

# Uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení

Bc. Karolína Otevřelová

---

Diplomová práce  
2017



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

akademický rok: 2016/2017

## ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Bc. Karolína Otevřelová**

Osobní číslo: **H150007**

Studijní program: **N7501 Pedagogika**

Studijní obor: **Sociální pedagogika**

Forma studia: **prezenční**

Téma práce: **Uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnických zařízeních**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury.**

**Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti sociální pedagogiky, její historie, profese sociálního pedagoga a možnosti jeho uplatnění ve zdravotnických zařízeních.**

**Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.**

**Realizace kvalitativního výzkumu formou rozhovorů.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.**

Rozsah diplomové práce:

Rozsah příloh:

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

Seznam odborné literatury:

**BAKOŠOVÁ, Zlatica. Teórie sociálnej pedagogiky: edukačné, sociálne a komunikačné aspekty. Bratislava: Slovenská pedagogická spoločnosť Slovenskej akadémie vied, 2011. ISBN 978-80-970675-0-2.**

**HATTON, Kieron. Social pedagogy in the UK: theory and practice. Lyme Regis, Dorset: Russell House Publishing, 2013. ISBN 978-1-905541-89-8.**

**HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.**

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

**STEPHENS, Paul. Social pedagogy: heart and head. Bremen: Europäischer Hochschulverlag, 2013. Studies in comparative social pedagogies and international social work and social policy. ISBN 978-3-86741-830-0.**

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Pavla Andrysová, Ph.D.**

Ústav pedagogických věd

Datum zadání diplomové práce: **14. listopadu 2016**

Termín odevzdání diplomové práce: **20. dubna 2017**

Ve Zlíně dne 14. listopadu 2016



doc. Ing. Anežka Lengalová, Ph.D.  
*děkanka*



Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.  
*ředitel ústavu*

## PROHLÁŠENÍ AUTORA DIPLOMOVÉ PRÁCE

Berou na vědomí, že

- odevzdáním diplomové práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že diplomová práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji diplomovou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>4)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – diplomovou práci – nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování diplomové práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky diplomové práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně ... 20. 4. 2014



<sup>1)</sup> Zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 41b zveřejněním závěrečných prací;

<sup>2)</sup> Vysoká škola nevýdělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, v kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledky obhajoby prostřednictvím databáze závěrečných prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví učební předpis vysoké školy.



## **ABSTRAKT**

Tato diplomová práce se zabývá uplatněním sociálního pedagoga ve zdravotnických zařízeních rozličného typu. Vzhledem k tomu, že sociální pedagog a sociální pracovník zastává v mnoha zahraničních zemích totožnou profesí, zaměřujeme výzkumnou část na uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnických zařízeních skrze názory sociálních pracovníků ve zdravotnictví nebo zdravotně sociálních pracovníků na svou profesi. Cílem diplomové práce je zjistit, zda lze najít uplatnění pro sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení. Teoretická část pojednává především o sociální práci ve zdravotnictví tak, abychom získali adekvátní teoretický podklad pro možné uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnictví vzhledem k příbuznosti těchto oborů. Praktická část diplomové práce byla realizována formou kvalitativního výzkumného šetření. Dotazujeme se sociálních pracovníků na jejich pohled na profesi sociálního pracovníka ve zdravotnictví s cílem zjistit, zda lze nalézt ve zdravotnickém zařízení místo pro uplatnění sociálního pedagoga, jako tomu je v některých zahraničních zemích. Chceme též zjistit, zda má sociální pedagog odpovídající kompetence pro výkon profese ve zdravotnickém zařízení v takové míře, aby se mohl stát plnohodnotnou součástí multidisciplinárního týmu.

Klíčová slova: Sociální pedagogika, sociální práce, sociální pracovník, uplatnění, zdravotnická zařízení, resort zdravotnictví

## **ABSTRACT**

This thesis deals with a use of social pedagogue in various types of health facilities. In regard to a fact that social pedagogue and social worker stand as a same profession in lot of countries, we aim his research work to a use that works in health facilities through opinions of social workers in health care or socially health workers on their profession. The aim of this thesis is to find out, whether it is possible to find use for a social pedagogue in health care facility. The theoretical part deals with a social work in a way, that we can obtain a suitable theoretical basis for possible use of social pedagogue in health care due to the similarities of these courses. The practical part of the thesis was realized in form of a qualitative survey. We are questioning the social workers on their view of the profession of social worker with

an aim knowing whether it is possible to find use for a social pedagogue, as it is in a foreign countries. We also want to know, whether has the social worker appropriate competence for performing the profession in social facility in such extent, that he is able to fulfill a part of multidisciplinary team.

Keywords: Social pedagogy, social work, social worker, use of social pedagogy, health care facilities, health care

Mé poděkování patří především paní Mgr. Pavle Andrysové Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, trpělivost, ochotu a vstřícnost při konzultacích.

Děkuji také mé rodině za podporu při studiích, které si velice vážím.

Další díky patří informantům, kteří si udělali čas na realizaci rozhovoru.

*„Hlavním cílem vzdělání není vědění, nýbrž jednání.“*

*Herbert Spencer*

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



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>12</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>13</b>
<b>1 VZTAH SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY A SOCIÁLNÍ PRÁCE</b> .....	<b>14</b>
1.1 VZTAH SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY A SOCIÁLNÍ PRÁCE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH .....	16
1.2 SOCIÁLNÍ PEDAGOG VE ZDRAVOTNICTVÍ VE VYBRANÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍCH .....	17
<b>2 VÝVOJ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICCE</b> .....	<b>19</b>
2.1 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	21
2.1.1 Vymezení odborné způsobilosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví.....	22
<b>3 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>24</b>
3.1 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	26
3.2 KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V ZDRAVOTNICTVÍ .....	28
3.3 NÁPLŇ PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE A VYBRANÝCH ZEMÍCH.....	30
3.4 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ.....	32
<b>4 POJMY ZE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ OBLASTI</b> .....	<b>34</b>
4.1 DEFINICE ZDRAVÍ.....	34
4.2 ZDRAVOTNÍ POLITIKA .....	34
4.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE .....	35
4.4 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ .....	35
4.5 FUNKČNÍ POTENCIÁL A EKONOMICKÁ DIAGNÓZA .....	36
<b>5 KLIENT V SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH</b> .....	<b>37</b>
5.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S KLIENTY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM .....	39
5.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S DĚTMI .....	42
5.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ SE SENIORY .....	43
5.4 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S ETNICKÝMI SKUPINAMI.....	44
5.5 TYPOLOGIE KLIENTŮ V SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH DLE KUZNÍKOVÉ.....	46
<b>6 ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ</b> .....	<b>48</b>

6.1	MRAVNÍ NORMY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ .....	49
6.2	ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S DĚTMI .....	51
6.3	ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S RODINAMI.....	53
6.4	ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ SE SENIORY .....	53
6.5	ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S OSOBAMI SE SOCIÁLNÍM NEBO ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM .....	54
<b>7</b>	<b>METODY APLIKOVANÉ V SOCIÁLNÍ PRÁCI VE ZDRAVOTNICTVÍ.....</b>	<b>57</b>
7.1	METODA PRÁCE S JEDNOTLIVCI .....	57
7.1.1	METODA SYSTEMATICKÉ PRÁCE S JEDNOTLIVCEM.....	60
7.1.2	PŘÍSTUP ORIENTO VANÝ NA KLIENTA PODLE ROGERSE .....	61
7.2	METODA SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINAMI .....	61
7.3	METODA SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SKUPINAMI .....	63
7.4	METODA SOCIÁLNÍ PRÁCE S KOMUNITOU .....	64
<b>II</b>	<b>PRAKTICKÁ ČÁST .....</b>	<b>67</b>
<b>8</b>	<b>VÝZKUM.....</b>	<b>68</b>
8.1	VÝZKUMNÝ PROBLÉM.....	68
8.2	FORMULACE VÝZKUMNÉHO CÍLE.....	68
8.3	HLAVNÍ A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY .....	69
8.4	ZDŮVODNĚNÍ POJETÍ VÝZKUMU .....	69
8.5	METODA SBĚRU DAT.....	70
8.6	POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU .....	70
8.7	ZPŮSOB VÝBĚRU .....	71
8.8	SEZNÁMENÍ S INFORMANTY .....	71
<b>9</b>	<b>REALIZACE VÝZKUMU .....</b>	<b>73</b>
9.1	METODA ANALÝZY DAT .....	73
<b>10</b>	<b>ANALÝZA A INTERPRETACE DAT .....</b>	<b>74</b>
10.1	KATEGORIE JÁ A MOJE PROFESE .....	74
10.1.1	Subkategorie Šla jsem si za tím .....	74
10.1.2	Subkategorie Myšlenky ve vztahu k profesi .....	76
10.2	KATEGORIE MUSÍM VĚDĚT A ZNÁT .....	79
10.2.1	Subkategorie Nezbytné kompetence .....	79
10.2.2	Subkategorie Orientace na klienta .....	83
10.2.3	Subkategorie Nutnosti k výkonu profese .....	87
10.2.4	Subkategorie Práce s klienty .....	91
10.3	KATEGORIE PROFESNÍ NESNÁZE.....	97
10.3.1	Subkategorie Vypjaté situace .....	97
10.3.2	Subkategorie Někdy nevím, jak dál .....	100
10.3.3	Subkategorie Když na to nestačím .....	106
<b>11</b>	<b>SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....</b>	<b>114</b>
<b>12</b>	<b>DISKUZE .....</b>	<b>116</b>
<b>13</b>	<b>DOPORUČENÍ PRO PRAXI.....</b>	<b>118</b>
	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>120</b>
	<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>122</b>

<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>130</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>132</b>

## ÚVOD

Sociální pedagogové nejsou ve zdravotnictví běžnými zaměstnanci, sociální pracovník se však ve zdravotnictví uplatňuje a bývá nenahraditelnou spojkou mezi pacienty a jejich rodinami. Zejména proto byl zákonem vytvořen obor Zdravotně sociální pracovník. Sociální pracovník ve zdravotnictví nebo zdravotně sociální pracovník fungují jako spojka mezi nemocným a světem mimo nemocnici. I v sociální práci ve zdravotnictví je důležitá zejména týmová souhra pracovníků zahrnujících také lékaře, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníky a podobně, kteří společně tvoří multidisciplinární tým. Právě jejich dynamická kooperace umožní pacientovi kvalitně organizovat nezbytnosti běžného života jeho rodiny i v nemocničním prostředí. Prostřednictvím této diplomové práce bychom rádi dokázali, že i sociální pedagog může být plnohodnotnou součástí týmu zdravotnického personálu, přičemž podkladem pro toho tvrzení může být i fakt, že v mnoha zahraničních zemích se sociální pedagogika a sociální práce buď prolínají, nebo jsou dokonce shodnou profesí.

Diplomová práce je tematicky rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části je vysvětlen pojem sociální pedagogika a sociální práce, zabýváme se v ní také vztahem těchto oborů a jejich vzájemným propojením z historického hlediska nejen v České republice, ale také ve vybraných evropských zemích. V další kapitole se zaměřujeme na legislativní ukotvení sociální práce ve zdravotnictví a na etické principy sociální práce ve zdravotnictví, které by měly být respektovány. Dále nastíníme náplň práce sociálního pracovníka v konkrétním zdravotnickém zařízení, v návaznosti na ni vymezíme specifika sociální práce ve zdravotnictví. Budeme se věnovat vývoji sociální práce ve zdravotnictví v České republice, ale také ve vybraných evropských zemích. Popíšeme kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví, náplň jeho práce a vymezíme roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Vysvětlíme základní pojmy ze zdravotně sociální oblasti, definujeme klienta využívajícího sociálně zdravotnické služby a budeme se zabývat také etikou sociální práce ve zdravotnictví a metodami, které lze aplikovat v sociální práci ve zdravotnictví.

Ve výzkumné části provedeme kvalitativní výzkum, který bude odrážet možnosti uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení. Data budou získávána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru a analyzována pomocí otevřeného kódování, následně pak budou interpretována. Adresovat budeme sociální pracovnice ve zdravotnictví nebo zdravotně sociální pracovnice, které budou vyhovovat kritériím, jež jsme si stanovili.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 VZTAH SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Sociální pedagogika i sociální práce jsou dvě oblasti zabývající se pomocí člověku, jež se vzájemně částečně dotýkají. Obě mají odlišnou historii, vývoj i sebepojetí, cíle těchto oborů jsou si však velice podobné a vzájemně ze sebe čerpají. Zařazujeme je mezi pomáhající profese. (Matoušek a kol., 2013, s. 503)

Sociální pedagogika a sociální práce mají v soustavě vědních oborů netradiční postavení. Z historického hlediska má větší tradici sociální pedagogika, avšak do většího povědomí se spolu se sociální prací dostaly až po roce 1990. Už v období první republiky můžeme pozorovat určité tendence sociální práce. Obě disciplíny však pojí netypický vývoj, kdy je znakem obou stále narůstající profesionalizace. Pozorujeme však i nárůst zájmu o studium těchto oborů v posledních letech. (Kraus a Hoferková, 2016, s. 58)

Vzdělání, které je zapotřebí k výkonu profese sociálního pracovníka si žádá rozsáhlé vědomosti, které jsou zaměřeny na množství společenskovedních disciplín, jako jsou sociální politika, psychologie nebo právo. Sociální pracovník by měl však také rozvíjet své specifické vědomosti v rámci oboru sociální práce. Jako nedostatek vnímáme absenci pedagogické přípravy, jež kurikula neobsahuje, v důsledku čehož uvažujeme o využití sociálního pracovníka ve školském zařízení. (Matoušek a kol., 2013, s. 506)

Vznik sociální práce v českých zemích spojujeme nejčastěji se jménem Alice Masarykové v období první republiky, vědní obor sociální práce ale vznikl až po roce 1990 hlavně na sociologických pracovištích. Nikde v České republice se však pedagogika v oboru sociální práce nevyučuje. V souvislosti s touto skutečností není v sociální práci pedagogika zařazována do výukových programů. (Kraus a Hoferková, 2016, s. 58)

V pracovní náplni sociálních pedagogů a sociálních pracovníků nenalezneme množství odlišností. Jednu z nich však můžeme vidět v orientaci sociální pedagogiky na mládež v rámci cílové skupiny, zatímco sociální práce se zaměřuje na rozličné skupiny. Shodu nalzáme také v závislosti obou oborů na politice sociálního státu. Sociální práci zadává stát jakožto garanta péče o osoby v ohrožení sociálního vyloučení, zatímco na sociální pedagogiku je státem působeno za účelem ovlivnění socializace. (Matoušek a kol., 2013, s. 503)

Funkce, které zabezpečuje sociální práce, jsou kurativní, kdy jsou odstraňovány dysfunkce, překážky a jejich důsledky v lidském životě bránící správnému vývoji. Sociální práce zajišťuje také funkci stimulační, která zajišťuje vytváření rovnocenného vztahu mezi jedincem a společností, v níž žije. Oproti tomu vychází ze sociální pedagogiky dvě další funkce, a to

zejména funkci profylaktickou, kde máme za cíl minimalizovat veškerá ohrožení správného rozvoje osobnosti člověka a tím se vyhnout deviantnímu chování, avšak také funkci kompenzační. Tato nám pomáhá eliminovat možná znevýhodnění, napravovat deviace, vyrovnávat se s handicapem. Zatímco sociální práce se objevuje ve společnosti, kde nejsou dostatečně uspokojovány potřeby jejích členů, sociální pedagogika se zaměřuje spíše na problémy patologického rázu, zejména tam, kde jsou jedinci ohroženi ve svém správném vývoji. Ve vztahu s tím má pak za úkol vytvářet harmonii mezi potřebou jedince a společností, zasazovat se o optimální způsob života, jež je považován za normu. (Kraus a Hoferková, 2016, s. 58 - 59)

Existují názory, že sociální práci i sociální pedagogice činnosti sociální povahy náleží a bariéry mezi obory jsou vytvářeny pouze uměle, přičemž rozdílem může být chápání sociální pedagogiky jako akademičtější disciplíny, než je sociální práce. (Wagner in Kraus a Hoferková, 2016, s. 59)

Další názor na vztahy mezi sociální prací a sociální pedagogikou pracuje s tím, že i přesto, že měly oba obory společné kořeny v historii, ve dvacátém století se z nich staly dva samostatné nezávislé obory, které aktuálně směřují ke konvergenci. (Schilling, 1999, s. 69)

V sociální práci jsme v historické linii shledávali paradigma charitativní, jež se postupem času přeměnilo nejdříve na paradigma medicínské a poté na psychoterapeutické. Sociologický model v sociální práci má za úkol odpoutat koncentraci sociálních pracovníků od příčin vnitřních k těm vnějším, kde pracovníka považujeme jako určitého sociálního reformátora. Posledním paradigmatickým je manažerské, kde je klient považován za zákazníka a se sociální prací spojujeme pojmy jako je konkurence nebo trh. (Kappl in Janebová a Smutek, 2008, s. 43)

Dle Ondřejkoviče jsme mohli pozorovat čtyři stěžejní paradigmaty. První je nazýváno jako terapeutické, kde jde o klientelizaci ve smyslu pomoci jedincům a skupinám s cílem eliminace poškozené rovnováhy v dynamickém fungování společnosti. Zde předpokládáme seriózní sociální diagnózu. Dalším paradigmatickým je poradenské, kde funguje poradenská činnost ve věcech právních, psychických, ale zejména sociálních. Třetí paradigma je nazýváno jako reformní. Jsou řešeny problémy na regionální úrovni, předpokladem je optimální sociální plánování. Poslední z paradigmat je paradigma vzdělávací, kde utváříme sociální dovednosti a jedince formujeme prosociálně. (Ondřejkovič, 2000, s. 178)

Paradigmata sociální pedagogiky jsou velmi obdobná, vycházející z charitativního pojetí následovaného tím terapeutickým, poradenským a zejména edukativním. Do terapeutických paradigmat zahrnujeme v sociální pedagogice například krizovou intervenci, socioterapii, nízkoprahové centra a mnoho dalších. (Ondrejko, 2004, s. 79)

## 1.1 VZTAH SOCIÁLNÍ PEDAGOGIKY A SOCIÁLNÍ PRÁCE VE VYBRANÝCH ZEMÍCH

V Německu mají obory sociální pedagogika a sociální práce dlouholetou tradici. Historie sociální pedagogiky zde sahá až do poloviny devatenáctého století, zatímco počátky sociální práce jsou datovány až od konce druhé světové války. Následující vývoj má u těchto disciplín silně integrační charakter. Komisi řešící koordinaci je v Německu doporučováno zažít dualismus, tedy sociální pedagogika a sociální práce (Sozialpädagogik/Sozialarbeit) nahraovat komplexním pojmem Soziale Arbeit, což odpovídá angloamerickému pojetí Social Work. (Kraus, Hoferková, 2016, s. 59)

Podobným vztahem sociální pedagogiky a sociální práce je známo také Švýcarsko, kde se v praxi oba obory sice překrývají, ve studiu jsou však pro tyto obory členěné přístupy. I přesto se v budoucnu plánuje jejich úplné spojení. (Hochstrasser, 1991, s. 21)

Ve většině z dalších západních zemí má sociální práce podstatně větší kořeny než sociální pedagogika. Například teoretické problémy výchovy a sociálně pedagogické problémy jsou v anglických zemích probírány v rámci sociologie, respektive psychologie, což je důvodem, proč je termín sociální pedagogika málo používán. Až v posledních letech se v anglicky mluvících zemích dostává sociální pedagogika do popředí a začíná se o ní mluvit. V reakci na to vznikl roku 2012 časopis International Journal of Social Pedagogy. (Kraus, Hoferková, 2016, s. 59)

Až na základech sociální pedagogiky se začala v Polsku rozvíjet sociální práce. Sociální pedagogika zde má podstatně hlubší tradici a je brána jako metodologický i teoretický podklad pro sociální práci, což vychází ze sociální pedagogiky Heleny Radlinské. Ta sociální práci pojala jako jedno z odvětví sociální pedagogiky. (Pilch, Lepalczyk, 1995, s. 34)

Podobným vývojem jako v Polsku prošla sociální pedagogika a sociální práce také na Slovensku. Tam se obor sociální práce vyvíjet pouze na pedagogických pracovištích, což souviselo i s pohledem na propojení těchto disciplín. V dnešní době má obor sociální práce na Slovensku již své konkrétní postavení, především samostatnou vědeckou práci i samostatné



pracoviště. I na Slovensku se postavení těchto oborů blíží angloamerickému pojetí. V učebních plánech osobu sociální práce by neměly chybět pedagogické disciplíny. (Kratochvílová, 2001, s. 422)

V Litvě datujeme rozvoj sociální práce i sociální pedagogiky na devadesátá léta. Aktuálně jsou tam obě disciplíny vnímány jako naprosto samostatné, přičemž sociální pedagogika je zde rozvíjena z věd pedagogických, zatímco sociální práce se řadí mezi vědy sociologické. I přesto, že jsou tyto obory zařazeny do jiných vědních oborů, jejich zájmy se prolínají a obě disciplíny sledují sobě blízký cíl, který chtějí dosáhnout stejnými prostředky. Sociální pedagog v Litvě poskytuje sociálně – výchovnou péči o žáky, je považován za specialistu, jenž se věnuje také práci s dětmi ve školských institucích. (Leliūgienė, Giedraitienė, & Rupšienė, 2006, s. 64 - 73)

V Rusku se v devadesátých letech začaly oba obory vymezovat, sociální pedagogika byla považována za nový obor, který se právě začal profilovat. I. Lipskij se ve své publikaci Sociální pedagogika z roku 2004 staví k sociální pedagogice jako k oboru z největší části teoretickému. O sociální práci jde podle něj v samotné praxi. Vývoj těchto oborů přisuzuje zejména výraznému rozvoji kompletní sociální sféry společnosti. V publikaci Sociální pedagogika jsou řešeny gnoseologické a metodologické základy sociální pedagogiky, zabývá se také postupy v sociálně pedagogické praxi. (Lipskij, 2001, s. 24 - 32.)

Zajímavostí je, že ve Francii není sociální pedagogika pojímána jako samostatný obor, zaměřuje se zde spíše na reflexi v reakci na témata sociálně výchovných činností. Zaměření na sociálně pedagogické problémy je součástí výchovy a profesní přípravy vychovatelů i sociálních pracovníků. (Bon in Kornbeck, 2014, s. 85.)

V Dánsku je sociální pedagogika akceptována jakožto samostatný vědní obor, pod který řadíme širokou škálu integračních činností, díky nimž napomáháme správnému rozvoji osobnosti a utváříme kompetence, které jsou nutné pro existenci v dnešní společnosti. (Kraus, Hoferková, 2016, s. 63)

## **1.2 SOCIÁLNÍ PEDAGOG VE ZDRAVOTNICTVÍ VE VYBRANÝCH EVROPSKÝCH ZEMÍCH**

Zatímco v České republice se sociální pedagog ve zdravotnictví takřka nevyskytuje, v některých státech Evropy je jeho přítomnost běžnou praxí. Je však zapotřebí brát v potaz sku-

tečnost, že profese sociálního pedagoga a sociálního pracovníka jsou ve většině zemí jednotné. V České republice může být sociální pedagog součástí multidisciplinárního týmu, je po něm však vyžadováno absolvování jednoletého akreditovaného kurzu Zdravotně - sociální pracovník podle zákona č. 96/2004 Sb. Pro příklad uvedeme možnosti uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnictví tak, jak fungují v Dánsku a anglicky mluvících zemích:

- V Dánsku sociální pedagog ve zdravotnickém zařízení běžně pracuje s osobami s mentálním postižením či jiným zdravotním znevýhodněním, často v rámci rehabilitačních programů. (Kornbeck, 2014, s. 254)
- Sociální pedagog bývá zaměstnán v nemocnici v anglicky mluvících zemích, kde poskytuje široké spektrum služeb cílených na dětské pacienty. Po těchto službách je evidována stále větší poptávka. (Cangiano et. al., 2009, s. 149 – 150)

## 2 VÝVOJ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Počátky sociální práce ve zdravotnictví zaznamenáváme od doby, kdy byly vykonávány protiepidemiologické činnosti v sociální práci. Počátky devatenáctého století vnímáme v rámci sociální práce ve zdravotnictví jako čas přeměn ekonomických, sociálních i politických, kdy spousta z funkcí rodiny začaly zastávat organizace, jež jsou nazývány formálními. V jejich záštítě se pak konají institucionalizované jako například výchova, vzdělávání nebo léčení. (Keller, 2004, s. 79.)

Oficiální prostředky, které jsou komplexně společenské, se snaží zabývat množstvím různých druhů sociálních nesnází, starostí o zdraví obyvatelstva a úhrnnou spokojenost společnosti. Zde pak dochází ke spojení sociální práce a státu a množství soukromých institucí přechází ve státní. Z dobrovolnické práce charitativního rázu se stal uznávaný vědní obor, který se řídil vlastním etickým kodexem, vlastními terapeutickými metodami v psychosociální oblasti, specifickým stylem výuky a úzkou vazbou na státní správu zejména ve věcech finančních a organizačních. Tomu však předcházela první světová válka, během níž zásadně rostla potřeba sociální práce a pomoci s řešením problémů, jež konkrétně válka zapříčinila. Ústředním tématem na konferenci sociální práce v letech 1917 – 1918 bylo, jakým způsobem připravit sociální pracovníky pro psychiatrii, která začala být velmi žádaná a v reakci na to armáda přijímala více pracovníků. Jednalo se zde o práci s jedinci s válečnou neurózou. V této době se začal utvářet požadavek na demokratický vztah sociálního pracovníka považmo psychiatra a klienta. (Kuzníková, 2011, s. 14 - 15)

Podnětem pro následující vývoj sociální práce byly události roku 1968, kdy vrcholila kritika komunistického režimu, rozpory v KSČ pak vyústily během pražského jara v období rozvolnění. Stěžejním efektem bylo potvrzení faktu potřeby nového systému sociální politiky, jelikož bylo uznáno, že i doba socialismu má své sociální potíže. Důsledkem tohoto byl nový projekt sociální práce s rodinou a dětmi, seniory, osobami se zdravotním postižením, bývalými vězni propuštěnými z výkonu trestu a osobami bez domova. (Chytil in Adams, 2000, s. 132.)

Na počátku sedmdesátých let se objevují tendence o propojení sociální práce a zdravotnictví, roku 1973 se pak Společnost sociálních pracovníků stala sekci sociálních pracovníků a následně vstoupila do České lékařské společnosti J. E. Purkyně (Šiklová in Matoušek, 2001, s. 73.)

Následně se dlouhých třicet let nesměla sociální práce vykonávat, sociální problémy byly ignorovány a tím byl vývoj teorie na čas zastaven. Nebyly publikovány žádné nové články ani knihy týkající se problematiky sociální práce. Lidé s postižením nebyli integrováni, jelikož specifické služby pro ně určené nebyly dynamicky rozvíjeny. Sociální politika byla koncipována víceméně jen pro práce schopné jedince, přičemž ostatní do ní nebyli prakticky zahrnuti. (Kuzníková, 2011, s. 16)

Metodikou sociální práce ve zdravotnictví se zabývala Vlasta Brablcová. Ta byla roku 1969 jmenována tajemnicí ministerstva práce a sociálních věcí. Ta předala vládě návrh zákona o mateřském příspěvku, publikovala v oblastech manželství, rodičovství a rodiny a apelovala na vyzdvihnutí významu sociální práce ve zdravotnictví s důrazem na prostředí, v němž se klient vyskytuje. Příkladala význam sociální práce ve zdravotnictví celkovou koncepcí organismu a prostředí, se všemi vztahy, vazbami a přidruženými složitostmi. (Brablcová, Charvátová, 1975, s. 94.)

Roku 1989 padl komunistický režim a začaly se objevovat první snahy o definování sociální práce v rámci legislativy. Poprvé se objevuje termín sociální práce, vysvětlován též jako určitá metoda sociální pomoci. Děje se tak se spojitostí se změnami v koncepci sociálního zabezpečení a v reakci na ně se v České republice utváří instituce pro řešení sociálních problémů, sociálního zabezpečení a sociálních služeb. (Kuzníková, 2011, s. 17)

Podnětem k vědecké práci ve více zemích byla profesionalizace, díky které byly vytvořeny mnohé další teorie a metody. Tu také podnítil vznik minimálních standardů vzdělávání v sociální práci, kde jsou definovány elementární nároky na vzdělání absolventů sociální práce. Roku 1996 se konala konference o profesním profilu sociální práce v České republice, která ohraničila profesi sociálního pracovníka z hlediska jeho kompetencí k řešení sociálních problémů a pomoci se zprostředkováváním řešení nesnází. Sociální práce je tedy vnímána jako služba pro klienty a můžeme ji též definovat termíny pomoc a opora. (Chytil in Adams, 2000, s. 17.)

## 2.1 LEGISLATIVNÍ UKOTVENÍ SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Znalost právních norem je důležitým základem pro poskytování kvalifikovaného sociálního poradenství. Sociální pracovníci ve zdravotnictví nemají pro svou profesi dostatečnou a přesnou legislativní oporu. V několika právních normách je upravena jen povrchově. Klienti pocházejí z různých skupin, které jsou velmi rozličné a jedinci vykazují různorodé problémy. S přihlédnutím k tomuto faktu existuje vícero legislativních pramenů, které se k sociální práci ve zdravotnictví vztahují. (Kuzníková, 2011, s. 53)

Zákony, které hovoří o sociální práci ve zdravotnictví konkrétněji, můžeme rozdělit na dvě oblasti, a to legislativní normy z oblasti zdravotnictví a legislativní normy z oblasti sociální práce. Do první oblasti spadal do roku 2012 zákon o péči a zdraví lidu č. 20/1966 Sb., aktuální je pak zákon o veřejném zdravotním pojištění, změně a doplnění některých souvisejících zákonů č. 48/1997 Sb., zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky č. 551/1991 Sb., zákon o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách č. 280/1992 Sb. a zákon o zdravotnických prostředcích ve znění pozdějších předpisů č. 123/2000 Sb. Všechna zdravotnická zařízení mají své interní předpisy, kterými se řídí při manipulaci s citlivými údaji svých pacientů. Tyto normy zavazují každého zaměstnance k jejich dodržování.

Do oblasti sociální práce řadíme zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, ovlivňuje každodenní činnosti sociálních pracovníků ve zdravotnickém zařízení. Dle paragrafu 52 tohoto zákona poskytují sociální služby a musí zajistit i základní sociální poradenství. Úkony, které zákon vymezuje, jsou konkretizovány v pracovních náplních sociálních pracovníků zdravotnických zařízení. Další zákon, který do oblasti sociální práce spadá, je zákon č. 100/1988 Sb., který se věnuje sociálnímu zabezpečení. Jeho prováděcí vyhláška č. 182/1991, ve znění pozdějších předpisů, podle které sociální pracovník jedná při uplatňování nároku na peněžité dávky a věcné dávky v rámci sociální péče a dávky kulturní a rekreační péče. Věcnými dávkami máme na mysli například jednorázové peněžité příspěvky na nákup zvláštních pomůcek.

Dalšími zákony v oblasti sociální práce vztahujícími se ke zdravotnictví jsou zákony č. 110/2006 Sb. o životním a existenčním minimu, zákon č. 111/2006 Sb. o pomoci v hmotné nouzi a zákon č. 117/1995 Sb. o státní podpoře, ve znění pozdějších předpisů.

O sociální práce ve zdravotnictví hovoří zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a jejich poskytování, který pojednává o komplexní ošetrovatelské péči, při které se poskytuje kvalitní sociální péče a poradenství podle individuální potřeby pacienta. Povinnost spolupráce při zajišťování sociálně právní ochrany dětí nařizuje zdravotnickým zařízením zákon č. 59/1999 Sb. o sociálně právní ochraně dětí.

Vymezeny jsou dvě oblasti sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Patří mezi ně odborná způsobilost pracovníka a vymezení činnosti, kterou vykonává sociálně zdravotnický pracovník. Ministerstvo práce a sociálních věcí pojednává o odborné způsobilosti v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, pojednává o ní ale též zákon Ministerstva zdravotnictví č. 96/2004 Sb. o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče.

Přesnější vymezení se vztahuje na profesi zdravotně sociálního pracovníka, který vykonává činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru sociálně zdravotní péče, jak je uváděno v zákoně č. 96/2004 Sb. Zdravotně sociální pracovník poskytuje ošetrovatelskou péči v rámci uspokojování pacientových sociálních potřeb. Náplní výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka je realizace sociálního poradenství, sociálního šetření, věnuje se však také metodické, analytické a koncepční činnosti své profese. Poskytuje krizovou pomoc, sociální rehabilitaci, stará se o sociální agendu.

