

UNIVERZITA KARLOVA  
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ  
Program řízení a supervize v sociálních a zdravotnických  
organizacích

Bc. Jolana Koutná

**Role sociálního pracovníka  
v psychiatrické nemocnici-výzvy a limity  
práce**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček

Praha 2023

## **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a použila pouze uvedené prameny a literaturu. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Mladé Boleslavi dne 20.6.2023

---

Bc. Jolana Koutná

## **Bibliografická citace**

Role sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici-výzvy a limity práce [rukopis]: diplomová práce / Jolana Koutná; vedoucí práce: Mgr. Petr Vrzáček -- Praha, 2023. – 118 s.

## **Abstrakt**

Diplomová práce „Role sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici – výzvy a limity práce“ se zabývá profesí sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici. Diplomová práce se standardně skládá z teoretické a empirické části.

Teoretická část je zaměřena na duševní onemocnění, charakteristiku závažných duševních onemocnění, profesi sociálního pracovníka pracujícího v psychiatrické nemocnici, multidisciplinární spolupráci, specifika práce s duševně nemocnými, reformu psychiatrické péče a organizaci lůžkové psychiatrické péče v České republice.

V empirické části je popsána metodologie kvalitativního výzkumného šetření a interpretována data, která jsou výsledkem polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky a jejich klienty.

V závěru diplomové práce je zodpovězena hlavní výzkumná otázka, součástí jsou doporučení pro praxi a návrhy dalších výzkumů.

## **Klíčová slova**

Sociální pracovník, sociální práce, zdravotnictví, psychiatrická péče, duševní onemocnění, reforma psychiatrické péče, role sociálního pracovníka, multidisciplinární tým

## **Abstract**

The diploma thesis "The role of a social worker in a psychiatric hospital - challenges and limits of work" deals with the profession of a social worker in a psychiatric hospital. The diploma thesis normally consists of a theoretical and an empirical part.

The theoretical part is focused on mental illness, the characteristics of serious mental illness, the profession of a social worker working in

a psychiatric hospital, multidisciplinary cooperation, the specifics of working with the mentally ill, the reform of psychiatric care and the organization of inpatient psychiatric care in the Czech Republic.

In the empirical part, the qualitative research methodology is described and the data, which are the result of semi-structured interviews with social workers and their clients, are interpreted.

At the end of the thesis, the main research question is answered, recommendations for practice and proposals for further research are included.

## **Keywords**

Social worker, social work, healthcare, psychiatric care, mental illness, psychiatric care reform, the role of social worker, multidisciplinary team

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu Mgr. Petru Vrzáčkovi za odborné vedení diplomové práce.

Dále bych chtěla věnovat poděkování všem účastníkům výzkumného šetření za jejich čas vstřícnost, bez kterých bych nemohla realizovat diplomovou práci.

# Obsah

Úvod .....	9
<b>Teoretická část .....</b>	<b>11</b>
<b>1 Duševní onemocnění .....</b>	<b>11</b>
1.1 Charakteristika pojmu duševní onemocnění .....	11
1.2 Klasifikace duševních nemocí.....	12
1.3 Závažná duševní onemocnění .....	14
1.3.1 Schizofrenie F 20 .....	15
1.3.2 Bipolární afektivní porucha F 31 .....	17
1.3.3 Organické duševní poruchy F00-F09.....	19
1.3.4 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami F10-19 .....	20
<b>2 Sociální pracovník a sociální práce v kontextu psychiatrické péče .....</b>	<b>24</b>
2.1 Sociální práce .....	24
2.2 Role sociálního pracovníka .....	25
2.3 Rozdíl mezi sociálním pracovníkem a zdravotně sociálním pracovníkem ....	27
2.4 Typy sociálního pracovníka .....	28
2.5 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.....	28
2.6 Činnosti sociálního pracovníka .....	29
2.7 Multidisciplinarita .....	31
2.8 Etický kodex sociálních pracovníků .....	32
<b>3 Reforma péče o duševní zdraví.....</b>	<b>35</b>
3.1 Reformní strategické cíle .....	35
3.1.1 Cíl č. 1 .....	36
3.1.2 Cíl č. 2 .....	36
3.1.3 Cíl č. 3 .....	37
3.1.4 Cíl č. 4 .....	37
3.1.5 Cíl č. 5 .....	38

3.1.6	Cíl č. 6 .....	38
3.1.7	Cíl č. 7 .....	39
3.2	Organizace psychiatrické péče v ČR.....	40
3.2.1	Lůžková psychiatrická péče .....	41
	<b>Empirická část.....</b>	<b>43</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumný problém .....</b>	<b>43</b>
4.1	Cíle výzkumného šetření .....	45
4.2	Výzkumný soubor .....	45
4.3	Výzkumná strategie.....	47
4.4	Výzkumné otázky.....	48
4.5	Metoda sběru dat – teoretický rámec .....	49
4.6	Způsob zpracování dat .....	50
4.7	Pozicionalita výzkumníka .....	52
<b>5</b>	<b>Etické aspekty výzkumu.....</b>	<b>53</b>
5.1	Limitace výzkumu.....	54
<b>6</b>	<b>Výsledky výzkumného šetření .....</b>	<b>55</b>
6.1	Význam profesní role sociálního pracovníka.....	58
6.1.1	Dílčí závěr .....	61
6.2	Specifika práce s cílovou skupinou duševně nemocných .....	62
6.2.1	Dílčí závěr .....	65
6.3	Multidisciplinární spolupráce.....	66
6.3.1	Dílčí závěr .....	69
6.4	Výzvy a limity práce .....	70
6.4.1	Dílčí závěr .....	74
6.5	Klienti psychiatrické nemocnice .....	76
6.5.1	Dílčí závěr .....	80
6.6	Shrnutí výzkumného šetření.....	81

<b>Závěr .....</b>	<b>84</b>
<b>Návrhy dalších výzkumů.....</b>	<b>86</b>
<b>Seznam použitých zkratek .....</b>	<b>87</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>88</b>
<b>Seznam příloh.....</b>	<b>93</b>
<b>Seznam schémat .....</b>	<b>94</b>
<b>Seznam tabulek .....</b>	<b>94</b>



# Úvod

Tématem mé magisterské diplomové práce je popis role sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici a stanovení výzev a limitů jeho práce.

Důvodem pro výběr zvoleného tématu je můj osobní zájem. V psychiatrické nemocnici pracuji jako zdravotnický pracovník a bezprostředně tak vnímám náročnost svého povolání.

Na pomáhajícího pracovníka jsou v praxi kladeny vysoké nároky jak po stránce profesní, tak osobnostní. Práce v pomáhajících profesích je naplňující, ale zároveň je také náročná a vyčerpávající.

Zatímco v oblasti zdravotnictví pracuji mnoho let a dobře ji znám, oblast sociálních služeb pro mě tak známá není, a proto bych chtěla rozšířit svoje znalosti a vědomosti o sociální práci a podrobněji se věnovat právě roli sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici.

Zajímá mě, do jaké míry jsou sociální pracovníci v prostředí psychiatrické nemocnice vystavováni zátěži ze strany pacientů, vedení i současných trendů, jak tuto zátěž vnímají, jakým způsobem ji zvládají, jakou mají roli a jaký je jejich běžný pracovní den.

Jde mi o zachycení zkušeností z pohledu samotných sociálních pracovníků, zajímá mě jejich subjektivní postoj, chci zjistit, jaký přínos má jejich profese, jaké metody práce využívají, s kým nejvíce spolupracují, s jakými specifiky se setkávají při práci s cílovou skupinou duševně nemocných, jaké faktory je ovlivňují, co je limituje, co motivuje, jaké perspektivy ve svém povolání spatřují.

Dále bych v této souvislosti také chtěla zjistit, jaké jsou zkušenosti pacientů v rámci spolupráce se sociálními pracovníky, v jakých oblastech potřebují pomoc a podporu, a jaká je jim skutečně poskytována, co oceňují a zda by chtěli na současném stavu péče něco změnit.

Dalším důležitým faktem je probíhající transformace a reforma psychiatrické péče.

Přestože se koncepce péče o psychiatrické klienty mění, společným zaměřením zdravotních a sociálních služeb zůstává a je primárně péče o klienta.

Diplomová práce je tvořena dvěma základními částmi, teoretickou a empirickou. Teoretická část je rozdělena do třech tematických kapitol, ve kterých zpracovávám teoretické poznatky získané z odborné literatury, a které jsou podkladem pro vlastní výzkumné šetření.

První kapitola se věnuje duševním onemocněním, definuje pojem duševního onemocnění, je představena Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11), jsou popsána vybraná závažná duševní onemocnění s jejich projevy, důsledky, specifické potřeby a obecné přístupy k těmto pacientům.

Druhá kapitola se zabývá sociální prací v psychiatrické nemocnici. Soustředí se na vymezení pojmů sociální práce, sociální pracovník, role sociálního pracovníka, dále je zaměřena na základní metody a specifika sociální práce s psychiatrickými klienty.

Třetí kapitola se vzhledem k výběru tématu věnuje reformě psychiatrické péče a organizaci psychiatrické péče v lůžkovém zařízení, stručně představuje reformní cíle.

Empirická část diplomové práce je také rozdělena na tři základní kapitoly. První kapitola se věnuje metodologii výzkumného šetření, ve které je definován výzkumný cíl, stanovena výzkumná otázka a dílčí výzkumné otázky, vybraná výzkumná strategie, metoda sběru dat. Obsahem druhé kapitoly jsou etické aspekty, ve třetí kapitole jsou výsledky výzkumného šetření, dílčí závěry a shrnutí výsledků výzkumného šetření.

V závěru je odpověď na hlavní výzkumnou otázku, závěrečné shrnutí všech výsledků a návrhy dalších výzkumů.

# **Teoretická část**

## **1 Duševní onemocnění**

Charakteristika pojmu duševního onemocnění je ústředním tématem první kapitoly diplomové práce. Nedílnou součástí řešené problematiky jsou popisy nejčastějších a nejzávažnějších vybraných duševních onemocnění.

Co vlastně znamená pojem duševní onemocnění? Tento pojem je mnoha autory užíván jako synonymum výrazu duševní porucha či psychické onemocnění, psychiatrické onemocnění, nebo psychiatrická porucha.

Nejprve budu definovat pojem duševní onemocnění z perspektivy sociální práce na základě dostupných prací autorů z oboru sociálních věd, následně se budu věnovat základnímu rozdělení duševních nemocí a vybraným závažným psychiatrickým diagnózám, u kterých je velký předpoklad hospitalizace ve zdravotnickém psychiatrickém zařízení. U jednotlivých onemocnění popíši základní charakteristiku a intervenci sociálního pracovníka.

### **1.1 Charakteristika pojmu duševní onemocnění**

Duševní (psychická) nemoc je nemoc, která zasahuje psychiku člověka, psychické procesy, jeho vnímání, myšlení, emoce, motivaci, vůli, a nejen psychiku a psychické procesy, ale také vnímání vlastního těla, sociální fungování a duchovní rozměr člověka (Matoušek, 2013, s. 400).

Máhrová a Venglářová (2008, s.45) charakterizují duševní onemocnění jako často záluďné s individuálním průběhem, které je zahaleno mnoha mýty a předsudky, kdy si klient často není vědom, že onemocněním trpí.

