



Zdravotně  
sociální fakulta  
Faculty of Health  
and Social Studies

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Katedra sociální práce

Bakalářská práce

# **Kompetence a postavení sociálního pracovníka v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr**

Vypracovala: Lucie Kačenová

Vedoucí práce: Mgr. Eva Suchanová, Ph.D.

České Budějovice 2014

## **Abstrakt**

Bakalářská práce se věnuje tématu Kompetence a postavení sociálního pracovníka v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr (dále už jen PLČD).

Bakalářská práce je prezentována jako monografická studie, popisuje tudíž pouze problematiku vztahující se k PLČD. Je rozdělena na dvě části – teoretickou a výzkumnou část.

V teoretické části blíže specifikuji PLČD jako zdravotnické zařízení, zmiňuji také fungování a systém léčebné péče. Dále se věnuji osobnosti sociálního pracovníka. V co nejširším kontextu se snažím zachytit témata, související s kompetencemi a postavením sociálního pracovníka.

Cílem práce je definovat kompetence a postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v PLČD. Aby došlo k naplnění cíle práce, stanovila jsem si dvě výzkumné otázky: 1. Jaké jsou kompetence a postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v PLČD? 2. Jaké je postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v PLČD?

Výzkum je rozdělen na dvě části. První část je zaměřena na rozhovory se dvěma sociálními pracovníci, týkající se jejich kompetencí v PLČD, druhá část výzkumu se zaměřuje na rozhovory týkající se postavení sociálních pracovníků. Rozhovory se uskutečnily na základě souhlasu obou sociálních pracovníků i ředitele léčebny.

K zachycení lepší kvality dat jsem využila diktafon, získaná data jsem následně zpracovala do elektronické podoby. K interpretaci výsledků jsem zvolila jako nejvhodnější metodu tabulkového zpracování, za účelem získání přehledného zpracování těchto výsledků.

Výzkum umožnil zodpovědět obě předem stanovené výzkumné otázky. Z výzkumu vyplynulo, že kompetence sociálního pracovníka v PLČD zahrnují široký komplex dovedností, kterými by měl disponovat. Měl by být schopen orientovat se v mnoha

právních odvětvích, znát základní zásady krizové intervence, ovládat na vysoké úrovni komunikaci, hlavně ve vztahu s pacienty.

Co se týče postavení sociálních pracovníků v PLČD bylo zjištěno, že své postavení v PLČD vnímají sociální pracovníci dobře a že se cítí být plnohodnotnými členy v multidisciplinárním týmu pracovníků. Do jisté míry mají volnost v rozhodování, pokud to však vyžaduje situace pacienta, dochází ke konzultaci a následnému řešení v týmu. Vždy dojde i na základě kompromisu k nějakému společnému vyřešení i těch nejkomplicovanějších nebo krizových situací.

Bakalářská práce by mohla být přínosem pro obě sociální pracovníce, včetně mě, z důvodu uvědomění si svých dosavadních kompetencí a možností, jak se v některých kompetencích dále zdokonalovat. Kompetence i postavení jsou do určité míry specifické, vzhledem k prostředí léčebny a její cílové skupiny.

**Klíčová slova:** Kompetence, postavení, sociální pracovník, psychiatrická léčebna

## **Abstract**

The bachelor thesis addresses the topic “The Competences and Position of a Social Worker in the Červený Dvůr Psychiatric Hospital” (hereinafter referred to as “ČDPH”).

The bachelor thesis is presented as a monographic study so it describes only the issues relating to ČDPH. It is divided into two parts – the theoretical and the research one.

In the theoretical part I describe ČDPH in more detail as a healthcare facility, and mention its operation and medical care system. I also examine the personality of a social worker. In the broadest context possible I try to depict topics relating to the competences and position of social workers.

The objective of the thesis is to define the competences and position of social workers in the medical care system in ČDPH. In order to fulfil the objective of the thesis, I set two research questions: 1. What are the competences and position of a social worker in the medical care system in ČDPH? 2. What is the position of a social worker in the medical care system in ČDPH?

The research is divided into two parts. The first part is focused on interviews with two social workers concerning their competences in ČDPH, while the other part of the research is focused on interviews concerning the position of social workers. The interviews took place with the consent of both social workers and the director of the hospital.

For the sake of better quality of data recording I used a dictating machine, and processed the collected data in electronic form afterwards. To interpret the results, I found table processing to be the most suitable method because of clear arrangement of the results.

The research made it possible to answer both the research questions set beforehand. It has followed from the research that the competences of social workers in ČDPH include a broad complex of skills they should possess. They should be well versed in a

number of branches of law, be aware of the basic rules of crisis intervention and have very good communication skills utilized especially in communication with patients.

As far as the position of social workers in ČDPH is concerned, it has been ascertained that they find their position in ČDPH to be good and that they feel being full-fledged members of the multidisciplinary team of workers. They have freedom to decide to a certain degree but if a patient's situation requires so, the situation is discussed and solved by the team. Even the most complicated or crisis situations can always be jointly solved even based on a compromise.

The bachelor thesis could be beneficial for both social workers as well as for me because of the realization of one's own current competences and possibilities of further improvement of some of them. The competences and position are specific to a certain degree with regard to the environment of the psychiatric hospital and its target group.

**Keywords:** Competences, position, social, worker, psychiatric hospital

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to – v nezkrácené podobě – v úpravě vzniklé vypuštěním vyznačených částí archivovaných fakultou – elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejich internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 14. 8. 2014

.....

Lucie Kačenová

## **Poděkování**

Ráda bych poděkovala Mgr. Evě Suchanové, Ph.D., za její pomoc, ochotu, trpělivost a celkové odborné vedení práce. Dále bych chtěla poděkovat řediteli a zároveň primáři Psychiatrické léčebny Červený Dvůr MUDr. Jiřímu Dvořáčkovi a sociálním pracovnícím, za jejich cenné poznatky a vstřícnost při tvorbě mé bakalářské práce. V neposlední řadě děkuji také své rodině a blízkým za jejich podporu.

## Obsah

1	ÚVOD.....	11
2	TEORETICKÁ VÝCHODISKA.....	13
2.1	PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR.....	13
2.1.1	Historie PLČD .....	13
2.1.2	Vymezení PLČD (dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách). 14	
2.1.3	Cílová skupina v PLČD .....	15
2.1.4	Léčba v PLČD .....	17
2.2	SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	19
2.2.1	Motivace pro výkon povolání sociálního pracovníka.....	19
2.2.2	Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka .....	19
2.2.3	Odborná způsobilost .....	20
2.3	KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PLČD .....	21
2.3.1	Teorie kompetence.....	21
2.3.2	Kompetence sociálního pracovníka vyplývající ze zákona (z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách) .....	22
2.3.3	Principy sociální práce v PLČD.....	22
2.3.4	Náplň práce sociálního pracovníka v PLČD.....	23
2.3.5	Principy sociálně terapeutického plánování v PLČD .....	25
2.4	POSTAVENÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V SYSTÉMU LÉČEBNÉ PÉČE V PLČD.....	27
2.4.1	Postavení sociálního pracovníka v týmu pracovníků .....	27
2.4.2	Komunikační toky v rámci multidisciplinárního týmu v PLČD.....	29
2.4.3	Krizová intervence v PLČD.....	29



2.4.4	Komunikace se specifickými skupinami pacientů v PLČD.....	33
2.5	MOŽNÁ RIZIKA PŘI VÝKONU PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PLČD .....	36
2.5.1	Stres a zátěžové situace.....	37
2.5.2	Syndrom vyhoření (Burnout syndrome).....	37
2.5.3	Principy supervize v PLČD .....	40
3	CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	41
4	METODIKA.....	42
5	VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE.....	44
6	DISKUZE.....	57
7	ZÁVĚR.....	63
8	POUŽITÉ ZDROJE.....	65
9	PŘÍLOHY .....	69

## **Seznam použitých zkratk**

**PLČD** – Psychiatrická léčebna Červený Dvůr

**NO** – neziskové organizace

**OSPOD** – orgán sociálně právní ochrany dětí

**ICOS ČK** – informační centrum občanského sektoru Český Krumlov

**Kocero, o.p.s.** – Komunitní centrum Romů

# 1 ÚVOD

Tato bakalářská práce se věnuje tématu, které nese název Kompetence a postavení sociálního pracovníka v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Tuto problematiku jsem se rozhodla zpracovat na základě obdržené pracovní nabídky na pozici sociálního pracovníka v psychiatrické léčebně. Od ledna roku 2014 pracuji v tomto zařízení a získané poznatky, dovednosti i zkušenosti využiji, jak ve svém budoucím profesním životě, tak je aplikuji ve své bakalářské práci, jenž se tak stane reálným obrazem práce konkrétních sociálních pracovníků v tomto zařízení. Domnívám se, že Psychiatrická léčebna Červený Dvůr zasluhuje zvláštní pozornost veřejnosti, ať už díky své historii, úspěchům nebo jejímu specifickému postavení v léčbě závislostí. V celé mé práci se zmiňuji o uživatelích těchto zdravotnických služeb jako o pacientech, nikoliv o klientech, jelikož léčebna je státním zdravotnickým zařízením, které podléhá legislativně Ministerstvu zdravotnictví, kde je tradičně příjemce služeb nazýván pacientem.

K profesi sociálního pracovníka v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr se váže nejen vysoký požadavek na profesionální úroveň poskytované sociální práce ale i mnoho rizik vyplývajících zejména ze specifického prostředí a zaměření léčebny při práci s drogově závislými lidmi. Pacienti, kteří sem přicházejí na léčbu, mívají často zcela mylné představy o výkonu a podstatě tohoto povolání. Práce sociálního pracovníka tak nemusí být zprvu dostatečně ceněna a to i přesto, že jejím hlavním smyslem je pomoc pacientům v období, kdy prochází tíživou životní situací. Z tohoto hlediska tedy považuji za potřebné objasnit kompetence sociálního pracovníka a zároveň vymezit jeho specifické postavení v rámci Psychiatrické léčebny Červený Dvůr tak, aby bylo jasně zřejmé nejen postavení sociálního pracovníka v rámci multidisciplinárního týmu ale i jeho požadované kompetence.

Bakalářská práce je prezentována jako monografická studie týkající se deskripce pouze a jen této vybrané Psychiatrické léčebny v Červeném Dvoře z důvodů již výše zmíněných. Skládá se z teoretické a výzkumné části. Teoretická část práce prezentuje a

vymezuje principy fungování Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, definuje východiska a systém léčebného procesu. Dále se zabývá kompetencemi sociálního pracovníka v léčebně a postavením sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče. Výzkumná část práce vychází z kvalitativní výzkumné strategie, je aplikována metoda dotazování, technika strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami (dle Hendla). Jsou stanoveny 2 výzkumné otázky. Výzkumný soubor je tvořen 2 sociálními pracovníci, které mají bohaté zkušenosti a mnohaletou praxi v oboru sociální práce právě v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Na závěr dochází k vyhodnocení získaných dat a prezentaci výsledků, na jejichž základě jsou zodpovězeny výzkumné otázky a cíl práce, kterým je definovat kompetence a postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Získaná data konkretizují pouze danou problematiku sociální práce v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr, nesnaží se generalizovat. Jsou tak určena především těm, kteří se zabývají problematikou v tomto zařízení.

## 2 TEORETICKÁ VÝCHODISKA

### 2.1 PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA ČERVENÝ DVŮR

#### 2.1.1 Historie PLČD

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr se nachází v prostorách bývalého letního zámeckého sídla, jehož historie sahá již ke konci 16. století. Zakladatel Vilém z Rožmberka nejdříve vystavěl letohrádek, který byl poté dokončen jeho mladším bratrem. Objekt byl v 17. století přestavěn na zámček, spravovali jej Eggenberkové, později Schwarzenbergové.

V roce 1963 byl zámek i přilehlý park prohlášen za kulturní památku. V roce 1965 se zrodila myšlenka, aby byly prostory zámku využívány jako léčebna pro závislé lidi na alkoholu, později na drogách. V roce 1966 byl zahájen provoz léčebny, která po celou dobu jejího fungování prochází významnými rekonstrukcemi a snaží se neustále zvyšovat kvalitu poskytované péče. V současnosti je PLČD velmi uznávaným a moderním psychiatrickým zařízením (Svobodová, 2011).

Obrázek č. 1: Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.



(Zdroj: [http://cervenydvur.cz/wp-content/uploads/mastr\\_04\\_05\\_06.pdf](http://cervenydvur.cz/wp-content/uploads/mastr_04_05_06.pdf))

## 2.1.2 Vymezení PLČD (dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách)

*Motto: Tradice a kvalita v léčbě závislostí*

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je státní zdravotnické zařízení specializované na ústavní léčbu závislostí. Zřizovatelem je přímo Ministerstvo zdravotnictví a její působnost je vymezena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Jeden z hlavních atributů, na kterém je postaveno celé fungování léčebny, je ten, že pacienti v rámci své léčby musí dodržovat určitý režim a s ním spojené povinnosti. Ne každý je schopen toto respektovat, rozhodující je proto síla přesvědčení a dostatečná motivace pacienta, který přichází na dobrovolnou ústavní léčbu.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr zaujímá specifické místo v postavení psychiatrických léčeben v České republice. Svými odlišnými přístupy, důrazem na individualitu pacienta a snahou pochopit svou závislost se všemi jejími pozitivními i negativními aspekty se řadí mezi léčebny s největší úspěšností v léčbě závislostí v České republice. Tomu, že léčebna dosahuje takovýchto úspěchů, jistě napomáhá i fakt, že každé tři roky podléhá kontrole Spojené akreditační komise, jejímž cílem je zvyšování kvality a bezpečí zdravotní péče v ČR.

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je rozdělena na jednotlivé úseky a podúseky dle zaměření:

### 1. Úsek zdravotnicko - psychotherapeutický:

- oddělení A, B, C, D
  - podúsek SZP a sanitáři
  - podúsek pracovní terapie
  - podúsek sociální práce
  - ateliér arteterapie

## **2. Úsek provozně - technický:**

- podúsek údržby
- podúsek materiálně technického zabezpečení
- podúsek stravovací
- podúsek prádelny

## **3. Úsek ekonomicko - mzdový:**

- podúsek mzdový a podúsek ekonomický
- administrativa
- koordinátor kvality

(Zdroj: Roční zpráva PLČD, 2013)

### **2.1.3 Cílová skupina v PLČD**

Psychiatrická léčebna Červený Dvůr je zdravotnickým zařízením, tudíž je důležité umět rozlišit a uvědomit si rozdíl pojmů pacient-klient. Poté, co zájemce o léčbu splní všechny náležitosti, které jsou potřeba pro jeho přijetí do léčby, stává se uživatelem pobytové léčebné služby-pacientem. Jako pacient je označován po celou dobu své hospitalizace v léčebně. Změna nastává až v okamžiku, kdy dojde k ukončení léčby a pacient se rozhodl, že dalším krokem v pokračování jeho abstinence bude využívat služeb následné péče – doléčování ambulantní nebo pobytovou formou. U možnosti doléčování mluvíme zejména o poskytování sociálních služeb. Pokud nějakou z těchto služeb využije, v takovém případě se z pacienta stává klient a zároveň i uživatel sociální služby.