### **2.1.1 Vymezení odborné způsobilosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví**

Sociální práci ve zdravotnictví mohou vykonávat zdravotně sociální pracovníci, nebo sociální pracovníci ve zdravotnictví. Ti však pouze dohledem nebo vedením, další možností pro sociální pracovníky ve zdravotnictví je také akreditovaný kurz, který zajišťuje Ministerstvo zdravotnictví České republiky a který umožní sociálním pracovníkům ve zdravotnictví vykonávat práci bez dohledu. Kurz je určen absolventům vyšších odborných škol a absolventům vysokoškolských oborů sociálního zaměření a trvá jeden rok. (Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2014, [online])

V dřívější době zastávaly činnost sociálně zdravotního pracovníka všeobecné sestry, ty ale neměly odpovídající vzdělání pro výkon činnosti. Na tuto skutečnost se odkazuje již zmíněný zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. Dnes jsou tyto činnosti vykonávány plně kvalifikovanými sociálně zdravotními pracovníky, kteří se již běžně vyskytují v podstatě v každém nemocničním zařízení a jsou zaměstnanci nemocnice. (Kuzníková, 2011, s. 224)

Sociální pracovník ve zdravotnictví nebo zdravotně – sociální pracovník by měl dokázat řešit obtížné sociální situace pacientů, které vznikly na základě nemoci nebo zdravotního postižení. Dokáže odborně komunikovat takovým způsobem, aby bylo jeho vyjadřování úderné a výstižné, věcné a správné po terminologické stránce. Je potřeba, aby měl znalosti základní latinské terminologie v rámci daných činností. Velmi důležité je, aby dodržoval etické kodexy i požadavky v rámci ochrany informací. Pracovník se musí aktivně zajímat o nové informace v souboru činností, které je způsobilý provádět a s nimi by měl dokázat efektivně zacházet. (Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2014, [online])

### 3 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Ve všech zdravotnických zařízeních je potřeba péče odborníků z řad sociálních pracovníků, kteří se významně podílí na kvalitě péče o pacienta. Spousta sociálních pracovníků ze zdravotnické sféry vyslovila názor, že z jejich strany byly vždy tendence o to, aby byla sociální práce ve zdravotnictví nezastupitelnou částí samotné sociální práce. Jednoznačná převaha medicínských pracovníků ve zdravotnictví, tíživá ekonomická situace a neustálé změny systému zdravotnictví se podílí na nedocení sociální práce ve zdravotnictví. Důsledkem této skutečnosti je snaha o nahrazování péče, kterou by měli poskytovat sociální pracovníci, lékaři a zdravotníky. Ti nahrazují péči sociálního pracovníka, ačkoliv se odborníci shodují na nutnosti aplikace holistického přístupu v těchto resortech a tendencích podporovat oborovou blízkost. (Kuzníková, 2011, s. 11)

Jinými pracovníky ve zdravotnickém zařízení se zabývá zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb., podle kterého je výkonem povolání jiného odborného pracovníka myšleno „provádění činností, které přímo souvisejí s poskytováním zdravotní péče. Činnosti, které jsou součástí výkonu zdravotní péče, vykonává jiný odborný pracovník pouze pod odborným dohledem nebo přímým vedením v rozsahu stanovené prováděcím právním předpisem a jako zaměstnanec zdravotnického zařízení.“ Konkrétněji se zabývá činností sociálního pracovníka vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

Účelem sociální práce ve zdravotnictví je pomáhat a poskytovat péči pacientovi, jeho rodinným příslušníkům i ostatním zúčastněným při regulaci či úplného zbavení se negativních sociálních důsledků konkrétní nemoci. Holistický pohled je zastáván nejen v sociální práci, ale i v moderní medicíně. Hlavní úlohou sociální práce je použít vliv psychosociální sféry na nemoc ke kvalitnějšímu přizpůsobení se a překlenutí potíží s nemocí spojených. Motivaci a správným přístupem k léčbě lze dospět ke kvalitnějšímu životu. Je velmi důležité brát zřetel nejen na poslání sociální práce, ale také na poslání zdravotnického zařízení, v němž je konkrétní práce vykonávána. (Kuzníková, 2011, s. 18, 19)

S přihlédnutím k faktu, že sociální práce není terapií, ale je považována za pomoc, vypracovala profesní organizace Česká asociace sester takzvaný Proces sociální práce ve zdravotnických zařízeních. Ten je definován jako snaha sjednotit postupy v sociální práci ve zdravotnictví. (Matoušek, 2003, s. 98)



Na sociální pracovníky ve zdravotnictví se nutno se dívat jako na jedince účastníci se mnohovrstvého a dynamického procesu, kteří se potýkají s četnými změnami. To však souvisí s profesí sociálního pracovníka ve zdravotnictví, role v ní se liší podle času, místa, náplně i druhu práce. S ohledem na to nebude sociální pracovník ve zdravotnictví zastávat vždy jen jednu neměnnou roli, naopak bude role přizpůsobovat daným okolnostem a okamžikům a dbát na vhodnost selekce role. Zároveň je nutné, aby sociální pracovník ve zdravotnictví dokázal tyto role od sebe spolehlivě odlišovat. (Šimková, 2014, [online])

Sociální práce ve zdravotnictví má za úkol podporovat sociální změny a dbát na řešení problémů v mezilidských vztazích. Jejimi dalšími úlohami je postarat se o zplnomocnění pacientů, kde si klademe za cíl zlepšování jejich psychického i fyzického stavu. Významným podkladem pro sociální práce jsou zásady lidských práv a sociální spravedlnosti, z čehož vyplývá, nakolik je podstatné vnímat jako poslání posilování lidských práv i vlastní důstojnosti jedince. (Strnad, 2003, s. 134)

Co se týče prostředí, v němž sociální práci ve zdravotnictví můžeme vykonávat, mluvíme o ambulantních a pobytových zařízeních, ale také o přirozeném prostředí pacientů, kdy sociální práci poskytujeme v terénu. I z tohoto hlediska často není vymezena konkrétní hranice mezi zdravotní a sociální péčí. Při jakémkoliv zhoršení zdraví pacienta by mělo docházet k poskytování komplexní, sociální i zdravotnické péči. (Janečková, 2005, s. 48)

Sociální práce ve zdravotnictví má důležitý vliv na uzdravení pacienta. Sociální pracovník ve zdravotnictví se snaží o podporu pacienta při vyrovnání se se zhoršením zdravotního stavu a s nemocí. Dále poskytuje oporu při zvykání si na novou životní situaci. (Kuzníková, s. 46, 2011)

Je nutné, aby sociální pracovník ve zdravotnictví přikládal důraz celkovým interakcím mezi systémy zdravotnictví a sociální práce. Sociální pracovník by měl dbát na charakter péče a rozličné prožívání u každého z pacientů. Vzhledem k tomu by tedy měl znát klientovu minulost, rodinné a pracovní podmínky a známosti v jeho okolí. (Holasová in Kuzníková, 2011, s. 156)

Sociální práce považuje za svůj komplexní cíl propojit sociální a psychosociální zřetele ve věci poradenství, podpory i péče u nemocných osob, které disponují trvalým či dočasným zdravotním omezením. Hlavním cílem je zde sociální integrace. (Paulus, 1989, s. 168)

Sociální práce ve zdravotnictví je běžně brána jako součást pracovních multiprofesních týmů a realizuje se v mnoha odlišných kontextech léčebné péče. Multiprofesní týmy se snaží o

podporu klienta a posílení jeho zdravotního stavu. Kompetence, které požaduje sociální práce s ohledem na zdravotnickou péči, jsou postaveny na znalostech psychosociálních dimenzí nemocí, především na porozumění vazby mezi sociálními a zdravotními okolnostmi. (Geissler – Piltz, 2005, s. 74)

Kvalitu v sociální práci obecné i ve zdravotnické hodnotíme rozdílem mezi výkonem a očekáváním. Kvalitu můžeme považovat za součást systému kvality zdravotnických služeb, jež jsou poskytovány. Cílem kvality sociální práce ve zdravotnictví je lepší zdravotní stav pacienta a vyšší kvalita jeho života. Pokud hovoříme o systému kvality, máme na mysli proces, v němž tvoříme postupy a stanovujeme standardy, ale také hodnotíme výsledky konkrétních zdravotnických služeb. (Gladkij, 2002, s. 198)

### **3.1 ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Role jsou určité standardy chování, které očekáváme od člověka v konkrétním sociálním postavení. Tyto standardy nám určují, kde, kdy a co máme udělat. Ve spojitosti s rolí je vytvářena společenská pozice. (Matoušek, 2003, s. 272)

Sociální pracovník ve zdravotnictví vykonává během své profesní praxe mnoho rolí. Ty se vzájemně prolínají a má na ně vliv především náplň práce, charakter zařízení a zejména pacienti, kterým služba poskytována. Jiné schopnosti a dovednosti vyžadují různé potřeby klientů. Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl být pacientem respektován a považován za užitečného. Naopak by neměl být klientem vnímán jako úředník, který se chová neosobně a necitlivě zasahuje do jeho soukromého života. (Lahnerová, 2009, s. 156)

Vzhledem k tomu, že sociální pracovník ve zdravotnictví zasahuje do osobního života pacienta, je důležité, aby znal institucionální podklady a jeho právo řešit situace, jež nastanou, bylo legitimní. (Matoušek, 2003, s. 44)

Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl vykazovat znalosti nejen české legislativy, ale také zařízení a institucí v sociálních službách, které v České republice existují. Bezpodmínečně by měl být také dobře seznámen s Všeobecnou deklarací lidských práv, práv pacientů a práv dětí, které byly hospitalizovány. (Kuzníková, 2011, s. 224)

To, jakým způsobem se chová jedinec v dané sociální situaci, významně ovlivňuje očekávání jeho okolí. Vzhledem k tomuto faktu člověk, který je v nějaké sociální roli, reflektuje tato očekávání a chování přizpůsobuje dané roli. Je však nutné, aby měl jedinec předpoklady ke zvládnutí oné role a stejně tak i osobní sklony k jejímu zvládnutí. Zde může dojít ke konfliktu

rolí, což je termín, který poukazuje na nenaplněná očekávání vycházející z více rolí, které jedinec nezvládá zastávat současně. (Jandourek, 2008, s. 232)

Popisy rolí sociálního pracovníka ve zdravotnictví můžeme též rozdělit třemi pojetími. První pojetí – administrativní pracuje s předpokladem, že je sociální pracovník ve zdravotnictví úředníkem. Zde je jeho úkolem pracovat se soubory žádostí a rozhodnutí. Druhé pojetí, nazýváno profesionálním pojetím, požaduje komplexní rozbor sociální situace pacienta. Sociální pracovník ve zdravotnictví má za úkol koncipovat, realizovat, ale i vyhodnocovat činnosti, které jsou ve vztahu se situací pacienta. Je od něj očekávána také kooperace s dalšími zaměstnanci konkrétního zdravotnického zařízení. Ve třetím pojetí, které označujeme jako filantropické, apelujeme na láskyplný a empatický přístup. Sociální pracovník ve zdravotnictví pracuje s pacientem a jeho rodinou, ale i s dalšími pracovníky zařízení. Všichni zaměstnanci zařízení, kteří k pacientu přistupují s notnou dávkou empatie a citu, jsou považováni svým způsobem za sociální pracovníky. (Musil, 2008, s. 60 - 67)

Další přístupy k rolím sociálního pracovníka ve zdravotnictví můžeme rozdělit v první řadě na roli pečovatele, kdy pracovník pomáhá pacientu v běžném životě tam, kde není v jeho silách poradit si sám. Dále je to pak role zprostředkovatele služeb. Tento typ funguje jako informátor pro klienta a poskytuje poradenské služby, doporučuje organizace nebo ostatní služby, vše ve prospěch pacienta. Sociálního pracovníka ve zdravotnictví představuje v roli trenéra cvičitel sociální adaptace, který pracuje jako trenér sociálních dovedností a pomáhá klientům s řešením jejich nesnází včetně motivace ke změnám v jejich chování. Při roli terapeuta či poradce je úkolem sociálního pracovníka ve zdravotnictví pomoci klientovi při budování náhledu na jeho vlastní postoje a pocity, ale rovněž podpora v osobním růstu klienta. Sociální pracovník ve zdravotnických službách, který zastává roli případového manažera, vykazuje snahu o zajištění a koordinaci včetně individuálního výběru vhodné služby zejména u klientů, kteří potřebují větší množství služeb. Pracovník v roli manažera pracovní náplně má na starosti organizaci práce ve větších zařízeních, plánování, ale také kvalitu služeb, jež zařízení poskytuje, zabývá se však také správností načasování i dávkování intervence, zatímco sociální pracovník ve zdravotnických službách v roli personálního manažera zajišťuje výcvik, výuku a plní funkci vesměs administrativní. Administrátorem máme na mysli pracovníka ve vedoucí funkci či ředitele zařízení. Ten rozvíjí i plánuje záležitosti zařízení, vymezuje způsoby práce. Činitel sociálních změn jakožto sociální pracovník ve zdravotnictví se věnuje správním a legislativním orgánům, ale též politice ve zdravotnickém zařízení, která se dotýká obsáhlejšího okruhu klientů. (Řezníček, 1994, s. 63 – 64)

Je nutno zmínit také roli sociálního pracovníka ve zdravotnictví v interdisciplinárním týmu, kde funguje integrovaný plán péče vztahující se na klienta a jsou zde přesně vymezeny cíle. Interdisciplinární představuje mezioborovou spolupráci, kdežto multidisciplinární tým zastoupení více oborů v týmu. Zde zastávají členové zvláštní role, často však neefektivně kooperují a nejsou ve shodě v intervenčním plánu v reakci na rozličné individuální priority. (Solheim in Kuzníková, 2011, s. 25)

### **3.2 KOMPETENCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA V ZDRAVOTNICTVÍ**

Termín kompetence znamená být mocen, schopen, dostačovat něčemu. Jeho podkladem je latinské slovo *comperere* a jeho adjektivy jsou přídavná jména *zpusobilý* či *zručný*. Kompetencí máme na mysli určité funkcionální vyjádření, které je svým projevem hodnoceno jako kvalitní zvládnutí vlastní profesní role sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Patří k němu odborná znalost teorie, schopnost odrážet objektivně teorii v praxi a ctít hodnoty profese, které do výkonu profese promítáme. (Matoušek, 2003, s. 91)

Klasickou a dnes již zažitou definici kompetence představuje Mertens: „Kompetence jsou znalosti, schopnosti a dovednosti, které nejsou vázány na žádnou určitou činnost, ale otevírají člověku možnost působit v mnoha funkcích a na mnoha pozicích a úspěšně zdolávat překvapivé změny ve svém pracovním životě.“ (Mertens in Veteška a Tureckiová, 2008, s. 20)

Pojem kompetence lze používat v několika různých kontextech, a to ve vztahu k dospělým, kdy jím rozumíme v rámci společensko – politickém a ekonomicko – společenském a v užším pojetí, kde je vymezen jako charakteristika profesní třídy. (Skalková in Sak et al., 2007, s. 100)

V rámci sociální práce Havrdová popisuje kompetence jako: „funkcionální projev dobře zvládnuté a uznávané profesionální role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnost reflektovat adekvátně kontext a citlivě aplikovat hodnoty profese. (Havrdová, 1999, s. 42)

V rámci sociální práce znamená být kompetentní mít konkrétní pravomoc v daném okruhu osobní působnosti. Pokud sociální pracovník jedná kompetentně, vychází ze svých pravomocí, staví na znalostech problematiky daného oboru a je odpovědný za své činy. (Levická, 2004, s. 128)

Výkonem povolání jiného odborného pracovníka se podle zákona č. 96/2004 Sb. rozumí výkon činností, které jsou v přímé souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Ty činnosti, jež patří k výkonu zdravotní péče, zastupuje jiný zaměstnanec s odborností jen pod odborným dohledem či přímým vedením v daném rozsahu. To stanoví prováděcí právní předpis a může jej vykonávat pouze zaměstnanec konkrétního zdravotnického zařízení. Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví řeší též zákon č. 424/2004 Sb., který říká, že absolvent studijního oboru sociálního zaměření, tedy sociální pracovník vykonává činnosti na úseku sociální péče. Dbá se na rozsah odborné způsobilosti pracovníka a na rozsah, který určí zdravotnický pracovník, který disponuje specializovanou způsobilostí na daném úseku. Sociální pracovník ve zdravotnických službách posuzuje životní situaci partnera, zajišťuje mu sociálně právní poradenství a koná v kooperaci se zdravotnickými pracovníky sociální opatření nebo psychosociální intervenci do životní situace klienta. (Zdravotnictví a medicína, 2017, [online])

Kompetence sociálního pracovníka ve zdravotnictví zaměřené profesně oborově obsahují rozsáhlé vědomosti cílené na teorii, také však praktické dovednosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví, který se stará o naplnění sociálních potřeb pacienta. Je důležité, aby se sociální pracovník ve zdravotnictví pokusil začlenit pacienta do společenského prostředí. Měl by disponovat též kompetencemi anamnestickými a diagnostickými, které se podílí na schopnosti provádět sociální šetření. To spočívá v odhalení pacientovy sociální anamnézy, která následně umožní najít správnou sociální diagnózu. Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl nutně vlastnit kompetence rozhodovací, díky nimž lze naplánovat psychosociální intervence, které se zabývají životní nesnází pacienta a stanovují délku a typ intervencí a plánování jejich uskutečnění. Kompetence osobnostně kultivující umožňují pracovníku se vzdělávat celoživotně a snažit se budovat adekvátní sebereflexi, kompetence komunikační pak slouží ke správné a smysluplné komunikaci s pacienty i jejich blízkými a jsou nutnou součástí složky kompetencí sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Kompetence organizační obsahují znalosti o organizaci, v němž sociální pracovník ve zdravotnictví pracuje a také kompetence aktivně spolupracovat s ostatními organizacemi a institucemi nabízejícími východiska pro vyřešení problémů pacienta. Důležité pro sociálního pracovníka ve zdravotnictví je také disponovat metodickými kompetencemi, které předpokládají zavádět nové standardy a aktivně se účastnit vědecké výzkumné činnosti v oblasti sociální. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 192)

Předpokládáme, že je sociální pracovník ve zdravotnictví profesionál, který ovládá teorii a zná metody používané v sociální práci, jež usilují o jejich použití v praxi i celoživotním vzdělávání. (Matoušek, 2005, s. 69)

Sociální pracovník ve zdravotnictví nebo zdravotně – sociální pracovník v rámci svých kompetencí:

1. Provádí sociální prevenci a depistážní činnosti, jež jsou zaměřeny na záměrné a včasné hledání osob, které se díky vlastní nemoci nebo nemoci v rodině ocitají či již ocitli v obtížné sociální situaci.
2. Koná sociální šetření u klientů, hodnotí jejich situaci v souvislosti ke stanovené diagnóze a jejím následkům, snaží se o rozbor sociální situace svou návštěvou v rodině. Na základě toho jedná s orgány veřejné správy i dalšími subjekty. Zpracovává dokument o zhodnocení klientovy životní situace, přičemž staví na skutečnostech, které sám zjistil.
3. Navrhuje plán psychosociální intervence do životní situace klienta, kde řeší jeho rozsah, druh i sociální opatření, které následně v kooperaci s dalšími zdravotnickými pracovníky uskutečňuje.
4. Jedná o zajištění sociálně – právního poradenství v souvislosti s nemocí klienta a jejím následkům.
5. Je přítomen při integraci pacientů, kteří vykazují potřebu pomoci v závislosti na absenci fyzických, psychických nebo sociálních schopností, poškozených sociálních vztahů. Pacienty a jejich sociální okolí podněcuje k připojení se k integraci.
6. Organizuje rekondiční pobyty v rámci rozsahu vlastní odborné způsobilosti.
7. Kooperuje se zdravotnickým personálem při propouštění pacientů ze zdravotnického zařízení, zajišťuje další služby a péči.
8. Při úmrtí pacienta poskytuje odborné poradenství v sociální oblasti. Pokud umírá osamělý pacient, jeho úkolem je zabývat se záležitostmi ohledně úmrtí. (Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2014, [online])

### **3.3 NÁPLŇ PRÁCE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA VE ZDRAVOTNICTVÍ V ČESKÉ REPUBLICĚ A VYBRANÝCH ZEMÍCH**

Stěžejním úkolem sociálního pracovníka ve zdravotnictví je započít zdravotně sociální rehabilitaci, jejíž proces je velmi obtížný. Rehabilitace by měla vést k uchování kvality života

pacienta takovým způsobem, aby byla míra dosažení kvality objektivně zhodnocena a preventivní funkce byla natolik efektivní, že klesá pravděpodobnost klientova opakovaného vrácení se do zařízení. (Novosad, 2004, s. 145)

Služby sociální péče ve zdravotnictví zahrnují sociální poradenství, které se podílí na regulaci či odstranění důsledků nemoci, úmrtí, či rizikového chování. Náplň práce je konkrétně zpracována jednotlivě zdravotnickými zařízeními, v nichž má být sociální práce ve zdravotnictví provozována. Sociální pracovník ve zdravotnictví řeší situaci akutně hospitalizovaných klientů. O tom, jestli se má sociální pracovník zasazovat o řešení klientovy nesnáze a případně v jaké míře, rozhoduje lékař. Často se v soupisu náplně práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví vyskytuje sociální poradenství a sociální pomoc u pacientů chronicky či jinak nemocných. Je zde zanesen i požadavek na jednání s institucemi, plánování péče, sociální rehabilitace, zprostředkování služeb specializované péče, spolupráce a komunikace s příbuznými, řešení záležitostí týkající se zajištění bydlení a finančních prostředků. Sociální pracovník ve zdravotnictví by se měl zabývat sociální prevencí, která by měla obsahovat rozmluvu s jednotlivými pacienty, která zajistí možné obtíže, jež mohou nastat. Náplň práce obsahuje i stanovení sociální anamnézy a prognózy, kde vnímáme jako hlavní cíl znovu začleňování klienta do původního sociálního prostředí, což termínem reintegrace. Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení by měl dokázat objektivně posoudit, jestli pacientova sociální situace nebude negativně ovlivňovat jeho léčbu a v souvislosti s tím i fyzické zdraví. Náplň práce by měla zahrnovat i aplikování metod sociální práce, tedy například individuální práci s klientem, práci s rodinami a rodinné terapie, skupinovou práci s klienty. (Kuzníková, 2011, s. 47, 48)

Náplň práce sociálních pracovníků ve zdravotnictví v České republice a v některých dalších zemích se v mnoha ohledech liší. To vysvětlují rozdíly v historii země, ale i systémy vzdělávání a rozdílné získané kompetence.

V USA patří mezi nejčtetnější činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví oblasti “case managementu“, “utilization review“ a “discharge planning“. První oblast se stará o úhradu poskytování sociální péče, kdy všechny nemocnice disponují určitou částku. V případě, že je tato fixní částka přečerpána, je úhrada za fakturované služby požadována po osobě, jíž byla péče poskytnuta. Druhá oblast se týká kontroly financí, které byly využity, délky pobytů pacientů v zařízení a vhodnosti umístění pacienta do konkrétního zařízení. Třetí oblast se pak týká plánu budoucího propuštění ze zařízení. (Beder, 2012, s. 124)

Ve Finsku je cílem vznik sociálního zabezpečení pro každého občana. Ve zdravotnických zařízeních je zde zaměstnána celá třetina sociálních pracovníků v zemi, přičemž většina má univerzitní vzdělání v oboru sociální práce. Sociální pracovníci ve zdravotnictví mají zázemí přímo v zařízení, jsou tak vždy k dispozici pacientům. Běžný sociální pracovník je v podřízené pozici vůči hlavnímu sociálnímu pracovníkovi, který je zde nazýván supervizor a nadřízeným je mu pouze ředitel nemocnice. (Roinisto – Melkko in Kuzníková, 2011, s. 49)

Sociální práce ve zdravotnictví je v Anglii provázána s masovou migrací a proměnami společnosti zapříčiněnými průmyslovou revolucí. Sociální pracovníci jsou zde plnohodnotnými zaměstnanci nemocnice a aktivně kooperují s týmy akutní péče a péče o lidi s dlouhodobým onemocněním. Podílí se také na poskytování zdravotní péče dětem. Sociální práce ve zdravotnických zařízeních v Anglii je vztahována na sociální pomoc a především její plánování, propouštění pacientů do domácí péče a vybírání včetně zajišťování zařízení následné péče. Péče je zaměřena psychosociálně, intervence je plánována tak, aby byli do procesu zapojeni i rodinní příslušníci klienta. (Kuzníková, 2011, s. 50)

### **3.4 SPECIFIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ**

Ve více oblastech se sociální práce ve zdravotnictví odlišuje od sociální práce v terénu. Základním specifikem sociální práce ve zdravotnictví je znalost diagnóz, díky které můžeme tyto vědomosti aplikovat v sociální oblasti. Je nutné brát na vědomí důležitost spojitosti sociálních problémů a zdravotních obtíží pacienta. Na sociální problémy mohou navazovat zdravotní potíže, kdy dochází ke zhoršení sociální situace pacienta působením určité sociální události a následkem toho dochází ke zhoršování zdravotního stavu. Stejně tak to funguje i opačně. Souhra zdravotních a sociálních problémů představuje nápor na psychiku sociálního pracovníka, zvláště u případů sociální práce ve zdravotnictví s dětmi či klienty vysokého věku. Dalším specifikem je potřeba efektivní komunikace, kde je nezbytné se dokonale přizpůsobit zdravotnímu stavu pacienta a brát ohledy na těžkosti konkrétní životní situace klienta. (Zdravotnictví a medicína, 2017,[online])

Můžeme se setkat s překračováním povinností sociálního pracovníka ve zdravotnictví v souvislosti s nadstandardní péčí o klienta, kterou mu sociální pracovník z vlastní vůle věnuje. Je to běžným jevem v profesi sociálního pracovníka ve zdravotnictví, a to především z důvodu časové vytíženosti ostatního personálu a nemožnosti najít časovou kapacitu pro výkon sociální péče. Je nutné dbát na vymezování hranic ve vztahu s pacientem a oddělování toho, co spadá do kompetencí klienta a co je záležitostí pouze sociálního pracovníka. Podmínkou



pro vývoj osobnosti je celoživotní sebevzdělávání, zájem o vývoj teorií, technik a metod, ale i supervize. (Kuzníková, 2011, s. 83)

Pacient a jeho blízcí považují za samozřejmost poskytnutí odborného poradenství sociálního pracovníka v dostatečném časovém rozsahu. Z toho důvodu čelí sociální pracovník ve zdravotnictví často nadměrnému tlaku ze strany klientů a jejich rodinných příslušníků. Často zde dochází ke střetu, protože lékař je z ekonomických důvodů managementu zařízení většinou přikloněn co možná nejrychlejší intervenci ze strany sociálního pracovníka. (Weinfurterová, 2006, s. 56)

Také nutnosti interdisciplinární kooperace a poptávka po fungujících multiprofesních týmech zastávají specifika sociální práce ve zdravotnictví. Dalšími specifiky jsou poradenství poskytované v krátkodobém časovém intervalu, požadavek teoretických i praktických znalostí o celé škále aspektu nemocí i tělesných postižení. Tuto skutečnost potvrzuje fakt, že často nejsou pacienti schopni kooperovat se sociálním pracovníkem a snažit se o řešení vlastního problému, většinou právě z důvodu nemoci. Se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví se nejčastěji spojují rodina nebo osoby blízké. Za specifikum sociální práce ve zdravotnictví můžeme považovat také účast sociálního pracovníka při propouštění pacienta ze zdravotnického zařízení, což je v sociální práci ve zdravotnictví častá situace, které se sociální pracovníci účastní. (Adkins, 2008, s. 69)

Jistá specifika vykazuje sociální práce ve zdravotnictví s geriatrickými pacienty. Ti vyžadují velmi citlivé a empatické zacházení, je nutno s nimi zacházet s respektem, úctou a především velice trpělivě. Je důležité se snažit o to, aby komunikace s těmito pacienty byla komplexně na profesionální úrovni. Kompletní tým skládající se s několika odborníků, každého se zaměřujícího na odlišnou problematiku, pracuje s důrazem na péči zaměřenou na bio – psycho – socio – spirituální požadavky konkrétního klienta. Další specifikum můžeme pozorovat ve vnímání role sociálního pracovníka ve zdravotnictví v multidisciplinárním týmu jako koordinátora propouštění pacientů ze zdravotnického zařízení, organizátora a spolutvůrce další péče a také jako určitou spojku členů multidisciplinárního týmu. (Odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky, 2017, [online])

## 4 POJMY ZE ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ OBLASTI

Veřejné zdravotnictví je definováno jako multidisciplinární medicínský obor, jež aplikuje a spojuje teoretické znalosti rozličných vědních disciplín. Jeho základem je množství medicínských a společenskovedních oborů, například sociální medicíny, organizace a řízení zdravotnictví, podpora zdraví, psychologie a řada dalších oborů. (Malina, 2013, s. 44)

V zdravotně sociální oblasti je prováděna sociální prevence, která se zaměřuje na záměrné a včasné hledání jedinců, kteří se ocitají působením nemoci své nebo svých rodinných příslušníků v tíživé životní situaci. Ve zdravotně sociální oblasti jsou poskytovány sociální šetření u pacientů, u nichž je také posuzována životní situace pacienta v souvislosti s onemocněním a jeho případnými následky. Zdravotně sociální oblast řeší sociálně právní poradenství, zajišťuje integraci pacientů, kteří vykazují známky potřeby tohoto typu pomoci, poskytuje poradenství v případě úmrtí pacienta nebo se podílí na přípravě propouštění pacienta a zajištění následné péče o jeho osobu. (nemocnice Mělník, 2017,[online])

### 4.1 DEFINICE ZDRAVÍ

Před rokem 1948 definice zdraví znamenala absenci nemocí, nebo tělesných poruch. Roku 1948 bylo zdraví vnímáno jako stav naprosté fyzické, psychické a sociální harmonie, ne však jen tělo a duše bez přítomnosti choroby. Jako způsobilost žít sociálně i ekonomicky plodný život bylo vnímáno zdraví roku 1977, což je dnes definicí zdravotně sociální. Toto poukazuje na stále stoupající nároky na definici zdraví a je to důkazem nutnosti vnímání zdravotnictví a sociální problematiky jako prolínajících se oborů. (Vurm, 2007, s. 28)

Podle WHO je zdraví stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, ne však pouhá nepřítomnost vady či nemoci. S další, obnovenou definicí přišla WHO roku 1984. Ta hovoří o zdraví jako o stavu, který sice dává možnost jednotlivcům i skupinám poznávat své individuální cíle a naplňovat své potřeby, také je však učí reagovat na změny a adaptovat se na nové prostředí. Zdraví je vnímáno ne jako hlavní cíl, ale jako určitý hnací motor v běžném životě. (World health organization, 2017, [online])

### 4.2 ZDRAVOTNÍ POLITIKA

Zdravotní politika je souborem činností, které prokazatelně ovlivňují zdraví rozličných společenských skupin a obyvatelstva. Staví na faktu, že podpora a ochrana včetně uchování zdraví jsou nejvýznamnější existenční potřeby populace. Ve všech zemích je koncipována

odlišně, význam je určován uspořádáním společnosti, kulturou, skladbou obyvatelstva a ekonomickou silou země. V ideálním případě by měla být zdravotní politika zahrnuta do hospodářské a sociální politiky státu. (Durdisová, 2005, s. 71)

Zdravotní politika je činnost státu a dalších subjektů sociální a hospodářské politiky, která je záměrná a má vymezený cíl. Můžeme ji definovat ze dvou základních úhlů pohledu, a to z obsahového, kdy je zdravotní politika vnímána jako projevením zájmu o zdraví obyvatel, kterého dosahuje použitím politických prostředků. (Drbal, c2005, s. 28)

Ale také z pohledu, kdy je brána jako proces, který vykonáváme prostřednictvím odpovědných aktérů zdravotní politiky. (Potůček a kol., 2005, s. 312)

Zdravotní politika jsou rozhodovací procesy, které jsou uskutečňovány na rozličných úrovních (například národní, regionální nebo lokální) systému zdravotnictví konkrétními účastníky zdravotní politiky. V první řadě jsou důvodem rozhodnutí daná pravidla, v té druhé realizace zdravotní politiky v běžné praxi správy veřejné. Tato definice zdravotní politiky apeluje na procesní hlediska. To znamená na jejich odpovědnost, moc či zájmy. (Buse a kol., 2005, s. 82)

Zdravotní politika je popisována zejména multidisciplinárním přístupem ve svém oboru. Ten zaujímá ve veřejné správě, ekonomii, medicíně, teorii práva nebo třeba zdravotnického práva. (McKee a kol., 2004, s. 19)

### **4.3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PÉČE**

Zdravotně sociální péčí myslíme zajištění a pečování o osoby s různými omezeními ve své soběstačnosti v běžném životě. Pozorujeme stoupající tendenci přikládání významu sociálně zdravotní péči, hlavně díky významu pro praxi obecného zajišťování služeb osobám, které vykazují tuto potřebu. Důležitou informací je to, že v posledních letech pojem sociální péče střídá pojem sociální potřeba. Toto odůvodňujeme tendencí o zdůraznění významu. (Vurm, 2007, s. 30)

### **4.4 ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ**

Úkolem zdravotnického zařízení je poskytovat zdravotní péči. Rozlišujeme několik druhů zdravotní péče, a to ambulantní péči, lůžkovou péči, dispenzární péči, lázeňskou léčebně rehabilitační péči a preventivní péči. Pod druhy péče můžeme zařadit i služby pracovně lé-

kařské, zdravotnickou záchrannou službu, pohotovostní službu, ale také poskytování léčivých přípravků a zdravotnických prostředků. Při ambulantní péči není nutná hospitalizace, tedy uložení na lůžko ve zdravotnickém zařízení. Je při ní pacientu poskytována lékaři primární péče, tedy praktickými lékaři, zubními lékaři nebo gynekology. U lůžkové péče doporučí ambulantní lékař či lékař primární péče pacientovi léčbu u poskytovatele lůžkové péče. Je zde poskytována lůžková péče akutní standardní, kde pečujeme o pacienta s náhlým onemocněním nebo o pacienty, jejichž zdravotní stav se zhoršil. Dále akutní intenzivní péče, kterou poskytujeme v případech selhání nebo ohrožení základních životních funkcí, následná, kde pečujeme o stabilizované pacienty s určenou diagnózou a dlouhodobá funkce, u které nepředpokládáme pacientovo uzdravení. Jeho zdravotní stav se tak bez dlouhodobé péče pouze zhoršuje. (Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2017,[online])

#### **4.5 FUNKČNÍ POTENCIÁL A EKONOMICKÁ DIAGNÓZA**

Funkčním potenciálem nazýváme souhrn jedincových psychických i fyzických schopností pro jeho fungování v určitém prostředí. Sociálně ekonomickou diagnózou nazýváme sociální podmínky jedince a to, co od nás vyžaduje prostředí, ve kterém žijeme. Stanovení je časově velmi náročné, stejně tak i odborně, nutností je celkové posuzování s ohledem na individualitu, celkově je však velmi přizpůsobivá konkrétnímu člověku. (Vurm, 2007, s. 31)

## 5 KLIENT V SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH

Klientem v sociální práci může být jedinec, rodina, sociální kategorie. Lze je díky společným znakům vymezit. Klientem je osoba či skupina, na kterou je aplikována intervence sociální práce. (Šrajer, 2008, s. 129)

Důvodem potkávání se klienta a sociálního pracovníka ve zdravotnictví je snaha o nalezení možného řešení klientova problému. Je nezbytné, aby sociální pracovník dal klientovi najevo podporu při jeho složité situaci. Během řady let lze pozorovat odklon od paternalistického vztahu, který se vyznačuje direktivním přístupem sociálního pracovníka, jehož klient nechává proces poradenství řídit a není evidentní klientova aktivní spolupráce na řešení svých obtíží. Dnes je kladem důraz na rovnoprávnost ve vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem. Klienta většinou za službami sociálního pracovníka ve zdravotnictví vede potřeba nalézt výchozí řešení problémů, je to ten jedinec, který si řekne o pomoc. (Úlehla, 2005, s. 156)

Klimentová rozděluje klienty na heteronomní a autonomní, který vnímá kontakt se sociálním pracovníkem jako určitou oporu nebo motivaci pro změnu životního stylu a vztah mezi nimi je spíše na partnerské bázi, kdy sociální pracovník zastává roli poradce. Heteronomní klient vykazuje známky určité vazby k sociálnímu pracovníkovi a dává najevo potřebu jeho pomoci. Sociální pracovník zaujímá direktivní styl vedení intervence a je určitým způsobem zodpovědný za klienta. (Klimentová, 2001, s. 62)

Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem může být započat více způsoby. Prvním způsobem může být situace, kdy klient z vlastní iniciativy žádá o pomoc sociálního pracovníka ve zdravotnictví. V případě, že není sociální pracovník pro klienta fyzicky dostupný, k čemuž dochází, pokud není sociální pracovník oficiálně součástí týmu, se může klientův záměr tímto faktem komplikovat. Cestou pak je získání kontaktu na sociálního pracovníka přímo od nemocnice či možnost zkontaktování sociálního pracovníka ze strany rodinných příslušníků klienta. Dalším způsobem je oslovení sociálního pracovníka všeobecnou sestrou nebo lékařem zařízení, kde je klient hospitalizován, pokud nabydou přesvědčení, že péče sociálního pracovníka vhodná. Může se stát, že sestra či lékař přehlédnou pacienta, který by služby sociálního pracovníka potřeboval. Abychom se tomuto problému vyhnuli, provádíme depistáž, při které jsou klienti cíleně vyhledáváni sociálním pracovníkem ve zdravotnictví a která je běžnou součástí praxe sociálního pracovníka. Depistáž může komplikovat sociální péče o řadu klientů, jimž už je služba poskytována. (Kuzníková, 2011, s. 55)

Pro kooperaci klienta a sociálního pracovníka je významné zejména první setkání, kdy klient získá povědomí o možném budoucím vztahu k sociálnímu pracovníkovi. První schůzka ukazuje, jakým způsobem by mohla komunikace v budoucnu vypadat a nakolik bude efektivní. Informace jsou podávány prostřednictvím rozhovoru, který je základní technikou sociálního pracovníka. (Kopřiva, 1997, s. 122)

Je nutné dbát na práva klienta, která jsou zanesena do standardů sociální práce a také v interních předpisech konkrétního zařízení. Klient má právo na péči kvalifikovanou a odbornou, kterou může kdykoliv bez udání důvodu z vlastní iniciativy ukončit. (Vykopalová, 2000, s. 98)

Často se můžeme setkat s problémovým klientem, proto je důležité znát zásady jednání s nimi. U mlčícího klienta je nutné zjistit příčinu jeho mlčení, které je většinou dlouhodobé a vyjadřuje úzkost, stres a určitou nejistotu vůči sociálnímu pracovníkovi. Tento klient nerad mluví o svém soukromém životě a nesvěřuje, což mohou zapříčinit především obavy z nějaké formy agrese, kterou by mohl projevit vůči sociálnímu pracovníkovi. Celkově je velice obtížné navázat s tímto typem klientů nějaký vztah. Dalším problémovým klientem může být takový, který si stěžuje, své problémy nadřazuje nad potíže ostatních a považuje je za nejvážnější a nejzásadnější. Tento typ klienta by sice pomoc rád přijal, ale vytrvale ji odmítá. Pokud ji přece jen přijme, neřídí se radami, které mu sociální pracovník dal. Velice často bagatelizuje problémy ostatních, v reakci na to odborníci doporučují zlehka ironický přístup ke stěžujícímu si klientovi. Sociální pracovník by měl odhalit tuto tendenci v chování klienta a nalézt důvod pro takové chování. (Klimentová, 2001, s. 74)

Pokud je klient považován za nedobrovolného, byla mu nařízena ústavní léčba v rámci výkonu trestu nebo nařízené léčby. (Darek, Martínková, 2008, s. 143)

Klient v odporu využívá své obranné mechanismy, kdy sice navštěvuje sociálního pracovníka, nehodlá se však měnit. Depresivní klienty lze diagnostikovat podle známých průvodních příznaků onemocnění. Depresivní klient komunikuje tiše, přímý oční kontakt takřka neudrží, celkově se chová velmi neklidně. Komunikace s těmito klienty je časově i psychicky náročná a vyžaduje jistou míru trpělivosti. (Vágnerová, 2004, s. 77)

Pokud má klient sebevražedné myšlenky, je nutné na tuto krizovou situaci včasně reagovat. Suicidiálnímu klientovi je třeba poskytnout podporu a zajistit pocit jeho bezpečí, ale také se vytrvale snažit o komunikaci s ním. Manipulativní klient se zasazuje o to získat nějakou

výhodu. Klienti, kteří vykazují znaky manipulativního chování, často touží po obdivu. Manipulací se snaží o vyřešení svého problému, funguje pro ně jako obal citlivého ega jejich vlastní osoby. Je nutné zjistit příčinu klientovy manipulace, zjistit důvod obav klienta, ale také přesně vymežit vztah mezi klientem a sociálním pracovníkem. (Klimentová, 2001, s. 47)

Pokud se klient chová agresivně, dává tím najevo své obavy o vlastní užitečnost a agresí se chce sociálnímu pracovníkovi ukázat jako silný a mocný. Agrese je obranný mechanismus, který je projevem pudu sebezáchovy. Agresivní klient často vnímá práci sociálního pracovníka jako nedostatečně efektivní, rychlou a nepřiměřenou. Znaky agresivního chování jsou neadekvátní gesta, hlučný a někdy i vulgární projev. Reakcí sociálního pracovníka by měl být vlídný a klidný hlas, který nedává záminku ke kumulaci agrese. (Vykopalová, 2000, s. 87)

V reakci na agresi je důležitá prevence, abychom zabránili újmě na zdraví či majetku. (Novosad, 2000, s. 96)

Klient, který vykazuje známky užití psychoaktivní látky, vnímá zkresleně realitu a jeho prožívání je doprovázeno bludy a často silnými halucinacemi. Klienti při rozhovorech nepopisují situaci vždy pravdivě, a tudíž mohou být výpovědi bezpředmětné. Sociální pracovník by se měl snažit udržet neutrální atmosféru, ale vystupovat direktivně a považovat za cíl spolupráce motivaci klienta k léčbě. Tito klienti jsou často nedůvěryhodní a nespolehliví, což by měl mít sociální pracovník na mysli. (Vágnerová, 2004, s. 122)

## **5.1 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S KLIENTY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM**

Osoby se zdravotním postižením jsou často považovány za osoby nemocné, ačkoliv je mezi těmito termíny evidentní rozdíl. Liší se především v tom, že při určování nemoci stanovujeme diagnózu, avšak na zdravotní postižení nahlížíme jako na poněkud obecnější termín, který se váže hlavně ke kompetencím a schopnostem, jakými tato osoba disponuje. Ty jsou omezovány svou kvalitou nebo počtem v porovnání s běžným obyvatelstvem. Určení hranice v rozdílech pojmů zdravotní postižení a osoba se zdravotním postižením, je poměrně obtížné a ne jednoznačné. Pro použití v praxi se definice pojmů odlišují dle zaměření systémů podpory. Znamená to, že je dělíme dle projevů a dopadu zdravotního postižení tak, jak jsou pozorovány a pojímány v běžné praxi. Tyto definice jsou rozdílné podle toho, v jaké oblasti se pohybujeme. Rozdíl existuje také v typologizaci zdravotního postižení a hodnocení jeho

hloubky. Vzhledem k odlišnostem v klasifikačních hranicích nelze přesně evidovat množství osob se zdravotním postižením, avšak hrubé odhady pracují s desíti procenty těchto osob ve společnosti. (Krhutová in Kuzníková, 2011, s. 124)

