

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Sociální práce v nemocnici a její vliv na
zdraví pacientů**

diplomová práce

Autor práce: Bc. Pavlína Samcová
Studijní program: Rehabilitace
Studijní obor: Rehabilitační psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory
Vedoucí práce: Doc. Mgr. et Mgr. Jitka Vacková, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 16. 8. 2012

Abstrakt

Následkem nemoci a ztrátou soběstačnosti je ovlivněn život člověka. Účelem sociální práce v nemocnici je pomoci klientům a jejich rodinám vyrovnat se s problémy spojené s nemocí a omezit nebo odstranit tyto problémy.

V teoretické části práce se zabývám zdravím a nemocí, potřebami člověka v nemoci, změnami, ke kterým dochází v průběhu nemoci a nemocí jako sociální událostí. Dále se zabývám sociální prací v nemocnici, činnostmi zdravotně sociálních pracovníků a teoriemi a metodami, které jsou používány při sociální práci v nemocnici.

Cílem práce bylo zmapování vlivu sociální práce v nemocnici na zdraví pacientů. Pro zodpovězení byla stanovena hlavní výzkumná otázka: Jakým způsobem ovlivňuje sociální práce v nemocnici zdraví pacientů? Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky jsem stanovila dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na fyzickou oblast zdraví pacientů/klientů?
2. Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na psychickou stránku zdraví klientů/pacientů?
3. Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na sociální situaci klientů/pacientů?
4. Jaké metody a techniky sociální práce jsou při sociální práci v nemocnici používány?

Pro dosažení cíle byla použita strategie kvalitativního výzkumu. Pro získání informací byla zvolena metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Dotazování bylo doplněno metodou pozorování. Rozhovory byly provedeny s 6 zdravotně sociálními pracovníky a 15 klienty/pacienty zdravotně sociálních pracovníků.

Práce může přispět ke zlepšení služeb sociální práce v nemocnicích. Zároveň může být využita pro zvýšení informování laické i odborné veřejnosti.

Abstract

Human life is affected by illness and the loss of self-sufficiency. The aim of social work in hospitals is to help clients and their families come to terms with the problems associated with illness and to restrict and eliminate these problems.

The theoretical part of the paper looks at health and illness, the needs people in hospital have, the changes that come about in the course of illness and illnesses as social events. I also look at social work in hospitals, the work of health/social workers and the theories and methods that are applied to social work in hospitals.

The aim of the paper is to map out the influence of social work in hospitals on the health of patients. The main research question set out was, in what way does social work in hospitals influence the health of patients? In order to answer this question, I asked the following sub-questions:

1. What influence does social work in hospitals have on the physical side of the health of patients/clients?
2. What influence does social work in hospitals have on the mental side of the health of patients/clients?
3. What influence does social work in hospitals have on the social situation of patients/clients?
4. What methods or techniques of social work are used in social work at hospitals?

The strategy of qualitative research was used to achieve the objectives set out. Questioning in the form of a semi-structured interview was the method chosen for obtaining information and questioning was supplemented by the method of monitoring. Interviews were conducted with 6 health/social workers and 15 clients/patients of such health/social workers.

This paper could contribute towards an improvement in the social work services provided in hospitals and may also serve to broaden the knowledge level of the general and expert public.

Prohlášení

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

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

V Českých Budějovicích dne 16.8 2012

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce paní Doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za odborné vedení, pomoc, trpělivost, za její čas a cenné rady při zpracování této práce. Děkuji také své rodině za trpělivost a podporu, kterou mi poskytli během mého studia.

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	9
1.1 Zdraví a nemoc	9
1.2 Životní potřeby	11
1.2.1 Potřeby nemocného člověka	12
1.3 Změny během nemoci	13
1.3.1 Změny v tělesné oblasti	14
1.3.2 Změny v psychické stránce	14
1.3.3 Změny v sociální situaci	17
1.4 Nemoc jako sociální událost	18
1.5 Sociální práce v nemocnici	19
1.5.1 Klient/pacient v nemocnici	22
1.5.2 Role a činnosti zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici	23
1.5.3 Vztah zdravotně sociálního pracovníka, klienta a jeho rodiny	28
1.5.4 Rozdělení klientů zdravotně sociálních pracovníků	30
1.6 Teorie a metody sociální práce v nemocnici	32
1.6.1 Teorie sociální práce	32
1.6.2 Metody sociální práce v nemocnici	36
2 Cíl práce	46
3 Metodika	47
3.1 Strategie výzkumu	47
3.2 Operacionalizace pojmů	47
3.3 Výzkumný vzorek	50
3.4 Harmonogram výzkumu	51
4 Výsledky	52
4.1 Rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky	52
4.2 Rozhovory s klienty/pacienty	69
4.3 Porovnání vybraných otázek na základě rozhovorů s klienty/pacienty ..	99
4.3.1 Fyzická oblast zdraví klientů/pacientů	100
4.3.2 Psychická stránka zdraví klientů/pacientů	102

	<i>4.3.3 Sociální situace klientů/pacientů</i>	105
5	Diskuse.....	110
6	Závěr	118
7	Seznam použitých zdrojů	120
8	Klíčová slova	125
9	Přílohy.....	126

Úvod

Sociální práce v nemocnici souvisí se zdravím. Onemocnění neovlivňuje pouze fyzický stav, ale ovlivňuje také psychiku a sociální situaci. Hospitalizace představuje pro jedince zátěž, která je doprovázena životními změnami. Následkem nemoci a s ní spojenou ztrátou či snížením soběstačnosti dochází k ovlivnění života nemocného jedince, ale také rodiny.

Důvodem, proč jsem si vybrala téma sociální práce v nemocnici, je skutečnost, že pracuji v nemocnici. Setkávám se s pacienty, kteří potřebují pomoc zdravotně sociálních pracovníků, proto mě také zajímala otázka vlivu sociální práce na zdraví pacientů.

V teoretické části práce se zabývám zdravím a nemocí, životními potřebami a změnami během nemoci. Dále popisuji sociální práci v nemocnici a teorie a metody sociální práce v nemocnici.

Praktická část je zaměřena na zmapování vlivu sociální práce na zdraví pacientů. Cílem práce bylo zjistit vliv sociální práce v nemocnici na zdraví pacientů. Tento vliv jsem zjišťovala z pohledu zdravotně sociálních pracovníků a jejich klientů/pacientů. Zdraví je členěno na fyzickou oblast, psychickou stránku a sociální situaci. Zjišťovala jsem také průběh práce zdravotně sociálních pracovníků a zabývala jsem se metodami a technikami, které při práci používají.

Práce může přispět ke zlepšení služeb sociální práce v nemocnicích a zároveň může být využita pro zvýšení informovanosti laické i odborné veřejnosti.

1 Teoretická část

1.1 Zdraví a nemoc

Ve všech lidských kulturách bylo zdraví vnímáno v hierarchii hodnot na předním místě, jelikož umožňuje naplnění života, dosažení a udržení stavu spokojenosti, štěstí a uplatnění ve společnosti (Krebza, 2005). Dle Haškovcové (2010) je zdraví jako hodnotu potřeba chránit. V celé společnosti má být považováno za hodnotu sociální. Je potřebou, aby zdravotní péče byla solidární, spravedlivá a dostupná (Haškovcová, 2010).

Zdraví je definováno, dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948, jako: „...stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Dle Zacharové (2007) je ohraničováno třemi složkami. V tomto systému subsystém fyzický, psychický a sociální tvoří dynamický celek. Je podstatným předpokladem pro spokojenost a naplněním životních přání (Zacharová, 2007). Dle WHO z roku 1984 je zdraví chápáno jako stav, který je na jedné straně určen schopnostmi jedince nebo skupiny uskutečňovat touhy, uspokojit potřeby a na druhé straně změnit nebo se vypořádat s životním prostředím. Toto pozitivní pojetí, dle Zacharové (2007), zahrnuje fyzické schopnosti, stejně jako společenské a osobní zdroje. Cílem je rozvíjení a využívání všech biologických, psychických a sociálních schopností a vlastností člověka, nejenom zbavit člověka nemoci. Lze také chápat jako proces, v němž je maximální rozvoj možností organismu (Zacharová, 2007).

Jsou různé pojetí zdraví. Mezi tyto pojetí patří *biomedicínský model zdraví*, který přisuzuje nemoci jednu určitou příčinu, která je tělesné povahy (Krebza, 2005). Dle tohoto modelu je zdraví stavem vyrovnanosti buněk a orgánů těla (Nováková, 2011). *Psychosomatický model zdraví* vychází z poznání, že tělesná oblast nemoci má své emocionální a psychické stránky a jejich faktory jsou v interakci při vzniku nemoci (Křivohlavý, 2003). *Behaviorální model* představuje přístup, který klade důraz na biologické a behaviorální faktory. Východiskem je zjišťování odchylek od zdraví ve vztahu k chování člověka (Krebza, 2005). Dle tohoto modelu je zdraví určitým projevem chování, které je pro zdraví člověka důležité a má svůj účel (Nováková, 2011). *Bio-psycho-sociální model zdraví* rozšiřuje pohled na zdraví z biologických

faktorů, o psychologické a sociální faktory. Tento model byl také rozšířen o rovinu spirituální a ekologickou. Ekologická rovina zakládá *bioekopsychosociální model zdraví*, který zahrnuje faktory životního prostředí (Krebza, 2005). Nováková (2011) uvádí *ekologicko- sociální model zdraví*, dle kterého je zdraví ovlivněno přírodním a sociálním prostředím. Dále popisuje holistický (celostný) model zdraví (Nováková, 2011). Tento model zdraví, dle Novákové (2011), propojuje složku tělesnou, duševní, citovou, osobní, sociální (společenskou) a duchovní (spirituální). Z tohoto hlediska lze člověka chápat jako bio-psycho-socio-spirituální bytost, kde všechny roviny tvoří jednotu (Jankovský, 2003). Bio-psycho-sociální-duchovní pohled uznává, že zdravotnické služby musí brát v úvahu fyzické nebo zdravotní aspekty, emocionální nebo psychologické aspekty, na sociálně-kulturní, politické a socioekonomické problémy v životě a hledání smyslu lidského života (Tomaszewski, EP, 2004; Saleebey, 2003, In National Association of Social Workers).

Ke zdraví nelze přistupovat izolovaně, je výsledkem vztahu člověka k prostředí (Krebza, 2005). Hranice mezi zdravím a nemocí nejsou jednoznačně rozlišeny (Vágnerová, 2002, Baštecká, 2003). Zdraví a nemoc jsou chápány jako dvě odlišné hodnoty, které jsou v opozici (Zacharová, 2007). Dle Zacharové (2007) pojetí jednoty a celistvosti organismu a prostředí umožňuje chápat nemoc stejně jako zdraví na základě životních pochodů člověka.

Nemoc je stav organismu, který vzniká vlivem působení zevních či vnitřních faktorů narušujících jeho správné fungování a rovnováhu (Vokurka, Hugo, 1998, In Baštecká, 2003). Podobně Tomeš (2010) uvádí, že je výsledkem narušení rovnováhy biologické, psychické a sociální ve fyzickém a sociálním prostředí. Bártlová (2005) a Zacharová (2007) nemoc popisují jako poruchu systému člověk a prostředí. Zmenšující se, omezená schopnost organismu se musí vyrovnat s nároky prostředí. Stejně jako zdraví má stránku biologickou, psychickou a sociální (Bártlová, 2005 a Zacharová, 2007). Parsons (1972 In Bártlová, 2005) definuje nemoc jako poruchu schopnosti jedince plnit úkoly a role, které jsou od něj očekávané. Z tohoto pohledu je nemoc odchylkou od normální sociální role (Bártlová, 2005). Podobně jako zdraví také nemoc vychází z modelů. *Medicínský model nemoci* se vyvíjel během 20. století na základě

rozvoje přírodovědného poznání. *Psychologický model* se vyvíjí z psychoanalýzy. *Sociologický model* rozumí nemoc jako sociální jev, ve kterém nemoc znamená změnu v chování jedince a reakci jeho okolí (Zacharová, 2007). Předpokladem je porušení pravidel či odchylka od normy (Baštecká, 2003).

Nemoc se odlišuje od choroby. Rozdíl je v přístupu, kdy nemoc je pokládána za soubor příznaků, naproti tomu choroba je charakterizována pojmenovanými příznaky, které mají být přítomny pro stanovení diagnózy (Zacharová, 2007). Choroba je chápána jako abnormalita (Field, 1976 In Křivohlavý, 2002).

1.2 Životní potřeby

V životě člověka dochází k uspokojování různých potřeb. Potřeba je vlastnost organismu, která podporuje vyhledávání podmínky, která je k životu nezbytná. Jsou výsledkem vztahu mezi organismem a prostředím (Zacharová, 2007). Stejně tak, dle Trachtové (2001), jsou projevem nedostatku a pobízí k vyhledání podmínky nezbytné k životu. Při nedostatku potřeb je ovlivňována psychická činnost jedince (Trachtová, 2001). Pro dosažení rovnováhy, Bártlová (2005), popisuje potřebu jako nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit.

Zacharová (2007) potřeby rozlišuje na primární a sekundární. Primární potřeby jsou nutné pro lidskou existenci, sekundární se vyvíjejí na základě primárních a jsou individuální (Zacharová, 2007). Rozdělení potřeb, dle Trachtové (2001), je na potřeby biologické (fyziologické) a sociální (psychologické). Za biologické jsou považovány nedostatek jídla, pití, pohybu a odpočinku a mezi sociální potřeby jsou považovány nedostatek opory, zázemí a lásky (Trachtová, 2001). Dle Bártlové (2005) biologické potřeby nelze od sociálních potřeb oddělit.

Psycholog A. H. Maslow, jak uvádí Trachtová (2001) i Vágnerová (2005), rozděluje potřeby hierarchicky, dle aktuálnosti do pyramidy. Dle této struktury mají určité potřeby přednost před jinými, proto musíme nejdříve uspokojovat fyziologické potřeby a poté vyšší (Vágnerová, 2005).

1. **Fyziologické potřeby**, zahrnují potřeby sloužící k přežití (výživa, vylučování, dýchání, spánek, odpočinek aj.) (Trachtová, 2001).

2. **Potřeba jistoty a bezpečí**, vyjadřuje nutnost vyvarovat se ohrožení a nebezpečí. Zahrnuje důvěru, spolehlivost, stabilitu (Trachtová, 2001). Vágnerová (2005) tuto potřebu popisuje jako sklon vyhýbat se ohrožujícím podnětům, která obsahuje potřebu tělesného bezpečí a jistoty.

3. **Potřeba lásky a sounáležitosti**, jak se shodují Vágnerová (2005) a Trachtová (2001), vyjadřuje potřebu milovat a být milován, sounáležitosti a náklonosti a patřit do společnosti.

4. **Potřeba ocenění, úcty a sebeúcty** znázorňuje přání výkonu a důvěry k okolí, ale také touhu po respektu, sociálním postavení a důstojnosti v sociální skupině (Trachtová, 2001). Dle Vágnerové (2005) si jedinec oceněním potvrzuje svou hodnotu, kterou je ovlivněno sebehodnocení.

5. **Potřeba seberealizace**, dle Vágnerové (2005) a Trachtové (2001), je vyjádřena potřebou rozvinout a realizovat své schopnosti a cíle.

1.2.1 Potřeby nemocného člověka

Potřeby jsou závislé na charakteru nemoci, na klientovi a na sociálních vztazích, ve kterých žije. Uspokojování potřeb je procesem, který ovlivňují *obecné faktory* (výchova, rodinný stav, vzdělání), *společenské faktory* (životní standard) a *patologické stavy* (horečka či bolest) (Zacharová, 2007).

Dle Bártlové (2005) lze potřeby nemocného člověka rozdělit:

a) Potřeby, které se nemocí nemění, jsou shodné s potřebami zdravého člověka. K těmto potřebám patří potřeba vzduchu, spánku, odpočinku, výživy, vyprazdňování se, pocit pohodlí a bezpečí. V nemoci může dojít k intenzivnější potřebě anebo může dojít k posunu v důležitosti. Většinou dochází k situacím, kdy nemocný nemůže aktivně sám uspokojovat potřeby. Při hospitalizaci jsou potřeby jídla, tekutin, zajištění osobní hygieny uspokojovány za pomoci sestry nebo jiného zdravotnického pracovníka.

b) Potřeby, které se nemocí změnily, jsou různorodé. Tyto potřeby ovlivňuje onemocnění, jeho druh, závažnost a jeho fáze. Potřeby sociální se v nemoci nejdříve zmenšují a postupně se vracejí. Mimo omezení může dojít i ke změně dřívějších potřeb. **Sociální potřeby**, ve kterých jedinec projevuje svou aktivitu, vznikají při narušení

skupinových vazeb a potřeb, které se týkají *výkonu práce*. Ztráta práce vyřazuje klienta z aktivních činností a z obvyklých sociálních vztahů. Nemocný chce na svém uzdravení aktivně spolupracovat. Pozitivní výsledky povzbuzují nemocného k překonání bolesti, strachu, úzkosti. *Potřeba poznání světa a sebe samého* se týká situace, důsledků a porozumění nemoci. K těmto potřebám patří potřeba informací. Neinformovanost způsobuje obavy a může narušit průběh léčení. *Potřeba sociálních styků* souvisí se vztahy hospitalizovaného jedince ke zdravotnickému personálu a ke spolupacientům. V domácnosti jsou nahrazovány rodinou. *Potřeba kulturního prostředí* se vztahuje k estetice zdravotního prostředí, výzdoby, barevného ladění, nábytku, ale také sem patří četba knih či sledování televize.

c) Potřeby, které nemocí vznikly, závisí na onemocnění a jeho charakteru, stupni závažnosti a průběhu nemoci, na osobnosti nemocného, informovanosti o nemoci, předchozí zkušenosti, vztahu a chování okolí. *Potřeba navrácení zdraví* je individuální a vychází z potřeby plnění sociálních rolí. Může být ovlivňována strachem před smrtí či z následků nemoci. S touto potřebou souvisí *potřeba odstranění nebo zmírnění bolesti*, která závisí na stavu a omezení nemocného. *Potřeba obnovení a udržení funkcí plnit sociální role*, při vědomí závislosti na okolí, je obzvláště důležitá. Může dojít k narušení představy o sobě samém (Bártlová, 2005).

1.3 Změny během nemoci

Změny během nemoci jsou závislé na bio-psycho-sociálních faktorech, které ji ovlivňují (Zacharová, 2007). Zacharová (2007, s. 30) dále uvádí, že: „*Nemoc akutní, chronická, defekt či úraz znamenají silný zásah do života člověka a jeho nejbližších sociálních vztahů.*“ Prožívání nemoci je závislé na rodině, která může, ale také nemusí poskytovat bezpečné zázemí a podporu (Zacharová, 2007).

Současné pojetí lékařství pojímá zdraví a nemoc jako komplexní jev, ve kterém jsou vztahy mezi somatickou a psychickou oblastí, mezi osobností klienta a jeho širším sociálním prostředím. Z tohoto přístupu vyplývá, že jedinec nemůže být hodnocen izolovaně, ale jako celistvá osoba v sociálním prostředí (Zacharová, 2007). Kuzníková

(2011) uvádí, že v rámci bio-psycho-sociálního modelu nemoci se jednotlivé složky ovlivňují a mají specifické projevy a způsoby řešení.

1.3.1 Změny v tělesné oblasti

Zdraví v úzkém pojetí může být vnímáno v souvislosti se zdravím těla, tedy fyzickým stavem člověka, jako zboží nebo jako genetický předpoklad, který se mění v průběhu života (Zacharová, 2007). Tělesný stav jedince se může měnit vlivem biologické zkušenosti, ke které patří působení životosprávy, na základě prodělaných chorob či úrazů. Nemoc je méně přijatelná, tím jak zhoršuje kvalitu života, osobní pohodlí a omezuje soběstačnost. Při omezení soběstačnosti jde o dušnost, slabost, bolest, nepohyblivost, neschopnost starat se o vlastní hygienu (Vágnerová, 2002). Baštecká (2003) uvádí, že tělesné obtíže vyplývají z nemoci a její léčby.

Příznakem nemoci bývá často bolest, která upozorňuje na poruchu nebo poškození organismu (Zacharová, 2007). Dle Křivohlavého (2002) je mnohostranným jevem, který leží na okraji fyziologie a psychologie. Je charakterizována jako nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený s poškozením tkání, který souvisí s poruchou fyziologické povahy nebo vnější silou (Vymětal, 1994, In Zacharová, 2007).

1.3.2 Změny v psychické stránce

Nemoc kromě tělesných potíží ovlivňuje také psychiku. Vliv má na aktuální prožívání, uvažování a z toho vyplývající chování nemocného. Přináší nemocnému nepříjemné prožitky a jejím vlivem se mění sebepojetí nemocného. Onemocnění působí jako stresor a zátěž (Vágnerová, 2002). **Stresor**, dle Křivohlavého (2003), představuje faktor, který jedince vystavuje tlaku. **Stres** je spojen se zátěžovou situací a je popisován jako negativní emocionální zážitek, který je doprovázen změnami, zaměřenými na přeměnu či přizpůsobení situaci ohrožující člověka (Křivohlavý, 2003). **Strach**, dle Vymětala (1994, In Zacharová, 2007), je prožitek vztahující se na určitou situaci či předmět, který vyvolává pocit ohrožení. Naopak úzkost je prožitek, u kterého není vztah k příčině (Vymětal, 1994, In Zacharová, 2007).

Prožívání nemoci se odlišuje u dospělého člověka, jinak u dítěte a jeho rodiny. Reakce na onemocnění jsou různé a individuální. Mohou se objevit bezdůvodné pocity méněcennosti nebo depresivní nálada. Nemoc lze také prožívat jak výhodu, kdy v takovém případě se jedinec snaží vědomě, nebo nevědomě tuto situaci prodloužit. Člověk může reagovat při různých onemocněních odlišně. Reakce závisejí na situaci a na podmínkách, ve kterých se právě nachází. Většina jedinců se projevuje přiměřeně situaci, akceptuje diagnózu a doporučení k léčbě, dodržuje pokyny a spolupracuje ve snaze být zdráva (Zacharová, 2007).

Obtížné jsou také různé diagnostická vyšetření, se kterými se jedinec dosud nesešel. Nemoc může také přinášet zhoršení sociálně- ekonomické situace. Ve vztahu ke zdravotnímu stavu musí nemocný člověk přijmout omezení, která působí na jeho psychickou stránku. Akutní onemocnění provázené silnou bolestí může vyvolat silnou emoční reakci. Naproti tomu chronická onemocnění s trvalými následky nemusí nemocní v okamžiku, kdy nepůsobí problémy, považovat za vážné (Zacharová, 2007).

Zvládání onemocnění, jak uvádí Vágnerová (2002), probíhá dle Küblerová-Rossové v několika fázích:

1. **Fáze šoku a popření**, která následuje po zjištění onemocnění. Tuto informaci, která představuje ohrožení, nechce nemocný přijmout.

2. **Fáze postupného přijetí skutečnosti**. V důsledku tělesných potíží, které nelze popírat a bagatelizovat, se nemocný nakonec začíná vyrovnávat s onemocněním a ze zátěží jakou je znehodnocení a ohrožení vlastního života. Nemocní reagují obrannými mechanismy, které představuje útok a únik. Útok může mít formu agrese, negativismus vůči lékaři a odmítání léčby. Únik může představovat únik do pracovní aktivity, či únik do fantazie, kde se necítí být ohrožen.

3. **Fáze smíření s chorobou a jejími důsledky**. V této fázi dochází k akceptaci nemoci a vyrovnání se se situací. Často ke smíření s onemocněním nedochází v důsledku rychlého zhoršení.

Průběh nemoci je často spojen s pocity jako je bolest, hněv a agresivita. **Agresivita** je stejně jako hněv reakcí na novou situaci. Zásadou při těchto stavech je nepřijmout agresi, ale nabídnout jinou situaci na základě empatie (Kuzníková, 2011). Při nemoci je

vyžadována adaptace na novou situaci a vyrovnání se s projevy. Často dochází k narušení či změně mezilidských vztahů, změně kontaktu se známými a blízkými lidmi (Zacharová, 2007).

Dle Zacharové (2007) se jedinec může také projevovat tím, že při nemoci bývá náladový, mrzutý, plačtivý, projevující se poruchami spánku a neklidem. Při chronických onemocněních může docházet ke změnám chování jedinců, které se týkají jejich vnitřního prožívání z důvodu chronické nemoci, kdy došlo ke změně situace i jejich sociálního života, vztahu a jednání s druhými lidmi (Zacharová, 2007).

Lidé mají různé hierarchie hodnot a potřeby se odlišují. Hospitalizace, kdy dochází ke změně prostředí z vlastního domova, je vnímána negativně (Hejduk, 2004). Reakcí na dlouhodobé onemocnění, které je spojeno s hospitalizací, je *hospitalizmus*, který je reakcí na omezení způsobené nemocí (Kuzníková, 2011). Je vyvolán pasivitou a tím, že se jedinec nemusí o sebe starat. Důsledkem izolace je také snížení zájmů (Zacharová, 2007).

V prožívání nemoci je možné sledovat subjektivní prožívání nemoci neboli *autoplastický obraz nemoci* (Zacharová, 2007). Je závislý na povaze nemoci, okolnostech nemoci a povaze nemocného. Může mít různé formy a nemocný zaujímá různé postoje např. od normálního, bagatelizujícího, hypochondrického (Kuzníková, 2011). Postoj k nemoci nemusí být pouze negativní, může sebou přinášet určitá pozitiva, což se projeví v *ambivalentním prožívání nemoci*. Na jedné straně je přání změny a na straně druhé pozitiva, které nemoc přináší (Zacharová, 2007).

Dalšími stavy, se kterými se při nemoci můžeme setkat je truchlení a deprese. *Truchlení*, je formou smutku, který pomáhá povolit emoce. Naproti tomu *deprese*, je syndrom projevující se poruchami nálady, myšlení a jednání (Kuzníková, 2011). Kuzníková (2011) dále popisuje smrt jako přirozenou součást života a zabývá se psychologickým přístupem v péči o umírající, při které za důležité uvádí co nejmenší omezení a v možné míře uspokojování potřeb.

1.3.3 Změny v sociální situaci

Změna sociální situace znamená změnu prostředí, ve kterém se odehrává každodenní život (Bártlová, 2005). Vlivem nemoci dochází ke vzniku nových sociálních situací, ke kterým patří odlišnosti při volbě povolání, problematika pracovní neschopnosti, školní absence dětí a mládeže, náklady spojené s péčí a výživou, léčbou, prevencí. Dále také informovanost veřejnosti a komunikace nemocných (Kuzníková, 2011). Mění se sociální pozice nemocného. Dochází ke ztrátě profesní role, změně role v rodině. Reakce na nemoc je závislá na chování nejbližších lidí a způsobu jakým změnu přijímají a co pro ně znamená. Sociální reakce jsou ovlivněny viditelnými projevy, jako je změna zevnějšku, zhubnutí, ztráta vlasů, amputací končetiny. Sociální význam má ztráta schopnosti verbálně komunikovat či inkontinence (Vágnerová, 2002). Dle Kuzníkové (2011) může dojít také ke změně sociální role z důvodu chronické nemoci nebo snížené tělesné schopnosti klienta. Z toho vychází důsledky, které se projevují v životě nemocných (Kuzníková, 2011).

Klient nemůže vykonávat povolání. Příčinou může být snížení tělesné schopnosti, které mohou vést ke změně povolání (Bártlová, 2005). Kuzníková (2011) uvádí, že o sociální reintegraci klienta se má usilovat včas, již od zahájení rehabilitace (Kuzníková, 2011). Cílem rehabilitace je, aby jedinec přijal své omezení a co nejvíce se integroval do společnosti. Sociální prostředky rehabilitace uplatňují metody *reedukace* - rozvoje poškozené funkce, metody *kompence* – náhrada postižené funkce a *akceptace* – přijetí. Součástí je vytváření ekonomických podmínek pro život (Jankovský, 2005). **Sociální důsledky v rodině** mají vliv při narušení funkcí, kdy může dojít k poruchám v socializaci a výchově dětí, pozic a plnění rolí v rodině. Odlišnosti jsou v reakcích na to, kdo z rodiny onemocněl (Kuzníková, 2011). Dle Bártlové (2005) dochází k narušení vztahů mezi partnery. Nemocný se nemůže účastnit domácích prací, mění se vztahy vůči dětem a může dojít k nesouladu v sexuálním životě (Bártlová, 2005). **Změny v trávení volného času** a s nimi spojené omezení ve společenských, kulturních či sportovních činnostech, dle Bártlové (2005), mohou vést k depresím. Dále může, jak uvádí Kuzníková (2011), docházet k **sociální izolaci**, kterou lze rozlišit na dočasnou a trvalou. Dočasná vzniká jako příčina zhoršení zdravotního stavu a trvalá jako změna

vlastního vzhledu a používáním kompenzačních pomůcek. Důsledkem může být *stigmatizace neboli nálepkování*, které je chápáno jako negativní postoj společnosti, který souvisí s etiketizační teorií. Může také docházet k *ohrožení bydlení*. Cílem aktivit je podpora a rozvoj samostatnosti klienta (Kuzníková, 2011).

1.4 Nemoc jako sociální událost

Dle Tomeše (2010) sociální události označují sociální rizika, která jsou společností uznávány za závažné z důvodu ohrožení existence člověka, a řešení vyžaduje společenskou ochranu. Považují se za ně životní situace, které jsou ve společnosti uznávané v souvislosti s omezeními, které mají dopad na sociální situaci člověka. Sociální události související se změnou zdravotního stavu zahrnují sociální a ekonomické důsledky nemoci, úrazu a invalidity (Tomeš, 2010).

Při poruše zdraví dochází k velkému zásahu do života jedince (Tröster, 2005). Tomeš (2010) uvádí, že nemoc a úraz jako sociální událost vznikají ve chvíli, kdy jedinec nemůže zabránit poruše zdraví, nebo nelze poruchu odstranit a léčit. Za sociální událost lze nemoc označit, ale až ve chvíli, kdy při poruše zdraví jedinec potřebuje pomoc jiné osoby, peněžní pomoc či institucionální pomoc (Tomeš, 2010). Úraz je poruchou zdraví, který vzniká v důsledku náhlého působení vnějších sil na organismus jedince a spočívá v narušení tělesné složky člověka (Kahoun, 2009). Nemoc, úraz a karanténa působí ztrátu příjmů ze zaměstnání či jiné ekonomické činnosti (Tomeš, 2010).

Sociální událostí, dle Tomeše (2010), jsou ekonomické důsledky nemoci, které lze rozdělit na náklady na prevenci, léčení, rehabilitaci a reintegraci, pracovní neschopnost, ztrátu příjmů a vyčíslitelné škody na majetku, především u pracovních úrazů.

Práce jako činnost ekonomická umožňuje získat prostředky k zabezpečení životní úrovně a jako sociální činnost určuje sociální postavení člověka. Sociální událostí jsou výdaje poskytované na zdravotní prevenci, získání a udržení ekonomické činnosti. Pracovní neschopnost z důvodu nemoci způsobuje nemožnost výdělků z důvodu ukončení příjmů z ekonomické činnosti. Tím dochází k ohrožení životní úrovně jedince a jeho rodiny (Tomeš, 2010). Pracovní neschopnost, jako samostatná sociální událost, je

charakterizována nemožností konat práci a s tím spojený dočasný výpadek výdělku. Hradí se dočasně dávkami z nemocenského pojištění (dávkou nemocenského, ale i dávkou ošetrového), i z jiných zdrojů, například pokud se jedná o pracovní úraz, nemoc z povolání, má nárok zaměstnanec na náhradu škody dle pracovněprávních předpisů (Kahoun, 2009). Na základě zdravotního pojištění mají občané právo na zdravotní péči v rozsahu a dle podmínek stanovených zákonem o veřejném zdravotním pojištění (Tröster, 2005). Podobně Kahoun (2009) uvádí, že k poruše zdraví se vztahuje nárok na hrazenou zdravotní péči a zdravotní pomůcky ze systému zdravotního pojištění.

Nemoc jako sociální událost je spojená s invaliditou. Invalidita, jak uvádí Tomeš (2010), je definována jako přechodné nebo trvalé tělesné či duševní poškození nebo ztráta funkce či části organismu. S tím je spojené snížení pracovní schopnosti. Liší se od nemoci změnou zdravotního stavu, který se ustálil a je označován jako stabilizovaný. Lze proto změřit dlouhodobé či trvalé následky nemoci či úrazu a započít rehabilitaci i reintegraci. Invalidita je sociální událostí z důvodu dlouhodobého znevýhodnění jedince v běžných situacích (Tomeš, 2010).

Další samostatnou sociální událostí, o které bych se ráda v souvislosti s nemocí chtěla zmínit, je stáří. Dle Tomeše (2010) je stáří poslední období lidského života, ve kterém dochází k postupujícímu snižování schopnosti pracovat. Dochází také k anatomickým změnám jako zeslabování svalstva, křehkost kostí, ale také k funkčním změnám oslabování smyslových funkcí, obtíže při dýchání, srdeční slabosti. Vede ke vzniku chronických onemocnění, která mohou končit nevléčitelnými změnami (Tomeš, 2010).

