

Profesiogram zdravotně sociálního pracovníka v psychiatrických zařízeních a centrech duševního zdraví

Jana Tatárová

Bakalářská práce
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně
Fakulta humanitních studií

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav zdravotnických věd

Akademický rok: 2021/2022

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Jana Tatárová**
Osobní číslo: **H190715**
Studijní program: **B5350 Zdravotně sociální péče**
Studijní obor: **Zdravotně sociální pracovník**
Forma studia: **Prezenční**
Téma práce: **Profesiogram zdravotně sociálního pracovníka v psychiatrických zařízeních a centrech duševního zdraví**

Zásady pro vypracování

Rešerše literatury.

Vymezení pojmů a teoretických východisek v oblasti profesiogramu zdravotně sociálního pracovníka v psychiatrických zařízeních a centrech duševního zdraví.

Příprava metodiky kvalitativního výzkumu.

Formulace kritérií pro výběr participantů.

Realizace kvalitativního výzkumu technikou rozhovoru.

Zpracování, vyhodnocení a interpretace získaných dat.

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

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

Seznam doporučené literatury:

- ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>
- ČESKO, 2005. Vyhláška č. 39/2005 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>
- ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>
- ŘIHÁČEK, T. a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2.
- STEFANOVIC, M. The Role of Social Workers in Health Care System – 2021 Guide. In: *SEMIMD* [Online]. Feb. 1, 2021 [cit. 2021-10-22]. Available from: <https://semimd.com/the-role-of-social-workers-in-health-care-system/>

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Sylvie Chvatíková**
Ústav zdravotnických věd

Datum zadání bakalářské práce: **22. října 2021**
Termín odevzdání bakalářské práce: **27. května 2022**

Mgr. Libor Marek, Ph.D.
děkan



PhDr. Pavla Kudlová, PhD.
ředitelka ústavu

Ve Zlíně dne 10. ledna 2022

PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské 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 ¹⁾;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou 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 ²⁾;
- podle § 60 ³⁾ 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 ³⁾ odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou 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 bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

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

Ve Zlíně 18. 05. 22

.....

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ABSTRAKT

Bakalářská práce se zabývá problematikou *Profesiogramu zdravotně sociálního pracovníka v psychiatrických zařízeních a centrech duševního zdraví*. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a část praktickou. Teoretická část popisuje práci a kompetence zdravotně sociálního pracovníka v těchto zařízeních, metody, které využívá a definuje osobnostní a profesní požadavky, které jsou vyžadovány. Jsou zde popisovány hlavní cíle psychiatrických zařízení a center duševního zdraví, a cílová skupina pacientů, kterou se pracovníci v uvedených zařízeních zabývají. Praktická část je zaměřená na práci zdravotně sociálního pracovníka s pacienty s duševním onemocněním.

Klíčová slova: profesiogram, zdravotně sociální pracovník, psychiatrie, psychiatrická zařízení, centra duševního zdraví

ABSTRACT

This bachelor's thesis deals with the issue of the Professiogram of a Health and Social Worker in Psychiatric Facilities and Mental Health Centers. This bachelor thesis is divided into a theoretical part and a practical part. The theoretical part describes the work and competencies of the health and social worker in these facilities, the methods used, and the definitions of personal and professional specifications that are required. It describes the main goals of psychiatric hospitals and mental health centers, and the target group of patients that the staff in these facilities work with. The practical part is focused on experience with personality-disordered patients.

Keywords: professiogram, psychiatry, health and social worker, psychiatric hospitals, mental health centers

Tímto bych ráda poděkovala paní Mgr. Sylvii Chvatíkové za odborné vedení, věcné připomínky, ochotu a vstřícnost po celou dobu vedení bakalářské práce. Děkuji také Mgr. Marcele Křenovské, Ph.D., za cenné rady při počátcích a vzniku mé bakalářské práce. Velké díky patří rovněž mé rodině a přátelům, kteří mi po celý čas byli velkou oporou. V neposlední řadě bych ráda poděkovala participantům, kteří se účastnili výzkumu, a bez kterých by tato závěrečná práce nemohla vzniknout.

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

OBSAH

ÚVOD	10
I TEORETICKÁ ČÁST	11
1 PROFESIOGRAM	12
1.1 OSOBNOST PRACOVNÍKA Z POHLEDU PROFESIOGRAFIE	12
1.2 PROFESIOGRAFIE V PRAXI	13
2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	15
2.1 METODY SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ	16
2.1.1 Práce s jednotlivcem	17
2.1.2 Poradenství.....	17
2.1.4 Práce se skupinou.....	19
3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK ZSP	20
3.1 OBECNÉ POŽADAVKY PRO ZSP	20
3.2 POSTAVENÍ ZSP V MULTIDISCIPLINÁRNÍM TÝMU	22
3.3 ETIKA ZSP	23
3.4 SEBEREFLEXE A DUŠEVNÍ HYGIENA ZSP	26
4 PACIENTI S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU	28
4.1 PSYCHIATRICKÉ NEMOCNICE.....	29
4.2 CENTRA DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ.....	30
4.3 ZSP V ZAŘÍZENÍCH PEČUJÍCÍCH O PSYCHIATRICKÉ PACIENTY	31
4.3.1 Požadavky na ZSP pro práci v psychiatrických nemocnicích	32
II PRAKTICKÁ ČÁST	33
5 METODOLOGIE VÝZKUMU	34
5.1 DRUH VÝZKUMU	34
5.2 TECHNIKA SBĚRU DAT	34
5.3 CÍL VÝZKUMU	34
5.4 METODA ANALÝZY DAT	35
5.5 VÝZKUMNÝ VZOREK	35
5.6 VYHODNOCENÍ A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	35
5.7 IDENTIFIKAČNÍ ÚDAJE	36
5.7.1 Doba výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka	36
5.8 PRACOVNÍ NÁPLŇ.....	36
5.8.1 Váš běžný den	37
5.8.2 Dostatek času na klienty.....	37
5.8.3 Nejnáročnější část práce.....	38
5.8.4 Motivace.....	39

5.8.5	Cílová skupina.....	39
5.8.6	Nejčastější požadavky klientů.....	40
5.8.7	Vztahy mezi klienty	40
5.8.8	Komunikace s pacienty	41
5.8.9	Nejčastější požadavky ze strany kolegů.....	42
5.8.10	Spokojenost s výběrem profese.....	43
5.9	POVOLÁNÍ ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA	43
5.9.1	Sociální práce x zdravotně sociální práce	43
5.9.2	Rozdíly mezi obecnými požadavky na zdravotně sociálního pracovníka a požadavky, které klade zařízení.....	44
5.9.3	Dostatečná příprava studia pro práci zdravotně sociálního pracovníka	44
5.9.4	Co se nachází pod zdravotní částí na pracovišti.....	45
5.9.5	Silné a slabé stránky povolání.....	45
5.9.6	Role zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení	46
6	DISKUZE.....	48
	ZÁVĚR	50
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	51
	SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....	54
	SEZNAM PŘÍLOH.....	55

ÚVOD

Téma bakalářské práce Profesiogram zdravotně sociálního pracovníka v psychiatrických zařízeních a centrech duševního zdraví jsem si vybrala, z důvodu poznání problematiky a práce zdravotně sociálního pracovníka v těchto zařízeních. Osobně mám brigádu v sociálním zařízení, kde pracuji s jedinci závislými na alkoholu a každý den se setkáváme s klienty, kteří potřebují podporu při hledání nového zaměstnání, vyřizování osobních věcí nebo hledání bydlení. Jelikož skupinu jedinců se závislostí na alkoholu už trochu znám, chtěla jsem se dozvědět více o práci s pacienty trpícími dalšími závažnými duševními onemocněními.

Toto téma považuji za celkem aktuální, jelikož velké množství absolventů či studentů oborů zdravotně sociální práce či sociální práce mají velký zájem pracovat s uvedenou cílovou skupinou. A proto jsem si za cíl mé bakalářské práce vybrala zjistit, jakým způsobem zdravotně sociální pracovník pracuje s osobami s duševní poruchou a více profesí v těchto zařízeních přiblížit.

Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. V teoretické části se v první kapitole zaměřuji na pojem profesiogram, kde se zabývám vysvětlením tohoto pojmu, psychologickými aspekty profesiografie, osobností pracovníka z pohledu profesiografie a profesiografií v praxi. Druhá kapitole je zaměřena na sociální práci ve zdravotnictví a metodami sociální práce ve zdravotnictví, kde je blíže popisována práce s jednotlivcem, práce se skupinou, krizová intervence a poradenství. Třetí kapitola zahrnuje profesi zdravotně sociálního pracovníka, obecné požadavky na pracovníka pro výkon profese, postavení pracovníka v multidisciplinárním týmu, etiku zdravotně sociálního pracovníka, sebereflexi a duševní hygienu. V poslední kapitole jsou podrobně rozebrány psychiatrická zařízení a centra duševního zdraví, práce zdravotně sociálního pracovníka v těchto zařízeních, a na závěr jsou uvedeny požadavky na pracovníka pro výkon profese.

Praktická část je zaměřena na zdravotně sociální pracovníky při práci s pacienty s duševním onemocněním. Cílem výzkumu praktické části byla snaha o porozumění zkušeností zdravotně sociálního pracovníka na místech určené pro osoby s duševním onemocněním. Výzkum byl rozdělen do tří dílčích částí, které nám pomohly dané problematice více porozumět. Všechny informace jsou získány pomocí kvalitativní výzkumu za pomoci polostrukturovaných rozhovorů v rámci interpretativní fenomenologické analýzy IPA, která je vhodná pro interpretaci zkušeností.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 PROFESIOGRAM

Metoda profesiografie je využívána v psychologii práce především k vylíčení činností ať už organizačních, či kvalifikačních. Obsahuje také popis psychických a fyzických vlastností, které jsou důležité pro výkon daného zaměstnání. Za výsledek této činnosti považujeme profesiogram. Pojem profesiogram je možné tedy jinými slovy nazvat jako charakteristiku povolání. Dle Palána (2002) se jedná o popis nároků profese vypracovaný na základě provedené analýzy práce. Na tento fakt lze nahlížet dvěma různými způsoby. Z pohledu pracovníka, jež, vykonává určitou pracovní funkci, z pohledu organizace nebo z pohledu individuálního začlenění pracovního postavení. Profesiogram z perspektivy Vronského (2012) je označován jako „*strukturovaný zápis požadavků a popis podmínek, za kterých bude konkrétní pracovní funkce vykonávána, včetně popisu standardů pracovního chování konkrétního pracovníka a způsobu, jak bude za svůj výkon hodnocen, odměňován a jak bude postaráno o jeho celkový rozvoj v organizaci, v kontextu s tím, jak intenzivně, kvalitně a rychle musí ve funkci pracovat.*“

Na pracovníka se v zaměstnání kladou určité požadavky, přesněji tedy na jeho somatické a psychické funkce, proto se tvoří takzvané „profesiografické rozborů“ neboli profesiogramy. Tyto rozborů rozdělujeme na dvě části. Obecná část profesiografických rozborů nám rozebírá, pracovní prostředí, ve kterém se pracovník pohybuje, používané pracovní prostředky a jeho činnosti v dané profesi. K vytvoření profesiografických rozborů nám napomáhají karty minimálních nároků profese, které slouží jako profesiografická schémata. Speciální část se zabývá právě speciálními požadavky. (Kohoutek a Štěpaník, 2000)

Podle účelu se potom rozeznávají tři druhy profesiogramu (Štikar et al., 2003):

1. Profesiogramy určené pro profesionální informaci
2. Profesiogramy určené pro profesionální poradenství a pro rozmíst'ování pracovníků do různých profesí
3. Profesiogramy určené hlavně pro racionalizační zásahy uvnitř profese, tedy z hlediska úpravy pracovního prostředí, výcviku a výběru pracovníků pro určitou profesi.

1.1 Osobnost pracovníka z pohledu profesiografie

Vyšší počet zájemců o zaměstnání na trhu práce zapříčiňuje snižování pracovních nabídek a počet pracovních míst, proto je důležité správné rozdělení pracovníků do určitých profesí.

Rozdělování a přerozdělování pracovníků nám zajistí, že v oborech budeme přicházet do styku s osobami, které se pro vykonávanou činnost hodí a mají k tomu určité odborné a sociální předpoklady, z čehož nám vyplyne, že splňují určité požadavky. (Kohoutek, 2000)

K celkovému a lepšímu poznání osobnosti člověka nám pomohou určité situace, které nám napomůžou ukázat chování člověka jako takového. Díky těmto situacím můžeme už dopředu určit, jak se člověk v určitých chvílích zachová a jak ho správně zařadit do sociálního systému. Více pochopit osobnost nám pomohou také znalosti o charakteru, vůli, tendencích v jednání a komunikaci. (Vronský, 2012)

Největším a zároveň nejdůležitějším faktorem všech schopností člověka rozumíme inteligenci. Inteligence je ukazatelem toho, jakým způsobem se člověk prezentuje, jakým způsobem zachází se svým okolím, jak účelově přemýšlí. Tyto skutečnosti můžeme tedy nazvat rozumovými schopnostmi jedince, které jsou neměnné. Jediné, co se s věkem mění je rychlost a pružnost, což vyrovnávají nové zkušenosti a prohlubování kompetencí člověka. (Vronský, 2012)

Dědina a Cejthamr (2010) vidí inteligenci jako obecnou schopnost. Inteligence tak ovlivňuje naše činnosti a zejména jsou to činnosti odborné. S inteligencí jsou důležité i další proměnné, například již zmíněné vlastnosti osobnosti a dostatečná motivace. (Cejthamr a Dědina, 2010)

Setkat se můžeme také s pojmem dovednost, který popisuje Průcha (2008) z anglického slova „skill“ jako nedostatečně neobjasněný pojem. Jednoduše řečeno se jedná o schopnost vykonávání určité činnosti. Dovednost je možné nabýt každodenním učením, ale také svým spontánním chováním, jako děti při hraní her.

