace, jiný pojem sociální chápal ve vztahu k celé společnosti. Dále se lišily i úvahy o věkové hranici, které by se měla výchova dotýkat nebo v jakém prostředí by měla probíhat (Kraus, 2008, s. 39). Během vývoje sociální pedagogika čerpala inspiraci ve filozofii, sociologii, pedagogice, psychologii atd. Sociální pedagogika v naší zemi prošla spletitým vývojem, ale doposud nemá jednotné vymezení disciplíny. „*Jak ale výstižně uvádí Kraus, pohled na současnou sociální pedagogiku však není jednoznačně a uspokojivě dodnes vyřešen ani v zemích, kde má značnou tradici a kontinuita vývoje nebyla nijak porušena*“ (Procházka, 2012, s. 61). Různí autoři se přiklánějí k odlišným výkladům tohoto předmětu.

Například Kraus (2008, s. 40) shrnuje zaměření sociální pedagogiky z hlediska různých přístupů do následujících bodů:

- Podle objektu výchovy: zde je důraz kladen ne na jedince, ale na celou sociální skupinu.
- Podle forem a podmínek: jedná se především o výchovu v mimoškolních institucích, s vlivem role lokálního prostředí.
- Podle cílů výchovy: jde o společenské potřeby a spolupráci, demokratizaci a altruistické jednání.
- Podle metod výchovy: zde jsou upřednostňovány postupy, které vychovávaného neovlivňují přímo.
- Zaměření ve smyslu sociální pomoci: pojem sociální je v tomto případě chápán jako solidarita s těmi, kteří se dostali do složité znevýhodněné situace, a to z důvodu ekonomického, etnického, zdravotního atd., dále se jedná o výchovné postupy, které jsou doplňkem kompletní péče o tyto okruhy populace.

Při náplni obsahu studijního oboru byly stanoveny směry, na které se má sociální pedagogika zaměřovat. Celkem jsou čtyři a jejich cílem je:

1. Sociální pedagogika zkoumající vztahy prostředí a výchovy (zaměřuje se na přirozené prostředí výchovy, zájmovou činnost, výchovu ve volném čase a pracovní výchovu) – představitelé: Wroczynski, Baláž, Přadka;
2. Sociální pedagogika, která se věnuje výchově a právním nárokům na výchovu (autoři tohoto směru se zamýšlí nad otázkami, jestli dítě vychovávat anebo nechat volně růst. Zde je zdůrazněna důležitost výchovy pro budoucnost dětí) – představitelé: Lukas, Mees, Jacobi-Schmitz, Skiba;
3. Sociální pedagogika nahlíží na výchovu, jako na pomoc všem skupinám (pomoc skrz výchovu všem věkovým skupinám v oblasti: biologické vitality, emoční, kognitivní, etnické, sociálně-komunikační a psychomotorické) – představitelé: Schilling, Bakošová, Emmerová, Hudecová;
4. Sociální pedagogika věnující se odchýlkám sociálního chování (zaměřená na výchovu zdravých jedinců, preventivních opatření, sociálně integrační pomoci. Zde se hledají odpovědi na otázky, jak vychovávat sociálně a emocionálně narušené děti) – představitelé: Huppertz, Schnitzler, Gabura (Bakošová, 2008, s. 20 – 21).

Sociální pedagogika má hodně široký předmět zájmu. Pro pochopení pojetí sociální pedagogiky lze v odborné literatuře najít velkou škálu vymezení, které lze chápat v užším i širším slova smyslu.

V **užším pojetí** se váže na problematiku rizikového chování (dříve tzv. sociálně patologických jevů) a rizikové skupiny (Kraus, 2008, s. 44). Předmětem zájmu jsou tedy společenské problémy vzniklé nezaměstnaností, sociálními deviacemi a způsobené chudobou. Proto je cílem sociální pedagogiky těmto skupinám pomoci a nalézt postupy vedoucí k jejich soběstačnosti a nezávislosti (Procházka, 2012). Ze stejného pojetí sociální pedagogiky vychází také definice v Pedagogickém slovníku, kde se uvádí, že sociální pedagogika je „*disciplína pedagogiky zabývající se širokým okruhem problémů spjatých s výchovným působením na rizikové a sociálně znevýhodněné skupiny mládeže a dospělých*“ (Průcha, Mareš, Walterová, 2003, s. 217).

V **širším pojetí** je sociální pedagogika multidisciplinární obor orientující se na celou populaci. Kraus se například odkazuje na Schillinga, který sociální pedagogiku chápe jako pomoc lidem všech věkových kategorií a jedincům v různých životních situacích. Její náplní

je hledání postupů, které usnadní proces enkulturace a socializace nejen u ohrožených skupin, ale i u „zdravé“ populace. (Kraus, 2008, s. 41). Jako další příklad širšího pojetí sociální pedagogiky uvedeme názor Hradečné (1995, s. 7). Ta ji chápe jako hraniční disciplínu, která využívá sociologických, psychologických, sociálně-psychologických, sociálně politických a pedagogických východisek. Zahrnuje tak nejen povahu celé společnosti, její celkový kulturní a politický stav a systém hodnot, ale i rodinu, školu, sociální skupiny a nejbližší okolí jedince.

Velkou výhodou této disciplíny je, že dokáže reflektovat aktuální společenskou situaci a reagovat na problémy, které z tohoto stavu plynou. Obsahové jádro sociální pedagogiky výstižně charakterizuje Poláčková (1999, s. 10), která poukazuje na některé oblasti zájmu této disciplíny. Sociální pedagogika zkoumá propojenost bio-psycho-sociálních jevů ovlivňujících sociální začlenění a zvládání životních situací. Zaměřuje se na každodenní život a rozvíjí zodpovědnost jednotlivce za své vlastní rozhodnutí. Podle Mollenhauera (In Bakošová, 2008, s. 63) úlohou sociální pedagogiky je vytvoření rovnováhy mezi požadavky, motivy jedince a nároky dané společností.

Závěrem lze tedy říci, že sociální pedagogika je samostatná vědní disciplína, kterou Kraus (2008, s. 52 – 53) charakterizuje jako transdisciplinární. Je v úzkém vztahu s pedagogikou, psychologií, sociologií, medicínou, právem, antropologií, filozofií, ekonomikou, politologií i teologií.

1.2 Sociální pedagogika jako životní pomoc

Od 90. let 20. století dochází k posunu pojetí obsahu sociální pedagogiky. Začíná být chápána jako věda zabývající se výchovou převážně dětí a mládeže, které jsou ohrožené narušeným procesem socializace. V jedné z nejnovějších publikací od Noacka, zabývající se touto problematikou, jsou jako stěžejní oblasti působení sociální pedagogiky uváděny: volný čas, pedagogika zážitku, sociokulturní práce, práce s mládeží, rodinou a se starými lidmi. Dále ústavní výchova a práce se zdravotně postiženými, jejich rehabilitace, a také sociální pedagogika ve školství a ve správě (Kraus, 2014, s. 9).

Potměšilová (2013, s. 10) označuje sociální pedagogiku jako životní pomoc, tj. jako komplexní péči o děti, mládež a dospělé v různých typech sociálního prostředí. Cílem této péče je hledání optimální pomoci cílové skupině. Za důležité považuje to, aby si jedinec uvědomoval, že za vlastní život nese zodpovědnost hlavně on sám. Sociální pedagog ho

může nasměrovat k řešení problému nebo mu pomoci ho předcházet, ale nikoli tyto problémové situace řešit za něho.

Němečtí odborníci, jak uvádí Bakošová (2008, s. 55), upozorňují na fakt, že sociální služby zasahují hned do čtyř důležitých oblastí: sociální, zdravotní, vzdělávací a právní. Přitom každá z nich je provázána systémem společenským, kulturním, hospodářským i sociálním.

Vytyčené cíle této disciplíny by měly vést k humanitě a důstojnosti.

Dále Bakošová (2008, s. 55) uvádí, že podle Mulhuma se cíle dělí do dvou úrovní:

Individuální a společenské. Na **individuální** úrovni se zaměřujeme na pomoc při hledání sebe sama (rozvoj nadání, integrace do společnosti, orientace na vyšší hodnoty atd.).

Společenská úroveň se zaměřuje na zajištění lepších společenských podmínek, prevenci, kompenzaci, integraci a inovaci.

Bakošová (2008, s. 56) si při hledání cílů sociální pedagogiky ve své publikaci Sociální pedagogika ako životná pomoc klade otázky: **Co je to pomoc? Kdo pomoc potřebuje?**

Na první otázku, **co je to pomoc?**, nachází hned několik odpovědí: Pomoc je podpora ze strany blízkého, dobré slovo, skutek nebo čin, pocit blízkosti druhého, rada a materiální pomoc.

Odpovědí na to, **kdo pomoc potřebuje?**, je: malé bezbranné dítě, zanedbané a týrané dítě, starý nemohoucí člověk, lidé se závislostí na alkoholu, drogách, nezaměstnaní, lidé bez přístřeší, ti, co ztratili smysl života, člověk pod tlakem vlastních problémů. Jak je vidět, určitou formu pomoci potřebuje občas každý.

Bakošová (2008, s. 56) dále uvádí, že Roessler, Schilling, Ludewig či Rauschenbach jsou autoři, kteří používají ve svých teoriích termín **pomoc**.

Například podle Roesslera lze mluvit o dvou typech pomoci:

1. Pomoc v běžných životních situacích (zabezpečení jídla, ubytování, oblečení apod.);
2. Pomoc ve výjimečných situacích (při nemoci, plánování rodiny, v osobních těžkostech nebo ve stáří).

O termínu sociální pedagogika Schilling říká, že jde o tzv. „pozitivní pedagogiku“ orientovanou na pomoc (Kraus, Poláčková, 2001, s. 12). Schilling (1999, s. 42) chápe pomoc jako starost o členy společnosti, kteří nejsou schopni v určité životní fázi samostatně řešit nastalou nepříznivou situaci. Sociální pomoc rozděluje na **primární, sekundární a terciální**.

- **Primární** podporuje osobní a celkový rozvoj jedince;
- **Sekundární** se děje formou poradenství, pomoci a podpory;

- **Terciální** znamená dodatečnou pomoc, když problémy narostou a jedinec není schopen je vyřešit.

Za způsoby pomoci Schilling (1999, s. 42) považuje čtyři základní typy: odborné vedení, odborné doprovázení, poradenství a terapii.

Striežence (1996, s. 155) ve slovenském „Slovníku sociálního pracovníka“ definuje pojem **pomoc** jako aktivní účast, pomáhání někomu při dosažení konkrétního cíle anebo v konkrétním ohrožení. Autor rozlišuje **pomoc** fyzickou, morální, vzájemnou, přátelskou, pomoc v neštěstí a v bídě.

I on, stejně jako jeho němečtí kolegové vymezuje pojem sociální pomoc jako soubor činností, které pomáhají zajistit jedinci životní podmínky, získat sociální stabilitu, nezávislost a suverenitu. I když je jedinec zodpovědný sám za sebe, sociální pomoc přispívá k řešení situací, které jsou nad jeho síly. Jejím smyslem je vrátit jedince do normálu. Jedná se především o situace selhání, oslabení zdravotního stavu, ztrátu zaměstnání či rodiny. Pomoc je ve formě sociální práce a rehabilitace, různých peněžních dávkách nebo pomoci materiální (Striežence, 1996, s. 155).

Výše uvedené odstavce vymezují sociální pedagogiku jako životní pomoc a definují její cíle následovně: sociální pedagogika je součástí pedagogických věd o člověku. Je chápána jako životní pomoc, jejímž cílem je v celém systému komplexní péče poskytnout pomoc dětem, mládeži a dospělým v různém sociálním prostředí, hledá optimální formy pomoci a kompenzuje nedostatky. Cílem je přeměna lidí a společnosti prostřednictvím výchovy. Vše směřuje k integraci a stabilizaci osobnosti (Striežence, 1996, s. 155).

Sociální pedagogika se tedy zaměřuje na každodenní život člověka a hodnotí jeho životní situace, přičemž se soustředí na změny v sociálním prostředí tak, aby se osobnost jedince rozvíjela optimálně a s minimálním rozporem se společností (Kraus, 2014, s. 11).

Jak můžeme poskytnout konkrétní pomoc prostřednicím sociální pedagogiky? Nejprve poznáním osobnosti, její výchovy, vztahů a komunikace. Dalším stupněm je analýza problému z hlediska příslušnosti ke společnosti, vlastnostem a vztahům. Poslední fází je pak nabídnutí jiných vztahů.

Závěrem této podkapitoly je třeba ještě dodat, že sociálněpedagogická pomoc vychází z humanistické pedagogiky založené na účtě k člověku, na partnerství, emancipaci, na důvěře a pochopení, solidaritě. Rovněž tato pomoc vychází také z pedagogiky sociální, která je založena na vzájemné pomoci (Bakošová, 2008, s. 58 – 59).

1.3 Využití sociální pedagogiky

Sociální pedagogika představuje vědu se širokým transdisciplinárním záběrem. Rozvíjí poznatky nejen pedagogických a společenských věd, ale i dalších vědních oborů. Má blízko k sociologii, psychologii (hlavně psychologii sociální), antropologii, politologii, teologii, k právu i medicínským disciplínám. Z medicínských oborů, jak uvádí Kraus (2014, s. 11) má sociální pedagogika nejbliže k neurologii, psychiatrii, geriatrii nebo k sociálnímu lékařství.

Podle Bakošové (2008, s. 198) a dalších odborníků se absolventi oboru sociální pedagogika mají možnost uplatnit v různých resortech, ať už státní či nestátní sféry. Uvedme si nyní konkrétní resorty, ve kterých se mohou absolventi uplatnit:

V **resortu školství** je jejich uplatnění například v mateřských školách (ve výchovně vzdělávací a sociální činnosti, při spolupráci s rodinou a veřejností); v zařízeních pro volný čas ve škole (školní kluby, domovy mládeže, zájmové útvary); v základních a středních školách (koordinátor spolupráce mezi rodinou a školou, koordinátor prevence, manažer při řešení sociálně-patologických jevů: záškoláctví, násilí, ochrana dětských práv a práv učitelů); v centrech výchovy a psychologické prevence (výchovná prevence sociálně-patologických jevů, cílevědomá a systematická prevence pro jednotlivé školy); a nakonec v samotných pedagogicko-psychologických poradnách.

V **resortu práce, sociálních věcí a rodiny** se sociální pedagog může objevit na úřadu práce, sociálních věcí a rodiny (zasahuje při nedostatečné rodinné péči a výchově, při zanedbávání, týrání a zneužívání dětí, v situaci při a po rozvodu, při adopci a pěstounství, v práci s rodinou drogově závislého dítěte a v případě trestné činnosti dětí a mladistvých); a v zařízeních náhradní rodinné výchovy a péče (přímá výchovná činnost, vzdělávání sociálních pracovníků, při práci s biologickou rodinou) (Bakošová, 2008, s. 199).

V **resortu vnitra** se může podílet na sociální práci s mládeží v nápravných zařízeních, zabývat se poradenstvím a komunikací s rodinami. Pracovat s dětmi a rodinami v utečeneckých táborech. Pomáhat a podporovat při hledání pracovních míst a rekvalifikací, dále tvořit programy a účinná opatření, která by předcházela páchání trestných činů a kriminalitě mladistvých.

V **resortu spravedlnosti** může být nápomocen při soudních sporech - jako mediátor a zprostředkovatel při mimosoudním řešení sporů, při ochraně práv dětí a mládeže, jako preventista v oblasti sociálně-právních záležitostí (Bakošová, 2008, s. 200).

V **resortu kultury** při osvětě a propagaci v případě předsudkového chování a odkrývání tabuizovaných jevů ve společnosti; může dávat podněty televizním, divadelním a filmovým tvůrcům na propagaci pozitivních modelů chování, funkční rodiny, přátelských a partnerských vztahů; chránit děti a mládež před mediálním násilím.

Najít ho můžeme i v **organizacích** tzv. „**třetího sektoru**“ (dobrovolnictví a neziskové organizace) (Bakošová, 2008, s. 200).

Sociální pedagog samozřejmě může působit i v **resortu zdravotnictví**. Protože se tato práce zabývá právě pozicí sociálního pedagoga v oblasti zdravotnictví, záměrně jsme tento resort nechali na závěr této podkapitoly. V resortu zdravotnictví se role sociálního pedagoga může uplatnit ve výchovně-vzdělávací a sociální činnosti s dětmi ve zdravotnických zařízeních, při komunikaci s rodiči a v poradenství. Může působit na dětské klinice a klinice psychiatrické (preventivní činnost s dětmi a rodinou, ve které se vyskytuje syndrom CAN, drogová závislost nebo patologické interakce a špatná komunikace rodičů a dětí); v léčebných domech, rehabilitačních zařízeních a krizových centrech (Bakošová, 2008, s. 199).

Bakošová uvádí, že možností, kde může sociálně orientovaný pedagog pracovat, je dost. Že život nám v každém svém úseku dokazuje čím dál větší absenci výchovy. Mnoho lidí, i těch s vysokoškolským vzděláním, kteří si myslí, že „ví“, ve skutečnosti vlastně „neví“. Pýcha, hrdost, vlastní ego či nevědomost jim nedovolí s pokorou přijmout realitu, podat pomocnou ruku, projevit solidaritu anebo vnímavě naslouchat. Mnozí podceňují a ironizují, aniž by danou problematiku poznali. I to vše jsou nedostatky výchovy. Dále Bakošová (2008, s. 200) pokládá otázku: „Kolik ich je v našom najbližšom okolí?“

1.4 Sociální pedagogika ve zdravotnictví

Zdravotnická zařízení se běžně dělí do dvou skupin podle toho, kdo je jejich zřizovatelem. Státní zdravotnická zařízení spadají pod ministerstvo zdravotnictví, nestátní zdravotnická zařízení jsou spravována krajem, městem, obcí, církví nebo také soukromou fyzickou či právnickou osobou.

Zdravotnická ročenka ČR, kterou vydává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR), uvádí, že v roce 2016 bylo v ČR evidováno celkem 32 064 zdravotnických zařízení. Státních zařízení bylo evidováno 150, nestátních 31 914 (ÚZIS ČR, 2017, s. 101).

Podmínky poskytování zdravotnických služeb upravuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, který nabyl účinnosti od 1. 4. 2012 a nahradil dosud platný zákon č. 20/1966 Sb., o péči a zdraví lidu ve znění pozdějších předpisů.

Ze všech zdravotnických zařízení můžeme sociálního pedagoga nejčastěji najít v níže popsaných institucích:

- **Psychiatrické léčebně**
- **LDN (léčebně dlouhodobě nemocných)**
- **Hospici**
- **Rehabilitačním a lázeňským zařízením**
- **Kontaktním centru**
- **Stacionáři**

Psychiatrické léčebny poskytují sociální službu klientům s duševním onemocněním.

LDN (léčebna dlouhodobě nemocných) nabízí péči nemocným, o které se v inkriminovanou dobu nemá možnost někdo postarat. Ošetřování spojené s rehabilitací zde předpokládá návrat pacienta do rodinného prostředí.

Hlavním účelem **hospiců** je maximální možné zlepšení kvality života nemocného a v jeho závěrečné životní fázi mu má umožnit důstojné umírání. Zároveň umožňuje vyřešit nebo alespoň zmírnit různé psychologické a duchovní problémy spojené s umíráním a nabízí možnost intenzivního a nerušeného kontaktu s partnerem a rodinou.

Rehabilitační a lázeňská zařízení se zabývají činností, jejímž cílem je znovuoobnovení fyzických, psychických, sociálních a pracovních schopností člověka, který se zotavuje z úrazu či onemocnění.

Posláním **kontaktního centra** je snížit zdravotní i sociální poškození klientů, kteří užívají návykové látky, a tím jim poskytovat možnost zdravějšího a plnějšího života.

Stacionáře jsou instituce pro lidi se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, chronického onemocnění či věku. Tato zařízení poskytují sociální služby za úhradu všem věkovým kategoriím.

V tomto přehledu jsou uvedeny zařízení, které s pracovníky sociálních služeb přímo počítají. Jistě by se tu proto našlo uplatnění i pro sociálního pedagoga. Tento odborník totiž záměrně působí na rizikové osoby, osoby v těžké životní situaci a sociální skupiny, kterým pomáhá řešit různé životní situace.

Sociální pedagog by měl znát nejen pravidla profesní etiky a základní legislativu týkající se resortu zdravotnictví, ale i principy organizace a řízení dané instituce. Dále by se měl orientovat v možnostech sociální pomoci klientům/pacientům a výchovné činnosti, která je zaměřena na vytváření a rozšiřování dovedností a návyků, upevnění hodnotové a sociálně-pozitivní orientace. To vše s využitím speciálních pedagogických metod. Měl by znát sociální aspekty provázející řadu onemocnění, i způsoby aplikace sociálně pedagogických metod při práci s rodinou klienta/pacienta.

Sociální pedagog by také mohl v těchto zařízeních provádět terapeutické techniky formou aktivizačních metod:

- Výtvarná – arteterapeutické techniky
- Dramatická – psychodrama a dramaterapeutické techniky
- Hudební – muzikoterapeutické techniky
- Animoterapie – canisterapie, hippoterapie
- Kulturní
- Vzdělávací – inscenační, situační metody a hra
- Volnočasové aktivity

Legislativa ČR vymezuje činnost, aktivity a pracovní náplň sociálního pracovníka zákony: č. 563/2004 Sb. o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů; č. 257/2000 Sb. o probační a mediační službě; a č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Podle §109 zákona č. 108/2006 Sb., kde je vymezena definice sociálního pracovníka, se kterým se povolání sociálního pedagoga spojuje nejčastěji, je výkon jeho povolání možný na základě vyššího odborného či vysokoškolského vzdělání (bakalářské, magisterské či doktorské) v oborech sociální práce, sociální politiky, sociální pedagogiky, sociální péče, sociální patologie, práva nebo speciální pedagogiky, sociálně právní činnosti, charitní a sociální činnosti (Zákon č. 108/2006 Sb., § 110).

V současnosti je tendence sloučit obory sociální práce a sociální pedagogiky. Přesto si myslíme, že by si každý z nich měl zachovat svá specifika. Snahou sociální pedagogiky je zaměření na dlouhodobou pomoc a rozvoj klienta vedoucí ke změně osobnosti, plnění preventivní funkce a práce s jedinci v krizové životní situaci.

Na druhou stranu se sociální práce podle Čecha a Čerstvé (2009, s. 25 – 34) zaměřuje na aktuální problémy „tady a teď“, na uspokojení základních potřeb a na ty skupiny klientů, kteří jejich pomoc akutně potřebují.

Profese sociálního pedagoga ve zdravotnictví není v České republice legislativně zakotvena. Podle §10 zákona č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních by sociální pedagog mohl vykonávat povolání „**zdravotně – sociální pracovník**“. Podmínkou toho, aby mohl sociální pedagog pracovat ve zdravotnictví, musí navíc, po svém vyšším odborném studiu (bakalářském a magisterském), absolvovat ještě jednoletý akreditovaný kurz pro zdravotně sociální pracovníky. Tento kurz obsahuje část teoretickou, i odbornou praxi v některém zdravotnickém zařízení. Po absolvování kurzu je zdravotně sociální pracovník připraven vykonávat zdravotnické povolání bez odborného dohledu v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče a podílí se na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb klientů/pacientů. (Zákon č. 96/2004 Sb., § 10)

2 ROLE SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA NEJEN V RESORTU ŠKOLSTVÍ

Cílem této kapitoly je popsat, jakou jinou roli, mimo oblast školství, ve které je již hojně zastoupena, by mohl sociální pedagog vykonávat. Přiblížíme si zde uplatnění a možnosti pracovního zařazení absolventa oboru sociální pedagogiky ve zdravotnictví s cílovou skupinou onkologických pacientů. Zabýváme se charakteristikou sociálního pedagoga jako profese, jejímž účelem je prioritně pomáhat a jeho rolí na onkologickém a hematoonkologickém oddělení nemocnice.