#### **Nejčastějšími diagnózami v PLČD jsou:**

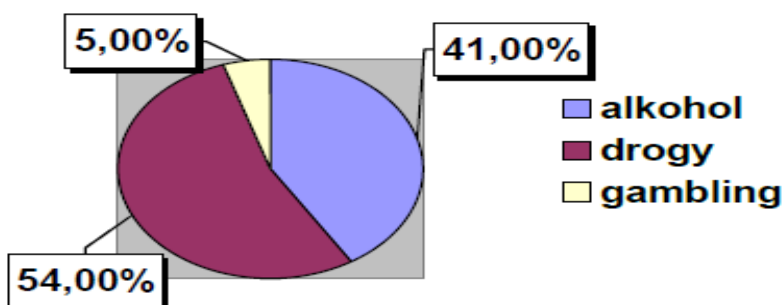
- Syndrom závislosti na alkoholu F 10.2
- Syndrom závislosti na heroinu (případně Subutexu) F 11.2
- Syndrom závislosti na pervitinu F 15.2

- Syndrom patologického hráčství F 63.0
- Syndrom polymorfní závislosti F 19.2

(Zdroj: Roční zpráva PLČD, 2013)

Zastoupení závislostí mapuje následující graf:

**Graf č. 1: Zastoupení závislostí v PLČD (v %).**



(Zdroj: Roční zpráva PLČD, 2013)

Zájem o léčbu je v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr rok od roku větší. Narůst pacientů nejlépe zobrazuje následující tabulka:

**Tabulka č. 1: Počet pacientů v jednotlivých letech.**

	Rok 2003	Rok 2004	Rok 2005	Rok 2006	Rok 2007	Rok 2008	Rok 2009	Rok 2010	Rok 2011	Rok 2012	Rok 2013
Počet pacientů v roce	662	758	709	749	833	767	734	677	752	762	740
Počet vykázaných ošetrovacích dnů	34 576	35 464	35 886	36 278	36989	36761	37323	37622	37671	38085	38174
Průměrná délka hospitalizace na 1 pacienta (dny)	52,23	46,79	50,61	48,44	44,40	47,93	50,85	55,57	50,09	49,98	51,58

(Zdroj: Roční zpráva PLČD, 2013)



#### 2.1.4 Léčba v PLČD

Hlavním cílem léčby je pomoci závislému člověku vyrovnat se s jeho závislostí a to do takové míry, aby byl sám schopen převzít za svůj život plnou odpovědnost a získal dovednosti, které mu napomohou k udržení abstinence i v situacích, které mohou být pro dotyčného velmi zatěžující až rizikové. Léčba rozdělena do několika fází.

Nejprve závislý pacient musí projít **tzv. detoxifikací**, což znamená očištění těla od návykové látky. Poté, co je pacientův stav stabilizován psychicky i somaticky, zapojuje se do léčebného režimového psychotherapeutického programu. Pacient se dostává do první fáze léčby, kde se přizpůsobuje a seznamuje se s podmínkami léčby, učí se jak pracovat v komunitě, novým povinnostem a také by si měl mimo jiné začít uvědomovat důsledky své závislosti. Pokud postoupí do další fáze léčby, učí se zodpovědnosti jak vůči sobě, tak vůči komunitě a aktivně absolvuje terapeutický program. V poslední fázi se připravuje na odchod z léčebny. Přemýšlí o plánech do budoucna a snaží se učinit kroky, které by vedly k jejich realizaci (Dvořáček, 2013).

Pacienti mají také možnost si zajistit následné doléčování po absolvování léčby. Rozhodnout se mohou mezi ambulantním docházením do lékařské psychiatrické ambulance, využití doléčovacích programů služeb následné péče nebo využití pobytových služeb v terapeutické komunitě nebo chráněném bydlení.

Dvořáček (2013) se zmiňuje, že terapeutický program kombinuje více terapeutických nástrojů, mezi které patří: Terapeutická komunita, skupinová psychoterapie, pracovní terapie a zodpovědnostní funkce, přednášky a samostudium, bodovací systém, volnočasové aktivity, lékařská a ošetrovatelská péče a konečně sociální práce. Kombinace těchto nástrojů umožňuje, aby pacient pochopil svůj problém závislosti, v co nejširší možné míře a byl tak schopen se svou závislostí lépe pracovat. Podobně se také uplatňuje kombinace terapeutických přístupů, mezi něž patří humanistická a dynamická psychoterapie, kognitivně behaviorální terapie, terapeutická komunita a neurobiologický model závislosti. (Dvořáček, 2013).

Nejvíce pacientů odchází z léčebny **řádným způsobem**, tzn., že absolvují celý léčebný proces ve stanovené době, o níž rozhoduje multidisciplinární tým v čele

s terapeutů a lékařů. Léčba může být na žádost prodloužena, pokud je dostatečně odůvodněna, (zejména se jedná o situaci, kdy např. pacient čeká na přijetí do terapeutické komunity nebo chráněného bydlení aj...). Sociální pracovníci si vedou evidenci, která mapuje odchody pacientů z léčebny do konkrétních terapeutických komunit nebo chráněných bydlení (Dvořáček, 2013).

Další možností ukončení léčby je **stabilizační ukončení**. Jedná se o případy, kdy pacient neprestoupil do druhé fáze léčby, kvůli opakovanému neplnění svých povinností či jiných uložených úkolů a nevytvoření si náhledu na svou závislost (Dvořáček, 2013).

Pacienti mohou být také za své nevhodné chování z léčby vyloučeni. V žádném případě se netoleruje agresivita, vyhrožování, fyzické násilí i slovní napadání (z důvodu odlišné rasy, pohlaví, sexuální orientace, náboženství...), pokus o užití či samotné užití drogy aj. Pokud dojde k tomuto zásadnímu porušení, mluvíme o **disciplinárním propuštění**.

V druhé fázi má pacient právo žádat o vycházky. Je-li připravený plán vycházky schválen terapeutickým týmem, může z léčebny odjet, ale samozřejmostí je návrat zpět v domluvený den a čas. Nedojde-li k dodržení nastavených pravidel a již se nevrátí, hospitalizace je ukončena z důvodu **útěku** pacienta.

Pacient, který je v léčebně, ale rozhodne se, že nadále již nechce pokračovat v terapii, má možnost podat tzv. **reverz**, který je vždy proti radě lékaře. Současně je poučen o rizicích, která sebou jeho rozhodnutí může přinést. V tomto případě platí, že pokud by se pacient opět rozhodl pro absolvování léčby, může být přijat, ale až za dobu delší než tři měsíce (Dvořáček, 2013).

V praxi se lze setkat ještě s jedním typem propuštění, a to s tzv. **překladem**. Jedná se o případ, kdy pacient je předán do péče jiného zdravotnického zařízení (např. přeložení na chirurgické oddělení na plánovaný zákrok apod.). Po vykonaném zákroku se pacient opět přijímá k nové hospitalizaci do léčebny a musí opět projít přijímacím vstupním rozhovorem.

## **2.2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK**

### **2.2.1 Motivace pro výkon povolání sociálního pracovníka**

Plamínek (2007) uvádí: „*Aby motivace nebyla ponížena na pouhou manipulaci, musíme zájmy druhých lidí chápat, rozumět jim. Motivace nás tedy nutí zajímat se o druhé.*“ Mnohdy tato forma bývá účinnější než přímé nařízení, psychický nátlak či jiné manipulativní techniky a triky. Je velmi důležité umět se vcítit do druhého a dobře specifikovat jeho potřeby, pak teprve máme šanci úspěšně motivovat (Plamínek, 2007).

Motivace jednotlivých pracovníků v kterémkoliv oboru lidské činnosti se výrazně liší. Prvním stimulem, který nás napadne jako důležitý pro výkon všech povolání, včetně sociálního pracovníka, jsou peníze, tedy odměna za vykonanou práci. V dnešním světě je to samozřejmě velmi podstatná věc, důležité jsou ale i další motivy jako např. hrozba trestu, pracovní prostředí a podmínky, vztahy na pracovišti, úroveň řízení, postavení ve společnosti, neméně důležitý je vnitřní pocit z odvedené práce a seberealizace. Sociálního pracovníka by měl vykonávat pouze člověk, který chce lidem „pomoci“, je velmi vnímavý, dokáže se vcítit do myšlení druhých a má uspokojivý pocit z toho, že může svou prací někoho posunout dál. Je tedy podstatné, aby byl motivován na úspěch svých klientů, který jemu samotnému přinese dobrý pocit z vykonané práce. Takže jednou z hlavních motivací pro sociálního pracovníka je, aby tento smysl naplnil a zároveň byl dostatečně oceněn ostatními pracovníky (Plamínek, 2007).

### **2.2.2 Osobnostní předpoklady sociálního pracovníka**

Hlavními osobnostními předpoklady pro práci sociálního pracovníka jsou především empatie, sociální citění, cílevědomost, chuť se dále vzdělávat, asertivní chování, samostatnost, pozitivní a kreativní přístup k práci, schopnost týmové spolupráce, dobré komunikační schopnosti, orientace v problematice sociálních služeb. Práce sociálního pracovníka je velmi psychicky náročná, musí být stanoveny profesní

hranice, aby nedocházelo k tomu, že sociální pracovník přebírá problémy klienta za své a tím narušuje celý proces sociální práce.

Obecnými předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka jsou:

- *Způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost* – dokládá se výpisem z trestního rejstříku
- *Zdravotní způsobilost* – dokládá se potvrzením od praktického lékaře
- *Odborná způsobilost* – dokládá se diplomem ze studií

### 2.2.3 Odborná způsobilost

Vzdělávání sociálních pracovníků je dnes regulováno především **Zákonem č. 96/2004 Sb. (Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)**, ve znění pozdějších předpisů. Sociální pracovník byl zařazen mezi nelékařská zdravotnická povolání. Legislativa zdravotnického rezortu neklade jako prioritní podmínku získání vzdělání v oboru sociální práce, tak jak jej vymezuje **Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., a minimální standardy vzdělávání v sociální práci** (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovník má možnost rozšířit svoji odbornost a získat statut zdravotně sociálního pracovníka. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (**Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních**) vymezuje odbornou způsobilost k výkonu povolání zdravotně sociálního pracovníka takto:

(1) Odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka se získává absolvováním

a) akreditovaného zdravotnického bakalářského nebo magisterského studijního oboru sociálního zaměření,

b) nejméně tříletého studia v oborech sociálního zaměření na vyšších odborných školách nebo vysokých školách a akreditovaného kvalifikačního kurzu zdravotně-sociální pracovník,

c) specializačního studia v oboru zdravotně-sociální péče po získané odborné způsobilosti všeobecné sestry podle § 5.

(2) Za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

Další vzdělávání sociálního pracovníka je povinné, kvalifikaci si musí doplňovat, uskutečňuje se na základě akreditace vzdělávacích zařízení a vzdělávacích programů udělené ministerstvem ve vzdělávacích zařízeních. Patří sem akreditované kurzy, odborné stáže, školicí akce, specializační vzdělávání atd.

Sociální pracovníci v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr musí mít odborné vzdělání určené zákonem 108/2006 Sb., o sociálních službách. Pokud pracovník tohoto vzdělání nedosáhl, je mu umožněno ředitelem léčebny studovat při výkonu zaměstnání a tím si doplnit potřebnou kvalifikaci.

## **2.3 KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PLČD**

### **2.3.1 Teorie kompetence**

Havrdová (1999) navrhla soustavu osvědčených kompetencí v praxi. Podle jejího pojetí je důležité: rozvíjet účinnou komunikaci, orientovat se a plánovat postup, podporovat a pomáhat k soběstačnosti, zasahovat a poskytovat služby, přispívat k práci organizace a odborně růst. Pojem kompetence nemá jednotné vymezení, proto vzniklo mnoho definic od různých autorů. Např. pojetí kompetence dle Bedrnové a kol. (2007) vymezují pracovní způsobilost a kvalifikaci v daném pracovním zařazení a zdejších podmínkách. Rozdíl mezi těmito pojmy je v tom, že pracovní způsobilost představuje

soubor možností, kterými člověk disponuje, avšak kvalifikace zohledňuje práva, povinnosti a další činnosti, jež jsou klíčové pro výkon konkrétní funkce.

### **2.3.2 Kompetence sociálního pracovníka vyplývající ze zákona (z. č. 108/2006 Sb., o sociálních službách)**

Kompetence sociálního pracovníka lze najít nejen v odborné literatuře, ale z části jsou popsány přímo v zákoně. **Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 109** uvádí, že sociální pracovník:

„vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“

**Mezinárodní asociace sociálních pracovníků a Mezinárodní asociace škol sociální práce** shodně tvrdí, že sociální práce je profese, jež podporuje změny, řešení problémů v oblasti mezilidských vztahů a umožňuje lidem zvyšovat kvalitu jejich životů. Sociální práce se s využitím teorie lidského chování a sociálních systémů uplatňuje v situacích, kdy lidé a prostředí na sebe vzájemně působí (Mahrová, 2008).

### **2.3.3 Principy sociální práce v PLČD**

Základními principy sociální práce jsou lidská práva a sociální spravedlnost (Mahrová, 2008). Nejinak tomu je i při sociální práci se závislými osobami v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Sociální pracovník má písemně stanovenou náplň práce, která vychází z principů sociální práce.

### 2.3.4 Náplň práce sociálního pracovníka v PLČD

**Sociální pracovník pracující v PLČD zajišťuje:** rozbor sociální situace získáním anamnézy, sestavování a pravidelné vyhodnocování individuálního plánu řešení sociální situace společně s terapeutem, vyřizování sociální korespondence, poskytování sociálního poradenství pacientům ve stanovených hodinách, následnou péči (překlady do sociálních zařízení u pacientů s porušenou resocializací), pokud je třeba také doprovod pacientů na jednání k soudům nebo jiným institucím, nabízení volných pracovních míst z pracovních úřadů (Pracovní náplň sociálního pracovníka v PLČD).

Veškerá sociální práce je zaznamenávána a **uložena do chorobopisu** konkrétního pacienta. Pracovní náplň sociálního pracovníka navíc ještě zahrnuje všeobecné povinnosti, kterými se musí řídit: Pracovník je zodpovědný za dodržování pravidel, režimu, hygienických a bezpečnostních předpisů, za řádné vedení dokumentace, dále je schopen pracovat v týmu, aktivně se účastní týmových porad, seminářů a všech odborných akcí pořádaných léčebnou, neustále se vzdělává v oboru psychoterapie, poradenství, sociální práce a v terapii závislostí, zná rozsah i obsah činností v terapeutickém programu, je povinen zachovávat mlčenlivost o všech údajích týkajících se pacienta, jeho rodiny, průběhu léčby, a je povinen chránit majetek léčebny před jeho poškozením či jiným nedovoleným zacházením.

Sociální pracovník je přímo podřízen vedoucímu sociálnímu pracovníkovi a musí dodržovat Etické zásady sociálního pracovníka (Pracovní náplň sociálního pracovníka v PLČD).