Porozumění faktorům, které mají významný vliv na život osob se zdravotním postižením je nejlepší cestou, jak vykonávat kvalitní praxi v rámci sociální práce ve zdravotnictví. Tyto faktory vymezují potřeby osob se zdravotním postižením, a jsou to biologické, psychologické a sociální faktory, ale též sociální politika, jež vyřizuje vzdělávání či bytovou politiku nebo noetické faktory vztahující se k etické a morální stránce. (Koláčková, Kodymová, 2007, s. 128)

V rámci psychosociálních aspektů péče o osobu se zdravotním postižením je důležité zajistit určitou kvalitu životní úrovně a přivést klienta a jeho blízké na cestu smíření se s chorobou. Je nutné je naučit žít s novou skutečností. Všichni lidé mají svou bio – psycho - sociální komplexní stránku, kde samostatné složky nejsou statické, ale mění se dynamicky v souvislosti s různými životními okolnostmi, jako jsou stáří, nemoci nebo exogenní vlivy. (Zdravotnictví a sociální práce, 2011, [online])

Podnětem k poskytování sociální péče ze strany sociálního pracovníka ve zdravotnictví má být komplexně vzniklá sociální situace klienta, kdy by měl sociální pracovník dokázat rozeznat veškeré bariéry, které klientovi mohou bránit zvládat určité situace a zamýšlet se nad jejich souvislostmi. Jsou to zejména bariéry zdravotní, psychologické, kulturní, vztahové či hodnotové. Zásadní koncept, který využíváme při sociální práci s osobami se zdravotním postižením, je koncept sociálního fungování. Ve vztahu k němu se zabýváme takzvaným přístupným prostředním a univerzálním plánováním, které v případě, že není dostatečně naplňováno, vykazuje větší míru spotřeby následné sociální péče a ostatních služeb podpory osobami se zdravotním postižením. (Krhutová, 2005, s. 70)

Zmíněný dynamický proces v rámci sociální péče obsahuje psychologické vyhodnocení emocí, osobnosti a podobně, ale také sociální vyhodnocení, tedy finanční stránku, bydlení nebo rodinu a vyhodnocení kvality života, fyzického a psychického zdraví, funkční kapacity, sociálních podmínek či sociální podpory. Klientovi bychom měli zabezpečit určitou míru pohody, takzvaný „well - being“, který se promítá do oblasti funkční kapacity člověka, tedy jeho schopnosti obstarávat pravidelně své sebe obslužné, emociální, sociální a intelektové funkce. Jeho důležitost shledáváme též ve vlivu na osobnost člověka, kdy se jedinec zvládá přizpůsobovat podmínkám v osobním životě a situace, které jej potkávají, zvládá emočně



harmonickým stylem. Nesmíme zapomínat na duševní stránku hodnocení daných jevů v životě klienta s přihlédnutím k možnosti odehrávání se těchto dějů z důvodu nějakého významu nebo smyslu. (Vědecký časopis Zdravotnictví a sociální práce, 2015)

Koexistence osob se zdravotním postižením je přirozená a normální, jedinci se zdravotním postižením se ve společnosti vždy vyskytovali a vyskytovat budou. I přes snahu vědců o takzvanou optimalizaci genetického kódu lidstva se nikdy nepřestanou objevovat nemoci a stávat úrazy, které zapříčiňují vznik trvalých zdravotních postižení. Uváděna je pouze jedna výjimka, a to dobrovolné vzdání se potomstva i přes riziko vývojových vad, což však nepředpokládáme za reálné. Osoby se zdravotním postižením jsou běžnými klienty sociálních pracovníků a zdravotnických zařízení. Obsahem sociální práce s osobami se zdravotním postižením se zabývá Úmluva OSN o právech osob se zdravotním postižením, která se roku 2009 stala součástí právního řádu České republiky. Cílem této úmluvy je „podporovat, chránit a zajišťovat plné a rovné užívání všech lidských práv a základních svobod všemi osobami se zdravotním postižením a podporovat úctu k jejich přirozené důstojnosti.“ Utváření prostoru pro podmínky úmluvy spadají do běžného rámce profesních intervencí týkajících se sociální práce a sociální práce ve zdravotnictví. Jde o poskytování sociální ochrany a začleňování lidí se zdravotním postižením mezi běžnou populaci, ale také o obranu zdraví, chránění osob před násilím a zneužíváním či zajištění adekvátní životní úrovně a podněcování jedince k zachování nezávislého způsobu jeho života. Je nezbytné, aby člověk se zdravotním postižením měl na dosah komunitní služby, byly mu k dispozici kompenzační pomůcky, podpůrné technologie a různorodé typy asistence. Měl by také mít běžný přístup ke vzdělávání, k informacím a k možnostem zaměstnání. (Krhutová in Kuzníková, 2011, s. 129 - 131)

Zaměstnání může být pro osoby se zdravotním postižením značně traumatizující, a to z toho důvodu, že bývají lidé s postižením často sociálně stigmatizováni a v důsledku mohou být špatně ohodnoceni, odmítáni a zaznamenávat též problémy v sociálním uplatňování. (Vágenerová, 2004, s. 180)

Tradice sociální práce s osobami se zdravotním postižením je postavena na osobitěm modelu vlastní tragédie a zbývala se hodnocením malé míry schopností, tedy rozsahu neschopnosti. Tento medicínský model se zakládal na negativním posuzování osob se zdravotním postižením a jeho podkladem byl určitý nárok na vyslovení svého názoru od odborníků a lékařů. Nebyla brána v potaz základní práva osob se zdravotním či jiným postižením na nezávislost, rovnost nebo vlastní zodpovědnost. Kvalitní sociální práce v dnešní době nahlíží na jedince

s postižením jako na unikátní bytost s individuálními potřebami a až následně bere v potaz druh či míru jeho postižení. (Krhutová in Kuzníková, 2011, s. 131)

## 5.2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S DĚTMI

Za dítě je považována každá osoba, která není starší než osmnáct let věku, pokud tedy horní hranici neupravuje legislativa konkrétního státu. Pediatr nebo zdravotnický pracovník, který se věnuje pediatrii, by se měl aktivně podílet na úlohách sociálního pracovníka, ačkoliv v praxi je to těžko proveditelným úkolem. Proto zde se sociálním pracovníkem kooperuje sociální pediatr, přičemž u těchto odborníků nelze přesně vymezit hranici jejich působení. (Novotný in Kuzníková, 2011, s. 136)

Zdravotnický personál nejčastěji informuje sociálního pracovníka o indiciích podobných při zanedbání dítěte, jeho týrání nebo zneužívání a ten poté započíná kooperaci s úřady, případně dětskými domovy. Rodiny s dětmi, které jsou ve znevýhodněné pozici, ať už jakýmkoliv způsobem, se na sociálního pracovníka obrací s potřebou pomoci pro řešení jejich nesnází. (Kuzníková, 2011, s. 83)

V dětství je obtížné se adaptovat na změny zapříčiněné nejen nemocí, kterou si dítě plně uvědomuje a reaguje na ni, ale také změnou životní situace jeho i celé rodiny. Může různým způsobem svého chování odpovídat na jeho nemoc, a to kupříkladu na rodiči projevovanou nejistotu, jejich rozpoložení nebo postavení ve vztahu k nemoci. Odpovědí rodičů na obavy dítěte by mělo být jeho uklidnění, projev důvěry v léčbu a používané metody, ale také podporu při samotné léčbě. (Dunovský, 1999, s. 76)

Dítě by nemělo pocítit, že je na něj skrze jeho nemoc nahlíženo jinak a chování ostatních k němu je jiné, nežli by k dětem mělo býti. Je však doporučováno dítěti poskytovat to, co je schopno ve svém stavu přijmout. (Matějček, 2002, s. 197)

Sociální pracovník by měl v rámci práce s dětskými svědky a oběťmi trestné činnosti využívat svých kompetencí k prosazení a zajištění výsledku dítěte na specializovaných pracovištích, takzvaných multifunkčních komplexů, které slouží především k prevenci sekundární viktimizace dětské oběti. Cílem výsledku v těchto zařízeních je ochrana dítěte před jeho opakovaným traumatizováním běžnými výsledky. (Novotný in Kuzníková, 2011, s. 138)

Jako je běžné v sociální práci, i při práci s dítětem se syndromem CAN upřednostňujeme prevenci před zabýváním se problémem, který je aktuální. Prevenci se věnujeme na více

úrovních, přičemž největší důraz přikládáme prevenci primární, která má zabránit samotnému týrání dítěte. Ta se však poměrně obtížně realizuje, protože sociální pracovník zde nedisponuje takovými možnostmi řešení, jako například při prevenci sekundární. (Dunovský, 1999, s. 134)

### 5.3 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ SE SENIORY

Stáří je přirozeným obdobím našeho života, podobně jako dětství nebo dospělos, je to proces, který je včleněn do životní cesty člověka. Není ničím, co by nás překvapilo naráz, naopak přichází postupně a plynule v průběhu života člověka. (Křivohlavý, 2002, s. 132)

První období stáří, tedy rozmezí šedesáti až sedmdesáti pěti let, představuje etapu ještě poměrně aktivní, kdy člověk ještě tráví svůj čas v zaměstnání. V období pravého stáří, kdy je spodní hranicí sedmdesát pět let věku jedince, jsou osoby většinou přijímány do zdravotnického zařízení ze svých rodin nebo domovů pro seniory, kde je o ně postaráno. (Vágnerová, 2007, s. 398)

Zdravotničtí pracovníci pohlízejí na sociálního pracovníka ve zdravotnictví jako na odborníka v problematice sociální podpory, sociálních dávek, na něž má pacient nárok, v systematice následné, dlouhodobé nebo akutní péče. Je považováno za samozřejmé, že se sociální pracovník ve zdravotnictví věnuje problémům spojeným s důchody a jejich vyplácením nebo vyřizováním různorodých úředních činností. (Matoušek, 2005, s. 164 – 165)

Sociální pracovník ve zdravotnictví často v rámci práce s geriatrickým pacientem musí vyřizovat takzvaný příspěvek na péči, což je dávka, která se měsíčně opakuje a podporuje osoby vykazující potřebu cizí pomoci dávkou, za kterou by měla být podpůrná pomoc zařízena. Účelem příspěvku je podpora soběstačnosti, podmínkou pro získání příspěvku není žádná příjmová hranice žadatele ani poskytovatele služby. Velký význam má pro pacienta tato dávka zejména po propuštění ze zdravotnického zařízení ať už do domácí péče, nebo do jiného zařízení, a to z důvodu možnosti zařízení si potřebné péče o svou osobu buď ve vlastní domácnosti, nebo v zařízení poskytujícímu sociální služby. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2006, [online])

V rámci sociální práce se seniory je důležitá jejich aktivizace, kde si klademe za cíl minimálně udržení jejich momentálních schopností, trénování paměti či orientace v realitě. Seniory aktivizujeme prostřednictvím tří aktivizačních metod, a to podporou mentálních schopností, senzorických schopností a tělesných aktivit. (Mlýnková, 2010, s. 99)

Je nutné umět se seniorem správně a efektivně komunikovat, dbát na individualizaci v přístupu k seniorovi a pečlivě vybírat přístup práce s ohledem na osobnost jedince. Bereme zřetel na zdravotní a psychický stav pacienta. Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl při práci se seniory umět využívat komunikační dovednosti, a to především z důvodu prevence komunikačního nepochopení, ať už ze strany pacienta nebo sociálního pracovníka. Absence komunikačních dovedností může v sociální práci zapříčinit řadu nedorozumění, nebo lze v důsledku nedostatečných dovedností dojít dokonce až ke konfliktním situacím v rámci intervence. Díky tomuto někdy dochází k nespokojenosti ze strany klienta i sociálního pracovníka, kterého tyto situace mohou znejistit. Komunikační problémy tohoto typu někdy vedou k vyhýbání se kontaktu se sociálním pracovníkem a v důsledku toho se mohou objevovat další problémy pramenící z nepochopení si. (Malíková, 2011, s. 229)

#### **5.4 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S ETNICKÝMI SKUPINAMI**

Etnikum je doopravdy existující a historicky vzniklé společenství osob se společným rasovým původem. Většinou sdílí společný jazyk i kulturu. Komplexně považujeme etnikum za společenství, jež má známky své osobní etnicity. Synonymem etnika je etnická skupina. (Velký sociologický slovník, 1996, s. 145)

V dnešní době je pro sociální pracovníky nejen ve zdravotnických zařízeních běžné přicházet do kontaktu s příslušníky různých etnických menšin. V naší zemi jsou to především Romové, na které je často sociální péče zaměřována. Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl věnovat zvýšenou pozornost komunikaci zdravotnického personálu s nemocnými Romy a jejich rodinnými příslušníky. Považujeme za důležité jim přesně vysvětlit jejich diagnózu a okolnosti nemoci, podstatu léčby nemoci. Neměli bychom zapomínat také na primární a sekundární prevenci. V rámci práce s romskými obyvateli může sociální pracovník ve zdravotnictví působit v sociálně vyloučených lokalitách. Od sociálního pracovníka se očekává, že podpoří zlepšení komunikace mezi romskými klienty a zdravotnickými personálem. (Jarošová, 2007, s. 72)

Mezi nejvíce používané přístupy v rámci sociální práce s příslušníky menšin patří čteně doporučené antiopresivní přístupy, model sociálně ekologický, ale též komunitní práce obecně. Antiopresivní přístupy se vyznačují určitým útlakem, jeho synonymem je slovo oprese a tato definice označuje strukturální znevýhodnění konkrétních skupin. Těm jsou částečně odírána práva a jejich možnosti, které bývají jinak normálně dostupné pro standardní

společnost i vyšší vrstvu. Různorodě autoři pojednávají o tom, zda je strukturální znevýhodnění výsledkem cílené manipulace ze stran vyšší společnosti, či nezáměrný efekt toho, jak společenské instituce fungují. Všechny strany mají společný cíl, a to sociální znevýhodnění řešit. (Kalina, c2003, s. 197)

V případě, že se sociální pracovník nezabývá diskriminací a opresí prožívanou klientem, nebývá intervence sociálního pracovníka většinou příliš úspěšnou. Částí antiopresivního přístupu je analýza klientovy situace, kdy sociální pracovník shromažďuje údaje o klientovi z důvodu získání povědomí o klientových potřebách a budoucích možnostech úspěšnosti intervence. Analýza se provádí pouze v přítomnosti klienta a s jeho kooperací. (Navrátil, 2000, s. 85)

Sociálně ekologický model obsahuje tři hlavní témata, a to ekosystémovou perspektivu, která staví na zájmu o jedince v prostředí, sociální práci ve smyslu procesí řešení obtíží a partnerství klient a pracovník. Model ekosystémový je zaměřen především na vztahy mezi jedincem a prostředím, v němž se pohybuje. Ti jsou v neustálém stavu reciprotity, kdy se vzájemně ovlivňují. Intervence se konají na pomyslné hranici, kde se jedinec a jeho prostředí setkávají a věnují se problémům, které se zrodily v interakci mezi jedincem a prostředím. Problémy většinou nastávají, pokud potřeby člověka nenaplňují zdroje, jež nám nabízí prostředí. (Compton, Galaway, c1999, s. 138)

Vzájemný vztah sociálního pracovníka a jeho klienta je velmi důležitý a má na něj vliv etnicita každé strany. Pokud etnicita klienta a sociálního pracovníka není totožná, často se vyskytují nedorozumění, problémy v komunikaci. (Kopřiva 1999, s. 91)

Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl přistupovat k rozdílnostem klientů s respektem a být ve vztahu pracovník a klient vnímavý a empatický ke genderovým odlišnostem, k rozdílným sexuálním orientacím, ale také k rase, věku či kultuře svého klienta. Je nutné, aby sociální pracovník při práci s odlišnou etnickou skupinou přiznal, že jsou postoje v sociální práci často poněkud stereotypní a začal na klienty nahlížet skrze jejich vyjadřování, vynaložit snahu o změnu jejich smýšlení. Sociální pracovník by měl své klienty akceptovat, identifikovat je a teprve poté se pokoušet o jejich změnu. (Compton, Galaway, c1999, s. 127)

Při práci s klientem, který pochází z odlišného etnického prostředí, jsou definovány dovednosti, kterými by měl sociální pracovník ve zdravotnictví disponovat, aby mohl efektivně pracovat s příslušníky menšin. Jsou to obecné základní dovednosti, kdy očekávání od inter-

vence sociálního pracovníka ovlivňuje vzájemnou interakci a kooperaci mezi klientem a sociálním pracovníkem, který by měl klientu objasnit náplň své role a systém služeb, které budou v rámci intervence poskytovány. Klienti, zde členové etnik, často nezvládají vyslovit vlastní potřeby, když u nich přetrvává pocit nezájmu sociálního pracovníka a jeho neochoty aktivně naslouchat. Ve vzájemném vztahu klienta a pracovníka musí fungovat zájem a přijetí. Sociální pracovník ve zdravotnictví by disponovat také komunikačními či mezikulturními komunikačními dovednostmi, mezi které řadíme dovednost parafrázování, sumarizace sdělení, reflexi pocitů nebo vícenásobné zopakování klientova sdělení včetně ujištění se, zda sociální pracovník správně rozumí a interpretuje informaci, jež mu klient sdělil. V sociální práci ve zdravotnictví je nutné správně rozumět klientově definici problému, která by měla být kulturně specifická a kompletní. V praxi se stává, že příslušník jiné etnické skupiny na problém nahlíží zcela obráceně, než jak jej vidí člen většiny. Identifikaci obtíží či otázek, kde se vyskytuje konkrétní spor, provádí vždy klient. (Caple in Kuzníková, 2011, s. 29)

## **5.5 TYPOLOGIE KLIENTŮ V SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNICKÝCH SLUŽBÁCH DLE KUZNÍKOVÉ**

Existuje více typologií klientů, kteří využívají služeb sociálního pracovníka ve zdravotnictví. V rámci základního rozdělení hovoříme o klientech akutně a chronicky nemocných. Akutně nemocný klient vyžaduje okamžitou péči, jelikož dochází k nečekanému přerušení běžného způsobu života a klient je na počátku návratu k tehdejšímu zdravotnímu stavu. Tito klienti bývají hospitalizováni ve zdravotnickém zařízení pouze krátkodobě, nejčastěji v rozmezí jednoho týdne až deseti dní, například pro vykonání operace, která vyřeší jejich zdravotní nesnáze. Klient si uvědomuje, že po návratu do domácího prostředí bude plně schopen žít stejným způsobem a v totožné kvalitě, jako před jeho hospitalizací. Pacient nejvýznamněji potřebuje služby sociálního pracovníka v počátcích jeho hospitalizace, kdy se adaptuje na nově vzniklou situaci a vyrovnává se s odloučením od svých blízkých a s případnou fyzickou bolestí. Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl vzít zřetel na praktické obtíže související s náhle vzniklou sociální situací, také však na individuální psychosomatické prožívání nemoci.

Chronicky nemocný klient nikdy nezíská zpět své původní zdraví, po zdravotní stránce se jeho stav stále zhoršuje a přichází stálé a trvalé proměny jeho zdravotního stavu. Pacient s chronickým onemocněním jsou hospitalizováni opakovaně. Rozdíl mezi přístupem k akutně a chronicky nemocnému klientu je také v uvědomování si těžkosti v souvislosti

s vyrovnáním se s nemocí u chronicky nemocných klientů. Zde konec hospitalizace a návrat do domácího prostředí není pro klienta vrácením se do běžného sociálního života, kterým žil před propuknutím nemoci nebo událostí úrazu. Sociální pracovník ve zdravotnictví musí klienta s chronickým onemocněním naučit adaptovat se na nově vzniklou situaci, která zahrnuje změnu jeho zdravotního stavu. Učí jej zvykat si na vědomí, že důsledek nemoci nebo nemoc samotná bude běžnou součástí klientova života a bude jeho životní styl značně ovlivňovat. Výsledkem intervence by měla být velmi citlivá pomoc, která bere ohled na jeho vnitřní rezervy a schopnost jejich využití. Je zde využívána externí podpora, aby byl život klienta co možná nejkvalitnější a nejuspokojivější.

Kuzníková (2011) rozdělila klienty sociálního pracovníka ve zdravotnictví podle největší využívanosti těchto služeb určitými skupinami klientů. Nejpočetnějšími uživateli sociálních služeb ve zdravotnictví jsou senioři se sníženou soběstačností. (Kuzníková, 2011)

## 6 ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Etika je jednou ze základních filozofických disciplín a nazýváme ji naukou o hlavní podstatě a vzniku vědomí mravního, která určuje, co mravní je a co již ne. V porovnání noetikou, která se věnuje teorii poznání a metafyzikou, tedy naukou o jsoucnu, je etika ryze praktickou filozofií. Dává směr našemu počínání a chování se ve společnosti. Etika tedy hodnotí a určuje události aktuální, a ty budoucí z pohledu spravedlnosti a dobré mravnosti. Z teoretického hlediska se etika zabývá principy, jež jsou podmíněny chováním osob v rozličných situacích. V historii etiky jsme zaznamenali tři proudy, které se prolínají. Prvním proudem je deskriptivní etika, která se věnuje co nejpřesnějšímu vysvětlení morálních norem, druhý proud je nazýván preskriptivní etikou, kdy jsou dána kritéria a podmínky jednání mravního či nemravního. Proud třetí je analytická etika, ta analyzuje vysvětlivky morálních definic. (Blecha et al., 1995, s. 111)

Termín „sociální“ označuje děj, který se odehrává ve společnosti, která je považována za autonomní zónu skládající se z organizace vztahů lidí a z interakcí mezi nimi, která má daná pevná pravidla. To, jakým způsobem se v dnešní době díváme na sociální práci ve zdravotnictví, se vyznačuje respektem k jedincově důstojnosti jakožto zásadního lidského práva. Klientův zájem má být nutně hodnocen s ohledem na zájmy dalších přítomných lidí, jejich vzájemnou souhru tak nevnímáme jako jasnou a nepopíratelnou záležitost. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 10)

Po delším období, kdy byly zdravotnictví i sociální oblast jasně vymezeny a neměly spolu mnoho společného, se stále častěji pracuje s holistickým přístupem v těchto sférách, který staví především na vnímání celistvosti a vyznačuje se prolínáním oborů. Toto pozorujeme hlavně u profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Obě zmíněné oblasti jsou zařazeny dle obecných principů do etiky pomáhajících profesí. Organizovaná sociální práce je v porovnání se zdravotnickou péčí mladším oborem, to vnímáme i v etice sociální práce, která je v porovnání s etikou zdravotní péče méně obsáhlým tématem. (Vurm, 2007, s. 103)

Etiku v sociální práci ve zdravotnictví můžeme vnímat jako disciplínu, jež dovoluje profesionálovi v oboru objektivně hodnotit problémy ve své praxi, ale také na něj nahlížet jako na složku norem a daných postupů akceptovaných v praxi sociálního pracovníka ve zdravotnictví. Konkrétní výstupy, jimiž pojmáme etiku sociální práce ve zdravotnictví, jsou dána společnými znaky oboru zdravotnictví a sociální práce. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 7)



Všichni jedinci mají odlišné individuální projevy, tvoří si vlastní vizi svého světa a vztahem k němu spoluvytváří i vztah k vlastní osobě. Lidská práce je záměrnou činností a v případě, že si člověk vědomě plní cíl, kterého aktivně dosahuje, podněcuje tím fyzickou i intelektovou složku své osobnosti. V souvislosti s etikou sociální práce ve zdravotnictví tedy mluvíme i o charakterových vlastnostech osobnosti, které jsou vnímány jako významný faktor, jež určuje i integrita kompletního psychického celku osobnosti. Mají také vliv na záměrnou činnost v sociální interakci. Mluvíme zde o osobnostních vlastnostech, kde je ukázána komplexní orientace osoby. Na tyto vlastnosti jsou pak vázány vlastnosti obecně mravní. V další skupině jsou pak vlastnosti, které vnímáme především v souvislosti s profesním zařazením. Zde například uplatňujeme nové pracovní metody, zajišťujeme ochotu vzdělávat se nebo domlouváme sponzorství. Dále jmenujeme vlastnosti, jež plynou z nitra charakteru jednotlivce a charakterové vlastnosti, které nejčastěji spojujeme se vztahem k lidem v našem okolí. (Vurm, 2007, s. 106)

Je nutné nahlížet na jedince jako na někoho, kdo zvládá řídit sebe samotného, proto je klíčovou částí morální stránky člověka otázka vlastní zodpovědnosti za své konání. Do zákonů je zanesena idea, jež počítá s tím, že je člověk za své jednání odpovědný. (Barker, 2006, s. 70)

Abychom pochopili důstojnost lidského jedince, je zapotřebí porozumět Kontově etické perspektivě, jež cílí na proces jedincově morální volby, ale též univerzálnímu principu respektu, jež patří všem bytostem, bez ohledu na jejich sociální pozici nebo vlastní život. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 10)

## 6.1 MRAVNÍ NORMY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Termín mrav je zažitým způsobem nebo obyčejem daného konání ve společnosti. Mravy se liší podle zemí, kde jsou zakořeněny, dle národů, komunit a podobně. Mrav je v blízkém vztahu s morálkou a souvisí s objemnou škálou jednání a zvyklostí v daném celku. Mezi mravy řadíme i takzvaný nemrav, ale s tím rozdílem, že jej ve společnosti veřejně netolerujeme. Pokud mluvíme o mravnosti, máme na mysli konkrétní životní styl a jednání. Mravnost je pojmem abstraktním a v běžném životě vystihuje odlišování dobra od zla v celku různých mravních jevů. Přídavné jméno mravný či nemravný vztahujeme k určité osobě či skutku, výrazem mravní pak kategorizujeme, tedy řadíme do kategorie mravů. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 21, 22)

Akceptování mravních zásad a morálních vlastností jsou neopomenutelné profesní předpoklady pro zdravotně sociální práci. Jde především o požadavek na chování pracovníků, jež se uplatňují v daném oboru, konkrétním zaměstnání. Mimo apel na chování by měl sociální pracovník ve zdravotnictví naplňovat určité normy mravní kvality a osobnostních vlastností. Je nutné u pracovníka dbát na požadavek morálního kodexu, se kterým se pojí také předpisy a pravidla konkrétních profesí. Mravní úroveň vývoje a života ve společnosti je v úzké souvislosti s mravním rozvojem pracovníka a předpokládáme, že pracovník má prostor k vytvoření vhodných podmínek slazení zájmů jak osobních, tak i společenských. (Vurm, 2007, s. 104)

Mezi mravní normy můžeme zahrnout snahu o advokacii, což je snaha o akcentování požadavku etické správnosti při nacházení cesty a citlivosti pro konkrétní východiska, jež mohou poskytovat oporu v řešení problémů. Další mravní normou je snaha o autonomii pacienta a tendence usilovat o jeho cílevědomost, která se velice důležitá pro svobodu jednajícího, kde je podmínkou svobodné jednání. Sociální pracovník ve zdravotnictví musí brát zřetel na důstojnost pacienta, znát hranice důstojnosti a dbát na jejich dodržování, měl by také posilovat důvěrnost v jejich vzájemném vztahu a v návaznosti na to podporovat důvěrnost mlčenlivostí. Stává se, že se sociální pracovník ve zdravotnictví ocitá v problematice situaci, kdy se rozhoduje mezi mlčenlivostí a ochranou svého klienta. Mezi další mravní normy, jež by měl sociální pracovník zastávat, je například princip neškození pacientovi, který je zanesen v Hippokratově přísaze, ale také dodržování prospěšnosti, spravedlnosti, solidarity a společenského dobra. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 54 – 60)

Sociální pracovník ve zdravotnictví musí být takovým pracovníkem, který si uvědomuje, že pokud má co nabídnout, měl by dávat. Prostřednictvím poznání vlastní osoby lze efektivněji plánovat, ale také uskutečňovat setkávání s dalšími lidmi a tím dosáhnout zdokonalení vlastní osoby. Principem eticky senzitivním rozumíme v tomto kontextu schopnost empaticky vnímat klienta, adekvátně oceňovat jeho myšlenkové posuny, ale též dobře vymezit rozměr pomoci, který klientova potřeba vykazuje. Individuální etický rozměr může vyvolat potřebu strategie řešení konkrétního případu prostřednictvím intervence. (Fischer, Milfait, 2008, s. 14)

V rámci výkonu povolání sociálního pracovníka ve zdravotnictví je nutné pozorovat kvalitu života klienta a vynaložit maximální snahu o její stabilní úroveň. Ve vztahu k udržení kvality života vnímáme jako nejdůležitější podmínku autonomii jedince, kdy o sobě pacient dokáže rozhodovat, dále individualizaci léčby a ošetření takovým způsobem, aby sociální pracovník

ve zdravotnictví dával najevo respekt ke klientovým zvyklostem, stravovacím a hygienickým návykům, ale též ke smyslovým a pohybovým schopnostem. Pracovník by měl brát zřetel na stáří klienta a jeho mentální schopnosti. Výše zmíněné faktory mají vliv na vyšší míru spokojenosti pacienta, také však pomáhají jeho lepší kooperaci se zdravotnickým personálem. Tyto všeobecné normy považujeme za nejdůležitější a měli bychom k nim v sociální práci ve zdravotnictví vždy směřovat. (Cichá a kol., 2009, s. 580 – 585)

## 6.2 ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S DĚTMI

Dětství člověka je integrální etapou v životě jedince. Náhled na období dětství radikálně změnila Úmluva o právech dítěte, která vymezuje dětství jako období do osmnácti let věku člověka, pokud ji však jiný stát legislativně neupravuje jinak. Blahem dítěte se v naší zemi před Úmluvou o právech dítěte zabývali dětské pediatri a psychologové. (Kuzníková, 2011, s. 134, 135)

Vzhledem k tomu, že jsou děti náchylnější k ohrožujícím faktorům, než dospělí jedinci, vyžadují ochranu rodičů. V případě, že rodiče dítěte nejsou schopni z nějakého důvodu dostát svých povinností vůči dítěti, musí roli jeho ochránce zastat stát. Do svízelných situací pak vstupuje sociální pracovník ve zdravotnictví se svými idejemi a názory. V rámci objektivního pochopení situace je nutné dokázat poznat a přiznat si osobní předpojatost, protože představa je často založena na špatném vyložení si situace, a z toho důvodu může docházet k nesprávné interpretaci daného jevu. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 96)

Sociální pracovníci ve zdravotnictví by měli v každém případě aktivně zareagovat na novou situaci, ne však pouze na upozornění rodičů, jež jsou za své dítě plně odpovědni. Častokrát musí konat mimo požadavky a přání rodičů dítěte, je potřeba si ale uvědomovat, že zájem a blaho dítěte by mělo být vždy vnímáno jako důležitější než požadavek jeho zákonných zástupců. Sociální pracovník ve zdravotnictví musí volit často mezi špatnými řešeními to v rámci možností nejlepší. (Kotrčová in Kappl, 2010, s. 84)

Při sociální práci s dětmi je nutno stavět na podrobné a ověřené anamnéze, která je základem pro rozpoznání zdravotně sociální diagnózy, a při které vycházíme z hodnocení dosavadního chování i vývoje dítěte, zahrnuje však i chování rodičů. Stanovení diagnózy máme na mysli posouzení aktuální situace dítěte v závislosti na jeho somatickém, psychickém i sociálním zdravím. V rámci profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví je při práci s dětmi významná především práce v terénu, navštívení dítěte a jeho rodiny, a to z důvodu získání kvalitního základu orientace v konkrétní situaci. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 97)

Při vyjmutí dítěte z jeho rodiny je nutno dbát na přesně vymezená kritéria:

1. Čím vážnější je týrání, zanedbávání nebo zneužívání dítěte, tím rychleji přistupujeme k vyjmutí jej z rodiny, kde žije.
2. Čím více je dítě v emoční disharmonii, tím urgentněji jej vyjímáme z rodiny.
3. Čím mladší dítě je, tím je senzitivnější na abúzus či zanedbání. Věk je důležitým elementem v rámci odejmutí dítěte z rodiny, protože délka trvání vystavení dítěte neprospěšným vlivům má často odlišnou hodnotu v jiných obdobích rozvoje dítěte.
4. Odejmutí dítěte z rodiny by mělo být zvažováno, pokud rodiče dítěte vykazují znaky psychopatie, mají charakterové poruchy vážného rázu nebo jsou hendicapováni v takové míře, že nezvládají péči o dítě v takové míře, aby uspokojovali jeho potřeby.
5. Pokud se v rodině čteně vyskytují stresové situace, měla by být evidována jejich hladina. Pokud je možné, že bude stres v budoucnosti kumulovat, je nutné jednat o odejmutí dítěte z rodiny.
6. V případě, že se u dítěte projeví výrazný strach až panika z návratu domů ze školního prostředí, je zřejmé, že je odejmutí dítěte z rodiny nutností. Stejně je to i v případě, že pachatel násilí na dítěti odmítá svůj odchod z domova.
7. Dítě by mělo být odejmuto z rodiny také v případě, že jsou rodiče závislí na alkoholu nebo drogách. V případě, že byli rodiče závislí na návykové látce v minulosti a tato skutečnost jimi nebyla přiznána, vnímáme zvýšenou potřebu odejmutí dítěte.
8. O odejmutí dítěte z rodiny hovoříme i tehdy, pokud „neabuzivní“ rodič nedokáže vymyslet plán, který má uchránit dítě před případným budoucím násilím nebo jej nezvládá dodržovat. (Kliment, 2012, s. 99 – 100)

V sociální práci ve zdravotnictví s dětmi jsme nuceni brát v potaz určité vzorce chování, na něž mají vliv hlavně skutečnosti, které se odehrávají v jejich rodině. Pokud se v ní například objevuje problémové chování, tedy takové, jež se svou silou či délkou trvání významně odlišuje od standardní společnosti a ohrožuje bezpečnost oné osoby nebo ostatních lidí, je velmi pravděpodobné, že stejné chování bude vykazovat i dítě vyrůstající v rodině, kde se problémové chování vyskytuje. (Jůn, 2010, s. 16)

Významný vliv na dítě má i sociální prostředí, ve které se pohybuje. Může to být společnost jeho rodiny, školní prostředí či jiné skupiny ve společnosti, které působí na dítě, mohou je tlačit do různých činností nebo jim je zakazovat, v rámci toho se dítě snaží kooperovat, reagovat na podněty nebo se učit soupeřit. (Šimek, 1995, s. 27)

### 6.3 ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S RODINAMI

Rodina má poskytovat odpovídající podmínky pro rozvoj a vývin zdravého člověka, který si je vědom vlastní důstojnosti. Úkolem sociálního pracovníka ve zdravotnictví není nahrazovat rodině některého z jejich členů či podporovat jejich nezodpovědnost. Sociální pracovník by se měl snažit jim být oporou při budování vlastní zodpovědnosti a učit je si bránit vlastní hodnoty, které sdílí. Je nutné rodinu také podporovat při výchově dětí, vzdělávání a osobním růstu všech jejich členů. Sociální pracovník ve zdravotnictví by se měl podílet na stavění férových sociálních struktur ve společnosti. Na prorodinnou politiku je potřebné dbát i z toho důvodu, že rodiny v dnešní společnosti stále obtížněji slučují své funkce, z čehož mohou pramenit mnohé problémy jejího fungování. (Šrajer, Musil, 2008, s. 59 – 61)

Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl v rámci sociální práce s rodinou respektovat právo všech členů rodiny na seberealizaci takovým způsobem, aby nedocházelo k omezování práv ostatních rodinných příslušníků. Je potřeba vnímat jedinečnost každého člena zvlášť. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 154 – 155)

Úkolem sociálního pracovníka je podporovat rodiny ve zvládnutí očekávání subjektů v daném sociálním prostředí. Nemyslíme tím, aby rodina byla schopna očekávat sociální prostředí poslušným způsobem, ale aby si našla svůj vlastní způsob, jak se s očekáváním sociálního prostředí vypořádat tak, aby to bylo pro její členy v největší možné míře přijatelné. (Šrajer, Musil, 2008, s. 12)

### 6.4 ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ SE SENIORY

Věk stáří posuzujeme z více odlišných hledisek, nejen podle věku, ale i podle schopnosti pracovat nebo plodit potomky, dle možnosti pobírat starobní důchod a podobně. Stáří můžeme posuzovat také podle aktuální kvality života. Důvod stárnutí ve smyslu biologického procesu nám i přes četné výzkumy není dodnes znám. Jisté však je, že tento proces máme zakódovaný v DNA, jež nejspíše určuje individualitu v průběhu stárnutí. Aktivní stáří má největší cenu v rámci kvality života, jeho významnou podmínkou je autonomie jedince. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 105)

Senioři, kteří jsou aktivní, bývají přirozeně začleněni v mnoha společenských aktivitách. Aktivní senioři vyžadují v první řadě laskavé a vstřícné okolí pro jejich seberealizaci, seni-

orům s obtížemi, kteří jsou však nezávislí, by měla být poskytována podpora, kontakt, depi-  
stáž a chráněné prostředí. Služby by měly být na bázi autonomie, s důrazem na zachování  
přirozených sociálních rolí, životního příběhu a radostí života. U geriatrických klientů, kteří  
jsou úplně závislí či umírající poskytujeme větší míru péče než jiným skupinám včetně ošet-  
řovatelských služeb a omezujeme autonomii. Stále však dbáme především na respektování  
vysoké potřeby psycho - sociální a spirituální péče, která zahrnuje také podněcování osob-  
nostní integrity, reziduálních kompetencí a malých životních radostí. (Kalvach in Dorková,  
2009, s. 26 – 27)

