

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Zdravotně sociální fakulta

Sociální práce v nemocnici – používané metody a techniky

diplomová práce

Autor práce: Bc. Iva Mráčková
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

Diplomová práce se věnuje tématu sociální práce v nemocnici. Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, kde se péče zdravotní prolíná s péčí sociální a je nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu.

Cílem práce bylo zmapovat používané metody a techniky sociální práce v Nemocnici České Budějovice, a.s. Byly stanoveny tři výzkumné otázky:

1. Jaké metody a techniky používá sociální pracovník při práci s pacientem?
2. Jaká sociální pomoc je ze strany pacientů v nemocnici nejčastěji využívána?
3. Jsou pacienti informováni o možnostech sociální péče po propuštění z nemocnice?

Teoretická část sdružuje obecné informace o sociální práci ve zdravotnictví, klientele sociálních pracovníků, metodách a technikách sociální práce a sociálních službách.

K dosažení cílů této práce byl proveden kvalitativní výzkum metodou dotazování, použita byla technika polostrukturovaného rozhovoru. Výzkum probíhal během března až června 2012. Praktický výzkum probíhal za přímé spolupráce se sociálními pracovníci z nemocnice České Budějovice a s klienty, kteří byli propuštěni do domácího prostředí po předchozí hospitalizaci v nemocnici v Českých Budějovicích a po propuštění využili pomoci sociálních služeb. Byly provedeny 4 rozhovory se sociálními pracovníci a 10 rozhovorů s klienty, celkem bylo provedeno 14 rozhovorů.

Rozhovory směřovaly ke zjištění, jakým způsobem pracují sociální pracovníci v nemocnici s klienty a jaké metody a techniky při své práci používají. Výzkum s klienty zjišťoval informovanost klientů o sociální pomoci, možnosti kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici a využití sociální pomoci po propuštění z nemocnice.

Výzkumem bylo zjištěno, že zdravotně sociální pracovníci se řídí v procesu sociální práce nejvhodnějšími metodami a používají nejnovější pracovní postupy při řešení nepříznivé sociální situace včetně přístupu ke klientovi. Klienti mají možnost kontaktovat sociální pracovníci v nemocnici a využít její pomoci při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci.

Abstract

The thesis deals with the issue of social work in a hospital. Social work in health care is a sphere where health care is combined with social care and is an inseparable part of therapeutic and nursing process.

The aim was to map the methods and techniques of social work used in the České Budějovice Hospital. Three research questions were set:

1. What methods and techniques does a social worker apply to work with a patient?
2. What social help is most frequently used by patients in hospital?
3. Are patients informed on social care possibilities after discharge from hospital?

The theoretical part summarizes general information on social work in healthcare, clients of social workers, social work methods and techniques and social services.

Quantitative research, questioning method, the technique of semi structured interview was performed to reach the goals of the thesis. The research was conducted from March to June 2012. The practical research was performed in direct cooperation with social workers from the České Budějovice Hospital and with clients that had been discharged to home environment after being hospitalized in the České Budějovice Hospital and used social services after discharge. 4 interviews with social workers were performed and 10 interviews with clients. 14 interviews were performed in total.

The interviews led to findings in what manners social workers work with clients in hospital and what methods and techniques they use in their work. The research with the clients examined the level of awareness of social help, of the possibilities to contact a social worker in hospital and of the use social help after return from hospital among clients.

The research has shown that social workers apply the most suitable methods to the social work process and use the most modern procedures in solving unfavourable social situation, including the approach to a client. Clients have the possibility to get in touch with a social worker in hospital and to use her assistance in mitigation or elimination of negative social impacts of illness.

Prohlášení

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

V Českých Budějovicích dne 16. 8. 2012

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Touto cestou bych chtěla poděkovat paní Doc. Mgr. et Mgr. Jitce Vackové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a velkou trpělivost při zpracování této diplomové práce.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Sociální práce	9
1.1.1 Pojem sociální práce	9
1.1.2 Cíl a poslání sociální práce	10
1.1.3 Význam sociální práce	11
1.2 Sociální práce ve zdravotnictví	12
1.2.1 Spolupráce v interdisciplinárním týmu	12
1.2.2 Hodnoty sociální práce ve zdravotnictví	13
1.2.3 Kvalita sociální práce ve zdravotnictví	14
1.3 Sociální pracovník v nemocnici	14
1.3.1 Legislativa a zdravotně sociální pracovník	15
1.3.2 Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků	15
1.3.3 Osobnost a dovednosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví	16
1.3.4 Etika zdravotně sociálního pracovníka	16
1.3.5 Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka	17
1.3.6 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka	19
1.4 Metody a techniky sociální práce ve zdravotnictví	19
1.4.1 Sociální práce s jednotlivci	20
1.4.2 Sociální práce s rodinou	21
1.4.3 Sociální práce se skupinami	22
1.4.4 Komunitní práce	23
1.4.5 Způsoby komunikace s klientem	24
1.5 Sociální aspekty zdraví a nemoci	31
1.5.1 Definice zdraví	32
1.5.2 Definice nemoci	32
1.5.3 Sociální klient	33
1.6 Sociální důsledky nemocí	35
1.6.1 Sociální rizikové faktory	36

1.7 Sociální práce ve zdravotnictví s cílovými skupinami	36
1.7.1 Vztah sociálního pracovníka a klienta	36
1.7.2 Etapy sociální práce	37
1.7.3 Vyhledávání sociální pomoci	38
1.7.4 Základní rozdělení klientů	39
1.7.5 Typologie klientů ve zdravotnictví	39
1.8 Sociální služby	47
1.8.1 Legislativa	47
1.8.2 Definice sociálních služeb	48
1.8.3 Cíle sociálních služeb	49
1.8.4 Financování sociálních služeb	50
1.9 Druhy sociálních služeb	51
1.9.1 Sociální poradenství	52
1.9.2 Služby sociální péče	52
1.9.3 Služby sociální prevence	55
2. Cíl práce a výzkumné otázky	60
3. Metodika	61
3.1 Použitá metodika	61
3.2 Charakteristika výzkumného souboru	62
4. Výsledky	63
4.1 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníci	63
4.2 Výsledky rozhovorů s klienty po propuštění do domácího prostředí	84
5. Diskuze	119
5.1 Diskuze k rozhovorům se sociálními pracovníci	119
5.2 Diskuze k rozhovorům s klienty po propuštění do domácího prostředí	125
6. Závěr	131
7. Seznam použitých zdrojů	133
8. Klíčová slova	139
9. Přílohy	140

Úvod

Sociální práce ve zdravotnictví je zaměřena na individuální přístup ke klientovi. Motivuje klienty k řešení vlastních problémů. Napomáhá k zabezpečení a uspokojení jejich biologických, psychických a sociálních potřeb. Napomáhá účelnému využití materiálních a finančních prostředků služeb sociální péče a přispívá k prevenci patologicko-sociálních jevů.

Téma sociální práce v nemocnici jsem si zvolila proto, abych pomohla ke zvyšování povědomí o sociální práci ve zdravotnictví pracovníkům v pomáhajících profesích. Převaha lékařských profesí a nelehká ekonomická situace ve zdravotnictví vedou k nedoceňování důležitosti sociální práce ve zdravotnictví. Komplexnost zdravotní péče však vyžaduje propojení spolupráce odborného týmu, do kterého patří i sociální pracovníci.

Sama pracuji jako sociální pracovnice v terénní pečovatelské službě a při své práci se setkávám s mnoha osudy klientů a jejich rodin. Každý přichází s jiným životním příběhem a každý má pro své rozhodnutí využít sociální pomoc své důvody. Úkolem sociálního pracovníka je právě porozumět těmto potřebám klienta. Je nutné vycházet z dosavadního způsobu života a nastavit péči tak, aby reflektovala různost sociální situace jednotlivých klientů.

Praktická část diplomové práce je zaměřena na volbu vhodných intervencí sociálních pracovníků v nemocnici při práci s klientem. Zjišťovala jsem, jaké metody a techniky používá sociální pracovník při své práci a zda jsou klienti informováni o možnostech sociální pomoci.

Sociální pracovník se v nemocnici setkává s klienty hospitalizovanými na jednotlivých odděleních s onemocněním různého charakteru, proto by měl mít ke každému individuální přístup a akceptovat osobnost klienta. Sociální pracovník a klient se setkávají, aby mohli společně nalézt řešení problému klienta a aby byla klientovi poskytnuta podpora v jeho nepříznivé sociální situaci.

1. Současný stav

1.1 Sociální práce

Hrozenková (2008) popisuje sociální práci jako společensky akceptovanou formu pomoci jednotlivci, skupině či komunitě. Hrozenková (2008) dále dodává, že přítomnost sociální práce je v lidské historii od jejího počátku. Její vznik je možný připsat existenci člověka, jeho subjektivním problémům a možnostem tyto problémy řešit nebo je alespoň eliminovat (Hrozenková, 2008).

Strieženec (1999) uvádí základní východiska při identifikaci sociální práce, jako samostatné vědecké disciplíny, které je možno chápat i jako předpokládané směry jejího dalšího rozvoje:

- sociální práce jako praktická činnost
- sociální práce jako vědecký obor
- sociální práce jako samostatná profese
- sociální práce jako akademická disciplína
- výzkum sociální práce
- záměry sociální práce a její vývojové trendy (Strieženec, 1999)

1.1.1 Pojem sociální práce

Dle Charvátové (1990) je sociální práce činnost, která je zaměřená na pomoc jednotlivcům, rodinám, skupinám s cílem dosáhnout jejich optimálního společenského fungování.

Matoušek (2003a) uvádí, že sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu.

Dále Matoušek (2001) poznamenává, že sociální práce je obor orientovaný na řešení lidských problémů, hraničící s řadou akademických i praktických disciplín, které se zabývají životem člověka. Matoušek (2001) dodává, že odlišení od ostatních oborů spočívá v důrazu na sociální fungování klienta. Je pohlíženo na člověka jako bytost, která existuje v prostředí a musí zvládat jeho nároky. Pro sociální práci pravděpodobně

představují nejvýznamnější oporu sociologie, psychologie, pedagogika a právní vědy (Matoušek, 2001).

Draganová (2006) charakterizuje sociální práci jako získávání a zpracování informací o příčinách vzniku nebo možného vzniku sociální nouze a o potřebě poskytování sociální pomoci, výběru a uplatňování forem sociální pomoci a sledování činnosti jejich působení. Prostřednictvím sociální práce se uskutečňuje sociální pomoc (Draganová, 2006).

1.1.2 Cíl a poslání sociální práce

Jak uvádí Matoušek (2003b), cílem sociální práce je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální pracovníci, dle Matouška (2003b), pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění a pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci (Matoušek, 2003b).

Cílem sociální práce je, dle Charvátové (1999), zabránit sociálně škodlivým vlivům krizových situací a snaha o odstranění překážek zdravého rozvoje jednotlivců i skupin.

Dle Zastrowa (1995) jsou praktické cíle sociální práce podle Americké asociace sociálních pracovníků následující:

- podpořit schopnost klienta řešit problém, adaptovat se na nároky a vyvíjet se
- zprostředkovat klientovi kontakt se subjekty, které mu mohou poskytnout zdroje, služby a potřebné příležitosti
- napomáhat tomu, aby systémy podpory klientů pracovaly humánně a efektivně
- rozvíjet a zlepšovat sociální politiku

Hrozenká (2008) tvrdí, že cílem není podporovat klientovu pasivitu, ale naopak, motivovat ho k vlastnímu rozhodnutí a zodpovědnosti za svojí osobu.

1.1.3 Význam sociální práce

Úlehla (2007) uvádí, že sociální práce stojí na třech opěrných bodech, které představují:

- normy (zákony, předpisy, povinnosti, společenská pravidla, standardy)
- způsoby chování, myšlení, konání, které se neshodují s normami, a tak se z člověka stává klient sociální práce
- profesionální odbornost pracovníka, díky které je sociální pracovník zprostředkovatel mezi normami a klientem

Společným znakem sociální práce a ostatních pomáhajících oborů je, dle Musila (2004), poskytování pomoci lidem v obtížných životních situacích. Dále Musil (2004) dodává, že sociální práce se zabývá především interakcemi mezi člověkem a jeho sociálním prostředím. Její pomoc je zaměřena na dosahování rovnováhy mezi očekáváním sociálního prostředí, v němž lidé uspokojují svoje potřeby, a jejich schopností toto očekávání zvládat (Musil, 2004).

Strieženec (1999) charakterizuje sociální práci jako přímý, záměrný a připravený kontakt sociálního pracovníka s klientem, skupinou, komunitou, aby se stanovila sociální diagnóza a uskutečnila sociální terapie. Strieženec (1999) říká, že jde o působení či usměrňování klientů ke změně postojů a k aktivizaci klientů se zaměřením na spolupodílení se na změnách sociální situace.

Matoušek (2005) nedefinuje sociální práci jako terapii, ale jako pomoc.

Podle Musila (2004) se sociální pracovníci zabývají životními situacemi lidí a jimi poskytované služby bývají zpravidla tím lepší, čím více se jim daří vidět situaci klienta v jejím celku. Musil (2004) dodává, že od sociálních pracovníků se očekává, že budou klientovi pomáhat překonávat nejrůznější překážky, jež mu brání zvládat očekávání sociálního prostředí. Podpora rovnováhy mezi klientem a sociálním prostředím je podmíněna zaměřením na komplex různorodých okolností, které ve svém souhrnu představují specifickou životní situaci klienta (Musil, 2004).

1.2 Sociální práce ve zdravotnictví

Dle Vurma (2007) musí sociální práce ve zdravotnictví posuzovat nepříznivou situaci člověka v komplexu souvislostí, protože nepříznivý zdravotní stav zhoršuje sociální situaci a naopak. Vurm (2007) uvádí, že sociální a zdravotní péče se prolíná a navzájem se zastupují, nelze řešit pouze jedno bez vztahu k druhému.

Podle Kuzníkové (2011) je smyslem sociální práce ve zdravotnictví zejména pomoci klientovi, jeho rodině i širšímu prostředí při zmírnění nebo odstranění negativních sociálních důsledků nemoci.

Dále Kuzníková (2011) uvádí, že úkolem sociální práce je využít vlivu psychosociální sféry na nemoc k lepší adaptaci, překonání obtíží, motivaci k léčbě a spolupráci a konečně ke kvalitnějšímu životu.

Vurm (2007) tvrdí, že všude tam, kde je poskytována a zajišťována zdravotní péče, je nutné současně zajistit a poskytovat i péči sociální.

Dle Tomeše (2001) se sociální a zdravotní péče doplňují a v řadě ohledů i vzájemně ovlivňují. Tomeš (2001) říká, že osoby, které potřebují odbornou zdravotní péči, často vyžadují i sociální pomoc.

1.2.1 Spolupráce v interdisciplinárním týmu

Dle Kuzníkové (2011) se sociální práce ve zdravotnictví významně podílí na uzdravení nemocného. Kuzníková (2011) dodává, že sociální pracovníci ve spolupráci s dalšími odborníky, uvnitř i mimo zařízení zdravotnických služeb, podporují klienta při vyrovnání se s nemocí a se změnou jeho životní situace. Společně vytváří integrovaný plán péče, orientovaný na klienta, s jasně vymezenými cíli a vzájemnou provázaností oborů zastoupených v týmu, sdílejí poznatky pro péči o klienta (Kuzníková, 2011).

Beder (2006) vymezuje spolupráci v interdisciplinárním týmu jako komplexní a dynamický proces, kdy dva a více pracovníků poskytují pomoc a služby klientům či rodině klienta.

Geissler-Piltz, Múhlum, Pauls (2005) uvádí, že sociální práce ve zdravotnictví je součástí práce v týmech, které přispívají ke zlepšení a podpoře zdraví klientů.

Musil (2004) dodává, že sociální pracovník by měl rozpoznat všechny bariéry zvládání situace klientem a promýšlet souvislosti mezi nimi. Právě toto zaměření na vzájemnou podmíněnost různorodých okolností klientova života, vyvolává potřebu spolupráce s pracovníky jiných pomáhajících oborů (Musil, 2004).

1.2.2 Hodnoty sociální práce ve zdravotnictví

Řezníček (1994) definuje hodnoty působnosti sociální práce. Autor říká, že jde o zachovávání profesionální objektivity, respektu vůči rozdílům mezi lidmi a respektování jejich důstojnosti. Musí být zachován individuální přístup ke klientům, využívání jejich silných stránek a maximalizace spoluúčasti klientů (Řezníček, 1994).

Dle Nečasové (2008) sociální pracovníci sdílejí společné hodnoty, které jsou obsaženy v etickém kodexu. Dále Nečasová (2008) dodává, že určují povahu sociální práce i povahu vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, kolegy i širší společností.

Řezníček (1994) popisuje důležitost respektování svobodného rozhodování klientů, kdy sociální pracovníci spolu s klienty analyzují povahu daných problémů a jejich možných řešení. Řezníček (1994) dále uvádí, že řešitelem problémů však zůstávají klienti a sociální pracovník by měl přebírání zodpovědnosti za ně vědomě odmítat. Sociální pracovníci přitom hodnotí a posuzují danou problematiku, aniž by klienty a jejich jednání odsuzovali, respektují důvěrnosti sdělených informací (Řezníček, 1994).

Dle Kopřivy (2000) nadměrná péče klienta spíše oslabuje, než aby mu prospívala.

Úlehla (2004) dodává, že rozdíl ve volbě jednotlivých způsobů profesionální práce je určen mírou, v jaké si pracovník trvá při přibrání klienta do spolurozhodování.

1.2.3 Kvalita sociální práce ve zdravotnictví

Gladkij, Strnad (2002) popisuje, že cílem kvality poskytovaných zdravotnických služeb je zlepšování zdravotního stavu, zvyšování kvality života a spokojenosti obyvatel. Systém kvality zahrnuje proces tvorby postupů, stanovení standardů, hodnocení výsledků zdravotnických služeb (Gladkij, Strnad 2002).

1.3 Sociální pracovník v nemocnici

Dle Kuzníkové (2011) má sociální pracovník v nemocnici řešit a uspokojovat psycho-sociální potřeby klientů. Sociální pracovník v rezortu zdravotnictví potřebuje být respektován a mít pocit sounáležitosti s ostatními profesionály oborů, s nimiž spolupracuje (Kuzníková, 2011).

Žilová (2005) charakterizuje sociálního pracovníka jako odborníka, který se zabývá sociální pomocí jednotlivcům, skupině nebo komunitě, když se dočasně nebo trvale nachází v problémové sociální situaci vyžadující společenskou intervenci a přispívá k mobilizaci zdrojů klienta na předcházení případným problémovým situacím.

Dle Marka (2001) je sociální pracovník vnímán lékaři jako znalec problematiky sociální pomoci, nárokových sociálních dávek, možností a postupů při zajišťování návaznosti akutní a následné, dlouhodobé péče ústavní či terénní.

Kompetentní sociální pracovník musí umět, dle Matouška (2005), získat informace o klientovi a jeho okolí, o zázemí, sestavit a realizovat plán intervencí, hodnotit výsledky, vědět, jak práci s klientem ukončovat. Matoušek (2005) dále uvádí, že k tomu využívá schopnosti navázat kontakt, vést rozhovor, empaticky naslouchat, být vnímavý k verbálním i neverbálním projevům klienta, umět pozorovat.

Podle Matouška (2005) sociální pracovník ví, jak komunikovat s ostatními členy týmu, dalšími odborníky a institucemi. Vurm (2007) dodává, že sociální pracovník má jasno v etice své práce, v tom, jak zacházet s informacemi o klientovi. Matoušek (2005) uvádí, že sociální pracovník zná systém sociálního zabezpečení, legislativu a sociální

politiku, orientuje se v životním stylu a hodnotách různých společenských skupin a je k nim vnímavý.

Hanuš, Hellebrandová (2006) zdůrazňují, že sociální pracovník podporuje klienta v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal aktivně a konstruktivně zapojit své síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených sociálních vztahů a vazeb ve svém okolí.

1.3.1 Legislativa a zdravotně sociální pracovník

Česká legislativa stanovila činnosti zdravotně sociálního pracovníka způsobilého k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti dle §10 zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění).

Za výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka u nás je dle §10 zákona č. 96/2004 Sb., považována činnost v rámci preventivní, diagnostické a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění).

Konkrétně jsou činnosti zdravotně sociálního pracovníka rozpracovány vyhláškou 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění (vyhláška č. 55/2011 Sb., v platném znění).

1.3.2 Vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků

Kuzníková (2011) uvádí, že nedílnou součástí rozvoje zdravotně sociálních pracovníků, a tím i samotného odvětví oboru, je celoživotní vzdělávání.

Celoživotním vzděláváním se rozumí průběžné obnovování, zvyšování, prohlubování a doplňování vědomostí, dovedností a způsobilosti zdravotnických

pracovníků v příslušném oboru v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky (Zákon č. 96/2004 Sb., v platném znění).

Formou dalšího vzdělávání sociálních pracovníků, dle zákona č. 96/2004 Sb., je:

- specializační vzdělávání zajišťované vysokými školami a vyššími odbornými školami navazující na získanou odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka
- účast v akreditovaných kurzech
- odborné stáže v zařízeních sociálních služeb
- účast na školicích akcích

1.3.3 Osobnost a dovednosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví

Dle Matouška (2003a) je pro pracovníka pomáhající profese nezbytné, aby měl nejenom odborné předpoklady, ale především celou řadu sociálních dovedností a osobnostních předpokladů. Mezi ně patří mimo jiné fyzická zdatnost, emocionální a sociální inteligence, určitá fyzická a psychická přitažlivost, důvěryhodnost, komunikační dovednosti a především empatie (Matoušek, 2003a).

Kuzníková (2011) dodává, že důležitou schopností je vymezení hranic ve vztahu s klientem a rozlišování toho, co je záležitostí sociálního pracovníka a co zůstává pouze v kompetenci klienta. Dále Kuzníková (2011) tvrdí, že předpokladem pro zrání osobnosti sociálního pracovníka je sebevzdělávání, supervize a rovněž i sledování vývoje teorií, metod, technik sociální práce. Kultivovaný projev, schopnost empatie, citovou vyrovnanost, přirozenou autoritu a pozitivní nazírání na svět by měli mít všichni sociální pracovníci (Kuzníková 2011).

1.3.4 Etika zdravotně sociálního pracovníka

Matoušek (2003a) uvádí, že nejužívanějším v oblasti sociální práce je Etický kodex sociálních pracovníků v ČR, který byl vydán v roce 1995 Společností sociálních pracovníků. Dle Matouška (2003a) tento kodex vyjadřuje respekt ke klientům a jejich sebeurčení především tím, že se staví na hodnotách lidských práv, jedinečnosti člověka,

potřebě seberealizace klienta, vedení klienta k vlastní odpovědnosti, hledání možností, jak klienta zapojit do řešení problémů. Podporuje sociální spravedlnost, stanovuje pravidla etického chování sociálního pracovníka ve vztahu ke společnosti a profesní integritu (Matoušek, 2003).

Vurm (2007) říká, že je etika jedním ze základních pilířů práce ve zdravotně sociální oblasti. Zdravotně sociální pracovník musí brát v potaz nejen teoretická, metodická a právní východiska, ale musí zvažovat i etický dopad svého konání (Vurm, 2007).

Etika sociální práce, dle Žilové (2005), hovoří o konání dobra pro člověka s konkrétním zaměřením tohoto konání na vytváření předpokladu na zdravý fyzický, psychický a sociální vývin jedince a eliminuje nebo alespoň zmírňuje příčinu a důsledek vzniklé sociální nerovnováhy mezi jednotlivci, skupinou a společností navzájem.

Dle Nedělníkové (2008) není etické chování spojeno pouze s vnějšími pravidly chování v rámci etického kodexu, ale i se subjektivními pocity sociálního pracovníka, jak by měl v situaci jednat, aby jeho rozhodování a chování bylo etické, kdy rozhodování je pouze věcí klienta a snaha rozhodovat za něj je rozpor s etickým chováním.

Vurm (2007) uvádí, že se zdravotně sociální pracovník dostává do dilematických situací, kdy musí umět nejen eticky hodnotit, ale též volit možnosti a eticky rozhodovat. Vurm (2007) dále dodává, že musí rozpoznat situaci, identifikovat problém a položit si otázku, jaké jsou možnosti řešení, jaké jsou pro jednotlivá řešení důvody a jaké budou mít důsledky. Následuje zhodnocení, která hodnota je v dané situaci základní, je-li v dané situaci riziko nějaké újmy (Vurm, 2007).

1.3.5 Pracovní náplň zdravotně sociálního pracovníka

Obsahem služeb sociální péče ve zdravotnictví jsou, dle Kuzníkové (2011), ty intervence, které pomáhají odstranit anebo alespoň mírnit negativní důsledky situace způsobené nemocí, hospitalizací, psycho-sociálně patologickými jevy.

Činností sociálního pracovníka ve zdravotnictví, dle Kuzníkové (2011), je:

- Řešení situace akutně hospitalizovaných klientů - rozhodnutí, zda se má na řešení podílet, závisí především na lékaři.
- Sociální pomoc – sociální poradenství, jednání s institucemi, plánování péče a sociální rehabilitace, zprostředkování specializovaných služeb a specializované pomoci, řešení finančních a bytových záležitostí, spolupráce s příbuznými klienta, psychosociální podpora klienta.
- Sociální prevence – zjišťování možných sociálních obtíží a potřeb, depistáž a zdravotně sociální poradenství.
- Stanoví sociální anamnézy a prognózy s cílem reintegrace a zjištění, zda klientova sociální situace nebude narušovat jeho léčbu a zhoršovat zdravotní stav.
- Tam, kde reintegrace není možná, zajistit další formy pomoci.
- Aplikace metod sociální práce, zejména individuální práce s klientem, sociální práce s rodinou nebo skupinová práce s klienty a jejich příbuznými (Kuzníková, 2011).

Havrdová (1999) uvádí činnosti sociálního pracovníka:

- Sociálně-právní činnosti - souvisejí s uplatněním nároku a poskytováním pomoci v systému sociálního zabezpečení.
- Sociálně-právní poradenství - orientace jednotlivců, rodin, skupin a komunit v jejich legislativních a správních možnostech.
- Sociální diagnostika - rozpoznávání a mapování sociálních problémů, potřeb a zdrojů jednotlivců, skupin a komunit a jejich vzájemných souvislostí.
- Sociální prevence a ochrana - vytváření podmínek k omezení rizika vzniku a zhoršení sociálních problémů u ohrožených jednotlivců, rodin, skupin a komunit, včetně jejich vyhledávání.
- Sociální intervence - soubor odborných činností (provázení, poradenství, terapie, organizování, vyjednávání, zastupování) směřujících k obnově a

zlepšení psychosociálního fungování jednotlivců, rodin, skupin a komunit a k lepšímu využití různých zdrojů (Havrdová, 1999).

Součástí práce sociálního pracovníka ve zdravotnictví je, dle Janečkové (2005), identifikace sociálních rizik související s propuštěním z nemocnice. Janečková (2005) dále poznamenává, že sociální pracovník umí posoudit, zda klient může fungovat a léčit se doma, měl by klientovi poskytnout dostatek informací, spolupracovat s rodinou a pracovat s individuálním plánem péče, propouštěcím a navazujícím adaptačním plánem.

Matoušek (2005) uvádí, že doménou sociálních pracovníků v nemocnici jsou záležitosti týkající se sociálně-právní ochrany klientů a pomoc při řešení i jiných složitých právních, finančních či majetkových záležitostí klienta, spolu s vyhledáváním možností následné sociální péče.