Každý pracovník by měl být dobře naladěný a správně motivován. Pracovník, který je na své pozici spokojený a nevyčítá si tedy výběr své profese je z pravidla výkonnější a z pohledu jeho fyzického a zdravotního stavu je nepoškozený. (Vronský, 2012)

1.2 Profesiografie v praxi

Profesiogramy jsou dle Vronského (2012) výsledkem profesiografického šetření. Právě profesiografické šetření nám napomáhá sledovat osobu v jeho pracovním procesu. Dává nám ale také možnost vytvářet určité požadavky na jeho výkon a profesní zdatnost. Profesiografie nám tedy slouží a napomáhá k tomu, zařadit pracovníka do správně pasující pracovní funkce.

Při profesiografickém šetření je důležité, abychom brali v úvahu pracovníka, který na příslušném pracovním místě pracuje. Z toho vyplývá, že musíme brát v úvahu také jeho

fyziologické a psychické možnosti. Pracovníci jsou připravováni k vykonávání určité profese pomocí školení, školením se ale nelze připravit, pokud se jedná o pracovní funkci, která je zcela nekonkrétní. Důležitým úkolem organizace je dát pracovníkům jasně najevo, co od nich budou vyžadovat, jaké si kladou nároky a jaké pracovní kompetence by měly být naplněny. Je tedy důležité, aby pracovníci věděli, co se od nich očekává nebo bude očekávat v budoucnu. (Vronský, 2012)

U valné většiny profesí jsou při všech činnostech dle Vronského (2012) osobní předpoklady determinantou výkonu, jedná se o profil jedince:

- Psychické a fyzické schopnosti pro práci
- Odbornost
- Charakter
- Motivace pro práci
- Zdravotní stav jedince
- Věk a pohlaví

Dle výše uvedeného můžeme konstatovat, že nám v praxi profesiografie pomáhá také s nábořem zcela nových pracovníků. Usnadňuje nám výběr, kteří kandidáti jsou pro umístění na pracovní pozici těmi nejvhodnějšími.

2 SOCIÁLNÍ PRÁCE VE ZDRAVOTNICTVÍ

Sociální práce je odborná společenskovední disciplína, která si klade za cíl pomáhat osobám, které se vyskytly v nepříznivé sociální situaci a usiluje o zmírňování a řešení naskytnuté životní situace. Sociální práce se snaží vylepšit životní podmínky lidem, kteří se ocitli v situaci, kdy už nejsou schopni svým životním problémům čelit sami a vyhledávají pomoc odborníků. Pod pojmem sociální problém si můžeme představit například chudobu, nezaměstnanost, diskriminaci, zanedbávání a jiné. Tato disciplína pomáhá jednotlivcům, skupinám, rodinám či komunitám. (Matoušek, 2013)

Sociální práce se řídí zákonem č. 108/2006 sb., zákon o sociálních službách, který se dělí do jedenácti částí. Tento zákon nám říká a upravuje podmínky pro pomoc fyzickým osobám v jejich nepříznivé životní situaci a také nám upravuje předpoklady pro výkon sociální práce. (Česko, 2006)

Dle Stefanovic (2021) zdravotnictví a sociální práce mají mnoho společných hodnot, mezi které řadíme například pomáhat lidem v nouzi a přistupovat k lidem s respektem, důstojností a důvěrou. Za jádro sociální práce však považujeme sociální vztah, zatímco za cíl zdravotní péče považujeme zdraví.

První zmínky o sociální práci ve zdravotnictví sahají až do roku 1905, kdy lékař Richard C. Cabot jmenoval všeobecnou sestru Garnet I. Pelton, aby obsadila místo první zdravotně sociální pracovnice na interním oddělení ve všeobecné nemocnici v Massachusetts (MGH). Po roce 1907 se zdravotně sociální pracovník začal objevovat i na neurologickém oddělení, toto období se také označuje jako začátek zdravotně sociální pomoci v oblasti duševního zdraví. (Cowles, 2003)

Od té doby, co lékaři přestali pozorovat pacienta v kontextu jeho domácí, pracovní a ostatních životních situací, aby se mohli plně soustředit jen na fyzické faktory se začala uplatňovat práce zdravotně sociálního pracovníka ve větší míře. Zdravotně sociální práce byla pojímána jako prostředek tohoto deficitu, tak, že pracovníci, kteří tuto profesi vykonávali podávali příslušnému lékařskému a ošetrovatelskému personálu zprávy a informace, popisující domácí a pracovní situace pacientů (Cowles, 2003).

V České republice dle Kuzníkové (2011) byla prakticky první institucí, která řešila sociální potíže rodina, která se vždy starala o nemocné. Pojem rodina nám Matoušek (2003) představuje jako skupinu lidí, kteří jsou spojeni buďto pokrevní nebo právními svazky. Ovšem v užším slova smyslu se za rodinu mohou brát také osoby, které k sobě mají velkou

náklonnost. Je to právě rodina, která stojí pro mnoho institucí na prvním místě a je tedy brána jako priorita. (Kuzníková, 2011)

Cílem sociální práce ve zdravotnictví je pomoci pacientovi či klientovi, jeho rodině a blízkým při zmírnění nebo úplném odstranění sociálních následků nemocí. Má snahu klienta/pacienta motivovat k léčbě a spolupráci, napomáhá k překonání obtíží spojené s jeho situací a snaží se přispět ke kvalitnějšímu životu. Péče o klienta musí odpovídat cílům sociální práce a dané nemocnice. (Kuzníková, 2011)

Z pohledu sociální práce ve zdravotnictví a našich zákonů, rozvoj této profese ovlivňuje již výše uvedený zákon č. 108/2006 sb., o sociálních službách (Česko, 2006), s tímto zákonem je úzce spjata i vyhláška č. 505/2006 sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách a můžeme v ní najít například standardy kvality sociálních služeb, které v zákoně nenajdeme (Česko, 2005). Profese je dále ovlivňována také zákonem č. 96/2004 sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a podporována organizací sdružující sociální pracovníky a zdravotně sociální pracovníky (Česko, 2004). Mezi tyto organizace můžeme například řadit Společnost sociálních pracovníků ČR, Asociace vzdělavatelů v sociální práci nebo například Českou asociaci sester – sekce zdravotně sociální, kdy tato organizace v roce 2008 vypracovala „proces sociální práce ve zdravotnictví“, ve kterém se jednalo o pokus sjednotit pracovní postupy sociální práce ve zdravotnictví. (Kuzníková, 2011)

2.1 Metody sociální práce ve zdravotnictví

Po obecné stránce, postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou se dle Matouška (2003) označují jako metody sociální práce. Cílem může být poskytnutí materiální pomoci, poradenství, výzkum. Cílovou skupinu nám mohou tvořit jednotlivci, rodina, komunita, či veřejnost.

Kuzníková (2011) považuje za hlavní práci s jednotlivcem, kdy je práce zahájena rozhovorem s klientem a sběrem informací z anamnéz. Pracovník také zjišťuje, jaké jsou možnosti podpory pacienta/klienta ze strany jeho rodiny. Na základě těchto zjištěných informací se pracovník může pustit do práce s rodinou. Rodiny mohou být také odkázány na další specializované služby, kde mohou přijít v úvahu například poradny. Práce se skupinami je ve zdravotnictví ojedinělým případem, přestože práce s komunitou může mít určité výhody a z několika ohledů to může být i jistým ulehčením práce pro pracovníka.

2.1.1 Práce s jednotlivcem

Jak už jsme si popsali výše, sociální práce s jednotlivcem je dle Kuzníkové (2011) nejvyžívanější a nezastupitelnou intervencí sociální práce ve zdravotnictví. Práce s klientem začíná v momentě prvního kontaktu a seznámením s klientovým chorobopisem. Při rozhovoru s klientem je důležité, aby byl pracovník konkrétní a za žádných okolností klienta nehodnotil. Na druhé straně je ale také důležité umět klienta patřičně ocenit. Komunikaci rozdělujeme na verbální a neverbální, kdy za důležitý prvek bereme i aktivní naslouchání. V každém případě pracovník usiluje o navázání důvěrného vztahu mezi ním a klientem.

Mezi často využívané přístupy při práci s jednotlivcem řadíme případovou práci a to například, pokud se jedná o problematiku duševního zdraví či vývojových poruch. Metoda nevyžaduje žádné zvláštní prostředí a umožňuje pružnost a tvořivost, které klientovi pomohou k vystoupení ze své aktuální nepříznivé situace. Nezbytně důležité je vycházet z možností, které má sám klient. Podpora klientovi vlastní síly je důležitou součástí hned vedle společného nalézání potenciálu k řešení jeho problémové situace, ve které se ocitl. Za důležité považujeme pochopení jedince, rodiny, komunity, společnosti a také povědomí zdravotně sociálních službách, které jedinci pomohou s odstraněním negativních životní situace. (Matoušek, 2013)

Případový pracovník by měl dobře znát veškeré nabídky institucí poskytující sociální služby, stejně tak by měl vědět, jak s nimi navázat kontakt a jak na tyto služby odkázat svého klienta. Úkolem pracovníka je tedy pomoc klientovi s komplikovanými problémy v celé jejich šíři. Probírá se potřeba finančního příjmu, bydlení klienta, zdravotní péče, pomoc s hledáním nového zaměstnání a získání sociální podpory. (Matoušek, 2013)

2.1.2 Poradenství

Poradenství je považováno za všestrannou metodu a můžeme jí najít téměř ve všech organizacích od psychiatrických zařízení a klinik až po věznice. Je velmi důležité, aby poradce uměl správně pracovat s informacemi, které mu jsou sdělovány. Další důležité součástí poradenství je umění komunikace, spolupráce a řízení a rozumění změnám ve světě. (Matoušek, 2013)

Sociální poradenství dělíme podle Matouška (2013) na dvě skupiny:

Základní sociální poradenství – předává nám informace o službách a možnostech, které mohou zmírnit nebo zcela vyřešit obtížnou sociální situaci člověka. Poskytované informace by měly být, co nejbližší bydlišti, pracovišti nebo popřípadě zařízení, ve kterém se klient v danou chvíli nachází.

Odborné sociální poradenství – poskytuje přímou pomoc osobám, které řeší jejich momentální nepříznivou sociální situaci. Zde se jedná už o určité poradny. Jednat se může například o manželské poradny. Z právě uvedeného nám tedy vyplývá, že u odborného poradenství se zaměříme na konkrétní pomoc a praktické řešení nepříznivé sociální situace. Odborné poradenství mohou vést sociální pracovníci, psychologové, psychiatři, sociologové.

2.1.3 Krizová intervence

Pod pojmem krize se ukrývá mnoho negativ, mezi které řadíme například situaci, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života a vyvolává stres, pocit ohrožení a stav nerovnováh. Vznik krize je často spojován s nezvládnutými již prožitými konflikty, traumaty nebo s nedostatečně či povrchně vyřešenými předešlými krizemi. Právě zkušenosti z krizí minulých mohou člověku ve velké míře pomoci s řešením krize současné. Ovšem to, co jednoho přinutí se na problém zaměřit a konstruktivně jej řešit, může být pro druhého podnětem k vlastnímu destruktivnímu chování. Z výše uvedeného lze tedy vyvodit, že na krizi může mít vliv každá naše životní situace, ať už se jedná o kladné či záporné. Je tedy důležité, zda si jedinec dokáže připustit, že negativní vlivy a krize patří k životu. (Matoušek 2013)

Výše citovaný autor nám uvádí typy krizí dle způsobu manifestace a podle průběhu krize.

Dle způsobu manifestace dělíme krize na krize zjevné a latentní, kdy krize zjevné si člověk uvědomuje, připouští a většinou člověka nutí k hledání pomoci. Řadíme sem například krize spojené s rozpadnutím vztahu, nevěrou a nemocí.

Krize latentní jsou naopak od krizí zjevných takové, že si je člověk neuvědomuje a nechce nebo si je nemůže připustit. Tento stav může trvat po delší dobu a jedince to vede k nevědomým způsobům adaptace. To se může projevit například závislostí na návykových látkách nebo například větší pracovní aktivitou.

Podle průběhu dělíme krize na akutní a chronické, kdy krize akutní mají jasný začátek i konec. Často bývají odezvou na traumata. Tuto krizi si může spojit například s nevěrou,

znásilněním, zradou. Chronické krize mohou trvat po delší dobu, a to v řádů měsíců či roků. Příkladem mohou být nedořešené konflikty ve vztahu. (Matoušek 2013)

2.1.4 Práce se skupinou

Metody sociální práce se skupinami nám podle Kuzníkové (2011) nabízejí více možností, které nám práce s jednotlivcem nabídnout nemůže. V našich zdravotnických zřízeních není sociální práce se skupinami toliko využívanou metodou. Naopak je to využívanou metodou spíše ve specializovaných zařízeních, mezi které řadíme psychiatrické kliniky a léčebny. Na našem území se tedy nejčastěji můžeme setkat se svépomocnými skupinami.

Svépomocné skupiny nám Matoušek (2003) představuje jako skupiny, ve kterých si jedinci poskytují vzájemnou pomoc při řešení rodinných, osobních nebo komunitních problémů. Členové skupiny si vzájemně předávají informace a poskytují si vzájemně emocionální podporu. Svépomocné skupiny si kladou za cíl pomoc svým členům při zvládnutí somatických a duševních nemocí.