Za geriatrického pacienta považujeme jedince staršího 75 až 80 let věku. Senioři se projevují  
duševní i tělesnou křehkostí, která je dána nejen sociálními problémy nebo sníženou adapti-  
bilitou, ale také delší dobou hojení či špatnou prognózou. Geriatřičtí klienti mohou mít pro-  
blémy s instabilitou, imobilitou či inkontinencí, z toho důvodu vyžadují správný způsob ko-  
munikace a vhodný způsob ošetřování, který může ovlivnit iatrogenizaci, tedy poškození  
způsobené zdravotníky. Etickým požadavkem v rámci sociální práce ve zdravotnictví s ge-  
riatrickými pacienty je také respekt vůči heterogenitě seniorských obyvatel a ochrana ze  
strany sociálního pracovníka před věkovou diskriminací, takzvaným ageizmem. V praxi tím  
myslíme projevení respektu vůči autonomii starých lidí a jejich vlastnímu rozhodnutí o sobě  
samém. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 109)

Při sociální práci se seniorem bychom měli projevovat upřímný zájem o jeho osobu, s úctou  
nahlížet na jeho stáří, respektovat jeho osobnost i vůli, a to s největším možným ponecháním  
kompetencí. Měli bychom dávat najevo nepodceňování jeho schopností i přes vysoký věk,  
podporovat seniorovu zodpovědnost, aktivně a především empaticky mu naslouchat. Komu-  
nikovat bychom měli s ohledem na stav seniora, tak, aby rozuměl a chápal, snažíme se brát  
v potaz jeho limitace a komunikaci jim přizpůsobovat. (Kalvach, Onderková, 2006, s. 14)

## **6.5 ETIKA SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ S OSOBAMI SE SOCIÁLNÍM NEBO ZDRAVOTNÍM ZNEVÝHODNĚNÍM**

Sociální pracovník ve zdravotnictví musí vnímat specifickou osob se sociálním nebo zdra-  
votním znevýhodněním v rámci zdravotně sociální péče. Počet těchto osob v celé populaci  
je odhadován na 10 procent, přičemž mezi dětmi a mladistvými je počet nižší, než ve starších  
věkových skupinách. Jako jedince se zdravotním postižením označujeme toho, jež vykazuje  
omezení funkčnosti, na jehož základě jsou formovány zvláštní nároky na pacientovy pod-  
mínky ve vztahu k životu i k práci. Nemoc nemusí vždy znamenat zdravotní postižení, často

je člověk například po amputaci dolní končetiny považován za osobu s postižením i přesto, že nevykazuje známky nemoci. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 114 – 115)

Tyto osoby dnes nazýváme osobami se zdravotním postižením nebo také osobami společensky znevýhodněnými, nikdy však ne handicapovanými. Mezi osoby se zdravotním postižením řadíme:

1. Osoby s tělesným postižením, jež mají poruchy hybnosti, trpí neurologickými, ortopedickými nemocemi, poúrazovými či revmatickými stavy.
2. Osoby se zrakovým postižením, tedy nevidomé nebo slabozraké.
3. Osoby se sluchovým postižením, neslyšící či nedoslýchavé.
4. Osoby s vnitřními chorobami jako jsou srdeční, ledvinové či nádorové.
5. Osoby se samostatnými těžkými poruchami řeči.
6. Osoby s mentálním postižením, s dědičnými nebo vrozenými sníženými rozumovými schopnostmi, jako je Downův syndrom nebo autismus.
7. Jedince postižené demencí, psychiatrickými chorobami nebo kombinovanými postiženími. (Votava et al., 2003, s. 13 – 14)

Při sociální práci ve zdravotnictví s osobou se sociálním nebo zdravotním znevýhodněním bychom měli nejdříve zajistit adekvátní podmínky. Komunikaci vedeme v co největší možné míře profesionálně, dáváme najevo úctu k danému člověku jakožto k lidské bytosti. Jeho postižení respektujeme včetně jeho následků, čímž dáváme najevo chápání takzvané psychologie handicapu, která obsahuje obtížnost vnímání a prožívání handicapu a souvisejících omezení jak z pohledu osoby s postižením, tak i ze strany okolí. V rámci práce s osobou se sociálním nebo zdravotním znevýhodněním usilujeme o zajištění harmonického prostředí, kde se nevyskytují žádné rušivé elementy, a toto dbáme též v průběhu rozhovoru s klientem. Je nutné při počátku práce s těmito osobami vymezit rozsah postižení a z toho vycházející reálné obtíže v komunikaci. Pokud je to nezbytné, přizpůsobíme místo, kde intervenci vykonáváme, potřebám klienta, čímž máme na mysli zajištění možných překážek u osob s poruchami zraku a podobně. Během celého setkání se snažíme o navození příjemné a především důvěrné atmosféry, avšak s důrazem na přirozenost a bez jakýchkoliv náznaků podbízení. Po zahájení intervence klientovi představíme svou roli a vysvětlíme důvod našeho setkání, tážeme se, jak jej máme oslovovat, aby se cítil po celou dobu uvolněně a příjemně. Sociální pracovník ve zdravotnictví dbá také na správnou intonaci, hovoří klidně, adekvátně hlasitě, v rámci možností pomalu, v krátkých větách a se zřetelnou artikulací. Na to apelujeme zejména v případech, kdy pracovník vykonává intervenci s klientem s poruchami sluchu,

který potřebuje odezírat. V tomto případě řeč doplňujeme také o nonverbální prostředky a stále se snažíme získávat zpětnou vazbu ze strany klienta, abychom se ujistili, že nám porozuměl správně. Během rozhovoru by neměly být použity formální fráze, odborná terminologie, měly by být zařazovány dobře srozumitelné výrazy. Velmi důležité je věnovat veškerou pozornost klientovi, soustředit se na obsah jeho řeči a nezabývat se v době rozhovoru jinou prací. Během rozhovoru udržujeme přímý oční kontakt, mluvíme k věci, přímě a bez náznačů. Je potřebné projevit také dostatek empatie, kterou osoby s postižením potřebují pocítit, jsme dostatečně trpěliví, měli bychom se vyvarovat jakéhokoliv nátlaku na klienta. Respektujeme klientovu důstojnost a autonomii, pohotově reagujeme na nově vzniklé situace, avšak vždy citlivým způsobem. Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl vzít na vědomí, že jedná pouze s klientem, ne s jeho doprovodem. V závislosti na této skutečnosti respektujeme vždy jen klientovy názory a rozhodnutí. Ve chvíli ukončení rozhovoru to klientovi oznamujeme vhodně a vstřícně. (Kutnohorská a kol., 2011, s. 120 – 122)



## 7 METODY APLIKOVANÉ V SOCIÁLNÍ PRÁCI VE ZDRAVOTNICTVÍ

Metody jsou definovány jako postupy sociálních pracovníků, které určuje cílová skupina, na níž jsou zaměřeny. Může je definovat také cíl intervence, jako například úřední jednání, poskytování pomoci či poradenství nebo vytvoření projektu, který nám ukazuje, jakým způsobem postupovat. Cílové skupiny můžeme rozdělit na jednotlivce, rodiny, skupiny nebo komunity. (Matoušek, 2003, s. 167)

Metodu můžeme specifikovat též jako postup, jakým způsobem analyzovat a zabývat se sociálními problémy osob či skupin. Prostřednictvím metod sociální práce aplikujeme do praxe teoretické vědomosti v rámci sociální práce. (Oláh a kol., 2008, s. 99)

Hlavním smyslem sociální práce ve zdravotnictví je nejlépe odstranění, případně zmírnění negativních důsledků nemoci. Při sociální práci ve zdravotnictví je velice důležitá kooperace s rodinou klienta, která by měla být nejdůležitější spojkou mezi sociálním pracovníkem a pacientem, a to i z důvodu získání objektivnějšího náhledu na život pacienta z jejich strany. Druhy poskytované péče je důležité volit individuálně s ohledem na klientův zdravotní stav, jeho rodinné zázemí a také s přihlédnutím k jeho znalostem teorie a dovednostem. (Adam, 1998, s. 183)

Techniky sociální práce můžeme popisovat jako návody na používání metod, které jsou koncipovány tak, aby pasovaly individuálním obtížím, které vycházejí z aktuální situace klienta. Techniku můžeme vnímat jako aktivitu nebo postup práce, prostřednictvím něhož dosahujeme cíle a nad metodou přemýšlíme jako nad dráhou a technikou, díky které překonáme pomyslnou cestu ke stanovenému cíli. (Draganová, c2006, s. 76)

Nezbytně nutné je respektovat individuální potřeby klienta a s ohledem na ně volit metody sociální práce. Tyto potřeby jsou například potřeba individualizace, potřeba důvěrnosti sdělení, účelného vyjádření pocitů, kontrolovaného emocionálního zaujetí nebo potřeba neodsuzujícího postoje a práva rozhodovat sám o vlastní osobě. (Charvátová, 1990, s. 90)

### 7.1 METODA PRÁCE S JEDNOTLIVCI

Při sociální práci s jednotlivcem stavíme na faktu, že každý jedinec je jedinečný a jeho problémy specifické, takže osoby se stejným problémem mohou své obtíže prožívat značně odlišně. Při této metodě čerpáme znalosti z vědních oblastí i z teoretických přístupů. Ty pak

sociální pracovníci pojmají vlastní formou. Sociální práce s jednotlivcem je nejvíce členěnou a obsáhlou metodou sociální práce. (Oláh a kol., 2008, s. 100 – 101)

Sociální práce s jednotlivci, tedy individuální práce s klientem patří mezi nejpoužívanější intervence řešení problémů sociální práci ve zdravotnictví a je také historicky nejstarší používanou metodou sociální práce. Zahajuje ji první setkání s klientem, kdy se sociální pracovník blíže seznamuje s jeho anamnézou, kterou je nezbytně nutné znát, stejně jako pohled lékaře a sester na zdravotní stav klienta. Doporučuje se nepříliš dlouhé úvodní setkání, aby klient mohl první intervenci zpracovat a nachystat se na druhou návštěvu sociálního pracovníka. U rozhovoru je nutné přistupovat s respektem k vlastní autonomii klienta. Sociální pracovník by neměl kritizovat, naopak je potřeba, aby byl konkrétní, vrátil se k nevyjasněnostem v samotném rozhovoru a dokázal klienta ocenit. (Kopřiva, 1997, s. 138)

V etapě seznamování se s případem je setkání ovlivněno důvodem příchodu klienta. Pokud je kontakt nedobrovolný, může být komunikace mezi sociálním pracovníkem ve zdravotnictví a klientem značně znesnadněna. Pracovník musí usilovat o projevení zájmu ze strany klienta o řešení vzniklé situace tak, aby měl vlastní zájem na řešení jeho obtíží a aby pochopil, co jej může přivést ke změně vlastního chování. V prvním setkání si klademe za cíl přesně definovat klientův problém. (Oláh a kol., 2008, s. 101)

Sociální práce ve zdravotnictví s jednotlivci je započata shromažďováním anamnestických informací a rozhovorem s pacientem. Práce s jednotlivci nalézají významné uplatnění u pacientů velkého množství klinických zařízení akutní medicíny, ale i rehabilitační či paliativní péče. Rozhovorem jsou zjišťovány informace o klientových rodinných i sociálních podmínkách, o vztazích v okolí v rámci etnika klienta, ale i informace o náboženských obcích v prostředí klienta či sousedských aktivitách. Tyto údaje jsou zjišťovány z důvodu možné budoucí podpory z těchto prostředí. (Adam, 1998, s. 27)

Správně stanovená anamnéza je dostatečně nasycena údaji o klientovi a jeho případu. Cílem sociální diagnostiky je identifikovat problém a vymezit okolnosti jeho vzniku a vývoje. Sociální diagnóza by měla obsahovat informace o osobnosti klienta, o sociálním prostředí kolem něj a jeho osobnímu vztahu vůči němu a o situaci, která je řešena. Je důležité v ní reálně popsat běžný život klienta ve vztahu k vzniklým obtížím, zachytit širší i užší prostředí v souvislosti s problémem. (Oláh a kol., 2008, s. 102)

Při rozhovoru s klientem by měl sociální pracovník nejen umně hovořit, ale též kvalitně naslouchat. Naslouchání je směřováno ke třem přijímačům sociální komunikace, a to k verbální komunikaci, k nonverbální komunikaci a k řeči činů, která nám vysvětluje, co se dělá, jakým způsobem a jak se kdo chová. Umění naslouchání hovoří zejména o empatickém přístupu. (Křivohlavý, 1988, s. 82)

Sociální pracovník ve zdravotnictví musí projevovat upřímný zájem o klienta, a to především při prvním shledání. Zajistí tak důvěru mezi oběma stranami a nastaví ideální atmosféru, která je pro klienta důležitá. (Řezníček, 1994, s. 175)

Během intervence se může sociální pracovník dostat do situace, kdy klient pochybuje o tom, že mu lze pomoci, pomoc odmítá nebo vykazuje známky nedůvěry směrem k sociálnímu pracovníkovi. Ten by se měl přes všechno ideálně pokusit navodit důvěru mezi ním a klientem a nastítnit klientovi možná východiska z jeho svízelné situace. K práci s tímto typem klienta přistupujeme s ohledem na jeho individualitu, síle motivace a tendence kooperace se sociálním pracovníkem ve zdravotnictví. (Kuzníková, 2011, s. 66)

K sociální práci ve zdravotnictví s jednotlivci patří sestavení plánu práce, který by se měl řídit potřebami a osobností klienta. Toho pak s plánem práce seznámí, v případě jeho výhrad by měl sociální pracovník zvažovat přepracování plánu práce. Dle typu problému, kterým klient disponuje, může sociální pracovník v rámci kooperace s jinými odborníky doporučit klienta k psychologovi, psychiatrovi, v případě potřeby i k jinému sociálnímu pracovníkovi ve zdravotnictví. (Oláh a kol., 2008, s. 102)

Klientem je osoba, jež způsobile dokáže pracovat se svými vlastními potížemi. Proto by měl sociální pracovník vyložit vhodné možnosti řešení problému a nechat klienta samotného, aby zvolil pro něj nejpříjemnější cestu řešení jeho obtíží. Sociální pracovník apeluje na to, aby byl klient v samotném procesu co nejaktivnější. (Matoušek, 2003, s. 29)

K další z etap práce s jednotlivcem patří sociální intervence, což je záměrné zasahování do chování jednotlivce, přičemž intervence je určitým nitrem samotné sociální práce s klientem. Během intervence je klientovi ze strany sociálního pracovníka poskytována psychická i praktická podpora. Intervenci rozdělujeme na běžnou, kterou používáme v případech, že je možné řešit problém klienta postupně a klidně, tedy v průběhu domluvených pravidelných setkávání a intervenci krizovou, kterou využíváme při práci s klientem, jež se nachází v akutní krizové situaci. (Oláh a kol., 2008, s. 103)

### 7.1.1 METODA SYSTEMATICKÉ PRÁCE S JEDNOTLIVCEM

Tento postup sociální práce ve zdravotnictví používá pořád více zdravotnických zařízení akutní péče a jeho stěžejní výhodou je eventualita použití jej i v krátkodobé práci s klientem. Systematická práce s jednotlivce je nejčteněji používána u klientů, kteří žijí o samotě, mají velmi konfliktní vztahy v rodině a není možnost se na žádného rodinného příslušníka obrátit nebo u adolescentů, kteří si nepřejí při intervenci přítomnost rodiče, což je považováno za jejich tendenci k osamostatňování. (Davidová, 2010, s. 92)

Všechny nemoci představují určitá omezení, která se projeví po zdravotní, psychické i sociální stránce v životě člověka, a proto využíváme mezioborové kooperace mezi členy zdravotnického týmu, kteří společně dokáží rozpoznat oblast obtíží klienta. Komplexní zdravotnický tým preferuje holistické chápání lidského jedince, na kterého má v jeho životě vliv množství faktorů, jež ovlivňují jeho individuální chápání zdraví a nemoci. Cílem je identifikace potřeb klienta ve veškerých oblastech. Považujeme za nutné, aby se zdravotnický personál obracel na sociálního pracovníka ve zdravotnictví i tehdy, pokud klient tuto potřebu sám neprojeví, ale mohly v důsledku jeho nemoci nastat okolnosti, které pomoc sociálního pracovníka vyžadují nebo by v budoucnu mohly vyžadovat. V těchto případech klient nevykazuje známky nutnosti sociální pomoci tohoto rázu, ale ty mohou v důsledku diagnózy nastat. Vždy jde prvotně celému týmu o zájmy, požadavky a potřeby pacienta. V zahraničních zemích individuální práce s klientem vyžaduje specializaci sociálních pracovníků ve zdravotnictví v jednotlivých klinických odvětvích. Z tohoto důvodu se sociální pracovník intenzivněji zabývá problematikou související s určitými medicínskými obory, ale též je začleňován do samotné hospitalizace pacienta počínaje přijetím do zařízení, až do propuštění do domácí péče nebo jiného zdravotnického zařízení, v nejhorším případě zde do terminální fáze života a úmrtí. (Kuzníková, 2011, s. 68 - 69)

Systematická práce s jednotlivcem může probíhat na mnoha klinických pracovištích. Pro příklad jmenujeme sociální práci s klienty transplantačních center, sociální práci s klienty s AIDS, sociální práci na rehabilitační klinice, sociální práci v neurologii a neurochirurgii, sociální práci na porodnické klinice, sociální práci v ortopedii a traumatologii, ale též sociální práci v chirurgii, na pohotovosti, v onkologii, na dialyzační jednotce či v pediatrii. (Kuzníková, 2011, s. 69 – 72)

### 7.1.2 PŘÍSTUP ORIENTO VANÝ NA KLIENTA PODLE ROGERSE

Carl Rogers je známý jako zakladatel poraden. Sám vymyslel způsob, jak by měl probíhat poradenský rozhovor a tím dal podklady pro vznik systému poradenství ve zdravotnictví, které se u nás zaměřuje například na diabetologické, nefrologické či alergologické poradny. Také je však směřováno neplodným párům, lidem závislým na alkoholu, nikotinu, lécích nebo drogách. Tento přístup by měl být nedirektivním, neměl by hodnotit, ale naopak pozorně naslouchat a dávat najevo empatii. (Navrátil, 2000, s. 163)

Tento přístup lze využívat při sociální práci ve zdravotnictví zejména v situacích, které jsou klientem hodnoceny jako beznadějně a neřešitelné. Je též nazýván nedirektivní psychoterapií C. Rogerse. Přístup lze uplatňovat, pokud je klientovi sdělena negativní prognóza vlastní nemoci nebo nemoci jeho dítěte, po sdělení o úmrtí blízké osoby a v podobně složitých životních situacích. Jsou to tedy ty situace, při kterých se klient snaží vyrovnat s nemocí a jejími důsledky, zvyká si na novou situaci v jeho životě nebo si plně neuvědomuje, že řešený problém se týká konkrétně jeho osoby a odpovědnost za něj musí přejímat jiní lidé. (Kuzníková, 2011, s. 66)

Přístup je používán také při práci s nedobrovolnými klienty se sklony k agresi nebo s obtížně komunikujícími klienty. (Jesenský, 1995, s. 70)

## 7.2 METODA SOCIÁLNÍ PRÁCE S RODINAMI

Rodina je skupina lidí, která je spojena pouty pokrevního příbuzenství, nebo právních svazků, jako sňatek nebo adopce. Rodinu můžeme chápat v širší souvislosti také jako skupinu lidí, která se za rodinu považuje vzhledem k vzájemně projevované náklonosti. (Matoušek, 2003, s. 215)

Rodina má funkci ekonomickou, výchovnou, biologickou a emocionální.

Sociální práce s rodinou je považována za samostatnou vědní disciplínu, která vznikla díky rodinné terapii, z níž vychází a uplatňuje její techniky práce s klienty. U nás je však sociální práce s rodinou odlišná od rodinné terapie. (Chrenková in Kuzníková, 2011, s. 73)

Ve snaze o odlišení sociální práce s rodinou od rodinné terapie pracujeme s pojmy problém a porucha. Pokud operujeme s problémem, zastáváme roli sociálního pracovníka a naším úkolem je sociální práce. Při ní lze aplikovat techniky vycházející z rodinné terapie, kterou ale v tomto případě nevykonáváme. Pokud vykazuje rodina jako celek více problémů, které

lze označit za poruchu, jsou kompetence sociálního pracovníka nepostačující a je třeba využít terapeuta. (Kratochvíl, 2000, s. 128)

Metody sociální práce s rodinami jsou ve zdravotnictví obsáhle uplatnitelné, zejména proto, že sociální pracovník ve zdravotnictví přichází do kontaktu s rodinou velice často. Cílem celého zdravotnického týmu v rámci sociální práce ve zdravotnictví by měla být aktivní kooperace s rodinou pacienta a v návaznosti na to pak návrat do rodinného prostředí, pokud je však považováno za funkční. (Chrenková in Kuzníková, 2011, s. 72)

Sociální pracovník ve zdravotnictví by měl apelovat na použití aktuálních trendů zaměřených na rodinu a její chování, které staví na individualizaci. Taktéž by jej měly zajímat demografické změny týkající se vývoje obyvatelstva. (Možný, 2008, s. 36)

Při sociální práci s rodinou je nutné využívat specifických zásad, a to proto, že nepracujeme pouze s jednotlivcem, nýbrž se skupinou osob. I přesto však dodržujeme obecné zásady profesionálního vztahu klienta a sociálního pracovníka. Je důležité, aby sociální pracovník dbal zejména na nestrannost, mimo zásad, které uplatňujeme v pomáhajících profesích, a to opravdovost, flexibilita, vstřícnost a empatie. (Chrenková in Kuzníková, 2011, s. 75)

Neutrální pozici lze uchovávat prostřednictvím cirkulárního dotazování, což je technika dotazování, která byla vyvinuta milánskou školou. Při cirkulárním dotazování není významné, kolik osob se jej účastní, zaměřujeme se na náhled na situaci z různých úhlů pohledu. Zabýváme se též přenesením se do osoby jiného účastníka, abychom dokázali definovat rozdíly ve vnímání konkrétní situace více zúčastněnými. Existují situace, ve kterých nelze zachovat neutrálnost vůči klientovi, zejména při agresi klienta a zneužívání služeb sociálního pracovníka ve zdravotnictví, pak by měl sociální pracovník radikálně zasáhnout. (Úlehla, 2005, s. 122)

Sociální práce s rodinou je v dnešní době postavena na sanaci rodiny, což je podpora rodiny, jejího správného chodu a jejího uchování. Sanaci považujeme za metodu multidisciplinárního charakteru v rámci preventivní práce s rodinou v situaci, kdy může být negativně ovlivněn správný rozvoj dítěte. (Bechyňová, Konvičková, 2008, s. 163)

S rodinou v sociální práci se lze setkat v mnoha různých obdobích, může se jednat například o celou rodinu, o rodiče a dítě nebo o dospělého člena rodiny. Při setkání sociálního pracovníka ve zdravotnictví s celou rodinou jako klientem se může jednat o případy nehod nebo přírodních katastrof. V těchto případech je kooperace s rodinou závislá na zdravotním stavu členů rodiny. (Chrenková in Kuzníková, 2011, s. 77)

Nejčastěji se sociální pracovník ve zdravotnictví v rámci sociální práce s rodinou setkává se s klientem matky s dítětem, kdy může být matka buď v roli rodičky, nebo doprovodu svého dítěte. Často může jít o matky samoživitelky, jež požadují podání informací ohledně systému sociální podpory, tedy o sociálních dávkách nebo sociálních a jiných službách. Sociální pracovník ve zdravotnictví jedná však také s nezletilými matkami nebo těmi, které vydaly souhlas s adopcí dítěte. V reakci na to bude sociální pracovník informovat odpovídající instituce. (Chrenková in Kuzníková, 2011, s. 78)

### 7.3 METODA SOCIÁLNÍ PRÁCE SE SKUPINAMI

Metoda skupinové sociální práce nás navádí, jakým způsobem pracovat se skupinou jakožto osobitou organizační formou lidské činnosti. Historicky se vztahuje k náboženským a svépomocným hnutím. Při sociální práci se skupinami vycházíme z teoretických i praktických podkladů psychologie, psychoterapie, pedagogické psychologie, psychologie osobnosti nebo sociologie. Tato metoda práce byla přijata za klíčové metody sociální práce v roce 1935 na Národní konferenci sociální práce. (Oláh a kol., 2008, s. 106)

Sociální práce se skupinami není v naší zemi aktivně využívána v praxi. Používá se nejčastěji ve specializovaných zdravotnických zařízeních jako psychiatrické kliniky či léčebny. Díky skupinové práci lze vyřešit problémy malých skupin. Skupinová práce je postavena především na skupinové sociální a psychologické dynamice. (Řezníček, 1994, s. 70)

Metoda skupinové sociální práce ve zdravotnictví je vhodná pro klienty, kteří aktivně kooperují, nevykazují známky agrese či protispolečenských projevů chování, ale též pro klienty, kterým bylo diagnostikováno rozličné onemocnění nebo pro rodinu a příbuzné nemocných. (Kuzníková, 2011, s. 84)

Cílem sociální práce se skupinami je oprava fungování skupiny a dosahování cílů, které si členové skupiny společně stanovili. I přesto, že skupina je celek, se musí sociální pracovník zabývat jednotlivými projevy a individuálními potřebami samotných členů skupiny. Sociální práce se skupinou jako vymezená oblast řeší témata sousedství, ženství, organizace, ale také možnosti využívání sociální práce se skupinou při práci ve zdravotnických zařízeních. (Oláh a kol., 2008, s. 107)

Sociální práce se skupinami má stanoveno jako hlavní cíl zkvalitnění života členů skupiny a podnícení osobních potřeb jednotlivců ve skupině, jako například podporu změn v chování

nebo posílení sebevědomí člena skupiny. K proměnám by mělo docházet ve fungování skupiny ze sociálního hlediska, případně v každodenním životě jednotlivých členů. Efektivitu sociální práce se skupinou shledáváme především v odpovědích na množství dotazů členů, kteří si mohou též vyměnit spoustu zkušeností a navzájem se inspirovat v řešení svých problémů. (Matoušek, 2003, s. 198)

Stěžejními předpoklady pro vykonání efektivní sociální práce se skupinou je podpora skupinových cílů členy skupiny, dosažení konsenzu o metodách i cílech skupiny, kvalita strukturálních faktorů ve vztahu k velikosti, skladbě a trvání skupiny nebo rozpuštění či rekonstrukce skupiny, kde vymizel účel stanovaný při vytvoření skupiny. (Kuzníková, 2011, s. 71)

## 7.4 METODA SOCIÁLNÍ PRÁCE S KOMUNITOU

Termín komunita je odvozen od latinského *comunitas*, tedy společenství. Komunitní práce je definována jako soubor metod, které se používají k edukaci komunit tím způsobem, aby mohly spravovat samy sebe a zmenšovat tak rozdíly mezi společnostmi a komunitou. Komunita je sociálním útvarem, který můžeme vymezit vnitřními a vnějšími znaky ve dvou úrovních, a to:

1. vazby, které jsou vytvořeny členy v rámci komunity
2. vazby tvořené členy komunity v širším prostředí (Oláh a kol., 2008, s. 109)

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky připravilo novou koncepci rozvoje systému zdravotních a sociálních služeb, které se zaměřují zejména na dlouhodobou péči především o seniory a osoby se zdravotním postižením v jejich domovech, tedy v jejich přirozeném prostředí. Proměna systému vzhledem k tomuto faktu žádá novou pracovní pozici komunitního pracovníka. Obnovená koncepce by měla podpořit vztah mezi zdravotní a sociální péčí s ohledem na poskytnutí možnosti pacientům i rodinám podílet se na pojetí služeb. (Gojová in Kuzníková, 2011, s. 87)

Požadavkem na teoretické znalosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví v rámci práce s komunitami jsou vědomosti technik hledání klientů, kteří vykazují známky potřeby sociální práce ve zdravotnictví. Dále je požadavkem znalost analyzování potřeb klientů a způsobu chování se v určité komunitě. Je důležité brát zřetel na to, že jsou klienti členy konkrétní komunity, pocházejí z osobního jim přirozeného prostředí a nejsou izolováni od ostatních členů komunity či společnosti. (Mareš a kol., 2009, s. 81)



Komunitní práce by měla naučit členy svépomocí zvládat problémy prostřednictvím realizace práce s organizacemi a skupinami. Probouzí ve členech komunity solidaritu a významnější uvědomování si svých kompetencí. Komunitní práce vychází v podstatě ze všech etap sociální práce. Jsou to etapy, které se zabývají získáváním informací, kvalifikací a kvantifikací sociálního problému, navrhováním projektu sociálních opatření, ale také rehabilitací dřívějších sociálních jevů, v případě jejich společensky žádoucí podstatě a prevencí sociálně patologických jevů nebo jejich recidivy. (Oláh a kol., 2008, s. 109)

Michael White doporučuje ve vztahu ke své letité praxi scénář možného setkávání s komunitou. Je však na zvážení samotného sociálního pracovníka, zda je tento přístup použitelný právě v jeho praxi a zda jsou pro něj vhodné podmínky. Scénář je rozdělen do čtyř fází práce s komunitou:

1. V první fázi si členové širší komunity sesednou společně do velkého kruhu. Určení členové komunity prezentují vybraná témata doprovázena příběhy.
2. Členové komunity, jež vyprávěli příběhy, vyzvou sedící členy k rozdělení se do menších skupin. Cílem je, aby i ostatní členové mohli přispět svým dílem k vytvoření velkého příběhu dané komunity.
3. Po skončení sezení v malých skupinách se členové setkají společně, zasednou opět do širšího kruhu a nastane čas na reflexi. Poté převyprávějí, co zaznívalo v menších skupinách a vyjádří své dojmy a pocity ze seskupení.
4. Členové týmu nabídnou příslušníkům komunity zpět jejich příběhy, které pak zaznívají v podobě velkého příběhu komunity. (White in Kappl, 2009, s. 41 – 43)

V rámci metod komunitní práce používáme termíny komunitní péče, komunitní vzdělávání a komunitní plánování. Komunitní péčí máme na mysli kvalitní podporu členů určité komunity prostřednictvím dobrovolnické a svépomocné péče o jedince v komunitě, jež nezvládají adekvátně uspokojovat své vlastní potřeby, můžeme ji považovat za další pojetí ústavní péče. Podle statistik se komunitní péče účastní více ženy oproti mužům a péči věnují nejčastěji seniorům, osobám se zdravotním či duševním postižením a malým dětem. Konkrétně komunitní péči ve zdravotnictví je přikládána velká důležitost. V komunitní práci shledáváme jako ideální intenzivní a blízkou kooperaci sociálních pracovníků, kteří pracují v oblasti zdravotnictví a sociálních pracovníků vykonávajících sociální práci v určité komunitě. Ve vztahu ke komunitě můžeme hovořit o terénní práci, která vyžaduje běžný denní kontakt se členy komunity, předpokládá vědomosti a dovednosti v této oblasti a toto lze nabídnout dalším

členům zdravotnického týmu. Obecně považujeme komunitní péči za soubor zdravotnických, sociálních a jiných služeb, které jsou nabízeny a poskytovány lidem zdravým i nemocným, rodinám, skupinám i komunitám. (Jarošová, 2007, s. 39)

Modelem komunitní práce je komunitní vzdělávání, které je založeno na obdobné myšlence jako občanská společnost. Znamená to, že při následujícím vývoji daného společenství nemůžeme spoléhat na obecně platný způsob rozhodování. Velmi důležitou funkci má aktivita příslušníků komunity. Tyto programy se nesnaží o edukaci jedince nebo menší skupiny, ale o podání informací komunitě, které jí umožní zacházet se svými problémy a řešit je. Tímto způsobem také lze měnit postoje příslušníků dané komunity. (Hartl, 1997, s. 117)

Pokud se zabýváme komunitním plánováním, řešíme způsoby, jak zacházet s komunitou v procesu řešení jejich problémů a uspokojování potřeb jejich příslušníků. Do snahy o zkvalitnění sociální a zdravotnické péče se mohou přidávat zástupci místní samosprávy, profesionálové, jež služby vykonávají a také občané, tedy ti, kteří služby využívají. V procesu komunitního plánování jsou zaangażováni tři účastníci. Mluvíme zde o takzvaném principu triády, který se týká uživatelů sociálních služeb, zadavatelů či poskytovatelů a také obsáhlé veřejnosti, která vykazuje zájem o problematiku. Komunitní plánování můžeme pojímat jako analýzu potřeb příslušníků komunity, kdy zjišťujeme údaje o momentálním stavu sociálních služeb, které komunitě poskytujeme. (Komunitní plánování – věc veřejná, 2002, [online])

Za cíl komunitního plánování považujeme utužování soudržnosti komunity, efektivní prevenci sociálního vyloučení jednotlivců nebo skupin, ale také zajišťování běžně dostupných služeb pro komunity, které budou kvalitní a dokáží se přizpůsobit jednotlivým komunitám. (Gojová in Kuzníková, 2011, s. 92)

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 8 VÝZKUM

V rámci výzkumu stanovujeme výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky. Vybíráme vhodnou výzkumnou strategii, výzkumný soubor a metodu sběru dat.

### 8.1 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Na teoretickou část diplomové práce, která se zabývá sociální prací ve zdravotnických zařízeních v takové míře, abychom získali dostatečný teoretický podklad pro zjištění možného uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnictví, navazuje praktická část diplomové práce. Výzkumným problémem je možnost uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnictví. Ačkoliv v některých zahraničních zemích je sociální pedagog a sociální pracovník sjednocená profese, v České republice jsou tyto profese stále diferencovány i přesto, že čerpají ze stejných vědních oborů. I přes tuto skutečnost jsme nenalezli žádnou studii či odbornou publikaci, která by se zabývala uplatněním sociálního pedagoga ve zdravotnictví ve smyslu poskytování sociální péče a poradenství, které v dnešní době ve zdravotnických zařízeních zajišťují pouze sociální pracovníci nebo zdravotně sociální pracovníci.

### 8.2 FORMULACE VÝZKUMNÉHO CÍLE

Cílem výzkumu v rámci diplomové práce na téma Uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnictví je zjistit, zda existuje možnost uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnických zařízeních, stejně jako jsou ve zdravotnictví využíváni sociální pracovníci nebo zdravotně sociální pracovníci. Výzkumným problémem je pak neangažovanost sociálních pedagogů ve zdravotnických zařízeních, přičemž jejich přítomnost v těchto zařízeních by mohla napomoci k rozšíření služeb zařízení a zvýšení kvality ostatních služeb, a to v souvislosti s úsporou času při práci s klientem. Zapojení sociálního pedagoga do chodu zdravotnického zařízení a jeho zařazení do multidisciplinárního zdravotnického týmu stejně jako sociálního pracovníka ve zdravotnictví by přitom mohlo pomoci zvýšit efektivitu poskytování sociální péče ve zdravotnictví. Dílčími cíli je zjistit, jaké znalosti, kompetence a předpoklady pro práci ve zdravotnickém zařízení musí mít sociální pracovníci nebo zdravotně sociální pracovníci, abychom si dokázali odpovědět na otázku, zda i sociální pedagog disponuje příslušným souborem dovedností a mohl by se tedy stát členem multidisciplinárního týmu zdravotnických pracovníků. Dalším dílčím cílem je odpovědět si na otázku, zda je sociální pedagog s ohledem na studijní přípravu připraven zvládat náročnou práci, která ve zdravotnictví bez ohledu na specifika skupiny klientů je. Naším cílem je také zjistit, zda sociální pracovníci

ve zdravotnictví nebo zdravotně sociální pracovníci nacházejí místo, které by mohl obsadit sociální pedagog jako plnohodnotný člen multidisciplinárního týmu ve zdravotnickém zařízení. Stanovujeme si hypotézu:

H: S ohledem na kompetence a úroveň znalostí konkrétních oblastí sociálního pedagoga předpokládáme jeho možné uplatnění v multidisciplinárním týmu zdravotnických pracovníků.

### **8.3 HLAVNÍ A DÍLČÍ VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Hlavní výzkumná otázka:

HVO: Kde můžeme nalézt uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení?

Dílčí výzkumné otázky:

DVO 1: Jakými kompetencemi by měla disponovat osoba poskytující sociální péči ve zdravotnickém zařízení?

DVO 2: Znalosti jakého oboru by měla mít osoba poskytující sociální péči ve zdravotnickém zařízení?

DVO 3: Jaký pracovník by se mohl dále uplatnit v multidisciplinárním týmu zdravotnických pracovníků?

### **8.4 ZDŮVODNĚNÍ POJETÍ VÝZKUMU**

Vzhledem k tomu, že nás zajímají osobní názory na požadavky pro výkon profese pracovníka poskytujícího sociální péči ve zdravotnictví, zvolili jsme kvalitativní výzkum, který nám na položené otázky dá co možná nejvíce objektivní odpověď. Rádi bychom se dotázali na to, zda je jejich pohledem v rámci sociální péče ve zdravotnictví místo pro zařazení dalšího pracovníka poskytujícího sociální péči do multidisciplinárního týmu ve zdravotnickém zařízení a jaké kompetence, znalosti a předpoklady by měli mít pracovníci zajišťující sociální péči. Výsledky šetření bychom chtěli vztáhnout na možné budoucí uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnických zařízeních, v odpovědích respondentů bychom rádi našli prostor pro zařazení sociálního pedagoga do multidisciplinárního týmu zdravotnických pracovníků. Dotazovat se budeme na uplatnění sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení místo přímo na uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení, a to z toho důvodu, abychom mohli předpokládat dostatečné porozumění kladeným otázkám a dali informantům prostor k takovému vyjádření, které nelze chápat zkresleně. V rámci kvalitativního

výzkumu bychom rádi dali informantům možnost se případně doptat na kladené otázky, kterým plně neporozuměli, což by nám kvantitativní šetření neumožňovalo. Vzhledem k výše zmíněným důvodům jsme se rozhodli pro kvalitativní výzkum, který bude koncipován formou polostrukturovaného rozhovoru a následně interpretován prostřednictvím otevřeného kódování.

## 8.5 METODA SBĚRU DAT

Jako teoretický podklad pro realizaci výzkumného šetření jsme zvolili metodologii kvalitativního výzkumu od Hendla, kde jsme také inspirovali v rámci výběru metody sběru dat potřebné k zajištění výzkumného materiálu. (Hendl, 2012).