2.1 Charakteristika sociálního pedagoga v rámci pomáhajících profesí

Co se týká přímo profese sociálního pedagoga, musíme konstatovat, že své místo ve výčtu ostatních profesí bohužel stále hledá. V praxi je profese sociálního pedagoga velmi blízká profesi učitele, psychoterapeuta, metodika prevence či psychologa.

Podle Krause (2000, s. 44) je sociální pedagog teoreticky, prakticky a koncepčně vybavený odborník na výchovné působení tam, kde přispívá k formování zdravého způsobu života prostřednictvím jednotlivce a skupin. Dále rozlišujeme jeho působení ve dvou rovinách: v přímé výchovné činnosti ve směru profylaxe a kompenzace a v oblasti manažerské sociálně-pedagogické činnosti v institucích se zaměřením na organizační, metodickou, vzdělávací a koncepční práci.

Bakošová (2008, s. 191) prezentuje několik dalších názorů jiných odborníků na charakteristiku sociálního pedagoga v pomáhajících profesích. Například názor Fischerové, která vidí úlohu sociálního pedagoga v integraci osob se zdravotním postižením, jejich uplatnění v pracovním procesu i soukromí a společnosti. Naopak Žumárová ukazuje sociálního pedagoga v činnosti se sociálně narušenými dětmi a mládeží. Poukazuje také na důležitost vysokoškolského studia sociálního pedagoga se zaměřením na etopedii. Mollenhauer vidí uplatnění sociálního pedagoga všude, kde rodina a škola selhaly a přestaly plnit svou funkci.

Bakošová (2008, s. 191) ve své publikaci Sociální pedagogika ako životná pomoc uvádí tuto charakteristiku: „Sociálny pedagóg je odborník, ktorý je teoreticky i prakticky pripravený vo vysokoškolskom-magisterskom štúdiu odboru pedagogika, filozofického, pedagogického či sociálneho zamerania (předtým v špecializácii, zameraní sociálna pedagogika) na sociálnovýchovnú činnosť. Je odborníkom, ktorého všeobecné kompetencie spočívajú

v pomoci a podpoře deťom, mládeži, dospelým, rodičom (sociálna andragogika, geragogika) a ich podpore v situáciách vyrovnania deficitu socializácie a hľadania možnosti zlepšenia kvality života prostredníctvom výchovy, vzdelávania, prevencie, poradenstva“.

Kraus a Poláčková (2001, s. 34) ve své publikaci *Člověk – prostředí – výchova* uvádí: „*Obecně bychom mohli říci, že se jedná o profesionálního pracovníka, který řídí a organizuje na profesionální úrovni výchovný proces a působí na jiné (děti, mládež i dospělé) ve směru jejich žádoucího optimálního osobnostního rozvoje (především v jejich volném čase) a jednak ve směru integrace, což se specificky týká osob, jež se nacházejí v krizové situaci a potřebují odbornou pomoc.*“

Podle Laci (2014, s. 140 – 141) můžeme sociálního pedagoga do komplexu pomáhajících profesí zařadit zcela určitě. Má totiž základní znalosti, zručnost a kompetenci k tomu, aby byl schopen pracovat se skupinami nejen běžné populace, ale i se skupinami sociálně znevýhodněnými a ohroženými. Dále autor vysvětluje, že v označení pojmu, jde vlastně o složení dvou slov: „sociální“ a „pedagog“. Slovo „sociální“ má více významů, používá se jednak ve významu „společenský, odpovídající potřebám, zájmům, požadavkům společnosti“ ve spojení s hmotným zabezpečením členů společnosti a uspořádáním společenských vztahů. Celkově lze toto slovo chápat ve významu „zaměřený na práci s lidmi“. Původně řecké slovo „pedagog“ znamená „vychovatel, učitel“.

Již v historii se sociální pedagog zaměřoval hlavně na práci s dětmi, mládeží a dospělými. Totéž platí i dnes. I proto je jeho činnost chápána hlavně jako preventivní, výchovná, vzdělávací, převýchovná, intervenční a poradenská (Laca, 2014, s. 141).

Jeho funkci lze v zásadě charakterizovat dvěma oblastmi: **činnosti integrační** a **činnosti rozvojové**.

V prvním případě, ve funkci integrační, se tyto činnosti týkají osob, jež potřebují odbornou pomoc a podporu. Zde jde především o osoby, které se nacházejí v krizových situacích, psychickém, sociálním či psychosociálním ohrožení.

V případě druhém, ve funkci rozvojové, jde spíše o to, zajistit žádoucí rozvoj osobnosti ve směru správného životního stylu a užitečného naplnění volného času. Čímž se tato oblast vlastně týká celé naší populace (Kraus, Poláčková, 2001, s. 34).

Závěrem lze říci, že sociální pedagog má teoreticky velmi široké uplatnění, přestože v praxi veřejnost vlastně neví, kdo to je a co všechno je v jeho kompetenci. Ani v legislativních dokumentech není jeho pozice jasně vymezena, protože ani zákony o něm nesmýšlí jako

o samostatné profesi. V Katalogu práce tento pojem rovněž nenalezneme (Potměšilová, 2013, s. 15).

2.2 Kompetence sociálního pedagoga

Po absolvování studia oboru Sociální pedagogika by měl být absolvent vybaven širokou škálou všeobecných kompetencí. Výčet oblastí, kde může působit, je velmi obšírný (např. v oblasti manažerské, organizační, při převýchově, resocializaci, při volnočasových aktivitách s dětmi i dospělými, při řízení lidských zdrojů a další) (Kraus, Poláčková, 2001, s. 39 – 40). Měl by mít dostatečné teoretické znalosti i praktické dovednosti. K tomu i jistou profesionálně morální identitu. Je připraven pracovat s lidmi všech sociálních skupin i věkových kategorií. Uplatňuje se v různých profesích, zejména ve školství a také v pomáhajících profesích v sociálním a zdravotním prostředí (Chudý, Neumeister, Jůvová, 2010, s. 7).

Předtím, než se začneme zabývat jednotlivými konkrétními kompetencemi sociálního pedagoga, vysvětlíme si nejprve samotný termín „kompetence“. V literatuře se objevuje hned několik možných definic. Například Ottův slovník naučný tento pojem vykládá následovně: „*Kompetence jest ohraničení určité pravomoci*“ (Němec, 2003, s. 677).

Autoři pod vedením Chudého vysvětlují, že pojem kompetence je „*souhrn oprávnění a povinností, určuje pravomoci a působnosti s tím rozdílem, že v dnešní době je kompetence přenášena i na jednotlivce a nezůstává tedy pouze u organizací*“ (Chudý, Neumeister, Jůvová, 2010, s. 25).

Encyklopedické slovníky pak vykládají tento výraz jako „*schopnost, zdatnost, způsobilost, zkušenost, dovednost*“ a další. Rozdíly ve výkladu tohoto pojmu nastávají hlavně v chápání zdroje kompetencí. V této souvislosti se jedná jednak o kompetence, které přichází z vnějšku, tj. jsou dané společností, a jednak kompetence vycházející z vnitřních vlastností jedince a jeho schopností něco umět. Výzkumný ústav pedagogický v Praze v rámcovém vzdělávacím programu z roku 2005 popisuje termín kompetence jako „*souhrn vědomostí, dovedností, schopností, postojů a hodnot důležitých pro osobní rozvoj a uplatnění každého člena společnosti*“ (Chudý, Neumeister, Jůvová, 2010, s. 25).

Vymezení pojmu kompetence z pohledu sociálněpedagogické teorie je odborníky definováno takto:

- jako soubor profesních dovedností (Průcha, 2001),

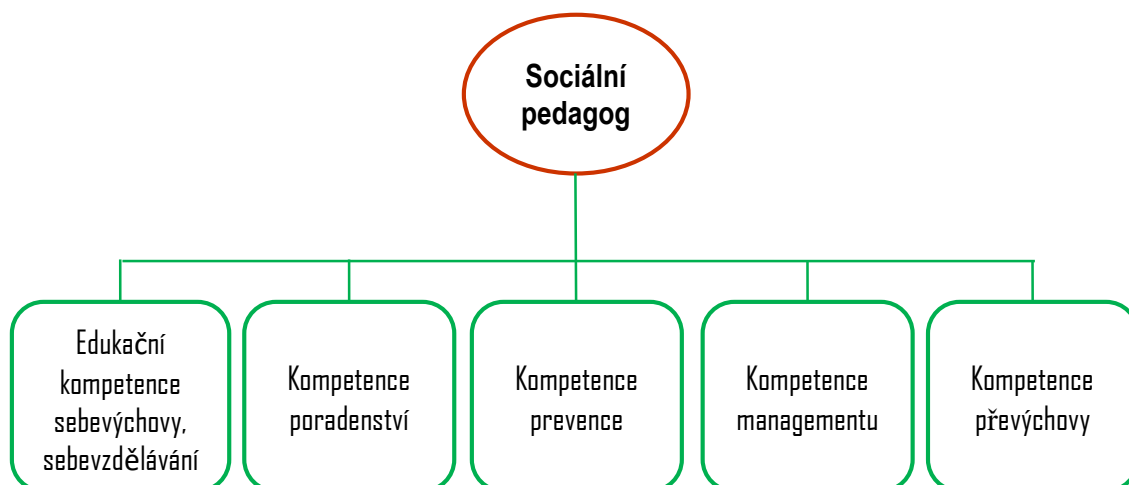
- připravenost vykonávat nároky své profese (Slavík, 1993),
- profesní kvality učitele (Vašutová, 2001),
- komplexní schopnost nebo způsobilost k úspěšnému vykonávání profese (Spilková, 2004),
- souhrn způsobilosti k efektivnímu vyučování a výchově a ke zdokonalení pedagogické činnosti (Švec, 1999).

Janík (2005, s. 14) naopak upozorňuje na obsahovou přesycenost a neostrost tohoto pojmu kompetence: „Zatímco kompetence učitele jsou jasně vymezeny, u sociálního pedagoga je těžké je přesně vymezit, zařadit do určitých normativních kategorií“.

Předpokládá se, že po všeobecném studiu, které poskytne vysoká škola, bude sociální pedagog pro práci v konkrétních rezortech (př. školství, zdravotnictví apod.) motivován se dále sebevzdělávat (Chudý, Neumeister, Jůvová, 2010, s. 136).

Podle Bakošové (2008, s. 126 – 127) jsou kompetence pedagogické schopnosti, tj. jakási dimenze kvality učitele: kvalita jeho sociálních schopností a sociální práce. Autorka ve své knize Sociální pedagogika ako životná pomoc mluví také o kompetencích sociálních. Spolu s jinými odborníky do nich zařazuje: schopnost kooperovat, přesvědčovat, názorně předvést, objasnit, poskytovat příklady a vzory, poskytnout pomoc a podporu, schopnost empatie a akceptace, schopnost řešit konflikty, schopnost efektivně komunikovat.

Obr. č. 1: **Specifické kompetence sociálního pedagoga** znázorňuje následující schéma:



Zdroj: Sociálna pedagogika ako životná pomoc (Bakošová, 2008, s. 193)

Bakošová (2008, s. 192) ve své knize uvádí celkem pět základních kompetencí sociálního pedagoga:

1. Výchovně-vzdělávací
2. Poradenství
3. Prevence
4. Managementu
5. Převýchovy

1. Kompetence výchovně-vzdělávací

Sociální pedagog je kompetentní tvořit teorii na základě domácích a zahraničních pramenů, vytváří terminologii oboru, účastní se vědeckého výzkumu, vytváří projekty a přednáší, vzdělává další odborníky. V praxi plánuje, organizuje a usměřuje činnost v sociálních zařízeních jednotlivých rezortů. Tvoří vzdělávací projekty pro děti, mládež, dospělé, rodiče, atd. Působí jako vychovatel a podporuje osobní růst dětí a mládeže ve smyslu „být člověkem“, tzn. podporuje a rozvíjí lidskost, altruismus, solidaritu a úctu. Do této oblasti spadá i jeho další sebevzdělávání (Bakošová, 2008, s. 192).

2. Kompetence poradenství

Tyto kompetence vychází ze dvou hledisek: Za prvé z širších psychologických koncepcí, jejichž cílem je umožnit klientům ujasnit si životní cíle a dospět k lepšímu sebepoznání. Za druhé z pedagogických teorií, výchovných situací a nedostatků, které se v práci s dětmi, mládeží a rodiči vyskytují. Působí přitom jako sociální opora a odborný poradce, který naslouchá druhým. Nikdy nesmí poskytnout hotový návod, jak něco vyřešit, ale má spíše nastínit různé alternativy a jejich možnost řešení i s důsledky. Klient si pak sám a dobrovolně podle sebe vybere pro něho nejlepší řešení (Bakošová, 2008, s. 193).

3. Kompetence prevence

Prevenci, jak mnozí uvádí, členíme na univerzální, sekundární a terciární. Sociální pedagog se pak realizuje hlavně v prevenci prvního a druhého typu.

Cíle **univerzální prevence** je vytvořit ve společnosti atmosféru přijetí a pochopení problémů, vůči kterým vznikají předsudky (např. k národnostním menšinám, k lidem bez přístřeší, dětem z ulice i dětských domovů, k svobodným matkám). Jde o snahu překonat

bariéry neinformovanosti. Tyto aktivity nemusí provádět pouze sociální pedagogové či jiní odborníci; zapojují se do ní i další, např. dobrovolníci či studenti.

Cílem sekundární prevence je poskytnout pozitivní vzor chování ve specifických sociálních skupinách ze znevýhodněného prostředí. Tato prevence předchází nežádoucímu chování (Bakošová, 2008, s. 194).

4. Kompetence managementu

Sociální pedagog funguje jako prostředník mezi klientem a úřady, protože ani zde se nelze vyhnout administrativě. Je odborným konzultantem úřadů práce, sociálních věcí a rodiny. U dětí z nevhodného sociálního prostředí je totiž často potřeba odborné konzultace psychiatra, speciálního či sociálního pedagoga (Bakošová, 2008, s. 196).

5. Kompetence převýchovy

Pro výkon této kompetence musí být sociální pedagog již dobře odborně vyškolen v oblasti psychologie osobnosti, pedagogické diagnostiky a speciální pedagogiky. Musí totiž diagnostikovat a vyřešit případné patologické odklony od normy (např. kriminální činnost, drogovou či jinou závislost apod.). Musí si vědět rady i v oblasti resocializace a převýchovy, jeli potřeba. Měl by být trpělivý, důsledný, s pevnou vůlí, a u klienta si vybudovat důvěru (Bakošová, 2008, s. 193).

Chudý, Neumeister a Jůvová (2010, s. 137) nabízí jiný úhel pohledu na kompetence sociálního pedagoga. Kromě nezbytného požadavku na odbornost vymezují další vzájemně provázané kompetence:

- autodiagnostická,
- autoregulační (rozvoj osobnosti: sebereflexe, sebemotivace, sebevýchova),
- diagnostická (odkrývání potřeb klientů a jejich rozvoj),
- situační (schopnost reagovat a pohotově jednat v krizové situaci),
- interpersonálně reflektivní (schopnost sociálního vnímání a včasný zásah psychoterapeuta),
- poradenská,
- komunikační,
- motivační,

- pedagogická (kreativnost, umění učit a vychovávat, inovovat postupy a vytvářet programy),
- organizační (umění vést, plánovat a organizovat programy, zpracovávat projekty a řešit problémy) (Chudý, Neumeister, Jůvová, 2010, s. 137).

Toto členění vychází z předešlého vymezení Chudého (2006, s. 39), kde vymezil tyto kompetence spíše podle role a uplatnění sociálního pedagoga v praxi. Rozlišuje sociálního pedagoga jako:

- Manažera práce v sociálních a výchovných zařízeních,
- Diagnostika výchovných a sociálních problémů,
- Poradce v otázkách aplikace sociální politiky,
- Konzultanta při potížích s učením,
- Vychovatele,
- Animátora volného času dětí a mládeže,
- Inovátora výchovně-vzdělávacích metod,
- člověka kreativního typu v různých sociálně-výchovných zařízeních,
- Reflexivního profesionála (Chudý, Neumeister, Jůvová, 2010, s. 32)

2.3 Role sociálního pedagoga na onkologickém (hematoonkologickém) oddělení – ambulantní část

V této podkapitole se budeme zabývat rolí sociálního pedagoga v ambulantní části onkologického/hematoonkologického oddělení. Závěry uvedené v této podkapitole jsou čerpány z výzkumu, který byl proveden již v rámci bakalářské práce. Z jeho výsledků byl sestaven design aktivizačních služeb pro hematoonkologické oddělení ze sociálně pedagogického pohledu.

Cílem výzkumu bylo zjistit názor odborného personálu nemocnice a samotných pacientů na zřízení aktivizační služby v ambulantní části (v čekárně) a jak by to mohlo vypadat v praxi. Protože, co se samotné aktivizační služby a její realizace týká, neexistuje na ni podle Svobodové (2010, s. 81) konkrétní návod. Vše záleží na vynalézavosti toho, kdo aktivizační službu poskytuje. Jedná se o to pacienta pozitivně stimulovat a motivovat, ale zároveň nepřetěžovat, ale aby byl pozitivně stráven a naplněn pacientův „nevyužitý čas“. Mělo

by se jednat převážně o nenáročné činnosti, které pomáhají snižovat stres, napětí, neklid, podporují dobrou náladu a vyvolávají pocit užitečnosti.

Autorky návrh byl zpracován z informací, které jí poskytli informanti. Design aktivizačních služeb vycházel z pěti kategorií:

1. Představa a podoba aktivizační služby
2. Typy a druhy aktivit
3. Personální zajištění
4. Prostorové a materiální zajištění
5. Vliv na pacienty

Co se prvního bodu týká, z výzkumu vyplývá, že aktivizační služba je potřeba k vyplnění nevyužitého času pacientů. Představa informantů byla vyplnit tento čas např. manuální prací nebo hrou, přednáškou nebo seminářem na zajímavé téma. Tak aby se čekající pacienti nečinně nedívali jeden na druhého a aby měli nějakou možnost zapojit se například do ručních prací nebo her. Ulevilo by se jim a nemysleli by tolik na své nemoci. Aktivizační služba by fungovala nejen jako psychická a psychologická pomoc, ale také by mohla vést k nalezení nových možností a ideálně by měla pacienta obohatit. Pacienti tak mohou mít činnost, kterou vykonávají v mezičase (mezi odběrem krve, „kapačkou“ a vyšetřením u lékaře). Měli by mít možnost zabavit se, a zároveň odpoutat svoji pozornost od napětí a nervozity z dlouhého čekání. Jednalo by se o nenucenou činnost. Současně, by tam byla možnost odejít od rozdělané práce.

Ve druhém bodě informanti navrhovali následující možné aktivity, které by si v čekárně dovedli představit: stolní a společenské hry (pexeso, karty, domino, hra „Člověče, nezlob se“ aj.); různé myšlenkové hry (doplňovačky, hlavolamy, křížovky, sudoku aj.); manuální práce (vyšívání, navlékání korálků, pletení, háčkování aj.); jiné vyrábění (z papíru, vystřihování, práce s barvami, výroba obrázků, malování na sklo); nebo další aktivizační činnosti (časopisy, počítače, televize, seminář, přednáška, ukázka jednotlivých technik výroby apod.)

Všechny tyto činnosti jsou podstatné, protože zaměstnají pacientovo myšlení a on by tak neměl prostor přemýšlet nad negativními věcmi.

Z bodu tři vyšlo najevo, že po personální stránce by měl tuto činnost zaštitovat vzdělaný specialista, kterému pak může pomáhat jakýkoli další dobrovolník.

Jak autorka uvádí, již ve své bakalářské práci (Kratochvílová 2016, s. 55) „jako jednoho z odborníků, zde vidím právě osobu sociálního pedagoga, který by mohl motivovat pacienty k činnosti, pomoci jim se seberealizací. Tuto službu by měla vykonávat především osoba, která je nápomocná ne z pohledu lékařského, ale z pohledu lidského.“ Vychází z toho, že informanti požadovali člověka vzdělaného, který bude umět svou práci, odborníka s psychologickou či pedagogickou praxí, což splňuje i sociální pedagog.

V bodu čtyři, který řeší prostorové a materiální zajištění, informanti navrhovali dvě možnosti. Buď koutek přímo v čekárně, anebo samostatnou místnost poblíž. Praktičtější by možná byla aktivizační služba přímo v čekárně. Pacienti by se mohli sami rozhodnout, když danou aktivitu vidí, zda se zapojí, či ne. Už jen tímto rozhodováním odvedou svou pozornost od „svých problémů“.

Velmi důležitý a klíčový je poslední z bodů, který zkoumá vliv aktivizační služby na pacienty. Přínosem zřízení aktivizační služby by mohl být pozitivní vliv na psychický stav pacientů, kteří se s její pomocí na chvíli zbaví stresu, úzkosti a deprese. Je to jistý druh psychologické podpory. Velmi důležitá by mohla být pro pacienty, kteří jsou sami nebo nemají rodinu a chybí jim právě sociální kontakt. Vyplněním času mezi odběry, vyšetřením a ošetřením by jistě vedlo ke zklidnění napjaté atmosféry, která jinak v čekárně panuje. Jak zaznělo z úst některých informantů (I2 In Kratochvílová 2016, s. 58), pacient se mnohdy cítí v čekárně jako v pasti: „Prostor v čekárně ve spoustě lidí vytváří pocit hrůzy, strachu a nejistoty. Možná by proto stáli o možnost si s někým povykládat, ale zároveň je jim nepříjemné nebo mají strach oslovit někoho jiného.“ Jak dodávají dále: „Mohlo by to vést k odvedení pozornosti od toho, že jsou nemocní, často se cítí jako odsouzení na smrt, do toho, že jsou to lidské bytosti, které si ten život aj umí užít a umí si hrát a můžou si najít místo, čas, nějaký prostor, ve kterém jsou spokojeni, tím by se tento druh aktivizace pro ně mohl stát ohromnou službou“ (I2 In Kratochvílová 2016, s. 58). Aktivita, se kterými by pacient přišel do styku díky aktivizační službě, by mohl dále rozvíjet i jinde například doma. Získaná aktivita by tak mohla přerůst v jeho koníček. Mnozí z pacientů se totiž během léčby pohybují většinou pouze mezi domovem a nemocnicí. Jak říká jeden z informantů: „Ve své podstatě nejde o tu činnost samotnou, ta je jenom takovou, jakoby nosnou silou, ale to, co je zatím, je právě sdílení, užívání si té činnosti, setkávání těch lidí, to je stejně důležité, jako ta výroba samotná, nejde o výrobky jako takové, ale o ten proces“ (I2 In Kratochvílová 2016, s. 58).

Aktivizace jako taková jde ruku v ruce s psychologií a pedagogikou, spolu se sociálními vědami. Proto je zde, dle autorčina názoru, jednou z nejvhodnějších osob právě sociální pedagog. Se svými zkušenostmi by zároveň působil jako preventista proti stresu, úzkosti, depresi a podobně.

Aktivizace by měla vést ke zvýšení kvality života pacientů, protože je doloženo, že zdlouhavá léčba prohlubuje jejich psychické problémy a ti pak mají často tendenci uzavírat se před společností.

O samotné aktivizaci bylo napsáno velké množství odborné literatury. Velká většina z ní se však zaměřila na žáky, seniory či lidi s postižením. V české odborné literatuře se snad zatím nevyskytuje rozsáhlejší publikace, která by se věnovala tématu aktivizace hematoonkologických pacientů. Vždyť i životní situace právě hematoonkologicky nemocných pacientů s sebou přináší podobná omezení a změnu běžných aktivit nebo přístupu k nim, protože toto onemocnění postihuje nejen tělo, ale především psychiku nemocného.