1.5 Sociální práce v nemocnici

Mühlpachr (2006) popisuje sociální práci jako činnosti, jejichž cílem je přímé úsilí k zachování vztahu ke společnosti, prostředí, vzdělání a práci působením na člověka či jeho rodinu. Dle Řezníčka (1994) je posláním sociální práce poskytování sociálních služeb jednotlivcům, rodinám, skupinám a komunitám. Účelem je pomoci s problémy, které nelze změnit, omezit či odstranit, a které lze vyřešit a přispět ke zlepšení situace,

kde je možná úprava sociálních problémů. Jde o dosahování harmoničtějších životních situací v disharmonických podmínkách. Sociální práce se v rámci organizační sítě institucí a zařízení snaží cíleným úsilím o změnu jednání svých klientů a jejich širšího společenského zázemí (Řezníček, 1994). Navrátil (2001) ve své knize charakterizuje sociální práci jako to, co dělají sociální pracovníci. Také popisuje cíl jako pomoc sociálního fungování klienta v situaci, kdy je podpora vnímána a vyjádřena skupinou či jednotlivcem (Navrátil, 2001). Sociální fungování zahrnuje vzájemné ovlivňování lidí a jejich prostředí, které klade na jedince požadavky a jedinec na ně reaguje (Mahrová, Venglářová, 2008). Úlehla (2005) uvádí jako poslání sociální práce vést dialog mezi přáním společnosti, které je dáno normami a přáním klienta. Nese v sobě rysy jedinečnosti ohledně přístupu ke klientům a také rysy komplexnosti v přístupu k řešení sociální situace v ekonomické, psychologické, zdravotní, právní, sociologické a pedagogické souvislosti (Mahrová, Venglářová, 2008).

Cílem sociální práce je odhalování, vysvětlování, zmírňování řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám získat schopnosti k sociálnímu uplatnění a pomáhají vytvářet vhodné společenské podmínky (Matoušek, 2001, In Matoušek, 2007). Dle Šlenkrtové a Markové (2010) je cílem pomoci klientům, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a z důvodu onemocnění nebo jeho následkům nezvládají sami nebo s pomocí rodiny či blízkých tuto situaci rozpoznat a řešit. Podobně popisuje Kuzníková (2011) cíl sociální práce ve zdravotnictví, jako pomoc klientovi a jeho rodině při zmírnění nebo odstranění nepříznivých sociálních důsledků nemocí. S využitím vlivu psychosociální sféry na nemoc dosáhnout lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě, spolupráci a ke kvalitnějšímu životu (Kuzníková, 2011). Dle §3 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je nepříznivá sociální situace definována: „...jako oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“ Dle Šlenkrtové a Markové

(2010) nepříznivou sociální situaci lze řešit kompenzací, adaptací nebo integrací klienta do společnosti. Tím lze docílit, aby jedinec dosáhl nejvyšší možné hranice při uspokojování jeho životních potřeb se zřetelem na zdravotní stav a sociální situaci (Šlenkrťová, Marková, 2010). Sociální začleňování je postup, který zabezpečuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitosti a možnosti, které napomáhají zapojit se do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný. Za sociální vyloučení se pokládá vyloučení osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit z důvodu nepříznivé sociální situace (Zákon 108/2006 Sb., o sociálních službách).

V sociální práci v nemocnici se prolíná péče zdravotní spolu s řešením sociálních problémů klienta ve chvíli, kdy není schopen problémy řešit sám, rodina mu tuto péči poskytnout nemůže, nechce, nebo pokud rodinu nemá. Sociální péče je nedílnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Právem každého klienta je pomoc při řešení sociálních problémů (Šlenkrťová, Marková, 2010). Ke specifickým sociální práce v nemocnici patří především znalost diagnóz a jejich odraz v sociální oblasti (Severová, 2005). Jak uvádí Vurm (2004), zdravotní péče obsahuje péči o nemocné, ale také prevenci nemocí, komplexní rehabilitaci a opatření k udržení zdraví i zdravotní výchovu. Pokud je poskytována zdravotní péče, je potřeba zajistit také sociální péči (Vurm, 2004). Rehr In Beder (2006, In Kuzníková, 2011, s. 18) uvádí, že hlavním cílem sociální práce v nemocnici je „...*iniciovat a realizovat sociálně-zdravotní služby, zapojovat se do týmové spolupráce a zdůrazňovat profesionální nezávislost.*“ (Rehr In Beder, 2006, In Kuzníková, 2011). Sociálně-zdravotní služby napomáhají k zabezpečení fyzické a psychické soběstačnosti jedinců, kterým jsou poskytovány. Jsou určeny jedincům, kteří nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči, ale potřebují pomoc druhé osoby při každodenních činnostech a tato pomoc jim nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Tyto služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb, nebo v pobytových zdravotnických zařízeních (Sociální služby-způsoby pomoci).

1.5.1 Klient/pacient v nemocnici

Nemocnice je zařízením, které má za úkol člověka vyšetřit a stanovit diagnózu, léčit, vyléčit či zlepšit zdravotní stav. Dalším úkolem je zdravotnická péče, aby jedinec zůstal v dobrém psychickém stavu a aktivně se podílel na uzdravování (Křivohlavý, 2002). Křivohlavý (2002) a Zacharová (2007) charakterizují pacienta jako léčící se nemocný člověk, který má zřetelné příznaky nemoci, což umožní jeho zařazení do kategorie podle Mezinárodního seznamu nemocí.

V sociální práci je pro jedince užívajícího služeb sociálního pracovníka, a který vystupuje jako jeho spolupracovník a rovnocenný partner, označení klient (Mahrová, Venglářová, 2008). Pojem klient vystihuje vztah mezi poskytovatelem služby či péče a jejím objektem. V systému organizací poskytujících službu je definován jako osoba, která je objektem služby (Kuzníková, 2011).

Nemocný bývá omezen ve styku s přáteli, s vrstevníky, nesmí cestovat, nesmí vycházet z bytu, jíst oblíbená jídla, kouřit. Je omezen v činnostech, které jsou jeho oblíbené. Nemoc omezuje člověka při výkonu povinností, tím že nemocný bývá uznán práce neschopným, omluven ze školy a je zbaven různých domácích povinností (Zacharová, 2007). Dle Bártlové (2005) se ocitá v postavení jedince, který je psychicky i společensky podřízen.

Fyzický zdravotní stav má často sociální prvky. U klientů s terminálním onemocněním, kteří potřebují pomoc při přechodu do hospicového programu, či jiné dlouhodobé péče po propuštění z nemocnice. Jedinci s chronickými zdravotními problémy, se ztrátou mobility potřebují pomoc s vyrovnáním problémů, používáním pomůcek, změnou způsobu života a vyrovnat se fyzickými změnami (Ginsberg, 2001). Představy a vnímání jedince o jeho zdravotním stavu jej ovlivňují při vysvětlení, jak na tom zdravotně je a co se s ním děje (Křivohlavý, 2002). Adaptace na nemocniční prostředí není u všech jedinců stejná. Odlišnosti způsobuje věk. Starší lidé jsou méně přizpůsobiví s řadou dalších handicapů (např. smyslových), které adaptaci komplikují (Weinfurterová, 2007).

Dle Křivohlavého (2002) je nemocný jedinec předmětem péče mnoha lidí. Je závislý na druhých lidech a postaven do situací, které jsou odlišné od těch na které je

zvyklý. Zacharová (2007) dále uvádí, že je omezen ve styku s ostatními lidmi a tím vznikají vztahy k personálu či ke spolupacientům.

1.5.2 Role a činnosti zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici

Oblast zdravotnictví a zároveň náplň práce sociálního pracovníka v nemocnici se časem mění, vyvíjí a stává se součástí léčebně preventivní péče. Do popředí se dostává vliv sociálního prostředí na zdraví a prožívání nemoci (Vranková, Gažiová a Ondrušová, 2008). Dostálová a Šiklová (2004) uvádí, že v letech 1949 až 1990 se sociální práce ve zdravotnictví v České republice nerozvíjela.

Dle § 10 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilostí souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů – zákon o nelékařských zdravotnických povoláních, je činnost zdravotně sociálního pracovníka činností v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Zdravotně sociální pracovník se také podílí na ošetrovatelské péči z hlediska uspokojování sociálních potřeb pacienta/klienta. Činnosti zdravotně sociálního pracovníka jsou vymezeny vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění. Vykonává činnosti dle § 3 v souladu s odbornou způsobilostí, zdravotnického pracovníka bez odborného dohledu. V § 9 vyhlášky č. 55/2011 Sb., jsou uvedeny činnosti zdravotně sociálního pracovníka. Šlenkrťová a Marková (2010) uvádí, že zdravotně sociální pracovníci poskytují nebo zprostředkovávají pacientům v nepříznivé sociální situaci:

- zdravotně sociálního poradenství,
- podporu a pomoc ke zvýšení jejich orientace ve vlastních právech v dané situaci,
- přímou pomoc, podporu a doprovázení formou organizováním, vyjednáváním nebo zastupováním,
- sociální poradenství, socioterapeutické rozhovory,
- sociálně právní ochranu dětí podle zákona o sociálně právní ochraně dětí,
- služby sociální péče a služby sociální prevence podle zákona o sociálních službách,
- zdravotní služby domácí, následné, ošetrovatelské a ústavní péče (Home care, hospic, lůžka dlouhodobé péče, domovy důchodců, ústavy sociální péče),

- organizační záležitosti spojené s úmrtím.

Sociální práce pracuje s klientem z hlediska holistického pojetí člověka (Kuzníková, 2011). Severová (2005) ve svém článku uvádí, že výkon sociální práce ve zdravotnictví omezuje povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků a zákon na ochranu osobních údajů. Zdravotně sociální pracovník je povinen dodržovat základní etické principy, respektovat základní lidská práva, obecně závazné právní normy, ale také v souladu s respektováním základních lidských práv a svobod (Šlenkrťová, Marková, 2010). Kuzníková (2011) říká, že je zřejmá potřeba zdravotně – sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních, kteří by řešili a uspokojovali psycho-sociální potřeby klientů. Přesto často dochází k problémům v komunikaci a při vymezování kompetencí a pracovních náplní (Kuzníková, 2011).

Role sociálního pracovníka v nemocnici spočívá v zahájení procesu zdravotně sociální rehabilitace, která směřuje k udržení kvality života a jako preventivní faktor vyvolává snížení možnosti opakovaného návratu do zdravotnického zařízení (Novosad, 2000, In Kuzníková, 2011). Marková (2009, In Kuzníková 2011) uvádí, že poskytované sociální služby mají přímý zdravotní, ale i ekonomický dopad. Sociální pracovníci pomáhající klientům zajistit finanční prostředky pro zdravotní péči, zajistit po propuštění z nemocnice bydlení, dlouhodobou či jinou péči (Ginsberg, 2001).

Náplní služeb sociální péče v nemocnici jsou intervence, které napomáhají odstranit nebo zmírnit negativní důsledky situace, které jsou způsobené nemocí, hospitalizací, úmrtím, psycho-sociálně patologickými jevy (Kuzníková, 2011). Zdravotně sociální pracovník zajišťuje zdravotně sociální péči pacientům/klientům s rozdílnou sociální problematikou, s ohledem na jejich zdravotní stav, s využitím informací ze zdravotnické dokumentace a respektuje rozhodnutí pacienta/klienta (Šlenkrťová, Marková, 2010). Šlenkrťová a Marková (2010) dále uvádí, že společně s pacientem/klientem stanovuje přednosti, postupy a cíle sociálního procesu, do kterého zapojuje jeho rodinu, opatrovníky a osoby blízké. Podílí se na řešení sociální situace pacienta/klienta ve spolupráci s multidisciplinárním týmem (Šlenkrťová, Marková, 2010). Severová (2005) ve svém článku popisuje vnitřní tým pracovníků, kteří se podílejí a spolupracují na řešení sociální situace klienta/pacienta. Mezi tyto pracovníky řadí lékaře, psychology,

rehabilitační pracovníky, zdravotní sestry, psychiatry, terapeuti, sociální pracovníky. Lékaři se snaží o dosažení co nejlepšího zdravotního stavu klienta, psychologové a psychiatři pomáhají zvládnout psychickou náročnost onemocnění tak, aby jedinci byli připraveni přijmout nevyhnutelné řešení, pomoc rodiny a institucí. Zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, terapeuti zabezpečují ošetrovatelskou péči, aby byl jedinec v co nejlepším stavu. Sociální pracovník v určitých případech působí jako koordinátor (Severová, 2005). Sociální pracovník je vnímán lékaři jako znalec problematiky sociální pomoci, sociálních dávek, možností a postupů při zajišťování návaznosti péče (Janečková, 2010). Dle Severové (2005) je také nutné, aby byly vymezeny kompetence jednotlivých členů, aby tyto kompetence nepřekračovali, ale dokázali spolupracovat. Dále popisuje vnější tým, který zahrnují zaměstnanci institucí, se kterými sociální pracovník v nemocnici spolupracuje, aby vyřešil situaci klienta. Mezi tyto instituce autorka zařazuje pečovatelskou službu, obvodní lékaře, domácí agentury, azylové domy, soudy, školy, úřady práce, posudkové lékaře (Severová, 2005). Kuzníková (2011) podobně jako Severová (2005) popisuje důležitost komplexnosti péče, která vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, kde se pozice zdravotně sociálního pracovníka v týmové práci stává samozřejmou a nepostradatelnou. Z pohledu sociální práce je předpokladem úspěšné pomoci klientovi funkční propojení spolupráce mezi sociálním pracovníkem, klientem a jeho rodinou, organizacemi, fyzickými a právníckými osobami mimo zdravotnické zařízení a samotnými členy interdisciplinárního týmu (Kuzníková, 2011).

Kuzníková (2011) také popisuje činnosti zdravotně sociálního pracovníka při řešení situace akutně hospitalizovaných klientů, sociální pomoc u chronicky nemocných, sociální prevenci, stanovení anamnézy, prognózy a využití metod sociální práce. Činnosti by měly vycházet ze sociální anamnézy. Následně mají být vybírány postupy, které se jeví v dané situaci klienta jako nejvhodnější k řešení (Kuzníková, 2011).

Intervence, které zahrnuje práce zdravotně sociálního pracovníka, dle Kuzníkové (2011), jsou:

Psychosociální podpora zahrnuje obhajobu potřeb klientů proti zdravotnické organizaci, sociálnímu okolí, zajištění sociální podpory a pomoci při řešení finanční a

životní situace klienta. Podporuje psychickou podporu, rozeznání ztrát v oblasti emocí a prožívání klienta, zajištění krizové intervence a pomoci klinického psychologa (Kuzníková, 2011).

Edukace klientů i okolí v porozumění nemoci a psychosociálním důsledkům nemoci, léčbě a jejím důsledkům, v legislativních otázkách, nárocích na finanční a další dávky sociální péče a podpory. Edukace rodiny v možnostech zdravotně sociální péče, orientaci v nabídce služeb a oblastí další možnosti pomoci, služeb a zdrojů. Edukace interdisciplinárního týmu, ošetřujícího personálu v rámci psychosociální péče o klienty (Kuzníková, 2011).

Poradenství zahrnuje poskytování informací při řešení nepříznivých situací, porozumění situaci a hledání možností řešení, při řešení finančních potíží klienta – žádost o invalidní důchod, dávky sociální péče, státní sociální podpory. Dále zahrnuje plánování propuštění a následné péče - poradenství s podáním žádosti do domova pro seniory, se zajištěním Home care služeb, přeložení do jiného zdravotnického zařízení, do rehabilitačního ústavu, LDN, zajištění pečovatelské služby, hospicové péče a pomoc při zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek. Předpokladem sociálního poradenství je znalost legislativních pramenů. Z důvodu různorodé klientely a různým problémům klientů v nemocnici je mnoho legislativních předpisů (Kuzníková, 2011). Dle Novosada (2009) poradenství ve zdravotnických zařízeních spočívá ve zjištění okolností dalšího života klienta a opatřeních, které reagují na jeho potřeby a možnosti. Cílem je zjistit, zda se bude schopen vrátit po skončení léčby domů, do původního prostředí. Zkoumá se rodinné zázemí, sociální vztahy, hmotné zabezpečení, bydlení, míra soběstačnosti, pracovní uplatnění a psychický stav. Smyslem je objasnit, zda rodinná, existenční a sociální situace nebude narušovat léčbu a nebude příčinou zhoršujícího se zdravotního stavu (Novosad, 2009).

Komunikace obsahuje rozhovor s klientem, jeho rodinou, skupinou či v rámci komunity. Terapeutický rozhovor s klienty, asistence při rozhovoru klienta a jeho blízkých s odborníky, rozhovor s profesním týmem a jednotlivými členy (Kuzníková, 2011). Dle Kuzníkové (2011, s. 25) zdravotně sociální pracovník: „*Nejčastěji spolupracuje se sociálními pracovníky obecních úřadů (SPOD), s úřady práce, správou*

sociálního zabezpečení, Policií ČR, soudy, praktickými lékaři, organizacemi poskytujícími služby sociální péče a služby zdravotní péče...“ Dle autorky jsou dalšími činnostmi telefonické a elektronické formy komunikace, sociální šetření, spolupráce se zdravotními pojišťovny, notáři, dětskými centry, kojeneckými ústavy, diagnostickými ústavy, pedagogicko-psychologickými poradnami, se školami, zajištění sociálního pohybu u zemřelých bez pozůstalých (Kuzníková, 2011).

Šlenkrťová a Marková (2010) k intervenčním metodám řadí informační, poradenský a terapeutický rozhovor. Cílem **informačního rozhovoru** je seznámit pacienta/klienta s novými a upřesňujícími informacemi, orientace a pochopení problému. **Poradenský rozhovor** obsahuje spolu s intervencí diagnostiku. Jeho cílem je klientovi/pacientovi pomoci najít náhled na svou situaci, odreagování napětí a aktivizaci sil. Cílem **terapeutického rozhovoru** je objektivně informovat pacienta/klienta o sociální situaci a možnostech, jak ji změnit, zmírnit a překonat. Cíle sociální terapie a zlepšení, na kterých se aktivně podílel, použít k vyslovení uznání, pochvaly a znovu hovořit o cílech, které nesplnil (Šlenkrťová, Marková, 2010).

Sociální pracovník v nemocnici pracuje s dokumentací zdravotně sociální práce. Pracuje se zdravotně sociální kartou pacienta, která obsahuje sociální záznam, písemnou i emailovou korespondenci s úřady, písemné a potvrzení od pacientů, sociální zprávu pro první informaci o pacientovi/klientovi, průběžná sociální sdělení a závěrečnou sociální zprávu, dle řešené problematiky. Podstatná je čitelnost, přehlednost a úplnost záznamu případu v průběhu hospitalizace v případě dalšího vedení a pokračování v sociální terapii. Důležitost, dle autorek, spočívá ve zdokonalování metod sociální práce, pro účely výzkumu, pro plánování služeb a dávek sociální péče. Sociální pracovník se řídí, při zpracovávání a vedení dokumentace, zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (Šlenkrťová, Marková, 2010). Práce zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici je ukončena závěrečným vyhodnocením činností, efektivity pomoci a podpory (Kuzníková, 2011). Propouštění klienta by mělo tempem, komunikací, způsobem podávání informací, zapojováním dalších osob odpovídat potřebám a zdravotnímu stavu klienta. Sociální pracovník by měl rozlišit rizika spojená

s propuštěním pacienta a zvažovat z hlediska zdravotních a sociálních hledisek formu následné zdravotní péče (Janečková, 2010).

1.5.3 Vztah zdravotně sociálního pracovníka, klienta a jeho rodiny

Sociální pracovník musí být vybaven potřebnými dovednostmi k navázání kontaktu a znalostmi k rozpoznání a posouzení potřeb klienta (Weinfurterová, 2007). Je prostředníkem mezi nemocným a okolím, bydlištěm, rodinou, školou, zaměstnáním a různými institucemi. Péče je směřovaná především na hospitalizované osoby, ale někdy se musí postarat také o příbuzné, rodiče či děti, pokud se z důvodu onemocnění blízké osoby ocitli v tíživé sociální situaci (Severová, 2005).

Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem má být rovnocenný, tzv. partnerský a jejich spolupráce by měla být dobrovolná a rovnoprávná. Kuzníková (2011) uvádí, že vztah vzniká, pokud si *klient sám požádá sociálního pracovníka o pomoc*. Tento způsob je zkomplikován nepřítomností zdravotně sociálního pracovníka v pracovním týmu přímo na odděleních. Z toho vyplývá, že může požádat zdravotnický personál, anebo příbuzné, aby sociálního pracovníka kontaktovali. Sociálním faktorem vyhledání pomoci samotným klientem je vliv rodiny, jejich vztahy a funkčnosti rodiny. Důvodem může být nezvládnutí povinností v práci či ve škole, ekonomické příčiny a forma pomoci, přestože nejsou zdravotní obtíže. Dalšími důvody jsou špatné životní návyky nebo naopak osoby zodpovědné a podílející se na prevenci. Důvodem může být také porod (Kuzníková, 2011). Dle Novosada (2009) vztah mezi lékařem a klientem má být položen na důvěře, partnerství, pravdě a informovanosti. Lékař by ho měl motivovat a doporučit další odborníky (Novosad, 2009). Způsobem jak vzniká vztah, je také *oslovení sociálního pracovníka lékařem či sestrou určitého oddělení*, jelikož se hospitalizovaný klient jeví jako jedinec, který pomoc sociálního pracovníka potřebuje. Problémem je riziko přehlédnutí jedinců, kteří pomoc sociálního pracovníka potřebují. Důvodem poskytnutí pomoci bez žádosti je hospitalizace klientů s poruchami vědomí, z důvodu úrazu, psychických obtíží. Péče o dítě či osobu zbavenou svéprávnosti, péče o starého nemocného, závislost na návykových látkách a sebevražedné chování. Dalším způsobem vzniku vztahu může být *depistáž* neboli aktivní vyhledávání klientů

sociálním pracovníkem (Kuzníková, 2011). Dle Úlehly (2005) u osoby, která nepřichází „dobrovolně“, je tím, co vede ke spolupráci představa pomoci.

Řezníček (1994) uvádí, že na prvním kontaktu sociálního pracovníka a klienta záleží, protože ovlivňuje následné intervence a výsledky. Klient i sociální pracovník zjišťují situaci a hledají možnosti dorozumění. Sociální pracovník by měl klienta zaangažovat a motivovat ke změně chování či životních podmínek (Řezníček, 1994). Pracovníka a klienta vedou jejich odlišné touhy, žádosti a přání (Úlehla, 2005). Klienti bývají plni pocitů strachu, obav, vzteku, smutku a pociťují bolest, z toho důvodu potřebují, aby sociální pracovník pochopil, jak se cítí, aby byl schopen odpovědět na otázky týkající se nemoci a poradit, jak řešit problémy nemocí způsobené (Kuzníková, 2011). Měl by jednat s respektem a přizpůsobit rozhovor tak, aby se klient uvolnil. Rozhovor může začít tématem blízkým pro klienta. Musí projevit opravdový zájem, aby získal spolupráci klienta. Musí také poznat, co klient od něho očekává (Řezníček, 1994). Kuzníková (2011) zařazuje mezi dovednosti ve vztahu ke klientům opravdovost, přesné empatické porozumění, nepodmíněné přijetí. Opravdovost charakterizuje jako soulad prožívání, chování a jednání terapeuta. Přesné empatické porozumění popisuje jako schopnost vcítit se do klienta a získat náhled a diagnostiku na základě pochopení souvislostí a vztahů. Nepodmíněné pozitivní přijetí je faktorem pro navázání důvěryhodného vztahu pro spolupráci. Přijetí je postojem, při kterém se přijímají jakékoli postoje a pocity klienta (Kuzníková, 2011). Dle Kuzníkové (2011) tyto vlastnosti a schopnosti ovlivňují spolupráci s klientem, podporují důvěru a vytváří podmínky v léčebném procesu. K dalším vlastnostem a schopnostem ve vztahu ke klientům řadí vzájemná očekávání, přenos a protipřenos. Očekávání jsou do určité míry určena rolí pracovníků a nemocného. Přenos a protipřenos označují přenášení zkušeností, jde o nevědomé způsoby prožívání, myšlení a jednání (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovník se také zajímá o sociální prostředí klienta a všímá si nedostatků rodiny v komunikaci (Dostálová, Šiklová, 2004). Rodina je základní sociální skupinou. Úloha rodiny v péči o nemocného člena rodiny se historickým vývojem měnila. Zodpovědnost v péči se přenesla na zdravotnická zařízení. Rodina sehrává významnou roli pro nemocného. Existuje souvislost mezi léčebným procesem a vlivem rodinných

příslušníků a přátel (Bártlová, 2005). Bártlová (2005) a Zacharová (2007) se shodují v tom, že rodina a návštěvy na nemocného mohou působit kladně i negativně. Nemoc jedince vyvolává obavy, strach a smutek ostatních. Naruší se rovnováha rodinného života (Zacharová, 2007). Musil a Šrajter (2008) uvádí, že předmětem pozornosti sociálních pracovníků jsou „zlomové úkoly.“, jimiž se život rodiny odchýlí od obvyklých událostí v rodině, mezi které také patří narození dítěte s postižením či závažné onemocnění člena rodiny.

1.5.4 Rozdělení klientů zdravotně sociálních pracovníků

Kuzníková (2011) popisuje předpoklad zvyšujícího se počtu (prevalence) nemocných s kardiovaskulárními chorobami, zhoubnými novotvarami, diabetem mellitem, oslabenou imunorezistencí, kteří potřebují péči zdravotní, sociální i rodinnou. S ohledem k předpokladu zvyšování nákladů na péči je nezastupitelná cílená prevence a snižování negativních důsledků (Kuzníková, 2011).

Sociální pracovník v nemocnici se setkává s klienty různých charakterových vlastností, přičemž každý z nich prožívá onemocnění jinak. Z tohoto důvodu by měl ke každému klientovi přistupovat individuálně a v co největší míře akceptovat osobnost klienta. Měl by také znát problematiku onemocnění a znát důsledky, které mohou onemocnění mít. Dochází ke zvyšování počtu klientů s onemocněním srdečně-cévními, metabolickými, onkologickými, pohybovými, závislostmi a demencemi. Ke zvyšování dochází také u hypertenzní choroby a alergických onemocnění. Klienty lze rozdělit na akutně a chronicky nemocné (Kuzníková, 2011).

Akutně nemocní klienti jsou náhle přerušeni v normálním způsobu života a následně se navrací k původnímu zdraví (Kuzníková, 2011). K akutní formě nemoci dochází zpravidla z plného zdraví. Příznaky jsou natolik výrazné, že stav nemocného většinou zneklidní i laické okolí. Náhlá změna zdravotního stavu nahání nemocnému strach a úzkost. Akutní stavy, které mohou ohrozit život nemocného, mají obvykle vystupňované příznaky. Mezi příznaky, které ohrožují život, patří například klinická smrt, náhlá dušnost, šokový stav, ischemická bolest u srdce (IM), porucha vědomí aj. (Zacharová, 2007). Zdravotně sociální pracovník, jak uvádí Kuzníková (2011), hraje

důležitou roli na počátku hospitalizace, kdy se klient musí vyrovnat s náhlou situací, odloučením od rodiny, od práce, s prožíváním obav a fyzickou bolestí. Zdravotně sociální pracovník by měl v této krizové situaci poskytnout poradenství. V úvahu je nutné brát problémy vzniklé sociální situace, psycho-somatické prožívání nemoci, ale také možnost přeměny v chronické onemocnění (Kuzníková, 2011).

Chronicky nemocní klienti se nemohou plně uzdravit a jejich zdravotní stav se postupně zhoršuje a dochází k jeho změnám (Kuzníková, 2011). Chronická onemocnění převažují nad akutními stavy a stávají se problémem biologickým, společenským, ale i psychologickým. Jsou poruchou zdraví, která trvá dlouho, často jsou celoživotním problémem (např. diabetes mellitus). Nemoc má rozdílný vývoj a obvykle s nejistou prognózou. Je velkou zátěží pro člověka, který se musí přizpůsobit podmínkám. Problémy nemocného prožívá i jeho rodina. U chronicky nemocných jedinců je vhodné posouzení zdravotního stavu. Na základě tohoto posouzení je vhodné se orientovat na činnosti a na aktivity, které zvládnou, tím dochází k určité realizaci a kompenzaci postižení nebo nemoci (Zacharová, 2007). Bártlová (2005) popisuje nárůst chronických onemocnění. Dle Kuzníkové (2011) bývají jedinci s chronickým onemocněním opakovaně hospitalizováni. Nutné je přizpůsobit a naučit se s onemocněním žít a klientům s touto změnou pomoci. Zdravotně sociální pracovník usiluje o citlivou pomoc a využití vnitřních i vnějších zdrojů k dosažení co nejlepšího naplněného života a zajištění finančních záležitostí (Kuzníková, 2011). K tomuto rozdělení lze přidat, dle Zacharové (2007), **osoby s trvalými poruchami** v oblasti smyslové, tělesné nebo mentální a **velmi vážně nemocné** jedince, kteří prožívají onemocnění bez toho, aby znali jeho závažnost (Zacharová, 2007). Práce u chronicky nemocných spočívá v sociální pomoci a sociální prevenci. Sociální pomoc znázorňuje sociální poradenství. Sociální prevence by měla obsahovat rozhovor s každým klientem a zjišťovat možné sociální obtíže (Dostálová, Šiklová, 2004).

Jiné dělení, které vychází ze vztahu přístupu lékaře, rozlišuje klienty/pacienty se somatickým či organickým postižením, klienty/pacienty s významnou psychosomatickou složkou či závažnými psychosociálními důsledky a nemocné, jejichž stav medicína nemusí či není schopna ovlivnit (Kuzníková, 2011).

Kuzníková (2011) rozděluje typy klientů zdravotně sociálních pracovníků:

- **Senioři se sníženou soběstačností** jsou klienty, pokud není možný návrat do domácího prostředí.
- **Onkologicky nemocní** jsou hospitalizováni nejen na onkologických odděleních či klinikách, často jsou spojeny s problémy nejen zdravotními.
- **Těžce nemocní** jsou klienti po úrazu, nehodě či katastrofě, u kterých je předpokládán dlouhodobý průběh.
- **Klienti klinik gynekologicko-porodnických a novorozeneckých** se setkávají se zdravotně sociálním pracovníkem, především v případech opuštění novorozence, matky samoživitelky, rodiče dětí s postižením, matky závislé na návykových látkách, dále také matky v šestinedělí s poporodní depresí a psychózou.
- **Dětsí klienti** jsou klienty zdravotně-sociálních pracovníků v případě podezření ze zanedbávání, zneužívání či týrání dětí.
- **Klienti závislý na návykových látkách** jsou hospitalizováni na detoxikaci v psychiatrických léčebnách.
- **Komunita** je nezbytná být vnímána jako celek. Zdravotně sociální pracovník se setkává s minoritami, cizinci i osobami bez přístřeší.
- **Klienti bez domova** jsou zvláště skupinou obyvatel, ke kterým patří squattery, narkomani, jedinci s psychosomatickými sklony, kriminální minulostí, s pasivitou k práci, ale může jít také o důchodce.
- **Klienti poskytující sexuální služby** jsou skupina, která souvisí s klienty se závislostmi, těhotenstvím, porodem. Součástí práce s těmito klienty je preventivní činnost a poradenství v programech přenosu pohlavně přenosných chorob.

1.6 Teorie a metody sociální práce v nemocnici

1.6.1 Teorie sociální práce

Teorie usnadňuje praxi tím, že specifikuje, co má dělat a proč, proto je neodmyslitelné oddělit teorie od výkonu praxe (Navrátil, 2001). Fook (1993, In Navrátil, 2001) rozděluje teorie na obecné teorie, které jsou zaměřené na politické,

ekonomické a sociální oblasti společnosti. Praktické teorie, které rozvíjí metody intervence, způsoby práce s klientem a navrhuji jejich zlepšení. Praktické modely, které dávají návody na uplatnění zkušeností a znalostí v praxi. Sociální práci lze z hlediska teorií rozdělit do konceptů, které vycházejí z historického vývoje sociální práce v USA a Německa (Mahrová, Venglářová, 2008).

Psychosociální koncept klade důraz na psychosociální pomoc jednotlivcům, kteří o ni mají zájem. Přístup vychází z teorie osobnosti Sigmunda Freuda. Zdůrazňuje důležitost vztahů jednotlivce a prostředí. Jednání sociálního pracovníka je zaměřeno na osobu s důrazem na porozumění jako jedinci ve vztahu k prostředí. Hlavní představitelkou toto přístupu je Hollisová (Mahrová, Venglářová, 2008 a Kuzníková, 2011).

Systémový koncept v rámci sociální práce se zabývá vztahy a vzájemným působením lidí v prostředí. Klienti jsou součástí systému. Řešení problému je možné pouze v rámci tohoto systému. Systémy jsou neformální, přirozené (rodina, přátelé, sousedé, spolupracovníci), formální (organizace, asociace) a společenské systémy pomoci (nemocnice, školy). Cílem je zvýšení schopnosti překonat problémy, zapojit jedince do systému, podporovat, zlepšovat působení systémů, přispět k rozvoji a zlepšování sociální politiky. Pomáhá určit úkoly, které mají být dosaženy. Sociální pracovníci využívají při dosahování změny čtyři systémy. *Systém zprostředkující změnu* tvoří sociální pracovníci a organizace, ve kterých pracují. *Systém klientely* tvoří jedinci, kteří žádají o službu a očekávají podporu. *Cílový systém* tvoří jedinci, kteří změnu potřebují. *Akční systém* tvoří zprostředkovatel změny a jeho tým. Představiteli tohoto přístupu jsou Pincus a Minahaunová (Mahrová, Venglářová, 2008 a Kuzníková, 2011).