1.3.6 Kompetence zdravotně sociálního pracovníka

Dle Kuzníkové (2011) by sociální pracovníci ve zdravotnictví měli být v první řadě kompetentními sociálními pracovníky v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách a současně i nelékařskými zdravotnickými pracovníky v souladu se zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních.

Matoušek (2005) dodává, že u sociálních pracovníků ve zdravotnictví se předpokládá, že jde o profesionály znalé teorií a metod oboru sociální práce, jejichž snahou je jejich aplikace v praxi a celoživotním vzdělávání.

1.4 Metody a techniky sociální práce ve zdravotnictví

Matoušek (2003b) popisuje metody sociální práce jako postupy sociálních pracovníků definované cílem nebo cílovou skupinou. Dle Matouška (2003b) může být cílem úřední úkon, poskytnutí komplexní pomoci, poskytnutí poradenství, vytvoření plánu postupu. Cílovou skupinou může být jednotlivec, rodina, skupina nebo komunita (Matoušek, 2003b).

Draganová (2006) charakterizuje techniky sociální práce jako návod na použití metody, přizpůsobený tak, aby odpovídal specifickým problémům vyplývajícím z klientovy situace. Dále Draganová (2006) dodává, že technika je činnost nebo pracovní postup, který slouží k naplnění vytýčeného cíle. Metodu můžeme chápat jako cestu a techniku jako způsob, kterým tuto cestu překonáme (Draganová, 2006).

1.4.1 Sociální práce s jednotlivci

Dle Kuzníkové (2011) je nejužívanější a nezastupitelnou intervencí sociální práce ve zdravotnictví individuální práce s klientem, která začíná prvním kontaktem s klientem.

Řezníček (1994) říká, že během prvního kontaktu by měl sociální pracovník projevit opravdový zájem o klienta a snažit se navázat atmosféru důvěry a zajištění přání a očekávání klienta.

Matoušek (2003b) dodává, že práce s jednotlivcem je metoda sociální práce, která zahrnuje sérii kroků. Doporučení klienta do péče, zhodnocení jeho potřeb, stanovení cílů, plán intervence nebo péče, realizace plánu, souhrn a hodnocení výsledku intervence (Matoušek, 2003b).

Podle Charvátové (1990) by měl sociální pracovník klientovi podat informace o všech možnostech řešení, které lze poskytnout, ale současně mu dát možnost volby. Součástí jednání s klientem je umět přijmout odpor proti nabízené pomoci, zdržet se jakéhokoli nátlaku a upravit své požadavky na úroveň pro klienta přijatelnou (Charvátová, 1990).

Matoušek (2003a) dodává, že během celého procesu by měl být klient co nejaktivnější, sociální pracovník by mu měl navrhnout alternativy, z nichž by si měl klient sám vybírat.

Matoušek (2005) tvrdí, že klient je považován za osobu, která je, nakolik je to nejlépe možné, způsobilá řešit vlastní problémy.

Dle Charvátové (1990) sociální pracovník k navázání a vytvoření vztahu s klientem, musí respektovat určité potřeby klienta:

- individualizace – potřeba klienta, aby s ním bylo jednáno jako s jedincem se životními zkušenostmi a prožitky
- účelné vyjádření pocitů – potřeba klienta vyjádřit své pocity vůči své situaci, vůči svému okolí
- kontrolované emocionální zaujetí – potřeba klienta slyšet a cítit sympatii sociálního pracovníka jako odezvu na své problémy
- přijímat klienta takového, jakým je – potřeba klienta, aby byl uznáván jako člověk, který má své hodnoty
- neodsuzující postoj – klient nechce, aby byl souzen či odsuzován
- klientovo právo rozhodovat sám o sobě – potřeba klienta vybrat si a činit rozhodnutí
- důvěrnost sdělení – klient potřebuje ujištění, že jeho důvěrná sdělení nebudou zneužita (Charvátová, 1990).

1.4.2 Sociální práce s rodinou

Dle Kuzníkové (2011) se sociální pracovník v rámci své profese může setkat s různorodou klientelou, s rozdílným sociálním zázemím. Kuzníková (2011) dále dodává, že společným cílem všech pomáhajících by měla být spolupráce s rodinou klienta a jeho možný návrat do tohoto prostředí, pakliže je toto prostředí funkční a vyhovující.

Weinfurterová (2006) vidí smysl sociální práce ve zdravotnictví zejména ve snížení nebo zmírnění, v ideálním případě odstranění, sociálních důsledků nemoci klienta. Weinfurterová (2006) dodává, že v první řadě je důležitá spolupráce s rodinou klienta a řešení jeho problémů primárně s jeho rodinou. Rodina je také zdrojem objektivnějších informací o situaci klienta (Weinfurterová, 2006).

Dle Matouška (2005) by měla být rodina při řešení životní sociální situace důležitým článkem v tomto procesu. Matoušek (2005) vysvětluje, že sociální pracovník musí počítat s jejími názory, postoji, možnostmi, schopnostmi a ochotou zvládnout

situaci. Při zvažování svých možností by měla mít rodina dostatek informací o nabídce podpůrných zdravotních a sociálních služeb (Matoušek, 2005).

1.4.3 Sociální práce se skupinami

Šik (2008) uvádí, že skupinová práce je nezastupitelnou součástí sociální práce. Šetří čas profesionálů a poskytuje některé možnosti, které individuální práce s klientem poskytnout nemůže (Šik, 2008).

Dle Matouška (2003b) je cílem zlepšení kvality života celé skupiny nebo podpora individuálních potřeb členů skupiny (navození změny v chování, rozvoj sociálních dovedností, posílení sebevědomí apod.). K očekávané změně má dojít v sociálním fungování skupiny nebo v běžném životě každého účastníka (Matoušek, 2003b).

Jak uvádí Řezníček (1994), skupinová práce pomáhá malým skupinám řešit jejich specifický problém a je založena zejména na skupinové sociální a psychologické dynamice.

Kuzníková (2011) vidí nejvýznamnější výhodu sociální práce se skupinou v samotném přínosu pro klienta. Dle Kuzníkové (2011) je klientem v sociální práci se skupinami míněna jednak skupina jako celek se svou skupinovou dynamikou, hodnotami, procesy, atmosférou, ale může to být i člen skupiny – jednotlivec.

Dle Matouška (2003a) může být skupinová práce efektivní, protože se zodpoví mnoho dotazů jednotlivých členů najednou, členové si předávají i své vlastní zkušenosti. Matoušek (2003a) dodává, že skupinové aktivity vedou k lepšímu pochopení situace, ale zároveň členové získávají inspiraci v přístupech k řešení svých problémů.

Kuzníková (2011) doplňuje, že výhodou je i zpětná vazba, kterou ostatní členové poskytují. Nesmírně cenný je pocit, že klient může někam patřit, odlehčuje od pocitů izolace a odcizení z důvodu nemoci či postižení (Kuzníková, 2011).

Dle Žilové (2005) je skupinová práce realizovaná s větším počtem sociálních klientů, při které se využívají specifika skupinové práce ve prospěch jednotlivce ve skupině a celé skupiny.

Žilová (2005) řadí mezi specifika sociální práce se skupinou:

- dynamiku skupiny
- efekt sociálního kontaktu a společného problému
- sociální učení
- charakteristické techniky sociální práce se skupinou: skupinový rozhovor, diskuse, metoda otázek a odpovědí, skupinová cvičení, skupinové hry

1.4.4 Komunitní práce

Henderson, Thomas (2007) popisují komunitní práci jako souhrn metod a technik, které se využívají ke zplnomocňování komunit tak, aby byly schopny samoorganizování a přemostění propasti mezi vyloučenými skupinami a většinovou společností.

Dle Jarošové (2006) je komunitní péče spektrem zdravotních, sociálních a dalších služeb, poskytovaných nemocným a zdravým občanům, rodinám, skupinám určité komunity.

Matoušek (2003a) charakterizuje komunitní péči jako proces, zabývající se způsoby, jak pracovat s komunitou na řešení jejích problémů a naplňování potřeb jejích členů. Snaží se o zajištění služeb na úrovni místní komunity, stojí na zapojení všech, kterých se daná oblast týká, na jejich dialogu a vyjednávání a dosažení takových výsledků, jež jsou podporovány většinou účastníků (Matoušek, 2003a).

Dle Hrozenské (2008) má komunitní práce připravit členy komunity na to, aby byli schopní překonávat problémy iniciováním nebo přímou realizací práce se skupinami a organizacemi, má zvýšit jejich pocit solidarity a kompetencí.

Sociální pracovník se, dle Navrátila (2001), převážně soustředí na sociální fungování a vztahy klienta, snaží se využít zdroje komunity, aby byly nápomocné při řešení jeho osobních a sociálních problémů.

1.4.5 Způsoby komunikace s klientem

Matoušek (2003a) zdůrazňuje, že pro vytvoření dobrého vztahu s klientem, ale i pro celý proces, je zásadně důležité zvládat základní formy komunikace s klientem, především v rozhovoru.

Rozhovor

Dle Hauke (2011) rozhovorem získáváme informace o názorech, postojích, přáních, obavách a informace o vnitřním životě člověka.

Kopřiva (2000) uvádí, že při rozhovoru je důležité respektovat autonomii klienta, nehodnotit, být konkrétní, vyjasňovat nedokončené situace v rozhovoru a oceňovat klienta.

Matoušek (2003a) dodává, že rozhovor v případové práci má dospět k formulaci toho, co klient nejen potřebuje, ale co je schopen a ochoten přijmout. Slouží k vytvoření vztahu, v jehož rámci je možná dobrá spolupráce klienta a pracovníka, která vede k potřebné změně (Matoušek, 2003a).

Dle Hauke (2011) rozhovor umožňuje shromažďovat data o vývoji, doplňovat data získaná z pozorování. Hauke (2011) dodává, že v rozhovoru lze proniknout do různých problémů klienta, zjistit, kdy problém vznikl. Každý účelně vedený rozhovor s klientem si sociální pracovník vždy předem připraví a promyslí. Sociální pracovník vychází při jednání s klientem z principu respektování jeho osobnosti a jeho práva na sebeurčení (Hauke, 2011).

Charakteristika rozhovoru, dle Charvátové (1990):

Úspěch rozhovoru závisí na:

- přípravě – vždy si ujasnit, jaký cíl bude rozhovorem sledován

- zkušenosti pracovníka ve vedení rozhovoru, umění konverzovat, vyjádřit se, vnímat postoje, formulovat otázky
- vnějších podmínkách, za nichž se rozhovor koná
- dovednosti analyzovat a na přesnosti zprávy o rozhovoru, kterou pracovník vypracuje (Charvátová, 1990)

Nevýhody rozhovoru:

- je náročný na čas a energii
- je závislý na schopnosti a ochotě klienta přesně vypovídat
- je ovlivněn stresem, napětím i jinými faktory jak u klienta, tak někdy i u pracovníka
- je ovlivněn emocionálním ovzduším klienta – starostí o sebe, sebelítostí, snahou dobře zapůsobit, váháním podat úplné informace, zalíbit se, odvést pozornost či překroutit skutečnost (Charvátová, 1990)

Rozhovor má funkci:

- nalézání faktů
- informování
- motivování (Charvátová, 1990)

Kritéria sestavování otázek pro rozhovor:

- zda je otázka ve vztahu k problému a k sledovaným cílům
- zda typ otázky je správný a vhodný
- zda je otázka jasná a jednoznačná
- zda nejde o sugestivní otázku
- zda otázka nevyžaduje vědomosti a informace, které klient nemůže mít
- zda otázka není příliš osobní nebo choulostivá, takže se ji dotazovaný může bránit (Charvátová, 1990)

Matoušek (2003a) upozorňuje, že pokud nejde pouze o sběr anamnestických dat, neměly by se objevovat otázky uzavřené, na které je nutno odpovědět jednoznačným způsobem. Matoušek (2003a) dodává, že klientovi může být takové přímé dotazování nepříjemné, může se cítit ohrožený, obnažovaný, mnoho energie vydává na svou obranu

a hledá jen bezpečné pozice. Ve snaze se chránit, může klient použít lži, což je komplikující moment pro vztah (Matoušek, 2003a).

Mojžíšová (2008) doplňuje, že vhodnější jsou otázky otevřené, které poskytují klientovi prostor a které mu umožňují, aby konverzace vedla k námětu, který je pro něj důležitý.

Úlehla (2007) uvádí fáze rozhovoru:

- příprava - slouží k ujasnění cíle při rozhovoru
- otevření - slouží k vytvoření atmosféry, pocitu bezpečí, důvěry, otevření prostoru ke spolupráci
- dojednávání – dojednání cílů společné práce
- průběh - způsob, kterým je rozhovor veden
- ukončení – shrnutí výsledků jednání, společné zhodnocení rozhovoru

Aktivní naslouchání

Pro rozhovor je, dle Křivohlavého (2002), stejně důležité jak umění hovořit, tak umění naslouchat. Při naslouchání je kladen velký důraz také na empatii, schopnost vcítit se (Křivohlavý, 2002).

Kopřiva (2000) dodává, že naslouchat znamená pozorně sledovat, co klient říká, a nevnášet do jeho řeči žádné vlastní názory.

Novosad (2000) charakterizuje naslouchání jako základní předpoklad empatie (vcítění se do pocitů, jednání a problémů klienta s cílem lépe pochopit jeho situaci). Je pojítkem, jehož kvalita, vstřícnost a racionální zainteresovanost výsledně pozitivně či negativně poznamená vzájemnou spolupráci klienta a sociálního pracovníka (Novosad, 2000).

Dle Matouška (2003a) je naslouchání dovednost, kterou je nutno pěstovat. Matoušek (2003a) dále popisuje, že většina lidí za naslouchání považuje pasivní vnímání toho, co bylo řečeno. Mojžíšová (2008) dodává, že možná pozorně poslouchají, ale reagují minimálně. Při nedostatku odezvy nemá hovořící jistotu, že byl správně pochopen (Mojžíšová, 2008).

Jak uvádí Matoušek (2005), klientova komunikace je povzbuzována pomocí takových technik, jako je objasňování, parafrázování, reflektování a shrnování. Z tohoto důvodu je, dle Matouška (2003a), kladen důraz na naslouchání aktivní, které klientovi poskytuje dostatek zpětných vazeb od pracovníka.

Dle Mojžíšové (2008) by aktivní naslouchání, respektive důraz, měl být:

- soustředěn na klienta a to, co klient říká a vnímá pozorněji než své pocity a myšlenky
- zaměřen na to, co klient cítí a co má v jeho sdělení zásadní význam, spíše než doslovný význam toho, co říká
- udržován oční kontakt s klientem a vnímavost k jeho neverbálním signálům
- kladen na objasňující otázky, aby si upřesnil, co bylo řečeno
- zaměřen na to, aby dosáhl lepšího porozumění, ne, aby dělal závěry
- zrcadlem klienta, jak jeho sdělení pochopil, ověřuje si, zda je pochopil správně, pokud ne, klient dostává příležitost zprávu upřesnit (Mojžíšová, 2008)

Přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse

Jak uvádí Navrátil (2001), přístup sociálního pracovníka dle C. Rogerse má být nedirektivní, nehodnotící a jeho součástí má být aktivní naslouchání, empatie a autentické přátelství.

Dle Kuzníkové (2011) je to především kongruence a opravdovost (prožívání je v souladu s chováním), akceptace a bezpodmínečnost (sociální pracovník zcela přijímá klienta, bez hodnocení jeho chování) a konečně empatie (vcítění sociálního pracovníka do klientovy situace).

Dle Jesenského (1995) k němu sociální pracovníci přistupují tehdy, když řeší svízelné a obtížné situace s klienty nedobrovolnými, agresivními, klienty se zhoršenou schopností komunikace.

Úkolově orientovaný přístup

Základní prvky úkolového přístupu dle Kuzníkové (2011):

- pomoc se soustřeďuje na problémy z pohledu klientů
- klient je seznámen s cíli a strategií služby a schvaluje ji
- klienti jsou vnímáni jako lidé s potenciálem k řešení problémů
- problémy stejně jako překážky a zdroje, jež tvoří jejich kontext, jsou nazírány z multisystémového hlediska
- k řešení problému dochází v důsledku činnosti a opatření, jež podnikne sám klient (Kuzníková, 2011)

Systemická práce s jednotlivcem

Úlehla (2007) uvádí, že přístup vychází z objednávky klienta a nabídky sociálního pracovníka. Začíná se popisem problému ze strany klienta, následuje objednávka – co s tím chce klient udělat a poté společná práce. Stanoví se cíle a na jejich základě se dojednává zakázka (Úlehla, 2007).

Ericksonovské provázení a vedení v rozhovoru

Dle Matouška (2003a) jde o techniku provázení a vedení v rozhovoru, sloužící k navození a rozvíjení dobrého a bezpečného kontaktu s klientem, vychází z předpokladu, že vše potřebné je obsaženo v klientovi a i změna vychází z něj. Matoušek (2003a) dále dodává, že při provázení jde pracovník, obrazně řečeno, vedle klienta, jeho rytmem a tempem, drží s ním krok, aby navázal dobrý kontakt a důvěru. Používá podobného jazyka jako klient, může to být řeč obrazná anebo logická (Matoušek, 2003).

Neverbální komunikace

Matoušek (2003a) říká, že stejně jako verbální komunikace, je běžná i komunikace mimoslovní, neverbální. Matoušek (2003a) dodává, že mimoslovní vyjadřování se děje většinou bezděčně, a pokud si člověk nehlídá své neverbální projevy, vysílá mnoho zpráv.

Hauke (2011) popisuje základní druhy neverbální komunikace:

- Mimika (výraz obličeje) a výraz očí – vyjadřujeme jimi vnitřní emoční procesy a stavy (napětí, úzkost, smutek), vztah k zúčastněným apod.
- Gestika – výrazové pohyby rukou, které doplňují, nebo i do jisté míry nahrazují slovní, řečový, mluvený projev.
- Posturologie (postoje) – odrážejí vnitřní stavy a některé vlastnosti osoby. Jedná se o sdělování informací pomocí zaujímání určitých poloh částí nebo celého těla (naklánění hlavy při naslouchání, křížení rukou jako projev obranného postoje).
- Kinetika – sdělování pohyby všech částí těla (pohazování hlavou, rameny).
- Haptika (doteky) – sdělování dotykem (obejmutí, pohlazení rukou, poplácání po ramenou), u dospělých osob bývá používán jako prostředek zdůraznění postavení či nadřízenosti.
- Proxemika – sdělování prostorem – vzdalováním se nebo přibližováním se:
 - intimní prostor: 0 – 50 cm
 - osobní prostor: 50 – 100 cm
 - sociální prostor: 1 – 3 m
 - veřejný prostor: více jak 3 m (Hauke, 2011).

Pozorování

Pozorování spočívá, dle Hauke (2011), v záměrném a plánovitém sledování, které je cílevědomě zaměřeno k dosažení určitého cíle. Hauke (2011) popisuje, že pozorování může být bezděčné (neuvědomělé), nebo záměrné (systematické), kdy si pracovník všímá vybraných situací. Důležitost pozorování se ukazuje zejména v práci

s klientem, který není zcela orientovaný, nekomunikuje běžným způsobem, nebo nekomunikuje vůbec (Hauke, 2011).

Hauke (2011) vysvětluje, že bez pozorování nelze profesionálně pracovat. Hauke (2011) používá pojem stínování, což znamená, že pracovník provází klienta jeho denními aktivitami, mapuje je, poznamenává si, jak reaguje na jeho intervence, jak dává najevo libost a nelibost, a na základě zjištěných skutečností vytváří individuální plán.

Asertivita

Novosad (2000) popisuje asertivní jednání jako takové jednání, které není ani pasivní ani agresivní. Dále Novosad (2000) dodává, že asertivita je způsob komunikace a jednání, kterým člověk vyjadřuje a prosazuje upřímně, otevřeně a přiměřeně své myšlenky, city, názory a postoje jak pozitivní, tak i negativní.

Matoušek (2005) dodává, že je důležitá přiměřenost a slušné jednání. Asertivita je, dle Matouška (2005), jedna z možností, jak dobře, otevřeně, efektivně a smysluplně komunikovat, prosazovat své zájmy a zároveň se ohleduplně, spravedlivě chovat k ostatním lidem.

Validace

Dle Matouška (2005) jde o přístup vycházející z humanistické psychologie, opírá se o toleranci, vcítění a empatické naslouchání.

Procházková (2005) definuje validaci jako změnu přístupu pečujících osob, aby se dokázaly vcítit do osobní reality dezorientované osoby a přizpůsobily tomu své chování a jednání. Procházková (2005) dodává, že je určena pečujícím osobám a ukazuje, jak vhodným způsobem komunikovat s dezorientovanými lidmi nebo lidmi s demencí a podporovat je.

Dle Matouška (2003a) validovat znamená:

- dávat hodnotu každému projevu člověka
- respektovat člověka v jeho původních společenských rolích

- komunikovat s člověkem o jeho tématu, nevnučovat jiná
- orientovat se spolu s klientem v jeho světě, přijmout jeho čas, zážitky, emoce, prostředí
- potvrzovat, brát na vědomí city druhých, přijmout momentální emoci či myšlenku, kterou klient projeví, sledovat ji a rozvíjet (Matoušek, 2003)

Reminiscence – práce se vzpomínkami

Dle Holmerové, Jarolímové a Suché (2007) reminiscence pracuje na principu vzpomínek, jejich vybavování si pomocí nejrůznějších podnětů a jejich podporování. Autorky uvádí, že u zdravých seniorů má reminiscence zejména preventivní a aktivizační charakter. U osob s demencí vede k celkovému zlepšení zdravotního stavu, posílení jejich lidské důstojnosti, zlepšení komunikace a tím i následné pomoci a podpoře pro pečující (Holmerová, Jarolímová, Suchá, 2007).

Varyšová (2005) definuje reminiscenci jako vyprávění o životních zkušenostech člověka, s úmyslem dělit se o vzpomínky a znovu zobrazovat minulost.

Matoušek (2003a) uvádí, že vzpomínání je důležitý zdroj informací o klientovi, zkvalitňuje vztahy pracovníků a klientů. Matoušek (2003a) poznamenává, že vzpomínky přinášejí prožitky situací tak, jak proběhly kdysi dávno, včetně tehdejších smyslových vjemů a emocí.

1.5 Sociální aspekty zdraví a nemoci

V souvislosti s nemocí se klienti, dle Kuzníkové (2011), dostávají do specifické sociální situace, ve které je nutná nejen psychosociální podpora a angažovanost sociální sítě, ale i odborná pomoc při zprostředkování zdravotně sociálních služeb.

1.5.1 Definice zdraví

Holčík (2009) považuje zdraví za významnou společenskou hodnotou a je jedním z projevů sociálního rozvoje společnosti. Dle Novákové (2011) je zdraví předpoklad plnohodnotného a kvalitního života.

Definice zdraví dle WHO: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo tělesné chyby (Vurm, 2007).

Křivohlavý (2001) definuje zdraví jako celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.

1.5.2 Definice nemoci

Vokurka, Hugo (2004) popisují nemoc jako stav organismu, vznikající působením zevních či vnitřních okolností a narušujících jeho správné fungování a rovnováhu. Dochází k poruchám funkce a struktury orgánů, které vedou ke vzniku příznaků nemoci a dalším důsledkům (Vokurka, Hugo 2004).

Nováková (2011) dodává, že nemoc je porucha zdraví. Dále Nováková (2011) popisuje, že zdraví a nemoc jsou výsledkem vztahu mezi člověkem a prostředím. Tento vztah se mění podle toho, jaké změny a kolik změn probíhá v lidském organismu a v jeho prostředí (Nováková, 2011).

Dle Kuzníkové (2011) jsou zdraví a nemoc se sociálním životem člověka velmi úzce propojeny a vzájemně se ovlivňují již v momentu vyskytnutí prvních symptomů nemoci, pocitů nepohody a iniciace odborné zdravotnické pomoci.

Kuzníková (2011) tvrdí, že dle závažnosti diagnózy či následků nemocí se odvíjí i důsledky v osobním a sociálním životě nemocných, které mohou být dočasného či trvalého charakteru. Autorka poznamenává, že o znovuoobnovení sociálních funkcí se klient musí v první řadě zasadit sám, ale také může zvolit i různé formy pomoci sociálního pracovníka v nemocnici.

1.5.3 Sociální klient

Dle Draganové (2006) jsou to jedinci, členové skupiny, kteří potřebují sociální pomoc proto, že se ocitli v obtížné sociální situaci, mají určitý sociální problém, který je třeba odstranit, překonat nebo alespoň částečně odstranit. Klient není schopný vlastními silami, obtížnou situaci překonat (Draganová, 2006).

Matoušek (2011) poznamenává, že ve spolupráci odborníků a ošetrovatelského týmu s klientem a sociálním pracovníkem lze usilovat o humanizaci služeb, postupné snižování délky ošetrovací doby v nemocnici a o včasné zahájení rehabilitace a resocializace.

Porovnání psychické situace zdravého a nemocného člověka

Ve stavu zdraví	V době nemoci
Aktivita: Zdravý člověk je hlavním aktérem ve svém životě.	Pasivita: Pacient je předmětem péče mnohých lidí - lékařů, zdravotních sester, dalšího odborného personálu, pomocného personálu. Ti jsou nyní hlavními aktéry v jeho životě - ne on.
Relativní nezávislost: Zdravý člověk si může do určité míry dělat, co chce - není na druhých lidech příliš závislý.	Závislost na druhých lidech: Pacient nemůže dělat, co by sám chtěl, ale musí dělat, co mu druzí lidé určí a jak mu to určí.
Životní rytmus: Zdravý člověk si svůj vlastní životní rytmus do značné míry určuje sám. Má ho zažitý, zvykl si na něj a cítí se v něm poměrně dobře.	Životní rytmus: Pacient je postaven do situace odlišné od té, na kterou je zvyklý. Není zvyklý na životní rytmus, který je mu předkládán v nemocnici, nemá ho zažitý. V mnohém se mu zdá nepřírozený.
Sebedůvěra: Zdravý člověk podává ve svém životě poměrně dobrý výkon v	Sebedůvěra: Pacient musí dělat činnosti, jež neumí a neovládá. To snižuje jeho

činnostech, které ovládá, pro které má předpoklady (znalosti a dovednosti). To mu dává značnou sebedůvěru a kladné sebehodnocení.	sebevědomí a jeho sebehodnocení (devalvuje to jeho sebedůvěru).
Sociální interakce: Zdravý člověk žije v tzv. sociální síti své vlastní rodiny, mezi přáteli, známými, spolupracovníky, které dobře zná.	Sociální interakce: Pacient je v relativní sociální izolaci v nemocničním prostředí. Stýká se zde s poměrně neznámými lidmi, zatímco kontakt se známými lidmi je mu značně omezen.
Životní prostředí: Zdravý člověk se pohybuje v dobře známém prostředí domova, pracoviště, společnosti.	Životní prostředí: Pacient je v nemocnici uzavřen do poměrně neznámého prostředí.
Zájmy: Zdravý člověk má poměrně stabilizovaný rozsah svých vlastních, životním během ovlivněných zájmů - o práci, společenské dění.	Zájmy: Okruh zájmů pacienta se v době nemoci a zvláště v nemocnici podstatně zužuje - především s ohledem na zdravotní stav a jeho změny.
Zvládání problémů: Zdravý člověk poměrně zvládal problémy, které mu život stavěl do cesty.	Zvládání problémů: Pacient svému fyzickému i psychickému stavu moc nerozumí, ztrácí nad ním vládu a neví si s ním často rady.
Emoce: V životě dosud zdravého člověka ovládaly relativně kladné emoce - radost a štěstí ze smysluplného života, tj. dění, jehož smysluplnost do značné míry pacient chápal.	Emoce: Emocionální stav pacienta charakterizuje v první řadě celý soubor negativních citů, strach a obavy, bolest, nejistota.
Časový prostor: Dosud zdravý člověk žil v poměrně široké časové dimenzi, vědomí minulosti, živé přítomnosti a s pohledem do budoucnosti, kterou viděl dosti určitě.	Časový prostor: Pacient žije převážně jen a jen v přítomnosti. Kontakt s minulostí je omezen a budoucnost je nejistá a problematická.