3 ONKOLOGICKÝ PACIENT JAKO MOŽNÝ KLIENT SOCIÁLNÍHO PEDAGOGA

Onkologické onemocnění je jedním z nejzávažnějších a nejkomplikovanějších zdravotních problémů dnešní doby. Jedná se o druhou nejčastější příčinu úmrtí. Nemocní s nádory však netrpí pouze fyzicky, ale také psychicky. S tím se pojí i sociální problémy. Péče o takto nemocné vyžaduje mnohostrannou spolupráci všech složek. Velmi důležitá je spolupráce s rodinou a přáteli nemocného.

3.1 Onkologický a hematologický pacient

Úvodem této podkapitoly je nutné nejprve osvětlit samotný pojem onkologický pacient. Ve slovníku najdeme následující vysvětlení: „*obecně lze říci, že onkologickým pacientem je každý, u koho byl zjištěn zhoubný nádor, a to bez ohledu na způsob léčení. Onkologickým pacientem je na jedné straně člověk, který nemá žádné známky nádoru a ve svém životě není nijak omezen, na druhé straně člověk umírající na pokročilý nádor. Podobně je tomu s léčbou a jejím snášením, od pouhého sledování po úspěšné léčbě až po léčbu vysoce náročnou a nemocného zatěžující*“ (Linkos.cz, Slovníček, 2017).

Když v 60. a 70. letech 20. století vzniklo nové odvětví medicíny, tzv. psychosomatická medicína, mluvilo se o spojení jednotlivých typů osobnosti s určitým typem onemocnění, tj. že jedinci se stejným typem osobnosti mají dispozici onemocnět stejnou chorobou. Podle této teorie se začali pacienti třídit do skupin (např. pacient s osobnostními rysy extroverta byl zařazen do skupiny typu osobnosti A apod.) Při takovém členění se onkologičtí pacienti dostali do skupiny typu osobnosti C, tedy, jak píše Adam, Krejčí, Vorlíček et al. (2011, s. 308), jedinci s copingovým¹ chováním. Nejnovější výzkumy však ukázaly, že tato problematika je podstatně složitější, proto se od tohoto členění upustilo a již se neužívá.

Jací jsou tedy pacienti onkologických oddělení? Jaká je osobnost onkologického pacienta? Adam, Krejčí, Vorlíček et al. (2011, s. 308) uvádí, že jsou to lidé, kteří svůj smutek a bohatý citový život ukrývají v nitru, protože se jim zdá nevhodné ventilovat své problémy na

¹ **Coping** – z angl., zvládání, zejména náročných situací; schopnost člověka vyrovnat se odpovídajícím způsobem s nároky, které jsou na něj kladeny, příp. zvládat nadlimitní zátěže (Hartl, Hartlová, 2010, s. 77).

veřejnosti. Při hlubším poznání bylo zjištěno, že tito lidé jsou pracovití, spolehliví i úzkostliví, často nepochopení. Své negativní emoce dusí v sobě, nestěžují si na svůj osud a své slzy bolesti pláčou „do sebe“. Psychologům pak dá velkou práci, aby se tito pacienti otevřeli a o svých problémech a pocitech mluvili. V některých případech lze mluvit i o alexithymii², což je neschopnost jedince vyjádřit své emoce a city, proto ho ostatní kolem berou jako necitlivého a ke svému okolí nevšímavého. Kdo ho pak lépe pozná, zjistí, že je to pouze velmi dokonalá maska, která ho chrání před okolím a zklamáním.

V dalších studiích, jak píše Adam, Krejčí, Vorlíček et al. (2011, s. 308), se mezi jinými charakteristikami uvádí také prokazatelně nižší hladina citové odolnosti, díky které dokáže zdolávat překážky, které nemoc přináší. Dokáže se odevzdat, přijmout odpovědnost za své jednání a má i jistou míru sebekontroly, která mu pomůže se přes tyto potíže přenést. V poslední době se u těchto pacientů hovoří o jejich tzv. „bojovém duchu“, díky kterému mají silnou vůli, dostatek naděje a víry v sebe a své schopnosti i velkou míru racionálního uvažování při řešení problémů spojených s nemocí.

Lze říci, že většinou onkologický pacient přesně odpovídá významu svého latinského označení „*patientia*“, což se překládá jako „*trpělivý a rozvážný*“. Přestože v nitru cítí úzkost a má sevřenou duši. Proto je pro jeho okolí důležité umět dobře naslouchat a pomoci mu uklidnit mysl, aby tělo dokázalo náročnou léčbu zvládnout (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 308).

Přesně podle latinského rčení: „*Mens sana in corpore sano*“ neboli „*Ve zdravém těle, zdravý duch*“, je dobré si uvědomit, že v případě onkologických pacientů toto rčení má i opačnou paralelu. Je jasné, že pokud onemocní tělo, onemocní i duše. Ale někdy se příznaky onemocnění projeví nejprve na duševním stavu člověka, až posléze na těle. Únavu, skleslost a úzkost totiž mnozí cítili dříve, než nemoc propukla, aniž by znali příčinu. Přičítali to běžným životním okolnostem (přepřacovanost, problémy v rodině, smrti partnera, rozvod, odchod dětí apod.). Protože: „*Síla lidské psychiky je obrovská, člověk dokáže dlouho odolávat často velmi nepříznivým životním okolnostem a nemusí si všimnout, že se jeho fyzická síla vytrácí, slábne*“ (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 307).

² **Alexithymie** – Neschopnost rozpoznat, vyjádřit či popsat emoce (Hartl, Hartlová, 2010, s. 24).

V současné moderní medicíně je praktikován tzv. „bezbariérový přístup“ medicínská praxe do psychologických poznatků a naopak. Jednoduše řečeno, stav pacienta tak konzultuje lékař společně s psychologem. Tato praxe je velmi prospěšná pacientům i jejich blízkým.

Jak dokazují zkušenosti lékařů, kteří se setkali s negativními psychickými projevy u svých pacientů, je tento „bezbariérový přístup“ nesmírně důležitý. V minulosti totiž na tyto psychické projevy aplikovala medicína pouze léky, sociálními problémy se vůbec lékaři nezabývali. Metody a postupy se u onkologických pacientů začaly pomalu měnit až po druhé světové válce.

V novém trendu celostního pohledu na onkologického pacienta a jeho psychické problémy, který do medicíny vnesla Kübler-Rossová, se posunuly hranice chápání problému onkologických pacientů. Tato švýcarská psychiatrička přišla s tzv. teorií pěti stádií zármutku a utrpení, které každý pacient prožívá tváří v tvář nemoci: šok, odmítání, agrese, smlouvání, deprese, smíření. Jednotlivým stádiím se budeme podrobněji věnovat dále (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 307).

3.2 Fáze průběhu a prožívání onkologického / hematoonkologického onemocnění

Hematoonkologická onemocnění jsou nejtěžší onemocnění, se kterými se člověk může potkat. Jejich léčba je dlouhodobá a velmi náročná, protože je spojena s velkými nároky kladenými nejenom na samotného nemocného, ale také na jeho rodinu. Tato situace s sebou nese velké změny v životě všech, kterých se tato nemoc dotýká. Na novou situaci se pacient adaptuje postupně. Každý typ osobnosti na ni reaguje jinak. V každé fázi léčby je důležitý otevřený a rovnocenný vztah s lékařem a zdravotnickým personálem. Kromě ohrožení samotného života je onkologický pacient vystaven mnoha dalším, neméně důležitým, ztrátám. Nejenže se musí přizpůsobit léčbě jako takové, čímž se stává mimo jiné i náchylnější na infekce různého druhu, ale také je často vyřazen z běžných aktivit, které doposud normálně vykonával, a hrozí mu sociální izolace. Mění se i jeho sociální identita a vlastní žebříček hodnot (Zemanová, 2008, s. 249 – 250).

Jak bylo výše zmíněno, nemocný prochází několika fázemi prožívání, kterými lidé reagují na nastalou a nečekanou životní situaci, se kterou se musí vyrovnat. Takto reagují nejen nemocní pacienti, ale i jejich okolí, včetně nejbližších. Tyto fáze ve své knize „O smrti a umírání“ popsala Elizabeth Kübler-Rossová. Jde o fáze **šok, popření, zlost, smlouvání,**

deprese a akceptace. Přestože se lékaři domnívají, že pacient prochází všemi těmito výše popsánymi fázemi, přesně jak jdou za sebou, není to tak samozřejmé. Některé fáze se u nemocného nemusí projevit vůbec, v jiné fázi naopak setrvávají delší dobu, přičemž některé z nich se mohou i opakovat.

Jednotlivé fáze modelu Kübler-Rossové (Kalvodová, Vorlíček, Adam, Svačina, 2010):

Šok. V této fázi pacient překonává po sdělení nepříznivé zprávy paniku. Pláče, těžce dýchá, je překvapený a ptá se proč zrovna já? Jediná myšlenka, kterou dokáže uchopit je, že rakovina znamená ohrožení, bolest a smrt. V této chvíli je vhodná uklidňující komunikace s důrazem na bezpečí a naději.

Odmítání, popření. Pacient se brání výsledkům vyšetření a doporučením lékaře. Má mnoho, velmi často banálních argumentů, proč nemůže být nemocný. Hledá příčiny vzniku nemoci u sebe a svého okolí, brání se lékařským doporučením. Hledá pomoc kdekoli se dá: u léčitelů, bylinkářů, v alternativní medicíně apod. Zde je vhodné podpoření a povzbuzení naděje, pečlivé a důkladné vysvětlení, sejmутí odpovědnosti za nemoc z pacienta.

Agrese. V této fázi se pacient ocitá v emoční pasti. Prožívá odpor vůči nemoci, své neschopnosti, tělu, zdravým lidem apod. Veškeré emoce často vyústí v agresi. Tato fáze je pro pacienty psychicky nebezpečná, a oni v ní mohou často setrvat po celou dobu léčby. Opět je zde doporučeno komunikovat stručně, jasně a adresně.

Smlouvání. Zde začne pacient smlouvat o svůj život a o čas s autoritou (Bohem). Slibuje, prosí, přemlouvá, čímž se nevědomky dětských let, kdy dítě vládne magickým myšlením. Takového člověka je potřeba vyslechnout a povzbudit.

Deprese. U nemocného se může tato fáze projevit opakovaně. Je to stav, který vážně ohrožuje duševní zdraví a tím pádem i život pacienta vůbec. Lékaři většinou doporučují a předepisují antidepresiva. V této fázi je doporučenou komunikací podpůrná, nadějeplná a empatická psychoterapie, která je také velmi náročná pro samotného terapeuta.

Smíření. Je to fáze psychického uvolnění, kdy převáží rozumový přístup k nemoci i léčbě. Pacient je schopen komunikovat, dokáže přijímat zprávy a vyhodnocovat je. Přesto se stav krize předešlých fází může kdykoli vrátit (Kalvodová, Vorlíček, Adam, Svačina, 2010).

Existuje také jiné členění fází nemoci, kterými onkologický pacient prochází. Toto dělení nám blíže popisují autorky Raudenská a Javůrková (2011, s. 192) ve své knize Lékařská psychologie ve zdravotnictví. Autorky píší, že během diagnózy a léčby nádorového

onemocnění prochází nemocný těmito stadii: **obdobím prediagnostickým, diagnostickým, léčebným a obdobím po léčbě.**

V **prediagnostickém období** navrhuje lékař diagnostická vyšetření. Toto období je pro pacienta plné nejistoty, úzkosti, zoufalství i popíráním. I lékař je na tom podobně, neboť přesně neví, co vlastně pacientovi je. U pacienta se objevují psychosomatické problémy jako je úzkost, hledání lékařské pomoci, nebo naopak odkládání návštěvy lékaře.

V **období stanovené diagnózy** lékař sděluje diagnózu, už operuje s fakty a snaží se komunikovat s pacientem srozumitelně. Pacient je konfrontován s možností smrti. V této chvíli mu však úzkost brání vnímat lékařem sdělené informace a dodržet navrhovaný léčebný postup. V tomto období jsou typické pocity zlosti, popírání a šoku, přechodné úzkostné projevy a depresivní nálady. Typická psychologická reakce je charakteristická třemi fázemi: popřením, akutní fází zmatku a neklidu, adaptací. V této fázi se projevuje úlek, vztek, zlost, otupělost, úleva (při objasnění příznaků). Následuje hledání dalšího lékařského názoru na výsledky sdělené diagnózy, dále rozhodování zda, případně kdy a jak navrhovanou léčbu podstoupit.

V **období léčebném** řeší onkolog léčebnými postupy a zákroky samotnou nemoc. V této chvíli pacient konfrontován i s možností omezení doby jeho života a smrti.

Dalším problémem je zajištění nezbytně nutných praktických záležitostí v rodině, v práci a dalších sociálních oblastech. Musí se rozloučit s řadou aktivit, které dříve naprosto samozřejmě vykonával (chůze a pohyb, sexuální život, zaměstnání, koníčky, sociální oblast). Zároveň má obavy z bolesti, samoty, ztráty kontroly, ztráty kontaktu s blízkými a z procesu umírání. Zde je dobré zjistit pacientův postoj k možné ztrátě a pomoci jemu i jeho rodině tuto ztrátu zvládnout. Přiměřený strach je v tomto období zcela normální reakcí.

I v **období po léčbě** dominuje u pacienta úzkost a strach z návratu nemoci. Mnozí nevěří slovu lékaře, že nemoc byla překonána. U úzkostných pacientů je toto období spojeno s hypersenzitivním prožíváním. I minimální signál v těle, jako tlak, bolest nebo píchání, považuje za recidivu nemoci. V období po léčbě také vyléčený pacient přehodnocuje životní priority (Raudenská, Javůrková, 2011, s. 192 – 193).

3.3 Kvalita života hematoonkologického pacienta jako součást léčby

V mnoha odborných lékařských pramenech se užívá pojmu kvalita života. Mluví se o ní jako o cíli terapeutické intervence a pracuje se s ní v mnoha různých oblastech lidského myšlení.

Proto je velmi nesnadné tento termín definovat. Poprvé byl použit v 50. letech 20. století ve Spojených státech jako politický slogan, až později se začal skloňovat také v souvislosti s medicínou (Slováček, 2008, s. 19). V oblasti klinického hodnocení se začal klást čím dál větší důraz právě na kvalitu života, která začala být sledována lékaři i ostatním zdravotnickým personálem. Tento nový v minulosti tak podceňovaný parametr při hodnocení léčebného výsledku tak vyvážil pozitivní léčebný efekt a nežádoucí účinky. Poslední dobou je tento pojem v onkologii brán jako druhý nejdůležitější ukazatel účinnosti a úspěšnosti léčby (Zítková, 2016, str. 91).

Proč se tedy zamýšlet nad kvalitou života, ptá se Zítková (2016, str. 91), která se tímto termínem zabývá právě v souvislosti s hematooonkologií. Její odpověď je následující: „ ... z důvodu toho, že představuje důležitý ukazatel průběhu intenzivní léčby, včetně období transplantace krvetvorných buněk, nabízí pohled pacienta na kvalitu života v souvislosti s terapií, ovlivňuje spolupráci pacienta a rodiny, pomáhá při volbě léčebného postupu a v neposlední řadě je součástí hodnocení kvality péče a spokojenosti nemocnými.“

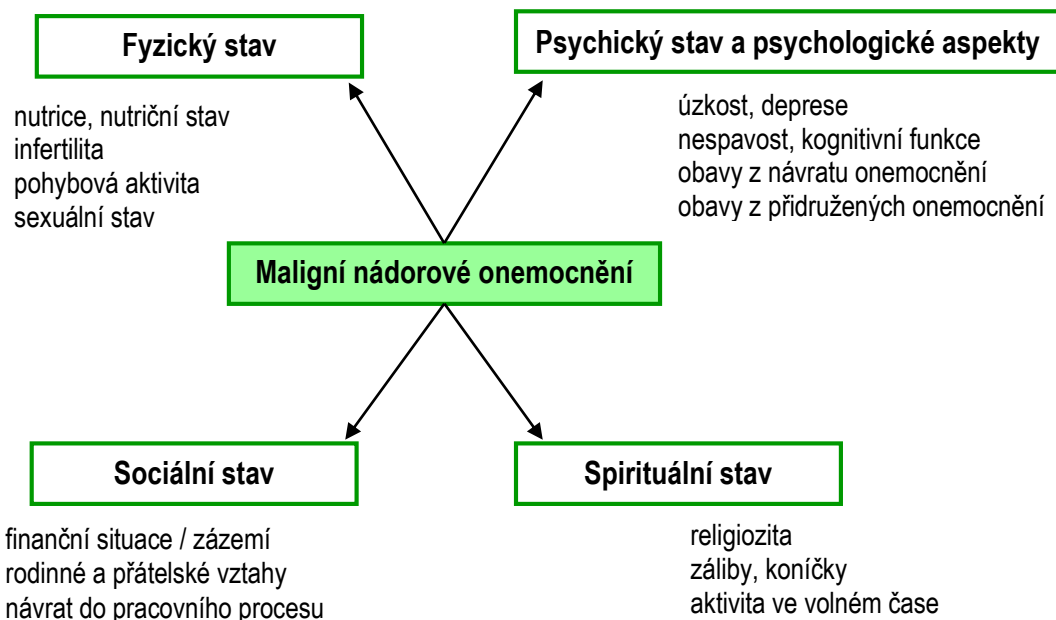
Podle Adama, Krejčí a Vorlíčka (2011, s. 316) je kvalita života to, „jak člověk subjektivně hodnotí svou situaci. Vztahová definice pak říká, že kvalita života se týká velikosti nepochybně mezi nenaplněnými a naplněnými potřebami a přáními. Měřitelná definice říká, že kvalita života měří fyzické, psychické, sociální a duchovní zdraví.“ Slováček (2008, s. 19) k tomu dodává, že v této souvislosti je obvykle sledován dopad onemocnění a jeho léčby na jedince. Na zajištění kvality života pacientů se podílí nejen odborníci ze zdravotnictví (lékaři, všeobecné sestry apod.), ale také další profese (psychologové, sociologové, duchovní apod.). Existuje řada dalších možností, jak pojem kvalita života vykládat. Názory několika dalších odborníkům, kteří se k této problematice vyjadřují, ve své práci Zítková uvádí (2016, str. 92) – například podle Kalmana, že kvalita života je daná propadem mezi jeho očekávaným a aktuálním stavem. Schipper vidí obsah tohoto pojmu v tom, jak pacient subjektivně vnímá reálný dopad onemocnění a následnou léčbu. Cella a Tulsy zase v termínu kvalita života kladou důraz na očekávání a spokojenost pacienta v porovnání s jeho aktuálním stavem a s tím, co považuje za možné a ideální.

V souvislosti s tímto pojmem je v lékařství asi nejčastěji citována definice, kterou v roce 1995 uvedla WHOQOL – Group (The World Health Organization Quality of Life assessment), kde kvalita života vyjadřuje to, „jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, standardům a zájmům“ (Zítková, 2016, str. 92).

Jak již bylo uvedeno výše, kvalita života zasahuje do všech oblastí života. Zahrnuje stránku psychickou, fyzickou výkonnost a zdraví, rovinu společenskou a sociální, rovinu duchovní a spirituální, ale také životní podmínky a prostředí. V této souvislosti musíme kvalitu života změřit a přesně definovat. Hovoříme pak o kvalitě života dobré, nebo špatné. Kvalita života je pak v medicíně vymezena schopností vést normální život, štěstím a spokojeností pacienta, dosažením jeho osobních cílů, schopností vést sociálně aktivní život a úrovní jeho potenciální tělesné i mentální kapacity (Zítková, 2016, str. 92).

Slováček (2008, s. 19) ve své publikaci vychází z definice Světové zdravotnické organizace, která na kvalitu života nemocného nahlíží z perspektivy optimálního zdraví jako na „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli jen absenci nemoci či postižení.“ V návaznosti na tuto definici vychází Slováčkova (2008, s. 19) charakteristika tohoto pojmu z koncepčního modelu, kde je plnohodnotný život jedince ovlivňován čtyřmi faktory: fyzickým, psychickým a sociálním stavem, i spirituálními aspekty. Tyto faktory stejně tak ovlivňují i onkologicky nemocné pacienty (viz obrázek č. 2).

Obr. č. 2: **Koncepční model kvality života onkologických / hematoonkologických nemocných**



Zdroj: *Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života. (Slováček, 2008, s. 20)*

Slováček (2008, s. 19 – 22) dále ve své publikaci předkládá velmi zajímavý pohled Kingové, která kvalitu života onkologicky nemocných pacientů přirovnává k tanci. Pacienta s nově diagnostikovaným onkologickým onemocněním vidí jako tanečníka – začátečníka, jeho léčbu a následnou péči jako tanečníka – instruktora. Samotný tanec pak může probíhat ve třech podobách: v duetu (léčba a následná péče o pacienta), ve společnosti tanečnicků (léčba a následná péče o pacienta, rodina a přátelé), v sólo tanci (tanec pacienta s podporou ošetřujícího týmu, rodiny a přátel). Tanec není pouze o pohybu, ale také o postoji, motivaci a výše popsaných čtyřech aspektech: fyzických, psychických, sociálních a spirituálních.

Výzkumy kvality života u onkologicky nemocných zjistily překvapivou skutečnost. A to, že v průběhu léčby se objektivní pohled lékaře může velmi lišit od subjektivního prožívání pacienta. To je ovlivněno věkem, průběhem nemoci a léčbou, i tím, jak se pacient vyrovnává s různými stavy a stádii nemoci, kterými v průběhu léčby a po ní prochází. Nemocnému se během této doby mění hodnoty, nerad opouští své zvyky a sociální postavení. Snaží se, aby si zachoval co nejvíce z dřívější kvality života, kterou v průběhu nemoci musí opustit (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 316).

Dotazníkové šetření ukázalo, že špatnou kvalitou života je pro pacienta na prvním místě únava a vyčerpanost, až potom bolest, nevolnost a deprese. Pro lékaře bylo toto zjištění překvapující, neboť se domnívali, že nejhorším prožitkem při léčbě je pro onkologického pacienta právě bolest. Výzkumy kvality života onkologických pacientů slouží k zobecnění přístupu lékařů a personálu v různých fázích léčby a ke zlepšení vybavení, které by usnadnilo pacientům pobyt v nemocnici. Zároveň pomáhají vybudovat účinnou spolupráci s jeho blízkými a přáteli (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 316 – 317).

Ke zlepšení kvality života pacienta v průběhu nemoci přispívá i výše zmíněný „bojový duch“, kterým se v poslední době zabývá psychologie osobnosti a který je součástí osobnosti některých onkologických pacientů. Ukazuje se jako velmi prospěšný činitel při zvládnání nemoci (Adam, Krejčí, Vorlíček et al., 2011, s. 308).

Velmi důležitou složkou ve zlepšování kvality života onkologicky nemocných pacientů je psychická podpora. Jedná se často o měsíce i roky trvající období během léčby, které je doprovázeno úspěchy i neúspěchy (v případě rezistence či progresu) léčby. Psychologická pomoc se soustředí jak na pacienta samotného, tak na jeho rodinné příslušníky a přátele. Péče o tyto onkologicky nemocné je velmi náročná a klade nároky i na ošetřující personál (Zitková, 2016, str. 96).

3.4 Onkologické oddělení jako možné působiště sociálního pedagoga

Je přirozené, že každý člověk chce být šťastný. Jedním z mnoha faktorů, které štěstí ovlivňují, je zdraví. Znáte to přísloví: „Zdravý člověk má mnoho přání a nemocný jen jedno.“ Jistě se shodneme, že zdraví je důležité pro plnohodnotný život. S tím se pojí také jistá dávka lásky a sociálního cítění. To se projevuje i ve vztahu k pacientům s onkologickým onemocněním (Massarová, 2012, s. 438).