Ekologický koncept klade důraz na procesy adaptace a integrace mezi lidmi a sociálním a fyzickým prostředím. Zaměřuje se na poruchy a problémy v adaptačním procesu. Příčinou poruch je stres, který vzniká v oblastech změny (vývojové, sociálního statusu, krizové události), tlaky prostředí a oblasti maladaptivních interpersonálních vztahů a komunikace. Cílem sociálního pracovníka je snaha o adaptaci nebo readaptaci klienta. Práce s klientem začíná iniciační fází, kdy sociální pracovník uzavírá s klientem smlouvu, odhalují a definují problém. V pokračovací fázi pracují na řešení problému.

Konečná fáze je oddělením klienta a jeho návrat. Představiteli tohoto přístupu jsou Germain a Gitterman (Mahrová, Venglářová, 2008 a Kuzníková, 2011).

Úkolový přístup vychází z krátkodobého psychosociálního přístupu a navazuje na řešení problému z pohledu klienta. Klient zná cíle a rozhoduje o změnách. Hlavními představiteli tohoto přístupu Reid a Epsteinová (Mahrová, Venglářová, 2008 a Kuzníková, 2011). Dle Kuzníkové (2011) jsou základními prvky pomoc zaměřená na problémy z pohledu klienta, který je seznámen s cíli a strategií služby a schvaluje ji. Zároveň jsou klienti vnímáni za jedince se schopnostmi k řešení problémů. Problémy, překážky a zdroje jsou nazírány z multisystémového modelu a při řešení sociální pracovníci mohou čerpat z různých teorií. K řešení dochází vlivem klienta a jeho činností a opatření (Kuzníková, 2011).

Koncept sociálního fungování vychází ze vztahu člověka a prostředí. Cílem je podpořit klienta, pomoc obnovit či udržet rovnováhu mezi schopnostmi ke zvládnání úkolů a požadavky prostředí. Hlavními představiteli jsou Sheafor a Horejsi (Mahrová, Venglářová, 2008).

Sociální práce orientována na životní svět usiluje o sociální spravedlnost a uschopnění lidí ve vztazích. Je zaměřena na zvládnání podmínek života s ohledem na možnosti, které mají k dispozici. Hlavním představitel teorie je Thiersch (Kuzníková, 2011).

Ekosociální koncept při zvládnání problémů vychází z podpory a využití příležitostí uvnitř ekosystému. Ke vztahu člověka a okolí patří zvládnání běžného dne, schopnost ekonomického bilancování při uspokojování životních potřeb, sebeřízení, životní situace, životní forma a kompetence, aktivní udržování vztahů, nakládání se zdroji, zdolávání, které zahrnuje vedení života, sebeorganizace, podpora přispívající k sebeřízenému zvládnání života, propojení na vytváření sítí. Vychází z cíle, že sociální práce by měla mít podobu profesionálního na službu orientovaného jednání, které směřuje ke zdolávání nepříznivé situace. Rozlišuje se *management ovlivňování*, který je uplatňován při politických rozhodnutích. *Management podpory* se uplatňuje jako metoda v rámci sociální práce s jednotlivcem či rodinou. Hlavním představitel tohoto konceptu je Wendt (Kuzníková, 2011).

Systémově-procesuální přístup vychází na jedné straně z cíle uspokojovat lidské potřeby, na druhé straně vybudování a uchování spravedlivé sociální struktury. Funkcí sociální práce, která souvisí s individuem, je využívání zdrojů k uspokojování životních potřeb, umožňování procesů učení s ohledem na individuální a kulturní vzory. Funkce v souvislosti se sociálními systémy, která souvisí s vyrovnáním vztahů mezi právy a povinnostmi. Společenská funkce je zaměřena na znalosti o lidech a o společnosti. Předmětem jsou sociální problémy *individuální* (omezovány životní šance, narušené sociální vztahy) a problémy *ve formě strukturálních a kulturně-sociálních podmínek* (nezaměstnanost, chudoba, znevýhodňování žen). Hlavní představitelkou je Staub-Bernasconi (Kuzníková, 2011).

Multisystémový přístup (Advanced Multi Systemic approach) je konceptem holistickým, integračním, ekologickým, který je založen na empirických důkazech. Vychází ze systémového posouzení klienta. Není metodou, teorií ani modelem. Obsahuje způsobilost sociálního pracovníka, vědomosti, dovednosti, sebeuvědomění. Předpokladem je, že jedinec je součástí různých systémů a subsystémů, které se navzájem ovlivňují (Kuzníková, 2011).

Kuzníková (2011) popisuje jednotlivé prvky přístupu:

- *Ekologická systémová perspektiva* – směřována na fungování subsystému a jejich přizpůsobení.
- *Sociální konstruktivismus* – lidské jednání není závislé na existenci věci, ale vlastním pochopením.
- *Biopsychosociální perspektiva* – předpokladem holistického přístupu, kde tyto subsystémy na sebe reagují s ohledem na prostředí, ve kterém klienti žijí.
- *Empowerment* – předpokládá schopnost zvládat náročné situace. Zaměřený na posilování, zvládání bezmoci pomocí potenciálu jedince.
- *Možnost volby* – sociální pracovník nabízí možnosti klientovi, který je tak partnerem v tomto procesu.
- *Angažování klienta jako kulturní kompetence* – respektování práva na informovanou volbu zapojení do procesu. Sociální pracovník musí znát kulturní a etnické zázemí klienta a respektovat jej.

- *Používání teorií a metod a informativní výběr* – ve volbě přístupů a modelů pro řešení konkrétních situací.

1.6.2 Metody sociální práce v nemocnici

Metoda znamená způsob, jak dosáhnout cíle prostřednictvím plánované činnosti (Mühlpachr, 2006). Metody sociální práce jsou postupy, vázané na cílový subjekt (práce s jednotlivcem, skupinou, rodinou, komunitou), na aktuální situaci (sociální znevýhodnění, sociální události), na vztahové souvislosti (vrstevnické skupiny, rodiny, organizace) i regionální a národní vazby systému (Matoušek, 2008). Různé metody a techniky jsou využívány v rámci individuální, skupinové a komunitní práce (Mahrová, Venglářová, 2008). Šlenkrtová, Marková (2010) uvádí, že zdravotně sociální pracovník se řídí: „...nejnovějšími metodami a používá nejnovější pracovní postupy při řešení sociální situace a přístupu k pacientovi/klientovi“.

Individuální sociální práce

Zakladatelkou je Mary Richmond, která za nejdůležitější metody považovala intervenci do klientova sociálního prostředí a rozvoj vztahu se sociálním pracovníkem. Původ je v USA (Mahrová, Venglářová, 2008). Cílem je, jak uvádí Charvátová (1990, In Mahrová, Venglářová, 2008), aby klient změnil životní postoje a byl schopen samostatně řešit osobní, rodinné i společenské problémy. Zdravotně sociální práce, dle Šlenkrtové a Markové (2010), je orientována na individuální přístup k pacientovi/klientovi. V sociální práci ve zdravotnictví je nejvíce užívanou intervencí, která začíná prvním kontaktem s klientem a seznámením s jeho chorobopisem. První kontakt probíhá rozhovorem, kdy je důležité respektovat samostatnost, být konkrétní a oceňovat klienta, ale také umět hovořit a naslouchat (Kuzníková, 2011). Dle Janečkové (2010) je rozhovor důležitým nástrojem při individuální práci s klientem.

Dle Šlenkrtové a Markové (2010) individuální přístup:

- napomáhá ke zkrácení doby hospitalizace a snižuje riziko opakované hospitalizace,
- podporuje pacienty k řešení vlastních problémů,

- podporuje zajištění a uspokojování jejich biologických, psychologických, sociálních a spirituálních potřeb,
- pomáhá při využití materiálních a finančních prostředků služeb sociální péče, přispívá k prevenci patologických sociálních jevů.

Rodinná terapie, krátkodobá terapie a terapie rozhovorem, v 60 letech 20. století, ovlivnila individuální sociální práci a začal se prosazovat **přístup orientovaný na klienta** (Mahrová, Venglářová, 2008). Přístup orientovaný na klienta, dle Rogerse, se v sociální práci ve zdravotnictví uplatňuje v situacích, které klient vnímá jako bezvýchodné, neřešitelné a často řešení nemají. K těmto situacím patří sdělení negativní prognózy, úmrtí blízkého člověka. Vyrovnání se s onemocněním a jeho důsledky je situací, kdy si klient/pacient neuvědomuje problém. K tomuto přístupu se také přistupuje při řešení situací klientů nedobrovolných, agresivních, se zhoršenou komunikací (Kuzníková, 2011).

V individuální sociální práci se dále uplatňuje **úkolově orientovaný přístup**. Dle výzkumů byl tento přístup úspěšně uplatňován při práci s psychiatrickými pacienty, závislými na alkoholu, starými lidmi, v oblasti péče o dítě, při práci s mládeží se školními neúspěchy, při práci s adolescenty a s lidmi bez přístřeší. Opodstatnění má při práci s klienty, kteří jsou motivovaní, ochotní se podílet na řešení situace a jsou samostatní (Kuzníková, 2011).

Systémová teorie, která ovlivnila v 70 letech 20. století individuální sociální práci, klade důraz na vztahy klienta a jeho prostředí (Mahrová, Venglářová, 2008). Uplatnění přístupu je při krátkodobé práci s klientem. Nejčastěji u těch, kteří žijí sami, mají konfliktní rodinné vazby a adolescentů (Kuzníková, 2011).

V 70 letech vznikly v Německu koncepty, mezi které patří koncept navazující na psychosociální přístup, zohledňující závislost psychologických, sociálních a ekonomických podmínek. Multifunkční koncepty, které vnímají vícerozměrnost problémů a cílů jedinců. Case-management, který obsahuje časově omezené plánování pomoci jednotlivcům nebo rodinám v problémových situacích. Dále také terapeutické koncepty a bibliograficky orientovaná případová analýza (Mahrová, Venglářová, 2008).

Dostálová, Šiklová (2004) popisují pracovní postup sociální práce ve zdravotnictví *zaměřené na případ*, který začíná *seznámením se s chorobopisem a prvním kontaktem s klientem*. Sociální pracovník má znát klientův zdravotní problém, anamnézu a znát názor lékaře a sester. Metodou práce je rozhovor s klientem, představení se a vysvětlení důvodu návštěvy (Dostálová, Šiklová, 2004).

Po prvním kontaktu, dle Dostálové a Šiklové (2004), následuje stanovení *psychosociální anamnézy* pomocí řízeného rozhovoru. Zjišťuje, jak nemoc změnila život klienta, jak to přijímá, kdo či co mu podporuje pomoc, jaké jsou problémy v rodině. Další částí je záležitost financí a bydlení. Zjišťují se možnosti do budoucna a potřeba pomoci v domácnosti. Zahrnuje také zjišťování širších sociálních podmínek a vztahů rodiny. Část rozhovoru pojímá rodiny a jejich členy. Rozhovor poskytuje volnost k vyprávění (Dostálová, Šiklová, 2004). Při řízeném rozhovoru, dle Šlenkrtové a Markové (2010), je důležitý důraz na přípravu, která obsahuje zjištění informací, příprava plánu rozhovoru. Autorky dále uvádí, že sociální pracovník navozuje uvolňující, povzbuzující atmosféru, naslouchá, kontroluje emoce, má dostatek času, přizpůsobuje jazyk klientovi. Citlivě reaguje na specifické rysy jako stáří, věk, původ a postižení klienta. Sociální pracovník pozoruje a vyhodnocuje motorické projevy, komunikaci, emocionalitu klienta (Šlenkrtová, Marková, 2010).

Sociální diagnóza se stanovuje ve vztahu k onemocnění, uznání problému, přijetí zodpovědnosti za vlastní chování, sociálnímu zázemí, přijetí rizika změny navykého životního způsobu, hledání rady a ochoty ji přijmout, schopnosti plánovat, hájit práva a k psychologickému vyšetření (Šlenkrtová, Marková, 2010).

Dle Šlenkrtové, Markové (2010) je *sociální anamnéza* základem pro určení sociálního problému a orientace v něm. Dle těchto autorek sociální anamnéza zahrnuje potřebné informace o pacientovi/klientovi. Sociální pracovník získává nezbytné informace pro řešení problému a respektuje zákon na ochranu osobních údajů (Šlenkrtová, Marková, 2010). Dle Šlenkrtové a Markové (2010) se sociální anamnéza zjišťuje, dle problematiky, přímo od klienta, jeho rodinného příslušníka, či další osoby. Dále od ošetřujícího lékaře, ze zdravotnické dokumentace, z výsledku šetření jiných odborníků, od dalších členů multidisciplinárního týmu podílejících se na péči. Ošetřující

lékař pracovníka informuje o diagnóze, o současném vývoji zdravotního stavu klienta, o prognóze onemocnění, o komplikacích a omezení, které onemocnění způsobilo. Ze zdravotnické dokumentace získává informace o diagnóze, orientaci pacienta a míry soběstačnosti, zdravotní pojišťovně, praktickém lékaři, identifikačních údajích, stavu, či rodinných poměrech. Dalšími členy multidisciplinárního týmu, od kterých se získávají informace, jsou především staniční a skupinové sestry. Při zjišťování informací, tyto autorky, spatřují za důležitou objektivnost, diskrétnost, úplnost a přehlednost informací, ale také dodržování ochrany osobních údajů pacienta/klienta (Šlenkrtová, Marková, 2010).

Další částí práce je *návrh řešení a plán sociální pomoci*. Dostálová, Šiklová (2004) rozlišují sociální pomoc na krátkodobou a dlouhodobou. Krátkodobou pomocí je řešení nejnaléhavějších záležitostí klienta. Dlouhodobá pomoc je plán péče o klienta po propuštění. Pracovník by měl seznámit pracovní tým s částmi plánu týkajících se ostatních nebo režimu na oddělení (Dostálová, Šiklová, 2004). Dle Šlenkrtové a Markové (2010) se plán sociální terapie týká *vnější stránky*, která je charakterizována jako překážka v životě rodiny nebo jednotlivce. Zahrnuje konkrétní pomoc sociálního pracovníka. *Vnitřní stránka* se projevuje jako nedostatek sil tuto překážku překonat nebo se jí přizpůsobit. Zahrnuje úsilí sociálního pracovníka o edukaci klienta. Zdravotně sociální pracovník určuje priority řešení problémů, vnitřní a vnější příčinné faktory a stanovuje pořadí důležitosti. Plán pomoci se zaměřuje na pomoc řešení životně důležitých a život ohrožujících potřeb k intervencím méně naléhavým. Zvažuje možnosti klienta a možnosti orgánů a organizací, které při řešení sociální situace spolupůsobí, motivuje a aktivizuje klienta ke spolupráci i rodinu a blízké okolí při řešení problémové situace (Šlenkrtová, Marková, 2010).

Další částí práce je *sociální terapie*, odborný zásah ke zmírnění nebo odstranění problému. K *odstranění vnějších příčin* např. dítě do náhradní rodinné péče, pracovní uplatnění klienta se zdravotním postižením a k *odstranění vnitřních příčin* edukace, sociální terapie, intervence, motivace, vymezení problému, rozhovor s pacientem, promyšlený plán, informovanost klienta, ponechávat důležitá rozhodnutí na klientovi (Šlenkrtová, Marková, 2010). Důvodem sociálních terapií jsou nevyřešené záležitosti

s úřady, rizika očekávaných sankcí, finanční problémy, soudní řízení, ohrožení bydlení (Dostálová, Šiklová, 2004).

Poslední částí je *ověřování výsledků*. Hodnotí, do jaké míry se podařilo splnit plán a jak plán přispěl ke zlepšení kvality života klienta podle hodnocení nemocného (Dostálová, Šiklová, 2004). Šlenkrťová, Marková (2010) uvádí, že výsledky zdravotně sociální pracovník hodnotí postupně při realizaci plánu. Na základě hodnocení upravuje sociální intervence. Výsledky nejsou obvykle zjevné a jsou obtížně zjistitelné a měřitelné (Šlenkrťová, Marková, 2010).

Sociální práce s rodinou

Matoušek (2008) uvádí, že rodina je jedinečná a nenahraditelná instituce. Rodina je zdrojem pomoci (Matoušek, 2008). S rodinou ve zdravotnictví, dle Kuzníkové (2011), se sociální pracovník často setkává v rámci léčebně preventivní péče v zařízeních jako kojenecké ústavy, dětské domovy pro děti do 3 let, dětská centra, v rámci nemocnic a odborných léčebných ústavů.

S celou rodinou se může sociální pracovník setkat, jak uvádí Kuzníková (2011) v případech hromadných neštěstí a nehod. Klientem může být častěji matka s dítětem, rodička či doprovod dítěte. Dále také matky samoživitelky, či matky, které se rozhodly dítě nevychovat a dát k adopci. Do kontaktu se může dostat také dospělý člen rodiny, s akutním či chronickým onemocněním (Kuzníková, 2011). Dle Kuzníkové (2011, s. 78): „*Tímto klientem může být senior, jehož zdravotní stav neumožňuje návrat do domácí léčby....*“ Janečková (2010) uvádí, že rodina by měla být zapojena do diagnostického a terapeutického postupu a měla by se účastnit sestavování plánu propuštění. Rodina je důležitým zdrojem informací. Propuštění závisí na spolupráci s rodinou, musí respektovat potřeby nemocného klienta, ale také rodiny, která musí být na péči připravena a informována o vývoji zdravotního stavu, o nabídce podpůrných zdravotních a sociálních služeb a vybavena kompenzačními pomůckami (Janečková, 2010).

Pro posouzení situace rodiny jsou důležité funkce rodiny (ekonomická, výchovná, biologická a emocionální), a to jak je rodina naplňuje. Sociální práce s rodinou vznikla z rodinné terapie (Kuzníková, 2011). Rodinná terapie, dle Matouška (2003, In

Kuzníková, 2011) je chápána jako psychoterapie, zaměřená na vztahy v rodině, někdy také na očekávání a motivy členů rodiny.

Matoušek (2008) uvádí typologie rodiny, které představují spojitost vlastností rodiny, které ubývají při zvládání problémů a s nároky na pracovníka:

- *Perfekcionistické rodiny*, represivní, úzkostně neurotické rodiny. Dospělí v těchto rodinách zdůrazňují žádoucí metody chování. Jsou vysoce konformní, požadují od svých členů úspěch ve všech situacích, pomoc vyhledávají členové sami, jsou nejlépe ovlivnitelné oproti následujícím typům.
- *Nepřiměřené rodiny*, nezralé, dětinské, extrémně závislé rodiny. Dospělí spoléhají při řešení problémů na vnější pomoc. Potíže vznikají při hospodaření s penězi a výchově dětí. Ovlivnitelné při dobrém a dlouhém vedení.
- *Egocentrické rodiny*, prestižní, chladné, rozštěpené rodiny. Dospělí jsou zaměřeni na svou kariéru. Častý je manželský nesoulad, zanedbávání školní docházky dětí, u kterých se vyskytují také psychiatrické obtíže.
- *Asociální rodiny*, impulzivní, delikventní, agresivní, deviantní rodiny. Vztahy v rodině neodpovědné, narození nebývá plánované, rodiče jsou někdy ochotni dát děti k adopci. V těchto rodinách se vyskytuje zanedbávání, zneužívání dětí, fyzická agresivita, časté zneužívání návykových látek, především alkoholu (Matoušek, 2008).

Při práci s rodinou se vychází ze zásad profesionálního vztahu sociálního pracovníka a klienta jako empatie, vstřícnost, opravdovost, flexibilita. Kromě těchto zásad by měl také uplatňovat neutralitu – nestrannost. Neutralita vede k respektujícímu, nedirektivnímu a nehodnotícímu přístupu. Spolu s technickou cirkulárního dotazování pomáhá udržovat určitý postoj (Kuzníková, 2011). Cirkulární dotazování umožňuje rozebrání vztahů mezi členy rodiny (Úlehla, 2005). Je technikou, která dává možnost vidět věci z různých stran (Úlehla, 2005 a Kuzníková, 2011).

Sociální práce s rodinou je také založena na sanaci rodiny, což je pojímáno jako podpora rodiny, fungování a zachování. Jde o metodu preventivní práce v případech ohrožení vývoje dítěte (Kuzníková, 2011).

Kuzníková (2011) uvádí nejvíce užívané přístupy v sociální práci s rodinou. Autorka ve své knize popisuje *systematický přístup*, který je využíván od 80 let 20. století. Jeho hlavní myšlenkou jsou interakce klientů a jejich prostředí. Sociální pracovník je součástí systému rodiny, klienta a pracovního týmu. Důležitá je komunikace mezi klientem, rodinou a sociálním pracovníkem. Problémy jsou ovlivňovány prostředím klienta. Předpokladem je vznik problémů ve vztazích. Cílem sociálního pracovníka je určit osoby, kterých se problém týká a zahrnout je do řešení. Klient je samostatný a kompetentní řešit problém, v tomto přístupu je zdůrazňována jeho aktivita, iniciativa a zodpovědnost za změnu. *Antiopresivní přístupy* jsou určeny proti znevýhodňování a utlačování. Počátek vzniku je na konci 80 let 20. století. Souvisí s potřebou předcházet sociálním problémům. Posláním sociálního pracovníka je odstranění diskriminace a útlaku. Základem přístupu je spravedlnost, rovnost a spoluúčast (Kuzníková, 2011).

Skupinová sociální práce

Začala se rozvíjet v souvislosti se změnami, které způsobila průmyslová revoluce v Anglii. Lze ji charakterizovat jako psychosociální působení na skupinu lidí, kteří mají společný znak či cíl, aby se mohli se vyvíjet a stali se celistvou osobností (Mahrová, Venglářová, 2008). V praxi vychází z pojetí skupiny jako sociálního systému. Vývoj modelů skupinové práce byl ovlivněn teoretickými pohledy jako psychoanalytická teorie, teorie existenciální, teorie učení a teorie sociální změny (Matoušek, 2008). Skupinová sociální práce je metodou k posílení sociálního fungování za pomoci skupinového procesu. Souvisí zejména se vzděláváním, rekreačními aktivitami a sociálními akcemi směřujícími ke komunitní změně (Mahrová, Venglářová, 2008).

Sociální práce se skupinami zaměřuje pozornost ke skupině, jejímž účelem je dosahování cílů, které jsou vymezeny ve skupinové smlouvě (Mahrová a Venglářová, 2008). Jak uvádí Kuzníková (2011), bývá uplatňována ve specializovaných zdravotnických zařízeních, jako psychiatrické kliniky, léčebny, intermediální zařízení pro reintegraci psychiatrických klientů. Nejčastěji je uplatňována formou svépomocných skupin, jejímž cílem je poskytování podpory a zkušeností mezi členy se stejným problémem (Kuzníková, 2011).

Existuje různé dělení skupin. Matoušek (2008) uvádí rozlišení:

- *skupiny homogenní* - např. skupiny drogově závislých, skupina týraných žen,
- *skupiny úkolově zaměřené*,
- *psychoterapeutické skupiny*,
- *svépomocné skupiny*,
- *skupiny pro výcvik lidských vztahů* - skupiny setkání (encounter), skupiny výcviku v senzitivitě, T-skupiny (tréninkové skupiny),
- *skupiny zaměřené na dosažení sociálních cílů* - práce s mládeží, práce s komunitou.

Další dělení rozlišuje skupiny *rekreační*, zaměřené na zlepšení volnočasových aktivit a *vzdělávací*, zaměřené na řešení problémů a rozhodování (Mahrová a Venglářová, 2008, Řezníček, 1994).

Ve zdravotnictví se uplatňuje zejména členění na skupiny *pomáhající*, zaměřené na uspokojování emotivních a sociálních potřeb. Lze tak uplatnit *přístup úkolový*, který je zaměřen na plnění závazků. Možností uplatnění je pomoc klientovi přizpůsobit se nové situaci např. před transplantací, po amputacích, po úrazech (Kuzníková, 2011).

Dle Matouška (2008) má zvláštní pozornost skupinová psychoterapie, která je metodologickou základnou sociální skupinové práce. Je postupem, který k léčebným cílům používá skupinovou dynamiku. Skupinová dynamika je dána vztahy a interakcí mezi členy a ovlivňuje výsledky práce. Skupinová psychoterapie je uplatňována ve chvíli, kdy se objevuje potíže, kterou jedinec sám nedokáže zvládnout (Matoušek, 2008). Skupinová terapie, jak uvádí Mahrová a Venglářová (2008), je metoda zaměřená na pomoc jedincům s duševními problémy nebo problémy se sociální adaptací. Kuzníková (2011) uvádí, že skupinové práce jsou vhodné pro klienty, kteří spolupracují, nejsou agresivní, bez protispolečenských projevů, s různorodými onemocněními, rodiny nemocných. Naopak nejsou vhodné pro psychopatické osobnosti a jedince s autismem (Kuzníková, 2011).

Při plánování skupiny je nutné brát ohledy na potřeby klienta i zdravotnického zařízení. Výhodou skupinové práce je přínos pro klienta. Efektivní může být z důvodu zodpovězení mnoha dotazů najednou, předávání zkušeností členů, předávání podpory a zpětná vazba. Aktivita skupiny směřují k pochopení situace (Kuzníková, 2011).

Komunitní sociální práce

Komunitní práce je jednou z metod sociální práce, která probíhá ve státních i nestátních organizacích (Navrátil, 2001). Komunita je definována, dle Mattessich, Monsey, Roy (1997, In Matoušek, 2008), takto: „*Lidé, kteří žijí v geograficky definované oblasti a mezi nimiž existují vzájemné sociální vazby (ve smyslu příbuzenství, přátelství a známosti v geografické oblasti a také ve smyslu účasti na aktivitách komunity a některých formách ekonomické směny, např. kupování zboží a služeb, práce pro místní zaměstnavatele apod.) a kteří jsou citově vázáni k sobě navzájem a k místu, kde žijí.*“ Komunitní přístup zdůrazňuje komunitní procesy, které se týkají spolupráce veřejného, podnikatelského sektoru a místních občanů (Matoušek, 2008). V sociální práci je komunita pojímána jednak jako *teritoriální komunita*, která označuje lidi žijící na společném území. Dále jako *zájmová komunita*, kterou se rozumí lidé se společnými zájmy (Navrátil, 2001). Pojem komunitní práce znamená proces pomáhající lidem, aby společnou aktivitou vyřešili problém místní komunity a zlepšili podmínky svého života v komunitě. Komunitní práce je metoda velmi univerzální, lze jí řešit místní problémy v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče, etnického napětí, vzdělávání (Matoušek, 2008).

Komunitní péče, jako přístup komunitní práce, směřuje uspořádání služeb pro skupiny „na okraji“, osoby hendikepované, seniory, duševně nemocné, aby mohli zůstat ve své komunitě a žít v ní plnohodnotný život (Matoušek, 2008). Jarošová (2007, In Kuzníková, 2011) definuje komunitní péči jako zdravotní, sociální a jiné služby, které jsou poskytovány nemocným a zdravým osobám, rodinám, skupinám dané komunity. Dle Kuzníkové (2011) komunitní pracovníci mají za cíl podporovat příslušníky komunity v dobrovolnické a svépomocné pomoci. Autorka uvádí, že komunitní práci ve zdravotnictví je věnována velká pozornost. Popisuje plánování péče o klienta po hospitalizaci jako součást práce, což je závislé na důkladné znalosti demografických dat komunity, znalost vazeb a vztahů domácností, skupin, schopnost identifikace zdrojů komunity (Kuzníková, 2011).

Přístupem v komunitní práci je také *komunitní vzdělávání*, jehož cílem je poskytování dovedností a informací komunitě. Tyto informace pomohou komunitě

pracovat s problémy (Kuzníková, 2011). Je souborem činností a postupů, který členům komunity vytváří prostor, aby spolupracovali při řešení potřeb (Komunitky). Dle Mahrové a Venglářové (2008) jde od vytvoření vyrovnanějšího vztahu mezi komunitou a vzděláváním. V tomto přístupu se sociální pracovníci uplatňují v oblasti edukace (Kuzníková, 2011).

Dalším přístupem je *komunitní plánování*, které Kuzníková (2011) popisuje jako proces práce s komunitou. Jako metoda se snaží o zajištění služeb na úrovni místní komunity. Na procesu se účastní uživatelé sociálních služeb, poskytovatelé a zadavatelé (Kuzníková, 2011).

2 Cíl práce

Cílem práce je zmapování vlivu sociální práce na zdraví pacientů. Cílem výzkumu bude odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: *Jakým způsobem ovlivňuje sociální práce v nemocnici zdraví pacientů?*

Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny dílčí výzkumné otázky:

1. Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na fyzickou oblast zdraví klientů/pacientů?
2. Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na psychickou stránku zdraví klientů/pacientů?
3. Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na sociální situaci klientů/pacientů?
4. Jaké metody a techniky sociální práce jsou při sociální práci v nemocnici používány?

3 Metodika

3.1 Strategie výzkumu

Pro výzkum byla použita strategie kvalitativního výzkumu. Hendl (2005) popisuje průběh kvalitativního výzkumu jako vyhledávání a analýzu informací k vysvětlení výzkumných otázek. Dle Bártlové, Sadílka a Tothové (2005) je kvalitativní výzkum procesem a subjektivním přístupem k popisu a vysvětlení životních zkušeností.

Pro získání informací byla použita metoda dotazování pomocí techniky polostrukturovaného rozhovoru. Dle Miovského (2006) je polostrukturovaný rozhovor vyznačován vytvořením závazného schématu, které specifikuje okruh otázek, na které se tazatel ptá. Pro rozhovory jsem měla předem vytvořeny okruhy otázek (viz příloha 1 a 2).

Dotazování jsem doplnila zúčastněným pozorováním. Pomocí zúčastněného pozorování je možné vysvětlit co se děje, kdo nebo co se účastní dění, kdy a kde se věci dějí, jak se objevují a proč (Hendl, 2005). Pozorovatel se může zapojit do vztahů mezi účastníky, pochopit, popsat co, jak a proč dělají. Jaký je jejich pohled na věc. Při otevřeném zúčastněném pozorování se pozorovatel pohybuje v terénu, je účastníkem jevů, při tom účastníci výzkumu vědí, že provádí výzkum (Mioviský, 2006).

3.2 Operacionalizace pojmů

Sociální práce v nemocnici

Pro výzkum této práce vycházím z definice dle Šlenkrtové a Markové (2010), které sociální práci v nemocnici popisují jako pomoc klientům, kteří jsou v nepříznivé sociální situaci a z důvodu onemocnění nebo jeho následkům nezvládají sami nebo s pomocí rodiny či blízkých tuto situaci rozpoznat a řešit. Dosáhnout lepší adaptace, překonání obtíží, motivaci k léčbě, spolupráci a ke kvalitnějšímu životu (Kuzníková, 2011). V rámci výzkumu se zabývám prací zdravotně sociálních pracovníků a tím, jak vnímají vliv své práce na zdraví klientů/pacientů (Viz příloha 1: Záznamový arch pro zdravotně sociální pracovníky).

Zdraví

Zdraví je definováno, dle Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1948, jako: „...stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady.“ Pro účely práce vycházím z této definice. Zdraví je v rámci práce členěno na oblast fyzickou, psychickou stránku a sociální situaci.

Fyzická oblast zdraví (tělesná, somatická, biologická)

Dle Novákové (2011) je tělesná složka zdraví spojena s fungováním organismu a je výsledkem činnosti jeho ústrojí. Souvisí se zdravotním a fyzickým stavem, které se mění v průběhu života (Zacharová, 2007). Na tělesný stav mají vliv genetické dispozice, struktura a funkční možnosti člověka, u nichž důsledkem nemoci může dojít k porušení (Vágnerová, 2007). Po fyzické oblasti zdraví se zabývám důvody přijetí klientů/pacientů do nemocnice. Dále se zabývám oblastmi, ve kterých potřebují pomoci, jaké činnosti zvládají a kdo jim během hospitalizace nejvíce pomáhá ve fyzické oblasti (Viz příloha 2: Záznamový arch pro klienty/pacienty - část A).

Psychická stránka zdraví (duševní zdraví)

Psychická stránka člověka zahrnuje kognitivní (poznávací) procesy (vnímání, paměť, myšlení, řeč), emoce, vůle, motivace, vědomí, pozornost a osobnost člověka, jeho prožívání, chování, temperament, schopnosti a postoje (Vágnerová, 2002). Duševní zdraví je definováno, dle WHO, jako stav pohody, ve které každý jedinec plní své vlastní schopnosti, dokáže se vyrovnat s běžnými stresy života, dovede pracovat produktivně a užitečně a je schopen podílet se na životě ve společnosti, není jen nepřítomností psychické poruchy. Dle Novákové (2011) je psychické zdraví způsobem, jak jedinec získává informace a jak je schopen je zpracovávat. Křivohlavý (2002) popisuje oblasti, ve kterých dochází u jedince důsledkem nemoci ke změnám. Na základě těchto informací jsem stanovila oblasti, kterými jsem se ve výzkumu zabývala. V psychické stránce zdraví jsem se zabývala průběhem kontaktu se sociálním pracovníkem, reakcemi a pocity po kontaktu se sociálním pracovníkem, zvládáním problémů, možnost sám/a se rozhodnout, subjektivním vnímáním vztahu

klientů/pacientů a sociálního pracovníka (Viz příloha 2: Záznamový arch pro klienty/pacienty - část B).

Sociální situace

Jsou životní situace, které jsou ve společnosti uznávané v souvislosti s omezeními, které mají dopad na sociální situaci člověka (Tomeš, 2009). Sociální složka zdraví je spojována se schopností získat a udržovat vztahy (Nováková, 2011). Vlivem nemoci dochází k odlišnosti při volbě povolání, problematice pracovní neschopnosti, školní absence dětí a mládeže, náklady spojené s péčí a výživou, léčbou, prevencí (Kuzníková, 2011). Ve výzkumu se pro účely práce sociální situací rozumí vliv na rodinu a sociálními vztahy s rodinou, přáteli, zájmy klientů/pacientů a jejich omezením v důsledku hospitalizace, finanční zajištění a informovanost o následné péči (Viz příloha 2: Záznamový arch pro klienty/pacienty - část C).