Zdroj: Křivohlavý

1.6 Sociální důsledky nemoci

Kuzníková (2011) vysvětluje, že zdraví a nemoc jsou se sociálním životem člověka úzce propojeny a vzájemně se ovlivňují.

Ztráta či změna zaměstnání

Bártlová (2005) vidí změny v oblasti profese a redukce příjmů, které mohou vést k nejistotě až depresivním stavům, rozvoji závislostí na návykových látkách a jsou nejcitlivějším důsledkem nemoci.

Změna ve výchovně - vzdělávacím procesu

Dle Průchy (2005) nastávají u nemocného dítěte sociální změny v oblasti vzdělávání a výchovy, školní adaptace nemusí být úspěšná. Důsledkem déletrvající absence může být neúspěch ve vzdělávacím procesu, kritika ze strany učitelů a spolužáků (Průcha, 2005).

Sociální důsledky projevující se v rodině

Rodina jako instituce má, dle Matouška (2005), řadu společenských funkcí. Matoušek (2005) dodává, že při narušení některé z nich z důvodu nemoci člena rodiny, může dojít například k narušení socializace a výchovy dítěte, narušení plnění rolí, narušení struktury a pozic v rodině, narušení dynamiky rodiny a atmosféry.

Sociální izolace v důsledku nemoci

Jak uvádí Křivohlavý (2002), izolace představuje ztrátu kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije, může dojít k narušení kontaktů s rodinou, kamarády, příbuznými.

Stigmatizace a postavení nemocného ve společnosti

Dle Křivohlavého (2002) se setkáváme s negativním postojem okolí a společnosti zejména u duševních chorob a u postižení se zjevnými projevy souvisejícími se změnou vzhledu.

1.6.1 Sociální rizikové faktory

Dle Kebzy (2005) sociální faktory nepochybně hrají roli nejen při vzniku některých chorob, ale ovlivňují jejich průběh, adaptaci klienta na chronické postižení a nesoběstačnost a velmi významně se podílejí na celkové spotřebě zdravotnických služeb. Kebza (2005) uvádí, že mezi tyto sociální rizikové faktory patří:

- jednočlenné domácnosti
- bezdětnost
- neochota rodiny pomoci v péči
- sociální izolace
- nevyhovující bydlení
- nízký důchod a vzdělání
- úmrtí partnera
- změna bydliště nebo umístění v ústavní péči
- nedostupnost nebo neznalost sociálních služeb (Kebza, 2005)

1.7 Sociální práce ve zdravotnictví s cílovými skupinami

Řezníček (1994) říká, že vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem má být rovnocenný, partnerský a spolupráce mezi klientem a sociálním pracovníkem by měla být dobrovolná a rovnoprávná.

Úlehla (2007) uvádí, že klienty přivádí do vzájemného setkání se sociálním pracovníkem touha, žádost nebo přání nalézt pomoc.

1.7.1 Vztah sociálního pracovníka a klienta

Dle Kopřivy (2000) je první kontakt mezi sociálním pracovníkem a klientem pro společnou spolupráci nesmírně důležitý. Kopřiva (2000) dodává, že jejich společné první osobní setkání ovlivňuje následně kvalitu komunikace.

Řezníček (1994) popisuje první kontakt s klientem jako hledání možností dorozumění a dále sdělení a správné pochopení druhu pomoci, kterou mu může sociální pracovník daného zařízení poskytnout. Řezníček (1994) uvádí, že během prvního rozhovoru by měl sociální pracovník navodit atmosféru, v níž se klient může uvolnit, prokázat svůj opravdový zájem o klienta a jeho problémy či situaci, zjistit, jaké jsou představy klienta o pomoci. Postupně musí sociální pracovník dojít k úplnému vyjasnění toho, co klient očekává, jaké jsou možnosti řešení a jaké má samotný pracovník kompetence (Řezníček, 1994).

Úlehla (2007) uvádí, že sociální pracovník se zaměřuje na hierarchické seřazení problémů, aby jako první mohl ihned řešit ty akutní.

Kuzníková (2011) popisuje, že klienti bývají plní pocitů strachu, obav, vzteku, smutku a pociťují fyzickou bolest, nepříjemné subjektivní tělesné pocity. Kuzníková (2011) dále dodává, že klienti potřebují, aby člověk přicházející pomoci pochopil, jak se cítí, proč se tak cítí, aby byl schopen odpovědět na otázky vztahující se k nemoci a poradit, jak řešit praktické problémy způsobené onemocněním či hospitalizací. Sociální pracovník v nemocnici se denně setkává s klienty hospitalizovanými na jednotlivých odděleních s onemocněním různého charakteru, pracuje s klienty různých povahových rysů, přičemž každý z nich prožívá onemocnění či postižení jinak (Kuzníková, 2011).

Matoušek (2003a) doplňuje, že proto by měl mít sociální pracovník ke každému nemocnému individuální přístup, akceptovat osobnost klienta a stále brát v úvahu jeho psychický i fyzický stav.

1.7.2 Etapy sociální práce

Etapy sociální práce dle Draganové (2006):

Seznámení s případem

- kontakt – na prvním kontaktu mezi sociálním pracovníkem a klientem často záleží, jak se bude odvíjet následná intervence a jaké mohou být její výsledky
- analýza případu

Sociální hodnocení

- sociální diagnóza – pořízení klíčových informací o sociálních problémech klienta a jejich zhodnocení
- plán práce
- volba vhodných metod a technik

Sociální intervence

- sociální terapie, rehabilitace
- poradenství
- sociální pomoc

Zakončení případu (Draganová, 2006).

1.7.3 Vyhledávání sociální pomoci

Kuzníková (2011) popisuje tři druhy vyhledávání sociální pomoci:

Klient sám požádá sociálního pracovníka o pomoc - v české praxi je tato situace zkomplikovaná o fakt, že sociální pracovník většinou není součástí pracovního týmu jednotlivých oddělení a tudíž není pro klienta fyzicky dostupný. Klient může požádat zdravotnický personál o zprostředkování kontaktu se sociálním pracovníkem, anebo požádat příbuzné, aby sociálního pracovníka v nemocnici kontaktovali oni (Kuzníková, 2011).

Sociálního pracovníka osloví lékař či sestra určitého oddělení – zde dochází k problematické otázce, jak může zdravotnický personál určit, který klient je „vhodný“ pro sociálního pracovníka. Zdravotníci a lékaři mohou přehlédnout klienty, kteří sociální pomoc nebo poradenství potřebují (Kuzníková, 2011).

Depistáž – aktivní vyhledávání klientů sociálním pracovníkem - k této formě se dnes v praxi často přistupuje, ovšem cestu k depistáži mají čeští sociální pracovníci znesnadněnou množstvím klientů, kterým pomoc poskytují (Kuzníková, 2011).

1.7.4 Základní rozdělení klientů

Akutně nemocní klienti

Dle Kuzníkové (2011) dochází u nemocných k náhlému přerušení normálního způsobu života a následuje návrat k původnímu zdraví. Zdravotně sociální pracovník by měl hrát důležitou roli v pomoci akutně nemocným klientům, zejména při začátku hospitalizace, kdy je klient nucen vyrovnat se s náhle vzniklou situací, odloučením od rodiny, od práce, s prožíváním obav a fyzickou bolestí (Kuzníková, 2011).

Chronicky nemocní klienti

Dle Kuzníkové (2011) se nemocní nemohou plně uzdravit a jejich zdravotní stav se postupně zhoršuje, dochází ke stálým změnám ve zdravotním stavu.

Badawi (1990) uvádí, že klienti se musí naučit žít s nemocí a přizpůsobit se symptomům jejich onemocnění. Ukončení hospitalizace chronicky nemocného člověka neznamena návrat do normálního sociálního života, ze kterého byl hospitalizací vytržen, ale znamená objevování omezení způsobených nemocí, kterých pravděpodobně bude s progresí onemocnění přibývat (Badawi, 1990).

Cílem zdravotně sociálního pracovníka se stává, dle Kuzníkové (2011), citlivá pomoc klientovi, zaměřená na využití jeho vnitřních zdrojů a využití možné podpory k dosažení co nejlepšího a naplněného života.

Ve spolupráci s interdisciplinárním týmem se, dle Matouška (2003a), sociální pracovník podílí na řešení krizové situace klienta a od prvního kontaktu práce na dobrém vztahu s chronicky nemocným, u něhož se předpokládá dlouhodobá terapie a opakované hospitalizace.

1.7.5 Typologie klientů ve zdravotnictví

Sociální práce se seniory

Dle Kuzníkové (2011) je důležitá péče o seniory se sníženou soběstačností, a to zejména tehdy, pokud by jejich návrat z nemocnice do domácího prostředí nebyl

možný. Kuzníková (2011) dodává, že za ideální stav se považuje jeho navrácení do domácího prostředí. Pokud to není možné, hledá řešení této životní situace zejména zprostředkováním následné zdravotní anebo sociální péče (Kuzníková, 2011).

Matoušek (2005) uvádí, že senior, přijatý do nemocnice, je ohrožen především nestabilitou svého zdravotního stavu, případně trvalým snížením soběstačnosti, které je důsledkem onemocnění. I poté, kdy se zdravotní stav stabilizuje a akutní medicína nemůže již více přispět ke zlepšení jeho zdraví, je třeba zajistit klientovi dostatek potřebné zdravotní péče a dostatek sociální podpory, aby zvládl proces rekonvalescence, případně návrat do svého přirozeného prostředí či přechod do jiné instituce (Matoušek, 2005).

Dle Jarošové (2006) je v sociální práci se seniory důležité vytvořit pocit bezpečí a jistoty, které patří k nejzákladnějším potřebám seniorů. Jak dále uvádí Jarošová (2006), sociální pracovník svým komplexním přístupem, schopností propojovat a koordinovat činnosti přispívá k zajištění kvalitní péče o seniora.

Matoušek (2005) uvádí, že sociální pracovník potřebuje dostatek informací o existujících sociálních službách, jejich dostupnosti, charakteru a kvalitě. V centru celého procesu musí být vždy zájem člověka, nikoli zájem institucí (Matoušek, 2005).

Pichaud, Thareauová (1998) tvrdí, že někdy je i přes snahu rodiny postarat se o svého starého člena, nevyhnutelné umístit ho do ústavního zařízení. Pokud na tuto situaci není dostatečně připravený, může to být pro něho velice traumatizující a proto je třeba před umístěním důležitá příprava na novou situaci, přístup pracovníků, kteří si musí uvědomit náročnost změn, kterými senior prochází (Pichaud, Thareauová, 1998).

Sociální práce s rodinou a dětmi

Matoušek (2003a) popisuje, že nejlepší zájem dítěte znamená takové uspořádání životní situace dítěte, ve které mohou být smysluplně uspokojovány základní životní potřeby dítěte.

Dle Matouška (2005) je hlavním úkolem sociálních pracovníků vyhledávat ohrožené rodiny a spolupracovat s těmi, které se dostaly do krizové situace, dbát na

dodržování a ochranu práv dítěte, poskytovat poradenskou pomoc a spolupracovat s organizacemi, které zabezpečují komplexní péči o rodinu (Matoušek, 2005).

Havrdová a Zamykalová (2001) uvádí, že v sociální práci s rodinou, kde je třeba provést komplexní zhodnocení sociální situace a realizovat celou řadu na sebe navazujících sociálních intervencí na různých úrovních, jsou sociální pracovníci nezastupitelní.

Dle Matouška (2005) sociální pracovníci spolupracují s lékaři, psychology, pedagogy, sociology, školami, úřady práce, poradnami pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy, pedagogicko-psychologickými pracovišti a dalšími odborníky a institucemi, které se zabývají problematikou dětí a mládeže.

Janoušková (2007) uvádí, že sociální pracovník se snaží zapojit všechny členy rodiny, kterých se problém týká, aby došlo k efektivnějšímu řešení vzniklých obtíží. Sociální pracovník by měl zastávat nehodnotící postoj k názorům jednotlivých členů rodiny a celkově ke konkrétnímu problému rodiny (Janoušková, 2007).

Dle Smutkové (2007) sociální práce s rodinou zahrnuje celou škálu možných intervencí, od preventivních programů až po případovou sociální práci s konkrétní rodinou.

Sociální práce s klientkami gynekologicko-porodnického oddělení

Do péče sociálního pracovníka spadají, dle Kuzníkové (2011), zejména novorozené opuštěné děti, svobodné matky samoživitelky s novorozeným dítětem, rodiče s postiženým novorozencem, rodičky závislé na návykových látkách a novorozenci drogově závislých matek, rodiče (zejména matky) zříkající se novorozeného dítěte a jehož osvojení je nutné zorganizovat, matky v šestinedělí s poporodní depresí a psychózou (Kuzníková, 2011).

Sociální práce s klienty na dětském oddělení

Dle Kuzníkové (2011) lékaři kontaktují sociálního pracovníka v případech podezření na zanedbávání, zneužívání či týrání dítěte. Ten následně zahajuje spolupráci nejen s úřady, ale také s dětskými domovy, případně Fondem ohrožených dětí. Na sociálního pracovníka se mohou obrátit jakýmkoli způsobem znevýhodněné rodiny s dětmi (Kuzníková, 2011).

Matějček, Dytrych (2002) uvádí, že dítě by nemělo mít dojem, že kvůli nemoci s ním je jednáno jinak, než se s dětmi běžně jedná. Matějček, Dytrych (2002) doporučují dopřát dítěti vše, co mu s ohledem na jeho nemoc dopřát lze.

Dunovský (1999) uvádí, že nemoc znamená pro dítě zátěž pro organismus, ale i změny v životních situacích, se kterými se musí vyrovnat. Dle Dunovského (1999) si dítě zdravotní stav samozřejmě uvědomuje a prožívá jej. Reaguje na nejistotu rodičů a dalších osob, jejich nálady, postoje, reaguje na situaci, prožívá ji, a proto by prostředí dítěti mělo přinášet uklidnění, povzbuzení a důvěru v léčebné postupy (Dunovský, 1999).

Sociální práce s klienty se zdravotním postižením

Podle Kolářkové a Kodymové (2005) je pro dobrou praxi sociální práce s lidmi se zdravotním postižením podstatná znalost faktorů ovlivňujících život se zdravotním znevýhodněním. Souvisí to s potřebami, jako jsou:

- biologické faktory - zdravotní stav, vrozené dispozice, aktuální tělesná kondice
- psychologické faktory - osobnostní rysy, sebehodnocení a sebepojetí, aktuální psychický stav, schopnost řešit problémové situace
- sociální faktory - rodinné zázemí, společenské postoje, příležitosti k navazování sociálních vztahů a vazeb, schopnost navazovat a udržet sociální vztahy a vazby
- sociální a veřejná politika - dostupnost adekvátních sociálních služeb, politika zaměstnanosti a trh práce, vzdělávání, bytová politika, doprava

- noetické faktory - morální a etické přesvědčení, hodnoty, smysluplnost vlastního života, schopnosti integrovaného vnímání životní zkušenosti, náboženské přesvědčení (Koláčková, Kodymová, 2005)

Dle Matouška (2005) si sociální práce klade za cíl odstraňovat příčiny i důsledky sociálního znevýhodnění a soustřeďuje se zejména na společenské bariéry, které vedou k omezování určité společenské menšiny, v našem případě zdravotně postižených.

Kuzníkoví (2011) říká, že dobrá praxe sociální práce je založena na sociálním modelu zdravotního postižení a vychází z pohledu na člověka jako jedinečnou bytost, a teprve poté přihlíží ke stupni či druhu jeho zdravotního postižení.

Dle Vágnerové (2004) lidé s postižením bývají sociálně stigmatizováni a mohou být hůře hodnoceni, odmítáni, mohou mít problémy v sociálním uplatnění.

Sociální práce s klienty závislími na návykových látkách

Dle Kuzníkové (2011), kdy je při hospitalizaci detoxikace organismu hlavním léčebným cílem, má sociální pracovník prostor pro motivaci klienta k další abstinenci, léčbě a volbě cesty k hledání životních hodnot.

Dále Kuzníková (2011) dodává, že sociální práce má spíše podpůrný charakter. Podpora klienta spočívá v zpřehlednění závazků a záležitostí, jež klient musí řešit, ve vytčení priorit a konečně i v podpoře klientovy trpělivosti a vědomí, že je schopen své problémy postupně řešit. Podpora sociálního pracovníka se, dle Kuzníkové (2011), dále uplatňuje při vyjednávání o úředních pohledávkách, při řešení problémů spadajících do trestního, rodinného, občanského i pracovního práva.

Sociální práce s oběťmi domácího násilí

K zásadním doporučením pro sociální práci s oběťmi domácího násilí dle Špatenkové (2004) patří:

- vhodná komunikace
- poskytnutí informací

- odhad rizika dalších incidentů
- přesné a podrobné dokumentování případu a přijatých opatření

Špatenková (2004) říká, že sociální pracovníci nabízejí k uvážení různé možnosti o přijatelných a únosných řešeních situace. Pracovníci by neměli vnucovat žádné vlastní hodnoty a rozhodnutí, ani by neměli odsuzovat oběť za rozhodnutí, které učinila (Špatenková, 2004).

Sociální práce s nezaměstnanými

Matoušek (2005) vysvětluje, že cílem sociální práce s nezaměstnanými je snížení rizika jejich sociálního vyloučení, k němuž dochází v rovině ekonomické, sociální i psychologické. Matoušek (2005) dodává, že pomoc musí vždy přihlížet ke specifické situaci nezaměstnaného a nezbytná je spolupráce s dalšími odborníky a znalost využitelných zdrojů a podpory, které jsou pro klienta vhodné a dostupné. Důležité je kromě toho využití zdrojů přímo v rodině (Matoušek, 2005).

Sociální práce s klienty bez domova

Dle Kuzníkové (2011) má sociální pracovník možnost pomoci s individuálními problémy těchto klientů a zmírnit tak jejich situaci, pokusit se motivovat klienty a spolupracovat s dalšími sociálními službami. Má příležitost podílet se na prevenci bezdomovectví (Kuzníková, 2011).

Dle Schwarzové (2005) je cílem spolupráce s klientem bez domova jeho úplné osamostatnění a nezávislost. Schwarzová (2005) dodává, že je nutné co nejvíce odpovědnosti ponechávat klientovi, poskytovat mu pouze takové služby, které potřebuje a žádá.

Dle Matouška (2011) by soustava služeb měla zahrnovat preventivní programy. Pokud už ke ztrátě domova dojde, bezdomovcům je třeba poskytnout zázemí pro

pokrytí jejich základních potřeb, aby nabrali síly k řešení své obtížné situace (Matoušek, 2011).

Kuzníková (2011) dodává, že je třeba nabídnout účinnou podporu reintegrace, např. formou azylového bydlení, rozvíjení pracovních schopností, kvalifikace, rekvalifikace a tréninkových a vzdělávacích programů.

Schwarzová (2005) poznamenává, že každý sociální pracovník by si měl vzít za cíl, aby mezi ním a klientem nedošlo k závislosti na profesionální pomoci. Důležité je v této práci si uvědomit, že každá osoba bez domova má jiné sociální problémy a má jiné potřeby, se kterými by chtěla pomoc (Schwarzová, 2005).

Sociální práce s etnickými skupinami

Vztah mezi pracovníkem a klientem hraje, dle Kopřivy (2000), v sociální práci klíčovou roli.

Matoušek (2011) vysvětluje, že pochází-li sociální pracovník a klient z odlišného etnického prostředí, může se vyskytnout celá řada problémů či nedorozumění. Sociální pracovníci by měli být schopni respektovat odlišnosti, měli by být v profesionálním vztahu vnímaví k vlivu rozdílů mezi gender, sexuální preferencí, rasou, věkem, třídou a kulturou (Matoušek, 2011).

Caple, Salcido, Cecco (1995) identifikují dovednosti sociálních pracovníků, jež při práci s klientem z odlišného etnického prostředí považují za klíčové:

- **Obecné základní dovednosti** – interakce mezi pracovníkem a klientem může být ovlivněna očekáváním od role sociálního pracovníka. V této fázi je tedy hlavním úkolem sociálního pracovníka vysvětlit klientovi svou roli a fungování služeb, které bude poskytovat.
- **Dovednosti formovat vztah** – klienti (příslušníci etnických skupin) se často cítí neschopní vyjádřit své potřeby, pokud mají pocit, že je pracovník „neposlouchá“. Důležitou součástí formování vztahu je tedy aktivní naslouchání. Vztah je formován skrze zájem a přijetí.

- **Komunikační dovednosti** – k mezikulturním komunikačním dovednostem sociálních pracovníků patří ujišťování, zda informacím, které klient sděluje, rozumí správně.
- **Porozumění klientově definici problému** – definování problémů je kulturně specifické a komplexní. Členové dané etnické skupiny mohou vidět problém úplně jinak, než jak jej vidí příslušníci většiny. Problémy nebo sporné otázky musí být identifikovány klientem (Caple, Salcido, Cecco, 1995).

Sociální práce s uprchlíky

Dle Dvořákové (2005) vyžaduje sociální práce s uprchlíky od sociálních pracovníků speciální znalosti a dovednosti. Dvořáková (2005) dále poznamenává, že sociální pracovníci musejí mít povědomí o politické, sociální i ekonomické situaci v různých zemích původu svých klientů, musejí znát kulturní hodnoty, normy a vzorce chování, které se odlišují od jejich vlastních, v takové míře, aby zabránili nepochopení si.

Matoušek (2005) uvádí principy sociální práce s uprchlíky, které se do určité míry shodují s principy uplatňovanými při práci s jakoukoli ohroženou skupinou:

- chránit práva a zájmy osob v obtížné životní situaci
- respektovat jejich důstojnost, soukromí a důvěrnost sdělení
- informovat klienta o možných postupech řešení a zapojit ho do řešení
- navrhovat a dbát, aby klienti obdrželi potřebnou sociální pomoc od příslušných institucí
- poskytovat sociální pomoc (Matoušek, 2005)

Sociální práce s těžce nemocnými a umírajícími klienty

Dle Kuzníkové (2011) přinášejí závažná onemocnění klientům nesčetné problémy zdravotního, psychického a sociálního rázu, s nimiž se snaží vypořádat. Pomáhající úloha sociálního pracovníka je proto nezastupitelná (Kuzníková, 2011).

Hrozenká (2008) uvádí, že v péči o klienty nacházející se v terminální fázi onemocnění má sociální práce svoje nezastupitelné místo. Hrozenká (2008) dodává, že úkolem sociální práce je snaha o odstranění pocitu osamělosti nebo alespoň jeho zmírnění samotným kontaktem sociálního pracovníka s klientem, jeho činností zaměřenou na spolupráci s rodinou. Sociální pracovník poskytuje emocionální podporu, pomáhá vyrovnávat se jejím členům s danou situací, poskytuje sociálně-právní poradenství (Hrozenká, 2008).

Matoušek (2003a) tvrdí, že každá z uvedených skupin klientů má svá zvláštní specifika a sdílí jiné problémy, pocity, bolesti, psychosociální potřeby. Sociální pracovník je musí umět rozlišit a dle toho zvolit co nejlepší cestu k řešení klientovy situace (Matoušek, 2003a).

1.8 Sociální služby

Kahoun (2009) definuje sociální pomoc (neboli sociální péči) jako pomoc, která je poskytována státem nebo jiným subjektem osobám nacházejících se ve stavu nouze s hlavním účelem uspokojení jejich potřeb v plném rozsahu.

1.8.1 Legislativa

Dne 1. 1. 2007 nabyt účinnosti zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který nově upravil:

- kategorizaci sociálních služeb
- příspěvek na péči
- registraci poskytovatelů sociálních služeb, kontrolu poskytování sociálních služeb a inspekci poskytování sociálních služeb
- smluvní princip při poskytování sociálních služeb

- předpoklady pro výkon sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách
- financování sociálních služeb (Matoušek, 2011)

Současně nabyla účinnosti i vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách (Matoušek, 2011).

Dle Kuzníkové (2011) zákon určuje možné poskytovatele sociálních služeb a zavádí povinnost jejich registrace. Kuzníková (2011) dodává, že zákon definuje jejich povinnosti, je stanovena minimální úroveň odborného vzdělání sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách a jejich další vzdělávání.

Krutilová, Čámský, Sembdner (2008) uvádí, že hlavní nástroj zajištění kvality poskytování sociálních služeb jsou povinné standardy kvality sociálních služeb. Autoři dále uvádějí, že předmětem inspekce kvality sociálních služeb je kontrola naplňování těchto standardů, plnění povinností poskytovatelů sociálních služeb a kontrola kvality poskytovaných sociálních služeb.

1.8.2 Definice sociálních služeb

Dle Matouška (2011) jsou sociální služby poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu klienta, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství (Matoušek, 2011).

Dle Průši (2003) sociální služby zajišťují konkrétní pomoc v péči člověka o sebe sama, v zajištění stravování a ubytování, v zajištění chodu domácnosti, v pomoci s výchovou, v poskytování informací, ve zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, v pomoci při prosazování zájmů a práv.

Nováková (2011) uvádí, že sociální služby jsou nástrojem pomoci a podpory lidem především v jejich nepříznivé sociální situaci. Tam, kde lidé nepříznivou situaci nezvládají vlastními silami, pomáhá společnost prostřednictvím spektra sociálních služeb (Nováková, 2011).

Dle Králové a Rážové (2007) sociální služby představují činnosti napomáhající osobám řešit nepříznivou sociální situaci, do které se dostaly z důvodu věku nebo 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 osoby nebo z jiných vážných důvodů.

1.8.3 Cíle sociálních služeb

Cílem sociálních služeb je, dle Novákové (2011), podporovat rozvoj nebo zachování soběstačnosti člověka, rozvíjet schopnosti člověka a umožnit mu vést kvalitní život. Snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života (Nováková, 2011).

Krutilová, Čámský, Sembdner (2008) uvádí, že jedním z hlavních cílů zákona je narovnání vztahů v sociální péči, radikální odstranění mnohdy až diskriminačních poměrů a nastolení standardu, který chápe všechny občany jako zcela rovnoprávné subjekty práv a povinností, který zbavuje státní instituce a organizace možnosti jednostranně rozhodovat o osudech občanů, a který do srovnatelného postavení staví jak tyto státem řízené instituce, tak organizace soukromé (Krutilová, Čámský, Sembdner, 2008).

Plass (2006) popisuje, že primární zaměření veškerých realizovaných aktivit je orientováno především na klienta, jako uživatele sociálních služeb. Tyto služby musí vždy reagovat na jeho konkrétní, individuálně určené potřeby, musejí být službami „šitými na míru“ a měly by naplňovat všechna kritéria dostupnosti (Plass, 2006).

