

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2024

Bc. Veronika Chmelíková

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Sociální pracovník v nemocničním prostředí

Bc. Veronika Chmelíková

Diplomová práce

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

Vedoucí práce: doc., PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D., dr.h.c.

Praha 2024

Prague collage of psychosocial studies



Social worker in a hospital environment

Bc. Veronika Chmelíková

The Master Theses

Field of Study: Social Work Specializing in Communication and
Applied Psychotherapy

The Master Theses Work Supervisor: doc., PaedDr. Slavomír Laca,
Ph.D., dr.h.c.

Prague 2024

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.

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

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

V Praze dne

Podpis

Poděkování

Ráda bych poděkovala vedoucímu práce panu doc., PaedDr. Slavomíru Lacovi, Ph.D., dr.h.c., za jeho velkou ochotu mi pomoci při tvorbě této diplomové práce. Dále bych chtěla poděkovat všem respondentům za vstřícnost k realizovanému výzkumu a na závěr děkuji mé rodině za trpělivost během mého času tráveného u psaní diplomové práce.

Anotace

Tato diplomová práce pojednává o tématu sociálního pracovníka v nemocničním prostředí. Zahrnuje obecné postavení sociálního pracovníka, jaké metody a postupy používá při své práci v nemocničním prostředí a v neposlední řadě i podporu od zaměstnavatele, aby poskytování sociální služby ve zdravotnictví bylo co nejkvalitnější.

Práce je koncipována do dvou částí, a to do části teoretické a empirické.

Teoretická část se věnuje pojmu sociálního pracovníka definovaného zákonem i potřebné osobnosti k vykonávání profese. Dále obsahuje výčet možných přístupů a technik, které se ve zdravotní sféře mohou využívat. Práce se zabývá i různorodostí klientů, se kterými mohou sociální pracovníci přijít do styku a na to právě reagovat různou technikou či metodou. Typy klientů, od novorozeneckých dětí až po seniory, kteří sociální služby potřebují.

Empirická část je realizována pomocí kvalitativní metody výzkumu. Jako metoda je použita forma polostrukturovaného rozhovoru, kde respondenti jsou zaměstnanci nemocničních zařízení na pozici sociálního zdravotníka. K výzkumnému šetření byly zvoleny výzkumné otázky, na které bude odpovězeno. Cílem šetření je zjistit, jaké techniky a metody jsou používány při práci s širokým spektrem klientů a jakou podporu má sociální pracovník při své sociální práci.

Klíčová slova

Sociální pracovník, sociální práce ve zdravotnictví, metody a techniky sociální práce, klient, organizace, zdraví

Annotation

This diploma thesis focuses on the role of social workers in a hospital environment. It covers the general role of social workers, the methods and procedures they employ in their workplace, and employer support to guarantee that the social services provided in healthcare are of the highest quality.

The thesis is divided into two sections: theoretical and empirical.

The theoretical section discusses the legal definition of a social worker along with the personal qualities needed for the profession. Furthermore, it lists the potential approaches and techniques that can be employed in the healthcare sector. This section also concentrates on the diverse range of clients that social workers may encounter and on how to respond to their needs using different methods. Types of clients range from newborns to seniors, who all need social services.

The empirical section of the thesis employs qualitative research methods. Specifically, semi-structured interviews were conducted with the employees of hospital facilities working as social workers. The research questions were selected for the investigation, to which answers will be provided. The survey aims to find out what techniques and methods are used in working with a wide range of clients and what support the social worker receives in their social work.

Keywords

Social worker, social work in healthcare, methods and techniques of social work, client, organization, health

Obsah

ÚVOD	10
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1 Sociální pracovník.....	11
1.1 Náplň práce sociálního pracovníka	13
1.2 Etika v sociální práci	17
1.3 Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu	19
1.4 Typologie klientů sociální práce	20
1.5 Sociální práce se specifickými skupinami	22
1.6 Vztah klienta a sociálního pracovníka	28
2 Metody v sociální práci	29
2.1 Případová práce	29
2.2 Komunikace s klientem	30
2.3 Poradenství	31
3 Metody sociální práce ve zdravotnictví	32
3.1 Sociální práce s jednotlivci	33
3.2 Sociální práce s rodinou	35
3.3 Sociální práce se skupinami	37
3.4 Komunitní práce.....	38
3.5 Krizová intervence	39
4 Zdraví	40
4.1 Psychosociální aspekty zdraví.....	40
4.2 Sociální důsledky nemoci.....	42
4.3 Psychické důsledky nemoci	44
EMPIRICKÁ ČÁST.....	45
5 Výzkumná část	45
5.1 Výzkumný cíl	45
5.2 Metodologie výzkumu.....	46
5.3 Výzkumný nástroj	46
5.4 Výzkumný soubor	46
5.5 Etika výzkumu.....	47
5.6 Výsledky výzkumu.....	48
5.7 Shrnutí výsledky z otevřeného kódování	56
5.8 Závěrečné shrnutí ze selektivního kódování	58

5.9	Výsledky získané axiálním kódováním.....	59
5.10	Selektivní kódování.....	60
6	Závěrečné shrnutí výsledků.....	61
7	Diskuze.....	62
ZÁVĚR.....		63
SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....		65
PŘÍLOHY.....		69
BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....		92

ÚVOD

Diplomová práce se věnuje tématu „Sociální pracovník v nemocničním prostředí“. Důvod k volbě tématu byl osobní zájem a zjištění, jaká je náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Ve srovnání s ostatním zdravotnickým personálem jsem chtěla zjistit, jak je postavení sociálního pracovníka vnímáno, jak je na něj nahlíženo. Dále jaké má penzum práce, které je široce rozmanité díky různorodostem přicházejících případů do tohoto zařízení.

Cílem diplomové práce je zjistit jaké techniky a metody sociální pracovník používá při své práci v nemocnici. Jaké techniky a metody jsou používány ve spojitosti s klientem v tíživé situaci. Také je zkoumáno, jaké má postavení sociální pracovník v multidisciplinárním týmu a jakou má podporu od zaměstnavatele.

Sociální pracovník, i když se to někdy nezdá, hraje důležitou roli v nemocnicích, obdobně jako zdravotní sestry či lékaři. Má velký objem administrativní práce, ale i musí disponovat obsáhlými znalostmi a komunikačními dovednostmi. Klientelu mu tvoří veškerá populace lidí od narozených dětí až po starší osoby, které nadále nemohou zůstat v akutní péči, ale musí se pro ně zajistit jiné místo.

Diplomová práce je rozdělena do dvou částí. Část teoretická obsahuje hlubší pohled kompletní charakteristiky sociálního pracovníka a část empirická, se věnuje výzkumné části.

Teoretická část ve svých kapitolách nejprve nastiňuje obecný popis práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví a končí objasněním, jaké jsou psychické a sociální důsledky nemoci. Obsahuje popsané metody a techniky, které sociální pracovník může využít ve spojitosti s danou klientelou. Jelikož podklad pro práci sociálního pracovníka tvoří hlavně jeho klienti, je typologie potencionálních klientů taktéž uvedena v této části.

Empirická část je realizována pomocí kvalitativní metody za pomoci polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky pracujícími ve zdravotnickém prostředí. Zkoumané jsou především techniky a metody postupu jeho práce. Zaměření je i na oblast podpory ze stran organizace, která může napomoci zlepšit kvalitu poskytovaných sociálních služeb.

Závěrem tato práce zhodnocuje dosažených vyzkoumaných výsledků a dává celkový pohled na pozici sociálního pracovníka v nemocničním prostředí.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Sociální pracovník

Sociální pracovník je kvalifikovaná osoba dle zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

§ 109

„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.“ Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>

„Pomáhající profese; souhrnný název pro veškeré profese, jejichž teorie, výzkum a praxe se zaměřují na pomoc druhým, identifikaci a řešení jejich problémů a na získávání nových poznatků o člověku a jeho podmínkách k životu, tak aby pomoc mohla být účinnější.“
(Hartl, Hartlová, 2000, str. 185)

Nizozemské asociace sociálních pracovníků (NOW in O. Matoušek, 2012) definuje funkci sociálního pracovníka, jehož náplní je pomáhat lidem s problémy, být nápomocen v řešení s jejich sociálním prostředím. Sociální pracovník pomáhá zlepšit způsob sociálního fungování ve vztazích mezi lidmi a sociálním prostředím.

Postavení sociálního pracovníka má svá specifická kritéria v nemocničních zařízeních. Matoušek (2011) vymezuje ve zdravotnictví **zdravotně sociálního pracovníka** a **sociálního pracovníka**. Rozlišení je zahrnuto v zákoně č. 96/2004 Sb., zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů, kdy zdravotně sociální pracovník má vyšší odborné či vysokoškolské vzdělání doplněné o kvalifikační kurz pro zdravotní sociální práci. Disponuje větší kompetencí v porovnání s běžným sociálním pracovníkem. Kupříkladu se může podílet na preventivních programech, spolupracovat s veřejnou správou a jiné.

Činnosti sociálního pracovníka v ústavních zdravotnických zařízeních podle Matouška (2011) napomáhá udržovat kontakt mezi klienty a institucemi. Zabývají se skutečností, do jakého sociálního prostředí se klient po ústavní péči navrátí. Součástí práce je i krizová intervence při zvládnutí stresujících vlivů během hospitalizace.

Dle Kutnohorské, Ciché, Goldmana (2011) se dá říci, že zdravotně sociální pracovník je odborník s patřičnými kompetencemi v oblasti zdravotně sociální péče. Při výkonu své profese realizuje sociální šetření, poradenství, provádí analytickou, metodickou i koncepční činnost ve zdravotně sociální oblasti. Dále poskytuje prevenci, sociální rehabilitaci či krizovou intervenci a v neposlední řadě také aktivně vyhledává potenciální klienty pro potřeby sociální služby.

Sociální práce ve zdravotnictví je velmi rozmanitá. Cílem práce je zmírnění, nebo nejlépe úplné odbourání sociálních negativních důsledků, se kterými se klient v nemocničním zařízení potýká. Holistický přístup dbá na komplexní pohled z pohledu jak sociálního, tak fyzického, psychického i duchovního. Znamé jako bio-psycho-sociální a spirituální přístup. Úkolem je zlepšit adaptaci, zmírnit obtíže, motivovat klienta ke spolupráci jak v léčbě nynější, tak i budoucí. Docílíme tak skrze psychosociálního působení zkvalitnění života. (Kuzníková, 2011).

Důležitými aspekty, které Michalík (2011) vymezuje pro pomáhající profese, a to jsou:

- požadavky na vzdělávání,
- zaměření na individuální potřeby (problémy) jednotlivce,
- role praxe,
- osobnost pracovníka,
- dobrá psychohygiena proti syndromu vyhoření,
- dodržování etických norem,
- specifické komunikační dovednosti.

Navrátil (in Matoušek 2012) zmiňuje 3 paradigmaty sociální práce. Za první a hlavní považuje sociální fungování zduševní zdraví a pohodu člověka. Chápana jako terapeutická intervence, která zacíljuje k pomoci jednotlivcům, skupinám či komunitám k lepší psychosociální pohodě. Za druhé vize rovnosti společenského života, sdílení představy spolupráce a solidarity společenské skupiny, které pomohou utiskovaným získat moc ovlivnit vlastní život. Třetí

sociálně-právní pomoc, tedy schopnost zvládat problémy a přístup k potřebným informacím a službám.

Biestek (in Matoušek, 2003) modifikoval sedm principů v hodnotách sociálního pracovníka:

- Individualizace – vlastní kvalita osobnosti klienta, odvozený individuální přístup bez předsudků,
- vyjadřování pocitů – nechat volně klienta s možností se i negativně vyjádřit,
- empatie – vcítění se, snaha pochopit pocity,
- akceptace – akceptovat klienta, vnímat slabosti i silné stránky, podporovat důstojnost,
- nehodnotící postoj – nevinit, nemoralizovat,
- sebeurčení – respektovat právní aspekty, mít svobodnou volbu a možnosti,
- diskrétnost – etický kodex, důvěra informací.

Zmínila bych dle Butrymové (in Matoušek, 2003) předpoklad k výkonu sociální práce, a to **úctu** ke klientovi, **přesvědčení o jedinečnosti** bytosti a **víru** v to, že každý má možnost se změnit.

1.1 Náplň práce sociálního pracovníka

Sociálně-zdravotní pracovník/sociální pracovník monitoruje a vyhodnocuje potřeby klienta na základě vyšetřených údajů. Zjišťuje potřebné údaje od členů jeho rodiny, provádí sociálně právní poradenství členům rodiny, řeší sociálně právní a sociálně zdravotní problémy. Hlavní zásadou je, že jedná v zájmu klienta s jinými odborníky, správními orgány, soudy a dalšími institucemi, spolupracuje se státními i nestátními institucemi a zastupitelskými úřady, preventivně vyhledává ohrožené pacienty především seniory a děti, u kterých provádí zdravotně sociální anamnézu, zajišťuje propouštěným pacientům služby sociální péče – terénní, ambulantní, pobytové (pečovatelskou službu, ošetřovatelská centra, domácí péči, domovy pro seniory, azylové domy aj.) Poskytuje pomoc při propouštění klientů a zařizuje další pobytové služby následné zdravotní péče (LDN, rehabilitační ústavy), nebo jiné pobytové péče (dětské domovy), zajišťuje propouštěným pacientů terénní služby následné zdravotní péče. V neposlední řadě je součástí multidisciplinárního zdravotního týmu. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>

Náplň práce sociálního pracovníka vymezují i v nemocničním prostředí. Dostupné z: <https://www.nempk.cz/informace/socialni-pece-1>:

- Poskytuje poradenskou pomoc a podporu nemocným klientům, kteří se ocitli v nepříznivé sociální situaci způsobené zhoršením zdravotního stavu nebo úrazem. V případě úmrtí klienta se poskytuje poradenství v rodině.
- Sociální pracovník poskytuje sociální poradenství v systému sociálních služeb a dávek pro osoby se zdravotním postižením, dávek státní sociální podpory, pomoci v hmotné nouzi apod.
- Zprostředkuje a zajišťuje překlady do léčeben dlouhodobě nemocných, hospicové péče, do domácí ošetrovatelské péče či domácí hospicové péče.
- Klientům se sníženou soběstačností zprostředkovává pobytové sociální služby (např. pomoc s vyplněním a podáním žádosti do domova pro seniory, domova s pečovatelskou službou), terénní služby v domácím prostředí (pečovatelskou službu, osobní asistenci), odlehčovací služby pobytové, ambulantní – denní stacionáře).
- Pomáhá se i klientům bez přístřeší a cizincům v tíživé sociální situaci (např. zprostředkování nestátních neziskových organizací, azylového domu, noclehárny, denního centra, humanitárního šatníku, pomoc s podáním žádosti na dávky pomoci v hmotné nouzi apod.).
- Spolupracuje se státními a nestátními institucemi.
- Spolupracuje s příslušnými orgány sociálně-právní ochrany dětí, PČR a jinými orgány.

Míchalík (2011) dělí náplň práce na 5 základních druhů, který sociální pracovník ve zdravotnictví provádí:

- diagnostiku – vstupní procedura „otevření případu“,
- poradenství – soubor aktivit a činností zaměřených na podporu, provázení, rady, zprostředkování, vedení, zastupování,
- terapie – odstranění, překonání nepříznivých stavů,
- řešení problémů – poradenství, provedení terapeutické aktivity,
- záznam problému – dokumentace, archivace.

Činnosti, které sociální pracovník provádí, jsou dle Kuzníkové (2011) tyto:

- řešení situací hospitalizovaných klientů,
- sociální pomoc chronicky nemocným – poradenství, plánování, zajištění návazné služby,
- sociální prevence – depistáž, poradenství,
- stanovení sociální anamnézy a prognózy – reintegrace,
- aplikace metod v sociální práci – individuální práce, práce s rodinou, práce s komunitou.

Autorka zdůrazňuje i aplikaci metod při sociální práci.

Tabulka s přehledem činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení akutní a dlouhodobé péče.

Činnosti v praxi sociálního pracovníka ve zdravotnictví vymezené případem	Zdravotnické zařízení akutní péče	Zdravotnické zařízení dlouhodobé péče
Mikroúroveň	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální práce s jednotlivci • Sociální šetření • Formulace cílů • Zajištění klienta před propuštěním ze zdravotnického zařízení • Sociální právní poradenství 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální práce s jednotlivcem • Motivační rozhovory s jednotlivcem • Individuální plánování • Sociálně právní poradenství • Psychosociální podpora • Terénní sociální práce u osamělých osob
Meziúroveň	<ul style="list-style-type: none"> • Krátkodobá sociální práce s rodinou • Psychosociální podpora rodiny • Podpora svépomocných skupin • Multidisciplinární nekooperující týmová práce 	<ul style="list-style-type: none"> • Sociální práce s rodinou • Edukace rodiny • Skupinové aktivizační činnosti • Práce s přirozeným prostředím klienta • Interdisciplinární kooperující týmová práce
Makroúroveň	<ul style="list-style-type: none"> • Koordinace služeb • Zprostředkování informací a služeb 	<ul style="list-style-type: none"> • Zprostředkování informací a služeb

Zdroj: https://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Kuznikova_Psychosocaspekty.pdf

Sociální práce se zařazuje do skupin sociálních věd, kde zároveň spadá i mnoho dalších vědních oborů, např. psychologie, právo, etika a jiné. Po dlouhé dobu byla sociální práce považována za aplikovanou vědní disciplínu. Úzce byla spjata s psychiatrií, pedagogickou, psychologií. Jako samostatný obor vědeckého chápání, která má základ v multidisciplinární oblasti. (Levická, 2002).

Ludewig (1994) konstatuje, že pomoc musí mít předpoklad k hledání pomoci. Jestliže by se jednalo o vnucování pomoci nezávisle na požadavku klienta, nebyla by to pomoc v pravém slova smyslu, ale hovořili bychom o kontrole či zmocňování. Úlehla (2005) dodává, že pomoc je dojednaný způsob společné práce. Jedná se o přání klienta, kterému pracovník pouze nabízí možnost a společnou cestou uskutečnit sjednanou pomoc.

Havrdová (in Kopřiva, 1997) popisuje dobrého sociálního pracovníka jako toho, který má zájem o lidi, jedná se zaujetím, poslouchá, vnímá, nechává prostor klientům. S pozitivním laděním, ocení, potěší a vytváří bezpečnou atmosféru.

Specifické činnosti k výkonu sociálního pracovníka ve zdravotnictví se již jako student učí na vysokých školách či vyšších odborných školách. Pro absolventa oboru sociální práce jsou definované zákonem rozsahy osvojených činností k vykonávání profese. A to dle zákona č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách:

§ 51

Absolvent studijního oboru sociálního zaměření (sociální pracovník)

Absolvent studijního oboru sociálního zaměření (sociální pracovník) vykonává činnosti uvedené v § 44 zákona a dále činnosti na úseku ochrany a podpory veřejného zdraví, sociální péče v rozsahu své odborné způsobilosti a v rozsahu určeném zdravotnickým pracovníkem se specializovanou způsobilostí na tomto úseku. Přitom zejména může vykonávat činnost

- a) posouzení životní situace pacienta,
- b) sociálně-právní poradenství,
- c) ve spolupráci se zdravotnickými pracovníky sociální opatření nebo psychosociální intervenci do životní situace pacienta.

Dostupné z: (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55?text=55%2F2011#cast3>).

Kuzníková (2011) definuje praktické činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví, které vychází ze sociální anamnézy. Následně se stanoví pracovní postup, metoda s teoretickým konceptem pro nejvhodnější způsob aplikace na problém klienta. Okruh činností zcela nenaplnuje všechny jednotlivé úkony, které jsou náplní práce sociálního pracovníka, ale zahrnují zásadní aspekty pro výkon profese. Důležitá je psychosociální podpora klienta, která obhájí potřeby klienta vůči zdravotní péči v organizaci, zajišťuje sociální podporu zejména při pomoci řešení existenční a finanční problematiky, zajištění psychické podpory v oblasti emočního deficitu. Vytváření společného plánu navazující kontinuální péče.

Autorka zmiňuje, že je důležitá edukace v porozumění psychosociálního důsledku nemoci a samotné léčbě. Je potřeba edukovat širší příbuzenský okruh klienta o jeho péči. V neposlední řadě informovanost o zákonných nárocích, dávkách sociální péče a podpory a další pomoci při potřebě další péče. Poradenství je jedním z řešení ke zmírnění nepříznivé situace. Komunikace je důležitá, díky rozhovoru s klientem, rodinou zjišťujeme potřebné informace. Speciálním typem může být terapeutický rozhovor včetně supervize, asistence při rozhovoru s jinými lidmi, institucemi. Konečná fáze je završena závěrečným vyhodnocením činností, efektivity aplikovaných metod, získání zpětné vazby i vlastní sebereflexí.

Poslední informací, kterou autorka dodává, je role managementu. Zdravotnických zařízení nezkoumá nástroje k hodnocení práce sociálního pracovníka. Zahrnují se pouze výkony spadající do výkonu DRG. K zamyšlení je, jak zakomponovat sociální intervence do systému, aby se staly plnohodnotnými.

1.2 Etika v sociální práci

Sociální práce pracuje s lidmi, jenž procházejí těžkou situací, a to sebou nese i etickou složku. Sociální pracovník přistupuje ke klientům určitým způsobem, jeho práce se odráží do prezentace navenek i do prezentace před ostatními lidmi. Etický nárok je kladen na osobnost sociálního pracovníka. Při jeho práci je nutné zvládat dynamický proces, který vyžaduje osobností růst. Tento proces v sobě nese aspekty sebevzdělávání, supervize, přizpůsobení se vývojem teorií, metod, technik sociální práce. Zároveň být pozorný i v oblasti etických dokumentů (standards, kodexy aj.) (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovník je označen jako profesionál, vykonává svou práci svědomitě a pečlivě. Je schopný reagovat na etické normy a ovládá metodiku sociální práce. Svou práci vykonává

v souladu s postavením sociální pracovníka a je schopen vzdát se svých osobních zájmu nad zájmy klienta a společnosti (Nečasová, 2008).

Etický kodex se skládá z etické zásady a pravidel správného chování ve vztahu sociální pracovník a klient, zaměstnavatel, kolega a celkově ke společnosti (Asociace poskytovatelů sociálních služeb, 2011).

Goldmann, Cichá (2004, s. 45-46) zmiňují devět zásad, které vznikly společně s tvorbou etického kodexu. Jedná se „*o nezávislost (ve smyslu snahy o zplnomocňování), osvobození od represe a podřadných životních podmínek (jako ochrana rovnoprávnosti a solidarity), protidiskriminační přístup, demokracii a lidská práva spoluúčast klientů (klientův zájem), ochranu integrity klientů (mlčenlivost a diskrétní chování), seburčení, odpor proti násilí a osobní odpovědnost (v případě etických dilemat).*“

Při práci se sociální pracovník může dostat do situací, kde se rozhoduje mezi pomocí, tedy dohodnutým závazkem s klientem, a zásadami vůči společnosti. Poskytnutá pomoc přímo klientovi k vyřešení jeho situace může mít podobu doprovázení, poradenství, popř. terapie. Dilema se může objevit v situaci, kdy sociální pracovník se rozhodne poskytnout pomoc, která má jinou podobu, než bylo smloueno. Jenž si jí klient nežádal, ale sociální pracovník usoudil, že tato pomoc je adekvátnější. Z pohledu etického pojetí je vhodné objasnit klientovi navrhovanou pomoc dle svého uvážení a zároveň respektovat přání klienta. Jiné dilema může nastat, kdy sociální pracovník upřednostní zájmy a zásady společnosti nad klientovou prosbou (Janebová in Matoušek a kol., 2003).

Existují možnosti, jak se dilematy vyrovnat. Šrajter a Musil (2004) hovoří o možnostech srovnání. Jednou z možností vyrovnání je stav, kdy sociální pracovník se sžije s danou skutečností, přijme ji a nikterak ji nemění. Nebo může nastat opačný stav, kdy se dilema odsune na neurčito. V obou případech není řečeno, že se jedná o správné řešení. První ze zmíněných případů má dopad na psychickou rovinu osobnosti v podobě negativních emocí a druhý řeší pouze dočasný stav odloženého, které se může kdykoliv objevit znovu. Druhý stav se definuje jako stav latentní.

S dilematem v latentní fázi se potýkají zejména nově příchozí sociální pracovníci. Odložení nepříjemných situací se noví pracovníci učí od služebně starších. Následkem mohou být názorové nesrovnalosti a kolize v komunikaci. Místo zmírnění napětí dilematu spíše v latentní fázi napětí narůstá (Musil, 2004).

Řešením dilematu nebo jeho předcházením pracuje metoda racionalizace. Kdy před vznikem volby si sociální pracovník racionálně obhájí nutnost výběru postupu, který si sám vyhodnotí a následně jej popíše i klientovi (Nečasová, Musil, 2006).

1.3 Postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu

Musil (2004) uvádí, kdy sociální pracovník má celkový nadhled na věc. Poznává možné překážky v oblasti sociální, zdravotní, duchovní, psychiatrické, psychologické, ekonomické aj., které zabraňují klientovi životní situaci zvládat. Pracovník promýšlí i vzájemnou propojenost bariér. Zaměření na propojení různých okolností vyvolává potřebu spolupráce s různými odborníky. Zkušenost a odbornost specialistů umožní proniknout do hloubky problému. Ovšem zaměření na určitý problém brání celkovému pohledu. Celku by se měl věnovat sociální pracovník, aby zkoordinoval a zorganizoval postupně jednotlivé intervence tak, aby cíle pomoci byly co nejefektivnější.

Autor specifikuje zapojení sociálního pracovníka do interdisciplinárního týmu ve spojení s dalšími odbornými pracovníky. Přináší zmapování potřeb a navržení konkrétního postupu s ohledem na aktuální životní situaci. Sociální pracovník má specifické postavení v komplexním pohledu, sběru informací a konzultaci v rámci interdisciplinárního týmu a nastavení plánu péče. Dohled nad postupy sociálního pracovníka spočívá v přínosu dílčích postupů. Včasné a postupné zmapování postupů napomáhá kvalifikovaně vyhodnocovat přínos stanoveného plánu a kvalitu jednotlivých procedur. Je tak možnost včasné úpravy, aby se předešlo negativním dopadům. Dobrým krokem může být i blízký kontakt sociálního pracovníka s nejbližším sociálním okolím klienta (rodina, zaměstnavatel aj.), ke kterým se odborníci v týmu v průběhu péče nemusí střetnout.

Celkově lze podle Musila (2004) shrnout fakt, že sociální pracovníci jsou univerzalisti, kteří nemusí do hloubky rozumět problematice, ale dokáží zajistit a koordinovat služby v sociální sféře. Přednost profese nespočívá pouze v zaměření na sociální práci, ale také sledovat celkové situace, ve kterých se klient nachází. Tyto dvě složky nelze od sebe oddělit.

„Sociální pracovník přináší do týmu svou kvalifikaci pro práci s lidskými vztahy a životními podmínkami, které ovlivňují schopnost nemocných naplňovat své životní cíle a uskutečňovat plány nebo které jim opakovaně způsobují problémy.“ (Probstová in Matoušek, 2005). Specifické postavení sociálního pracovníka spočívá v komplexním pohledu na problém. Samozřejmě se také může věnovat odborné práci s klientem, která spadá do jeho kompetencí,

ale sociální pracovník by měl být v týmu tím, kdo si neustále všímá komplexní situace klienta, má roli pozorovatele celkové situace, kterou mapuje a podává informace ostatním členům týmu, kteří se poté specificky zabývají jednotlivými problémy (Urban in Janebová, 2013). Důležitost sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je zřejmá, stále se však můžeme setkávat především ve zdravotnických zařízeních s neakceptací jeho postavení. Pevné postavení a místo v týmu záleží z velké části na osobnosti a schopnostech sociálního pracovníka. Pro úspěšnou týmovou práci je pro sociálního pracovníka důležité, jak ho vnímají ostatní (Kuzníková, 2011). Sociální pracovník potřebuje ke své práci respekt a sounáležitost s celým profesním týmem. V českém prostředí je běžné, že sociální pracovníci musejí obhajovat svou roli a kompetence (Urban in Janebová, 2013).