Zhoubné nádory jsou celospolečenským problémem. Onkologické onemocnění je druhou nejčastější diagnózou po onemocněních kardiovaskulárních, které může vést k úmrtí. Proto je důležité se této problematice, tj. péči o pacienta s onkologickým onemocněním a kvalitě jeho života, věnovat (Václavíková, 2017, s. 84).

O tyto pacienty se stará celá řada odborníků: praktičtí lékaři, chirurgové, gynekologové, radiologové, onkologové, fyzioterapeuti, laboranti, sestry. Součástí tohoto řetězce jsou také právě psychologové a sociální pracovníci (Kalátová, 2012, s. 193).

Onkologické onemocnění je spojováno s krizí a následně potřebnou intervencí. Pacient či jeho blízcí často potřebují pomoc a radu, protože jsou zjištěnou situací zaskočeni a nejsou na ni předem připraveni. U zasaženého člověka a jeho okolí dojde k nutnému přehodnocování a vypořádání se s existenčními problémy. (Václavíková, 2017, s. 84)

Péče o onkologického pacienta je tudíž záležitostí multidisciplinární. A to nejen z hlediska medicíny a ošetrovatelství, ale také z hlediska společenského. Onkologické onemocnění se v dnešní době považuje za onemocnění chronické, jeho léčba trvá někdy měsíce i roky. Pacient také po prodělané léčbě často není schopen vrátit se do normálu, na který byl zvyklý před onemocněním, a musí uzpůsobit svůj život novým podmínkám (Kalátová, 2012, s. 194). Jak uvádí Zemanová (2008, s. 249), jistá sociální a emoční podpora takto nemocných lidí příznivě ovlivňuje průběh onemocnění. Důležitou roli přitom hraje vlastní aktivita nemocného a jeho rozhodnutí s nemocí bojovat.

Jak již bylo výše zmíněno, na úspěšné komplexní léčbě spolupracuje celý multidisciplinární tým. Tento tým se podílí na úspěšném vyřešení situace onkologického pacienta (Severová, 2015).

Pojďme se nyní krátce zastavit u nejdůležitějších odborníků a spolupracovníků, kteří působí právě na onkologickém oddělení. Tato skupina lidí z různého prostředí, s různou odborností a různým vztahem k pacientovi může nabídnout, díky různému pohledu, jiný typ pomoci.

Společně pak tyto profesionálové v konečném důsledku pokryjí celé spektrum pacientových problémů. Pro efektivitu jejich práce je velmi důležitá komunikace mezi nimi, měli by si být oporou, vzájemně se respektovat a vytvářet pozitivní prostředí tak, aby to neškodilo pacientovi.

Jak uvádí Ondrušová (2012, s. 28), v tomto týmu by měli být **lékaři, sestry, pečovatelé, psycholog, sociální pracovník, dobrovolníci**, v případě potřeby i **kněz**. V širším smyslu zahrnuje také samotného pacienta, jeho rodinu a přátele, protože i ti se už jen svou přítomností jistým způsobem podílí na léčbě onkologicky nemocného.

Lékař v multidisciplinárním týmu:

Při léčbě onkologického onemocnění je pokládán za nejdůležitější článek týmu. Jeho snahou je docílit co nejlepšího zdravotního stavu pacienta. Jeho úkolem je stanovit diagnózu, zajistit dostupnou léčbu, provádět pravidelné kontroly a obecně sledovat pacienta a zmírňovat jeho bolest. Snaží se předpokládat další vývoj nemoci a po celou dobu léčby informuje pacienta i jeho blízké o aktuálním stavu, účinnosti a dalším možném postupu léčby. Význam lékaře v tomto týmu je nesporný, bez něho se prostě neobejde (Ondrušová, Ondrušová ml., 2012, s. 28).

Sestra v multidisciplinárním týmu:

Zdravotní sestra je v kontaktu s pacientem asi nejvíce z celého týmu. Mezi její různorodé úkoly, kterých je mnoho, patří péče o pacienta a sledování jeho stavu, podávání léků podle lékařových pokynů, sledování jeho základních životních funkcí, pečuje o dietní a pitný režim a osobní hygienu (hlavně dutinu ústní) apod. Při péči jí pomáhají pečovatelé nebo zdravotničtí asistenti a sanitáři, kteří asistují při koupání, krmení či přemisťování pacienta atd. (Ondrušová, Ondrušová ml., 2012, s. 28 - 29).

Klinický psycholog v multidisciplinárním týmu:

Pro pacienta je v průběhu léčby velmi důležitá verbální i neverbální komunikace s druhými. Proto je zde nezbytná také pozice psychologa, který tuto komunikaci odborně zaštití (Linkos, 2017). Klinická psychologie, která se mimo jiné zaměřuje na pacienta na lůžku, v sobě zahrnuje prevenci, klinickou psychodiagnostiku, terapeutickou a poradenskou činnost, také posudkovou a znaleckou činnost či činnost vědecko-výzkumnou. Při práci s onkologickými pacienty je z toho nejdůležitější asi činnost terapeutická, poradenská a psychodiagnostická.

Psycholog může jako poradce a terapeut pomoci zvládat situace od diagnózy až po léčbu a v případě potřeby může pomoci smířit se se smrtí. Jako psychodiagnostik zajišťuje onkologickým pacientům vyšetření osobnosti a psychických funkcí (Ondrušová, Ondrušová ml., 2012, s. 29 – 30).

Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu:

Sociální pracovník jako člen týmu nabízí sociální služby pacientovi, rodině i ostatním členům, všem, kteří čelí tlaku potenciální či skutečné onkologické diagnózy. Na onkologickém oddělení zodpovídá za pět hlavních oblastí: *klinickou, spolupráci, při propouštění pacienta, při tvorbě propouštěcí dokumentace a v programu další podpory.*

V oblasti *klinické* využívá svých teoretických znalostí se snahou poskytnout pomoc. Přitom bere ohled na věk, kulturu a víru pacientů. Jako jejich zástupce doporučuje zdroje na podporu jejich potřeb, a to v podobě sociální podpory a finanční pomoci.

V oblasti *spolupráce* se sociální pracovník snaží udržovat pozitivní pracovní vztahy se všemi odděleními a vedením nemocnice, aby mohla být pacientům poskytnuta optimální péče. Podílí se s ostatními odborníky na vypracování a dodržení plánu péče o onkologického pacienta a poskytuje informace o možnostech umístění v zařízeních mimo nemocnici.

Při propouštění pacienta pak zajišťuje potřebné informace a doporučuje sociální služby pro následnou péči o pacienty, kteří potřebují další dohled. Vypracovávají na míru ušité propouštěcí plány pro tyto pacienty.

Při tvorbě propouštěcí dokumentace sociální pracovník vypracovává dokumentaci v elektronické podobě podle předpisů. Musí dokumentovat vše od začátku léčby, až po nastínění dalšího plánu péče.

V *programu další podpory* se sociální pracovník zúčastňuje setkání na onkologickém oddělení s dalšími členy zdravotního personálu (týmu). Jeho nadřízení vypracovávají a vyhodnocují pravidla, která se týkají péče pacientů (Social Work Degree Guide, 2017). Sociální pracovník samozřejmě spolupracuje s dalšími institucemi mimo nemocnici, aby vyřešil pacientovu situaci k jeho spokojenosti (např. pečovatelskou službou, praktickým lékařem, úřady práce, posudkovými lékaři atd.) (Severová, 2015).

Sociální pedagog v multidisciplinárním týmu:

Jako součást multidisciplinárního týmu by pak mohl být sociální pedagog, který by převzal část kompetencí, které v současnosti patří k činnostem sociálního pracovníka. Hlavní náplň

jeho práce vidíme v aktivizační činnosti a terapeutických technikách, které vyplňují hlavně volný čas pacienta. Díky tomu by mohl být v těsné spolupráci s psychologem i sociálním pracovníkem, protože i oni se podílí na terapeutické a aktivizační činnosti.

Jak uvádí Kraus s Hoferkovou (2016, s. 58): „*Centrálním tématem, které prolíná celým obsahem oboru, je rozvoj sociální kreativity, aktivizace sil každého vychovávaného.*“ Jak uvádí Adam s Krejčí a kol. (2011, s. 315 – 316), bylo by dobré, pokud by mohlo být onkologické pracoviště vybaveno například arteterapeutickými či ergoterapeutickými dílnami. Jak dále uvádí autoři: „*Manuální práce dokáže velmi účinně odpoutat pozornost pacienta od myšlenek na probíhající nepříjemnou léčbu a zároveň přináší z hmatatelných výsledků takové činnosti, jakými jsou drobné dekorační předměty nebo dárky*“ (Adam, Krejčí, Vorlíček, 2011, s. 315 – 316).

Jak je vidět, sociální pedagog by na onkologickém oddělení v multidisciplinárním týmu jistě našel své opodstatnění.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4 METODOLOGIE VÝZKUMU

V následujících dvou kapitolách si představíme důvody, proč tento výzkum vznikl, tj. úvod do problematiky, hlavní cíle výzkumu, použitou výzkumnou metodu a výběr výzkumného vzorku. Dále si vysvětlíme, jakým způsobem bylo postupováno při výběru informantů, výzkumný postup, výsledky výzkumu atd.

Úvod do problematiky výzkumu

V úvodu praktické části bych chtěla v první řadě krátce odůvodnit svoji motivaci k výběru tohoto výzkumu. K zájmu o tuto problematiku mě vedla zkušenost a to, že necelých osm let docházím každý týden, jako dobrovolnice na hematologické oddělení FN Brno a snažím se hematologickým pacientům nabízet podporu. Zjistila jsem, že tito pacienti strádají nejenom po stránce fyzické tj. nemocí, ale také po stránce psychické. Když člověk onkologicky onemocní, tak se mu tím ze dne na den změní život. Tito lidé pak většinou dostanou buď částečný, nebo plný invalidní důchod. Při pohybu po oddělení jako dobrovolník už delší dobu cítím, že na tomto oddělení chybí člověk, který by tam mohl být každý den a pacientům pomáhal.

Proto jsem se prostřednictvím tohoto výzkumu rozhodla zjistit názor na tuto problematiku u hematologických pacientů, kteří mají dlouhodobější zkušenost s hospitalizací na lůžkovém oddělení Interní hematologické a onkologické kliniky FN Brno.

4.1 Cíl výzkumu

Cílem praktické části je (A) zjistit pohled pacienta na zázemí a možnosti zlepšení v rámci stávajícího lůžkového hematologického oddělení a při úpravě či navrhování úplně nového lůžkového hematologického oddělení a (B) nastínit roli sociálního pedagoga na lůžkovém hematologickém oddělení.

Na základě námi zjištěných informací se pokusíme o design lůžkové části hematologického oddělení očima pacientů.

Dvě výzkumné otázky:

- (A) Jaký je pohled pacienta na zázemí a možnosti zlepšení v rámci stávajícího lůžkového hematologického oddělení a při úpravě či navrhování úplně nového lůžkového hematologického oddělení?
- (B) Jaká je role sociálního pedagoga na lůžkovém hematologickém oddělení?

1. část výzkumu – zadání a otázky

Představte si situaci, že jste onemocněl/a a po nějaké době nastupujete do nemocnice na lůžkovou část hematologického oddělení. Vy víte, jak vypadá hematologické oddělení v současné době, ale na to teď zapomeňte. Představte si, že nastupujete na „ideální“ lůžkové hematologické oddělení. Zkuste mi, prosím, říct, jak takové „ideální“ lůžkové hematologické oddělení vypadá a jak vypadá Váš pobyt na takovém oddělení, abyste se cítil/a dobře.

Pomocné otázky pro rozhovor – operacionalizace:

Všechny otázky byly zaměřené na lůžkovou část IHOK FN Brno:

1. Jak vypadá Váš pokoj?
2. Jak vypadá Váš denní režim, tj. denní harmonogram? Zkuste mi ho popsat od rána?
3. S kým se v průběhu dne setkáváte, proč a jakým způsobem?
4. S kým v průběhu dne mluvíte, proč a jakým způsobem?
5. Co všechno zpříjemní Váš pobyt? Co by Vám pomohlo?

2. část výzkumu – zadání a otázky

Představte si, že v rámci dne na takovém „ideálním“ lůžkovém hematologickém oddělení budete mít možnost zajít do uzpůsobené místnosti, kde Vám může být nabídnuto smysluplné strávení Vašeho času.

Pomocné otázky pro rozhovor – operacionalizace:

1. Jaká je to představa? Pomáhá Vám to zpříjemnit pobyt v nemocnici? Proč?
2. Jaké aktivity se tam uskutečňují?
3. Je v takové místnosti nějaký personál?
4. S čím Vám pomáhá, co nabízí, s čím radí atd.?

4.2 Výzkumná metoda

Pro praktickou část této diplomové práce jsme si zvolili **kvalitativní výzkum**, protože tento druh výzkumu nám umožňuje hlubší poznání stanoveného cíle. Uvedeme si, jak kvalitativní výzkum definoval Creswell (In Hendl, 2012, s. 48): „*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.*“

Jako metodu pro sběr dat byl zvolen **rozhovor**. Podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 159 – 160) se jedná o „*nejčastější používanou metodou sběru dat v kvalitativním výzkumu,*“ protože umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě.

Použili jsme **polostrukturovaný rozhovor** (též rozhovor pomocí návodu). Jak uvádí Reichel (2009, s. 112): „*Polostrukturovaná varianta interview v zásadě kombinuje výhody a minimalizuje nevýhody obou krajních forem rozhovoru, tj. volného, nestrukturovaného a strukturovaného.*“ Tato metoda se vyznačuje tím, že je předem připraven seznam témat a otázek, kdy tazatel může formulaci nebo pořadí pokládaných otázek během rozhovoru částečně upravit či obměnit. Ale je důležité, aby byly tyto otázky probrány všechny (Reichel (2009, s. 111).

Analýzu výzkumných dat jsme prováděli pomocí principů a postupů **zakotvené teorie**, a to právě, pro možnost na základě této strategie sestavit teorii vysvětlující zkoumanou oblast (Strauss, Corbinová 1999, s. 15). Rozhovory jsme analyzovali pomocí **otevřeného kódování**. Podle Strausse a Corbinové (1999, s. 43) se jedná o „*část analýzy, která se zabývá označováním a kategorizací pojmů pomocí pečlivého studia údajů. Během otevřeného kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, porovnáním jsou zjištěny podobnosti a rozdíly a také jsou kladeny otázky o jevech údají reprezentovaných.*“

4.3 Výzkumný vzorek

Po předchozích bodech, kde jsme si popsali úvod do problematiky, stanovili si naše dva cíle výzkumu, zformulovali výzkumné otázky, popsali výzkumnou metodu pro sběr dat, je nezbytné doplnit volbu a způsob výběru informantů pro rozhovor.

Volba výzkumného souboru:

Při výběru výzkumného vzorku jsme zvolili **metodu záměrného výběru**. Tato metoda byla zaměřena na informanty z Interní hematologické a onkologické kliniky (dále IHOK) FN Brno. IHOK je klinickým pracovištěm, poskytující komplexní péči pacientům s nádorovými onemocněními krvevorné tkáně a mízních uzlin (různé typy leukemií, lymfomů a mnohočetný myelom). Nachází se zde také centrum pro transplantaci krvevorných buněk a na vysoké úrovni je zde poskytována i podpůrná onkologická léčba. Ročně se zde provádí okolo sedmdesátí transplantací krvevorných buněk (IHOK FN Brno, 2017).

Svůj výzkum jsme soustředili na lůžkovou část Interní hematologické a onkologické kliniky FN Brno. Lůžková část IHOK se skládá z třech oddělení a to: oddělení A, B, C. Oddělení A a B se nachází ve 14. patře hlavní výškové budovy nemocnice, oddělení C se nachází v 17. patře stejné budovy. Tyto tři oddělení mají dohromady více jak 60 lůžek pro standardní péči. Zde je poskytována péče pro „*hematoonkologické a onkologické pacienty, jejichž léčba není možná v ambulantním režimu a vyžaduje hospitalizaci*“ (IHOK FN Brno, 2017).

Před zahájením výzkumu jsme se obrátili na oddělení organizace a řízení FN Brno s žádostí o sběr dat na lůžkové části IHOK FN Brno a po jejím schválení nám bylo umožněno zde realizovat rozhovory. Tuto žádost jsme měli při každém rozhovoru u sebe. Pro případ, kdyby někdo ze zaměstnanců nemocnice chtěl, abychom se prokázali, že máme povolení dělat tohle šetření.

Naším prvotním záměrem bylo oslovit jednoho psychologa a deset pacientů. Po delším zvažování jsme se rozhodli a oslovili jen pacienty.

Bylo by vhodné si krátce popsat, proč jsme se pro tento výběr rozhodli. Toto rozhodnutí vyplynulo z důvodu, že v bakalářské práci byl náš výzkum zaměřen na ambulantní část IHOK FN Brno. Tenkrát bylo celkem osloveno šest informantů a to: dva lékaři, psycholog, všeobecná sestra a dva pacienti. Tento výběr informantů byl zvolen proto, že jsme chtěli zaznamenat více uhlů pohledu.

Pro diplomovou práci jsme se rozhodli použít pohledy pouze od pacientů a jejich představy o „ideálním“ lůžkovém oddělení, protože jsme chtěli modelovat lůžkovou část hematoonkologického oddělení očima pacienta. Dali jsme si za cíl, mít vyvážený vzorek a to, aby bylo osloveno pět žen a pět mužů. Dále, aby byli informanti různé věkové kategorie: od 18 do 35, od 35 do 50 a od 50 do 70 let (je to oddělení pro dospělé). Bylo zapotřebí, aby měli zkušenost s hospitalizací na lůžkové části IHOK FN Brno, a tato hospitalizace trvala minimálně týden. Zároveň, to nemohli být pacienti, kteří šli pouze na transplantaci, protože

tito pacienti jsou v době transplantace na uzavřeném pokoji a v jejím průběhu se nesmějí po oddělení pohybovat.

Tento výzkum se liší od bakalářského výzkumu tím, že v něm byly rozhovory dojednány samy dopředu a vše se pak odehrávalo podle plánu, jak bylo předem dohodnuto. V případě diplomové práce se ukázal tento způsob jako ne příliš vyhovující. Protože nastala situace, kdy byl například předem dohodnutý rozhovor na lůžkovém oddělení s informantem, který ležel v nemocnici okolo dvou měsíců, ale informant byl propuštěn z nemocnice domů. Tedy předtím než byl daný rozhovor uskutečněn. Nakonec bylo přistoupeno na jiný způsob oslovení. S pěti informanty jsme si domluvili rozhovor sami, s dalšími pěti nám pomohl rozhovory dohodnout nemocniční personál a to: psycholog, všeobecná sestra, lékař. Rozhovory byly uskutečněné během jednoho měsíce.

Výzkumný soubor

Tohoto výzkumu se zúčastnilo 10 informantů. Vzhledem k zachování anonymity jednotlivých informantů neuvádíme jména ani přesný věk. Uvádíme pouze, kde se tento výzkum uskutečnil. Informantům jsme přidělili kódované označení I1, I2, I3, I4, I5, ..., I10. Toto označení jsme informantům určili podle pořadí, jak se uskutečňovaly rozhovory. Pod těmito kódy budou nadále označováni. Věk informantů jsme rozčlenili do tří věkových skupin a to: do 30 let, 30 – 50 let, nad 50 let.

Informant č. 1 (I1):

Pacientka, nad 50 let.

Je pacientkou IHOK FN Brno. Onemocnění: mnohočetný myelom. Rozhovor se uskutečnil 21. 02. 2018 v době, kdy informant přišel na kontrolu. Rozhovor s informantem byl dohodnut individuálně.

Informant č. 2 (I2):

Pacientka, 30 – 50 let.

Je pacientkou IHOK FN Brno. Onemocnění: mnohočetný myelom. Rozhovor se uskutečnil v dopoledních hodinách 22. 02. 2018 ve FN Brno. V době, kdy informant čekal na vyšetření. Rozhovor s informantem byl dohodnut individuálně.

Informant č. 3 (I3):***Pacient, do 30 let.***

Je pacientem IHOK FN Brno. Onemocnění: lymfom. Rozhovor se uskutečnil v dopoledních hodinách 22. 02. 2018 ve FN Brno. V době, kdy informant čekal na vyšetření. Rozhovor s informantem byl dohodnut psychologem na lůžkovém oddělení.

Informant č. 4 (I4):***Pacient, nad 50 let.***

Je pacientem IHOK FN Brno. Onemocnění: mnohočetný myelom. Rozhovor se uskutečnil v dopoledních hodinách 28. 02. 2018 ve FN Brno. V době, kdy informant čekal na vyšetření. Rozhovor s informantem byl dohodnut individuálně.

Informant č. 5 (I5):***Pacientka, do 30let.***

Je pacientkou IHOK FN Brno. Onemocnění: leukemie. Rozhovor se uskutečnil 28. 02. 2018 v odpoledních hodinách na pokoji lůžkové části IHOK FN Brno. Rozhovor s informantem byl dohodnut lékařem na lůžkovém oddělení.

Informant č. 6 (I6):***Pacient, nad 50 let.***

Je pacientem IHOK FN Brno. Onemocnění: mnohočetný myelom. Rozhovor se uskutečnil v odpoledních hodinách 28. 02. 2018 na pokoji lůžkové části IHOK FN Brno. Rozhovor s informantem byl dohodnut individuálně.

Informant č. 7 (I7):***Pacientka, nad 50 let.***

Je pacientkou IHOK FN Brno. Onemocnění: lymfom. Rozhovor se uskutečnil v odpoledních hodinách 21. 03. 2018 v lůžkové části IHOK FN Brno. Rozhovor s informantem byl dohodnut individuálně.

Informant č. 8 (I8):***Pacient, 30 – 50 let.***

Je pacientem IHOK FN Brno. Onemocnění: leukemie. Rozhovor se uskutečnil v odpoledních hodinách 21. 03. 2018 v lůžkové části IHOK FN Brno. Rozhovor s informantem byl dohodnut všeobecnou sestrou na lůžkovém oddělení.

Informant č. 9 (I9):***Pacient, nad 50 let.***

Je pacientem IHOK FN Brno. Onemocnění: mnohočetný myelom. Rozhovor se uskutečnil v odpoledních hodinách 21. 03. 2018 v lůžkové části IHOK FN Brno. Rozhovor s informantem byl dohodnut všeobecnou sestrou na lůžkovém oddělení.

Informant č. 10 (I10):***Pacientka, nad 50 let.***

Je pacientkou IHOK FN Brno. Onemocnění: mnohočetný myelom. Rozhovor se uskutečnil v odpoledních hodinách 29. 03. 2018 v kavárně vedle FN Brno. Rozhovor s informantem byl dohodnut individuálně.

4.4 Výzkumný postup

Hned v úvodu této podkapitoly bychom chtěli uvést, že při sestavení a sepsání prvního výzkumného zadání v nás převažovaly obavy, zdali vůbec zazní něco, co by bylo odpovědí na námi stanovený druhý cíl praktické části. Se sociálním pedagogem se běžně nepotkáte jako se zaměstnancem onkologického oddělení. Proto jsme přesně nevěděli, co od rozhovorů s pacienty očekávat. Jelikož každý z nás je individuum a dopředu nelze úplně určit, co nám odpoví. Po delším uvažování, jsme se rozhodli, že rozdělíme výzkum na dvě části, v každé části bude jedno hlavní zadání. První část jsme chtěli nechat spíše volnou, z toho důvodu, aby informant měl svobodu vyjádřit přání a nápady, a aby nedošlo k neovlivnění jeho „fantazie“. Druhá část byla použita proto, aby informantovi byla nabídnuta možnost se na danou problematiku podívat v užším slova smyslu. Definitivní rozhodnutí o částech výzkumu vyplynulo hned po rozhovoru s prvním informantem. Jelikož jsme si předem řekli, že pokud se rozhovor vyvine směrem, že se bude třeba ptát jak na první, ale i a na druhou

část, tak tento postup bude nadále používán i u ostatních informantů. Proto máme dvě výzkumné části a u každé části máme výzkumné zadání a pomocné otázky.