Základní znaky poskytovaných sociálních služeb definované, dle Sokola, Trefilové (2008):

- dostupnost (nejedná se pouze o hledisko druhu a formy sociální služby, ale zahrnuje také hledisko územní, informační a ekonomické)
- efektivnost (dle potřeb klienta)

- bezpečnost (oprávněná práva a zájmy klienta nemohou být v žádném směru omezena)
- hospodárnost (snaha o maximální vyžití veškerých dostupných zdrojů)
- kvalita (způsob a rozsah uspokojení potřeb a zájmů nejen klientů, ale také zadavatelů – tj. obcí a státu)

Zásady poskytování sociálních služeb, dle Michalíka (2008):

- ochrana základních lidských práv a svobod klienta sociálních služeb
- individualizace služby - služba vždy vychází z potřeb klienta, stanoví se prostředky a cíle k jejich naplnění
- odbornost - musí být určena struktura a počet pracovníků, jejich odborné vzdělání a systém průběžného celoživotního vzdělávání
- provozní zabezpečení - důstojné prostředí poskytované sociální služby, které zajišťuje možnosti přirozeného způsobu života

1.8.4 Financování sociálních služeb

Matoušek (2011) uvádí, že financování služeb je zajišťováno dotacemi ze státního rozpočtu a cenovými regulacemi služeb.

Kozlová (2005) dodává, že hlavní zdroje financování sociálních služeb jsou státní rozpočet, rozpočty územních samospráv a úhrady za poskytnuté služby od samotných klientů. Tyto služby mohou být také financovány z darů fyzických a právnických osob nebo z vlastních zdrojů poskytovatelů sociálních služeb (Kozlová, 2005).

Za zdroje finančních prostředků lze, dle Průši (2003), považovat:

- dotace ze státního rozpočtu
- dotace od krajů, případně od krajských úřadů
- vlastní zdroje obcí, měst a regionů
- dotace ze zdrojů Evropské unie
- příspěvky od nadací, případně nadačních fondů

- další zdroje, které se na financování sociálních služeb mohou podílet, jako jsou dary, sponzoring a příspěvky od klientů

Krutilová, Čámský, Sembdner (2008) uvádí, že sociální služby mohou být poskytovány bez úhrady nákladů, za částečnou nebo plnou úhradu nákladů. Dle autorů, výše úhrady nákladů vychází ze smlouvy, která se uzavírá mezi poskytovatelem a klientem.

1.9 Druhy sociálních služeb

Nováková (2011) popisuje, že sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi příjemce sociálních služeb patří především senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, lidé z různých důvodů na pokraji společnosti (Nováková, 2011).

Sociální služby, dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, nabízejí:

- sociální poradenství
- sociálně péči
- sociální prevenci

Dle Chrenkové, Sobkové, Vajd'ákové (2007) mohou být sociální služby poskytovány formou terénní - jsou poskytovány v klientově přirozeném prostředí, ambulantní - klient za nimi dochází, nebo pobytovou - ubytování v zařízení sociálních služeb. Autorky dále uvádějí, že veškeré tyto formy mohou být kombinovány tak, aby byly pro příjemce služby v maximální možné míře efektivní.

1.9.1 Sociální poradenství

Dle Novákové (2011) základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé situace. Je součástí všech druhů sociálních služeb (Nováková, 2011).

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je odborné sociální poradenství zaměřeno na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin v poradnách.

1.9.2 Služby sociální péče

Dle Králové, Rážové (2007) služby sociální péče zahrnují takové druhy sociálních služeb, které napomáhají potřebným osobám zajistit fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit osobám zapojit se v co nejvyšší možné míře do běžného života nebo jim zajistit důstojné prostředí a zacházení v případech, kdy to vyžaduje nepříznivá sociální situace (Králová, Rážová, 2007).

Osobní asistence

Sokol, Trefilová (2008) uvádí, že se jedná o komplex služeb, jejichž cílem je pomoci osobě se zdravotním postižením nebo seniorovi zvládnout za pomoci osobního asistenta ty úkony, které by zvládal sám, kdyby se neocítl v nepříznivé sociální situaci.

Pečovatelská služba

Dle Novákové (2011) jde o terénní nebo ambulantní službu, která je poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, věku, chronického onemocnění.

Sokol, Trefilová (2008) dodávají, že se jedná o službu, která poskytuje v domácnostech a v zařízeních sociálních služeb potřebné činnosti (péče o osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, chod domácnosti, zajištění kontaktu se společenským prostředím).

Tísňová péče

Dle Matouška (2011) tyto služby poskytují seniorům možnost jednoduše se dovolat pomoci v případech, kdy se přihodí něco, co klient nedokáže sám zvládnout.

Dle Sokola, Trefilové (2008) se jedná o zajištění zákroku zdravotnické záchranné služby, policie či hasičů. Signalizační hlásič (náramek, přívěšek) má uživatel na sobě a v případě potřeby stačí stisknout tlačítko (Sokol, Trefilová, 2008).

Průvodcovské a překladatelské služby

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách definuje tyto služby, jako terénní nebo ambulantní služby, které jsou poskytovány osobám, jejichž schopnosti jsou sníženy z důvodu zdravotního postižení nebo věku v oblasti orientace nebo komunikace (Zákon č.108/2006 Sb., v platném znění).

Dle Sokola, Trefilové (2008) služby napomáhají těmto jedincům vyřídit si osobní záležitosti.

Podpora samostatného bydlení

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách jde o terénní službu poskytovanou osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického či duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Dle Králové, Rážové (2007) je cílem služby podpora osob, které žijí ve vlastní domácnosti.

Sokol, Trefilová (2008) doplňují, že se jedná o obdobu pečovatelské služby, nicméně se více zaměřuje na posilování osobních schopností člověka samostatně bydlet.

Odlehčovací služby

Dle Novákové (2011) jde o terénní, ambulantní nebo pobytové služby, které jsou poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, zdravotního postižení,

chronického onemocnění. Nováková (2011) říká, že cílem odlehčovací služby je umožnit především pečující osobě potřebný odpočinek a uvolnění.

Centra denních služeb a denní stacionáře

Dle Matouška (2011) poskytují různé druhy aktivizačních programů a jsou určené především pro zdravotně postižené, seniory a osoby s duševním onemocněním.

Hlavním cílem je, dle Sokola, Trefilové (2008), pomoc s vyřízením osobních záležitostí, nabídka sociálně terapeutických činností a zajištění komplexní péče s ohledem na potřeby uživatele.

Králová, Rážová (2007) doplňují, že služba je poskytována v průběhu dne, klient se vrací do vlastního domácího prostředí.

Týdenní stacionáře

Zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách definuje týdenní stacionáře jako pobytové služby, které se poskytují osobám se sníženou soběstačností. Služby jsou zaměřené na poskytnutí základní péče (strava, hygiena) a na možnosti celodenního zaměstnávání (Zákon č.108/2006 Sb., v platném znění).

Domovy pro osoby se zdravotním postižením

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách jsou tyto pobytové služby určeny osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení a jejich situace vyžaduje pomoc druhé osoby při zajištění ubytování, stravy, pomoci při osobní hygieně, při zvládání běžných denních činností a úkolů (Zákon č. 106/2008 Sb., v platném znění).

Domovy pro seniory

Dle Sokola, Trefilové (2008) se jedná o sociální službu s celoročním provozem, která je určena pro seniory, kterým z objektivních důvodů nelze zabezpečit pomoc v jejich přirozeném prostředí a zahrnuje komplexní péči, aktivizační a sociálně terapeutické činnosti.

Domovy se zvláštním režimem

Dle Novákové (2011) se poskytují pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu chronického průběhu duševního onemocnění, z důvodu závislosti na návykových látkách.

Králová, Rážová (2007) dodávají, že domovy mohou poskytovat specializovanou pomoc jednomu okruhu osob nebo mohou zajišťovat služby osobám s několika obdobnými typy onemocnění.

Chráněné bydlení

Dle Sokola, Trefilové (2008) se jedná o moderní typ sociální služby, která je určena pro osoby se zdravotním postižením, které jsou schopny žít víceméně samostatně v prostředí, které je díky svému charakteru totožné s běžným bytem.

Dle Králové, Rážové (2007) tato služba umožňuje klientům relativně samostatný život v prostředí vlastní domácnosti, v bytech spravovaných poskytovatelem, které jsou zpravidla součástí běžné zástavby.

Sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče

Nováková (2011) tvrdí, že tato služba pomáhá osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Dle Novákové (2011) jsou určeny člověku, který nepotřebuje akutní zdravotní lůžkovou péči, ale není soběstačný a potřebuje pomoc druhé osoby a tato pomoc nemůže být zajištěna v domácím prostředí.

1.9.3 Služby sociální prevence

Dle Novákové (2011) pomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tak vystaveny riziku pro krizovou sociální situaci. Cílem je pomoci osobám překonat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit před vznikem nežádoucích jevů ve společnosti (Nováková, 2011).

Raná péče

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách jde o terénní, případně ambulantní službu, která je poskytována dítěti a rodičům dítěte do 7 let se zdravotním postižením nebo tam, kde je jeho vývoj ohrožen z důvodu tíživé sociální situace. Služba je směřována na podporu rodinu a podporu vývoje dítěte (Zákon č.108/2006 Sb., v platném znění).

Telefonická krizová pomoc

Dle Sokola, Trefilové (2008) jde o terénní službu, která se poskytuje na přechodnou dobu osobám nacházejícím se v situaci ohrožení zdraví, života nebo v jiné obtížné situaci, kterou přechodně nemohou řešit vlastními silami. Jedná se o provozování linek důvěry či obdobných telefonních služeb (Sokol, Trefilová, 2008).

Tlumočnické služby

Tlumočnické služby jsou, dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách terénní či ambulantní služby, které se poskytují osobám s poruchami komunikace, které jsou způsobeny zejména smyslovým postižením. Postižení zamezuje komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Azylové domy

Matoušek (2011) uvádí, že pro lidi bez domova je poskytováno na určitou dobu ubytování v azylových domech, které u nás zřizují magistráty, obce a církve.

Sokol, Trefilová (2008) doplňují, že se může jednat o azylové domy různého typu (například azylové domy pro ženy s dětmi, pro ženy, pro muže).

Domy na půl cesty

Službou navazující na dětské domovy jsou, dle Matouška (2011), domy na půl cesty s obvykle ročním pobytem, které mají dětem usnadnit přechod do neústavního prostředí.

Sokol, Trefilová (2008) tvrdí „Dá se říci, že domy na půl cesty poskytují svým uživatelům podmínky pro úspěšný start do života.“

Kontaktní centra

Dle Matouška (2011) jde o zařízení, poskytující ambulantní i terénní služby osobám, které jsou ohrožené závislostí na návykových látkách a hlavním smyslem služby je snížení rizik spojených se zneužíváním návykových látek.

Krizová pomoc

V zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách je krizová pomoc definována jako terénní, ambulantní či pobytová služba poskytovaná na přechodnou dobu osobám nacházejícím se v situaci, která ohrožuje jejich život nebo zdraví. Tyto osoby nejsou po přechodnou dobu schopny řešit vzniklou nepříznivou sociální situaci vlastními silami (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Intervenční centra

Intervenční centrum poskytuje, dle Králové, Rážové (2007), pomoc osobě ohrožené násilným chováním jiné osoby. Králová, Rážová (2007) dále dodávají, že na základě rozhodnutí o vykázaní ze společného obydlí nebo zákazu vstupu do něj vydaného podle č. 283/1991 Sb., o Policii České republiky ve znění pozdějších předpisů, je osobě ohrožené násilným chováním vykázané osoby nabídnuta pomoc nejpozději do 48 hodin od doručení opisu tohoto rozhodnutí intervenčnímu centru.

Součástí dané služby je, dle Sokola, Trefilové (2008), zajištění spolupráce a vzájemné informovanosti mezi jednotlivými intervenčními centry, poskytovateli sociálních služeb, orgány sociálně-právní ochrany dětí, obcemi, Policií České republiky.

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež

Dle Matouška (2011) tyto zařízení nabízejí dětem a mládeži příležitost k nerizikovému trávení volného času.

Králová, Rážová (2007) dodávají, že služba nabízí možnosti trávení volného času v zařízení a může být kombinována s terénní prací v přirozeném sociálním prostředí dětí.

Noclehárny a nízkoprahová denní centra

Dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách jsou tyto ambulantní služby poskytovány osobám bez přístřeší. Nabízejí využití hygienického zařízení a přenocování (Zákon č.108/2006 Sb., v platném znění).

Služby následné péče

Dle Sokola, Trefilové (2008) jsou tyto služby určeny osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám, které jsou závislé na návykových látkách. Autoři uvádí, že hlavní zásadou je pomoc při zvládnutí běžných životních podmínek a zabránění recidivy závislosti na návykových látkách.

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi

Programy se, dle Matouška (2011), zabývají všemi potřebami rodiny, od financí přes bydlení, až po řešení osobních těžkostí, vztahů rodiny a okolí.

Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Dle Králové, Rážové (2007) se jedná o ambulantní, popřípadě terénní služby poskytované osobám v důchodovém věku nebo osobám se zdravotním postižením, které jsou ohroženy sociálním vyloučením.

Sociálně terapeutické dílny

Dle Novákové (2011) jde o ambulantní služby poskytované osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení, které nenacházejí uplatnění na trhu práce. Smyslem služby je podpora těmto osobám ve zdokonalování pracovních dovedností pomocí pracovní terapie (Nováková, 2011).

Terapeutické komunity

Dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách se poskytují tyto pobytové služby na dočasnou dobu, pro osoby závislé na návykových látkách nebo pro osoby s duševním onemocněním. Smyslem služby je poskytnout podporu při začlenění do každodenního života (Zákon č. 108/2006 Sb., v platném znění).

Terénní programy

Dle Matouška (2011) tyto programy podporují prosociální postoje osob a souběžně s tím se věnují různým rizikům, mezi nimi i návykovým látkám.

Sociální rehabilitace

Dle Novosada, Novosadové (2000) spočívá úloha sociální rehabilitace v zajištění materiálního zabezpečení a legislativní ochrany, pomoci při začleňování člověka do společnosti a podpory při uplatnění osobnostního potenciálu.

2. Cíl práce a výzkumné otázky

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat používané metody a techniky sociální práce v Nemocnici České Budějovice, a.s.

Dílčí cíle:

1. Zjistit, jaké metody a techniky používá sociální pracovník při práci s pacientem.
2. Zjistit, jaká sociální pomoc je ze strany pacientů nemocnice nejčastěji využívána.
3. Zjistit momentální informovanost pacientů o možnostech sociální péče po propuštění z nemocnice.

Výzkumné otázky:

1. Jaké metody a techniky používá sociální pracovník při práci s pacientem?
2. Jaká sociální pomoc je ze strany pacientů nemocnice nejčastěji využívána?
3. Jsou pacienti informováni o možnostech sociální péče po propuštění z nemocnice?

Hypotézy budou stanoveny v závěru práce.

3. Metodika

3.1 Použitá metodika

K získání dat byl použit kvalitativní výzkum - metoda dotazování a technika polostrukturovaný rozhovor.

Pro polostrukturovaný rozhovor je, dle Reichla (2009) charakteristické, že je předem připraven soubor otázek, které budou jeho obsahem. Autor dále uvádí, že není pevně dáno jejich pořadí a tazatel může částečně přizpůsobit formulace pokládaných otázek respondentovi. Dle Reichla (2009) je důležité, aby otázky byly probrány všechny. Určitá volnost rozhovoru pomáhá vytvořit přirozenější kontakt mezi dotazovaným a tazatelem (Reichel, 2009).

Rozhovory probíhaly na základě předem stanovených otázek, bez možných variant odpovědí. Dotazovaní respondenti mohli zvolit sami obsah a rozsah odpovědí. Bylo jim tak umožněno odpovědět stručně nebo zajít více do hloubky otázek. Otázky byly pokládány tak, aby nebyla narušena kontinuita a přirozenost rozhovoru. Rozhovory probíhaly v místnosti, kdy bylo zaručeno soukromí a klid. Délka rozhovorů se pohybovala v rozmezí 30 – 60 minut. Odpovědi respondentů jsem zapisovala a později utřídila. Data byla pro přehlednost zpracována do tabulek.

Výzkum probíhal během března až června 2012. Praktický výzkum probíhal za přímé spolupráce se sociálními pracovníci z nemocnice České Budějovice a s klienty, kteří byli propuštěni do domácího prostředí po předchozí hospitalizaci v nemocnici v Českých Budějovicích a po propuštění využili pomoci sociálních služeb.

Respondenti byli seznámeni s tématem diplomové práce a s důvodem rozhovorů, byli ujištěni o důvěrnosti poskytnutých informací, o anonymitě těchto rozhovorů a i následném použití rozhovorů v diplomové práci.

Byly provedeny 4 rozhovory se sociálními pracovníci a 10 rozhovorů s klienty, celkem bylo provedeno 14 rozhovorů.

Rozhovory směřovaly ke zjištění, jakým způsobem pracují sociální pracovníci v nemocnici s klienty, jakým způsobem zjišťují individuální potřeby klientů a jaké metody a techniky při své práci sociální pracovníci používají. Sociální pracovníci také hodnotily sociální práci v nemocnici a návaznost na sociální služby. Rozhovor s klienty

zjišťoval informovanost klientů o sociální pomoci, možnosti kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici a využití sociální pomoci po propuštění z nemocnice.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

První výzkumný soubor tvořily 4 sociální pracovníce, které pracují v nemocnici České Budějovice.

Druhý výzkumný soubor tvořilo 10 klientů. Výzkumný soubor klientů byl zvolen tak, aby byly pokryty určující znaky (pohlaví, věk, hospitalizace na oddělení nemocnice). Výběr klientů byl podmíněn hospitalizací klienta v nemocnici v Českých Budějovicích a následným využíváním některé sociální služby po propuštění z nemocnice.

Výzkum byl proveden v Nemocnici České Budějovice, a.s. a v domácím prostředí klientů.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky rozhovorů se sociálními pracovníci

Rozhovor 1

Jak dlouho pracujete v nemocnici na pozici sociální pracovníce?

„V nemocnici pracuji 7 let.“

S kým při své práci spolupracujete?

„S kompletním zdravotnickým týmem, lékařem, zdravotními sestrami, psychologem, logopedem, ergoterapeutem, a dalšími pracovníky, kteří tvoří multidisciplinární tým. Dále jsou to vnější organizace, orgány státní správy a samosprávy, krajské, městské, obecní úřady, policie ČR, soudy, neziskové organizace, jiná zdravotnická zařízení, kojenecké ústavy, dětské domovy, hospice, léčebny a poskytovatelé sociálních služeb. A s rodinou klienta.“

Co obnáší sociální práce v nemocnici?

„Poskytuji sociální poradenství, zjišťuji základní informace o klientovi, kterými doplňuji sociální anamnézu a vedu dokumentaci o klientovi. Snažím se o zmírnění dopadů nemoci na život klienta, vyhodnocuji potřeby klienta a vytvářím plán pomoci. Zprostředkovávám následné služby po propuštění. Doprovázím děti vyžadující okamžitou pomoc do dětských domovů, dětských center.“

Jaké metody ve své práci používáte? Jaké z nich nejčastěji? Jaké techniky využíváte?

„Práce s klientem. Ta je stěžejní. Práce s rodinou. Jako nejefektivnější se jeví technika rozhovoru, např. uzavřené otázky při sběru anamnestických dat, otevřené k vyjádření potřeb klienta a jeho očekávání a aktivní naslouchání se zpětnou vazbou k vyjádření pocitů, obav a nástinu situace z pohledu klienta. Při rozhovoru je paralelně používána i technika pozorování, hodnocení projevu, neverbální komunikace. Používám asertivní jednání jako komunikační techniku.“

Jaká pomoc je ze strany klienta nejčastěji využívána?

„Sociální poradenství, základní i odborné sociální poradenství, zprostředkování kontaktu či služeb sociální pomoci přes externí organizace.“

Jak pracujete s klientem?

„Při prvním kontaktu s klientem se snažím navodit důvěru a otevření klienta. Pomocí vhodně zvolených otázek zjišťuji sociální situaci klienta. Společně hledáme řešení klientovy situace, snažím se klienta napojit na příslušné instituce, popř. zajistit následnou péči u klientů, kteří nejsou schopni si tuto službu zajistit sami nebo s pomocí rodinných příslušníků. Věnuji se hlavně dětem z dysfunkčních rodin, dětem nezletilých matek, spolupracuji s oddělením sociálně právní ochrany dětí.

Co Vám v práci dělá největší obtíže a proč?

„Nedostatečná kapacita některých zařízení, např. pro osoby se závislostí a z toho dále vyplývající dlouhé čekací lhůty nebo nutnost umisťování klientů do zařízení v jiném kraji, pokud ovšem mají místo. Úplně chybí některé typy zařízení, např. děti odkázané na plicní ventilaci, neexistuje pro ně jiná možnost než zdravotnické zařízení nebo domácí péče, ovšem pouze pokud je rodina schopna tuto péči třeba i s pomocí terénních sociálních služeb zajistit a zvládnout. Požadavky některých domovů pro seniory, aby měl žadatel o jejich službu již vyřízen, popř. podán příspěvek na péči. U některých lékařů je problém s jejich zapojením do sociální pomoci klientovi. Práce s nedobrovolným, nemotivovaným klientem.“

Co je nejnáročnější a co by Vám práci usnadnilo?

„Práce je celkově velice psychicky náročná, hrozí syndrom vyhoření, jsou zde vyšší rizika vzniku závislostí (alkohol, léky). Je nutný kvalitní a dostatečný odpočinek, vysoká míra odolnosti proti stresu a osobnostní předpoklady pro sociální práci. Obzvláště náročná a vysilující je práce s nedobrovolným klientem, který není namotivovaný a nespolupracuje. Vykonávat práci kvalitně a efektivně vyžaduje nejen profesionalitu a zkušenost, ale i technické zázemí. Žádná z pracovnic nemá počítač, přístup na internet je omezen tím, zda bude někdo zrovna v kanceláři daného oddělení, kde je internet nainstalovaný a zda bude u počítače volno. Nemáme tím pádem ani služební e-mailovou adresu, na kterou nám chtějí mnohdy lidé nebo úřady něco zaslat. Pokud nám telefonicky někdo sdělí svůj požadavek, např. zjistit telefonní číslo, nejsme schopné reagovat okamžitě. Pokud bychom byly dostatečně technicky vybavené, práce by se nejen zefektivnila, ale i podstatně zrychlila a zkvalitnila. Vhodné by bylo i zvážení, aby

měli sociální pracovníci autorizovaný přístup do nemocničního informačního systému, přes který by nám mohly být zadávány požadavky, žádosti o sociální šetření a kam bychom také zapsaly výsledky svých zjištění a závěry, které by tak byly přístupné oprávněnému personálu kdekoli a kdykoli po přihlášení. “

Co při své práci nejvíce postrádáte?

„Počítač s tiskárnou a přístupem na internet přímo v kanceláři, služební e-mail, služební mobilní telefon, přístup do nemocničního systému. “

Nechybí Vám nějaké metody a techniky při práci s klientem a rodinou?

„Nechybí, práce s klientem či rodinou je vždy individuální a nejsou dána striktní pravidla a požadavky na práci s klientem, vše samozřejmě v mezích etického kodexu sociálního pracovníka. Metody i techniky by měly být voleny citlivě a neměly by klienta poškozovat či obtěžovat. “

Kde vidíte slabé a silné stránky Vaší profese?

„Jednou ze slabých stránek je chybějící zpětná vazba, informace o tom, jak fungují služby, které náš bývalý klient využívá po propuštění z nemocnice a které mu byly námi zprostředkovány. U dětí tento problém nemám, kdykoli se můžu informovat, protože tyto služby většinou osobně zajišťuji, zařízení pravidelně navštěvují s dalšími klienty, někdy se ozvou i sami rodiče, jak se jim daří. Naší silnou stránkou je, že jsme schopné reálně zkrátit dobu hospitalizace klientů a po nutné intervenci je vrátit do jejich přirozeného prostředí, nebo umístit do jiného zařízení, tím se zvyšuje obloženost lůžek a efektivita jednotlivých oddělení. Další silnou stránkou je profesionalita, vysoká odbornost, zkušenosti a empatie všech sociálních pracovníků. “

Jaká je podle Vás návaznost na služby v terénu?

„V oblasti mladistvé klientely je problém např. v umísťování čerstvě zletilých závislých na drogách, kteří mají nějaký jiný zdravotní problém, např. diabetes závislý na inzulinu nebo jakoukoli jinou vážnou nemoc, která je může ohrozit. U nezletilých by tento problém vzniknout neměl, protože zařízení jsou povinná je na základě pravomocného rozhodnutí soudu přijmout do své péče, u mladých dospělých už tato povinnost není. Neexistuje zde zařízení pro vážně nemocné a postižené děti, které jsou plně odkázány na péči druhé osoby, jež by poskytovalo odlehčovací pobyty, aby mohl pečovatel nabrat

síly pro další péči. Tato problematika bývá většinou řešena umístěním dítěte do zdravotnického zařízení, protože adekvátní sociální, popř. jiné zařízení neexistuje, nebo zapojením širší rodiny, která dočasně péči obstará.“

Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

„Dobrá. Někdy se ale setkáváme s tím, že nejsou poskytovatelé schopní nám pomoci, ať už z důvodu nízkých kapacit některých zařízení, nebo proto, že např. senior žádající o místo v domově pro seniory nemá podanou žádost o příspěvek na péči, protože k rapidnímu zhoršení zdravotního stavu a úplné ztrátě soběstačnosti došlo až nyní, nemá žádnou rodinu, která by o něj mohla pečovat do doby nástupu do domova pro seniory a má i nízký důchod, který nepokryje měsíční náklady pobytových služeb.“

Tabulka 1 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 1

Délka praxe	• 7 let
S kým při své práci spolupracují sociální pracovníci?	• spolupráce se zdravotnickým týmem (lékař, zdravotní sestry) • mimo nemocnici jsou to krajské, městské, obecní úřady, soudy, policie, neziskové organizace, dětské domovy, poskytovatelé sociálních služeb • s rodinou klienta
Náplň sociální práce v nemocnici:	• poskytování sociálního poradenství • vedení dokumentace, sociální anamnéza „<i>zjišťují základní informace o klientovi</i>“ • vytváření plánu pomoci „<i>vyhodnocují potřeby klienta a snažím se o zmírnění dopadů nemoci na jeho život</i>“ • zprostředkování služeb po propuštění • doprovod dětí mimo nemocnici

Používané metody a techniky:	• práce s klientem „<i>ta je stěžejní</i>“ • práce s rodinou • „<i>Jako nejefektivnější se jeví technika rozhovoru, např. uzavřené otázky při sběru anamnestických dat, otevřené k vyjádření potřeb klienta a jeho očekávání a aktivní naslouchání se zpětnou vazbou k vyjádření pocitů, obav a nástinu situace z pohledu klienta.</i>“ • technika pozorování • asertivita, neverbální komunikace
Nejčastěji poskytovaná pomoc:	• sociální poradenství • zprostředkování kontaktu či služeb sociální pomoci
Práce s klientem:	• kontakt s klientem „<i>snažím se navodit důvěru a otevření klienta</i>“ • zjišťování sociální situace klienta • „<i>společně hledáme řešení klientovy situace</i>“ • napojení na příslušné instituce • péče především o děti
Obtíže při práci:	• nedostatečná kapacita některých návazných zařízení, některé typy zařízení úplně chybí • „<i>U některých lékařů je problém s jejich zapojením do sociální pomoci klientovi.</i>“ • nedobrovolný, nemotivovaný klient

Náročnost práce:	• psychicky náročná „<i>hrozí syndrom vyhoření</i>“ • „<i>Je nutný kvalitní a dostatečný odpočinek, vysoká míra odolnosti proti stresu a osobnostní předpoklady pro sociální práci.</i>“ • nedostatečné technické zázemí • „<i>Postrádáme počítač s tiskárnou a přístupem na internet přímo v kanceláři, služební e-mail, služební mobilní telefon, přístup do nemocničního systému.</i>“
Chybí sociálním pracovnícům nějaké metody a techniky při práci?	• nechybí
Slabé stránky profese sociální pracovníce: Silné stránky profese sociální pracovníce:	• chybějící zpětná vazba „<i>Informace o tom, jak fungují služby, které náš bývalý klient využívá po propuštění z nemocnice a které mu byly námi zprostředkovány.</i>“ • „<i>Naší silnou stránkou je, že jsme schopné reálně zkrátit dobu hospitalizace klientů a po nutné intervenci je vrátit do jejich přirozeného prostředí, nebo umístit do jiného zařízení, tím se zvyšuje obloženost lůžek a efektivita jednotlivých oddělení.</i>“ • profesionalita, odbornost, zkušenosti
Návaznost a spolupráce se subjekty poskytující sociální služby:	• spolupráce dobrá • chybí určité typy návazných zařízení • nízká kapacita některých zařízení

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 2

Jak dlouho pracujete v nemocnici na pozici sociální pracovníce?