1.4 Typologie klientů sociální práce

Sociální pracovník se ve své profesi setkává s různou škálou osob s odlišnými problémy. Základní typologie klientů nám poskytuje náhled, s jakými typy může pracovník pracovat a s jakými vytvořit vztah. Řezníček (1994) definuje vztah paternalistický jako stav pasivního klienta, který poslouchá pouze pokyny pracovníka. Oproti tomu Úlehla (1996) definuje klienta, který si o pomoc požádá. Klient si vyžádá pomoc přímo od sociálního pracovníka či přes jeho nejbližší zdravotní personál, který o něj právě pečuje, nebo sociální pracovník sám využije metodu depistáže a aktivně vyhledává klienty v zařízení.

V nemocničním prostředí můžeme rozdělit klienty na akutně a chronicky nemocné. Akutně nemocný klient pobývá v zařízení pouze krátkodobě, přebírá roli nemocného a je si vědom chvilkového omezení, který se po čase navrátí do běžného stavu a bude moci žít svůj sociální život. Během hospitalizace se klient může potýkat s pocitem smutku odloučení od rodiny, obavy spjaté s důsledkem nemoci a léčbou, krizovou situací. Sociální pracovník zasahuje klienta poskytnutým poradenstvím či postupy krizové intervence (Kuzníková, 2011).

Chronicky nemocní pobývají v zařízení déle, opakovaně i plánovaně. V této fázi se klient musí naučit přijmout svůj zdravotní stav, umět reagovat na symptomy a přizpůsobit se potřebám v souvislosti s onemocněním. Po ukončení nezbytné hospitalizace se navrácí do svého prostředí se znevýhodněním. Možná je postupná progresse a další komplikace. Je nutné pomoci klientům akceptovat zdravotní stav a jejich budoucí normalitu. Cílem je zaměřit se na vnitřní zdroje a zároveň zajistit vnější podporu pro co nejlepší naplnění životní cesty. Velkou spoluprací tvoří multidisciplinární tým při předpokládané další terapii a opakujících hospitalizacích (Kuzníková, 2011).

Znalost jednotlivých onemocnění je jednou z velkých zásad pro vykonávání profese zdravotního sociálního pracovníka. Pracovník je vzdělán v oblasti medicínské terminologie, zná postupy a důsledky nemoci a má pojem o psychickém dopadu na člověka (Kuzníková, 2011).

Nejčastější skupinu klientů v zařízení dle Kuzníkové (2011) tvoří:

Senioři se sníženou soběstačností - komplikace u této skupiny je stav, kdy není možný návrat do svého domácího prostředí a je potřeba zajistit následnou zdravotní péči nebo sociální péči. Občas není řešení ani zajištění pečovatelské služby, a tak pracovník musí hledat další alternativy, např. osobního asistenta. Jedná se o klienty s interními, ortopedickými, nebo neurologickými onemocněními.

Onkologicky nemocní – klienti mohou být hospitalizováni na lůžkách paliativní péče. Toto onemocnění s sebou nese řadu somatických i psychických potíží. Objevují se deprese, strach, zlost, osamocení, bezmoc. Mnoho dalších léčebných terapií, které neprospívají psychickému stavu (Kala, Kubínek, 2000). Proto potřeba sociálního pracovníka na těchto klinikách je velmi potřebná.

Těžce nemocní – následkem úrazu či onemocnění, kde je stanovena špatná prognóza a zdravotní stav, bývá ireverzibilní. Střídají se stavy remise a relapsů. Řadíme sem klienty s renálním selháváním a klienty s AIDS.

Klienti klinik gynekologicko-porodnického a novorozeneckého – hovoříme o opuštěných dětech po porodu, matky samoživitelky, rodičky závislé na návykových látkách, matky s diagnostikovanou laktační psychózou, narozené děti s postižením, úmrtí novorozence...

Dětsí pacienti – sociální pracovníci zasahují u podezření na týrání, zneužívání a zanedbávání, spolupracují s ústavami, dětskými domovy, OSPOD.

Klienti závislý na návykových látkách – detoxikační kliniky, sociální pracovník motivuje klienty v pokračování abstinence a hledání životních hodnot.

Komunita – sociální pracovník se setkává s různými minoritami, cizinci, bezdomovci.

Klienty bez domova – vysoký zdravotní deficit, který je příčinou i důsledkem bezdomovectví; pracovník se snaží motivovat a zmírnit dopady nemoci a zabezpečit následnou péči v sociálních službách.

Klienti poskytující sexuální služby – převážně ženy, sociální pracovník nabízí poradenství v oblasti prevence pohlavně přenosných chorob a poskytuje psychosociální podporu při hledání nového bydlení, komunikaci s úřady atd.

Výše uvedené skupiny jsou specifické, přichází do zařízení s osobním problémem, sdílí své potřeby i bolesti. Proto je nutné umět tyto potřeby rozlišit a najít pro klienta nejlepší východisko.

1.5 Sociální práce se specifickými skupinami

Nemocniční prostředí je jedna z organizací, kde se střetává mnoho různorodých specifických skupin lidí, od dětí po seniory a zároveň s různou problematikou. Proto sociální pracovník ve zdravotnictví musí být široce zaměřen, aby dokázal reagovat na velkou škálu obyvatel.

Nezletilá matka

Mateřské chování je ovlivněno několika faktory. „*Jedná se o vrozený pudový jev mateřského chování, postojů a strategie chování ovlivněné společností, ve které matka žije a individuální specifické rysy zpracování této role.*“ (Vágnerová, 2000, s. 66). Vrozený pudový základ nebývá u nezletilých matek problémem. Problematickou složkou je prostředí, ze kterého budoucí matka pochází. Prostor není vyhovující a bývá důvodem odebrání nezletilé těhotné dívky z rodiny nebo až dítěte nezletilé matce. Vzorce mateřského chování jsou u dívek špatně vybudovány, nebo zcela chybí. Zejména se jedná o matku, která vyrůstala v ústavním zařízení bez mateřského vzoru své matky.

Pokud se v nemocničním prostředí objeví těhotná nezletilá dívka, dostává se do kontaktu se sociálním pracovníkem. Je-li přítomen zákonný zástupce těhotné dívky, spolupráce je navázána nejprve s ním. Dále je kontaktováno Orgán sociálněprávní ochrany dětí. U nezletilé těhotné dívky pod věkovou hranicí 15 let, je přivolán i sociální kurátor magistrátu města. Jelikož se gravidní dívka nachází pod zákonnou věkovou hranicí, její stav bude řešen v rámci trestního řízení společně za spolupráce Policie ČR, jednáno dle trestního zákona č. 40/2009 Sb., Chrenková in Kuzníková (2011) poukazuje na možné komplikace spojené s krátkodobou hospitalizací matky s dítětem. Sociální pracovník nemá dostatek času na podrobnou anamnézu a dalšího řešení. Musí se předpokládat i nedostatečná informovanost od mladé matky, zda si přeje dítě ponechat či zda dát dítě do náhradní péče.

Rok	Počet narozených dětí nezletilým těhotným ženám
2019	616
2020	607
2021	541

Zdroj: <https://www.uzis.cz/res/f/008423/rodnov2016-2021.pdf> (upraveno)

Přístupy sociální práce s nezletilými matkami

V přístupu ke nezletilým těhotným ženám je úkolově orientovaný přístup a systemický nevhodnější variantou. Úkolově orientovaný přístup spočívá v naplánování úkolů a jejich zrealizování. Těhotenství nezletilé ženy je vnímáno jako problém v dostatečné nezralosti, obavy o budoucí starost o dítě. Hlavním úkolem v těhotenství se můžeme zaměřit na pravidelnou lékařskou péči u gynekologa, přípravě na porod (předporodní kurzy) a zároveň kontinuální souběh školní docházky (přichází v úvahu přerušení studia, individuální plán studenta), popřípadě stanovení opatrovníka a vyřešení sociální podpory. Během realizace úkolů je podporou rodina a její okolí. Nezletilá matka je kontrolována, zda tyto náročné úkoly plní správně a pečlivě. Zda je o dítě postaráno v dostatečné míře, aby nestrádalo (kojení a přebalování v intervalech, prohlídky u dětského lékaře apod.). Přístup se zakládá na aktivitě klientky a jejího potencionálu na splnění úkolu, tedy využití jejích silných stránek. Nezletilé těhotné dívky nedokážou problém vyřešit samy, a tak potřebují při plánování pomoc erudovaných osob. Je nutné poukázat na vlastní kapacitu a možnosti, aby byl úkol naplněn. Práce na stavbě společného partnerství s otcem je taktéž důležitou aktivitou. Vedení k samostatnosti v péči o sebe a o dítě zmírňuje závislost na pomáhajících osobách. V úkolově orientovaném přístupu se uzavírá dohoda, která definuje vzájemná práva a povinnosti. Dohoda je motivujícím prvkem, použitím techniky se splní zadaný úkol a následuje odměna. Samozřejmě funguje i opačná varianta, nepoužití techniky se úkol nesplní a nastupuje trest (Kuzníková, 2011).

Systemický přístup s nezletilými těhotnými má kořeny v nedirektivním přístupu a vzájemného vztahu. Důležitým prvkem je komunikace. Komunikace slouží k výměně informací, které dokáží klientce pomoci. Pokud v primárním rodinném prostředí byla komunikace nedostatečná, docházelo ke zkresleným informacím a mylné představě o péči dítěte (Kuzníková, 2011).

Započítáváme i vývojové období nezletilé těhotné matky, která se sama střetává s vývojovými fázemi a změnou sociální role v životě. Při spolupráci se na těhotné nezletilé dívky nahlíží jako na samostatné, kompetentní osoby, které jsou v jistém směru ještě dívkami

a jiném jako dospělé ženy. Odborník pomáhá jako průvodce, který dívky správně informuje a jistým způsobem je směřuje. Podporuje a dává návod, jak má být správnou pečující matkou a působí tak podporujícím efektem. Vzbuzuje se u klientů pocit uvědomění si vlastní zodpovědnosti za sebe a své dítě. Proces uvědomování a pocit zodpovědnosti s poji s kompetentností a aktivitou. Systemický přístup nenalézá příčinu problému (Chrenkova, 2010).

Přístup se zdravotně postiženými osobami

Podle Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením se osobami se zdravotním postižením rozumí „osoby trpící dlouhodobým tělesné, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které ve spojení s různými překážkami může zabránit plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=cs>.

Postižení je jakýkoli narušení stavu těla nebo mysli, která ztěžuje postižené osobě vykonávat určité činnosti (omezení aktivity) a s tím spojenou interakci s okolním světem (Smart, 2018).

Od původního vymezení z roku 1980 se nově neschopnost „disabilita“ definuje jako snížení výkonů vlastních možností. Aktuální definice je „snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, která vzniká, když se člověk se svou zdravotní kondicí setkává s bariérami prostředí“ (Švestková, 2008).

V případě pomoci osobám znevýhodněným a zdravotně postižením je na místě posudkové lékařství, které dle stanovených postupů může osobě nárokovat příspěvek na péči. V souladu se zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění, se provádí posudková činnost pro účely zjištění stupně invalidity, dlouhodobě nepříznivé zdravotního stavu dítěte a s tím spojenou neschopnost výdělečné činnosti, osobu zdravotně znevýhodněnou aj. Dostupné z <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-582#cast2>.

Příspěvek na péči náleží osobám, které jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislé na pomoci jiných fyzických osob, a to v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu, soběstačnost. Příspěvek je poskytován osobě, o kterou je pečováno.

Intervence sociální práce se zdravotně postiženými klienty

Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením hovoří o obecných zásadách

- *respekt k lidské důstojnosti a nezávislosti,*
- *zákaz diskriminace,*
- *plné zapojení do společnosti,*
- *rovnost příležitosti,*
- *přístupnost,*
- *rovnost žen a mužů,*
- *respekt k vyvíjejícím se schopnostem dětí a jejich právu na zachování identity.*

Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/umluva-osn-o-pravech-osob-se-zdravotnim-postizenim>.

Pro správnou sociální praxi Koláčková a Kodymová (2005) in Kuzníková uvádí faktory, které jsou spojené s potřebami v biologické oblasti (zdravotní stav, genetické dispozice), psychologické (osobnost, sebepojetí), sociální (sociální zázemí, společenský postoj, udržování/navazování sociálních vztahů), sociální a veřejnou politiku (dostupnost služeb, politika práce, vzdělání, doprava, bytová politika) a noetické (morální, etické hodnoty, smysluplnost života). Tedy pro dobrou sociální intervenci při práci se zdravotně postiženými je založena na pojetí člověka jako na jedinečnou bytost a následně se přihlíží na stupeň zdravotního postižení. Autorky zmiňují i formu použití jazyka při něhož může docházet ke zkreslování klienta do pasivní oběti, která budí soucit k nedůstojné komunikaci.

Augmentativní a alternativní komunikace (AAK) zahrnuje komunikační metody používané k doplnění nebo nahrazení mluvního nebo psaného projevu pro osoby se zdravotním postižením. Tyto metody se používají v produkci nebo recepci mluveného nebo psaného jazyka, a to jak u osob přechodně postižených, tak i u osob trvalým následkem. Alternativní komunikace představuje systémy plně nahrazující mluvenou řeč a augmentativní komunikace je způsob doplňkové nebo rozšiřující komunikace (Vymazalová, 2012).

Hlavním cílem AAK je minimalizovat možnost vzniku komunikačního deficitu u osob s tělesným či vícečetným postižením. A být tak rovnocennými komunikačními partnery na základě vytvoření podpůrného nebo náhradního komunikačního systému (Bendová, 2013).

Práce s dětmi

Úmluva o právech dítěte definuje stav, kdy „*dítětem se rozumí každá lidská bytost mladší osmnácti let, pokud podle právního řádu, jenž se na dítě vztahuje, není zletilosti dosaženo dříve.*“ *Pomyslná hranice mezi dětstvím a dospělostí je tak Úmluvou definována fakticky stejně jako v Českém právním řádu (k tomu ustanovení § 30 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku), a to i s výhradou dřívějšího nabytí zletilosti, které český občanský zákoník v určitých výjimečných případech také připouští.*“

Základními principy jsou:

- *nejlepší zájem dítěte,*
- *zákaz jakékoliv formy diskriminace dítěte, jeho rodičů nebo zákonných zástupců,*
- *právo na život,*
- *právo vyjádřit svůj názor.*

Dostupné z <https://sancedetem.cz/umluva-o-pravech-ditete-v-souvislostech>.

Ve zdravotnictví se může objevit dítě se syndromem CAN. Úlohou sociální pracovníka je zabránění týrání a okamžité zajištění pomoci. Kontaktování OSPOD a PČR, která již nadále bude pracovat s obětí a pachatelem. Všem odborným pracovníkům je ukládána zákonem ohlašovací povinnost.

Při podezření na zjištění syndromu CAN je nutné dodržovat zásady chování. Sociální pracovník by měl umět naslouchat a pozorovat, neignorovat výroky dítěte. Měl by být trpělivý, pravdomluvný a sdělit i překážky, na které není „expertem“, nerozebírat do hloubky případ a neponižovat osobnost pachatele.

S vyvíjející dobou se nesmí opomenout ani cyber prostor, díky nové morbiditě se objevují nová rizika, na které musí odborní pracovník umět zareagovat.

Dítě se zdravotním postižením

Postižení vyžaduje velkou míru individuální péče. Je nutné podpořit rodinu, aby léčbu dítěte zvládli, co nejlépe. Závažnost postižení dítěte je zapotřebí zvážit, zda vůbec jsou rodiče schopni zajistit péči. Zda se chtějí rodiče o postižené dítě starat a umět ho milovat. Pokud by dítě mělo být obstaráváno v jiné péči než domácí, měl by sociální pracovník zajistit kvalitní místo specifikované na potřeby dítěte a jeho nemoci. V opačném případě, jestli by dítě zůstalo v domácí péči, sociální pracovník může pomoci zajistit kromě sociálních dávek i asistenční

služby, poradenskou službu či psychologickou péči. Důležitá je i respitní péče, aby rodina mohla načerpat síly pro nepřetržitou péči o své dítě (Kuzníková, 2011).

Nezájem o dítě

Kuzníková (2011) ve své publikaci uvádí klasifikování nezájem o dítě.

Absolutní nezájem o dítě – kdy po dobu 2 měsíců od porození dítěte rodiče nejeví zájem. Po ukončení šestinedělí může matka dát dítě k adopci.

Opravdový nezájem o dítě – kdy po dobu 6 měsíců rodiče neprojevují zájem o dítě.

V krajních možnostech lze dítě anonymně umístit do baby-boxu, kde se o něj postará zdravotnický personál.

Sociální pracovník v těchto případech řeší umístění dětí do kojeneckých ústavů či dětských center. Podněcuje spolupráci při osvojení dítěte a spolupracuje s dalšími orgány.

Smrt dítěte

Onemocní-li či odejde-li dítě ze života rodiny, nastává velké utrpení. Sociální pracovník by měl projevit empatii, soucit a umět provázet rodinu s odchodem dítěte. S rodičem, ale i umírajícím dítětem, je třeba mluvit otevře a popravdě. S ohledem na věk umírajícího dítěte je třeba připravit rodiče na „odchod“. Pokud to situace dovolí, umírající dítě by mělo v klidu odejít ve svém domácím prostředí (prostředí jeho blízkém) a v okruhu své rodiny. Bolest naše s nastávajícím odchodem by neměla být bolestí dítěte, které potřebuje podporu a bolest vnímá (Kuzníková, 2011).

Sociální práce s etnickými menšinami

Pohledem sociální práce je etnická menšina skupinou příslušných osob, která se dostala do pozice znevýhodněné v důsledku předsudku většiny na jejich kulturní odlišnosti (Navrátil, 2003).

Navrátil (2003) dodává, že příslušníci etnik jsou v rozporu, neboť na jedné straně usilují o přijetí většinovou dominantní populací a zároveň na druhou stranu se však obávají odloučit svou vlastní etnickou identitu. Kuzníková (2011) hovoří o sociální práci ve zdravotnictví, kdy sociální pracovník může aplikovat antiopresivní přístup, který je vzhledem ke svému postavení jako nejlépe vyhovující.

1.6 Vztah klienta a sociálního pracovníka

Kopřiva (2013) vymezuje důležitý aspekt v pomocných profesích. Tím je vztah mezi pracovníkem a klientem. Sociální pracovník si s klientem nachází ve vzájemném závislém postavení. Klient potřebuje najít u sociálního pracovníka přijetí, porozumění a pocit sounáležitosti. Pro klienta je hlavní nalézt důvěru a pocit bezpečí.

Matoušek (2013) popisuje kvalitu vztahu, která se odráží v různých formách. Jako je respekt ke klientovi důstojnosti, zároveň pocit moci mezi klientem a sociálním pracovníkem, ochotnou spolupráci pracovníka na problému, pochopení a vyhodnocení potřeb klienta, respektovat nezávislost klienta a probudit samostatnou klientovu odpovědnost.

Venglářová (2008) představuje několik aspektů podporujících profesní ve vztahu pracovníka a klienta.

1. Respekt – Pro spolupráci je nutné oboustranné uznání. Pracovník by měl klienta respektovat. Je třeba porozumět motivům, ale i bariérám v životních fázích klienta. Pracovník i klient mohou mít různý pohled a stanovené odlišné hodnotové systémy. Pracovník by měl jednat s respektem a snažit se situace pochopit.
2. Dobrý úmysl – ubezpečit se, zda práce, kterou vykonává, je podložena dobrým úmyslem a v zájmu klienta. Pracovník koordinuje očekávání klienta. Pokud by došlo k porušení stanoveného závazku, mohlo by to narušit důvěru v klientovi.
3. Flexibilita – Pracovník se flexibilně reaguje na klientovu potřebu a vzájemně spolupracují na řešení aktuální situaci.
4. Důvěra – Podstata nastavené důvěry a hromadná spolupráce spočívá ve vhodném zacházení s informacemi.
5. Partnerství – V praxi pracovník a spolu s klientem vytváří plán spolupráce. Dohromady vyhledávají příčiny vzniku problémů a jejich možná řešení. Partnerství představuje ve vztahu možnost zúčastněným stranám přinášet svá hlediska, nápady a možnosti řešení.

Dle Kopřivy je ve vztahu klienta a pracovníka důležitá role moci. Klient už tím, že jde za pracovníkem pro radu či pomoc, naznačuje, že je v jisté míře bezmocný. Na druhé straně pracovník je už do jisté míry mocný tím, že klientovi pomáhá. Moc pracovníka může být vymezena zákonem, organizačním řádem či nepsanými předpisy platnými celospolečensky (Kopřiva, 2013).

Dle Kopřivy (2013) jsou ve vztahu mezi pracovníkem a klientem dány hranice, které určují, jaké jsou povinnosti pracovníka a jaké klienta. Každý subjekt ve vztahu může rozdělení kompetencí mít rozdílné, ale po čase se vytvoří společný model.

2 Metody v sociální práci

Využití metod a aplikace technik jsou z jedné nejzásadnější činností sociálního pracovníka. Použitím správné metody ke specifickému problému klienta dokáže zmírnit dopady nepříznivé situace. Proto působením právě techniky hraje roli při pomoci k odvrácení nepříjemné situace.

2.1 Případová práce

Případová práce vychází z předpokladu, že jedinec v porovnání s okolím je na prvním místě. Je postaven nad zájmy institucí či hmotné hodnoty (Sheafor, Horejsi, Horejsi in Matoušek, 2004). Přístupujeme k němu s úctou a péčí. Klient si sám rozhodne svou realizaci, zda nabízených možností využije či ne. Případová práce si zakládá na postavení a síle klienta. Pracovník klientovi pomáhá v orientaci a hodnotí možnosti řešení v dané situaci. Obecně se zaměřuje na zdravé a prospěšné stránky osobnosti. Problém by mohl nastat, kdyby se pracovník zaměřil pouze na bezmocnost a posiloval tak nutnost pomoci. Patologie by se tak prohlubovala a nemoc by sílila. V tomto momentu je potřeba objevovat nové způsoby řešení, mít odlišný úhel pohledu. Jeden z postupů v případové práci klasifikuje Woodsová a Hollisová (1990) poskytnutí emoční podpory, vyjádření problémů a pocitů, napřímo ovlivnit klienta – poradit, intervenovat, zajistit jinou službu, reflexe motivů, osobního vývoje. Praktická stránka napomáhá v klinické praxi k řešení záležitostí, které mají negativní dopad a napomáhá k samotnému pochopení klienta i jeho blízkým. Těžkým krokem pro pracovníka je doprovodit klienta k přijetí navrhovaného řešení, či navrhované služby.

Případová práce vychází z principu, kde hodnotový systém klienta je postaven na vrcholu a je nadřazen nad ostatními zájmy. Metoda případové práce se opírá o teorie socializace, vnímání menších skupin, ale čerpá i z biologie. Případová práce vychází i z podstaty teorie rolí. Jedinec je brán jako individuum bez kulturního prostředí, kde mu jsou přidělovány role, které mají vliv na jeho chování. Zájem sociálního pracovníka bývá v kontextu s prostředím, ve kterém jedinec žije a se kterými institucemi spolupracuje (Matoušek, 2003).

Klient od sociálního pracovníka dostává informace, která jsou srozumitelná a které potřebuje ke svému zlepšení. V tomto případě je sociální intervence prováděna sociálním pracovníkem. Je vypracován individuální plán, kde kromě zakázky od klienta, sociální pracovník mapuje služby, které klient využívá nebo by mohl využívat. Díky individuálnímu plánu lze pozorovat rozvoj klienta a vyhodnotit výsledky případové práce (Matoušek, 2003).

Havránková (2003) vychází z tvrzení, že případová práce hodnotí kvalitu života klienta, která je nadřazena i nad zájmy institucí. Podle této metody má klient právo na pečlivou péči, důstojné zacházení, jednání s respektem a možnost vyjádření své individuality. Obecně případová práce podporuje silné stránky člověka, ve smyslu rozvíjení podpory v sebedůvěře, pochopení dostupných zdrojů péče, samostatnosti atd. V celkovém procesu případové práce je důležitý vztah klienta a sociálního pracovníka postavený na důvěře. Problematické oblasti jsou celkově řešeny, a to ve sféře mezilidských, rodinných, intrapsychických i problémy vycházející z prostředí.

2.2 Komunikace s klientem

Pro potřebu vytvoření dobrého vztahu s klientem je důležité umět komunikovat. Vést plnohodnotný rozhovor, abychom získali potřebné informace. Při rozhovoru sdílíme pocity a vytváříme pomyslnou lávku mezi dvěma komunikujícími osobami.

Dobrá mezilidská komunikace je základem pro práci v sociální oblasti. Proto komunikační dovednosti pracovníků jsou oblastí zájmu různých kurzů, školení a vzdělávacího prvku. Ke zlepšení výuky v komunikaci je i například použití realistické syntézy. Jedna z metod, která se snaží vysvětlit a pochopit, do jaké míry a proč vzdělávací intervence zaměřené na výuku na komunikační dovednost přináší pokroky pro potřebu k práci sociálního pracovníka. <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-02125-w>

Technika rozhovoru

„Rozhovor je dorozumívání dvou nebo více osob, sdělování a sdílení pocitů, názorů, zkušeností nebo nadějí. Rozhovor vytváří most, po němž se k sobě dostávají někdy zcela rozdílné světy zúčastněných. Jde o to, aby komunikující lidé. Rozhovor je dialog sloužící k dorozumívání za pomoci slov. jeden druhého pochopili, přijali, podepřeli nebo si navzájem poskytli zpětnou vazbu, radu nebo inspiraci.“ (Matoušek a kol., 2003, s. 75-76).

Matoušek (2003) uvádí, že rozhovor v sociální práci směřuje k formulaci klientových potřeb, zjištění případných zdrojů, ze kterých je možno čerpat ke zlepšení klientovy situace.

Definuje, co klient je a není ochoten přijmout. Pomocí rozhovoru se mezi pracovníkem a klientem vytváří vztah, který má vést ke změně. Je zapotřebí, aby sociální pracovník správně rozpoznával potřeby klienta, naslouchal jim a správně porozuměl.

Technika aktivního naslouchání

Technika aktivního naslouchání podle Matouška (2003) má základy v objasňování, parafrázování, reflektování a závěrem shrnutí poznatků. Touto technikou se klient povzbuzuje ke komunikaci tím, že se dává najevo zájem ze stran posluchače. Tím, jak se techniky několikrát opakují ubezpečují klienta o náklonosti sociálního pracovníka.

2.3 Poradenství

„Poradenství je aplikovaná teoretická i praktická disciplína, která vznikla z potřeby pomáhat lidem v nesnázích a která se zabývá závažnými lidskými problémy. Jedná se o zaměřený řízený proces, ve kterém poradce provádí normální jedince (tj. nikoliv duševně nemocné) při řešení aktuálního problému, hledání a dosahování osobních cílů či pro efektivnější využívání vlastních možností. Z toho vyplývá definice poradenství jako odborná pomoci lidem v osobních i meziosobních (sociálních) problémech“. (Drapela, in Hadj-Mousová, 2002, s. 3)

Sociální poradenství je ukotveno v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších novelizací. V rámci tohoto zákona je rozděleno na základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Dle zákona o sociálních službách má každá osoba nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo předcházení jejího důsledku. Základní sociální poradenství je ze základních činností při poskytování sociálních služeb v to i nemocničním zařízení. Sociální poradenství je rovněž základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství je pak dle zákona o sociálních službách poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin a jednotlivců v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Kalvoda.pdf/a9dd8a0e-b886-cc47-724a-05bdd175e2d1>.