Před uskutečněním rozhovoru jsme se informantů ptali, zdali souhlasí s tím stát se naším informantem. Rozhovory byly uskutečněné během jednoho měsíce. S každým informantem probíhaly individuálně a zcela dobrovolně. Dále byl položen dotaz v rámci rozhovorů týkající se ústního souhlasu s nahráváním a rovněž byli informanti ujištěni, že bude dodržena důvěrnost a anonymita. Informanta jsme poučili o ochraně osobních údajů a předložili jsme mu k podpisu informovaný souhlas, který jsme následně uschovali. Je třeba podotknout, že v případě prvního informanta byl ním informovaný souhlas podepsán před uskutečněním rozhovoru. Avšak posléze to v nás vyvolalo obavu, že to trochu ovlivnilo rozhovor informanta. Možná tomu tak ale nebylo. Tento informant se pohybuje už několik desítek let ve zdravotnictví a v současnosti je onkologickým pacientem. Nejsme si jisti, nicméně však naše subjektivní vnímání vedlo k rozhodnutí o změně taktiky a informovaný souhlas byl na základě toho dáván informantům k podpisu až po uskutečnění rozhovoru. Na vzor informovaného souhlasu pod označením (P I) lze nahlédnout v příloze.

Jelikož první část výzkumného zadání je trochu delší než druhá část, a tím pádem je potřeba i delší čas na zamyšlení. Proto byla informantům před začátkem nahrávání nabídnuta možnost přečtení této otázky dvakrát. Této nabídky využilo několik informantů, aby si mohli dopředu srovnat své myšlenky. Zároveň jim bylo nabídnuto, že pokud v průběhu rozhovoru budou chtít přemýšlet delší dobu nad některou z otázek, tak je možnost diktafon pozastavit na „pauzu“. Tuto nabídku nikdo nevyužil. Přesto však muselo být nahrávání pozastaveno na „pauzu“ a to z důvodu, protože rozhovory probíhaly na odděleních, kde pacienti byli buď na vyšetření, nebo leželi přímo na lůžkovém oddělení. I když tento rozhovor byl předem domluven s personálem, tak u informantů probíhala v ten okamžik léčba a to ve formě kapaček, chemoterapie, infuzí atd. nebo jim bylo potřeba podat léky, injekce apod. Informanti, kteří byli vyrušení, pak většinou pokračovali v rozhovoru, jakoby se nic nestalo. Dokonce v případě jednoho informanta byl průběh rozhovoru vyrušen spolupacientem.

Záznam a transkripce

Záznam rozhovorů byl pořízen pomocí přenosného diktafonu. Tento způsob zaznamenávání se nám jevil jako nejlepší, jelikož představuje velkou podporu a pomoc. Díky tomu se nemusí záznam psát na papír či si jen dělat poznámky. Tazatel tak může navázat oční kontakt s informantem, který je v našem výzkumu důležitý. Zvukový záznam navíc zachycuje

i doprovodné zvuky, jako je smích, povzdechnutí, důraz na konkrétní slovo, sílu hlasu atd. Když potom tazatel s odstupem času začne psát transkripci zvukového záznamu, může tak najednou vnímat tyto doprovodné zvuky z jiného pohledu. Například, v době nahrávání rozhovoru s informantem č. 5, jsme vůbec nezaregistrovali, že informanta č. 5 delší dobu volal spolupacient, až při přepisu rozhovoru jsme tuto skutečnost zachytili. Nahrávaný rozhovor je autentický, oproti tomu papír s tužkou nám takovou kvalitu zaručit nemusí. Dalším krokem byla transkripce zvukového záznamu rozhovoru, tj. převedení získaných dat netextové podoby do podoby textové. Přepsaný text posléze prošel kontrolou opakovaného poslechu. Tuto přepsanou textovou podobu dat potřebujeme pro další krok a to pro analýzu. Na vzor ukázky přepisu rozhovoru a na kódování tohoto rozhovoru je možné nahlédnout v příloze pod označení (P II) a (P III).

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Na základě otevřeného kódování a následné práce nad logickými shluky jednotlivých významových jednotek byly vytvořeny následující kategorie:

- **Zázemí a prostředí**
- **Režim a harmonogram**
- **Vztahy a vazby**
- **Aktivity**

Každou kategorii následně rozdělujeme na dvě části. V **I. části** uvádíme odpovědi informantů na „ideální“ lůžkové oddělení, podle jejich představ, aby se cítili dobře. V **II. části** uvádíme, co nám odpověděli, když jsme se je zeptali opět na představu „ideálního“ lůžkového oddělení, ale už jsme jim nabídli možnost, že by si mohli zajít do uzpůsobené místnosti, kde by jim bylo nabídnuto smysluplné strávení času.

1. Zázemí a prostředí

I. část

V této kategorii se jednotlivé odpovědi téměř shodovaly. Kategorii lze pro zjednodušení charakterizovat několika vybranými kódy:

design pokoje [I3/22], modernizace a rozšíření hygienického příslušenství [I10/15], optimální počet [I5/20], místo na setkání [I2/107], podoba pokoje [I6/27], spokojenost se stávajícím stavem [I8/34].

Léčba onkologického onemocnění nespočívá jen v předepisování léků nebo léčebných postupech. Důležitou roli přitom hraje psychologické a sociální povzbuzení. Tímto povzbuzením může být i zpříjemnění prostředí a zázemí lůžkové části. Co se týká pokoje, informanti nechtěli moc zásadních změn, proto nebudeme uvádět odpovědi všech informantů, ale jen několik pro ukázkou. Opakovaly se tři věci: sprcha na pokoji, pohodlnější polohovací postele, a aby na pokojích nebyly přistýlky. Za „ideální“ považovali, aby na pokoji byla „*nejen teda toaleta, co je, ale by tam byla i možnost sprchování nebo koupelna*“ [I4/37]. Ohledně postelí se vyjádřili, kdyby „*byly takové ovládací, a které hodně pomůžou člověku*“ [I10/12], „*pro každého pacienta, aby si mohl nastavovat polohu dle svojí potřeby*“ [I2/17], „*někdy člověk potřebuje vstát z větší výšky, někdy je lepší*“ [I1/11], když je to lůžko

dole. U všech rozhovorů zaznělo, že potřebují sociální kontakt, ale na pokoji by chtěli, aby bylo méně pacientů. Tím mysleli přistýlky, které jsou snad na každém pokoji. „*Méně pacientů než čtyři*“ [I2/13], „*maximálně po třech lidech*“ [I3/12]. Dále zazněli věci, které byly spíš individuálního charakteru, ale byly to věci, které by na pokoji zpříjemnily pobyt při hospitalizaci a to: rychlovarná konvice, pohodlné křeslo, pohodlnější místo pro konzumaci stravy a design nádobí, dva nebo tři pozitivní obrazy, osvětlení při zemi, barevné vymalování a barevné povlečení, možnost vlastní výzdoby, jako například fotky rodiny a přátel, lepší lůžkoviny atd. Při vyjmenovávání, co by zlepšili na pokoji, zazněly také i pocity, proč: pozitivní barva – na podporu, barevné povlečení – pocit domova, kytičky – něco, co nepřipomíná nemoc atd. Dokonce, co by bylo příjemné „*změna třeba oblečení zdravotního personálu*“ [I2/154].

U čtyř informantů [I3/65; I6/35; I2/145; I1/233] zazněla potřeba společenské místnosti, kde by se mohli sejít.

Je třeba zmínit, že z deseti informantů, měli dva informanti představu „ideálního“ zázemí a prostředí nezměněnou oproti současnosti. „*Pokud bych musel nastoupit někam na nové oddělení, bude podobné tomu, co znám tady, co jsem teď*“ [I9/18]. „*Může být stejný, jak je*“ [I8/32], „*asi bych tam nic moc neměnil*“ [I8/33].

II. část

Kategorii lze pro zjednodušení charakterizovat několika vybranými kódy:

design oddělení [I7/155], místo pro setkávání [I1/373], relaxace, „přijít“ na jiné myšlenky [I4/285].

V druhé části, kde jsme se ptali přímo, jestli informanti vidí potřebu, aby na lůžkovém oddělení byla uzpůsobená místnost, tak jeden informant odpověděl, že ne, „*vůbec mě nenapadá, co by tam mělo být*“ [I9/117], „*u mě ne*“ [I9/124]. Zbylých devět informantů odpovědělo, že ano. Samozřejmě vše by záleželo, v jaké fázi onemocnění by se informant nacházel. „*Mohla by to být víceúčelová místnost*“ [I7/155] nebo prostě společenská místnost, kde by „*člověk si mohl sednout v nějakých opravdu velmi pohodlných, velmi nějakých pohodlných židlích nebo křeslech*“ [I4/248], „*zatím v současné době tady toto není*“ [I4/249].

2. Režim a harmonogram

I. část

Kategorii lze pro zjednodušení charakterizovat několika vybranými kódy:

procedura [I2/40], dopolední léky [I4/97], vizita [I10/38], možnost napřed provést osobní hygienu [I2/39].

Výběr kódů pro tuto kategorii byl na jednu stranu složitější a to v tom, že výzkumník musel rozpoznat, kam zařadit ten nebo onen kód, jelikož se v režimu a harmonogramu prolínají vtahy a vazby současně s aktivitami. Na druhou stranu byl jednodušší v tom, že prakticky všechny odpovědi byly téměř stejné. „*Ráno příjemné vzbuzení, dobrá snídaně, dobrá, jo. Potom nějaká ta procedura, polední spánek, návštěva, vizita a dobrou noc*“ [I9/39]. Proto zde nebudeme uvádět veškeré získané informace, ale jen některé, které byly spíše individuálních potřeb. Například, den by měl začít „*později, než začíná*“ [I8/43], aby „*nebyly tak brzké budíčky*“ [I2/38]; „*dopředu stanovený harmonogram, aby pacienti věděli, v kolik třeba bude přímo vizita*“ [I2/51].

Během dne by byl „*nějaký třeba program zábavný*“ [I5/43] či po obědě mít možnost si zajít „*někam do nějaké společnosti*“ [I3/63], anebo „*kdyby tam bylo něco v rámci toho osobního volna*“ [I2/137]. „*Takový normální prostě běžný den, akorát k tomu přidělaná ta léčba*“ [I5/48].

Další získané informace uvedeme v následující kategorii.

Co se týká **II. části**, tak v této kategorii se nevyskytuje.

3. Vztahy a vazby

I. část

Tuto kategorii považujeme za nejvýznamnější, zároveň je i nejobsáhlejší, protože zde zazněly nejen důvody, ale i hodně pocitů, proč ty vztahy a vazby informanti potřebují.

Kategorii lze pro zjednodušení charakterizovat několika vybranými kódy:

erudovaný přístup [I1/68], sociální kontakt [I5/22], osoba pro kontakt [I9/52], sociální pojítka [I3/78], každý jedinec potřebuje individuální přístup [I1/141], personál [I4/165], potřeba být informován [I8/53].

Nemocnice není jen místem, kde se léčí. Je také důležitým prostorem, kde probíhá interakce mezi jedinci. Když informanti popisovali svoji představu pokoje, tak skoro všichni řekli, že by nechtěli být na pokoji sami, minimálně po dvou, maximálně však po třech, „*protože je to takový, že si dodáváte podporu*“ [I7/23], máte si „*s kým si popovídat*“ [I5/21]. „*Samota by mně vadila*“ [I10/45] a sám být na pokoji „*je většinou smutný a nudný*“ [I8/18], „*protože ono přece jenom je lepší, když pacienti tady s touto nemocí*“ [I4/21], mohou „*si povykládat s ostatními, kteří tam jsou, tady v této situaci*“ [I4/24] a „*je úžasné, když můžou být na dvouůžkovém pokoji lidé, dvě osoby, které si rozumí*“ [I1/109]. A jak dodává informant I10 „*to znamená, že ty lidi bych potřebovala*“ [I10/46]. Vyplývá z toho tedy, že by chtěli být v kontaktu s dalším člověkem.

Pochopitelně, že úplně všichni by během své hospitalizace komunikovali s personálem, a to: s lékařem, se sestrou, psychologem, uklízečkou, instrumentářkou, sanitárkou, atd. Při té komunikaci by se chtěli od lékaře dozvědět své výsledky, jak probíhá léčba a jak to s nimi vypadá. Prostě promluvit „*s lékařem ohledně toho, jak mi je, co mi je*“ [I10/63]. Zároveň od personálu očekávají, že by měl mít „*schopnost pozvednout náladu toho pacienta*“ [I1/67]. „*A měl by vnímat, jestli ten klient je v pohodě, a ne prostě radši obrátit hlavu, abych já nemusela vidět, abych nemusela položit tu otázku: „Cítíte se smutná? Cítíte se osamělá? Bylo by lepší, kdybych Vám někoho poslala, kdo by si s Vámi mohl promluvit?“*. Prostě tady toto je velice důležité. Vnímat to, jak pacient vypadá, jakou má pozici, v jaké je pozici a reagovat na ní, na tu pozici“ [I1/68]. Bylo vidět, že skoro všichni informanti potřebují povzbuzení a kladný „*přístup sestřiček a doktorů*“ [I9/22]. Aby byly sestřičky a personál hodně pozitivní, tou pozitivitou by totiž dodávali pacientům „*energii, protože u takového onemocnění potřebuje člověk bojovat dál*“ [I5/11]. Tím, že jsou to onkologičtí tj. hematoonkologičtí pacienti, tak jsou někdy hospitalizováni i po delší dobu. Během té doby buď s personálem, anebo „*s některými sestrami člověk opravdu naváže*“ [I4/167] nějaký přátelský „*vztah*“ [I4/167]. Navázání přátelského nebo jakéhokoliv vztahu informanti považovali za velmi důležité. „*Pochopitelně jsou tam specialisté, jsou tam lidé, kteří pomáhají tomu pacientovi, ti kteří provádějí nějaké procedury. Ale to jsou lidé, kteří přijdou na chvíli, jsou to lidé, se kterými nemůže, ten pacient, navázat vztah a on potřebuje někoho, s kým by mohl navázat vztah*“ [I1/103].

Informant I1 vyjmenoval několik věcí, které mu schází při hospitalizaci, a co by mělo být povinností sestry, že by měla představit ty lidi na pokoji, aby se překonala bariéra mezi nově přicházejícími a ležícími pacienty. „*Prostě překonat tu prvotní bariéru, při tom*

seznamování“ [I1/118]. Toto považuje za „nesmírně důležité a může to pomoci ke zdárnému pobytu, cítění jako, k dobrému pocitu toho pacienta, který právě přichází“ [I1/119].

Aby se informanti na lůžkovém oddělení cítili dobře, tak pochopitelně potřebují komunikovat se svými nejbližšími. V průběhu dne všichni očekávají, že za nimi přijde „návštěva z rodiny“ [I4/144]. Návštěvu z rodiny dal na první místo i informant I9: „Samozřejmě děti, vnoučata, to je takový základ pro mě“ [I9/47]. Informant I7 by potřeboval komunikaci s rodinou, aby se dozvěděl: „co je nového, co třeba mají už připravené, než přijdu domů“ [I7/85]; „jestli udělali nějakou změnu, modernizaci“ [I7/86]. Informant I6 by uvítal i komunikaci přes počítač pomocí například aplikace skype: „je to pro ty pacienty lepší, když teda je tam nějaký ten kontakt s tou rodinou“ [I6/50]. Informant I5 za mladší ročníky uvedl, že pokud by zrovna nemohl přijít na návštěvu nikdo z rodiny, tak by očekával, že za ním přijdou alespoň „spolužáci“ [I5/70].

Dle informanta I2 by nebylo špatné, „kdyby ještě docházeli třeba i nějakí terapeuti nebo, nebo nějakí pracovníci, které by se postarali, třeba i o volný čas těch pacientů, kteří tam vlastně musí jenom ležet a někteří opravdu neví, co mají dělat nebo jak se mají zabavit. Takže třeba nějaký terapeut“ [I2/101]. Kdyby byla nějaká společenská místnost „kde by se mohli ti pacienti sejit, popovídat si“ [I2/108]. Zajímavé je to, že myšlenky informanta I2, I3, I6 a I10 jsou skoro stejné, všichni totiž mluví o společenské místnosti nebo prostoru, kde by mohli komunikovat. „Podle mé představy, já bych si přála, jako prostě, aby tam přišli nebo byli, nebo prostě se pohybovali lidé, asi tak, jako spíš pozitivnější“ [I10/86]. „Moje představa je to, že prostě, abychom se třeba sešli někde tam, jako vzadu, jako a popovídali si. Třeba i z jiného pokoje a tak různě“ [I10/91]. Informant I3 říká, že „rád bych zašel někam do nějaké společnosti“ [I3/63]; „bud' nějakého souseda od vedle, od pokoje a šel si s ním třeba zahrát“ [I3/63]. Aby „se tam ti pacienti cítili trošku jako ne jako v nemocnici, ale jako, jako třeba doma někde“ [I6/36]. Informant I6 předpokládá, že tam také může vzniknout přátelství, dále rozvíjí myšlenku, že tito lidé „si tam sednou, pokecají potom“ [I6/38]. „Prostě komunikace. Komunikace s lidma a se všema“ [I10/93]. „Člověk kdyby nekomunikoval, tak se uzavře a myslím si, že nebojuje tolik, jak by měl“ [I5/88].

Tato kategorie je hodně obsáhla, protože vztahy a vazby jsou provázány s pocitem, touhou, přáním, postojem, strachem atd. Například informant I6, uvedl, že by mohl pomoci i nějaký psycholog: „někdy, někdy člověk dostane do takových těch psychických stresů“ [I6/129]; „tak asi, asi by tam pomohl nějaký psycholog“ [I6/130]; „že ono se to někdy tak nashromáždí. Pak se to člověk. Moc jemu to tam začne šrotovat a potřebuje nějakou trošku

poradit, jak, jak pokračovat dál, když vidí, že si myslí, že se to bude zlepšit rychleji než, než se to lepší“ [I6/131]. Informant I3 by také chtěl přijít na jiné myšlenky, obzvláště když je pacient hospitalizován po delší dobu. Samozřejmě, že informanti přemýšleli i nad tím, v jaké léčebné fázi se zrovna budou nacházet. „Když bych tam ležel delší dobu, tak třeba nějakého známého od vedle od toho pokoje“ [I3/74]; „nějak bych se s ním snažil aspoň na chvíli zabavit. Strávit nějaký ten čas, prostě popovídat s ním“ [I3/76].

Do této kategorie bychom ještě chtěli uvést další vztahy a vazby, které při svém zamyšlení, představě lůžkového oddělení, zazněly z úst informantů. Informant I5 by také očekával, že by na oddělení mohl být *„dopolední program. Kdyby někdo došel třeba si popovídat, třeba duchovní nebo takhle, e, nebo nějaký psycholog, nebo koho by mně poslali. Nebo třeba, vím, že chodívají třeba klauni a tak, tak prostě nějaký takový ten program“ [I5/57]. Informant I1 na to navazuje, poněvadž říká, že pacient potřebuje pomoc. „Pomoc odhlédnout od svých problémů, od té nemoci a spíš se zaměřit na tu budoucnost, která musí být vždycky v jeho mysli pozitivní“ [I1/77]. Samozřejmě, že sestra a lékař, kteří jsou na tom oddělení, jsou příliš vyčerpáni na to, aby tohle vše mohli obstarat. Sestra, má na starosti, po stránce léčebné spoustu pacientů, zároveň je vyčerpána dokumentací „a nemá čas na výuku pacienta, ke které by mělo docházet“ [I1/82]. Podle informanta I1 je samozřejmě úžasné, že v dnešní době na oddělení dochází psycholog, ale považuje to za nedostačující. „Tam je třeba ještě někoho, kdo by přímo působil na jednom nebo na dvou odděleních“ [I1/86]. Předpokládá, že to bude nějaká osoba, kterou by ten klient znal, zároveň by k ní cítil i důvěru. Podle informanta I1 by to měla být osoba, která zná problematiku toho onemocnění, aby si s pacientem mohla promluvit. Dále říká, že to nemůže být sociální pracovník, protože *„sociální pracovník pomáhá porozumět a pomoci pacientovi, jak funguje systém, který by ho měl podpořit. Ale tady tento člověk nemá čas ani schopnosti, ani znalosti, prostě pomoci pacientovi ke vztahu sám k sobě, k nemoci, ke svým blízkým“ [I1/92]. Dodává, že „tento člověk by měl mít možnost nejenom edukace toho klienta, ale on by měl pomoci členům rodiny pochopit problematiku tady té nemoci a pomoci mu chápat, jak on by mohl přispět k tomu, aby ten pacient se cítil, co nejlépe“ [I1/97].**

Taktéž zaznělo i to, že pro jednotlivé pokoje je hodně důležitá organizace práce. Samozřejmě, že u informanta I2 a dalších informantů (I8, I2, I3, I10, I4 atd.) zaznělo i to, že během hospitalizace se *„tam vlastně setkávají pacienti s ostatními pacienty, takže tam záleží na vzájemné komunikaci“ [I2/72]. Myslí si, že „je dobré i třeba když je možnost dávat na pokoj pacienty věkově k sobě blízké“ [I2/73]; „když mají tu možnost“ [I8/22]; „protože to*

někdy bývá problém v komunikaci“ [I2/75]. „A pokud není možné, aby ti dva klienti se bavili spolu, tak by mělo být možné třeba si zajít na nějaké video nebo si přijít na nějakou takovou společnou, společnou přednášku o určité problematice. Já tam nemusím jít, když mě to nebude zajímat, ale mohla bych, kdyby to bylo nabídnuto“ [I1/138]. „Prostě, cokoliv, cokoliv, co odvede tu mysl toho pacienta od té svojí choroby, od toho svého problému“ [I1/183]. Dále informant I1 říká, že by tam mohl být člověk, který přijde do pokoje, „který nakoukne, řekne: „Vím o Vás. Tak, jak se máte? Máte nějakou myšlenku, kterou bychom mohli dořešit, nebo máte nějakou otázku?“ [I1/251]. V době návštěv, aby uměl vytipovat „člověka, který moc těch návštěv nemá a tam by ten člověk měl suplovat“ [I1/255]. V „té době právě by měli fungovat také dobrovolníci a toto je strašně důležité, aby tam bylo propojení: sestra, sociální pracovník nebo ten někdo, kdo pomáhá těm klientům, ano, a dobrovolník. Takže tam to musí z někoho vycházet, aby věděl ten dobrovolník za kým jít“ [I1/256]. Podle informanta I1 by tam měla být spolupráce. Každý týden by si měli sednout a probrat, jestli jsou potřeby toho pacienta naplněny. „Tady je potřeba, takového toho mezičlánku, tak jako je sociální pracovník, který pomáhá s tím systémem“ [I1/272]; „S tím systémem ve zdravotnictví nebo těch sociálních služeb, ale tady není nikdo, kdo by erudovaně a efektivně mohl využít svého času a oslovit, být odpovědí na ty potřeby, na ty otázky toho klienta, který nepotřebuje psychologa“ [I1/276].

Vztahy a vazby jsou pro jedince důležitým elementem. Je známo, že zdravý člověk k životu potřebuje komunikaci (verbální a neverbální), u onkologického pacienta toto platí však dvojnásob.