Jako výzkumná technika byl zvolen polostrukturovaný rozhovor, a to s ohledem na problematiku, z jejíž oblasti budeme získávat data pro samotný výzkum. Dalším důvodem pro volbu polostrukturovaného rozhovoru je získání dostatečného prostoru pro co možná nejotevřenější zodpovězení výzkumných otázek, a také abychom mohli v průběhu získávání dat a realizace rozhovoru neprodleně reagovat na případné nesrozumitelnosti ve výpovědi sociálních pracovníků ve zdravotnictví nebo zdravotně sociálních pracovníků, tedy informantů.

## 8.6 POPIS VÝZKUMNÉHO SOUBORU

Naším výzkumným souborem jsou absolventi oboru Sociální práce bakalářského i magisterského studijního programu či úspěšní účastníci akreditovaného ročního kurzu Zdravotně – sociální pracovník, kteří pracují ve zdravotnickém zařízení na území České republiky. Velikost výzkumného souboru čítá devět pracovníků, a to pouze ženy, z důvodu možného rozdílného vnímání a rozličné senzitivity na různé situace, čímž chceme předejít zkreslení jevů a odlišné percepcie při odpovědích. Ženské pohlaví volíme též z důvodu větší četnosti žen pracujících ve zdravotnických zařízeních.

Tito informanti jsou zaměstnání ve zdravotnickém zařízení různého typu minimálně po dobu dvou let, abychom mohli jejich výpovědi považovat za objektivní a abychom mohli předpokládat hlubší znalost profese, kterou informanti vykonávají. Dva roky shledáváme jako dostatečně dlouhou dobu ke schopnosti adekvátně zhodnotit situaci v rámci jejich zaměstnání. Pokud bychom hranici stanovili na více než dva roky, zredukovali bychom množství informantů, kteří by se mohli zúčastnit výzkumu, protože předpokládáme nárůst v rámci existence trendu poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních v posledních třech le-

tech, kdy stoupl počet sociálních pracovníků nebo zdravotně sociálních pracovníků zaměstnaných ve zdravotnickém zařízení. Věkovou skupinu pracovníků nespécifikujeme vzhledem k faktu, že neshledáváme důvod ohraničovat výzkumný soubor věkem, a to zejména kvůli nepředpokládané souvislosti míry objektivit výpovědi informanta vzhledem k jeho věku. Z tohoto důvodu necháváme spodní i horní věkovou hranici otevřenou.

Za důležité považujeme také zajistit, aby pracovníci nepocházeli ze stejného zařízení, a tím nedocházelo ze zkreslení výsledků výzkumu a snížení validity dat. Vzhledem k tomu se neomezujeme na výběr pracovníků pouze na území určitých krajů, ale výběr vztahujeme na celou Českou republiku a budeme dbát na výběr rozličných zařízení. K výzkumu potřebujeme rozdílné zkušenosti z různých zařízení, abychom získali co největší množství informací o zkušenostech pracovníků, absolventů sociální práce ve zdravotnickém zařízení.

Kritéria pro výběr informantů jsou tedy minimální délka práce ve zdravotnickém zařízení dva roky, absolvování oboru Sociální práce v bakalářském či magisterském studijním programu nebo akreditovaného ročního kurzu Zdravotně – sociální pracovník. Hledáme pouze osoby ženského pohlaví a každý z informantů musí pracovat v jiném zdravotnickém zařízení.

## 8.7 ZPŮSOB VÝBĚRU

Výzkumný soubor bude vybrán prostřednictvím záměrného kvalifikovaného výběru, protože předpokládáme, že jsme tímto způsobem schopni vybrat nejlépe pracovníky ve zdravotnickém zařízení, kteří by odpovídali námi stanoveným kritériím. Budeme hledat pracovníky různých zdravotnických zařízení, jak v soukromé, tak i ve státní sféře. Budeme dbát na rozličnost typů zařízení včetně jejich zaměření a umístění, abychom dosáhli co možná nej-reprezentativnějšího vzorku sociálních pracovníků, jež mají zkušenost s prací ve zdravotnickém zařízení.

## 8.8 SEZNÁMENÍ S INFORMANTY

Vzhledem k zachování anonymity jednotlivých informantů nebudeme uvádět zařízení, v němž pracují jako sociální pracovníci ve zdravotnictví nebo zdravotně sociální pracovníci a jejich křestní jména budou pozměněna. Při uvádění výskytu kódu budou pro rozlišení použity první písmena křestního jména informantů, následovat bude místo výskytu konkrétního kódu v prepisech rozhovorů. Prepisy rozhovoru jsou k dispozici u autorky práce.

Tabulka 1 – seznámení s informanty

<b>pořadí</b>	<b>informant</b>	<b>věk</b>	<b>délka rozhovoru</b>
1.	Věra	57 let	48 minut
2.	Kateřina	35 let	35 minut
3.	Soňa	48 let	27 minut
4.	Eliška	52 let	29 minut
5.	Miroslava	54 let	42 minut
6.	Jana	39 let	36 minut
7.	Hana	45 let	47 minut
8.	Lucie	51 let	22 minut
9.	Olga	46 let	31 minut



## 9 REALIZACE VÝZKUMU

Kvalitativní výzkum v rámci diplomové práce byl realizován v rozmezí 15. února až 15. března 2017. Informanti z různých zdravotnických zařízení napříč Českou republikou byli osloveni prostřednictvím e-mailu s žádostí o poskytnutí rozhovoru, který je součástí kvalitativního výzkumu diplomové práce. Pokud informant odpověděl kladně, byl s ním domluven termín setkání. Před samotným rozhovorem byl informant ubezpečen o anonymitě poskytnutých údajů a dotázali jsme se, zda souhlasí s nahráváním rozhovoru za účelem pozdějšího přepisu rozhovorů. Rozhovor byl zaznamenán na diktafon, následně byly rozhovory přepsány v plném znění a označeny smyšlenými jmény, jež sloužily pro rozpoznání jednotlivých rozhovorů a označení výskytu kódů.

### 9.1 METODA ANALÝZY DAT

Analýza dat bude provedena prostřednictvím otevřeného kódování. Pomocí otevřeného kódování skládáme získaná data jiným způsobem. Budeme postupovat tak, že text rozložíme na jednotky, které pojmenujeme a s danými jednotkami pak dále pracujeme. Jednotkou pro nás bude slovo či věta určitého významu, nespécifikujeme tedy jednotku konkrétně, ale ponecháme si volný výběr dané jednotky ve specifické situaci. Počítáme s možným překrýváním významu jednotek. Dále každé jednotce přidělíme nějaké označení, tedy kód. Ten volíme tak, aby dostatečně vypovídal o jednotce a správně ji pojmenoval. Více kódy zároveň budeme označovat jednotku, která bude reprezentovat více než jedno hlavní téma. Poté do datového záznamu, v našem případě do přepisu zvukového záznamu, dopíšeme značky pro ohraničení jednotek a k tomu i názvy kódů.

Místa v přepisech rozhovorů, kde se kódy vyskytují, označíme písmenem, které značí daný rozhovor a číslem, jež vypovídá, kde se v přepisu rozhovoru kód vyskytuje. Po vytvoření kódů je systematicky kategorizujeme, tedy seskupujeme podle jejich podobnosti a významu v určité hierarchii. Vytvoříme oblasti, pod které budou spadat sobě podobné kódy a seřadíme je.

Nejdříve vytváříme hlavní kategorie, pod které řadíme poněkud užší subkategorie. Pod ty již řadíme samotné kódy, které se snažíme pojmenovat tak, aby nedocházelo k překrývání významu a každý kód měl svůj jednoznačný význam.

## 10 ANALÝZA A INTERPRETACE DAT

Abychom lépe chápali jednotlivé kategorie a kódy, rozhodli jsme se použít co nejužitečnější a nejstručnější pro označení názvu skupiny kódů. Jednotlivé skupiny a kódy jsme seřadili do tří obecných kategorií, které určují směr našeho výzkumu tak, abychom dokázali aplikovat získané informace ze strany informantů na možný směr sociální pedagogiky ve zdravotnictví.

- Já a moje profese
- Musím vědět a znát
- Profesní nesnáze

### 10.1 KATEGORIE JÁ A MOJE PROFESE

Tato kategorie vypovídá o procesu, prostřednictvím něhož si sociální pracovníci uvědomili, že jejich profese je pro ně jistým způsobem osudová a také o tom, jaké pocity se vážou k jejich zaměstnání. Tato kategorie je méně obsáhlá než následující dvě, a to z důvodu potřeby získání většího množství informací spíše o praktické stránce profese, než hloubkové analýze postoje informanta vůči této profesi.

#### 10.1.1 Subkategorie Šla jsem si za tím

Pod kategorií jsme zařadili dvě subkategorie, přičemž první, jenž nese název **Šla jsem si za tím**, nám poskytne informace o přitažlivosti této profese pro informanta a procesu získání zaměstnání, ve kterém setrvává v době realizace rozhovoru. K této subkategorii přiřazujeme kódy:

1. Přitažlivost oboru
2. Získání zaměstnání

Tabulka 2 – Šla jsem za tím

Kategorie: Já a moje profese	Subkategorie: Šla jsem za tím
<b>Kód 1: Přitažlivost oboru</b>	
Informanti vypovídají, že pro ně byla konkrétní profese nebo práce ve zdravotnictví vždy přitažlivá. Sledujeme souvislost s jinými obory pomáhajících profesí, kde můžeme shledat podobnost ve výskytu dlouhodobého zaujetí oborem.	
Výskyt kódu:	

*E6: „Pracovat ve zdravotnictví jsem vždy chtěla, lákalo mě to.“*

*H5-6: „I když pro mě byla práce ve zdravotnictví něčím novým, tak mě to lákalo. Asi i proto, že matka byla zdravotnickým pracovníkem a bylo mi to blízké od mala.“*

*J7-8: „Práce ve zdravotnictví mě lákala, stejně jako nemocniční prostředí.“*

*L4: „Vždycky mě tato oblast zajímala.“*

*O6-7: „I přesto, že jsem věděla, že to bude náročné, to pro mě bylo přitažlivé.“*

### **Kód 2: Získání zaměstnání**

Kód vystihuje okamžik, kdy informanti začali usilovat nebo se přímo dostali k práci ve zdravotnictví. Někteří ihned po dokončení studia či kurzu, jiní přecházeli z jiného místa stejného oboru.

#### *Výskyt kódu:*

*M4-5: „Předtím jsem zde pracovala na jiném místě. Přímou k tomuto místu jsem se dostala tak, že mi bylo nabídnuto.“*

*E5-6: „Přišlo to nějak přirozeně, vlastně jsem ne-váhala a doufala, že mi to prostě vyjde.“*

*H4: „Odpověděla jsem na nabídku práce této nemocnice na internetu.“*

*J6-7: „Po ukončení kurzu jsem se dotazovala na práci v této nemocnici a ono to vyšlo. Takže to bylo takové přirozené, usilovala jsem o to a šla jsem za tím.“*

*L5-7: „Takže já jsem si postupně dodělala maturitu, pak vysokou školu, tři roky jsem tady byla souběžně s vysokou školou na nějakém nízkém místě. Pak se tady uvolnilo místo na zástup na mateřskou.“*

*K4-5: „Pracovala jsem na nižší pozici v jiném zařízení, poté jsem si doplnila vzdělání a hledala práci jako sociální pracovník ve zdravotnictví. Našla jsem ji poměrně brzy na nabídkách práce.“*

*O5: „Mně adiktologie vždy zajímala, tak mě to lákalo, dělat zrovna tady.“*

*S4-6: „Zdalo se mi, že už potřebuju změnu, takže jsem vystudovala dálkově a přesídlila jsem na práci sociálního pracovníka ve zdravotnictví.“*

V7-8: „Tehdejší primář interní kliniky nechtěl sociální pracovníci nemocnice, žádal novou. Takže já jsem tehdy měla štěstí v neštěstí a byla jsem přijata.“

Informanti se ve většině případů shodují na tom, že pro ně byla práce ve zdravotnictví již dlouho zajímavá, z toho důvodu se snažili získat místo ve zdravotnictví nezávisle na tom, že nejsou zdravotnickými pracovníky, což vyplývá z oboru jejich studia, ale většinou sociálními pracovníky, v několika případech absolventy akreditovaného kurzu Zdravotně sociální pracovník. Zaměstnání ve zdravotnickém zařízení pro ně často bylo přitažlivé i přesto, že neměli žádné zkušenosti s prací v zařízení tohoto typu a věděli, že pro ně bude práce v tomto zařízení z počátku velmi náročná. Co se týče získání zaměstnání, někteří informanti přecházeli z nižší pozice na místo zdravotně sociálního pracovníka, které jim bylo nabídnuto, další informanti se k zaměstnání dostali skrze odpověď na nabídku práce, nejčastěji na internetových serverech. Z toho vyplývá, že není problém dostat se k této práci, pokud má uchazeč odpovídající vzdělání, které daná profese vyžaduje. Pokud by bylo pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka akceptováno vzdělání v oboru Sociální pedagogika, neměl by být problém se pro absolventy dostat k této práci, a to i z důvodu, že tyto pozice často nejsou plně obsazeny a pracovníků poskytujících sociální péči je nedostatek.

### 10.1.2 Subkategorie Myšlenky ve vztahu k profesi

Druhá subkategorie **Myšlenky ve vztahu k profesi** pojednává o klíčových myšlenkách v souvislosti s profesí sociálního pracovníka ve zdravotnictví nebo zdravotně – sociálního pracovníka. Zde řadíme kódy:

3. Poslání
4. Zadostiučinění
5. Individualita prožívání

Tabulka 3 – Myšlenky ve vztahu k profesi

Kategorie: Já a moje profese	Subkategorie: Myšlenky ve vztahu k profesi
<p><b>Kód 3: Poslání</b></p> <p>Pomáhající profese by měly být pro pracovníka posláním. Kód vypovídá o blízkosti oboru pro konkrétního pracovníka, významnou roli zde hraje i upřímnost ve vztahu k profesi, kdy pracovník, který se zabývá sociální péčí, poskytuje tuto péči v nejlepším</p>	

úmyslu vůči danému klientu a s důrazem na to, aby byl zájem klienta prvořadým. Informanti pociťují, že ačkoliv práce není snadná, upřímně je zajímavá a budou ji vykonávat i přes četné překážky, které se pravidelně objevují, protože ji považují za své životní poslání. Pomáhající profese je nutné vnímat jako určité poslání, protože jen tak je lze vykonávat na sto procent a pouze zaujetí profesí nám umožní přicházet na souvislosti, které by jinak nemusely dávat smysl

#### Výskyt kódu:

*M62-65: „Když tuto práci opravdu chcete dělat, tak s tou náročností počítáte a vlastně vás nic vyloženě nepřekvapí.“*

*H17: „Ono je to asi klišé, ale mělo by to být poslání. Prostě že to děláte, protože chcete a cítíte, že je to správné, jste v tom osobně zainteresováni.“*

*J47-48: „Mně je péče o geriatrické klienty blízká, vždy jsem se zajímala o specifika práce se seniory, takže teď to mohu uplatnit i tady.“*

*K13-14: „Ona sociální práce je vlastně posláním, ti klienti musí cítit, že jim ve skutečnosti opravdu chcete pomoci, ne, že musíte.“*

*S62-63: „Ale musí to být něco, co opravdu chcete dělat, k čemu máte dlouhodobě vztah, pak to snadno překonáte ty slabší chvíle, kdy vás něco více zasáhne.“*

#### **Kód 4: Zadostiučinění**

Informanti popisují moment, který je nabije energií a dá jim pocit, že jejich úsilí má smysl. Zadostiučinění je tedy pocitem uspokojení z vlastní práce, je to chvíle uvědomění si, že i přes nesnadné situace přijdou uspokojující okamžiky, které dokazují, že snaha není zbytečná. Každý člověk potřebuje ve svém zaměstnání pociťovat zadostiučinění, ovšem tam, kde je poskytována přímá pomoc lidem, je tato potřeba ještě vyšší.

#### Výskyt kódu:

*E72-73: „Když se podaří pomoci jinému klientovi a vidíte, že je mu lépe, že s tou situací dokáže pracovat, tak to to snažení mělo smysl. Já to potřebuju vědět a cítit, že moje snažení má efekt, že díky tomu to ten klient zvládá a nevzdává.“*

*V91-93: „Ale pak se stane něco a přijde někdo po dlouhé době, když už si říkáte mezi dveřmi, že je to další takový, ale pak je ten člověk úplně jiný a Vám dojde, že ono to má smysl. Že Vás něco dobije, a že jste zase schopni pracovat dál.“*

**Kód 5: Individualita prožívání**

Bez ohledu na profesi, každý jedinec má své individuální prožívání, jsou okamžiky, které jednoho pracovníka nechají klidným, jiného hluboce zasáhnou. Individualita prožívání je důležitá zejména tam, kde je poskytována pomoc lidem a důležitost jí přikládáme proto, že nepředpokládáme nutnost podobnosti prožívání lidí poskytujících sociální péči. Máme za to, že je nutné k tomu přihlížet a neusilovat o jednotnost v přístupu k jednotlivým klientům.

## Výskyt kódu:

*M67: „Co se týče míry náročnosti, to je podle mě o tom, co se osobně dotkne toho člověka poskytujícího sociální péči.“*

*E63: „Psychická náročnost profese je velká, ale samozřejmě každý pracovník tohle prožívá jinak, je to hodně subjektivní.“*

*H68-71: „Je to o té dané osobě toho pracovníka, jak s tím pracuje, zda je vůči stresu a těžkostem této profese nějakým způsobem imunní a nenechá se tím příliš rozhodit. Každý je jiný, to prožívání se liší.“*

*J89-90: „Náročnost profese je dost subjektivní, ale já si ji uvědomuji ve chvíli, kdy je na Vás ta určitá zodpovědnost za osud člověka.“*

*O79-80: „Prožívání každého pracovníka je odlišné, záleží to na osobě toho konkrétního pracovníka, ale je to samozřejmě asi náročnější profese.“*

Blízkost oboru a jejich profese je pro informanty velice důležitá, a ačkoliv je povolání náročné, jsou ochotni tyto překážky překonávat. Informanti zmiňují, že tuto práci vnímají jako poslání a je pro ně důležitý vztah k profesi, často i vztah k určité cílové skupině osob, kterým sociální péči poskytují. Všichni informanti se shodují, že mají upřímný zájem o klienty, neberou jejich práci pouze jako prostředek k získání platu. Zároveň s ohledem na náročnost profese často pocítí vyčerpání, avšak klient, kterému se podaří pomoci nebo se jeví jako kooperující, informantům dobíjí energii a vnímají jej jako motivující podnět ke své budoucí práci. Informanti jsou za jedno v tvrzení, že to, v jaké míře je práce náročná a jak moc jsou v ní zapojeny emoce, je ryze individuální záležitostí a každý pracovník se s různou situací

vyrovnává jinak, záleží nejen na jeho povaze, ale také na jeho životních zkušenostech a prožitcích, shodují se však na tom, že tato práce patří mezi náročnější profese a osoba ji vykonávající musí být psychicky odolná.

## 10.2 KATEGORIE MUSÍM VĚDĚT A ZNÁT

V této kategorii jsme zjišťovali, jakými vědomostmi, schopnostmi a kompetencemi by měl disponovat pracovník poskytující sociální péči. Tyto údaje nám informanti podali v kontextu poskytování komplexní sociální péče, s ohledem na což vztahujeme získané informace na soubor dovedností a schopností, kterými dle nás disponuje i sociální pedagog. Vlastnosti, které jsou zachyceny v kódech a námi považovány za klíčové, se dle nás shodují s těmi, kterými by měli operovat jak sociální pracovník, tak i sociální pedagog, což by mohlo předpovídat schopnost sociálního pedagoga angažovat se v multidisciplinárním týmu zdravotnických pracovníků jako poskytovatel sociální péče, konkrétněji pak s ohledem na zaměření daného zařízení a specifické dovednosti konkrétního sociálního pedagoga.

### 10.2.1 Subkategorie Nezbytné kompetence

Do této kategorie jsme zařadili čtyři subkategorie. První se nazývá **Nezbytné kompetence** a ptá se, které nejdůležitější kompetence by měl mít pracovník, který poskytuje sociální péči ve zdravotnictví. Pod první subkategorii druhé kategorie spadají tyto kódy:

6. Kompetence k učení
7. Komunikační kompetence
8. Poradenská kompetence
9. Kompetence k řešení problémů

Tabulka 4 – nezbytné kompetence

Kategorie: Musím vědět a znát	Subkategorie: Nezbytné kompetence
<b>Kód 6: Kompetence k učení</b>	
Kód označuje kompetenci, která je důležitá pro rozvoj pracovníka, často se o ní hovoří v souvislosti s celoživotním vzděláváním. Informanti o ní vypovídají jako o potřebě, kterou by měl pracovník v sociální oblasti pociťovat a kterou by měl naplňovat.	
Výskyt kódu:	

J20-22: „Je důležitá potřeba stále se vzdělávat, protože je to neustávající proces, kdy Vy to musíte stále sledovat, jak se ta sociální oblast vyvíjí a kam směřuje.“

J38-39: „Kompetence k učení, ta je hodně důležitá, ten teoretický podklad tam musí být, bez něj to nejde.“

K32-33: „Třeba kompetence k učení, pracovník by měl být takovým člověkem, který má tu potřebu stále se vzdělávat, i proto, že musí, třeba s ohledem na stále se měnící legislativu.“

O31-33: „Nutná je kompetence vzdělávací nebo sebevzdělávací, v tom smyslu, že se stále musíme rozvíjet, sledovat vývoj všeho, co se této práci dotýká.“

S23-26: „Pracovník by měl mít také touhu se stále vzdělávat, protože to je zde zapotřebí, i co se týče zákonů, nebo různých nových metod, nařízení, prostě musíte být stále v ob-  
raze, to je hodně důležité, takže asi ta vzdělávací kompetence, jestli ji tak mohu nazvat.“

V23-24: „Musí mít vzdělání v těch oblastech týkajících se profese a kompetenci k učení, protože se učíme stále.“

### **Kód 7: Komunikační kompetence**

Kód vypovídá o důrazu na komunikaci s klientem, informanti sdělili, že komunikace je základem kvalitní sociální péče, je důležité znát zásady komunikace a dokázat komunikovat tak, aby nedocházelo k nedorozumění a sdělované informace byly podány jasně a výstižně. Komunikační kompetence je klíčovou kompetencí, kterou by měli disponovat pracovníci poskytující sociální péči, je to tedy přiměřená úroveň porozumění slovní i mimoslovní interakci, různým typům verbálních projevů či gest a mimice.

#### Výskyt kódu:

H15-17: „Pracovník by měl být vlídný, ale zase přímý, aby ten klient věděl na čem je a nedocházelo k nějakému nedorozumění v té komunikaci, to je pak problém.“

E26-27: „V první řadě je nutné disponovat komunikativní kompetencí, protože je potřeba dokázat s klientem efektivně komunikovat, vědět, jak na to, to je úplně to nejdůležitější podle mého názoru.“

J38: „...pak třeba kompetence ke komunikaci.“



*K21-23: „Taky musí umět dobře komunikovat s klientem, ovládat to umění sociální komunikace. Je potřeba vědět, jak s různými skupinami klientů komunikovat, nejde uplatňovat u všech to samé, je potřeba rozlišovat.“*

*K54-55: „Takže každý člověk, který má nějakou úroveň sociální komunikace a zajímají ho ti klienti, tak se naučí s těmi lidmi mluvit.“*

*K88-91: „Neumím si představit, že by s klienty pracoval někdo, kdo s nimi nedokáže efektivně komunikovat. Protože já to vnímám tak, že komunikace je tady mimo těch znalostí samozřejmě, úplný základ a stojí toho na ní hodně.“*

### **Kód 8: Poradenská kompetence**

Vzhledem k tomu, že poradenství je nedílnou součástí poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních, měl by touto kompetencí pracovník disponovat a také ji náležitě rozvíjet. Informanti tuto kompetence považují za nejdůležitější společně s kompetencí komunikační.

#### Výskyt kódu:

*M54-55: „Další problémy, které řešíme, jsou osobního rázu, hodně individuální, jako třeba čeho se klient obává, co ho tíží, vlastně je to poradenská činnost, takže musíte klienta vyslechnout a snažit se pomoci nebo poradit.“*

*E27-28: „Pak bych řekla poradenská kompetence i kvůli tomu, že tato práce je z velké části o poradenství.“*

*E33: „Jsou potřeba znalosti té poradenské činnosti...“*

*E51-52: „V rámci poskytování poradenství je potřeba dokázat pomoci klientovi smířit se s novou událostí v jeho životě.“*

*L39-40: „Radím lidem co dělat dál i v rámci prevence, jaká rizika z toho vyplývají a podobně.“*

*K38: „Často poskytujeme poradenství, je to i dost o znalosti toho poradenství.“*

*S16-17: „V podstatě se mu snažím pomoci v jeho problému, navést ho na nějaké řešení a pomoci mu v tom řešení.“*

*S28-44: „Důležité je znát poradenství, jako ze stránky psychologie, tak i z té stránky sociální. Je to o umístování do zařízení, kde bude o daného člověka postaráno a bude mu*

*poskytnuta odpovídající péče, také však poskytujeme poradenství nejen seniorům, ale i osobám bez příštřeší nebo rodinám.“*

*V17: „Máme zde i poradenskou službu...“*

### **Kód 9: Kompetence k řešení problémů**

Tato kompetence významná, protože v každém zařízení, nejen zdravotnickém, se konflikty čas od času vyskytují a je nutné je řešit. Zejména v sociální oblasti a zdravotnictví by problémy neměly žádným způsobem narušovat chod zařízení a režim v něm, protože je v něm pečováno o lidské bytosti. Z toho důvodu je kompetence k řešení problémů považována za důležitou, pokud jí disponují pracovníci v zařízení, můžeme předpokládat, že než dojde ke konfliktu, bude problém racionálně vyřešen.

#### Výskyt kódu:

*M28: „Disponovat by měl určité kompetencí k řešení problémů.“*

*J26-38: „Kompetence pro řešení problémů je důležitá, hlavně protože musíte často zachovat klidnou hlavu a řešit věci racionálně, nenechat se strhnout klientovou bezmocí.“*

*K20-21: „Pracovník by měl být určité emočně vyrovnaný, nesmí se nechat se rozhodit, možná bych to nazvala asertivitou.“*

*S23: „...musí umět řešit problémy, které přicházejí.“*

Kompetenci k učení vnímají informanti jako jednu z klíčových kompetencí, kterými by měl pracovník poskytující sociální péči, disponovat. Nejen v souvislosti se stále se pozměňující legislativou chápou vzdělávání i sebevzdělávání jako celoživotní nikdy nekončící proces, jako důležité shledávají i pozorovat vývoj sociální oblasti a teorie, kterou při své práci uplatňují. I v kompetencích sociálního pedagoga můžeme nalézt kompetenci k učení, společným jmenovatelem obou oborů je potřeba celoživotního vzdělávání a důraz na sledování vývoje vlastního oboru. Kompetence k učení je podle nás nutností i vzhledem k udržení kvalitní úrovně poskytování sociální péče, působením sociálního pracovníka i sociálního pedagoga. Další kompetencí, jejíž potřeba pojí obory sociální práce i sociální pedagogiky je kompetence komunikační, která je nutností jak již při komunikaci s klienty, tak i při samotném poskytování poradenských služeb. Důraz na efektivitu komunikace vnímají i informanti, kteří považují dobrou úroveň sociální komunikace jako předpoklad k výkonu jejich profese.

Zmiňují také důležitost znalosti specifik komunikace s jednotlivými skupinami klientů, komplexně komunikaci považují informanti jako úplný základ při poskytování sociální péče ve zdravotnictví. Zde vidíme značnou podobnost se sociální pedagogikou, která také staví na dobré úrovni komunikačních schopností, jež jsou zapotřebí pro efektivní komunikaci s cílovými skupinami, na které může sociální pedagog působit.

Podobně je nahlíženo na poradenskou kompetenci, na které, jak tvrdí informanti, sociální péče ve zdravotnictví staví a je základem poskytovaných služeb. Poradenství je podle informantů velmi žádanou formou sociální péče ve zdravotnictví a pracovník by měl ovládat jeho základy. I sociální pedagog by měl disponovat poradenskou kompetencí, s poradenstvím se setkává i během samotného studia.

O kompetenci k řešení problémů hovoří informanti jako o nezbytné, protože musí být připraveni řešit vzniklé problémy jak v rámci multidisciplinárního týmu, tak i při kontaktu s klienty. Informanti uvádějí, že je tato kompetence důležitá i proto, aby byly problémy řešeny klidně a racionálně, bez zbytečných emocí a žádným způsobem neměly vliv na kvalitu práce nebo dynamiku multidisciplinárního týmu zdravotnických pracovníků.

### 10.2.2 Subkategorie Orientace na klienta

Druhá subkategorie **Orientace na klienta** táže na důležité přístupy ve vztahu ke klientu. Nejčastěji byly informanty zmiňovány čtyři, které jsou nejvýznamnější pro samotného klienta v rámci poskytování sociální péče, a na které by měl být kladen důraz, aby byla péče dostatečně kvalitní a smysluplná. Tyto přístupy jsou zachyceny v kódech:

10. Aktivní naslouchání
11. Upřímný zájem
12. Empatie
13. Etika v přístupu ke klientu

Tabulka 5 – Orientace na klienta

Kategorie: Musím vědět a znát	Subkategorie: Orientace na klienta
<p style="text-align: center;"><b>Kód 10: Aktivní naslouchání</b></p> <p>Aktivní naslouchání by mělo být základem v komunikaci s klientem, protože je nutné, aby klient cítil, že jej opravdu posloucháte a máte zájem na jeho situaci. Pokud pracovník aktivně naslouchá, podněcuje klientův zájem svou situací řešit a kooperovat, klient potřebuje zpětnou vazbu nejen verbální, ale i skrze oční kontakt, který poukazuje na to,</p>	

že se pracovník intenzivně zabývá klientovou situací a je pro něj v danou chvíli na prvním místě.

Výskyt kódu:

M11: „Určitě by měl umět naslouchat, snažit se lidem porozumět.“

E18: „Je potřeba dokázat klientovi naslouchat.“

E52-53: „Mnohdy je nejdůležitější mluvit, prostě aby jej někdo vyslechl.“

L25-26: „Aktivní naslouchání, to je hodně důležité. Musíte si dávat ty získané informace dohromady.“

K52-53: „Snažíte se je vyslechnout, podat jim ten náhled na něco tak, aby to pochopili.“

S15-16: „Potom schopnost člověka poslouchat, ne ho jen tak rychle vyslechnout, ale doopravdy poslouchat, co říká.“

V15: „...prostě když pracovník umí naslouchat.“

V97-99: „Lidé se potřebují někomu svěřit, a když zjistí, že se můžou někomu svěřit, začnou říkat víc, i to, co už nepotřebujete. Ale neutnete ho, neřeknete mu, že už to stačí, když Vám začne líčit něco ze svého života.“

**Kód 11: Upřímný zájem**

Tento kód vyjadřuje nepředstíraný zájem o klienta, který musí vycházet z opravdové potřeby pomoci danému člověku. Nedá se předstírat, měl by vycházet z nitra pracovníka, pro kterého je klient upřímně důležitý, zájem o něj vychází nikoliv z tendence mu pomoci z důvodu pobírání platu za poskytované služby, ale z nepředstírané potřeby pomoci klientovi vyřešit jeho tíživou situaci a být mu v ní oporou. Upřímný zájem o klienta by měli projevovat pracovníci všech pomáhajících profesí.

Výskyt kódu:

*H15-20: „Je potřeba vstřícnosti, upřímnost v zájmu o pacienta. Ten pro nás musí být upřímně důležitý.“*

*E16-17: „Hlavně musí chtít upřímně pomoci, ne proto, že by měl.“*

*O15-17: „Takže by to měl být člověk obětavý, protože často musíme dělat něco navíc, ale děláme to pro ty lidi, kteří to potřebují v tu danou chvíli. Vše je o klientovi a s tímto k práci přistupujeme, protože to je základ, ta orientace na klienta.“*

*S13-14: „Myslím, že pracovník by měl mít v první řadě vztah k tomu člověku. Když ho nemáte, tak může mít pracovník třeba deset vysokých škol a stejně mu to k ničemu není. Takže vztah k člověku je na prvním místě.“*

### **Kód 12: Empatie**

Informanti se shodují, že při práci s klientem je empatie klíčovou vlastností pracovníka. Musí se dokázat vcítit do situace klienta, aby ji dokázal správně řešit, v nejlepším zájmu klienta. Empatický přístup ke klientu je základem správné povahy všech pracovníků poskytujících sociální služby, jedině s ním lze obtíže klienta správně pochopit.

#### Výskyt kódu:

*M11-12: „Tou nejdůležitější vlastností je rozhodně empatie.“*

*E14-16: „Je zapotřebí empatie, snažit se těm klientům dobře porozumět hlavně proto, abychom jim pak mohli co možná nejlépe poradit.“*

*H13-14: „Když bych měla vybrat nějaké osobnostní vlastnosti, tak pak bych řekla, že je to schopnost vcítit se.“*

*J19-22: „A ty důležité vlastnosti jsou vnímavost, empatie, to je jasné, bez toho to prostě nejde.“*

*K16-17: „...měl by se dokázat opravdu upřímně vcítit do situace klienta.“*

*L14: „Ten člověk, co péči poskytuje, musí být empatický...“*

*V15: „Rozhodně by měl být empatický.“*

### **Kód 13: Etika**

Etika je důležitou součástí teorie i praxe všech pomáhajících profesí. Je zapotřebí dodržovat etické principy práce s klientem, protože jsou situace, kdy může absence etiky zapříčinit i ztrátu důvěry k pracovníkovi nebo nenávratně poškodit vztah klienta a pracovníka poskytujícího sociální péči. Z tohoto důvodu je nutné etiku zahrnout do skupiny nejvýznamnějších přístupů, které musí být dodržovány při poskytování sociální péče.

#### Výskyt kódu:

*M14-15: „Měl by vědět, kde je rámeček toho, na co se může dotazovat.“*

*M23-24: „A nemůžeme po klientovi chtít, aby s námi komunikoval o citlivých záležitostech před cizími lidmi.“*

*J28-30: „Ale i rozhovor se musí umět, jak se ptát, na co, i v rámci etiky. Jak zjistit informace, které potřebuji, aby to tomu klientovi nebylo nepříjemné, a tím spíš v jeho situaci.“*

*O18-20: „...a pak musí mít tento pracovník jistou dávku sociální inteligence, vědět, na co se ptát, co je vhodné a jak zjistit to potřebné.“*

*O20-22: „A je důležité dbát i na etiku práce s klientem, v souvislosti s tímto je důležitá dobrá znalost zásad komunikace, znalost těch skupin klientů. Jak se k nim chovat, jak s nimi zacházet.“*

*V100-101: „Když se člověk potřebuje svěřit, nemůžete mu říct, že vás to nezajímá.“*

Informanti se shodují, že aktivní naslouchání je při komunikaci s klientem stěžejní, a to hlavně proto, že je cestou k porozumění klientovi. Pokud pracovník klientovi aktivně naslouchá, dává tak najevo svůj zájem o něj. Někdy klientovi stačí ze strany pracovníka pouhé vyslechnutí, možnost svěřit se se svými pocity, obavami ze vzniklé situace. I tady hraje aktivní naslouchání důležitou roli. I sociální pedagog musí mít schopnost aktivně naslouchat lidem, k čemuž je veden i v rámci studia.

Dát najevo upřímný zájem o klienta, tedy ten opravdový a nepředstíraný, je klíčem k efektivní komunikaci. Informanti vypovídají, že by měl pracovník pomoci ne proto, že musí, ale zejména proto, že chce, tedy že má zájem na vyřešení problému svého klienta. I práci, které je mnohdy více, než čas dovoluje, vykonávají informanti v zájmu svých klientů, s úmyslem udělat maximum pro úspěšné vyřešení jejich situace. Upřímnost v zájmu o klienta je nezbytná ve všech pomáhajících profesích, tedy i v sociální pedagogice, kde je projev upřímného zájmu vůči klientovi stejně jako u sociální práce klíčem k navázání dobrého vztahu pracovník – klient.

Empatie je podle informantů na prvním místě v tom, jakými vlastnostmi by měl disponovat pracovník, který sociální péči poskytuje. Všichni informanti ji vnímají jako tu nejdůležitější vlastnost, shodují se, že schopnost vcítit se do klienta je zásadní, aby mohl pracovník klientu dobře porozumět. I empatii můžeme vztáhnout na všechny pomáhající profese, stejně jako u sociálního pracovníka musí být rozvíjena i u sociálního pedagoga.

Informanti si uvědomují, jak důležitou roli hraje při poskytování sociální péče etika. Dle svých slov si dávají pozor na rámec toho, co je v jejich kompetenci, na mantinely při zjišťování osobních informací o klientu, ale také o okolnostech samotného poradenství. Etické principy musí dodržovat všechny profese, kde je poskytována nejen sociální péče lidem. Absolventi sociální pedagogiky ví, jaké etické principy je třeba dodržovat při práci s lidmi, etické aspekty práce jsou zaneseny v mnoha povinných předmětech v rámci studia.