Obecně sociální poradenství usiluje o aktivní přístup klienta, který nyní řeší sociální kolizi. Cílem sociálního poradenství je eliminace nebo zmírnění negativních návyků či změny chování, tak aby se klient mohl začlenit do společnosti. Cílovou skupinou jsou lidé, kteří za pomoci a podpory poradce, dokáží samostatně zvládnout situaci a přebírají nad ní kontrolu. Jsou odpovědi za své jednání, a to následně pomůže ke začlenění zpět do prostředí. Sociální poradenství klade důraz na širší pohled na jedince jako na individuální osobnost a prostředí, ze kterého pochází. Tento druh poradenství napomáhá řešit obtížnou sociální situaci. Pomoc je poskytována souborem činností od poradce, který se snaží zmírnit důsledky sociální situace klienta a zároveň pomáhá odstranit příčiny a důsledky sociální kolize. Dalším spektrem možností je i poskytnutí informací umožňující přehled v možnosti řešení tíživých sociálních událostí (Schavel, 2013).

Autor také zmiňuje sociální oblasti, kde se sociální poradenství poskytuje:

- v oblasti sociálně patologických jevů,
- poradenství pro seniory v zájmu kvality života,
- sociálně-právní ochrany dětí a sociální kurately,
- finanční obtíže hraničí s chudobou, nezaměstnanost,
- zdravotní obtíže, zdravotní postižení.

3 Metody sociální práce ve zdravotnictví

V kapitole metody sociální práce ve zdravotnictví je popisováno, kterým konkrétním metodám sociální práce se dá ve zdravotnictví věnovat. I když sociální práce nabízí mnoho konkrétních metod a technik, kterými si mohou sociální pracovníci inspirovat, ve zdravotnickém prostředí je výběr značně omezen. Důraz se klade na rychlou sanaci klienta a k té je zapotřebí zjistit co nejvíce informací. Metody, jimž se tato kapitole věnuje jsou například sociální práce s jednotlivcem, rodinou, skupinou atd.

Vurm (2007) zmiňuje základní princip, a to kde se poskytuje zdravotní péče, musí být zároveň poskytnuta i péče sociální.

Termín veřejné zdraví vychází z teoretické koncepce sociálního lékařství. Cílem ve snaze dosažení co nejlepšího zdraví je použití normativních, organizačních, technických a politických vlivů (Mareš, Hodačová, Býma, 2009).

Propojení zdravotní a sociální problematiky, řešení a navrhování sociální péče pro zdravotní politiku státu usiluje sociální lékařství. Výzkumy v sociálních determinantech zdraví popisují zdravotní problematiku velkých populací a komunit. Sociální rozdíly z analýz ve vztahu ke zdravotní situaci jedinců lze považovat z pohledu sociální práce jako zdroje dat pro depistáž potencionálních klientů (Kuzníková, 2011).

Janečková, Hnilicová (2009) uvádí potřebu péče pro sociální skupiny se špatným zdravotním stavem, kteří mají ztížený přístup ke zdravotní péči. Mareš (2005) reaguje na tento paradox, kdy rozdíly ve zdravotním stavu jedinců není možné přisuzovat pouze sociálně-ekonomickému hledisku, ale tyto lidé bývají znevýhodněni škálou rizikových faktorů, které jsou společně zapříčiněním zdraví. Rizikovými faktory jsou myšleny jak biomedicinské, psychologické, behaviorální, enviromentální. Tedy takové rizikové chování (promiskuita, alkohol, závislost na návykových látkách, deprese, špatné sociální vztahy, nízká sociální podpora aj.)

3.1 Sociální práce s jednotlivci

Jako výchozí metodu ve zdravotnictví považuje Kuzníková (2011) **sociální práci s jednotlivci**. Ta je prvopočátkem pro sběr anamnestických informací. Zjišťuje se sociální i rodinné zázemí klienta. Na základě sdělených informací může sociální pracovník zvolit sociální práci s rodinou, která má podpůrný efekt v rodinném systému na překonání závažných situacích. Sociální pracovník se zaměřuje na komunikační styl, jak funguje vzájemná podpora a jak nemoc ovlivnila stav rodiny. Sociální práce s rodinou má klíčovou úlohu v práci s dětmi a dospívajícími.

První kontakt začíná sociální pracovník se seznámením zdravotní dokumentací pacienta (chorobopisem). Zná anamnézu klienta, se kterou je hospitalizován, hodnocení lékaře a obstaranou péči ošetřovatelského personálu. Řezníček (1994) popisuje první kontakt, při kterém sociální pracovník nastavuje vztah, tedy je zásadní pro navázání důvěry, zájmu a má za úkol zjistit přání klienta. Při rozhovoru není uměním jen hovořit, ale také umět naslouchat. Aktivní naslouchání je tvořeno třemi oblastmi: řečí – verbální projev; neverbální projev; činy – kdo co dělá, jak se chová. Povinností sociálního pracovníka má být vytvoření důvěrného vztahu a nalézt a navrhnout možnosti řešení (Křivohlavý, 1997).

Rogersovský přístup – orientace na klienta

Carl Rogers je hlavní protagonista nedirektivní psychoterapie a přístupem orientovaného na klienta. Metoda orientovaného přístupu sociální pracovník může využít při velmi tíživých situacích nedobrovolných, odmítavých, agresivních, pasivních klientů i třeba klientů se zhoršenou komunikační schopností (Jesenský, 1995).

Navrátil (2000) uvádí, že terapeutický vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem je na bázi kongruence a opravdovosti, akceptace a bezpodmíněnosti, empatie.

Úkolově orientovaný přístup

Model aplikace byl testován a zkoumán na různých typech problémů. U nás však není hojně využíván. Pomáhá lidem s omezenými limity, kteří mají potíže s verbálním projevem. Opodstatnění má v krátkodobé spolupráci s klientem, který je pozitivně naladěný a samostatný. Výsledkem je dosažení výsledků v rychlém čase, orientace klienta na problém s dobrým základem pro opakovaný výskyt téhož problému (Kuzníková, 2011).

Systemická práce s jednotlivcem

Systemická práce se využívá u klientů, kteří žijí samostatně. Jejich rodinné vztahy jsou natolik konfliktní, že spolupráce s rodinou není možná. Myslíme tím především děti a adolescenty, nebo klienty, kteří preferují individuální spolupráci (Kuzníková, 2011).

Projevy onemocnění mají dopad nejen na zdravotní, ale také na psychickou a sociální stránku člověka. Zjištěním problému je zapotřebí zkoordinovat mezioborovou spolupráci zdravotnického týmu. (Jaorošová, 2000).

Pomáhající profese volí holistický přístup ke klientovi. Celkový pohled odráží prožívání jednotlivce, na něhož působí řada negativních faktorů v nemocničním prostředí. Identifikace potřeb, včetně těch sociálních, je hlavním úkolem všech zainteresovaných osob. Rizikem u klientů s řečovým omezením může být i nedostatečná identifikace sociálních problémů. Lékařský či ošetrovatelský personál nemusí tento problém odhalit. Bylo by vhodné, aby při těchto zjevných potížích byl přivolán sociální pracovník a mohlo se tak předcházet dalším komplikacím. Sociální pracovník může zmapovat klientovo sociální prostředí a přijít na zanedbání své vlastní osoby. Zájmy klienta jsou na prvním místě, jak u zdravotnického personálu, tak i sociálního pracovníka. Orientace v humanitní sféře, a to především v sociální, může další osoby v multidisciplinárním týmu obohatit. Proto sociální pracovníci jsou nedílnou součástí týmu,

jejich hloubkové sociální znalosti a zaměřenost v medicínském oboru pomáhá klientům od jejich přijetí po propuštění až po možné terminální fáze života (Kuzníková, 2011).

3.2 Sociální práce s rodinou

Metoda sociální práce s rodinou má i užití ve zdravotních zařízeních. Ve své praxi v ústavních zařízeních (kojeneckých ústavech, dětských domovech, dětských center, případně i psychiatrických zařízeních) se sociální pracovník setkává s rodinnou problematikou. Sociální zázemí, různorodost a přístup rodin musí sociální pracovník důkladně prošetřit, aby při případném návratu klienta z prostředí nemocnice bylo o něj dobře postaráno. Sociální pracovník zná novodobost trendů dnešní sociální sféry. Vysoká míra konfliktních vztahů rodičů, zvýšený počet matek samoživitelek, vyšší věk prvorodiček, stárnutí populace a nízká natalita (Kuzníková, 2011).

Rodinu lze definovat podle Giddens (1999) z pohledu různých disciplín. Při definici rodiny musí být splněna podmínka dvou generací. Rodinu tedy můžeme považovat za sociální instituci složenou z rodičů a dětí, tedy existence dvou generací. Rodina se zakládá narozením dítěte či vstupem dítěte do rodiny v případě náhradní rodinné péče. Rodičovství ustavuje postavením rodiny.

Klasické vymezení rodiny pracuje s užší/tradiční a širší pojetím. Užší nebo také tradičnější pojetí chápe rodinu jako „skupinu lidí spojených pokrevními nebo právními svazky (sňatek, adopce)“. Širší pojetí pojímá rodinu jako skupinu lidí, která se jako rodina vymezuje na základě vzájemné náklonnosti (Matoušek, 2008).

Cílem poskytnutí sociální práce ve zdravotnictví je snížení nebo zmírnění důsledků onemocnění. Spolupráce s rodinou klienta má primární zastoupení v jeho uzdravení a jsou klíčovým zdrojem informací. (Weinfurterová, 2006). Spolupráce může mít různé podoby. Práce s širší vymezuje práci s vrstvou rodiny, celou rodinou, pouze dvojice (rodič-dítě). Sociální pracovník pracuje s celou rodinou jen zřídka, tento druh spolupráce by bylo možné aplikovat například u hromadných katastrof. Při takto závažných situacích se spolupráce s rodinou odvíjí od zdravotního stavu postižených členů. Prioritně je zabezpečit biologické a psychické potřeby, kdy postižení rodič nemůže tyto potřeby zajistit. Dle akutního zdravotního stavu nevykonává výchovnou funkci a musí se zkontaktovat příslušné orgány (OSPOD).

Matka a dítě jsou nejčastějšími klienty sociálních pracovníků. Na konkrétní situaci sociální pracovník dokáže reagovat. V případě matek samoživitelek se jedná o pomoc a informace

v poskytnutí sociálních dávek. Práce o zajištění nezaopatřených dětí, jejichž matky se rozhodly dát dítě k adopci, nebo ho opustily (Kuzníková, 2011).

V potaz bereme i nemocné seniory, o které je potřeba se postarat. Akutní či chronické postižení má další návaznost v poskytované pomoci. Hovoříme o zdravotních stavech, která vyžaduje spolupráci rodiny – zajištění domácí péče nebo ústavního zařízení.

Zaměřenost budí především nemocný nezletilý klient, společně v kombinaci s nespolupracujícími rodiči, kteří odmítají léčbu, nedostavují se na sjednané vyšetření. V tuto chvíli je sociální pracovník koordinátor mezi zdravotním zařízením, ve kterém má být dítě vyšetřeno a orgány zajišťující ochranu dítěte. (Trávníčková in Kuzníková, 2011). Role sociálního pracovníka zastává funkci poradce v poskytování sociálněprávního poradenství, koordinátora služeb nynějších i navazujících i prostředníka mezi rodinou nemocného, odborníky, dalšími institucemi.

Pro využití ve zdravotnictví se jako nejvhodnější přístupy jeví **Systemický přístup** a **Antiopresivní přístup (AOP)**.

Systemický přístup si zakládá na interakcích v klientově prostředí. Sociální pracovník je vtažen do systému, v němž je hlavním hybatelem komunikace. Nehledají se příčiny vyskytlého problému. Předpokládá se, že důvodem jsou špatné vztahy s okolím. Problémem je systém, do kterého aktivně přispívá každý, koho se dotýká. Cílem je vměstnat každého z okolí problému a společně s klientem a nalézt postupy řešení. Klient je vnímán jako samostatný, kompetentní člověk, zodpovědný za své činy (Gjuričová, Kubička 2003).

Antiopresivní přístup je antidiskriminačním postupem zaměřeným na znevýhodněné a utlačované skupiny obyvatel. Jedná se o větší systém, který umocňuje a privileguje skupiny a zároveň tak znevýhodňuje osoby, pro které jsou podmínky nerovné a tyto skupiny diskriminuje. Přístup se soustředí na vytváření rovnosti a struktury systémů rovné pro všechny členy obyvatelstva (Baines, 2017).

Zásadním úkolem sociálního pracovníka je pokusit se odstranit diskriminaci a dodržovat zásady spravedlnosti. Za rysy spravedlivého jednání se dá považovat takové chování, které je dle práva. Člověk má právo na rovnost, s tím, že je akceptována jeho individuální potřeba. Je spoluúčastníkem na řešení svých problémů. Ve zdravotnictví můžeme antiopresivní přístup chápat jako utlačování nemocných a zdravých (disabilizmus), postavení žen a mužů (gender), věk (ageizmus) (Navrátil, 2001).

Ve výše zmíněných přístupech zastává sociální pracovník klíčovou funkci na řešení klientových obtíží. Obecně při práci s rodinou je upřednostněno klientovo přání vrátit se zpět do domácího prostředí před umístěním do ústavního zařízení. Posiluje se aktivní účast klienta, zachovává se respekt a jedinečnost osobnosti (Kuzníková, 2011).

3.3 Sociální práce se skupinami

Skupina má stanovené dlouhodobé i krátkodobé cíle. Ve skupině mají jedinci jednak společné cíle, ale i individuální. Cíle si formuluje skupina sama podle svého zaměření a složení. Jedná se o vzájemnou podporu, poskytování informací, osobní růst, odstranění chorobných příznaků a přípravu návratu do běžného života. Ve skupině se jedinci snaží o pochopení vlastních maladaptivních vzorců chování, které jsou krokem k následné změně ve v dobré sociální adaptaci (Kratochvíl, 1995),

Sociální práce se skupinami se zabývá pomocí lidem ve skupině, aby měli stejná práva a příležitosti, i když pocházejí z různých kulturních i zcela odlišných prostředí (Sullivan, Mitchel, Goodman, Lang, Mesburg, 2002).

V ČR sociální práce ve zdravotnictví není využívanou metodou v porovnání se zahraničními státy. Příkladem jsou aktivizace klientů v rozvoji sociálních dovedností u dlouhodobě hospitalizovaných, debaty a plánování propuštění. Vzájemné podpory rodičů dětí s handicapem, či obecně klientů a rodiny s neurologicky progresivní chorobou nebo onkologickým onemocněním (Beder, 2006).

Za sociální práci se skupinami Kuzníková (2011) zmiňuje svépomocné skupiny různých organizací:

- A kluby (anonymní alkoholici),
- svépomocné skupiny pro onkologicky nemocné ženy po ablaci prsu a pohlavních orgánů (onkoamazonky), osob s poruchou příjmu potravy (Anabell), osoby po poškození mozku (Cerebrum) a další.

Svépomocné skupiny jsou zdrojem podpory v předávání zkušeností s lidmi se stejnými obtížemi. Skupinová práce je žádána, ovšem rozvoj svépomocných skupin se potýká s nedostatečnou nabídkou ze stran odborníků. Kompetentní sociální pracovníci mohou rozvíjet svépomocné skupiny, poskytnout emoční podporu, zprostředkovat své zkušenosti ostatním a edukovat v oblasti sociální pomoci. Nedostatečné a včasné podpory může být prohloubení psychické zátěže spojenou s onemocněním a člověku nezbyde nic jiného než využít podporu

v blízké rodině, která bývá neprofesionální a laická nebo vyhledání amatérské pomoci a online rad (Kuzníková, 2011).

Metody jsou vhodné pro klienty bez agresivních projevů chování, spolupracující se společenským zájmem s diagnostikovanou nemocí. Jsou vhodné pro samotné klienty a jejich blízkého rodinného kruhu. Skupinová práce není vhodná pro osoby s poruchou autistického spektra a psychopatických klientů (Kuzníková, 2011).

Yalom (1975) zmiňuje fáze skupinové dynamiky. V počáteční fázi jsou účastníci váhaví, zmatení a závislí na vedoucím skupiny. Vyhledávají rady, mají strach z otevřenosti se vystavit ke skupině. Druhou fází vyplouvají negativní pocity, mohou nastat konflikty. Poslední fází je vývoj koheze, která je nezbytná pro efektivní fungování ve skupině. V tomto závěrečném stavu je skupina plně fungující, roste vzájemná důvěra a podpora mezi členy.

3.4 Komunitní práce

Komunita je organizovaná skupina znevýhodněných. Podle Musil (2004) je zapotřebí profesionálního působení komunitního pracovníka, který podněcuje spontánní potřebu klientů sdružit se. Komunitní pracovníci podporují přechod od znevýhodněných klientů k organizované komunitě zájmů.

Komunita sdružuje otázky identity, sociálního vyloučení, odlišnosti v různých potřebách zapojených více členů. Myšlenka komunitní práce spočívá v modernizaci a přizpůsobení se potřebám ve prospěch všech zúčastněných (Sathyamurthi, 2017).

Role sociálního pracovníka v komunitní práci má snahu zařadit komunitu do sociální a zdravotní oblasti, kde se snaží respektovat potřeby člověka a zároveň organizovat sociální a zdravotní služby v komunitě. Cílem je snaha o zapojení jedinců do procesů změn. V procesu komunitní práce sociální pracovník je schopen posoudit problematiku z praktického hlediska i zkušeností. Výhodou sociálního pracovníka je jeho angažovanost a osobnostní rysy (Kinkor in Matoušek, 2003).

Komunitní práce je dlouhodobý proces a má své fáze, který sociální pracovník zná a umí s nimi pracovat. Matoušek (2013) dělí fáze na:

Zjišťování a analýza potřeb, kde se používá jako nejčastější SWOT analýza a vytvoří se mapa problémů nebo tzv. expertní revize problémového pole.

Plánování, které jasně definuje cíle, zajistí zdroje, vyspecifikuje skupinu obyvatel, popíše jednotlivé kroky.

Realizace (implementace), během které může dojít ke změnám, úpravám při nedostatcích. Vyhodnocení (evaluace) je poslední fází, která vede z poučení chyb, zhodnotí celkový proces a využijí se poznatky k budoucím projektům.

Znakem pro práci s komunitou je to, že prospívá většímu rozsahu lidí. Pracuje se jak se státními orgány, tak s občany a samotnou komunitou. Sociální pracovníci představují iniciační prvek pro změnu. Důležitá je znalost daného prostředí a institucí (Řezníček, 1994).

Hlavním znakem komunitní práce dle Matouška (2013) je participace členů při změně, rovnoměrné rozložení sil, vzájemná solidarita, sounáležitost a snaha budování komunity. Vytvoření udržitelné komunity je cílem komunitní práce.

3.5 Krizová intervence

Krizová intervence je klasifikována jako odborná metoda práce s klientem, kdy klient subjektivně prožívá situaci jako zátěžovou a pro sebe ohrožující. Pomoc v krizové intervenci spočívá v zpřehlednění aktuálního prožitku klienta. Cílem je využít potenciál klienta ve prospěch řešení krize, která se zaměřuje na konkrétní překážky (Vodáčková, 2012).

„Krizovou intervencí můžeme vymezit jako specializovanou pomoc osobám, které se ocitly v krizi. Tvoří ji různé formy pomoci, které mají za úkol vrátit jedince i jeho psychickou rovnováhu, narušenou kritickou životní událostí. Krizová pomoc zahrnuje především pomoc psychologickou, lékařskou, sociální a právní“ (Špatenková, 2004).

Krizová intervence v nemocničním prostředí je odborná psychická pomoc poskytovaná sekundárně zasaženým osobám, při níž dochází s přímým kontaktem se zdravotnickým interventem. Základní opatření poskytnutá osobám blízkým klienta nebo pozůstalým, kteří vykazují symptomy akutní stresové reakce. Podpora je zaměřená na zmírnění akutních obtíží osob v náročných životních situacích, zpravidla v krátkém časovém horizontu od vzniku události. Dle potřeby může navazovat psychologická, psychiatrická, psychoterapeutická péče. Cílem je poskytovat psychickou podporu při umírání a smrti, pomoc v první fázi zármutku a truchlení, pacientům, rodinám, osobám blízkým. Dostupné z: <https://www.nempk.cz/informace/tym-peeru-a-krizovych-interventu>.

Nejčastější typy zatěžujících událostí

Náhlá úmrtí dítěte/dospělého, úmrtí rodičky, porod mrtvého plodu, traumatická úmrtí dětí, sebevražedné pokusy, dopravní nehody s úmrtím, podpora rodiny pacienta v kritickém stavu, neúspěšná laická první pomoc, podpora po sdělení infaustní prognózy pacientovi/osobě blízké a jiné. Dostupné z <https://www.nempk.cz/informace/tym-peeru-a-krizovych-interventu>.

4 Zdraví

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR ve své Národní strategii rozvoje sociálních služeb na rok 2016-2025 pojednává o koncepci deinstitucionalizace a zajištění systému zdravotní a sociální péče na dlouhodobou starost o seniory v jejich domácím prostředí. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/577769/NSRSS.pdf>.

Bude nutné zřídit další profese jako je komunitní pracovník. Prováže se spolupráce mezi klientem, odborníkem i obcí a zefektivní se poskytovaná služba.

4.1 Psychosociální aspekty zdraví

Zdraví je podle definice Světové zdravotnické organizace „stav tělesné, duševní a sociální pohody, nikoli pouhé nepřítomnosti nemoci nebo vady“ Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/949>.

Biomedicínský model zdraví udává role příznaků symptomů nemoci, diagnostická kritéria, dostupnost diagnózy a navrhovanou vhodnou léčebnou terapii. Pojetí vychází z běžné klinické praxe. K účinnému, humánnímu i hospodárně účinnému vlivu je zapotřebí zvládat zdravotní obtíže a překročit hranice biomedicínského modelu zdraví. Osvojit si péči o vlastní zdraví a zakomponovat ho do širšího ekologického a sociálního světa. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/850-podpora-zdravi>.

Ekologicko sociální model se orientuje na jedince a zároveň se na něj pohlíží jako na člena sociální skupiny (rodiny, zaměstnání...). Vnímání sociální charakteristiky zdraví, a to věku, vzdělání apod. Pozornost je zaměřená na objektivitu i subjektivní stránku zdraví, vztahu k jednání lidí, ale i vědomí vlastní důstojnosti, pocit sounáležitosti. Respekt ke skutečnosti příznivě ovlivňuje škálu metod péči o vlastní zdraví. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/850-podpora-zdravi>.

Podle další definice dle Holčíka (dostupné z: http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php) je zdraví chápáno jako dělení na zdraví duševní, tělesné a sociální.

Duševní zdraví nebo také psychologické zdraví zahrnuje emocionální zdraví, vztah k intelektuálním schopnostem a subjektivnímu hodnocení vlastního zdravotního stavu. V nábožensky orientovaných zemích je vnímáno duchovní zdraví, jehož význam a orientace nabývá z historického, geografického, sociálního i etnického hlediska.

Tělesné zdraví souvisí s nepřítomností nemoci nebo vady. Znamená to udržení fyziologických funkcí orgánů, biologickou integritu jedince jako celku a nenarušení tělesných funkcí (např. chůze, běžné úkony každodenní činnosti).

Sociální zdraví má základ v dobrých sociálních kontaktech, rozvíjení mezilidských vztahů a zvládnutí sociální role. Sociální pozice lidí a s tím spjaté okolnosti předznamenávají riziko nemocí a jejich skutečný výskyt, možnosti diagnostiky, léčby a rekonvalescence. Příkré sociální rozdíly bývají doprovázeny zdravotními rozdíly a může nastat fakt, kdy se zhorší zdravotní stav nižších sociálních vrstev a může tak ohrožovat i vrstvy majetnější.

Sociální determinanty zdraví jsou garantem dobrého sociálního zdraví: *Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/850-podpora-zdravi>*

1. Zdraví je spjato sociálním gradientem.
2. Stres výrazně poškozuje zdraví.
3. Zdravotní a sociální podmínky v dětském věku ovlivňují další zdravotní vliv jedince.
4. Chudoba a sociální izolace zkracuje život.
5. Sociální opora a dobré sociální vztahy zlepšují zdraví.
6. Závislost na návykových látkách je ovlivňována sociálním prostředím.
7. Zdravé potraviny jsou tíživou a stále diskutovanou politickou problematikou.
8. Zdravá životospráva a správný pravidelný pohyb mají dobrý vliv sociálního zdraví jedince.

Chronické nemoci

Chronické onemocnění je takové onemocnění, které se vyskytuje delší dobu (podle některých zdrojů déle než 3 měsíce, podle jiných 1 rok). Chronická nemoc si vyžaduje opakovanou lékařskou péči a omezuje běžné denní činnosti. Cílem zdravotní péče u chronických onemocnění je zajištění co nejvyšší kvality života nemocného, a to stabilizací stavu a zabráněním rozvoje obtíží.

Mezi nejčastější chronická onemocnění patří cukrovka, nádorová onemocnění, astma, chronické srdeční selhání, chronická obstrukční plicní nemoc, chronické onemocnění ledvin a mnohá neurodegenerativní onemocnění. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/160>.

Chronická (dlouhodobá) nemocnost je jedním ze základních ukazatelů vypovídajících o zdravotním stavu obyvatelstva. Dále je i vypovídající hodnotou rozšíření jednotlivých onemocnění v populaci. Chronická onemocnění jsou často doprovázena bolestmi, snížením fyzické kapacity a dalšími obtížemi a ovlivňující kvalitu života jedince. Dostupné z: https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/07_03.pdf.

4.2 Sociální důsledky nemoci

Diagnostikované onemocnění má dopad na sociální život klienta. Předpokládáme, že sociální oblast se bude muset přebudovat vlivem negativních důsledků nemoci. Zahrnujeme nově vzniklé sociální situace, na které bude potřeba reagovat. A to specifika při volbě povolání, pracovní neschopnost, náklady na péči, léčbu, prevenci a další.

Vzájemné propojení zdravotního stavu se sociálním prostředím se projeví již při prvních známkách nemoci (Kuzníková, 2011).

Bártlová (2005) dělí klienty na ty, co sami vyhledají odbornou pomoc při projevu symptomů a na ty, co pomoc nevyhledají. S nemocí se otevírá škála sociálních vlivů, které mohou u klienta vyvolat vyšší zranitelnost v nemoci a působící sociální stresory nemoc prohlubují.

Hlavním sociálních faktorem je působení rodiny – funkčnost rodiny, aktuální stav vztahů v rodině. Rodina může podpořit odvalu klienta v časném vyhledání odborné pomoci.

Neschopnost zvládat pracovní či školní povinnosti z důvodu projevu příznaku nemoci a s tím spojené obavy a strach o neúspěch, zvládání situací či možné sankce za nezpůsobilost. Stresující události mohou u klienta podporovat rozvoj potíží.

Ekonomické ztížení situace, kterou nemocný řeší s neobvyklými a častými náklady vynaložené na léčbu, dále zajištění běžného chodu života (péče o děti, domácnost).

Vyhledání odborné pomoci jako „volání o pomoc“ typické u hypochondrických pacientů, osob bez přístřeší, osob předstírající duševní nemoc a snížená schopnost sebepečení u seniorů.

Nezodpovědné chování k vlastní osobě a zdraví – jedná se o špatné návyky ohrožující zdraví. Přehnané adrenalinové zážitky s hazardem svého zdraví, neuvědomělé rizikové sexuální praktiky jako v neposlední řadě zneužívání návykových látek.