Na závěr **I. části** této rozsáhlé kategorie, je vhodné uvést odpověď od informanta I9. Tento informant v průběhu celého rozhovoru odpovídal stručně a měl představu, která se shodovala se současnou podobou celého systému. Nic navíc nepotřeboval, ale když jsme se ho zeptali, co by zpříjemnilo jeho pobyt, co by mu pomohlo, tak odpověděl: „Zpříjemnění toho pobytu je třeba i rozhovor jako teď spolu“ [I9/85]; „To mi není na obtíž, naopak spíš to zpříjemnění toho pobytu, člověk zase dostane jiné myšlenky, přemýšlí jinak [I9/89]. „To je jedna z věcí, která určitě není špatná“ [I9/93]; „jako občas třeba návštěva, jako jste Vy“ [I9/102].

II. část

Kategorii lze pro zjednodušení charakterizovat několika vybranými kódy:

Pomocná osoba pro rozvoj a pomoc [I10/158], sociální pojítka [I7/160], osoba, která dohlíží [I5/117], potřeba zapomenout [I4/296].

Druhá část kategorie **vztahy a vazby** není tak rozsáhlá jako první část a to díky tomu, že vlastně u většiny informantů ty přání zazněly už v první části rozhovoru. Zde se jen opakovali nebo zdůrazňovali, že už to říkali v první části. Chtěli bychom ještě jednou připomenout, že druhá část rozhovorů byla použita především proto, že jsme dopředu nevěděli, jaké budou odpovědi.

Jak již jsme se zabývali výše, v II. části první kategorie, jestli je pro pacienta přínosné, smysluplné strávení času na lůžkovém hamatoonkologického oddělení. Pouze jeden informant neviděl potřebu nijak smysluplně trávit svůj čas. Devět zbývajících informantů uvedlo, že by to pro pacienta bylo přínosné.

Informanti I5, I4 a I3 měli téměř stejný názor a to, že „člověk vyjde z pokoje, na kterém je celý den. Vypne“ [I5/109]. „Aby, jo, úplně člověk vypadl, nebylo by to špatný, asi. Aby člověk vypadl z toho prostředí, kde je nebo kde to má psychické a duševně spojení s tím, že teďka tady jsu, tady se léčím, tady mám, tady toto“ [I4/296]. „Určitě, myslím si, že by to bylo velmi příjemné, kdyby se ti lidé mohli někde realizovat. Odreagovat se od toho stresu z toho pokoje a z toho nepříjemného nemocničního prostředí, kde by si vlastně i třeba seznámili s nějakými lidmi, kteří vzájemně se mohli, třeba si vzájemně si i sdělovat nějaké svoje prožitky, zážitky, a i se nějak realizovat. Kde by mohli vytvářet nějaké výrobky nebo na něčem se podílet, a aby prostě se ten člověk opravdu zpříjemnil ten pobyt a nebyl jenom v tom stresu z toho, že vlastně je někde v nemocnici“ [I2/169]. Na informanta I2 navazuje informant I5: „A kdyby tam byly třeba nějaké aktivity, s kým si popovídá, něco dělat rukama, jako manuální práci, vyrábění třeba. Člověku to, uteče ten den a komunikace s ostatníma, a i s pacienty, co si můžeme vlastně vyměňovat názory. Myslím si, že to hodně pomůže. A fantazie, tam se člověk může „vyblbnout“ [I5/109].

Co se týká personálu nebo nějaké osoby, která by zajišťovala chod, tak zde se odpovědi ohledně této osoby lišily. Lišily se ve dvou bodech. Zaprvé, jestli je tam ta daná osoba potřebná nebo ne. Pokud informanti usoudili, že by tam byla potřebná, tak co by tam dělala? Zadruhé, informanti uvažovali o tom, kdo by to mohl být. Informant I1 odpověděl na první bod a to, jestli je tam ten člověk potřebný nebo ne: „definitivně by byl potřeba“ [I1/397];

protože „*tam člověk zase by byl sám*“ [I1/397]. Pro informanta I1 by bylo důležité být zatažen do kolektivů, „*a ten kolektiv by někdo musel stmelovat. On by mi nemusel pomáhat kreslit. Ale on by tam byl rozdat to a mluvil s těmi klienty. Jo, ne spíš ukazovat, jak se to dělá, ale být tím člověkem, který, který prostě v tom, v tom pacientovi budí jiné myšlenky nebo, nebo pomáhá mu odhlédnout od toho svého problému*“ [I1/402]. Informant I7 nevidí potřebu takové osoby. Protože mu by stačilo pouze si zajít někam do společenské místnosti pro zpříjemnění času a „*třeba, s vnučkou si tam zahrát. Jo? Pohrát si s ní nebo něco takového. Jako takhle*“ [I7/160]. A doplňuje: „*No? Tak tam by jsme mohli být sami*“ [I7/173]. Informant I4 přemýšlel nad tím, že by stačilo, kdyby „*třeba si mohl přivolat ten personál, který by mu, pomůže stoupnout*“ [I4/293]. Dodává, že „*aby vždycky tam byla v dosahu ta pomoc*“ [I4/295]. Pro informanta I5 by to měl být „*hlavně vedoucí, který vlastně nabízí aktivity, co můžeme dělat, anebo dopomáhá nám. Dává taky pozor, aby se něco nestalo někomu, třeba něco. Třeba ostré předměty a tady toto*“ [I5/117]. Anebo „*vysvětluje pravidla*“ [I5/122]; „*když třeba neznám*“ [I5/122]; „*třeba nějaké úplně nové věci třeba se tam ukážou, úplně jako nové hry nebo vyrábění věci*“ [I5/123].

Pokud jde o informanta I2, tak pro něho by touto osobou mohl být i „*nějaký ten ergoterapeut*“ [I2/182] nebo „*argoterapeut*“ [I2/183]. Prostě nějaký „*člověk, který se zabývá vlastně tady těmi volnočasovými aktivitami pro dospělé lidi, který by vlastně pomohl těm lidem něco, měl nějakou i nabídku pro ně*“ [I2/183]; „*jak by se mohli zabavit*“ [I2/185]. Informant I2 doplňuje svoji myšlenku dál: „*Měl pro ně i třeba nějaké, vymyšlený program, protože třeba starší lidé neví, jak by se, jak by mohli využít svůj volný čas nebo, co by mohli dělat pro své zpříjemnění. Takže určitě si myslím, kdyby tam byl nějaký školený pracovník, který by vlastně toto mohl uskutečňovat*“ [I2/186], tak podle informanta I2 by to nebylo špatné. Tato osoba by mohla mít i „*nějakou tu nabídku, těch činností, nějaké ty výrobky nebo nějaké to vytváření nebo i možná*“ [I2/193]. Podle informanta I6 by možná nebylo „*na škodu, třeba nějaké školení nebo nějaké přednášky pro ty pacienty, kde by se mohli třeba i něco dozvědět o té své nemoci*“ [I2/195].

Jiný úhel pohledu měl informant I3, pro kterého by stačilo, kdyby „*tam jenom občas se jakože zašla sestřička, jestli jako zkontrolovat nebo nějaký tyto sanitárky*“ [I3/136]; nebo by tam mohli přijít dobrovolníci, jak sám říká „*výpomocnice*“ [I3/139]. Po úvaze informant I3 řekl, že kdyby „*jsme chtěli, tak i popovídat si s nima, jak teď s Vámi mluvím*“ [I3/150]. A doplnil: „*Sám by prostě tam ten člověk, jde sám, nebo jakože by nepotřeboval takovou pomoc. Jo? Jenom třeba, kdyby chtěl, tak si popovídá nebo něco si vezme třeba, jako ten*

nápad takový. Aby se Ti lidi seznámili, už jakoby v té místnosti třeba nebo v tom prostoru, jo, takový. Šel by si zahrát karty, kulečnick. Tak tam se sejde pět lidí, jo, už si popovídá“ [I3/159].

Na závěr této II. části, kategorie **vztahy a vazby**, bychom chtěli uvést představu informanta I6 o tom, jestli je nebo není potřeba osoba, která by byla nápomocná pacientům k smysluplnému strávení času na lůžkovém oddělení. Informant I6 uvedl: *„Já, myslím, že kdybychom se tam sešli pacienti a věděli by jsme, o co jde, tak si myslím, že by nemusela být, ale když někdo by nevěděl, tak pro ty ostatní třeba, že ano“ [I10/157]* nebo, kdyby informanta I6 nebo i jiné pacienty něco zajímalo, tak mít možnost se dozvědět informace *„a pak, abychom mohli diskutovat o tom, co jsme tam my jako pacienti, tak jako probíhat ty diskuze mezi námi a to by mě docela naplňovalo“ [I10/169]. „A jestli by tam ta osoba byla nebo nebyla, to už záleží na tom, kdo by tu osobu tam chtěl mít“ [I10/173].*

4. **Aktivity**

I. část

Kategorii lze pro zjednodušení charakterizovat několika vybranými kódy:

potřeba práce [I9/60], rozptýlení [I7/91], podpora a možnost seberealizace [I10/99], naplnění volného času [I6/103], potřeba zájmové činnosti [I5/22].

Zároveň bychom chtěli napsat i pár řádků o tom, co řekl informant I9, jelikož to také považujeme za aktivitu. Informant I9 řekl, že *„pokud by to bylo umožněné a dovoloval by to nějaký třeba můj momentální stav, tak bych se nechal i částečně třeba pracovat“ [I9/60].* Informant I3 vyjmenoval několik volnočasových aktivit a to například: *„přečíst nevím dobrý knihy, zahrát si třeba fotbálek, kdyby byl stolní“ [I3/66]; „něco na odreagování“ [I3/67].* Dále uvedl, že kdyby tam byla nějaká oddělená místnost nebo prostor, tak by se tam *„scházeli prostě nějaké ty lidi a mohlo se třeba, kdy by tam byla jedna televize, tak buď se podívat na nějaký film všichni, nebo si zahrát ten stolní fotbálek a nevím, něco si přečíst. Nějakou knihovnu“ [I3/104].* Stejný názor měl i informant I2, ohledně setkání pacientů, *„kde by se mohli ti pacienti sejít, popovídat si, třeba i nějak se odreagovat, relaxovat, aby třeba byl i nějaký program pro ty pacienty“ [I2/108].* Zároveň měl i stejný názor, že by *„nebylo špatné, kdyby byla možnost v nějaké společenské místnosti jim pustit nějaký film nebo, nebo i větší možnost třeba nějaké té literatury, aby si mohli i sami dojít, a třeba trošičku si jako v rámci toho volna se nějak zabavit a odreagovat se“ [I2/144].*

Informant I7 si představoval, že na pokoji by mohly být i hry, tj. „*stolní hry*“ [I7/25]. Pro informanta I6 by tam zase mohla být i „*malá tělocvična nebo něco takového*“ [I6/156]. Odůvodňuje to tím, že: „*všichni se dostali, dalo by se říct s váhou dolů a potřebují trošku fyzickou ziskat*“ [I6/158]. Co se týká informanta I10, tak do této kategorii lze zařadit manuální práce tj. vyrábění něčeho [I10/99]. Tento názor měl částečně i informant I2, ale doplnil, že by to mohly být i terapeutické techniky. Pro informanta I5 by byla zajímavá aktivita „*hraní karet*“ [I5/97]. Říká, že je přitom sice unavená, ale zároveň jí to „*hodně dodávalo energii*“ [I5/98]. Nebo by to mohl být „*nějaký třeba program zábavný*“ [I5/43], anebo „*kdyby někdo došel třeba si popovídat, třeba duchovní*“ [I5/43] či „*chodívají třeba klauni*“ [I5/60]. Informant I1 uvedl, že by si představoval, kdyby byla možnost „*třeba si zajít na nějaké video nebo si přijít na nějakou takovou společnou, společnou přednášku o určité problematice*“ [I1/140]; „*místnosti, kde by mohl zajít, a kde mohl by se něco dozvědět*“ [I1/154]; „*lekce, no, přednášky, které opravdu můžou zajímat ty pacienty, které se týkají jejich choroby, anebo, anebo průběhu určitých problémů*“ [I1/156]. Dále mít možnost si tam číst knihy [I1/233] a vzít si časopisy [I1/234].

A v neposlední řadě jak v první, tak i v druhé části všichni uvedli, jako nejdůležitější aktivitu, která pro ně je a to: povídání nebo rozhovor.

II. část

Kategorii lze pro zjednodušení charakterizovat několika vybranými kódy:

potřeba být v kontaktu [I3/166], rozptýlení [I8/103], zájmová činnost [I5/111].

V průběhu získávání rozhovorů od jednotlivých informantů, bylo zajímavé pozorovat to, že ačkoliv jsme se v I. části rozhovoru vůbec neptali přímo na aktivity, tak při své představě skoro všichni řekli alespoň jednu aktivitu, kterou by chtěli dělat na lůžkovém oddělení. Když jsme se ale informantů v II. části zeptali přímo, tak většina naopak nevěděla, co by tam mohlo být.

Například informant I8 uvedl, že při momentální hospitalizaci se snažil sám vzdělávat psaním na klávesnici PC, aby byl rychlejší. [I8/91] Pro tohoto informanta by bylo přijatelné, kdyby si mohl zahrát buď „*karty*“, anebo „*kulečnick*“ [I8/97]. Stačilo by, kdyby se třeba „*našli tři lidi na karty*“ [I8/102]. Stejný názor ohledně kulečnicku měl i informant I3. Při rozhovoru několikrát pověděl, že by ho bavilo zahrát si třeba „*stolní fotbal*“ [I3/131], anebo také ten „*kulečnick*“ [I3/133]. Podle něho by nebyla špatná i knihovna [I3/133]. Informant

I1 by chtěl spíš činnost, která by přispívala k seberozvoji. Třeba jít na „přednášku, slyšet něco smysluplného, anebo mít tam nějakou tu aktivitu, která pomáhá“ [I1/374]; „nějaká kreativní aktivita, ale nejenom taková „lepení něčeho“ [I1/379]; „muselo by to být trošičku na vyšší úrovni, když by to byla kreativita rukama, no tak, kreslení“ [I1/382]. Tohoto informanta by zajímala „práce s tužkou, s barvami“ [I1/386]; ale přece by to byla „spíš ta tužka nebo ty krajony nebo něco takového“ [I1/390]. Informant I10 měl stejné představy jako informant I1. Také by ho naplňovalo „malování, malířství, potom fotografování různých věcí nebo lidí“ [I10/143]. Tento informant má zájem číst o historii anebo o lékařství [I10/146]. Zajímali a naplňovali by ho diskuze, které by následně proběhly mezi pacienty [I10/168]. Pro informantku I7 by bohatě stačilo i to, že by si zašla do společenské místnosti zahrát si něco s vnučkou [I7/160]. Jelikož informant I4 měl problémy s pohybem, tak představa o aktivitě byla odpočinková, tj. relaxační. Rád by zašel do „nějaké místnosti, kde si bude pohodlně ležet v nějakých těch relaxačních křeslech, hrát tam nějaká náladová hudba, příjemné nějaké osvětlení, který, který neruší“ [I4/262]. Dál dodává, že „tam když přijdu, tak se tam dostanu na jiné myšlenky“ [I4/266]. Informant I2 sdílí stejné myšlenky, jako informant I4. „Odreagovat se od toho stresu z toho pokoje a z toho nepříjemného nemocničního prostředí, kde by si vlastně i třeba seznámili s nějakými lidmi, kteří vzájemně se mohli, třeba si vzájemně si i sdělovat nějaké svoje prožitky, zážitky, a i se nějak realizovat. Třeba pomocí ergoterapie, kde by mohli vytvářet nějaké výrobky nebo na něčem se podílet, a aby prostě se ten člověk opravdu zpříjemnil ten pobyt a nebyl jenom v tom stresu z toho, že vlastně je někde v nemocnici“ [I2/170]. Pod aktivitou vidí třeba „vymyšlený program“ [I2/186]; který bude mít nějakou nabídku „těch činnosti, nějaké ty výrobky nebo nějaké to vytváření nebo i možná i třeba nějaké školení nebo nějaké přednášky pro ty pacienty, kde by se mohli třeba i něco dozvědět“ [I2/193]. Podle informanta I6 by nebyla špatná aktivita v podobě „hry dámy“ [I6/186] nebo si zahrát šachy [I6/185].

Do této kategorie aktivit zařazujeme další představy, které zazněly z úst informantů. Například: „něco dělat rukama, jako manuální práci, vyrábění třeba. Člověku to, uteče ten den a komunikace s ostatními, a i s pacienty, co si můžeme vlastně vyměňovat názory“ [I2/110]. „Třeba, kdyby chtěl, tak si popovídá nebo něco si vezme třeba, jako ten nápad takový. Aby se Ti lidi seznámili, už jakoby v té místnosti třeba nebo v tom prostoru“ [I3/161].

5.1 Závěr = Design lůžkové části hematoonkologického oddělení očima pacientů

Koloběh našeho života nám mnohdy přináší složité životní situace. Onkologické nebo hematoonkologické onemocnění představuje pro člověka jednu z nejtěžších životních situací. Tato situace svým způsobem ovlivňuje, jak psychický stav, tak sociální situaci člověka a jeho jednání. Zajištění příjemného prostředí pacientovi ve formě sociální stimulace během léčby má zásadní vliv na jeho psychickou stránku.

V praktické části této práce jsme se snažili zjistit, jaký je pohled pacienta na zázemí a možnosti jeho zlepšení v rámci stávajícího lůžkového hematoonkologického oddělení. Rovněž nás zajímal i jeho pohled při úpravě či navrhování úplně nového lůžkového hematoonkologického oddělení, a jaká by byla případně role sociálního pedagoga na lůžkovém hematoonkologickém oddělení. Na základě námi zjištěných a výše popsaných informací se zde pokusíme o Design lůžkové části hematoonkologického oddělení očima pacientů, který by jim pomohl alespoň částečně zapomenout na jejich složitou životní situaci a současně by jim pomohl nacházet ztracenou duševní rovnováhu.

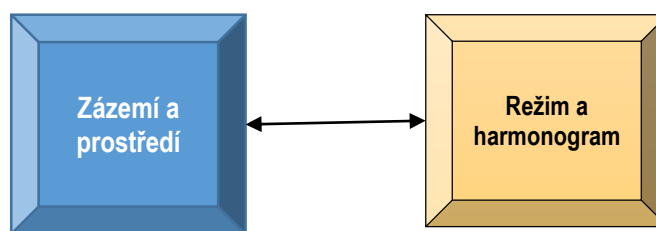
Správnou duševní rovnováhu nám v první řadě pomáhá najít **zázemí a prostředí**, ve kterém se hematoonkologický pacient nachází, když je hospitalizovaný na lůžkovém oddělení.

K **prvnímu výzkumnému cíli** z rozhovorů s informanty vyplývá, že stávající lůžkové oddělení je vyhovující, avšak pokoje pro pacienty by potřebovaly tyto úpravy:

- umístění pacientů maximálně po dvou pacientech na pokojích
- úprava komplexní hygienické buňky na pokoji – rozšíření o sprchový kout
- modernizace lůžek – univerzální elektricky ovládané pro standardní péči včetně doplňků a příslušenství např. matrace, napřimovací hrazda, rukojeť atd.
- oživení interiéru – např. barevné vymalování, umístění více obrázků a nástěnek, barevné povlečení a to vše proto, aby se pacienti cítili útulně (pocit domova)
- modernizace vybavení pokoje – např. pohodlná křesla a místo pro stravování, skříň, noční stolky.

Dále bylo zjištěno, že v případě úpravy či návrhu úplně nového stavu, by bylo vhodné splnit výše uvedené náměty o úpravě pokojů pro pacienty a ještě doplnit dispozici lůžkového oddělení o společenskou místnost (prostor), v kterém by se pacienti mohli setkávat podle

jejich zájmu tj. vyplňovat volný čas atd. Na vzor úpravy či návrhu úplně nového stavu lze nahlédnout v příloze pod označením (P IV).



Co se týká **režimu dne a harmonogramu**, tak většina informantů uvedla, že by si představovala, aby nebylo na oddělení tak brzké vstávání, jaké právě je v současné době. Důležitý poznatek vyplývající ze všech rozhovorů je, že během dne je potřeba především pomoci s vyplněním volného času mezi jednotlivými vyšetřeními, zákroky, léčebnými procedurami apod. Vyplněním volného času pomoci pacientovi navodit především duševní a psychickou pohodu, přivést ho na jiné myšlenky a pokusit se mu vrátit optimizmus do života. Je důležité nevidět hematoonkologického pacienta pouze jako osobu, která vyžaduje pomoc nejen po stránce zdravotní, ale rovněž je mu potřeba poskytnout podmínky pro jeho seberozvoj především s cílem pomoci sobě samému. Dále se během režimu a harmonogramu dne na lůžkovém hematoonkologickém oddělení prolínají další dvě kategorie, které vzešly z výzkumu. Těmito dvěma kategoriemi jsou **vztahy a vazby** a **aktivity**.

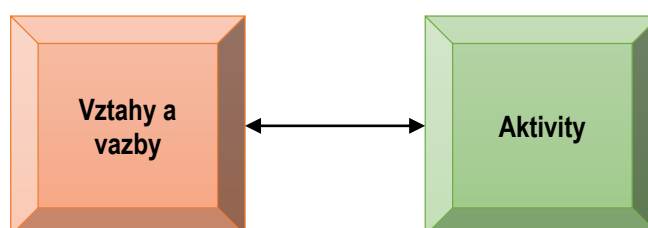
Vztahy a vazby – tato kategorie se opakovaně objevovala během všech rozhovorů s informanty. V rámci ní zazněly i pocity. Pro všechny informanty na lůžkovém hematoonkologickém oddělení byl nejdůležitější „kontakt“ a „komunikace“.

Na prvním místě kontakt a komunikace s personálem na oddělení tj. lékařem, sestrou, sanitářkou, uklízečkou apod. S lékařem především proto, aby se dozvěděli výsledky vyšetření, zdravotní stav, průběh, postup léčby apod. a se sestřičkou ohledně dalších léčebných postupů tj. např. odběr krve, léky, kapačky apod. Během těchto všech výkonů je personál v kontaktu s pacienty. K tomu informanti také uvedli, že si představují, aby personál byl pozitivní a energický, protože u takového onemocnění člověk potřebuje mít především chuť bojovat dál. Ale zároveň vědí, že sestry nemají dostatek času, aby rozptylovaly pacienty. Psycholog řeší jen ty nejzávažnější případy, kdy dochází např. k úplnému uzavření pacienta, ztrátě komunikace atd.

Na druhém místě informanti považovali za důležité kontakt a komunikaci i mimo nemocnici tj. s návštěvou např. rodinou, přáteli, se spolužáky apod. Rodinu informanti považují jako největší oporu a potřebují mít pocit, že od ní nejsou odříznuti. Komunikovali by s ní buď osobně, anebo pomocí moderních vymožeností (mobil, internet atd.). Dále je to komunikace se spolupacienty, kde šest informantů z deseti uvedlo, že by nechtěli být sami na pokoji. Tím, že jsou s někým na pokoji, tak mají možnost komunikovat, navzájem se povzbuzovat, dodávat si podporu. Jak uvedl jeden informant, že během hospitalizace v nemocnici je na pokoji možnost sledovat televizi, případně poslouchat hudbu, ale aby on přišel na jiné myšlenky, tak potřebuje komunikovat, komunikovat s lidmi. Jiný informant uvedl, že „člověk, kdyby nekomunikoval, tak se uzavře a myslím si, že nebojuje tolik, jak by měl“.

Všichni informanti uvedli, že během hospitalizace by potřebovali nějakou aktivitu. Je třeba podotknout, že mezi nimi byl informant, který sice řekl, že si představuje stejné lůžkové oddělení, takové jaké je v současné době, a že by nic neměnil, avšak jednu věc potřeboval. Potřeboval by nějakou osobu, která by přišla na lůžkové oddělení, a on by si ní mohl promluvit. Na základě toho, lze tedy usoudit, že všichni informanti potřebují nějakou aktivitu a k tomu dodáváme slova, která uvedl jeden z informantů: „*To mi není na obtíž, naopak spíše to zpříjemnění toho pobytu, člověk zase dostane jiné myšlenky, přemýšlí jinak*“.