Jako největší výhody práce se skupinami ve zdravotnických zařízeních bereme samotný přínos pro klienta. V sociální práci se skupinami, pojem klient může nést význam skupiny jako komplexu, ale také člena skupiny – jedince. Skupinovou práci bereme jako efektivní i z pohledu zodpovězení více dotazů jednotlivých členů najednou. Jelikož je každá skupina originální, má skupinová práce určité výhody i pro pracovníka, a to z důvodu nabití nových zkušeností. Skupinová práce napomáhá pracovníku k seberozvoji a pokud je na setkání dostatečně připravený, členové skupiny mu poskytují zpětnou vazbu. (Kuzníková, 2011)

3 ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK ZSP

Zákon č. 96/2004 Sb. §10 nám říká, „za výkon povolání zdravotně-sociálního pracovníka se považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně-sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.“ (Česko, 2004)

Práce zdravotně sociálního pracovníka by se i podle Stefanovic (2021) především měla zabývat prevencí, léčbou a rehabilitační péčí. Zvláštní pozornost je zaměřena zejména na rodinu, prostředí a kulturu. Všechny tyto faktory mohou hrát velkou roli ve výskytu a rozvoji některých zdravotních či duševních poruch. Právě z tohoto důvodu je práce zdravotně sociálního pracovníka velmi důležitá.

Cowles (2003, s. 31) předkládá, že hlavní funkcí sociálního pracovníka, by měly zahrnovat přímé i nepřímé služby. Nepřímou péči vykonávají pracovníci, kteří vykonávají jinou než odbornou pomoc činnost. Jsou tím myšleni například, ředitelé, vedoucí pracovníci. Zdravotně sociální pracovníci, kteří se vyskytují zejména v nemocnicích mají tendenci se zaměřovat spíše na přímé služby než na ty nepřímé. Nejdůležitější funkcí přímé služby je uspokojení pacientových potřeb. Musí se brát ovšem na vědomí, že zdravotně sociální pracovník „neléčí“ klientovo mentální zdraví, pokud se ovšem nejedná o případ, kdy to může posloužit jako modifikace klientova chování a pocitů, nebo kdy úprava prostředí může posloužit k vylepšení stavu pacienta.

Dle Stefanovic (2021) mezi nejčastější činnosti zdravotně sociálního pracovníka patří vyhodnocování či sběr dat o pacientovi a jeho sociálním prostředí, které slouží k sestavení sociální anamnézy. Na základě těchto získaných informací je poté možné sestavit léčebné postupy.

3.1 Obecné požadavky pro ZSP

Práce zdravotně sociálního pracovníka, jak již bylo uvedeno v předešlé kapitole je považována za odbornou činnost, která napomáhá obnovit schopnost sociálního fungování. Je očekáváno, že soubor odborných znalostí bude dostatečně rozsáhlý a komplexní. Proto se pro vstup do praxe vyžaduje dlouhý edukační proces, kterého se obvykle dosáhne univerzitním vzděláním. (Cowles, 2003)

V České republice se dle vyhlášky č. 39/2005 Sb. §9 („vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského

zdravotnického povolání“) „odborná způsobilost k výkonu povolání zdravotně-sociálního pracovníka získává absolvováním akreditovaného studijního programu nebo akreditovaného studijního programu a vzdělávacího programu kurzu nebo akreditovaného vzdělávacího programu a vzdělávacího programu kurzu“ (Česko, 2005). Cílem tohoto oboru je nabití kompetencí a způsobilosti pro výkon nelékařského zdravotnického povolání a kompetencí sociálního pracovníka v souladu s legislativou České republiky. Kuzníková (2011)

Dle Kuzníkové (2011) zdravotně sociální pracovník je pracovníkem sociálním, který poskytuje celkovou pomoc a péči klientům či pacientům v nepříznivé životní situaci.

Pracovník by měl mít znalosti o konkrétní klientské populaci a problémové oblasti v kontextu biopsychosociálního modelu a lidské diverzity, znalosti lidského chování a sociálního prostředí. Znalost organizačního prostředí je rozvojem obecných znalostí o politice a programech sociální péče. Nakonec znalost příslušného výzkumu, hodnocení a vyžadované dokumentace v prostředí je vývojem základních výzkumných metod sociální práce. (Cowles, 2003)

Na zdravotně sociálního pracovníka jsou kladené určité osobnostní požadavky a dovednosti. Mezi hlavní osobnostní předpoklady řadíme umění empatie, vřelost. Jak jsme si dříve uváděli pracovníci se zabývají psychickými a sociálními potřebami klientů a pomoci k jejich uspokojování, proto je důležité, umět vytvořit zdravou důvěru mezi ním a klientem. Z toho nám vyplývá, že by se měli nastavovat určité hranice, které by ani jedna strana neměla překročit. Na to, jak si správně udržet profesionalitu a správné chování před klientem nám napomáhá etický kodex z roku 1983, vydán Národní asociací sociálních pracovníků. (Kuzníková, 2003, s. 29)

Další důležitou a zároveň nepostradatelnou dovedností zdravotně sociálních pracovníků je komunikace. Komunikace nám pomáhá porozumět, proč či za jakým účelem klient jedná zrovna tímto způsobem. Vedle komunikace je důležité umění pozorování, které můžeme využívat například u klientů s tělesným postižením. Při samotné práci s jedinci je důležité, aby bychom znali pacientova práva, která byla schválena Centrální etickou komisí Ministerstva zdravotnictví České republiky. Pracovník by se měl orientovat v legislativě a sociálních institucích a v souladu s platnou legislativou musí splňovat podmínky kvalifikace práce ve zdravotnictví. Musí se také neustále vzdělávat, proto je důležité neustálé sledování teorií, metod a technik sociální práce. (Kuzníková, 2003, s. 30)

Pracovníkovi je dále zaměstnanec povinen poskytnout další vzdělávání v rozsahu nejméně dvaceti čtyř hodin za jeden kalendářní rok. Díky tomuto dalšímu vzdělávání si jedinec obnovuje a upevňuje svou kvalifikaci. Mezi formy dalšího vzdělávání považujeme (Česko, 2006):

- a) „specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka“
- b) „účast v kurzech s akreditovaným programem“
- c) „odborné stáže“
- d) „účast na školicích akcích“
- e) „účast na konferencích“

Dále se dle zákona č. 108/2006 Sb. se mezi předpoklady k výkonu práce řadí plná svéprávnost, bezúhonnost a zdravotní způsobilost. Posudek o zdravotní způsobilosti pracovníkovi vystaví jeho praktický lékař.

3.2 Postavení ZSP v multidisciplinárním týmu

Ve většině zdravotnických zařízeních nalezneme směs relativně zdravých jedinců a chodících raněných. V mnoha případech se u pacientů setkáme s fyzickými problémy, které jsou doplňovány smutkem, úzkostmi či depresí. Tyto problémy můžeme často spojovat s historií nízkého nestabilního příjmu či urgentními rodinnými povinnostmi. (Drinka a Clark, 2000)

Sociální pracovníci v nemocnicích ovšem nepomáhají jen pacientům, ale pomáhají také jejich rodině porozumět určitým nemocím stejně tak, jako jejich emocím s nemocí spojenými a diagnostickému procesu. Poskytují rady ohledně rozhodnutí, která by měla být učiněna. Zdravotně sociální pracovníky považujeme za nedílnou součást multidisciplinárního týmu. Pracují spolu s lékaři, sestrami a dalším zdravotnickým personálem, kteří do multidisciplinárního týmu rovněž patří. Poskytovatelům zdravotní péče skýtají informace o sociálních, ale i emocionálních aspektech pacientovy nemoci. (Stefanovic, 2021)

Jelikož se v nemocnicích a jiných zdravotnických zařízeních setkáváme spíše s medicínskými profesemi, změny v systému vedou k nedostatečnému oceňování zdravotně

sociálních pracovníků a jejich absence bývá velmi často nahrazována lékaři a jinými zdravotníky (Kuzníková, 2011). Tento fakt může být, ale způsoben také tím, že většina zdravotníků byla vyškolená ve svých autonomních zdravotnických profesích a nebyla tak formálně naučena pro práci v takovém týmu. (Drinka a Clark, 2000)

V multidisciplinárním týmu integrují skupiny jednotlivců s různými školeními a pozadím, kteří spolupracují jako jedna jednotka či systém, to poskytuje možnost, aby se každý pracovník soustředil pouze na svou práci. Členové týmu důsledně spolupracují na vyřešení problémů pacientů, které jsou natolik složité, aby je řešila jedna disciplína. K tomu, aby péče o pacienta mohla být co nejefektivnější, je třeba vytvořit formální a neformální struktury, které podporují společné řešení problémů. Určuje se poslání týmu a společných cílů, mezi které můžeme například řadit definici a určení problémů u pacientů a naučit se přijímat a diferencovat rozdílnou moc a překrývající se role. (Drinka a Clark, 2000)

Jak jsme již uvedli výše, zdravotně sociální pracovník, řeší a uspokojuje psycho sociální potřeby pacientů. Hospitalizovanému klientovi by měl zdravotně sociální pracovník poskytnout veškeré informace spojené s jeho aktuální situací. Měl by vysvětlit systém zdravotní a sociální péče, podat informace například o dalších postupech práce s klientem, rehabilitacích a dále (Mahrová a Venglářová, 2008). Nepostradatelnou součástí práce zdravotně sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je také účast na ranních vizitách a propojení sociální práce s medicínou a ošetrovatelským procesem. Mohli bychom tedy říct, že zdravotně sociální pracovník má nezastupitelnou roli koordinátora činností a cílů týmu a manažera. Zdravotně sociální pracovník dále nejvíce spolupracuje se správou sociálního zabezpečení, policií, soudy, praktickými lékaři, dalšími organizacemi poskytujícími zdravotní péči, organizacemi poskytující služby sociální péče, organizacemi poskytujícími terénní zdravotně sociální péči, službami poskytující sociální prevenci či OSPODem. (Kuzníková, 2011)

3.3 Etika ZSP

Práce s pacienty není náročná pouze z obecného hlediska, ale také z hlediska osobnostní etické výbavy pracovníka. Zdravotně sociální pracovník by měl být schopen reflektovat skutečnost a nabídnout pomoc tam, kde pomoc může. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

V sociální práci se setkáváme s mnoha pojmy v souvislosti s etickými problémy, které se svým obsahem často kryjí. Jedná se o pojmy etika, morálka a deontologie (Mahrová a Venglářová, 2008):

Etika – věda o mravnosti

Morálka – má konkrétního nositele. Přejímání pravidel.

Deontologie – učení o povinnostech.

Pojem etika nám Matoušek (2003) představuje jako určité zásady, kterých by se měl pracovník v sociálních a zdravotnických zařízeních držet. V současné době pravidla můžeme rovněž představit pod pojmem standardy. Odpovědnost zdravotně sociálního pracovníka je definována nejen vůči klientům, ale také vůči spolupracovníkům a celé společnosti. Pokud by pracovník překročil hranice vymezené standardy, skutečnost bude řešit příslušná komise, která může pracovníkovi odebrat licenci k povolání profese.

Na druhé straně nám Kutnohorská (2011) etiku představuje jako nauku o mravním vědomí. Etika by měla mít za úkol předat pracovníkovi aktuální kritéria, podle kterých by nebylo složité rozeznat, jaké chování se považuje za mravné, a které nikoliv.

Práce zdravotně sociálního pracovníka je velmi nejistá, a to z toho důvodu, že se nejedná „pouze“ o sociálního klienta, ale o klienta, který je nemocný či po úraze. Pracovník by neměl za žádných okolností bagatelizovat situaci klienta. Zdravotně sociální pracovník si při své práci s nemocnými klienty prochází mnoha nejistotami, zvládnutí nejistot považujeme za nezbytnou součást vykonávání profese zdravotně sociálního pracovníka. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

Již dříve jsme si uvedli, že zdravotně sociální pracovníci pomáhají lidem, kteří se dostali do složité životní situace z důvodu svého nepříznivého zdravotního stavu. V této oblasti řešíme rozdíl mezi etikou zdravotnické práce a etikou sociální práce. Etika zdravotnické práce se zabývá léčebně preventivní péčí a etika sociální práce se naopak zabývá problémy spojenými s profesí sociálního pracovníka na jakékoli úrovni. Z právě uvedeného nám vyplývá, že práce zdravotně sociálního pracovníka funguje napříč oběma uvedenými etikami. Ovšem více vycházíme z etiky sociální než zdravotnické, do které spadá spíše lékařství a ošetrovatelství. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 79-80)

Cílem práce zdravotně sociálního pracovníka není jen navázání kontaktu s klientem, ale také navázání pozitivního terapeutického vztahu, který je základním kamenem pro správné řešení

klientových či pacientových problémů. Existuje rovněž takzvané „*prosociální komunikace*“, což je komunikace vycházející z obecných pravidel jednání s klientem. Na zřetel bychom tedy například měli brát věk klienta, pohlaví, vzdělání, prostředí, ve kterém se pohybuje, a zda si klient o pomoc zažádal sám. Nového klienta je třeba obeznámit s prací zdravotně sociálního pracovníka a vybudovat si ve vztahu klient/pracovník důvěru a zanechat pracovníkovu profesionalitu a autoritu. Základním kamenem spolupráce je rovněž připravit si, kam a jak chceme, aby se rozhovor ubíral. Ovšem i přes předem promyšlený rozhovor není rozumné držet si přesně svůj připravený plán, ale také dát prostor klientovi, co všechno nám je ochoten o své situaci říct. Aby klient o své situaci řekl co nejvíce, je třeba ho ubezpečit, že pracovník udrží naprostou mlčenlivost a žádné informace nebude roznášet mezi nevyžádané osoby. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011, s. 77-79)