V takovém případě si změn v oblastech emocí, chování a myšlení všímá bezprostřední okolí nemocného. Duševní onemocnění výrazným způsobem ovlivňuje všechny aspekty života, má negativní dopady nejen na psychiku, ale ovlivňuje především sociální fungování jedince, způsobuje ztrátu jeho sociálního postavení, pracovní neschopnost, vede k opakovaným hospitalizacím, a také je častou příčinou invalidity, z čehož můžeme usuzovat, že i cesta k zotavení a úzdavě je delší a náročnější v souvislosti se závažností onemocnění.

Člověk s duševním onemocněním je především občan a neměl by být omezován ve svých právech z důvodů nemoci a současně by mu měla být přiznána zodpovědnost za jeho konání, jak jen to je z hlediska duševní poruchy možné (Tomáš, Marková, 2014, s. 127).

Mahrová a Venglářová (2008, s. 28) popisují, že klientům je v jejich situaci většinou velmi nepříjemně, protože prožívají velkou úzkost, strach a napětí, a že je proto důležité si uvědomit, že klient s duševním onemocněním je především člověk, na kterého bychom neměli pohlížet jako na diagnózu, nebo jako na problém.

Jak poznamenává Payne (2020, s.67), významným aspektem ve vztahu s klienty a pro dostatečné dosažení dobrých výsledků v interpersonální praxi je empatické porozumění klientovi, který má emocionální vazby ke všemu, co považuje za prioritní.

Je třeba vzít v úvahu, že duševní nemoc je součástí života nemocného, který téměř vždy prožívá své onemocnění negativně a sociální pracovník by měl být schopen rozpoznat, v jaké fázi onemocnění se klient nachází, jaké mu přináší pocity, nakolik ho nemoc ovlivňuje, co to pro něj znamená a jakou podporu očekává.

Mahrová a Venglářová (2008, s.70) zdůrazňují, že sociální pracovník musí přistupovat ke každému klientovi individuálně a reagovat na jeho potřeby, má se snažit podpořit v klientovi to zdravé a přijmout jeho nemoc takovou jaká je, se všemi jejími projevy, což není lehké pro klienta a často také ani pro sociálního pracovníka.

Protože se definice duševních onemocnění v průběhu času mění, odráží to potřebu pravidelné revize a aktualizace diagnostických klasifikačních systémů.

## **1.2 Klasifikace duševních nemocí**

Diagnostické a klasifikační systémy všech onemocnění jsou sjednocené na mezinárodní úrovni a jsou nedílnou součástí medicínské praxe. Studium, příčinami, diagnostikou a léčbou duševních onemocnění se zabývá medicínský obor psychiatrie.

Úplný přehled duševních nemocí a jejich příznaků nabízí Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN). Ta klasifikuje veškerá onemocnění, ať již tělesná nebo duševní. K jejich rozlišení a popisu používá pětimístní alfanumerický kód. Duševním poruchám a poruchám chování byl přiřazen kód uvozený písmenem F, za kterým mohou následovat až čtyři číslice. Pro přehlednost je mezi druhou a třetí číslicí umístěna tečka. Každá z číslic specifikuje, o jaký typ poruchy se jedná. Všechny popsané duševní poruchy a poruchy chování jsou rozděleny do jedenácti skupin označených kódy začínajícími

označením F0 až F99 (Klimentová, 2019, s. 80-81). Světová zdravotnická organizace připravila 11. revizi MKN, která byla uvedena do klinické praxe 1.1.2022. V České republice, stejně jako v celé Evropě, je využíván právě tento seznam duševních nemocí MKN-11. Jak uvádí Matoušek (2008, s. 54), Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN) vydává Světová zdravotnická organizace (WHO) a Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí (DSM), který je druhým významným klasifikačním systémem, jenž vydává Americká psychiatrická asociace (APA).

Orel (2020, s. 164-165) charakterizuje klasifikační systémy jako nedílnou součást medicínské praxe, které slouží k zjednodušenému vymezení různorodé možnosti patologie, jenž je přesně definována diagnostickými kritérii. Na základě rozboru jednotlivých příznaků je stanovena diagnóza, od které se odvíjí léčebný postup. V případě hraničních stavů, které nespádají do žádné kategorie, je diagnostika obtížnější, což představuje určité úskalí v tomto systému.

V této souvislosti je nutné vědět, že se jedná pouze o systém opěrný a v mnoha případech limitující.

Dle ÚZIS (2023) jsou duševní poruchy rozděleny na následujících 11 oddílů:

- F00-F09 – organické duševní poruchy včetně symptomatických,
- F10-F19 – poruchy duševní a poruchy chování způsobené užíváním psychoaktivních látek,
- F20-F29 – schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy,
- F30-F39 – afektivní poruchy (poruchy nálady),
- F40-F48 – neurotické, stresové a somatoformní poruchy,
- F50-F59 – syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory,
- F60-F69 – poruchy osobnosti a chování u dospělých,
- F70-F79 – mentální retardace,
- F80-F89 – poruchy psychického vývoje,
- F90-F98 – poruchy chování a emocí s obvyklým nástupem v dětství a v dospívání,
- F99-F99 – neurčená duševní porucha (ÚZIS, 2023).

Probstová, Pěč (2014, s. 20-24) kromě uvedeného přehledu duševních nemocí upozorňují na skutečnost, že společně s příznaky se posuzují další faktory ovlivňující

onemocnění, například prostředí, ve kterém nemocný žije, způsob jeho života, životní styl a situace.

Höschl (2002, s. 358) je názoru, že se duševní nemoci mohou projevovat různými příznaky, které se navíc projevují jen po přechodnou dobu, a že správná diagnóza onemocnění umožní lékařům nahlédnout na průběh a vývoj nemoci.

Já bych ještě poznamenala, že správná diagnóza umožní nahlédnout na onemocnění nejen lékařům, ale všem odborným pracovníkům, kterým přehled nemocí pomáhá lépe se orientovat v uvedené problematice; a je to důležité i pro samotného pacienta, který může alespoň částečně pochopit problémy, které mu nemoc přináší.

Sociální pracovník se potřebuje orientovat v Mezinárodní klasifikaci nemocí, mít základní znalost symptomů, syndromů a být schopen je rozeznat u konkrétního člověka (Probstová, Pěč, 2014, s. 174).

### **1.3 Závažná duševní onemocnění**

Protože se v této práci zaměřuji na roli sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici, vysvětlím zde základní charakteristiku vážných duševních onemocnění, jejichž projevy a průběh brání nemocným zvládat běžné denní činnosti a které vyžadují dlouhodobou zdravotní i sociální péči v rámci hospitalizace.

Schiffner (2021, s. 7) uvádí, že definice závažných duševních onemocnění není omezena na konkrétní diagnostické skupiny, ale jsou do nich zahrnuty všechny duševní poruchy, které splňují kritéria jako je minimální doba trvání nemoci, což jsou dva roky, po celou tuto dobu musí trvat příznaky a léčba a musí být významně ovlivněno sociální fungování nemocného.

Autoři Matoušek, Kodymová a Koláčková (2010, s. 136) zařazují mezi dlouhodobá duševní onemocnění organické poruchy jako je schizofrenie, depresivní, nebo manická porucha. Tyto nemoci mohou nepříznivě ovlivnit tři a více základních aspektů denního života: osobní hygienu a sebeobsahu, směřování k nějakému cíli, mezilidské vztahy, sociální interakci, učení a rekreaci, ekonomickou soběstačnost.

Většina odborníků se shoduje na tom, že závažná duševní onemocnění souvisejí s vysokou společenskou a ekonomickou zátěží, se stigmatizací a diskriminací.

V klinické sociální práci je nezbytné individuálně reagovat na náročné chování, problémové situace, minimální vnitřní motivaci ke změně, případný nedostatek komunikace, náhledu, dovedností a často existující negativní předchozí zkušenosti

nemocných (Schiffner, 2021, s. 53). Prvořadým cílem v péči o klienty je komplexní léčba a stabilizace akutního stavu, a také prevence relapsu onemocnění, což je často složitý a časově náročný proces.

Lidé se závažnými duševními nemocemi trpí mnoha somatickými poruchami, a to i v mladším věku, podle Holmerové (2015, s. 30) specifickou problematiku tvoří chronická duševní onemocnění, kdy dochází k prodlužování dožití pacientů se závažnými psychiatrickými onemocněními, a tedy k fenoménu stárnutí této skupiny nemocných, což přináší další komplexní zdravotní problémy, přičemž významnou skupinu zde například představují lidé se závislostmi a jejich následky, lidé s neurodegenerativní onemocněními (Alzheimerova choroba a jiné příčiny demence).

Výše jmenovaným onemocněním (schizofrenie, poruchy nálad, neurodegenerativní onemocnění a závislosti) bych ráda věnovala pozornost v dalších podkapitolách.

### **1.3.1 Schizofrenie F 20**

Schizofrenie je závažné duševní onemocnění, které významně narušuje schopnost nemocného srozumitelně se chovat, jednat a uplatnit se v životě. Schizofrenie je typicky procesuální choroba se začátkem v pubertě a rané dospělosti (Ocisková, Praško, 2015, s. 45).

Češková a Příkryl (2013, s. 10), Vágnerová (2014, s. 319-320) shodně označují narušení téměř všech psychických funkcí v popředí s poruchami myšlení, chování, emotivity, vnímání reality a mají za následek vyřazení nemocné osoby z běžného aktivního života.

Vzhledem k tématu této práce nás zajímají hlavně sociální dopady onemocnění. Duševně nemocný si často přeje chodit do práce, být potřebný, vzdělávat se, mít partnerský vztah, dobré vztahy s rodinou, ale časný nástup onemocnění většinu těchto životních kroků neumožňuje.

Duševní onemocnění mohou mít své biologické (genetické, vrozené) příčiny, mohou vznikat na základě psychogenních, sociálních vlivů. Nejčastěji se však jedná o kombinaci více faktorů (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 70). Riziko vzniku onemocnění se také zvyšuje v souvislosti s různými komplikacemi v průběhu těhotenství, či porodním traumatem.

Velmi důležitá je diagnostika a přesný popis příznaků, což je vzhledem k různorodosti příznaků a průběhu nemoci obtížné. Akutní příznaky jsou na první pohled viditelné, se změnami nálad, vztahovačností, poklesem výkonnosti a okolí je ihned zaznamená.

Příznaky onemocnění se dělí na pozitivní (takzvané proto, že je něco přidáno: poruchy ega, bludy, halucinace, poruchy myšlení) a negativní (to tzn., že předchozí úroveň klesá: snížení pudu, sociální stažení, pokles zájmů). Vědomí a intelektuální schopnosti obvykle nebývají narušeny, i když se mohou časem vyvinout určité kognitivní deficity (Bischkopf et al., 2023, s. 104).

Významným rizikovým faktorem u schizofrenního onemocnění je také sebevražedné chování. Sebevražedné pokusy bývají obvykle závažné a vyžadují lékařskou péči. Probstová a Pěč (2014, s. 52-53) uvádějí, že nebezpečí takového jednání je hůře odhadnutelné, jelikož vzniká na základě impulzu, pod vlivem halucinace, nebo při depresivním syndromu, a nevylučují ani násilné jednání klientů.

Mahrová a Venglářová (2008, s. 76) zdůrazňují, že toto onemocnění ale nutně neznamená definitivní úděl, protože přibližně jedna třetina nemocných se po první atace nemoci uzdraví, další třetina nemocných mívá kolísavý průběh nemoci a jen poslední třetina pacientů má postupně se zhoršující průběh nemoci.