Náplň sociálního pracovníka v PLČD si lze nejlépe představit pohledem do jeho každodenní praxe. Po příchodu do práce se musí zorientovat v událostech z minulého dne a připravit si hlášení o nejdůležitějších a nejvýznamnějších činnostech z oblasti sociální práce s pacienty z předchozího dne. Toto pak přednese na **každodenní ranní poradě multidisciplinárního týmu**. Vytváří se zde prostor také pro rozebrání jednotlivých konkrétních případů pacientů a společně v týmu se domlouvá postup řešení. Mimo jiné se dozví o pacientech, kteří byli předchozí den přijati do

hospitalizace, zda došlo k propuštění některého z pacientů a zda bude někdo přeložen z detoxifikačního oddělení na režimové oddělení.

Po poradě, která obvykle trvá zhruba půl hodiny, se vrací na své stanoviště a připravuje propozice pro příjmy a překlady pacientů. V této fázi je tak uplatňována hlavně **činnost administrativní**, kdy se připravují chorobopisy a dávají se dohromady všechny dostupné záznamy o pacientovi, který byl předchozí den přijat. S přichozím pacientem je poté vypracován administrativní příjem, kdy se získávají základní informace o pacientovi a jeho závislosti.

Pokud se jedná o překlad na oddělení, s pacientem je vypracována sociální anamnéza formou dotazníku, který se zaměřuje na oblasti: osobní údaje, zaměstnání, vzdělání, soudy a policie, dluhy, bydlení, rodinné vztahy...Po získání informací se udělá sumarizace těchto dat a **vyhodnotí se individuální plán sociální práce**, jenž obsahuje jasné kroky, které je třeba udělat k dosažení stanovených cílů. Jakmile je stanovena u pacienta předběžná doba hospitalizace, pomáhá sociální pracovník pacientovi hlavně vyřizovat finanční záležitosti a bydlení po léčbě. Průběžně hodnotí spolupráci s pacientem.

Primář PLČD MUDr. Jiří Dvořáček vnímá náplň práce a celkové kompetence sociálního pracovníka takto:

*„Sociální práce v PL ČD je pro mě hodně klíčovým prvkem celé naší terapie, vlastně s postupující dobou podle mě její význam stoupá – sociální stabilita pacienta je zásadní věc pro udržení abstinence. Pamatuji doby, kdy kompetenci sociálního pracovníka bylo operativně vyřizovat administrativní agendu pacienta, dokonce nikoli po konzultaci s pacientem, ale teprve na podnět úřadů a institucí. V průběhu několika let jsme kompetence sociálních pracovníků výrazně změnili a rozšířili. Klíčovou kompetencí dnes je samostatně zhodnotit sociální stav a sociální potřeby pacienta, samostatně nastavit cíle sociální práce u daného pacienta a nastavit plán řešení sociálních problémů...a samostatně pacientovi pomáhat těchto cílů dosahovat a plány hodnotit, měnit, doplňovat. Kompetence sociálního pracovníka je v těchto směrech veliká, je v těchto úkolech hodně nezávislý na práci terapeutů oddělení, řídí si věci do*



*značné míry sám. A agenda je velmi široká – myslím, že kompetence sociálních pracovníků u nás dosahují do všech oblastí, do kterých obecně sociální práce dosahovat vůbec může. Sociální pracovník je v PL ČD také členem terapeutického týmu, proto jeho další kompetence jsou podílet se na celkovém odvykacím programu pacienta a dávat doporučení k obecně terapeutickým cílům. Samostatnost a velkou míru kompetencí dokreslím i tím, že sociální pracovníci jsou jedni z mála v PL ČD, kteří komunikují samostatně s vnějším světem a kteří mohou být i mobilní – mohou jezdit na místa, kde se sociální stabilita pacienta řeší“ (Dvořáček, 2013, vnitřní směrnice sociální práce).*

### **2.3.5 Principy sociálně terapeutického plánování v PLČD**

Sociální práce v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr je jako jeden z terapeutických nástrojů uplatňován již po přechodu z detoxifikačního oddělení na psychoterapeuticko-režimové oddělení. S každým pacientem se zpracovává sociální anamnéza a je definován individuální plán sociální práce s pacientem. Pokud pacient projeví zájem své problémy řešit, dochází k **uzavření dohody o spolupráci**. Dohoda musí obsahovat: předmět spolupráce, vzájemná práva a povinnosti, hlavní i dílčí cíle, časové rozvržení schůzek potřebných pro vyřešení daného problému. (Dvořáček a kol. autorů, 2011)

Základem úspěšné spolupráce je **navození pozitivního vztahu** mezi pracovníkem a pacientem. Ve vzájemném vztahu mezi pracovníkem a pacientem je velmi důležitá komunikace, včetně neverbální a také pozorování pacientových projevů. Posledním stádiem je **evaluace**, tzn. zhodnocení celého procesu sociálně terapeutického plánování. Vyhodnocuje se, jak pacient po celou dobu pracoval, zda se podařilo dosáhnout vyřešení problému nebo jaké kroky je třeba ještě uskutečnit. Výsledkem je výstupní hodnocení. Z výše uvedeného vyplývá, že v praxi je uplatňován přístup orientovaný na úkoly. Tento přístup spočívá v jednoduché myšlence, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu, a že lidé nasazují více aktivity pro úkoly, které si sami zvolili. Sociální pracovník je tu od toho, aby pomohl klientovi rozhodnout, jaké úkoly chce plnit-co chce dělat. Předpokládá se, že lidé jsou schopni takovou volbu udělat a že nikdo jiný by ji

neudělal lépe. Základními hodnotami tohoto přístupu jsou „partnerství a „posilování“ (Navrátil, 2001).

Terapeutický program léčebny však vychází z více přístupů, jedná se o kombinaci:

Humanistické a dynamické psychoterapie, Kognitivně behaviorální terapie (KBT), Terapeutické komunity a Neurobiologického modelu závislosti (Dvořáček a kol. autorů, 2011).

**Humanistická psychoterapie** je terapií přímo zaměřenou na klienta. Uplatňován je při ní nedirektivní přístup. Cílem této terapie je podporovat růst klienta, jeho jedinečnost a individualitu. Dynamická psychoterapie vychází z psychoanalýzy, zabývá se možným působením minulých zážitků a nevědomých procesů na problémy vzniklé v současnosti (Dvořáček a kol. autorů, 2011).

**Kognitivně behaviorální terapie (KBT)** se zabývá změnou nežádoucího myšlení a chování. Jako terapeutický nástroj se užívá systematického rozhovoru a strukturovaných úkolů, které vedou pacienta k získání nového lepšího vzorce myšlení i chování (Dvořáček a kol. autorů, 2011).

**Terapeutická komunita** jako forma terapie učí pacienty žít bez drog, nabízí jim možnost, aby se nebáli otevřeně mluvit o svém problému závislosti před sebou samotnými i ostatními. Tímto způsobem závislý poznává sám sebe ale i druhé, kteří řeší podobný problém. Dostává tak zpětnou vazbu o svém chování, což je pro něj důležité hlavně z hlediska změny a nápravy nevhodného chování. Učí se odpovědnosti za sebe i druhé, dodržování pravidel v komunitě i tomu, jak smysluplně vyplnit volný čas. Pacienti se podílí na aktivitách léčebny a každý zaujímá stejné postavení v komunitě. Všechny zkušenosti, které takto získá, mu pomohou lépe se zařadit do společnosti a žít život bez drog (Dvořáček a kol. autorů, 2011).

**Neurobiologický model závislosti** hledá odpovědi na to, jak droga působí na mozek a jak z tohoto mechanismu působení dochází k behaviorálním změnám v podobě závislostního chování (Procházka in Růžička, 2012).

Kalina (2008) uvádí, že na závislost lze také nahlížet jako na chronické recidivující onemocnění mozku, projevující se některými klíčovými behaviorálními projevy, které dle autora jsou: užívání drog získává kompulzivní charakter, závislý uživatel jednoznačně a silně preferuje užívání drog před přirozenými zdroji odměny, podněty s užíváním drogy (nebo s možností drogu užít) silně kontrolují chování, existuje vysoká tendence k relapsu a toto riziko relapsu přetrvává i po letech abstinence.

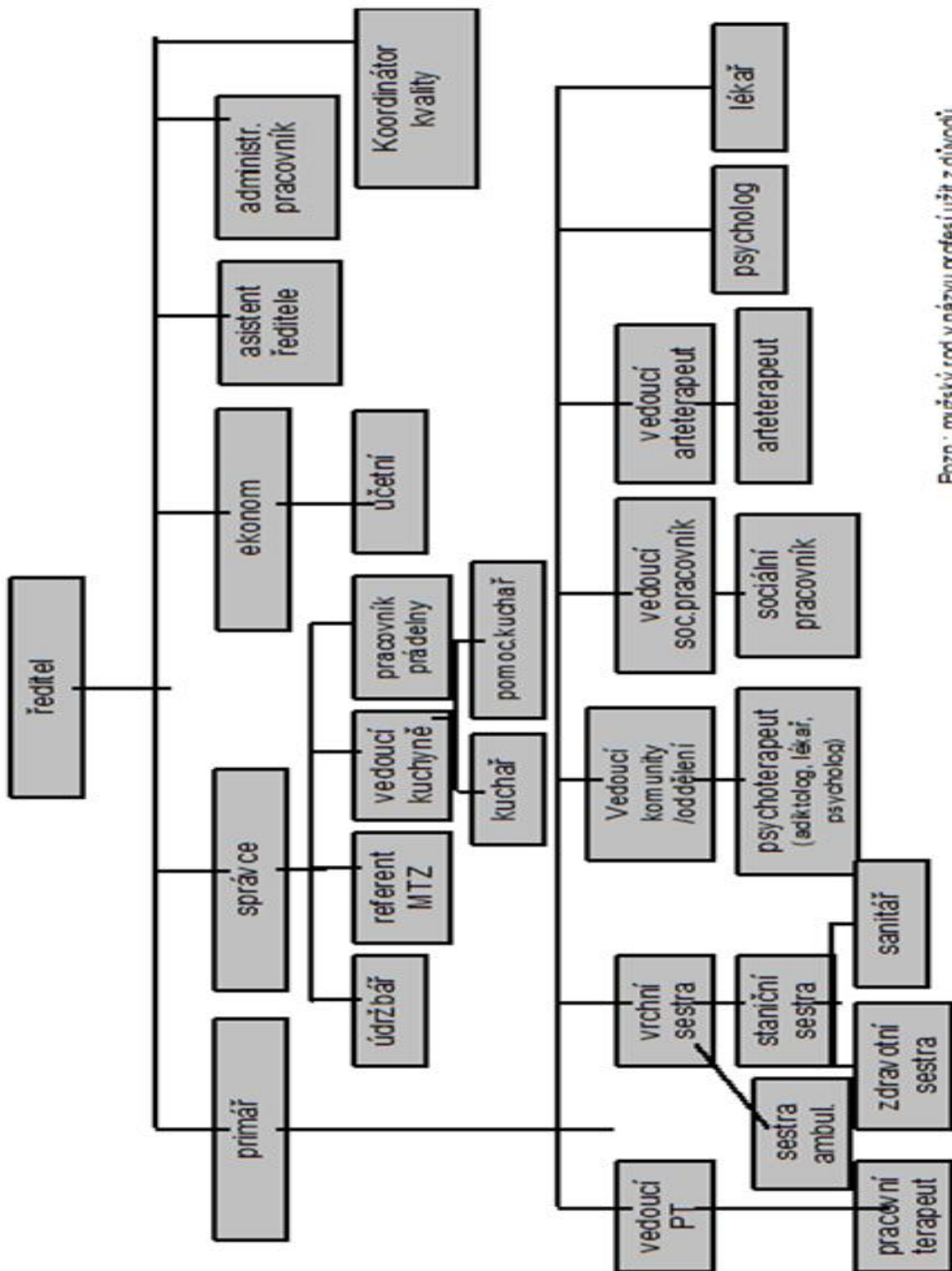
## **2.4 POSTAVENÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V SYSTÉMU LÉČEBNÉ PÉČE V PLČD**

Primář PLČD MUDr. Jiří Dvořáček vnímá postavení sociálního pracovníka takto: *„Sociální pracovník je plnohodnotným členem terapeutického týmu s určitou nezávislou rolí. Myslím, že v tomto smyslu je jeho postavení velmi dobré – je uvnitř týmu, ale má i jistou volnost a samostatnost. Má jistoty, práva a informace jako kdokoli jiný v týmu, ale má i nezávislost. K dobrému postavení přispívá to, že ostatní kolegové vidí efekty a smysl sociální práce, dnes nikdo nepochybuje, že sociální práce je nutná. Práce ostatních terapeutů je do určité míry závislá na práci sociálního pracovníka, mnoho individuálních postupů terapie se neposune bez sociálního pracovníka. Stejně tak vidí smysl pacienti, a i když někdy přichází s představou, že jsou v samoobsluze a že sociální pracovník má povinnost ve všem vyhovět, myslím, že sociální pracovník v očích pacientů patří mezi velmi respektované profese. Postavení sociálního pracovníka je jednoduše řečeno tak dobré, jako u všech profesí, jejichž práce nese výsledek a na jejichž práci jsou ostatní závislí.“* (Dvořáček, 2013, vnitřní směrnice sociální práce).

### **2.4.1 Postavení sociálního pracovníka v týmu pracovníků**

Sociální pracovník v PLČD zaujímá v týmu pracovníků významné postavení. Jeho nejvyššími nadřizenými jsou ředitel a poté primář, v PLČD obě tyto funkce zastává MUDr. Jiří Dvořáček. Řediteli i primáři je podřízen vedoucí sociální pracovník.

Organizační členění pracovníků PL Červený Dvůr



Pozn.: mužský rod v názvu profesí užít z důvodů prostorové úspornosti

(Zdroj: [www.cervenydvur.cz](http://www.cervenydvur.cz))

#### 2.4.2 Komunikační toky v rámci multidisciplinárního týmu v PLČD

Pacient, který je hospitalizován v PLČD kvůli své závislosti, přichází v léčebně do kontaktu s celou řadou odborníků a dalším personálem. Během terapie se nejčastěji setkává s lékaři, psychology, zdravotními sestrami, terapeuty a také se sociálním pracovníkem. Někdy dochází k situaci, kdy se tým nemůže shodnout. Důvod může být zakotven v tom, že každý z odborníků má odlišný cíl pomáhání či léčení. Tým ale musí být schopen se domluvit na společném cíli a na jednotlivých krocích, které jsou třeba pro jeho naplnění. Stanovené kroky a cíle musí schvalovat samotný pacient, nelze jednat proti jeho vůli. Další vyřešenou otázkou musí být míra odpovědnosti. V týmu platí, že nikdy nejsou odpovědní všichni stejně, stejně jako nemůže být odpovědnost jen na jediné části týmu (Čadková-Svejková in Mahrová, 2008).

**Sociální pracovník musí** v rámci výkonu své profese **komunikovat se všemi členy** multidisciplinárního týmu. Tato spolupráce zaručuje dosažení dobrých výsledků a společných úspěchů. Spolupráce s primářem se vyžaduje logicky po celou dobu pracovního dne. Sociální pracovník musí být k dispozici k řešení neodkladných záležitostí, musí se účastnit všech porad, kolegií a některých psychoterapeutických programů.

#### 2.4.3 Krizová intervence v PLČD

Krizová intervence v PLČD vychází z obecných zásad a strategií krizové intervence. Díky specifické skupině pacientů, kteří se vlivem své závislosti dostali do problémů nebo jim dokonce jejich závislost přinesla zdravotní komplikace, nevyjímaje psychické poruchy osobnosti, se lze v praxi setkávat s rozmanitými situacemi, přinášející velké riziko, jak pro personál, tak pro samotného pacienta.