Zdravotně sociální pracovník například často pracuje i s jedinci sociálně vyloučenými. Termín sociální vyloučení nám Matoušek (2003) představuje jako proměnlivý fakt, který se může měnit v čase. Jedná se například o osoby bez přístřeší, jedince závislého na návykových látkách, agresivní jedince a dlouhodobě nezaměstnaní. Zdravotně sociální pracovník by se měl každému chovat profesionálně a nikoho neodsuzovat ať už se jedinec vyskytl v jakékoliv situaci. Hlavním úkolem a cílem není klienta hodnotit, nýbrž mu pomoci. Z tohoto důvodu je pro tuto práci potřeba empatie a respektování individuality člověka. Nemusí být vždy jednoduché snažit se pomoci jedinci sociálně vyloučenému jako je například člověk závislý na návykových látkách nebo člověku bez přístřeší, a proto je důležité, aby měl pracovník dostatek informací pro práci s daným člověkem. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

Etický problém pro zdravotně sociální pracovníky představují jedinci s se specifickými poruchami osobnosti. Z toho důvodu je důležité mít povědomí o základních znalostech o těchto klientech. Osoby s poruchou osobnosti nejsou schopni sebekritiky a nejsou tím pádem schopni ohodnotit své povahové nedostatky, a to z toho důvodu, že o svých nedostatcích ani nevědí a neuvědomují si je. Každý z těchto klientů vyžaduje individuální přístup a nejednat tedy dle předepsaných osnov. Ovšem základní poznatky, které si pracovník osvojil může v praxi využít. Například u úzkostných jedinců je známo, že bychom jim měli dát prostor k rozhodování a mít s nimi dostatek trpělivosti. Na druhou stranu při práci s jedinci agresivními je důležité udržet si chladnou hlavu a nenechat za žádných okolností vyprovokovat. Při práci s touto skupinou si zdravotně sociální pracovník může přijít, že je

na pokraji svých sil a vidí jen beznaděj. Snížená motivace může vést k frustraci a myšlenkám o bezvýznamnosti své práce. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

3.4 Sebereflexe a duševní hygiena ZSP

Aby mohli pracovníci dostatečně kvalitně vykonávat svou profesi a vyvarovali se syndromu vyhoření, je třeba udržovat si i své duševní zdraví. Duševní zdraví nám Matoušek (2003) vysvětluje jako „stav tělesné, duševní a sociální pohody“. Práce zdravotně sociálního pracovníka je práce, kde se každodenně pracovník setkává s velkým přívalem stresu a je důležité, aby byl zdravý jak po fyzické, tak po své mentální stránce. Pro udržení zdravého psychického stavu nám ve velké míře pomáhá duševní hygiena. Pojem duševní hygiena poprvé představil profesor Sweerster z Vermontu roku 1843. Tento pojem také vysvětluje jako umění zachovat si duševní zdraví. Na začátku 20. století poté založil hnutí Clifford Beers za duševní hyginu (Petr a Marková, 2014). Duševní hyginu můžeme z dalšího pohledu definovat jako techniku, která nám napomáhá ke snížení následků, které na nás stres může mít, ale také nás připravovat na náročné situace, které mohou mít velký vliv na naši psychickou stránku. Duševní hyginu lze tedy snadno představit jako soubor technik zabývajících se udržením mentálního zdraví jedince. (Švamberk Šauerová, 2018)

Vedle duševní hygieny nám pro zhodnocení vlastního chování slouží sebereflexe. Slovo sebereflexe můžeme volně přeložit jako vědomí sebe sama. Zdravotně sociální pracovníci se v práci setkávají s velkým náporem stresu, a proto je důležité být schopen přijmout své nepříjemné postřehy a využít je v osobní rozvoj. Proto, aby byl pracovník schopen pomáhat svým klientům je třeba, aby si pevně uvědomil své vlastní postoje, předsudky, obavy a naděje. Poté bude schopen lépe porozumět svým klientům a jejich problémům. K tomu, aby byl zdravotně sociální pracovník schopen sebereflexe, je potřeba fyzické i duševní posilování. (Kutnohorská, Cichá a Goldmann, 2011)

Pokud se pracovník dlouhodobě potýká se stresovými faktory, které se nedaří regulovat a neklade ani velký důraz na posilování svého duševního zdraví, naskytne se nebezpečí výskytu syndromu vyhoření. Jako prevenci výskytu syndromu vyhoření můžeme považovat pravidelný pohyb, relaxaci a dodržování svého denního režimu. Zdravotně sociálního pracovníka před vyhořením udržuje také rozvíjení jeho profesních a osobnostních kompetencí. Pracovník má tím možnost posílit některé své kompetence, které budou napomáhat ke snižování působnosti stresu na jeho osobu. Syndrom vyhoření má pomalý nástup a není lehký rozpoznatelný. Mnoho lidí si mnohdy ani neuvědomí nebo si nechce

uvědomit změnu ve svém chování nebo možnost selhání. Prevencí syndromu vyhoření může být rovněž supervize, která pracovníkovi poskytne možnost podpory, prostor pro sdílení a sebereflexi. (Švamberk Šauerová, 2018)

4 PACIENTI S PSYCHIATRICKOU DIAGNÓZOU

První zmínky o práci s duševně nemocnými sahají až do 15. století př. n. l. ve starém Egyptě. Duševní choroby byly chápány jako posedlost zlých duchů. Péči v té době nyní považujeme za velmi primitivní, kdy lidé ze strachů před duševními nemocemi nosily amulety pro štěstí nebo se účastnili magických obřadů. (Petr a Marková, 2014).

V 17. a 18. století byla snaha o regulaci počtu jedinců s duševním onemocněním tím způsobem, že byli izolováni od společnosti. Tato regulace se děli bez jakýchkoliv právních norem. Mottem tehdejší doby bylo odklizení osob duševně nemocných z ulic a schovat je tak, aby neohrožovali ostatní. V 19. století už se potom dočkala svého vývoje psychiatrie a duševní nemoci se stali předmětem vědeckého bádání. (Petr a Marková, 2014)

V České republice se práce s duševně nemocnými jedinci nijak nelišila od situace v Evropě. Prakticky až do konce 18. století byla péče na úrovni středověku. Duševně nemocní byli zavíráni do vězení a po sléze byli odsouzeni k trestům za výroky, které pronesli v době své nemoci. (Petr a Marková, 2014)

V aktuální době již máme možnosti psychiatrických zařízení a center duševního zdraví. V dnešní době se klade velký důraz i na pracovníky, a to nejen na psychology a psychiatry. Do teď jsou ve vzdělání ostatních odborníků velké nedostatky, které se zatím nijak neřeší a jedná se například o práci a vzdělání zdravotně sociálních pracovníků.

Země s rozvinutou komunitní péčí nabízejí sociálním či zdravotně sociálním pracovníkům potřebné znalosti a dovednosti již při studiu. V České republice tyto znalosti nezískáváme při náročném studiu nýbrž je musíme získat a osvojit si je spíše praxí nebo na kurzech dalšího vzdělávání. (Probstová a Peč, 2014)

Podle Praška (2013) trpí 25% obyvatelstva psychickou poruchou nebo psychickými potížemi. Takovéto číslo by znamenalo, že každý druhý člověk v populaci v životě zažil nebo zažije klinicky závažné psychické problémy. Psychická porucha není ovšem rozpoznána až u poloviny nemocných. Psychická nemoc představuje velké riziko pro výkon role rodiče, zvyšuje se pravděpodobnost rozvodu a také se snižují šance pro hledání nového zaměstnání.

Pro identifikování nemoci používáme v České republice mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10. Onemocnění jsou zde popisována na základě příznaků, které jsou vyskytovány společně a odlišují se od ostatních onemocnění. Sociální pracovník vidí jako nejdůležitější

životní podmínky a prostředí, ve kterém se klient pohybuje, z toho nám totiž mnohdy mohou vyplynout určité problémy. V těchto situacích si pracovník musí udržet svou profesionalitu a zůstat sociálním pracovníkem a nevkládat se například do role psychoterapeuta. (Probstová a Peč, 2014)

Pracovník při práci v psychiatrických zařízeních využívá své nabitě znalosti při práci se specifickou cílovou skupinou, do které zahrnujeme osoby trpící duševním onemocněním. Ovšem proto, aby mohl s takovou cílovou skupinou pracovat je třeba, aby měl povědomí o duševních poruchách a uměl rozeznávat jejich příznaky, provádět základní diagnostické úvahy, komunikovat nejen s ostatními členy personálu, ale také s klienty. U osob s dlouhodobým duševním onemocněním rozhodují o dalším vývoji nemoci právě sociální aspekty a jejich dopady. Mezi sociální dopady můžeme například řídit ztrátu zaměstnání a stigmatizaci spojenou s duševním onemocněním. (Probstová a Peč, 2014)

Dle Praška (2013) nejsou sociální faktory tak přímočaré. Vyskytuje se velké množství proměnných, kdy pracovníci ani jedinci nejsou schopni identifikovat, co mělo na klientovo psychický stav největší efekt. Velký význam klademe na rodinné vztahy, vztahy s vrstevníky, sociální síť.

Většina sociálních pracovníků má ke znalostem psychiatrických diagnóz a k jejímu používání velký respekt. Tento respekt je zapříčiněn nedostatečnou kompetencí pracovníků oproti psychologům či psychiatrům. (Probstová a Peč, 2014)

4.1 Psychiatrické nemocnice

S osobami, které se potýkají s vážnými psychickými nemocemi se můžeme setkat v psychiatrických nemocnicích. Jak už název vypovídá, psychiatrické nemocnice jsou zařízeními zdravotnickým, ve kterém se jedná o léčbu a posouzení duševních chorob a léčbu závislostí na návykových látkách, kam zařazujeme závislost na alkoholu a drogách. Zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví České republiky.

Období roku 1860 a 1920 charakterizujeme jako období budování institucí pro duševně nemocné. V mnoha případech se jednalo o instituce, které byly umístěny mimo velká města, ale za to v příjemném prostředí. V roce 1870 byl například zakoupen klášter v Kosmonosech, kam se později převáželi chroničtí pacienti z Prahy. Dále v roce 1880 byl slavnostně otevřen ústav v Dobřanech, kde stál na ředitelském postu známý psychiatr Arnold

Pick. Zařízení měl mnoho lůžek, ale po většině případu měla i přesto problémy s přeplněnou kapacitou. (Petr a Marková, 2014)

V České republice je psychiatrická péče poskytována formou ambulantní nebo klinické péče. Ambulantní péče je prvním místem setkání pacienta s psychiatrickou péčí. Tento kontakt bývá ve většině případů dlouhodobý a kontinuální. Do systému ambulantní péče zařazujeme další specializované ambulance jako jsou například ambulance pro děti, gerontopsychiatrické, pro léčbu závislostí a další. Lůžkovou péči potom dělíme na akutní a následnou. Akutní péče by podle všeho měla být poskytována na psychiatrických odděleních nemocnic a následná péče v psychiatrických nemocnicích. 80 % psychiatrických lůžek je ovšem v České republice v psychiatrických nemocnicích, a z tohoto důvodu je velké množství pacientů vyžadující akutní péči v těchto zařízeních. (Petr a Marková, 2014)

Léčba v psychiatrických nemocnic je dlouhodobá a zároveň zahrnuje i rehabilitace. Na našem území se vyskytuje zhruba kolem dvaceti psychiatrických léčeb, kdy většina z nich je určena pro dospělé a velmi malé procento z nich je pak určeno pro děti. Do roku 2013 nesla tyto zařízení název psychiatrické léčebny, který se potom změnil na psychiatrické nemocnice. Tato změna nastala z toho důvodu, že se v těchto zařízeních neposkytuje pouze péče následná, ale i akutní. (Petr a Marková, 2014)

4.2 Centra duševního zdraví

Centra duševního zdraví považujeme za nízkoprahové pilíře, které jsou určeny pro poskytování zdravotně sociálních služeb. Je to mezičlánek mezi primární péčí, ambulantní, psychiatrickou péčí a lůžkovou akutní a specializovanou. Hlavním cílem centra je zkracování hospitalizací nebo jejich úplná prevence a pomoc začleňování dlouhodobě hospitalizovaných do společnosti. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016)

Za účelem integrace jedinců a klinického i sociálního zotavení spolupracuje centrum duševního zdraví ve svém regionu s dalšími službami. Služby mohou být specializované, ale také určené pro běžnou populaci, které se zabývají zaměstnaností, vzděláváním, bydlením, volnočasovými aktivitám. Centrum dále poskytuje služby terénní, krizové, psychiatrické, psychoterapeutické a podpora svépomocných aktivit. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016)

Hlavní cílovou skupinu centra tvoří především jedinci se schizofrenií, afektivními poruchami, obsedantně kompulzivními poruchami a specifickými poruchami osobnosti. A onemocnění musí trvat déle než dva roky. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016)

Týmy složené ze sociálních pracovníků pracovali především v oblasti komunitní. Zdravotničtí pracovníci pracovali v terénu spíše ojedinele. Ovšem propojování hodnot a způsobu práce sociálních a zdravotnických pracovníků patří mezi důležité v systému péče.