Klienti, kterým je pomoc poskytnuta bez vlastní žádosti, můžeme kategorizovat dle Kuzníkové (2011):

- Klient s poruchou vědomí – úraz, psychické porucha, onemocnění CNS aj.,
- Klient zbavený svéprávnosti – opatrovník musí zajistit potřebnou pomoc,
- Geriatricky nemocný – blízká osoba žádá sociálně zdravotní pomoc,
- Abúzus – toxikovaný klient dovezen v doprovodu PČR,
- Sebevražedné sklony.

Křivohlavý (1989) poukazuje na zdroje ze společnosti v němž klient může nalézt síly ke své podpoře v uzdravení. Zdroj skrze jinou osobu, byť v duchovních, alternativních či uměleckých směrech se klient smíří se svou nemocí a může s ní začít bojovat.

Dlouhotrvající hospitalizace sebou nese rizika ve ztrátě motivace, rezignování v uzdravování. Ve spolupráci s multidisciplinárním týmem je třeba usilovat o humanizaci péče, snížit délku léčby a začít s resocializací a rehabilitací. O obnovu sociálních funkcí se musí zastat klient sám a využít nabízené formy pomoci od sociálního pracovníka.

Při změně sociálních rolí v důsledku onemocnění začíná proces rekonvalescence. Řádná edukace zdravotním personálem nabízí formy pomoci a možnou podporu při dalším vývoji. Sociální reintegraci se zahajuje při rehabilitaci, nečeká se, až když se klient propuštěn do domácího prostředí. Strategii celého týmu, je pomoc zaměřená na vnitřní zdroje klienta a zároveň externí pomoc. Kdyby chyběl celostní přístup ze stran odborníků, dala by se předpokládat recidiva, progresivní průběh špatné prognózy a celkové dezintegrace nemocného ze sociální prostředí (Křivohlavý, 2002).

Reintegrace dítěte ve výchovně-vzdělávacím procesu nemusí být úspěšná. Délka absence, kritika vrstevníků, nelibá zpětná vazba, to vše může zapříčinit nesnadný proces zpětného začlenění. Jistá míra sanace výuky ve zdravotních prostředí se snaží o nevytržení vývoje vzdělávání dítěte. I když se dítě navrátí zpět do svého přirozeného prostředí se svým omezením, je na pedagoga velký tlak na vzájemnou souhrou rodiny, rekonvalescenčních aktivit atd. (Kuzníková, 2011).

4.3 Psychické důsledky nemoci

Klient je ovlivněn biologickým, psychologickým i sociálním aspektem života. Specifika nemoci mají vliv v rámci bio-psycho-sociálního modelu a možnosti řešení problému.

Mezi psychické aspekty řadíme potřeby nemocných, psychické prožívání nemoci, chování v nemoci či postoje a pozice. Tyto aspekty klient zaujímá k nemoci a sobě samému. Potřeby jsou různé v různých fázích nemoci. Důraz je kladen na všechny úrovně potřeb. Potřeby definovány jako základní motivy, které vyjadřují nedostatky na úrovni fyzického i sociálního bytí člověka. Cílem je takové chování, které redukuje nevhodné potřeby. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Kuznikova_Psychosocaspekty.pdf.

Jarošová (2000) popisuje chování v nemoci, které má původ v různých faktorech (věk, pohlaví, povolání, socioekonomický stav, náboženství, národnost, psychická stabilita, osobnost, vzdělání). Stádium onemocnění mění i chování nemocného člověka. Nemocní se často radí s blízkými o svých pocitech v nemoci. Ve stadiu přijetí nemoci a osvojení si role nemocného jsou klienti vystrašení, zříkají se různých činností a vyhledávají odbornou pomoc. Při kontaktu s ošetřujícím lékařem žádají vysvětlení příčin nemoci, informace o průběhu nemoci a závěrečnou prognózu. *Pokud je nemocný závislý na pomoci zdravotníků, nechce se zříci svých sociálních rolí a povinností, ale smíří se s potřebou závislosti na lékařské péči.* V průběhu uzdravování a rehabilitace se klient učí vzdát role nemocného a převzít zpět své původní role a funkce.

EMPIRICKÁ ČÁST

5 Výzkumná část

Náplň práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví je pro svou rozmanitost v práci vhodným výzkumným vzorkem. Při specifikaci zkoumané problematiky a široké škály klientů jsou zkoumány metody, postupy a techniky při své sociální práci. Mimo jiné je obecně zkoumána podpora od zaměstnavatele, který může vytvořit lepší podmínky pro kvalitní práci svých podřízených.

V úvodní fázi je charakterizován výzkumný problém. Dále práce obsahuje cíle výzkumu a výzkumné otázky. Obecně je přiblížena metodologie výzkumu. Na závěr empirické části jsou prezentovány zjištěné informace.

5.1 Výzkumný cíl

Výzkumným cílem je zjistit jaké techniky a metody sociální pracovník ve své práci v nemocničním prostředí používá. Výzkumné šetření probíhá v nemocnicích vyskytujících se na území Pardubického kraje.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jaké postupy a metody sociální pracovník používá při své práci s klientem.
2. Zjistit, jaké je spolupráce v multidisciplinárním týmu.
3. Zjistit, jaká je podpora ze stran zaměstnavatele ve zlepšení své práce.

Výzkumné otázky:

VO1: Jaké metody a techniky sociální pracovník využívá ve své práci?

VO2: Jaké konkrétní techniky a metody sociální pracovník využívá se specifickou skupinou klientů?

VO3: Jaká se spolupráce s multidisciplinárním týmem?

VO4: Jaká je podpora v inovacích a změnách ze stran zaměstnavatele?

5.2 Metodologie výzkumu

Kvalitativní forma výzkumu je používán v sociálních vědách a využívá se při snaze o získání hlubšího vhledu do problematiky, popřípadě vyhledávání nové informace o fenoménech (Hendl, 2008). Miovský udává (2010) charakteristikou formou je jedinečnost a neopakovatelnost zkoumání. Výhodami kvalitativního zkoumání je zohlednění přirozeného prostředí a možnost navrhování teorií. Za nevýhoda je zmiňována náročnost zpětného ověřování výsledků, možnost ovlivnění výsledků osobností výzkumníka a nelze zobecnit získaných znalostí do jiného prostředí (Hendl, 2008).

Před samotnou analytickou částí byla data systemizována a zpracována metodou kódování. Systematizaci dat v kvalitativním výzkumu Miovský (2010) uvádí, že je jedná o takovou úpravu, která předchází samotné analýze a která napomáhá k přehlednosti získaných dat. Dále popisuje jednotlivé kroky, ke které mezi ně jako první je třídění dat podle určených kritérií. Uvádí, jak data upravit a redukovat, aby byla přehlednější a pomohla k lepší práci. Podle autora je dobré při kroku redukce prvního řádu, odstranit zvuky, pauzy, slovní vatu i bezobsažné informace. Za kódování označuje převádění neupravovaných dat do datových segmentů, kterým je nadále přiřazeno vypovídající označení. Během celého vyhodnocování je důležité reflektovat proces s možností výzkumníka vracet se zpět na začátek do získaných rozhovorů a nahlížet na ně jako na nově získané informace.

5.3 Výzkumný nástroj

K potřebě zjištění hlubších informací ve zkoumané vzorku je použita kvalitativní metoda výzkumu. Touto metodou lze získat podrobná data ke zjišťované problematice. Výzkum je realizován za pomoci metody zakotvené teorie. Použití techniky polostrukturovaných rozhovorů podle povahy stanoveného výzkumného cíle.

5.4 Výzkumný soubor

Soubor respondentů byl vybrán záměrně díky specifické činnosti v sociální práci. Respondenti jsou sociální pracovníci pracující v nemocničním prostředí.

Výběrový soubor tvoří 5 sociálních pracovníků pracujících v nemocnicích. Výzkum je realizován v nemocnicích v Pardubickém kraji.

Vzhledem k etické povaze zkoumaného vzorku je vytvořena přehledová tabulka s jednotlivým přehledem délky praxe, vystudovaného oboru a dalších vzdělávacích kurzů.

Před zahájením výzkumného šetření respondenti souhlasili s prováděním výzkumu a byl s nimi podepsán informovaný souhlas. Ke sběru dat byl použit diktafon.

Uskutečněné rozhovory jsou doslovně přepsány a vyhodnoceny pomocí výše popsaných teoretických metod a dále vyhodnocovány pomocí otevřeného, axiálního a selektivního kódování.

5.5 Etika výzkumu

Všechna data jsou zakódována, aby byla naplněna etická povaha výzkumu. Data jsou tedy zcela anonymizována. Účastníci ve výzkumu vystupují pouze pod označením R₁, R₂ atd.

Respondent	Věk	Vzdělání	Dodatkové vzdělávací kurzy
R ₁	36	Zdravotně sociální pracovník – bakalářský titul	Konference NCO NZO
R ₂	34	Zdravotně sociální pracovník – bakalářský titul Management ve zdravotnictví – magisterský titul	plánovaná krizová intervence, Konference NCO NZO
R ₃	34	Sociální pracovník – bakalářský titul	Konference NCO NZO
R ₄	37	Sociální pracovník – diplomovaný specialista	Konference NCO NZO
R ₅	30	Sociální pracovník – bakalářský titul	Konference NCO NZO

5.6 Výsledky výzkumu

Pro přehlednost jsou v tabulce rozdělena data na kategorie a kódy.

	Kategorie	Kód
1.	Náplň práce	Činnosti, kompetence, charakteristika profese
2.	Techniky a metody	Techniky a metody ve nemocnici
3.	Klientela	Popis specifické klientely
4.	Techniky a metody s klientelou	Určité činnosti se specifickou klientelou
5.	Multidisciplinární tým	Postavení, role, spolupráce
6.	Organizace	Podpora ze stran organizace, zlepšení práce

Kategorie „Náplň práce“

Respondenti popisují svou pozici sociální pracovník/zdravotně sociálního pracovníka. Vymezuji náplň práce, která se využívá v nemocničním prostředí.

R₁: „provedení nějakého sociálního šetření. S tím souvisí vlastně zjištění sociální anamnézy. Rozhodně kontakt s rodinou. Zprostředkování kontaktu s úřadama zařizování následné péče“; „půjčovna kompenzačních pomůcek“; „vedení těch dobrovolníků“; „Poskytnutí sociálního poradenství“; „doprovod třeba i na nějaké úřady“

Sociální pracovnice obecně hovoří o sociálním šetření. Čímž se myslí zejména zjištění sociální anamnézy, aby mohlo dojít k zajištění další návazné péče. Dále zmiňuje sociální poradenství a doprovod na různé instituce, kontaktování příslušných orgánů. Na závěr půjčovnu kompenzačních pomůcek a dobrovolnictví.

R₂: „získání sociální anamnézy“; „zapojení rodiny a blízkého okolí“; „Zajišťujeme kompenzační pomůcky“ „zajištění té následné péče po ukončení hospitalizace“; „poskytuju sociální poradenství“; „zastupuji zájmy těch pacientů pacientů v rámci v rámci té nemocnice třeba ve vztahu k lékařům nebo personálu, aby věděli i ten personál, na co prostě ten pacient má a nemá nárok jako z naší strany.“ ; „jak říkám, neo psychiatrické léčebny rehabilitace, následný většinou z traumatologie tak zajišťují rehabilitace nebo jiné následné péče. LDN.“
„Takže jakoby komunikace s ospodem jo a zajištění buď třeba nějakých přechodnejch pěstounů, když děti jdou k adopci, takže prostě je to od miminek až. Po seniory“

Respondent R₂ zmiňuje i zapojení rodiny a blízkého okolí. Do popředí dává i ochranu zájmů pacienta u zdravotnického personálu.

R₃: „obecně sociální šetření“; „další péče jako jsou důchodáky, s charitou se řeší domácí péče. Nebo nějaký další ústavy, třeba pro ty, kteří mají nějaký omezení a jsou někde pro ně speciální ústavy ; „pomoc při vyřizování požadavků na úřadech, nějaký příspěvky, dávky“; „návaznou péči“; „naskytnou případy s děckama. No takže dávám vědět ospodu.“; „půjčovat kompenzační pomůcky“

R₄: „výběrem vhodného zařízení následné péče, a to jsou domovy pro seniory nebo domovy s pečovatelskou službou, azylové domy a tak dále. Dále zajišťují bydlení, jako jsou ubytovny, žádosti o městské byty“; „Dále poradenství v sociálních u sociálních dávek“;

„vypůjčíme kompenzační pomůcku“; „Zajišťuji ošacení“; „pomáhám s vyřizování osobních dokladů“; „Zprostředkovávám kontakt se sociálními zdravotními pracovníky jiných zařízení“

R5: „překlady na následný lůžka to znamená LDN domovy důchodců“; „se týká charit domlouvání, tak vlastně domácí péče“; „pečovatelskou službu pohřby sociální dělám dobrovolnictví“

Výpovědi sociálních pracovníků jsou shodné v obecných činnostech jako je sociální šetření, zajištění následné péče, překlady do jiných zařízení. Komunikují s úřady, ti, kteří mají i dětské oddělení spoluprací s OSPODem.

Mohou poskytnout výpůjčkou kompenzační pomůcky. Obsah náplně práce je i sociální poradenství. Někteří respondenti ve své práci mají na starosti i dobrovolnickou činnost.

Celkově můžeme zhodnotit, že náplň práce je zejména zjištění potřebných informací pomocí sociálního šetření a zajistit následnou péči.

Kategorie „Techniky a metody“

Oblast kategorie „techniky a metody“ se týká obecného používání technik a metod při práci s klienty. I když sociální práce nabízí velké množství technik a metod, sociální pracovníci popisují ty techniky a metody, které jsou používány ve zdravotnictví.

R1: „Teda tak rozhodně rozhovor, ať to jsou otevřené. Jsi uzavřený otázky uzavřený, že jo cíleně chci zjistit nějakou informaci a otevřeného se docela dozvídám další informace, který někdy pomůžou k tomu řešení.“ ; „Práce vlastně s jednotlivcem jako s pacientem“ ; „Práce s rodinou jako se skupinou třeba nějak“; „Rozhodně nějaký aktivní naslouchání, zpětná vazba i neverbální vlastně pozorování jeho neverbálního chování to taky někdy docela no poví.“

R2: „Práce s pacienty tak hlavně s rodinou“; „Určitě jakoby technika bych řekla, jestli pozorování“ „sběr těch dat nějaká analýza těch dat, většinou se stanoví nějaká sociální diagnóza a něco se naplánuje jo čím, čím je potřeba začít,“

Sběr dat a analýzu sociální pracovník považuje za důležitou, aby nadále mohl stanovit sociální diagnózu a naplánovat další péči.

R3: „...asi hlavně rozhovor“ ; „No pak mě ještě napadá jako práce s rodinou“

R4: „jako přímou práci s klientem v nemocničním prostředí“

R5: „jo rozhovor, pak nějaký takový to plánování s tím člověkem“; „víc s tou rodinou, kdy přijdou takhle si popovídáme, uděláme to v takovém tu situaci,“ ; „tuhletu individuální plánu ani spolu rodinou“

Za techniku používanou v sociální práci ve zdravotnictví respondenti odpovídali jednotně, a to v práci s jednotlivcem/pacientem. Nadále někteří odpovídali, že spolupracují i s rodinou a za techniku tedy používají rozhovor, aktivní naslouchání, a i neverbální komunikaci.

Kategorie „Klientela“

V kategorii klientela se hovoří, s jakou specifickou klientelou přijde sociální pracovník při své práci do kontaktu. Klientela je velmi rozmanitá.

R1: „takže ty dětiček těch miminek, jak buď v adopci třeba můžou být jo, nebo teď se nám stala ta věc s tím babyboxem, že tam bylo vlastně ověřené miminko v květnu. Takže co se týče miminek, tak spíš ta adopce, nebo to pěstounství potom hodně ty nezletilý na tom dětském oddělení, ať už je to právě to zmiňované týrání.“; „teda hodně ty senioři, hlavně ta LDM tam prostě chodím pravidelně, takže ty senioři jsou vlastně nejvíc, jako si myslím“; „Lidem bez domova“; „psychiatrii ty duševně nemocný“; „Ukrajince“; „romská komunita“

R2: „úplně všechno od miminek vlastně až po až po seniory jo, takže miminka nebo na dětském oddělení jsou to novorozenci neť pak teda to je novorozenecký dětský oddělení. Už můžou to bejt v týraný děti, můžou to bejt zanedbání péče ze strany těch rodičů“; „úrazové stavy i mladých lidí. Intoxikace, léky, alkoholem, psychiatrický pacienti. Závislý pacienti tak to jsou většinou takový ten střed a pak už jsou senioři“

R3: „No tak starší osoby na LDN. Pak se tu občas objeví někdo na chirurgie, interně“; „No občas teda někdo na děckým oddělení. Takže děti“; „hlavně opuštění novorozeňata“

R4: „Tak já na mě spolupracuji se seniory s osobami bez přístřeší a dále s dětmi, psychiatrickými pacienty a také osoby se zdravotním postižením.“

R5: „Seniory a teda lidi jakoby klasicky dospělého věku.“

Respondenti shrnují klientelu od počátku novorozeneckých dětí až po seniory ve starším věku. Hlavní skupinu, se kterou sociální pracovníci pracují jsou zejména senioři. Je zjevné, že klientelu tvoří osoby, které nemocnice může hospitalizovat. Někteří pracují jen se seniory, protože nemají dětské nebo psychiatrické oddělení.

Kategorie „Techniky a metody s klientelou“

V této kategorii je nastíněno přímá práce s klientem a použití dané techniky, která se přesně hodí.

R₁: „vlastně zjistím prvotní fázi vlastně po celou sociální situaci, co nastalo, jak to vypadá a tak dále. Jaký oni získali ty informace třeba o té rodiče, že teda to odpustí, opustila, odešla z oddělení a nemá dál zájem. A já následně. Prostě to je. To s tím ospodem prostě hodně ta spolupráce, takže zkontaktují ospod ten si sem, kdyžtak přijede, zjistí si všechny potřebné informace, případně dává nějaký požadavek“; „bude přechodně umístěno do náhradní nějaké péče a budu mu hledat potom jako ztratil stálého pěstouna nebo někoho k adopci. A já to zas třeba předávám na to oddělení, takže hodně to o té komunikaci.“ „Jo, v poslední době mě to tak hlavně přijde, hlavně teda na té LDNce je to takový hodně stěžejní ta práce s rodinou“

R₂: „U dětí je to komunikace s ospodem, hodně se řeší IS praktickým lékařem může být i se školou, ale já spíš ze sebe jenom s tím ospodem“; „týká ještě psychiatrický, tak to jsou odvykací léčby. Tak to se může stát, že třeba na tý následný péči, když si někdo mladší a jsou závislí maj zájem o ty odvykací. Odvykací fůry. Tak to zajišťujeme my, tak většinou to zajistím, protože tam jsou zase ty ty požadavky úplně jiný. Jo tam hodně. Před často třeba chtějí životopis a ty toho pacienta, jak to začlo, kdy začal bít, proč začal pít a většinou to nezvládají, tak se to snažím jakoby vypisovat s nima, takže to jsou ty psychicky nemocní seniori“; „... Jako pomoc od té rodiny, tak samozřejmě nejdříve se snažíme zajistit tu péči v domácím prostředí co nejvíc toho seniora jakoby začlenit do té společnosti, aby mohl zůstat co nejdýl doma ten domov seniorů opravdu se řeší až úplně v nejzašším případě, kdy to fakt nejde, kdy není 0 možnost tu péči zajistit jinak“

R₃: „Tak je to zařizování tý následný péče v tom důchodáků. Takže u ten starších lidí vedu rozhovor. Zjistíme, kde je místo, kam chtějí“; „Pak třeba u opuštěných dětí, to je frmol no. Tam se hnedka kontaktujeme ospod, aby se řešila adopce a tak.“; „No a když jsem u těch dětí, tak pak na děckým řešíme třeba týrání a to taky s ospodem“

R₄: „No tak já u všech jmenovaných využívám především konkrétní postup a to je rozhovor na základě zjištěných informací se souhlasem pacienta. Kontaktuji rodinu opatrovníky a nebo příslušné instituce, jako jsou úřady azylové domy dětské domovy domovy pro seniory a podobně.“

R₅: „rozhovor a gro jsou překlady“

Používání technik je závislé na skupině/jednotlivci se kterou sociální pracovník spolupracuje. Obecně se mluví o technice rozhovoru a následně zajištění potřebné invence. Hovoří se o kontaktování OSPODu, práce s rodinou a zajištění návazné následné péče.

Kategorie „Multidisciplinární tým“

Sociální pracovník je součástí multidisciplinárního týmu. V kategorii se popisuje, jaké postavení sociální pracovník má a jaké spolupráce v týmu je.

R₁: „Určitě, myslím si, že to, že to funguje docela dobře. Myslím si, že líp jak před lety, jako když jsem tady nastupovala, tak to jsem trochu pocítovala, že úplně není ten scén pracovník jako úplně tak začleněnej. A teď si myslím, že už to funguje velice dobře. AI vlastně chodím na porady staniční, takže jsem vlastně i jakoby v tomhle, že když se něco děje, tak tak vlastně vím o těch novinkách a tak. I já tam můžu předávat, případně informace vlastně všem těm oddělení. A teď si myslím, že jako to funguje úplně skvěle, že si dokážeme vycházet vstříc, že když oni něco potřebují, tak já se snažím co nejrychleji a zase naopak, i když já něco potřebuji, tak oni taky jako. Dokážou vyhovět jo, jak vlastně já hodně, teda se stanicíma sestrama nebo s lékařema přímo, protože těch sestřiček normálních, jako se tam točí hodně, že jo, takže ty staniční vím, ale myslím si, že jako jo, že teď ta práce v tom celém týmu funguje dobře.“

R₂: „Já vlastně co se týče jakoby třeba na oddělení LDN, tak tam koordinuju jako příjmy. Propuštění jsem vlastně denně v kontaktu se sestrami se staničními sestrami s primářem oddělení s fyzioterapeuty jo. A vlastně když my všichni to dáme prostě dohromady, tak na základě jako informací od každého se potom plánujou. Jo vzhledem k tomu, že já plánuji ty propuštění, tak s lékařem, domluvíme zdravotní stav s fyzioterapeutem, domluvíme soběstačnost pacienta. Co vlastně zvládne, nezvládne na základě toho třeba zajistíme ty kompenzační pomůcky na doma, aby prostě to měl co nejkomfortnější jako v tu chvíli toho propuštění, takže jako určitě součástí toho multidisciplinárního týmu.“

„Nikdy se mi nestalo, že by. Někdo jako. Řekl, že nepomůže. Jo, já většinou samozřejmě prostě po těch lékařích něco chci jo, takže psát lékařský zprávy, abych je mohla rozposílat, ne, nestalo se mi, že by mi někdo řekl, že mi to nenapiše, jako že na to není čas, prostě vědí.“

„Že už tak jakoby on si to ono se to postupně jako tady zavedlo tak, že už to asi nevnímají tak jako že by to bylo obtěžující, protože vědí, že v rámci zajištění té následné péče se bez toho jako neposuneme“

R3: „Ano jsem členem multidisciplinárního týmu. U nás to funguje tak, že máme pravidelně porady s oddělení LDN, takže ve složení sestry, primář a lékař, protože je to největší oddělení a musí se s těmi lidmi hýbat. Nemůžou tady zůstat napořád že jo. Takže tady to je pevně stanovené a je to fajn.“

„Na děcký oddělení docházím dle potřeb na zavolání, ale taky občas tam zajdu sama od sebe, jestli nepotřebují pomoc.“

R4: „tak já se účastním pravidelných měsíčních pořád staničních sester s náměstkyní ošetrovatelské péče. Zde vám prostor pro informování zaměstnanců ohledně novinek v sociální sféře například změny dávek a jejich výše důchody, změny zákona a podobně“

R5: „Jo, ten ten se scházíme jo moje jakoby jako plánovaně to třeba nemáme, že bysme měli ve čtvrtek ve 2. Ale prostě tak jako na zavolání přijdu sedneme si. Většinou je to doktorka, vrchní čečka já jo nebo doktor. Samozřejmě, kde to je potřeba, ale jako opravdu nejvyš. Je to na tý interně LDNS, kde jako tam tam přibíhá. Jako třeba třikrát 4 týdne jo, jinak na to, který jsem nebyla měsíc třeba jo, že to tak jako se třeba po telefonu, když si to řekneme, takový ty věci základní jo, takže jasný a co jako jak vás tam jako berou v tom týmu? Jo dobrý jako.“

Respondenti hodnotí práci v multidisciplinárním týmu jako velmi dobrou. Vzájemně si pomáhají, vycházejí si vstříc, operativně plánují. Mají podporu od zdravotnického personálu, a naopak sociální pracovníci přinášejí novinky ze sociální sféry.

Kategorie „Organizace“

V této kategorii „organizace“ je myšlena jaká je podpora od zaměstnavatele, jak pomáhá ke zlepšení práci v sociální práci ve zdravotnictví, jak naslouchá změnám a jaká jsou úskalí, které by mohl zaměstnavatel vyřešit.

R1: „aby tady byl někdo na částečný úvazek“; „Jinak bych potřebovala něco spíš z vnějšího ty vnější faktory jako fakt udělat nějaký ty místa, protože většinou ta práce je zdlouhavá kvůli tomu, že prostě není kam.“ „Ty sociální lůžka nejsou“; „jako teď momentálně dobře nastavený, jako že fungujeme. Dobře nenapadá mě úplně to, co maximálně, když by byli víc nějaký finance, třeba na ty pomůcky. Jo, že tam to trošku schází, protože samozřejmě se to opotřebovává a spoustu pomůcek pomůže se vyřazuje, ale chápu, že prostě ty finance jsou potřeba spíš na těch odděleních, že jo.“

R2: „pokud já přijdu s nějakým nápadem nebo něco, tak určitě se snaží buď vyhovět, nebo aspoň to vyslechnout a zkusit najít nějaký schůdné řešení a podporu. Určitě bych tam uvedla zavedení supervize, která tady teda nefunguje.

Určitě, jakoby co se týká našeho oddělení tak nějaký zástup, protože opravdu to tady vlastně stojí na 2 lidech. Třeba nemocnice s tím, že v rámci dovolené se musíme vystřídat a pokud se stane, že vlastně 1 je na dovolené a 2 onemocní, tak tady tu práci nikdo jinej z celý nemocnice prostě neudělá, neví, jak se komunikuje s ospodem, jak se podává oficiální žádost. Neví, jak se zajišťuje následná rehabilitace. Jako většina, řekla bych, že prostě by to tady jako nefungovalo, takže jsme jako dost odkázaný na to, že vždycky aspoň 1 tady prostě musíme být, což se jako ve 2 lidech. Je to někdy někdy těžký, takže ten zástup třeba jestli někoho jenom na dohodu při při vykrytí oku těch těch jako byl výjimečných situací a pak ta supervize.“

R3: „Tak já si myslí, že to tady funguje dobře. Vždycky je co zlepšovat, ale třeba bych v komunikaci bych řekla, že v nemocnici je dobrá. Pak to záleží na situaci a pacientovi, jak hodně chce pomoc. Většinou chce, takže se snažíme vyřešit. No asi mě napadá, že by bylo fajn mít zástup. Protože je problém, když někdo u nás onemocní a jak mám malé dítě, tak to je často nemocný, takže pak mi volají domů. Já jím ráda pomůžu po telefonu, co můžu ale když je třeba něco vyřešit, tak musí na oddělení sami. „Libily by se mi i nějaký kurzy navíc, co by nemocnice zaplatila, mě to baví se vzdělávat, ale svoje peníze si chci využít i pro sebe, takže pokud se mi líbí nějaký kurz, byla bych ráda, kdyby mohla jezdit častěji na kurz.“

R4: „Tak tato spolupráce bývá celkem dobrá, co se týče vyhrazení finančních prostředků pro sociálního pracovníka. No tak Tyto finance jsou většinou potřeba v nemocnici nikde jinde. Ale tím chci říct, že na sociální práci se v nemocnici neklade ještě taková důležitost, jak bych si představovala.“

R5: „Ne to nevím, ta by šéfovala docela podporuje, takže si myslím, že v tomhle tom smyslu já, když něco potřebuji, chci tak jako by mně vždycky vyjde vstříc“; „Podívejte, by se mě líbilo víc sociálních služeb, protože to je prostě, když když někde píchnou někoho, tak prostě tohle by to vyřešilo. No ale tohle úplně není zase na na tom upřímným vedení“

Respondenti se shodovali, že by bylo dobré mít ještě jednoho pracovníka či nějakou odbornou osobu, která by zastupovala jejich práci v čase dovolených nebo pracovní neschopnosti. Hodily by se i finanční prostředky na obměnu kompenzačních pomůcek či vzdělávacích kurzů.