Následující příklady představují 3 krizové situace, s kterými se sociální pracovník v PLČD setkává, jedná se zejména o verbální a brachiální agresi:

*„Pacient při vyplňování sociální anamnézy odmítá spolupracovat, jeho vzdorovité chování nabývá každou další otázkou, není schopen odpovědět, jak vypadá jeho situace*

*s bydlením, zaměstnáním, vztahy s rodinou, dluhy, trestnou činností. Sociální pracovnice upozorňuje, že pokud nezmění svůj postoj, nemůže mu pomoci s ničím. Pacient začne být agresivní a velmi vulgární. Následuje dlouhý monolog plný nadávek, směřující i k druhé sociální pracovnici. Situace se vyhrocuje ve chvíli, kdy pacient začne vyhrožovat, ať se mu nikdo nesnaží diktovat, jak má žít nebo někoho zabije. Sociální pracovnice jsou nuceny zavolat zřízence. Přivolan je ihned také primář, event. hlavní lékař, který rozhoduje o okamžitém vyloučení pacienta z léčebny. Tato situace vyžaduje také asistenci Policie ČR. Ta pacienta vyvede za bránu Psychiatrické léčebny a zajistí, aby nedošlo k ohrožování dalších osob.“ (Zdroj: zápis z Hlášení o mimořádné události)*

V případě brachiální agrese se postupuje obdobným způsobem:

*Pacient přichází na detoxifikační oddělení ve stabilizovaném, ale stále intoxikovaném stavu. Pacient prochází odvykací fází, s níž je spojeno mnoho somatických i psychických obtíží. Při přijímacím pohovoru zpočátku usíná, poté přechází do slovní agrese. Je vztahovačný, odmítá odpovídat na otázky, nespolupracuje, nenavazuje potřebný kontakt. Přijímací pohovor je přerušen, sanitář odvádí pacienta zpět na detoxifikační oddělení. V přijímacím rozhovoru se pokračuje až následný den, kdy je pacient po psychické i somatické stránce zklidněn a je v celkově lepším stavu. (Zdroj: ukázka z výkonu pohovoru sociální pracovnice a pacienta v PLČD)*

Díky dodržování zásad krizové intervence a bezpečnosti práce je brachiální agrese výjimečnou událostí v PLČD, nicméně ji nelze nikdy zcela vyloučit.

Do PLČD též přicházejí pacienti, kteří trpí psychickou poruchou osobnosti nebo jinými psychickými onemocněními. Velmi častou duální diagnózou jsou schizofrenie nebo deprese směřující až k sebevražednému jednání:

*Pacientka je při zpracovávání sociální anamnézy velmi úzkostná a depresivní. Je zjevné, že ji velmi rozrušuje situace ohledně její tříleté dcery, kterou nemá ve své péči. Pacientka velmi emotivně vypráví vzniklou situaci a vyhrožuje, že pokud dceru nezíská,*

*spáchá sebevraždu. Sociální pracovnice se snaží záležitost probrat ještě jednou a v klidu. Pomalu a jasně vysvětluje možnosti a kroky, které jsou třeba podniknout pro navrácení malé dcerky.....“ (ukázka z výkonu pohovoru sociální pracovnice a pacienta v PLČD)*

Krizí se rozumí situace, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života, a vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Nemůže být proto řešena v rámci obvyklého repertoáru vyrovnávajících strategií jedince (Matoušek, 2003).

Pro krizi je charakteristická:

- **subjektivita** – každý člověk prožívá krizové situace odlišným způsobem, záleží na jeho psychické odolnosti,
- **přirozenost** - krize je vnímána jako něco přirozeného, co je součástí lidského života, podporující osobní růst a zrání,
- **cesta ke změně** – krize může pozitivně přispět k provedení nějaké změny, člověk získá jiný náhled na svůj život, a pokud krizi úspěšně zvládne, dojde ke zvýšení sebevědomí jedince a ke zvýšení šance, že se s další nadcházející krizí dokáže lépe vyrovnat (Hoskocová, 2009).

Pro krizi však obecně platí, že se jedná o velmi náročnou životní situaci, která v člověku vyvolává negativní prožívání a ovlivňuje zásadním způsobem nejen psychiku, ale v případě dlouhodobé krize také somatickou stránku jedince.

Krize můžeme dělit podle způsobu projevení na:

- **zjevné krize** – člověk si je uvědomuje, vzniklou situaci řeší sám nebo vyhledá odbornou pomoc,
- **latentní krize** – člověk si krizi nepřipouští nebo si ji nechce připustit, často tak užívá obranných mechanismů, jimiž se snaží krizovou situaci odvrátit, avšak tímto může dojít k tomu, že latentní krize se transformuje na krizi zjevnou.

Dále krizi dělíme podle průběhu na:

- **akutní krize** – vyznačují se svou intenzitou, mají jasně stanovený začátek, někdy také konec, objevují se v souvislosti s prožitým životním traumatem a většinou je zapotřebí vyhledat odbornou pomoc.
- **chronické krize** – bývají dlouhodobé, často mají formu latentní krize, vznikají jako reakce na dlouhodobé problémy týkající se např. mezilidských vztahů, domácího násilí, chudoby...není výjimkou, že po čase tyto problémy vyvolají krizi akutní (Matoušek, 2003).

Podle **Baldwinova** klasifikačního systému rozdělujeme krize na:

- **situační krize** – je vyvolána zejména vnějšími spouštěči, uplatňuje se subjektivní vnímání jedince,
- **tranzitorní krize** – krize z plánovaných změn, souvisí s přirozeným vývojem člověka,
- **krize pramenící z náhlého traumatizujícího stresu** – člověk většinou potřebuje odbornou pomoc, např. při živelních katastrofách, nehodách...
- **vývojová krize** – pokud nenastala tranzitorní krize, vývojová krize je součástí přirozeného životního vývoje,
- **krize pramenící z psychopatologie** – u psychických onemocnění jako je např. závislost na drogách či alkoholu, psychóza, deprese, porucha osobnosti...
- **krize pramenící z psychiatrické neodkladnosti** – přítomné u psychických onemocnění jako jsou např. intoxikace drogami či alkoholem, agrese, sebevražedné jednání, stavy se zvýšeným psychickým vypětím, psychotické stavy aj...

Krizovou intervenci lze obecně vymezit jako specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi (Matoušek, 2003).

Mezi cíle patří především stabilizovat klienta a poskytnout mu podporu a bezpečí, zabránit zhoršení krizového stavu a případnému suicidálnímu jednání. Dále krizová



intervence usiluje o mobilizaci klientových psychických i fyzických sil a podporu klienta při hledání možných východisek z náročné životní situace (Hoskovcová, 2009).

Je důležité si uvědomit, že v krizové situaci se může objevit jedinec s psychiatrickým onemocněním, ale stejně tak zdravý jedinec.

Navrátil (2001) dle Kastové (2000), Sheafor, Horejsi, (2000) uvádí základní zásady, jak pracovat s lidmi v krizi:

Základem je tvorba vztahu ke klientovi. Klient se ve vztahu musí cítit bezpečně. Pracovník ho dostatečně emočně podporuje, což mu může dát najevo tak, že ho ujistí, že jednal správně a dál pak aktivně naslouchá problémům klienta. Sociální pracovník také musí znát příčinu krize a jaký přesný význam má krize pro klienta. Za velmi účelné se navíc považuje i zapojení rodiny a blízkých do řešení vzniklé situace.

#### **2.4.4 Komunikace se specifickými skupinami pacientů v PLČD**

O komunikaci je napsáno nespočet knih a dalších materiálů, mým cílem je však v této podkapitole poukázat na komunikaci se specifickou skupinou drogově závislých klientů, resp. pacientů.

***komunikace s nedobrovolným pacientem*** - spolupráce bývá obtížná, ne však zcela nemožná. Důležité je, aby pracovník poskytl pacientovi úplné informace ohledně své osoby a funkce, kterou zastává. Neměl by na něj příliš naléhat, zpovídat proti jeho vůli, manipulovat s ním. Často pomůže, když informuje o tom, že z proběhlých setkání nebude nikde nic zveřejňovat, bez toho aniž by k tomu pacient dal svůj souhlas. (Gábura, Pružinská, 1995).

***příklad z praxe*** – k přijímacímu pohovoru přichází mladý pacien. Pracovnice s ním vyplňuje informace týkající se jeho osoby, závislosti, sociální situace atd., pacient reaguje: „Nevím, proč o mně toho chcete tolik vědět, je to zbytečné, když tu ani nechci být.“ Na otázku, proč tedy nastoupil do léčby, odpovídá: „Já žádný problém se závislostí nemám, jsem tu kvůli otci, slíbil, že pokud to tady vydržím, koupí mi byt a auto, tak to tu musím přežít. Jak dlouho myslíte, že tu budu muset být?“

***komunikace s pacientem v odporu*** - všeobecně lze říci, že si pacient buď svůj problém nepřipouští, nebo uvažuje o změně, ale neví jakým způsobem se k tomu dopracovat nebo pro něj změna znamená jisté ohrožení, v neposlední řadě si uvědomuje svůj problém, ale není ochoten se měnit. Typickou vlastností je, že své problémy přenáší na druhé nebo obviňuje okolí. Obvykle se doporučuje, aby pacient nebyl nucen přiznat svou vinnu, avšak jinak je tomu např. u alkoholiků. **Gábura, Pružinská** doporučují v takovémto případě, aby proběhl přímý rozhovor na téma potřebnosti změny. Pokud však není možné klienta přimět ke spolupráci, nezbyvá než se s ním rozloučit, nabízí se ještě odkázat ho na jiného odborníka (Gábura, Pružinská, 1995).

***příklad z praxe*** – při vyplňování sociální anamnézy se sociální pracovnice dotazuje pacienta na jeho situaci ohledně trestné činnosti. Pacient si postěžuje: „Trestnou činnost máme v rodině. Táta, máma i brácha, všichni byli za něco odsouzený. Kdybych neměl takhle špatnej vzor, tak bych trestnou činnost určitě nedělal. Rodiče holt udělali ve výchově chybu, já už se teď těžko změním.“

***komunikace s mlčenlivým pacientem*** - pracovník by měl mít trpělivost a nezasahovat do ticha. Pacient může jen přemýšlet jak začít nebo mu trvá nějakou dobu, než se přizpůsobí novým podmínkám. Pracovník mu může pomoci tím, že začne mluvit o tom, na co v té chvíli ticha myslel a co prožíval nebo ho jednoduchou otázkou vybidnout, aby sdělil, jak se v té chvíli cítil. Není vhodné se hned zabývat problémem, nejprve je nutné zjistit informace o samotném pacientovi. V případě, že se konverzace nedaří, je ještě možné využít formu psaní nebo výtvarné ztvárnění daného problému. (Gábura, Pružinská, 1995).

***příklad z praxe*** – při vyplňování sociální anamnézy pacientka závislá na alkoholu odmítá mluvit. Sociální pracovnice ji sděluje, že o ní potřebuje něco vědět, aby jí mohla pomoci. Pacientka nereaguje a dál nemluví. Sociální pracovnice se jí snaží klidným hlasem přesvědčit, že by se měla svěřit, když už se rozhodla podstoupit léčbu. S úsměvem ji sděluje, že bude čekat tak dlouho, dokud nepromluví. Pacientka dále mlčí, po chvíli se však podívá na sociální pracovníci a promluví: „Já ale nevím, jestli o tom“

*s Vámi můžu a chci mluvit“. Sociální pracovníce ji vybízí, ať to zkusí. Nemusí se svěřit hned se vším.....*

***komunikace s depresivním pacientem - příklad z praxe*** – pacientka přichází za sociální pracovnící v úzkostném stavu a výrazně depresivní. Chtěla by pomoci s řešením dluhů, sociální pracovníce ji poradí jak postupovat, ptá se, zda má někoho z rodiny, kdo ji podporuje. Pacientka se náhle rozbřečí se slovy: „Mám syna, který se mnou kvůli mé závislosti přestal mluvit, tak moc bych zase chtěla, aby mně měl rád. Ničí mě to, bojím se mu zavolat, stejně by mi telefon nevzal.“ Sociální pracovníce přichází s nápadem, ať synovi zkusí napsat dopis. V dopise, ať vyjádří vše co má na srdci, syn musí vědět, jak se doopravdy cítí a jak moc je jí to líto. Pacientka nejdříve namítá, že je to zbytečné, nicméně nakonec dopis napíše. Po dvou týdnech se přichází pochlubit, syn jí odpověděl, že ji dá ještě šanci, matka ihned zvažuje rodinnou terapii se synem.

***komunikace se suicidiálním (sebevražedným) pacientem*** - nejdůležitější intervencí je poskytnutí opory a bezpečí, neustálá komunikace s klientem, nechat jej vypovídat, pokud on sám projeví zájem a směřování klienta k psychiatrovi (Gábura, Pružinská, 1995).

***příklad z praxe*** – pacient, závislý na drogách, vede při odvykacím stavu na detoxifikačním oddělení suicidiální řeči. Požaduje, aby do léčby okamžitě přijali jeho závislou přítelkyni, nebo že se zabije. Přítomný lékař, sestra a v té chvíli také sociální pracovníce mu vysvětlují proces přijetí. Neustále s ním komunikují, nechávají ho vypovídat. Zaručují mu bezpečí a pomoc, jak jen to bude možné. Pacient se pomalu uklidňuje.

***komunikace s manipulativním pacientem*** - pacient, který užívá všech prostředků, aby získal co nejvíce výhod pro sebe. Jedná se asi o nejčastější typologii pacientů v léčebně v Červeném Dvoře. Nejdůležitější je pro sociálního pracovníka rozpoznat manipulativní chování, stanovit jasné hranice vztahu a upozornit na to co hrozí, pokud toto nebude dodržováno (Gábura, Pružinská, 1995).

***příklad z praxe*** – pacient přichází za sociální pracovnící a chce řešit dluhy, prosí, jestli by mu sociální pracovníce vyřídila pozastavení dlužné částky. Sociální pracovníce

*předává pacientovi tiskopis, podle kterého žádost sepiše a zašle věřiteli. Pacient se začne vymlouvat: „A nemohla byste to napsat Vy? Já jsem byl vždycky zvyklej, že když jsem potřeboval něco napsat, napsala to za mě moje asistentka.“ Sociální pracovnice mu vysvětluje, že v léčbě to chodí jinak, a že když chce něco řešit, v první řadě musí chtít vzít na sebe odpovědnost a nepřehazovat ji na druhé. Poté zmiňuje, že by bylo ještě dobré s věřitelem mluvit telefonicky a domluvit se na podmínkách. Pacient opět reaguje: „Když mu ale zavoláte Vy, od Vás to vezme líp, Vy mu to určitě krásně vysvětlíte.“ Pacientovi jsou znovu vysvětleny kroky, které musí udělat sám .....*

***komunikace s agresivním pacientem*** - sociální pracovník musí zůstat klidný, nesmí klientovi ustupovat ani se nechat vyprovokovat jeho vulgárním chováním (Gábura, Pružinská, 1995).