### 10.2.3 Subkategorie Nutnosti k výkonu profese

Ve třetí subkategorii **Nutnosti k výkonu profese** dotazujeme informantů na základní a nejpodstatnější vědomosti, které musí mít osoba poskytující sociální péči. Jsou to však nejen teoretické znalosti, ale také potřebné zkušenosti z praxe, kterou získáváme až v průběhu vlastního zaměstnání. Tato subkategorie zahrnuje následující kódy:

- 14. Legislativa
- 15. Praxe
- 16. Potřebné znalosti

Tabulka 6 – Nutnosti k výkonu profese

Kategorie: Musím vědět a znát	Subkategorie: Nutnosti k výkonu profese
<b>Kód 14: Legislativa</b>	
<p>Vzhledem k tomu, že legislativa zastává v sociální oblasti významnou roli a je nezbytné se jí řídit, měla by být základem teoretických znalostí pracovníků v oblasti sociálních služeb i zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že je často aktualizována, považujeme za nezbytné, aby pracovník sledoval její proměny a dokázal se v ní orientovat. Legislativa je v sociální oblasti využívána prakticky ve všech službách, které mohou být poskytovány, podléhá jí i dokumentace, která je neoddelitelnou součástí administrativní práce v sociální oblasti.</p>	
<p>Výskyt kódu:</p> <p><i>M13: „Sociální pracovník by se měl také orientovat v zákonech, protože se často mění.“</i></p> <p><i>M26-28: „A pak by se měl dokázat orientovat v zákonech, protože administrativní činnost vykonáváme dost a tam na tom musíme stavět.“</i></p> <p><i>M35-36: „Potom je důležitá znalost práva v oblasti sociálních služeb.“</i></p>	

*E34-35: „Samozřejmě nemusím znát všechny ty zákony, ono se to mění a nemůžu to mít všechno v hlavě, ale vím, kde to najdu a orientuju se v tom.“*

*H36-37: „Musíme se orientovat v zákonech, ale to se nedá úplně naučit, to musíte sledovat a vědět, kde to najdete.“*

*K41-42: „Je potřeba základ znalosti práva v sociální oblasti, i když ten konkrétní zákon můžete vyhledat, ty základy je zapotřebí znát a další vědět, kde je hledat.“*

*V26-28: „Znalosti té sociální oblasti, zákonu, teda ne přesně, ale ten člověk musí vědět, kam má sáhnout. Takže přesně bych Vám to necitovala, ale vím, kde ho najdu, když si potřebuju něco upřesnit nebo ujasnit.“*

#### **Kód 15: Praxe**

Kód poukazuje na to, že často nám ani absolvování vysoké školy nebo kurzu nedodá potřebné vědomosti, často jsou vlastní zkušenosti cennější, než naučená teorie. Je samozřejmé, že až praxe pracovníkovi dá komplexní ponětí o oblasti, teorie vždy nedokáže obsáhnout to, na co se přichází samotnou praxí. Jsou schopnosti, které nelze absorbovat vzděláním a právě praxe je v tomto ohledu cenná a potřebná, pracovník se díky ní stává znalejší problematiky a jeho služby jsou kvalitnější.

#### **Výskyt kódu:**

*E36-37: „Ostatní Vám dá studium i praxe, protože všechno se naučit nejde a zkušenosti jsou nenahraditelné. A teď si ještě říkám, že je potřeba se i zběžně vyznat ve zdravotnictví, ale do toho se jde dostat postupně právě během té praxe.“*

*H38-41: „Není čas tady něco vysvětlovat, ale zase je pravda, že do toho se dostanete i za pochodu při té práci, protože jednoduše musíte, jste v tom každý den a nemůžete se lékařů nebo jiného personálu stále dotazovat, takže Vás to nutí i leccos zjišťovat. Postupně se do toho dostáváte.“*

*H77-79: „Je to i dost o praxi, kdy už po nějakém čase prostě víte, jakým způsobem s tímto typem klientů komunikovat, co konkrétně potřebují.“*

*J13-15: „Jsem i vlastně ráda za to, že jsem obrazně řečeno skočila do divoké řeky, protože vzhledem k množství klientů se tady do toho člověk dostane brzy.“*

*J52: „Protože nejcennější je ta praxe, ta Vás naučí nejlépe.“*



*K48-49: „Při práci s geriatrickými klienty je výhodou praxe, protože ta komunikace s nimi je někdy těžká, když se snažíte jim opravdu porozumět.“*

*K53-54: „Ty specifika komunikace s různými cílovými skupinami postupem času vychytáte, stanou se pro Vás přirozenými.“*

*L15-16: „Pokud pracovník ve zdravotnictví nepracoval, tak se do toho těžko vstupuje. Kolegyně s tím ze začátku hodně bojovala, protože ve zdravotnictví nikdy nepracovala, ale dá se to naučit za chodu.“*

*V29-31: „Když v tom děláte roky, tak už i víte, ale v začátku to chce asi nějakou základní znalost, i když do toho lze vplout v té praxi, jako to mělo hodně pracovníků.“*

### **Kód 16: Potřebné znalosti**

Všechny znalosti nelze získat praxí, je potřebný určitý balíček vědomostí, který v konkrétní oblasti musíte využívat. Tento kód zachycuje veškeré potřebné znalosti a vědomosti, které informanti považují za klíčové. Nemusí to nutně být pouze znalosti z oboru Sociální práce, ale také znalosti aplikované z jiných příbuzných oborů, bez kterých nelze tuto profesi vykonávat.

#### Výskyt kódu:

*M32-35: „Samozřejmostí je znalosti sociální práce jako takové, jejich postupů a metod, protože je důležité je umět použít. A pak i při poradenství je to o tom rozumět psychologii, když vedete rozhovor nebo vlastně při jakékoliv práci i komunikaci s klientem. Musíte mu dokázat porozumět z lidského i odborného hlediska.“*

*E13-14: „Pracovník musí znát dobře svůj obor, takže sociální práci nebo jiný obor, který staví na sociální péči. Ale musí i rozumět zdravotnictví, být dobrý teoretik, ale dokázat to uplatnit i potom v té praxi. Nutná je i znalost té poradenské činnosti.“*

*H12-13: „Rozhodně jsou nutné ty znalosti, které k výkonu této práce potřebuje, takže znalosti sociální, znalosti týkající se práva v naší oblasti a tak dále.“*

*H35-38: „Vědomosti v první řadě sociální, ale i psychologie, to je také potřeba a je to dost důležité. A v neposlední řadě musíme rozumět i v nějaké míře tomu zdravotnictví, abychom rozuměli tomu, co se děje.“*

J41-43: „Jsou to znalosti z oblasti sociální práce, psychologie, legislativy. A vlastně i třeba sociologie, to taky využívám. A určitě je toho ještě více, možná i nějaká znalost pedagogiky v sociální oblasti.“

K18-19: „Ale musí tam být i ty znalosti, je jasné, že bez nich to nejde, musíte vědět, jak s tím člověkem pracovat a dokázat to všechno uplatnit v praxi. Vzhledem k tomu, že často poskytujeme poradenství, tak je to dost o znalosti psychologie a poradenství.“

O35-43: „Znalosti sociální práce samotné, ta mě naučila, jak pracovat s klientem, znalosti psychologie, znalosti legislativy a orientace v ní. Nutností je také znalost adiktologie, drogové a alkoholové problematiky, specifika práce s těmito klienty. Vzhledem k odlišnostem právě těchto klientů od ostatních v řadě různých rozdílů je opravdu ta znalost této problematiky a těchto klientů, řekla bych klíčová.“

S29-30: „Důležité je propojovat všechny ty oblasti, aby ta práce byla efektivní a měla smysl. Je důležité umět pracovat s víceméně všemi možnými klienty, protože se jich tady střídá více těch skupin.“

V26-29: „Znalost té sociální oblasti, ale i vědomosti ze zdravotnictví, protože když něco slyšíte, třeba latinský název, tak Vám to nic třeba neřekne.“

Informanti tvrdí, že při výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka je nutné orientovat se v právu v sociální oblasti, sledovat změny legislativy a vědět, kam sáhnout pro konkrétní zákon, přesto však připouštějí, že znalost přesného znění zákona není třeba. Je spíše důležité vědět, kde jej hledat. Legislativa spojuje množství profesí napříč obory, u sociální oblasti její důležitost spočívá především v tom, že je poskytována péče lidem, a tudíž se nepřipouští možnost chybování, což je další spojkou mezi sociální prací a sociální pedagogikou.

Informanti poukazují na důležitost praxe, protože jsou podle nich zkušenosti nenahraditelné a během praxe se člověk učí nejrychleji. I základy zdravotnictví, které jsou dle informantů v této profesi nutné, se jejich názorem lze naučit za chodu při výkonu profese. Praxi ale vnímají jako velmi cennou i z hlediska péče o jednotlivé skupiny klientů, kdy praxe naučí pracovníka specifika práce s danými skupinami klientů mnohdy lépe, než obsáhlá teorie. Někteří informanti tvrdí, že vzhledem k tomu, o jaké množství klientů pečují, se nově přichozí pracovník dostane do oboru velmi rychle. Praxe se samozřejmě důležitá ve všech oborech, při práci s lidmi se však nedá nikterak simulovat a pracovník se učí výhradně zkuše-

ností. Zkušenosti z praxe výkonu profese sociálního pedagoga by byly při práci ve zdravotnickém zařízení cenné, protože se dle slov informantů jedná stále po poskytování sociální péče lidem, mimo to, nějaká forma poradenství funguje v podstatě ve všech pomáhajících profesích.

V souboru potřebných znalostí k výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka by podle informantů neměly chybět znalosti sociální práce a jejích metod, které by měli znát a dokázat používat i sociální pedagogové, kteří se v rámci svého studia základy sociální práce zabývají. Uvádějí však také, že tyto metody si lze osvojit až při výkonu profese, v praxi. Informanti shodně přikládají důležitost pro výkon profese znalostem psychologie, ze které je při studiu sociální pedagogiky hojně čerpáno, ale také znalostem legislativy a sociologie, jimž je v rámci studia také věnován samostatný předmět. Někteří informanti zmiňují také nutnost znalosti adiktologie a specifika práce s klienty se závislostí, zejména při práci na oddělení, kde se vyskytují tyto skupiny klientů. Zvláštnostmi práce s těmito osobami se však sociální pedagogika zabývá v dostatečné míře také. Sociálního pedagoga považujeme za dostatečně odbornou a potřebné teorie znalou osobu, která má předpoklady poskytovat sociální péči ve zdravotnictví.

#### 10.2.4 Subkategorie Práce s klienty

Čtvrtá subkategorie **Práce s klienty** reflektuje spektrum skupin klientů, kterým je nejčastěji poskytována sociální péče. Poukazuje na specifika práce s jednotlivými skupinami klientů, na některé situace, ve kterých se informanti při práci s těmito klienty setkávají. V posledním kódu této subkategorie jsou zahrnuty nejčastěji používané metody práce s klienty, které využívají pracovníci poskytující sociální péči nejen napříč spektrem skupin klientů, ale i v rámci konkrétních skupin. Tato subkategorie obsahuje tyto kódy:

17. Geriatrický klient
18. Osoba se závislostí
19. Dětský klient
20. Osoba bez přístřeší
21. Používané metody

Tabulka 7 – Práce s klienty

<b>Kategorie: Musím vědět a znát</b>	<b>Subkategorie: Práce s klienty</b>
--------------------------------------	--------------------------------------

**Kód 17: Geriatrický klient**

Skupina geriatrických klientů je ve zdravotnických zařízeních nejčetnější skupinou, které je sociální péče poskytována. Proto je důležité znát specifika práce s těmito klienty a být připraven na situace, které mohou při práci nastat. Tyto situace se často opakují, protože geriatrickí klienti se dostávají na dané oddělení většinou ze několika stejných důvodů. Tento kód zachycuje různé zmínky informantů o práci s geriatrickými klienty či její četnosti.

## Výskyt kódu:

*M39-40: „Vzhledem k tomu, na jakém oddělení sociální práci poskytují, je nejčastější skupina geriatrickí klienti, ta je rozhodně nejpočetnější. Věkově většinou sedmdesát let a více.“*

*M48-49: „Nejvíce vyřizujeme následující péči, jestli si toho geriatrického klienta vezme po propuštění rodina nebo do kterého zařízení bude předán.“*

*E46-48: „Dost často poskytujeme sociální péči i starším lidem sedmdesát let a výše. Takže s těmito klienty také musíme umět pracovat, má to svá specifika, ta komunikace je někdy docela obtížná.“*

*J55-56: „Jsou to ti klienti, kteří se k vám dostanou v souvislosti se stářím a nemocemi. A většinou zde dochází k imobilitě a ztrátě autonomie.“*

*K45-48: „Senioři jsou jednou ze dvou nejčastějších skupin klientů, o kterou se staráme. Je to u nich náročnější, protože vyžadují specifické zacházení, musí se k nim přistupovat jinak, citlivěji.“*

*K83-84: Často si k těmto klientům musíte první najít cestu, získat jejich důvěru a až pak se Vám dokážou svěřit, říci něco více o jejich situaci.“*

*S32: „Často tady máme geriatrické klienty.“*

*V55-58: „Řešíme hlavně imobilitu, v současné době je hodně devadesátí a více letých lidí, takovou skupinu jsem za ten čas praxe ještě nezažila, je to proces stárnutí populace. Je jich najednou strašně moc a doted' byli zdravější, než ty mladší ročníky. Oni fungují, najednou se něco stane a oni na to nejsou připraveni ve svém věku, že nebudou chodit. A tam vyvstává ten problém, a to imobilizační syndrom. Navíc žijí v devadesátí procentech sami.“*

**Kód 18: Osoba se závislostí**

Skupině klientů se závislostí je nejčastěji poskytována sociální péče v léčebnách nebo detoxech. Stává se však, že se s klientem se závislostí, ať už na alkoholu nebo drogách setkávají i pracovníci poskytující sociální péči v běžných zdravotnických zařízeních na různých odděleních. Tam se dostávají důsledkem úrazu nebo nemoci. Kód vyznačuje všechny údaje, které informanti poskytli o klientech se závislostí.

## Výskyt kódu:

*J92-95: „Ještě mě napadá, že při práci s osobou se závislostí tam je ta největší náročnost v tom, že ten člověk o tu péči mnohdy nestojí, to je pak velmi těžké a bere to hodně energie. Obtížně se spolupracuje s tímto typem klientů, ale setkáváme se s ním pravidelně.“*

*L80-82: „Závislí lidé jsou náročná cílová skupina, nejhorší jsou ti sociálně zdatní, kteří vědí, co po mně chtějí a zneužívají toho, často opakovaně.“*

*L84-87: „Oni když chtějí, tak umí, ale člověk jim nechce křivdit, když je neznáte, spíš mluvím o těch opakovaných klientech.“*

*O51-53: „Rozhodně jsou nejčastější závislosti na alkoholu, ty převažují. Potom závislosti na tvrdých drogách, práce s těmito klienty je velmi náročná, protože si svou závislost ne vždy přiznávají nebo spíš, že se to v nich láme.“*

**Kód 19: Dětský klient**

Ačkoliv by se mohl zdát dětský klient jako nejčastěji se vyskytující klient, jež potřebuje sociální péči, informanti často hovoří o opaku. Kód je zde zanesen z důvodu vyvrácení mýtu, který všeobecně panuje a to, že sociální péče je nejčastěji poskytována právě dětem. Kód obsahuje všechna vyjádření se informantů k dětským klientům.

## Výskyt kódu:

*M41: „Kdysi jsme měli i dětské klienty, ale to už je teď řešeno jinak.“*

*E46: „Dětí je poměrně méně.“*

*H53: „Děti nejsou až tak obsáhlou skupinou, jak by se dalo čekat.“*

*K46: „Dětem tady sociální péči neposkytujeme.“*

*L49-54: „Děti jsme tady dříve měli pouze výjimečně a nepřicházeli jsme s nimi do kontaktu. Od prosince loňského roku je zde otevřený dětský NIP, ale je toho minimálně, tam ta práce není, hlavně teda ne ta administrativa. Ze své zkušenosti vím, že třeba i když si lidé myslí, že spousta té zdravotně sociální práce bude právě na dětských onkologických centrech, tak to tak vůbec není. Je to dáno tím, že jsou navázáni na ty Dobré anděly, Amélie a podobně. Tam jim to pokryje tohle.“*

#### **Kód 20: Osoba bez přístřeší**

S osobami bez přístřeší se informanti setkávají nejčastěji při hospitalizaci tohoto klienta z důvodu nemoci, někdy i zranění. Ačkoliv tato skupina není nejčetnější, práce s těmito klienty se často shoduje s klienty geriatrickými, a to z důvodu stejné náročnosti při hledání vhodného zařízení následné péče, kterých je značný nedostatek. Tito klienti však často vzhledem k nižšímu věku a nespádáním do skupiny seniorů nesplňují kritéria zařízení následné péče. Tento kód značí všechny zkušenosti informantů s klienty bez přístřeší, bez ohledu na četnost poskytování sociální péče této skupině klientů.

#### Výskyt kódu:

*M40-52: „Bezdomovců není moc, jsou tam ale i mladší lidé, je tam často i nějaká závislost, ať už alkoholová, nebo drogová. Tam se snažíme jim sehnat místo na ubytovně, pokud je mobilní a jinak je to těžké, protože často ani sami nechtějí nikde zůstat.“*

*S32: „Máme tady i lidi bez domova...“*

*V32-43: „Sociální péči zde poskytujeme lidem bez domova, tedy společensky nepřizpůsobivým, nebo jak bych to nazvala, teď už je jich méně a je to po této stránce jednodušší, dříve jsme jich měli na starosti více. Lidé bez domova jsou věkově podstatně mladší, vlastně často velmi mladí lidé.“*

#### **Kód 21: Používané metody**

Pracovník poskytující sociální péči by měl umět využívat množství metod používaných nejen v sociální práci, ale i v jiných oblastech, které je třeba využívat při poskytování sociální péče. Kód představuje veškeré metody, které informanti představili jako ty, které jsou v jejich zařízení nejčastěji používané. Metody práce s klientem je nutné znát při výkonu všech profesí v oblasti sociální péče a je zapotřebí je umět aplikovat v praxi.

#### Výskyt kódu:

M20-24: „U nás je to víceméně jen rozhovor. Ono totiž, když je klient imobilní, tak je to vlastně to jediné, co můžeme při práci s ním použít. A celkově ten rozhovor určitě převažuje.“

E21-24: „Nejvíce uplatňujeme samozřejmě rozhovor, používáme i případovou práci, protože musíme vše evidovat a taky plánovat. Též poskytujeme poradenství, to je další metoda.“

H22-25: „Metodu rozhovoru s jednotlivcem, ta je nejčastější, dále práce s rodinami, ale mnohdy komunikujeme pouze s jedním členem rodiny. Dále poskytujeme sociální poradenství, pokud to můžeme považovat za metodu, ono je to ve spojitosti s rozhovorem. Tvoříme i případové studie, každý případ se musí zaznamenat a musí obsahovat všechny náležitosti.“

J27-31: „S klienty hlavně mluvíme, takže používáme rozhovor jako nejčastější metodu. Vypracováváme pak i plány té individuální práce s klientem, kde každou jednu informaci zanášíme, což můžeme také brát jako metodu, to plánování práce.“

K25-28: „Ačkoliv nejčastěji realizujeme rozhovory, když je výjimečně čas, hrajeme s klienty hry, které jim pomohou přijít na jiné myšlenky a trochu se procvičit, hlavně tedy po té mentální stránce, která často trpí, zvláště u starších lidí. Dále vypracováváme kazistiky, případové studie.“

L22-23: „Určitě ten rozhovor, ten je nejpoužívanější, s jednotlivcem, s rodinou. I s komunitou, které domlouvám, protože tady máme detox, ale málokdy.“

L35-36: „Tím, že mám na starosti detox a psychiatrii a potom tu následnou intenzivní péči, tak pracuji nejvíce s rodinami, protože ti lidé nejsou ve stavu, aby se mnou komunikovali.“

O25-28: „Pracujeme s klientem jak samostatně, tak i se skupinami, nebo s komunitami. K té přistupujeme, pokud klienti plně spolupracují a dobrovolně se pokouší překonat vlastní závislost. Ale nejčastěji je to asi ten privátní rozhovor s klientem. Další metodou může být případová studie, kterou musíme vést o každém jednotlivém klientovi.“

S19-21: „Nejfrekventovanější metoda je rozhovor, protože my za těmi pacienty jdeme a rozmlouváme. Ještě pak máme poradenskou službu, pokud se s nimi domluvíte, pokud ne, pak komunikujete s rodinami.“

*VI7-19: „My máme poradenskou službu, takže metody rozhovor a poradu, případně jim dáváme kontakty. Rozhovor používáme s jednotlivcem, buď přímo s klientem, pokud se s ním dá domluvit, jinak s rodinnými příslušníky, případně s obcí.“*

Informanti shodně uvádějí, že nejširší skupinu tvoří geriatrickí klienti, kterých je aktuálně nejvíce za několik posledních desetiletí. U těchto klientů pracovníci nejčastěji řeší následnou péči v dalším zařízení. Tito klienti se dostávají do zařízení nejčastěji vinou nemoci a stářím, často zde poté dochází k imobilitě a ztrátě autonomie. Informanti vypovídají, že je nejdůležitější najít si k seniorovi cestu a získat si jeho důvěru, proto je důležité znát specifika komunikace s touto skupinou klientů. S geriatrickými klienty se setkáváme ve všech pomáhajících profesích, i sociální pedagogika se hojně zabývá geriatrickou problematikou z více různých hledisek, a proto usuzujeme, že by sociální pedagog neměl mít problém při poskytování sociální péče této skupině klientů, ani při komunikaci s těmito klienty.

Na tom, že osoba se závislostí na návykové látce je nejnáročnějším klientem, se shoduje více informantů. Za vůbec nejhorší považují práci s klientem se závislostí, který je navíc ještě sociálně zdatným dokáže s pracovníkem manipulovat. Informanti se nejčastěji dostávají do styku s klienty závislými na alkoholu, následují tvrdé drogy. Vzhledem k tomu, že sociální pedagogika se zabývá adiktologií a prací s osobami s různými typy závislostí, věříme, že i sociální pedagog by mohl poskytovat sociální péči ve zdravotnickém zařízení, samozřejmě v rámci odbornosti, kterou má k poskytování určitého typu sociální péče, zde předpokládáme například v poradenství nejen osobám se závislostmi, ale také geriatrickým pacientům nebo osobám bez přístřeší i dětem, tedy skupinám klientů, kterými se sociální pedagog zabývá ve svém studiu. S dětskými klienty se sociální pracovníci ve zdravotnictví nebo zdravotně sociální pracovníci v posledních letech prakticky nesetkávají. Může to být i z důvodu, který uvedl jeden z informantů, a to zajištěním sociální péče dětem, zejména na onkologických odděleních, různými sdruženími, která tuto péči poskytují jako dobrovolníci. Sociální pedagog dokáže pracovat i s dětskými klienty, zná metody práce s dětmi, a tudíž by se mohl zařadit do týmu poskytujícího sociální péči i jim. Stejně tak by mohl sociální pedagog pracovat i s osobami bez přístřeší, které jsou naopak čtenějšími klientskými skupinami, jež bývají hospitalizovány podle informantů nejčastěji z důvodu nemoci či zranění. U nich pak zdravotně sociální pracovníci řeší podobné obtíže jako u geriatrických klientů, a to umístění v zařízeních následné péče.



Metody, které používají sociální pracovníci ve zdravotnictví, jsou různé v závislosti na zařízení, kde je sociální péče poskytována. Informanti se shodují, že rozhodně nejčtenější metodou, která je používána ve všech zařízeních, je rozhovor, nejčastěji s jednotlivce, s rodinami, v detoxech pak také s komunitami. Rozhovor informanti používají, když se dotazují na osobní informace klienta, ale také při poradenské činnosti a jiných kontaktech s klientem nebo jeho rodinou. Informanti uvedli, že dále využívají metod poradenství, což vlastně lze považovat za formu rozhovoru, také však realizují případové studie a kazuistiky. Rozhovor je metodou používanou i v sociální pedagogice, kde je také čteně využíván v práci s širokou skupinou klientů. Stejně tak se sociální pedagogové setkávají s kazuistikami i případovými studii, které zvládají i tvořit. Metody využívané v sociální práci ve zdravotnictví by tak měly být vlastní i absolventům sociální pedagogiky, případné nedostatečnosti ve znalosti metod při poskytování sociální péče lze poté doplnit při samostudiu, kdy předpokládáme, že sociální pedagog při svém vzdělání nebude mít jakýkoliv problém s použitím metod v praxi.

### 10.3 KATEGORIE PROFESNÍ NESNÁZE

Tato kategorie zahrnuje výpovědi informantů o náročných aspektech poskytování sociální péče. I přesto, že jsou pracovníci připraveni na určitou úroveň náročnosti jejich profese, jako lidské bytosti také podléhají obtížným situacím a zažívají syndrom vyhoření. Z tohoto vyplývá důraz na duševní hygienu, a to v rámci veškerých pomáhajících profesí. Informanti zažívají momenty, které v nich vyvolávají různorodé pocity, což je logicky ovlivněno i odlišnou senzitivitou pracovníků na různé situace, se kterými se při poskytování sociální péče čteně setkávají. Informanty běžně lidsky zasáhnou osudy klientů, kterým sociální péči poskytují, je však nutné dokázat s těmito pocity pracovat a nepřenášet je tam, kde nepatří, aby negativně nepůsobily na jiné klienty nebo na osobní život pracovníka.

#### 10.3.1 Subkategorie Vypjaté situace

V rámci této kategorie jsme vytvořili tři subkategorie, přičemž první se nazývá **Vypjaté situace** a zabývá se úbytkem energie působením klienta a důležitostí správného vypořádání se s takovou situací, a to zejména s ohledem na kvalitu další poskytované péče. První subkategorie třetí kategorie obsahuje kódy:

22. Ztráta energie

23. Duševní hygiena

Tabulka 8 – Vypjaté situace

Kategorie: Profesionální nesnáze	Subkategorie: Vypjaté situace
<p><b>Kód 22: Ztráta energie</b></p> <p>Při poskytování sociální péče často nastávají momenty, které jsou pro informanty vyčerpávající. Kód reflektuje momenty, kdy se informanti zmiňují o úbytku sil působením náročného období nebo klientem, který je náročnější než ostatní.</p>	
<p>Výskyt kódu:</p> <p><i>K72: „Vzhledem k počtu zejména geriatrických pacientů je to teď obtížně zvládnutelné, jsme tady teď tři a je to opravdu s vypětím všech sil, hodně vyčerpávající.“</i></p> <p><i>J92-94: „... člověk o tu péči mnohdy nestojí, to je pak velmi těžké a bere to hodně energie.“</i></p> <p><i>O91-92: „Ty situace Vás opravdu zasáhnou, pokud člověk není úplně citově odproštěný, vezmou hodně energie, která se pak obtížně dobíjí. Ale být úplně nad věcí moc nejde.“</i></p> <p><i>V87-88: „Člověk najednou zjistí, že to dál nejde, jste na konci, jste nešťastná, takže člověk potřebuje nějak vypnout, nějak se odreagovat v určitém okamžiku, abyste se z toho nezbláznila.“</i></p>	
<p><b>Kód 23: Duševní hygiena</b></p> <p>Duševní hygiena je považována za nedílnou součást péče o vlastní psychiku všude tam, kde se pracuje s lidmi a můžeme ji označit za nějaký obranný mechanismus proti syndromu vyhoření. I informanti ji vnímají jako důležitou součást její profese. Kód zaznamenává zmínky informantů o důležitosti duševní hygieny a jejího dodržování, ale i způsoby, jakými dbají na dodržování duševní hygieny a kdy byla její potřeba pocítěna.</p>	
<p>Výskyt kódu:</p> <p><i>E65-67: „Vždycky Vás to zasáhne, ale naučíte se s tím nebo se sebou pracovat a nepřenášet si to do soukromí, protože to samozřejmě nejde, to by nikomu nepomohlo.“</i></p> <p><i>H71-72: „Je potřeba dodržovat nějakou duševní hygienu, to je důležité i pro kvalitu té odvedené práce.“</i></p> <p><i>K76-78: „Je to když budu mluvit o té psychické stránce těžké a taky je potřeba se od toho trochu odprostit, aby ta péče, kterou poskytujeme, byla pak co nejefektivnější.“</i></p>	

O17-18: „Holt to není práce, která končí, jakmile odejdete z kanceláře, protože Vás to nutí o těch záležitostech, které řešíte, stále přemýšlet. To je asi přirozené.“

O88-91: „Často se diskutuje o duševní hygieně v souvislosti s touto profesí, ale reálně je to spíš utopie, každý si to musí utřídit sám, závisí myslím výlučně na té konkrétní osobě, jak dokáže pracovat se sebou a jak to vnímá.“

V15: „...pracovník takový, který si to umí od sebe nějak odhodit...“

V86: „Profese je hodně náročná, za tu dobu, co jsem tady, jsem už určitě prošla syndromem vyhoření.“

V95-100: „A když to takhle slyšíte, chtěla byste nějak pomoci a v tu chvíli to na sebe začnete nabalovat. Musíte ty lidi nějak usměrnit, nemůžete všechno prožívat.“

Informanti se s termínem duševní hygiena setkali již při svých studiích, avšak i při výkonu jejich profese jsou si vědomi, že je třeba ji dodržovat a vytvořit si vlastní obranný mechanismus, který jim pomůže náročné situace překonávat. Informanti si uvědomují, že ačkoliv je mnohdy situace jejich klienta zásáhne, nemohou si ji příliš zabírat a zabývat se jí v soukromí, protože by tím nepomohli klientovi ani sobě, naopak by si přenášením těžkostí klientů mohli uškodit v pracovním životě tím, že by mohla klesnout kvalita jimi poskytované sociální péče. Duševní hygienou by se měly zabývat všechny pomáhající profese, protože je prevencí syndromu vyhoření. Jak uvedl informant, syndromem vyhoření za dobu působení na konkrétním postu již prošel, od té doby se snaží v určitém okamžiku odreagovat a vypnout, aby k syndromu vyhoření již nedošlo. I v sociální pedagogice je duševní hygiena skloňována a sociální pedagogové jsou vedeni v rámci svého studia k tomu, aby na ni při výkonu profese nezapomínali. Vzhledem k tomu, že se pomáhající profese setkávají se spoustou těžkých situací v životech svých klientů, je potřeba vědět, že je nutný určitý distanc ve chvíli, kdy na ně případ neúměrně působí nebo cítí, že bude brzy jejich pracovní energie zcela vyčerpána. Syndromu vyhoření často předchází ztráta energie, kdy pracovník pociťuje, že to dál stejným způsobem nejde a cítí se být na konci, jak informanti uvádějí. Ztrátu energie informanti někdy pociťují důsledkem nadměrného množství práce, která je nějak časově ohraničena, v důsledku nedostatku personálu, kdy vykonávají mnoho práce navíc nebo v situacích, kdy se jejich situace klienta osobně dotýká a není v jejich silách ji žádným způsobem pomoci vyřešit. Informanti tyto situace popisují jako bezvýchodné, kdy zjistí, že už to dál nejde, jsou nešťastní, mají pocit, že se zblázní, pociťují akutní potřebu změny.

### 10.3.2 Subkategorie Někdy nevím, jak dál

Druhá subkategorie **Někdy nevím, jak dál** vypovídá o momentech, kdy si informanti uvědomili, že daná situace nemá východisko. I přes jejich úsilí na konci zjistili, že nezáleží na jejich schopnostech nebo tendenci pomoci klientu, ale situace byla v moci jiného řídicího prvku. Často i přes plné vědomí, že není v jejich silách problém vyřešit a klientovi v onen moment pomoci, informanti pocítují zklamání. Tato subkategorie čítá kódy:

- 24. Slepá ulička
- 25. Marná snaha
- 26. Kam s ním
- 27. Rodina selhala

Tabulka 9 – Někdy nevím, jak dál

Kategorie: Profesionální nesnáze	Subkategorie: Někdy nevím, jak dál
<b>Kód 24: Slepá ulička</b>	
<p>Informanti popisují momenty, kdy si uvědomili, že neví, jakým směrem dále působit. Dostali se do situace, která nemá řešení a tudíž je bezvýchodná. Často pocítují bezmoc nad tím, kam problém dospěl a viní se za to, že nedokázali pomoci, ačkoliv to nebylo v jejich silách. Kód eviduje všechny momenty popisované informanty, kdy se ocitli v situaci, která neměla řešení.</p>	
<p>Výskyt kódu:</p> <p><i>M28-29: „Často se dostaneme do slepé uličky, kdy nemá klient například kam jít po propuštění zde.“</i></p> <p><i>K104-107: „A pak přichází na řadu ty sociální lůžka, která tady máme, ale nejde je obsadit trvale, to je zoufalá situace a pro mě osobně asi nejtěžší v této práci vůbec.“</i></p> <p><i>L89-91: „Pro mě je nejnáročnější těm rodinám vysvětlovat, teď když mluvím třeba o těch lidech s demencí, že ta místa pro ně nejsou. Je těžké jim to vysvětlit, často už nevím, co jim mám říct.“</i></p> <p><i>L94-96: „Ty zařízení hodnotí příspěvek na péči, ale mnohdy té problematice vůbec nerozumí. A to je pak pocit beznaděje, kdy nemáte tu moc to vyřešit a pomoci,“</i></p> <p><i>S69-72: „Oni to berou tak, že pokud ten člověk komunikuje a není to imobilní “ležák“, kterého nemusíte přebalovat, polohovat a krmit, tak nemá nárok na příspěvek na péči.“</i></p>	

*Toto posoudí opravdu jen ten, kdo tomuto rozumí. Tam to je strašná bezmoc, nejen pro mě.“*

*V51-53: „To vůbec nevíte, co máte dělat, u alkoholiků to trvá nějakou dobu, než se „propijou“, ale u tvrdých drog je to rychlé. Oni už jen přemýšlí, kde sehnat peníze, zda mají co jíst nebo kde bydlet nebo zda mají úraz, to je jim úplně jedno a vy s tím nic neděláte.“*

*V110-111: „Vy jste tak bezradná, nevíte, co máte dělat, protože s kým to máte řešit, každý řekne, že ho nepřijali proto, nebo z jiného důvodu.“*

*V117-118: „Protože ten člověk je v nemocnici a oni si myslím, že v nemocnici je dostatek místa, nebo se vždycky nějaké najde, ale co vy s tím naděláte?“*

#### **Kód 25: Marná snaha**

Tento kód cituje výroky informantů, které vypovídají o chvíli, kdy i přes jejich usilovnou snahu nelze se situací nic udělat. Na rozdíl od předchozího kódu je zde zdůrazněno úsilí, které pracovník věnoval vyřešení situace a i přes tuto skutečnost není možné klientu pomoci. Stejně však jako předchozí kód v sobě nesou výroky obsažené v tomto kódu prvky bezradnosti a bezradnosti informantů.

#### Výskyt kódu:

*E70-72: „Když je ta situace bezvýchodná, kdy bych strašně ráda pomohla, ale ono to nejde, není to už dále v mých silách. Tak je těžké si to připustit, ale stává se to. A pak přijde pocit, že je to zbytečné, že ta snaha nemá smysl.“*

*J90-92: „Vy musíte vědět, co je pro klienta dobré, ale i když konáte v nejlepším svědomí, tak se třeba při práci s geriatrickým klientem stane, že on to nevidí jako vy, a to je pak problém.“*

*K93-97: „Zrovna při práci s těmi staršími lidmi je to náročné z toho hlediska, že jim nelze vždy úplně pomoci. To jsou ty situace, kdy se opravdu snažíte, ale i tak víte, že to nebude mít úplně ten efekt, jaký si představujete, že tam prostě nejsou ty podmínky, které by byly ideální. Samozřejmě pro to musíme udělat vše, snažíme se vzniklé situace řešit s rodinami, ale ty možnosti jsou leckdy už předem vyčerpány z různých důvodů.“*

L82-84: „Takže se musím pokaždé zamyslet nad tím, zda tohle není zneužívání, někteří lidé mají milion nároků a vy si musíte dávat pozor, zda mu neprokazujete medvědí službu.“

O53-57: „Závislí klienti často z našeho zařízení odcházejí, protože je přemůže ta slabá chvíle, kdy si řeknou, že to vlastně nemá cenu a nechají tu závislost nad sebou vyzrát. Tady si nemůžete být úplně jisti tím, že jednají na rovinu, často je to úsilí a práce úplně zbytečná a pro nás je to pak těžké si uvědomit, že s tímto opravdu nic neuděláme.“

O84-87: „Já jako to nejtěžší vnímá sledovat ty osudy lidí, často někomu moc věříte a ten člověk to nezvládne a znovu do té závislosti upadá, vzdá to a vy si uvědomíte, že je to jeho rozhodnutí, které musíte respektovat, i když je to těžké a nejde o tu péči, kterou jste mu poskytli, ale o zklamání, které ve Vás prostě v tu chvíli je a může to být jakkoliv neprofesionální.“

S78-81: „Jsou to překerní situace, hodně náročné, tito pacienti jsou velmi citově zranitelní a není v našich silách jim vždy pomoci, ačkoliv pro to děláme vše, co je v možnosti našich schopností i znalostí.“

V105-107: „Těžké jsou bezvýchodné situace, kdy máte konkrétního člověka a nemáte žádné řešení, nevidíte před sebou žádné řešení, ať děláte, co děláte, prostě nejde to, narážíte, nevezmou, nemůže, nespadá do kategorií.“

V115-116: „Věřte nebo ne, ale když někam zavolá úřad, tak se něco děje, ale když volá sociální pracovnice, tak jste naopak postavila zed’.“

### **Kód 26: Kam s ním**

Výskyt tohoto kódu poukazuje na situace, kdy není kam umístit člověka, kterého čeká propuštění ze zařízení, kde byl hospitalizován. Obecně tyto situace prožívají informanti nejvíce, protože vše vychází z nedostatku zařízení následující péče, nebo z absence možnosti projít určitým sítem, které vytváří zařízení následující péče vytvořením seznamu kritérií, které musí osoby, které zařízení přijme, splňovat.