Klient/pacient

- Pacient

Křivohlavý (2002) definuje pacienta jako léčícího se nemocného člověka. Stejně tak Zacharová (2007) definuje, dle Praktického slovníku medicíny (1994), pacienta jako osobu v lékařské péči. Jako léčící se nemocný člověk, který má zřetelné příznaky nemoci.

- Klient

Je v systému organizací poskytujících službu definován jako osoba, která je objektem služby. Pojem klient vystihuje vztah mezi poskytovateli služby či péče a jejím objektem (Kuzníková, 2011). V sociální práci je klient označení pro jedince užívajícího služeb sociálního pracovníka, a který vystupuje jako jeho spolupracovník a rovnocenný partner (Mahronová, Venglářová, 2008).

Ve výzkumné části práce jsou s ohledem na terminologii užívanou respondenty používány oba pojmy.

Metody a techniky sociální práce

Metodou sociální práce rozumím, jak uvádí Mühlpachr (2006), způsob jak dosáhnout stanoveného cíle prostřednictvím plánované činnosti. Pro výzkum vycházím z definice Matouška (2008), který definuje metody sociální práce jako postupy vázané na cílový subjekt (práce s jednotlivcem, skupinou, rodinou, komunitou), na aktuální situaci (sociální znevýhodnění, sociální události), na vztahové souvislosti (vrstevnické skupiny, rodiny, organizace) i regionální a národní vazby systému.

Mezi metody, stejně jako Matoušek (2008), řadím sociální práci s jednotlivcem (individuální sociální práci), sociální práci s rodinou, sociální práci se skupinou a sociální práci s komunitou (Viz příloha 3: Operacionalizace metod a technik sociální práce).

3.3 Výzkumný vzorek

Pro výběr výzkumných vzorků byl použit účelový výběr přes instituce. Účelový výběr je založen na názoru výzkumníka o tom, co by mělo být a co je možné zjišťovat (Disman 2007). Je charakterizován cíleným vyhledáváním účastníků podle jejich určitých vlastností a toho, zda jsou ochotni se do výzkumu zapojit (Patton, 1990, In Miovský, 2006). Při účelovém výběru přes instituce je využíváno služeb či činností institucí, které jsou určeny pro skupinu, která nás zajímá (Miovský, 2006). Rozhovory probíhaly v Nemocnici České Budějovice a.s. a v Nemocnici na Bulovce.

Prvním základním výzkumným souborem byli zdravotně sociální pracovníci. Rozhovory byly provedeny se 6 zdravotně sociálními pracovníky. Kritériem výběru bylo pracovní zařazení respondentů na pozici zdravotně sociálního pracovníka v nemocnici a ochota spolupracovat.

Druhým základním výzkumným souborem byli pacienti/klienti zdravotně sociálních pracovníků. Rozhovory byly provedeny s 15 klienty/pacienty. Kritériem výběru klientů/pacientů byl kontakt se zdravotně sociálními pracovníky, hospitalizace v nemocnici, podmínkou byla také ochota a schopnost spolupracovat.

Pacienti/klienti byli vybráni s ohledem na tři věkové skupiny - děti, dospělí a senioři. Po domluvě se sociálními pracovníky nebyly provedeny rozhovory na

onkologickém oddělení. Zároveň z důvodu písemného souhlasu rodičů s rozhovorem s dítětem nebylo možné zahrnout do výzkumu děti.

Po domluvě a doporučení zdravotně sociálních pracovníků bylo pro výzkum vybíráno 15 klientů/pacientů z oddělení následné péče a interního oddělení. Oddělení následné péče byla vybrána z důvodu častého kontaktu pacientů se zdravotně sociálními pracovníky a širokého spektra diagnóz. Na tato oddělení jsou často překládáni pacienti z akutních lůžek.

Rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky byly zaznamenány pomocí metody vytváření trsů. Dle Miovskeho (2006) tato metoda slouží k seskupení určitých výroků do skupin, které vznikají překryvem podobností. Rozhovory s klienty zdravotně sociálních pracovníků byly zpracovány formou kazuistik. Informace z rozhovorů s klienty/pacienty byly dále porovnány. Tyto údaje jsou pro přehlednost uvedeny v tabulkách.

3.4 Harmonogram výzkumu

Výzkum probíhal během března, dubna a června 2012. Během července 2012 bylo prováděno zpracovávání výsledků získaných dat.

Zdravotně sociální pracovníce byly seznámeny s účelem rozhovoru. S každou pracovnící bylo individuálně domluveno místo a doba rozhovoru. Rozhovory probíhaly v kanceláři zdravotně sociálních pracovníků. Zde byl klid a soukromí pro rozhovor.

Rozhovory s klienty/pacienty probíhaly na pokoji, u lůžka, výjimečně na lavičce na chodbě. Před každou návštěvou jsem navštívila zdravotně sociální pracovníci, která mi doporučila klienta/pacienta vhodného pro rozhovor. Při rozhovoru byl účastněn respondent a při některých rozhovorech také spolupacienti.

K rozhovorům byly vytvořeny okruhy základních otázek. Orientační doba jednoho rozhovorů byla 30 - 60 minut, což záleželo na komunikativnosti respondenta. Rozhovory byly nahrávány se souhlasem respondentů či zapisovány do předem připraveného záznamového archu, které jsem bezprostředně po rozhovoru doplnila.

4 Výsledky

V této části práce jsou uvedeny informace získané v rámci rozhovorů. Cílem výzkumu bylo odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: *Jakým způsobem ovlivňuje sociální práce v nemocnici zdraví pacientů?* Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny dílčí výzkumné otázky. Rozhovory jsou rozděleny do dvou částí dle výzkumného souboru. V první části jsou uvedeny rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky. V druhé části kazuistiky klientů/pacientů.

4.1 Rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky

Tab. 1: Základní informace o prvním základním výzkumném souboru

Zdravotně sociální pracovník/ce	Délka praxe v nemocnici na pozici zdravotně sociálního pracovníka/ce
Zdravotně-sociální pracovnice č. 1 (respondentka 1)	33 let
Zdravotně-sociální pracovnice č. 2 (respondentka 2)	8 let
Zdravotně-sociální pracovnice č. 3 (respondentka 3)	11 let
Zdravotně-sociální pracovnice č. 4 (respondentka 4)	7 let
Zdravotně-sociální pracovnice č. 5 (respondentka 5)	2 roky
Zdravotně-sociální pracovnice č. 6 (respondentka 6)	11 let

Zdroj: vlastní výzkum

Co je podle Vás nejvíce charakteristické pro sociální práci v nemocnici?

Dle respondentů 1, 3 a 4 je nejvíce charakteristická sociální práce v nemocnici tím, že jsou zde nemocní lidé a je zde široké spektrum pacientů. Jak uvádí respondentka 1: „...jsou tu nemocní lidé. Mají bolesti, podle toho je potřeba s nimi jednat.“ Dle respondentky 3 je také charakteristická prací s nemocným pacientem a jeho rodinou. Odstraněním negativních důsledků nemoci a při selhání sociálního prostředí. Respondentka 4 popisuje sociální práci v nemocnici jako: „...První záchytný bod, první kontakt s člověkem, když se ocitne v situaci zhoršení zdravotního stavu. Jsou zde všechny kategorie pacientů.“ Dle respondentky 2 je nejvíce charakteristické: „...poradenstvím a případovou prací.“ Pro respondentku 5 je charakteristická: „Pomoc se zajištěním následné péče pacientům v krizových životních situacích. Hospitalizace je nestandardní prostředí, je zde nutné skloubení zdravotní a sociální problematiky.“ Dle respondentky 6 je charakteristická tím, že: „Jde o zdravotně sociální práci. Klient je zároveň pacient.“

V čem se podle Vás sociální práce v nemocnici liší od sociální práce v jiných zařízeních?

Dle respondentky 1 se práce odlišuje od jiných zařízení postojem klientů. Do nemocnice nepřichází s tím, že chce řešit situaci. Popisuje nutnost přizpůsobit se klientovi, „...musím chápat to, že mu není dobře, mluvit srozumitelně, samozřejmě ne dětinsky..., jednat jako sobě rovným. Důležité je sebeovládání a citová stabilita. Není možné být chladná. Denně přicházíme do styku s problémy zdravotními, ale také sociálními. Často přichází lidé, kteří byli soběstační, ale po CMP či jiném onemocnění jsou ze dne na den odkázáni na pomoc druhých.“ Dle respondentky 3 se odlišuje splněním kritérií, rozsahem práce a spektrem klientů. „Naopak má s jinými zařízeními společný zájem o blaho klienta. Naplňování individuální psychosociální potřeby klientů.“ Dle respondentky 2 spolupracují s různými institucemi: „...tlumočníky, neziskovými organizacemi, charitou, s poradnami pro uprchlíky, domovy pro seniory, pečovatelskými službami,..." Respondentka 5 odlišnost vidí takto: „Klient není jen klient, ale také pacient. Neřeší se zde pouze sociální problémy, ale také zdravotní. ... Je

nutné rychle jednat. Naproti tomu v jiném zařízení, např. LDN, jsou delší jednání.“ Dle respondentky 6 se odlišuje tím, že je součástí zdravotnického týmu: „...Vzdělání by tomu mělo odpovídat, jde nám především o to, aby se pacient – klient mohl vrátit do svého sociálního zázemí a pokud to možné není, aby se mu dostalo co možná nejlepší péče s ohledem na jeho zdravotní stav. Zajišťujeme tedy nejen rehabilitace pro pacienty, ale také hospicovou lůžkovou či domácí péči....Je nutná kvalitní spolupráce s mnoha dalšími institucemi pro komplexnost péče.“

Co Vás nejvíce trápí na své profesi?

Respondenti 1, 2, 3 a 5 se shodují v názoru, že problémem v profesi je nedostupnost některých sociálních služeb. Dle Respondentky 1: *„Chybí zde domovy pro osoby závislé na alkoholu.... Není plná návaznost na naši péči. Je složité klientovi zajistit potřebnou péči.“* Dle respondentky 2 jsou to především: *„...zvláště oddělení se zvláštním režimem v Domovech pro seniory a zařízení pro osoby společensky nepřizpůsobivé, drogově závislé a osoby bez přístřeší.“* Podobně respondentka 5 uvádí, že nejvíce ji trápí: *„Návaznost služeb pro klienty.“* Dále respondentku 5 v profesi trápí: *„Finanční ohodnocení, které je neadekvátní psychické náročnosti práce.“* Dle respondentky 3 chybí také zpětná vazba. Mezi další problémy respondentka 4 zařazuje legislativu, spolupráci s terénními službami, ale také nedobrovolné klienty, kteří pomoc nechtějí, ale potřebují.

Respondentky 1, 2, 3 a 4 se shodují, že bariérou při práci je nedostatečné technické zázemí. Mezi které řadí omezený přístup na internet. Respondentka 6 vidí za problém v profesi: *„Neustále se měnící legislativa, která vede k dezorientaci v sociální síti a mnohdy velmi pečlivě budovaná spolupráce s dalšími institucemi se rozpadá, což v důsledku znamená komplikace i pro klienta.“*

Jak si představujete ideální obraz sociální práce v nemocnici?

Jako ideální obraz sociální práce si představuje respondentka 1 a 4 návaznost služeb, volné kapacity v zařízeních a krátké čekací doby. Ale také přístupnou síť sociálních služeb, především na venkově. Dle respondentky 2 je ideálem: *„Více sociálních pracovníků a jejich maximální dostupnost. Vždy je co zlepšovat.“* Shodně tak

pro respondentku 4 je ideálem více sociálních pracovníků. Dle respondentky 3 je sociální pracovník volán jako poslední volba. Považuje za důležitou spolupráci lékaře a ostatního zdravotnického personálu. Podobně dle respondentky 6: *„Velmi důležité je být součástí zdravotnického týmu, profesionální komunikace s lékaři a sestrami na jednotlivých klinikách a odděleních vede ve výsledku k dobře naplánovanému propuštění pacienta a spokojenosti jeho blízkých. ... Dostupná kvalitní rehabilitace nejen ambulantní, ale především lůžková s kvalitními fyzioterapeuty. Zvyšuje se počet lůžek ošetrovatelské péče, snižuje se počet akutních. Tím nastává situace, kdy se velmi dbá na zkracování pobytu v akutní péči a vzniká větší potřeba kvalitní rehabilitace, která je ale pojišťovnou omezována.“* Bariérou, která v dosažení ideálu brání, dle respondentky 6: *„Sociálně zdravotní systém společnosti a nedostatek financí na všech stranách.“* Pro respondentky 1, 3 a 4 je ideálem také již výše zmíněné technické vybavení. Dle respondentky 5 je ideálem: *„Více času na jednotlivé pacienty.“* Bariérou, která v dosažení brání, je dle respondentky 5: *„Málo prostoru pro komunikaci s pacienty a jejich rodinami vycházející z malého počtu akutních lůžek a velkého počtu přijímaných pacientů.“*

Popište prosím svůj běžný pracovní den?

Respondentka 1 popsal podrobně obsah její práce, která začíná vytvořením plánu a přípravou materiálu na konkrétní den, co je potřeba vyřešit, jaké má pracovní schůzky a co musí zařídit. Obvykle v dopoledních hodinách obchází akutní oddělení jako traumatologie, oční, kožní, neurologii, které má kromě oddělení následné péče na starosti. S těmito odděleními se domlouvá telefonicky, co potřebují. Na každém z oddělení je sociální práce specifická. Jedná se především o jednání s úřady, zajištění náhradního oblečení. *„...Konkrétně na úrazové oddělení přichází mnoho osob bez přístřeší nebo závislých na alkoholu, kteří potřebují zajistit oblečení. U osob bez přístřeší se také jedná o zajištění pobytu v azylovém domě. Práce zde se také týká omluvy pacientů, pokud jsou objednáni na úřad práce. Písemná omluva, že se pacient nemůže dostavit, protože je hospitalizován. Zajišťování pečovatelské služby, Home care, zajišťování kompenzačních pomůcek. Dále na akutních lůžkách se může sepisovat*

žádost do domova pro seniory. U klientů, u kterých není známa identita, probíhá pátrání po rodinných příslušnících přes obvodního lékaře nebo přes obecní úřad, městský úřad. Jednání s magistrátem města pokud je potřeba provést sociální šetření doma. ...“ Následuje vizita, které se účastní jako multidisciplinární tým (lékař, primář, rehabilitační pracovník, staniční sestra, sociální pracovník). K řešení sociálních situací dostává pokyn od lékařů. Plní úkoly, které vyplynuly z vizity. Dále probíhá sjednávání schůzky s rodinnými příslušníky. Nejčastěji se řeší Home care, pečovatelská služba, sepisování žádostí do domova pro seniory, jednání s úřady. Provádí také Mini-mental test (MMSE). Poté jsou plánované schůzky s rodinnými příslušníky, sepisování žádostí do domovů pro seniory, nabízení možných řešení. *„Informuji o možnostech, jaké jsou služby. Poté se domlouváme, jakou mají představu. Jiná je situace, když si pacienta/rodinného příslušníka mohou převzít domů, tak jim nabídnu služby v domácím prostředí. Když nejsou schopni péči doma zajistit, tak většinou sepisujeme žádosti do domova pro seniory, žádost o příspěvek na péči, či sepisujeme žádost na ustanovení opatrovníka.“* Je to hlavně poradenská činnost o možnosti pomoci pro klienta. Provádí také audity standardů sociálních služeb po nemocnici. V otázce jak probíhá běžný pracovní den, se respondentky shodují a uvádí, že vychází z individuálních potřeb. K běžnému dnu patří účast na vizitách na stěžejním oddělení. Dle respondentky 2: *„Pracovní den vychází z potřeb oddělení.“* Začíná zjištěním telefonních hovorů. Během dne je nutná flexibilita. *„Odpoledne obvykle probíhají hovory a schůzky s rodinami klientů.“* Dle respondentky 3 zjistí, kdo bude během dne propuštěn, účastní se vizit, vyřizuje telefonáty, komunikuje s rodinami, provádí zápisy do sociálních karet a provádí depistáž. Respondentka 4 jako ostatní respondentky uvádí, že se účastní především vizit na odděleních *„...s vyšším procentem práce“*. Dle respondentky 5 se běžný pracovní den odvíjí dle potřeby. *„...Zahrnuje administrativu, telefonáty s rodinami pacientů, lékaři z nemocnice, zařízeními následné péče a rozhovory s pacienty.“* Dle respondentky 6 běžný pracovní den zahrnuje: *„Plánované propouštění pacientů z nemocnice do následné péče / rehabilitačních ústavů, gerontocenter, LDN a dalších zdravotnických nebo sociálně-zdravotních zařízení. Dále plánované propouštění*

pacientů do domácí péče – zajišťování potřebných služeb. Pomoc pacientům - klientům s jejich velmi různorodými sociálními problémy. “

Co si myslíte, že děláte nad rámec své práce?

Respondentky se shodují, že činnosti dělají dle pracovních povinností. Respondentka 1 popsala činnosti, které dělá mimo pracovní dobu. Je koordinátorkou dobrovolníků v nemocnici, dříve dělala aktivizaci seniorů, trénování paměti, ve spolupráci s dobrovolníky pořádá na Velikonoce a Vánoce koncerty pro pacienty. Respondentka 2 nad rámec práce, mimo pracovní dobu, vykonává: „...*rozhovory a poradenství rodinám překračující pracovní dobu v případě delšího jednání. Dále také osobní či telefonické poradenství po propuštění pacientů.*“ Dle respondentky 5 nad rámec práce vykonává: „*Řešení nestandardních situací, jako např. umístění psa do útulku.*“ Pro respondentku 6 je rámec práce dán legislativou: „*Pokud klientovi mohu poradit či pomoci, snažím se o to.*“

Co Vám při Vaší práci nejvíce pomáhá?

Při práci respondentkám 1, 2, 3 a 4 nejvíce pomáhají kontakty, které si vytvořili během své praxe a zkušenosti. Dle respondentek 1, 3, 4 a 5 také pomáhá dobrý, spolupracující kolektiv a kolegyně. Respondentka 5 uvádí, že jí nejvíce pomáhá: „*Dobrá komunikace a spolupráce s lékaři a pracovní kolektiv a spolupráce s terénem.*“ Dle respondentky 6 při práci nejvíce pomáhá: „*Dobrá spolupráce s rodinou pacienta, mé vzdělání a orientace v sociálně – zdravotní oblasti.*“

Jaké skupině klientů se věnujete?

Respondentky 1, 2 a 6 uvádí, že se věnují širokému spektru klientů. Pro respondentku 1 jsou to převážně dospělé osoby, senioři, osamělé osoby, osoby bez přístřeší aj. Respondentka 3 se věnuje převážně seniorům, osobám bez přístřeší, zdravotně postiženým, onkologicky nemocným, nemocným v terminálním stadiu nemoci, občas také dětem a psychicky nemocným. Dle respondentky 2: „*Cílovou skupinou je pacient a jeho blízcí.*“ Respondentka 6 uvádí, že se věnuje: „*Pacientům*

všech možných diagnóz, sociálních vrstev a věkových kategorií. Nemám na starosti děti, pouze jako zástup.“ Respondentka 4 se věnuje: „... převážně dětem, ze 70%“, jinak také seniorům a dospělým osobám. Respondentka 5 se věnuje: „Především seniorům a dospělým.“

Na jakém oddělení považujete svou práci za nejtěžší?

Dle výpovědí respondentů má každé oddělení své specifikum. Dle respondentky 2: „Práce se odráží z případové práce a primárních potřeb.“ Respondentka 3 z důvodu širokého spektra diagnóz považuje za nejtěžší práci na oddělení následné péče. Dle respondentky 4 je nejkomplikovanější práce u dětí. Respondentka 5 uvádí: „Nelze přesně říci. Každá práce má svá specifika. Spíše se obtížnost liší podle jednotlivých pacientů.... Asi nejvíce zodpovědná je práce u dětí.“ Respondentka 6 považuje za nejtěžší práci na oddělení: „Neurologii, u pacientů po CMP, kteří potřebují rehabilitaci v následné péči, a ta není vždy dostupná, nebo je ve velké vzdálenosti od bydliště a rodiny pacienta.“ Za psychicky nejtěžší považuje: „...práci s umírajícími a jejich rodinami.“

Jsou situace při práci, při kterých si nevíte rady? Jaké? Jak je řešíte?

Respondentka 1 uvádí, že pokud si neví rady: „...Je důležité vědět kam zavolat.“ Respondentka 4 uvádí, že jsou situace, při kterých si neví rady, ale vždy si musí poradit. Stejně tak respondentka 2 uvádí: „Musím si vždy poradit, ale někdy je to obtížné. Například je obtížné pokud klient odmítá a nechce žádnou pomoc, v tom případě je důležité přesvědčit ho. Často dochází k opakovanému kontaktu, k těmto osobám lze zařadit osoby společensky nepřizpůsobivé, osoby závislé na alkoholu, osoby bez dokladů, prostitutky, osoby vyřazené z úřadu práce, bez dávek. Nízká ochota zapojit se na řešení své situace. Řešením je motivace. Konkrétně, získat důvěru, že nejsem v opozici a zájem o pacienta.“ Dle respondentky 3 je potřeba přemýšlet a vyhodnotit každou situaci a musí se vyřešit. Pro řešení chybí supervize a občansko-právní poradna. Respondentka 5 si neví rady s: „Neobvyklými otázkami....Zeptám se starších a

zkušenějších kolegyně.“ Dle respondentky 6: „Nevím si rady většinou jen tam, kde vím, že instituce, kterou kontaktuji, spolupracovat může, ale buď nechce, nebo neví jak.“

Jaká je Vaše nejhorší zkušenost/nejkomplikovanější případ, který jste řešily?

Dle respondentek 1, 2 a 3 jsou nejkomplikovanější klienti opakovaně se vracející, osoby bez přístřeší, či závislé na alkoholu, bez finančního zajištění. Dle respondentky 3 jsou to také nedobrovolní klienti, kteří službu potřebují, ale nic nechtějí. Pro respondentku 4 jsou nejkomplikovanější nedobrovolní rodiče. *„Jednám v zájmu klientů, dětí, dle legislativy. ... Vše v zájmu dítěte.“* Dle respondentky 5: *„Myslím, že jsem žádný opravdu náročný případ zatím neřešila. Pro mě je asi nejkomplikovanější práce s osobami bez přístřeší a s týranými ženami.“* Respondentka 6 popsala příklad pro ni komplikovaného případu po jejím nástupu do nemocnice: *„Pacientka po CMP, nalezena doma pečovatelkou. Byt otevřen za asistence policie. Přivezena do nemocnice. Zatím co se léčila, majitel domu se vloupal do bytu, ukradl TV a poškodil vybavení bytu tak, aby se paní nemohla vrátit. Majitele bytu jsem několikrát vyzvala /zároveň s policií/, aby televizi vrátil. Ale ten televizi prodal. Případ jsme řešili trestním oznámením. Majitel domu byl odsouzen k náhradě škody a podmíněnému trestu. Pacientka však musela odejít do domova pro seniory, protože byt byl neobyvatelný.“*

Jaká je Vaše nejlepší zkušenost/nejjednodušší případ, který jste řešily?

Za nejjednodušší pro práci považují respondentky 1, 2, 3 a 4 spolupracující klienty. Dle respondentky 2: *„Za pozitivnější považuji každého spolupracujícího pacienta a rodinu“* Podobně respondentka 4 považuje za jednodušší práci s klientem, který spolupracuje, a který o pomoc stojí a vyhledá ji sám. Dle respondentky 3 jsou to mimo spolupracující klienty, také klienti, kteří znají služby a ví, kterou chtějí, od koho a jsou zajištěni. Respondentka 5 za nejjednodušší případ považuje: *„Spolupracující klienty, kteří mají zajištěné zázemí.“* Respondentka 6 uvádí jako nejjednodušší případ: *„Vzhledem k tomu, že máme výbornou spolupráci s agenturami domácí zdravotní péče, je nejjednodušší objednat pacientovi například aplikaci injekcí v domácím prostředí.“*

Jak probíhá první kontakt s klientem/pacientem?

Respondentka 1 je obvykle oslovována lékařem. Poté může řešit sociální situaci klienta. První kontakt probíhá představením a rozhovorem ohledně potřebných záležitostí. Pozoruje rozdíl, pokud přichází klient dobrovolně. V tom případě je, dle jejího názoru, práce jednodušší, protože chce pomoc. Pokud nepřichází dobrovolně, může pomoc přijmout nebo ne. Ale pokud odmítá, tím je práce složitější. Podobně respondentka 6 uvádí: „...*Pokud o pomoc požádá sám klient, je více připraven spolupracovat při řešení svých problémů.*“ První kontakt s klientem, dle respondentky 6, probíhá: „...*Po nahlášení pacienta. Navštívím pacienta na oddělení a zahájím sociální šetření, do kterého zapojím kontaktní osoby dle výběru pacienta.*“ Dle respondentky 6 ji nejčastěji oslovují: „*Lékař nebo někdo jiný z ošetrovatelského týmu a rodina pacienta...*“ Dle respondentky 2: „*Oslovení probíhá prostřednictvím lékaře, zdravotnickým personálem, případně osobním oslovením.*“ Respondentka 3 popisuje vyhledávání klientů formou depistáže. Zjišťují, jaké mají rodinné zázemí. Oslovují ji lékaři, staniční sestra, či rodiny. Lékař pacienta informuje o návštěvě. Respondentka 4 je oslovována nejčastěji od personálu (lékaře, staniční sestry). Vidí nutnost přizpůsobit kontakt situaci, při které je zavolána, a tomu zda je to kontakt první. Respondentka 5 popisuje průběh prvního kontaktu, který začíná: „...*oslovením, představením se, položením základních otázek. Získání základních informací o pacientovi, s kým pacient žije, soběstačnost, jeho představy po propuštění z nemocnice.*“ Dle respondentky 5 ji nejčastěji oslovují: „...*rodiny pacientů. Při oslovení jinou osobou může mít pacient pocit, že ho někdo do něčeho tlačí.*“

Z čeho vychází činnosti, které děláte?

Činnosti respondentů 1, 2, 3 a 4 vychází dle výpovědí respondentů z platné legislativy, standardů sociální péče, zákona o sociálních službách, mlčenlivosti, etického kodexu sociálních pracovníků a náplně práce. Dle respondentky 5 také vychází: „*Z legislativy a z konkrétních potřeb pacientů.*“ Dle respondentky 6 vychází: „...*z plánovaného výsledku a cíle.*“

Jaká činnost je podle Vás nejdůležitější při práci s klienty?

Nejdůležitější činností je dle respondentky 1: „...*příprava na rozhovor, informovat se o problematice, vědět dostatek informací o pacientovi, rozhovor, naslouchání.*“ Dle respondentky 3 jsou nejdůležitější poradenská činnost a psychosociální podpora. Respondentka 4 jako nejdůležitější považuje první kontakt s klientem, rozhovor, navázání kontaktu a získání důvěry. Dle respondentky 5 je nejdůležitější: „*První kontakt, rodina pacienta, naslouchání, vysvětlování různých problematik.*“ Respondentka 6 za nejdůležitější považuje: „*Osobní kontakt, rozhovory, sociální šetření a dobré kontakty s ostatními institucemi.*“

Jakým způsobem motivujete klienta ke spolupráci?

Dle respondentky 1 je pro klienty motivací vysvětlení možností. Nechat o situaci rozhodnout klienta samotného. Respondentka 2 uvádí, že: „*Pacient má mít maximální možnost zapojit se a podílet se na řešení své situace. Pokud se podílí, je více aktivní.*“ Respondentka 3 spatřuje motivaci v hledání silné stránky, ohlédnutím a najít pozitiva. Respondentka 4 nevidí důvod motivovat rodiče: „*U dětí je zákon na mé straně, nemusím motivovat, jsou motivováni rizikem, že mohou přijít o dítě...Motivací pro rodiče je dítě. Domnívám se, že určité typy klientů nelze namotivovat např. drogově závislé matky.*“ Dle respondentky 5: „*Snahou je zajistit návrat do domácího prostředí. Motivací je touha pacienta po návratu domů. Motivace nastíněním možností a reality...Probíráme společně s klientem budoucnost, jeho vztahy a zázemí.*“ Dle respondentky 6 je motivací: „*Zájem o jeho vlastní problém a chuť jej řešit, snažit se dívat do budoucna s nadějí. Ukázat možnosti jak situaci co nejlépe zvládnout. Zapojením rodiny do problému pacienta – klienta.*“

Jak probíhá ukončování vztahu/kontaktu s klienty?

Ukončování vztahu dle respondentky 1, 2 a 3 vyplývá z kontaktů a rozhovorů s rodinnou a klientem. Respondentka 4 uvádí, že ukončení probíhá před propuštěním, zajištěním služby, návštěvou, rozloučením a shrnutím co bude následovat. Respondentka 6 uvádí: „*S pacientem a jeho rodinou, pokud je to možné, se osobně*

rozloučím a zdůrazním možnost zavolat mi, pokud si budou myslet, že jim můžu s čímkoli poradit či pomoci.“ Podobně respondentka 5 uvádí: „Nabídnu, pokud by něco potřebovali, radu, kontakt, že se mohou ozvat.“

Jak probíhá práce s rodinou nemocného klienta? Jaké informace od rodiny zjišťujete?

Dle respondentky 1 s rodinou přichází do kontaktu opakovaně při schůzkách (přibližně 2-3 krát). Při úvodní schůzce jsou informováni a domlouvají se na dalším postupu. V případě potřeby jsou rodině poskytnuty potřebné žádosti a informace, aby se spolu s rodinným příslušníkem mohli rozhodnout. Je nutné spojit potřeby klienta i rodiny. Od rodiny je zjišťována, pro doplnění, anamnéza, kde klient žil. Zda žil v rodinném domě, v panelovém domě, v jakém patře, zda má výtah, zda je bezbariérový, s kým bydlí, kdo by se o něj mohl postarat. Zda užíval nějakou službu, zda klient nemá podanou žádost do domova pro seniory a zda má příspěvek na péči. Respondentka 2 uvádí, že: *„Rodinu zapojujeme se souhlasem pacienta.“* Nelze jít proti jeho vůli. *„Zjišťujeme od ní sociální anamnézu, prostředí v rodině, jejich možnosti. Jaké jsou vztahy v rodině.“* Respondentka 3 informuje rodinu a domlouvá se s rodinnými příslušníky na jejich přáních a možnostech. Doplnuje od rodiny anamnézu, s kým klient bydlí, zdravotní problémy, jaké má příbuzné. Zjišťuje jejich představy, zda se o rodinného příslušníka postarají a informuje je o službách v místě bydliště. Pro respondentku 4 je u dětí nutná spolupráce se zákonnými zástupci dítěte. Zjišťuje informace o dítěti, prostředí, potřebnou výbavu, zda zajistí vhodné podmínky pro zdravý vývoj dítěte. Dle respondentky 5: *„Zjišťuji, jaké mají zázemí, jak často jsou s klientem v kontaktu, jak se chová klient ve svém přirozeném prostředí. Dále zjišťuji možnost návratu do domácího prostředí.“* Kontakt probíhá telefonicky nebo osobně. Respondentka 6 zjišťuje od rodiny: *„Informace, které se týkají řešení jejich problému.“*

Co je podle Vás nejdůležitější na Vašem vztahu ke klientům?

Respondentky se shodují v názoru, že nejdůležitější ve vztahu ke klientům je získání důvěry a partnerský vztah. Dle respondentky 2 je to dále navázání kontaktu,

pomoc a spolupráce při řešení situace. Dle respondentky 3 je také ve vztahu důležitá opravdovost, lidskost a: „...*Jednat tak, jak bych chtěla, aby někdo jednal se mnou.*“ Dle respondentky 5 ve vztahu je nejdůležitější: „*Vstřícný a „nic nenutící přístup“, úsměv, naslouchání, empatie, profesionální přístup a důvěra.*“ Pro respondentku 6 je nejdůležitější: „*Pochopení problému a vcítění se do problému.*“

Jak nastavujete hranice vztahu?

Nastavení vztahu je dle respondentek 1, 2 a 3 dáno zdvořilostí, profesionálním přístupem, vystupováním a jednáním s klientem jako sobě rovným. Dle respondentky 1 je hranice nastavována také hledáním kompromisu. Respondentka 3 hranice nastavuje vysvětlením představ. Za důležité považuje nenechat se zmanipulovat. Respondentka 4 má hranice dány vnitřně a za důležitý považuje profesionální vztah. Respondentka 5 hranice nastavuje profesionálním, slušným jednáním, v rámci kompetencí. Dle respondentky 6: „*Nesvěřuji své problémy pacientům a klientům. Pokud to nemůže pomoci při řešení jejich problému, svěřují se oni mně, ale jen v míře nezbytně nutné.*“

Co Vám pomáhá ve vztahu ke klientům?

Ve vztahu ke klientům respondentce 1 nejvíce pomáhá znalost problematiky klienta a profesní vystupování. Dle respondentky 2 ve vztahu nejvíce pomáhá individuální přístup, pochopení případu a poznání člověka. Stejně tak se shoduje respondentka 3, že nejvíce ve vztahu pomáhá individuální přístup, ale také jednání s úctou, holistický přístup, přizpůsobení řeči. Dle respondentky 4 ve vztahu nejvíce pomáhá otevřenost, pravdivé informace, vstřícnost a spolupráce. Dle respondentky 5 ve vztahu pomáhají: „*Zkušenosti z minulých kontaktů s klienty.*“ Respondentce 6 ve vztahu ke klientům pomáhá: „*Pochopení jejich náročné životní situace. Vzdělání a hlavně praxe.*“

Co podle Vás klienty nejvíce ovlivňuje?