„8 let.“

S kým při své práci spolupracujete?

„V nemocnici se zdravotnickým personálem, s lékaři, zdravotními sestrami, rehabilitačními pracovníky, psychologem. S rodinou klienta. Mimo nemocnici je důležitá spolupráce s praktickými lékaři, úřady, policií, zdravotnickými zařízeními, poskytovateli sociálních služeb.“

Co obnáší sociální práce v nemocnici?

„Podílím se na péči o klienta v oblasti jeho sociálních potřeb. Provádím depistážní činnost zaměřenou na vyhledávání klientů, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci v důsledku své nemoci. Zjišťuji potřeby klientů, sestavuji plán sociální intervence. Vedu dokumentaci o klientovi. Poskytuji sociální poradenství a zprostředkovávám návazné služby.“

Jaké metody ve své práci používáte? Jaké z nich nejčastěji? Jaké techniky využíváte?

„Individuální práce s klientem, práce s rodinou. Techniky rozhovoru, pozorování, naslouchání, dotazování. Při rozhovoru je důležité respektovat klienta, je důležité umět klást otázky a také klientovi naslouchat. Kladu důraz na empatii, schopnost vcítit se do pocitů klienta. Naslouchat znamená pozorně sledovat, co nám klient říká, zaměřit se jak na verbální komunikaci, tak i na neverbální.“

Jaká pomoc je ze strany klienta nejčastěji využívána?

„Sociální poradenství. Pomoc s vyplňováním žádostí do domova pro seniory, vyplňování tiskopisů žádostí o příspěvek na péči, zprostředkování sociálních služeb.“

Jak pracujete s klientem?

„Důležité je navázat kontakt s klientem. Zjišťuji potřebné údaje o rodině, prostředí, ze kterého klient do nemocnice přišel. Zjišťuji potřeby a požadavky klientů. Doplnuji sociální anamnézu. Ve spolupráci s lékařem, staniční sestrou, klientem, rodinou se stanoví plán a rozsah sociálních opatření. Podílím se na přípravě propuštění klienta, zajištěním další péče a služeb.“

Co Vám v práci dělá největší obtíže a proč?

„Stav klienta umožňuje propouštění do domácí péče, nevyžaduje lékařské ošetření, pouze ošetrovatelské, ale není zajištěna péče. Klienti zůstávají na oddělení následné péče. Neochota, či neznalost některých lékařů pacientovi nabízet alternativní možnosti jeho umístění po ukončení hospitalizace na oddělení, např. lékař automaticky sdělí klientovi v terminálním stádiu onkologického onemocnění, že bude přeložen na oddělení následné péče místo toho, aby nabídl jinou alternativu, např. hospic či domácí hospicovou péči.“

Co je nejnáročnější a co by Vám práci usnadnilo?

„Neustálý kontakt s klienty. Nespolutracující klient. Hrozí riziko vyčerpání, chybí nám technické vybavení, nemáme přístup k internetu, ani přístup do nemocničního informačního systému.“

Co při své práci nejvíce postrádáte?

„Technické vybavení, přístup k internetu.“

Nechybí Vám nějaké metody a techniky při práci s klientem a rodinou?

„Nechybí.“

Kde vidíte slabé a silné stránky Vaší profese?

„Při mapování situace klienta se setkáváme s pochybováním o možnostech pomoci, s odmítáním pomoci, či s nedůvěrou, chybí motivace klienta a ochota ke spolupráci. Silnou stránkou je profesionální a odborný přístup.“

Jaká je podle Vás návaznost na služby v terénu?

„Některé regiony nemají dostatek sociálních služeb, situace se řeší ústavní sociální péčí, v jižních Čechách chybí služby pro nepřizpůsobivé, musí se umisťovat daleko od přirozeného prostředí, kde žije rodina, je narušen kontakt s rodinou. Chybí služby pro osoby s demencí a pro osoby mladší, kteří nemohou být sami doma, ale nevezmou je do domova pro seniory.“

Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

„Spolupráce funguje. U pobytových služeb je někdy problém s umístěním klienta z důvodu nedostatečné kapacity.“

Tabulka 2- Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 2

Délka praxe	• 8 let
S kým při své práci spolupracují sociální pracovníci?	• spolupráce se zdravotnickým personálem (lékař, zdravotní sestry, rehabilitační pracovníci, psycholog) • s rodinou klienta • mimo nemocnici jsou to praktičtí lékaři, úřady, policie, zdravotnická zařízení, poskytovatelé sociálních služeb
Náplň sociální práce v nemocnici:	• depistážní činnost • sociální poradenství • „Zjišťuji potřeby klientů, sestavuji plán sociální intervence.“ • vedení dokumentace • zprostředkování návazných služeb
Používané metody a techniky:	• individuální práce s klientem • práce s rodinou • technika rozhovoru, pozorování, naslouchání, dotazování • „je důležité umět klást otázky a také klientovi naslouchat.“ • „Kladu důraz na empatii, schopnost vcítit se do pocitů klienta.“ • neverbální komunikace

Nejčastěji poskytovaná pomoc:	• sociální poradenství • vyplňování žádostí do domova pro seniory • vyplňování tiskopisů žádostí o příspěvek na péči • zprostředkování sociálních služeb
Práce s klientem:	• „<i>Důležité je navázat kontakt s klientem.</i>“ • sociální anamnéza, zjišťování informací o klientovi • zjišťování potřeb a požadavků klientů • stanovení plánu a rozsahu sociálních opatření • propuštění klienta • zajištění další péče a služeb
Obtíže při práci:	• zajištění péče po propuštění „<i>Stav klienta umožňuje propouštění do domácí péče, nevyžaduje lékařské ošetření, pouze ošetrovatelské, ale není zajištěna péče.</i>“ • nedostatečná nabídka alternativních možností umístění klientů „<i>lékař automaticky sdělí klientovi v terminálním stádiu onkologického onemocnění, že bude přeložen na oddělení následné péče místo toho, aby nabídl jinou alternativu, např. hospic či domácí hospicovou péči.</i>“
Náročnost práce:	• neustálý kontakt s klientem • nespolupracující klient „<i>Hrozí riziko vyčerpání.</i>“ • nedostatečné technické vybavení
Chybí sociálním pracovnícům nějaké metody a techniky při práci?	• nechybí

Slabé stránky profese sociální pracovníce:	• pochyby a nedůvěra klientů
Silné stránky profese sociální pracovníce:	• profesionální a odborný přístup
Návaznost a spolupráce se subjekty poskytující sociální služby:	• spolupráce funguje • chybí určité typy návazných zařízení • nedostatečná kapacita některých zařízení

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 3

Jak dlouho pracujete v nemocnici na pozici sociální pracovníce?

„11 let.“

S kým při své práci spolupracujete?

„Spolupracuji s kompletním zdravotnickým týmem. S lékaři, zdravotními sestrami, rehabilitačními pracovníky. Také spolupracuji s úřady, s externími organizacemi, či institucemi podle potřeb a specifiky problémů klienta a s rodinou klienta“

Co obnáší sociální práce v nemocnici?

„Provádím depistážní činnost. Sociálním šetřením zjišťuji informace o klientovi a zajišťuji sociální potřeby klienta během pobytu a po propuštění z nemocnice. Vytvářím plán sociální pomoci. Vedu dokumentaci o klientovi, podílím se na plánování propuštění a následné péče. Poskytuji sociální poradenství a edukaci rodinných příslušníků.“

Jaké metody ve své práci používáte? Jaké z nich nejčastěji? Jaké techniky využíváte?

„Práce s klientem, rodinou. Používám techniku rozhovoru, pozorování. Používám přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse, nedirektivní, nehodnotící, aktivní naslouchání, empatie. Úkolově orientovaný přístup, systemická práce s jednotlivcem, kdy je posilováno klientovo já.“

Jaká pomoc je ze strany klienta nejčastěji využívána?

„Sociální poradenství, zprostředkování kontaktu či služeb sociální pomoci, pomoc s vyplňováním žádostí do domova pro seniory a tiskopisů žádostí o příspěvek na péči.“

Jak pracujete s klientem?

„Bud' nás kontaktuje ošetřující lékař, rodina, zdravotnický personál, někdo z pověřeného obecního úřadu, nebo si formou depistáže najdeme vhodného klienta. Během hospitalizace udržuji pravidelný kontakt s klientem, rodinou. Vedu rozhovor s klientem, jeho blízkými za účelem získávání potřebných informací týkajících se potřeb klienta, vytváříme společně plán pomoci s ohledem na možné zdroje, možné problémy, opatření a cíle. Motivuji klienta ke změně jeho nepříznivé sociální situace a podporuji silné stránky klienta.“

Co Vám v práci dělá největší obtíže a proč?

„Chybí některé typy zařízení, např. pobytová zařízení pro klienty s Alzheimerovou chorobou, některé domovy pro seniory požadují, aby měl žadatel o jejich službu již vyřízen, popř. podán příspěvek na péči. Práce s nedobrovolným klientem, práce s klienty vykazující známky agresivity či s uživateli mlčenlivými.“

Co je nejnáročnější a co by Vám práci usnadnilo?

„Kombinace sociálních a zdravotních problémů je náročná na psychiku sociálního pracovníka, např. pokud jde o vážné, život ohrožující onemocnění u dítěte nebo u starých lidí. Obzvláště náročná a vysilující je práce s nedobrovolným klientem, který není motivován a nespolupracuje, přestože víme, že se jeho hospitalizace velice často opakuje a bude opakovat, např. alkoholici, bezdomovci, drogově závislí. Vykonávat práci kvalitně a efektivně vyžaduje nejen profesionalitu a zkušenost, ale i odpovídající technické zázemí, počítač, telefon, přístup na internet i do nemocničního informačního systému, spolupráce s některými lékaři, odděleními. O pacientovi se někdy dozvíme, až když je propuštěn domů.“

Co při své práci nejvíce postrádáte?

„Přístup k informacím ve všech směrech, s tím souvisí počítač, kvalitní psací stroj, služební mobil. Právní poradenství, nemám se s kým poradit, když si nevím rady.“

Nechybí Vám nějaké metody a techniky při práci s klientem a rodinou?

„Chybí. Reminiscence k získávání informací, není dostatek času. Metody usnadňující komunikaci s klientem s demencí či obtížně komunikujícím, validace. Tyto metody jsou však časově náročné.“

Kde vidíte slabé a silné stránky Vaší profese?

„Nedocenená role sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, je mnohdy spíše vnímán jako administrativní pracovník, a ne jako profesionál, který by měl umět zhodnotit sociální stránku klienta a najít mu východisko z jeho krizové životní situace. Za silnou stránku považuji to, že sociální pracovníci v nemocnici mají jisté možnosti, jak prosazovat zájmy svých klientů. Například: na jednu stranu sice nemůžeme rodičům nařídit, aby bylo jejich dítě hospitalizováno, i když to pokládáme za nezbytné, ale můžeme se obrátit na oddělení sociálně-právní ochrany dětí a požádat je o pomoc a spolupráci, předběžné opatření do 24 hodin, v případě, že je ohrožen život dítěte. Stejně tak nemáme pravomoc přimět lékaře, aby pacienta nepropustil z nemocnice, když nemá dořešenu následnou péči, ale můžeme se dohodnout, že tak neučiní, když mu vysvětlím komplikace a ohrožení, které by pro pacienta nastaly při jeho předčasném propuštění.“

Jaká je podle Vás návaznost na služby v terénu?

„Velmi záleží na tom, kde klient žije a jaká je tam síť poskytovatelů sociálních služeb.“

Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

„Vcelku dobrá. Nemám špatné zkušenosti.“

Tabulka 3- Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 3

Délka praxe	• 11 let
S kým při své práci spolupracujete?	• spolupráce s kompletním zdravotnickým týmem • úřady, externí organizace a instituce • rodina
Náplň sociální práce v nemocnici:	• sociální šetření, depistážní činnost • poskytování sociálního poradenství • „Vytvářím plán sociální pomoci.“ • vedení dokumentace • edukace rodinných příslušníků • plánování propuštění a následné péče

Používané metody a techniky:	• práce s klientem, s rodinou • technika rozhovoru, pozorování • přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse „<i>nedirektivní, nehodnotící, aktivní naslouchání, empatie</i>“ • úkolově orientovaný přístup • systemická práce s jednotlivcem „<i>kdy je posilováno klientovo já</i>“
Nejčastěji poskytovaná pomoc:	• sociální poradenství • vyplňování žádostí do domova pro seniory • vyplňování tiskopisů žádostí o příspěvek na péči • zprostředkování kontaktu či služeb sociální pomoci
Práce s klientem:	• depistáž klienta v nepříznivé sociální situaci • kontakt s klientem a jeho rodinou • získávání informací o klientovi • zjišťování potřeb klientů • stanovení plánu pomoci • motivace klienta a podpora jeho silných stránek
Obtíže při práci:	• „<i>Chybí některé typy zařízení, např. pobytová zařízení pro klienty s Alzheimerovou chorobou</i>“ • podmínka pro přijetí do domova pro seniory – vyřízený příspěvek na péči • nedobrovolný, mlčenlivý, agresivní klient
Náročnost práce:	• práce náročná na psychiku „<i>Obzvláště náročná a vysilující je práce s nedobrovolným klientem, který není motivován a nespolupracuje, přestože víme, že se jeho hospitalizace velice často</i>“

	<i>opakuje a bude opakovat, např. alkoholici, bezdomovci, drogově závislí. “</i> • nedostatečné technické vybavení • chybí právní poradenství
Chybí sociálním pracovním nějaké metody a techniky při práci?	• chybí – reminiscence, validace <i>„ metody usnadňující komunikaci s klientem s demencí či obtížně komunikujícím “</i>
Slabé stránky profese sociální pracovníce: Silné stránky profese sociální pracovníce:	• nedoceněná role sociálního pracovníka <i>„je mnohdy spíše vnímán jako administrativní pracovník, a ne jako profesionál, který by měl umět zhodnotit sociální stránku klienta a najít mu východisko z jeho krizové životní situace</i> • sociální pracovníci v nemocnici mají možnosti k prosazování zájmů svých klientů
Návaznost a spolupráce se subjekty poskytující sociální služby:	• vcelku dobrá

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 4

Jak dlouho pracujete v nemocnici na pozici sociální pracovníce?

„22 let.“

S kým při své práci spolupracujete?

„Pracuji samostatně, ale pokyn dostávám od lékaře, neposoudím zdravotní stav, kdy je klient schopen již s námi spolupracovat, lékař mě osloví, já vyzvu rodinu. Proto je důležitá spolupráce s lékaři a ošetřujícím personálem, mimo nemocnici je to spolupráce s úřady, soudy, policií, poskytovateli sociálních služeb, organizacemi. “

Co obnáší sociální práce v nemocnici?

„Poskytuji sociální poradenství, zjišťuji informace o sociální situaci klienta a doplňuji sociální anamnéze, zjišťuji potřeby a požadavky klientů a stanovuji rozsah sociálních

opatření, zajišťuji kompenzační pomůcky a rehabilitační pomůcky, zprostředkovávám návazné služby. Podílím se na propuštění klienta do domácího prostředí.“

Jaké metody ve své práci používáte? Jaké z nich nejčastěji? Jaké techniky?

„Individuální práce s klientem, práce s rodinou, mini-mental test, kterým zjišťujeme kognitivní funkce, výsledkem je zjistit stupeň demence před psychiatrickým vyšetřením. Techniky rozhovoru, otevřené i uzavřené otázky, aktivní naslouchání, pozorování, techniku asertivní komunikace.“

Jaká pomoc je ze strany klienta nejčastěji využívána?

„Zajistit návaznost na další péči po propuštění z nemocnice, sociální poradenství, zajistit agentury domácí péče, pečovatelské služby, nejčastěji zajištění dovozu oběda.“

Jak pracujete s klientem?

„Nejdříve je důležité navázat kontakt s klientem. Pokud je ve stavu, kdy je schopný samostatně jednat zjišťuji anamnézu, kde bydlí, jakou má rodinu, jestli má příspěvek na péči. Musím si udělat představu a nabídnout tzv. balíček sociálních služeb, to co mu můžu nabídnout. Když může domů, v případě potřeby zajišťuji pečovatelskou službu, kompenzační pomůcky. Pokud je rodina, zvu si ji k edukaci. Pokud není schopen být doma sám po propuštění, sepišu žádost do domova pro seniory.

Pokud klient nekomunikuje, pracuji s rodinou, pokud funguje. Hospic zajišťuji ve spolupráci s ošetřujícím lékařem, lékař vydává vyjádření, já se spojím se soc. pracovníci v Prachaticích, kde je hospic a schvaluje jejich lékař.“

Co Vám v práci dělá největší obtíže?

„Nesklouznout do syndromu vyhoření, setkání s umírajícími, nespolupracující klient, nezájem rodiny.“

Co je nejnáročnější, co by Vám práci usnadnilo?

„Rozpoznat, kdy zasahovat do života klienta a jeho rodiny. Kolik pomoci a péče poskytnout, aby stimulovala klienta ke změně postojů a odpovědnému jednání. Nedělat předčasný hodnotící závěr, vyhnout se diagnostickým nálepkám. Bránit se manipulaci ze strany klienta, obranou je asertivita. Také nám chybí rychlý přístup k informacím, počítač, internet, mobil.“

Co při své práci nejvíce postrádáte?

„Počítač, přístup k internetu.“

Nechybí Vám nějaké metody a techniky při práci s klientem?

„Nechybí.“

Kde vidíte slabé a silné stránky Vaší profese?

„Slabou stránkou je utkvělá představa pracovníků, jak má klient žít, nalajnována podle společenské normy, ale on je spokojený se svým dosavadním způsobem života. Za silnou stránku považují, že sociální pracovníce poskytuje sociální pomoc klientům všech věkových kategorií, kteří se pro nepříznivý zdravotní stav dostali do situace, kterou nejsou schopni sami řešit. Cílem této služby je umožnit klientům návrat do jejich přirozeného prostředí, poskytnout potřebné informace a podle možností konkrétní pomoc. Pokud návrat klienta do jeho přirozeného prostředí není z nějakého důvodu možný, zdravotně sociální pracovník se snaží pro klienta zprostředkovat následnou péči v odpovídajícím zdravotnickém nebo nezdravotnickém zařízení.“

Jaká je podle Vás návaznost na služby v terénu?

„Chybí návaznost služeb pro alkoholiky, nepřizpůsobivé klienty, nedostatečná kapacita pro umístění klientů s Alzheimerovou chorobou.“

Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

„Dobrá. Poskytovatelé sociálních služeb nás sami kontaktují a poskytují nám informace o svých poskytovaných službách. Tyto informace a kontakty využíváme při práci s klienty.“

Tabulka 4 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 4

Délka praxe	• 22 let
S kým při své práci spolupracujete?	• spolupráce s lékaři, ošetřujícím personálem • organizace • s rodinou
Náplň sociální práce v nemocnici:	• sociální poradenství

	• sociální anamnéza, zjišťování informací o sociální situaci klienta • „zjišťuji potřeby a požadavky klientů a stanovuji rozsah sociálních opatření“ • zajištění kompenzačních a rehabilitačních pomůcek • podílení se na propuštění klienta do domácího prostředí
Používané metody a techniky:	• individuální práce s klientem, práce s rodinou • techniky rozhovoru, aktivní naslouchání, pozorování, asertivita • „mini-mental test, kterým zjišťujeme kognitivní funkce, výsledkem je zjistit stupeň demence před psychiatrickým vyšetřením“
Nejčastěji poskytovaná pomoc:	• sociální poradenství • zajištění návazných sociálních služeb
Práce s klientem:	• kontakt s klientem • sociální anamnéza • zjišťování potřeb klientů „nabídnu tzv. balíček sociálních služeb, to co mu můžu nabídnout“ • spolupráce s rodinou, edukace rodiny • zajištění návazných služeb
Obtíže při práci:	• syndrom vyhoření • setkání s umírajícími • nespolupracující klient • nezájem rodiny

Náročnost práce:	- rozpoznat, kolik péče klient skutečně potřebuje - manipulace ze strany klienta - komplikovaný přístup k informacím
Chybí sociálním pracovnícům nějaké metody a techniky při práci?	nechybí
Slabé stránky profese sociální pracovníce: Silné stránky profese sociální pracovníce:	<i>„představa pracovníků, jak má klient žít, nalajnována podle společenské normy, ale on je spokojený se svým dosavadním způsobem života“</i> - poskytování sociální pomoci klientům všech věkových kategorií
Návaznost a spolupráce se subjekty poskytující sociální služby:	- spolupráce dobrá <i>„Chybí návaznost služeb pro alkoholiky, nepřizpůsobiví klienty a klienty s Alzheimerovou chorobou.“</i>

Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí zásadních informací všech sociálních pracovníků

Délka praxe:

Sociální pracovníce 1: 7 let praxe v oboru

Sociální pracovníce 2: 8 let praxe v oboru

Sociální pracovníce 3: 11 let praxe v oboru

Sociální pracovníce 4: 22 let praxe v oboru

Tabulka 5 - Shrnutí zásadních informací všech sociálních pracovníků

S kým při své práci spolupracujete?	- spolupráce se zdravotnickým personálem - s rodinou klienta
-------------------------------------	---

	• úřady, soudy, policie ČR, externí organizace, zdravotnická zařízení, poskytovatelé sociálních služeb
Náplň sociální práce v nemocnici:	• depistážní činnost • sociální poradenství • vedení dokumentace • sociální anamnéza • vytvoření plánu pomoci • plánování propuštění a následné péče • zprostředkování návazných služeb • edukace rodinných příslušníků • doprovod dětí mimo nemocnici • zajištění kompenzačních a rehabilitačních pomůcek
Používané metody a techniky:	• individuální práce s klientem • práce s rodinou • přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse, • úkolově orientovaný přístup • systemická práce s jednotlivcem • rozhovor • aktivní naslouchání • pozorování • neverbální komunikace • asertivita • „mini-mental test
Nejčastěji poskytovaná pomoc:	• sociální poradenství • zprostředkování návazných služeb • vyplňování žádostí do domova pro seniory • vyplňování tiskopisů žádostí o příspěvek na péči

Práce s klientem:	• kontakt s klientem • zjišťování sociální situace klienta • zjišťování potřeb klienta • stanovení plánu pomoci • propuštění klienta • spolupráce s rodinou, edukace rodiny • zajištění další péče a služeb
Obtíže při práci:	• nedostatečná kapacita některých návazných zařízení • chybějící některá zařízení • zajištění péče po propuštění • nedostatečná nabídka alternativních možností umístění klienta • zapojení lékaře do sociální pomoci
Náročnost práce:	• syndrom vyhoření • nedostatečné technické vybavení • chybí právní poradenství
Chybí sociálním pracovnícům nějaké metody a techniky při práci?	• reminiscence • validace • metody usnadňující komunikaci s klientem s demencí či obtížně komunikujícím
Slabé stránky profese sociální pracovnice:	• chybějící zpětná vazba • pochyby a nedůvěra klientů • nedoceněná role sociálních pracovníků • představa pracovníků, jak má klient žít
Silné stránky profese sociální pracovnice:	• profesionalita, odbornost, zkušenosti • prosazování zájmů svých klientů

	• poskytování sociální pomoci klientům všech věkových kategorií
Návaznost a spolupráce se subjekty poskytující sociální služby:	• chybí určité typy návazných zařízení • nedostatečná kapacita některých zařízení • podmínka pro přijetí do domova pro seniory – vyřízený příspěvek na péči

Zdroj: vlastní výzkum

4.2 Výsledky rozhovorů s klienty po propuštění do domácího prostředí

Rozhovor 1

Klient – 43 let, hospitalizace na chirurgickém a rehabilitačním oddělení

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Aklimatizovat se na domácí prostředí, 1,5 roku jsem byl v nemocnici, zvyknout si na jiný režim než je ten nemocniční, naučit se hospodařit, vyřídit si úřední záležitosti.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřeboval?

„Zařídit si bydlení a nechat tam vybudovat bezbariérový přístup. Také jsem potřeboval zajistit rehabilitaci, která by mi byla poskytována doma a zajistit dovoz obědů.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Poskytnuté bydlení v domě s pečovatelskou službou, rehabilitace a pečovatelská služba.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Sociální pracovnice v nemocnici, která kontaktovala pečovatelskou službu. Magistrát města ohledně zajištění mého bydlení po propuštění z nemocnice. Bývalá manželka,

která se postarala o úřední záležitosti, zařízení účtu, převody dávek na účty. A také rehabilitační pracovnice a pečovatelská služba.

Co byste poradil klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Poradil bych mu, aby využil pomoci sociálních služeb, pokud by mu nemohla pomoci vlastní rodina.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Na rodinu, na svého lékaře, na sociální služby, které by mu zajistili pomoc.“

Byl jste během pobytu v nemocnici informován o možnostech sociální péče?

„Ano.“

Měl jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Ano.“ Na rehabilitačním oddělení ano. Na chirurgii byl problém sehnat sociální pracovníci, protože byla v terénu.“

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Ano. Na rehabilitačním jsem měl hned možnost spolupráce se sociální pracovníci. Zjišťovala, co potřebuji, nabízela sociální služby, ergoterapii. Pomáhala mi s vyřizováním úředních záležitostí.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Sociální pracovnice za mnou pravidelně docházela na pokoj, hovořila se mnou, naslouchala mi a radila mi.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Osobní spolupráce se sociální pracovníci, informační letáky, kontakty na návazné služby.“

Využil jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Ano. Zajištění pečovatelské služby po propuštění domů a pomoc s vyřizováním úředních záležitostí“

Jak hodnotíte práci sociální pracovnice v nemocnici?

„Užitečná, dobrá.“

Jak jste byl spokojen?

„Já osobně jsem byl spokojený.“

Tabulka 1 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 1

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• aklimatizace,, <i>zvyknout si na jiný režim než je ten nemocniční</i>“ • naučit se hospodařit • vyřizování úředních záležitostí
Potřebná pomoc:	• zajistit bydlení,, <i>nechat tam vybudovat bezbariérový přístup</i>“ • rehabilitace • dovoz obědů
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• zajištěné bydlení • rehabilitace • pečovatelská služba
Kdo nejvíce pomohl?	• sociální pracovníce v nemocnici • Magistrát města České Budějovice (sociální odbor) • manželka • rehabilitační pracovníce • pečovatelská služba
Rada pro klienty v podobné situaci:	• využití pomoci sociálních služeb
Na koho se obrátit:	• na rodinu • na lékaře • na sociální služby
Byl jste v nemocnici informován o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• „<i>Na rehabilitačním oddělení ano. Na chirurgii byl problém sehnat sociální pracovníci, protože</i>

	<i>byla v terénu. “</i>
Informovala sociální pracovnice o možnostech sociální péče?	• ano • na rehabilitačním oddělení okamžitá spolupráce se sociální pracovnící • <i>Zjišťovala, co potřebuji, nabízela sociální služby, ergoterapii, pomáhala mi s vyřizováním úředních záležitostí. “</i>
Způsob předání informací:	• osobní kontakt • rozhovor • naslouchání • poradenství
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• osobní spolupráce • informační letáky • kontakty na návazné služby
Využití nabídky sociální pomoci:	• zajištění pečovatelské služby • vyřizování úředních záležitostí
Hodnocení sociální pracovnice v nemocnici:	• <i>„Užitečná, dobrá.“</i>
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojený

Zdroj : vlastní výzkum

Rozhovor 2

Klientka – 78 let, hospitalizace na oddělení následné péče

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Musela jsem se psychicky vyrovnat s tím, že už si všechno nezajistím sama.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřebovala?