#### Výskyt kódu:

J62-64: „Ale tak či tak, je my musíme někam propustit, ať už do domácího prostředí nebo do jiného zařízení. A musíme být přesvědčeni, že odpovídá těm kritériím toho prostředí, kam odchází, musíme zjistit podmínky.“

L45-46: „Složitě je to na psychiatrii, tam jsou lidé, kteří by potřebovali do domova se zvláštním režimem, ale umístit je tam není v mých silách.“

S77-78: „Je to hodně náročné pro ty osoby to pochopit, často je to silně zasáhne, pokud si to uvědomí, že vlastně je ti blízcí odmítli, že nemají kam jít.“

V61-64: „A tady je problém, co teď, co s nimi, domů nechtějí, zařízení je nedostatek, rodiny nejsou schopny a tam je to obtížné pro toho člověka najít něco, kde by mohl být. Těchto zařízení pro tyto lidi je prý dostatek, ale není to pravda, to by jinak nebyl problémem, který řešíme. I v těch placených je dlouhá čekací doba, ale tam se obyčejný důchodce nedostane.“

V109-110: „A vy zjistíte, že ten člověk nikam nepatří, nesplňuje žádné podmínky.“

V113-114: „Máme tři sociální lůžka, takže ty nejproblematičtější případy se snažíme umístit na sociální lůžko, ale tři lůžka, to je málo.“

#### **Kód 27: Rodina selhala**

Kód zaštiťuje situace, kdy se rodina nechce nebo není schopna postarat o svého blízkého, ať už po jakékoliv stránce. Nemá snahu na vyřešení situace rodinného člena a ten zůstává odkázán na sociální péči, kde je vyjednáváno zařízení následující péče. Informanti popisují tyto situace jako nejnáročnější při poskytování péče geriatrickým klientům.

#### Výskyt kódu:

M52-54: „Potom často řešíme při sociální práci s rodinou, zda si svého blízkého nemůžou vzít domů a ve většině případů to nejde. Takže nastává složitá situace, to považují za nejtěžší.“

M67-68: „Pro mě jsou náročné situace, kdy se rodiny staví lhostejně k tomu, jak a kde skončí jejich babička nebo dědeček, stává se to docela často.“

M70-74: „Lidé si v dnešní době neuvědomují, že stejně tak, jak přijdete k babičce na čaj, když je zdravá, měli byste se o ni postarat alespoň svým zájmem. Není to samozřejmě pravidlem, ale platí, že se lidé o své příbuzné starají méně a ta soudržnost s nimi není taková, jako tomu bylo dříve, aspoň tak mi to přijde.“

J60-62: „Buď mají rodiny vzdálené, nebo ty rodiny nemají možnost se o ně postarat, v horším případě nechtějí.“

*K61-62: „Většinou zajišťujeme další péči, zejména teda u těch seniorů, protože tam ta rodina často nemůže z různých důvodů se o ně postarat.“*

*K100-102: „Rodina předem řekne, že nemá možnost se o jejich blízkého jakkoliv postarat. To znamená ani finančně, ani třeba poskytnutím zázemí a nějaké odpovídající péče.“*

*S75-77: „Oni si ti seniori často neuvědomují, jaká je situace, je to hodně smutné, ale někdy nejsou úplně objektivní a myslí si, že se o ně postará vnučka nebo sousedka. Pak se ukáže, že na to nikdo z nich nemá čas, možná na pár dní.“*

*V69-73: „Říkáte si, mají mě rádi, jsou hodní, ale najednou ten člověk nic nemá, nemá si to z čeho doplatit, takže čeká na ten státní domov, ale tam jsou strašně dlouhé čekací doby. Často i ta rodina bohužel se k těm lidem zachová špatně, jsou zklamaní tím, koho milovali, komu věřili, takže kolikrát i ty rodiny se o nich vyjadřují jako o kusu nepotřebné věci.“*

Informanti sdělili, že se čas od času ocitají v situaci, kdy klientovi není jak pomoci, neexistuje možnost, jak vyřešit jeho problém. Často to bývá v situaci, kdy pracovník klienta nemá kam propustit, protože buď nesplňuje kritéria přijetí v zařízení následné péče, nebo není přijat z kapacitních důvodů. Další beznadějně situace informanti prožívají, když je jejím klientům přiznáván příspěvek na péči, který je pak kvůli nesplnění podmínek pro přiznání příspěvku, zamítnut. Informanti uvádějí, že často příspěvky na péči posuzují osoby, které nejsou dostatečně znalé této problematiky, dostávají se pak do situace, kdy nemají žádnou moc danu situaci jakkoliv změnit, u kódu marná snaha tato moc je, ovšem odolává. Další situace, které informanti popisují jako zoufalé, jsou při setkání s klienty se závislostí na návykových látkách, zejména pak tvrdých drogách. Tito klienti často ukončují léčbu a pracovník nemá žádnou moc jejich rozhodnutí změnit, informanti v těchto situacích pociťují beznaděj. Sociální pedagog se také ve své praxi může setkat se situací, která nezávisle na jeho úsilí je předem vyhodnocena jako bezvýchodná a měl by se dokázat s tímto faktem vypořádat. Informanti uvádějí, že jsou i situace, když vyvíjí dlouhodobé úsilí na vyřešení konkrétního problému, avšak ve finále je problém přes všechnu snahu neřešitelný. Zde informanti pociťují naprostou bezvýchodnost, znatelně větší než při chvílích, kdy se ocitají ve slepé uličce, a to z důvodu uvědomění si vynaloženého úsilí a faktu, že snaha byla marná a zby-



tečná. Informanti tvrdí, že využívají při práci na těchto problémech klientů veškeré své znalosti a schopnosti, poté však pociťují silnou frustraci, že jejich úsilí bylo zbytečné. S pocitem, že došli do slepé uličky, nebo vynaložili marnou snahu v řešení problému klienta, se těžce srovnávají všechny pomáhající profese, je zapotřebí si však podle informantů uvědomit, že i takové situace k těmto profesím patří a je důležité nenechat se jimi odradit při práci na dalších případech.

V rámci poskytování sociální péče ve zdravotnických zařízeních je často řešena následná péče propouštěného klienta. Četně se však informantům i přes veškerou snahu nepodaří klienta umístit a nastává otázka co s ním do doby, kdy se podaří místo v zařízení následné péče zajistit. Informanti uvádějí, že klienta propustit musí, buď do domácí péče, nebo do zařízení následné péče. Je však na sociálním pracovníkovi ve zdravotnictví posoudit, zda následná péče, která byla zvolena nebo o kterou je zájem, je dostatečná s ohledem na stav klienta. Ačkoliv podle informantů všeobecně panuje povědomí o dostatečnosti kapacit v zařízeních následné péče či domovů seniorů, realita je prý taková, že i v placených zařízeních je čekací doba. Sociální pedagog by dokázal pomoci s umisťováním geriatrických a jiných pacientů do těchto zařízení, jelikož v jeho odbornosti je znalost těchto zařízení.

Za náročnou považují informanti situaci, kdy rodina nemá snahu jakýmkoliv způsobem se účastnit na hledání zařízení následné péči nebo jakkoliv jinak pomoci. Podle informantů je doménou posledních let nezájem projevovaný rodinami vůči svým blízkým, kdy se rodiny o blízkých vyjadřují někdy až jako o věci, která je obtěžuje a se kterou nechtějí mít starosti. Rodiny v některých případech přenášejí zodpovědnost za pracovníky, vnímají jako fakt, že jsou to pracovníci, kdo musí zajistit přechod do následného zařízení a spoléhají, že se o něj postarají. Klienti poté prožívají těžkou situaci, když se dozví, že jejich rodiny o ně nejeví zájem a nemají tendence jim poskytnout jakoukoliv péči ani během hospitalizace. Rodiny pracovníkům někdy pouze podají informaci, že nemají jak a kdy o klienta pečovat, nemohou mu poskytnout zázemí, odpovídající péči ani finanční podporu, při řešení dalšího postupu se chovají mnohdy lhostejně. Sociální pedagog by vzhledem ke svým schopnostem a znalostem dokázal poskytovat těmto klientům oporu ve složitých chvílích, kdy není kde jej umístit a rodina se od jeho situace distancuje nebo nemá možnosti ji žádným způsobem řešit.

### 10.3.3 Subkategorie Když na to nestačím

Ve třetí subkategorii **Když na to nestačím** se zaměřujeme na náročnost samotné práce a povinnosti z ní vyplývající. Informanti vypovídají o množství administrativní činnosti, nedostatku času na jednotlivé oblasti v rámci jejich profese, kterým by bylo zapotřebí věnovat větší množství času a mnohdy i o nedostatečném personálním obsazení pozic pracovníků, kteří by poskytovali právě sociální péči. Subkategorie má reflektovat všechny výpovědi informantů, které vypovídají o náročnosti způsobené nedostatkem něčeho konkrétního, také však nastiňuje některé náročné situace, které informanti zažili v rámci své profese. Tato subkategorie zaštiťuje následující kódy:

- 28. Všude přítomná administrativa
- 29. Nedostatek času
- 30. Nedostatek personálu
- 31. Náročná situace

Tabulka 10 – Když na to nestačím

Kategorie: Profesní nesnáze	Subkategorie: Když na to nestačím
<b>Kód 28: Všude přítomná administrativa</b>	
<p>Kód zachycuje postavení informantů k administrativní činnosti, která je sice pevnou součástí této profese, avšak často je jí nadbytek. Musí ji však poskytovat pracovníci, kteří poskytují sociální péči, a tak přímo komunikují s klientem. To hlavně z důvodu objektivit informací zanášených do dokumentů, nezkreslených jiným pracovníkem. Ačkoliv si informanti stěžují na velké množství administrativní činnosti, je a vždy bude nutná.</p>	
<p>Výskyt kódu:</p> <p><i>E50-51: „Často vyřizují administrativní záležitosti, komunikují s úřady, to jsou ty praktické věci, které jsou ale nesmírně důležité a ulehčují klientovi jeho situaci.“</i></p> <p><i>E57-58: „...často trávíme příliš mnoho času administrativní prací.“</i></p> <p><i>H26: „Někdy je to spíše administrativní činnost, patří to k tomu.“</i></p> <p><i>K29-30: „A pak je to taky hodně úředničina, komunikujeme s úřady, vyplňujeme. Nutnost, ale často nad rámec, zabírá moc času.“</i></p>	

*K64-66: „Klienti potřebují pomoc při komunikaci s úřady, s vyřízením nějakých záležitostí a podobně. Někdy je to dost obtížné skloubit to s jinými povinnostmi, protože zejména množství administrativní práce mi vezme velké množství času.“*

*L31-32: „Té administrativy je opravdu dost a musíme se v tom všem vyznat.“*

*L57-61: „Pak řeším omluvenky, úřady práce, neschopenky, vše v souvislosti s těmi pacienty, kteří tohle potřebují vyřídit. Třeba teď za mnou přišla klientka s dotazníkem, který jsem vyplňovala tři hodiny, je hodně obsáhlý, otázky se opakují a je do hloubky ty rodinné vztahy a tak, v azylovém domě ji s ním nepomohli, jen jí ho dali.“*

*O36-40: „Jsou důležité znalosti té dokumentace v rámci sociální péče, kterými se často zabýváme a dokumenty, prostřednictvím kterých komunikuji s úřady, když u nás máme klienta s drogovou závislostí, který je navíc bez domova a delší dobu nevládní občanský průkaz. Tak pak se těch formulářů sejde více a je potřeba to vyřídit a ideálně v co nejkratším čase.“*

*V83-84: „Musí být často upřednostněna důležitější činnost, což je třeba ta úřednická, protože ta nepočká.“*

#### **Kód 29: Nedostatek času**

Tento kód poukazuje na nedostatek času na některé součásti práce ve zdravotně sociální oblasti. Vzhledem k naplnění pracovní doby množstvím činností, které je třeba vykonat, může docházet k nedostatku času například na poradenskou činnost, která je sice velmi důležitá, nicméně, na rozdíl od administrativní činnosti chvíli počká. Nedostatek času se pojí s nedostatkem personálu, proto jsou kódy řazeny za sebou a tematicky na sebe naléhají. Kód vybírá všechny části rozhovoru s informanty, které poukazují na málo času na nějakou činnost, která je součástí profese.

#### Výskyt kódu:

*E58-60: „Kdyby bylo více času na samotnou práci s klientem, tak by to bylo určitě mnohem lepší. Ale je to těžké, některé činnosti zabírají zbytečně mnoho času, ale patří to k tomu, nic s tím nenaděláme.“*

*H26-27: „Administrativní činnost nám bere dost času, na tom se všichni shodneme.“*

*H63: „...i když je někdy problém stíhat vše, co musíme.“*

J18-19: „Není to jednoduché, často tady zůstávám i déle, než musím, protože se to nedá vždy úplně lehce všechno stihnout.“

J69-70: „Často ten čas přizpůsobujeme tomu, že nás čeká další práce a není ho nazbyt.“

K67-68: „Věnujeme se také prevenci, kde se zaměřujeme na osoby, které postihla nemoc, nebo zasáhla jejich blízkého příbuzného, ale jak jsem řekla, na tohle moc času nezbyvá.“

L63-64: „Času, ale nezbyde mi nic jiného, nenechám ji v tom.“

L85-86: „Musím s nimi na ten úřad třeba přes půl města, zabere mi to hodně, který mi pak schází.“

O67-69: „Teď není času nazbyt, ale nechci tím říct, že bychom to nezvládly. A stejně to není v naší kompetenci tady získat další pracovníci pro naše oddělení.“

O71-73: „Vlastně bychom uvítali každého, kdo by byl v rámci své profese ochoten a schopen více pracovat s těmi klienty, věnovat jim více času, ať už tím rozhovorem, nebo jinou prací s nimi.“

S52-53: „Naši klienti oceňují poradenství, které ale samozřejmě nelze zajišťovat ve větší míře, než nám čas dovolí.“

### **Kód 30: Nedostatek personálu**

Kód zachycuje tvrzení informantů, že by bylo v zařízení, kde pracují, místo pro dalšího pracovníka poskytujícího sociální péči. Informanti musí zajišťovat více druhů práce vztahujících se k péči o klienta, která zahrnuje i velkou část administrativní práce.

#### Výskyt kódu:

E60-61: „V každém případě, kdyby nás tady bylo ještě více, šlo by všechno lépe a ta práce by měla větší efekt.“

H65-66: „Ale neříkám, že kdyby bylo více pracovníků, bylo by to lepší, asi bychom se zase mohli více věnovat poradenství, které je pro klienty prospěšné.“

J24-25: „... a často děláte práci někoho jiného, to k tomu patří.“

J67-73: „Kdyby byl navýšen počet zdravotně sociálních pracovníků v tomto zařízení, rozhodně by byl větší prostor k uspokojování potřeb našich klientů. Asi by to vneslo větší klid celkově do té práce, i při poskytování sociální péče. Je to i o tom, že zdravotně

sociálních pracovníků nebo i sociálních pracovníků není moc a když je vypsáno výběrové řízení na novou pozici zdravotně sociálního pracovníka, mnohdy to trvá, než se vůbec někdo ozve.“

J75-78: „Mohl by to být asi někdo, kdo by vypracovával případové studie nebo se zabýval právě tou administrativní činností, která nám zabírá až příliš času, který bychom mohli jinak věnovat klientům. Nebo naopak někdo, kdo by s klienty komunikoval a pomohl nám zjišťovat více informací o situaci klienta, jeho životním stylu a podobně.“

K81-82: „Mně by se tady líbil někdo, kdo by věnoval čas seniorům, zejména pak těm imobilním, pro by měl prostor s nimi déle mluvit a tím třeba i zjistit více o jejich situaci.“

K86-88: „Obor nového pracovníka musí být příbuzný, který se zabývá aspoň z části tou sociální péčí, poradenstvím, zná specifika té práce s různými skupinami lidí, protože je spousta různých cílových skupin, kterým tu péči poskytujete.“

L70-71: „Vždycky se najde místo pro dalšího pracovníka, práce je dost, jsme tady často dlouho. Jsme hodně okleštěni časem.“

L73-77: „Chybí tady člověk, který by s klienty více mluvil, měl na to čas zjišťovat ty informace, které my potřebujeme k tomu případu. A musí to být někdo, kdo rozumí i legislativě té sociální oblasti. Hodil by se tady někdo na pomoc při vyřizování administrativních záležitostí, kdo by věděl, jak komunikovat s úřady a dokázal by pomoci třeba i při kompletování těch případových studií.“

O64-67: „Ještě pár měsíců nazpět jsme měli kolegyni, která nám pomáhala v komunikaci s jinými institucemi, pomáhala nám při dokumentaci. Bylo nám potom řečeno, že by neměl být problém to zvládnout i v tomto počtu. Ale samozřejmě by to pro nás bylo lepší, bylo by více času na klienty, na vše další.“

O75-77: „Může to být i psycholog, terapeut, případně jiná osoba, která má vzdělání v této nebo příbuzné oblasti. Někdo, kdo by se zabýval poradenstvím, psychologii, třeba i ve vztahu k sociální péči.“

S48-50: „Jiná oddělení mají své pracovníky, někde klinického psychologa nebo podobně, ale to poradenství tam zajištěno je, až na výjimky. Ale těchto pracovníků není mnoho, bohužel.“

S53-55: „Samozřejmě, nelze to tak lehce převést ve skutečnost, ale vždy se hodí někdo, kdo pacientům, kteří to potřebují, věnuje svůj čas. Někdo, kdo určitě rozumí tomu, jak s nimi mluvit, jak funguje poradenství, kdo má nějakou praxi s prací s těmito lidmi.“

S57-59: „Musí mít ty elementární znalosti, musí tomu rozumět, bez toho to nejde. Měl by ten člověk mít hlavně vhléd do tohoto, umět pracovat s těmi skupinami lidí, umět s nimi dobře komunikovat, musí znát etické aspekty této práce.“

V78-79: „Je tady čím dál více geriatrických pacientů, určitě bychom ocenili další kolegyni, ale není to v naší moci, tohle prosadit.“

V81-83: „Já myslím, že je potřeba někdo, kdo by se staral přímo o tu psychickou stránku těch klientů, kdo by se jim věnoval a měl více času na to, provádět rozhovory do hloubky a hledat další řešení. Té práce je tady opravdu dost a někdy nezbyde čas na poměrně důležité věci.“

### **Kód 31: Náročná situace**

Informanti popisují situaci, kterou považují za obtížně zvládnutelnou navzdory tomu, že jsou na vypjaté situace v rámci své profese již v určité míře adaptovaní. Tento kód nám vytváří okénko stížností na různé podněty informantů. Náročná situace je pro každého z důvodu individuality vnímání trochu odlišná. Může to být moment, který je zasáhne citově, ale také situace, kdy je obtížné vykonávat svou profesi, například z organizačních důvodů. Osoby vykonávající pomáhající profese tyto situace zažívají a i přesto, že je něco znepokojí, dokážou racionálně vzniklou situaci řešit.

#### Výskyt kódu:

M21-23: „Ale i tak je problém ve chvíli, když realizujeme rozhovor a s klientem na pokoji leží více lidí, je to dost náročné to udělat tak, aby bylo zajištěno soukromí, zvlášť, kdy je klient imobilní, což je dost často.“

M69-70: „Rodiny přenechávají zodpovědnost o jejich příbuzné na nás, je to psychicky náročné, když Vám rodina řekne, ať si toho člověka dáte, kam chcete a vyloženě dávají najevo, že je pro ně přítěž.“

E63-65: „Ale jste tady v kontaktu vlastně neustále s velmi těžkými životními situacemi pacientů a klientů, nejde to ani přes léta praxe brát jako běžnou součást této práce.“

H74-77: „Tak na mně konkrétně nejvíce působí ty osudy, kdy se člověku vlastně v okamžiku změní život a vy na to musíte reagovat, i když je někdy těžké najít způsob, jak mu tu podporu poskytnout, aby to opravdu mělo smysl a reálně to klientovi pomohlo po té psychické stránce.“

K71-72: „Nedávno odcházela kolegyně, takže teď docela válčíme a doufáme, že se brzy počet zdravotně sociálních pracovníků zde zase navýší.“

K74-75: „Zůstáváme tady často déle, než bychom měli, ale jsou věci, které se musí vyřešit do určitého data a nepočkají si na Vás, takže není nazbyt.“

L29-31: „Měli jsme tady pána ze Slovenska a já měla pocit, že pracuji měsíc snad jen s ním, protože ta komunikace s naší a jejich pojišťovnou a úřady byla šílená.“

L46-47: „Je to těžké to těm rodinám vysvětlit, že není ty příbuzné kam umístit, někdy si to ty rodiny zařídí samy, ale někdy je to zbytečné a stále to po mně chtějí.“

L79-80: „Občas musíte být opatrná, protože lidé s Vámi dokážou hodně manipulovat, mluví jinak s Vámi a jinak s někým jiným, je to náročné, hlavně na detoxu.“

S65-69: „Práce je složitá třeba u těch klientů s demencí, v rámci příspěvku na péči, což je další věc, kterou je složité přijmout, protože dostává klienty do hodně špatné situace. Oni kývají, vypadá to, že rozumí, když je posuzována ta kategorie, aby dostali příspěvek na péči. Odpovídají všelijak, ale pokud tomu ten kdo posuzuje, nerozumí, té psychiatrické problematice, tak Vám řeknou, že ten člověk je v pořádku.“

V88-90: „Jsou období, kdy je toho více, je to náročnější, samé náročné případy a Vy si říkáte, že jste už týden, čtrnáct dní nepotkala normálního člověka.“

Informanti hovoří o velkém množství administrativní činnosti, na kterou často nestačí a nezbyvá jim díky ní čas na další pracovní záležitosti. Shodují se, že je pokud by nemuseli věnovat tolik času této práci, měli by více času na klienty a poradenskou péči jim poskytovanou, uvádějí, že často je administrativní činnost na úkor jiné práce s klienty. Zároveň je však administrativní neopomenutelnou součástí této práce, protože klienti často potřebují pomoc při komunikaci s úřady nebo jinými zařízeními. Sociální pedagog se orientuje v legislativě sociální oblasti, mohl by tak být nápomocen při komunikaci s úřady a vyřizováním záležitostí klientů. V souvislosti úřednickou činností si informanti shodně stěžují na nedostatek času, vypovídají, že mnohdy nemají potřebné množství času na práci, která je po nich

požadována a v důsledku toho tráví pracovní činností více času, než měli. Pro informanty je to na úkor jejich volného času, což se může někdy negativně promítat do kvality poskytnuté péče. Rozvržení času informanti podřizují administrativě, která je často na prvním místě, protože je časově ohraničena a další práce tak podléhá zbylému času. Jeden informant uvádí, že se věnují prevenci, která je podle nich sice smysluplná, avšak na ni nezbývá mnoho času. Další uvádí, že množství času zabere i doprovod klienta na úřady, často pak i celé odpoledne. Nedostatek času na pracovní povinnosti jasně poukazuje na vhodnost vytvoření nové pracovní pozice ve většině zařízení, kde pracují informanti.

V návaznosti na administrativu a nedostatek času uvedli informanti, že množství personálu většinou neodpovídá počtu a druhu činnosti, které jsou v rámci jejich pracovní pozice po informantech vyžadovány. Informanti vypovídají, že pokud by byl navýšen počet pracovníků poskytujících sociální péči, měla bych práce všech těchto pracovníků větší efekt a docházelo by k lepšímu uspokojování potřeb klientů. Mohlo by být také věnováno více času poradenství, které informanti shledávají pro klienty velmi prospěšným. Jeden z informantů také uvádí, že bylo v zařízení v minulosti vypsáno výběrové řízení na zdravotně sociálního pracovníka nebo sociálního pracovníka ve zdravotnictví, často trvalo nějaký čas, než se našel zájemce o toto místo. Informanti uvádí, že pokud by byla možnost přijmout nového pracovníka do multidisciplinárního týmu, měl by to být někdo, kdo by dokázal vypracovávat případové studie, zabýval se administrativní činností nebo naopak věnoval čas klientům, zjišťoval informace o jejich situaci a životním stylu. Žádaný by byl také pracovník, který by se více zaměřoval na geriatrické klienty. Studijní obor takového pracovníka by podle informantů mohl být orientovaný na sociální péči, poradenství, pracovník by měl znát specifika práce se skupinami klientů, se kterými se pracovníci v rámci poskytování sociální péče běžně setkávají, měl by se vyznat v legislativě sociální oblasti a mít komunikační schopnosti na velmi dobré úrovni. Informanti zdůrazňují, že by měl případný nový pracovník respektovat etické aspekty této práce, vědět, jakým způsobem vést poradenství a celkově disponovat elementárními znalostmi nejen sociální oblasti, ale i psychologie. Vzhledem k informantům uvedeným skutečnostem předpokládáme, že by sociální pedagog mohl být novým členem multidisciplinárního týmu a svými znalostmi a schopnostmi obohatit tento tým a přispět k větší efektivitě sociální péče.

Jako ve všech nejen pomáhajících profesích, i na pozici pracovníka poskytujícího sociální péči někdy dochází k nepříjemným situacím, které však mohou pro každého pracovníka představovat jinou zátěž. Informanti náročnost nejčastěji shledávají v situacích, kdy rodiny



dávají najevo nezáměr o svého příbuzného, zde zejména geriatrického klienta, dále pak v situacích, kdy musí klientům sdělovat, že je není kam po propuštění ze zařízení umístit. Někteří informanti považují za nejnáročnější situace, kdy se s nimi klient pokouší z různého důvodu manipulovat, zátěž je pro ně i bezvýhodnost ve věci nepřiznání klientu příspěvek na péči, ačkoliv na něj má nárok. Za složité považují i období, kdy se nakupí spousta pracovních povinností, je řešeno větší množství náročnějších případů a pracovníci se cítí vytížení. S podobnými obtížemi v rámci své profese se setkává i sociální pedagog. Ačkoliv je vnímání náročnosti velmi individuální záležitostí, věříme, že konkrétně sociální pedagog by se dokázal s psychickou náročností profese zaměřené na poskytování sociální péče vypořádat bez obtíží.

## 11 SHRNUÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Vzhledem ke stanoveným výzkumným otázkám přistupujeme ve shrnutí výsledků výzkumu k jejich zodpovězení, stejně jako i k potvrzení hypotézy.

### **HVO: Kde můžeme nalézt uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení?**

Sociální pedagog se může s ohledem na svou odbornost uplatnit v podstatě ve všech zdravotnických zařízeních. Vzhledem k cílovým skupinám, se kterými respondenti pracují, můžeme konstatovat, že specifika práce s těmito skupinami klientů sociální pedagog zná a v rámci své praxe se s některými skupinami jistě setkal. I přesto, že množství pracovníků se ve zdravotnictví uplatnilo i bez předchozího získání znalostí ve zdravotnictví, považujeme za dobrou přípravu pro uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení absolvování akreditovaného kurzu Zdravotně sociální pracovník. S ohledem na odpovědi informantů shledáváme možnost uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnictví jako reálnou, ačkoliv jsme si vědomi malého množství poznatků, které je k dispozici v rámci této problematiky a proto doporučujeme realizaci dalších výzkumů v této oblasti, zaměřených pak zejména na odbornost sociálního pedagoga pro výkon profese zdravotně sociálního pracovníka nebo jinou pozici, ve které by byla poskytována sociální péče ve zdravotnictví.

### **DVO 1: Jakými kompetencemi by měla disponovat osoba poskytující sociální péči ve zdravotnickém zařízení?**

U osoby poskytující sociální péči ve zdravotnictví je žádána především kompetence komunikační, protože dokázat správně a efektivně komunikovat s klientem je základem při poskytování kvalitní sociální péče, na čemž se shodují všichni informanti. Dále by tato osoba měla disponovat kompetencí k učení, a to z důvodu potřeby neustálého vzdělávání se v sociální oblasti a četných změn v legislativě v sociální oblasti. Nezbytná je také kompetence poradenská, informanti tvrdí, že tato profese je z velké části právě o poradenství klientům a je nutné rozumět poradenství i z teoretické stránky. Kompetence k řešení problémů pak pomáhá udržovat dobrou atmosféru na pracovišti a zamezuje vznikům neshod v multidisciplinárním týmu zdravotnických pracovníků, které by mohly narušovat kvalitu poskytované péče. Sehranost zdravotnického týmu je velmi důležitá jak pro samotný tým, tak i pro klienty, jimž je sociální péče poskytována.

### **DVO 2: Znalosti jakého oboru by měla mít osoba poskytující sociální péči ve zdravotnickém zařízení?**

Informanti uvádějí, že jsou pro výkon této profese nezbytné znalosti metod sociální práce, je velmi důležité se orientovat v legislativě sociální oblasti, avšak stačí vědět, kde konkrétní zákon hledat, není třeba umět citace zákonů. Dále by měl tento pracovník ovládat základy psychologie, částečně i sociologii, znát základy poradenství a správné komunikace s klientem. Informanti tvrdí, že ačkoliv je zapotřebí disponovat i vědomostmi z oblasti zdravotnictví, jako například latinu, lze si tyto znalosti osvojit až při vlastní práci.

### **DVO 3: Jaký pracovník by se mohl dále uplatnit v multidisciplinárním týmu zdravotnických pracovníků?**

Informanti vypověděli, že dalším pracovníkem, který by mohl poskytovat sociální péči, by mohla být osoba, jež by se věnovala administrativě, přípravě případových studií či kazuistik, ale také někdo, kdo by se mohl věnovat klientům v rámci osobního kontaktu a rozhovoru a pomohl by zjišťovat o klientech informace o jejich životní situaci a životním stylu. Tyto údaje jsou důležité pro sestavení plánu řešení nepříznivé situace klienta, kteří sociální pracovníci ve zdravotnictví ve většině zařízení musí sestavovat.

### **H: S ohledem na kompetence a úroveň znalostí konkrétních oblastí sociálního pedagoga předpokládáme jeho možné uplatnění v multidisciplinárním týmu zdravotnických pracovníků.**

Vzhledem k odpovědím informantů můžeme stanovenou hypotézu potvrdit. Klíčové kompetence, které informanti uvedli jako stěžejní pro sociálního pracovníka ve zdravotnictví nebo zdravotně sociálního pedagoga, odpovídají kompetencím, kterými by měl disponovat sociální pedagog. Stejně tak i znalosti, které uvedli informanti jako zásadní pro výkon této profese, se z velké části shodují s vědomostmi, které má absolvent oboru Sociální pedagogika. Uvědomujeme si však, že výsledky tohoto výzkumu se skládají ze subjektivních názorů informantů, a proto pro prohloubení těchto poznatků doporučujeme podrobné srovnání znalostí potřebných pro výkon obou profesí, tedy sociálního pracovníka ve zdravotnictví nebo zdravotně sociálního pracovníka a sociálního pedagoga. Získané poznatky však můžeme uplatňovat i jako podklad pro vytvoření nové pozice v multidisciplinárním týmu, která by byla vytvořena přímo pro sociálního pedagoga a umožnila využít naplno jeho vědomostí a schopností.

## 12 DISKUZE

Sociální pedagog nemá v České republice ve zdravotnických zařízeních žádné oficiální uplatnění, avšak Sociální pracovník se v těchto zařízeních dnes objevuje již zcela běžně a jeho úkolem je poskytování sociální péče klientům rozličných skupin ve zdravotnických zařízeních. Většina informantů uvádí, že sociální péči vyžaduje větší množství klientů, než jsou zaměstnaní pracovníci, jež tuto péči poskytují, schopni uspokojit. S ohledem na výsledky výzkumu, které potvrdili naše úvahy o možnostech uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnických zařízeních, můžeme konstatovat, že sociální pedagog je uplatnitelný v těchto zařízeních a mohl by se stát členem multidisciplinárního týmu zdravotnických pracovníků.

Absolvent oboru Sociální pedagogika disponuje všemi kompetencemi, které informanti uvedli jako klíčové pro sociálního pracovníka ve zdravotnictví nebo zdravotně sociálního pracovníka. Má dobrou úroveň komunikačních schopností, dokáže vést rozhovor s klientem tak, aby byl efektivní jak pro samotného klienta, tak i pro pracovníka v rámci získávání potřebných informací s cílem navrhnout postup řešení klientovy obtížné situace, dbá na dodržování etických aspektů tohoto dotazování, také však i při poskytování poradenství. U poradenství dbá na dodržování všech postupů, snaží se projevovat upřímný zájem o klienta, být empatický, využívat své znalosti a schopnosti při pomoci klientovi v nelehké situaci. Sociální pedagog při studiu veden k potřebě celoživotního vzdělávání, které je nezbytné pro všechny pomáhající profese. S tím souvisí i kompetence k učení, kterou by podle informantů osoba poskytující sociální péči měla disponovat, s čímž se pojí také tendence k intelektuálnímu rozvoji vlastní osoby. Jsme si jisti, že sociální pedagog si je vědom důležitosti neustálého sebevzdělávání a ve svém vlastním zájmu aktualizuje své znalosti.

Znalosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví nebo zdravotně sociálního pracovníka podle informantů stojí zejména na znalosti metod sociální práce, poradenství, sociální komunikace, psychologie, sociologie a na dobré orientaci v legislativě sociální oblasti. Úroveň těchto znalostí se může u sociálního pedagoga i sociálního pracovníka lišit, avšak oba obory většinou čerpají ze stejných teoretických oblastí.

Vzhledem k tomu, že jsme nenalezli žádné další výzkumy, které by se zabývaly uplatněním sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení, nemůžeme výsledky opřít o jiné výzkumné šetření. Proto k nim přistupujeme jako ke zcela novým poznatkům, do jisté míry subjektivním.

Obrázek 1 – Myšlenková mapa

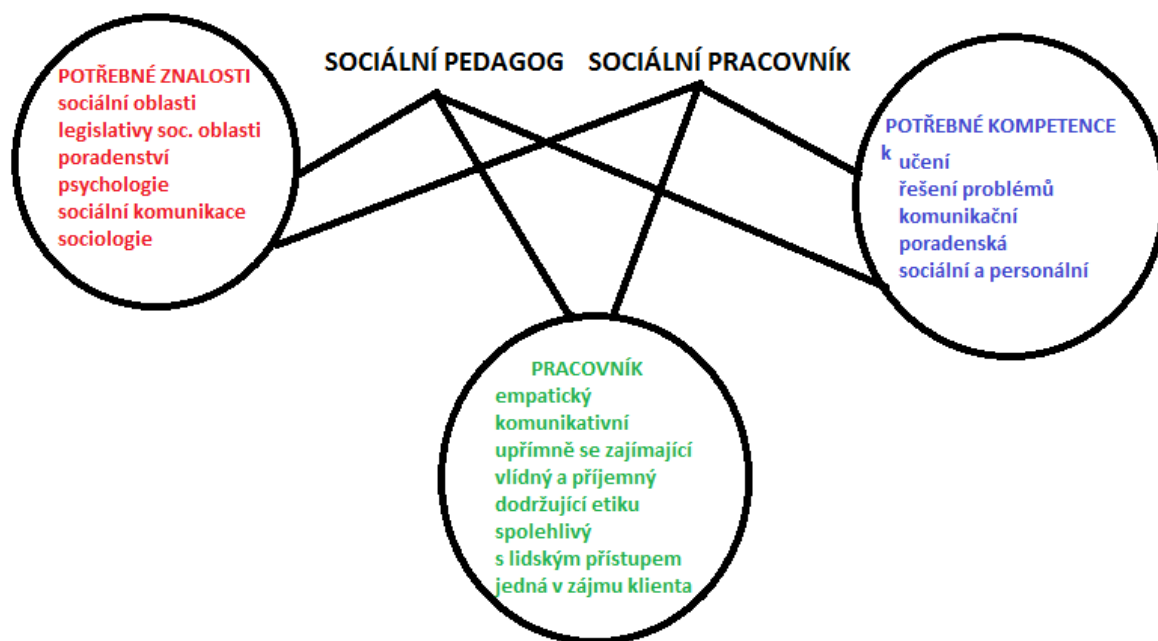


Schéma znázorňuje podobnost osoby sociálního pedagoga a sociálního pracovníka vycházející z popisu sociálního pracovníka ve zdravotnictví a zdravotně sociálního pracovníka **po-  
hledem informantů.**

### 13 DOPORUČENÍ PRO PRAXI

V rámci doporučení pro praxi bychom rádi uvedli, že jsme si vědomi neprobádanosti této oblasti, a tudíž nepředkládáme doporučení pro praxi jako finální možnost využití výsledků výzkumného šetření, nýbrž jako podnět pro další zkoumání v této oblasti. Podnět k tomuto výzkumu v rámci diplomové práce byl nalezen ve skutečnosti, že sociální pedagogika a sociální práce jsou v některých zemích unifikované obory a profesní uplatnění je tak jednotné.

Vzhledem k výsledkům výzkumu, předpokládáme, že lze nalézt uplatnění pro sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení, stejně jako se uplatňuje sociální pracovník na pozici sociálního pracovníka ve zdravotnictví nebo zdravotně sociální pracovník. Absolvent oboru Sociální pedagogika má dobré předpoklady, vědomosti a schopnosti pro poskytování sociální péče ve zdravotnickém zařízení v mezích jeho odbornosti. Jako první možnost využití výzkumu uvádíme zaměstnání pro sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení jako poskytovatele sociální péče, zaměřujícího se na aktivizující činnost, která by mohla být poskytována jak geriatrickým, tak i dětským klientům v rámci jejich hospitalizace ve zdravotnickém zařízení. Sociální pedagog podle nás naplňuje požadavky pro výkon této činnosti po všech stránkách. Vzhledem k tomu, že se informanti shodují na nedostatku času na jakoukoliv péči mimo vyřizování administrativní činnosti klientů a poradenství, mohl by sociální pedagog doplnit tímto typem péče poskytované služby.

Jako další doporučení představujeme možnost využití sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení jako poskytovatele poradenství, pro které je podle nás adekvátně připraven. Dokáže pracovat s rozličnými skupinami klientů, zná etické aspekty práce a teorii poradenské činnosti, ovládá na velmi dobré úrovni komunikaci v sociální oblasti. V případě, že by byla jeho odbornost v tomto případě zpochybněna, nabízíme pro praxi možnost zaštitění této činnosti sociálním pracovníkem ve zdravotnictví nebo zdravotně sociálním pracovníkem jakožto odborného dohledu po dobu stanovenou zdravotnickým zařízením.

Vzhledem k velkému množství administrativní činnosti, se kterou se tito pracovníci potýkají, můžeme doporučit sociálního pedagoga jako pracovníka pro administrativní činnost v oblasti sociální péče o klienty ve zdravotnickém zařízení. Sociální pedagog se dobře orientuje v legislativě sociální oblasti i v náležitostech ve věci dokumentů potřebných pro komunikaci s úřady a jinými institucemi, proto by dle našeho názoru tuto činnost vykonával bez větších problémů a ušetřil by tak sociálním pracovníkům ve zdravotnictví množství času, který běžně věnují této činnosti. Ti by se pak mohli zaměřovat na poskytování sociální péče ve

formě poradenství a jiných souvisejících činností, přičemž by této péči mohli věnovat až o polovinu více času, vzhledem k výpovědím informantů, kteří tvrdí, že více než polovinu času jim vezme administrativní činnost včetně komunikace s úřady a ostatními zařízeními.