Dle respondentky 1 klienty nejvíce ovlivňuje slušné vystupování, orientace a pomoc s problémy klienta. Respondentka 2 uvádí, že nejvíce ovlivňuje klienty: „*Opravdovost, partnerský přístup, nechat je vypovídat a poslouchat. Jsem tu pro Vás.*“

Dle respondentky 3 má nejvíce vliv zdravotní stav, rodinné zázemí, sociální prostředí, životní zkušenosti klientů. Dle respondentky 4 ovlivňují rodiče své děti, především u rozvedených rodin. U seniorů je to dle jejího názoru ekonomická úroveň, která klienty ovlivňuje při jejich rozhodování. Dle respondentky 5: „*Pobyť v nemocnici, situace, kdy nejsou v domácím prostředí a zdravotní stav, je stres. Důležité je získání důvěry, slušné jednání, ale také spolupracující pacient.*“ Dle respondentky 6 klienty nejvíce ovlivňuje: „*...jejich zdravotní stav a sociální zázemí, ve kterém žijí. ... Způsob pochopení klienta. Schopnost oprostít se od předsudků.*“

Jaké používáte komunikační taktiky?

Respondentky 1, 3 a 4 se shodují v názoru, že při komunikaci s klienty nevědomě pozorují okolí klientů. Dle respondentky 1 pozoruje podání ruky, mimiku, oči. Zda klient rozumí a chápe, co je mu sdělováno a vysvětlováno. Podobně respondentka 5 při komunikaci pozoruje: „*...Zda rozumí mému sdělení, a zda jej chápe...Jejich rozpoložení, jejich výraz, mimiku a reakce.*“ Respondentka 4 pozoruje mimo prostředí a okolí klienta také neverbální komunikaci, mimiku, gesta, postoj, tón hlasu, intonaci. Respondentka 2 při komunikaci také pozoruje chování klienta a jako nejdůležitější považuje první kontakt. Respondentka 3, mimo jiné, pozoruje ochotu spolupracovat a odpovídat. Respondentka 6 se při komunikaci s klientem v příběhu a vyprávění klienta snaží najít pravdu. „*...Pokud jde o orientovaného klienta – pacienta místem i časem, kladu velký důraz na zjištění jeho potřeb a přání, důležitý je názor rodiny a samozřejmě indikace a doporučení lékaře.*“

Respondentka 1 a 3 uvádí jako komunikační techniky, které užívá aktivní naslouchání, parafrázování, sumarizování, zrcadlení. Podobně uvádí respondentka 2: „*Nejčastěji je to aktivní naslouchání, sumarizace, neboli shrnutí toho co bylo řečeno a parafrázování. Dále Eriksonovské provázení, doprovázení. Pokud se potřebuje vymluvit, podpora a naslouchání. Při rozhovoru využití otevřených a uzavřených otázek. Uzavřené otázky zvláště při rozhovoru s osobou s fatickou poruchou. Dále neverbální komunikace, která musí souhlasit s verbální komunikací.*“ Respondentka 4 používá rozhovor, při kterém zjišťuje anamnestická data pomocí řízených (uzavřených) otázek,

k popisu situace otevřené otázky, aktivní naslouchání a zpětnou vazbu. Respondentka 5 uvádí, že nejčastější komunikační techniku při práci s klientem používá: „*Rozhovor a pozorování.*“ Respondentka 6 používá při komunikaci: „*Rozhovor s pacientem, jeho rodinou a komunikace s dalšími organizacemi různého typu. Práce s technikou-telefonem, počítačem a internetem.*“

Jaké metody a techniky sociální práce nejčastěji používáte?

Nejčastější metody a techniky užívané při sociální práci v nemocnici jsou dle respondentky 1 metoda sociální práce s jednotlivcem, s rodinou a poradenství. Dle respondentky 2 nejčastěji používané metody jsou případová práce, práci s rodinou a poradenství. Při případové práci i práci s rodinou používáme techniku rozhovoru, sociální šetření rodinné situace, ekonomické situace, bytová situace a vztahů v rodině. Respondentka 3 uvádí metody shodně s respondentkou 1. Jako techniky nejčastěji používané uvádí pozorování a rozhovor. Respondentka 4 jako nejčastější metody uvádí poradenství, případovou práci s jednotlivcem, práci s rodinou a dětmi, krizovou intervenci, analýzu sociální situace potřeb osob a regionu. V rámci těchto metod k technikám řadí rozhovor, aktivní naslouchání, pozorování. Respondentka 5 jako nejčastější metody a techniky uvádí pozorování, rozhovor, případovou práci a práci s dokumentací. Dle respondentky 6 užívá stejné techniky jako při komunikaci: „*Rozhovor s pacientem, jeho rodinou a komunikace s dalšími organizacemi různého typu.*“

Jaké nejčastější zdravotní obtíže mají Vaši klienti?

Respondentky se shodují v názoru, že obtíže klientů jsou různé a odlišují se od oddělení, nejčastěji to jsou problémy spojené se ztrátou soběstačnosti a závislost na péči druhé osoby. Dle respondentky 2: „*Záleží na oddělení. Nejčastěji je to imobilita a snížená soběstačnost, největší obtíž je pro pacienta vyrovnání se se situací. Pomáhám pacientovi a jeho blízkým se se situací lépe vyrovnat. Nastíním možnosti řešení.*“ Dle respondentky 6 shodně s respondentkou 2 uvádí, že záleží na oddělení. Jako nejčastější zdravotní problémy uvádí ztrátu soběstačnosti a demenci. Dle respondentky 5 jsou

nejčastější zdravotní problémy: *„Ztráta soběstačnosti a nemožnost se ihned navrátit zpět do svého přirozeného prostředí.“* Dle respondentky 1: *...na oddělení následné péče přichází klienti z akutních oddělení na doléčení, rehabilitaci. Jsou to obvykle CMP, různé úrazy, či kožní problematika.“* Respondentka 4 popisuje pohled z hlediska zdravých dětí, u nichž je potřeba zajištění vhodných podmínek a naproti uvádí vrozené vývojové vady, u kterých je potřeba pomoc rodičům vyrovnat se s touto situací a poskytnout kontakt na služby.

Jak tyto obtíže ovlivňují Vaši práci?

Zdravotní obtíže práci s klientem ovlivňují dle respondentky 1 v řešení situace. Dle respondentky 2 s klientem není možné hovořit o zdravotním stavu, a proto se zde uplatňuje multidisciplinární tým. Respondentka 4 pozoruje pozitivní změny, ve vztahu k miminkám, uvádí: *„Zlepšení porodní hmotnosti, možnost zpětné vazby při opakovaných návštěvách.“* Dle respondentky 5: *„Jejich obtíže jsou v podstatě náplní mé práce. Pomoci zvládnout tyto životní změny.“* Dle respondentky 6 obtíže klientů ovlivňují práci: *„...Orientaci v sociální síti i v systému zdravotnictví...Vzhledem ke stále se měnící legislativě.“*

Pozorujete změny při opakovaném kontaktu s klienty? Jaké?

Při opakovaném kontaktu všechny respondentky pozorují změny. Dle respondentek 1 a 3 pozorují především zhoršování zdravotního stavu. Dle respondentky 1: *„...Změny se odvíjí od stárnutí, tím dochází k výskytu více onemocnění. Při opakovaném kontaktu je klient již více informován o situaci.“* Dle respondentky 2: *„Odvíjí se od diagnózy, například u klientů po CMP lze pozorovat díky rehabilitaci zlepšení pohybu a řeči. U klientů s psychickým, duševním onemocněním, záleží na pokynu od lékaře, aby mohlo být zahájeno sociálního šetření. Pokud dojde k dekompenzaci zdravotního stavu, po poradě s lékařem je jednání odloženo a práce pokračuje po stabilizaci stavu.“* Dle respondentky 4 závisí na rodičích, zda chtějí spolupracovat. Při zdravotním postižení dítěte záleží na smíření a zájmu rodičů. Respondentka 5 pozoruje jako respondentky 1 a 2 zhoršení zdravotního stavu, ale také zlepšení. Respondentka 6 uvádí příklad osob bez

přistřeší: „*Pokud jsou delší dobu na ulici, to může vést k postižení končetin, což často vede k amputacím. Nejsou schopni spolupracovat.*“ Jsou také často závislí na alkoholu. Od těchto problémů se dále odvíjí další zdravotní problémy.

V čem ovlivňuje, podle Vás, Vaše činnost zdraví pacientů?

Dle respondentky 1 ovlivňuje její činnost klienty v zajištění potřebné sociální péče, „...*zajištění potřeb, zajištění obědů.*“ Dle respondentky 2 ovlivňuje klienty: „...*v motivaci získání nové perspektivy. Snahou je zprostředkovat kontakty rodině, aby se na zajištění služby podíleli a zapojili se.*“ Dle respondentky 3 jsou klienti ovlivňováni nabídkou služeb. Pomocí se zajištěním léků, jídla (obědů), doprovázením k lékaři. Dle respondentky 4 činnosti zdravotně sociálního pracovníka mohou zlepšit kvalitu života a pomoc v bezvýchodné situaci. Podporu po psychické stránce a tím mít vliv na uzdravení. „*Po fyzické stránce, naše práce pomáhá klientům s kontakty a doporučením na kompenzační pomůcky, které mohou zlepšit soběstačnost...*“ Dle respondentky 5 činnosti, které vykonává, pomáhají: „...*usnadnit pacientům rekonvalescenci.*“ Dle respondentky 6 výběr vhodného zařízení probíhá dle zdravotního stavu pacienta: „...*Nedostatečná péče může mít následky... Přitom jsem velmi omezena tím, co nabízí jednotlivá zařízení a jak mají nastavené smlouvy s pojišťovnami a jak kvalitní péči poskytují.*“

Jak klienti reagují na kontakt s Vámi?

Respondenti se shodují, že klienti na kontakt s nimi reagují převážně kladně. Respondentka 1 popisuje nespolupracující klienty a uvádí: „...*Pokud se rozhodne, že nikam nepůjde. Přitom je ležící, odkázaný na péči druhé osoby a nemá rodinu. Záleží na schopnosti komunikace...*“ Respondentky 4 a 2 vidí za náročné kontakty u nedobrovolných klientů. Dle respondentky 5 také většinou klienti reagují kladně. „...*Jsou rádi, že se o ně někdo zajímá i o jejich sociální potřeby.*“ Dle respondentky 6: „...*je potřeba vytvořit atmosféru důvěry. Jinými slovy, když klient a jeho rodina pochopí, že jsem na jejich straně a budu jim s problémem pomáhat, tak reagují kladně...*“

Jak ovlivňuje psychický stav klienta/pacienta Vaši činnost/práci?

Dle respondentky 1 a 3 psychický stav klientů jejich činnost neovlivňuje, rozhovor obvykle pokračuje. Naopak dle respondentky 2 po domluvě s lékařem se některé záležitosti řeší po stabilizaci stavu. Dle respondentky 4 se psychický stav klientů odráží v jejich spolupráci. Proto je důležité získat důvěru a opakovat setkání. Dle respondentky 5 psychický stav klienta ovlivňuje, podobně jako u respondentky 4, v jeho spolupráci: *„Například pacient nemá na situaci náhled...Po domluvě s lékařem s ohledem na psychický stav může dojít k odložení rozhovoru.“* Respondentka 6 popisuje ovlivnění psychického stavu klienta takto: *„V mé péči je mimo jiné i oddělení onkologie, kde jde o velmi vypjaté psychicky náročné situace. Hlavně pro rodiny pacientů. Pozitivní je, že můžu rodinu pacienta pozvat do soukromí mé kanceláře, kde situaci prokonzultujeme. Rozhovor s rodinou probíhá bez kontaktu dalších cizích osob. To dává prostor pro vytvoření plánu další spolupráce. Snažím se klientům nejen poradit, ale pomoci jim situaci svou intervencí vyřešit. Pacienti i jejich rodiny jsou téměř vždy ve špatném psychickém stavu a v situaci, která v jejich životě nastala, nejsou schopni se rychle orientovat.“*

Jaké jsou nejčastější problémy v sociální situaci klientů/pacientů, které řešíte?

Mezi sociální problémy, které zdravotně sociální pracovníci v nemocnici zajišťují, se shodují respondentky 1, 2 a 3, že patří nejčastěji osamělost lidí, problémy v rodině, imobilita, neschopnost postarat se o sebe, finanční problémy, bytové problémy. Dle respondentky 1: *„Důležité je, aby pacient odcházel zajištěný. Dochází k řešení příspěvku na péči.“* Pokud odchází domů, v tomto případě zajištění pečovatelské služby, rehabilitace, homecare, asistenční služby. Pokud nemůže jít domů, v tomto případě se jedná o žádosti do domova pro seniory, na léčebny dlouhodobě nemocných, hospice. Dle respondentky 1 jsou dále činnosti typické pro určité oddělení: *„Na akutním lůžku se řeší zajištění lidí bez domova, na kožním oddělení je časté zajištění domácí péče, z důvodů převazů bércových vředů.“* Spatřuje důležitost domácího prostředí z důvodu motivace a spokojenosti lidí. Respondentka 3 k sociálním problémům dále řadí životní události (požár, úrazy, autonehody), ale také narození, rozvod až úmrtí

v rodině, tělesné postižení a s tím spojené problémy s bydlením a bezbariérovostí. Dle respondentky 4 jsou sociální situace, které řeší u dětí především drogová závislost matky, špatná ekonomická situace a sociální zázemí v rodině, osvojení a přechodná pěstounská péče. Nejčastější problémy v sociální situaci, které při sociální práci v nemocnici řeší, jsou, jak uvádí respondentka 5: *„Ztráta soběstačnosti a chybějící sociální zázemí.“* Práce zahrnuje, dle respondentky 5, poradenskou činnost ohledně jednorázových dávek, pomoc v situacích osob bez domova, bez občanského průkazu. Osoby týrané, závislé na návykových látkách, problémy se zhoršenou soběstačností a závislé na péči. Respondentka 6 popisuje problémy v sociální situaci, ke kterým řadí finanční problémy klientů a sociálního zázemí: *„...Nejčastěji řeším plánované propuštění pacientů z onkologie. Jedná se téměř vždy o pacienty v terminálním stavu onemocnění, umírající. Dále jde o pacienty po mozkových příhodách, které je většinou postihují uprostřed jejich produktivního věku a mají tak vliv na chod celé rodiny. Komplikovaná práce je také s osobami bez přístřeší, sociální problémy mají s postupem doby více komplikované a zároveň jsou většinou ve špatném zdravotním stavu, s ohledem na dobu strávenou na ulici.“*

4.2 Rozhovory s klienty/pacienty

Klientka/pacientka 1

Základní informace:

Žena, ve věku 80 let. Je 23 let vdova, má 3 dcery, 5 vnoučat. Žije sama ve třetím patře panelového domu, s výtahem, ale při vstupu do domu je šest schodů, což ji dělá problém z důvodu zhoršené soběstačnosti.

V době rozhovoru 14 dní na oddělení následné péče, před pobytem na oddělení následné péče byla hospitalizována 10 dní na neurologii.

Fyzická oblast zdraví:

Do nemocnice byla přijata z důvodu problémů s krční páteří. Je částečně soběstačná, chodí s pomocí „chodítka“. Pomoc potřebuje při hygieně.

Po fyzické stránce pacientce nejvíce pomohli lékaři a zdravotní sestry.

Psychická oblast zdraví:

Průběh kontaktu se sociální pracovníci popisuje takto: „*Sociální pracovníce je velmi příjemná. Představila se mi a povídala si se mnou o tom, co bych potřebovala, abych se mohla vrátit domů.*“

Kontakt by si představovala stejný. Nic by neměnila. „*Sociální pracovníce mi pomohla zařídit pečovatelskou službu...*“ Také by chtěla: „*...aby mi pomohla, pokud bych nemohla, vyřešit určitou situaci. Nyní mi pomáhá nejmladší dcera zařídit vše ohledně úředních věcí...*“ Dle klientky/pacientky jí sociální pracovníce dala naději.

Sociální pracovníce ovlivnila její rozhodnutí nabídkou služeb. „*Původně jsem nechtěla nikoho pustit domů, myslela jsem, že se nebudu moci vrátit domů. Musím říct, že mi to vysvětlila. Díky tomu budu moci zůstat doma, tak jsem ráda.*“

Vztah mezi ní a sociální pracovníci subjektivně vnímá jako dobrý. Popisuje sama sebe jako nekonfliktního člověka... „*Potřebuji pomoci, ona mi pomoc nabízí, ve spolupráci mi nic nebrání.*“

Motivací pro ni je pes, kterého má 4 roky. „*Chci být soběstačná, zatím jsem se obešla sama. Musím se postarat o psa,...*“ „*Ráda se starám o druhé, do loňského roku jsem se starala o 95 letou babičku.*“

Sociální pracovníce na ni, dle subjektivního názoru klientky/pacientky, měla vždy dostatek času. „*Myslím si, že si čas musí udělat.*“

Pokud má problém ohledně úředních věcí tak se obrací hlavně na nejmladší dceru. Na sociální pracovníci se neobrátila sama. Doporučil jí to ošetřující lékař.

Během hospitalizace jí nejvíce po psychické stránce pomohly kamarádky.

Sociální situace:

K omezením v životě respondentky došlo v důsledku onemocnění a velkých bolestí páteře. Z tohoto důvodu se nemohla postarat o svého psa. V současné době se o něj stará kamarádka.

Klientku/pacientku navštěvují kamarádky přibližně dvakrát až třikrát za týden. S příbuznými obvykle telefonuje, jelikož bydlí příliš daleko. Dříve pracovala jako zdravotní sestra. Navštěvují ji „*chlapci z Organizace živá paměť.*“ Dále mi popisovala, jak blíže organizace funguje. Na rodinu hospitalizace vliv neměla. „*Děti zde se mnou nemohou být. Pracují, ale také mi pomáhají psychicky. Cítím se mentálně mladá,...*“

Pokud jde o informovanost, uvádí: „*Znala jsem některé zařízení, ale myslím, že se to mění a nevěděla jsem přesně, co je v mém okolí dostupné.*“ Tyto informace poskytla sociální pracovnice.

Osoby, o nichž se klientka/pacientka 1 domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Přátelé/kamarádi
2	Rodina
3	Lékař/ka
4	Zdravotní sestra
5	Sociální pracovnice
6	Ošetřovatel/ka
7	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce

Podrobně mi vyprávěla o své rodině. Byla velmi hovorná a otevřená. Rozhovor probíhal na třílůžkovém pokoji. Při rozhovoru byla přítomna jedna spolupacientka.

Klientka/pacientka 2

Základní informace:

Žena, ve věku 80 let. Žije sama, bez rodiny, bezdětná. Dříve pracovala jako úřednice. Žije v rodinném domě.

V nemocnici hospitalizována přibližně 30 dnů. Nejdříve byla hospitalizována na interním oddělení a následně na oddělení následné péče.

Fyzická oblast zdraví:

Do nemocnice ji přivedly bolesti. Nevládala se postarat o domácnost. Klientka/pacientka je soběstačná. „...v domě je moc práce, nevládám práce, které dělají muži....“ Dříve nebyla hospitalizována v nemocnici.

Nejvíce jí pomohli po fyzické stránce lékaři a zdravotní sestry.

Psychická stránka zdraví:

Klientka/pacientka si nejdříve přesně nevybavuje, jak probíhal kontakt. „Chodí sem hodně lidí a každému odpovím, co chce. Sociální pracovnice za mnou přišla sama. Nevěděla jsem, že to někdo dělá. Ale jsem soběstačná, tak toho moc nepotřebuji... Domluvili jsme se, že půjdu do domova s pečovatelskou službou, protože v baráku je moc práce.“

Reakce po kontaktu se sociálním pracovníkem: „Náladu jsem neměla moc dobrou, protože nemůžu jít domů. Vysvětlila mi, že to bude lepší. Tak jsem se pro to sama rozhodla.“ „Radost bych měla, kdybych mohla jít domů, byla jsem spíš smutná.“

Na sociální pracovníci se neobrátila sama: „Je tu hodně lidí, ale nevím. Pokud bych měla problém, asi bych se obrátila na lékaře.“ Klientka/pacientka subjektivně vnímá vztah k sociální pracovníci kladně: „Myslí to se mnou dobře, pomáhá mi.“

Po psychické oblasti dle klientky/pacientky nejvíce pomáhají zdravotní sestry.

Sociální situace:

Dříve ráda cestovala, měla ráda turistiku, hory, přírodu. Dle klientky/pacientky k omezením vlivem hospitalizace nedošlo.

S přáteli se nestýká, žádní za ní nechodí.

Žádné jiné možnosti, kam by mohla jít, neznala. Neměla důvod je zjišťovat. „...Pracovnice mi nabídla několik dalších možností.“ „Jsem v důchodu...“ Klientka/pacientka nepobírá žádné dávky.

Osoby, o nichž se klientka/pacientka 2 domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař/ka
2	Zdravotní sestra
3	Ošetřovatel/ka
4	Sociální pracovnice
5	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
	Rodina - nemá
	Přátelé/kamarádi – nestýká se s žádnými

Rozhovor probíhal na třílůžkovém pokoji, při rozhovoru byla klientka/pacientka na pokoji sama. Při rozhovoru se zajímala spíše o mě, co dělám. Bylo vidět, že si ráda povídá a chce si povídat. Velmi se snažila, abych jí dobře rozuměla a zřetelně a nahlas vyslovovala.

Klientka/pacientka 3

Základní informace:

Žena, ve věku 79 let. Manžel zemřel, bezdětná. Má bratra, který ji nenavštěvuje. Na návštěvy chodí jedna kamarádka a její syn. Žije v bytě, v panelovém domě.

Hospitalizována opakovaně. Nejdříve hospitalizována na neurologii, urologii a poté na oddělení následné péče. V nemocnici hospitalizována přibližně 8 týdnů.

Fyzická oblast zdraví:

Klientka/pacientka přijata z důvodu opakovaných pádů, epilepsie, hypertenze. Po operaci mozku. Zvládá s pomocí ujít několik kroků, potřebuje pomoc při hygieně a vyprazdňování, z důvodu inkontinence. Sama se v lůžku obslouží a posadí se.

Po fyzické stránce během hospitalizace nejvíce pomohl lékař.

Psychická stránka zdraví:

Opakovaně hospitalizována, po propuštění šla domů pouze s pečovatelskou službou, se zajištěnou donáškou obědů. *„Ale přestala jsem chodit. Sama jsem to nezvládla.“*

Kontakt se sociální pracovníci popisuje takto: *„Výborně, sama přišla. Abych pravdu řekla, vůbec jsem netušila, že něco takového je... Sociální pracovníce mi pomohla vyplnit žádost do toho domova... Byla jsem ráda, že se o mě někdo stará, to je dneska vzácnost.“*

Ke konfliktu se sociální pracovníci dle klientky/pacientky nedošlo: *„Mé přání je jít opět domů, ale tam nemůžu být sama, protože nechodím.“*

Dle klientky/pacientky její rozhodnutí sociální pracovníce ovlivnila: *„...Změnila jsem názor a pochopila, že to doma nezvládnou, když nechodím.“*

Klientka/pacientka nemá pocit, že má kolem sebe osoby, na které se může obrátit při řešení problémů. Problém, se kterým se obrátila na sociální pracovníci, neměla: *„Všechno muselo jít od doktora, který mi řekl, že mám podat žádost do domova důchodců.“*

Během hospitalizace, dle klientky/pacientky, nejvíce pomáhají po psychické stránce kamarádi, přátelé.

Sociální situace:

Zájmy klientky/pacientky bylo čtení, háčkování pletení, vyšívání. *„Tak nějak všechny domácí práce, ale ze všeho nejvíce jsem ráda vyšívala.“* K omezení, které klientka/pacientka popisovala, došlo po smrti manžela.

Na rodinu hospitalizace vliv neměla: *„Manžela nemám. S bratrem se nestýkám, chtěl jen mé peníze.“*

O možnosti podat žádost do domova pro seniory se nejdříve dozvěděla od lékaře, který za klientkou/pacientkou sociální pracovníci poslal. Informace o konkrétních službách se klientka/pacientka dozvěděla od sociální pracovníce. Klientka/pacientka uvádí: *„Finančně jsem zajištěná z prodeje zahrady, ale také pobírám důchod...“*

Pracovnice mi doporučila zažádat o příspěvek na péči. Před tím jsem o tom něco slyšela, ale nevěděla jsem, že na to má nárok.“

Osoby, o nichž se klientka/pacientka 3 domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Rodina „ <i>Nejvíce mi pomáhal manžel, ale zemřel.</i> “
2	Přátelé/kamarádi
3	Lékař/ka
4	Ošetřovatel/ka
5	Zdravotní sestra
6	Sociální pracovnice
7	Fyzioterapeut/ka (rehabilitační pracovník)

Rozhovor probíhal na dvoulůžkovém pokoji. Klientka/pacientka byla nejdříve nervózní, ale poté se rozpovídala a byla hovorná a otevřená.

Klientka/ pacientka 4

Základní informace:

Žena, ve věku 88 let. Manžela již nemá, má syna. Žije sama v prvním poschodí panelového domu.

V nemocnici hospitalizována od 17 října. Na oddělení následné péče je 25 dní. Před tím hospitalizována na chirurgii.

Fyzická oblast zdraví:

Do nemocnice ji přivedl pád se zlomeninou krčku stehenní kosti. Sama se obslouží v rámci lůžka. Pomoc potřebuje při hygieně a přesunu na pokojovou toaletu. Doufá, že půjde pryč a nebude potřebovat pomoc.

Po fyzické stránce jí nejvíce pomohl lékař. Dále také kamarádky, které dochází 1-2 krát za týden.

Psychická stránka zdraví:

Kontakt se sociální pracovníci popisuje takto: „...povídaly jsme si o tom, co by se mohlo stát a nestát, ale protože jsem sama, tak bych chtěla jít do domova důchodců. Přála by si, aby mi tam pomohli.“

„Pro službu jste se rozhodla, protože nemůžu být sama. Z důvodu častých pádů, nedalo se nic jiného dělat,...“ Vyplývalo to z horšené soběstačnosti. Pacientka/klientka znala možnost jít do domova pro seniory. „Věděla jsem to, od úmrtí manžela, přibližně 1 rok, si odtud беру obědy. Po příchodu sociální pracovníce jsme o tom mluvily.“ Jiný problém, se kterým by se obrátila, neměla. Doufá, že jí pomohou při řešení tohoto. Změnu nálady nepociťovala. „Na sociální pracovníci jsem se sama neobrátila. Je tu kolem dostatek lidí, na které se mohu obrátit.“

Sociální pracovníce dle subjektivního názoru klientky: „...když tu byla, tak jsme mluvily dost dlouho.“

Během hospitalizace jí nejvíce po psychické stránce pomohly hlavně neteře.

Sociální situace:

„Ráda luštím, tady tolik zájmů nemůže být, dřív jsem ráda a hodně četla, poslouchala televizi a rádio.“ V důsledku hospitalizace přišla o kontakt s okolím, neví co se děje.

Hospitalizace vliv na rodinu syna neměla. Klientku/pacientku, dle jejích slov, navštěvuje velmi málo. „Se sociální pracovníci jsem mluvila několikrát, pokud se něco děje nového, tak mi to přijde říct.“

Pacientka/klientka věděla o možnosti požádat o příspěvek na péči. Již v době před úrazem o něj několikrát žádala, ale bezúspěšně.

Osoby, o nichž se klientka/pacientka domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař/ka „Ten tomu nejvíc rozumí.“
2	Přátelé/kamarádi – přítelkyně
3	Zdravotní sestra

4	Rodina – syn, neteře
5	Sociální pracovnice
6	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník
7	Ošetřovatel/ka

Klientka/pacientka byla velmi otevřená. Rozhovor probíhal na pokoji. Při rozhovoru byly přítomny 2 spolupacientky.

Klient/pacient 5

Základní informace:

Muž, ve věku 66 let. Má jednoho bratra, se kterým se nestýká. Dříve žil v pronajatém panelovém bytě.

Je poprvé v nemocnici. V nemocnici je hospitalizován od února, přibližně 38 dnů.

Fyzická oblast zdraví:

Je poprvé hospitalizován v nemocnici. Do nemocnice ho přivedly otoky dolních končetin ke kolenům. K omezením došlo v důsledku pohybu. „Nyní je to lepší“ (pozn. ukazuje, že žádné otoky již nemá).

Po fyzické stránce pacientovi nejvíce pomohli lékaři.

Psychická oblast zdraví:

Kontakt se sociální pracovnící: „*Sociální pracovnice mi pomohla vyplnit žádost do domova pro seniory, teď čekám na vyřízení. ... Byl jsem rád, že za mnou sama přišla, poslala jí paní doktorka.*“

Na otázku, zda ovlivnila sociální pracovnice jeho rozhodnutí, odpovídá: „*Ano, ovlivnila rozhodnutí, nevěděl jsem, že můžu někam jít. Něco mi nabídla, tak jsem to vzal. Doma bych to sám nezvládl.*“

Klient/pacient neví, na koho by se obrátil při řešení problémů. Sociální pracovnice za ním přišla sama.

Po psychické stránce mu nejvíce pomohla sociální pracovnice.

Sociální situace:

Dříve pracoval na stavbě. Jediným zájmem bylo sledování televize.

Klient/pacient se s bratrem nestýká: „*Bratr za mnou zatím nebyl. Je rozvedený, bydlí po ubytovnách, ale nevím kde.*“ Na rodinu vliv hospitalizace neměla. „*Nevím, kde bratr je, nenavštěvuje mě.... Jinak na mě všichni zanevřeli.*“

Informace o možných službách před kontaktem se sociální pracovnící neměl. „*Nabídla mi nějaké možnosti, kam bych mohl jít.*“ „*Jsem v důchodu....*“ Ohledně financí sociální pracovníce klientovi/pacientovi pomohla: „*...s vyřízením příspěvku na péči.*“

Osoby, o nichž se klient/pacient domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Sociální pracovníce
2	Lékař/ka
3	Zdravotní sestra: „ <i>Nosí jen léky a jídlo</i> “
4	Ošetřovatelka
	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce: „ <i>Nepotřebuji, chodím sám.</i> “
	Rodina: „ <i>S bratrem se nestýkám.</i> “
	Přátelé/kamarádi: „ <i>Žádní za mnou nechodí.</i> “

Pacient byl velmi nesdílný, působil uzavřeným dojemem. Rozhovor s pacientem probíhal na lavičce, na chodbě. Nikdo jiný při rozhovoru nebyl přítomen.

Klient/pacient 6

Základní informace:

Muž, ve věku 83 let. Vdovec. Má dceru, která je lékařka - pracuje na kožním oddělení. Vnučka studuje medicínu. Dříve pracoval jako praktický lékař. „*Žil jsem v panelovém domě 4+1, 6 patro s výtahem, zateplený, pěkný, s internetem.*“

Hospitalizován do 18 května 2011, s pauzami, které trvaly přibližně měsíc.

Fyzická oblast zdraví:

Do nemocnice ho přivedla dušnost a ackinomykoza. Dále mi popisoval, co to je za onemocnění, jak vzniká, co způsobuje a jak je vzácné. Poté, co byl doma, se vrátil z důvodu pádu a s rupturou lebky. Doma se staral o sebe sám. „*Potřebuji pomoc při hygieně, sám se nevykoupu, protože potom nemohu vstát.*“

Během hospitalizace klientovi/pacientovi nejvíce pomohly po fyzické oblasti zdravotní sestry.

Psychická oblast zdraví:

Při kontaktu se sociální pracovníci se domluvili na rehabilitaci. „*Mám družstevní být, ve kterém mi mění kuchyňskou linku a příčku v koupelně, takže mě na měsíc umístí ještě někam jinam. Není to úplně jednoduché najít místo, kde by byla vhodná péče, snídaně, obědy i večeře.*“ Subjektivně vnímá vztah se sociální pracovníci takto: „*...byl jsem s ní spokojen.*“ S konflikty se sociální pracovníci se nesetkal. „*Uvědomuji si, že musím cvičit, abych se rozchodil a mohl jít domů. Proto půjdu do rehabilitačního ústavu. ... Spolupráci by bránilo, pokud by mě chtěla poslat někam, kam nechci. Takhle mám možnost jít domů. ... Sociální pracovnice nám vysvětlila, že budu cvičit. Potom, až se rozchodím, půjdu domů. ... zbytek zařídila dcera.*“

Klient/pacient nevnímal po kontaktu se sociální pracovníci změnu nálady ani pocitů. Vnímal kontakt jako běžný rozhovor, při kterém byl informován o možnostech, jak půjde domů. Subjektivně vztah nedokázal popsat. S konfliktem se sociální pracovníci se nesetkal. Dle klienta/pacienta sociální pracovnice jeho rozhodnutí neovlivnila. „*Do ničeho mě nenutila, ale chci domů, a když to teď nejde, tak se musím snažit, to je moje motivace.*“

Problém, se kterým se obrátil na sociálního pracovníka, neměl. Sociální pracovníci za ním poslal lékař. Dle klienta/pacienta kontakt probíhal přes dceru. Subjektivně vnímá, že sociální pracovnice měla vždy čas: „*Vždy se s dcerou domluvila.*“ Pokud má klient/pacient problémy, tak je řeší s dcerou.