***příklad z praxe*** – pacient již při přijímacím pohovoru projevuje sklony k agresivnímu chování. Má problémy s dodržováním režimu i se vztahy s pacienty. Dává se mu čas, zda nedojde v jeho chování ke změně. S pacientem je hovořeno v klidu, jsou mu vysvětlena pravidla, které je nutné dodržovat, je seznámen s riziky, které ho případně čekají, když by musel být disciplinárně vyloučen. Pacient se na nějaký čas uklidní, ale po čase se situace vyhroťte, když pacient začne vyhrožovat pacientům i personálu a vulgárně je napadat. Důvodem je prý, že nemá zapotřebí někoho poslouchat a řídit se podle někoho, když on sám ví nejlíp jak situaci řešit. Pacient je velmi emotivní a jeho chování značí prvky brachiální agrese. Je přivolán vedoucí personál a jeho hospitalizace je disciplinárně ukončena.

## **2.5 MOŽNÁ RIZIKA PŘI VÝKONU PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V PLČD**

Práce sociálního pracovníka v PLČD s sebou přináší mnoho rizik, vzhledem k cílové skupině a specifickému prostředí, jaké léčebna zajišťuje.

### 2.5.1 Stres a zátěžové situace

Zátěžové situace jsou ty, při nichž musí člověk vynaložit větší úsilí než standardně pro překonání překážek a dosažení cíle. Dělíme je na:

1. Prosté – tyto situace vyžadují sice zvýšené úsilí, ale člověk je schopný se s nimi popasovat sám a nezanechá to na něm žádné psychické následky

2. Frustrující (konfliktogenní) – vedou ke stresu, frustraci a jiným nežádoucím psychickým stavům

3. Patogenní – vedou k neurózám

Stresory jsou podněty, které vyvolávají stresovou situaci. Dělíme je na vnější/exogenní, což jsou podněty z okolního prostředí jako např. závažné situace v životě (úmrť v rodině, narození dítěte, rozvod, invalidita), hluk, chlad atd., a vnitřní stresory/endogenní, které vychází z vnitřního stavu člověka, jsou jimi vnitřní napětí, nervozita, úzkost, strach, psychické přetížení z důvodu příliš vysokého nastavení cílů, nedostatek spánku, jídla, pití, únava – vyčerpání, nevolnost, bolest, nemoc a jiné. Odolnost vůči stresorům je velmi individuální. Každý člověk na ně reaguje jinak, má jiné hranice a schopnost odolávat těžkým situacím.

### 2.5.2 Syndrom vyhoření (Burnout syndrome)

Tímto syndromem jsou ohroženy všechny pomáhající profese, nevyjímaje sociální pracovníky. Důvodem je silný tlak, který pociťují při každodenním výkonu své profese. V pracovní době totiž přicházejí do intenzivnějšího styku s rizikovou skupinou osob než lidé s jiným zaměstnáním. Syndrom vyhoření je stav extrémního vyčerpání, silného pocitu zoufalství, bezmoci, s poklesem výkonosti, ztrátou zájmu o svou práci a různými psychosomatickými obtížemi. Mnoho absolventů oboru sociální pracovník přichází do zaměstnání s ideálem, že budou pomáhat jiným lidem. Neuběhne však dlouhá doba a jsou zklamaní, neboť pracují pod silným tlakem. Postupem času se z nich stanou „vyhořelí“. Mnozí z nich se již k této práci nikdy nevrátí (Maroon, 2012).

### **Freudenberger (1980) uvádí deset typických znaků:**

- *Vyčerpání* – ztráta energie a pocit únavy doprovázené prvními náznaky zoufalství.
- *Odcizení a izolace* – odcizení funguje jako ochrana proti bolesti a zklamání, zároveň je však omezena schopnost pomoci jiným.
- *Prázdnota a cynismus* – pochybnosti o sobě, přátelích, smyslu života, motivech
- *Netrpělivost a vznětlivost* – vyplývají z frustrace, kterou způsobuje nedostatečná výkonnost.
- *Dojem mimořádných schopností* – „Jsem jediný, který zvládne vykonávat tuto práci“
- *Nedůvěra* - pocit nedostatečného ocenění, jenž doprovází hádky a vztek
- *Paranoia* – člověk, který trpí syndromem podezírání ostatní ze svého okolí, že mu škodí, nepřejí
- *Ztráta cílevědomosti* – odcizení od okolí a ztráta kontroly. Nesoustředěnost, poruchy paměti
- *Psychosomatické jevy a jejich psychické a fyzické projevy*

### **Typy potenciálních obětí vyhoření podle Freudenbergera (1980):**

*Angažovaný, silně citově zainteresovaný sociální pracovník* – tento pracovník má tendenci se přepínat, pracuje s vysokým nasazením, vyvíjí velký tlak na sebe i své klienty. Hlavní příčinou jeho vyhoření bývá to, že je neustále v roli dárce, jeho klienti pouze berou a nedávají, tím se velice rychle vyčerpává.

*Pracovník považující práci za prostředek k uspokojení vlastních potřeb* – čas tráví především v práci, nemá jiné koníčky, celý jeho život představuje práce, nemá žádné vztahy. Z tohoto důvodu se také brzy stane vyhořelým.

*Autoritativní jedinec s potřebou mít vše pod kontrolou* – myslí si, že nikdo jiný to neudělá tak dobře jako on sám, chce mít vše pod kontrolou. Toto povolání bohužel neumožňuje si vše naplánovat a běžný pracovní den je plný překvapení, což takového pracovníka dovede k tomu, že vyhoří.

Práce sociálního pracovníka v léčebně Červený Dvůr zasahuje do mnoha sociálních oblastí, je velmi různorodá. S pacienty je často vytyčen v plánu sociální práce úkol, kterému sociální pracovník věnuje velké množství své energie. Pacient však léčbu ukončí předčasně, cíl práce není naplněn a v tomto případě nemá sociální pracovník dobrý pocit z vykonané práce. Také se stává, že pacientům je věnováno hodně času k přípravě budoucího života před odchodem z léčebny – zajišťování ubytování, následnou péči - doléčování, řešení finančních záležitostí, jednání se soudy apod. Pacient však po odchodu z léčby nikam nenastoupí, nesplní žádný z vytyčených cílů. Zde pak není žádná kladná zpětná vazba, kterou sociální pracovník sice neočekává, ale přesto pociťuje zklamání. Rovněž občasné agresivní a vulgární chování pacientů znepříjemňuje práci sociálního pracovníka v léčebně.

Sociální pracovník je však členem týmu, jehož členové jsou vždy ochotni s ním vzniklou nepříjemnou situací probrat a podpořit jej v jeho práci nejen v rámci interní supervize, ale i individuálně. Rovněž zaměstnanci psychiatrických zařízení mají dodatkovou dovolenou na zotavenou. Tato opatření jsou důležitým preventivními prvky, aby se předcházelo u sociálních pracovníků pracujících v léčebně Červený Dvůr k syndromu vyhoření.

Pokud už dojde k syndromu vyhoření, existují podmínky nezbytné k tomu, aby se postižený z tohoto stavu dostal. V první řadě je podstatné si svůj problém uvědomit, uznat jej a pojmenovat. „Nezbytné je vytvořit prostředky a dovednosti pro zhodnocení situace, aktivně podporovat tvořivé myšlení a rozvíjet alternativní způsoby chování pro orientaci ve složitém prostředí a působení v něm. Důležitou pomocí jsou rozhovory s kolegy a jejich zpětná vazba“ (Maroon, 2012).

### 2.5.3 Principy supervize v PLČD

Supervize v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr probíhá v rámci **interní supervize**. Případné stresové situace vzniklé při práci s pacienty nebo v týmu spolupracovníků jsou vždy řešeny v rámci interních supervizí či při každodenních ranních poradách multidisciplinárního týmu pracovníků. Supervize je metoda, která podporuje a rozvíjí profesní růst pracovníků. **Český institut pro supervizi** chápe tento pojem jako bezpečnou, laskavou a obohacující zkušenost. V oblasti sociální práce je supervize definována jako metoda, pomocí které ověřujeme, zda zásahy, které jsme použili, odpovídají možnostem a potřebám klienta, jeho zakázce, našemu společnému cíli a možnostem instituce (Michková, 2008).



### **3 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

#### **Cíl práce**

Cílem práce je definovat kompetence a postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

#### **Výzkumné otázky**

Pro zpracování výzkumné části bakalářské práce jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii, stanovila jsem výzkumné otázky, které jasně konkretizují zaměření zkoumané problematiky. Jsou definovány 2 výzkumné otázky:

1. Jaké jsou kompetence sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?
2. Jaké je postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?

## 4 METODIKA

Bakalářská práce je prezentována jako monografická studie, která se konkrétně zaměřuje pouze na Psychiatrickou léčebnu Červený Dvůr. Získaná data si nekladou snahu zobecňovat, nýbrž jen uchopit problematiku sociální práce v kontextu v Psychiatrické léčebny Červený Dvůr. Pro zpracování bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Data byla získána metodou dotazování, technikou Strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami. Hendl (2005) o tomto typu rozhovoru uvádí: „*Data z takového interview se snadněji analyzují, protože jednotlivá témata se lehce v přepisu rozhovoru lokalizují. Struktura informací je dána sekvencí otázek.*“ Tento typ rozhovoru je vhodný také v případě, kdy se odpovědi mají srovnávat (Hendl, 2005). Tento typ rozhovoru byl proveden u 2 sociálních pracovníků, které mají bohaté zkušenosti při výkonu sociální práce s drogově závislými lidmi a to právě v PLČD.

Pro uskutečnění mého rozhovoru bylo nejprve nutné, vyžádat si souhlasné vyjádření od ředitele léčebny a také od 2 sociálních pracovníků. Rozhovory byly uskutečňovány na klidném místě a mimo pracovní dobu. Pro zpracování dat sloužil jako pracovní pomůcka při obou rozhovorech diktafon. Získaná data z rozhovorů jsem následně přepisovala do elektronické podoby. Rozhovor probíhal vždy za účasti jedné sociální pracovníce a mé osoby. Vzhledem k velikosti výzkumného souboru, byl stanoven větší počet otázek, z důvodu dosažení velmi konkrétních dat, které byly dále určeny také pro srovnání odpovědí mezi sebou.

Získaná data byla analyzována a interpretována metodou kvalitativní analýzy, kdy byla použita Metoda rámcové analýzy. Touto metodou se zabývali angličtí výzkumníci Ritchie a Spencer (1994), kteří tvrdí: „*prvním krokem práce s materiálem je jeho organizace, kdy jde o pečlivé roztřídění a redukci dat. Druhým krokem je vlastní interpretace, která vede k popisné nebo explanatorní zprávě o zkoumané oblasti.*“ Autoři využívají techniku sestavování textových tabulek, a to zejména z důvodu lepší přehlednosti a lepší orientace v případě porovnávání dat. Rámcová analýza umožňuje

kódování získaných dat resp. indexaci dat. Data byla kódována selektivním typem kódování. Tabulky byly koncipovány dle jednotlivých témat tak, aby došlo k zodpovězení výzkumných otázek.

### **Charakteristika výzkumného souboru**

Výzkumný soubor je tvořen 2 sociálními pracovníci, které mají dlouholeté zkušenosti se sociální prací s drogově závislými lidmi právě z Psychiatrické léčebny Červený Dvůr, o které tato monografická studie pojednává. Byly seznámeny s účelem mého rozhovoru a zároveň informovány o zachování anonymity. Následující tabulka shrnuje základní identifikační znaky mého výzkumného souboru.

### **Identifikační údaje**

V následující tabulce je uvedeno pohlaví, věk, délka pracovního poměru v PLČD a předchozí zaměstnání obou sociálních pracovníků.

**Tabulka č. 2: Pohlaví, věk, délka pracovního poměru v PLČD, předchozí zaměstnání.**

	<b>Pohlaví</b>	<b>Věk</b>	<b>Délka pracovního poměru v PLČD</b>	<b>Předchozí zaměstnání</b>
<b>Sociální pracovník 1</b>	žena	49 let	5 let	práce na sociálním odboru na péči o staré občany, práce na OSPOD, spoluzaložení neziskové organizace KoCeRo, o.p.s.
<b>Sociální pracovník 2</b>	žena	35 let	necelých 5 let	asistentka u německé firmy, vedoucí ekonom u Vojenské ubytovací správy, účetní v sázkové kanceláři, práce na OSSZ

(Zdroj: vlastní výzkum)

## 5 VÝSLEDKY A JEJICH INTERPRETACE

Následující textové tabulky přináší zobrazená okódovaná data rámcové analýzy ze dvou rozhovorů, které byly učiněny. Některá textová pole obsahují zachované autentické citace, které obohacují vlastní zpracování dat a jejich následné hlubší pochopení. I.část výsledků je věnována interpretaci 1. výzkumné otázky, II.část je věnována interpretaci 2. výzkumné otázky.

### **I. část: Rámcová analýza k 1. výzkumné otázce: „Jaké jsou kompetence sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?“**

#### **Povahové rysy, orientace v odborných oborech a spolupráce s institucemi**

Následující tabulka mapuje hlavní povahové rysy sociálního pracovníka, dále odborné oblasti, ve kterých se musí sociální pracovníci v PLČD orientovat a také s jakými institucemi musí v každodenní praxi komunikovat.

**Tabulka č. 3: Povahové rysy, orientace v odborných oblastech, spolupráce s institucemi.**

	<b>Jaké jsou hlavní povahové rysy, které by měl sociální pracovník mít?</b>	<b>Ve kterých odborných oborech se musíte jako sociální pracovník orientovat?</b>	<b>S jakými institucemi komunikujete a spolupracujete?</b>
<b>Sociální pracovník 1</b>	empatie, schopnost naslouchat, trpělivost, bezkonfliktnost, asertivita	první pomoc, základní lékařská terminologie, Zákoník práce, Občanský zákoník, Trestní zákoník	zdravotnická zařízení, Úřady práce, Obecní a Městské úřady, Magistráty, OSPOD, Policie ČR, soudy, PMS, NO-právní poradny, Attavena o.p.s., Červený Kříž, sociální služby...
<b>Sociální pracovník 2</b>	schopnost komunikace, naslouchat, diskrétnost, trpělivost, pracovitost, empatie, vyrovnanost, schopnost pomáhat lidem, umět si získat	všeobecný přehled o zákonech - především zákon o sociálních službách (sociální dávky, dávky SSP...), nemocenská, Občanský	Úřad práce, Policie ČR, Vězeňská služba, PMS, soudy, magistráty, matriky, městské úřady- sociální odbory, OSPOD, NO –

	důvěru, mít všeobecný přehled, ochota neustále se vzdělávat	zákoník, zákon o rodině - SPOD, svěřeni dětí do péče, pracovní právo	Attavena, ICOS, služby následné péče, zdravotnická zařízení
--	---	--	---

(Zdroj: vlastní výzkum)

Na otázku jaké by měl mít sociální pracovník povahové rysy, se obě sociální pracovnice shodly, že musí být empatický, trpělivý, schopen naslouchat. Chybět by mu neměli ani vlastnosti jako bezkonfliktnost, asertivita, dobrá komunikace, diskrétnost, pracovitost, vyrovnanost. Měl by být chopen pomáhat lidem, umět si získat důvěru a neustále se vzdělávat, tak aby získal všeobecný přehled, který uplatní ve své profesi. S tím souvisí otázka, v jakých odborných oborech se musí sociální pracovník orientovat. U obou sociálních pracovnic převažovali odpovědi orientovat se v oblasti zákonů (Zákoník práce, Občanský zákoník, Trestní zákoník, zákon o sociálních službách, zákon o rodině). Ovládat by měli také základ lékařské terminologie a první pomoci. Spolupráce a komunikace s institucemi probíhá hlavně s jinými zdravotnickými zařízeními, Úřady práce, Magistráty, Obecními, Městskými úřady, OSPOD, Policií, PMS, soudy, vězeňskou službou, matrikami, neziskovými organizacemi.