„Ze začátku rehabilitační péči, rozhybání a pomoc s domácností.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Řekla jsem si, že to zvládnou a přestala jsem se bát vlastní nemohoucnosti.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Rodina, pečovatelská služba, rehabilitace.“

Co byste poradila klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Aby nerezignoval, ale snažil se vyrovnat se situací, zajistil si pomoc.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Na rodinu, na lékaře, na známé, na sociální služby.“

Byla jste během pobytu v nemocnici informována o možnostech sociální péče?

„Ano, lékař hodnotil můj zdravotní stav, ptal se a nabídl mi možnost zavolání sociální pracovnice.“

Měla jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Ano.“

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Ano. Nabízela mi možnosti péče po propuštění, zjišťovala mé potřeby, nabízela zprostředkování dalších služeb.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Sociální pracovnice za mnou docházela a hovořila se mnou, dala mi kontakty na služby, které by mi zajistily pomoc doma.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Rozhovorem se sociální pracovníci, letáky, informační brožurky sociálních služeb.“

Využila jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Ano, zprostředkování pečovatelské služby.“

Jak hodnotíte práci sociální pracovnice v nemocnici?

„Kladně a potřebnou.“

Jak jste byla spokojena?

„Ano, byla.“

Tabulka 2 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 2

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• „Psychicky se vyrovnat s tím, že už si všechno nezajistím sama.“
Potřebná pomoc:	• rehabilitační péče • pomoc s domácností
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• „Řekla jsem si, že to zvládnu a přestala jsem se bát vlastní nemohoucnosti.“
Kdo nejvíce pomohl?	• rodina • pečovatelská služba • rehabilitační péče
Rada pro klienty v podobné situaci:	• vyrovnání se situací „aby nerezignoval“ • zajistit si pomoc
Na koho se obrátit:	• na rodinu, známé • na lékaře • na sociální služby
Byla jste v nemocnici informována o možnostech sociální péče?	• ano • „lékař mi nabídl možnost zavolání sociální pracovnice.“
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano
Informovala sociální pracovnice o možnostech sociální péče?	• ano • zjišťování potřeb • nabídka možností péče • „nabízela zprostředkování dalších služeb.“

Způsob předání informací:	• přímý kontakt se sociální pracovníci • rozhovor
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• osobní kontakt • informační brožury sociálních služeb • letáky
Využití nabídky sociální pomoci:	• zajištění pečovatelské služby
Hodnocení sociální pracovníce v nemocnici:	• „Kladně a potřebnou.“
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojená

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 3

Klientka – 71 let, hospitalizace na chirurgickém a rehabilitačním oddělení

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Pohyblivost, nezvedla jsem ruku, nohy jsem měla celé ztuhlé. I po bytě jsem se pohybovala s pomocí chodítka.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřebovala?

„Byla jsem hodně omezená v pohybu, takže jsem potřebovala pomoci s tím, co jsem sama dělat nemohla. Také psychickou podporu, s někým si popovídat.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Nejvíce pečovatelská služba, má rodina žije daleko, nemohou jezdit často.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Pečovatelka. Jsem ráda, že si můžu zaplatit službu a nemusím žebrot u sousedů.“

Co byste poradila klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Pokud nemá rodinné zázemí, požádat o služby.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Obrátit se na sociální služby, zeptat se v okolí jaké mají zkušenosti.“

Byla jste během pobytu v nemocnici informována o možnostech sociální péče?

„Ano. Byla jsem překvapená, že o mě pečovala sociální pracovnice hned od začátku, snažila se mi pomoci.“

Měla jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Ano, po celou dobu pobytu v nemocnici.“

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Zjišťovala, co bych potřebovala, nabízela mi možnosti péče po návratu domů, abych si mohla vybrat, v nemocnici se mnou vypsala žádost na příspěvek na péči. Kontaktovala pečovatelskou službu.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Přišla za mnou na pokoj, povídala si se mnou a vyslechla mě. Věděla, že nemám zkušenosti, poradila mi.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Kontakty, letáky, informace podané rozhovorem.“

Využila jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Ano. Vypsala se mnou žádost na příspěvek na péči z důvodu mé omezené pohyblivosti, nejsem schopná pořádně psát, kontaktovala sociální pracovníci z pečovatelské služby, která mě hned po propuštění navštívila a zajistila mi služby.“

Jak hodnotíte práci sociální pracovnice v nemocnici?

„Potřebnou a výbornou.“

Jak jste byla spokojena?

„Velmi spokojená.“

Tabulka 3 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 3

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• omezená pohyblivost
--	---

Potřebná pomoc:	• psychická podpora • pomoc s potřebnými úkony, „<i>potřebovala jsem pomoc s tím, co jsem sama dělat nemohla</i>“
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• pečovatelská služba „<i>rodina žije daleko</i>“
Kdo nejvíce pomohl?	• pečovatelka „<i>Jsem ráda, že si můžu zaplatit službu a nemusím žebrot u sousedů.</i>“
Rada pro klienty v podobné situaci:	• zajistit služby
Na koho se obrátit:	• na sociální služby • informovat se na kvalitu poskytovaných služeb
Byla jste v nemocnici informována o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• „<i>Ano, po celou dobu pobytu v nemocnici.</i>“
Informovala sociální pracovníce o možnostech sociální péče?	• „<i>Zjišťovala, co bych potřebovala,</i> • nabídka možností péče • sepsání žádosti na příspěvek na péči • zprostředkování pečovatelské služby
Způsob předání informací:	• přímý kontakt se sociální pracovníci • rozhovor • naslouchání • poradenství
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• osobní kontakt • informační letáky • kontakty na služby
Využití nabídky sociální pomoci:	• sepsání žádosti na příspěvek na péči • zprostředkování pečovatelské služby

Hodnocení sociální pracovníce v nemocnici:	• „Potřebná a výborná.“
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• velmi spokojená

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 4

Klient- 54 let, hospitalizace na psychiatrickém oddělení

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Nejtěžší pro mě bylo umět se sám o sebe postarat po smrti bratra, který se o mě staral.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřeboval?

„Naučit se větší samostatnosti a naučit se hospodařit. Nevěděl jsem, jak vést domácnost, nakupovat, zacházet s penězi, vyřizovat úřední věci. To dělal bratr. O všechno se postaral.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano, po propuštění z nemocnice mě navštívil sociální pracovník a začal jsem chodit do sociálně terapeutické dílny.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Pomáhali mi při nácviku dovedností, které jsem potřeboval pro samostatný život.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Pracovníci sociálně terapeutické dílny, rodina, která mě podporovala v samostatnosti a sociální pracovníce v nemocnici, která mi zařídila navštěvovat dílnu.“

Co byste poradil klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Když by byl v nemocnici jako já, obrátit se na pana doktora a paní sociální pracovníci.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Na rodinu, doktora, sociální pracovníci v nemocnici“

Byl jste během pobytu v nemocnici informován o možnostech sociální péče?

„Ano.“

Měl jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Ano. Moje sestra se radila, zda můžu zůstat doma sám a kdo by nám mohl pomoci.“

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Ano.“ *Paní sociální pracovnice mi domluvila možnost chodit do sociálně terapeutické dílny. Zatelefonovala tam a já docházím do dílny. Pomohla mi, abych mohl zůstat doma. Taky mi pomohla vypsát tu žádost na peníze, abych si mohl zaplatit služby.“*

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Chodila za mnou a povídala si se mnou, radila mi a ptala se, jak se mám a co bych chtěl dělat, až mě propustí.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Povídání se sociální pracovníci.“

Využil jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Ano. Chodím do dílny a také mi pomohla s vyplšováním formulářů.“

Jak hodnotíte práci sociální pracovnice v nemocnici?

„Dobře.“

Jak jste byl spokojen?

„Byl jsem spokojen.“

Tabulka 4 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 4

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• nesamostatnost
Potřebná pomoc:	• umět vést domácnost • „Naučit se větší samostatnosti a naučit se hospodařit.“
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• docházení do sociálně terapeutické dílny

Kdo nejvíce pomohl?	• pracovníci sociálně terapeutické dílny • rodina • sociální pracovníce z nemocnice
Rada pro klienty v podobné situaci:	• „<i>Když by byl v nemocnici jako já, obrátit se na pana doktora a paní sociální pracovníci.</i>“
Na koho se obrátit:	• na rodinu • na lékaře • na sociální pracovníci
Byl jste v nemocnici informován o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano • „<i>Moje sestra se radila, zda můžu zůstat doma sám a kdo by nám mohl pomoci.</i>“
Informovala sociální pracovníce o možnostech sociální péče?	• ano • zprostředkování sociálně terapeutické dílny • vypsání žádosti na příspěvek na péči „<i>Taky mi pomohla vypsát tu žádost na peníze, abych si mohl zaplatit služby.</i>“
Způsob předání informací:	• osobní kontakt • rozhovor • dotazování • poradenství
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• rozhovor
Využití nabídky sociální pomoci:	• ano • zprostředkování sociálně terapeutické dílny • vyřizování úředních záležitostí
Hodnocení sociální pracovníce	• „<i>Dobře.</i>“

v nemocnici:	
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojený

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 5

Klientka – 68 let, hospitalizace na oddělení následné péče

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Nejobtížnější pro mě byl první den po propuštění, než došlo ke kontaktu se sociální službou, znovu získat orientaci a pomoc.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřebovala?

„Potřebovala jsem zajistit hlavně pomoc při zajištění stravy, hlavně se jednalo o naservírování a podání, protože jsem se nemohla pohybovat. Také jsem potřebovala zajistit péči při zajištění hygieny, protože jsem se bez pomoci nemohla pohybovat a sama jsem se nemohla umýt. Když se můj zdravotní stav zlepšil, byla to rehabilitace, kterou mi zajišťovala sestra doma. Ta mi pomohla k tomu, abych se mohla vrátit k normálnímu životu.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano. Pomoc mi byla poskytnuta pečovatelskou službou, která je poskytována na vysoké úrovni odborné, komunikační. Jsem velmi spokojená.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Péče, kterou jsem potřebovala a která mi byla poskytnuta vzhledem k mým individuálním potřebám.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Pečovatelská služba, rodina, která fungovala ve vzájemné spolupráci a rehabilitační pracovnice.“

Co byste poradila klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Doporučila bych mu využít některou ze sociálních služeb, aby měl možnost získat informace od lidí, kteří mají o konkrétní službě informace nebo vlastní zkušenost, tak mají nejlépe možnost zjistit rozdílnost jednotlivých služeb.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Měl by se obrátit na sociální služby, přes rodinu zjistit, která služba by pro něho byla nejlepší, jestli můžou zajistit jeho potřeby.“

Byla jste během pobytu v nemocnici informována o možnostech sociální péče?

„Ano. Měla jsem možnost, ale já jsem již o sociálních službách věděla, protože jsem je již využívala pro svoji maminku.“

Měla jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Na oddělení následné péče se aktivně postarali. Když však letos ležel manžel na nervovém oddělení, tak kromě pravidelných kapaček si ho nikdo nevšímal. Byla tam malá možnost kontaktu se sociální pracovníci. Nikdo se nezajímal, jaké má potřeby, zázemí, zda potřebuje následnou péči.“

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Když ležela v nemocnici moje maminka na oddělení následné péče, dostalo se nám informací od sociální pracovnice. Ta nás informovala o různých možnostech k řešení naší situace. Byla velmi vstřícná a ochotná, věděla, co bychom potřebovali a kam se máme obrátit, nabídla nám vhodnou péči. Dokonce sama kontaktovala sociální pracovníci z Magistrátu, aby nám pomohla vyjednat žádost o příspěvek na péči. Byla tam výborná propojenost zdravotní a sociální péče. Když chtěli lékaři propustit maminku domů, řekla jsem jim, že nemám doma nic připraveného, abych se o ni mohla postarat. Lékař proto zařídil, že maminka mohla zůstat ještě 2 měsíce, dokud jsme se doma nezařídili.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Cíleně vedla rozhovory, aby zjistila, co potřebujeme, co by nám pomohlo, poradila nám.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Každý pacient dostal první den lístek, kde byla jména zdravotního personálu i sociální pracovníce a jejich telefonní čísla, kam se v případě obrátit. Měli jsme možnost využít brožury, informační letáky.“

Využila jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Sociální pracovníce mi poskytla informace o možnosti pečovatelské služby a také mi pomohla vyřídit příspěvek na péči.“

Jak hodnotíte práci sociální pracovníce v nemocnici?

„Já ze své vlastní zkušenosti výborně, ze zkušenosti manžela malý zájem o celistvost člověka. Myslím, že lékaři neřeší sociální situaci pacienta, neřeší, co bude s pacientem doma po propuštění, záleží, zda zavolá sociální pracovníci. Ta se proto ani nemusí dozvědět, že by pacient její pomoc potřeboval. Sestry, které jsou na odděleních v každodenním kontaktu s pacientem, by si proto měly více všimnout sociálních potřeb pacienta a zavolat sociální pracovníci, která mu může pomoci. Také je tam málo sociálních pracovníků na tolik oddělení, proto se nedostanou k informacím o pacientovi.“

Jak jste byla spokojena?

„Já jsem byla velmi spokojená. Mně osobně pomohly hodně.“

Tabulka 5 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 5

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• první den po propuštění, „než došlo ke kontaktu se sociální službou“ • ztráta orientace
Potřebná pomoc:	• pomoc se zajištěním stravy „hlavně se jednalo o naservírování a podání, protože jsem se nemohla pohybovat“ • pomoc s osobní hygienou „bez pomoci jsem se nemohla pohybovat a nemohla se umýt“ • rehabilitace

Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• péče,, byla mi poskytnuta vzhledem k mým individuálním potřebám“
Kdo nejvíce pomohl?	• pečovatelská služba • rodina • rehabilitační pracovníce
Rada pro klienty v podobné situaci:	• využití sociální služby • „možnost zjistit rozdílnost jednotlivých služeb“
Na koho se obrátit:	• na sociální služby „zjistit, která služba by pro něho byla nejlepší, jestli můžou zajistit jeho potřeby“ • na rodinu
Byla jste v nemocnici informována o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano „Na oddělení následné péče se aktivně postarali.“ • nervové oddělení „Malá možnost kontaktu se sociální pracovníci.“
Informovala sociální pracovníce o možnostech sociální péče?	• ano • nabídka vhodné péče „věděla, co bychom potřebovali a kam se máme obrátit, nabídla nám vhodnou péči“ • nabídka možností řešení situace • kontakt na návazné služby • „pomohla mi vyjednat žádost o příspěvek na péči“
Způsob předání informací:	• rozhovor „Cíleně vedla rozhovor, aby zjistila, co potřebujeme, co by nám pomohlo.“

	• poradenství
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• brožury • informační letáky • „Každý pacient dostal první den lístek, kde byla jména zdravotního personálu i sociální pracovníce a jejich telefonní čísla, kam se v případě obrátit.“
Využití nabídky sociální pomoci:	• zprostředkování pečovatelské služby • vyřízení příspěvku na péči
Hodnocení sociální pracovníce v nemocnici:	• výborně • „zkušenosti manžela - malý zájem o celistvost člověka“ • „lékaři neřeší sociální situaci pacienta, neřeší, co bude s pacientem doma po propuštění“ • „málo sociálních pracovníků na tolik oddělení, proto se nedostanou k informacím o pacientovi“
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojená „Mně osobně pomohly hodně.“

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 6

Klientka – 80 let, hospitalizace na oddělení následné péče

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Nejobtížnější bylo zvykat si na to, že si nemůžu udělat všechno sama. Nemohla jsem si dojít na záchod, problémy jsem měla s oblékáním, svlékáním. Byl to veliký problém.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřebovala?

„Hlavně pomoc s osobní hygienou. Zajistit stravu a domácnost a rehabilitaci.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano. Využila jsem pečovatelskou službu, dovoz oběda, rehabilitační službu.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Měla jsem zajištěnou pečovatelku, která mi pomáhala. Sprchovala mě, musela dávat pozor, aby mi nenamočila sádku. Pomáhala mi s oblékáním a měla jsem zajištěný dovoz oběda, protože jsem si nemohla sama ani uvařit. Obstarávala nákupy a různé pochůzky. Když mi sundali sádku po šesti týdnech, tak mi chodila domů rehabilitační sestra, která mi pomáhala rozcvičovat rameno. Také mi radila, jak mám cvičit sama. Šlo to velmi pomalu a bylo to hodně bolestivé. Po poradě s obvodním lékařem jsem si objednala lázně a tam mi skutečně pomohli. Když jsem přijela domů, tak jsem sama zvládla péči o sebe a začala si i vařit. Pečovatelka mi nyní pouze chodí pro větší nákupy a uklízí mi domácnost.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Pečovatelská služba, rehabilitace, lázeňská péče.“

Co byste poradila klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Nepodléhat sebelítosti a snažit se, aby to bylo lepší. Využít služeb, které mu můžou pomoci. Já jsem využívala pečovatelskou službu a požádala jsem je o rozšíření péče.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Obrátit se na svého obvodního lékaře nebo na rodinu, na sociální služby.“

Byla jste během pobytu v nemocnici informována o možnostech sociální péče?

„Ano.“

Měla jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Ano.“

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Ano.“ Zjišťovala, zda by mi mohla nějak pomoci. Nabízela mi možnosti řešení mé situace až mě propustí domů. Také mi poradila, abych si podala žádost na zvýšení příspěvku na péči.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Povídala si se mnou.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Předala mi informační brožury s kontakty na sociální služby. Informovala mě o službách, které jsou poskytovány v okolí mého bydliště.“

Využila jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„V době, kdy jsem byla v nemocnici, jsem už využívala pomoc od pečovatelské služby, tak jsem jinou službu nepotřebovala. Pouze mi byla poskytnuta rehabilitační péče, kterou jsem využívala i po propuštění z nemocnice. Sociální pracovníce mi pomohla vypsát žádost o zvýšení příspěvku na péči“

Jak hodnotíte práci sociální pracovníce v nemocnici?

„Kladně, stejně jako práci sester a lékařů. Nemůžu si stěžovat.“

Jak jste byla spokojena?

„Já jsem byla s přístupem spokojená.“

Tabulka 6 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 6

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• zvládání péče o svojí osobu „že si nemůžu udělat všechno sama, nemohla jsem si dojít na záchod, problémy jsem měla s oblékáním, svlékáním“
Potřebná pomoc:	• pomoc s osobní hygienou • zajištění domácnosti, stravy • rehabilitace
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• pečovatelská služba • rehabilitace • lázeňská péče
Kdo nejvíce pomohl?	• pečovatelka • rehabilitační pracovníce
Rada pro klienty v podobné situaci:	• „Nepodléhat sebelítosti a snažit se, aby to bylo lepší.“

	• využití sociálních služeb
Na koho se obrátit:	• na lékaře • na rodinu • na sociální služby
Byla jste v nemocnici informována o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano
Informovala sociální pracovníce o možnostech sociální péče?	• ano • zjišťování potřeb • nabídka možností péče po propuštění domů • poradenství
Způsob předání informací:	• osobní kontakt • rozhovor
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• informační brožury • kontakty na sociální služby
Využití nabídky sociální pomoci:	• vypsání žádosti o zvýšení příspěvku na péči
Hodnocení sociální pracovníce v nemocnici:	• kladně
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojená

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 7

Klientka – 91 let, hospitalizace na oddělení následné péče

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Všechno, nesměla jsem chodit, nemohla jsem dva měsíce stoupnout na nohu. Postupně jsem se učila chodit, nejdříve s berlemi. Dojížděla jsem pravidelně na rehabilitaci. Také

jsem rozcvičovala ruku. Nevěděla jsem, jestli budu moct zůstat doma. Byla jsem odkázaná na péči druhých.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřebovala?

„Potřebovala jsem zajistit pomoc s osobní hygienou i s domácností, protože jsem nemohla chodit. Sama jsem se nikam nedostala. Když jsem ještě ležela v nemocnici, vzala si mě rodina na propustku domů na Vánoce, moc se mi nechtělo, bála jsem se, jak to tam se mnou zvládnou, hlavně dojít si na WC, ale nakonec jsme to zvládli.“

Byla Vám poskytnuta?

„Hodně mi pomohla rodina. Nastěhovala jsem se k zeťovi, hodně mi pomáhala vnučka. Vzali si mě domů a postarali se o mě.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Rodina. Známi, kteří mě chodili navštěvovat už do nemocnice a potom domů. To, že jsem nezůstala sama. Také jsem se sama snažila, abych se co nejdříve postavila na nohy.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Rodina, paní doktorka a paní sociální pracovnice v nemocnici, které mi doporučila pečovatelskou službu. Potřebovala jsem někoho na úklid. Já to již sama nezvládám. Dosud jsem o této možnosti nevěděla. Také jsem pravidelně dojížděla do nemocnice na rehabilitaci.“

Co byste poradila klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Aby nerezignoval a snažil se zlepšit svojí situaci.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Na rodinu nebo své okolí, sociální služby, svého lékaře.“

Byla jste během pobytu v nemocnici informována o možnostech sociální péče?

„Ano. Přišla za mnou sociální pracovnice.“

Měla jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Ano.“

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Ptala se mě, zda nepotřebuji zajistit domov důchodců, zda mi mají zajistit, aby mi důchod chodil do nemocnice. To jsem nevyužila, důchod mi chodí na účet. Žádost do domova důchodců jsem měla sepsanou a podanou již z dřívější doby, po smrti své dcery, nevěděla jsem, zda se o mě zeť postará. Snažila se mi nabídnout možnou péči po propuštění, doporučila pečovatelskou službu.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Rozhovorem. Sociální pracovnice mi nabízela možnosti, ptala se mě, co bych potřebovala a nabízela možnosti řešení.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Osobně sociální pracovníci, předala mi také informační materiály.“

Využila jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Využila jsem nabídku pomoci pečovatelské služby.“

Jak hodnotíte práci sociální pracovnice v nemocnici?

„Užitečná“

Jak jste byla spokojena?

„Já jsem byla spokojená. Jak s péčí i s přístupem personálu. Ochotou i podaným informacím a možnostmi, kdykoli se na ně obrátit.“

Tabulka 7 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 7

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	- všechno „nesměla jsem chodit, nemohla jsem dva měsíce stoupnout na nohu“ „Byla jsem odkázaná na péči druhých.“
Potřebná pomoc:	- pomoc s osobní hygienou - péče o domácnost
Byla poskytnuta?	ano „Hodně mi pomohla rodina.“
Co nejvíce pomohlo?	- podpora rodiny „Snažila jsem se, abych se co nejdříve postavila na nohy.“

Kdo nejvíce pomohl?	• rodina • lékařka • sociální pracovníce „doporučila mi pečovatelskou službu“ • rehabilitace
Rada pro klienty v podobné situaci:	• nepodléhat stávající situaci
Na koho se obrátit:	• na rodinu nebo okolí • na lékaře • na sociální služby
Byla jste v nemocnici informována o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano
Informovala sociální pracovníce o možnostech sociální péče?	• ano • „Ptala se mě, zda nepotřebuji zajistit domov důchodců, zda mi mají zajistit, aby mi důchod chodil do nemocnice.“ • nabídka návazných služeb • nabídka péče po propuštění
Způsob předání informací:	• osobní kontakt • rozhovor • dotazování • „Sociální pracovníce mi nabízela možnosti, ptala se mě, co bych potřebovala a nabízela možnosti řešení.“
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• informační materiály

Využití nabídky sociální pomoci:	• zprostředkování pečovatelské služby
Hodnocení sociální pracovníce v nemocnici:	• užitečná
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojená „<i>Ochotou i podaným informacím a možností, kdykoli se na ně obrátit.</i>“

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 8

Klientka – 23 let, hospitalizace na porodnickém a novorozeneckém oddělení

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Zajistit péči o malého.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřebovala?

„Sehnat ubytování pro mě a miminko, neměla jsem kam jít.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Dočasné ubytování v azylovém domě.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„V nemocnici paní doktorka a sociální pracovníce a také pracovníci azylového domu.“

Co byste poradila klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Svěřit se někomu se svým problémem, snažit se řešit svoji situaci.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Na známé, doktory, sociální pracovníci v nemocnici.“

Byla jste během pobytu v nemocnici informována o možnostech sociální péče?

„Ano.“

Měla jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Ano.“

Informovala Vás sociální pracovníce v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Ano. Zajistila mi místo v azylovém domě po propuštění z porodnice a dětskou výbavu. Zkontaktovala se s paní z „ochrany dětí“, která za mnou chodila do „azyláku“ a řešila se mnou mojí situaci. Také jsem dostala kočárek pro malého, prý z fondu. Pomohla mi s vyřízením sociálních dávek, radila mi, na co mám nárok.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Sociální pracovníce za mnou chodila na pokoj a povídala si se mnou. Snažila se mi pomoci vyřešit mojí situaci, byla jsem ráda, nevěděla jsem, jaké služby u nás jsou.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Telefonní kontakty, letáky, ale hlavně sama zavolala do azylového domu.“

Využila jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Ano. Ubytování v azylovém domě pro matky a děti a pomoc s vyřizováním sociálních dávek“

Jak hodnotíte práci sociální pracovníce v nemocnici?

„Dobrá.“

Jak jste byla spokojena?

„Byla jsem spokojená.“

Tabulka 8 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 8

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• „Zajistit péči o malého.“
Potřebná pomoc:	• ubytování
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• ubytování v azylovém domě
Kdo nejvíce pomohl?	• lékařka • sociální pracovníce • zaměstnanci azylového domu
Rada pro klienty v podobné situaci:	• snaha o řešení situace

Na koho se obrátit:	• na známé • na lékaře • na sociální pracovníci
Byla jste v nemocnici informována o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano
Informovala sociální pracovnice o možnostech sociální péče?	• ano • zajištění ubytování v azylovém domě • spolupráce s OSPOD „Zkontaktovala se s paní z „ochrany dětí“, která za mnou chodila do „azyláku“ a řešila se mnou mojí situaci.“ • pomoc s vyřizováním sociálních dávek • poradenství
Způsob předání informací:	• osobní kontakt • rozhovor
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• telefonní kontakty • letáky
Využití nabídky sociální pomoci:	• ano • dočasné ubytování v azylovém domě
Hodnocení sociální pracovnice v nemocnici:	• „Dobrá.“
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojená

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 9

Klientka – 18 let, hospitalizace na porodnickém a novorozeneckém oddělení

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Strach, jestli se dokážu postarat o své dítě.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřebovala?

„Pomoc s péčí o miminko.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Podpora ze strany rodičů, že jsem se mohla vrátit domů a také pomoc pracovníků v nemocnici.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Rodiče, sociální pracovnice, lékaři.“

Co byste poradila klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Obrátit se na rodinu, pokud jí máte.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Já jsem byla ráda, že za mnou přišla sociální pracovnice a sama mi nabídla pomoc. Také paní doktorce nebylo jedno, jak to se mnou bude až mě propustí.“

Byla jste během pobytu v nemocnici informována o možnostech sociální péče?

„Ano.“

Měla jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči ?