5.7 Shrnutí výsledky z otevřeného kódování

Z polostrukturovaných rozhovorů shrnuji nasbíraná data.

V nemocničním zařízení, kde výzkum probíhal byly objasněny informace týkající se pozice sociální pracovníka. Činnosti, které sociální pracovník vykonává se zaměřují zejména na zajištění klientů po odchodu v momentálně nacházející se nemocnici. Zajišťují mimo jiné i sociální poradenství, které využívají nejen hospitalizovaní klienti, ale i ostatní zaměstnanci. Opomenout nelze ani spolupráci s ostatními orgány poskytujícími péči v sociální sféře jako je například OSPOD. Sociální pracovníci pomáhají i s administrativní činností jako jsou žádosti a vypracování sociální diagnózy. Také poskytují pomoc při hledání s novým ubytováním (domovy důchodců, domy s pečovatelskou službou a jiné). V případě úmrtí klienta bez finančních prostředků mohou pomoci zajistit i sociální pohřby.

Techniky a metody, které jsou obecně využívány při sociální práci jsou rozhovory, práce s rodinou, práce s jedincem. Sociální pracovník klade přesně takové otázky, aby mohl klientovi co nejlépe pomoci při řešení jeho nepříznivé situace. Shrme-li činnost, kterou pracovník vykonává je sociální šetření a následnou sociální sanací. Neopomínají především vůli a zájmy klienta, aby návrat do společenského života byl co nejvhodnější.

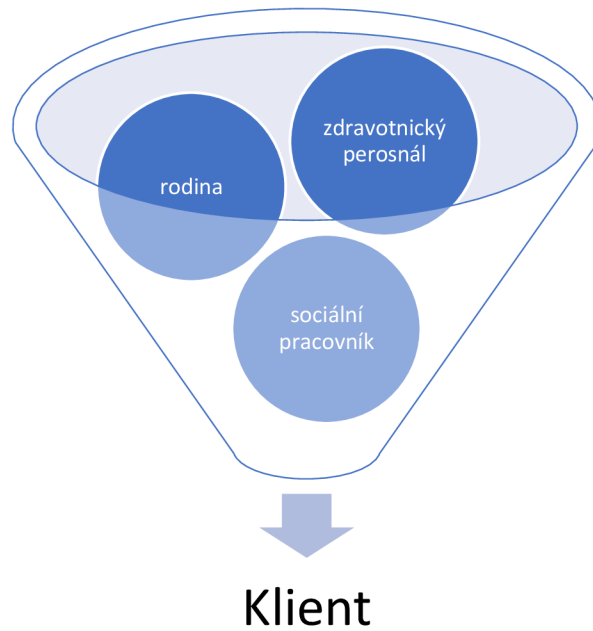
Specifickou klientelu tvoří osoby vše věkových kategorií. Od čerstvě narozených dětí až po seniory, kteří sociální pomoc potřebují a nedokážou si ji sami zajistit.

Velká klientela je složena z především klientů seniorského věku, o které se rodině ve větší míře nechce nebo nemůže postarat.

Nejen věková škála, ale i klientela s různými problémy mají v sociální práci své místo. Sociální pracovníci se setkávají s klienty s různými obtížemi, jakou jsou drogově závislý, osoby bez přístřeší atd. Každá skupina potřebuje jiný přístup. Rozdílný přístup a spolupráci s ostatními orgány, se kterými jim sociální pracovník může pomoci.

Sociální pracovník má své postavení i v multidisciplinárním týmu. Ve spolupráci s ostatním zdravotnickým personálem koordinují následnou péči. Sociální pracovník zjistí potřebné informace k tomu, jak mohou klientovi pomoci. Od multidisciplinárního týmu má pracovník podporu, vychází si navzájem vstříc a jejich práce je tedy kontinuální a pečlivě naplánována.

Ze schématu je zjevná koordinovaná spolupráce a zapojení všech dotčených osob.



Zdroj - vlastní schéma

V poslední fázi výzkum vypověděl o podpoře ze stran zaměstnavatele. Jelikož sociální práce má ve zdravotnictví své místo a měly by tak mít i svou podporu. Respondenti hodnotili spolupráci kladně. Ve výzkumu však vyplynulo, že by bylo dobré obměnit kompenzační pomůcky, které jsou značně opotřebované. Bylo by vhodné zajistit dočasný zástup při absenci sociálního pracovníka.

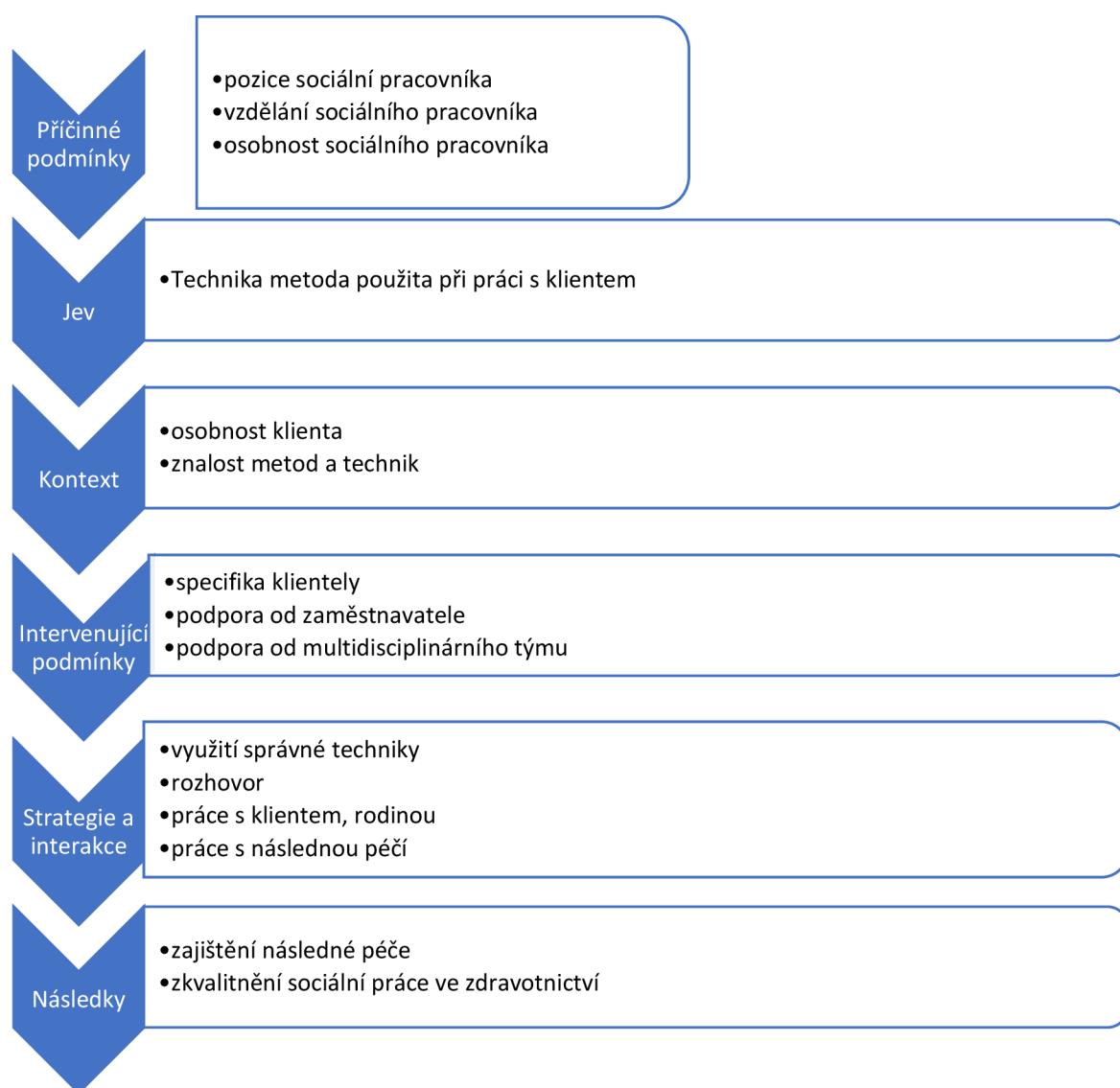
5.8 Závěrečné shrnutí ze selektivního kódování

	Náplň práce	Techniky a metody	Klientela	Techniky a metody s klientelou	Multidisciplinární tým (pozice SP)	Organizace (podpora)
R ₁	Zajišťování následné péče, překlady, poradenství, řízení dobrovolnictví	Rozhovor, práce s jednotlivcem, práce s rodinou, aktivní naslouchání, neverbální komunikace	Senioři, dospělí jedinci, závislý, psychiatrickí pacienti	Rozhovor, sociální šetření, komunikace s institucemi	Součástí dle potřeby, dobrá spolupráce	Potřeba obměnit kompenzační pomůcky, zajistit zástup
R ₂	Zajišťování následné péče, překlady, poradenství	Rozhovor, práce s jednotlivcem, práce s rodinou,	Senioři, dospělí jedinci, děti, novorozenci	Rozhovor, sociální šetření, komunikace s institucemi, práce s OSDPOD	Pravidelná spolupráce (porady), dobrá spolupráce	Potřeba supervize, zajistit zástup
R ₃	Zajišťování následné péče, překlady, poradenství	Rozhovor, práce s jednotlivcem, práce s rodinou	Senioři, dospělí jedinci, děti, novorozenci	Rozhovor, sociální šetření, komunikace s institucemi, práce s OSDPOD	Pravidelná spolupráce (porady), dobrá spolupráce	Více vzdělávacích kurzů, zajistit zástup
R ₄	Zajišťování následné péče, překlady, poradenství	Rozhovor, práce s jednotlivcem, práce s rodinou	Senioři, dospělí jedinci,	Rozhovor, sociální šetření, komunikace s institucemi	Součástí dle potřeby, dobrá spolupráce	Obměna kompenzačních pomůcek, více finančních prostředků
R ₅	Zajišťování následné péče, překlady, poradenství, dobrovolnictví	Rozhovor, práce s jednotlivcem, práce s rodinou	Senioři, dospělí jedinci,	Rozhovor, sociální šetření, komunikace s institucemi	Součástí dle potřeby, dobrá spolupráce	zajistit zástup

Zdroj: vlastní zpracování

5.9 Výsledky získané axiálním kódováním

Pro potřeby zakotvené teorie následuje po otevřeném kódování, kódování axiální. Posledním krokem je kódování selektivní. Během axiálního kódování objasňujeme příčiny, důsledky, podmínky, integraci, strategii a celkově proces. Tím docílíme o propojení kategorií (Hendl, 2016).



Zdroj: vlastní schéma

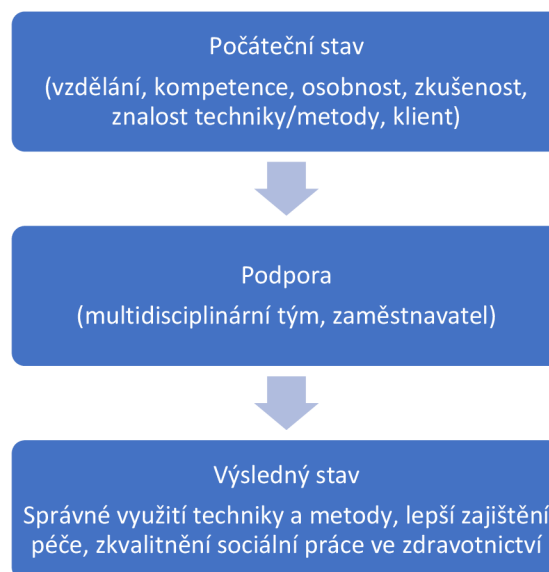
V uvedeném schématu jsou uvedeny kauzální, intervenující podmínky, strategie vedoucí k výslednému stavu ve zjišťované problematice.

5.10 Selektivní kódování

Předešlým axiálním kódování se získal přehled korelující mezi jednotlivými kategoriemi. Ten tvoří základ pro vytvoření kódování selektivního. V této části se prozkoumávají jednotlivá data a následně se zpracují. Hlavním úkolem je vytyčení hlavní kategorie jako klíčový bod pro vznik teorie (Hendl, 2016).

Za hlavní kategorii byl stanoveny techniky metody při práci s klientelou v nemocničním prostředí. Z axiálního kódování vychází jev, tzv. fenoném, který je ovlivněn různými proměnnými. To znamená, že techniky a metody, které mohou sociální pracovníci používat jsou ovlivněny řadou faktorů. Předpokladem je samotné vzdělání, osobnost, případně další výcviky, kurzy potřebné při sociální práci ve zdravotnictví. Znalost obecných technik a metod v sociální práci je hlavní problematikou. Dalším faktorem je struktura klientely, která je rozmanitá a sociální pracovník by s ní měl umět pracovat. Důležitá je podpora, jak v zajištění péče během hospitalizace klienta, tak i samotná podpora od zaměstnavatele.

S těmito faktory pracujeme při posledním kroku v selektivním kódování, které znázorňuje schéma.



Zdroj: vlastní schéma

Ze schématu je zřejmé, že sociální pracovník disponuje určitým vzděláním, má zkušenosti a má znalost technik a metod používané v sociální práci ve zdravotnictví. V další fázi je důležitá podpora okolních spolupracovníků a podpora od zaměstnavatele. Tím docílíme výsledného stavu využití správně techniky a celkové zkvalitnění péče v oblasti sociální sféry.

6 Závěrečné shrnutí výsledků

Z výsledků je patrné, že sociální pracovník je kompetentní osobou ve zdravotnickém prostředí, která disponuje mnoha znalostmi o technikách a metodách, které jsou v sociální práci využívány. Jelikož práce takto s členitou klientelou je různorodá, sociální pracovník volí tu techniku, která nejlépe odpovídá potřebě daného klienta.

Techniky a metody v sociální práci ve zdravotnictví nejsou tak rozvětvené. Všichni respondenti vyhodnotili, že nejčastější používanou metodou je práce s jednotlivcem a rodinou. Za nevhodnější techniku volili rozhovor, který je nejběžnějším nástrojem při zjištění informací v co nejkratší době. Někteří respondenti zmiňovali i neverbální komunikaci, při které si všímali různých pohybů těla, aby mohli klienta lépe pochopit.

V celkové náplni práce je zjevné, že sociální pracovníci mají velký objem práce. Velkým obsahem činností je spíše v oblasti komunikace s okolím mimo areál nemocnice. Tedy zajišťování další následné péče. Je na mysli komunikace s ústavu, domovy důchodců, domovy s pečovatelskou službou, rehabilitačně sociální zařízení a jiné. V tomto ohledu je nutné zohlednit i další metodu práce, a to práce s rodinou, která, jak je patrné z výzkumu, někdy je a není přínosná. Než bude nutné umístit seniora do domova důchodců, je u rodiny zjišťováno, jaké má možnosti a zda se může o svého člena rodiny starat. Kromě informací o následné péči rodina celkově může podávat informace potřebné k sociálnímu šetření, pokud daný klient nemůže. Rozdíl oproti tomu je práce s rodinou s dětmi, kde je rozhovor s rodiči jedinou nosnou informací.

Výzkum sbíral data i o klientele, se kterou přichází sociální pracovník do kontaktu. Dle nemocnice s disponujícím zařízením pro určitou klientelu se práce pro pracovníka odvíjí.

Důležitou vyzkoumanou informací je i zjištění jaké postavení má sociální pracovník v multidisciplinárním týmu. Společně s dalšími členy zajišťují kompletní práci, jak ve zdravotní, tak i sociální vrstvě. Respondenti hodnotili své postavení velmi kladně. Z výzkumu respondenti sdělovali, že mají oporu v multidisciplinárním týmu. Je v zájmu všech poskytnou co nejlepší péči během své hospitalizace.

V poslední fázi byla zjišťována podpora od zaměstnavatele. Sociální pracovníci by rádi měli větší podporu ve vzdělávání a v obměně kompenzačních pomůcek. Jeden respondent zdůrazňoval i využití supervize, která na rozdíl od zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách ve zdravotnictví není povinná.

7 Diskuze

Dle získaných informací se kladnou otázkou k zamyšlení, do jaké míry je obecně poskytována sociální péče ve zdravotních službách. Zda je sociální péče dostatečná, jak kvalitní péče je. Můžeme říci se sociální pracovníci poskytují své služby do míry, která je přijatelná, má své výsledky. Výsledkem je zajištěná péče o klienty v následujících institucích.

Metody a techniky odpovídají potřebě klientům a pracovníci s nimi nakládají, jak jsou dle vzdělávacích kurzů, škol vyučeni.

Obohacujícím prvkem by měla být podpora ze stran dalšího vzdělávání. Zaměstnavatel je jeden z aktérů, který by měl své zaměstnance podporovat při dalším seberozvoji, který přispívá k lepší a kvalitní práci. Otázkou je i reakce na vyvíjející se společnost a její potřeby. Novým fenoménem je i cyber prostor, který dává prostor na větší dopad zdravotní a sociální stav, zejména u mladých lidí. Sociální pracovník musí umět reagovat na nové zvyky, trendy a události v dnešní době.

Jednou ze zjištěných informací je i novodobá skutečnost, že rodina již nemá takové zájmy o své blízké jako před lety. Z rozhovorů plyne, že domácí péče je příliš náročné a děti nemají zájem se o své blízké postarat.

Spokojenost zaměstnanců a klientů má být zájmem i zaměstnavatele. Proto by bylo vhodné, aby zaměstnavatel vnímal náměty svých podřízených, aby svoji práci mohli vykonávat svědomitě i precizně. Ve zdravotní péči jsou finanční prostředky distribuovány do lékařské a ošetrovatelské péče, nesmí se ale zapomínat na komplexní pojetí medicíny, která zahrnuje i sociální péči.

ZÁVĚR

Hlavním cílem diplomové práce bylo zjistit, jaké techniky a metody sociální pracovník ve svém nemocničním prostředí používá. Aby byl tento cíl splněn, bylo zapotřebí provést výzkum za pomoci polostrukturovaného rozhovoru pomocí kvalitativní metody. K získání relevantních informací a k realizaci výzkumu bylo ochotno se výzkumu zúčastnit 5 osob na pozici sociálního pracovníka ve zdravotnickém prostředí v Pardubickém kraji. Jelikož jednotlivé nemocnice disponují pouze některými odděleními, nebylo možné plnohodnotně porovnat všechny odvětví, na které byl výzkum zaměřen (například dětské oddělení).

Z výzkumného šetření vyplynulo, že sociální pracovníci poskytující sociální péči, jak je stanoveno ve standardech a postupech nemocnice. Zkoumané techniky a metody reagují na přicházející klientelu, která sociální služby využívá. Sociální pracovník tedy zajišťuje sociální poradenství, vykonává sociální šetření a na základě toho stanovuje sociální diagnózu. Dle sociální diagnózy je při multidisciplinárním týmu řešen další postup léčby či následné umístění klienta do jiného zařízení.

Profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví má svá opodstatnění, je nedílnou součástí multidisciplinárního týmu a celkové struktury nemocničního zařízení. Jeho kompetence jsou ostatními spolupracovníky respektovány a využívány v sociální sféře. Obohacující znalosti v sociální práci využívají nejen klienti, ale i zaměstnanci v rámci dobrých vztahů na pracovišti.

Co se týče podpory a kvality práce, je zřejmé, že sociální pracovník by mohl mít větší podporu od zaměstnavatele ve smyslu zajištění zastupitelnosti při absenci dovolených či pracovních neschopností. Podpory ze stran multidisciplinárního týmu je dle jejich informací dostačující.

Můžeme konstatovat, že by sociální pracovník zasloužil podporu jak v emoční oblasti, tak i v té finanční.

Sociální pracovník tedy vystupuje jako koordinátor následné péče a momentální péče během hospitalizace klienta. Spolupracuje se značnou škálou všech organizací, úřadů, státních i nestátních orgánů. Jeho každodenní činnosti je administrativní práce a komunikace s ostatními intuicemi.

Pracovník i s ohledem na vyvíjející se společnost musí umět reagovat na nové situace. Respektovat především zájmy klienta a zároveň komunikovat s rodinou, i když je to někdy velmi těžké.

Závěrem můžeme shrnout, že postavení kompetentního sociálního pracovníka je v nemocnici nezastupitelné. Provádí mnoho úkonů, které jsou fyzicky a psychicky náročné. Jeho osobnost je stavěná na pomoci všem, kdo pomoc potřebují, proto by jeho postavení nemělo být bráno na lehkou váhu a respektovat jeho umění v orientaci v sociální práci, protože nikdy nevíme, kdo z nás bude jednou sociální pomoc potřebovat.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

Knižní zdroje

BÁRTLOVÁ, S. a MATULAY, S. *Sociologie zdraví, nemoci a rodiny: Sociológia zdravia, choroby a rodiny*. Martin: Osveta, 2009. ISBN 978-80-8063-306-6.

BENDO VÁ, P. *Alternativní komunikační techniky*. 2013. Olomouc: Univerzita Palackého

GOLDMANN, R., CICHÁ, M., 2004. *Etika zdravotní a sociální práce*. Olomouc: Grada Publishing. ISBN 80-247-1362-4

HADJ-MOUSSOVÁ, Z. *Úvod do speciálního poradenství*. Liberec: TU, 2002.

HARTL, P a HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-303-X.

HAVRÁNKOVÁ, O. Případová práce. In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2

HENDL, J., 2008. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: ISBN: 80-7083-659-8.

JANEBOVÁ, R. (ed.). *Spolupráce v sociální práci: Cooperation in social work : sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce : Hradec Králové, 21. až 22. září 2012*. Texty k sociální práci. Hradec Králové: Gaudeamus, 2013. ISBN 978-80-7435-259-1.

JANEČKOVÁ, H. a HNILICOVÁ, H. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.

JANOSIK, E. H. a DAVIES, J. *Psychiatrická ošetrovatel'ská starostlivosť: duševné zdravie a psychiatrické ošetrovatel'stvo*. Martin: Osveta, c1999. ISBN 80-8063-017-8.

Jarošová, D. *Teorie moderního ošetrovatel'ství* 1.vyd. Praha: Nakladatelství ISV, 2000. ISBN 8085866-55-2

JESENSKÝ, J. *Uvedení do rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 1995. ISBN 80-7066-941-1.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 7., V Portálu 6. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0528-9.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2. vyd., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KRATOCHVÍL, S. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995. ISBN 80-85824-20-5

KUTNOHORSKÁ, J; CICHÁ, M. a GOLDMANN, R. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.

KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LEVICKÁ, J. *Teoretické aspekty sociální práce*. Trnava, Trnavská univerzita, 2002. ISBN 80-89074-39.

LUDEWIG, K. *Systemická terapie. Základy klinické teorie a praxe*. Praha: Pallata, 1994. ISBN 80-901710-0-1.

MAREŠ, J; HODAČOVÁ, L a BÝMA, S. *Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze*. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1062-0.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 3. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

MATOUŠEK, O. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, O. *Základy sociální práce*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0211-0.

MICHALÍK, J. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, M., 2010. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

MUSIL, L. "Ráda bych Vám pomohla, ale ..." Dilemata práce s klienty v organizacích. Brno: Marek Zeman, 2004, 243 s. ISBN 80-903070-1-9.

NEČASOVÁ, MUSIL. *PRACOVNÍ PODMÍNKY A DILEMATA POMÁHAJÍCÍCH PRACOVNÍKŮ*. Sociální práce/Sociálna práca. Brno: ASVSP, 2006. ISSN 1213-6204.

NEČASOVÁ, in FISCHER, MILFAIT. *Etika pro sociální práci*. Praha: JABOK, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3

ŘEZNÍČEK, I. *Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Studijní texty, sv. 5*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. ISBN 80-85850-00-1.

SCHAVEL, M., HUNYADIOVÁ, S., KUZYŠIN, B., *Supervízia v sociálnej práci : teória, prax a výskum*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2013. ISBN: 97-88097-14450-0.

ŠPATENKOVÁ, N. *Krizová intervence pro praxi. Psyché*. Praha: Grada, 2004. ISBN 80-247-0586-9. Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0907-0.

ŠRAJER, J. a MUSIL. Etické kontexty sociální práce s rodinou. Brno: Albert, 2008, 152 s. ISBN 978-80-7326-145-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie; dětství, dospělost, stáří*. Praha: Portál, 2000. ISBN: 80-7178-308-0

VENGLÁŘOVÁ, M a MAHROVÁ, G. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2138-5.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. 3. vyd. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0212-7.

VURM, V. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. V Praze: Triton, c2007. ISBN 978-80-7254-997-9.

VYMAZALOVÁ, E. in REGEC, V., STEJSKALOVÁ, K et al. *Komunikace a lidé se specifickými potřebami*. Univerzita Palackého v Olomouci, 2012. 1. Vydání. ISBN 978-80-244-3203-8.

Zahraniční zdroje

BAINES, Donna. *Doing Anti-Oppressive Practice*. Fernwood Publishing Co Ltd, 2017. ISBN 1552668797.

Yalom, I. D. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy, New York, Basic Books, 1975, ISBN 91541617576*

The 'Community' in 'Community Social Work'. Online. Roč. 2017, s. 8. Dostupné z: <https://www.iosrjournals.org/>. [cit. 2024-07-05].

The teaching and learning of communication skills for social work students: a realist synthesis protocol. Online. Systematic Reviews. 2022. Dostupné z: <https://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13643-022-02125-w>. [cit. 2024-07-05].

N. SULLIVAN, L. MITCHELL, D. GOODMAN, N.C. LANG, E.S. MESBUR. *Social Work with Groups Social Justice Through Personal, Community, and Societal Change*. Routledge, 2002. ISBN 9780789018168.

SMART, Julia. *Disability Definitions, Diagnoses, and Practice Implications An Introduction for Counselors*. Routledge, 2018. ISBN 9781138244696.

Internetové zdroje

Asociace poskytovatelů sociálních služeb, © 2011. Etický kodex sociálního pracovníka České republiky [online]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII. [cit. 2024-07-05].

KUZNÍKOVÁ, Iva. *PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ZDRAVÍ A NEMOCI*. Online, Studijní opora. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2013. Dostupné z: https://projekty.osu.cz/svp/opory/FSS_Kuznikova_Psychosocaspekty.pdf. [cit. 2024-07-05].

Osoby se zdravotním postižením. Online. Dostupné z: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1137&langId=cs>. [cit. 2024-07-05].

Podpora zdraví Aktuální situace v oblasti politiky podpory zdraví v ČR. Online. Státní zdravotní úřad. 2005. Dostupné z: <https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/850-podpora-zdravi>. [cit. 2024-07-05].