### **Náplň práce sociálního pracovníka**

Následující tabulka zobrazuje, jaká je náplň práce sociálního pracovníka, v jakém poměru je uplatňována práce s pacientem a výkon administrativy, činnosti nad rámec kompetencí sociálního pracovníka a jaká část práce je nejobtížnější.

Tabulka č. 4: Náplň práce, poměr uplatnění práce s pacientem vs. výkon administrativy, činnosti nad rámec kompetencí, nejobtížnější část sociální práce.

	Jaká je náplň práce, co vše je ve Vaší kompetenci?	V jakém poměru je uplatňována práce s pacientem a výkon administrativy?	Stane se někdy, že musíte vykonávat činnosti, které jsou nad rámec kompetencí sociálního pracovníka?	Jaká část náplně práce je nejobtížnější? Zkuste uvést konkrétní příklad.
<b>Sociální pracovník 1</b>	sestavování a vyhodnocování plánů sociální práce, sociální poradenství, zajištění následné péče a doprovodu, spolupráce s institucemi, účast na programech léčebny, objednávání pacientů, evidence příjmů a ochranných léčeb, korespondence s institucemi, sledování legislativy a právních norem	„Upřednostňuji osobní jednání s pacienty před administrativními úkony, avšak někdy je nezbytné upřednostnit výkon administrativní práce před vlastní sociální prací.“	účast na celoléčebenských akcích, účast na akcích, které pořádají samotní pacienti, doprovod do bazénu, účast na terénních terapiích. „Účastí na těchto neformálních programech posilujeme vztah a důvěru pacienta k personálu léčebny, utužují se tak vzájemně navázané kontakty.“	„Za nejobtížnější část mé práce bych označila získání důvěry pacienta, abychom mohli společně vytvořit na základě dobře zpracované sociální anamnézy plán sociální práce. Je důležité, aby se pacient cítil při rozhovoru bezpečně, aby získal důvěru a uvedl nám co nejvíce informací o sobě a svém dosavadním životě.“
<b>Sociální pracovník 2</b>	práce administrativní-zajištění kompletní agendy	„Tipovala bych to na 50% práce administrativní, 50% sociální	„Asi ano, ale pro mě to není problém, nepřemýšlím o tom.“	získání důvěry pacienta

	ohledně hospitalizace pacientů, práce sociální- formou sociální anamnézy sestavení a vyhodnocení plánů sociální práce, na základě toho řešení sociální situace pacienta	<i>práce, u každého pacienta je to rozdílné.“</i>		
--	---	---	--	--

(Zdroj: vlastní výzkum)

Na otázku, jaká je náplň práce v PLČD se obě sociální pracovnice shodli, že práce je rozdělena na část administrativní a na část sociální práce. Administrativní práce spočívá hlavně ve vedení agendy ohledně příjmu a následné evidenci pacienta, v korespondenci a spolupráci s ostatními institucemi. Sociální práce se vždy odvíjí od sestavení plánu sociální práce formou provedení sociální anamnézy s pacientem, následně se řeší jeho sociální situace. Co se týče poměru uplatňování práce s pacientem a výkonu administrativy, obecně by se dalo říci, že poměr je vyrovnaný. Je snaha upřednostňovat sociální práci s pacientem před administrativní činností, ne vždy je to však možné, odvíjí se to od konkrétního případu pacienta. Činnosti nad rámec kompetencí sociálního pracovníka jako např. působení na celoléčebenských akcích, doprovod do bazénu nebo na terénní terapie nijak sociální pracovnice neomezuje a berou je jako součást výkonu práce v PLČD. Sociální pracovnice shodně tvrdili, že za nejobtížnější ve své náplni práce považují získání důvěry pacienta.

### **Přijímací rozhovor**

Následující tabulka zobrazuje proces vstupního přijímacího rozhovoru s pacientem, a jak je tento rozhovor vnímán oběma pracovnicemi.

**Tabulka č. 5: Proces přijímacího rozhovoru a jeho vnímání sociálními pracovníci.**

	<b>Popište prosím, proces vstupního přijímacího rozhovoru s pacientem?</b>	<b>Jak tento vstupní přijímací rozhovor subjektivně vnímáte?</b>
<b>Sociální pracovník 1</b>	S pacientem nejprve lékař provede psychiatrické a lékařské vyšetření, administrativní příjem probíhá druhý den. Vytvoří se chorobopis pacienta a do počítače se uvedou osobní informace o pacientovi, týkající se jeho zdravotní pojišťovny, kontaktní osoby, zaměstnavatele a zdravotnického zařízení, které ho do léčby doporučilo. Ke každému pacientovi je volen individuální přístup tak, aby vše proběhlo bez komplikací.	<i>„Při práci s pacienty se snažím vystupovat profesionálně, snažím se nedávat navenek své emoce. Osobně se mě však příběh každého jednotlivce dotýká, vnímám jej. Zvláště, pokud se jedná o ženu, která má děti. Je těžké někdy neprojevit lítost nebo na druhou stranu nesympatie.“</i>
<b>Sociální pracovník 2</b>	Sociální pracovnice popisuje celý proces stejným způsobem	<i>„Někdy je tento rozhovor náročný, protože pacient není plně ještě stabilizován a neustále odbíhá od tématu, vyžaduje to trpělivost.“</i>

(Zdroj: vlastní výzkum)

Obě sociální pracovnice se shodly na stejném postupu při administrativním příjmu, který se vypracovává druhý den po nástupu pacienta do léčebny. Pacient uvádí identifikační údaje o své osobě, dále o zdravotním pojištění, zaměstnavateli, kontaktní osobě, zdravotnickém zařízení, od kterého má doporučení k léčbě. Vždy je zvolen k pacientovi individuální přístup, s ohledem na jeho stav. První sociální pracovnice uvedla, že se snaží vystupovat vždy profesionálně, nicméně vzhledem k tomu, že je také matkou, v případech týkajících se rodičovství, prožívá větší emocionální vypětí. Druhá



sociální pracovníce tento proces vnímá podobně, za velmi důležitou vlastnost při rozhovoru považuje trpělivost.

### Sociální anamnéza

Sociální anamnéza se zpracovává s každým pacientem v léčebně při přechodu z detoxifikačního oddělení na psychoterapeuticko-režimové oddělení. Podstatné části sociální anamnézy vymezuje následující tabulka.

Tabulka č. 6: Proces sociální anamnézy, sběr anamnestických dat, proces individuálního plánování a jeho vnímání sociálními pracovníci.

	Popište prosím, proces sociální anamnézy u pacienta?	Jaký je Váš názor na sběr anamnestických dat?	Popište prosím, proces individuálního plánování s pacientem?	Jak vnímáte tento proces individuálního plánování?
<b>Sociální pracovník 1</b>	Strukturovaně vedeným rozhovorem se zjišťuje zabezpečení v jednotlivých sociálních oblastech. Otázky jsou zaměřeny na doklady, zdravotní pojištění, pracovní zařazení, vzdělání, zkušenost se soudy, Policií, PMS, bydlení, následnou péči, finance-dluhy, rodinnou situaci-vztahy v rodině,	<i>„Získaná anamnestická data jsou velmi důležitá pro nastavení plánu sociální práce s pacientem po dobu léčby, který úzce navazuje na jeho výstup z léčebny, na který by měl být připraven. Rovněž jsou důležitá pro práci v psychoterapii, neboť některá témata, která pacient řeší se svým terapeutem,</i>	Je výsledkem sociální anamnézy. Nastavuje se plán řešení sociálních problémů dle aktuálnosti a závažnosti. Vyřizují se doklady, komunikace se soudy, PMS, vyhodnocuje se finanční situace, žádá se o dávky hmotné nouze, žádá se o odklad plateb pohledávek,	Pacient je seznámen s plánem sociální práce, nejprve se řeší nejzávažnější sociální problémy, které do značné míry ovlivňují psychickou pohodu pacienta. Někdo řeší problémy hned, jiný se je snaží přesunout na někoho jiného. Důležitá je tak motivace k samostatnosti a zodpovědnosti. <i>„Zpočátku je má pomoc</i>

	<p>děti a péče o ně. Pacientovi je na konci vysvětlen účel anamnézy, kdy je uklidněn, že veškeré získané informace o něm mají interní charakter a že slouží k tomu, abychom mohli pacientovi pomoci s jeho problémy. Hlavním cílem je získání důvěry pacienta.</p>	<p><i>jsou přímo související s jeho sociálním postavením a jeho současnou sociální situací. “</i></p>	<p>domlouvá se následná péče v terapeutických komunitách, chráněných bydleních či azylových domech, zajišťuje se ambulantní doléčování. Plán je po vypracování zkontrolován s pacientem i jeho terapeutem.</p>	<p><i>intenzivnější, vedu je jednotlivými kroky úkonů, ale časem získávají větší jistotu ve vyřizování svých záležitostí, jsou samostatnější. Pacienti plní nastavený plán sociální práce formou úkolů, za které jsou odměňováni kladnými body. “</i></p>
<p><b>Sociální pracovník 2</b></p>	<p>Sociální anamnéza se zaměřuje na okruhy: osobní doklady, zaměstnání, vzdělání, soudy, policie, bydlení, peníze, rodina. Je vypracován individuální plán sociální práce s konkrétními cíli. Plán se v průběhu léčby s pacientem hodnotí a konzultuje. Na konci léčby je vypracováno</p>	<p><i>„Tento sběr informací je nezbytný pro další práci s pacientem, pro dobré zmapování jeho sociálních problémů. Na základě těchto informací je sestaven individuální plán. “</i></p>	<p><i>„Na základě zjištěných informací je vypracován individuální plán sociální práce, kde jsou vytyčeny konkrétní cíle a akce v jednotlivých již zmíněných oblastech. Plán jednotlivých úkolů se v průběhu léčby s pacientem konzultuje a vždy se průběžně hodnotí. “</i></p>	<p><i>„Pacient potřebuje čas, aby se mohl plně zapojit po přechodu z detoxu na psychoterapeuticko-režimové oddělení, zařadit se do komunity a komunitního života. S odstupem času tento plán znovu projdeme a domluvíme se na konkrétních krocích. Některé sociální problémy se musí řešit hned. Pacient postupně</i></p>

	výstupní hodnocení sociální práce, hodnotí se sociální stav pacienta a nejbližší plán po léčbě.			<i>začíná přijímat povinnosti a odpovědnost.“</i>
--	---	--	--	---

(Zdroj: vlastní výzkum)

Proces sociální anamnézy popsaly obě sociální pracovnice shodně. Strukturovaným rozhovorem zjišťují situaci v jednotlivých sociálních oblastech pacienta a sběrem těchto anamnestických dat postupně vypracují individuální plán s pacientem, kde jsou vytyčeny konkrétní cíle a kroky k jejich naplnění. Plán se s pacientem průběžně konzultuje a hodnotí. Pacienti se postupně učí samostatnosti a zodpovědnosti.

### **Motivace nenamotivovaného pacienta**

**Tabulka č. 7: Motivace nenamotivovaného pacienta.**

	<b>Jakým způsobem motivujete pacienta, který do léčebny přichází nenamotivován?</b>
<b>Sociální pracovník 1</b>	osobním přístupem ke každému pacientovi a vysvětlením, že každý problém má své řešení
<b>Sociální pracovník 2</b>	v odpovědi se shoduje se sociální pracovnicí 1

(Zdroj: vlastní výzkum)

Sociální pracovnice se v tomto bloku odpovědí shodly, že nenamotivovaného pacienta by svým osobním přístupem motivovali k tomu, že řešit problémy má smysl.

## Způsob ukončení léčby, proces ukončení vztahu s pacientem a jeho vnímání sociálními pracovníci, možnosti následné péče

Tabulka č. 8: Způsob ukončení léčby, proces ukončení vztahu s pacientem a jeho vnímání sociálními pracovníci, možnosti následné péče.

	Vyjmenujte, prosím, situace, za jakých pacienti odchází z léčebny, ať již dobrovolně či nedobrovolně?	Popište, prosím, proces při ukončení vztahu s pacientem, když pacient opouští léčebnu?	Jak vnímáte moment, kdy pacienti opouštějí léčebnu?	Jaké možnosti nabízíte pacientům v rámci následné péče?
<b>Sociální pracovník 1</b>	Řádné ukončení- absolvování celé léčby, stabilizační ukončení- nespolečné, nezvládnutí režimu, reverz-odchod proti radě lékaře, disciplinární propuštění- porušení pravidel, útěk	Pacient si musí nastavit životní plán, musí mít zabezpečeny základní životní potřeby	Pacienti bývají se sociální pracovníci téměř v denním kontaktu, vytvoří se tak určitá vazba mezi nimi, ženy často pláčou a děkují za pomoc.	Zajištění ambulantního doléčování nebo přechod do chráněného bydlení či terapeutické komunity
<b>Sociální pracovník 2</b>	v odpovědi se shoduje se sociální pracovníci 1	pacient musí mít zajištěné doléčování buď formou ambulantní služby, pobytem v chráněném bydlení nebo v komunitě	<i>„Některé loučení bývá smutné po půl roce spolupráce, ale zároveň mám dobrý pocit z dobře odvedené práce.“</i>	Ambulantní služby, terapeutické komunity, chráněné bydlení

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tomto bloku odpovědi došlo u sociálních pracovníků k velké shodě. Způsoby ukončení léčby se liší dle toho, zda pacient odchází dobrovolně či nedobrovolně. Pacient, který absolvuje celou léčbu, odchází řádně, ten který podá revers, odchází proti radě lékaře. Stabilizačně může končit, pokud nezvládá režim nebo nespolupracuje, disciplinárně je pacient propuštěn pro porušení pravidel, je možné se také setkat s útekem pacienta. Při ukončení vztahu s pacientem musí mít pacient zajištěn do budoucna plán o svém životě a domluvené buď ambulantní, nebo pobytové doléčování (to samé se vztahuje k následné péči). Zpětnou vazbou je pro sociální pracovníce, když pacienti před odchodem z léčebny děkují za pomoc nebo pláčou dojetím.

### Nejčastější problémové oblasti – u mužů, u žen

Tabulka č. 9: Nejčastější problémové oblasti u mužů, u žen.