Po psychické stránce během hospitalizace klientovi/pacientovi pomohla nejvíce jeho rodina.

Sociální situace:

Zájmem klienta/pacienta byl dlouholetý spor s energetickou společností. „Dokazoval jsem vady na vegetaci a omezení škodlivosti elektromagnetických polí, a to 7 let. Už jsem to měl skoro hotový.“ K omezením hospitalizací došlo tím, že tento spor nemohl dokončit. Na návštěvy za klientem/pacientem dochází vnučka a dcera.

Na rodinu hospitalizace vliv neměla: „Nemyslím si, že by to mělo na dceru vliv.“

Znal možnost jít do domova s pečovatelskou službou, či domova pro seniory. „... ale dříve to takové nebylo, dneska je toho hodně.“ Dcera se domluvila se sociální pracovníci a vše zařídila.

Osoby, o nichž se klient/pacient domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař
2	Zdravotní sestra
3	Rodina – dcera a vnučka
4	Přátelé, kamarádi
5	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
6	Sociální pracovníce
7	Ošetřovatel/ka

Rozhovor probíhal na dvoulůžkovém pokoji. Při rozhovoru byl přítomen spolupacient, se kterým jsem následně dělala také rozhovor. Klient/pacient byl otevřený a hovorný, zajímal se o to, co studuji. O svých zájmech a rodině vyprávěl velmi zaujatě.

Klient/pacient 7

Základní informace:

Muž, ve věku 88 let. Je 10 let vdovec, má 1 dceru, která je profesorka na filozofické fakultě a 2 dospělé vnoučata. „Do minulého roku jsem byl zcela soběstačný. Žil jsem sám v rodinném domku.“

Před pobytém na oddělení následné péče hospitalizován přibližně 8 dní na interním oddělení a dalších 7 dní na kardiologickém oddělení. Na oddělení následné péče hospitalizován 1 měsíc.

Fyzická oblast zdraví:

Do nemocnice byl přijat z důvodu srdečního slabosti, snížení výkonu srdce, dušnost. *„Pomoc potřebuji při zařizování všech potřebných věcí. Jinak zvládám vše, z nejhoršího jsem venku. Hromadila se ve mně voda, byl jsem prakticky nepohyblivý, shodil jsem 22 kilo.“*

Během hospitalizace ve fyzické oblasti nejvíce pomohli lékaři.

Psychická stránka zdraví:

Kontakt se sociálním pracovníkem popsal takto: *„Sociální pracovnice mi nechala lístek, který mám odevzdat dceři. Projednávaly to hlavně spolu. Dcera, ale neměla čas, takže to trvalo 12 dní, uvažovalo se o pečovatelské službě.“*

Zkušenost se sociální pracovnící vnímá jako malou. *„Byl jsem s ní málo v kontaktu.... Kontakt probíhal převážně přes dceru. Některé služby, které jí sociální pracovnice doporučila, si našla na internetu. Pak mi je řekla.“* Ke konfliktu mezi jednáním sociální pracovnice a přáním klienta nedošlo.

Sociální pracovnice s dcerou projednávala Domov s pečovatelskou službou nebo Pečovatelskou službu.“ Jelikož kontakt probíhal převážně přes dceru, klient uvádí, že nepociťoval žádnou změnu v pocitech. Klient uvádí, že se těší, až půjde domů. Za klientem dochází dcera: *„Chodí různě, jak jí to vyjde, buď každý den, nebo obden.“* Dle klienta/pacienta sociální pracovnice neovlivnila jeho rozhodování. Z nabídky, kterou řešila jeho dcera se sociální pracovnící, jednu přijal, protože chtěl jít domů.

Klient/pacient nemá pocit, že má kolem sebe dostatek lidí, na které se může obrátit, pokud by měl problém. Na sociální pracovníci se neobrátil sám, přišla sama.

Během hospitalizace po psychické stránce nejvíce pomohla rodina, hlavně dcera.

Sociální situace:

Zájmem klienta/pacienta byla práce na zahradě, údržba domu. Kromě toho hlavně četba a televize. „Důsledkem hospitalizace vše skončilo. I televize je zde pouze na chodbě, a to až u stropu.“

Hospitalizace měla vliv na dceru. „Rozhodilo jí to běžný rytmus. Ale myslím, že to zvládá.“

Pokud jde o informovanost, uvádí: „Věděl jsem to. Sociální pracovnice nabídla možnost Domova s pečovatelskou službou, ale jak se to vyvíjí, tak na to nebudeme reflektovat. Také mi sdělila možnost požádat o příspěvek na péči.“

„Rozhodl jsem se, že to zkusím zvládnout sám a nejdříve půjdu domů. Pečovatelská služba mi bude nosit obědy. Také mi pomůže dcera.“

Osoby, o nichž se klient/pacient 7 domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař
2	Rodina
3	Zdravotní sestra
4	Sociální pracovnice
5	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
6	Ošetřovatel/ka
	Přátelé/kamarádi – „Nemám.“

Klient/pacient 7 vnímá hospitalizaci takto: „Každý nečekaný pobyt v nemocnici je zlom, ze kterého se člověk bude obtížně vzpamatovávat.“

Klient/pacient 8

Základní informace:

Muž, 67 let. Žil v bytě, s výtahem. Vdovec. Žije v bytě s přítelkyní. Má dceru a syna, druhá dcera zemřela při autonehodě.

V nemocnici hospitalizován od 3. ledna na ortopedii, dále také na urologii. Na oddělení následné péče hospitalizován 3 týdny.

Fyzická oblast zdraví:

Do nemocnice byl přijat se zlomeninou dolní končetiny, z důvodu mdloby a pádu. Následně došlo u pacienta k cévní mozkové příhodě. Pomoc potřebuje při hygieně a oblékání. S pomocí se zvládne přesunout mimo lůžko. V rámci lůžka se obslouží sám.

Po fyzické oblasti mu nejvíce pomohli lékaři a sociální pracovníci.

Psychická stránka zdraví:

Kontakt se sociální pracovníci popisuje takto: *„Řešili jsme finanční otázku, neznal jsem žádné výhody či nevýhody. Nic jsem předtím nepotřeboval. Ve všem mi bylo vyhověno. Sociální pracovníce byla ochotná vstřícná.“*

Klient/pacient je rozhodnut, že chce na rehabilitaci do léčebny dlouhodobě nemocných. *„Nikam mě nenutila, musím se snažit sám. Nabídla a vysvětlila mi, jaké mám možnosti.“* Je rozhodnut, že musí hodně cvičit, aby byl opět soběstačný.

„S otázkou, co bude po hospitalizaci, přišla sama a nabídla možnosti. Jsem spokojený. Byl jsem rád, že přišla.“

Klient/pacient subjektivně vnímá, že nemá moc zkušeností se sociální pracovníci. Dle jeho názoru, ale měla vždy dostatek času.

Klient/pacient má pocit, že má kolem sebe dostatek osob, na které se může obrátit, pokud by měl problém. Obrací se na rodinu a přítelkyni.

V psychické oblasti mu nejvíce pomohla rodina, hlavně syn, a také přítelkyně, kterou si chce vzít, až bude chodit.

Sociální situace:

Zájmem klienta/pacienta je výpočetní technika. V důsledku hospitalizace došlo k omezení v pohybu pravé dolní končetiny, po cévní mozkové příhodě. *„Ale mám naději, že to bude v pořádku. Budu cvičit....“*

Přibližně obden klienta/pacienta navštěvuje přítelkyně a syn. Hospitalizace dle klienta/pacienta měla vliv na rodinu. „*Nemohu být s přítelkyní, ani synem. Také došlo k omezení kontaktů jinými lidmi.*“

Informace ohledně možného zajištění služeb či finančního zajištění před hospitalizací a před kontaktem se sociální pracovnící neměl. Sociální pracovníce přišla sama a nabídla služby.

Nyní má dostatek informací od sociálního pracovníka ohledně možností následné péče i finančního zajištění. „*...Ano, domluvili jsme se, že půjdu do léčebny na rehabilitaci. Nechci být sám. Ohledně financí jsme řešili změnu předání důchodu. Přišla sama, spadl mi kámen ze srdce, neměli to komu vyplatit. Také jsme se sociální pracovníci podávali žádost na příspěvek na péči, je to v řešení.*“

Osoby, o nichž se klient/pacient domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař
2	Sociální pracovníce
3	Rodina a přítelkyně
4	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
5	Přátelé, kamarádi
6	Zdravotní sestry
7	Ošetřovatel/ka

Rozhovor probíhal na dvoulůžkovém pokoji. Při rozhovoru byl klient/pacient na pokoji sám.

Klient/pacient 9

Základní informace:

Muž, ve věku 62 let. Rodinu nemá. Má sestru, kterou příliš nevidá a neteř. Dříve žil sám, v sedmém patře panelového domu.

V době rozhovoru 35 dní na oddělení následné péče. Před pobytem na oddělení následné péče byl hospitalizován na ARO a na chirurgii.

Fyzická oblast zdraví:

Do nemocnice byl přijat z důvodu omrzlin dolních končetin, kde mu byly následně amputovány obě dolní končetiny pod kolena. *„Stalo se to, když jsem čekal na kamaráda v autě a usnul jsem. Na chirurgii mi nohy amputovali.“* Pohybuje se na invalidním vozíku. Sám se zvládá na vozík přesunout. Obslouží se, potřebuje pouze malou pomoc při hygieně.

Po fyzické oblasti mu nejvíce pomohli lékaři.

Psychická stránka zdraví:

Průběh kontaktu se sociální pracovníci si již moc nevybavuje. *„Přišla sama. O něčem takovém jsem nevěděl. Řekla, jaké jsou možnosti, abych se mohl rozhodnout. Rozhodl jsem se, že půjdu do Domova pro seniory, pomohla mi vyplnit žádost. Rád bych šel do Domova pro seniory v Českých Velenicích, ale není tam místo. Proto půjdu do Počátek.“*

Vztah se sociální pracovníci vnímá jako dobrý. *„Sociální pracovnice přišla sama. Neznal jsem tuto možnost, byl jsem překvapen a rád.“* ... *„Myslím si, že rozhodnutí ovlivnilo hlavně to, že tam kam jsem chtěl, není místo. Tak se přizpůsobím.“*

S úředními věcmi a žádostmi pomáhá neteř, která ho navštěvuje přibližně 2 krát týdně. Za dobu hospitalizace klienta/pacienta asi dvakrát navštívila také sestra.

Pokud by měl problém, tak nyní by se obrátil na sociální pracovníci nebo lékaře.

Během hospitalizace mu nejvíce po psychické stránce pomohli lékaři a zdravotní sestry. *„Když se to stalo, tak náladu nejvíce ovlivnil přístup sester.“*

Sociální situace:

Dříve byl řidičem z povolání. Žádné zájmy neměl. U klienta/pacienta došlo k zásadnímu omezení pohybu. Dle klienta/respondenta hospitalizace na rodinu vliv neměla.

Informace ohledně možností následné péče nebo finančního zajištění neměl. „*Dříve jsem to nemusel řešit. Nemám moc zkušeností. Žádné příspěvky jsem nepobíral.*“

„*Nyní mám podanou žádost do Domova pro seniory a podanou žádost na příspěvek na péči. Pobírám taky důchod.*“

Osoby, o nichž se klient/pacient domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař/ka
2	Zdravotní sestra
3	Sociální pracovnice
4	Ošetřovatel/ka
5	Rodina- neteř
6	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
7	Přátelé, kamarádi

Rozhovor probíhal na třílůžkovém pokoji, kde byl přítomen jeden spolupacient. Klient/pacient působil vyrovnaně a klidně, ale nebyl příliš komunikativní.

Klientka/pacientka 10

Základní informace:

Žena, ve věku 80 let. Má jednu dceru a dvě vnoučata. Žije s dcerou v rodinném domě.

Opakovaně hospitalizována. Nejdříve hospitalizována na neurologickém oddělení, interním oddělení a následně na oddělení následné péče. Délka pobytu v nemocnici dva měsíce.

Fyzická oblast zdraví:

Klientka/pacientka potřebuje celodenní péči, je ležící, inkontinentní, pomoc potřebuje při hygieně, oblékání a vyprazdňování. Sama se zvládne najíst a napít.

Do nemocnice jsem byla přijata z důvodu bolestí páteře: „...nemohla jsem už skoro ani chodit.“ „Zjistili, že mám rakovinu. Byla jsem potom na operaci,...přestala jsem chodit úplně. Po té jsem byla propuštěna, šla jsem domů.“

Dle klientky/pacientky jí nejvíce po fyzické stránce během hospitalizace pomohl lékař.

Psychická stránka zdraví:

Klientka/pacientka byla se sociální pracovníci v kontaktu opakovaně. Již při první hospitalizaci. Sociální pracovníci jí doporučil lékař. „Lékař za mnou sociální pracovníci poslal. Ptala se na rodinu, co bych chtěla, jak bych si to představovala. Poté také mluvila s dcerou a řešily, jak si to představuje ona.“ Klientka/pacientka byla propuštěna domů, kde se o ni starala dcera. „Dcera chodila na půl úvazku do práce, aby se o mě mohla starat. Pak už to nezvládala, proto musela zaměstnání opustit. Má také zdravotní problémy. Bylo pro ni náročné se o mě starat.“

„Sociální pracovnice mi při první hospitalizaci pomohla se zařízením příspěvku na péči a dala kontakty na půjčovny pomůcek.... Pro dceru to bylo finančně náročné. Já jsem, ale byla ráda, že mohu být doma.“

„Při druhé hospitalizaci, asi na zavolání doktora, přišla opět sama. A to jsme se domluvily, že podáme žádost do domova pro seniory.“ „Byla jsem smutná a ztratila jsem naději, že se vrátím domů, ale vím, že to se mnou už lepší nebude. Takto to bude lepší.“

Ke konfliktu se sociální pracovníci nedošlo: „Mým přáním je jít domů, ale to mi ani sociální pracovnice nemůže splnit, když se o mě nikdo nepostará. Víím, že pomoc potřebuji.“...

Rozhodnutí klientky/pacientky: „Sociální pracovnice neovlivnila mé rozhodování. Musela jsem někam jít. ...K rozhodnutí mě přivedla má situace, kdy se dcera nemůže postarat.“

„Myslím, že víím, na koho bych se obrátila. Pokud něco potřebuji zařídit, pomáhá mi dcera a vnučka. Ted' víím, že mi taky poradí i sociální pracovnice. To je dobré.“

„Se sociální pracovníci jsem také řešila, jak to bude s důchodem, byla jsem v nemocnici dlouho a nevěděla jsem, jak ho mám vyzvednout.“

Subjektivně vnímá zkušenost se sociálním pracovníkem jako dobrou. *„Snažila se mi pomoci. ...je vidět, že se snaží pomoci a pokud to jde, vyhoví.“*

Po psychické stránce klientce/pacientce nejvíce pomohla rodina.

Sociální situace:

„Zájmy už moc nemám, jediné co tady mohu dělat je poslouchat rádio.“ V důsledku hospitalizace došlo k omezení pohybu a kontaktu s rodinou. Klientku/pacientku navštěvuje dcera a vnučky, přibližně obden, střídají se.

Na rodinu má nemoc vliv. Dcera přestala chodit do zaměstnání. *„Starala se o mě. Pobírala příspěvek na péči, ale než ho dostala, tak to nějakou dobu trvalo. Myslím, že to pro ni bylo finančně náročné.“*

„Věděla jsem, že mohu jít do domova pro seniory, trochu jsem ho znala....Ale finanční záležitosti, o těch jsem moc nevěděla. Proto jsme řešili důchod, taky ten příspěvek. Jiné peníze jsem nepobírala.“

Ohledně následné péče se klientka/pacientka nedomnívá, že má dostatek informací. *„Nemyslím, že mám dostatek informací, je toho hodně, ale bylo mi nabídnuto to, co bylo asi pro mě dostupné a vhodné. ... Kromě příspěvku na péči a důchodu jsme neřešili žádné jiné peníze. To jsem zatím nepotřebovala.“*

Osoby, o nichž se klientka/pacientka domnívá, že pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Zdravotní sestra
2	Lékař/ka
3	Rodina
4	Sociální pracovníce
5	Ošetřovatel/ka
6	Přátelé/kamarádi
7	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce

Klientka/pacientka byla otevřená a hovorná. Rozhovor probíhal na dvoulůžkovém pokoji. Při rozhovoru spolupacientka nebyla přítomna.

Klientka/pacientka 11

Základní informace:

Žena, ve věku 82 let. Vdaná, žije v malém rodinném domě s manželem. Má dvě děti dceru a syna. Dcera je vdaná a žije v její blízkosti. Syn žije v cizině, občas dojíždí. Celkem má pět vnoučat. Dále má 12 let psa „Žeryka“. Dcera jí pomáhá. Manžel má demenci, ale zatím se zvládá obsloužit. Kromě psa mají také slepice a několik králíků.

V nemocnici je nyní zatím přibližně 14 dní.

Fyzická oblast zdraví:

Důvodem hospitalizace jsou závratě, vysoký tlak a bušení srdce.

Pacientka potřebuje mírnou dopomoc během dne, dopomoc při jídle, hygieně. Je schopna přesunu na pokojovou toaletu, nutná dopomoc při hygieně, rehabilitaci, chůzi. Do domu má několik schodů.

Během hospitalizace klientce/pacientce nejvíce pomohli zdravotní sestry a fyzioterapeuti.

Psychická stránka zdraví:

V průběhu kontaktu se sociální pracovníci jí popisuje jako velmi příjemnou. „Obětavě mi pomohla při těžké situaci, v tu chvíli pro mě neřešitelnou situaci dokázala uspokojit.“ Zkušenost se sociální pracovníci subjektivně vnímá jako výbornou. Kontakt se sociálním pracovníkem byl zpestřením dne v nemocnici. Kontakt jí vyhovoval, dle jejího názoru, již v jejím věku nemůže mít tolik nároků.

Sociální pracovníce při řešení situace kontaktovala dceru a společně se dohodly na pečovatelské službě a domácí péče pro rehabilitaci a chůzi.

Sociální pracovníce, dle názoru klientky/pacientky ovlivnila kladně její rozhodování, nabídnutím možnosti vrátit se domů.

Klientka se nejvíce těší, že pojedje brzo domů a bude s manželem a se psem. Vztah se sociálním pracovníkem subjektivně vnímá jako přátelský. Nikdy se nesetkala se situací, kdyby se jí nelíbilo chování sociálního pracovníka.

Pacientka/klientka má kolem sebe dostatek lidí, na které se může obrátit. Na sociální pracovníci se neobrátila sama, ale přes doporučení lékaře, protože nechtěla nechat manžela samotného doma. Dohodla se proto s dcerou na propuštění domů.

Po psychické stránce nejvíce pomohla rodina.

Sociální situace:

Mezi její záliby patří četba, křížovky, pletení, zahrádka a její zvířátka, stará se o slepice, králíky a psa. K omezení došlo v důsledku nemoci. Špatný pohyb, nemůže se ohnout, nevydrží dlouho chodit, musí si často odpočinout.

Na návštěvy za ní dochází dcera s vnoučaty a manželem. Chodí přibližně obden, protože manžel toho tolik neujde. (pozn. už se jich nemůže dočkat)

Hospitalizace měla vliv na rodinu odloučením od ní. Špatnou komunikací, špatným vyrovnáním se sníženou soběstačností, změnou prostředí.

Před kontaktem se sociální pracovníci neměla dostatek informací o zajištění. Nyní má zajištěnou domácí péči. Nabídnut jí byl Domov pro seniory nebo Domov s pečovatelskou službou, ale chce být doma s manželem, dokud to půjde.

Osoby, o nichž se klientka/pacientka 11 domnívá, že jí pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Rodina
2	Zdravotní sestra
3	Sociální pracovnice
4	Lékař/ka
5	Ošetřovatel/ka
6	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
7	Přátelé/kamarádi

Klientka/pacientka působila nejdříve nejistě. Tato nejistota však odpadla, když začala vyprávět o své rodině. Rozhovor probíhal na třílůžkovém pokoji. Při rozhovoru byla přítomna jedna spolupacientka.

Klientka/pacientka 12

Základní informace:

Žena, 72 let. Vdova, má 2 děti, syn a dcera. Syn žije v zahraničí. Žije sama v rodinném domě.

Hospitalizována 14 dní na interním oddělení.

Fyzická oblast zdraví:

Klientka/pacientka: „Do nemocnice jsem přišla po kolapsu a tady mi zjistili, že mám vysoký cukr.“

„Byla jsem soběstačná, ale mám cukrovku a léky již nestačí.“ Klientka/pacientka nevládá aplikaci inzulínu. „Mám problémy s motorikou a občasný třes rukou, také mám špatný zrak. Jsem po operaci očí.“...Omezením dle klientky/pacientky bylo: „Kvůli těmto problémům si nevládám sama doma uvařit, a proto bych potřebovala doma pomoci.“

Dle klientky/pacientky jí po fyzické stránce během hospitalizace nejvíce pomohly zdravotní sestry.

Psychická stránka zdraví:

Průběh kontaktu se sociálním pracovníkem: „Sociální pracovnice za mnou přišla, nabídla mi, jaké mám možnosti. Ptala se, co bych potřebovala, kdo by mi mohl pomoci. Vysvětlila mi, co mám za možnosti a nabídla mi jít do domova s pečovatelskou službou, nebo domácí péči na aplikaci inzulínu, zajištění nákupů a dovozu obědů. Ale, řekla jsem, že se ještě poradím dcerou.“

„Pomohla mi nabídkou a dala mi čas, abych se rozhodla. Poté mi pomohla kontaktovat zařízení.“

Na klientku/pacientku kontakt se sociální pracovníci působil kladně: „Uklidnila jsem se a nálada se mi zlepšila, měla jsem radost. Před tím jsem měla strach, že to doma nezvládnou. Špatně jsem spala.“

„Uvažuji o domově s pečovatelskou službou, byla bych ráda, protože bych nebyla sama.“

Klientku/pacientku navštěvuje jednou týdně dcera i vnoučata: „Byli tu za mnou také sousedi a pravidelně obden chodí kamarádka.“

Na sociální pracovníci se neobrátila sama, doporučil ji lékař. Dle klientky/pacientky sociální pracovníce ovlivnila její rozhodování nabídkou služeb.

Uvádí, že má dostatek osob kolem sebe, na které se může obrátit při řešení problémů. Obrací se na dceru, vnoučata a kamarádka.

Klientka/pacientka subjektivně vnímá vztah se sociální pracovníci jako dobrý, také uvádí, že při rozhovoru měla dostatek času.

Dle klientky/pacientky po psychické stránce nejvíce pomáhají přátelé a kamarádi.

Sociální situace:

Klientka/respondentka dříve ráda četla, luštila křížovky, pracovala na zahradě, nyní ráda poslouchá rádio. K omezením v důsledku hospitalizace došlo v kontaktu s přáteli: „Nemůžu si popovídat se sousedkou. Děti, mají málo času. Ale dcera za mnou jednou týdně jezdí a pomáhá mi vše vyřídit. Přivezla mi rádio, tak mi toho tady moc nechybí.“

Na situaci rodiny vliv neměla: „Myslím, že vliv na dceru neměla. ... Stará se mi o dům a zaplacení účtů.“

Klientka/pacientka před kontaktem se sociální pracovníci neměla informace o službách. Je v důchodu a nepobírala žádné příspěvky ani dávky. Nyní má dostatek informací. „Ano, sociální pracovníce mi to vysvětlila. Také mi sdělila možnost požádat o příspěvek na péči.“

Osoby, o nichž se klientka/pacientka domnívá, že jí pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař/ka
---	----------

2	Zdravotní sestra
3	Rodina
4	Sociální pracovníce
5	Přátelé/kamarádi
6	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
7	Ošetřovatel/ka

Rozhovor probíhal na dvouložkovém pokoji. Při rozhovoru byla klientka/pacientka na pokoji sama.

Klientka/pacientka 13

Základní údaje:

Žena ve věku 82 let. Má dceru a dva syny. Žije s dcerou v bytě v panelovém domě, s výtahem, ve třetím patře.

Hospitalizována 10 dní na interním oddělení.

Fyzická oblast zdraví:

Klientka/pacientka potřebuje pomoc při vstávání a při chůzi, zvládá chůzi pomocí „chodítka“. Nevládá péči o domácnost, sama si neuvaří.

„Do nemocnice jsem přišla, protože jsem skoro přestala chodit, neudržela jsem se na nohou, a proto jsem upadla. To bylo tím, že jsem málo pila. Zatočila se mi hlava. Nemohla jsem nikam jít. Ale na nohou mám bércové vředy, a ty se musí převazovat.“

Po fyzické stránce klientce/pacientce nejvíce pomohly zdravotní sestry.

Psychická stránka zdraví:

„Lékař mi řekl, že to doma nezvládnou a poslal za mnou sociální pracovníci. Ta se ptala, jak to vidím já, zda mám rodinu a kdo by se o mě postaral. Pak mi dala číslo, aby se jí dcera ozvala. A domlouvala se převážně s dcerou.“

Klientka/pacientka nechává rozhodnout dceru. S konfliktem se sociální pracovníci se nesetkala. *„Když jí za mnou lékař poslal, myslela jsem si, že mě chce poslat někam do*

těch léčeben pro ležící. A po tom, když mi nabídla, kam bych mohla jít, tak jsem měla strach, že už nepůjdu domů.“

„Řešila to s dcerou, která se mnou žije a postará se o mne. Jsem ráda, že takhle vymyslely. Dcera je v důchodu, tak jí to problém nedělá. A na převazy budou chodit sestry z domácí péče.“ Klientka/pacientka se těší, že půjde domů. „Teď musím ještě čekat, než půjdu domů. Dcera vše zařizuje. Pracovnice jí poradila a dala kontakty na půjčovny pomůcek, abych mohla doma chodit. A poradila, že můžeme zažádat o příspěvek na péči a jiné dávky. Dcera to vyřizuje na úřadech. Snad příští týden si mě vezme domů.“

Pracovnice rozhodnutí neovlivnila: *„Chtěla jsem domů. To mi splnila.“* Klientka/pacientka se obrací na dceru, pokud má problém. A dle jejího názoru má kolem sebe dostatek lidí, na které se může obrátit a kteří jí pomohou.

Klientce/pacientce po psychické stránce nejvíce pomohla rodina.

Sociální situace:

Klientka/pacientka ráda luštila křížovky a pracovala na zahradě. Nyní již toto dělat nemůže: *„...špatně vidím a taky chodím.“* Při hospitalizaci k omezením nedošlo.

Dcera s vnoučaty a synové s vnoučaty se střídají. Každý den za klientkou/pacientkou dochází.

Hospitalizace měla vliv na dceru. *„Dcera je v důchodu, ale zabere jí to dost času, to běhání po úřadech. Taky říkala, že i za to choditko se musí platit. To všechno bude asi pěkně drahé.“*

Klientka/pacientka ohledně možné péče znala domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných, ale více informací o těchto zařízeních nezjišťovala. Ohledně možností půjčení pomůcek, sama to neznala: *„..., ale dcera říkala, že sousedka si taky něco půjčovala, když byla po operaci.“*

Nyní klientka/pacientka není schopna posoudit, zda má dostatek informací.

„Převážně vše proběhlo přes dceru, věřím jí, že to zařídila dobře.“

Osoby, o nichž se klientka/pacientka 13 domnívá, že jí pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Zdravotní sestra
2	Lékař/ka
3	Rodina
4	Sociální pracovník/ce
5	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
6	Ošetřovatel/ka
7	Přátelé/kamarádi

Rozhovor probíhal na třílůžkovém pokoji. Při rozhovoru nebyla přítomna žádná spolupacientka.

Klient/pacient 14

Základní informace:

Muž, ve věku 45 let. Klient/pacient má sestru, kterou nevidá. Neví, kde sestra žije. Vlastní rodinu nemá. „*V současnosti nemám ani práci. Taky jsem to nezvládl a nemohl jsem zaplatit nájem, tak jsem se musel vystěhovat, nemám teď nic.*“

V nemocnici hospitalizován přibližně 10 dní na interním oddělení.

Fyzickou oblast zdraví:

Klient/pacient je soběstačný. „*Do nemocnice jsem přišel, protože jsem měl bolesti břicha a mám cukrovku, ale ztratil jsem inzulínové pera.*“

Ve fyzické oblasti klientovi/pacientovi nejvíce pomohl lékař/ka.

Psychickou stránka zdraví:

Sociální pracovníce přišla na doporučení lékaře. „*Byl jsem rád, že přišla. To mě vůbec nenapadlo, že by mi tady pomohla.*“

Klient/pacient uvádí: „*Zjišťovala, jak to se mnou je.*“ Rozhodování nechává na sociální pracovníci a čeká, co mu nabídne. Uvádí, že chce změnit způsob života.

Sociální pracovnice podala informace ohledně dávek a jejich zajištění. Také dala kontakt na zařízení, kde mu pomohou řešit situaci s bydlením a hledáním zaměstnání.

Klient/pacient uvádí, že kolem sebe nemá dostatek osob, na které se může obrátit při řešení problémů: „Ze začátku jsem přespával u kamarádů, ale dál už to taky nešlo.“

Po psychické oblasti, dle klienta/pacienta nejvíce pomáhá sociální pracovnice.

Sociální situace:

Klient/pacient uvádí, že nemá žádné zájmy. K omezením při hospitalizaci nedošlo: „Nic mi tu nechybí. Jenom se nevidám s kamarády.“ Do nemocnice za klientem/pacientem nedochází žádné návštěvy.

Se sestrou se nestýká. Na rodinu vliv hospitalizace neměla. Informace ohledně zařízení, která by mu pomohla, neměl. Věděl o možnosti požádat o dávky, ale styděl se za situaci, do které se dostal.

Klient/pacient popisuje, že zjistil jaké má možnosti: „Nyní vím, kam po propuštění půjdu.“

Osoby, o nichž se klient/pacient domnívá, že jí pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař/ka
2	Sociální pracovník/ce
3	Zdravotní sestra
4	Ošetřovatel/ka
5	Přátelé/kamarádi
X	Rodina – nestýká se
X	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce „Nepotřeboval jsem.“

Klient/pacient nebyl příliš hovorný. Rozhovor probíhal na čtyřlůžkovém pokoji. Při rozhovoru byli přítomni dva spolupacienti.

Klient/pacient 15

Základní informace:

Muž, ve věku 49 let. Je rozvedený. Má jednoho syna ve věku 16 let. Žije v rodinném domě s matkou.

Hospitalizovaný přibližně devět měsíců, nejdříve na oddělení neurologie, poté na interním oddělení a následně na oddělení následné péče.

Fyzickou oblast zdraví:

Do nemocnice byl přijat po kolapsu, s úrazem hlavy.

Následkem úrazu došlo k ochrnutí dolních končetin. S pomocí se zvládne posadit a sám se najíst. Pomoc potřebuje při vyprazdňování, hygieně a oblékání.

Dle klienta/pacienta mu při hospitalizace nejvíce pomáhá ve fyzické oblasti lékař/ka.

Psychickou stránka zdraví:

Sociální pracovnice přišla na zavolání lékaře. Dle klienta/pacienta zjišťovala informace o rodině a kontakty s nimi. „*Řešili jsme, co se mnou bude po propuštění, a co bych chtěl. Už potom úrazu, když mi řekli, že nebudu chodit, jsem věděl, že domů nemůžu.*“

Sociální pracovnice nabídla zařízení, které jsou pro klienta/pacienta dostupné a vhodné. „*V rozhodování jsem neměl moc na výběr. Musel jsem něco přijmout. Přistoupil jsem na nabídky sociální pracovnice.*“

Sociální pracovnice s klientem/pacientem také řešila jeho finanční zajištění. Důsledkem úrazu je v pracovní neschopnosti. „*Nejvíce mě mrzí, že nemohu domů a uvědomění, že se nepostavím na nohy.*“ Klient/pacient uvádí, že je rád, když si s ním přijde popovídat. S konfliktem se sociální pracovníci se neseťkal. Subjektivně nedokáže posoudit vztah se sociální pracovníci.

Klient/pacient nevnímá kolem sebe dostatek osob, na které by se mohl obrátit, při řešení problému. Během hospitalizace nejvíce po psychické stránce pomáhají zdravotní sestry.

Sociální situace:

Klient/pacient uvádí, že rád poslouchá hudbu. K omezení došlo v pohybu. Syn klienta/pacienta nenavštěvuje. Matka má počínající demenci, je po operaci srdce a je sama odkázána na pomoc druhých. Nyní má zařízený pobyt v domově pro seniory.

S rodinou se klient/pacient nestýká. Syn za ním nechodí. Dříve docházela matka, ale ta nyní nemůže, občas si zavolají.

Klient/pacient pociťuje, že po úrazu se začal zhoršovat zdravotní stav matky. Nyní se nemohou navštěvovat. Problém vidí také v rodinném domě, ve kterém spolu žili. Neví, kdo se o dům postará.

Před pobyttem věděl, že v jeho okolí jsou zařízení pečující o osoby potřebující pomoc a péči, ale převážně pro staré osoby. O možnosti dávek a možnosti finančního zajištění informován, ale nevěděl jak tuto situaci řešit při hospitalizaci.

Nyní vnímá, že má informace, ale pouze o zařízeních, které mu sociální pracovnice doporučila. K několika dostal informační materiály.