Sociální péče. Online. Nemocnice Pardubického kraje. 2011. Dostupné z: <https://www.nempk.cz/informace/socialni-pece-1>. [cit. 2024-07-05]. *Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník*. Online. Sociální pracovník ve zdravotnictví/zdravotně sociální pracovník. 2020. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-ve-zdravotnictvi-zdravotne-socialni-pracovnik/>. [cit. 2024-07-05].

Sociální poradenství v ČR. Online. 80 let sociální práce na území Česka a Slovenska. 2022. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Kalvoda.pdf/a9dd8a0e-b886-cc47-724a-05bdd175e2d1>. [cit. 2024-07-05].

Tým peerů a krizových interventů. Online. Nemocnice Pardubického kraje. 2011. Dostupné z: <https://www.nempk.cz/informace/tym-peeru-a-krizovych-interventu>. [cit. 2024-07-08].

Zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách. Online. Zákony pro lidi. 2010. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>. [cit. 2024-07-10].

Zdraví. Online. Národní zdravotnický informační portál. Dostupné z: <https://www.nzp.cz/rejstrikovy-pojem/949>. [cit. 2024-07-05].

PŘÍLOHY

I. Poklad k rozhovorům

Výzkumné otázky:

1. jaké metody a techniky SP ve zdrav. využívá ke své práci
2. jaké konkrétní techniky a metody SP využívá se specifickou skupinou klientů?
3. Jaká se spolupráce s multidisciplinárním týmem?
4. Jaká je podpora v inovacích či změnách ze strany organizace?

Otázky do rozhovorů:

1. Jak dlouho pracujete v nemocnici?
2. jaká je náplň práce?
3. Jaké dodatkové vzdělávací kurzy máte?
4. Jaké využíváte techniky ve své práci?
5. Jakou máte specifickou klientelu?
6. Můžete říci, jaký konkrétní postup využíváte u práci se seniory/děťmi/psychicky nemocnými/závislými?
7. Můžete popsat jakou metodu byste použila, nebo jaký postup, kdyby přišlo do nemocnice dítě s podezřením na týrání?
8. Jakou metodu byste použila, kdyby jste řešila případ nezletilé těhotné?
9. Jakou roli máte v multidisciplinárním týmu?
10. Jakou podporu máte v multidisciplinárním týmu?
11. Jak se vnímáte v multidisciplinárním týmu?
12. Jaké máte podněty ke zlepšení své práce?
13. Jakou podporu máte ze stran organizace ve změnách?
14. Jakou podporu bys/byste si představoval/a ze stran organizace ve zlepšení?

II. Povolení k výzkumu

Nemocnice Pardubického kraje, a.s.
Kyjevská 44, 532 03 Pardubice
IČ: 275 20 536



Provedení výzkumného šetření nebo výzkumu v NPK

+				
Příjmení a jméno studenta				
Název a adresa školy				
Studijní program Studijní obor/ročník				
Typ práce (bakalářská, magisterská, disertační)				
Téma práce				
Jméno vedoucího práce, kontakt				
Jméno vedoucího ročníku, kontakt				
Vyjádření vedoucího práce		Výzkum nebude/bude spojen s finančním zatížením NPK Podpis:		
Soubor respondentů, počet				
Metodika sběru dat				
Zahájení výzkumu / ukončení výzkumu				
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování osobních a citlivých údajů respondentů/organizace a povinnosti mlčenlivosti studenta		Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět osobní a citlivé údaje respondentů/ organizace. Jsem si vědom/a, že jsem vázán/a povinnou mlčenlivostí o skutečnostech, se kterými jsem se setkal/a při výkonu své odborné práce a při nahlížení do dokumentace pacientů/organizace. Podpis studenta/ky:		
Vyjádření studenta/ky týkající se zveřejňování informací o odborném zařízení, kde bude výzkum prováděn		Zavazuji se, že ve své závěrečné práci a ani v publikacích vycházejících ze závěrečné práce nebudu uvádět název odborného zařízení, kde bude výzkum prováděn (ledaže souhlas se zveřejněním názvu zařízení jeho představitel vyjádří na tomto formuláři). Podpis studenta/ky:		
Souhlas odpovědného pracovníka NPK		ANO NE Podpis:		
Souhlas představitel NPK se zveřejněním názvu zařízení		Podpis:		
Souhlas vedoucího oddělení, kde bude výzkum probíhat				
Nemocnice, klinika, oddělení	Ano	Ne	Podpis	Počet respondentů

.....
Vedoucí práce

.....
Vedoucí katedry

Součástí žádosti je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru) určený respondentům ve výzkumném souboru včetně informovaného souhlasu a stručný obsah práce. V případě retrospektivního šetření student nesmí nahlížet do NIS ani dokumentace pacienta. Anonymní data mu předá pověřený pracovník oddělení, kde výzkum probíhá. Student se zavazuje předat výsledky výzkumného šetření NPK.

III. Informovaný souhlas

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

(dále Informovaný souhlas)

Název výzkumné

studie:

Řešitelé studie:

Kontakt na řešitele:

Pracoviště:

Pražská vysoká škola psychosociálních studií, s.r.o (dále PVŠPS)

Informace o studii

Cílem studie je zjistit jaké metody a techniky sociální pracovník používá při své práci, dále jaké má postavení v multidisciplinárním týmu a jakou má podporu od organizace. Během studie podstoupíte polostrukturovaný rozhovor za pomoci kvalitativní metody. Odhadované trvání cca 60 min. Vaše účast nebude nijak honorována. O výsledcích vyšetření nebudete. Vaše účast ve výzkumu je zcela dobrovolná. Svůj souhlas s účastí můžete kdykoliv bez udání důvodu odvolat a z výzkumu odstoupit. Po podpisu toho Informovaného souhlasu obdržíte jeden ze dvou jeho stejnopisů podepsaných Vámi a výzkumníkem, který s Vámi *šetření* provádí.

Pro realizaci tohoto výzkumu byl získán souhlas Etické komise pro výzkum PVŠPS č.j.

Ochrana osobních údajů

Správa osobních údajů získaných při výzkumu se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecným nařízením o ochraně osobních údajů; GDPR) zákonem 110/2019 Sb. o zpracování osobních údajů.

V rámci této studie shromažďuje řešitel této studie a PVŠPS jako správce Vaše osobní a citlivé údaje. K Vaším údajům budou mít přístup pouze pověřeni vědečtí pracovníci účastníci se této studie. Tyto osoby jsou povinny zajišťovat a zachovávat důvěrnost Vašich údajů.

Zpracování naměřených či Vámi poskytnutých dat je prováděno po anonymizaci, tedy po nahrazení osobních údajů číselným kódem. Soubor s údaji propojujícími identifikační údaje (celá jména účastníků a kontakt) s číselným kódem užitým pro anonymizaci a další zpracování naměřených dat bude uložen na pevném disku počítače PVŠPS u řešitelského týmu, a nebude dále sdílen. Získané údaje budou použity výhradně pro vědecké účely bez zveřejnění Vašeho jména a dalších identifikačních údajů (tj. bez kontaktních informací a bez data narození).

Máte-li jakékoli doplňující dotazy ohledně této studie, můžete se obrátit na řešitele studie.

Děkujeme za Vaši ochotu k účasti na této výzkumné studii.

Já, , narozen/a
..... (v případě účasti nezletilých či osob s omezenou svéprávností musí být souhlas dán a podepsán zákonným zástupcem či opatrovníkem a v závislosti na věku a schopnostech i samotným nezletilým) svým podpisem níže potvrzuji, že:

- jsem před podpisem měl/a dostatek času k přečtení výše uvedených informací o studii, byl/a jsem podrobně informován/a o cíli a účelu této studie a o tom, v čem spočívá moje účast ve studii;

- jsem měl/a možnost klást doplňující otázky a na všechny jsem obdržel/a uspokojivou odpověď;
- rozumím, že mohu svobodně a bez udání důvodu kdykoliv svůj souhlas s účastí v této studii odvolat;
- převezmu stejnopis tohoto podepsaného Informovaného souhlasu;
- dobrovolně a bez výhrad souhlasím s *mou účastí / s účastí mého dítěte / svěřence, jehož jsem zákonným opatrovníkem* na této studii;
- souhlasím s použitím ode mne získaných dat pro tuto studii i jiné výzkumné studie bez ohledu na řešitelskou instituci, včetně zveřejnění dat ve veřejně přístupné vědecké databázi za podmínek, že data budou použita výhradně v anonymizované podobě;
- jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytují bezúplatně;
- souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto Informovaném souhlasu uvedených jejich správcem pro tyto účely: Pražskou vysokou školovou psychosociálních studií, s.r.o., Hekrova 805, 149 00 Praha 4, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;
- beru na vědomí, že mám právo svůj souhlas se zpracováním osobních údajů kdykoli odvolat, a to buď písemně listovní zásilkou na adresu Hekrova 805/25, 149 00 Praha 4 – Háje, nebo elektronicky e-mailem na adresu osobniudaje@pvsp.cz. Odvoláním souhlasu však není dotčena zákonnost zpracování vycházejícího ze souhlasu, který byl dán před jeho odvoláním.

V dne

Podpis účastníka

.....

Podpis zákonného zástupce / opatrovníka

.....

Celé jméno výzkumníka provádějícího šetření

.....

V dne

Podpis výzkumníka

IV. Etika výzkumu



Přehled etických aspektů školní práce zahrnující výzkum na lidech a jejich ošetření

Tento formulář je studentem vyplněn, konzultován, odsouhlasen a podepsán vedoucím práce **před započítím výzkumu**, který je součástí školní práce studenta. Pokud jde o výzkum v rámci kvalifikační práce, stává se společně s příkladem Informovaného souhlasu **povinnou přílohou** kvalifikační práce.

Název práce	Sociální pracovník v nemocničním prostředí
Typ práce	Diplomová
Celé jméno studenta	Bc. Veronika Chmelíková
Celé jméno vedoucího práce	doc. PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D., dr.h.c.

Etické aspekty výzkumu	Odpověď, řešení
Bude výzkumník zaznamenávat osobní údaje účastníků? Např. jméno, datum narození, poštovní adresa, email, telefon, fotografie, audio záznam, podle kterých bude možné účastníky identifikovat. Pokud ano, z jakého důvodu? Jak budou tato data chráněna proti zneužití ?	Rozhovory jsou zaznamenávány na diktafon bez užití citlivých údajů a názvu, které by konkretizovali respondenta.
Budou účastníci o svých výsledcích získaných v rámci projektu informováni? Pokud ano - jak?	Ne
Budou účastníci plně informováni o účelu studie před podpisem IS a samotným sběrem dat? Pokud ne, uveďte, proč je nelze informovat plně a pravdivě předem. Pokud v souvislosti s neúplnými informacemi může vzniknout nepohodlí či stres, jak budou účastníci po skončení výzkumu informováni o pravém účelu (forma a obsah debriefingu)?	Respondenti byli informováni o účelu provádění výzkumu. Výzkum nezjišťoval informace, které by přiváděli respondenty do stresujících situací.
Budou účastníci osoby mladší 18 let, nesvéprávné osoby, osoby, u nichž lze předpokládat sníženou kognitivní kapacitu pro udělení informovaného souhlasu	Respondenti nejsou mladší 18-ti let.

s účastí nebo osoby ze zranitelné skupiny (pacienti, marginalizované skupiny)? Pokud ano, jaká opatření na jejich ochranu budou přijata? (např. přítomnost blízké osoby, zák. zástupce)	
Budou účastníci vystaveni úkolům či situacím, které jim mohou být nepříjemné (např. nudné zdlouhavé úkoly, záměrné vyvolávání negativních emocí)? Pokud ano, z jakého důvodu a jakým způsobem bude ošetřeno riziko negativního důsledku?	Ne
Budou v rámci studie účastníci žádáni o velmi citlivé údaje (např. sexuální preference, postoje ke kontroverzním otázkám, traumata apod.)? Pokud ano, jak bude zmírněno související nepohodlí či stres?	Ne
Existuje nějaké riziko, že účast na výzkumu může účastníka jakýmkoliv způsobem poškodit , a to vč. dobrého jména, újmy fyzické či psychické, vztahové atd.? O jakou újmu může jít? Pokud riziko existuje, jakým způsobem výzkumník brání vzniku újmy?	Ne

Student prohlašuje, že vyplnil všechny údaje kompletně a pravdivě. Pokud by při samotné realizaci výzkumu mělo dojít ke změnám v bodech uvedených v této žádosti, bude o nich student ihned informovat svého vedoucího práce.

V případě osob nezletilých či osob s omezenou svéprávností zapojených do výzkumu se student zavazuje respektovat kromě souhlasu rodiče či zákonného opatrovníka i souhlas či nesouhlas účastníka s účastí.

Student se zavazuje, že osobní údaje účastníků budou zabezpečeny a uloženy tak, aby k nim měl/a přístup pouze on/a sám/a vedoucí práce. Publikována ve školní práci případně jinde budou pouze anonymizovaná data, která třetím osobám neumožní spojit s nimi konkrétní osobu (tj. bez jména, kontaktních informací, data narození).

V případě pochybností o etických aspektech daného výzkumu může vedoucí práce přesměrovat odsouhlasení výzkumného projektu na Etickou komisi PVŠPS (EK). Pokud bude mít student v úmyslu publikovat svá zjištění kromě samotné školní práce po úpravě i v odborné literatuře, může se sám/a obrátit na EK PVŠPS s žádostí o oficiální souhlas (viz web PVŠPS).

Datum

Podpis studenta

Podpis vedoucího práce

V. Přepis rozhovorů

R₁: Tak a práce se vlastně zabývá metodami, technikami jakoby co se používají sociální práce. A právě u zdravotně sociálního jako pracovníka. Jak tady pracujete, nebo délka praxe jakoby?

Tak odrostli b 6 -7 vlastně 7 let. Byla jsem tam pauza, teda v mateřské dovolené, na které jsem měla záskok, ale od roku 2017. No takže.

A celkově nějaká náplň práce?

Tak určitě je to provedení nějakého sociálního šetření. S tím souvisí vlastně zjištění sociální anamnézy. Rozhodně kontakt s rodinou. Zprostředkování kontaktu s úřadama zařizování následné péče. Já teda mám pod sebou i sociální šatník, takže poskytování oblečení půjčovna kompenzačních pomůcek vedení těch dobrovolníků. Poskytnutí sociálního poradenství. Doprovod třeba, i když je potřeba tak doprovod třeba i na nějaké úřady. Jo třeba se mě i, jak i třeba z psychiatrie jako duševně nemocný, tak IS nezletilým, ať jsme šli na úřad. Takže.

Jo a nějakou spolupráci s úřadama jako od škol?

Určitě spolupráce spolupráce s úřady i se zařízením v následné péče hodně komunikace vlastně IS těmi dobami pro seniory v podstatě.

A následnou? Máte tady psychiatrii akutní, nebo je to i jako nějaký způsob dlouhodobý péče?

Je to i jako hospitalizace, ale spíš spíš se akutní, jo třeba například detox na 14 dní. Jo, ale že potom třeba lidi i měsíc podle toho prostě potřebují, ale většinou se buď třeba vlastně přesouvají na nějakou jinou léčebnu, když chtějí řešit problém dlouhodobě a nebo tak. No, nebo my ho pak docházet ambulantně.

Máte speciální dodatkové nebo vzdělávací kurzy?

Tak já tím, že jsem vystudovala přímo zdravotnějši žádného pracovníka, takže jsem akorát vlastně jsem si tenkrát nějak ze začátku v té 1 části, co jsem tady byla, tak tam mám nějaký kurz SIS pracovníka v tyflo centru v Pardubicích to bylo nějaký jako provázení. Těch slepých lidí jsme se tam učili a ohledně toho dobrovolnictví, ten management dobrovolnictví v Praze, to jsem to byl několikadenní kurz, takže akorát ohledně toho.

A také se teda tak už asi začnu nějakýma technikama, nebo něco jaký ho používáte. Teda tak rozhodně rozhovor, ať to jsou otevřené. Jsi uzavřený otázky uzavřené, že jo cíleně chci zjistit nějakou informaci a otevřeného se docela dozvídám další informace, který někdy pomůžou k tomu řešení. Práce vlastně s jednotlivcem jako s pacientem. AS rodinou jako se skupinou třeba nějak. Rozhodně nějaký aktivní naslouchání, zpětná vazba i neverbální vlastně pozorování jeho neverbálního chování to taky někdy docela no poví.

Nějakou komunitou specifickou?

To to ne ne ne, ne spíš fakt jako cíleně jenom s jednotlivcem, než se voní i jako když chtějí řešit tu sociální situaci, tak většinou chtějí fakt jako soukromý jo, že si jdeme prostě sednout do soukromí a ne před skupinu.

A máte nějaký speciální výcvik třeba v něčem systemice, práce s rodinou, krizové intervence nebo něco děláte, nebo jako bych chtěla bys tě chtěla?

. Tak takhle úplně asi jako. To spíš asi je strašně specifický, protože záleží jak na staré situace. Jo, že prostě, když už nevím úplně jako jak to tak jako představit.

Jo mi jde třeba, když dáme jakoby příklad, když máte třeba podezření na jakoby zanedbání a týrání jakoby dítěte, tak třeba ta krize a intervence by byla. Nevím, jakoby asi vhodná, protože fakt je to teďka jakoby narychlo závažná událost, takže je to třeba na ní umět jakoby reagovat jako něco, jestli jsme to třeba nepřemýšlela, nebo jestli by se třeba to nehodilo v práci, spíš svojí takhle no.

Jako těžko říct tady je to totiž třeba u těch dětí zrovna nastavený, i když třeba paní doktorka má podezření na to ty udání, tak ona mně dá vlastně ten podnět a já už to řeším hodně s tím ospodem a ten ospod už si to sám jakoby. Bere jako pod svoje vedení jo, že oni přijedou třeba hnedka to nějak řeší? Jo, tak nevím, jestli já bych v tom nebyla jako už navíc jako tahle situaci.

Jsem myslela, jestli pracujete s úmrtím? Třeba rodičky?

Tak ono. Stalo se, že třeba pacientka jako nějak vlastně porodila mrtvé dítě a potom samozřejmě řešit jako ta situace byla taková jako krizová, kdy jsem nevěděla, jestli si od našeho chtěla vzít tomu pořídít si ho někde na zahradě. Jo, takže už ta situace byla a říkám, je to hodně specifické, je to takovýhle příklad 1 za čas, takže je to pak hodně o domluvě IS tím oddělením, jak co, jak budeme dělat a.

Jakou máte klientelu, když protože nemocnice je strašně rozmanitá. Začínáme od nějakýho narození dítěte až po seniorky nebo lidi v terminálním stádiu.

Tak hodně, takže ty dětiček těch miminek, jak buď v adopci třeba můžou být jo, nebo teď se nám stala ta věc s tím babyboxem, že tam bylo vlastně ověřené miminko v květnu. Takže co se týče miminek, tak spíš ta adopce, nebo to pěstounství potom hodně ty nezletilý na na tom dětském oddělení, ať už je to právě to zmiňované týrání.

A nebo hlavně to je hodně a často jako alkohol a drogy, že prostě ty nezletilý zkoušej, takže tam je hodně jakoby specifický to dětský. Docela teď poslední dobou je častý jo tam mám docela hodně těch dětí takhle a potom teda hodně ty senioři, hlavně ta LDM tam prostě chodím pravidelně, takže ty senioři jsou vlastně nejvíc, jako si myslím. Potom i vlastně. Lidem bez domova. Ty hodně taky, spíš teda přes zimu, že jo přes jaro podzim přes to léto. Je to takové klidnější, ale to je taky hodně docela a čím dál častěji bych řekla a potom na té psychiatrii ty duševně nemocný. No jo, takhle většinou ty normálně dospělý řady jsou prostě furt hospitalizovaný. Jo, tak můžou to být třeba. Nevím, když jsou třeba po amputaci, tak spíš se řeší nějaké ty pomůcky. AA takhle jako ale většinou. Ti lidé toho středního věku jo, jako mají všechno zajištěno, takže takže spíš takhle no?

A nějaká specifická skupina, třeba cizince?

Sem tam se takhle někdo jako objeví, tak teď jsem taky právě třeba na Alliance mám pána Ukrajince. Tam je to takový horší s tou komunikací jo, ale že tady máme IV nemocnici, docela lékařů, Ukrajinců, tak se to případně dá nějak komunikovat, ale je to spíš jenom zase o tom, co ten člověk potřebuje. Zase jako funguju s ním, nebo pracuju s ním úplně stejně jako s ostatními seniory. Jo, takže zase prostě klasický kontakt rodiny a řešení. Co potom dál jsem jako.

A romská komunita nebo co je to teda odlišné trošičku? Jestli vnímáte tu odlišnost v tom, že vlastně je to jiná menšinová skupina, která vlastně reaguje úplně jinak?

Doslova jsou takový, víc bych řekla slušně. Odrzlejší jsou takový jako ráznější v tom, že samozřejmě to mají jiný. Nevím třeba u porodu tomu, že tam fungovat třeba na tom porodnickém úplně jinak, protože oni, že jo to mají takový všechno honosnější větší, takže tam asi s tím třeba mají si myslím větší zkušenosti. Já se takhle s nimi setkám fakt jako třeba na tý psychiatrii nebo na LDNS jako 1 2 případy za dlouhou dobu jako čistě jako roma jo ale jako furt s nima jedná úplně stejně a myslím si, že i pozice toho sociálního pracovníka je pro ně tak jako, že se ke mně chovají jinak než k tomu personálu. Obecně jo, že třeba těm sestřičkám dokážou být víc jako agresivní, třeba útočný, ale vědí u toho sociálního pracovníka, že fakt tě potřebuji s něčím pomoci. Takže jako ke mně se většinou chovají stručně.

A když teda mluvíme o těch postupech, můžeme se teda konkrétně říct třeba opravdu dítě narodí se matka. Opustí ho, jaký je postup další jakoby z vaší strany?

Takže vždycky, ať už se jedná o jakýkoliv oddělení, tak mě zkontaktují vlastně ty staniční nebo léky. Kdy vlastně mi dají nějaký ten požadavek, že je potřeba řešit a buď si to řekneme telefonicky nebo si. Na oddělení. A vlastně zjistím prvotní fázi vlastně po celou sociální situaci, co nastalo, jak to vypadá a tak dále. Jaký oni získali ty informace třeba o té rodičce, že teda to odpustí, opustila, odešla z oddělení a nemá dál zájem. A já následně. Prostě to je. To s tím ospodem prostě hodně ta spolupráce, takže zkontaktují ospod ten si sem, kdyžtak přijede, zjistí si všechny potřebné informace, případně dává nějaký požadavek. Na co? Ohledně stanovení nějakého přechodného opatrovníka a už se to prostě tady tohle třeba si hodně řeší. Už ten ospod prostě sám jo a potom mi třeba zase podává zpětnou vazbu. Že třeba bude přechodně umístěno do náhradní nějaké péče a budu mu hledat potom jako ztratil stálého pěstouna nebo někoho k adopci. A já to zas třeba předávám na to oddělení, takže hodně to o té komunikaci.

Pokud tady máte třeba děti, dejme tomu, že je hospitalizujete kvůli intoxikaci a jsou třeba z výchovného ústavu nebo jakoby z dětského tam jako kontaktujte podle činu tak asi jakoby kontaktujete ten ústav, ze kterého je, pokud to teda řekne, nebo tak nějak vyšetříte, ale ještě potom nějaký jako jiný způsob.

Ano určitě, no tak ono oni většinou třeba když se nastane nějaké takové situace, tak buď už přímo je třeba na to oddělení. Jak policie, nebo třeba i někdo z toho zařízení. Jo, že čistě už jsou v tom jakoby zainteresovaní, že prostě o tom vědí. Takže já už fakt jako fakt dodatečně spíš nepřijde jo, že mě už ta lékařka to podává, nebo předává mi tu žádost s tím, že že tam je třeba napsaný, přijela vlastně. Pod dohledem třeba nějakého sociálního kurátora sociálního pracovníka s dohledem policie. Prostě už to má policie k řešení a já fakt už to řeším jenom prostě s tím ospodem. Jo, ale když by samozřejmě říkám, je to hodně specifické, takže když by to nastalo, tak kdo je potřeba zkontaktovat tak to zkontaktu jako jo, že je to hodně o té komunikaci?

Kdyby vám přišla třeba nezletilá těhotná, tak by to bylo?

Asi by se to řešilo s ospodem.

Zase zase by se to asi řešilo ospodem. Určitě bych je prostě zkontaktovala, většinou třeba ve většině případů jsou to rodiny, který už ten ospod má starost, takže oni by mě třeba řekli, že už o tom vědí, že už to mají v řešení, že to mají podchycený tu rodinu, že sledují a že třeba už dále nemusíme nic dělat a nebo bych třeba zkusila zkontaktovat i tu rodinu a domluvit se nějak, jestli mají to zázemí a tak dále. Jako je to hodně opravdu specifický. Každý případ od případu. No a od těch nezletilých hodně miminek a tak myslím si, že se učíme jako s oddělením. Vždycky na tom konkrétním případě něco nového. Je to prostě pořád dokola jo ta ta stejná, prostě ten stejný postup, ta stejná poskytovaná péče, stejný plán a tak dále. Jakože většinou to bývá stejný.

A jak komunikujete s lidmi, kteří mají nějakou sluchovou nebo jakoby zrakovou vadu?

Musím říct, že to jsem se ještě s někým takhle nesečkala vůbec jako já osobně, jo?

Snad přes tabulky?

Myslím si, že jsou třeba na úřadu práce, když tam chodím na schůzky, tak tam poskytovali nějakou. Přes teď nevím, jak se to jmenuje. Že se dá jako zavolat na nějakou linku, kde oni vlastně tam mají toho tlumočnicka. To nějak? Zařídí, ale teď fakt nevím jak se. Jmenuje teď jo. Ale říkám, jako sama jsem se nesečkala jo, asi bych opět zkusila prostě tu rodinu. Když by nebyla rodina, tak se třeba spojit s městem nebo od místa, kde bydlí. Jestli by případně potom za ním nikdo nepřišel dál řešit nějak situaci jako záleží samozřejmě potom i na délce hospitalizaci, jestli jestli to je fakt jako hoří a bude za 2 dny propuštěný a stihne se vůbec něco udělat, nebo ne? I tím, že jsem tady jako sama jediná. Tak, když třeba chybím, jo, že prostě třeba nemoc nebo něco, tak je to takové složitější, tak si kolikrát musím poradit sami stejného tom oddělení jo, že mě nemá vrátit.

Jo, zmiňovala jste vlastně hlavně tu i práci s rodinou? Je ta rodina jakoby spíše ochotná, nebo jaká je ta práce?

Jako záleží asi hodně na těch odděleních, jako. Někdy a spíš i možná, spíš bych řekla ve většině případů, že? Nebo dobře, tak řekl, tak 60 na 40, že jako by nejradši, aby se to, aby to všechno vyřešil někdo jiný. Jo, v poslední době mě to tak hlavně přijde, hlavně teda na té LDNC je to takový hodně stěžejní ta práce s rodinou a oni kolikrát prostě dělají mrtvého. Neřeší to vůbec tu situaci a pak vlastně se diví, když jim zavolám a chci to nějak řešit, tak prostě řeknou, no tak ho umístěte někam vezmu a pro seniory a ono to takhle úplně nejde. Že jo, sami vůbec, jako se nesnaží mě, přijde II hodně nabídka, třeba domácí péče a oni většina prostě nechce jo. U některých opravdu když to nejde, jsou jsou sami a mají prostě typu 1000 jiných jakoby věcí k řešení, tak jako fakt se to dá pochopit, ale to je třeba. 2 z 10 si myslím, že opravdu nemůžou jo, ale dneska je to prostě fakt nastavený. Tady, že nechtějí jo. U těch duševně nemocných, třeba je to taky složitější, protože. Ne každý z rodiny zvládne jakoby takhle těžkého příbuzného? Jo, protože tam jsou, jako že jo třeba na alkoholu, tak i na drogách. A zároveň jsou i schizofrenici a tak dále. Takže ta péče je těžká. Jo, ale říkám, no tak 60 na 40, jako fakt je ta práce s nima spíš těžší IS tou rodinou? Jo, že kolikrát se fakt snažíme vymyslet. Vymyslet řešení a nejde to, protože prostě ta rodina fakt jakoby hází klacky pod nohy dostatek řeknu, jo, takže to je fakt těžký.