Sociální pracovník dále v těchto zařízeních provádí sociální šetření, poradenství a nácvik dovedností. Vytváří prostředí a podmínky pro inkluzi klientů do běžného každodenního života. Pracovník, pokud je potřeba, pomáhá klientovi najít potřebné sociální zázemí, kam radíme například bydlení a sociální dávky. Dále provádí vyhodnocování potřeb a úroveň soběstačnosti klienta a spolu s ním potom identifikují potřeby klienta. (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2016)

4.3 ZSP v zařízeních pečujících o psychiatrické pacienty

Smyl práce zdravotně sociálního pracovníka v zařízeních pečujících o psychiatrické pacienty je jednoduchý, smyslem práce je podpora pacientova zotavení, a to v době jeho hospitalizace a po odchodu ze zařízení. V psychiatrických zařízeních se pohybují pacienti s vážnými psychickými nemocemi, kdy se nejčastěji můžeme bavit o bipolární poruše nebo schizofrenii. Zdravotně sociální pracovník je většinou přiřazen na některé z oddělení nemocnic.

V řadě psychiatrických služeb u nás stále převažuje model, v kterém má sociální pracovník velmi úzce definovanou roli spíše administrativního pracovníka. V multidisciplinárním týmu na lůžkovém oddělení či v denním stacionáři, sociální pracovník funguje jako, dalo by se říct, most do komunity. Zná místní podmínky, zdroje, legislativu, je schopen pracovat s rodinou, mapovat a pomáhat řešit nepříznivé sociální situace. Vzdělávání sociálních pracovníků pracujících s lidmi s duševním onemocněním by mělo zahrnovat etické postoje, znalosti a dovednosti společné s ostatními členy multidisciplinárního týmu, takzvané základy psychopatologie, farmakoterapie, znalost psychiatrické rehabilitace. Musí také obsahovat specifické znalosti, dovednosti a postoje. Nároky na vzdělávání jsou v praxi velké. Ostatní členové týmu mají povinnost celoživotního kontinuálního vzdělávání, ovšem tato povinnost u sociálních pracovníků ve zdravotnictví chybí. Například většina komunitních služeb zajišťuje svým pracovníkům dlouhodobé či krátkodobé kontinuální vzdělávání, které

sice není obsahově nijak definováno, ale každá organizace si systém vzdělávání vytváří sama či prostřednictvím vzdělávacích agentur. (Probstová, 2008)

4.3.1 Požadavky na ZSP pro práci v psychiatrických nemocnicích

Pro výkon práce v psychiatrických nemocnicích by pracovník měl mít potřebné znalosti, mezi které zahrnujeme psychiatrické minimum což zahrnuje znalost nemocí, léčebných postupů. Znalost legislativy, sítě služeb, fungování spolupracujících organizací, jejich možností. (Sociální práce, 2020)

Mezi specifické dovednosti potom řadíme navazování, rozvíjení a ukončení spolupráce s pacientem. Vedení rozhovoru, práce s rodinou pacienta, práce se skupinou pacientů, práce v týmu zdravotnického zařízení, kde je konečná odpovědnost samozřejmě na lékaři a doprovázení pacienta k jednáním a poskytování asistence při jednáních. (Sociální práce, 2020)

Pracovník by měl být také vybavený žádoucími postoji, mezi které především řadíme orientaci na potřeby pacienta a zdroje jeho podpory a samozřejmě by za žádných okolností neměl pracovník pacienta stigmatizovat.

K tomu, aby mohl pracovník provádět vyšetření člověka s duševním onemocněním je potřeba, aby měl, jak již bylo uvedeno výše teoretické znalosti, praktické dovednosti a také zkušenosti. Mezi jednotlivé fáze šetření řadíme: mapování, při kterém se jedná o první navazování kontaktu s pacientem a získávají se potřebné informace s pomocí komunikace a pozorování. Druhá se nazývá analýza, kde, jak už název vypovídá analyzujeme získané informace a srovnává je s minulými zkušenostmi. Při fázi popisu by měl být pracovník schopen rozeznávat, odlišit a popsat psychopatologii zasazenou do psychosociálního rámce a pacientovi potřeby. Nad fází stanovování diagnózy si společně sesedne celý tým pracovníků a je podrobována společné rozvaze a je součástí závěrečné případové diagnózy. (Probstová, 2008)

II. PRAKTICKÁ ČÁST

5 METODOLOGIE VÝZKUMU

V této kapitole se budeme zabývat praktickou částí bakalářské práce, která čerpá z poznatků vycházejících z teoretické části. Pro praktickou část byl zvolen kvalitativní výzkum s polostrukturovanými rozhovory. Cílem je snaha o porozumění kompetencí zdravotně sociálního pracovníka při práci s osobami s duševním onemocněním, a proto byl zvolen kvalitativní výzkum s polostrukturovanými rozhovory. Rozhovor byl rozdělen do tří okruhů, kdy první okruh se zabýval identifikačními údaji, druhý se věnoval pracovní náplni zdravotně sociálního pracovníka s danou cílovou skupinou a třetí okruh se věnoval povolání zdravotně sociálního pracovníka z obecného pohledu.

5.1 Druh výzkumu

Jak bylo výše zmíněno, pro praktickou část práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Dle Kutnohorské (2009) se ve zdravotnictví tato metoda využívá nejvíce jelikož vychází z holistického přístupu k člověku což znamená, že se nesoustředíme pouze na fyzické problémy, ale i na ty duševní. Zmíněný autor dále tvrdí, že kvalitativní výzkum spočívá ve sběru dat, v jejich vzájemné návaznosti a následné interpretace získaného materiálu. Místo pro kvalitativní výzkum je vybráno výzkumníkem podle určité problematiky, kterou chce zkoumat. (Kutnohorská, 2009)

5.2 Technika sběru dat

Pro získání všech potřebných dat jsme zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru. Na samém začátku výzkumu je třeba vybrat téma a základní výzkumné otázky. Otázky se mohou měnit či doplňovat v průběhu samotného výzkumu (Hendl, 2008). Participantů jsou poté vybíráni dle určitých kritérií.

5.3 Cíl výzkumu

Cílem výzkumu praktické části byla snaha o porozumění zkušeností zdravotně sociálního pracovníka na místech určené pro osoby s duševním onemocněním. Konkrétně jsme se zaměřili na tři dílčí cíle, které nám pomohli se v této problematice více orientovat. V prvním dílčím cíli jsme se snažili zaměřit na délku výkonu profese participanta. Druhý dílčí cíl měl za úkol zjistit jaká je pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka v zařízeních pro osoby s duševním onemocněním a jeho kompetence. A poslední dílčí cíl, který nás zajímal se

soustředil na názory zdravotně sociálních pracovníků, zda je škola či kurzy, které museli podstoupit dostatečně připravili na práci s touto cílovou skupinou.

5.4 Metoda analýzy dat

Pro výzkumné účely byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza neboli IPA. Tato analýza se soustřeďuje na porozumění žité zkušenosti člověka, a proto byla pro tento výzkum nejlepší volbou. Zkušenost je zpracovávána jako výsledek kolektivního sdílení participanta a výzkumníka. Participant se snaží porozumět svému pohledu a svým zkušenostem a výzkumník se na druhé straně snaží porozumět tomu, jak participant ke svému porozumění došel. Ptáme se tedy jak vnímá určitou situaci. (Říháček, Čermák a Hytych, 2013)

5.5 Výzkumný vzorek

Celkem byli vybráni dva participant, kteří byli vybráni dle předem stanovených kritérií. Oslovili jsme zdravotně sociální pracovnice, které pracují s cílovou skupinou osobami s duševním onemocněním. Přesněji byla oslovena zdravotně sociální pracovnice z nemocnice v Uherském Hradišti a zdravotně sociální pracovnice v psychiatrické nemocnici v Brně. Délka praxe našich participantů nebyla pro náš výzkum rozhodující, neboť nás primárně zajímala jejich pracovní zkušenost na těchto místech. I když pro výzkum nebylo rozhodující ani pohlaví, rozhovor se uskutečnil se dvěma ženami. Pro obě participantky je to první zkušenost s prací zdravotně sociálního pracovníka a byly velmi laskavé a poskytly nám souhlas s uskutečněním rozhovorů a také s nahráváním audio nahrávek na mobilní telefon k účelům bakalářské práce. Také byly pracovnice obeznámeny s tím, že se bude postupovat tak, aby byla zachována jejich anonymita.

Rozhovory byly realizovány individuálně na daném pracovišti a vždy jsme se časově snažily přizpůsobit časovému harmonogramu zdravotně sociální pracovnice. Rozhovory byly vždy uskutečněny v kancelářích, kde nebyly žádné rušivé elementy.

5.6 Vyhodnocení a interpretace výsledků

V rámci analýzy dat jsme se snažili na hlavní a dílčí cíle práce, které byly popsány v cíli výzkumu. Oběma participantkám jsem pokládala stejné otázky, které se následně vyhodnotily. Jedna z pracovnic odpovídala na otázky velmi obsáhle a druhá pracovnice stručněji. Prvním krokem při zpracování dat, byly doslovné přepisy audio nahrávek, které byly pořízeny se zdravotně sociálními pracovnicemi. Transkripce je doslovná. Po přepsání

nahrávek následovalo opakované čtení. Vzhledem k tomu, že některá témata se zdála být více důležitá, než ty ostatní muselo dojít k redukci subtémat. Tento postup byl dodržen u obou participantek.

Tato kapitola se dále bude zabývat vyhodnocením a následnou interpretací výsledků výzkumného šetření. Kategorie jsou následující: **Doba výkonu profese, pracovní náplň, Povolání zdravotně sociálního pracovníka**

5.7 Identifikační údaje

Toto téma vzniklo na základě zjištění délky praxe zdravotně sociálních pracovníků v obecné rovině a délky praxe jako zdravotně sociální pracovník v zařízeních určené pro osoby s duševní poruchou.

5.7.1 Doba výkonu profese zdravotně sociálního pracovníka

Naše participantky se společně shodli na tom, že délka jejich praxe v této profesi není až tak dlouhá a trvá u obou pracovníků zhruba jeden rok. Zmiňují všechny své vzdělání předtím, než nastoupily na post zdravotně sociálního pracovníka a co musely udělat proto, aby se jím mohly stát.

Participantka 1 z Uherského Hradiště to popisuje následovně: „*Profesi vykonávám teďka rok a na tomhle pracovišti působím rok. Dělala jsem si doškolovací kurz, já mám vystudovanou eh sociální práci v magisterském studiu, psychologii v bakalářském studiu a vlastně když jsem tady nastoupila, tak jsem si dodělala ještě ten kurz zdravotně sociálního pracovníka.*“ Následně ještě dodává, že i po absolvování bakalářského studia v psychologii je nutné si kurz dodělat, jelikož to není zdravotnické vzdělání. Na starosti mají ještě s jednou kolegyní celou nemocnici. Participantka 2 z psychiatrické nemocnice má podobné zkušenosti: „*Profesi zdravotně sociálního pracovníka vykonávám od října 2021. Na pracovišti jako zdravotně sociální pracovník působím od toho října 2021 a v nemocnici jsem od roku asi 2009. Dělala jsem si vyšší odbornou školu, v rámci jsem vlastně dostala titul Dis. A potom jsem si udělala kurz.*“ Dále dodává, že má na starosti tři oddělení, kterými jsou gerontologie, doléčovací muži a doléčovací ženy.

5.8 Pracovní náplň

V následující kategorii je popsána pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka na pracovištích s cílovou skupinou osob s duševním onemocněním. Obě participantky nám

popsaly průběh dne, kde se ve velké míře shodli na jejich harmonogramu a rozložení dne. Pracovnicemi nám sdělily, se kterou cílovou skupinou pracují nejvíc a v tomto bodě, se jejich odpovědi už trochu lišily. Bylo nám také popsána spolupráce s ostatními členy pracovního týmu, a i v tomto bodě jsme dostali dva odlišné pohledy na věc.

5.8.1 Váš běžný den

Participantky se shodli na stejném uspořádání pracovního dne. V poledne se věnují ve větší míře administrativě a v odpoledních hodinách vycházejí mezi pacienty.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice: *„ah během dopoledne většinou dělám administrativu, ah, případně vyřizuji telefonáty s příbuznými, snažím se, pokud má příbuzné jakoby chtějí za mnou přijít, tak jestli je to jenom trochu možné, tak se směřovat na to dopoledne, protože během toho odpoledne není moc výhodné chodit na oddělení a většinou odpoledne chodím, navštěvuju ty pacienty, takže dopoledne je vlastně administrativa, instituce, příbuzní a odpoledne pacienti a příbuzní.“* Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice nám sdělila: *„Tak ráno přijdu do práce, zapnu si počítač a podívám se na příjmy, případně propuštění, když jsou to nějakí klienti z mých oddělení, tak zpracuju ty informace, Potom, když je potřeba zpracovat nějaký písemnosti, typu já nevím, zasílání důchodů, posílání nějakých věcí, takže to si udělám stranou, nachystám si to a pak si jdu projít oddělení, jestli je tam vlastně něco potřeba nebo nějaký věci, co jsem třeba já zpracovala a potřebuju je zpátky odevzdat na to oddělení. Takže to si dělám tak nějak, plus minus celý odpoledne, protože většinou se tam zase nastane něco nového, žejo. Takže se někde zdržím míň, někde dýl, tak to je dopoledne. Pak je obědová pauza a pak odpoledne to dělám zas, buď zase dělám, co si přinesu z toho oddělení, co musím zpracovat, takže to zpracovávám nebo tady mám resty, že třeba musím někam zavolat, takže někam volám, vyřizuju mejly, do toho ještě, co je potřeba, do toho mně někdo volá, takže to jsou další věci, co zase musím zpracovat. Plus chodím na vizity, protože to je taky důležitá věc, kde se jakoby já dozvim hodně věcí, protože tím, že tam nejsem pořád na tom oddělení, tak úplně nevím, co se tam děje, kdežto u té vizity se to třeba shrne, protože ne vždy jsme voláni ke všem sociálním ošetřením v rámci třeba přesunu klienta ven, jo. Na dvou mých oddělení bývají vizity ve stejný den, takže chodím jeden tejdén tam a druhý tam.“*

5.8.2 Dostatek času na klienty

V této části nám participantky přiblížily, zda mají dostatek času na každého klienta. Kdy se nám obě znovu shodly na tom, že to tak není. A kolikrát by bylo potřeba toho času více.