Tyto aktivity by se podle informantů odehrávaly buď v nějaké společenské místnosti, anebo v nějakém prostoru na lůžkovém oddělení. Podle většiny informantů by tam byla osoba, která by to vedla nebo která by se zabývala volnočasovými aktivitami pro dospělé. Ta osoba by tam nabízela aktivity, nebo kdyby někdo něco nevěděl, tak by mu pomohla. Současně by dávala pozor, aby se nikomu nic nestalo, vysvětlovala by pravidla, měla by nabídku aktivit nebo vymyšlený program, aby se pacienti mohli rozvíjet. Měla by nějakou nabídku činností nebo výrobků, nabízela by tak možnost nějaké kreativní činnosti, anebo školení a přednášky pro pacienty, kde by se mohli něco dozvědět i např. právě o své nemoci. Starší lidé, třeba neví, jak by mohli využít svůj volný čas nebo co by mohli dělat pro zpříjemnění svého života, protože je toto onemocnění omezí v aktivitách, na které byli zvyklí a tak by jim tato osoba mohla právě poradit.



Aktivity jsou poslední kategorií, kterou informanti uvedli, a která by jim podle jejich představ mohla pomoci nepřemýšlet nad onemocněním, a zároveň zpříjemnit jejich pobyt na lůžkovém hematologickém oddělení.

V průběhu hospitalizace by si pacienti mohli pomocí aktivit pozvednout náladu nebo se na něčem podílet, realizovat se, odreagovat se od nemocničního pokoje a od stresu z něho, a zároveň se navzájem podporovat. Opuštění pokoje a změna prostředí by jim mohlo pomoci „vypnout“.

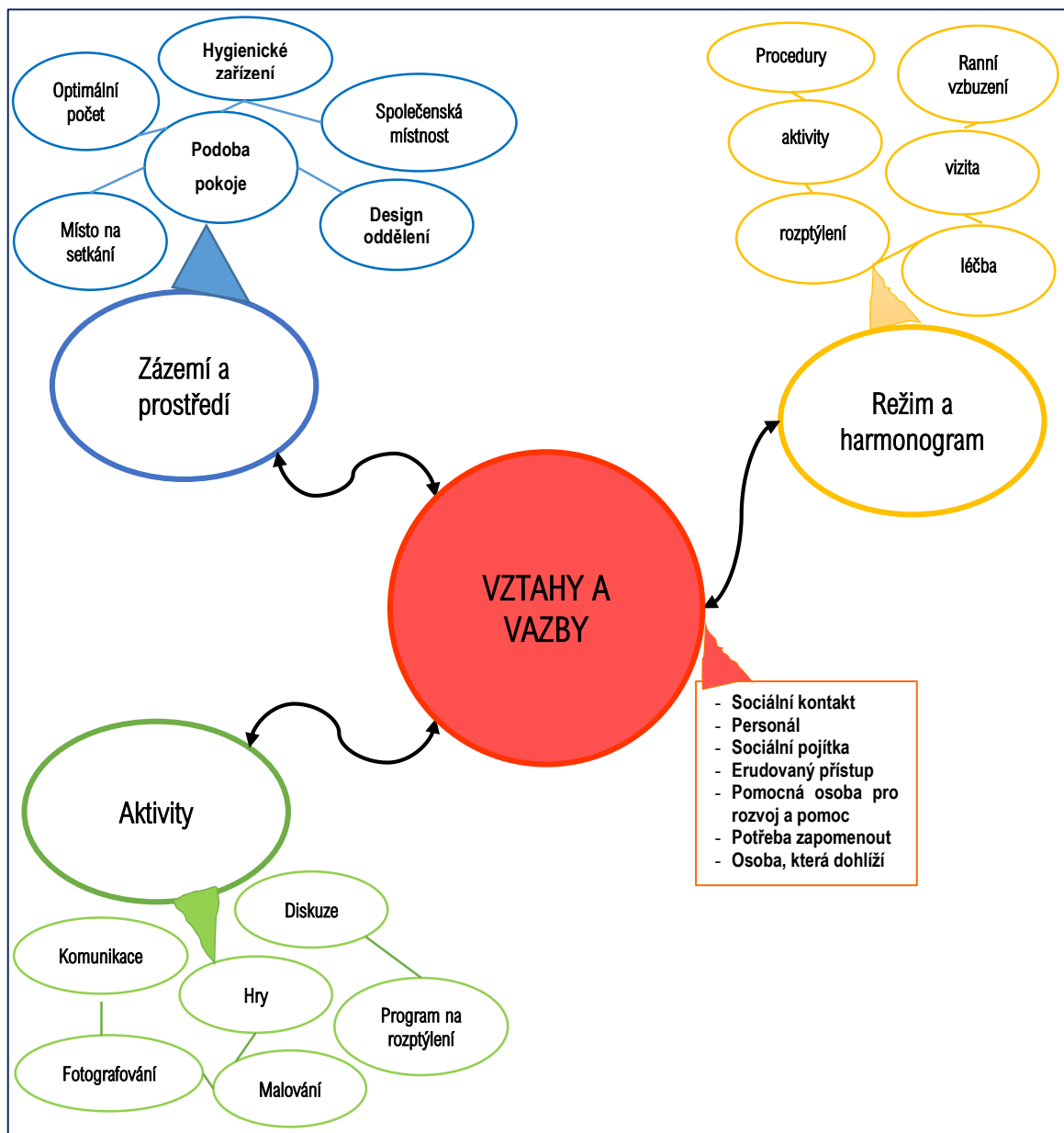
Většina informantů by ráda šla do nějaké „společenské“ místnosti nebo do nějakého prostoru, kde by mohli něco dělat a přitom by probíhala komunikace s ostatními lidmi. Tím pádem by jim rychleji utíkal den. Zároveň by se při různých aktivitách pacienti mohli navzájem seznámit, sdělit si své prožitky a zážitky, a mohlo by pak mezi nimi vzniknout přátelství. Vše by samozřejmě zaleželo na zdravotním stavu daného pacienta. Několik informantů si představovalo, že by pro ně mohl být i nějaký program, kde by se mohli realizovat během čekání na kapačky anebo na injekce.

Níže jsou uvedeny aktivity, které zazněly během rozhovorů s informanty:

- hry: stolní hry, karty, kulečnick, šachy, stolní fotbal
- ergoterapeutické a arteterapeutické techniky: malování,
- manuální práce: vyrábění něčeho, fotografování různých věcí nebo lidí
- relaxace a odreagování, klidná hudba,
- čtení: knihy nebo časopisy, všeobecně nebo se zaměřením na historii nebo lékařství
- organizace a pořádání diskuzí: na dané téma diskutovat, vyměňovat si názory
- video: které se týká problematiky
- cvičení
- zábavný program: např. „klaun na pokoj“

Z celého výzkumu nám vzešlo několik hlavních kategorií, mezi něž patří **zázemie a prostředí, režim a harmonogram** a **aktivity**. Všechny tyto kategorie spojuje kategorie ústřední tvořena **vztahy a vazbami**. Z výzkumu právě vyplynulo, že tato kategorie se nám prolíná mezi všemi kategoriemi ostatními, které se od ní dále odvíjejí (viz obrázek č. 3).

Obr. č. 3 – Schéma centrální kategorie – Vztahy a vazby



Zdroj: autor

I když to byla v tuhle chvíli jen představa, tak většinou ve svých představách říkáme právě svá přání. Během rozhovorů velká část informantů chválila lékaře a sestry na lůžkovém oddělení, že je jejich chování na profesionální úrovni. Z rozhovorů je přesto vidět, že na lůžkovém oddělení chybí osoba, která by byla nápomocná k vyplnění volného času a přivedla by pacienty na jiné myšlenky. Na základě těchto dvou kategorií vzešla i odpověď na **druhý výzkumný cíl**. Díky poznatkům získaných z rozhovorů na lůžkovém hematologickém oddělení je potřebná osoba, která by působila přímo na oddělení. Měla by to být osoba, která by tam byla celý den. Lékař a sestra jsou totiž příliš vytížení na to, aby

se zaměřili na všechny stránky nemocného. Na oddělení dochází i jiný personál, který pomáhá pacientovi s léčbou, ale to jsou lidé, se kterými pacient nemůže navázat vztah, protože přijdou jen na chvíli. Roli sociálního pedagoga zde proto vidíme, jako opodstatněnou.

Návrh náplně práce sociálního pedagoga na hematologickém oddělení, lůžková část:

- je nositelem myšlenek, které odvádí nemocné od přemýšlení nad jejich nemocí;
- prevence proti rozvoji psychických potíží u pacientů, jako jsou deprese, úzkost, stres apod.;
- při příchodu nového pacienta na lůžkové oddělení, mu pomáhá seznámit se s ostatními pacienty, aby se přicházející pacient snáze adaptoval;
- zprostředkovává a pomáhá rozvíjet kontakty mezi spolu pacienty;
- v některých situacích zprostředkovává i převodník mezi pacientem a zdravotním personálem;
- zjišťuje, jaké potřeby pacienti mají (každý nemocný má individuální potřeby);
- pomáhá pacienty stimulovat k lepší psychické pohodě a tím k lepším vyhlídkám na možné uzdravení;
- trpělivě naslouchá nemocným a snaží se jim pomoci radou, jak nepodlehnout nepříznivé životní situaci a především je přivést k aktivitě;
- navrhuje a vymýšlí různé aktivity, po konzultaci se zdravotním personálem tyto aktivity uvádí do života;
- zajišťuje materiální potřeby pro tyto aktivity;
- organizuje diskuze na různá témata na základě námětů získaných u pacientů a současně aktivně témata diskuzí navrhuje;
- organizuje různé vzdělávací a jiné akce, přednášky za účasti odborníků, laiků i ostatních pro oddělení nebo po dohodě v rámci celého zdravotnického zařízení;
- organizuje také různé tvořivé akce, jako např. výroba vánočních předmětů, malování kraslic na velikonoce atd.;
- zajišťuje výrobní materiál pro tyto tvořivé akce;
- je koordinátorem pro práci dobrovolníků na lůžkové části hematologického oddělení;
- operativně, aktivně vyhledává informace a novinky a uvádí je do života.

ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo představit roli sociálního pedagoga na onkologickém oddělení a zároveň nastínit jeho možnosti působení na hematoonkologickém oddělení.

K tomuto tématu mě vedla zkušenost, a to především z práce dobrovolníka na hematoonkologickém oddělení. Na základě této zkušenosti jsem pochopila, že pacient nepotřebuje vyřešit jenom medicínskou stránku věci, nepotřebuje pochopit jenom princip choroby, aby se s ní vyrovnal, ale potřebuje vědět, jaké jsou možnosti léčby a jaká je jeho perspektiva. Potřebuje něčím naplnit aktuální okamžik pobytu v nemocnici. Potřebuje úhybný manévr. Zabavit se něčím jiným ve volné chvíli, nejen myšlenkami nad sebou samými a pokusit se tak, co nejvíc nemoc vytěsnit. Nemocný potřebuje odhlédnout od svých problémů, od nemoci a spíš se zaměřit na budoucnost, která v jeho mysli musí být pozitivní. V teoretické části této práce jsem vymezila pojmy sociální pedagogiky a její různé interpretace z dostupné odborné literatury. Zmínila jsem se o sociální pedagogice jako o životní pomoci, popsala jsem resorty, ve kterých může být tato věda zastoupena. Dále jsem se zamyslela nad pozicí sociální pedagogiky ve zdravotnictví. Pozornost jsem rovněž věnovala roli sociálního pedagoga mimo oblast školství. Zabývala jsem se charakteristikou sociálního pedagoga jako pomáhající profese a jeho rolí na onkologickém a hematoonkologickém oddělení v nemocnici. Na závěr teoretické části jsem vysvětlila pojem onkologický a hematoonkologický pacient, jeho fáze průběhu a prožívání nemoci, kvalitu života a onkologické oddělení jako možné působiště sociálního pedagoga.

V praktické části byl proveden kvalitativní výzkum, sběr dat byl realizován formou polostrukturovaného rozhovoru a jeho analýza byla provedena pomocí otevřeného kódování. Cílem praktické části bylo zjistit pohled pacienta na zázemí a možnosti zlepšení v rámci stávajícího, a při úpravě či navrhování, úplně nového lůžkového hematoonkologického oddělení a zároveň nastínění role sociálního pedagoga na tomto oddělení. Na základě zjištěných informací od informantů jsem se v závěru výzkumného šetření pokusila o design lůžkového hematoonkologického oddělení očima pacientů.

Z celého tohoto výzkumu vyplývá, že role sociálního pedagoga na onkologickém oddělení je potřebná a smysluplná. Vidím, že je zde potřeba „mezičlánek“. Ale tím „mezičlánkem“ nemůže být sociální pracovník, protože sociální pracovník pomáhá porozumět a pomáhá pacientovi vysvětlit, jak funguje systém, který by ho měl podpořit. Jak uvedl jeden informant: „*Tento člověk nemá schopnosti a ani znalosti na to, aby pomohl pacientovi ve vztahu sám k sobě, nemoci, ke svým bližním*“ [11]. Zde je potřeba osoba, a tou osobou

je sociální pedagog, který pomůže právě pacientům najít ve volném čase způsob seberealizace, a tím pomůže přivést pacienta na jiné myšlenky, dovede ho k aktivnímu přístupu a hledání sebeuplatnění. Totéž může učinit i rozhovorem a vlídným slovem, aniž by touto svou rolí jakkoliv suploval psychologa.

Z tohoto všeho vyplývá, že sociální pedagog by byl platným členem multidisciplinárního týmu, ačkoliv v současné době sociální pedagog není součástí tohoto týmu a jeho pozici nikdo nevykonává.

Tato diplomová práce, může být výzvou k dalším výzkumným aktivitám v této oblasti a zároveň věřím, že bude alespoň přínosem. Jelikož toto téma není prozkoumáno, bylo by dobré, kdyby tyto výzkumy proběhly na onkologických odděleních i v jiných nemocnicích v ČR. Je vidět a z této práce vyplývá, že je potřeba osoba, která svým vzděláním bude nápomocna onkologickým a hematoonkologickým pacientům.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ADAM, Z., M. KREJČÍ a J. VORLÍČEK. *Obecná onkologie*. 1. vydání. Praha: Galén, 2011, s. 394. ISBN 978-80-7262-715-8.
- BAKOŠOVÁ, Z. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. 3. vydání. Bratislava: Public promotion, 2008, s. 251. ISBN 978-80-969944-0-3.
- ČECH, T. a L. ČERSTVÁ. Postavení a uplatnění sociálního pedagoga v oblasti pedagogických a pomáhajících profesí. In SOJÁK, P. *Symposium sociální pedagogiky na PdF MU*. Brno: Masaryková univerzita, 2009, s. 154. ISBN 978-80-2104-94-51.
- HARTL, P. a H. HARTLOVÁ. *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál, 2010, s. 797. ISBN 978-80-7367-686-5.
- HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012, s. 408. ISBN 978-80-262-0219-6.
- HRADEČNÁ, M. *Vybrané problémy sociální pedagogiky: [skripta]*. Praha: Karolinum, 1995, s. 89. ISBN 80-7184-015-7.
- CHUDÝ, Š., P. NEUMEISTER a A. JŮVOVÁ. *Vybrané diskurzy teorie a praxe ve vzdělávání a uplatnění sociálních pedagogů v kontextu pomáhajících profesích [sic]*. Brno: Paido, 2010, s. 202. ISBN 978-80-7315-212-3.
- IHOK. INTERNÍ HEMATOLOGICKÁ A ONKOLOGICKÁ KLINIKA: Úvodní slovo. *Fakultní nemocnice Brno* [online]. [cit. 2017-11-11]. Dostupné z: <https://www.fnbrno.cz/areal-bohunice/interni-hematologicka-a-onkologicka-klinika/uvodni-slovo/t1147>.
- JANÍK, Tomáš. Znalost jako klíčová kategorie učitelského vzdělávání. Brno: Paido, 2005, s. 171. *Pedagogický výzkum v teorii a praxi*. ISBN 80-7315-080-8.
- KALÁTOVÁ D. Prvky rehabilitačního ošetrovatelství v onkologii. In BEŇO, P., L. ANDREJIOVÁ a M. ŠRAMKA. *Spolupráca pomáhajúcich profesií - determinant kvality života populácie: Cooperation of helping professions - determinant of life in population*. 1. vydání. Bratislava: Ústav sociálnych vecí a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2012, s. 594. ISBN 978-80-89464-10-4.
- KALVODOVÁ, L., VORLÍČEK, J., ADAM, Z. a P. SVAČINA. 2010. *Psychologický náhled na problémy onkologických pacientů a ošetrujícího týmu*. [článek online] [cit. 2017-11-29]. Dostupné z: <http://www.prolekare.cz/vnitri-lekarstvi-clanek/psychologicky-nahled-na-problemy-onkologickyh-pacientu-a-osestrujiciho-tymu-34569>.

KRAUS, B. *Profesní model sociálního pedagoga*. In: Súčasný stav sociálnej pedagogiky na Slovensku. Editor: Bakošová, Z. Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou. Bratislava: UK, 2000, s. 43 – 50. ISBN 80-223-1419-6.

KRAUS, B. a V. POLÁČKOVÁ. *Člověk - prostředí - výchova: k otázkám sociální pedagogiky*. Brno: Paido, 2001, s. 199. ISBN 80-7315-004-2.

KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vydání. Praha: Portál, 2008, s. 216. ISBN 978-80-7367-383-3.

KRAUS, B. *Sociální pedagogika. Studijní opora pro předmět Sociální pedagogika ve studijním oboru Sociální patologie a prevence*. 1. vydání. Vydala: Univerzita Hradec Králové, 2014, s. 54.

KRAUS, B. a S. HOFERKOVÁ. *Ke vztahu sociální pedagogiky a sociální práce*. Sociální pedagogika: Časopis pro sociální pedagogiku. Vydala: Fakulta humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, 2016, 4(1), s. 57 – 71. ISSN 1805-8825.

LACA, S. a P. LACA. *Sociální pedagogika v kontextu životních etap člověka I*. Brno: Institut mezioborových studií, 2014, s. 302. ISBN 978-80-87182-47-5.

LINKOS, Česká onkologická společnost české lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně. *Slovníček* [online]. [cit. 2017-11-29]. Dostupné z: <http://www.linkos.cz/slovnicek/onkologicky-pacient/>.

LINKOS, Lékař a multidisciplinární tým: *Psychologická péče a komunikace*. [online]. [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/lekar-a-multidisciplinari-tym/kvalita-zivota-lekar/psychoonkologicka-pece-a-komunikace/>.

LINKOS. Česká onkologická společnost ČLS JEP: *Sekce psychoonkologie*. [online]. [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <https://www.linkos.cz/ceska-onkologicka-spolecnost-clsjep/organizace-cos/odborne-sekce-cos/sekce-psychoonkologie/>.

MASSAROVÁ E. Sociálna starostlivosť o onkologického pacienta pod manažmentom ligy proti rakovine SROV. In BEŇO, P., L. ANDREJIOVÁ a M. ŠRAMKA. *Spolupráca pomáhajúcich profesií - determinant kvality života populácie: Cooperation of helping professions - determinant of life in population*. 1. vydání. Bratislava: Ústav sociálnych vecí a zdravotníctva bl. P. P. Gojdiča, 2012, s. 594. ISBN 978-80-89464-10-4.

NĚMEC, B. *Ottův slovník naučný nové doby: dodatky k velikému Ottovu slovníku naučnému*. Díl 3, sv. 1. Praha: Paseka, 2003. ISBN 80-7185-057-8.

ONDRUŠOVÁ, Z. a Z. ONDRUŠOVÁ. *Zdravotnictví a sociální práce: Multidisciplinárny odborný tím pri onkologickom pacientovi z pohľadu humanitných vied* [online]. Plzeň:

- Maurea, s.r.o. 2012, 7(1 - 2), 148 s. [cit. 2017-11-15]. ISSN 1336-9326. Dostupné z: http://www.zdravotnictvoasocialnapraca.sk/wp-content/uploads/ZaSP_Cislo_1-2_2012_CZ.pdf.
- POLÁČKOVÁ, V. *Aktuální problémy sociální pedagogiky: sborník příspěvků ze semináře konaného dne 17. 2. 1998*. Brno: Paido, 1999, s. 59. ISBN 80-85931-66-4.
- POTMĚŠILOVÁ, P. *Sociální pedagogika v teorii a praxi*. 1. vydání. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2013, s. 159. Odborná publikace. ISBN 978-80-244-3831-3.
- PROCHÁZKA, M. *Sociální pedagogika*. 1. vydání. Praha: Grada, 2012, s. 203. ISBN 978-80-247-3470-5.
- PRŮCHA, J., J. MAREŠ a E. WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 322. ISBN 80-7178-772-8.
- RAUDENSKÁ, J. a A. JAVŮRKOVÁ. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, a. s., 2011. s. 304. ISBN 978-80-247-2223-8.
- REICHEL, J. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vydání. Praha: Grada, 2009, s. 192. Sociologie. ISBN 978-80-247-3006-6.
- Dostupné také z: <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:fbade200-0673-11e4-83c7-005056827e51>.
- SEVEROVÁ, J. Sociální práce ve zdravotnictví. *Sestra* [online]. Praha, 2005, 11. 09. 2005. [cit. 2017-11-08]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>.
- SHILLING, J. 1999. *Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce*. Trnava: SAP – Slovak Academic Press, s. 272. ISBN 80-889008-54-X.
- SLOVÁČEK, L. *Transplantace krvetvorných buněk a kvalita života: teorie, výzkum, praxe*. 1. vydání. Praha: Triton, 2008, s. 130. ISBN 978-80-7387-109-3.
- SOCIAL WORK DEGREE GUIDE: *5 Job Duties of an Oncology Social Worker*. [online]. [cit. 2017-11-30]. Dostupné z: <http://www.socialworkdegreeguide.com/lists/5-job-duties-of-an-oncology-social-worker/>.
- STRAUSS, A. a J. CORBINOVÁ. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie*. 1. vydání. Boskovice: Albert, 1999, s. 228. ISBN 80-85834-60-X.
- STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálního pracovníka*. 1. vydání Trnava: AD, 1996, s. 256. ISBN 80-967589-0-X.
- SVOBODOVÁ, H. Základy pedagogiky volného času. In TOŠNEROVÁ, T. *Vzděláváním k profesionalitě v sociálních službách: kurs odborné způsobilosti pro pracovníky v sociálních*

službách: učební texty. Praha: Česká asociace pečovatelské služby, 2010, s. 187. ISBN 978-80-254-5249-3.

ŠVARŘÍČEK, R. a K. ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vydání. Praha: Portál, 2007. s. 377. ISBN 978-80-7367-313-0.

ÚZIS ČR: *Zdravotnická ročenka České republiky 2016* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2017, s. 211. [cit. 2018-01-15]. ISSN 0514-2431. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/publikace/zdravotnicka-rocenka-ceske-republiky-2016>.

VÁCLAVÍKOVÁ S. Sociální práce s onkologickými pacientmi a determinanty ich ochorenia. In TOKARČÍKOVÁ, M. a S. VÁCLAVÍKOVÁ. *Sociálne aspekty zdravotného postihnutia v nadväznosti na onkologické ochorenie*. 1. vydání. Brno: Tribun EU, 2017, s. 167. Librix.eu. ISBN 978-80-263-1194-2.