Odborníci tradičně rozlišují několik klinických forem schizofrenie, které není třeba uvádět všechny, zmíním pouze nejběžnější z nich, a to paranoidní schizofrenii.

Paranoidní schizofrenie (F 20.0) je považována za nejčastěji se vyskytující typ schizofrenie, pro kterou jsou typické bludy a halucinace. Nemocný se může cítit ohrožen či pronásledovaný (Ocisková, Praško, 2015, s. 48-49). Dominují paranoidní bludy, které jsou doprovázené nejčastěji sluchovými halucinacemi, které nemocnému vyhrožují nebo dávají příkazy, a dalšími poruchami vnímání (Svoboda, Češková, Kučerová, 2015, s. 185).

V psychiatrické praxi se můžeme setkat s projevy sluchových halucinací. Nemocný zahání nepřítele rukama nebo křikem, přikrývá si uši. Časté jsou i tělové halucinace s pocitem pálení či píchání na různých částech těla. Rozvinutí bludů si nemocný vysvětluje nadpřirozenými jevy, může mít pocit, že jeho činy, nebo myšlenky sdílí další lidé.

Je třeba ještě zmínit, že osoby se schizofrenním onemocněním nemají mnoho přátel, s přítomností onemocnění se svěřují pouze rodině a nejbližším přátelům. Pokud ale přátele mají, vnímají to jako velmi podstatné a pozitivní. Blízké vztahy vznikají také v rámci hospitalizací s lidmi s podobným typem onemocnění. Přátelství pomáhá osobám se schizofrenií nejen v naplnění emocionálních potřeb, ale také v oblasti pomoci a podpory.



### **1.3.1.1 Obecný přístup k pacientům se schizofrenií a možnosti sociální intervence v psychiatrické nemocnici**

Velký význam má rozpoznání včasných varovných signálů (je také důležitou součástí psychoedukace), s jejich znalostmi lze již v rané fázi aktivovat systém rodinné a odborné pomoci a předejít či oslabit výrazné psychotické krize.

Bischof a kolektiv (2023, s. 111) za důležité určuje budování sociální sítě, materiální zabezpečení a kvalitu léčby a součástí podpory má být i posouzení suicidality vzhledem ke zvýšené úmrtnosti v důsledku sebevražedného jednání.

Navázání kontaktu bývá obtížnější, dobře navázaný kontakt zjednoduší další práci s klientem, komunikace vyžaduje velkou trpělivost, je potřeba počítat s projevy nemoci (bludy, halucinace, opakování, zhoršená hygiena...) (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 128-129).

Sociální pracovník by měl respektovat v přístupu ke schizofrenním klientům specifika nemoci a akceptovat je, podporovat klienta ke zvládnutí každodenních činností vlastní intervencí a koordinací s dalšími zdroji podpory, pracovat s klientem tehdy, pokud je schopen spolupráce a souhlasí s ní. Pokud je pacient například v opozici, je vhodné ho motivovat ke spolupráci, v případě agrese vyčkáme, až bude pacient schopen spolupráce.

Cílenou rehabilitací v prostředí nemocniční péče lze pacienta postupně připravit na přechod domů nebo do chráněného a podporovaného bydlení. Je důležité, aby rodina byla dostatečně informovaná o nemoci, jejích důsledcích a sociálních službách.

### **1.3.2 Bipolární afektivní porucha F 31**

Bipolární afektivní porucha (F 31) je závažné duševní onemocnění, při kterém se střídají manické a depresivní fáze a alespoň jednou za život člověk zažívá epizodu tzv. velké deprese nebo hypománie (Probstová, Pěč, 2014, s. 67).

Hypománii popisují Novák, Lásková (2016, s. 76-82) jako mírnější a snesitelnější formu manické fáze. Pacienti hypománii málokdy rozeznají pro její mírné projevy, které jsou jim příjemné. Většina pozitivních důsledků onemocnění je popisována právě v tomto období, kdy je pacient výkonný a dokáže normálně fungovat v zaměstnání i v domácnosti.

Manická epizoda představuje v podstatě zrcadlový obraz deprese, nálada bývá nadnesená, expanzivní, euforická, myšlení urychlené, sebevědomí zvýšené s pocity mimořádné síly a schopností. Je zvýšená schopnost navazování nevhodných sociálních kontaktů, utrácení peněz bez náhledu na nesprávnost počínání (Raboch, Pavlovský, 2012,

s. 261). Socioekonomické dopady mohou být až tragické, a to nejen pro jedince, ale i pro jeho okolí: dluhy, neurované a přetřhané vztahy, komplikace spojené s pitím alkoholu, konzumací drog, někdy i trestná činnost (Probstová, Pěč, 2014, s. 70). Nemocní v tomto období mají snížené potřeby spánku, nedokáží odpočívat, nekontrolují své chování, nálada může být vystupňovaná od neklidu po agresivitu. Tento stav si obvykle vyžaduje hospitalizaci.

Manické fáze začínají obvykle náhle a trvají dva týdny až 4-5 měsíců. Mezi fázemi bývá období klidu-remise, bez projevů nemoci (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 79). Průměrná délka depresivní fáze bývá přibližně 6 měsíců. K prvním projevům dochází stejně jako u schizofrenie v období dospívání a rané dospělosti.

Onemocnění má genetické predispozice, spouštěčem je také větší míra stresové zátěže. Typická depresivní fáze může probíhat v lehké, střední nebo těžké formě. Nemocný má zhoršenou náladu, sníženou energii a aktivitu. Po minimální námaze se objevuje únava. Je narušen spánek a chuť k jídlu. Sebedůvěra a sebehodnocení jsou sníženy, pocity viny a beznaděje jsou přítomny i u lehčích případů (Látalová, 2010, s. 42).

Největším rizikem bipolární afektivní poruchy ve všech jejích fázích jsou myšlenky o bezvýchodnosti situace a ukončení života. Látalová (2010, s. 158) je názoru, že suicidita je u těchto pacientů nejméně dvacetkrát vyšší než u běžné populace.

Diagnostika onemocnění není jednoduchá kvůli proměnlivosti projevů nemoci a je často zaměňována za jiné diagnózy s podobnými symptomy jako například schizofrenie, závislost na návykových látkách, periodická depresivní porucha, úzkostná porucha.

### **1.3.2.1 Obecný přístup k pacientům s bipolární afektivní poruchou a možnosti sociální intervence v psychiatrické nemocnici**

Pacienti potřebují pomoc v nápravě sociálních důsledků svého jednání, měli by být vedeni k tomu, aby si stanovili reálné, dosažitelné životní cíle a měli by být odrazováni od toho, aby činili zásadní životní změny v průběhu depresivní nebo manické epizody (Látalová, 2010, s. 202).

U depresivních klientů je chybou přehnaná aktivizace, na prvním místě se potřebují léčit, aby byli aktivity schopni, pak se teprve otevírá pole pro podporu klienta i jeho rodiny, tento stav nikdy nezlehčujeme, ani nepodceňujeme (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 35).

Sociální pracovník podporuje klienta ve všech fázích nemoci, důležitá je spolupráce s psychiatrem a celým týmem, zvláště pokud se jedná o akutní fázi onemocnění, při

klinických projevech deprese, všímá si sebevražedných tendencí a snaží se je rozpoznat i z neverbálních projevů. Sociální pracovník musí volit specifický přístup s ohledem na aktuální zdravotní stav klienta.

### 1.3.3 Organické duševní poruchy F00-F09

Organické duševní poruchy jsou běžné, už kvůli vysoké prevalenci demence. Kromě demence existuje řada dalších organických poruch, které mohou vzniknout z primárních (úrazy, infekce, nádory, léky, toxické látky) nebo sekundárních (následky systémového onemocnění: vysoká horečka může vést ke zmatenosti s bludy, nebo hypoglykémie, hypoglykémie spouští delirium) funkčních poruch mozku. Vyšetření lékařem je nezbytné a není neobvyklé, že z psychosociálního hlediska přispívají mnoha informacemi o klientovi sociální pracovníci (Bischkopf et al., 2023, s. 94-95).

Nejčastější příčinou demence je primárně degenerativní onemocnění mozku spojené s ukládáním patologických částic amyloidu – Alzheimerova nemoc. Mezi další patří vaskulární demence, která je následkem mozkových infarktů. Hranice mezi jednotlivými podtypy bývají nejasné, často se vyskytují také smíšené typy demence (Kabelka, Chvílová Weberová, 2022, s. 105).

Syndrom demence je jedna z nejzávažnějších a nejčastěji se vyskytujících duševních poruch ve stáří, postihuje kognitivní poznávací funkce jako paměť, intelekt, pozornost, dále poruchy myšlení, emotivity, vnímání, chování, poruchy orientace, je narušen rytmus spánek-bdění, může dojít až k těžké degradaci osobnosti. To má za následek úbytek až úplnou ztrátu pozornosti a neschopnost vykonávat denní rutinu (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 190). Demence vzniká důsledkem degenerativních změn mozku a není součástí stárnutí.

Nemoc se projevuje neobvyklým chováním a nepředstavuje jen poruchu kognitivních funkcí, ale má pestrou psychiatrickou symptomatologii se střídáním nálad, úzkostmi, depresemi, apatií, agresivitou, dezorientací, zmateností, zkresleným vnímáním reality, paranoidním chováním, bludnými představami. S postupnou progresí demence dochází ke ztrátě samostatnosti, soběstačnosti a kognitivních funkcí.

Autorky Holmerová, Jarolímová, Suchá (2007, s. 39) označují za příčinu demence Alzheimerovu chorobu, která je příznačná především poruchou paměti, poté se zpravidla rozvíjejí poruchy ostatních kognitivních funkcí a další obvyklá symptomatologie demencí.

Podle Probstové a Pěče (2014, s. 29) je u Alzheimerovy choroby typický plíživý průběh a postupné plynulé zhoršování. V počátečním stadiu se projevují nejdříve poruchy paměti, a nemocní si změny uvědomují. Ve středním stadiu jsou výrazné změny v běžných denních činnostech, v oblasti nakupování, hospodaření s penězi, cestování a porucha paměti se prohlubuje spolu s poruchou řeči, čtení a psaní a nemocný nemá na onemocnění náhled.

V rozvinutém těžkém stadiu nemoci je nemocný zcela odkázán na ošetrovatelskou péči. Dlouhodobé změny psychiky, povahové a osobnostní změny zasahují nepříznivě do všech oblastí života pacientů a trvale vyřazují postižené z pracovního, rodinného, a společenského života.

### **1.3.3.1 Obecný přístup k pacientům s organickou duševní poruchou a možnosti sociální intervence v psychiatrické nemocnici**

Cílem sociálních pracovníků by měla být snaha o maximální udržení kvality života klienta a současně co nejvíce ulevit zátěži rodinných příslušníků. Je zapotřebí zajistit bezpečnost, životní komfort a udržet pacientovu produktivitu co nejdéle. Tradiční úlohou sociálního pracovníka je poskytovat podporu a asistenci v oblasti finanční a právní (Probstová, Pěč, 2014, s. 34).