Se sociální pracovnicí řešil také finanční stránku pobytu: „*Jsem v pracovní neschopnosti a nepobírám žádné dávky. Nemám ani důchod. Pomohla mi se zařízením příspěvku na péči a s žádostí o invalidní důchod.*“

Osoby, o nichž se klient/pacient domnívá, že jí pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

1	Lékař/ka
2	Zdravotní sestra
3	Fyzioterapeut/ka, rehabilitační pracovník/ce
4	Sociální pracovnice
5	Ošetřovatel/ka
6	Rodina
X	Přátelé/kamarádi „ <i>Žádní za mnou nechodí.</i> “

Rozhovor probíhal na třílůžkovém pokoji. Při rozhovoru byli přítomni dva spolupacienti.

4.3 Porovnání vybraných otázek na základě rozhovorů s klienty/pacienty

Tab. 2: Základní informace o druhém výzkumném souboru:

Klient/ pacient	Pohlaví	Věk	Bydlení
1	Žena	80 let	Byt v panelovém domě
2	Žena	80 let	Rodinný dům
3	Žena	79 let	Byt v panelovém domě
4	Žena	88 let	Byt v panelovém domě
5	Muž	66 let	Byt v panelovém domě
6	Muž	83 let	Byt v panelovém domě
7	Muž	88 let	Rodinný dům
8	Muž	68 let	Byt v panelovém domě
9	Muž	62 let	Byt v panelovém domě
10	Žena	75 let	Rodinný dům
11	Žena	82 let	Rodinný dům
12	Žena	73 let	Rodinný dům
13	Žena	80 let	Byt v panelovém domě
14	Muž	55 let	Bez domova, přespává u přátel/kamarádů a po ubytovnách
15	Muž	49 let	Rodinný dům

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 3: Osoby, o nichž se klienti/pacienti domnívají, že jim pomáhají nejvíce při zvládnutí nemoci, dle důležitosti: (1 nejvíce – 7 nejméně)

Osoby, které pomáhají při zvládnutí nemoci dle důležitosti		Průměr odpovědí klientů/pacientů
Lékař/ka	1	1,67
Zdravotní sestra	2	2,73

Rodina	3	3,0
Sociální pracovník/ce	4	3,8
Přátelé/kamarádi	5	4,64
Ošetřovatel/ka	6	5,33
Fyzioterapeut/ka (rehabilitační pracovník/ce)	7	5,54

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.1 Fyzická oblast zdraví klientů/pacientů

Tab. 4: Oblasti, ve kterých klienti potřebují pomoc x Oblasti, které klienti zvládají

Klient/ pacient	Oblasti, ve kterých klienti/pacienti potřebují pomoc	Oblasti, které klienti/pacienti zvládají
1	Po fyzické stránce potřebuje minimální pomoc při hygieně.	Částečně soběstačná, chodí pomocí „chodítka“.
2	Nezvládá péči o domácnost.	Po fyzické stránce pomoc nepotřebuje, soběstačná.
3	Potřebuje dopomoc, je schopna přesunu mimo lůžko, ale pouze s pomocí. Potřebuje pomoci při vyprazdňování a hygieně. Nezvládá péči o domácnost.	Sama se obslouží v rámci lůžka, posadí se.
4	Potřebuje dopomoc při hygieně a přesunu na pokojovou toaletu.	Sama se obslouží v rámci lůžka, posadí se.
5		Pomoc po fyzické stránce nepotřebuje, soběstačný.
6	Pomoc potřebuje při hygieně. S pomocí zvládne ujít několik kroků.	Sám se obslouží v rámci lůžka a posadí se na lůžko.
7		Pomoc po fyzické stránce nepotřebuje, soběstačný.

8	Pomoc potřebuje při hygieně a oblékání. S pomocí se zvládne přesunout mimo lůžko.	V rámci lůžka se obslouží sám.
9	Pohybuje se pomocí invalidního vozíku. Potřebuje dopomoc při hygieně.	Zvládá se sám přesunout na vozík.
10	Potřeba celodenní péče, omezená mobilita, inkontinentní. Potřeba pomoci při hygieně, oblékání a vyprazdňování.	Sama se zvládne najíst a napít.
11	Potřeba mírné dopomoci během dne, dopomoc při hygieně a rehabilitaci – chůze.	Schopna se přesunout na pokojovou toaletu.
12	Mírná dopomoc během den, při jídle a oblékání. Nezvládá péči o domácnost. Problémy s motorikou a občasný třes rukou, vada zraku.	Soběstačná.
13	Potřeba pomoci při vstávání z lůžka a při chůzi. Nezvládá péči o domácnost.	Zvládá chůzi pomocí „chodítka“.
14		Soběstačný.
15	S pomocí se zvládne posadit. Pomoc potřebuje při vyprazdňování, hygieně a oblékání.	Obslouží se v rámci lůžka. Sám se zvládá najíst.

Zdroj: vlastní výzkum

Tab. 5: Kdo během hospitalizace nejvíce pomáhá ve fyzické oblasti

Po fyzické stránce nejvíce při hospitalizaci pomáhá	Počet odpovědí klientů/pacientů
Lékař/ka	11
Zdravotní sestra	4
Sociální pracovník/ce	0
Ošetřovatel/ka	0

Fyzioterapeut/ka (rehabilitační pracovník/ce)	0
Rodina	0
Přátelé/kamarádi	0

Zdroj: vlastní výzkum

Z 15 dotázaných klientů/pacientů celkem 11 uvádí, že nejvíce po fyzické stránce při hospitalizaci pomáhá lékař/ka. Dle 4 dotázaných klientů/pacientů nejvíce pomáhá zdravotní sestra.

4.3.2 *Psychická stránka zdraví klientů/pacientů*

Tab. 6: Oslovení sociální pracovníka

Oslovení sociálního pracovníka	Počet klientů/pacientů
Oslovení klientem/pacientem	0
Oslovení rodinou	0
Oslovení lékařem	15

Zdroj: vlastní výzkum

Z 15 dotázaných klientů/pacientů sociálního pracovníka neoslovili sami, ale na doporučení lékaře.

Tab. 7: Reakce a pocity po kontaktu se sociálním pracovníkem

Reakce a pocity po kontaktu se sociálním pracovníkem	Četnost odpovědí klientů/pacientů
Radost po kontaktu	7
Bez pocitu, bez změny nálady	3
Smutek	2
Zpestření dne	1
Uklidnění	1

Strach	1
Ztráta naděje	1
Získání naděje	1
Překvapení	1

Zdroj: vlastní výzkum

Z výzkumu vyplývá, že kontakt sociálních pracovníků působí kladně na náladu klientů/pacientů. Radost po kontaktu pocíťovalo 7 klientů/pacientů. Naopak 3 klienti/pacienti nepocíťovali žádné pocity ani změny nálady. 2 klienti/pacienti pocíťovali smutek. Další reakce, které klienti/pacienti uváděli, bylo uklidnění, zpestření dne, získání naděje, překvapení a strach.

Tab. 8: Subjektivní vnímání klientů/pacientů vlivu sociálního pracovníka/ce při rozhodování

Vliv sociálního pracovníka na rozhodování	Počet klientů/pacientů
Sociální pracovník neovlivnil rozhodování	9
Sociální pracovník ovlivnil rozhodování	6

Zdroj: vlastní výzkum

Z 15 oslovených klientů/pacientů 9 uvádí, že sociální pracovník neovlivnil jejich rozhodování a pro službu se rozhodli sami. Z dotázaných klientů/pacientů naopak 6 uvádí, že sociální pracovnice ovlivnila jejich rozhodnutí.

Tab. 9: Motivace klientů/pacientů při rozhodování

Motivace klientů/pacientů k rozhodování	Četnost odpovědí klientů/pacientů
Návrat domů	5

Nezvládnutí péče o domácnost	4
Vysvětlení a pochopení problémů	6
Zhoršená soběstačnost, závislost na péči	5
Nabídka dostupných služeb	6
Změna způsobu života, řešení problémové situace	1

Zdroj: vlastní výzkum

Dle výpovědí oslovených pacientů/klientů největší motivací k rozhodnutí je vysvětlení a pochopení problémů, stejně tak nabídka dostupných služeb. Další motivací je možnost návratu domů, shodně se zhoršenou soběstačností, závislostí na péči a následně nezvládnutí péče o domácnost. Z odpovědí 1 z dotazovaných také vyplývá, že motivací je změna způsobu života a řešení problémové situace.

Tab. 10: Kdo během hospitalizace pomáhá nejvíce v psychické oblasti

Po psychické stránce nejvíce při hospitalizaci pomáhá	Počet odpovědí klientů/pacientů
Rodina	7
Zdravotní sestra	3
Přátelé/kamarádi	3
Sociální pracovník/ce	2
Fyzioterapeut/ka- (Rehabilitační pracovník/ce)	0
Lékař/ka	0
Ošetřovatel/ka	0

Zdroj: vlastní výzkum

Z 15 dotázaných klientů/pacientů celkem 7 uvádí, že po psychické stránce nejvíce při hospitalizaci pomáhá rodina. U 3 klientů/pacientů nejvíce pomáhají přátelé a kamarádi. Shodný počet klientů/pacientů uvedlo, že nejvíce pomáhají zdravotní sestry.

Dle 2 dotazovaných má největší vliv na psychickou stránku během hospitalizace sociální pracovnice.

4.3.3 Sociální situace klientů/pacientů

Tab. 11: Omezení zájmů v důsledku hospitalizace

Omezení zájmů v důsledku hospitalizace	Počet klientů/pacientů
<i>Ano</i>	10
<i>Ne</i>	5

Zdroj: vlastní výzkum

Z 15 dotázaných klientů/pacientů celkem 10 popsalo, že vnímají omezení zájmů v důsledku hospitalizace. U 5 klientů/pacientů k žádnému omezení v zájmech nedošlo.

Tab. 12: Kontakty s rodinou a přáteli během hospitalizace

Kontakty s rodinou a přáteli	Četnost odpovědí klientů/pacientů
Návštěvy rodiny	9
Návštěvy přátel/kamarádů	5
Bez kontaktu s rodinou	3
Bez rodiny	1
Bez přátel/kamarádů	2
V kontaktu s rodinou - telefonicky	2

Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastější odpovědí, celkem 9 dotazovaných klientů/pacientů, uvádí návštěvy rodiny v nemocnici. U 5 klientů dochází do nemocnice také na návštěvy přátel/kamarádů. Mezi další způsoby kontaktů s rodinou uvedli dva klienti/pacienti, že

jsou v telefonickém kontaktu s rodinou, ale nedochází, nebo nemohou docházet osobně. Celkem 3 klienti/pacienti nejsou v kontaktu s rodinou. 2 klienti/pacienti uvádí, že nemají žádné kamarády/přátelé, kteří by za nimi chodili. A jeden z dotázaných uvedl, že nemá žádnou rodinu.

Tab. 13: Subjektivní vnímání klientů vlivu hospitalizace na situaci rodiny

Vliv hospitalizace na sociální situaci rodiny	Počet klientů/pacientů
Ano	6
Ne	5
Bez rodiny	1
Bez kontaktu s rodinou	3

Zdroj: vlastní výzkum

Z 15 klientů/pacientů se 6 domnívá, že jejich hospitalizace měla na rodinu vliv, 5 klientů/respondentů se domnívá, že neovlivnila rodinu. 3 dotazovaní klienti/pacienti nejsou s rodinou v kontaktu a 1 nemá žádnou rodinu.

Tab. 14: Porovnání informovanosti o následné péči a finančním zajištění před a po kontaktu se sociálním pracovníkem v nemocnici

Klient/ Pacient	Informace o následné péči/finančním zajištění před kontaktem se sociálním pracovníkem/cí	Informace o následné péči/finančním zajištění po kontaktu se sociálním pracovníkem/cí
1	Informována o některých zařízeních ve svém okolí, ale nevěděla, co je v okolí pro ni dostupné.	Informace o dostupných zařízeních poskytla sociální pracovnice. Seznámena s možnostmi následné péče: „ <i>Sociální pracovnice mi pomohla zařídit pečovatelskou službu. ...</i> “
2	Žádné jiné možnosti, kam by mohla jít, neznala. „ <i>Neměla jsem důvod je zjišťovat.</i> “	„ <i>...Pracovnice mi nabídla několik dalších možností.... Půjdu do domova s pečovatelskou službou.</i> “

3	O možnosti podat žádost do domova pro seniory se nejdříve dozvěděla od lékaře. Dříve slyšela o příspěvku na péči, ale nevěděla, zda na něj má nárok.	Informace o konkrétních službách se dozvěděla od sociální pracovnice: „... <i>Pracovnice mi doporučila a pomohla zažádat o příspěvek na péči.</i> “
4	Znala možnosti požádat o příspěvek na péči. Již v době před úrazem o něj několikrát žádala, ale bezúspěšně. Měla informace o možnosti jít do domova pro seniory.	
5	Informace o možných službách ani možných dávek před kontaktem se sociální pracovnicí neměl.	„ <i>Nabídla mi nějaké možnosti, kam bych mohl jít.</i> “ Ohledně finančního zajištění sociální pracovnice pomohla: „... <i>s vyřízením příspěvku na péči.</i> “
6	Informován o možnosti jít do domova s pečovatelskou službou, či domova pro seniory. „... <i>, ale dříve to takové nebylo, dneska je toho hodně.</i> “	Dcera se domluvila se sociální pracovnicí a vše zařídila.
7	Pokud jde o informovanost, uvádí: „ <i>Věděl jsem to.</i> “	„ <i>Sociální pracovnice nabídla služby. Také mi sdělila možnost požádat o příspěvek na péči.</i> “
8	Informace ohledně možného zajištění služeb či finanční podpoře před kontaktem se sociální pracovnicí neměl.	Po kontaktu se sociální pracovnicí má pocit, že má dostatek informací ohledně možností následné péče i finančního zajištění: „... <i>, domluvili jsme se, že půjdu do léčebny na rehabilitaci.... Ohledně financí jsme řešili</i> “

		<i>změnu předání důchodu.... Také jsme se sociální pracovníci podávali žádost na příspěvek na péči....“</i>
9	Informace ohledně možnosti následné péči nebo finančního zajištění neměl. <i>„Dříve jsem to nemusel řešit. Nemám moc zkušeností. Žádné příspěvky jsem nepobíral.“</i>	<i>„Nyní mám podanou žádost do Domova pro seniory a podanou žádost na příspěvek na péči, ...“</i>
10	Před kontaktem byla informována: <i>„Věděla jsem, že můžu jít do toho domova, trochu jsem ho znala.... Ale finanční záležitosti, o těch jsem moc nevěděla....“</i>	Ohledně následné péče se nedomnívá, že má dostatek informací: <i>„Nemyslím, že mám dostatek informací, ..., ale bylo mi nabídnuto to, co bylo asi pro mě dostupné a vhodné.“</i> Od sociální pracovníce byla informována o vyzvednutí důchodu a o příspěvku na péči: <i>„Kromě příspěvku na péči a důchodu jsme neřešily žádné jiné příspěvky. To jsem zatím nepotřebovala.“</i>
11	Před kontaktem se sociální pracovníci neměla dostatek informací o zajištění.	Sociální pracovníce pomohla se zajištěním domácí péče, ale také nabídla i jiné možnosti, jako Domov pro seniory nebo Domov s pečovatelskou službou.
12	Neměla informace o možnostech péče či jiného zajištění. Je v důchodu a nepobírala žádné příspěvky ani dávky.	Po kontaktu má pocit, že má dostatek informací: <i>„..., sociální pracovníce mi to vysvětlila. Také mi sdělila možnost požádat o příspěvek na péči.“</i>
13	Byla informována o případné péči. Zнала domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě	Není schopna posoudit, zda má dostatek informací. <i>„Převážně vše proběhlo přes dceru, ...“</i>

	nemocných, ale i jiné. Více informací o těchto zařízeních nezjišťovala. O možnosti zapůjčení pomůcek informována nebyla.	
14	Znal možnost požádat o dávky.	Popisuje, že po kontaktu se sociální pracovníci je informován o možnosti, jak řešit svou situaci.
15	Informován o zařízeních v místě bydliště. O finančním zajištění byl informován, ale nevěděl, jakým způsobem tuto situaci při hospitalizaci řešit.	Informován o zařízeních, které sociální pracovnice doporučila, a ke kterým poskytla informační materiály. Se sociální pracovníci řešil finanční stránku pobytu. Je v pracovní neschopnosti a nepobírá žádné dávky. Sociální pracovnice pomohla se zařízením příspěvku na péči a s žádostí o invalidní důchod.

Zdroj: vlastní výzkum

5 Diskuse

Cílem diplomové práce bylo zmapování sociální práce v nemocnici a jejího vlivu na zdraví pacientů. Výzkumným souborem bylo 6 zdravotně sociálních pracovníků a 15 klientů/pacientů zdravotně sociálních pracovníků. Pro splnění cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka: *Jakým způsobem ovlivňuje sociální práce v nemocnici zdraví pacientů?* Pro zodpovězení hlavní výzkumné otázky byly stanoveny dílčí výzkumné otázky.

Nejdříve jsem se zabývala sociální prací v nemocnici z pohledu zdravotně sociálních pracovníků. Cílem bylo pochopit a hlouběji proniknout do práce zdravotně sociálních pracovníků.

Sociální práce v nemocnici, dle poloviny dotazovaných zdravotně sociálních pracovníků, je nejvíce charakteristická tím, že jsou zde nemocní lidé a je zde široké spektrum klientů. Dle dvou zdravotně sociálních pracovníků se sociální práce v nemocnici odlišuje tím, že se zde řeší zdravotní, ale také sociální problémy. Dle jedné zdravotně sociální pracovníce se od jiných zařízení odlišuje postojem klientů, kteří nepřichází do nemocnice s cílem řešit situaci.

Dle nejčastějších výpovědí zdravotně sociálních pracovníků je problémem v povolání sociálního pracovníka nedostupnost některých sociálních služeb. Zároveň se většina dotazovaných zdravotně sociálních pracovníků shoduje, že bariérou při práci je nedostatečné technické zázemí např. omezený přístup na internet a počítač. Dvě zdravotně sociální pracovníce mezi problémy také zařazují měnící se legislativu.

Pro polovinu dotazovaných zdravotně sociálních pracovníků je ideálem sociální práce v nemocnici více sociálních pracovníků, více časového prostoru pro práci s klienty/pacienty a jejich rodinami, ale také technické vybavení. Mezi ideální obraz sociální práce v nemocnici zdravotně sociální pracovníce zařazují návaznost služeb a volné kapacity v zařízeních. Shodují se s názorem dvou zdravotně sociálních pracovníků, které považují za důležité být součástí zdravotnického týmu. Severová (2005) popisuje vnitřní tým pracovníků, kteří se podílejí a spolupracují na řešení sociální situace klienta/pacienta. Sociální pracovník v určitých případech působí jako koordinátor

(Severová, 2005). Podobně Kuzníková (2011) popisuje důležitost komplexnosti péče, která vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, kde se pozice zdravotně sociálního pracovníka v týmové práci stává samozřejmou a nepostradatelnou (Kuzníková, 2011).

Dle většiny zdravotně sociálních pracovníků jejich běžný pracovní den vychází z individuálních potřeb klientů/pacientů a jednotlivých oddělení. Většinou zdravotně sociálních pracovníků při práci nejvíce pomáhají zkušenosti a kontakty, spolupracující kolektiv a kolegyně. Dále při práci pomáhá komunikace a spolupráce s lékaři, spolupráce s terénem a s rodinou. Sociální pracovník, dle Janečkové (2010), je vnímán lékaři jako znalec problematiky sociální pomoci, sociálních dávek, možností a postupů při zajišťování návaznosti péče. Ztotožňují se s názorem jedné zdravotně sociální pracovníce, která uvádí, že při práci také pomáhá orientace v sociálně zdravotní oblasti.

Z odpovědí zdravotně sociálních pracovníků nelze říci, na kterém oddělení je práce nejtěžší. Každé oddělení, jak uvádí dvě zdravotně sociální pracovníce, má svá specifika. Shodně uvádí dvě zdravotně sociální pracovníce, že považují za komplikovanou a nejtěžší práci u dětí. Jako nejkomplicovanější považuje polovina zdravotně sociálních pracovníků převážně klienty/pacienty, kteří se opakovaně vracejí, jsou bez přístřeší a bez finančního zajištění.

Makrová (2009, In Kuzníková, 2011) uvádí, že poskytované sociální služby mají přímý zdravotní i ekonomický dopad. Porovnáním výpovědí klientů/pacientů, které osoby se nejvíce a nejméně podílejí na zvládnutí nemoci, vyplývá, že nejvíce pomáhá lékař/ka, dále zdravotní sestra, rodina, sociální pracovník/ce, přátelé/kamarádi, ošetřovatel/ka a fyzioterapeut/ka (rehabilitační pracovník/ce). Dle Německé asociace pro sociální práci ve zdravotnictví (In Kuzníková, 2011) je označen přínos sociální práce v nemocnicích, rehabilitačních zařízeních, ambulantních službách, poradnách, institucích a na úřadech tím, že přispívá ke zvládnutí a přijetí nemoci, jejích následků a přizpůsobení života této situaci. Dle této asociace se sociální práce ve zdravotnictví podílí na uzdravení nemocného a sociální pracovníci spolu s dalšími odborníky podporují nemocného při vyrovnání se s nemocí a se změnou životní situace (Kuzníková, 2011).

Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na fyzickou oblast zdraví klientů/pacientů? Na základě rozhovorů s klienty/pacienty vyplývá, že nejčastější oblastí, ve kterých potřebují pomoci, je snížená soběstačnost. Podobně, dle výroků zdravotně sociálních pracovníků, je nejčastější obtíž ve fyzické oblasti snížená soběstačnost a závislost na péči druhé osoby. Dle Vágnerové (2002) se tělesný stav jedince může měnit vlivem působení životosprávy, na základě prodělaných chorob či úrazů. Nemoc je méně přijatelná tím, jak zhoršuje kvalitu života, osobní pohodlí a omezuje soběstačnost. Při omezení soběstačnosti jde o dušnost, slabost, bolest, nepohyblivost, neschopnost starat se o vlastní hygienu (Vágnerová, 2002). Kuzníková (2011) popisuje vyšší výskyt nemocných, kteří potřebují péči zdravotní, sociální i rodinnou. Tělesné obtíže, dle Baštecké (2003), vyplývají z nemoci a její léčby.

Z odpovědí klientů/pacientů vyplývá, že během hospitalizace ve fyzické oblasti zdraví nejvíce pomáhá lékař. Klienti/pacienti neuvádí vliv práce zdravotně sociálních pracovníků v nemocnici na fyzickou oblast zdraví. Domnívám se, že tato skutečnost je dána přítomností lékaře a dalších zdravotnických pracovníků, kteří se fyzickou oblastí prioritně zabývají. Myslím si také, že důvodem proč nespatřují vliv činností zdravotně sociálních pracovníků na fyzickou oblast zdraví, je samotná hospitalizace. Při hospitalizaci klienti/pacienti nevyužívají činnosti zprostředkované zdravotně sociálními pracovníky, proto nemají možnost tento vliv zcela posoudit. Naopak samotní zdravotně sociální pracovníci vnímají vliv své práce na fyzickou oblast zdraví klientů/pacientů zajištěním léků, výživy, zprostředkováním kompenzačních pomůcek, čímž pomáhají usnadnit pobyt mimo nemocnici. Dle Weinfurterové (2007) kompenzační pomůcky umožní nebo usnadní po propuštění z nemocnice provádění základních všedních činností.

Z výše uvedeného vyplývá, že pozitivní vliv sociální práce v nemocnici na fyzickou oblast zdraví je zřejmý na straně zdravotně sociálních pracovníků. Usuzuji, že činnosti zdravotně sociálních pracovníků mají vliv na fyzickou oblast zdraví „nepřímým“ působením, tedy zprostředkováním péče, zajištěním potřeb a kompenzačních pomůcek.

Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na psychickou stránku zdraví klientů/pacientů? Z výpovědí klientů/pacientů vyplývá, že žádný z dotazovaných

klientů/pacientů neoslovil sociálního pracovníka sám, ani nebyl osloven rodinou klienta/pacienta. Všechny kontakty klientů/pacientů se zdravotně sociálním pracovníkem/cí proběhly na doporučení lékaře. Kuzníková (2011) uvádí, že způsob požádání klienta o pomoc sociálního pracovníka je zkomplikován nepřítomností zdravotně sociálního pracovníka v pracovním týmu přímo na odděleních. Souhlasím s tvrzením Kuzníkové (2011), že problémem je riziko přehlédnutí jedinců, kteří pomoc sociálního pracovníka potřebují. Dle Křivohlavého (2002) nemocný svému fyzickému a psychickému stavu příliš nerozumí a neví si s ním často rady. Většina dotazovaných klientů/pacientů vnímá při hospitalizaci, že má kolem sebe osoby, na které by se obrátili při řešení problému. Nejčastěji se obrací na rodinu a lékaře. Jeden z dotazovaných by se také po kontaktu se zdravotně sociální pracovnící na ni obrátil s žádostí o pomoc, pokud by měl problém. Křivohlavý (2002) uvádí, že při nemoci v emocionálním stavu objevují negativní emoce, jako strach, obavy, bolest a nejistota. Většina klientů/pacientů (celkem 7) po kontaktu pocítovala radost. Naopak 3 klienti/pacienti nepocítovali žádné pocity ani změnu nálady. Další reakce, které klienti/pacienti uváděli, byl smutek, strach, ztráta naděje, získání naděje, uklidnění, zpestření dne a překvapení. Z výzkumu vyplývá, že kontakt sociálních pracovníků působí většinou kladně na emoce klientů/pacientů. Selhorst (2003), ve své studii, ukazuje úlohu sociální práce ve zdravotnictví při zvládnání a vyrovnání se s nemocí. Dle této studie po rozhovoru se sociálním pracovníkem 48% klientů/pacientů odpovědělo, že lépe porozumí nemoci, 45% lépe posoudí nebo přijme jeho dopad, 45% se lépe vypořádá s následky, 43% přesto říká "ano" k životu, 39% pracovní den dokáže lépe organizovat a 29% osob prosí o pomoc (Selhorst, 2003). Při rozhodování, dle subjektivního vnímání většiny dotazovaných klientů/pacientů, sociální pracovník jejich rozhodnutí neovlivnil. Motivací při rozhodování o následné péči, dle výpovědí oslovených pacientů/klientů, jsou nejčastěji: vysvětlení a pochopení problémů, nabídka dostupných služeb, návrat domů, nezvládnutí péče o domácnost, snížená soběstačnost a závislost na péči. Dle odpovědi jednoho z dotazovaných klientů/pacientů je motivací také změna způsobu života a řešení problémové situace. Dle názorů zdravotně sociálních pracovníků je pro klienty/pacienty motivací vysvětlení

možností, ponechání volby na klientovi, hledání silné stánky a touha po návratu domů. Dle jedné zdravotně sociální pracovnice je motivací pro rodiče dítě.

Dle většiny klientů/pacientů během hospitalizace v psychické oblasti nejvíce pomáhá rodina. Další nejčastější odpovědí bylo, že nejvíce pomáhají přátelé a kamarádi. Shodný počet klientů/pacientů uvedlo, že nejvíce pomáhají zdravotní sestry. Dle dvou dotazovaných klientů/pacientů má největší vliv na psychickou stránku během hospitalizace sociální pracovnice.

Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na sociální situaci klientů/pacientů?

Vurm (2004) uvádí, že zdraví ovlivňuje podmínky existence jedince ve společnosti. Křivohlavý (2002) popisuje, že u nemocného dochází k omezení zájmů, které se zužují s ohledem na zdravotní stav. Většina dotázaných klientů/pacientů vnímá omezení v důsledku hospitalizace. Zacharová (2007) uvádí, že nemocný bývá omezen ve styku s přáteli, s vrstevníky, nesmí cestovat, vycházet z bytu, jíst oblíbená jídla, kouřit. Je omezen v činnostech, které jsou jeho oblíbené. Nemoc omezuje člověka při výkonu povinností (Zacharová, 2007). Klienti/pacienti uvádějí, že do nemocnice na návštěvy nejčastěji dochází rodina. Další nejčastější odpovědi jsou návštěvy přátel a kamarádů. Další způsoby styku s rodinou, který uvedli dva klienti/pacienti, je telefonický kontakt. Dle Křivohlavého (2002) je nemocný v nemocnici omezen ve styku se známými lidmi. Bártlová (2005) a Zacharová (2007) uvádí, že rodina může na klienta/pacienta působit kladně i negativně.

Většina dotazovaných klientů/pacientů subjektivně vnímá a popisuje vliv hospitalizace na rodinu. Při nemoci, jak uvádí Vágnerová (2002), jsou sociální reakce ovlivněny viditelnými projevy, jako je změna zevnějšku, zhubnutí, ztráta vlasů, amputace končetiny. Sociální význam má ztráta schopnosti verbálně komunikovat či inkontinence (Vágnerová, 2002).

Ginsberg (2001) uvádí, že sociální pracovníci pomáhající klientům zajistit finanční prostředky pro zdravotní péči, zajistit po propuštění z nemocnice bydlení, dlouhodobou či jinou péči. Mezi sociální problémy, které zdravotně sociální pracovníci zajišťují, dle poloviny dotazovaných zdravotně sociálních pracovníků, nejčastěji patří osamělost,

problémy v rodině, imobilita, neschopnost postarat se o sebe, finanční a bytové problémy.

Většina klientů/pacientů má před kontaktem se sociálním pracovníkem omezené informace o možnostech následné péče. U dvou klientů/pacientů kontakt probíhal přes rodinu, proto nedokázali posoudit rozsah informovanosti. Na základě zjištěných informací usuzují, že klienti/pacienti byli seznámeni s možnostmi následné péče, s ohledem na jejich situaci a zdravotní stav.

Informace o finančním zajištění formou příspěvku na péči a jiných dávek měli před kontaktem se sociální pracovnící čtyři klienti/pacienti. Pouze jedna z dotázaných klientek/pacientek uvedla, že již před pobytem v nemocnici žádala o příspěvek na péči. Finančním zajištěním, o němž mluvila většina klientů/pacientů, a se kterým jim pomáhá zdravotně sociální pracovník/ce, je příspěvek na péči.

Jaké metody a techniky sociální práce jsou při sociální práci v nemocnici používány? Metoda, dle Mühlpachra (2006), znamená způsob, jak dosáhnout cíle prostřednictvím plánované činnosti. Různé metody a techniky jsou využívány v rámci individuální, skupinové a komunitní práce (Mahrová, Venglářová, 2008). Metody sociální práce používané při sociální práci v nemocnici, dle odpovědí zdravotně sociálních pracovníků, jsou metoda sociální práce s jednotlivcem, případová práce, metoda sociální práce s rodinou a poradenství. Jedna z dotazovaných zdravotně sociálních pracovníků dále k metodám, které jsou používány při sociální práci v nemocnici, řadí krizovou intervenci a analýzu sociální situace potřeb, osob a regionu. Při výzkumu zdravotně sociálních pracovníků popisovaly spolupráci, komunikaci s různými institucemi a plánované propuštění pacientů/klientů. Dle Kuzníkové (2011) je komunitní práci ve zdravotnictví věnována velká pozornost. Součástí práce zdravotně sociálního pracovníka by mělo být plánování péče o klienta/pacienta po hospitalizaci a znalost demografických informací komunity (Kuzníková, 2011).

Z odpovědí zdravotně sociálních pracovníků vyplývají jako nejčastější techniky, které jsou používány při sociální práci v nemocnici, rozhovor a pozorování. Zdravotně sociální pracovníky popisovaly telefonické rozhovory s rodinami, lékaři a institucemi. Polovina zdravotně sociálních pracovníků se shoduje, že při komunikaci pozorují okolí

klientů. Dvě zdravotně sociální pracovnice pozorují neverbální komunikaci klientů. Podání ruky, mimiku, oči, gesta, postoj, tón hlasu, intonaci. Podobně jedna pracovnice uvádí, že pozoruje rozpoložení, výraz, mimiku a reakce. Dvě zdravotně sociální pracovnice pozorují u klientů, zda rozumí sdělení a vysvětlení. Dále sledují při komunikaci chování klientů, ochotu spolupracovat a odpovídat. Matoušek (2008) uvádí, že pro vytvoření dobrého vztahu s klientem je důležité zvládnout umění rozhovoru. Popisuje rozhovor, aktivní naslouchání, otevřené a uzavřené otázky, Ericksonovské provázení a vedení rozhovoru, Rogerovský rozhovor, fáze rozhovoru a neverbální komunikaci (Matoušek, 2008). Zdravotně sociální pracovnice popisovaly jako nejčastější postupy při komunikaci, techniku aktivního naslouchání, rozhovor, otevřené a uzavřené otázky. Další techniky, které popisovaly, jsou pozorování, neverbální a verbální komunikace, zpětná vazba, Ericksonovské provázení a práce s technikou.

Jedna zdravotně sociální pracovnice za nejdůležitější při práci považuje první kontakt s klientem. Řezníček (1994) uvádí, že na prvním kontaktu záleží, jak se bude odvíjet následná intervence. Před sociální intervencí musí sociální pracovník vyhodnotit získané informace. Cílem sociální intervence je zmírnění nebo odstranění sociálního problému (Řezníček, 1994).

Činnosti, které vykonávají zdravotně sociální pracovníci, dle jedné zdravotně sociální pracovnice zahrnují plánování schůzek, materiálu na konkrétní den, spolupráci s multidisciplinárním týmem. Další činnosti, které zahrnuje práce zdravotně sociálních pracovníků, dle odpovědí zdravotně sociálních pracovníků je poradenství, zjišťování anamnézy klienta, zajišťování potřebných služeb, práce s dokumentací, sepisování žádostí, sociální šetření, psychosociální podpora, vysvětlování problémů, plánované propouštění pacientů z nemocnice do zdravotnických nebo sociálně-zdravotních zařízení a propouštění do domácí péče. Gábura a Pružinská (1995) popisují anamnézu, která slouží k získání potřebných informací o klientovi a jeho problémech. Anamnestický rozhovor se většinou provádí při prvním kontaktu s klientem, ještě před zaměřením se na problémy klienta. Rozlišují několik typů anamnéz. Osobní anamnézu, která obsahuje základní informace o klientovi, rodinnou anamnézu, školskou a profesní

anamnézu, zdravotní anamnézu a anamnézu problémů klienta (Gábura a Pružinská, 1995).