ZEMANOVÁ, M. *Psychoterapie v onkologii*. [online] 2008. [cit. 2017-11-28]. Dostupné z: <http://www.onkologiecs.cz/pdfs/xon/2008/04/10.pdf>.

ZÍTKOVÁ, M. a kol. *Ošetrovatelství v hematoonkologii*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, Lékařská fakulta, 2016, s. 108. ISBN 978-80-210-8264-9.

Zákony:

Zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
ČR	Česká republika
et al.	a kolektiv
FN Brno	Fakultní nemocnice Brno
IHOK	Interní hematologická a onkologická klinika
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
př.	příklad
tj.	to jest
ÚZIS ČR	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1. Specifika kompetence sociálního pedagoga

Obrázek 2. Konceptní model kvality života onkologických /hematoonkologických nemocných

Obrázek 3. Schéma centrální kategorie – Vztahy a vazby

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Vzor informovaného souhlasu

Příloha P II: Ukázka přepisu (transkripce) interview

Příloha P III: Ukázka otevřeného kódování

Příloha P IV: Vzor úpravy či návrhu úplně nového stavu lůžkové části hematologického oddělení

PŘÍLOHA P I: VZOR INFORMOVANÉHO SOUHLASU

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Pro Olgu Kratochvílovou – studentku sociální pedagogiky Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, který je podkladem pro diplomovou práci.

Téma diplomové práce: **Role sociálního pedagoga na onkologickém oddělení.**

Žádám Vás o souhlas s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je náležitá pozornost věnována etickým otázkám a zajištění bezpečí informantů. Důraz je kladen na:

- (1) Anonymitu informantů – v prepisech rozhovorů budou odstraněny (i potenciálně) identifikující údaje.**
- (2) Mlčenlivost výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu (s tím, že s výzkumným materiálem budu pracovat výhradně já).**
- (3) Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu – budete mít možnost vyjádřit se k uvedeným údajům a upravit je.**
- (4) Jako informant/informantka máte právo kdykoli odstoupit od výzkumné aktivity.**

Děkuji za pozornost věnovanou těmto informacím a žádám Vás tímto o poskytnutí souhlasu s Vaší účastí ve výzkumu.

Bc. Olga Kratochvílová

Podpis:

V dne Podpis:

PŘÍLOHA P II: UKÁZKA PŘEPISU (TRANSKRIPCE) INTERVIEW

INFORMANT č. 5

Takže, otázka zní, takový jakoby popis: Představte si situaci, že jste onemocněla a po nějaké době bohužel nastupujete do nemocnice na lůžkovou část hematoonkologického oddělení. Vy víte, jak vypadá hematoonkologické oddělení v současné době, ale na to teď momentálně zapomeňte. Představte si, že nastupujete na úplně „ideální“ lůžkové hematoonkologické oddělení. Zkuste mi, prosím, popsat nebo říct, jak takové „ideální“ lůžkové hematoonkologické oddělení vypadá a jak vypadá Váš pobyt na takovém oddělení, abyste se cítila dobře.

Asi bych byla sama na pokoji, všude by byla strašně pozitivní barva, aby mě to nějak podporovalo. A, a sestřičky, a personál hodně pozitivní, aby mně to nějak dodávalo energii, protože určitě u takového onemocnění potřebuje člověk bojovat dál, a ...

Já pomůžu. Já mám ... já mám pomocné otázky, tak já budu Vás se ptát třeba otázkama, a to možná Vám bude jednodušší, jako by to přemýšlení ...

Jo, jo. To určitě. Nevím, co ještě mám dodat.

Jasně, ne jasně. Jak vypadá Váš pokoj? Ten „ideální“ jako ... prostě popište mi ho.

E... Sama nebo s někým ještě. Dva lidi maximálně na pokoji, aby tam bylo dost prostoru na třeba, i na aby sama nebyla, aby si měla s kým si popovídat, potom ty veselé barvy. Tak nějaký program, aby utíkal ten den. Ten personál pozitivní a energický hodně (smích). A, a...

No a ten pokoj, ještě popišme trošičku.

Pokoj. Žádný velký, normální pokoj, prostě nemocniční, ale třeba moderní postele, třeba barevné povlečení. A měla bych tam svoje věci, plyšáky a tady toto, co mě prostě ostatní donesli a tak. Vlastní výzdobu, třeba by jsem tam mohla mít, nějaké nástěnky, fotky. To by bylo asi tak všechno, zase ať toho není na tom pokoji moc (smích).

Ehm. Dobře. Jak vypadá Váš denní režim, tj. vlastně Váš denní harmonogram? Zkuste mi ho popsat od rána. Jak by právě na tomto „ideálním“ ...

Na tom pokoji? Ehm.

Jo? Vůbec, jakoby na pokoji a na oddělení, na hematoonkologickém na lůžkové části, jak by vypadal tady ten denní režim? Od rána.

Ehm. Tak ranní odběry, aby viděli vlastně, jak se to zlepšuje nebo zhoršuje, jak reaguju na léčbu. A průběžné vlastně jídlo by dávali. A nějak kolem ..., ranní hygiena, co si člověk

udělá nebo co, co potřebuji pomoc, nebo já potřebuji pomoci. Záleží na tom, v jaké stavu bych byla asi.

Ehm, ehm.

A potom bych začali asi ty léčba, infuze atd. Záleží na tom, co by vlastně bylo potřeba. Jídlo, zase průběžně. Nějaký třeba program zábavný, jestli by bylo možný třeba. Ta komunikace se třeba s člověkem, co se mnou na pokoji, průběžně. Třeba televize, kdyby tam byla, tak třeba nějaké pořady, jako záclona (smích).

Ehm, ehm.

A prostě průběžně ta léčba, zase jídlo, svačina, a tady toto. Takový normální prostě běžný den, akorát k tomu přidělaná ta léčba, no.

Ehm, ehm, ehm.

Při tom komunikace s personálem, a takhle.

Ehm. S kým se v průběhu dne setkáváte, proč a jakým způsobem?

Ehm. Tak dopoledne s lékaři, s personálem, sestřičky, sanitárky, co tady vlastně by měli být.

A ... (rozhovor vyrušila jiná pacientka).

Takže ještě jednou možná se zeptám: S kým se v průběhu dne setkáváte, proč a jakým způsobem?

Tak dopoledne, jak jsem říkala ten personál, třeba ten dopolední program. Kdyby někdo došel třeba si popovídat, třeba duchovní nebo takhle. E... Nebo nějaký psycholog, nebo koho by mně poslali (smích). Nebo třeba, vím, že chodívají třeba klauni a tak, tak prostě nějaký takový ten program, prostě.

Ehm, ehm, ehm.

Na pozitivní náladu (smích), na podporu. E ... Komunikace se spoluspáčem (smích). Potom odpoledne, kdyby byli ...

Jakoby spolubydlícím.

Jo, jako spolubydlícím (smích).

Ne, jako by spolusp ... Tak jo, dobře, jako spoluspáčem, to taky jakoby ...

Potom odpoledne, kdyby byly návštěvy nebo třeba kdyby nemohla návštěva, tak spolužáci.

Prostě, kdo by došel, rodina, přítel třeba.

Jasně. Ehm.

A v průběhu prostě personál, no.

Ehm.

Takový ten běžný den, prostě (smích).

S kým v průběhu dne mluvíte, proč a jakým způsobem? Taký ...

Komunikace přes mobil, komunikace s lidmi osobní. Určitě vliv třeba i s televize to má, jako, co člověk řekne, nějaké ty myšlenky. Potom s Bohem.

Ehm.

To je hodně.

Ehm.

A to je taková moje ..., můj nejlepší parták, co mám teďka (smích).

Ehm.

A s přítelem.

Proč s nimi komunikujete, například?

E ... Konkrétně s kým?

Vůbec, se všema. I s přítelem, i s Bohem ... ehm.

Protože, já to vyžaduji (smích), potřebuji to. Člověk kdyby nekomunikoval, tak se uzavře a myslím si, že nebojuje tolik, jak by měl.

Ehm.

Komunikace je strašně důležitá pro mě.

Ehm. Co všechno zpříjemní Váš pobyt? Co by Vám pomohlo? Jako by pro ten, jakoby ... jestli by ten „ideální“, jakoby hematologickou lůžkovou část, jakoby to oddělení, na tom pokoji. Co by Vám, jakoby všechno zpříjemnilo Váš pobyt a co by Vám pomohlo?

Úsměv, energie, a třeba když mám návštěvy, tak třeba ... Což, což hodně jsme měli, tak třeba hraní karet. To strašně mně hodně dodávalo energii, ale byla jsem hodně unavená, teda při tomto. A personál, klidný, příjemný, normální komunikace prostě, lidská. To hodně udělá. Ne prostě takový to odseknutí, a tady toto nikomu nepomůže, nepřidá ničemu, e... To asi, asi všechno nějak. Komunikace, odevzdání všeho Bohu, no (smích). To je pro mě hodně důležité. Asi tak, bych to viděla.

Dobře. Tak ...

II. část

Druhá část. Představte si, že v rámci dne na takovém „ideálním“ lůžkovém hematologickém oddělení budete mít možnost zajít do uzpůsobené místnosti, kde Vám může být nabídnuto smysluplné strávení Vašeho času. A například se zeptám se: Jaká je to představa? Pomáhá Vám to zpříjemnit pobyt v nemocnici?

Hodně, protože člověk vyjde z pokoje, na kterém je celý den. Vypne. A kdyby tam byli třeba nějaké aktivity, s kým si popovídá, něco dělat rukama, jako manuální práci, vyrábění třeba. Člověku to, uteče ten den a komunikace s ostatníma, a i s pacienty, co si můžeme vlastně vyměňovat názory. Myslím si, že to hodně pomůže.

Ehm.

A fantazie, tam se člověk může „vyblbnout“ (smích).

Ehm. Je v takové místnosti nějaký, nějaká osoba nebo personál?

Hlavně vedoucí, který vlastně nabízí aktivity, co můžeme dělat, anebo dopomáhá nám. Dává taky pozor, aby se něco nestalo někomu, třeba něco. Třeba ostré předměty a tady toto. Aby vlastně byli pořád, to všechno kontroluje to, dopomáhá no, to jsem říkala.

Ehm.

Nebo vysvětluje pravidla, ukazuje tady toto. Když třeba neznám tady ty hry, nějak tak takto. A třeba nějaké úplně nové věci třeba se tam ukážou, úplně jako nové hry, které jsem v životě třeba nehrála (smích), nebo vyrábění věcí. Mají třeba, prostě třeba nějaká výtvarka a toto (smích). Asi tak ...

Ehm. Tak jo. Děkuji.

Není za co (smích).

PŘÍLOHA P III: UKÁZKA OTEVŘENÉHO KÓDOVÁNÍ

[15]

28. 02. 2018

INFORMANT ě. 5

1 Takže, otázka zní, takový jakoby popis: Představte si situaci, že jste
2 onemocněla a po nějaké době bohužel nastupujete do nemocnice na
3 lůžkovou část hematologického oddělení. Vy víte, jak vypadá
4 hematologické oddělení v současné době, ale na to teď
5 momentálně zapomeňte. Představte si, že nastupujete na úplně
6 „ideální“ lůžkové hematologické oddělení. Zkuste mi, prosím,
7 popsat nebo říct, jak takové „ideální“ lůžkové hematologické
8 oddělení vypadá a jak vypadá Váš pobyt na takovém oddělení, abyste
9 se cítila dobře.

ZÁŽITKY A PROSTŘEDÍ 1.

Design pokoje

personální zážitky + profesionalita

10 Asi bych byla sama na pokoji, všude by byla strašně pozitivní barva,
11 aby mě to nějak podporovalo. A, a sestřičky, a personál hodně pozitivní,
12 aby mně to nějak dodávalo energii, protože určitě u takového
13 onemocnění potřebuje člověk bojovat dál, a ...
14 Já pomůžu. Já mám ... já mám pomocné otázky, tak já budu Vás se ptát
15 téma otázkama, a to možná Vám bude jednodušší, jako by to přemýšlení
16 ...

VZTAHY A VĚCI 3

POTŘEBA PARLACANT

optimální počet

socialní kontakt

POTŘEBA KVALITATIVNÍ

17 Jo, jo. To určitě. Nevím, co ještě mám dodat.
18 Jasně, ne jasně. Jak vypadá Váš pokoj? Ten „ideální“ jako ... prostě
19 popište mi ho.

VZTAHY A VĚCI 3

ZÁŽITKY A PROSTŘEDÍ 1.

AKTIVITY 4.

20 E... Sama nebo s někým ještě. Dva lidi maximálně na pokoji, aby tam
21 bylo dost prostoru na třeba, i na aby sama nebyla, aby si měla s kým si
22 popovídat, potom ty veselé barvy. Tak nějaký program, aby utíkal ten
23 den. Ten personál pozitivní a energický hodně (smích). A, a ...
24 No a ten pokoj, ještě popišme trošičku.

osobní věci

výbava pokoje

ideální pojítka

25 Pokoj. Žádný velký, normální pokoj, prostě nemocniční, ale třeba
26 moderní postele, třeba barevné povlečení. A měla bych tam svoje věci.
27 plyšáky a tady toto, co mě prostě ostatní donesli a tak. Vlastní výzdobu,
28 třeba by jsem tam mohla mít, nějaké nástěnky, fotky. To by bylo asi tak
29 všechno, zase ať toho není na tom pokoji moc (smích).

ZÁŽITKY A PROSTŘEDÍ 1.

30 Ehm. Dobře. Jak vypadá Váš denní režim, tj. vlastně Váš denní
 31 harmonogram? Zkuste mi ho popsat od rána. Jak by právě na tomto
 32 „ideálním“ ...

33 Na tom pokoji? Ehm.

34 Jo? Vůbec, jakoby na pokoji a na oddělení, na hematologickém na
 35 lůžkové části, jak by vypadal tady ten denní režim? Od rána.

36 Ehm. Tak ranní odběry, aby viděli vlastně, jak se to zlepšuje nebo
 37 zhoršuje, jak reaguju na léčbu. A průběžně vlastně jídlo by dávali. A
 38 nějak kolem ..., ranní hygiena, co si člověk udělá nebo co, co potřebují
 39 pomoc, nebo já potřebuji pomoci. Záleží na tom, v jaké stavu bych byla
 40 asi.

41 Ehm, ehm.

42 A potom bych začali asi ty léčba, infuze atd. Záleží na tom, co by
 43 vlastně bylo přesně. Jídlo, zase průběžně. Nějaký třeba program
 44 zábavný, jestli by bylo možný třeba. Ta komunikace se třeba
 45 s člověkem, co se mnou na pokoji, průběžně. Třeba tělevice, kdyby tam
 46 byla, tak třeba nějaké pořady, jako záclona (smích).

47 Ehm, ehm.

48 A prostě průběžně ta léčba, zase jídlo, svačina, a tady toto. Takový
 49 normální prostě běžný den, akorát k tomu přidělaná ta léčba, no.

50 Ehm, ehm, ehm.

51 Při tom komunikace s personálem, a takhle.

52 Ehm. S kým se v průběhu dne setkáváte, proč a jakým způsobem?

53 Ehm. Tak dopoledne s lékaři, s personálem, sestřičky, sanitárky, co tady
 54 vlastně by měli být. A ... (rozhovor vyrušila jiná pacientka).

55 Takže ještě jednou možná se zeptám: S kým se v průběhu dne setkáváte,
 56 proč a jakým způsobem?

57 Tak dopoledne, jak jsem říkala ten personál, třeba ten dopolední
 58 program. Kdyby někdo došel třeba si popovídat, třeba duchovní nebo
 59 takhle. E... Nebo nějaký psycholog, nebo koho by mně poslali (smích).

60 Nebo třeba, vím, že chodí třeba klauni a tak, tak prostě nějaký
 61 takový ten program, prostě.

62 Ehm, ehm, ehm.

„ideální“
den

Kde se
odehrává v
jakém pacient
Fizi →
tělevisní

Rozpřáclou

„normální“
den

socialní
kontakt
+
persuade

rozpřáclou
komunikace
přobaven

REŽIM a
HARMONOGRAM
2.

AKTIVITY 4.

VZTAHY a
VZÁBY 3.

REŽIM a
HARMONOGRAM
2

VZTAHY a
VZÁBY 3.

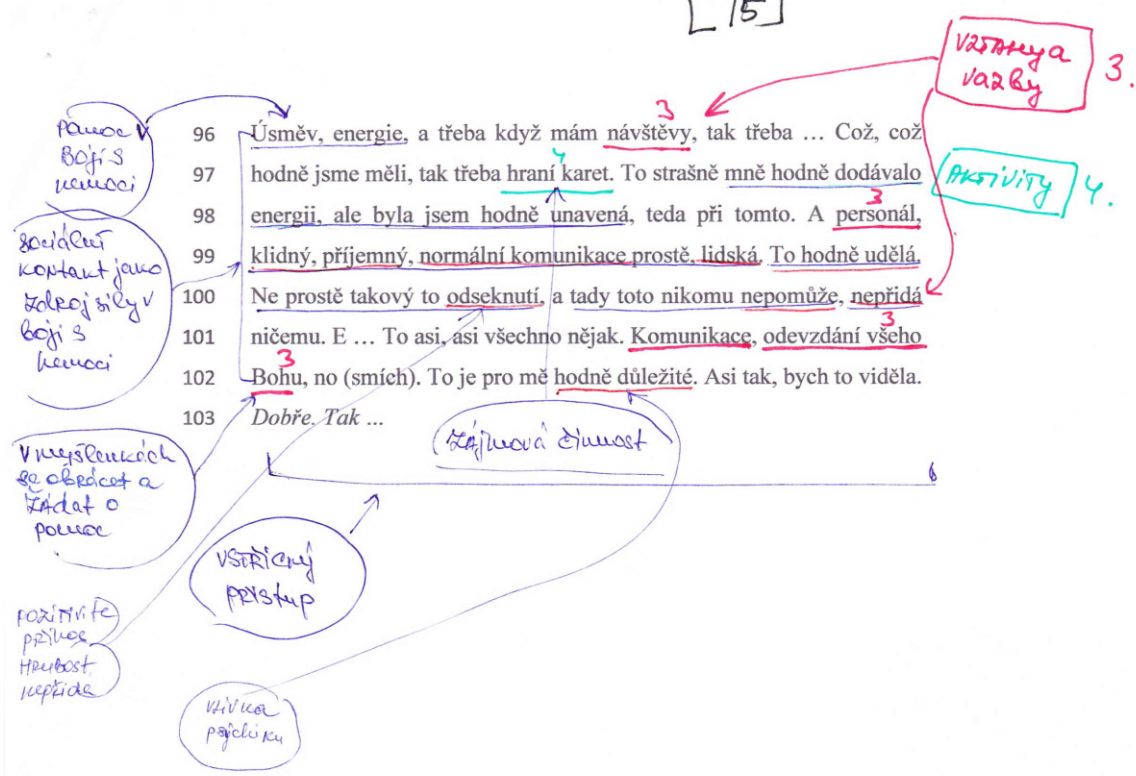
AKTIVITY 4.

VZTAHY a
VZÁBY 3.

[/5]

- 63 Na pozitivní náladu (smích), na podporu. E ... Komunikace se³
64 spoluspáčem (smích). Potom odpoledne, kdyby byli ...
65 Jakoby spolubydlícím.
66 Jo, jako spolubydlícím (smích).
67 Ne, jako by spoluspáčem ... Tak jo, dobře, jako spoluspáčem, to taky jakoby
68 ...
69 Potom odpoledne, kdyby byly návštěvy nebo třeba kdyby nemohla
70 návštěva, tak spolužáci. Prostě, kdo by došel, rodina, přítel třeba.
71 Jasně. Ehm.
72 A v průběhu prostě personál, no.
73 Ehm.
74 Takový ten běžný den, prostě (smích).
75 S kým v průběhu dne mluvíte, proč a jakým způsobem? Taky ...
76 Komunikace přes mobil, komunikace s lidmi osobní. Určitě vliv třeba i
77 televize to má, jako, co člověk řekne, nějaké ty myšlenky. Potom
78 s Bohem.
79 Ehm.
80 To je hodně.
81 Ehm.
82 A to je taková moje ..., můj nejlepší parták, co mám teďka (smích).
83 Ehm.
84 A s přítelem.
85 Proč s nimi komunikujete, například?
86 E ... Konkrétně s kým?
87 Vůbec, se všema. I s přítelem, i s Bohem ... ehm.
88 Protože, já to vyžaduji (smích), potřebuji to. Člověk kdyby
89 nekomunikoval, tak se uzavře a myslím si, že nebojuje tolik, jak by měl.
90 Ehm.
91 Komunikace je strašně důležitá pro mě.
92 Ehm. Co všechno zpříjemní Váš pobyt? Co by Vám pomohlo? Jako by
93 pro ten, jakoby ... jestli by ten „ideální“, jakoby hematologickou
94 lůžkovou část, jakoby to oddělení, na tom pokoji. Co by Vám, jakoby
95 všechno zpříjemnilo Váš pobyt a co by Vám pomohlo?
- Handwritten notes:*
- Sociální kontakt v nemocnici
 - Sociální kontakt s místní prostředím
 - Sociální požitko
 - Dělení komunikace
 - Odstranění, proč je potřeba komunikace
 - Komunikace jako zdroj síly v boji s nemocí
 - Vlastní a vačky 3.
 - Vlastní a vačky 3.

[15]



II. část

104 Druhá část. Představte si, že v rámci dne na takovém „ideálním“
 105 lůžkovém hematologickém oddělení budete mít možnost zajít do
 106 uzpůsobené místnosti, kde Vám může být nabídnuto smysluplné strávení
 107 Vašeho času. A například se zeptám se: Jaká je to představa? Pomáhá
 108 Vám to zpříjemnit pobyt v nemocnici?
 109 Hodně, protože člověk vyjde z pokoje, na kterém je celý den. Vypne. A
 110 kdyby tam byli třeba nějaké aktivity, s kým si popovídá, něco dělat
 111 rukama, jako manuální práci, vyrábění třeba. Člověku to, uteče ten den
 112 a komunikace s ostatními, a i s pacienty, co si můžeme vlastně
 113 vyměňovat názory. Myslím si, že to hodně pomůže.
 114 Ehm.
 115 A fantazie, tam se člověk může „vyblbnout“ (smích).
 116 Ehm. Je v takové místnosti nějaký, nějaká osoba nebo personál?
 117 Hlavně vedoucí, který vlastně nabízí aktivity, co můžeme dělat, anebo
 118 dopomáhá nám. Dává taky pozor, aby se něco nestalo někomu, třeba
 119 něco. Třeba ostré předměty a tady toto. Aby vlastně byli pořád, to
 120 všechno kontroluje to, dopomáhá no, to jsem říkala.
 121 Ehm.
 122 Nebo vysvětluje pravidla, ukazuje tady toto. Když třeba neznám tady
 123 ty hry, nějak tak taktó. A třeba nějaké úplně nové věci třeba se tam
 124 ukážou, úplně jako nové hry, které jsem v životě třeba nehrála (smích),
 125 nebo vyrábění věcí. Mají třeba, prostě třeba nějaká výtvarka a toto
 126 (smích). Asi tak ...
 127 Ehm. Tak jo. Děkuji.
 128 Není za co (smích).

Recepty leu +
 soidel +
 kontakt +
 seznámení

Osoba, která
 dělá

Zajímavá
 činnost

Činnost
 osoby →
 personálu
 na
 oddělení

Pozor
 kad
 činnosti

Aktivity 4.

vazby a
 vazky 3.

Aktivity 4.

vazby a
 vazky 3.

4+3

**PŘÍLOHA P IV: VZOR ÚPRAVY ČI NÁVRHU ÚPLNĚ NOVÉHO
STAVU LŮŽKOVÉ ČÁSTI HEMATOONKOLOGICKÉHO
ODDĚLENÍ**