	Jaké jsou nejčastější problémové oblasti, které muže nejvíce trápí při pobytu v léčebně?	Jaké jsou nejčastější problémové oblasti, které ženy nejvíce trápí při pobytu v léčebně?
<b>Sociální pracovník 1</b>	ztráta zaměstnání a bydlení	vztahové problémy s dětmi, partnerem a rodinou
<b>Sociální pracovník 2</b>	finance, dluhy, vztahové problémy, bydlení, ztráta dokladů, ztráta zaměstnání, trestná činnost	finance, dluhy, vztahové problémy s rodinou, bydlení, ztráta dokladů, ztráta zaměstnání, trestná činnost, péče o dítě

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka vystihuje, že nejčastějšími problémovými oblastmi, které nejvíce trápí při pobytu v léčebně muži, jsou: ztráta zaměstnání, bydlení, finance, dluhy, vztahové problémy, ztráta dokladů, trestná činnost. U žen je to obdobné, avšak specifickým problémem je navíc péče o dítě.

## II. část: Rámcová analýza k 2. výzkumné otázce: „Jaké je postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr?“

### Brachiální agrese

Tabulka č. 10: Fyzicky agresivní pacient.

	Jak je Vám dovoleno vymezit si hranice s pacientem v případě, že je na Vás fyzicky agresivní?
Sociální pracovník 1	Fyzická i verbální agrese se trestá propuštěním pacienta z léčby. „Za dosavadní praxi jsem se s žádnou fyzickou agresí vůči mé osobě nesetkala, pokud bych měla pocit, že něco takového hrozí, přerušila bych rozhovor a nechala pacienta odvést zřízencem zpět na oddělení.“
Sociální pracovník 2	„Já osobně ukončuji rozhovor a spolupráci v okamžiku, kdy je pacient agresivní, anebo když má k tomuto tendence.“

(Zdroj: vlastní výzkum)

Sociální pracovnice se shodly na tom, že v případě brachiální (i verbální) agrese neexistuje jiná možnost než s pacientem ukončit spolupráci.

### Práva sociálního pracovníka v PLČD

Následující tabulka se věnuje otázce práv sociálního pracovníka v PLČD.

Tabulka č. 11: Práva sociálního pracovníka v PLČD.

	Práva sociálního pracovníka v PLČD
Sociální pracovník 1	práva jsou zakotvena v pracovním řádu léčebny „Neřeším, jaká mám práva, spíše se snažím odvést dobře svou práci a plnit si své povinnosti, neboť jsem ráda, že mám toto zaměstnání.“
Sociální pracovník 2	práva jsou zakotvena v pracovním řádu léčebny

(Zdroj: vlastní výzkum)

Práva sociálního pracovníka v PLČD lze dohledat v pracovním řádu léčebny, který je přímo v kanceláři sociálních pracovníků a je jim tak vždy dostupný.

### **Kvalitativní vnímání spolupráce s členy multidisciplinárního týmu a postavení sociální pracovníce v týmu pracovníků**

**Tabulka č. 11: Kvalitativní vnímání spolupráce s členy multidisciplinárního týmu a postavení sociální pracovníce v PLČD.**

	<b>Jak kvalitativně vnímáte spolupráci s ostatními členy multidisciplinárního týmu?</b>	<b>Jak subjektivně vnímáte své postavení jako sociální pracovníce v rámci celého odborného týmu spolupracovníků?</b>	<b>Jak si myslíte, že je vnímáno Vaše postavení ostatními spolupracovníky léčebny?</b>
<b>Sociální pracovník 1</b>	<i>„Cítím se být rovnoprávným členem celého týmu, mám možnost vyjádření se k jakýmkoliv záležitostem léčebny.“</i>	sociální pracovníce jako součást týmu, sociální práce se prolíná s psychoterapií	<i>„Nemám pocit, že by mé postavení bylo negativně vnímáno nebo přehlíženo.“</i>
<b>Sociální pracovník 2</b>	spolupráce na dobré úrovni, sociální pracovníce je nedílnou součástí týmu	sociální pracovník se podílí na motivaci pacientů, řešení jejich záležitostí, hodnotí aktivitu, kontroluje plnění úkolů a vytyčených cílů	ostatní členové týmu akceptují práci sociálního pracovníka

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z odpovědí vyplývá, že obě pracovníce se cítí být součástí multidisciplinárního týmu.

## Zátěžové situace a syndrom vyhoření

Poslední tabulka znázorňuje zátěžové situace sociálního pracovníka ve vztahu s ostatními kolegy a ve vztahu s pacienty. Sociální pracovníci odpovídají, jak se brání syndromu vyhoření a dodávají, zda je práce baví či nikoliv.

Tabulka č. 12: Zátěžové situace a syndrom vyhoření.

	Jaké vnímáte zátěžové situace ve vztahu s ostatními kolegy v rámci multidisciplinárního týmu?	Jaké vnímáte zátěžové situace ve vztahu s pacienty?	Jak se jako sociální pracovníci preventivně bráníte syndromu vyhoření?	Baví Vás Vaše práce?
<b>Sociální pracovník 1</b>	zátěžové situace se vždy řeší v celém týmu. Každý se k problému může vyjádřit.	nátlak na přenesení zodpovědnosti, agrese	turistika, kulturní akce, rodina a přátelé	ano
<b>Sociální pracovník 2</b>	<i>„Na základě kompromisu se vždy najde nějaké společné řešení.“</i>	nezískání důvěry pacienta, nedostatečná motivace	fyzická práce	ano

(Zdroj: vlastní výzkum)

Z odpovědí vyplývá, že pokud se najde kompromis, lze zamezit zátěžovým situacím s ostatními kolegy. Nejčastějšími zátěžovými situacemi je nátlak na přenesení zodpovědnosti, agrese, nezískání důvěry pacienta a nedostatečná motivace. Jako obrana proti syndromu vyhoření jsou pro sociální pracovníky turistika, kulturní akce, rodina, přátelé a fyzická práce. Obě sociální pracovníky profese sociálního pracovníka baví.



## 6 DISKUZE

Cílem bakalářské práce bylo definovat kompetence a postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr.

Pro zpracování práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, vzhledem k tomu, že práce je postavena jako monografická studie, popisující jen jedno zařízení, kdy výzkumný soubor tvoří pouze dvě sociální pracovnice. S oběma pracovnicemi byl proveden rozhovor, který byl nahráván na diktafon a následně zaznamenán do elektronické podoby. Získaná data byla následně na základě rámcové analýzy interpretována pomocí textových tabulek. Tento způsob interpretace dat zajistil lepší orientaci ve zkoumané problematice a přehledné zobrazení výsledků. Výzkumná část práce přináší odpovědi na 2 předem stanovené výzkumné otázky.

Data byla sesbírána od dvou sociálních pracovnic, mezi nimiž bylo 14 let věkového rozdílu. V PLČD pracují přibližně stejnou dobu 5 let a obě disponují bohatými zkušenostmi a praxí v sociální oblasti.

První blok otázek nachází odpovědi na 1. výzkumnou otázku, jež blíže charakterizuje kompetence sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v PLČD.

Obě sociální pracovnice se shodly na tom, že nejdůležitějšími povahovými rysy, které by měl sociální pracovník mít je empatie, trpělivost a schopnost naslouchat. Hlavními osobnostními předpoklady pro práci sociálního pracovníka jsou také sociální citění, cílevědomost, chuť se dále vzdělávat, asertivní chování, samostatnost, pozitivní a kreativní přístup k práci, schopnost týmové spolupráce, dobré komunikační schopnosti, orientace v problematice sociálních služeb (Gulová, 2011).

Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách, přesně vymezuje, jaké odborné vzdělání a odborné znalosti má sociální pracovník mít. To platí i v případě sociálních pracovnic v PLČD, které se shodují na tom, že musejí mít všeobecný přehled hlavně v oblasti tohoto zákona a také přehled v občanském, pracovním právu a dalších právních odvětvích důležitých pro výkon sociální práce.

Spolupráce s různými institucemi je jednou z dalších kompetencí, kterou sociální pracovník má. Sociální pracovnice shodně uvedly, že nejčastěji v PLČD komunikují a spolupracují s jinými zdravotnickými zařízeními, Úřady práce, obecními a Městskými úřady, Magistráty, Policií ČR, soudy, PMS, službami následné péče, OSPOD, nebo neziskovými organizacemi, jako je např. Attavena, o.p.s., České Budějovice.

Stěžejním tématem výzkumné části byla identifikace náplně práce sociálního pracovníka. Výzkum ukázal, že obě pracovnice rozdělují svou práci na část administrativní a na část sociální práce. Administrativní část zahrnuje úkony od objednávání pacientů, přes jejich evidenci, až po zajištění celé agendy týkající se hospitalizace, včetně propuštění pacienta. Sociální práce se pak zaměřuje na sestavení a následné vyhodnocování plánů sociální práce s pacientem, na jehož základě dochází k řešení aktuální sociální situace pacienta.

Poměr práce s pacientem a výkon administrativy je dán dle individuálních potřeb pacienta. Sociální pracovnice mají snahu upřednostňovat sociální práci a kontakt s pacientem před prací administrativní, ne vždy je to však možné. Nicméně, že význam sociální práce neustále stoupá, potvrzují i slova primáře léčebny: *Sociální práce v PL ČD je pro mě hodně klíčovým prvkem celé naší terapie... "Sociální stabilita pacienta je zásadní věc pro udržení abstinence."*

Sociální pracovnice přiznávají, že existují činnosti vykonávané nad rámec svých kompetencí, avšak nevnímají to jako „něco co musí navíc“, ale něco, co posiluje vzájemné vztahy a důvěry mezi personálem a pacientem. Zároveň se shodují na tom, že v rámci své náplně práce považují za nejobtížnější získání důvěry pacienta, která bývá základním předpokladem pro budoucí úspěšnou spolupráci.

O získání důvěry se pracovník pokouší již při prvním setkání s pacientem při zpracování administrativního příjmu. Na základě dobře vedeného rozhovoru s pacientem získají pracovnice data o jeho osobě, praktickém lékaři, kontaktní osobě, zaměstnavateli a zdravotnickém pracovišti, které ho do léčby doporučilo. I když příjem pacienta probíhá druhý den, existuje zde riziko nějaké nepředvídatelné situace následkem stále intoxikovaného stavu. Sociální pracovnice musejí být proto zdatné i

v komunikaci s pacientem, tak aby uměly zabránit případnému vyhocení situace. Velmi často se u pacientů v PLČD objevuje manipulativní chování. Nejdůležitější je pro sociálního pracovníka rozpoznat manipulativní chování, stanovit jasné hranice vztahu a upozornit na to co hrozí, pokud toto nebude dodržováno (Gábura, Pružinská, 1995).

Po přechodu z detoxifikační jednotky na psychoterapeuticko-režimové oddělení je s pacientem zpracována sociální anamnéza, která se věnuje všem problémovým sociálním oblastem a umožňuje tak řešit různorodé problémy pacienta. Z ní vyplývá plán sociální práce, kdy jsou stanoveny konkrétní kroky a cíle, kterých je třeba dosáhnout. Nakonec se plán sociální práce vyhodnocuje a zjišťuje se, zda bylo dosaženo stanovených cílů, či naopak pacient nesplnil to, co měl. Sběr anamnestických dat se ukázal jako klíčový prvek při sestavování všech sociálních plánů. Pro jednu ze sociálních pracovníček přesahuje tento sběr dat rámec sociální práce a je klíčový i pro oblast psychoterapie. Z výzkumu jasně vyplývá, že individuální plánování s pacientem rozvíjí jejich schopnosti a hlavně je učí samostatnosti a zodpovědnosti.

Sociální pracovníčky odpovídaly i na otázky spojené s motivací. Potvrdilo se tvrzení, že pokud se člověk umí vcítit do druhého a dobře specifikovat jeho potřeby, pak teprve má šanci úspěšně motivovat (Plamínek, 2007). V případě nenamotivovaného pacienta se veškeré úsilí pracovníček soustřeďuje na to, aby pacient pochopil, že každý problém lze nějak řešit.

Jak popisuje Dvořáček (2013), pokud pacient není dostatečně motivován k léčbě, časem se rozhodne, že dobrovolně ukončí léčbu, a to proti radě lékaře, reverzem. Sociální pracovníčky uvedly další možnosti ukončení léčby. V případě, kdy pacient nespolupracuje, nebo u něj není znatelný pokrok, mluví se o tzv. stabilizačním ukončení léčby. Pokud zásadním způsobem porušuje pravidla a není schopen dodržovat režim je propuštěn disciplinárně. V některých případech mluví sociální pracovníčky i o útěku pacienta z léčby. Pokud řádně dokončí celou léčbu, lze mluvit o řádném ukončení.

Jedná-li se o ukončení vztahu s pacientem, pacient musí mít budoucí představu o svém životě a zajištěné doléčování, buď ve formě ambulantního doléčování, nebo v podobě zajištění chráněného bydlení či terapeutické komunity. Terapeutická komunita

je jednou z forem terapie v PLČD, takže již v léčebně učí pacienty, jak žít bez drog, nabízí možnost, jak otevřeně mluvit o problému závislosti a učí se celkovému fungování v komunitě pacientů. Všechny získané zkušenosti, které tímto získá, mu pomohou lépe se zařadit do běžného života a vypořádat se se svojí drogovou závislostí (Dvořáček a kol. autorů, 2011). Sociální pracovníce uvedly, že zpětnou vazbu z dobře odvedené práce jim poskytnou odcházející pacienti tím, že jim poděkují za jejich péči, případně pláčou dojetím.

Z výzkumu vyplynuly také nejvíce problémové skutečnosti, které sociální pracovníce nejčastěji musí řešit. V tomto směru mají jejich kompetence široký rozsah. U mužů se nejčastějším problémem ukázala ztráta zaměstnání a následná ztráta bydlení, konání trestné činnosti, ztráta dokladů, neschopnost hospodařit s financemi a následné dluhy a také rozvrácené partnerské i rodinné vztahy. U žen byla situace stejná, s tím rozdílem, že problematickou oblastí je navíc složitá situace ohledně péče o děti. Z výsledků tak vyplývá, že rozsah kompetencí, schopností a znalostí, které sociální pracovníce musí mít, je velmi obsáhlý a stále vzdělávání je nutností.

Druhý blok otázek nachází odpovědi na 2. výzkumnou otázku, jež blíže charakterizuje postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v PLČD.

Ve své praxi se sociální pracovníce setkávají i s případy fyzicky agresivních pacientů, proto se další otázka zaměřovala na možnosti obrany proti násilí ze strany pacientů. Sociální pracovníce uvedly, že verbální ani brachiální agrese není v žádném případě tolerována a takový pacient je vždy disciplinárně propuštěn. Sociální pracovníce za dobu své kariéry v PLČD nezažili žádného fyzicky agresivního pacienta vůči jejich osobě, nicméně tyto případy se občas stávají ošetřujícímu personálu v PLČD. I přesto, že nelze mluvit o často se vyskytujícím jevu, je nutností ovládat základní zásady krizové intervence, mezi jejíž cíle patří především stabilizovat klienta a poskytnout mu podporu a bezpečí, zabránit zhoršení krizového stavu a případnému suicidálnímu jednání. Dále krizová intervence usiluje o mobilizaci klientových psychických i fyzických sil a podporu klienta při hledání možných východisek z náročné životní situace (Hoskovcová, 2009).

Jako každý z pracovníků léčebny, mají i sociální pracovníce vymezena svá práva v pracovním řádu. Z výzkumu vyplývá, že v rámci svých kompetencí je pro sociální pracovníce podstatnější, aby odváděli svou práci dobře a plnili své povinnosti.