Ovšem víme, že každého člověka musíme brát individuálně a každý z nás má tedy jiné potřeby. Na někoho by tedy bylo potřeba více času a na někoho zase méně.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice nám sdělila: „*V žádném případě na mě nemám dostatek času, občas je to takové až si myslím nehumánní, že úplně cítím, že ten člověk se prostě potřebuje pobavit o něčem, co ho trápí, o tom jeho zdravotním stavu o tom, že se jeho život teďko obrátil vzhůru nohama a já s ním vlastně jako robot řeším, jakou chce službu a úplně jako, jako, by stačilo to naúknout a on by se úplně otevřel, ale já už jsem s ním mluvila deset minut, a to byl ten čas, který jsem na něj měla, takže má smůlu. Jako jsou dny, kdy pacientů je málo. Jako teďka jsem šla za jednou paní vyloženě jenom proto, že jsem viděla, že jí je úzko, že je fakt, taková špatná z té situace a vedla jsem s ní asi půl hodinový rozhovor jenom o tom, jak jí je. To bylo proto, že jsem si to mohla dovolit. A když je těch pacientů nahlášených víc, tak je to konec.*“ Participantka nám ještě doplnila, že vzhledem k množství práce by jich na celou nemocnici mělo být nejméně pět. Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně: „*Úplně, že by na to byl prostor to moc není, ale samozřejmě, když jsem na tom oddělení a je třeba se mnou něco řešit, tak to s nima ráda vyřeším, ale nemám takovej časovej prostor. Asi jako kdybych tam byla, jakože nastalo, jako jedna na jednom oddělení a byla bych přímo tam, tak by tam bylo víc prostoru třeba s nima ty věci víc rozebírat, ale bohužel.*“ Také nám participantka řekla, že by bylo lepší, kdyby byla jedna zdravotně sociální pracovnice na oddělení, ale neví, zda by to bylo dobré z toho hlediska, že někdy mají práce plno a někdy zase málo.

5.8.3 Nejnáročnější část práce

Tato část nám přibližuje nejnáročnější chvíle práce zdravotně sociální pracovníka. Tentokrát nám participantky odpověděly velmi odlišně a každá měla na tuto část rozhovoru jiný pohled.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice nám sdělila: „*Asi nejnáročnější je to, že ti pacienti jsou, vlastně většina těch pacientů jsou senioři v pokročilém věku a v podstatě bych řekla všichni se k nim chovají tak že oni už si svůj život odžili a co jako chtějí, ale ten člověk, jestli je mu dvacet nebo sedumdesát a do teďka byl plně soběstačný a ode dneška není, to je pro něj zlomový okamžik a zasloužil by si stejnou péči, stejnou pozornost a stejnou empatii, a to v žádném případě nikdy nedostanou, lékaři umí být velmi necitlivý.*“ Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně se dívala na tuto část úplně jiným pohledem: „*Že musím dělat to, co nejsem, si jistá, že dělám úplně dobře. Tak to je pro mě nejnáročnější, jednak to*

úplně náročný není. Jako nemám problém s ničím. A když si stoprocentně nejsem jistá, že to dělám dobře, tak je to pro mě náročný. Mně nevadí, nevadí mi jít s pacientama k soudu, nevadí mi nikomu zavolat nebo řešit nějaký problém. Takže spíš, když něco dělám a dělám to poprvé nebo to dělám potřeba po strašně dlouhý době a úplně si nepamatuju, jak jsem to dělala naposledy, tak to je takové asi nejnáročnější.

5.8.4 Motivace

Motivace pro vykonávání práce je velmi silným aspektem pro vykonávání nejen profese zdravotně sociálního pracovníka. Kdy první participantka odpovídala velmi obsáhle a promyšleně a participantka z Brna druhou stranu odpověděla stručně a výstižně.

Pro participantku 1 z Uherskohradištské nemocnice je motivací: *„Ta práce je podle mě celkem návyková, jako je to fakt silné, myslím si, že je to takové, jako za mě dream job, protože je to strašně různorodé, bych řekla, že člověk dvakrát neřeší to samé, je tady spousta případů, které jsou bezproblémové, vyřeší se to tak nák samo. Vedle toho jsou to spletité věci, kde člověk fakt musí přemýšlet, jakým způsobem povedu konzultaci... Ti lidi jsou strašně vděční a často, oni jsou vděční fakt za nic, za to, že se s nima bavím slušně, jsou vděční za to, že jsem jim předala informace, které si mohli přečíst na internetu a za to mi donesou bonboniéru. Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně odpověděla stručně a výstižně: „Ty jo to nevím, mně se tady prostě líbí“*

5.8.5 Cílová skupina

Dále nás zajímalo, s jakými pacienty pracují nejčastěji a jaká je tedy jejich cílová skupina. Odpovědi se znovu lišily, kdy i tón hlasu při sdělování cílové skupiny byl u každé participantky jiný, u participantky z Brna bylo jasně slyšet, že to není jednoduché.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice: *„Já nejvíc pracuju se seniorama, to je vlastně gró mojí práce, jinak jsem spíše předavatel informací. Při práci s dětmi například hodnotím, zda je situace na OSPOD, byla tady například dívka s psychogenními bolestmi hlavy, ted' co s ní, volat OSPOD. Rodiče byli aktivní sháněli psychoterapeuta a pro mě bylo nejdůležitější zhodnotit situaci, zda to dítě je ohrožené. Nakonec jsem vyhodnotila, že jim OSPOD nemá, co nabídnout a spíš by mohl tu rodinu rozhodit a ve spolupráci s psychologem jsme se tedy rozhodli, že OSPOD nekontaktujeme. Anebo je tady někdo hospitalizovaný o víkendů třeba přivezli kluka na drogách a by agresivní, rodiče podepsali negativní revers, kluk už tady dávno nebyl, předala jsem informace OSPODU. Participantka*

2 z Psychiatrické nemocnice v Brně nejvíce pracuje: „*Nejčastěji jsou to sychzofrenici, ty jsou asi nejvíc no.*

5.8.6 Nejčastější požadavky klientů

Zajímalo nás, s jakými požadavky klienti za zdravotně sociálními pracovníci docházejí nejčastěji, a zda vůbec ví, co od pracovníků mohou vyžadovat. V této části se pracovníce z Hradiště rozmluvila o rodině pacienta, jelikož jí bere jako jednu z nejdůležitějších částí spolupráce. Druhá participantka nám sdělila dva nejčastější dotazy, které od pacientů přicházejí.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice: „*Nejčastěji chtějí zajistit adekvátní péči, takže spolu vyhodnocujeme nějakou službu, ten člověk, občas ty služby kontaktujeme, ten člověk si občas potřebuje jenom vyjasnit tu situaci, ale často je ten člověk v pozici, kdy si už sám nezařídí vůbec nic a všechno vlastně buď vyřizuje rodina, takže dáváme ty relevantní informace rodině a nebo jako vlastně to zařizujeme za ně, když ta rodina je neschopná nebo žádná není, takže to zařizujeme my, aby ten člověk nebyl vlastně nezajištěný a velice často dělám krizovou intervenci, to bych řekla, že aspoň jednou tejdně dělám, protože jak říkám, jak ti pacienti, tak ta rodina jsou často v situaci, kdy se vyrovnávají s tím, že se všechno absolutně změnilo, nejsou s tím v pohodě a nebo se setkávám ještě, protože pro mě je klient i ta rodina, takže často se také setkávám s vyčerpáním a vyhořením u těch pečujících osob.*

Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně se na věc dívá takto: „*Chcous peníze... že chcous peníze a že chcous někde bydlet ve vlastním a to jsou asi věčný požadavky. Kolikrát si myslí, že umíme dělat zázraky, že mávneme čarovnou hůlkou a vše od nás dostanou, ale takhle to bohužel nefunguje. Mají pocit, že jim najdme byt a dáme jim peníze... Někdy zas přijdou s naprostejma banalitama a chtěj prostě řešit věci, který prostě nebudeme řešit.*

5.8.7 Vztahy mezi klienty

Z této části nám vyplynulo, že v Brně se snaží konflikty řešit tak rychle, jak to jen jde, aby nedocházelo k žádné agresi, a proto, se tam neshody nestávají tak často, jak nám například sdělila pracovníce z Uherského Hradiště.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice: „*U těch víc lidí na pokoji, to je fakt problém. 4ím víc jich je, tím víc problémů je samozřejmě s tím spojeny. Hodně blbě je, když je pacient hodně orientovaný s někým, kdo je s těžkou demencí nebo jiným duševním onemocněním. Konflikty jsou potom velké, někteří pacienti jsou vystaveni situaci, kdy se bojí*

svých spolupacientů, třeba i oprávněně, co jsem třeba taky řešila. Měli jsme pacienta, který okrádal ostatní pacienty o jídlo. Nebyla tam prokázána jiná krádež než o to jídlo, ale prostě to, když ležíte v nemocnici, jste imobilní, nemůžete se nijak bránit a pak vám tam v noci soused v noci šmejdí, to je takový, prostě jak se ten člověk potom cítí, to je zásah do intimity, integrity, když si nemůžete uchránit ani ten podělaný noční stolek... Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně: „Jak kdy, samozřejmě, někdy se to tady mísí, že je starší s mladšíma, ale ošetřující personál se to vždycky snaží udělat tak, aby byli všichni na tom pokoji spokojení, aby nám právě nevznikaly ty konflikty, takže i když si někdo na tom pokoji nerozumí, tak se to snaží přestěhovat tak, aby prostě ty konflikty tam nebyly. Někdy se ti pacienti začnou dohadovat, může to dojít k tomu, že se třeba zduchnou, ale to řeší personál na oddělení. Vůči mně byla třeba jen slovní agresivita.“

5.8.8 Komunikace s pacienty

V této části nás zajímalo, jak dané participantky hovoří s klienty, a jestli je nějaký návod, jak si komunikaci ulehčit. Obě participantky se shodly na tom, že je velmi důležitá komunikace nejen přímo s pacienty, ale také s jejich rodinou.

Participantka 1 z Uherskohradist'ské nemocnice nám o komunikaci s pacienty řekla: „Já většinou za téma pacientama přicházím s takovým dotazem, jak se jim daří, jestli něco nepotřebují a pak to velice často vyplyne samo a hodně dělám to, že nestává se to často, ale občas jsou nesvy z toho, pro je vlastně jako kontaktuju, takže jim vysvětluju, že ty pacienty kontaktujeme do určité míry rutinně na základě toho, že víme, že se podstatně změnil jejich zdravotní stav a zjišťujeme, jestli znají služby, nepotřebuje s něčím poradit, a protože hodně často se stává, že ty lidi fakt neznají služby, neznají dávky a měli by na ně nárok, tak proto mi je kontaktujeme. S tím, že když mi řeknou, že nic nepotřebují, když to řeknou pacienti, vždy se musím zeptat, zda můžu kontaktovat rodinu. Pokud mi pacient nedá souhlas s kontaktováním rodiny a vidím, že je jeho zdravotní stav opravdu špatný, tak jendám i proti jeho vůli. Protože i ta rodina může být klient.“ Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně s pacienty komunikuje: „No určitě se snažím poradit třeba s tím personálem, protože ne vždycky je v dobré kondici po psychické stránce, a ne vždycky je schopen a ochoten mi odpovídat, když potřebuju něco vědět v rámci třeba, já nevím, třeba dávek, takže určitě se ptám a potom nějakou smířivou cestou no. Oni ani nemají problém navázat důvěru. Já k nim přistupuju tak, že samozřejmě jsou v novém prostředí, potřebuju se rozkoukat, a to třeba není dobrý no. Takže spíš čekám, co mi řekne plus, když tam funguje rodina, tak se snažím

přes rodinu. Plus jste v nemocnici, takže ví, že za nima bude chodit zdravotní personál, takže fakt s důvěrou kolikrát problémy nejsou.“