No jo pak jsou samozřejmě rodiny, který jako opravdu chtějí se starat, jo nedávají od toho ruce pryč. Hnedka řeknou jo. Chci pomoci, nebo třeba žena ubytují u sebe do té doby, než půjde do léčebny. Samozřejmě, vždyť je to můj syn. Jo, jako nevidí v tom absolutně problém. Jo, nebo mě sami hnedka zkontaktujeme ani pomalu, ještě není zapsaných systému ten pacient a už je kontaktuje. Jo, dneska mě odvezli jako maminku a to chci to řešit hnedka a to je to samozřejmě úplně nejlepší, nejlepší scénář.

A teď se vrátím ještě k nějakému postavení. Jste součástí nějakého multidisciplinárního týmu tady?

Určitě, myslím si, že to, že to funguje docela dobře. Myslím si, že líp jak před lety, jako když jsem tady nastupovala, tak to jsem trochu pocítovala, že úplně není ten scén pracovník jako úplně tak začleněnej. A teď si myslím, že už to funguje velice dobře. AI vlastně chodím na porady staniční, takže jsem vlastně i jakoby v tomhle, že když se něco děje, tak tak vlastně vím o těch novinkách a tak. I já tam můžu předávat, případně informace vlastně všem těm oddělení. A teď si myslím, že jako to funguje úplně skvěle, že si dokážeme vycházet vstříc, že když oni něco potřebují, tak já se snažím co nejrychleji a zase naopak, i když já něco potřebuji, tak oni taky jako. Dokážou vyhovět jo, jak vlastně já hodně, teda se stanicima sestrama nebo s lékařema přímo, protože těch sestřiček normálních, jako se tam točí hodně, že jo, takže ty staniční vím, ale myslím si, že jako jo, že teď ta práce v tom celém týmu funguje dobře.

A máte nějak pravidelné schůzky? Třeba vím, že v jiné nemocnici, kde vlastně třeba to 1 oddělení je rozsáhlejší, což opravdu dávají pravidelně každý pondělí zasedá ten tým primář, lékař, vrchní sestra, nebo takhle pracovníci a opravdu se řeší ten klient? A opravdu to mají stanovit v pevných termínech.

Takhle mám hodinku, protože tam vlastně ta péče je opravdu dlouhodobá, protože ti lidi tam jsou kolikrát ideálně ty 3 měsíce, které by měly jenom být. Takže tam opravdu chodím každý týden ve středu, když to teda úplně nejde. Někdy tak hnedka se snažím co nejdřív. Třeba hnedka ve čtvrtek a právě tam si sedneme a řešíme vlastně všechny pacienty. Jo, kdy měl vlastně paní doktorka i paní staniční, říkají třeba, co je potřeba a nebo naopak zase. Já jim dávám nové informace o tom, že za ten týden jsem mluvila s tím člověkem s tím a tak jo a vyřešilo se to. A to jo, že se třeba i žádosti řešily, nebo se vlastně komunikovat s těmi domovy a tak dále, no s rodinami, takže to je ta LDN, protože tam si myslím, že teda by klidně jako. Na nějaký čas, kdyby byla osamocen. I bylo potřeba, protože kolikrát jako fakt vidím, že bych se tomu potřebovala věnovat víc a úplně se to třeba nestihá. Že? Jo, když tady najednou hospitalizují, protože bezdomovce je potřeba řešit něco akutně, nebo i třeba ty děti, a to tak se to úplně jako nestihne. Ale jinak s ostatními odděleníma. To je prostě nárazově, jak je, jak je potřeba? Jo, protože třeba někdy to je. Třikrát do týdne jo za 1 oddělení, někdy třeba měsíc, prostě nic. Jo, takže spíš jak potřebuji.

A nějaký podněty ke zlepšení vaší práce? Co byste si třeba představovala? V čem pomoci? Tak jste říkala třeba i ten zástup.

určitě. Tak to je asi jediný jakoby co mě tak napadlo. Buď teda třeba někoho částečně, anebo právě, aby tady byl někdo na částečný úvazek třeba obecně, když chybím, protože i tím, že vlastně mám doma malého syna, tak ono je to docela někdy, když třeba každý měsíc je nemocný, tak ono u těch dětí je to takový složitější. Ale už jsou zvyklí, že i když mě zavolají domů, takže nějak jakoby něco vykomunikují, ale už je to o tom, že nemůžu přijít na to oddělení a řešit to jako opravdu jako potřebný. Jo, že maximálně zavolám tý rodině, nebo prostě vyřeším něco telefonicky, což taky není úplně jako ideální. Jo, takže asi v tomhle vidím jediný takový, jako co by jinak. Jinak bych potřebovala něco spíš z vnějšího ty vnější faktory jako fakt udělat nějaký ty místa, protože většinou ta práce je zdlouhavá kvůli tomu, že prostě není kam umístit

Následné péče i třeba i třeba ty léčebny jo oni, když se chtějí léčit, tak si volají tady třeba 6 léčeben. Sami si odvolává a prostě když není místo, tak vlastně nemůžou se. Léčit že? No prostě musí čekat 2 měsíce, nebo musí jít zpátky do normálního života, a to většinou už pak prostě nedojde k tomu umístění jo, ale většinou teda u těch domovů pro seniory to mluvím. A to vlastně pro ty bezdomovce. No jenomže tak tady je jako vytvořený centrum pro lidi bez domova a je tam prostě jak azylový dům, jak noclehárna, denní centrum ubytovny, ale všechno je prostě pořád obsazený. Jo, takže, když si nějaký místo jako snažili vytvořit, i tady rozšiřovali to senior centrum, tak stále je to prostě málo. No takže jako kolikrát nám stojí fakt ta práce na tom, že prostě všude je obsazená furt si to jenom vlastně obvolávat dokola, takže ale to je spíš tak jako z vnějšího toho.

Jo, jak jsem říkala, prostě ty rodiny teď mají nějak zafixovaný, prostě že oddlužují člověka na novinku a berou to tak, tak se postarejte. Jo, ale tak je to jiné, třeba v Poličce, kde mají ty sociální lůžka, kde vlastně ty lidi potom můžou být po těch 3 měsících a platit si to normálně. A rozdíl tady, kdy opravdu ta linka je většinou zahlcená.

Ty sociální lůžka nejsou, takže prostě tady byste, že jo. Tady se to vlastně jenom opravdu to zdravotně se to vyřeší a potom by měli jít domů. No. Že právě. Ty rodiny jo je to je to v tom jo myslím si, že ty rodiny se dřív třeba i byly ochotné starat, nebo spíš to bylo jako brané automaticky, že prostě se postarají o svoje rodiče jo dneska to tak opravdu není, no já chápu, že třeba spoustu lidí jako dlouho pracuje. Je to takový složitější. Ale i to dlouhodobé ošetřovné, i kdyby prostě aspoň to zkusili. Jo jsou ty odlehčovačky jako myslím si, že vždycky se to dá aspoň trošičku nějak jako zařídit, když se chceme. Jo.

A za stranu organizace? Že by vám organizačně třeba zaplatila nějaký kurz? nebo obecně zlepšení sociální péče ve zdravotnictví, aby vám třeba mohla ta investice pomoci?

Jako takhle. Jako teď momentálně dobře nastavený, jako že fungujeme. Dobře nenapadá mě úplně to, co maximálně, když by byli víc nějaký finance, třeba na ty pomůcky. Jo, že tam to trošku schází, protože samozřejmě se to opotřebovává a spoustu pomůcek pomůže se vyřazuje, ale chápu, že prostě ty finance jsou potřeba spíš na těch odděleních, že jo. Prostě probíhá ta péče. Ale tak to je tohle jenom jakoby bokem. Ale jinak si myslím jako že. Nenapadá mě asi co co teď momentálně dobrovolníků možná, kdyby se nám jako podařilo, ale to to taky jo, to to teď jsme zkoušeli. Vlastně my máme vysílající organizaci, která nás zaštituje jakoby smluvně, takže jsme se snažili nebo snažime se už roky jako získávat ty dobrovolníky a teď vlastně taky jsem přišla s tím podnětem, že musíme už nebo vedení, teda, že už musíme jako nějaké ty dobrovolníky a tak zprávy z toho vysílají či organizací. Až vytvořil letáček a díky kterému se jako sehnali nový dobrovolníky. Ale jinak si myslím jako, že když by mě něco napadlo, že by mě určitě vešli vstříc, jo takhle, když je nějaký nový podnět nebo nápad, ale nenapadá mě asi už, co by co ještě jako, co by mohlo úplně.

R2: Tak kdyžtak pro začátku informace, jako jak dlouho tady pracujete a co je náplň práce?

Takže teď v prosinci to budou 4 roky v prosinci. No jakoby řekla bych, že asi ta náplň jako zdravotně sociálních pracovníků jako všude, takže získání sociální anamnézy od pacientů, takže osobní, rodinné, sociální na základě toho. Aktuálního onemocnění jo. Vzhledem vždycky se to jakoby souvisí to spolu o tom je jakoby to zdravotní sociální, že se prolíná zdravotní a sociální. Stanovení teda nějakýho řešení toho problému zase ve vztahu k tomu onemocnění potom nějaký zvážení možnosti pro toho pacienta, co by co by pro něj šlo jako udělat, jestli se bude moct vrátit do domácího prostředí, nebo se bude zajišťovat nějaká další následná péče? Bud' ve zdravotnickém nebo sociálním zařízení. Určitě zapojení snažíme se o nejvíc jako o zapojení rodiny a blízkého okolí. Jo, aby se prostě do toho rozhodování zapojili i oni zajištění nějaký kontinuity péče. Takže po ukončení té hospitalizace právě aby navazovala bud' ta domácí péče, třeba ty pravidelný převazy nebo aplikace inzulínu, ta domácí péče anebo pečovatelská služba, takže po zajištění jakoby? Tý péče o pacienta hygiena nákupy. Vaření jídel to je všechno jakoby v tom domácím prostředí a ta kontinuita péče jako vzhledem k tomu, když už je umístěn, když se umísťuje ten pacient do toho domova pro seniory jakoby, tak tam tu péči veškerou vím, že už má zajištěnou zase z jejich z jejich strany. Zajišťujeme kompenzační pomůcky pro pacienty, ne že bych je úplně přímo zajišťovala já dojela tam ale. Předávám kontakty, rodině, rodina si to musí vykomunikovat. Zajistit si to.

Potom teda zajištění té následné péče po ukončení hospitalizace tedy může bejt bud' doma, nebo zajištění nějaký rehabilitace psychiatrické léčebny vono to je fakt jakoby spousty určitě poskytují sociální poradenství, správný příspěvek na péči, žádost o invalidní důchod, dávky dlouhodobýho ošetřovnýho, nějaký sociální pojištění. Takže to většinou předávám spíš pokud se jedná o seniory, tak spíš to jakoby vysvětlují tý rodině, protože samozřejmě vzhledem k věku. To spíš řeší ta rodina a určitě jakoby zastupují zájmy těch pacientů v rámci v rámci té nemocnice třeba ve vztahu k lékařům nebo personálu, aby věděli i ten personál, na co prostě ten pacient má a nemá nárok jako z naší strany. No pak samozřejmě, jak říkám, neo psychiatrické léčebny rehabilitace, následný většinou z traumatologie tak zajišťují rehabilitace nebo jiné následné péče. LDN. Nevím, plicní léčebny je toho ještě hrozně hodně. No jako to je to je to jako obsáhlý, opravdu jako ty plus děti. Takže jakoby komunikace s ospodem jo a zajištění bud' třeba nějakých přechodných pěstounů, když děti jdou k adopci, takže prostě je to od miminek až. Po seniory.

No kurz nad rámec vašeho vzdělání, jestli třeba máte krizovou intervence nebo výcvik?

Nemám, nemám krizovou intervenci, plánuji. Já jsem teď dodělala magisterský studium. Mám hotový, kde vlastně jsem studovala organizaci a řízení ve zdravotnictví, takže spíš. Zajišťování jako kvality a bezpečnosti péče o pacienta, takže to bylo především o tom, ale zas mě to dalo jako větší, větší jako pro hubení těch znalostí. Jak ta nemocnice funguje, jak je všechno financovaný, z jakého důvodu jsou audity a tak, takže spíš jakoby povědomí OO fungování té nemocnice, jinak součástí toho mám i mentorský kurz, takže můžu dělat mentora. Pravidelně se účastním na konferenci.

Většinou. S kolegy z oddělení s panem primářem s naší vrchní sestřičkou. Účastním se opravuje setkání zdravotní sociálních pracovníků no a krizovou intervenci bych jako výhledově chtěla, ale teď potřebuji pauzu po tom magisterském, ale výhledově výhledově bych to asi zkusila.

Je to potřeba v té nemocnici? že se uplatní krizová intervence, protože tady, kdo poskytuje krizovou intervenci je většinou záchranka, že jo?

Určitě. No určitě. Jo jo oni jsou v tom systému psychické intervenční sociální pomoci. Ten spis systém tak jsou peeri a interventi, že jo peer je pro kolegy a interventi jsou právě pro ty sekundárně zasažený jako většinou pro pacienty. Jo u nás určitě z naší stránky je nejvíc, když se něco řeší, ne dětsky jo, když jsou potraty.

Jo teďkom jsem měla vlastně včera porod 35 tejdnu mrtvýho miminka jo, takže tam jakoby prostě je potřeba vědět jak s nima komunikovat, no prostě ta komunikace je úplně jiná a úplně já sama cejtím, že se v tom tolik tolik jako necejtím dobře, jako komfortně v těhle situacích. Takže bych doufala, že třeba mi to jako pomůže. Super.

Jasně. Jo. Tak a nějaký techniky?

Jet s pacienty tak hlavně s rodinou, že jo je to vždycky se snažím 1 pacient, potom rodina, abych to věděla jakoby z obou 2 z obou 2 stránek. Určitě jakoby technika bych řekla, jestli pozorování jak jak reagují buď ty rodinný příslušníci nebo sami ty ty pacienti, ale jako jinak jako hlavně.

Nějakou případovou práci? Ten případ od začátku nějaký anamnézy toho klienta až po závěr? Doporučení.

Doporučení nedávám, protože většinou to v podstatě jakoby spíš musím vyřešit od začátku až do konce jo, takže samozřejmě sběr sběr těch dat nějaká analýza analýza těch dat, většinou se stanoví nějaká sociální diagnóza AA něco se naplánuje jo čím, čím je potřeba začít, jakoby navazuje to na sobě? Samozřejmě podání žádosti, aby většinou teda u těch pacientů spíš na LD než úplně na akutním lůžku. Tam většinou se předávají do další péče a tam už se to zase řeší. Sociální pracovník toho daného zařízení, kam jde, když je to třeba ta psychiatrická, léčebna nebo lůžek a Košumberk rehabilitace, takže spíš jakoby je od začátku do konce by je to asi na té LD. Jo, pokud se jedná o zajištění té následné péče o propuštění v tom sociálním zařízení, takže podání žádosti do domova podání žádosti o příspěvek na péči na péči a vlastně konečný překlad do toho domova, dejme tomu a tam už individuální plány se dělají zase sociální pracovníci v tom domově. Ale my jako vyloženě individuální plán s každým pacientem nemám nedělám.

No a jakou klientou tady máte zrovna v nemocnici?

Úplně všechno od miminek vlastně až po až po seniory jo, takže miminka nebo na dětském oddělení jsou to novorozenci pak teda to je novorozenecký dětský oddělení. Už můžou to bejt v týraný děti, můžou to bejt zanedbání péče ze strany těch rodičů, nebo už pak starší děti nějaký intoxikace alkoholem? Pak už přechází se teda na klasické oddělení. To jsou úrazové stavy i mladých lidí. Intoxikace, léky, alkoholem, psychiatrický pacienti. Závislý pacienti tak to jsou většinou takový ten střed a pak už jsou senioři, no nějaký zhoršení soběstačnosti opakované páry v domácím prostředí, stavy pod CMP? Prostě je to od miminek až pak po seniory komplet. Jako myslím si, že není nic, co by co bychom tady jako nevyzkoušeli už někdy.

A specifický postupy u těch jednotlivých?

U dětí je to komunikace s ospodem, hodně se řeší IS praktickým lékařem může být i se školou, ale já spíš ze sebe jenom s tím ospodem a ospod už si zase kontaktuje všechny ostatní a já už čekám jenom na vyjádření ospodu, takže já spíš jako v tomhle spoléhám jenom na ospod to, co mně řekne, jestli péče je zajištěna nebo jak to bude, tak tak už mi to jako nemocnice uděláme.

Takže do toho já úplně nezasahuju do těch dětí to. To spíš teda ten ospod psychicky nemocní, no tak určitě, jakoby si správně by měly bejt hospitalizovaný na psychiatrii vzhledem k tomu, že tady psychiatrie není tak ty akutní stavy by se měly překládat psychiatrie nebo Havlíčkův brod. Co se týká ještě psychiatrický, tak to jsou odvykací léčby. Tak to se může stát, že třeba na tý následný péči, když si někdo mladší a jsou závislí maj zájem o ty odvykací. Odvykací fůry. Tak to zajišťujeme my, tak většinou to zajistím, protože tam jsou zase ty ty požadavky úplně jiný. Jo tam hodně. Před často třeba chtějí životopis a ty toho pacienta, jak to začlo, kdy začal být, proč začal pít a většinou to nezvládají, tak se to snažím jakoby vypisovat s nima, takže to jsou ty psychicky nemocní senioři. Samozřejmě tam ty přístupy jsou úplně jiný, jiný tam, pokud je aspoň malá šance nějaká. Jako pomoc od té rodiny, tak samozřejmě nejdříve se snažíme zajistit tu péči v domácím prostředí co nejvíc toho seniora jakoby začlenit do té společnosti, aby mohl zůstat co nejdýl doma ten domov seniorů opravdu se řeší až úplně v nejzazším případě, kdy to fakt nejde, kdy není možnost tu péči zajistit jinak. Pak jsou samozřejmě ještě další onkologicky nemocní. S nima se to řeší jako taky individuálně, jinak cizinci jo tam tam to je taky prostě jiný, jakoby fakt u každého. Samozřejmě to má své specifika s každou cílovou skupinou.

Co byste řekla jakoby taková ta nejhorší práce? Nejobtížnější?

děti. Já prostě nemám to ráda, ono to dělá kolegyně a my vlastně nemocnici rozdělánou na 2. Poloviny tak nějak a dělá to kolegyně, mně teď ty děti moc moc ne to nedělají dobře. Já jsem spokojená se seniory, což mě to mě baví asi víc AA samozřejmě s tím.

Psychiatricky nemocnými je taky prostě těžký jako porizení. Oni nespolupracujou ve většině případech jako nespolupracujou, takže je to takový horší.

Kdybyste měla třeba klienta, dejme tomu jakoby seniora, kterej by měl nějakou vadu buďto zrakovou nebo sluchovou, tak to řešíte jak? Tak máte třeba tlumočnicka přes znakovku?

Ne to vůbec. Určitě jako myslím si, že nějakým způsobem by to šlo zařídit pravděpodobně přes nemocnici. Popravdě jsem se s tím úplně nesetkala. Samozřejmě jako se sluchovým postižením je tak jako téměř víc, jak 1/2 těch seniorů, že nedoslýchají a většinou se snažím komunikovat s rodinou a nebo se komunikuje s přes tabulky.

Jo ukazování nad písmenka to mají hodně pacienti na diopu, který mají tracheoskopii, nejsou schopný komunikovat, takže se využívají tabulky a ukazuje se, ukazuje se na písmenka.

Jo tak přejdeme. Asi k tomu multidisciplinárnímu týmu, tak dáte tam roli jakoby sociálního pracovníka, jak to jakoby vnímáte?

Jako určitě ta spolupráce tam je jako na dobré úrovni bych řekla jo ten, jako už si myslím, že jako v týhle nemocnici určitě jako zdravotně sociální pracovník je součástí toho multidisciplinární vaší multidisciplinárního.

Já vlastně co se týče jakoby třeba na oddělení LDN, tak tam koordinuju jako příjmy. Propuštění jsem vlastně denně v kontaktu se sestrami se staničnými sestrami s primářem oddělení s fyzioterapeuty jo. A vlastně když my všichni to dáme prostě dohromady, tak na základě jako informací od každého se potom plánujou. Jo vzhledem k tomu, že já plánuji ty propuštění, tak s lékařem, domluví zdravotní stav s fyzioterapeutem, domluví soběstačnost pacienta. Co vlastně zvládne, nezvládne na základě toho třeba zajistíme ty kompenzační pomůcky na doma, aby prostě to měl co nej komfortnější jako v tu chvíli toho propuštění, takže jako určitě součástí toho multidisciplinárního týmu.

Nikdy se mi nestalo, že by. Někd jako. Řekl, že že nepomůže. Jo, já většinou samozřejmě prostě po po těch lékařích něco chci jo, takže psát lékařský zprávy, abych je mohla rozposílat, ne, nestalo se mi, že by mi někdo řekl, že mi to nenapiše, jako že na to není čas, prostě vědí.

Že už tak jakoby on si to ono se to postupně jako tady zavedlo tak, že už to asi nevnímají tak jako že by to bylo obtěžující, protože vědí, že v rámci zajištění té následné péče se bez toho jako neposuneme. Takže.

No a teď nějakou podporu ze stran organizace byste chtěla něco změnit, popřípadě? Co byste chtěla vylepsit? Že by vám třeba mohla nějak zorganizovat pomoc jako zaměstnavatel?

Jako podklady si myslím jako že je dobrá jo. Pokud já přijdu s nějakým nápadem nebo něco, tak určitě se snaží buď vyhovět, nebo aspoň to vyslechnout a zkusit najít nějaký schůdné řešení a podporu. Určitě bych tam uvedla zavedení supervize, která tady teda nefunguje.

Určitě, jakoby co se týká našeho oddělení tak nějaký zástup, protože opravdu to tady vlastně stojí na 2 lidech. Třeba nemocnice s tím, že v rámci dovolené se musíme vystřídat a pokud se stane, že vlastně 1 je na dovolené a 2 onemocní, tak tady tu práci nikdo jinej z celý nemocnice prostě neudělá, neví, jak se komunikuje s ospodem, jak se podává oficiální žádost. Neví, jak se zajišťuje následná rehabilitace. Jako většina, řekla bych, že prostě by to tady jako nefungovalo, takže jsme jako dost odkázaný na to, že vždycky aspoň 1 tady prostě musíme být, což se jako ve 2 lidech. Je to někdy těžký, takže ten zástup třeba jestli někoho jenom na dohodu při vykrytí oku těch těch jako byl výjimečných situací a pak ta supervize.

Vlastně je povinná pro sociální pracovníky. My jako. Sociální jsme za městem pod zákonem 96/2004 a tam to ukotvený v zákoně není pro zdravotníky, takže jakoby nás se to netýká, to už je spíš jakoby dobrovolně jenom ze stran toho vedení.

To muselo zajistit, ale zákonem danou povinnost nemají. To mají jenom sociální pracovníci. Sociálních takhle sociálních službách ještě ke všemu ne ve zdravotnictví nebo my tady jako zdravotně sociálně, že bysme měli mít vystudovanou právě tu zdravotně sociální práci pod tím zákonem 96 a ne? 108.

Zdravotnictví je i kurz, že jo to zdravotnictví minimum nějaký jo, jde to jde to jenomže ještě to v tom brně si myslím, že se to studuje.

Což vím, že je. Já mám ještě nějaké doplňující otázky. Využívají jakoby vaši nějakou službu, třeba zaměstnanci, že se jdou poradit? a tohle chtěla byste to nějak ukotvit v náplni své práce? Záleží asi kolik těch lidí přijde, jestli to je 1 za měsíc, tak si myslím, že jako z dobré vůle to je jako dost, ale pokud jich přijde třeba, nevím 20, tak už i třeba nějaký čas s tím zaberete, že jo třeba vytisknout nějakou žádost, nebo něco tak jako.

Jo, jako jestli já jako v náplni práce pokaždé nevím, jestli to ty, jak to tam jakoby je ukotvený nebo není v každém případě mi jakoby v rámci nemocnice si myslím, že mezi zaměstnanci je jakoby daná jako povinnost být jako vstříc. My máme i jako v rámci nějakých benefitů si myslím, že jo, že i když jakoby zaměstnanec nemocnice bude potřebovat někde nějaké ambulanci, něco tak by měl mít to částečně přednost, pokud je to aspoň trochu možné. Takže to beru tak jako spíš automaticky, že těm zaměstnancům vždycky se snažíme víc a poradíme, pomůžeme.

To jsem měla jo a já jsem tam ještě jako ve své práci právě mám. Jsem narazila na 2. Skupiny takových klientů, u kterých by mě zajímalo třeba nějaký konkrétní přístup. A to je kdyby vám třeba sem přišla nezletilá těhotná, jak by se postupovalo, jestli byste mi to mohla popsat?

To neřeším. Ty spíš kolegyně, ale určitě zákonný zástupce řeší si zákonný zástupce rodič nebo hodně často rodič nebo babička. Pokud chtěj vlastně za to jako zodpovídat, myslím si, že to tak je, že se vám vlastně pod to pod to podepíšou a jsou dočasným opatrovníkem toho miminka. Ale jakoby s tím, že tu péči, pokud chce zajišťuje pořád to nezletilá ta nezletilá ta maminka nezletilá. Jako vím, že jsem tady určitě měla takový pacient. Že jsou nezletilý, ale normální péči o miminko zajišťují, ale mají den mají stanovenýho opatrovníka. Pro to miminko většinou maminku nebo babičku, ty jiné zatím. Ale to by vám možná, kdyžtak řekla to.

A pokud to bylo pod 15 let, tak i jako kontaktujete policii?

Jo, určitě si myslím, že určitě, že to si kontaktuje ošetřující lékař sám. My kontaktujeme ospod ospod a jo, jo tak a lékař většinou nahlašuje, nahlašuje na policii. Nebo jako samozřejmě můžeme i my, ale ona s tou policií se určitě.

Jo, takže sociální a lékař zajišťují, kdo dál?

Určitě spojuje ospod, hlavně, který si to řeší jako společně s nimi pak většinou čekáme na vyjádření toho ospodu.

Jo a ještě třeba u týranech dětí, kde máte podezření, že to dítě je týraný, takže tam teda ten lékař hlásí.

Nahlásí na policii. Já to hlásím na osvod.

Přerušuje se kontakt, třeba do tý doby, když tam bylo podezření, že to je třeba rodič?

Může potom rozhodnout jako myslím si, že o tom může rozhodnout ošetřující lékař, ale je to dost dost jako sporný do tý doby, než se to nějakým způsobem nevyřeší, protože vzhledem k tomu, že je pořád jako zákonným zástupcem, tak nemůžeme úplně jako to je až na základě rozhodnutí tý policie. My určitě si myslím, že úplně z naší strany jako

z lékařský nevím. Nejsem si jistá, jestli může jako stoprocentně zakázat jako třeba kontakt rodiče s dítětem, což si myslím, že to je až jakoby. Spíš ze strany jako policie.

R₃: Jak dlouho pracujete v nemocnici?

No, já dříve pracovala v jiné nemocnice jako sociální pracovnice. No a tady pracuji asi 7 let.

Jaké máte vzdělání/dodatkové kurzy?