Sociální pracovník v psychiatrické nemocnici řeší nejčastěji následnou péči, kontaktuje sociální zařízení, spolupracuje s rodinou, zajišťuje ekonomické záležitosti pacientů po dobu hospitalizace. V průběhu nemoci mohou nastat situace (nespolupráce, odmítání, agresivní chování, pasivita, depresivní prožívání, poruchy komunikace a další) vyžadující specifický přístup, to znamená, že podobně jako u ostatních závažných duševních onemocnění, i zde platí přistupovat k nemocnému s ohledem na zdravotní stav, ve kterém se právě nachází.

### **1.3.4 Duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami F10-19**

Poslední skupinou onemocnění, jsou duševní poruchy vyvolané psychoaktivními látkami, tzv. závislostní poruchy.

Společnou vlastností těchto poruch je užívání jedné nebo více psychoaktivních látek, které zvyšují riziko nejrůznějších zdravotních komplikací a vznik duševních poruch.

Patří sem poruchy vyvolané požíváním alkoholu, opioidů, kanabinoidů, sedativ nebo hypnotik, kokainu, stimulantů (včetně kofeinu), halucinogenů, tabáku a organických rozpouštědel (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 73).

Uvedené psychoaktivní látky působí na mozek, mozkové a psychické funkce a mají reálný potenciál pro vznik závislosti (Orel, 2020, s. 195). Orel uvádí (2020, s. 195) v přehledu kategorií stavů, které vznikají v souvislosti s užíváním psychoaktivních látek a které jsou v platné klasifikaci stanoveny podle MKN následovně:

- Akutní intoxikace.
- Škodlivé užívání.
- Syndrom závislosti.
- Odvykací stav.
- Odvykací stav s deliriem.
- Psychotická porucha.
- Amnestický syndrom.
- Reziduální stav a psychotická porucha s pozdním nástupem.
- Jiné duševní poruchy a poruchy chování.
- Neurčené duševní poruchy a poruchy chování.

Aby syndrom závislosti mohl být lékařem diagnostikován, je třeba, aby obtíže splňovaly kritéria podle MKN-11. V případě stanovení diagnózy musí být přítomny tři a více následujících kritérií během jednoho roku, nebo všechna kritéria během půl roku:

- Opakovaná a silná touha užít látku (craving – touha po látce, bažení).
- Potíže v sebeovládání.
- Ztráta kontroly, ať už jde o začátek, ukončení, nebo množství užití látky.
- Somatický odvykací stav (soubor somatických příznaků z odnětí, který je typický pro každou návykovou látku).
- Růst tolerance užívané látky.
- K žádoucímu efektu je potřeba stále vyšších dávek psychoaktivní dávky.
- Postupné zanedbávání jiných potěšení a zájmů, které před začátkem užívání byly realizovány.
- Pokračování i přes jasný důkaz škodlivých následků (fyzické, psychické, sociální a právní) (Jochmannová, Kimplová, 2022, s. 216).

Některé typické komplikace uvádím dále pro přehled tak, jak je popisují různí autoři.

Syndrom závislosti je skupina fyziologických, behaviorálních, kognitivních fenoménů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou (symptomem) syndromu závislosti je touha (často silná, někdy

přemáhající) brát psychoaktivní látky, alkohol nebo tabák (Nešpor, 2011, s. 9-10, Kalina & kol, 2008, s. 55).

Pocit puzení danou látku užívat je velmi silný, jedinec ztrácí schopnost kontrolovat užívání látky, v případě, že se pokusí abstinovat, dostaví se odvykací příznaky (somatické, nebo psychické).

Závislost sama se může projevovat jako psychická, nebo somatická. Dále se rozvíjí tolerance vyžadování vyšších dávek látky, pacienti postupně zanedbávají své zájmy a v užívání pokračují i poté, co se začínají objevovat nejrůznější somatická onemocnění (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 74).

Pokud mají klienti kromě poruchy závislosti ještě další duševní onemocnění, v této souvislosti pak hovoříme o pacientech s duálními diagnózami, což také představuje problematiku v určení diagnózy. Ocisková, Praško (2015, s. 181) konstatují, že národní průzkumy v některých zemích ukazují na častý problém zvyšující se četnosti koexistence závislostí a dále poukazují na problém v nedostatečné připravenosti nemocnic.

Rozvoj návykové poruchy je založen na interakci tří faktorů: člověka (biologicko-psychologický faktor), jeho prostředí (ekosociální faktor) a dotyčné látky (biochemický faktor). Vývoj závislosti často začíná konzumací alkoholu nebo drog v dospívání, rozvoj závislosti závisí na individuálních rizikových a ochranných faktorech. Závislost má nejen přímý dopad na postižené, ale i na jejich sociální prostředí (Bischkopf et al., 2023, s. 97).

Užívání návykových látek je celospolečenským problémem s řadou sociálních dopadů. Klienty ohrožují existenční problémy a chorobné stavy, obvykle ve svém okolí nemají dostatečné sociální vazby a možnost integrace do prostředí.

#### **1.3.4.1 Obecný přístup k pacientům s duševní poruchou vyvolanou psychoaktivními látkami a možnosti sociální intervence v psychiatrické nemocnici**

Orel (2020, s. 25) potvrzuje, že u nás funguje ucelený systém péče pro uživatele návykových látek, kde je kromě ústavních zařízení, detoxifikačních jednotek poskytována následná léčba s doléčovacími programy, terapeutické komunity, denní stacionáře, K-centra, terénní a ambulantní služby.

Sociální terapie na základě bio-psycho-sociálního modelu zdraví a nemoci nabízí svým klientům podporu v osobnostním, sociálním, vzdělávacím, profesním rozvoji (Deloie in Griertz et al., 2021, s. 75).

Deloi (in Griertz et al., 2021, s. 75-76) poznamenává, že sociální pracovník vedle lékařské a psychoterapeutické léčby nabízí tzv. balíček sociálních intervencí, aby ve spolupráci se všemi odborníky zmírnil psychosociální tíseň svých klientů. Pro sociální integraci je důležitá následná péče a další opatření jako je uplatňování významu každodenního života, obnovení sociálních sítí a společenského života. Sociální integrace není vždy snadná, sociální pracovníci musí své klienty doprovázet krok za krokem, vyžaduje si trpělivý přístup při řešení neúspěchů a konfliktních situací.

Sociální pracovník má velký prostor v rámci multidisciplinárního týmu a využívá všech metod sociální práce a socioterapeutických přístupů, příkladem takového přístupu je vedení finančního deníku pro zvládnání hospodaření s penězi. Ze zásad při práci s klientem platí stanovení a dodržování pevných hranic a norem. Klient by měl dostat pomoc v oblasti, kde selhává, a je nutné ho podporovat v samostatnosti a v upevnění vlastních kompetencí (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 141).

Cílem je nejen návrat do běžného života, ale zejména podpora trvalé abstinence.

Z pohledu postižených je pro obnovu fungování příznivé uvědomění si významu každodenního života jako smysluplného prvku a adekvátní perspektivy do budoucna, obnovení sociálních sítí a společenského života. Motivovaný klient, který je ochotný se podílet na řešení své situace, je přáním nejen samotného klienta, ale všech zainteresovaných osob. Klient tak zároveň zadává požadavek, zakázku směrem k sociálnímu pracovníkovi, který je ochotný a nápomocný v řešení sociálních otázek společně s klientem.

Díky teoretickým poznatkům a praktickým zkušenostem sociální pracovník získá povědomí o charakteristických rysech jednotlivých psychiatrických nemocí a může tak předpokládat náročnost požadavků a potřeb klienta a odhadnout cíle podpory, kterou klientovi může poskytnout.

## **2 Sociální pracovník a sociální práce v kontextu psychiatrické péče**

V následující kapitole se budu nejprve věnovat obecným pojmům: sociální práce, sociální pracovník a role sociálního pracovníka. A to jednak v rámci obecného vymezení, tak i z hlediska psychiatrické péče.

Dále vysvětlím rozdíl mezi sociálním pracovníkem a zdravotně sociálním pracovníkem, popíši jejich roli v psychiatrické nemocnici, jejich činnosti, kompetence a metody práce, uvedu specifika práce s duševně nemocnými a představím etický kodex sociálních pracovníků.

Profese sociálního pracovníka je povolání, které patří mezi pomáhající profese, jejichž hlavní náplní je pomáhat lidem, a u kterých je klient hlavním předmětem zájmu odborníků, z čehož logicky vyplývají určitá očekávání klientů, především zájem o člověka, ochota pomáhat, vysoká angažovanost a entuziasmus. Důležitým faktem jsou i očekávání sociálních pracovníků, jejich zaměstnavatelů a celé společnosti. Současně to poukazuje na náročnost samotné profese, kdy lidé v tomto povolání jsou vystaveni zvýšeným psychickým i fyzickým nárokům, stresu a jiným rizikům.

### **2.1 Sociální práce**

V mnoha publikacích se zaměřením na sociální tematiku je definován pojem sociální práce. Osobně se přikláním k níže vybraným definicím, které považuji za dostatečně přehledné a srozumitelné, a které slouží účelům méj práce.

Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se jednak opírá o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potencionálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout způsobilosti k sociálnímu uplatnění nebo ji získat zpět (Matoušek, 2003, s. 11).

Payne (1991, s. 9) přirovnává sociální práci ke speciální aktivitě, kde jsou lidé v interakci ve speciálních sociálních rolích jako „sociální pracovník“ a „klient“; povaha sociální práce je tedy částečně definována těmito rolemi. Pochopení sociální práce zahrnuje zkoumání faktorů, které utvářejí sociální pozice těchto aktérů v komplexu sociálních vztahů.



Sociální práce se zaměřuje na dimenzi lidské existence, když se v této oblasti vyskytnou problémy nebo výzvy, ve kterých je nezbytná jak podpora dotyčných lidí a jejich sociálního prostředí, tak ovlivňování sociálních struktur. Cílem je obnovit, zajistit, nebo zlepšit schopnost jednotlivce vést autonomní, zdravý a spokojený život (Bischkopf et al., 2023, s. 17).

Sociální práce ve zdravotnictví je oblastí, ve které se zdravotní péče prolíná s péčí sociální. Zajištění návaznosti sociální péče na péči zdravotní je nezbytnou součástí léčebného a ošetrovatelského procesu. Ke komplexnosti léčby a ošetřování patří i pomoc při řešení problémů klienta, který se ocitnul v nepříznivé sociální situaci (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 69).

Obecně lze říci, že cílem sociální práce je zmírňování a řešení sociálních problémů, a jejím klíčovým specifickým je zlepšování sociálního fungování klienta i sociálních podmínek.

Sociální fungování je mnohoznačný pojem. Bere v úvahu to, že lidé a jejich prostředí jsou v trvalé interakci. Prostor pak klade na člověka určité požadavky a člověk je nucen na ně reagovat. Mezi požadavky prostředí a člověkem je obvykle rovnováha. Problém vzniká tehdy, jestliže člověk požadavky prostředí dostatečně nezvládá a rovnováha je narušena. (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 12).

Sociální práce byla po většinu desetiletí primárně zaměřena na diagnostiku, patologie, nedostatky a dysfunkce klientů. V současnosti je práce s klienty zaměřena na perspektivu a silné stránky klienta. Klienti mají být podporováni v tom, aby tento svůj potenciál rozvíjeli (Zastrow, Hessenauer, 2022, s. 30).

Sociální práci se tedy rozumí dvě věci: za prvé sociální práce je vědní disciplínou, a za druhé se jedná o aktivní disciplínu v různých oblastech práce a v institucích, ve kterých sociální pracovníci pracují. Veškeré tyto aktivity se zaměřují na lidi, kteří žijí v sociálně problémových situacích a cílem je jejich pomoc a podpora. Zároveň s těmito aktivitami sociální pracovníci naplňují profesní a etické hodnoty sociální práce.