5.8.9 Nejčastější požadavky ze strany kolegů

Požadavky na naše participantky se velmi lišily, i přesto, že se obě pohybují v praxi přibližně v rozmezí jednoho roku. Dále nám byly popsány pocity ze spolupráce s ostatními pracovníky, kdy pozitivní informace jsme se dozvěděli spíše od pracovnice z Psychiatrické nemocnice v Brně.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice nám popsala svůj pohled na tým: *„Já bych řekla, že nejlepší jsou mladé lékařky, jako fakt, mladé doktorky ony jsou empatické, ony chtějí dělat změny, tak jak jim ve škole vysvětlovaly, že to má být, tak, tak to chtějí dělat. Co se týče lékařů, tak tam se to mísí. Obecně bych, ale řekla, že když se s těma lidma domluvit chci, tak se s nima domluví vřady a když jim vysvětlím, že to potřebuju, tak jsou setkání multidisciplinárního týmu otevření. Ohledně nejčastějších požadavků ze strany ostatních pracovníků nám sdělila: „V podstatě, když se jim jako nějaký pacient zdá divný a je to pro ně kauza socialis, tak se nám ozvou. Jo, ty psychiatři mi přijde, že zůstávají velmi nepodchycení, protože buď nezlobí, tak nás nevolají a když zlobí, tak nás zavolají abychom s tím něco udělali. A nebo, nás volají k závislým a na dětský oddělení, kdy ž je tam poškozování, dítě na drogách, dítě které má nějaké halucinace. V podstatě cokoliv, co je nutné řešit s OSPODEM, což je cokoliv, co není standartní. Tam mě volají celkem často, tam ty problémy jsou celkem dost. Tam je sebepoškozování, úzkostné poruchy, pokusy o sebevraždu, zneužívání léku, jo, fakt různých drog. Participanta 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně: „Jestli nevzniká nějaký tření, jo? Tření nevzniká. Nevím, jestli jsem, nevím jaký jsem typ v rámci jako jejich pohledu na mě, ale já si myslím, že se nesnažím náh někomu říkat špatný věci, spíš se snažím prostě, aby se si vysvětlit, co vlastně chceme, co od sebe očekáváme a najít nějakou středovou cestu a jako nevyhledávám konflikty a asi jsem je s nikým neměla. Já si myslím, že fakt všechno o domluvě a se s vým týmem jsem fakt spokojená a nemám prostě problém si vyříkat naše názory.“ Ohledně požadavků od ostatních pracovníků nám participantka sdělila. „Mě moc neoslovují, protože jsem tady nejmladší. Nejmladší, a ještě nkratší dobu, takže se na mě neobrací, ale jo, většinou v rámci třeba nějakýho spíš technickýho způsobu, jako je třeba internet, v rámci internetu jako třeba něco vyhledat, takže spíš takhle, ale v rámci třeba pracovního, to se já spíš ještě doptávám těch starších, co jsou už tady dýl.*

5.8.10 Spokojenost s výběrem profese

V této části nás zajímalo, jak se našim participantkám líbí pracovat jako zdravotně sociální pracovník a obě odpovědi vyšly beze sporu pozitivně a vybraly si správnou profesi.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice: *„Jsem tady fakt spokojená a nechce si mi odcházet jinam. Člověk se tady cítí užitečný a stejně tak si myslím, že je dobře, že jsme tady, protože se nám daří často jakoby zlepšit komunikaci pacient-lékař, pacient-rodina, lékař-rodina, takže toto si myslím, že je naše role tady. Já jsem tady jako zástup za rodičák a fakt přemejšším, jak přesvědčit vedení, abychom tady byli tři.* Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice nám o svém výběru své profese sdělila: *„Jsem. Na to, že jsem tady rok, tak jsem fakt spokojená. Naučila jsem se spoustu nových věcí a tahle cílovka je přesně pro mě. Fakt sem tu, protože mě ta práce baví.*

5.9 Povolání zdravotně sociálního pracovníka

Ve třetím a posledním dílčím cíli našeho výzkumu jsme se zaměřili názory našich participantek ohledně jejich vybrané profese. Zaměřili jsme se na vzdělání našich, a zda je dostatečně připravilo pro praxi. Dále nás zajímalo, co se ukrývá pod zdravotní částí jejich práce, silné a slabé stránky tohoto povolání v daných zařízeních a názor pracovníků na významnost role zdravotně sociálního pracovníka, jestli by bylo možné, aby pozici zaujímal jiný zdravotní pracovník.

5.9.1 Sociální práce x zdravotně sociální práce

Odpovědi v této části byly znovu odlišné. Participantkám byla položena otázka, zda si myslí, že vykonávají spíše práci sociálního či zdravotně sociálního pracovníka. Odpověď participantky z Psychiatrické nemocnice v Brně byla překvapující i když ne úplně nečekaná.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice na otázku, zda vykonává práci sociálního či zdravotně sociálního pracovníka: *„Já si myslím, že zdravotně sociálního, že určitě člověk musí, jak kdyby, je dobré se v té zdravotnické problematice orientovat. Je hodně dobrá ta orientace v té psychopatologii, to si myslím, že je výborné a taky bych řekla, že mi pro praxi, nejenom tady a celkově si myslím, že ta psychologie, jednak ta škola byla hodně kvalitní, ale jednak si myslím, že z ní vlastně čerpám nejvíc.* Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně na danou otázku odpověděla: *„Vykonávám spíš práci sociálního pracovníka, ta zdravotní tam zase toho tolik, nebo spíš ta sociální, jako jo mám náhled na ty nemoci, jak se ti pacienti chovají a tohle je strašně důležitý, že člověk kterej to vůbec nezažil, tak vůbec neví*

a vůbec neví, že kolikrát to fakt jako nejde. S tím, že já jako ten přehlad mám a už to mám tak jako v sobě, že už to jako neřeším, že by to bylo něco navíc, takže teď v podstatě dělám to sociální, ale je tam i to zdravotní, protože vím, jaký, jak to funguje v rámci toho zdravotního a je fakt důležitý něco vědět o těch nemocech. S tím, že já fakt nikoho neošetřuju. Spíš je důležité, abychom věděli, co se s tím klientem děje.“

5.9.2 Rozdíly mezi obecnými požadavky na zdravotně sociálního pracovníka a požadavky, které klade zařízení

Při pokládání této otázky, byly vysoké asumpce toho, že právě pracovnice musí plnit více úkolů, než by měly, ovšem tyto domněnky byly velmi rychle vyvráceny oběma pracovnicemi.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice: *„Přiznám se, že ani nevim. Já v podstatě tak nák dělám, co mi řeknou. Třeba co je určitě práce navíc, tak já vedu dobrovolnici, to v podstatě vůbec není moje agenda, to bych neměla dělat. Mohla bych dělat školení, to by bylo účelný pro ty dobrovolníky, ale vést tu agendu, to je moc. Ale jinak si myslím. Že ne, že v zásadě po nás chtěou to, co po nás chtějí mají. Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně: „Já osobně si myslím, že dělám tak jako standartně. Možná navíc někdy, ale to je tak jako... To je tak jako, že mě ta práce baví, že to dělám jako ráda, tak nemám moc že by to bylo něco, co musím dělat, že bych si řekla, ježiš to musím dělat, jako nemám ten pocit asi. Já jako nevim, já si nepřipadám, já nevim, co je tak braný navíc.“*

5.9.3 Dostatečná příprava studia pro práci zdravotně sociálního pracovníka

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice: *„Co se týče toho magistra té sociální práce, tak tam si myslím, příprava byla na hranici užitečnosti. Mám ale ráda věci, které jsou založeny na praxi a tohle prostě tam strašně chybělo. Sociální práce je praktický a tu praktickou část nás tam učili ti největší mamlasové. Psychologie mě připravila hodně. Jinak jsme si dělala doškolovací kurz na zdravotně sociálního pracovníka, když jsem tady nastoupila. Ale hodně věcí jsem se samozřejmě musela naučit i v praxi, protože praxe ve škole vás nepřipraví tolik, kolik byste potřebovali.“ Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně: *„No asi až v praxi jsem se vše naučila. Praxi myslím jako úplnou praxi jako pracovní, protože mám pocit, že žádná škola vás úplně nepřipraví, protože to, že přijdete někam na čtrnáct dní na praxi vás nenaučí to, co se tam potom děje normálně. Takže fakt v pracovní praxi je to úplně jiné. Já jsem si vlastně dělala ten kurz zdravotně sociálního**

pracovníka a tam byla probíraná jenom ta zdravotní část.“ Obě participantky nám potom ještě dodaly, že by se školy měly více zaměřit na praktickou část výuky.

5.9.4 Co se nachází pod zdravotní částí na pracovišti

Jelikož nám participantky v minulé části odpovídaly na dotaz, zda spíše vykonávají práci zdravotně sociální pracovní nebo „pouze“ sociálního, zajímalo nás, co přesně se pod zdravotní stránkou jejich práce ukrývá. Kdy obě pracovnice nám odpověděly velmi podobně, a to, že své zdravotní znalosti využívají velmi často, protože díky tomu ví, co se s pacientem děje i po té zdravotní stránce.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice zdravotní stránku své práce vidí jako: *„Já si myslím, že tam je fakt hodně, to zhodnocení toho, co ten zdravotní stav vnáší vlastně do toho života společného, každodenního toho člověka. To znamená ta omezení, ale třeba i ty příležitosti. Takže je důležité, aby se člověk opravdu orientoval v těch základních diagnózách a omezeních z toho vyplývajících. Když je třeba pacient po cévní mozkové příhodě, že mají tendenci recidivovat, že pacient bere nějaký léky. Vědět typické projevy demence, si myslí, to se řeší úplně nejčastěji, takže vlastně, aby mohl i tu rodinu poučit o tom, že to ten pacient nedělá schválně, že agrese je třeba typický projev. Takže z tohohle důvodu si myslím, že je dobré mít ty zdravotní znalosti a propojovat je“* Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně pod zdravotní stránkou vidí: *„No asi pod tou zdravotní částí se nachází, že musíte vlastně vědět něco o těch nemocech a trochu vědět, jak se ti klienti chovají, protože tam je i nějaký vývoj, maj nějaký následky třeba, a to že vám prostě nadává není to, že by na vás nějak útočil, ale prostě je to projev té nemoci. Takže to se asi schovává pod tou zdravotní stránkou. Já samozřejmě nikoho neošetřuju, ale spíš fakt abychom měli my jako sociální ten náhled na tu zdravotní stránku toho klienta, abychom věděli prostě že něco se v něm děje a proč se to děje a že prostě, abychom věděli, proč má třeba tyhle léky a abychom prostě byli schopni i o tom něco říct.“*

5.9.5 Silné a slabé stránky povolání

V této části hovořila pracovnice z Uherskohradištské nemocnice více obecněji než pracovnice z Brna, která nám dala přímé příklady toho, v čem silné a slabé stránky vidí, kdežto pracovnice z Uherského Hradiště hovořila celkově o zdravotnictví.

Pro participantku 1 z Uherskohradištské nemocnice jsou silné a slabé stránky: *„Myslím si že ta slabá stránka, hmmm, zdravotnictví je pořád taková patriarchální, paternalistická*

struktura, jako velice pomalu se měnící a ňaký pohled celostní se tam dostává velice obtížně a z toho i vyplývá vlastně to, že o té sociální práci, většina lidí vůbec nechápe k čemu je dobrá, tak to je si myslím ta slabá stránka té práce, že se člověk tady cítí bez podpory, ztracený a na konci potravního řetězce a silná stránka je opravdu ta různorodost té práce, uh, v sociální práci člověk často nevidí efekt toho, co udělal a tady to vidí téměř okamžitě a téměř vždycky.“ Silné a slabé stránky jsou pro participantku 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně: „Ježiš, já nevím, nad tím jsem nepřemejšlela... Baví mě práce s lidma to je asi ta silná stránka. Slabá stránka možná, že jim tady jakoby hodně pomáhám, až někdy moc a oni potom neumí jako fungovat venku. Že se jim snažíme až moc pomoci a nenecháme jim nějakou samostatnost a oni potom venku a oni potom to venku neumí si sami pomoci, žejo. Tak to je možná jako slabá stránka. Slabá stránka z pohledu najít nějakých služeb třeba propuštění z nemocnice. Někdy naší pomoci zneužívají a někdy to prostě nezvládají a neumí prostě to jako říct. Říct já potřebuju pomoci, někoho mi nakontaktujte. Kdo mně pomůže, prostě si o to ani neřeknou. No ale když se pak na to zpětně podívám, kdo jim pomůže až budou venku, tak už nikdo neudělá, nikdo s nim nepude na úřad, bude muset sám zvednout telefon. Tak, když jsou třeba šikovnější tak se jim snažím říct, ať zkusí třeba zvednout telefon, že venku to za ně nikdo neudělá.“

5.9.6 Role zdravotně sociálního pracovníka v daném zařízení

V poslední části výzkumu jsme se chtěli dozvědět, jak velkou roli, jako zdravotně sociální pracovník na svém pracovišti mají. Pracovnice z Brna nám sdělila své myšlenky na to, zda by práci mohly vykonávat zdravotní sestry, a jestli by to bylo stejně efektivní. Na druhé straně zdravotně sociální pracovnice z Uherského Hradiště nám více rozvinula vztahy mezi ostatními členy personálu a její profesí.

Participantka 1 z Uherskohradištské nemocnice si myslí: „No tak asi o trochu větší než pracovník úklidu. V té následné péči, tam jim často vytrhneme trn z paty, tam si myslím, že to funguje dobře, a že velmi dobře vědí, že bez nás by to bylo zatraceně složité, a že jim to hodně ulehčujeme. Taky si myslím, že vidí, že se nám daří, oni se s tou rodinou nedokážou domluvit, jako fakt často mi volají, že se stou rodinou nemůžou domluvit, že sou fakt neschopní, co to je za rodinu a já se s tou rodinou domluvim úplně bez problému. Akorát tam je prostě ta bariéra v tý komunikaci, že ti lékaři to fakt často jako neumí a neumí pracovat s emocema těch lidí. Oni vidí to, že se nemohou domluvit a my to zařídíme“ Participantka 2 z Psychiatrické nemocnice v Brně si o roli zdravotně sociálního pracovníka myslí: „Myslím si, že ta role je důležitá, že by to nezvládl dělat někdo jiný, protože my

propojujeme takovýto mezi doktorem, sestrama, plus úřady, a to by sestřičky asi... Plus by měli víc práce navíc, takže to by asi ani nestihly děla, nebylo by to tak dobře, protože by už dělaly svou zdravotní část a měly by dělat ještě tohle, tak by to třeba nebylo tak dobře odvedený a spousta by toho třeba chyběla. Nedovedu si to jako představit, že by třeba ještě zdravotní sestra měla řešit věci, co řeším já, protože to zabere spoustu času, kdyby měla ještě sedět a vyřizovat nějaký úřady. nebo já nevim.