No, tak já jsem vystudovaná sociální pracovnice jako bakalář a pak jsem si musela dodělat ten zdravotní kurz v NCZO. No ale tam se stejně řeší jen zdravotní věci, tu sociální počítají, že už znáte.

Jinak jezdím na konference od nemocnice. No a sama si vyhledávám semináře. Ale to je osobní. Jako z mého osobního zájmu.

Jaká je Vaše náplň práce?

No tak celkově je to obecně sociální šetření. Takže pokud nás oddělení zavolá, že tam mají pacienta, který potřebuji nějakou sociální službu, tak tam jdeme. Máme největší oddělení LDN, takže hlavně další péče jako jsou důchodáky, s charitou se řeší domácí péče. Nebo nějaký další ústavy, třeba pro ty, kteří mají nějaký omezení a jsou někde pro ně speciální ústavy. No takže to jsou většinou ty starší lidi. Pak samozřejmě vyřizování požadavků na úřadech, nějaký příspěvky, dávky. Dávky třeba pro bezdomovce, pokud je ještě nemají. No ale většinou ty lidi už mají dávky zařízené. Takže hlavně tu návaznou péči. Pak třeba se naskytou případy s děckama. No takže dávám vědět ospodu. Takže z toho hlavního šetření je spíš toto. No a pak máme ošacení a můžeme půjčovat kompenzační pomůcky. No a pak už mě asi nic nenapadá. Takže z toho hlavního asi všechno. Je to hlavně práce rychle zařídit další zařízení, ve většině.

Jaké techniky při své práci využíváte?

No techniky, asi hlavně rozhovor. Protože jak s těma lidma mluvím, tak potřebuji zjistit, co nejvíc informací. Jako jestli třeba mají peníze na to být v nějakým důchodáku nebo to bude muset doplatit rodina. Jestli třeba nebydlí někde bez výtahu a má vozík. A tak jako. Takže hlavně ten rozhovor.

No pak mě ještě napadá jako práce s rodinou. Hlavně třeba u dětí nebo u starších lidí, jestli je chtějí domů a starat se o ně. Pak je někdy horší domluvit se s tou rodinou než s tím samotným pacientem. Jako jo. Pacient chce třeba domácí péči a mladí ho chtějí šoupnout do důchodáku a nejlépe na druhou stranu republiky jako.

To je smutné, ale v dnešní době asi běžné.

Ano to určitě, jako dneska nikdo nechce mít doma někoho, kdo je přítěží. Kdo vyžaduje neustálou péči, o koho se musíte pořád starat. Dnešní rodina je opravdu úzká, co se tady setkávám a už není tak velká jako dřív.

Co skupinová práce?

No to tady nevedeme. Hlavně řešíme osobní věci. A to ve skupině moc nejde. Nechtej mluvit o svých věcech před ostatními. Dokaázala bych si představit skupinovou práci spíš v nějakým ústavu s dlouhodobou službou. Tady lidi na LDN jsou 3 měsíce a nějak více lidí se stejným problémem tu asi v nemocnici na jednom místě není.

Jo, děkuji.

Tak teď se dostanu na otázku ke klientele. Jaké osoby tedy tvoří vaši klientelu?

No tak starší osoby na LDN. Pak se tu občas objeví někdo na chirurgie, interně .. spíš na ty chirurgii, tam řešíme třeba akutně nějaký věci. No občas teda někdo na děckým oddělní. Takže děti, nebo takhle. Spíš ty rodiče a děti. Jako víte jak to myslím. No a hlavně opuštění novorozeňata.

A co psychiatricky nemocní?

No my tu psychiatrii nemáme, ale občas se tu někdo vyskytne, tak se řeší něco. Ale to si spíš řeší doktoři sami. A ani si nevzpomínám, kdy naposled tady někdo takový byl-

Specifická práce u klientů?

No tak když začnu takovým tím každodenním chlebem. Tak je to zařizování ty následný péče v tom důchodáků. Takže u ten starších lidí vedeme rozhovor. Zjistíme, kde je místo, kam chtějí. To je taky hodně důležité. Hodně z nich si říkají, no tam nechci, tam je to strašná a hlavně je málo míst. Protože duchodáky jsou přecpaný a málokdo chce babičku či dědu domů. Taky třeba nechtějí být mladým na obtíž, takže řešíme hlavně toto.

Pak třeba u opuštěných dětí, to je fřmol no. Tam se hnedka kontaktujeme ospod, aby se řešila adopce a tak. Tam hlavně nevíte, jestli si ta matka nešla jen domů a jestli se vrátí. Třeba u romů je to běžné.

No a když jsem u těch dětí, tak pak na děckým řešíme třeba týráni a to taky s ospodem.

Tak teď tedy otázka na multidisciplinární tým. Jaké máte postavení jako sociální pracovník?

Tak jako spolupráce je tu velmi dobrá, protože všichni chtějí a hlavně musejí ty lidi někam dát, když už nemůžou být v nemocnici. Takže máme pravidelně schůzky, tedy na LDN a tam se scházíme a řešíme aktuální obložnost lůžek a řešíme konkrétní pacienty. Po poradě nebo sezení nebo nevím jak to mám nazvat protože porada to úplně asi není. Tak jdeme obejít pacienty a řešíme s nimi co dál.

Takže v zájmu lékařů je to, abychom my jako sociální pracovníci mohli vyšetřit co si ten člověk může dovolit, na co má peníze, jestli rodina pomůže a tak.

No a jak vnímáte sebe?

Jako myslíte, jestli tam nemám jako horší degradované postavení?

Jestli Vás lékaři berou jako důstojnou osobu a ně jak s prominutím socku.

Ne to vůbec ne. Musím říct, že se v kolektivu cítím velmi dobře a jak jsem říkala, je to v zájmu všech a oni nás taky potřebují. abychom zařídili to a tamto.

To mi asi stačí, teď se ještě zeptám, jaký máte podněty ke zlepšení své práce?

No tak jako vždycky je co zlepšovat, ale tak obecně je jasně dané, co máme dělat. Svoji práci dělám jak máme dané v vnitřních postupech a celkově tak všechno nějak klape. A zlepšovat by se dalo spíš ta komunikace jako osobně. Jako třeba bych asi potřebovala pilovat komunikaci, protože někdy ty lidi na vás něco vyhrknout a tak abych uměla dobře komunikovat, tak asi nějaký kurz na komunikaci jako pro sebe.

A ze stran organizace?

No tak asi bych potřebovala někoho tady ještě. Třeba nějaký záskok když mám dovolenou. Protože nejsem taková, že nechám všechno ladem a beru si telefon domů, když volá policie. Třeba řešit nějaký věci jako s ospodem a tak u těch dětí je to náročně, kde musím být pohotová.

No a celkově podpora ze stran organizace?

No tak asi mě nic úplně nenapadá, ale asi ten kurz nějaký ve vzdělávání sebe a tak. Ale jinak všechno je tak nějak dané. Takže spíš jako seberozvoj.

Ještě mě napadají ty kompenzační pomůcky pro lidi, kteří nemají peníze a ty co tady máme jsou v šíleném stavu a tak bych třeba viděla peníze tam. Jinak jsem spokojená.

R4: Jak dlouho pracuji v nemocnici v nemocnici?

Pracuji na pozici, sociální pracovník 3 a půl roku. Dříve jsem pracovala mimo nemocnici jako sociální pracovník.

Jaká je náplň vaší práce?

Tak já se zabývám hlavně výběrem vhodného zařízení následné péče, a to jsou domovy pro seniory nebo domovy s pečovatelskou službou, azylové domy a tak dále. Dále zajišťuji bydlení, jako jsou ubytovny, žádosti o městské byty.

Dále poradenství v sociálních u sociálních dávek. A jako jsou například, kdo má nárok na dávku způsob podání žádosti pomáhám s vyplněním žádostí a to jak s klientem tak IS rodinou klienta.

Dále zajišťuji terénní služby, jako je domácí péče. Mám půjčovnu kompenzačních pomůcek, kde na základě smlouvy mezi nemocnicí a klientem vypůjčíme kompenzační pomůcku.

Zajišťuji ošacení.

Dále pomáhám s vyřizování osobních dokladů.

Zprostředkovávám kontakt se sociálními zdravotními pracovníky jiných zařízení, jako jsou městské úřady domovy pro seniory, úřady práce azylové domy ubytovny.

Jaké dodatkové vzdělávací kurzy máte?

tak já jsem se účastnila akreditovaného kurzu Enzo Enco v Brně. Dále se pravidelně účastní setkání koordinátorů dobrovolníků přátelských nemocnice Pardubického kraje v Pardubicích, účastním se pravidelných schůzek v dobrovolnickém centru krůček účastním se dne dobrovolnictví v našem městě účastním se zdraví v nemocnici účastním se pravidelných schůzek pracovníků na Úřadu práce, dala jsem se účastnila také veletrhu sociálních služeb setkání sociálních pracovníků na krajském úřadě v Pardubicích.

Jaké je využíváte techniky v sociální práci?

tak já využívám především postupy, jako přímou práci s klientem v nemocničním prostředí, a to buď na pokoji nebo v kuchyňce, kde máme soukromí a je to bez přítomnosti cizích osob, na jeho přání se může zúčastnit rodina blízcí lékař staniční sestra a u dětí se jedná se zákonnými zástupci nebo institucemi.

Jakou máte specifickou klientelu?

Tak já na mě spolupracuji se seniory s osobami bez přístřeší a dále s dětmi psychiatrickými pacienty a také osoby se zdravotním postižením.

Můžete říct, jaký konkrétní postup využíváte v práci se seniory dětmi psychicky nemocnými a závislími?

No tak já u všech jmenovaných využívám především konkrétní postup a to je rozhovor na základě zjištěných informací se souhlasem pacienta. Kontaktuji rodinu opatrovníky a nebo příslušné instituce, jako jsou úřady azylové domy dětské domovy domovy pro seniory a podobně.

Jakou roli má to v multidisciplinárním týmu?

tak já se účastním pravidelných měsíčních pořád staničních sester s náměstkyní ošetrovatelské péče. Zde vám prostor pro informování zaměstnanců ohledně novinek v sociální sféře například změny dávek a jejich výše důchody.

změny zákona a podobně

Jakou podporu máte v multidisciplinárním týmu?

No, tak já si myslím, že celkem dobrou. Co se týče přijímání novinek na oddělení, tak nebývá nějaký problém spíše, co se týče z finančního hlediska tam už trochu horší.

Jaké máte podněty ke zlepšení své práce?

No tak podněty pro zlepšení určitě přichází z oddělení, na která pravidelně docházím nebo od vedení nemocnice. Ale také se inspirují prací sociálních pracovníků v jiných institucích a zařízení a dopravy na základě těch pravidelných schůzek, kterých se účastním a s ním vidím, jak odvádí práci jiné sociální pracovníci.

Jakou podporu máte ze strany organizace ve změnách?

Tak tato spolupráce bývá celkem dobrá, co se týče vyhrazení finančních prostředků pro sociálního pracovníka. No tak Tyto finance jsou většinou potřeba v nemocnici nikde jinde. Ale tím chci říct, že na sociální práci se v nemocnici neklade ještě taková důležitost, jak bych si představovala.

Jakou podporu byste si představoval a ze stran organizace v zlepšení?

Tak určitě uvolnění více finančních prostředků do této sféry. Myslím tím jako obměnu kompenzačních pomůcek.

R5: Tak já mám jenom takový, jakoby úvodní dotaz, jak dlouho jakoby pracujete na týchletý pozici?

Tak na tyhle pozici jsem nyní devátej rok.

9 let a školu máte jakou takhle nebo jste si dala nástavbu?

Já vlastně mám vošku. A potom se dělala bakaláře ještě v Brně sociální práce a potom ještě sociální zdravotní kurz. Já jsem měla tuhle práci a potom jsem měla kurz v brně. Na tom NCZO? Ten jsem dělala rok. Abych měla tu zdravotní část.

Tak celková náplň práce jakoby zdravotně sociální práce, tady v nemocnici.

Mě tady ta hlavně překlady na následný lůžka to znamená LDN domovy důchodců. Potom, co se týká charit domlouvání, tak vlastně domácí péče. Nebo klasickou pečovatelskou službu pohřby sociální dělám dobrovolnictví tady dělám. Ježiš co mě ještě napadá ještě. No ale jako gro té práce. Vlastně ty překlady.

Teď nevím, je tady dětský, je nebo ne, ne, ne, ani porodnice ne, takže jo, takže hodně toho odpadá a psychiatry taky ne. Takže opravdu jenom takovou tu péči o seniory

Nás jakoby nejvíc nejvíc LDN ještě Interna na tyhle ty interní obory, kde prostě se řešily ty překlady samozřejmě jsou i taky chirurgii a ortopedii. Samozřejmě jo, to tedy ale jako nejvíc požadavků dá asi z těch interních oborů. Takže tak.

Nějaké ještě dodatkové vzdělávací kurzy, jakoby máte v oblasti nevím třeba v komunikaci.

Občas bych se třeba školili v rámci nemocnice. Když jsme pořádali takový ty kurzy, co jsou tady, pak takový ty jednodenní školení. Ale to nebylo nic jako úplně spešl. Hodně jsme se. To dobrovolnictví, když jsme jezdili různě, ale to byl takový jednodenní aktivity třeba do Prahy do Pardubic. Jo, že prostě to mělo nějaký téma, třeba jak to uchopit, jak je jíst, jak víst mladý děcka, jaký přes jako třeba lidi ve stejným věku a takový, aby je to bavilo, aby to mělo smysl a jako pak už něco jako dlouhodobějšího to už nemám potom.

Uh, takže jako ani žádný výcvik třeba v nějaký systemice nebo nějakým přístupem, nebo takhle jako?

Jako měla byste zájem nebo chtěla byste třeba nevím krizový intervence, že hodně teď jako o co třeba vím z těch nemocnic jako na té porodnice a všechno, když je třeba porod, jakoby mrzí toho novorozence, že prostě třeba by ty holky ocenili třeba ten kurz, jakoby krizový intervence, kdyby jakoby mohly.

Vždyť to nebylo špatný. Já mám zrovna tenhle tech v něm. Je to i takový hodně hodně téma, který teda nevím, jestli bych se jako nebo třeba tak LDC mě napadá jako úmrtí. Takže jako. Prostě. Krizové intervence třeba u rodinné no nebo takhle jak? Nevím, jestli to tady někdo takhle, ale.

Tady je kaplan, takže to je až taková jako asi na tohle osoba vždycky lepší, pokud jsou lidi věřící.

Jestli by to bylo fajn, to umět, ale nevím, jestli jsi do toho chtěla pouštět zrovna konkrétně do tohodle, že prostě je to opravdu takový téma.

Jsou tady ty peery vlastně ty. Který jsou jak pro. Nás tak třeba i možné, aby je využili ostatní. Akorát nevím, jestli se to děje, teda jako jo v reálu, jestli třeba pozůstalý osloví našeho a my je nakontaktovaný.

Tak a jaký teda techniky používáte, když děláte šetření?

Já jako nejčastěji rozhovor to jo rozhovor, pak nějaký takový to plánování s tím člověkem, co jak jo, protože nás to je takový. A samozřejmě s tím člověkem jednáme ale, když to třeba už pak není možné, nebo ty lidi nejsou, nejsou úplně orientované, tak víc s tou rodinou, kdy přijdou takhle si popovídáme, uděláme to v takovém tu situaci, prostě jak člověk padá, co by chtěli, co by bylo možné, kde se to potká ta představa a to potom nebo co možné prostě nabídnout, že jo někdy. Někdy pacienti prostě, když máme ty starší lidi, tak prostě. Domů, domů, ale někdy to prostě nejde no, takže copak jsme najít nějakou cestu nejmenšího odporu. Třeba s pečovatelskou službou domů nebo nějaké bydlení typu domů pro seniory nebo pečovatelskej dům. Takže asi takhle individuální plánu ani spolu rodinou s tím člověkem je prostě při rozhovoru, a mám bezdomovectví. Vlastně jsem si vzpomněla, to je taková jako specifická skupina, se kterou se tady taky setkáváme a teď pracuji. A to je opravdu hodně individuální, protože někdo chce pomoci a někdo nechce.

Spíš jako. Spíš řešíme takové ty jednorázovky prostě nějakou okamžitou pomoc typu, pokud si došáhne, tak ještě přes úřad práce dávky, ale to buď to to mají vyjednaný a nebude. Mají nárok na výplatu, protože něco jo oblečení, stání. Tak to může být na to, aby ty bezdomovci. No to samozřejmě no, tak řada má. Co se týče příspěvku na péči právě tyhle ty, dávky, který plynou z tohohle ty životní nouze.

Že se tak trošku vrátila zpátky a práce jakoby se skupinou něco takovýho tady asi je úplně ne komoditou nebo jakoby když. Třeba s rodinou. Dejme tomu jako nějakou romskou menšinou, tak je to určitě odlišný.

Je to odlišný, ale zatím jsem se vždycky tak nějak jako dohodli. Bez jako měla jsem tady třeba víc rodinných příslušníků, ale prostě spíš jsem mě asi vyslechli, nebo že bych abych jim ujednotila a jsem tak jako to, co to, co jsem třeba řekla jednotlivě, ale že bych to úplně nazvala práci se skupinou, jako to spíš takový rozvor s rodinou.

Nebyli nějak třeba agresivnější, nebo zase naopak třeba tu pomoc od vás brali?

Měla jsem tady teď nedávno takovej. Tak tam právě romy jo, kdy pán se prostě vyžadoval, než než chtěl zaplatit. Nebo to je tady oba manželé a přijde mi prostě vždycky na 3 dny šli domů na 3 dny šli zpátky, už se to. Motalo půl roku. A když jsme domluvili, tak zjistili mi to s tím peníze pro manželku a docela ztratil. Nakonec se už jsou dřív nešel, teda mimochodem, ale tak pak přišel, že teda to drahý, že to platit nebude a seděl tady a nechtěl mě odejít, jako dokud je myslím něco jiného a nedokázal prostě. Pochopit, že že ta česká jiná není. Jo, že prostě to stojí takovýhle peníze a že mu nikdo na to nebude přispívat, protože prostě nemají nárok na nějaký extra dávky, nebo jak se jiný bude. Ještě se tomu jo, ale tak to bylo tak jako spíše. Jo tak.

To jsem se zase dostala k té specifické klientele, co tady máte, takže spíš je, že tady nemáte dětský. Takže opravdu jenom seniory?

Seniory teda lidi jakoby klasicky dospělého věku. Mě někdo třeba zas, jako když vám přímo jako ze závislosti jako intoxikací nebo něco to taky řešíte, popřípadě nějaký jakoby zajištěný, třeba v nějaký léčebně nebo něco?

Léčebnu ne, to si řešej jako sami?

Já funguju vlastně tak, že? Buď jsi mi přivolá třeba rodina, protože máme ty kontakty. To je, když se mě přivolá rodina nebo pacient, tak jdou za člověkem a nebo na základě toho, že mě povolá sestřička, abych mu sestřička. Většina staničních sestřička, která prostě třeba vytipuješ něco, není úplně jako. Dobrý a uculíš si? Já jsem pohovořila někdo někdo o tom chce mluvit, někdo o tom nechce mluvit, jo, ale jakoby na léčení. To si jedou spíš doktoři na to potřebuju takový ty jo občas odešleme někoho brodu a psychiatr, nebo že kolik třeba i závislostem. A na tomhle to úplně třeba oni byli o tom člověku, ale to bývají i třeba lidi, který se vám vrátěj, že už jako se k tomu chopí, že jo, ty problémy není to. Jenom alkoholismus. Je to nedostatek financí, nemá kdo tam a podobně, takže člověk to třeba jakoby ví, ale tohle nejde úplně za mnou.

Jak často jste součástí multidisciplinárního týmu? Vím, že v ostatních nemocnicích mají daný, že třeba každý pondělí opravdu s tou LDN, kde se nejvíce se pracuje s těma lidma na těch překladech?

Jo, ten se scházíme jo moje jakoby jako plánovaně to třeba nemáme, že bysme měli ve čtvrtek ve 2. Ale prostě tak jako na zavolání přijdu sedneme si. Většinou je to doktorka, vrchní já jo nebo doktor. Samozřejmě, kde to je potřeba, ale jako opravdu nejvyš. Je to na tý interně LDN, kde jako tam přibíhá. Jako třeba třikrát 4 týdne jo, jinak na to, který jsem nebyla měsíc třeba jo, že to tak jako se třeba po telefonu, když si to řekneme, takový ty věci základní jo, takže jasný a co jako jak vás tam jako berou v tom týmu? Jo dobrý jako.

No a nějaký? Podněty zlepšený svý práce. Jaký byste si třeba představovala?

Ne to nevím, ta by šéfovala docela podporuje, takže si myslím, že v tomhle tom smyslu já, když něco potřebuji, chci tak jako by mně vždycky vyjde vstříc. Takže úplně.

A obecně je třeba jako. Ostatní mi třeba říkali, že by chtěli, že mají kompenzační pomůcky, tak třeba nějakou obměnu, třeba finance tady na to nebo?

Tak.

Podívejte, by se mě líbilo víc sociálních služeb, protože to je prostě, když když někam pichnou někoho, tak prostě tohle by to vyřešilo. No ale tohle úplně není zase na na tom upřímným vedení. No protože jsem se věci, který.

Ne tak jako jenom vy jako z pohledu, že to vidíte, že tady by bylo potřeba.

Více sociální podržet. Se mi líbilo jo. Protože tady vlastně fungují, tak fungují tak jako napůl neoficiálně. Třeba polička je má, ale tady mám. Prostě se doma má, jo, takže upíchnout někoho, když fakt jako a nikdy fakt není jenom prostě ten člověk není ráda, jako je to jenom zaplácnutí, prostě někde místo někomu jinému, kdo ho potřeboval, protože prostě to, protože nemá kde bejt teď do sociálního Lucka by nám to vyřešili. No to by bylo fajn, kdyby byli.

Nějakou ještě podporu ze stran organizace ve zlepšení vaší práce? třeba zástup během dovolené? Jste tu sami, když je to jako menší nemocnice, že tam vlastně ví, že by se vykryvali v rámci dovolených nebo neschopence, nevím, jak to funguje tady?

To taky nemám, vlastně mě jakoby zastupují vrchní sestry, i když. No takže já, většinou když mám nějakou tu tejdenní dovolenou, tak oni už taky vědí, co mají dělat. Jo, takže jim třeba domů abys ji nejsem od do a.

Kontakty komu mají volat, když budou chtít překlad tam a tam znají? Jo, prostě před domluvím. To, že to teda jako tenhle tejdenní bude probíhat s jinou cestou, nebo třeba sociální pohřeb. Když se dělá, tak tak ten počká. Když je to týden, tak jo, když je to dyl, tak. To. To co mají dělat jo, jakože ale nemá taky moc chuť. No takže by bylo fajn ale.

A myslíte, že by bylo možné se vykryvat v rámci jako nemocnic, nebo jenom čistě nezávisle zástup zvenčí třeba někoho?

Taky přemýšlela a nevím, jak by to bylo. Jo hele když je to na tejdenní, tak je to prostě, než jakoby zjistíte č, jak tam vůbec vlastně to funguje. Třeba děle nedělá překlady jo, já jenom minimálně AU mě je to zase vlastně.

Kdo umí práce? Jo, že tam nicméně najdete jinak a už to nezlomily. Holky prostě zůstalo to tak, jak to je a. Takže úplně nevím, jestli do toho proniknete za ten tejdenní třeba, jestli by to mělo nějaký velký význam. Jo, jako dokážu si představit, že bych já třeba řešila třeba překlady, ale jelikož je ona vyřeší, ale těžko bych zas jako třeba úplně nevím, jestli by to bylo.

K něčemu. No a když je to zas další neschopenka, tak zase neumím představit, že bych seděla jo na 2 židličkách, že bych jezdila tam i.

Jo, že to prostě. Prostě pak, když já nevím, přijde nějaký těhotenství a rychlý. Třeba obchod teď z dne na den. A než se někdo sežene, tak to to je půlrok, že jo, než to prostě že bych třeba půl roku byla schopná ochotná. Neumím si představit jako, jak by to fungovalo. Co kdyby se vyložene jakoby text nějaký fakt věci, který by tak tvoří, tak to budeme dělat a pomůžeme si jo, jako abysme věděli, co třeba jo, ale.

Jo to bude na tom.

Zamyšlení ještě ale úplně prakticky. Dovážet červeno nemá řidičák z bohužel jenom kvůli těm přinést může, jakoby se tam zpátky.

Hmm hmm. Nevím, jako zmiňovali to, že by to jakoby chtěli jakoby no v rámci jako toho v tom zlepšení jako třeba jako napadlo, že opravdu že třeba zvede telefony na té dovolené, což asi není úplně jakoby pak jako dovolená. Ale to no jo.

Zcela tím, že tady nemáte ani. Půjčovně to, takže já potom mám jako hodně. Jo, ještě akorát jsem za to, co mě, když tady máte pacient, tak je jakoby zdravotně postižené. Dejme tomu zrakově sluchově. Jak všim jako komunikujete, nebo?

To jsem teda vlastně byla na školení. V těch jsou to s nima vlastně za sebou takový to třeba jak se vede slepec a jsme na to vlastně 3 a máme tady.

Takový tabulky pro nevidomý neslyšící taky máme to na chirurgický ambulaci, aby to bylo dostupný vlastně víceméně pořád a tak napomáhá tohle a myslím si, že máme i na tyhle. Teď si nejsem úplně jistá, ale že máme ještě někoho takhle na telefonu někdo kdyžtak překládá? To neslyší 3. Jako že máme takovýhle nějaký to text, kdyby bylo nejhůř, ale teda zase. Nevím, jestli se to úplně někdy využili, protože většinou přijde doprovodu v rodinných příslušný partnery. Prostě se s tím mi poradil. Jo, takže je to jsme na to připravený, ale není to úplně běžná věc, která by se tady dělala.

A jako poslední otázku. Využívají, vaší služby i zaměstnanci. Já vím, že se to, že je to kolegiálně rámci třeba etického kodexu. Pak je asi otázkou ta míra toho, že pokud vám přijde 1 člověk za měsíc. Jenom hele jako tady, když mu strčíte papír. Hele, tady máš žádost. A pak, když jich přijde třeba 20 za měsíc?

Začne vyznávat jo jako začneš tak velký a my se jako bavíme, ale je to spíš takový. Jsou to spíš ty jednotky, že prostě někdo přijde, když se pomoct úplně příspěvek na péči, nebo prostě nějakou jeho žádost přes úřad práce, ale jsou to jako funguje to na. Může se stavit. Nemusí se to jako neporad' a je takový jako. Nemusela jsem to řešit ty zapeklitýho ale přijdou občas jako jo, že nebo řešíme prostě kontakty, kde se dá točit kyslík. Když není Litomyšlí, tak třeba obvolávám, kde je, kde je jich víc, třeba ty charity 1 2 jo, tak co se může stát, že je?

A tím třeba pomůžu s tímhle tím, že by prostě úplně, protože ty čísla mám a vím kam a než by oni to pozjišťovali na internetu, tak. Je to.

To je taková nepsaná věc, jako které včera, ale jo, určitě si přijdou, ale.

Jasný je to nashledanou. Hmm pravidlo nějaký. Asi jo no. Asi se asi se už asi nevím no.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Bc. Veronika Chmelíková

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

Název práce: Sociální pracovník v nemocničním prostředí

Vedoucí práce: doc., PaedDr. Slavomír Laca, Ph.D., dr.h.c.

Rok dokončení práce: 2024

Počet znaků hlavního textu práce

Přímé citace: 3384

Ostatní text: 121 056

Celkový počet znaků: 124 440

Počet pramenů a literatury: 51

Názvy souborů

Text práce ve formátu PDF: DP - Sociální pracovník v nemocničním prostředí - Veronika Chmelíková.pdf