## **2.2 Role sociálního pracovníka**

Protože pojem role tvoří jeden z klíčových prvků mé práce, zaměřím se na jeho definování v souvislosti s profesní rolí sociálního pracovníka.

Každý z nás zaujímá ve svém životě celou řadu sociálních rolí, tyto osobní role jsou utvářeny životními zkušenostmi, etnickým příslušenstvím, sociálním původem,

vzděláním a obecně interakcí s vnějším okolím (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011, s. 97).

Role se nevztahují jen k chování jedince, ale také k jeho názorům, postojům, hodnotovému systému, k prožívání, s nímž jsou spojeny emoce, k vlastnostem osobnosti (Špirudová, 2015, s. 8). Profesní roli Špirudová (2015, str. 98) definuje jako specifickou sociální roli vázanou na profesi, odrážející očekávání veřejnosti a vztahující se k profesionálnímu konání, aktivitám, chování a vystupování příslušníků dané profese v rámci výkonu této profese, současně jako dynamickou a proměnlivou v čase.

Profesní role sociálních pracovníků jsou dány tím, že fungují jako prostředníci mezi klientem, tedy jedincem, který z různých důvodů potřebuje pomoc, a společností (Kutnohorská, Cichá, Goldman, 2011, s. 72).

Lze konstatovat, že nejde pouze o roli prostředníka mezi společností a pacientem, ale také mezi nemocnicí a pacientem. Sociální pracovník v nemocnici také sehrává nezastupitelnou roli manažera a koordinátora v multidisciplinární spolupráci. Vně organizace a na jemu přidělených odděleních či klinikách pomáhá koordinovat činnost týmu. Spolupracuje i s profesemi působícími mimo nemocnici (Kuzníková, 2011, s. 25).

Musil (2008, s. 64-65) rozděluje role sociálního pracovníka do tří kategorií a nabízí svou představu toho, jak mají ideální role vypadat. Sociální pracovníci se pak budou jednotlivým typům rolí více či méně přibližovat nebo je budou kombinovat.

Jednotlivé role:

- Administrátor – řídí se podle předem definovaných postupů předepsaných nejčastěji sociální legislativou a k ní přidruženými předpisy.
- Specialista – cíleně pracuje na komplexním posouzení klientovy situace, zaujímá profesionální přístup, při výkonu práce je samostatný, zároveň spolupracuje s dalšími odborníky a organizacemi při řešení klientových potíží.
- Člověk – humanistické pojetí role sociálního pracovníka předpokládá, že sociální pracovník by měl být především člověkem (Musil, 2008, s. 65).

Matoušek (2008, s. 180) nedoporučuje role rozdělovat na civilní a pracovní, protože tyto role jsou ve vzájemném vztahu a jejich propojení je přínosné pro klienta, v praxi to znamená vymezení role prostřednictvím pracovní náplně a kompetencí pracovníka.

Sociální pracovníci identifikovali tři kategorie rolí. První z nich byla spojena s prací v určité organizaci, druhá s odborností a třetí byla role projekční ve vztahu k rodinným příslušníkům klientů (Glumbíková, 2020, s. 106).

Podle mého názoru je důležité, aby se jedinec se svou rolí ztotožnil, zvláště pokud se jedná o roli pracovní, kterou si sám zvolil. Teoretické identity rolí ve skutečnosti nejsou přesně vyhraněné a vzájemně se mohou prolínat podle konkrétní situace. Sociální pracovník proto nezastává jen jednu roli, ale může zastávat více různých rolí, které jsou proměnlivé a ve kterých využívá své znalosti a dovednosti pro efektivní práci s klienty.

### **2.3 Rozdíl mezi sociálním pracovníkem a zdravotně sociálním pracovníkem**

V psychiatrických nemocnicích nejčastěji pracují sociální pracovníci a tzv. zdravotně sociální pracovníci. Jejich rozdíl je vymezen legislativou, která určuje kvalifikační požadavky pro výkon povolání.

V České republice je to pouze zákon o sociálních službách č.108/2006 Sb., který pro výkon profese sociálního pracovníka požaduje absolutorium buď vyšší odborné školy nebo ukončení bakalářského či magisterského stupně v oboru sociální práce a kupodivu také v několika dalších oborech (Matoušek, 2021, s. 120).

Specifikem nemocničního prostředí je tzv. zdravotně sociální pracovník. Úkolem sociálního pracovníka (zdravotně-sociálního) pracovníka v nemocnici je vedle poradenství pomoc při zajištění péče, která bude navazovat na hospitalizaci klientů, u nichž bylo vyhodnoceno zdravotně-sociální riziko (Šámalová, Vojtíšek, 2021, s. 22).

Mátel (2019, s. 20) uvádí, že zdravotně sociální pracovník je osobitá pracovní pozice ve zdravotnictví, která je způsobilá k výkonu zdravotnického povolání podle právních předpisů (zákon č. 96/2004 Sb.), ve kterém se za výkon zdravotně sociálního pracovníka považuje činnost v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče. Dále se zdravotně sociální pracovník podílí na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta.

Rozdílem mezi těmito dvěma pojmy je fakt, že zdravotně sociální pracovník provádí činnosti v oboru zdravotně sociální péče dle vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, sociální pracovník poskytuje pomoc klientům dle zákona č.108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zdravotně sociální pracovník tedy vykonává odbornou činnost v oblasti sociální práce ve zdravotnictví, působí jako zdravotnický pracovník a má kompetence v oblasti zdravotně sociální péče.

## 2.4 Typy sociálního pracovníka

Elichová (2017, s. 46-47) v typologii určuje čtyři typy sociálních pracovníků, které se prolínají a kterými jsou: angažovaný, radikální, byrokratický a profesionální sociální pracovník.

Angažovaný sociální pracovník bere svou práci jako způsob, jímž uplatňuje osobní morální hodnoty. S klienty jedná empaticky a s respektem. Sám sebe chápe spíše jako osobu a až potom jako sociálního pracovníka (používá stejné etické principy na situace v osobním i pracovním životě). Problém tohoto v současné praxi může být, že by sociální pracovník mohl být jednak obviněn ze stranění některým klientům (protože je v tomto rámci obtížné poskytnout stejnou péči všem), jednak může dojít k vytvoření osobního vztahu s klientem (možnost zneužití ze strany sociálního pracovníka i klienta), anebo k vyhoření.

Radikální sociální pracovník s předchozím má společné to, že vkládá osobní hodnoty do praxe. Primárním důvodem ovšem je snaha o změnu těch zákonů, oblastí sociální politiky a praxe, které považuje za nespravedlivé.

Byrokratický SP považuje za cíl sociální práce manipulaci s lidmi v zájmu jejich změny. K roli sociálního pracovníka patří i to, že vytváří iluzi osobní péče o klienta. Je nutné oddělení osobního a profesního života, aby se sociální pracovníci necítili tímto vinni.

Profesionální SP „je autonomním profesionálem, který je vzdělaný v oboru, je veden etickým kodexem a jeho identitu tvoří především členství v profesi.“ Práva a zájem klientů jsou prvořadé. Důraz je kladen na individuální vztah s klientem. Tento model je založený na tom, že je třeba vyvážit moc mezi sociálním pracovníkem a klientem, a to upevněním práv klientů (např. participací, popř. možností podat stížnost).

## 2.5 Specifika sociální práce s lidmi s duševním onemocněním

Jak uvádí Nováková (in Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 150) sociální práce na psychiatrii má dlouholetou tradici, která se uplatňuje jak v ústavní péči, tak v péči ambulantní. Sociální práci vykonávají na psychiatrických odděleních sociální pracovníci.

S duševně nemocnými se sociální pracovníci mohou setkávat i na sociálních odborech úřadů, v zařízeních sociálních služeb, ať už jsou to domovy pro seniory, pro zdravotně postižené, azylové domy a další.

Řada sociálních pracovníků pracuje v lůžkových psychiatrických zařízeních. Jejich náplní práce jsou různé úkoly týkající se sociálního zabezpečení hospitalizovaných pacientů, jednání v oblasti omezení způsobilosti k právním úkonům, v některých zařízeních se zapojují do vyhledávání návazné péče o pacienty (Probstová, Pěč, 2014, s. 203).

Práce s lidmi s duševním onemocněním je složitá, klade velké nároky na komunikaci, kvalitu vztahu a přístup. Velmi dobře se osvědčuje, když se ke klientům chováme přirozeně, s respektem a zájmem (Valentová in Mahrová, Venglářová, 2008, s. 126).

Mahrová, Venglářová (2008, s. 144) popisují, že sociální pracovník se v praxi setkává s klienty s akutními i chronickými duševními poruchami a charakterizuje obtížnou spolupráci s klienty, kteří nemají náhled na onemocnění, mají sníženou vůli řešit životní situace, chybí jim motivace potřebná k dodržení léčebného režimu.

V sociální práci s lidmi s duševním onemocněním je potřeba brát v úvahu, že velká část těchto projevů je způsobena duševní nemocí.

Sociální práce jako samostatný obor má vypracovány vlastní teorie, postupy, metody a cíle.

## 2.6 Činnosti sociálního pracovníka

Mahrová, Venglářová (2008, s. 57-58) konstatují, že běžná agenda sociálního pracovníka vychází z teorií a metod sociální práce, dále ze zaměření pracoviště a z osobního přístupu k práci. Veškeré aktivity se zaměřují na práci s klientem, skupinou nebo komunitou a tyto aktivity je třeba administrativně zpracovat.

Na základě praktických zkušeností sociálních pracovníků z pracovišť zdravotnických zařízení přetrvává víceméně jejich administrativní uplatnění (Kuzníková, 2011, s. 20).

Dále Kuzníková (2011, s. 50-51) uvádí, že praktické činnosti sociálního pracovníka ve zdravotnictví vycházejí ze sociální anamnézy, následně volí sociální pracovník pracovní postupy tak, aby byly v souladu s vybranou metodou a teoretickým konceptem, který se jeví v dané situaci klienta jako nejvhodnější k řešení, autorka jmenovala okruh intervencí, které patří do pracovní náplně sociálních pracovníků, následovně:

- Psychosociální podpora.
- Edukace.
- Poradenství.
- Komunikace.

Payne (2020, s. 29-30) poznamenává, že vynaložení úsilí na komunikaci pomáhá budovat schopnost klientů a pracovníků spolupracovat. Pokud chceme klientovi pomoci, je důležité, aby s námi komunikoval. Poradenství a informace jsou konkrétní služby, které posilují, protože poskytují klientům příležitost k řešení problémů. Poradenský styl sociálního pracovníka má být nedirektivní s cílem usnadnit klientům, aby se rozhodovali sami. Profesionál neprosazuje svůj názor, ale poskytuje vhodné a přesné rady a informace.

Ocenění pomáhá klientovi získat důvěru v sebe sama a začít přijímat svou schopnost budovat nový život. Uznání jim pomáhá mít větší kontrolu nad tím, co se děje (Payne, 2020, s. 90).

Sociální pracovník volí dle Mátela (2019) specifické intervence podle objektu, který sociální pomoc potřebuje. Pokud je objektem klient, může zvolit individuální sociální práci nebo případovou sociální práci. V případě, že je objektem skupina, využívá sociální práci se skupinou a pokud se jedná o komunitu, tak využívá sociální práci s komunitou, obcí anebo územním celkem.