Doporučením z naší strany je i zvážení budoucího vytvoření akreditovaného kurzu pro sociální pedagogy, kteří se chtějí uplatnit ve zdravotnickém zařízení, a to v délce trvání jeden rok, což považujeme za naprosto dostačující pro doplnění znalostí, které by případně absentovaly. Kurz by sociálním pedagogům dal teoretické podklady pro práci ve zdravotnictví, doplnil by jejich znalosti týkající se poskytování sociální péče v rámci poradenství a jiných služeb, které také vykonávají sociální pracovníci ve zdravotnictví nebo zdravotně sociální pracovníci. Stojíme si však za tím, že sociální pedagog může najít uplatnění ve zdravotnickém zařízení, jako poskytovatel některých druhů sociální péče i bez dalšího vzdělávání v sociální oblasti. Jak většina informantů uvádí, potřebné znalosti oblasti zdravotnictví lze čerpat i při výkonu této profese, jako tomu bylo u některých informantů či jejich kolegů, a tak předpokládáme, že sociální pedagog znalosti této oblasti dokáže získat poměrně rychle i v rámci praxe.

Pro další výzkum doporučujeme zaměřit se na hloubkové srovnání studijního oboru Sociální pedagoga a Sociální práce s cílem zjistit, nakolik podobné je zaměření těchto oborů a tedy i zda lze využít absolventy obou oborů pro stejné profesní činnosti, případně které profese sociálního pracovníka může vzhledem k odbornosti vykonávat i sociální pedagog a naopak. Vzhledem k tomu, že výzkum je orientován spíše na osobní názory informantů na tuto profesi, znalosti a kompetence k ní potřebné, nemusí být výpovědi respondentů přesným seznamem všech požadavků k výkonu této profese. Předpokládáme však významnou podobnost těchto oborů a z toho vycházející příbuznost v rámci uplatnění těchto profesí.

## ZÁVĚR

V diplomové práci jsme se zabývali uplatněním sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení. V teoretické části práce jsme se zabývali vztahem sociální pedagogiky a sociální práce u nás i ve vybraných zemích a uplatněním sociálního pedagoga ve zdravotnictví. Dále jsme nastínili vývoj sociální práce ve zdravotnictví v České republice, kde jsme také vymezili legislativní ukotvení sociální práce ve zdravotnictví. V další kapitole jsme se věnovali sociální práci ve zdravotnictví obecně, včetně osoby sociálního pracovníka ve zdravotnictví a jeho rolí, kompetencemi i náplní práce. Vyjmenovali jsme elementární pojmy používané ve zdravotně sociální oblasti, představili jsme klienta v sociálně zdravotnických službách a vysvětlili etické principy sociální práce ve zdravotnictví s různými skupinami klientů. V poslední kapitole jsme se zabývali metodami aplikovanými v sociální práci ve zdravotnictví.

V praktické části diplomové práce byl proveden kvalitativní výzkum, informanty byli sociální pracovníci ve zdravotnictví nebo zdravotně sociální pracovníci. Otázky byly pokládány prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, pro který jsme měli připravenou osnovu otázek. Rozhovory byly nahrávány na záznamové zařízení a následně přepsány v plném znění. Získaná data jsme interpretovali pomocí otevřeného kódování a poté seřadili do devíti subkategorií, a to: šla jsem si za tím, myšlenky ve vztahu k profesi, nezbytné kompetence, orientace na klienta, nutnosti k výkonu profese, práce s klienty, vypjaté situace, někdy nevím jak dál a když na to nestačím. Tyto subkategorie byly rozděleny do tří hlavních obecných kategorií Já a moje profese, Musím vědět a znát a Profesní nesnáze. Celkově bylo vytvořeno třicet jedna kódu spadajících pod zmíněné subkategorie.

V závěru práce usuzujeme, že sociální pedagog se může uplatnit ve zdravotnickém zařízení vzhledem ke svým znalostem a schopnostem, které se z velké části shodují se znalostmi a schopnostmi, které informanti uvedli jako klíčové pro výkon profese sociálního pracovníka ve zdravotnictví nebo zdravotně sociálního pracovníka. Předpokládáme, že i náročné situace vyvstávající z této profese, by sociální pedagog neměl problém s ohledem na studijní přípravu zvládat. S přihlédnutím ke skutečnosti, že sociální pedagogika a sociální práce jsou v některých zemích totožná sjednocená profese, se domníváme, že i u nás by mohlo být usilováno o větší propojenost těchto oborů z důvodu budoucího lepšího obsazení některých pozic, zde pozice sociálního pracovníka ve zdravotnictví.



Z pohledu sociální pedagogiky sledujeme jako přínos tohoto výzkumu možné zaměření se na vytvoření pozice pro sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení, kde se mohl uplatnit ve více činnostech v rámci poskytování sociální péče.

Jsme si vědomi skutečnosti, že se jedná o první výzkum na toto téma, a proto výsledky nelze opřít o jiné výzkumné šetření. Z tohoto důvodu výzkum doporučujeme pro další zkoumání, zejména v oblasti srovnání oborů sociální pedagogika a sociální práce, abychom získali ucelené poznatky o možnosti uplatňování sociálního pedagoga na pozicích dosud obsazovaných sociálními pracovníky.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. ADAM, Zdeněk a Jiří VORLÍČEK. Paliativní medicína. Praha: Grada, 1998. ISBN 8071694371.
2. ADAMS, Adrian, Peter ERATH a Emmanuel JOVELIN, ed. Social work and science - an uneasy relationship?: contributions on the occasion of the conference on "Social Work in Scientific Debates" : Lille, March 12-14,2007. Boskovice: Albert, 2008. Materialien zur vergleichenden Sozialarbeitswissenschaft und zur interkulturellen/internationalen Sozialarbeit. ISBN 978-80-7326-132-0.
3. ALESSIO CANGIANO. [ET AL.]. Migrant care workers in ageing societies: report on research findings in the UK. Oxford: COMPAS, 2009. ISBN 9781907271007.
4. BARKER, Chris. Slovník kulturních studií. Praha: Portál, 2006. ISBN 80-7367-099-2.
5. BEDER, Joan. Advances with social work practice in the military. New York: Routledge, 2012. ISBN 978-0415891349.
6. BECHYŇOVÁ, Věra a Marta KONVIČKOVÁ. Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0031-4.
7. BLECHA, Ivan. Filosofický slovník. Olomouc: Fin, 1995. ISBN 80-7182-014-8.
8. BUSE, Kent. Making health policy. 1. Berkshire: Open University Press, 2012. ISBN 9780335246359.
9. BUŽGOVÁ, Radka, JAROŠOVÁ, Darja, ed. Ošetrovatelská diagnostika a praxe založená na důkazech: Nursing diagnostics and evidence based practice. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Zdravotně sociální fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-230-9.
10. CICHÁ, M., GOLDMANN, R., ČIŽMÁŘOVÁ, D., NOVÁKOVÁ, I. Kvalita života jako klíč ke zdraví jedince, rodiny, společnosti. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K., et al. Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatelstve v porodnej asistencii, s. 580 – 585. Martin: Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta, 2009. 752 s. ISBN 978-80-88866-61-9.
11. COMPTON, Beulah Roberts. a Burt. GALAWAY. Social work processes. 6th ed. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing, c1999. ISBN 0534358705.
12. DAREK, R., MARTÍNKOVÁ, H. Typologie klientů. In VAŠŤATKOVÁ, J., HOFERKOVÁ, S. Příručka sociálního pracovníka. 1. vyd. Olomouc : Univerzita Palackého, 2008. ISBN 978-80-244-1991-6.

13. DAVIDOVÁ, Ivana. Metodická příručka pro sociální kurátory a metodiky sociální prevence. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2010. ISBN 978-80-7368-628-4.
14. DORKOVÁ, Zlatica, ed. Týmová péče o seniory: sborník z konference: Zlín, 26. listopadu 2009 [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, 2009 [cit. 2017-04-20]. ISBN 978-80-7318-895-5.
15. DRAGANOVÁ, Helena. Sociálna starostlivosť. Martin: Osveta, c2006. ISBN 978-80-8063-240-3.
16. DRBAL, Ctibor. Česká zdravotní politika a její východiska. Praha: Galén, c2005. ISBN 8072623400.
17. DUNOVSKÝ, Jiří. Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. Praha: Grada, 1999. Psyché (Grada). ISBN 80-7169-254-9.
18. DURDISOVÁ, Jaroslava. Sociální politika v ekonomické praxi: (vybrané problémy). Praha: Oeconomica, 2005. ISBN 80-245-0850-8.
19. FISCHER, Ondřej a René MILFAIT. Etika pro sociální práci. Praha: Jabok, 2008. ISBN 978-80-904137-3-3.
20. GEISLER-PILTZ, Brigitte, Albert MÜHLUM a Helmut PAULS. Klinische Sozialarbeit. München: Reinhardt, 2005. ISBN 9783825226978.
21. GLADKIJ, Ivan a Ladislav STRNAD. Zdravotní politika, zdraví, zdravotnictví. Olomouc: Univerzita Palackého, 2002. ISBN 80-244-0500-8.
22. HARTL, Pavel. Komunita občanská a komunita terapeutická. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-45-1.
23. HAVRDOVÁ, Zuzana. Kompetence v praxi sociální práce: metodická příručka pro učitele a supervizory v sociální práci. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.
24. HENDL, Jan. Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.
25. CHARVÁTOVÁ, Dagmar a Vlasta BRABLCOVÁ. Metody sociální práce pro střední školy sociálně právní. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1975. Učební texty odborných a středních odborných škol (Státní pedagogické nakladatelství).
26. CHARVÁTOVÁ, Dagmar. Metody sociální práce 1 pro 1. ročník středních škol sociálně právních, studijní obor sociálně právní činnost: učebnice pro 1. roč. studijního oboru 68-51-6 sociálně právní činnost. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1990. Učebnice pro střední školy (Státní pedagogické nakladatelství). ISBN 80-0423992-7.

27. JANDOUREK, Jan. Průvodce sociologií. Praha: Grada, 2008. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-2397-6.
28. JANEBOVÁ, Radka a Martin SMUTEK, ed. Posuzování životní situace v sociální práci: sborník z konference V. Hradecké dny sociální práce, Hradec Králové 24. až 25. října 2008. Hradec Králové: Gaudeamus, 200
29. JANEČKOVÁ, Hana a Helena HNILICOVÁ. Úvod do veřejného zdravotnictví. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-592-9.
30. JAROŠOVÁ, Darja. Úvod do komunitního ošetřovatelství. Praha: Grada, 2007. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2150-7.
31. JESENSKÝ, Ján. Kontrapunktů integrace zdravotně postižených. Praha: Karolinum, 1995. Folia paedagogica specialis. ISBN 8071840300.
32. JŮN, Hynek. Moc, pomoc a bezmoc v sociálních službách a ve zdravotnictví. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-590-5.
33. KALINA, Kamil. Drogy a drogové závislosti: mezioborový přístup. Praha: Úřad vlády České republiky, c2003. Monografie (Úřad vlády České republiky). ISBN 80-86734-05-6.
34. KALVACH, Zdeněk a Alice ONDERKOVÁ. Stáří: pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetřovatelské praxi. Praha: Galén, 2006. Care. ISBN 80-7262-455-5.
35. KAPPL, SMUTEK, TRUHLÁŘOVÁ(eds). Etika sociální práce.Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. s. 337 – 345.59. Katechizmus Katolíckej cirkvi. 1993. Trnava : SSV, 1993, 918 s. ISBN 80-7162-259-1.
36. KELLER, Jan. Dějiny klasické sociologie. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-34-2.
37. KLIMENT, Pavel. Význam sociální práce s rodinným systémem se závislým na alkoholu. Metódy sociálnej práce s rodinou. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave, 2012. s. 258-267. [2012-03-27]. ISBN 978-80-8132-050-7.
38. KLIMENTOVÁ, Eva. Teorie a metody sociální práce: studijní texty pro distanční studium. Olomouc: Univerzita Palackého, 2001. ISBN 80-244-0320-X.
39. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese. 5. vyd. Praha: Portál, 2011, 147 s. ISBN 978-80-7367-922-4.

40. KOPŘIVA, Karel. Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese. 3.vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 8071783188.
41. KORNBECK, Jacob. Social Pedagogy for the Entire Lifespan. 1. Brussel: Europaeischer Hochschulverlag, 2014. ISBN 978-3867416474.8. ISBN 9788070414194.
42. KRATOCHVÍL, Stanislav. Základy psychoterapie: [směry, metody, výzkum]. Vyd. 3., dopl. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-414-1.
43. KRHUTOVÁ, Lenka. Občané se zdravotním postižením a veřejná správa. Olomouc: Univerzita Palackého, 2005. ISBN 80-244-1168-7.
44. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Jak si navzájem lépe porozumíme: kapitoly z psychologie sociální komunikace. Praha: Svoboda, 1988. Členská knihnice (Svoboda).
45. KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN. Etika pro zdravotně sociální pracovníky. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3843-7.
46. KUZNÍKOVÁ, Iva. Sociální práce ve zdravotnictví. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.
47. LAHNEROVÁ, Dagmar. Asertivita pro manažery. Praha: Grada, 2009. Manažer. ISBN 978-80-247-2892-6.
48. LEVICKÁ, Jana. Základy sociálnej práce. 1. vyd. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP TU, 2004. 170 s. ISBN 80-968952-30.
49. MALÍKOVÁ, Eva. Péče o seniory v pobytových sociálních [sic] zařízeních. Praha: Grada, 2011. Sestra (Grada). ISBN 9788024731483.
50. MALINA, Antonín. Úvod do veřejného zdravotnictví pro nelékaře. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 2013. ISBN 978-80-87023-29-7.
51. MAREŠ, Jiří, Lenka HODAČOVÁ a Svatopluk BÝMA. Vybrané kapitoly ze sociálního lékařství I. 2. vyd. Praha: Karolinum, 2009. ISBN 9788024616223.
52. MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. Krizové situace v rodině očima dítěte. Praha: Grada, 2002. Pro rodiče. ISBN 80-247-0332-7.
53. MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois, ed. Encyklopedie sociální práce. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.
54. MATOUŠEK, Oldřich. Metody a řízení sociální práce. 3., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.
55. MATOUŠEK, Oldřich. Slovník sociální práce. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

56. MATOUŠEK, Oldřich. Základy sociální práce. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-473-7.
57. MLÝNKOVÁ, Jana. Pečovatelství: učebnice pro obor sociální péče - pečovatelská činnost. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3184-1.
58. MOŽNÝ, Ivo. Rodina a společnost. 2., upr. vyd. Ilustroval Vladimír JIRÁNEK. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2008. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-87-8.
59. MUSIL, Jiří V. Základy psychologie II.: pro studující sociální pedagogiky. Vyd. 2. Olomouc: Psychologická a výchovná poradna, 2008. ISBN 978-80-903449-6-9.
60. NAVRÁTIL, Pavel a Libor MUSIL. Sociální práce s příslušníky menšinových skupin. Sociální studia, Fakulta sociálních studií MU Brno, 2000, roč. 2000, č. 5, s. 127-163. ISSN 1212-365X.
61. NOLTE, Ellen a Martin MCKEE. Does health care save lives? Avoidable mortality revisited. London: Nuffield Trust, 2004. ISBN 1902089944.
62. NOVOSAD, Libor. Základy teorie a metod sociální práce. Liberec: Technická univerzita v Liberci, 2004. ISBN 80-7083-890-6.
63. OLÁH, M. SCHAVEL, M. ONDRUŠOVÁ, Z. NAVRÁTIL, P. Sociálna práca – vybrané kapitoly z dejin, teorie a metod sociálnej práce. 3. vydání. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžběty, 2009. 228 s. ISBN 80-969449-6-7.
64. PAULUS, Paul B. Psychology of group influence. 2nd ed. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum, 1989. ISBN 978-0805804454.
65. POTUČEK, Martin. Veřejná politika. V Praze: C.H. Beck, 2016. ISBN 978-80-7400-591-6.
66. ŘEZNÍČEK, Ivo. Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1.
67. ŘEZNÍČEK, Ivo. Metody sociální práce: Podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-85850-00-1.
68. SAK, Petr a Jiří MAREŠ. Člověk a vzdělání v informační společnosti. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-230-0.
69. SCHILLING a Sebastian KLUS. Soziale Arbeit. 6. Deutsch: Sozialwissenschaften, 2015. ISBN 978-3-8252-8651-4.

70. STRNAD, Ladislav a Ivan GLADKIJ. Případové studie ze sociálního lékařství, managementu zdravotnických institucí, ekonomiky zdravotnictví. Olomouc: Univerzita Palackého, 2003. ISBN 80-244-0777-9.
71. ŠIMEK, Jiří. Lidské pudy a emoce: jak jim porozumět a jak s nimi žít. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1995. Edice P. ISBN 80-7106-121-2.
72. ŠRAJER, Jindřich a Libor MUSIL, ed. Etické kontexty sociální práce s rodinou. České Budějovice: Libor Musil v nakl. Albert, 2008. ISBN 978-80-7326-145-0.
73. ÚLEHLA, Ivan. Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 9788086429366.
74. VÁGNEROVÁ, Marie. Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.
75. VÁGNEROVÁ, Marie. Vývojová psychologie II.: dospělost a stáří. Praha: Karolinum, 2007. ISBN 9788024613185.
76. Velký sociologický slovník. Praha: Karolinum, 1996. ISBN 80-7184-310-5.
77. VETEŠKA, Jaroslav a Michaela TURECKIOVÁ. Kompetence ve vzdělávání. Praha: Grada, 2008. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-1770-8.
78. VOTAVA, Jiří. Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0708-5.
79. VURM, Vladimír. Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví. Praha: Triton, 2007. ISBN 978-80-7254-997-9.
80. VYKOPALOVÁ, Hana. Vybrané kapitoly ze sociální psychologie v kontextu komunikace. Olomouc: Vydavatelství Univerzity Palackého, 2000. ISBN 80-244-0084-7.

## PERIODICKÉ ZDROJE

1. ADKINS, DE & Guo, G 2008, 'Societal development and the shifting influence of the genome on status attainment' *Research in Social Stratification and Mobility*, vol 26, no. 3, pp. 235-255. DOI: 10.1016/j.rssm.2008.06.001
2. HOCHSTRASSER. Sociálna pedagogika vo Švajčiarsku. *Vychovávateľ*. 1991, 13(2), 21-22.
3. KRATOCHVÍLOVÁ, Emília. Pedagogika voľného času, sociálna pedagogika a sociálna práca. *Pedagogická revue*. 2001, 5(53).
4. LIPSKIJ, I.A. Social'naja pedagogika: praktika, naučnaja disciplina, obrazovatel'nyj kompleks. *Pedagogika*. 2001, 1(1), 24 - 32.

5. ONDREJKOVIČ, Peter. Príspevok k otázkam vzťahov sociálnej pedagogiky a sociálnej práce. *Pedagogika*. 2000, 49(2/2000), 181 – 191
6. *Pedagogika społeczna: człowiek w zmieniającym się świecie*. Wyd. 2., rozszerz. i popraw. Warszawa: Żak, 1995. ISBN 8386770090.
7. RUPŠIENĖ. Training Social Workers/Social Pedagogues in Lithuania. *Pedagogika*. 2006, 4(83), 64 - 73.

## ZÁKON

1. Zákon o péči a zdraví lidu č. 20/1966 Sb.
2. Zákon o veřejném zdravotním pojištění, změně a doplnění některých souvisejících zákonů č. 48/1997 Sb.
3. Zákon o Všeobecné zdravotní pojišťovně České republiky č. 551/1991 Sb.
4. Zákon o rezortních, oborových, podnikových a dalších zdravotních pojišťovnách č. 280/1992 Sb.
5. Zákon o zdravotnických prostředcích ve znění pozdějších předpisů č. 123/2000 Sb.
6. Zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.
7. Zákon o sociálním zabezpečení č. 100/1988 Sb.
8. Zákon o životním a existenčním minimu č. 110/2006 Sb.
9. Zákon o pomoci v hmotné nouzi č. 111/2006 Sb.
10. Zákon o státní podpoře č. 117/1995 Sb.
11. Zákon o zdravotních službách a jejich poskytování č. 372/2011 Sb.
12. Zákon o sociálně právní ochraně dětí č. 59/1999 Sb.
13. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče č. 96/2004 Sb.
14. Zákon o nelékařských zdravotnických povoláních č. 96/2004 Sb.
15. Zákon o stanovení činnosti zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků č. 424/2004 Sb.



## INTERNETOVÉ ZDROJE

1. HENCOVÁ, Renata. Zdravotně - sociální pracovník [online]. [cit. 2017-02-10]. Dostupné z: <http://www.nemocnice-melnik.cz/rubrika/781-Zdravotnicke-sluzby-Doplnkove-sluzby-Zdravotne-socialni-pracovnik/index.htm>
2. HETTNEROVÁ, Magda. Zdravotně-sociální péče ve zdravotnictví přilákala do ÚVN desítky posluchačů [online]. [cit. 2017-03-20]. Dostupné z: <http://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/6/zdravotne-socialni-pece-ve-zdravotnictvi-prilakala-do-uvn-desitky-posluchacu/>
3. KRAUS, Blahoslav a Stanislava HOFERKOVÁ. Ke vztahu sociální pedagogiky a sociální práce. Sociální pedagogika [online]. Praha, 2016, 2016(1) [cit. 2017-02-02]. Dostupné z: [http://soced.cz/wp-content/uploads/2016/04/STUDIE-SocEd\\_Ke-vztahu-soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogiky-a-soci%C3%A1ln%C3%AD-pr%C3%A1ce.pdf](http://soced.cz/wp-content/uploads/2016/04/STUDIE-SocEd_Ke-vztahu-soci%C3%A1ln%C3%AD-pedagogiky-a-soci%C3%A1ln%C3%AD-pr%C3%A1ce.pdf)
4. Ministerstvo zdravotnictví české republiky. Ministerstvo zdravotnictví české republiky [online]. Praha, 2010 [cit. 2017-03-10]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/>
5. SEVEROVÁ, Jana. Sociální práce ve zdravotnictví [online]. [cit. 2017-02-20]. Dostupné z: <http://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>
6. ŠIMKOVÁ, Lenka. Role sociálního pracovníka – mnohvrstevnatá, dynamická a proměnlivá. Sociální revue [online]. Velká Británie: Sociální revue, 2014 [cit. 2017-02-25]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/role-socialniho-pracovnikamnohvrstevnata-dynamicka-a-promenliva>
7. WEINRURTEROVÁ, E. 2006. Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení. In Multidisciplinární péče. [online] 2012 [cit.2017-02-12]. Dostupné z: <http://www.mpece.com/modules.php?name=Newsfile=articlesid53>

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – seznámení s informanty .....	72
Tabulka 2 – Šla jsem za tím.....	74
Tabulka 3 – Myšlenky ve vztahu k profesi.....	76
Tabulka 4 – nezbytné kompetence.....	79
Tabulka 5 – Orientace na klienta .....	83
Tabulka 6 – Nutnosti k výkonu profese.....	87
Tabulka 7 – Práce s klienty.....	91
Tabulka 8 – Vypjaté situace.....	98
Tabulka 9 – Někdy nevím, jak dál.....	100
Tabulka 10 – Když na to nestačím.....	106

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 – Myšlenková mapa .....	117
-----------------------------------	-----

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Kategorizace otázek k realizovanému rozhovoru

Příloha 2: Ukázka rozhovoru s informantem

Příloha 3: Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru

## SEZNAM ZKRATEK

s. – strana

a kol. – a kolektiv

## **PŘÍLOHA 1: KATEGORIZACE OTÁZEK K REALIZOVANÉMU ROZHOVORU (OKRUH K ROZHOVORU)**

### **JÁ A MOJE PROFESE**

Jaký obor jste studovala?

Jak jste se k této práci dostala?

Jak dlouho pracujete na této pracovní pozici?

Je to Vaše první práce jako sociální pracovník ve zdravotnictví (nebo zdravotně sociální pracovník)?

### **MUSÍM VĚDĚT A ZNÁT**

Které klíčové vlastnosti by měl mít sociální pracovník ve zdravotnictví?

Které metody sociální práce nejčastěji využíváte v rámci poskytování sociální péče?

Jakými kompetencemi by měl disponovat sociální pracovník ve zdravotnictví (nebo zdravotně sociální pracovník)?

Znalosti jaké oblasti ve své profesi nejčastěji zúročíte?

Jaké skupině klientů v zařízení, kde pracujete, nejčastěji poskytujete sociální péči?

Jaké věkové skupině nejčastěji poskytujete sociální péči?

Jaké obtíže svých klientů nejčastěji řešíte?

### **PROFESNÍ NESNÁZE**

Je v zařízení, kde pracujete, dostatek pracovníků poskytujících sociální péči, aby byla zajištěna pro všechny pacienty, kteří ji potřebují?

Který další pracovník by mohl obohatit tým zdravotnických pracovníků?

Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší profese?

Co považujete za nejnáročnější součást Vaší profese?

## **PŘÍLOHA 2: UKÁZKA ROZHOVORU S INFORMANTEM**

Veškeré přepsané rozhovory s informanty jsou k dispozici u autorky diplomové práce.

### **Přepis stěžejní části rozhovoru se sociální pracovnící ve zdravotnictví Věrou.**

#### **1. Jaký obor jste studovala?**

Nejprve jsem byla na gymnáziu, pak jsem studovala střední školu sociálně právní, pokračovala jsem na postgraduální studium zdravotnictví v Brně.

#### **2. Jak jste se k této práci dostala?**

Začínala jsem již hodně dávno, ještě za bývalého režimu a tehdy sehnat práci v oboru nebylo vůbec jednoduché. Začínala jsem na interní klinice, kde bylo diabetologické centrum, a to mělo tehdy mít sociální pracovníci. Tehdejší primář interní kliniky nechtěl sociální pracovníci nemocnice, žádal novou. Já jsem tehdy měla štěstí v neštěstí a byla jsem přijata.

#### **3. Jak dlouho pracujete na této pracovní pozici?**

Tady jsem nějakých dvacet osm let.

#### **4. Je to Vaše první práce jako sociální pracovník ve zdravotnictví?**

Ano, jako sociální pracovník první, ale ve zdravotnictví jsem od začátku kariéry, letos tomu bude třicet tři let.

#### **5. Které klíčové vlastnosti by měl mít sociální pracovník ve zdravotnictví?**

Komunikativní, empatický, takový, který si to umí od sebe nějak odhodit, umí naslouchat.

#### **6. Které metody sociální práce nejčastěji využíváte v rámci poskytování sociální péče?**

My máme poradenskou službu, takže metody rozhovor a radu, případně jim dáváme kontakty. Rozhovor s jednotlivcem, buď přímo s klientem, pokud se s ním domluvíte, jinak s rodinnými příslušníky, případně s obcí. Pak taková ta vzájemná spolupráce mezi všemi, aby se našlo nějaké řešení pro toho konkrétního člověka. My teda nemáme žádnou pravomoc.

#### **7. Jakými kompetencemi by měl disponovat sociální pracovník ve zdravotnictví?**

Nějakou tu kompetenci aby dokázal dobře komunikovat, aby byl kompetentní k té dané profesi, kompetenci plánovací, aby byl nějaký řád v tom všem, to je dost důležité. Musí mít vzdělání v těch oblastech týkajících se profese, kompetence k učení, protože se učíme stále.

**8. Znalosti jaké oblasti ve své profesi nejčastěji zúročíte?**

Znalosti té sociální oblasti, zákonu, teda ne přesně, ale ten člověk musí vědět, kam má sáhnout. Takže přesně bych vám necitovala, ale vím, kde ho najdu, když si potřebuju něco upřesnit nebo ujasnit. Ale i vědomosti z toho zdravotnictví, protože když něco slyšíte, třeba latinský název, tak vám to nic třeba neřekne. Když v tom děláte roky, tak už i víte, ale v začátku to asi chce nějakou základní znalost, i když do toho lze vplout v té praxi, jak to mělo hodně sociálních pracovníků ve zdravotnictví. Důležité jsou obě ty složky.

**9. Jaké skupině klientů nejčastěji v zařízení, kde pracujete, nejčastěji poskytujete sociální péči?**

Především geriatrickým pacientů, lidem bez domova, tedy společensky nepřizpůsobivým, nebo jak bych to nazvala, teď už je jich méně a je to po této stránce jednodušší. Dříve jsme jich měli na starosti více, i svobodné matky, ale už se jim neposkytuje ta péče, jsou už hlídání úřadem dříve, u těch matek už v tom těhotenství, kdy se pak rozhoduje, zda dá dítě k adopci, už to je v moci úřadu. My je upozorníme a oni si to už dotáhnou. Takže senioři, tělesně postižení, psychicky, zdravotně, mentálně... A potom teda ti bezdomovci. Nejpočetnější jsou samozřejmě senioři.

**10. Jaké věkové skupině klientů nejčastěji poskytujete sociální péči?**

Sedmdesát pět let a více, ale tím, že nemoci se dotýkají už i mladších lidí, tak není výjimkou šedesátiletý nebo padesátiletý člověk. A samozřejmě lidé bez domova, ti jsou podstatně mladší, velmi mladí lidé.

**11. Co se týče bezdomovectví, změnilo se to nějak v průběhu let?**

Změnilo se to dost, protože když lidé nemají povinnost pracovat, tak jak si zvyknou, je to špatné. Dokud ještě chodí do práce a najednou se něco stane, přestanou a pak zjistí, že něco dostanou a nic dělat nemusí, tak si rychle zvyknou. Ztratí ty pracovní návyky. Nebo zjistíte, že chodíte do práce, ale dostanete o pár stovek více, tak tam chodit nemusíte. Jestli mají nějakou střechu nad hlavou, to oni už neřeší, hlavně, aby měli, jak se říká, co do ruky. Převážná většina těchto lidí jsou k tomu všemu ještě alkoholicí a už se začínají mezi ně dostávat i narkomani, čili závislí na návykových látkách. A to je ještě horší, u těch alkoholiků to trvá nějakou dobu, než se propijí, ale u tvrdých drog je to rychlé. Oni už jen přemýšlí, kde sehnat peníze, zda mají co jíst, kde bydlet nebo jestli mají úraz, to je jim úplně jedno.

**12. Jaké obtíže svých klientů nejčastěji řešíte?**



Hlavně imobilita, v současné době je hodně devadesáti a více letých lidí, takovou skupinu za ten čas praxe jsem ještě nezažila, je to stárnutí populace. Jich je najednou strašně moc a doted' byli zdravější, než ty mladší ročníky. Oni fungují, najednou se něco stane a oni na to nejsou připraveni v tom svém věku, že nebudou chodit. A navíc v devadesáti procentech žijí sami, kde vyvstává ten problém, že když se člověk dostane do nemocnice, je vyššího věku, tak rychle nastává imobilizační syndrom, že kterého se už špatně dostává, přidává se demence a podobně. A je tady problém, co teď, co s nimi, domů nechtějí, zařízení je nedostatek, rodiny nejsou schopny a tam je obtížné pro toho člověka najít něco, kde by mohl být. Těchto zařízení pro tyto lidi je prý dostatek, ale není to pravda, to by jinak nebyl problém, který řešíme. I v těch placených je dlouhá čekací doba, ale tam se obyčejný důchodce nedostane. Oni se ale často vzdali toho, co měli ve prospěch rodiny, protože oni bydlí samostatně, bydlí v bytě, ale ten byt jim nepatří. Takže kdyby jim patřil, tak si mohou dopřát to placené zařízení, ale prostě to co potřebují, si nezaplátí. Kdyby ten byt rodině dali, ale oni tam nedají žádnou podmínku, třeba že se o mně postarají, nebo že v určitém případě mi něco doplatí, to tam nedají. Protože to dáváte rodině. Říkáte si, mají mě rádi, jsou hodní, ale najednou ten člověk nic nemá, nemá si to z čeho doplatit, takže čeká na ten státní domov, ale tam jsou strašně dlouhé čekací doby. Často i ta rodina bohužel se k těm lidem zachová špatně, jsou zklamaní tím, koho milovali, komu věřili, takže kolikrát i ty rodiny se o nich vyjadřují jako o kusu nepotřebné věci. Říkají, že je povinen stát, ne oni. Může to být způsobeno stresující dobou nebo tím, že lidé byli zvyklí jen brát a ne dávat. Je to v zákonu o rodině, že se musíte postarat o své rodiče, jak to chcete vymáhat... Je to spíše morální stránka věci, přirozenosti.

**13. Je v zařízení, kde pracujete, dostatek sociálních pracovníků ve zdravotnictví, aby byla zajištěna sociální péče pro všechny, kteří ji potřebují?**

Je tady čím dál více geriatrických pacientů, určitě bychom ocenili další kolegyni, ale není to naší moci, tohle prosadit.

**14. Který další pracovník by mohl obohatit tým zdravotnických pracovníků?**

Já myslím, že někdo, kdo by se staral přímo o tu psychickou stránku těch klientů, kdo by se jim věnoval a měl více času na to, provádět rozhovory do hloubky a hledat další řešení. Té práce tady je opravdu dost a někdy nezbyde čas na ty důležité věci, protože musí být upřednostněny ty důležitější, což je třeba ta úřednická činnost, protože ta nepočká.

**15. Jak hodnotíte psychickou náročnost Vaší profese?**

Je hodně náročná, za tu dobu co jsem tady, jsem už určitě prošla syndromem vyhoření. Člověk najednou zjistí, že to dál nejde, jste na konci, jste nešťastná, takže člověk potřebuje nějak vypnout, nějak se odreagovat v určitém okamžiku, abyste se z toho nezbláznila. Jsou období, kdy je toho více, je to náročnější, samé náročné případy a vy si říkáte, že jste už týden čtrnáct dní nepotkala normálního člověka, který chce něco řešit, který chce být nápomocen, pořád narážíte na takové blbce, když to tak řeknu. Ale pak se něco stane a přijde někdo po dlouhé době, když už si říkáte mezi dveřmi, že je to další takový, ale pak je ten člověk úplně jiný a vám dojde, že ono to má smysl. Že vás zase něco dobije, že jste zase schopna pracovat dál, ale ono to není náročné fyzicky, ale psychicky ano. Je to práce s lidmi, lidé jsou čím dál horší, čím dál náročnější a složitější. A když to takhle slyšíte, chtěla byste nějak pomoci a začnete to na sebe nabalovat. Když děláte práci s lidmi, nemůžete být úplně cynik, jak se říká. Lidé se potřebují někomu svěřit, a když zjistí, že se můžou někomu svěřit, začnou říkat víc, i to co už nepotřebujete. Ale neutnete ho, neřeknete mu, že už to stačí, začne vám líčit něco ze svého života, tak si člověk uvědomí, že ten jeho problém, který si myslí, že má velký, je najednou malicherný. Musíte ty lidi ale nějak usměrnit, nemůžete všechno prožívat, ale když se potřebuje člověk svěřit, nemůžete mu říct, že vás to nezajímá. Jemu se možná uleví, jen že to někomu řekne, někdo se potřebuje svěřovat opakovaně, jinému stačí to říct jednomu člověku. Může to být sociální pracovník, může to být taky uklízečka, kdokoliv.

#### **16. Co považujete za nejnáročnější součást Vaší profese?**

Bezvýchodné situace, kdy máte konkrétního člověka a nemáte žádné řešení, nevidíte před sebou žádné řešení, ať děláte, co děláte, prostě nejde to, narážíte, nevezmou, nemůže, nespadá do kategorií. Staří lidé mají alespoň ty domovy pro seniory, něco splňují pro přijetí do nich. Ale co člověk, který dostane v padesáti pěti letech těžkou mozkovou obrnu a vypadne ze všech kategorií, není senior, je postižen, ale ne tělesně pro ústav. A vy zjistíte, že ten člověk nikam nepatří, nesplňuje žádné podmínky. Vy jste tak bezradná, nevíte, co máte dělat, protože s kým to máte řešit, každý řekne, že ho nepřijali proto nebo pro další důvod.

#### **17. Co se pak děje s lidmi, kteří nemají kam jít? Zůstávají tady?**

Máme tři sociální lůžka, takže ty nejproblematičtější případy se snažíme umístit na sociální lůžko, ale tři lůžka, to je málo. A pak se tedy snažím jaksí tlačit nebo vyvíjet nátlak na úřad, aby i oni do toho zasáhli, protože čím víc lidí, tím lépe. Věřte nebo ne, ale když někam zavolá úřad, tak se něco děje, ale když volá sociální pracovnice, tak jste naopak postavila zeď. Protože ten člověk je v nemocnici a oni si myslí, že v nemocnici je dostatek místa, nebo se vždycky nějaké najde.

### **PŘÍLOHA 3: INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU**

#### **INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ROZHOVORU**

- Byla jsem seznámena/a s podmínkami, cílem a obsahem výzkumného šetření Karolíny Otevřelové v rámci diplomové práce s názvem „Uplatnění sociálního pedagoga ve zdravotnickém zařízení“.
- Souhlasím s účastí na tomto projektu. Dávám své svolení studentce Karolíně Otevřelové, aby materiál, který jsem jí poskytla, mohla analyzovat a použít za účelem vytvoření praktické části diplomové práce.
- Souhlasím se způsobem, jak bude zachována důvěrnost a jak bude má identita chráněna během výzkumu i po jeho skončení. Souhlasím s nahráváním rozhovoru po celou jeho dobu za účelem pozdějšího přepsání rozhovoru a s tím, že studentka může v odborné publikaci citovat informace, které jí poskytují.
- Jsem srozuměna s tím, že mohu rozhovor kdykoliv ukončit nebo odmítnou odpovědět na některou z otázek.
- Rozumím tomu, že mohu odstoupit z tohoto výzkumného projektu do sedmi dnů od poskytnutí rozhovoru.

JMÉNO:.....

DATUM:.....

PODPIS INFORMANTA:.....