Dle zdravotně sociálních pracovníc je s rodinou domlouván další postup práce s klientem a od rodiny je zjišťována anamnéza. Zjišťované informace zahrnují bytovou situaci, soužití klientů, ekonomickou situaci, vztahy v rodině, kdo by mohl pomoci s péčí a zda klient využívá nějakou službu. Řeší možnost návratu klienta/pacienta do domácího prostředí. Rodina je dále informována o službách. Práce s rodinou, dle jedné zdravotně sociální pracovníce, začíná sjednáním schůzky s rodinou klienta/pacienta. Jedna zdravotně sociální pracovníce popisovala práci u dětí, při které je nutná spolupráce se zákonnými zástupci. Zjišťují se informace o dítěti, rodinném prostředí a potřebná výbava. Dále se zjišťuje, zda jsou rodiče schopni zajistit vhodné podmínky pro zdravý vývoj dítěte.

Dle Řezníčka (1994) ukončení případu a zhodnocení intervence je poslední fází sociální práce. V určité chvíli je vhodné kontakt s klientem přerušit nebo ukončit, vzhledem k tomu, že cíl byl víceméně naplněn (Řezníček, 1994). Polovina oslovených zdravotně sociálních pracovníc popisovala ukončení kontaktu s klienty/pacienty, které vyplývá z rozhovorů a kontaktů s klientem a jeho rodinou. Dle dvou zdravotně sociálních pracovníc je kontakt ukončován nabídkou další pomoci v případě potřeby. Dle jedné zdravotně sociální pracovníce je kontakt ukončen zajištěním služby, návštěvou, rozloučením a shrnutím co bude následovat.

6 Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapování sociální práce v nemocnici a jejího vlivu na zdraví pacientů. Pro naplnění cíle byla stanovena hlavní výzkumná otázka: *Jakým způsobem ovlivňuje sociální práce v nemocnici zdraví pacientů?*

První dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na sociální práci v nemocnici a její vliv na fyzickou oblast zdraví pacientů. Výzkumem bylo zjištěno, že nejčastější oblastí, ve které potřebují klienti/pacienti pomoci, je snížená soběstačnost. Nejčastější problémy ve fyzické oblasti zdraví, které řeší zdravotně sociální pracovníci, je snížená soběstačnost klientů/pacientů a závislost na péči druhé osoby. Zdravotně sociální pracovníci vnímají vliv své práce na zdraví klientů/pacientů zprostředkováním péče a kompenzačních pomůcek. Na základě zjištěných informací jsem stanovila hypotézu:

H1: Vliv sociální práce v nemocnici na fyzické zdraví se děje prostřednictvím zajištění kompenzačních pomůcek.

Druhá dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na sociální práci v nemocnici a její vliv na psychickou stránku zdraví pacientů. Z výzkumu vyplývá, že kontakt se zdravotně sociálním pracovníkem probíhá na doporučení lékaře. Klienti/pacienti vnímají při hospitalizaci, že mají kolem sebe osoby, na které by se obrátili při řešení problému. V psychické oblasti při hospitalizaci nejvíce pomáhá rodina. Zdravotně sociální pracovník, dle subjektivního vnímání většiny klientů/pacientů, nemá vliv na jejich rozhodování o následné péči. Nejčastější motivací při rozhodování o následné péči je vysvětlení, pochopení problému a nabídka dostupných služeb. Na základě zjištěných informací jsem stanovila hypotézu:

H2: Kontakt zdravotně sociálních pracovníků působí pozitivně na emoce klientů/pacientů.

Třetí dílčí výzkumná otázka byla zaměřena na sociální práci v nemocnici a její vliv na sociální situaci pacientů. Klienti/pacienti subjektivně vnímají vliv hospitalizace na rodinu. Klienti/pacienti jsou informováni o následné péči s ohledem na sociální situaci a zdravotní stav. Nejčastějším finančním zajištěním, se kterým klientům/pacientům pomáhají zdravotně sociální pracovníci, je příspěvek na péči.

Ve čtvrté dílčí výzkumné otázce jsem se zabývala metodami a technikami, které jsou používány při sociální práci v nemocnici. Zdravotně sociální pracovníci popisovali různé metody a techniky, které při své práci používají. Z výzkumu vyplývá, že nejčastěji používanými metodami je sociální práce s jednotlivcem, případová práce a sociální práce s rodinou. Nejčastěji při své práci používají techniku rozhovoru a pozorování.

Tato práce může přispět ke zlepšení služeb sociální práce v nemocnicích. Též může sloužit jako zpětná vazba pro zdravotně sociální pracovníky ze strany klientů/pacientů. Zároveň může být využita ke zdokonalení vědomostí sociálních pracovníků o sociální práci v nemocnici a pro zvýšení informovanosti laické veřejnosti o sociální práci v nemocnici.

7 Seznam použitých zdrojů

1. BAŠTECKÁ, Bohumila, et al. 2003. *Klinická psychologie*. 1. Vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-735-3.
2. BÁRTLOVÁ, Sylva, 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1197-4.
3. BÁRTLOVÁ, Sylva, SADÍLEK, Petr, TOTHOVÁ, Valerie, 2005. *Výzkum a ošetrovatelství*. 1. Vydání. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 80-7013-416-X.
4. DISMAN, Miroslav, 2007. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 4. dotisk 3. vydání. Praha: Karolinum. 978-80-246-0139-7.
5. DOSLÁTOVÁ, Olga a Jiřina, ŠIKLOVÁ, 2004. Sociální práce v paliativní medicíně. In: *Paliativní medicína*. 2. Vydání. Praha: Grada, s. 485 – 502. ISBN 80-247-0279-7.
6. GÁBURA, Ján a Jana, PRUŽINSKÁ, 1995. *Poradenský proces*. 1. Vydání. Praha: Slon. ISBN 80-85850-10-9.
7. GINSBERG, Leon H, 2001. Social Work in Mental Health and Health In: *Careers in social work*. 3. Vydání. Boston: Ma: Allyn & Bacon, s. 120-133. ISBN 0-205-33074-6.
8. HAŠKOVCOVÁ, Helena, 2010. Hodnotové orientace zdravotníků ve zdravotnictví. In: *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. Karlova univerzita, Fakulta humanitních studií, Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích, s. 13 - 23. ISBN 978-80-87398-06-7.
9. HEJDUK, Zdeněk, 2004. Kvalita života a sociálně-zdravotní péče. In: *Kvalita života: sborník příspěvků z konference konané dne 25.10 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými Lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, s. 105 - 107. ISBN 80-86625-20-6.
10. HENDL, Jan, 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. Vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2.

11. JANEČKOVÁ, Hana, 2010. Sociální práce se starými lidmi. In: *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. Vydání. Praha: Portál, s. 163-193. ISBN 978-80-7367-818-0.
12. JANKOVSKÝ, Jiří, 2003. *Otázky týkající se podstaty člověka*. In: *Etika pro pomáhající profese*. 1. Vydání. Praha: Triton, s. 13-20. ISBN 80-7254-329-6.
13. JANKOVSKÝ, Jiří, 2005. *Ucelená rehabilitace dětí s tělesným a kombinovaným postižením*. 2. Vydání. Praha: Triton, 2006. ISBN 80-7254-730-5.
14. KAHOUN, Vilém, et al., 2009. *Právo sociálního zabezpečení*. 1. Vydání. Praha: Triton, s. 25-47. ISBN 978-80-7387-346-2.
15. KUZNÍKOVÁ, Iva, et al., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
16. KREBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. Vydání. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
17. *Komunitky: Informační bulletin o komunitním vzdělávání* [online]. Číslo 1. Praha: Nová škola, 2006. [cit. 2012-19-6] Dostupné z: http://www.komunitnivzdelavani.cz/upload/leden_bulletinkomunitky.pdf.
18. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.
19. KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2003. *Psychologie zdraví*. 2. Vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178774-4.
20. KRATOCHVÍL, Stanislav, 2006. *Základy psychoterapie*. 5. Přepřacované vydání. Praha: Portal. ISBN 80-7367-122-0.
21. MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ, et al., 2008. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2138-5.
22. MATOUŠEK, Oldřich, et al., 2008. *Metody a řízení sociální práce*. 2. Vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.
23. MARKOVÁ, Věra a Helena, ŠLENKRTOVÁ, 2010. Pracovní postup: *Proces zdravotně sociální práce ve zdravotnických zařízeních* [online]. Vydání 2. 5. 2008,

- revidováno 11.5 2010. Česká asociace sester – Prezidium. [cit. 2011-16-11]. Dostupné z: http://www.cнна.cz/docs/tiskoviny/cas_pp_2008_0003.pdf.
24. MIOVSKÝ, Michal, 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.
25. MŮHLPACHR, Pavel, 2006. Sociální práce jako životní pomoc. In: *Sociální práce jako životní pomoc*. 1. vydání. Brno: Masarykova univerzita, s. 7-14. ISBN 80-86633-62-4.
26. MUSIL, Libor a Jindřich, ŠRAJEER, 2008. Dimenze životní situace rodiny. In: *Etické aspekty sociální práce s rodinou*. 1. Vydání. České Budějovice, Brno: Albert, s. 9 – 17. ISBN 978-80-7326-145-0.
27. NAVRÁTIL, Pavel, 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman. ISBN 80-903070-0-0.
28. NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS, 2005. *NASW Standards for Social Work Practice in Health Care Settings* [online]. Washington, DC [cit. 2011-15-11]. Dostupné z: <http://www.socialworkers.org/practice/standards/naswhealthcarestandards.pdf>.
29. NOVÁKOVÁ, Iva, 2011. *Zdravotnická nauka 2 díl: učebnice pro obor sociální činnost*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.
30. NOVOSAD, Libor, 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. 1. Vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-509-7.
31. ŘEZNÍČEK, Ivan, 1994. *Metody sociální práce*. 1. Vydání. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-00-1.
32. SEELHORST, Ursula, 2003. *Wie effektiv ist Sozialarbeit im Krankenhaus?: Studie zur Ergebnisqualität Klinischer Sozialarbeit* [online]. [cit. 2012-20-6]. Dostupné z: http://www.klinik-hohe-mark.com/fileadmin/user_upload/PDF/Sozialarbeit.pdf.
33. SEVEROVÁ, Jana. Sociální práce ve zdravotnictví. In: *Sestra* [online]. 11. 9. 2005, č. 9 [cit. 2012-2-5]. Dostupné z: <http://www.zdn.cz/clanek/sestra/socialni-prace-ve-zdravotnictvi-293810>.

34. *Sociální služby – způsoby pomoci* [online]. [2011-15-11]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/9#sspd>.
35. TOMEŠ, Igor, 2010. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. 1. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-680-3.
36. TRÖSTER, Petr, et al., 2005. Právní skutečnosti v sociálním zabezpečení. In: *Právo sociálního zabezpečení*. 3. aktualizované a dopl. vyd. Praha: C.H. Beck, s. 73-86. ISBN 80-7179-856-8.
37. TRACHTOVÁ, Eva, et al, 2001. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví. ISBN 80-7013-324-8.
38. ÚLEHA, Ivan, 2007. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 978-80-86429-36-6.
39. VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. *Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky*. 3. Vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.
40. VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. *Základy psychologie*. 1. Vydání. Univerzita Karlova v Praze: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.
41. VURM, Vladimír, et al, 2004. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích: Manus. ISBN 80-86571-07-6
42. VRANKOVÁ, E. - GAŽIOVÁ, M. - ONDRUŠOVÁ, Z, 2008. Sociální práce v zdravotnictví. In: *Zdravotnictvo a sociální práce*. Roč. 3, č. 3-4, s. 52 – 53. ISSN 1336-9326.
43. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. In: *Sbírka zákonů* [on-line]. Částka 20, s. 482-544. [cit. 2012-20-6]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=55/2011&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlovy. ISSN 1211-1244.
44. WEINFURTEROVÁ, Eva, 2007. Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení. In: *Multidisciplinární péče* [online]. 2007, roč. 2, č. 2 [cit. 2011-14-11]. Dostupné z:

<http://www.mpece.com/modules.php?name=News&file=article&sid=119>. ISSN 1801-0109.

45. WHO, 2007. *What is mental health?* [online]. 3.9 2007. [cit. 2011-27-11]. Dostupné z: <http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>.
46. WHO, 1984. A Discussion Document on the Concept and Principles of Health. In: *Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences* [on-line]. Promotion, Copenhagen, 9-13 July 1984. [cit. 2012-2-8]. s. 29-32. Dostupné z: http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf.
47. WHO, 1948. *Constitution of the World Health Organization* [on-line]. [cit. 2012-2-8]. Dostupné z: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/EN/constitution-en.pdf>.
48. ZACHAROVÁ, Eva, et al., 2007. *Zdravotnická psychologie*. 1. Vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2068-5.
49. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilostí k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů – zákon o nelékařských zdravotnických povoláních. In: *Sbírka zákonů České republiky* [online]. Částka 30, s. 1452-1479. [cit. 2012-20-6]. Dostupné z: http://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/SearchResult.aspx?q=96/2004%20&typeLaw=zakon&what=Cislo_zakona_smlouvy.
50. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. In *ÚZ č. 879*. Podle stavu k 23. 1. 2012, Ostrava: Sagit. ISBN 978-80-7208-900-0.

8 Klíčová slova

Klient

Nemoc

Pacient

Sociální práce v nemocnici

Zdraví

Zdravotně sociální pracovník

9 Přílohy

Příloha č. 1: Okruhy k rozhovorům se zdravotně sociálními pracovníky

Příloha č. 2: Okruhy k rozhovorům s klienty/pacienty

Příloha č. 3: Operacionalizace metod a technik sociální práce

Příloha č. 1: Záznamový arch pro zdravotně sociální pracovníky

1. Jak dlouho pracujete v nemocnici?

.....

2. Popište prosím svůj běžný pracovní den?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Co si myslíte, že děláte nad rámec své práce?

.....
.....
.....
.....

4. Co je podle Vás nejvíce charakteristické pro sociální práci v nemocnici?

.....
.....
.....
.....
.....

+ V čem se podle Vás sociální práce v nemocnici liší od sociální práce v jiných zařízeních/institucích?

.....
.....
.....
.....

+ Co má naopak podle Vás sociální práce v nemocnici společného s jinými institucemi?

.....
.....
.....
.....

Co Vás nejvíce trápí ve své profesi?

.....
.....
.....
.....
.....

5. Jak si představujete ideální obraz sociální práce v nemocnici?

+ Jak by to mělo vypadat, abyste byla spokojena?

.....
.....
.....
.....
.....

6. Kde spatřujete limity/bariéry, které v dosažení ideálu brání?

.....
.....
.....
.....
.....

7. Co Vám nejvíce při Vaší práci pomáhá?

.....
.....
.....
.....

8. Jaké skupině klientů se věnujete?

.....

.....

.....

.....

.....

9. Na jakém oddělení považujete svou práci za nejtěžší?

.....

.....

.....

10. Jsou situace při práci, při kterých si nevíte rady? Jaké? Jak je řešíte?

.....

.....

.....

.....

.....

11. Jaká je Vaše nejhorší zkušenost s klientem/pacientem? / nejkomplikovanější případ, který jste řešily? Jak jste ho řešily?

.....

.....

.....

.....

.....

12. Jaká je Vaše nejlepší zkušenost s klientem/pacientem? - Nejjednodušší případ, který jste řešily?

.....

.....

.....

.....

.....

13. Jak probíhá první kontakt s klientem?

.....

.....

.....

.....

.....

+ Kdo Vás nejčastěji oslovuje?

+ Má vliv na Vaši činnost/práci to, zda klient přichází dobrovolně či nikoli?

+ Má vliv na Vaši činnost/práci to, zda Vás klient oslovuje sám, či jiná osoba?

.....

.....

.....

14. Z čeho vychází činnosti, které děláte?

.....

.....

.....

.....

.....

15. Jaká činnost je podle Vás nejdůležitější při práci s klienty?

.....

.....

.....

.....

.....

16. Jakým způsobem motivujete klienta ke spolupráci?

.....

.....

.....

.....

.....

17. Jak probíhá ukončování vztahu s klienty?

.....

.....

.....

.....

.....

18. Jak probíhá práce s rodinou klienta?

+ Jaké informace od rodiny zjišťujete?

.....

.....

.....

.....

.....

19. Co je podle Vás nejdůležitější na Vašem vztahu ke klientům?

.....

.....

.....

20. Jak nastavujete hranice vztahu?

.....

.....

.....

.....

.....

21. Co Vám pomáhá ve vztahu ke klientům?

.....

.....

.....

22. Co podle Vás klienty nejvíce ovlivňuje?

.....

.....

.....
.....
.....

23. Čeho si všímáte při komunikaci s klienty?

.....
.....
.....
.....

24. Jaké používáte komunikační taktiky/ techniky?

.....
.....
.....
.....

25. Jaké nejčastější obtíže mají Vaši klienti? / Co podle Vás dělá klientům největší obtíže?

.....
.....
.....
.....

26. Jak tyto obtíže ovlivňují Vaši práci s klientem?

.....
.....
.....
.....

27. Pozorujete změny ve zdravotním stavu při opakovaném kontaktu? – Jaké?

.....
.....

.....
.....
.....

28. V čem ovlivňuje Vaše činnost zdraví pacientů?

.....
.....
.....
.....
.....

29. Jak klienti reagují na Vaši práci/kontakt s Vámi?

.....
.....
.....
.....
.....

30. Jak ovlivňuje klientův psychický stav Vaši činnost?

.....
.....
.....
.....
.....

31. Jaké jsou nejčastější problémy v sociální situaci klientů, které řešíte?

.....
.....
.....
.....
.....

32. Jaké metody a techniky sociální práce nejčastěji používáte?

.....
.....

Příloha č. 2: Záznamový arch pro klienty/pacienty

Identifikační údaje:

Rok narození.....

Pohlaví.....

Rodinná situace

.....

.....

Délka pobytu v nemocnici?

.....

.....

A) Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na fyzickou oblast zdraví

1. V čem potřebujete pomoc druhých?

.....

.....

2. Co nezvládnete, co naopak zvládnete sama?

.....

.....

3. Jaké zdravotní problémy Vás přivedly do nemocnice?

.....

.....

Kdo Vám během hospitalizace nejvíce pomohl ve fyzické oblasti?

a) Lékař/ka

b) Zdravotní sestra

c) Ošetřovatel/ka

d) Fyzioterapeut/ka

e) Sociální pracovnice

f) Rodina

g) Přátelé/kamarádi

h)

B) Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na psychickou stránku zdraví

4. Kdo vám během hospitalizace nejvíce pomohl v psychické oblasti?

- a) Lékař/ka
- b) Zdravotní sestra
- c) Ošetřovatel/ka
- d) Fyzioterapeut/ka
- e) Sociální pracovnice
- f) Rodina
- g) Přátelé/kamarádi
- h)

5. Popište, prosím, jak probíhal kontakt se sociálním pracovníkem?

.....
.....
.....

+ Jakou máte zkušenost se soc. pracovníkem?

.....
.....

6. Jak byste si kontakt se sociálním pracovníkem představoval? / Jak by vše mělo fungovat, abyste byl spokojen?

+ V čem rozhodování necháváte na sociálním pracovníkovi?

Setkala jste se s konflikty mezi jednáním sociálního pracovníka a Vaším přáním?

Co by Vám bránilo v případné spolupráci se sociálním pracovníkem?

.....
.....
.....

10. Jakým způsobem Vám pomohl sociální pracovník při řešení Vašich problémů/situace?

.....
.....

11. Jak na Vás působil kontakt se sociálním pracovníkem?

+ Působil kontakt se sociálním pracovníkem na Vaší náladě?

+ Došlo ke změně po kontaktu se sociální pracovnící?

.....
.....
.....

12. Co Vás uspokojuje při práci se sociálním pracovníkem? Na co se těšíte? Co Vám dělá radost?

.....
.....
.....

13. Jak vnímáte vztah mezi sociálním pracovníkem a Vámi?

.....
.....

14. Setkala jste se se situací při kontaktu se sociálním pracovníkem, kdy se Vám nelíbilo jeho chování? Jak probíhala tato situace? Jak jste reagoval? Jaké byly Vaše pocity?

.....
.....
.....

15. Ovlivnil sociální pracovník Vaše rozhodování? Došlo ke změně postojů / motivace?

.....
.....

16. Máte kolem sebe dostatek lidí, s kterými si můžete popovídat a na které se můžete obrátit při řešení nějakého problému? Na koho se můžete kdykoliv obrátit?

.....
.....
.....

17. Měl jste problém, se kterým jste se obrátil na sociálního pracovníka? Jaký? Pomohl Vám jej vyřešit?

.....
.....

C) Jaký vliv má sociální práce v nemocnici na sociální situaci?

18. Jaké máte zájmy?

.....
.....
.....

19. K jakým omezením došlo v důsledku onemocnění a hospitalizace?

.....
.....
.....

20. Kdo za Vámi dochází do nemocnice a jak často? / Stýkáte se se svými příbuznými, jak často za Vámi docházejí na návštěvy?

.....
.....
.....

21. Jaký vliv měla hospitalizace a změna sociální situace na rodinu?

.....
.....
.....

22. Měl jste před kontaktem se sociálním pracovníkem informace ohledně možností následné péče/ finančního zajištění?

.....
.....
.....
.....

23. Máte nyní dostatek informací od sociálního pracovníka ohledně možností následné péče/ finančního zajištění? /

.....
.....
.....
.....

24. Seřad'te podle důležitosti osoby, o nichž se domníváte, že nejvíce pomáhají při zvládnutí nemoci?

	Lékař/ka
	Zdravotní sestra
	Ošetřovatel/ka
	Fyzioterapeut/ka
	Sociální pracovnice
	Rodina
	Přátelé/kamarádi

Příloha č. 3: Operacionalizace metod a technik sociální práce

Metoda sociální práce s jednotlivcem (individuální sociální práce)

Techniky sociální práce s jednotlivcem:

- Jedním z přístupů sociální práce, dle Řezníčka (1994) je tzv. *soustředěný cílový přístup* (task-centered approach), který má tento postup při sestavování pořadí problému:
 - vytvoření seznamu problému (toho, co klient vidí jako problém a má zájem změnit či řešit),
 - sepsání návrhu a doporučení sociálního pracovníka, jak uvedené problémy řešit,
 - logické seskupení problému do okruhu,
 - seřazení okruhu klientem podle důležitosti,
 - doplnění a úpravy okruhu sociálním pracovníkem,
 - společná diskuse hledající odpovědi na otázky:
 - které problémy klienta nejvíce zatěžují?
 - které by měly v případě jejich neřešení pro klienta nejtěžší důsledky?
 - které by měly, při jejich řešení, pro klienta nejpříznivější důsledky?
 - které problémy mají pro klienta největší význam?
 - které lze řešit s mírným nasazením energie, času a jiných zdrojů?
 - které jsou neřešitelné nebo by vyžadovaly neobyčejné množství energie?
 - konečný výběr dvou, tří problémů.
- **Rozhovor** - navázání a vytvoření terapeutického vztahu, komunikační dovednosti pracovníka:
 - *Na začátku vztahu*
 - objasnění účelu setkání,
 - objasnění role sociálního pracovníka,
 - povzbuzení zpětné vazby od klienta (Řezníček, 1994).
 - *Ve fázi intervence*
 - přesvědčování o možné účinnosti vztahu,
 - navazování na předchozí pracovní kroky,

- přecházení od obecnějšího ke konkrétnějšímu,
 - citlivé překonávání chvil mlčení,
 - pochopení a vernalizace pocitů klienta,
 - využívání interpretace pocitů klienta,
 - otevřený projev vlastních pocitů,
 - sdílení vlastních myšlenek a pocitů,
 - podpora silných stránek klienta,
 - rozdělení problémů na jednotlivé dílčí části,
 - soustředování se na důležitá témata,
 - ohledávání ambivalence,
 - konfrontace s iluzemi poukazováním na fakta,
 - citlivé odkrývání tabuizovaných témat,
 - identifikace překážek v práci s klientem,
 - řešení otázky autority,
 - sdílení klíčových informací bez násilného navádění na ně,
 - povzbuzování k novému vidění situace,
 - využívání možností zapojení jiných nápomocných osob.
- *Na konci vztahu*
- poukazování na blížící se ukončení vztahu,
 - sdílení pocitů vázaných k ukončení vztahu,
 - povzbuzování klienta k rekapitulaci odvedené práce,
 - povzbuzování klienta k odloučení se od pracovníka (Řezníček, 1994).
- Při komunikaci pomáhá **dotazování**:
- otevřené (k navázání kontaktu) a uzavřené otázky (ke zpřesnění informací),
 - doplňující, kontrolní otázky,
 - sugestivní otázky,
 - neverbální komunikace - oční kontakt, pozice těla, tón hlasu, gestikulace rukou, nohou, výraz tváře (Řezníček, 1994).
 - Aktivní naslouchání
 - techniky aktivního naslouchání:

- objasňování – otázky, které umožňují lepší pochopení klientova sdělení,
 - parafrázování – převyprávění informací obsažených v klientově hovoru,
 - reflektování – zrcadlení citů, které klient vyjádřil,
 - sumarizace (shrnutí) – rozšíření parafrází a reflexí na více témat,
 - rekapitulace, kotvení, zhodnocení.
- Eriksonovské provázení a vedení rozhovoru (k rozvíjení dobrého a bezpečného kontaktu). Vést klienta jeho tempem, používání podobného jazyka.
 - Rogerovský rozhovor - psychoterapie rozhovorem je nedirektivní nebo na osobu zaměřená psychoterapie.
 - Průběh rozhovoru a jeho fáze – navázání kontaktu, základní důvěra, obsah - zakázka klienta a jeho očekávání a závěr - rozloučení a ukončení spolupráce (Matoušek, 2008).
- **Strategie a postupy**, dle Řezníčka (1994), které pomáhají interakci pracovníka a klienta:
 - plánování rozhovoru (setkání),
 - poskytování informací a rad,
 - povzbuzování, ujišťování, poukazování na obvyklost situace,
 - podmiňování a podobné behaviorální techniky,
 - nácvik chování,
 - dohoda o modifikaci chování,
 - výměna rolí,
 - konfrontace,
 - změna perspektivy,
 - zadávání domácích úkolů,
 - rozhodování na papíře,
 - rozlišování mezi účelem a prostředky,
 - brainstorming,
 - řešení meziosobního konfliktu.

Sociální práce s rodinou

Techniky využívané v rámci sociální práce s rodinou:

- **Sanace rodiny** – metoda preventivní práce, podpora rodiny, fungování a zachování (Kuzníková, 2011).
- **Hodnocení rodiny** - probíhá v závislosti na souboru očekávání:
 - subjektu, který zřídil příslušnou službu (agenturu) hodnotící rodinu,
 - toho, kdo podal podnět k hodnocení rodiny,
 - toho, kdo rodinu hodnotí,
 - členu rodiny (Matoušek, 2008).Má začínat v neautoritativním, partnerském duchu, sociální pracovník má:
 - členům rodiny aktivně naslouchat,
 - pokoušet se o vcítění do jejich vnímání rodinné situace,
 - nepodrobovat členy rodiny výsledku,
 - u pracovníka je ověřována důvěryhodnost, schopnost poskytovat rodině účinnou pomoc a podporu,
 - poskytnout rodině prostor, aby své problémy sama zformulovala (Matoušek, 2008).
- **Posuzování funkčnosti rodiny:**
 - vyžaduje přímý kontakt s rodinou, čas a dovednosti,
 - zájmem dítěte je vyrůstat ve funkční rodině - přetrvává zaměření na deficity a zjišťuje se, které zákonné povinnosti rodiče neplní, proč se nemohou nebo nechtějí o děti postarat (Matoušek, 2008).
- **Ukazatelé funkcí rodiny:**
 - kulturní a hodnotová orientace rodiny,
 - nasycení základních potřeb jednotlivých členů rodiny (jídlo, ošacení, teplo, bezpečí, hygiena, soukromí),
 - stav domácnosti z hlediska potřeb členů rodiny,
 - funkčnost rodičovského systému,
 - vztahy členů rodiny,
 - vztahy k institucím (místní úřady, zaměstnavatelé, školy)

- sociální vazby členů rodiny (sousedé, přátelé, zájmové kluby),
 - zaměstnání rodičů,
 - materiální zdroje,
 - styl komunikace (Matoušek, 2008).
- **Síť rodinných vztahů:**
 - posuzování vztahů a rodinných vazeb – ekomapa a genogram,
 - komunikační styl rodiny – ve vhodné komunikační situaci, ke které dochází v rodině přirozeně:
 - jasnost – nečitelnost až zřetelné vyjadřování myšlenek
 - participace – kdo se účastní, mlčí, začíná, ukončuje téma, na koho se obrací,
 - řešení neshod – potlačení názoru, tématu, či uznání různorodosti,
 - emocionální vztahy - negativní, pozitivní (Matoušek, 2008).
 - **Videotrénink interakcí** (Matoušek, 2008).

Sociální práce s komunitou

Techniky využívané v rámci komunitní práce:

- **Zjišťování a analýza potřeb:**
 - SWOT analýza – metoda analýzy organizace, města či regionu,
 - „mapa problémů“,
 - metoda „expertní revize problémového pole“,
 - metody oslovování komunity dopisem s krátkou anketou, telefonické oslovení,
 - přímé dotazování na ulici (Matoušek, 2008).
- **Diagnostické techniky:**
 - brainstorming – intenzivní analýza problémů a pobízení k návrhům řešení v rámci skupiny osob s různými znalostmi o dané problematice,
 - delfská metoda – setkání odborníků a společná kritická analýza problému,
 - technika nominální skupiny – porovnání analýz nebo komentářů problematiky získaných bez předchozí diskuse od všech účastníků, jejich prezentace, zhodnocení podle frekvencí a dle diskuse.
 - hodnocení potřeb (Řezníček, 1994).

- **Plánování:**
 - akční plánování – plánování určitých akcí pro zlepšení životního prostředí,
 - kooperativní plánování – postup skupin obyvatel, či institucí, aby vznikla shoda s cílem vytvořit akční plány, které jsou realizovány v praxi,
 - facilitace – zahrnuje informace, rozhodování, vztahy, spory a konflikty,
 - mediace – nástroj na řešení sporů či konfliktů.
- **Realizace plánu** – krátkodobé a střednědobé plánování aktivit (Matoušek, 2008).
- **Intervenční techniky:**
 - využívání komunikačních médií,
 - organizování schůzek s představiteli obce a schůzky s občany,
 - fundraising – získávání finančních prostředků ze soukromých a veřejných zdrojů,
 - lobbying,
 - hájení práv občanů,
 - analýza procesu lokální politiky a její ovlivňování,
 - poskytování informací představitelům legislativy a exekutivy,
 - organizování společenských akcí k charitativním, solidárním, rekreačním nebo kulturním účelům (Řezníček, 1994).
- **Vyhodnocení:**
 - dotazník a průzkum mínění,
 - revize záznamů organizace – zápisy z jednání, průběžné, závěrečné a výroční zprávy,
 - návštěvy na místě – při průběhu projektu a pozorování,
 - diskuse (Matoušek, 2008).

Sociální práce se skupinou

Techniky skupinové sociální práce:

- **Skupinová psychoterapie:**
 - Racionální psychoterapie,
 - výklad a objasnění podstaty onemocnění, příčin jeho vzniku,

- persuaze – k výkladu připojeno přesvědčování,
- reorientace – snaha o změnu názorů a životních postojů,
- psychagogika – komplexnější vedení, učení a usměrňování.
- Sugestivní a hypnotické postupy - technika hypnotizace.
- Empatické rozhovory.
- Abreakce – zneškodnění předpokládaného patogenního působení.
- Relaxační postupy – autogenní trénink, progresivní relaxace, relaxačně aktivizační metoda M. Machače.
- Řízená imaginace – navozování motivů a témat,
 - autogenní meditace,
 - katatymně- imaginativní - technika katatymního prožívání obrazů.
- Návčkové postupy - pozitivní nácvik, nácvik asertivity, averzivní terapie, systematická desenzibilace a expozice, nápodoba, technika fixování role, negativní nácvik, metoda přesycení, zastavení nežádoucích myšlenek, nácvik pozitivní komunikace a nácvik řešení problémů.
- Interpersonální postupy – korektivní emoční zkušenost, skupinová dynamika, psychodrama (techniky hraní vlastní role, monolog, dvojník, výměna rolí, zrcadlo), psychogymnastika (Kratochvíl, 2006).
- **Morenova skupinová psychoterapie** – podněcování spontánnosti a tvořivosti.
- **Analytický směr**
 - analýza přenosových tendencí,
 - činnostní skupinová terapie – Slavsonova metodika pro děti,
 - analytická skupinová terapie pro dospělé.
- **Topologický směr** – umění ventilace agrese.
- **Transakční analýza:**
 - analýza struktury,
 - analýza transakce,
 - analýza scénáře,
 - analýza her (Kratochvíl, 2006).
- **Skupinová terapie:**

- odhození masky – upřímné sebeodhalení,
- naslouchání druhým – pozorné uvědomování si obsahu sdělení,
- emoční podpora – zajištění bezpečí,
- konfrontace (Kratochvíl, 2006).