6 DISKUZE

V poslední části a zároveň i kapitole bakalářské práce jsou shrnuty výsledky kvalitativního zkoumání. Hlavním cílem této kapitoly je zodpovězení, zda byl splněn základní cíl a jednotlivé dílčí cíle, které nám pomohli pochopit problematiku práce s osobami s duševním onemocněním.

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je práce zdravotně sociálních pracovníků na pracovištích pro osoby s duševním onemocněním. Dílčí cíle nám poté pomohli tuto problematiku detailněji pochopit. Je ovšem důležité zmínit, že výsledky zkoumání nelze zobecňovat na všechny zdravotně sociální pracovníky či jiné pracovníky v pomáhajících profesích. Výsledky jsou tedy nástínem práce zdravotně sociálních pracovníků v konkrétních zařízeních a s konkrétní cílovou skupinou či skupinami.

První dílčí cíl se zaměřil na identifikační údaje participantek a délku jejich praxe. Obě dotazované participantky mají velmi krátkou praxi ve vykonávané profesi zdravotně sociálního pracovníka a obě potvrdily, že pracovní místo, které teď zauímají je jejich první zkušeností. Názory se poté už lehce odlišovaly, když představovaly své cílové skupiny, se kterými pracují. Bylo nám rovněž řečeno, že si pracovnice musely projít kurzem, aby se staly zdravotně sociálním pracovníkem, tudíž jejich předchozí vzdělání bylo pro výkon této profese nedostatečné.

Druhý dílčí cíl nám pomohl pochopit a více si přiblížit pracovní náplň. Participantky nám popisovaly, jak vypadá jejich běžný den a co vše za ten den musí splnit. Byla nám přiblížená práce s klienty a klientovi nejčastější požadavky. Participantky se shodli, že na pacienty nemají tolik času, kolik by bylo potřeba. A i když víme, že každý člověk má své individuální potřeby, tak pro někoho by bylo opravdu více času přínosem. Ovšem některým klientům je třeba vysvětlit, co vlastně zdravotně sociální pracovník dělá a dát jim najevo, že na každého pacienta nespadá jeden pracovník. Mimo práce s klienty byly i ve zkratce popsány vztahy na pracovišti mezi ostatními členy zdravotnického i nezdravotnického personálu. Kde se názory našich participantek neshodovali a nebyly vždy pozitivní. Zde je důležité správný výběr prostředí, kde chceme pracovat. Naším cílem v této části bylo tedy zjistit, jaké mají dotazované pohled na svou pracovní pozici.

Poslední dílčí cíl se věnoval připravenosti zdravotně sociálních pracovníků na praxi, kdy jsme se dotazovali, zda škola participantky dostatečně připravila pro pracovní život, nebo zda se většinu svých zkušeností, které získaly, musely přiučit až na pracovišti. Chtěli jsme

se dozvědět, zda si ve své práci přijdou, že spíše zaujmají pozici zdravotně sociálního pracovníka nebo „pouze“ sociálního. V této části jsme se dozvěděli, že pracovnice z Psychiatrické nemocnice v Brně, dle jejího názoru zaujímá spíše pozici sociálního pracovníka, ale i přesto je velice důležitá znalost té zdravotnické části, a to z důvodu povědomí pacientova stavu po zdravotní stránce, nejen z pohledu sociální. Dále nám bylo řečeno, že mezi veřejností stále panuje vysoká neinformovanost, s čím vlastně může zdravotně sociální pracovník pomoci. Bohužel tato neinformovanost není pouze mezi širokou veřejností, ale můžeme se s ní setkat také na pracovištích. S tímto je spojená odpověď dotazované pracovnice z Uherskohradištské nemocnice, kde nám sdělila, že si přijde „jako na konci potravinového řetězce“. Za důležité v posledním cíli bylo dále zjistit, jaké jsou slabé a silné stránky povolání, kdy nám jedna z pracovnic odpověděla velmi obecně a svou odpověď směřovala na celé zdravotnictví a druhá pracovnice nám odpověděla z prostředí přímo z prostředí psychiatrické nemocnice, a tedy jejího působení. Velmi překvapující byly rovněž odpovědi ohledně rozdílů mezi obecnými požadavky na zdravotně sociální pracovníky a požadavky, které má na naše pracovnice jejich zařízení, zde byly vyvráceny všechny asumpce. V neposlední řadě byly dále rozvedeny odpovědi na otázky, co se skrývá pod zdravotní stránkou profese a významnosti role zdravotně sociálního pracovníka, kde jsme dostaly podobně odpovědi, a to v podobě, že zdravotně sociální pracovník je důležitým elementem týmu.

Tímto výzkumem jsme chtěli získat pohled na práci zdravotně sociálních pracovníků v obecně rovině, ale hlavně na daných pracovištích. Bylo nám tedy umožněné získat náhled na profesní život zdravotně sociálních pracovníků. Při rozhovorech nám bylo jasně ukázáno, že pracovnice mají veliký vliv na život, a hlavně na zlepšení životů pacientů a naplňování jejich sociálních potřeb.

Při psaní bakalářské práce jsme vycházeli primárně z odborné literatury od autorů, kteří se věnují problematice zdravotně sociálního pracovníka. Za velké mínus ovšem považujeme velmi malou dostupnost literatury a nedostatečného uchopení této profese a s tím i spojenou velmi malou informovanost jak široké veřejnosti, tak i ostatního zdravotního personálu.

ZÁVĚR

Bakalářská práce nesla název „Profesiogram zdravotně sociálního pracovníka v psychiatrických zařízeních a centrech duševního zdraví“. Naším cílem bylo porozumění práce zdravotně sociálního pracovníka při práci osobami s duševním onemocněním a šířit informace mezi širokou veřejnost a pracovníky ve zdravotnictví. V teoretické části jsme se zabývali charakteristikou práce zdravotně sociálního pracovníka v obecné rovině. Následně jsem si také více podrobněji vymezili pojmy psychiatrické nemocnice a centra duševního zdraví a více si rozebrali pacienty s psychiatrickou diagnózou. Nakonec jsme se zaměřili na definování práce zdravotně sociálního pracovníka s psychiatrickými pacienty.

Praktickou část práce jsme se rozhodli zkoumat kvalitativně prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, jež byly realizovány s vybranými zdravotně sociálními pracovníky. Za nejtěžší část praktické části považujeme vybrání participantů z důvodu velmi nízké míry zpětné vazby na dotaz o uskutečnění výzkumu ze strany pracovníků. Výběr nakonec padl na zdravotně sociální pracovníci z Uherskohradištské nemocnice a Psychiatrické nemocnice v Brně. Je důležité sdělit, že nemůžeme jednoznačně říct, jak se zdravotně sociální pracovníci dívají na danou problematiku z důvodu individuality člověka. Odpovědi ve velké míře ovlivňovalo rovněž prostředí, ve kterém se naše participantky pohybovaly a v neposlední řadě také kolektiv, se kterým je třeba spolupracovat.

Tuto problematiku rovněž ovlivňuje vysoká neinformovanost nejen veřejnosti, ale také většiny zdravotního personálu, kteří stále nemají ponětí, co se ukrývá za kompetencemi zdravotně sociálního pracovníka. V rámci naší analýzy dat se nám tato realita potvrdila, kdy nám bylo řečeno, že naše participantky jsou oslovovány ve větší míře jen v momentě, kdy si doktoři či jiný zdravotní personál nevědí rady s pacientem, či s pacientem vážne komunikace. Bylo nám ale také řečeno, že jsou oslovováni ve chvílích nižších technických zdatností lékařů.

Bakalářská práce slouží k šíření informací o této problematice, zdravotně sociálním pracovníkům, zdravotnímu i nezdravotnímu personálu, studentům humanitních oborů a široké veřejnosti. Tato práce může být rovněž užitečná pro samotné pacienty, klienty a ostatní uživatele služeb.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

CEJTHAMR, Václav a Jiří DĚDINA, 2010. *Management a organizační řízení*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3348-7

COWLES, Lois A. Fort, 2003. *Social Work in the Health Field: a care perspective*. 2. New York: The Haworth Press. ISBN 0-7890.2118-8.

ČESKO, 2004. Zákon č. 96/2004 Sb. o nelékařských zdravotnických povoláních (zákon on nelékařských zdravotnických povoláních). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>

ČESKO, 2005. Vyhláška č. 39/2005 Sb. Vyhláška, kterou se stanoví minimální požadavky na studijní programy k získání odborné způsobilosti k výkonu nelékařského zdravotnického povolání. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2005-39>

ČESKO, 2006. Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách (zákon o sociálních službách). In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné také z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

DRINKA, Theresa J. K. a Phillip G. CLARK, 2000. *Health care teamwork: Interdisciplinary practice and teaching*. Westport: Praeger. ISBN 0-86569-297-1.

HENDL, Jan, 2008. *Kvalitativní výzkum: Základní teorie, metody a aplikace*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-485-4.

KOHOUTEK, Rudolf a Jaroslav ŠTĚPANÍK, 2000. *Psychologie práce a řízení*. Brno: CERM, s.r.o. ISBN 80-214-1552-5.

KUTNOHORSKÁ, Jana, 2009. *Výzkum v ošetrovatelství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2713-4.

KUTNOHORSKÁ, Jana, Martina CICHÁ a Radoslav GOLDMANN, 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3843-7.

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

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.

MATOUŠEK, Oldřich, 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, Oldřich, 2013. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.

Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Základní principy péče poskytované v CDZ (principy, cíle, vodítka pro vznik, organizaci a provoz)* [online]. 2016. [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wpcontent/uploads/2019/08/P%C5%99%C3%ADloha_%C4%8D._Metodiky_Z%C3%A1kladn%C3%AD_principy_p%C3%A9%C4%8De_poskytovan%C3%A9_v_CDZ.pdf

PALÁN, Zdeněk, 2002. Profesiogram. *Lidské zdroje: Výkladový slovník*. Praha: Academia, s. 171-172. ISBN 80-200-0950-7.

PRAŠKO, Ján a Klára LÁTALOVÁ, 2013. *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. ISBN 978--80-204-2798-4.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ, 2014. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4236-6.

PROBSTOVÁ, Václava a Ondřej PEČ, 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0731-3.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2008. *Pedagogický slovník*. 5. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-416-8.

ŘÍHÁČEK, Tomáš, Ivo ČERMÁK a Roman HYTYCH, 2013. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* [online]. Brno: Masarykova Univerzita [cit. 2022-05-13]. ISBN 978-80-210-6382-2. Dostupné z:

https://d11.cuni.cz/pluginfile.php/504618/mod_resource/content/3/Kvalitativni-analyza-textu%281%29.pdf

Sociální práce. Sociální pracovník/zdravotně-sociální pracovník v psychiatrické nemocnici. *Sociální práce* [online]. 2020. Praha, 1 [cit. 2022-04-13]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/profesiogramy/socialni-pracovnik-zdravotne-socialni-pracovnik-v-psychiatricke-nemocnici/>

STEFANOVIC, M. The Role of Social Workers in Health Care System - 2021 Guide. In: *SEMIMD* [Online]. Feb. 1, 2021 [cit. 2021-10-22]. Available from: <https://semimd.com/the-role-of-social-workers-in-health-care-system/>

ŠTIKAR, Jiří et al., 2003. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0448-5.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta, 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0470-3.

VRONSKÝ, Jiří, 2012. *Profesiografie a její praktické využití při řízení lidských zdrojů v organizaci*. Praha: Wolters Kluwer ČR, a. s. ISBN 978-80-7357-747-6.

SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK

OSPOD Oddělení sociálně právní ochrany dětí

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Rozhovor – seznam otázek

PŘÍLOHA P I: ROZHOVOR – SEZNAM OTÁZEK

První okruh, identifikační údaje

1. Jak dlouho vykonáváte profesi zdravotně sociálního pracovníka?

Druhý okruh, pracovní náplň

2. Popište prosím Váš běžný den
3. Myslíte, že pro každého pacienta máte tolik času, kolik by opravdu potřeboval?
4. Jaká část Vaší práce je dle Vašeho názoru nejnáročnější?
5. Jaká je Vaše motivace pro práci v tomto zařízení?
6. S jakými klienty pracujete nejčastěji?
7. S jakými požadavky/problémy se na Vás obracejí nejčastěji?
8. Jaké mají klienti vztahy mezi sebou?
9. Jak je třeba s klienty komunikovat?
10. S jakými požadavky se na Vás obracejí kolegové?
11. Jste s výběrem své práce spokojená?

Třetí okruh, povolání zdravotně sociálního pracovníka

12. Vykonáváte dle Vašeho názoru práce zdravotně sociálního pracovníka nebo spíše sociálního pracovníka?
13. Jsou podle Vás rozdíly mezi obecnými požadavky, které jsou na zdravotně sociálního pracovníka kladeny a požadavky, které na Vás má zařízení?
14. Připravilo Vás studium řádně pro práci zdravotně sociálního pracovníka, nebo jste se musela vše přiučit až v praxi?
15. Co se nachází ve Vaší práci pod zdravotní stránkou?
16. Jaké jsou silné a slabé stránky ve Vašem povolání?
17. Jak velkou významnou roli má podle Vás zdravotně sociální pracovník v tomto zařízení?