Sociální pracovníce se shodly na tom, že se cítí být rovnoprávnými členy multidisciplinárního týmu. V rámci svého postavení mají možnost vyjádřit se ke všem záležitostem léčebny. Slova sociálních pracovníc potvrzuje i Dvořáček (2013) ve svém vyjádření: „*Sociální pracovník je plnohodnotným členem terapeutického týmu s určitou nezávislou rolí.*“ Subjektivně své postavení vnímá jedna z pracovníc tak, že sociální práce úzce souvisí s psychoterapií, přičemž druhá pracovníce chápe své postavení jako možnost, prostřednictvím které motivuje pacienty, kontroluje jejich úkoly a cíle a hodnotí jejich aktivity. Ani jedna z pracovníc si nemyslela, že je její postavení negativně vnímáno ostatními členy multidisciplinárního týmu.

Pokud nastane nějaká zátěžová situace, vždy je možnost celou záležitost řešit v týmu pracovníků. Na základě kompromisu se vždy najde nějaké řešení, jak problém řešit.

Z výzkumu dále vyplynulo, že sociální pracovníce odlišně vnímají zátěžové situace ve vztahu s pacienty. První z pracovníc uvedla, že významnou zátěžovou situací je pro ni, pokud se na ni pacient pod nátlakem snaží přenést odpovědnost. Toto platí hlavně v případě manipulativního pacienta. Jak uvádí Gábura a Pružinská (1995) jedná se o pacienta, který užívá všech prostředků, aby získal co nejvíce výhod pro sebe. Druhá zátěžová situace se týká situace vzniklé kolem agresivního pacienta. Gábura a Pružinská (1995) doporučují, ať v takovém případě zůstane sociální pracovník klidný, nesmí klientovi ustupovat ani se nechat vyprovokovat jeho vulgárním chováním. Pro druhou sociální pracovníci je zátěžovou situací ve vztahu s pacienty získání jejich důvěry a nedostatečná motivace. Potvrdilo se tak, že odolnost vůči stresorům je velmi individuální. Každý člověk na ně reaguje jinak, má jiné hranice a schopnost odolávat těžkým situacím (citace).

Sociální pracovníce jsou stejně jako jiné pomáhající profese ohroženy syndromem vyhoření. První z pracovníc odpověděla, že syndromu vyhoření předchází tím, že se

účastní kulturních akcí, zabývá se turistikou, tráví čas se svou rodinou a přáteli. Druhá z pracovníků uvedla, že prevence proti syndromu vyhoření je pro ni zaměstnání fyzickou prací.

V závěru rozhovoru sociální pracovníci uvedly, že jejich profese je baví.

## 7 ZÁVĚR

Cílem této bakalářské práce bylo definovat kompetence a postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v Psychiatrické léčebně Červený Dvůr. Pro tento účel byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, metoda dotazování, technika strukturovaného rozhovoru s otevřenými otázkami.

Bakalářská práce byla zpracována na základě souhlasu ředitele a zároveň primáře PLČD a také dvou vybraných respondentů, tj. sociálních pracovníků.

Rozhovory probíhaly vždy na klidném místě a mimo pracovní dobu. K získání velkého množství dat posloužil diktafon, následně jsem sesbíraná data zaznamenala do elektronické podoby.

Před realizací samotného výzkumu jsem si stanovila 2 výzkumné otázky a to: 1. Jaké jsou kompetence sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v PLČD? Z výzkumu vyplynulo, že pro výkon tohoto povolání je třeba disponovat určitými vrozenými předpoklady-vlastnostmi a odbornými znalosti, hlavně v mnoha právních odvětvích. Sociální pracovníci v PLČD jsou v neustálém kontaktu se státními institucemi i neziskovými organizacemi, při řešení s pacienty se zaměřují na mnoho problematických oblastí. Dále se ukázalo, že náplň práce sociálního pracovníka v PLČD by se dala rozdělit na práci administrativní a na sociální práci s pacienty. Vykonávány jsou také činnosti nad rámec kompetencí sociálních pracovníků, avšak souhrnně se celá náplň práce snaží přizpůsobit individuálním potřebám každého pacienta. Sociální pracovníci musejí ovládat také základy krizové intervence a správné komunikace, což napomáhá usnadnit získání důvěry pacienta, jenž je někdy nejtěžším úkolem ve vztahu mezi pacientem a pracovníkem. Všechny kompetence, kterými disponují sociální pracovníci jsou v praxi uplatňovány tak, aby byl pacient schopen samostatnosti a naučil se zodpovědnosti ke svému životu. K 2.výzkumné otázce, jaké je postavení sociálního pracovníka v rámci systému léčebné péče v PLČD, bylo zjištěno, že obě sociální pracovníci se cítí být plnohodnotnými členy multidisciplinárního týmu.

Jelikož je práce pojata jako monografická studie, získaná data se nesnaží problematiku generalizovat. Přínos pro praxi tak spatřuji hlavně ve zlepšení informovanosti o kompetencích a postavení sociálního pracovníka v tak charakteristickém prostředí jako je PLČD. Domnívám se, že práce zároveň může být přínosem pro samotné sociální pracovníce, z důvodu uvědomění si nedostatků, jak v oblasti svých kompetencí, tak v oblasti postavení, což by mohlo vést k motivaci ke zlepšení v obou těchto oblastech. V neposlední řadě poslouží i mé osobě pro výkon sociální práce v PLČD.



## 8 POUŽITÉ ZDROJE

1. BEDRNOVÁ, Eva a Ivan NOVÝ. *Psychologie a sociologie řízení*. 3., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2007, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-7261-169-0.
2. Bendová Kateřina, 2013, diplomová práce. *Alternativní životní styl jako varianta spokojeného bytí*, 107s., vedoucí práce Mgr. Suchanová Eva, Ph.D.
3. DVOŘÁČEK a kol. autorů, 2013. *Červenodvorské texty*. 1.vyd. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr, 216 s.
4. GABURA, Ján a Jana PRUŽINSKÁ. *Poradenský proces*. Vyd. 1. Praha: Sociologické nakl., 1995, 147 p. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 9. ISBN 80-858-5010-9.
5. JANDOUREK, J. *Slovník sociologických pojmů*. 1. Vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. ISBN 978-80-247-3679-2.
6. HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci*. Praha: Osmium, vydavatelství a nakladatelství, 1999, 167 s. ISBN 80-902-0818-5.
7. HENDL, Jan a Jana PRUŽINSKÁ. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 407 s. Studijní texty (Sociologické nakladatelství), sv. 9. ISBN 80-736-7040-2.
8. HOSKOVCOVÁ, Simona a Ivan NOVÝ. *Psychosociální intervence*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2009, 184 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4616-261.
9. KALINA, Kamil. *Terapeutická komunita: obecný model a jeho aplikace v léčbě závislosti*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 394 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4724-492.
10. KALINA, Kamil. *Základy klinické adiktologie*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 388 s. Psyché (Grada). ISBN 978-802-4714-110.

11. KRAUS, B. *Základy sociální pedagogiky*. 1. vyd. Praha: Portál, 2008. 215 s. ISBN 978-80-7367-383-3.
12. KRAUS, B., HRONCOVÁ, J. a kol. *Sociální patologie*. 2. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-80-7435-080-1.
13. KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. vyd. Praha : Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
14. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. vyd. Praha: Grada, 2008, 168 s. Sestra. ISBN 978-802-4721-385.
15. MAROON, Istifan. *Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků: teorie, praxe, kazuistiky*. Vyd. 1. Překlad Kateřina Lepičová. Praha: Portál, 2012, 151 s. ISBN 978-802-6201-809.
16. MATOUŠEK, Oldřich. *Metody a řízení sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2003, 379 s. ISBN 80-717-8548-2.
17. MATOUŠEK, Oldřich. 2003b. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 387s. ISBN 80 -7178-549-0.
18. MICHKOVÁ, Adéla. *Supervize*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, 2008, 106 s. ISBN 978-80-7394-145-1.
19. MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Grada, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.
20. NAVRÁTIL, Pavel. *Teorie a metody sociální práce*. 1. knižní vyd. Brno: Zeman, 2001, 168 s. ISBN 80-903-0700-0.
21. PLAMÍNEK, Jiří. *Tajemství motivace: jak zařídit, aby pro vás lidé rádi pracovali*. 1. vyd. Praha : Grada, 2007. 127 s. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-1991-7.
22. Pracovní náplň sociálního pracovníka v PLČD. Dvořáček, 2013, vnitřní směrnice sociální práce.

23. PRŮCHA, Jan. WALTEROVÁ, Eliška. MAREŠ, Jiří., 2001. *Pedagogický slovník*. 4 vydání. Praha: Portál, 322s. ISBN 80-7178-5792.
24. Růžička Michal. „*Dokážu to?*“ *Pervitin - koncepce školení pro terapeuty*. Michal Růžička a kol. – Vyd. 1. - Olomouc: p-centrum 2012. ISBN 978-80-905377-0-5 – Procházka in Růžička.
25. SVOBODOVÁ, Edita. 2011. *Historie Červeného Dvora*. In DVOŘÁČEK a kol. autorů, *Červenodvorské texty*. s. 90-98. 1. vyd. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr.
26. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách.
27. Zákon č. 96/2004 Sb. (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních), ve znění pozdějších předpisů.
28. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb..

**Elektronické zdroje:**

1. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr. *Oficiální webové stránky*. Dostupné z www: <[www.cervenydvor.cz](http://www.cervenydvor.cz)>.
2. Psychiatrická léčebna Červený Dvůr. *Výroční zpráva*. Dostupné z www: <[http://cervenydvor.cz/wp-content/uploads/Rocni\\_zprava\\_2013.pdf](http://cervenydvor.cz/wp-content/uploads/Rocni_zprava_2013.pdf)>.

## 9 PŘÍLOHY

1. Práva (a povinnosti) pacientů v PLČD
2. Etický kodex sociálního pracovníka v PLČD

### Práva (a povinnosti) pacientů v PLČD

Práva (a povinnosti) pacientů jsou definována v kodexu vyhlášeném v České republice 25. 2. 1992.

#### **Kodex „Práva Pacientů“**

*Pacient má právo* na ohleduplnou odbornou zdravotnickou péči prováděnou s porozuměním kvalifikovanými pracovníky.

*Pacient má právo* znát jméno lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří ho ošetřují. Má právo žádat soukromí a služby přiměřené možnostem ústavu, jakož i možnost denně se stýkat s členy rodiny či s přáteli. Omezení takového způsobu návštěv může být provedeno pouze ze závažných důvodů.

*Pacient má právo* získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého nového diagnostického a terapeutického postupu zasvěceně rozhodnout, zda s ním souhlasí. Vyjma případů akutního ohrožení má být náležitě informován o případných rizicích, která jsou s uvedeným postupem spojena. Pokud existuje více alternativních postupů, nebo pokud pacient vyžaduje informace o léčebných alternativách, má na seznámení s nimi právo. Má rovněž právo znát jména osob, která se na nich zúčastní.

*Pacient má v rozsahu, které povoluje zákon, právo* odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého odmítnutí.

*V průběhu ambulantního i nemocničního vyšetření, ošetření a léčby má nemocný právo* na to, aby byly v souvislosti s programem léčby brány maximální ohledy na jeho

soukromí a stud. Rozbory jeho případu, konzultace vyšetření a léčby jsou věci důvěrnou a musí být prováděny diskrétně. Přítomnost osob, které nejsou na léčbě přímo zúčastněny, musí odsouhlasit nemocný, a to i ve fakultních nemocnicích, pokud si tyto osoby nemocný sám nevybral.

**Pacient má právo** očekávat, že veškeré zprávy a záznamy týkající se jeho léčby jsou považovány za důvěrné. Ochrana informací musí být zajištěna i v případech počítačového zpracování.

**Pacient má právo** očekávat, že nemocnice musí podle svých možností přiměřeným způsobem vyhovět pacientovým žádostem o poskytování péče v míře odpovídající povaze onemocnění. Je-li to nutné, může být pacient předán jinému léčebnému ústavu, popřípadě být tam převezen poté, když mu bylo poskytnuto úplné zdůvodnění informace o nezbytnosti tohoto předání a ostatních alternativách, které přitom existují. Instituce, která má nemocného převzít do své péče, musí překlad nejprve schválit.

**Pacient má právo** očekávat, že jeho léčba bude vedena s přiměřenou kontinuitou. Má právo vědět předem, jací lékaři v jakých ordinačních hodinách a na jakém místě jsou mu k dispozici. Po propuštění má právo očekávat, že nemocnice určí postup, jímž bude jeho lékař pokračovat v informacích o tom, jaká bude jeho další péče.

**Pacient má právo** na podrobné a jemu srozumitelné vysvětlení v případě, že se lékař rozhodl k nestandardnímu postupu či experimentu. Písemný vědomý souhlas nemocného je podmínkou zahájení neterapeutického i terapeutického výzkumu. Pacient může kdykoli, a to i bez udání důvodu, z experimentu odstoupit, když byl poučen o případných zdravotních důsledcích takového rozhodnutí.

**Nemocný v závěru života má právo** na citlivou péči všech zdravotníků, kteří musí respektovat jeho přání, pokud tato nejsou v rozporu s platnými zákony.

**Pacient má právo a povinnost** znát a řídit se platným řádem zdravotnické instituce, kde se léčí (tzv. nemocniční řád). Pacient bude mít právo kontrolovat svůj účet a vyžadovat odůvodnění jeho položek bez ohledu na to, kým je účet placen.

## Etický kodex sociálního pracovníka v PLČD

Obsahuje společnou část, která je závazná pro všechny pracovníky léčebny, včetně terapeutů a sociálních pracovníků:

1. **Sociální pracovník** zachovává lékařské tajemství a mlčenlivost o všech údajích získaných při výkonu práce v PL Červený Dvůr (toto platí i po dobu 2 let po skončení pracovního poměru v PL)

2. **Sociální pracovník** dbá na dodržování léčebného řádu pacienty (i mimo svou pracovní dobu)

3. **Sociální pracovník** přistupuje k výkonu své práce se všemi platnými etickými kodexy

4. **Sociální pracovník** vykonává svou práci s maximálním respektem k práci ostatních zaměstnanců (a ani žádným nepřímým způsobem odbornou či osobní autoritu kolegů nesnižuje)

5. **Sociální pracovník** dbá dobrého jména léčebny (toto platí i mimo pracovní dobu).

6. **Sociální pracovník** se vyvarovává navazování erotických vztahů s pacienty či vůbec takového jednání, které překračuje standardní a profesionální hranice rolí terapeut – pacient, a žádným způsobem nevyužívá pacienta ke svému prospěchu (toto vše platí i dva roky po odchodu pacienta z léčby).

7. **Sociální pracovník** reprezentuje před pacientem jednoznačný postoj k abstinenci od návykových látek (v přítomnosti pacientů i mimo areál a mimo práci – platí i pro pacienty 2 roky po ukončení léčby).

8. **Sociální pracovník** je v práci či v areálu vždy absolutně střízlivý a neintoxikovaný, v soukromém životě neužívá nelegální návykové látky a vyvaruje se alkoholovým excesům.

9. **Sociální pracovník** před pacientem nesnižuje rozhodnutí týmu.

10. *Sociální pracovník* nezatajuje týmu důležité informace a nepřipustí, aby s pacientem sdílel tajemství týkající se porušování řádu léčebny.