V psychiatrické nemocnici je nejčastěji využívanou intervencí intervence individuální, která podle Kuzníkové (2011, s. 65-67) vychází z psychosociálního přístupu, kdy je cílem zaangažovat klienta do řešení problému a zmobilizovat jeho silné stránky i potenciál okolí k vyřešení problému.

Sociální podpora by měla být pouze v případě, že klient není sám schopen změnit podmínky problému. Zde koncept zmocnění pomáhá klientům znovu získat kontrolu nad svým vlastním životem s využitím vlastních zdrojů, v souladu s přáními a právem volby (Bischkopf et al., 2023, s. 22).

Termín skupinová práce je obecný výraz používaný k označení různých typů profesionální práce se skupinami lidí právě v nemocnicích, v centrech péče o duševně nemocné. Skupinová sociální práce je metoda využívající skupinový proces k posílení sociálního fungování členů skupiny i samotné skupiny (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 22).

Obecně můžeme říci, že pro klienty s duševním onemocněním lze využít metod jak individuální, tak skupinové sociální práce i komunitního přístupu. Sociální pracovník musí přistupovat ke každému klientovi individuálně a reagovat na jeho potřeby (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 39).

Dziegielewski, Holliman (2019, s.171) popisují, že součástí individuálního léčebného plánu jsou zaznamenány problémy, které pacient pociťuje a stanoveny priority a typy

potřebných intervenčních služeb. Tento strukturovaný plán obsahuje úkoly s jasně vymezenými kroky k zajištění úspěšného dokončení každého cíle.

Profesní součástí každého sociálního pracovníka jsou dovednosti, znalosti, praktické schopnosti a odborné vzdělání čili kompetence, které Matoušek (2003, s. 16) definoval takto:

- orientovat se a plánovat postupy,
- podporovat a pomáhat k soběstačnosti,
- zasahovat a poskytovat služby,
- přispívat k práci organizace,
- odborně růst.

Náročnost profese sociálního pracovníka vyžaduje i jisté osobnostní předpoklady, osobnost pracovníka se neobejde bez pozitivního vztahu k lidem a sociálního cítění.

Payne (2020, s. 66) v této souvislosti uvádí tyto klíčové aspekty v praxi: opravdovost, kongruenci, respekt, empatii a soucit. Kopřiva (2016, s. 97) považuje za hlavní, aby pomáhající pracovník byl s klientem v empatickém kontaktu tak, aby mu dokázal správně porozumět a zároveň neztratil zakotvení v sobě samém. Musil (2008, 64-65), Matoušek (2008, s. 180) u sociálního pracovníka oceňují jeho nezištnost, dobročinnost, schopnost vcítění se a ochotu využít svou kvalifikaci ve prospěch uplatňování těchto hodnot.

Matoušek (2003, s. 44-45) dále upozorňuje na důležitost plnění povinností vůči zaměstnavateli, plnění povinností definovaných právním řádem a profesními standardy, protože sociální pracovník zasahuje do života klientů a je třeba, aby jeho právo zasahovat bylo legitimní. V ideálním případě se práva a povinnosti doplňují, v praxi může ale dojít k jejich konfliktu, konkrétně ke konfliktu mezi profesními hodnotami, osobními hodnotami a hodnotami zaměstnavatele při řešení etických dilemat.

Sociální pracovník je především profesionál, který dokáže nést morální odpovědnost za svá rozhodnutí a který se v praxi řídí profesními hodnotami.

## **2.7 Multidisciplinarita**

Psychiatrickí pacienti mají obtíže ve více oblastech, kterým se věnují příslušní odborníci, kteří se podílejí na péči jak zdravotní, tak sociální.

Probstová (in Matoušek, 2005, s. 143) považuje týmovou práci za základní princip moderní psychiatrické péče. Multidisciplinární tým je založen na myšlence spolupráce specialistů a koordinace postupu. Zástupci jednotlivých profesí přinášejí do týmu své

specifické dovednosti a znalosti. Sociální pracovník přináší svou kvalifikaci pro práci se vztahy a s životními podmínkami klientů, není rodinným, ani skupinovým terapeutem, ale pracuje s klientem, jeho rodinou a okolím, mobilizuje či vytváří zdroje v komunitě.

Účinný způsob pomoci tkví v součinnosti mnoha odborníků, a nejen jich. K tomu je nutná provázanost, což je podstatou multidisciplinární spolupráce, která se snaží lépe využívat zdrojů pomoci a tím přispět k větší efektivitě. V rámci organizace je podoba spolupráce ovlivněna mnoha aspekty a zvyklostmi. Důležitá je ochota spolupracovat, důvěřovat i jiným odborníkům a respektovat jejich pohled na péči, důvěru týmu musí mít i management zařízení, který by měl podporovat soudržnost týmu (Mahrová, 2008, s. 63).

Stěžejním nástrojem pro spolupráci v týmu jsou kazuistické porady, kdy se tým zabývá případy jednotlivých klientů a společně hledá cesty a způsoby, které by mohl klientovi nabídnout pro zlepšení jeho situace (Nepustil, Geregová, 2020, s. 190).

K zásadám sociálních pracovníků patří týmový přístup a ochota spolupráce s dalšími odborníky, což je nejlepší způsob, jak zajistit nejvyšší kvalitu péče. Pro správné fungování multidisciplinárního týmu je také nezbytné, aby spolu jednotliví pracovníci komunikovali.

V týmu se setkávají odborní pracovníci: psychiatři, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci, psychiatrické sestry, adiktologové, ergoterapeuti, fyzioterapeuti, peer konzultanti, case manažeři, nutriční terapeuti. Členy týmu nemusí být jen odborní pracovníci, ale jsou jimi i samotní klienti, jejich rodinní příslušníci a pracovníci dalších organizací a služeb.

## **2.8 Etický kodex sociálních pracovníků**

Sociální pracovníci jako profesní skupina sdílejí společné hodnoty, které jsou obsaženy v etickém kodexu. V sociální práci jsou hodnoty důležité z více důvodů.

Etický kodex sociálních pracovníků České republiky, který mezi základní hodnoty sociální práce řadí respektování lidské důstojnosti, podporu sociální změny, zajištění sociální rovnosti, důležitost mezilidských vztahů a pravidlo mlčenlivosti a diskrétnosti. Tyto hodnoty určují povahu sociální práce i povahu vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem, kolegy i širší společností. Hodnoty také ovlivňují, jakou metodu práce sociální pracovník použije, a jsou klíčové při řešení dilemat. Na hodnotách jsou založeny i principy práce s klienty (Matoušek, 2003, s. 33).



Každá profese sdílí vlastní hodnoty, podle kterých posuzuje správné a nesprávné (resp. profesionální nebo neprofesionální) chování svých členů, což úzce souvisí s profesní etikou (Havrdová, 2010, s. 45).

Podle Munzarové (2005, s. 15) je základním předpokladem celé etiky, tedy i etiky sociální práce konat dobro a vyhýbat se zlu.

V běžném životě se každý může svobodně rozhodnout, jakými pravidly se bude řídit a jakým způsobem se zachová. Při interakci s klientem je důležité si uvědomovat vzájemný kontext s etikou, to znamená že profesionální etice je třeba věnovat velkou pozornost.

Profesní etika sociální práce tedy reflektuje systémy hodnot a norem, jimiž se sociální práce řídí a které zpravidla předkládá skrze tzv. etické kodexy. Sociálním pracovníkům má kodex pomoci, aby se dokázali orientovat zejména tehdy, když musí v rámci své práce s klientem činit rozhodnutí, které má charakter řešení hodnotových problémů nebo dilemat (Elichová, 2017, s. 60).

Sociální (zdravotně sociální) pracovník vystupuje jednak jako zástupce majoritní společnosti (státu), jednak jako prostředník mezi klientem a společností, z čehož je zřejmé, že musí jednat tak, aby neutrpěla křehkost složitého vztahu společnost/ stát – sociální pracovník – klient (Kutnohorská, Cichá, Goldmann, 2011, s. 86).

Elichová (2017, s. 40-45) představuje základní hodnoty sociální práce v tomto pořadí:

- a) hodnota lidství (důstojnosti) a jeho naplňování,
- b) hodnota úcty,
- c) hodnota svobody, spojená s principem odpovědnosti a seberealizace, s cílem utvářet,
- d) vlastní života, za který každý neseme odpovědnost,
- e) hodnota sociální spravedlnosti společně s principy solidarity, subsidiarity a participace,
- f) hodnota komplexnosti spočívající ve vnímání komplexnosti člověka, v kooperaci,
- g) spolupráci s odborníky z dalších profesí,
- h) hodnota profesionality s prvky, k nimž patří odborné znalosti, vlastnosti sociálního,
- i) pracovníka, schopnost práce s klienty a odborné kompetence.

Sociální pracovník se s těmito hodnotami musí ztotožnit, pokud chce vykonávat svou práci profesionálně a v souladu s hodnotami. Díky těmto hodnotám (i svým vlastním) si

tak může uvědomit, co je správné a co není, a proč tomu tak je. Pracovník se hodnotami řídí nejen kvůli klientovi, své profesi, spolupracovníkům, zaměstnavateli, nebo společnosti, ale i kvůli sobě; potřebuje je, aby se v praxi mohl správně rozhodovat.

### **3 Reforma péče o duševní zdraví**

Od roku 1989 jsou v českém prostředí zjevné snahy o reformu systému psychiatrické péče, jež si kladou za cíl rozvinutí komunitní péče a omezení počtu psychiatrických lůžek.

Pěč (in Kalvach a kol., 2011, s. 213-214) například datuje vznik našich prvních komunitních zařízení již od devadesátých let minulého století a dále popisuje, že komunitní péče představuje široký soubor služeb, programů a zařízení, jejichž cílem je pomoci lidem žít co nejlépe v podmínkách běžného života.

Reformní snahy probíhají v souladu a v návaznosti na deinstitucionalizaci duševně nemocných ve většině evropských zemí a jsou v souladu s politikou Evropské unie.

Výsledkem těchto snah je částečný pokles lůžkové kapacity v psychiatrických nemocnicích, investice do rozvoje péče v komunitě však nadále zůstávají nedostatečné.

V roce 2013 byla zahájena reforma psychiatrické péče, která aktuálně probíhá a za hlavní cíl si klade zvýšení kvality života duševně nemocných. Mezi hlavní zaváděné strukturální změny patří rozvoj sítě Center duševního zdraví (Páv a kol., 2017, s. 11-12).

Hlavním iniciátorem reformy psychiatrické péče bylo Ministerstvo zdravotnictví a důvodem byl rigidní systém institucionální psychiatrické péče uskutečňované v zastaralých psychiatrických léčebnách, které svým konceptem neodpovídají moderní péči.

V odborné psychiatrické praxi je diskutována reforma stávajícího systému psychiatrické péče, která je založena na zařízeních lůžkové péče a systému ambulantních služeb. Přes dosažené legislativní změny v oblasti práv pacientů nebyla dosud zásadní změna systému psychiatrické péče uskutečněna. Reforma psychiatrické péče by do budoucna měla spočívat ve větším propojení zdravotní a sociální péče, v rozvoji komunitní péče, v přiblížení se přirozenému prostředí klienta, v restrukturalizaci lůžkové péče a v zajištění humánnějších podmínek péče s respektem ke klientovi a jeho potřebám (Pastucha in Špatenková, 2017, s. 96).