„Ano.“ Sociální pracovnice se spojila s mými rodiči, které jsem se já bála kontaktovat, a společně jsme hledali řešení mé situace.

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Ano.“ Pomohla mi s vyřízením dávek a také mi domluvila s pracovníky Preventu ve Strakoncích, abych mohla docházet tam. Chodila jsem v Budějovicích, ale po přestěhování k rodičům do Strakonic bych musela dojíždět.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Povídala si se mnou, radila mi, ale také mě vyslechla i mé rodiče. Chodila za mnou až do mého propuštění.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Kontakty na služby.“

Využila jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Ano. Kontaktovala jsem Prevent ve Strakoniciích a pomoc s vyřízením sociálních dávek.“

Jak hodnotíte práci sociální pracovnice v nemocnici?

„Potřebná, ani jsem netušila, že tu je taková možnost pomoci.“

Jak jste byla spokojena?

„Spokojená.“

Tabulka 9 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 9

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• péče o dítě
Potřebná pomoc:	• pomoc s péčí o miminko
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• pomoc v nemocnici • „Podpora ze strany rodičů, že jsem se mohla vrátit domů.“
Kdo nejvíce pomohl?	• rodiče • sociální pracovnice • lékaři
Rada pro klienty v podobné situaci:	• obrátit se na rodinu
Na koho se obrátit:	• na lékaře • na sociální pracovníky • na rodinu

Byla jste v nemocnici informována o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano • „Sociální pracovnice se spojila také s mými rodiči a společně jsme hledali řešení méjí situace.“
Informovala sociální pracovnice o možnostech sociální péče?	• ano • pomoc s vyřízením sociálních dávek • spolupráce s pracovníky kontaktního centra Prevent
Způsob předání informací:	• osobní kontakt • rozhovor • poradenství • naslouchání
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• kontakty na služby
Využití nabídky sociální pomoci:	• ano • zprostředkování kontaktního centra Prevent • vyřízení sociálních dávek
Hodnocení sociální pracovnice v nemocnici:	• potřebná
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojená

Zdroj: vlastní výzkum

Rozhovor 10

Klient – 35 let, hospitalizace na chirurgickém oddělení

Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?

„Zvyknout si na to, že na invalidním vozíku se nedostanu všude tak snadno, jako bez něho. Nejobtížnější byla osobní hygiena, dostat se do koupelny a umýt se.“

Jakou pomoc jste nejvíce potřeboval?

„Hlavně zajistit dovoz oběda a rehabilitaci.“

Byla Vám poskytnuta?

„Ano.“

Co Vám nejvíce pomohlo?

„Zajištění teplé stravy, rehabilitační cvičení.“

Kdo Vám nejvíce pomohl?

„Sociální služba, která mi dovážela každý den teplé jídlo, sám jsem si nemohl vařit, rehabilitační pracovnice, která pravidelně docházela ke mně domů. A pomoc rodiny s domácností.“

Co byste poradil klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?

„Snažit se řešit svojí situaci s lidmi, kteří Vám mohou pomoci.“

Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?

„Obrátit se na sociální služby, na rodinu, úřady.“

Byl jste během pobytu v nemocnici informován o možnostech sociální péče?

„Ano. Před propuštěním za mnou přišla sociální pracovnice a domlouvali jsme se, co budu doma potřebovat zajistit.“

Měl jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?

„Ano,“

Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?

„Ano. Po vzájemné domluvě mi pomohla zkontaktovat sociální službu, která mi po propuštění dovážela obědy. Také mi zajistila zápůjčku invalidního vozíku na dobu, než začnu chodit alespoň s berlemi.“

Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?

„Navštěvovala mě na pokoji, probírali jsme moji situaci, navrhovala mi možnosti řešení, má přehled o možnostech, o kterých jsem já nevěděl. Do svého úrazu jsem žádné služby nepotřeboval, proto jsem nevěděl, co se u nás poskytuje.“

Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?

„Telefonní kontakty, internetové stránky, informační letáky.“

Využil jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?

„Ano. Dovoz oběda, zápůjčku invalidního vozíku.“

Jak hodnotíte práci sociální pracovnice v nemocnici?

„Záslužná práce, hlavně pro ty, kteří potřebují nějakým způsobem zajistit péči po propuštění z nemocnice.“

Jak jste byl spokojen?

„Spokojený, jak se zdravotní, tak se sociální péčí.“

Tabulka 10 - Shrnutí zásadních informací – Rozhovor 10

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• problém s mobilitou • péče o osobní hygienu
Potřebná pomoc:	• zajistit dovoz oběda • rehabilitace
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• zajištění stravy • rehabilitační cvičení
Kdo nejvíce pomohl?	• sociální služba • rehabilitační pracovnice • rodina
Rada pro klienty v podobné situaci:	• „Snažit se řešit svojí situaci s lidmi, kteří Vám mohou pomoci.“
Na koho se obrátit:	• na sociální služby • na rodinu

	• na úřady
Byl jste v nemocnici informován o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano
Informovala sociální pracovnice o možnostech sociální péče?	• ano • kontakt na sociální služby • zajištění zápůjčky invalidního vozíku
Způsob předání informací:	• osobní kontakt • rozhovor • poradenství • „<i>probírali jsme moji situaci, navrhovala mi možnosti řešení</i>“
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• telefonní kontakty • internetové stránky • informační letáky
Využití nabídky sociální pomoci:	• zajištění dovozu oběda • zápůjčka kompenzační pomůcky
Hodnocení sociální pracovnice v nemocnici:	• záslužná práce
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojený

Zdroj: vlastní výzkum

Shrnutí zásadních informací všech klientů

Klient 1: muž, 43 let, hospitalizace na chirurgickém a rehabilitačním oddělení

Klient 2: žena, 78 let, hospitalizace na oddělení následné péče

Klient 3: žena, 71 let, hospitalizace na chirurgickém a rehabilitačním oddělení

Klient 4: muž, 54 let, hospitalizace na psychiatrickém oddělení

Klient 5: žena, 68 let, hospitalizace na oddělení následné péče

Klient 6: žena, 80 let, hospitalizace na oddělení následné péče

Klient 7: žena, 91 let, hospitalizace na oddělení následné péče

Klient 8: žena, 23 let, hospitalizace na porodnickém a novorozeneckém oddělení

Klient 9: žena, 18 let, hospitalizace na porodnickém a novorozeneckém oddělení

Klient 10: muž, 35 let, hospitalizace na chirurgickém oddělení

Tabulka 11 - Souhrnná tabulka zásadních informací všech klientů

Největší obtíže po propuštění z nemocnice:	• ztráta soběstačnosti • psychické vyrovnání se ztrátou soběstačnosti • aklimatizace • ztráta orientace • omezení pohyblivosti • hospodaření v domácnosti a vyřizování úředních záležitostí • nesamostatnost • péče o dítě
Potřebná pomoc:	• péče o domácnost • zajištění stravy • pomoc při osobní hygieně • rehabilitace • zajištění bydlení • péče o dítě • psychická podpora
Byla poskytnuta?	• ano
Co nejvíce pomohlo?	• zajištění péče a služeb • zajištění bydlení • rehabilitace • sociální služby

	• lázeňská péče • pomoc v nemocnici • vyrovnání se vzniklou situací
Kdo nejvíce pomohl?	• rodina • sociální pracovníce v nemocnici • lékaři • pečovatelská služba • rehabilitační pracovníce • pracovníci azylového domu • pracovníci sociálně terapeutické dílny • Magistrát města České Budějovice
Rada pro klienty v podobné situaci:	• využití pomoci prostřednictvím sociálních služeb • vyrovnat se situací a nepodléhat sebelítosti • snaha řešit svojí situaci
Na koho se obrátit:	• na rodinu • na lékaře • na sociální služby • na sociální pracovníce v nemocnici • na úřady
Byl(a) jste v nemocnici informován(a) o možnostech sociální péče?	• ano
Možnost kontaktu se sociální pracovníci v nemocnici:	• ano • některá oddělení nemocnice – omezená možnost kontaktu se sociální pracovníci
Informovala sociální pracovníce o možnostech sociální péče?	• ano • zjišťování potřeb • zprostředkování návazných služeb

	• nabídka možností vhodné pomoci • vyřizování úředních záležitostí, sociálních dávek, vypsání žádostí na příspěvek na péči • poradenství • spolupráce s orgány mimo nemocnici • zprostředkování zápůjčky kompenzačních pomůcek
Způsob předání informací:	• osobní kontakt • rozhovor • poradenství • naslouchání • dotazování
Poskytnuté zdroje k získání informací o sociální péči:	• telefonní kontakty • internetové stránky • informační materiály • letáky, brožury
Využití nabídky sociální pomoci:	• zajištění pečovatelské služby • zprostředkování sociálně terapeutické dílny • vyřízení úředních záležitostí • zajištění ubytování v azylovém domě • zprostředkování kontaktního centra Prevent • zápůjčka kompenzační pomůcky
Hodnocení sociální pracovnice v nemocnici:	• potřebná, užitečná, výborná • nedostatek sociálních pracovníc
Spokojenost se sociální péčí v nemocnici:	• spokojený(á)

Zdroj: vlastní výzkum

5. Diskuze

Téma diplomové práce je zaměřeno na sociální práci v nemocnici. V první části výzkumu zjišťuji, jaké metody a techniky používají sociální pracovníci při práci s klientem v nemocnici a jaká sociální pomoc je ze strany klientů nejčastěji využívána. Ve druhé části zjišťuji informovanost klientů o možnostech sociální péče po propuštění z nemocnice.

5.1 Diskuze k rozhovorům se sociálními pracovníci

Zaměření sociální práce v nemocnici je v oblastech péče o rodinu, o dospělé, o zdravotně postižené, o seniory, o občany, kteří potřebují zvláštní pomoc a občany společensky nepřizpůsobivé.

V nemocnici České Budějovice pracují čtyři sociální pracovníci, které jsou na této pozici 7, 8,5, 11 a 22 let. Všechny jsou způsobilé k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu po získání odborné způsobilosti dle zákona č. 96/2004 Sb., tři z nich mají magisterský titul, jedna bakalářský. Každá zastupuje určitá oddělení nemocnice, kde působí.

Při rozhovoru jsem se dotazovala, s kým při své práci spolupracují. Spolupráci lze, dle odpovědí sociálních pracovníků, rozdělit na tři hlavní skupiny. Zdravotnický personál, vnější organizace a rodina klienta. Pro všechny sociální pracovníce je v nemocnici nezastupitelná spolupráce s kompletním zdravotnickým týmem. Jak uvádí Vurm (2007), sociální a zdravotní služby se navzájem prolínají a zastupují, nelze řešit jedno bez vztahu k druhému. Myslím si, že to, zda se sociální pracovníci začlení do týmu a získá tam pevnou pozici, závisí také na její osobnosti a schopnostech. Dále jsou to vnější organizace, orgány státní správy a samosprávy, krajské, městské, obecní úřady, policie ČR, soudy, neziskové organizace, jiná zdravotnická zařízení, kojenecké ústavy, dětské domovy, hospice, léčebny a poskytovatelé sociálních služeb, se kterými sociální pracovníci spolupracují. Dle mého názoru, je tento široký záběr institucí dán specifikou sociálních problémů jednotlivých klientů, věkovou strukturou a sociálním prostředím, ze kterého klienti pocházejí. Podle všech sociálních pracovníků je také důležitá spolupráce

s rodinou klienta. Janečková (2005) dodává, že rodina je pro zdravotnický tým, ale i pro sociálního pracovníka zdrojem informací o klientovi.

V dotazu, co obnáší sociální práce v nemocnici, všechny sociální pracovnice uvedly, že při své práci provádí sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání klientů, kteří se ocitnou v nepříznivé sociální situaci v důsledku své nemoci. Všechny sociální pracovnice shodně vypověděly, že doplňují sociální anamnézu, vedou dokumentaci. Dále se shodly, že zjišťují potřeby a požadavky klientů, stanovují rozsah sociálních opatření, zajišťují klienta během hospitalizace, podílejí se na plánu propuštění, zprostředkovávají návazné služby a poskytují edukaci rodinným příslušníkům. Sociální pracovnice 4 uvedla, že do náplně její práce patří také zajištění kompenzačních a rehabilitačních pomůcek. Sociální pracovnice 1, která zajišťuje dětské a novorozenecké oddělení, do své náplně práce zařadila také doprovod dětí mimo nemocnici. „*Zajišťuji převoz a doprovod dětí do ústavů sociální péče, dětských domovů, dětských center pro děti vyžadující okamžitou pomoc.*“ Kuzníková (2011) doplňuje, že nedílnou součástí pracovní náplně zdravotně sociálních pracovníků je i celoživotní vzdělávání. Tento široký záběr poskytovaných úkonů, dle mého ukazuje, jak významnou úlohu má sociální pracovník v nemocnici. Potvrzuje to i Novosad (2000), který popisuje, že sociální pracovník v nemocnici je součástí zdravotně sociální rehabilitace, která vede k reálně dosažitelné kvalitě života klienta.

Při mém výzkumu jsem se snažila získat informace o tom, jaké metody a techniky sociální pracovnice při své práci používají. Jak uvádí Matoušek (2005), u sociálních pracovníků ve zdravotnictví se předpokládá, že jde o profesionály znalé teorií a metod oboru sociální práce, jejichž snahou je jejich aplikace v praxi. Pokud se sociální pracovník, dle Kuzníkové (2011), orientuje v metodách a technikách, má pak možnost volby pro práci s klientem. Bohužel v praxi se stává, že sociální pracovník věří jen jedné perspektivě a tu pak aplikuje v práci se všemi klienty.

Jako dvě hlavní metody, které při své práci používají, uvedly všechny sociální pracovnice, individuální práci s klientem „*Práce s klientem. Ta je stěžejní.*“ a práci s rodinou. I Kuzníková (2011) uvádí, že nejužívanější a nezastupitelnou intervencí sociální práce ve zdravotnictví, je individuální práce s klientem, která začíná prvním

kontaktem s klientem a seznámením se s jeho chorobopisem. Souhlasím s názorem Kuzníkové (2011), která uvádí, že společným cílem všech pomáhajících, by měla být spolupráce s rodinou klienta. Dle Janečkové (2005) je třeba počítat s názory rodiny klienta, jejími postoji, ať už jsou jakékoliv, s jejími možnostmi a schopnostmi a ochotou zvládnout situaci.

Všechny sociální pracovnice odpověděly, že v rámci sociální práce v nemocnici, používají techniku rozhovoru, pozorování, aktivního naslouchání, neverbální komunikace, techniku asertivní komunikace. Názor sociálních pracovnic na používání metod a technik je, že práce s klientem či rodinou je vždy individuální a nejsou dána striktní pravidla a požadavky na práci s klientem, vše je samozřejmě v mezích etického kodexu sociálního pracovníka. Metody i techniky by měly být voleny citlivě a neměly by klienta poškozovat či obtěžovat. *„Jako nejefektivnější se jeví technika rozhovoru, např. uzavřené otázky při sběru anamnestických dat, otevřené k vyjádření potřeb klienta a jeho očekávání a aktivní naslouchání se zpětnou vazbou k vyjádření pocitů, obav a nástinu situace z pohledu klienta. Při rozhovoru je paralelně používána i technika pozorování, hodnocení projevu, neverbální komunikace.“* Dle mého názoru, je při rozhovoru důležité respektovat individualitu klienta, umět klást otázky a klientovi naslouchat. Myslím si, že je důležité, umět se vcítit do pocitů klienta. Kopřiva (2000) doplňuje, že při rozhovoru je důležité respektovat autonomii klienta, nehodnotit, být konkrétní, vyjasňovat nedokončené situace v rozhovoru a oceňovat klienta. Sociální pracovnice 3 uvádí, že při své práci využívá *„přístup orientovaný na klienta dle Carla Rogerse, nedirektivní, nehodnotící, úkolově orientovaný přístup a systemickou práci s jednotlivcem, kdy je posilováno klientovo já.“* Sociální pracovnice 4 dodala, že také využívá *„mini-mental test, kterým zjišťuje kognitivní funkce, výsledkem je zjistit stupeň demence před psychiatrickým vyšetřením.“*

V rámci rozhovoru jsem dále zjišťovala, jakou pomoc klienti v rámci sociální práce v nemocnici nejčastěji využívají. Všechny sociální pracovnice uvedly jednoznačně sociální poradenství. *„Sociální poradenství, základní i odborné sociální poradenství.“* Mojžíšová (2008) uvádí, že snad každá práce, při níž dochází ke kontaktu s jinými lidmi, obsahuje potenciálně určité prvky poradenství. Sociální pracovnice se

shodly i na tom, že klienti často využívají pomoc s vyplňováním žádostí do domova pro seniory a vyplňování tiskopisů žádostí o příspěvek na péči. Dále všechny uvedly, že klienti využívají pomoci zprostředkování kontaktu či služeb sociální pomoci přes externí organizace.

Jak sociální pracovníce v nemocnici s klientem pracují? Tato otázka byla součástí mého výzkumu. Myslím si, že na začátku spolupráce s klientem je důležité navázat kontakt s klientem. Kopřiva (2000) dodává, že první kontakt mezi sociálním pracovníkem a klientem je pro společnou spolupráci nesmírně důležitý. S tímto názorem se shodují i všechny sociální pracovníce *„Při prvním kontaktu s klientem se snažím navodit důvěru a otevření klienta. Během hospitalizace udržuji pravidelný kontakt s klientem, rodinou.“* Dle Mojžíšové (2008) vzniká při kontaktu sociálního pracovníka s klientem od počátku potřeba vymezení vzájemného prostoru pro komunikaci tak, aby bylo co nejrychleji a nejefektivněji dosaženo požadovaného cíle. Všechny sociální pracovníce mi v rozhovorech potvrdily, že zjišťují vhodným způsobem informace o klientovi k zajištění jeho sociálních potřeb. Doplnují sociální anamnézu a vedou dokumentaci o klientovi. Ve spolupráci s lékařem, staniční sestrou, klientem, rodinou se stanoví plán a rozsah sociálních opatření. Podílí se na přípravě propuštění klienta, zajištění další péče a služeb. Sociální pracovník by měl dle Janečkové (2005), klientovi poskytnout dostatek informací, spolupracovat s rodinou a pracovat s individuálním plánem péče, propouštěcím a navazujícím adaptačním plánem.

Domnívám se, že klienti v nepříznivé sociální situaci potřebují citlivější přístup. S tímto názorem se shodují i všechny sociální pracovníce, pro které to znamená, věnovat klientům dostatek času, více naslouchat a vyjadřovat jim podporu. Dle Kuzníkové (2011) musí být zájem o klienta bezpodmínečný a sociální pracovník musí brát klienta takového, jak se právě cítí. Důležitá je, dle mého i motivace klienta. Pokud nebude klient správně motivován, nemůže vzájemná spolupráce správně fungovat. Sociální pracovníce mi v rozhovorech potvrdily, že se snaží motivovat klienta ke změně jeho nepříznivé sociální situace a podporovat jeho silné stránky. S tímto názorem se ztotožňuje i Hrozenková (2008), která tvrdí, že cílem není podporovat klientovu pasivitu, ale naopak, motivovat ho k vlastnímu rozhodnutí a zodpovědnosti za svojí osobu.

Dále jsem zjišťovala, jaké obtíže při své práci sociální pracovníce pocítují. Z rozhovorů vyplynulo, že obtíže při své práci pocítují všechny sociální pracovníce. Všechny popisují problém v nedostatečné kapacitě některých návazných zařízení, dlouhé čekací lhůty, či v úplném chybění některých zařízení. Tuto skutečnost popisuje i Matoušek (2011), chybí některé typy zařízení, např. pobytová zařízení pro klienty s Alzheimerovou chorobou. Sociální pracovníce 1 a 2 v rozhovoru popisují problematický přístup některých lékařů v zapojení se do sociální pomoci klientovi. „*U některých lékařů je problém s jejich zapojením do sociální pomoci klientovi.*“ Všechny sociální pracovníce uvedly, že je obtížná a zároveň náročná práce s nespolupracujícím, nemotivovaným nebo agresivním klientem. Pro sociální pracovníce 4 je stále obtížné a náročné se setkání s umírajícími.

Na moji otázku, co je nejnáročnější a co by jim práci usnadnilo, všechny sociální pracovníce vyjádřily, že sociální práce v nemocnici je celkově psychicky náročná, uvědomují si, že jsou více ohroženy syndromem vyhoření. Významná je i různá míra odolnosti vůči psychické zátěži. Shodují se s názorem sociálních pracovníků, které uvádí, že je pro ně nutný kvalitní a dostatečný odpočinek, vysoká míra odolnosti proti stresu a osobnostní předpoklady pro sociální práci. Za stěžejní fakt a zásadní nedostatek pokládají všechny sociální pracovníce nedostatečné technické vybavení.

„*Vykonávat práci kvalitně a efektivně vyžaduje nejen profesionalitu a zkušenost, ale i technické zázemí. Žádná z pracovníků nemá počítač, přístup na internet je omezen tím, zda bude někdo zrovna v kanceláři daného oddělení, kde je internet nainstalovaný a zda bude u počítače volno. Nemáme tím pádem ani služební e-mailovou adresu, na kterou nám chtějí mnohdy lidé nebo úřady něco zaslat. Pokud nám telefonicky někdo sdělí svůj požadavek, např. zjistit telefonní číslo, nejsme schopné reagovat okamžitě. Pokud bychom byly dostatečně technicky vybavené, práce by se nejen zefektivnila, ale i podstatně zrychlila a zkvalitnila. Vhodné by bylo i zvážení, aby měly sociální pracovníce autorizovaný přístup do nemocničního informačního systému, přes který by nám mohly být zadávány požadavky, žádosti o sociální šetření.*“ Sociální pracovníce 3 postrádá při své práci právní poradenství.

Na dotaz, zda sociálním pracovnícím chybí nějaké metody a techniky při práci s klientem, tři sociální pracovníce v rozhovoru uvedly, že jim při práci nechybí žádné metody a techniky. Sociální pracovníce 3 uvedla, že by ráda při své práci využila metodu reminiscence a validace. Zároveň uvedla, že jsou tyto metody náročné na čas. Tyto metody, jak uvádí Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007), usnadňují komunikaci s klienty s demencí či obtížně komunikujícími a dle mého jsou při sociální práci s klienty užitečné.

V rozhovorech jsem zjišťovala slabé a silné stránky této profese. Sociální pracovníce 1 považuje za slabou stránku své práce chybějící zpětnou vazbu o klientech po propuštění z nemocnice. Sociální pracovníce 2 vyjádřila slabou stránku své práce v nedůvěře, pochybování či odmítání pomoci některých klientů. Sociální pracovníce 3 uvedla jako slabou stránku nedoceněnou roli sociálního pracovníka v nemocnici. Souhlasím s názorem sociální pracovníce, že v praxi je sociální pracovník mnohdy vnímán spíše jako administrativní pracovník, než jako profesionál, který by měl umět zhodnotit sociální stránku klienta a najít východisko z jeho krizové životní situace. Sociální pracovníce 4 přiznala, že si musí při své práci s klientem uvědomit individualitu klienta a nesnažit se mu za každou cenu vnutit svůj názor. Shodují se s názorem Kuzníkové (2011), že důležitá schopnost je vymezení hranic ve vztahu s klientem a rozlišováním toho, co je záležitostí sociálního pracovníka a co zůstává v kompetenci klienta. Může dojít k situaci, kdy by mohl přebírat problémy klienta a jak říká Kopřiva (2000), mohl by tím narušit pomáhající proces.

Jako silnou stránku své práce vnímají všechny sociální pracovníce profesionalitu, odbornost a zkušenosti. Sociální pracovníce 1 považuje za silnou stránku své práce v poskytnutí vhodné intervence, kterou se zkrátí doba hospitalizace. Sociální pracovníce 2 za silnou stránku své práce považuje v možnostech při prosazování zájmů klientů. Sociální pracovníce 3 popisuje silnou stránku sociální práce v nemocnici jako nezastupitelnou sociální pomoc, kterou je schopná klientům nabídnout.

V rámci rozhovorů jsem zjišťovala, jaká je podle sociálních pracovníků návaznost na služby v terénu. Z vlastní zkušenosti mohu potvrdit, že velká část klientů po propuštění z nemocnice potřebuje zajistit návazné služby. To potvrzuje i Kuzníková

(2011), která za ideální stav považuje navrácení klienta do domácího prostředí. K řešení jeho situace hledá sociální pracovníce následnou zdravotní anebo sociální péči. Podle všech sociálních pracovníků velmi záleží na tom, kde klient žije a jaká je tam síť poskytovatelů sociálních služeb. Sociální pracovníce 1 vidí problém v oblasti mladistvé klientely. „*V oblasti mladistvé klientely je problém např. v umísťování čerstvě zletilých závislých na drogách, kteří mají nějaký jiný zdravotní problém, např. diabetes závislý na inzulinu nebo jakoukoli jinou vážnou nemoc, která je může ohrozit.*“ Matoušek (2011) dodává, že v oblasti mladistvé klientely chybí i komplexní komunitní programy zaměřené na prevenci kriminality. V rozhovoru sociální pracovníce 1 také uvedla, že neexistují zařízení pro vážně nemocné a postižené děti, které jsou plně odkázány na péči druhé osoby. Její názor byl ovlivněn tím, že má na starosti dětské a novorozenecké oddělení, proto se s touto problematikou setkává častěji než ostatní sociální pracovníce. Tato problematika bývá většinou řešena umístěním dítěte do zdravotnického zařízení, protože adekvátní sociální, popř. jiné zařízení neexistuje. Zapojením širší rodiny, která dočasně péči obstará.

Všechny sociální pracovníce se při své praxi setkávají s problémem nedostatečné kapacity některých zařízení. Názor sociálních pracovníků je, že některá návazná zařízení zcela chybí. Shodují se s názorem Matouška (2011), že chybí služby pro osoby s demencí a pro osoby mladší, které nemohou být samy doma, ale nevezmou je do domova pro seniory. Chybí návaznost služeb pro alkoholiky, nepřizpůsobivé klienty a nedostatečná kapacita pro umístění klientů s Alzheimerovou chorobou. To má za následek, že klienti se musí umísťovat daleko od přirozeného prostředí, kde žije rodina a bývá tak narušen kontakt s rodinou.

Spolupráci s poskytovateli sociálních služeb však považují všechny sociální pracovníce za dobrou. Oceňují komunikaci mezi subjekty, možné výměny zkušeností a získání nových informací. Tyto informace a kontakty využívají při práci s klienty.

5.2 Diskuze k rozhovorům s klienty po propuštění do domácího prostředí

Výzkumným šetřením jsem chtěla zjistit, jaká je informovanost klientů o možnostech sociální péče po propuštění z nemocnice, zda využívají sociální pomoc.

Zajištěním dostatečné sociální péče v domácím prostředí by se totiž mohla zkrátit doba hospitalizace na pouhou dobu léčebnou. Mnohdy totiž nelze klienta z nemocnice propustit, protože nemá zajištěnou základní pomoc v domácím prostředí.