#### **3.1 Reformní strategické cíle**

Přestože řada reformních změn v systému psychiatrické péče probíhá, je nutné si uvědomit, že se jedná o dlouhodobý proces, který zasahuje do všech oblastí poskytované péče, a který musí probíhat kontinuálně a v souladu se zvolenými strategickými cíli, které směřují k vyšší kvalitě života lidí s duševním onemocněním.

Hollý (in Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s.32) popisuje strategické cíle následovně:

- Zvýšit kvalitu psychiatrické péče systémovou změnou organizace jejího poskytování.
- Omezit stigmatizaci duševně nemocných a oboru psychiatrie obecně.
- Zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.
- Zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.
- Zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšení podmínek pro zaměstnanost, vzdělávání, bydlení aj.).
- Zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.
- Humanizovat psychiatrickou péči.

### **3.1.1 Cíl č. 1**

Prvním cílem je zvýšení kvality poskytované péče systémovou změnou organizace a jejího poskytování.

Autoři Klepáčová, Krejčí, Černá (2022, s. 61) popisují, že cílem systémové změny, která je v současnosti trendem ve všech členských státech EU, je deinstitucionalizace neboli odklon od tradiční ústavní péče k sociálním službám poskytujícím péči v přirozené komunitě klienta.

Orel (2016, s. 25) shodně považuje za prioritní omezování počtu psychiatrických lůžek, posilování ambulantní a komplementární péče a vytváření podpůrné funkční sítě psychiatricko-psychologicko-sociální péče.

Kapacita nemocnic by se měla nadále zmenšovat ve prospěch vzniku nových služeb a její institucionální charakter péče by měl být směřován k péči komunitní. Celkově by systémová změna organizace psychiatrické péče měla přinést zkvalitnění služeb, dostupnost a efektivnost péče.

### **3.1.2 Cíl č. 2**

Druhým ze strategických cílů je omezení stigmatizace duševně nemocných a oboru psychiatrie.

Jak uvádí Orel (2020, s. 67), příznaky řady duševních poruch jsou dlouhodobého rázu a jejich přítomnost je ve společnosti spojena s řadou nedorozumění, předsudků, obav a nese významné riziko odmítání či vyloučení s negativním nálepkováním-stigmatizací.

Snahou reformy je proto podpora destigmatizačních a osvětových aktivit, jako pořádání reklamních kampaní o zvyšování informovanosti veřejnosti o duševních nemocech, vzdělávání odborných pracovníků. Efektivní mohou být i mediální aplikace (filmy, počítačové programy). Největší míru podpory zatím nesou především ti, kdo mají osobní zkušenost s problematikou duševně nemocných. Politická podpora v tomto směru je slabá, stejně jako legislativní změny.

### **3.1.3 Cíl č. 3**

Třetím cílem je zvýšit spokojenost uživatelů s poskytovanou psychiatrickou péčí.

Klíčovým předpokladem pro naplnění tohoto cíle je komplexní, kvalitně poskytovaná péče.

Petr (in Petr, Marková, 2014, s. 42) jsou názoru, že způsob organizace zdravotních služeb významnou mírou ovlivňuje kvalitu poskytovaných služeb a spokojenost jejich uživatelů.

V této souvislosti je třeba zohlednit dostupnost služeb, podpořit rozvoj plánovaných ambulantních služeb, akutní lůžkové péče, nových služeb tak, aby poskytovaná péče a přístup k ní byly pro všechny stejné.

### **3.1.4 Cíl č. 4**

Čtvrtým cílem je zvýšit efektivitu psychiatrické péče včasnou diagnostikou a identifikací skryté psychiatrické nemoci.

Včasná identifikace duševního onemocnění, jeho diagnostika a výběr terapeutického postupu je zcela v kompetenci psychiatra, který má oporu ve vzdělání, dalším návazném vzdělávání v oboru, specializačních studiích, zkušenostech svých i kolegů v oboru, diagnostických a vyšetřovacích metodách apod. Dušek, Večeřová-Procházková (2015, s. 22) v této spojitosti poznamenávají, že diagnostika v psychiatrii patří mezi nejobtížnější ze všech medicínských oborů. Libiger (in Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 36) dodává, že diagnóza má mít některé důležité vlastnosti: má být skutečná (validní) a spolehlivá (reliabilní).

Pro naplnění tohoto cíle je jistě důležitá podpora výzkumu, výzkumných projektů lékařských věd (neurologie, psychiatrie, farmakologie). Kromě identifikace duševních onemocnění je třeba se současně zaměřit i na preventivní opatření, edukaci a péči o duševní zdraví.

### **3.1.5 Cíl č. 5**

Pátým cílem je zvýšit úspěšnost plnohodnotného začleňování duševně nemocných do společnosti (zejména zlepšením podmínek pro jejich zaměstnanost, vzdělávání a bydlení aj.).

V maximální možné míře by mělo být podporováno posílení účasti osob s duševním onemocněním. Sociální integrace ve smyslu participace je klíčová pro podporu dlouhodobé psychické a sociální stability a umožnění zdraví a spokojenosti. Klienti potřebují podpořit v mnoha oblastech se zaměřením na nácvik a obnovení sociálních dovedností.

Jedním z důvodů, který v řadě případů výrazně limituje možnost plné integrace dlouhodobě duševně nemocných do běžných životních podmínek, včetně možnosti vlastního bydlení jsou nízké invalidní důchody a nízké příspěvky na péči (Juříčková, Ivanová, Filka, 2013, s. 130).

Cílem je umožnit duševně nemocným účastnit se veřejného a soukromého života stejně jako zdravým lidem, proto systém péče musí být úzce zapojen do sociálního, vzdělávacího a zdravotního systému. Duševně nemocní jsou často odkazováni na sociální pracovníky, case managery a další kontaktní osoby a na příslušné organizace zabývající se touto tematikou. Příkladem jsou Centra duševního zdraví, chráněná bydlení, komunitní zařízení, chráněné dílny, úřady práce, která poskytují či zprostředkovávají integraci v oblastech zaměstnání, bydlení, vzdělávání a volnočasových aktivit. Další cestou k cíli může být rozšiřování svépomocných skupin, nebo patientských organizací.

### **3.1.6 Cíl č. 6**

Šestým cílem je zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb.

Stále se řeší nejasné rozhraní zdravotní a sociální péče, což platí i pro péči o duševně nemocné. Podle Kalvacha (2011) je pro zajištění kontinuity péče během a po propuštění pacienta z lůžkového zdravotnického zařízení z pohledu kontinuity a efektivního poskytování sociálně zdravotní péče a návaznosti péče formální a neformální, potřeba činnosti koordinovat.

A právě období propouštění z nemocnice je klíčové pro volbu a organizaci další následné odborné péče. Z multidisciplinárního týmu jsou v této fázi nezastupitelní

především: ošetřující lékař, praktický lékař (který se v současnosti v ČR vůbec nemusí dozvědět o proběhlé hospitalizaci pacienta) a sociální pracovník (Kuzníková, 2017, s. 68).

Mahrová, Venglářová (2008, s. 133) se domnívají, že optimální při zajištění péče pro pacienty s psychotickým onemocněním probíhá v rámci komunitního přístupu, ve kterém je nabídka služeb pestrá a navzájem provázaná. Propojuje nejen sociální služby mezi sebou, ale i oblast zdravotní a sociální.

Jmenované služby pro lidi s duševním onemocněním jsou organizované v rámci různých resortů a územně samosprávných celků. Obce by měly pružněji reagovat na potřeby duševně nemocných. Cílem je dostatečné propojení těchto služeb, aby osoby s duševním onemocněním mohly nalézt uplatnění ve společnosti. Mimo propojování služeb je nutná mezioborová a meziresortní spolupráce a multiprofesní přístup.

### **3.1.7 Cíl č. 7**

Sedmým cílem je humanizace psychiatrické péče.

Celosvětové trendy v oblasti duševního zdraví akcentují velmi důrazně princip humanizace systému péče o osoby s duševní poruchou, kladou důraz na dodržování lidských práv a důstojnost osob s duševní poruchou a na poskytování péče těmto osobám v co nejméně omezujícím prostředí (Juříčková, Ivanová, Filka, 2013, s. 134).

Model institucionální psychiatrické péče je u nás zastoupen nejvíce a komunitních služeb zatím není dostačující množství. Pro zvýšení kvality života psychiatrických klientů je proto žádoucí přizpůsobit stávající prostředí tak, aby podmínky v něm byly humánní.

Cílem je zlepšení prostředí investováním do úprav psychiatrických nemocnic, jednotlivých oddělení a jejich okolí. Přestože je řešení duševních poruch prioritní, jsou kromě léčebných plánů důležité i aspekty životního prostředí a opatření zaměřená na zlepšení sociálního prostředí. Tyto faktory jsou ekonomické povahy, dané systémovým nastavením.

Vzhledem k faktu, že reforma psychiatrie je u nás zahájena o mnoho let později než ve většině evropských zemí, je vhodné důkladně analyzovat zahraniční zkušenosti, abychom minimalizovali rizika procesu změny (Hollý in Hosák, Hrdlička, Libiger, 2015, s. 33). Samotná strategie a její realizace by měly pružně reagovat na aktuální celospolečenskou situaci, jelikož v průběhu reformních změn se budou měnit podmínky socioekonomické, politické, legislativní, ekologické, demografické, mohou se objevit nové medicínské poznatky a léčebné přístupy.

Největší změna v systému psychiatrické péče se týká především propojenosti zdravotních a sociálních služeb, která bude vyžadovat vzájemnou multidisciplinární spolupráci.

Základními pilíři, na kterých Strategie reformy psychiatrické péče staví jsou psychiatrické nemocnice, Centra duševního zdraví, psychiatrické ambulance úzce spolupracující s ambulancemi klinických psychologů a psychiatrická oddělení nemocnic.

Vzhledem k povaze mé diplomové práce se v následující podkapitole budu věnovat jen jednomu ze jmenovaných pilířů Strategie reformy psychiatrické péče, a to psychiatrické nemocnici. V této souvislosti nás bude zajímat organizace psychiatrické péče v obecné rovině a její podrobnější zaměření na lůžkovou péči.

### **3.2 Organizace psychiatrické péče v ČR**

Lidem s duševním onemocněním by měl být nabízen ucelený systém služeb.

V současné době můžeme psychiatrickou péči rozdělit do tří oblastí:

- Ambulantní péče
- Intermediální péče
- Lůžková péče (Slezáková, 2013, s. 188)

Psychiatrická péče je realizovaná prostřednictvím sítě psychiatrických zařízení lůžkových, ambulantních a komplementárních. Pro zajištění efektivity v péči patří neodmyslitelně spolupráce mezi jednotlivými složkami, propojenost a návaznost na síť služeb psychologických, psychoterapeutických a sociálních (Orel, 2020, s. 22).

Pro řadu duševních onemocnění a poruch je zcela nezbytná hospitalizace a lůžková péče v psychiatrickém zařízení.

Orel (2016, s. 22-24) uvádí, že lůžkovou péči lze uskutečnit v rámci psychiatrických oddělení nemocnic, psychiatrických klinik ve fakultních nemocnicích (při lékařských fakultách) nebo v psychiatrických nemocnicích (léčebnách). Psychiatrické nemocnice jsou vesměs spádové a jsou tedy určeny pro určitou oblast. Zajišťují dobrovolnou i nedobrovolnou léčbu.