Při rozhovoru jsem zjišťovala, co bylo pro klienty nejobtížnější po propuštění z nemocnice. Nejobtížnější po propuštění z nemocnice je pro klienty 2, 5, 6, 7, 10 ztráta jejich soběstačnosti. Obtížné pro ně bylo zvyknout si na to, že si nemohou zajistit veškeré úkony sami, tak jako před hospitalizací. Dle Sýkorové (2007) je tato životní etapa provázená změnami, které mohou vést k ohrožení osobních zdrojů a nepříznivě ovlivňovat kapacitu jedince. Shodují se s názorem Novákové (2011), že postupná ztráta soběstačnosti je signálem pro potřebu poskytnutí pomoci rodinou nebo příslušnou sociální službou. Se ztrátou soběstačnosti souvisí, dle mého mínění i omezení pohyblivosti. Tyto potíže uvádí klientky 3 a 5. Klientka 2 uvádí potíže spojené s propuštěním z nemocnice i po stránce psychické. „*Musela jsem se psychicky vyrovnat s tím, že už si všechno nezajistím sama.*“ Myslím si, že fyzická oblast zdraví člověka souvisí i s jeho psychikou. Pokud se klient nepříznivé situaci poddává, je i řešení jeho situace obtížnější. S tím souvisí holistické pojetí člověka, které dle Jankovského (2003), vnímá člověka jako bytost bio-psycho-sociálně-spirituální a všechny tyto sféry tvoří vzájemnou jednotu.

Obtížné bylo pro klienty, kteří byli v nemocnici hospitalizováni delší dobu, klient 1 přímo uvádí, „*aklimatizovat se na domácí prostředí, 1,5 roku jsem byl v nemocnici, zvyknout si na jiný režim než je ten nemocniční*“ a dle klientky 5 i ztráta orientace v domácím prostředí. Stává se, že klient se vrací do prostředí, které je nové, nebo vznikla situace a klient zůstává ve svém přirozeném prostředí bez příslušníků rodiny, kteří s ním dosud v domácnosti žili, např. z důvodu úmrtí. Tyto situace nastaly u klienta 1, pro kterého se stalo problematické i hospodaření v domácnosti a vyřizování úředních záležitostí a u klienta 4, pro kterého obtíže pramenily z jeho nesamostatnosti. Klientky 8 a 9 spatřovaly největší obtíže v péči o své dítě.

Na dotaz, jakou pomoc nejvíce potřebujete po propuštění z nemocnice, klienti nejčastěji volili následující odpovědi, pomoc s péčí o domácnost, zajištění stravy, pomoc při osobní hygieně a rehabilitační péči. Péči o domácnost uvedli klienti 2, 3, 4, 6,

7. Pomoc se zajištěním stravy uvedli klienti 1, 5, 6, 10. Jednalo se především o pomoc se zajištěním naservírování a podání stravy. Na pomoci s osobní hygienou se shodli klienti 3, 5, 6, 7.

Rehabilitace je, dle mého zjištění, po propuštění z nemocnice pro klienty důležitá. Z důvodu svého zdravotního stavu tuto pomoc potřebovali klienti 1, 2, 5, 6, 10 a následně po propuštění jim též byla zajištěna. Z rozhovorů vyplynulo, že rehabilitační pracovnice docházela pravidelně do domácnosti klientů, zajišťovala rehabilitační cvičení a také poradenství, jak mají klienti cvičit v její nepřítomnosti. Pro klienty 1 a 8 byla zásadní pomoc v zajištění ubytování.

Po propuštění z nemocnice může být klient zcela soběstačný v úkonech péče o svojí osobu, a přesto potřebuje zajistit pomoc, jako v případě klientky 9, která potřebovala pomoci s péčí o dítě. Dle klientky 3 je stejně důležitá jak fyzická péče, tak psychická podpora, mít si s kým popovídat. Z vlastní zkušenosti vím, že mnohým klientům nestačí pouze provedení nejnutnější péče o něho, potřebují si s někým v klidu popovídat. Senioři, kteří špatně vidí, uvítají možnost předčítání, případně doprovod k lékaři či jen společnou procházku.

Na otázku, zda jim byla pomoc poskytnuta, odpověděli všichni dotázaní klienti kladně.

Dále jsem se dotazovala, co klientům nejvíce pomohlo, a kdo klientům nejvíce pomohl po propuštění z nemocnice. Dle mého zjištění, klienti využívají nejčastěji pomoc rodiny. Tuto odpověď mi v rozhovorech potvrdili klienti 1, 2, 4, 5, 7, 9, 10. Pokud rodina funguje, je pro klienty nejdůležitější. Pokud není v silách rodiny zajistit veškerou potřebnou péči, nebo rodina z určitých důvodů nefunguje, obracejí se klienti na pomoc sociálních služeb. Ztotožňuji se s Královou a Rázovou (2007), které se domnívají, že pro zajištění co nejoptimálnější péče pro klienty v jejich přirozeném prostředí, je nutné rozšiřovat nabídku alternativních forem služeb k péči rodinné.

Prostřednictvím sociálních služeb byla zajištěna péče u klientů 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10. Vzhledem k individuálním potřebám klientů se jednalo o sociální služby zaměřené na různé cílové skupiny. Pečovatelskou službu využili klienti 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10. Klient 4, vzhledem ke svým potřebám využil pomoci sociální služby sociálně

terapeutické dílny. Plass (2006) uvádí, a s tímto tvrzením souhlasím i já, že za jednoznačný klad je možno považovat úsilí poskytovatelů sociálních služeb přiblížit potřebnou pomoc co nejbližší klientovi do přirozeného prostředí domova a rodiny. Dle získaných informací vím, že sociální služba má mnoho podob a to dle typu, druhu, cílového příjemce, zřizovatele i poskytovatele.

Na dotaz, koho by klienti doporučili člověku, který by se ocitl v podobné situaci, odpovídali „rodinu“. Využití pomoci sociálních služeb navrhovali klienti 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10. Dle mého mínění je důležité zjistit si prostřednictvím rodiny nebo těch, kteří sociální služby již využívají, která služba by pro něho byla nejlepší, jestli může zajistit jeho potřeby. Tento názor zastává také klientka 5.

Klienti 1, 4, 7, 8, 9 uvádějí, že jim byla poskytnuta pomoc ze strany sociální pracovníce v nemocnici a klientky 8 a 9 uvedly vedle sociální pracovníce i lékaře. Jak uvádí Kuzníková (2011), je důležitá propojenost zdravotní a sociální péče ještě před propuštěním klienta z nemocnice. Klienti mají důvěru ve zdravotnický personál. Na lékaře by se v případě potřeby obrátili klienti 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9. Jako možnost obrátit se na sociální pracovníci v nemocnici, uvedli klienti 4, 8, 9. Klientky 2, 6, 7 doporučují nepodléhat sebelítosti a mít snahu řešit svojí nepříznivou situaci.

Všichni dotázaní klienti odpověděli kladně na otázku, zda byli v nemocnici informováni o možnostech sociální péče. Z rozhovorů vyplynulo, že je rozdíl v tom, kdy jsou klienti informováni. Z výzkumu se sociálními pracovníci z nemocnice jsem zjistila, že ve fázi akutního onemocnění se řeší především zdravotní stav klienta, neví se, co klient bude následně potřebovat. Proto se většinou k sociální péči přistupuje až v průběhu léčení.

Na otázku, zda klienti měli možnost obrátit se na sociální pracovníci v nemocnici, odpověděli všichni dotázaní kladně, ale odpovědi se lišily podle toho, s jakým oddělením v nemocnici mají klienti zkušenosti. Na oddělení následné péče a rehabilitačním oddělení uváděli respondenti následující hodnocení *„Ano, mohl jsem se na ni obrátit po celou dobu pobytu v nemocnici.“ „Výborná propojenost zdravotní a sociální péče.“* Z rozhovorů však vyplývá, že existují některá oddělení nemocnice, kde je omezený kontakt se sociální pracovníci. Klient 1 dodává *„Na rehabilitačním oddělení*

ano. Na chirurgii byl problém sehnat sociální pracovníci, protože byla v terénu.“ Klientka 5 uvedla zkušenost svého manžela „Na nervovém oddělení byla malá možnost kontaktu se sociální pracovníci.“ Po rozhovorech se sociálními pracovníci v nemocnici se domnívám, že důvodem může být nedostatečná propojenost mezi zdravotní a sociální péčí, či v nedostatečné kapacitě sociálních pracovníků. V nemocnici České Budějovice pracují pouze čtyři sociální pracovníci, které musí zajistit všechna oddělení nemocnice.

Dále jsem se dotazovala klientů, zda je sociální pracovníci v nemocnici informovala o možnostech sociální péče. Všichni dotázaní klienti odpověděli kladně. Sociální pracovníci v nemocnici zjišťují potřeby klientů, na tomto tvrzení se shodli klienti 1, 2, 3, 6, 7, 8. Sociální pracovníci na základě zjištěných potřeb nabízejí, dle klientů 2, 3, 5, 6, 7, 8 možnosti vhodné péče po propuštění. Klienti 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9 uvádí, jako další nabízenou pomoc, zprostředkování návazných služeb. Sociální pracovníci v nemocnici pomáhají s vyřizováním úředních záležitostí, sociálních dávek, pomáhají s vypisováním a vyřizováním žádostí na příspěvek na péči a s žádostí do domova pro seniory. Z rozhovorů vyplývá, že tato pomoc byla sociální pracovníci nabídnuta a následně poskytnuta klientům 1, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Klientky 5 a 9 uvedly jako další možnost poskytnuté péče, spolupráci s orgány mimo nemocnici. Klient 10 uvítal zprostředkování zápujčky kompenzační pomůcky. Kuzníková (2011) obsahem služeb sociální péče ve zdravotnictví nazývá ty intervence, které pomáhají odstranit anebo alespoň mírnit negativní důsledky způsobené nemocí, hospitalizací, psychosociálně patologickými jevy apod.

Hlavním způsobem, jakým sociální pracovníci předávají informace, je dle klientů, osobní kontakt. Z odpovědí vyplývá, že s nimi sociální pracovníci vedla rozhovory, dotazovala se, naslouchala a radila za účelem poskytnutí vhodné péče. Mojžíšová (2008) dodává, že je nutné pro každého konkrétního klienta vypracovat individuální plán, kterých služeb a nabídek péče bude využívat. Individuální plány umožňují sledovat postup klienta k dosažení jeho cílů.

Zdroje k poskytnutí informací uvádí všichni klienti nejčastěji ve formě informačních materiálů a letáků, telefonních kontaktů na návazné služby, internetové

stránky a brožury. Klientka 5 uvádí jako poskytnutý zdroj informací *„Každý pacient dostal první den lístek, kde byla jména zdravotního personálu i sociální pracovníce a jejich telefonní čísla, kam se v případě potřeby obrátit.“*

Nabízenou pomoc od sociální pracovníce využili všichni klienti. Všem klientům byly zprostředkovány návazné sociální služby. Shodují se s názorem Matouška (2011), že dostupnost, kvalita a individualizovaný přístup sociálních služeb může významně přispět k udržení nezávislosti klienta a zachování jeho přirozeného prostředí a rodinných a dalších vazeb. Klienti 1, 2, 3, 5, 6, 7, 10 využili zajištění pečovatelské služby. Novotný s Francovou (2010) považují pečovatelskou službu za základní službu sociální péče, která zásadním způsobem pomáhá klientům eliminovat dopady plynoucí ze snížené soběstačnosti. Klient 4 využil nabídky zprostředkování sociálně terapeutické dílny. Klientka 8 využila zajištění dočasného ubytování v azylovém domě. Klientce 9 pomohla sociální pracovníce zprostředkovat kontaktní centrum Prevent. Klientům 1, 3, 4, 5, 6, 9 pomohla sociální pracovníce s vyřízením úředních záležitostí (sociální dávky, žádost na příspěvek na péči). Klientovi 10 byla zajištěna zápůjčka invalidního vozíku.

Sociální pracovníci hodnotí všichni klienti jako potřebnou, užitečnou, výbornou. Klienti se shodují v odpovědích, že byli s poskytnutou sociální péčí spokojeni. Klientka 5 dodává *„Já ze své vlastní zkušenosti výborně, ze zkušenosti manžela malý zájem o celistvost člověka. Myslím, že lékaři neřeší sociální situaci pacienta, neřeší, co bude s pacientem doma po propuštění, záleží, zda zavolá sociální pracovníci. Ta se proto ani nemusí dozvědět, že by pacient její pomoc potřeboval. Sestry, které jsou na odděleních v každodenním kontaktu s pacientem, by si proto měly více všímat sociálních potřeb pacienta a zavolat sociální pracovníci, která mu může pomoci. Také je tam málo sociálních pracovníků na tolik oddělení, proto se nedostanou k informacím o pacientovi.“* Dle mého je velmi důležitá propojenost mezi zdravotnickým personálem a sociálními pracovníci.

6. Závěr

Cílem diplomové práce bylo zmapovat používané metody a techniky sociální práce v nemocnici České Budějovice. Ke komplexnosti léčby patří i pomoc při řešení sociálních problémů klienta v případech, kdy toho není schopen sám.

Výzkumná část probíhala formou kvalitativního výzkumu.

Výzkumná otázka 1 byla zaměřena na zjištění, jaké metody a techniky používá sociální pracovník při práci s pacientem.

Na základě provedeného výzkumu bylo zjištěno, že sociální pracovnice nejčastěji používají metodu individuální práce s klientem. Jako nejefektivnější se jeví technika rozhovoru, s kterou úzce souvisí aktivní naslouchání a pozorování. Sociální pracovnice volí metody a techniky citlivě, aby klienta nepoškozovaly či neobtěžovaly.

Výzkumná otázka 2 byla zaměřena na zjištění, jaká sociální pomoc je ze strany pacientů v nemocnici nejčastěji využívána.

Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že klienti v nemocnici využívají hlavně sociální poradenství, základní i odborné a zprostředkování kontaktu či služeb sociální pomoci přes externí organizace.

Výzkumná otázka 3 byla zaměřena na zjištění, jaká je informovanost pacientů o možnostech sociální péče po propuštění z nemocnice.

Z výzkumu vyplynulo, že klienti jsou v nemocnici informováni sociální pracovníci o možnostech sociální pomoci po propuštění. Sociální pracovnice v nemocnici informuje a nabízí možnost sociální pomoci a klienti těchto služeb využívají. Z výsledků je patrné, že klienti mají na jednotlivých odděleních v nemocnici různou možnost kontaktu se sociální pracovníci. Velice záleží na propojenosti zdravotní a sociální péče.

Bylo zjištěno, že sociálním pracovnícím v nemocnici komplikuje jejich práci nedostatečné technické vybavení.

Na základě výsledků výzkumu jsem stanovila hypotézy:

H1: Sociální pracovnice v nemocnici používá metodu individuální práce s klientem.

H2: Klienti propuštění z nemocnice do domácího prostředí využívají sociální služby.

H3: Sociální pracovnice v nemocnici poskytuje klientům sociální poradenství.

Tato práce mi přinesla praktické zkušenosti a hlubší pohled na sociální práci v nemocnici. Výsledky výzkumu mohou posloužit ke zvyšování povědomí pracovníků v pomáhajících profesích o sociální práci ve zdravotnictví, kde se péče zdravotní prolíná s péčí sociální a je nezbytnou součástí ošetrovatelského procesu.

7. Seznam použitých zdrojů:

1. BADAWI, M. 1990. *Social Work Practice in Health Care*. Cambridge: Woodhead-Faulkner, 197s. ISBN 0-85941-654-2
2. BÁRTLOVÁ, S. 2005. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, 188s. ISBN 978-80-247-6289-0
3. BEDER, J. 2006. *Hospital Social Work The Interface of Medicine and Caring*. USA. New York: Tylo rand Francis group, 196s. ISBN 978-0415950671
4. CAPLE, F., SALCIDO, R. M., di CECCO, J. 1995. Social Work in Education. In: Kuzníková, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing, s. 154-155 ISBN 978-80-247-3676-1
5. DRAGANOVÁ, Helena a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 196s. ISBN 978-80-8063-240-3
6. DUNOVSKÝ, J. a kol. 1999. *Sociální pediatrie, vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, 279 s. ISBN 80-7169-254-9
7. DVOŘÁKOVÁ, J. 2005. Metody sociální práce s imigranty a uprchlíky. In *Migrace-tolerance-integrace II. Kultivace společnosti prostřednictvím vzdělávání a problémy integrace v současné společnosti*. Opava: Slezské zemské muzeum, ISBN 80-86224-51-1
8. GEISLER-PILTZ, B., MÜHLUM, A., PAULS, H. 2005. *Klinische sozialarbeit*. Reinhardt, ISBN 978-3825226978
9. GLADKIJ, I., STRNAD. L. 2002. *Zdravotní politiky*. Olomouc: Univerzita Palackého, 111 s. ISBN 80-224-0500-8
10. HANUŠ, P., HELLEBRANDOVÁ, K. 2006. *Krizová intervence*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, ISBN 80-86991-84-9
11. HAUKE, M. 2011. *Péčovatelská služba a individuální plánování*. Praha: Grada Publishing, 136s. ISBN 978-80-247-3849-9
12. HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium, 167s. ISBN 80-902081-8-5

13. HAVRDOVÁ, Z., ZAMYKALOVÁ, L. 2001. *Profesní struktura a kvalifikační požadavky pracovníků v sociálních službách*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 113s. ISBN 80-238-8221-X
14. HENDERSON, P., THOMAS, D. 2007. *Zručnosti komunitní práce v susedstvách*. Nitra: Centrum komunitného rozvoja, 292s. ISBN 978-80-969638-4-3
15. HOLČÍK, J. 2009. *Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. Brno: MSD, ISBN 978-80-7392-089-0
16. HOLMEROVÁ, I., JAROLÍMOVÁ, E., SUCHÁ, J. 2007. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Praha: Gerontologické centrum, 301s. ISBN 978-80-254-0177-4
17. HROZENSKÁ, M. 2008. *Sociální práce so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Osveta, ISBN 978-80-8063-282-3
18. CHARVÁTOVÁ, D. 1990. *Metody sociální práce*. Praha: SPN, ISBN 80-04-23992-7
19. CHRENKOVÁ, M., SOBKOVÁ, H., VAJĎÁKOVÁ, Z. 2007. *Metody sociální práce, sociální služby a standardy kvality v sociálních službách*. In *Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Ostrava: Pitstopmedia, 351s. ISBN 978-80-7368-229-3
20. JANEČKOVÁ, H. 2005. *Sociální práce se starými lidmi*. In: Matoušek, O., Kodymová, P., Kolářková, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
21. JANKOVSKÝ, J. 2003. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, ISBN 80-7254-329-6
22. JANOUŠKOVÁ, K. 2007. *Metody sociální práce v sociálních službách a sociální služby*. In *Sborník studijních textů pro metodiky sociální prevence a sociální kurátory pověřené koordinační činností: Metodické a koordinační dovednosti v sociálních službách*. Ostrava: Ostravská univerzita, ISBN 978-80-7368-229-3

23. JAROŠOVÁ, D., 2006. *Péče o seniory*. Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 80-7368-110-2
24. JESENSKÝ, J. 1995. *Uvedení rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Karolinum, 80s. ISBN 80-7184-030-0
25. KAHOUN, V. et al. 2009. *Sociální zabezpečení. Vybrané kapitoly*. Praha: Triton, 445 s. ISBN 978-80-7387-346-2
26. KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. 263 s. ISBN 80-200-1307-5
27. KOPŘIVA, K. 2000. *Lidský vztah jako součást profese: Psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-429-X
28. KOZLOVÁ, L. 2005. *Sociální služby*. Praha: Triton, ISBN 80-7254-662-7
29. KRÁLOVÁ, J., RÁŽOVÁ, E. 2007 *Sociální služby a příspěvek na péči*. Olomouc: Anag, 350 s. ISBN 978-80-7263-405-7
30. KRUTILOVÁ, D., ČÁMSKÝ, P., SEMBDNER, J. 2008. *Sociální služby: Tvorba a zavádění Standardů kvality poskytovaných sociálních služeb*. Abena. ISBN 978-80-254-3427-7
31. KUZNÍKOVÁ, I. et al. 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3676-1
32. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 200s. ISBN 80-247-0179-0
33. KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 279 s. ISBN 80-7178-551-2
34. MAREK, J., et al. 2001. *Propedeutika klinické medicíny*. Praha: Triton, ISBN 80-7254-174-9
35. MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. 2002. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada Publishing, 127s. ISBN 80-247-0332-7
36. MATOUŠEK, O. 2003a. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-548-2

37. MATOUŠEK, O. 2003b. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 387s. ISBN 80 - 7178-549-0
38. MATOUŠEK, O. KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. 2005. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 352 s. ISBN 80-7367-002-X
39. MATOUŠEK, O., et al. 2011. *Sociální služby. Legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 200s. ISBN 978-80-262-0041-3
40. MATOUŠEK, O., et al. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 309s. ISBN 80-7178-473-7
41. MICHALÍK, J. 2008. *Smluvní vztahy v sociálních službách*. Olomouc: Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených – sekce vzdělávání, 224 s. ISBN 80-903658-1-7
42. MOJŽÍŠOVÁ, A. 2008. *Kapitoly sociální práce*. 2008. České Budějovice. ISBN 978-7394-081-2
43. MUSIL, L. 2004. „*Ráda bych Vám pomohla, ale...*“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman, Absolonova 35b. ISBN 80-903070
44. NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 168s. ISBN 80-903070-0-0
45. NEČASOVÁ, M. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8
46. NEDĚLNÍKOVÁ, D. 2008. Etická dilemata v terénní sociální práci. In *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků*. Ostrava: Ostravská univerzita, ISBN 978-80-7368-504-1
47. NOVÁKOVÁ, Iva. 2011. *Zdravotní nauka 2.díl – učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 208 s. ISBN 978-80-247-3709-6
48. NOVOSAD Libor, 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 160s. ISBN 80-7178-197-5
49. NOVOSAD, L, NOVOSADOVÁ, M. 2000. *Ucelená rehabilitace lidí se zdravotním, zejména somatickým, postižením*. Liberec: Technická univerzita v Liberci, ISBN80-7083-383-1

50. NOVOTNÝ, A., FRANCOVÁ, H. 2010. Eticko-filozofické aspekty sociální pomoci v podmínkách pečovatelské služby. In. *Pečovatelská služba*. ČR: Tábor: APSS, ISBN 978-80-904668-0-07
51. PICHAUD, C., THAREAUOVÁ I. 1998. *Soužití se staršími lidmi*. Praha: Portál, 156 s. ISBN 80-7178-184-3
52. PLASS, M. 2006. Standardizace sociálních služeb ve vztahu k novému zákonu o sociálních službách. Tvorba sítě sociálních služeb. In *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 478 s. ISBN 80-7041-716-1
53. PROCHÁZKOVÁ, L. 2005. *Metoda validace-podpora práce s dezorientovanými lidmi*. Sociální služby. Ročník XIV únor 2012. s. 12 – 13. ISSN 1803-734
54. PRŮCHA, J. 2005. *Moderní pedagogika*. Praha: Portál, 481s. ISBN 80-7367-047-X
55. PRŮŠA, L. 2003. *Ekonomie sociálních služeb*. Praha: ASPI Publishing, 152s. ISBN 80-86395-69-3
56. REICHEL, Jiří, 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3006-6
57. ŘEZNÍČEK, I. 1994. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 80-85850-001
58. SCHWARZOVÁ, G. 2005. Sociální práce s bezdomovci. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál, ISBN 80-7367-002-X
59. SOKOL, R., TREFILOVÁ, V. 2008. *Sociální pracovník v rezidenčních zařízeních sociálních služeb*. Praha: ASPI, 444 s. ISBN 978-80-7357-316
60. SMUTKOVÁ, L. 2007. *Sociální práce s rodinou*. Hradec Králové: Gaudeamus, ISBN 978-80-7041-069-1
61. STRIEŽENEC, Š. 1999. *Úvod do sociálnej práce*. Bratislava, Cover Design ISBN 80-968294-6-7
62. SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří*. Praha: Sociologické nakladatelství, ISBN 978-80-86429-62-5

63. ŠIK, V. 2008. *Metody práce se skupinou pro pomáhající profese*. FSE UJEP Ústí nad Labem, ISBN 978-80-7414-058-7
64. ŠPATENKOVÁ, N. et al. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada Publishing, 200 s. ISBN 80-247-0586-9
65. TOMEŠ, I. 2001. *Sociální politika teorie a mezinárodní zkušenost*. Praha: Socioklub, 262 s. ISBN 80-8684-00-9
66. ÚLEHLA, Ivan, 2007. *Umění pomáhat*. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-36-62
67. VÁGNEROVÁ, M. 2004. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 870s. ISBN 80-7178-802-3
68. VARYŠOVÁ, B. 2005. *Možnosti sociální práce na začátku 21. století*. Univerzita Hradec Králové, 182 s. ISBN 80-86771-10-5
69. VOKURKA, M., HUGO, J. 2004. *Praktický slovník medicíny*. Praha: MAXDORF, ISBN 80-7345-009-7
70. VURM, V. et al. 2007. *Vybrané kapitoly z veřejného a sociálního zdravotnictví*. Praha: Triton, ISBN 978-80-7254-997-9
71. WEINRURTEROVÁ, E. 2006. Sociální práce se seniory ve zdravotnickém zařízení. In *Multidisciplinární péče*. [online] 2012 [cit.2012-05-12]. Dostupné z: <<http://www.mpece.com/modules.php?name=Newsfile=articlesid53>>
72. ZASTROW, Ch., 1995. *The Practice of Social Work*. Brooks. Cole Publishing Co., Pacific Grove, CA, 558s. ISBN 978-0-495-59970-8
73. ŽILOVÁ, A. 2005. *Úvod do teórie sociálnej práce: Náuka o sociálnej práci*. Badín: MENTOR, ISBN 80-968932-1-1
74. Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče, v platném znění
75. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění
76. Vyhláška 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění

8. Klíčová slova

Sociální práce

Sociální klient

Sociální pracovník

Sociální pomoc

Sociální služby

Metody a techniky

9. Přílohy

Příloha 1 – Podklad rozhovoru se sociálními pracovníci

Příloha 2 – Podklad rozhovoru s klienty

Příloha 1 – Podklad rozhovoru se sociálními pracovníci

1. Jak dlouho pracujete v nemocnici na pozici sociálního pracovníka?
2. S kým při své práci spolupracujete?
3. Co obnáší sociální práce v nemocnici?
4. Jaké metody ve své práci používáte? Jaké z nich nejčastěji? Jaké techniky využíváte?
5. Jaká pomoc je ze strany klienta nejčastěji využívána?
6. Jak pracujete s klientem?
7. Co Vám v práci dělá největší obtíže a proč?
8. Co je nejnáročnější a co by Vám práci usnadnilo?
9. Co při své práci nejvíce postrádáte?
10. Nechybí Vám nějaké metody a techniky při práci s klientem a rodinou?
11. Kde vidíte slabé a silné stránky Vaší profese?
12. Jaká je podle Vás návaznost na služby v terénu?
13. Jaká je spolupráce se subjekty poskytující sociální služby?

Příloha 2 - Podklad rozhovoru s klienty

1. Co pro Vás bylo nejobtížnější po propuštění z nemocnice?
2. Jakou pomoc jste nejvíce potřeboval(a)?
3. Byla Vám poskytnuta?
4. Co Vám nejvíce pomohlo?
5. Kdo Vám nejvíce pomohl?
6. Co byste poradil(a) klientovi, který by se ocitl v podobné situaci jako Vy?
7. Co by měl dělat – na koho by se měl obrátit?
8. Byl(a) jste během pobytu v nemocnici informován(a) o možnostech sociální péče?
9. Informovala Vás sociální pracovnice v nemocnici o možnostech sociální péče?
10. Měl(a) jste Vy nebo Vaše rodina možnost obrátit se na sociální pracovníci k získání informací o sociální péči?
11. Jakým způsobem Vám byly informace poskytnuty?
12. Jaké zdroje Vám byly poskytnuty k získání informací o sociální péči?
13. Využil(a) jste možnosti nabízené sociální pomoci? Pokud ano, které?
14. Jak hodnotíte práci sociální pracovnice v nemocnici?
15. Jak jste byl(a) spokojen(a)?