Pacient je k hospitalizaci nejčastěji doporučen lékařem (praktický lékař, psychiatr, neurolog), psychologem či psychoterapeutem. V akutním stavu může být dopraven rychlou záchrannou službou, policií, překladem z jiného zdravotnického nebo sociálního zařízení. V krizové situaci se může pacient dostavit sám anebo s doprovodem blízkých osob.



Z toho nejobecnějšího hlediska do systému péče o duševně nemocné patří všichni lidé vyskytující se v jejich blízkosti, a ti, kteří tvoří nedílnou součást jejich života. Největší základ tvoří rodina, přátelé, učitelé nebo spolupracovníci, komunita, ve které klient žije.

V případě potřeby odborné pomoci nastupuje síť pomáhajících pracovníků, specialistů, zařízení a organizací (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 44-45).

Úkolem sociálního pracovníka je klienta do tohoto systému přivést, pomoci mu zvolit okruh služeb, které právě on a jeho rodina mohou využít, pak ho systémem provázet a spolupracovat s ním v oblasti konkrétních postupů sociální práce (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 44).

### **3.2.1 Lůžková psychiatrická péče**

Pastucha (in Špatenková, 2017, s. 96) udává zajištění lůžkové péče v psychiatrických nemocnicích v počtu více než 9000 lůžek (včetně dětských) a dalších přibližně 1250 lůžek je umístěno na psychiatrických odděleních nemocnic. Menší psychiatrická oddělení nemocnic ale nejsou schopna poskytovat nepřetržitou celodenní péči z důvodů nedostatku kvalifikovaného personálu.

Z uvedeného je zřejmé, že většina lůžkového fondu v oblasti psychiatrické péče je v současné době v psychiatrických nemocnicích, kde není dostatek klíčových odborníků (psychiatri, psychologové, psychiatrické sestry, sociální pracovníci), kteří by měli vzdělání a zkušenosti pro práci s duševně nemocnými.

Z hlediska délky péče můžeme rozdělit hospitalizace na akutní krizovou (krátkodobá péče 3-5 dní), akutní péči hospitalizační na uzavřených nebo otevřených odděleních nemocnic (4-6 týdnů) a následnou péči dlouhodobou. Základní funkcí akutní lůžkové péče je především posouzení stavu nemocného, návrh léčby, ochrana pacienta před poškozením, ochrana před poškozením ostatních, někdy je nutná ochrana i před prostředím, které duševní poruchu vyvolalo nebo zhoršilo. Během hospitalizace je klientovi poskytována péče celým terapeutickým týmem, které tvoří lékař-psychiatr, sestry, psycholog a sociální pracovníci (Slezáková, 2013, s. 189).

Webb (2017, s. 127) v souvislosti s lůžkovou péčí poznamenává, že mezi další řadu výzev, které ovlivňují práci sociálních pracovníků ve zdravotnictví, patří neustále rostoucí význam tržně řízených strategií omezování nákladů, zkrácení doby hospitalizací a tlak na rychlé propouštění, dále demografické změny, jako je rostoucí počet chronicky nemocných.

U pacientů s chronickou závažnou duševní poruchou, u nichž pomine potřeba lůžkové zdravotní péče, ale nejsou schopni samostatně fungovat v běžném životě, tedy ani v chráněném bydlení není dořešena otázka návazné péče, a to je jeden z důvodů proč klienti setrvávají delší dobu v ústavním zařízení, než je potřebné a nezbytně nutné.

K dalším pak patří důvody sociální.

Páv (2017, s. 12) potvrzuje, že určitá skupina nemocných je v psychiatrických zařízeních hospitalizována déle než rok, někteří i několik let, a jen část z nich je po propuštění schopna žít běžný život mimo psychiatrickou nemocnici. Zatím však není vypracovaná metodika přístupu k této skupině nemocných, která by se v těchto zařízeních uplatňovala, mapovala psychosociální potřeby nemocných, individualizovala proces péče a řídila průběh léčby s ohledem na cíle a potřeby nemocných a zároveň byla v souladu s cíli reformy psychiatrické péče. V neposlední řadě je také nutné seznamovat co nejširší okruh profesionálů s novými koncepty a nalézat způsoby odlišného fungování v reformovaném systému, včetně hledání smysluplných rolí pro všechny účastníky.

Nesmíme zapomínat na postoj samotných pacientů k hospitalizaci, který se může různit v závislosti na mnoha faktorech, kterými jsou: psychiatrická diagnóza, osobnost pacienta, jeho sociální situace, ale i předchozí zkušenosti s hospitalizací. Platí, že někteří pacienti nejsou schopni samostatně fungovat v běžném životě, tedy ani v chráněném bydlení.

## Empirická část

Na teoretickou část navazuje praktická část výzkumu, pro kterou jsem zvolila kvalitativní přístup.

Podstatou kvalitativního výzkumu je dle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 24) doširoka rozprostřený sběr dat bez předem stanovených hypotéz a výzkumný projekt není závislý na teorii, kterou již předtím někdo vybudoval. Jde o to do hloubky a kontextuálně zakotveně prozkoumat určitý široce definovaný jev a přinést o něm maximální množství informací. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, teprve po nasbírání dostatečného množství dat začíná výzkumník pátrat po pravidelnostech, které se v těchto datech vyskytují, formuluje předběžné závěry a hledá pro ně další oporu v datech.

V této části se zaměřím na cíl výzkumu, výzkumné otázky, vymezení a odůvodnění výzkumné metody a na techniku sběru dat, která by měla dát odpověď na výzkumné otázky. V závěru této části se věnuji tomu, jak by bylo možné poznatky z výzkumu uplatnit v praxi.

## 4 Výzkumný problém

Problematikou sociální práce s různými cílovými skupinami se u nás zabývá zejména Matoušek ve svých publikacích *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci* (2021) a *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi* (2008), dále Mátel v knize *Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor* (2019), Mahrová a Venglářová v *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním* (2008), prostřednictvím textů jsem měla možnost se blíže seznámit se základními znalostmi o teoriích sociální práce, profesi sociálních pracovníků, přístupech a metodách práce s duševně nemocnými.

Ze zahraniční literatury jsem vybrala tituly autorů, kteří se také zabývají oborem sociální práce v kontextu psychiatrické péče – Zastrow, Hessenauer (*Empowerment Series: Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People*, 2022), Griertz et al. (*Hard to reach: Schwer erreichbares Klientel unterstützen*, 2021), Schiffner (*Die Chronifizierung psychischer Störungen und Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit*, 2021). V publikaci *Sociale Arbeit in der Psychiatrie* (Bischkopf et al., 2023) autoři detailně popisují přístupy práce k psychiatrickým klientům, poskytují praktické rady sociálním pracovníkům, což vnímám jako významnou oporu pro využití

v praxi (první kontakt s pacientem, zásady komunikace, vedení dokumentace, sestavení individuálního plánu). V průvodci sociální práce *How to Use Social Work Theory in Practice: An Essential Guide* (Payne, 2020) autor podobně představuje ukázky motivačních rozhovorů, krizových strategií, zaujal mě tzv. přístup zaměřený na člověka, který vychází z klientových pocitů a vnímání světa, dále proces zotavení, který je zaměřen na silné stránky jednotlivce. Autor seznamuje čtenáře s moderními trendy současné sociální práce v psychiatrii. Získala jsem potřebné informace, nový úhel pohledu na popisovanou problematiku. Inspirativní hodnotu pro mě má právě přístup zaměřený na člověka, kterého mohu sama využít ve svém oboru.

Teoretické informace o sociální práci ve zdravotnictví, o etických hodnotách jsem čerpala z literatury autorů: Kutnohorská, Cichá a Goldmann (*Etika pro zdravotně sociální pracovníky*, 2011) Kuzníková (*Sociální práce ve zdravotnictví*, 2011), Elichová (*Sociální práce: Aktuální otázky*, 2017).

Informace o duševních onemocněních, o organizaci psychiatrické péče, reformních cílech jsem vyhledala v titulech autorů Probstové, Pěče (*Psychiatrie pro sociální pracovníky*, 2014), Ocisková, Praško (*Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*, 2015), Novák, Lásková (*Peklo v duši: deprese a mánie*, 2016), Orel (*Nauka o nemocech duše*, 2020).

Některé tituly našich autorů nejsou nové, ale uvedené poznatky z teorie a praxe jsou platné a domnívám se, že pro základní vymezení problematiky, kterou se v diplomové práci zabývám, jsou dostačující.

Výzkumy na podobné téma již byly realizovány s použitím různých metod, nejvíce využívanou metodou byly kvalitativní rozhovory, případové studie, kazuistiky, menší část formou dotazníkových šetření. Problematice profese sociálních pracovníků je věnována dostatečná pozornost, méně je výzkumů v oblasti psychiatrické péče a samotných uživatelů služeb. Navzdory tomu, že se jedná o profesi, která se věnuje posílení uživatelů služeb, v empirických studiích sociální práce v oblasti duševního zdraví dominují perspektivy samotných sociálních pracovníků, méně často se uvádí, co oceňují uživatelé služeb, nebo co si myslí o sociální práci v oblasti duševního zdraví jako takové. Mezi běžné předměty šetření patří role sociální práce v legislativě duševního zdraví; pracovní spokojenost, samostatnost a stres sociálního pracovníka; teorie sociální práce a modely zotavení; pojetí rolí a multidisciplinární práce; vzdělávání, supervize a etika sociální práce. Výhodou oblasti sociální práce je široké pole působnosti, ve kterém je možné zkoumat velké množství jevů.

## 4.1 Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumné práce je charakterizovat profesi sociálních pracovníků v psychiatrické nemocnici, zjistit, jaké jsou výzvy jejich práce, jaké faktory jsou limitující a ovlivňují plnění pracovních požadavků. Nemohu vyřešit společenské, profesní limity, podmínky, ale i přes existenci problémů bych chtěla zjistit, jakým způsobem se daří pracovníkům řešit případná úskalí, co je motivuje a jakou podporu potřebují. Mým záměrem je nejen zmonitorovat profesní roli těchto pracovníků v přímé péči, ale také se zaměřit na zdroje jejich podpory, zjistit míru pracovní zátěže, zjistit, jaká rizika jsou identifikována účastníky výzkumu, s jakými profesními výzvami se setkávají, a které popisují. Zároveň bych chtěla zhodnotit míru ocenění a preferencí klientů pro různé sociální pracovníky.

V dílčích cílech popisuji, jaká je role a činnost sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici, jaká jsou specifika práce s psychiatrickými klienty, jak probíhá vzájemná spolupráce s dalšími odborníky, jaký přínos má jeho práce pro uživatele služeb a v jakých oblastech.

## 4.2 Výzkumný soubor

Pro svůj výzkum jsem vybrala výzkumný vzorek sociálních pracovníků působících v psychiatrické nemocnici a duševně nemocných klientů. Doporučením v analýze IPA je cílený výběr malého množství respondentů, důraz je kladen na to, aby tento vzorek tvořil homogenní skupinu. Další mou oporou jsou teoretická tvrzení níže uvedených autorů.

V kvalitativním výzkumu provádíme vždy záměrný výběr výzkumného vzorku, protože nám jde o výběr případů, osob, které jsou nositelem určitých vlastností. Můžeme vybírat soubor malého rozsahu. Záměrný výběr vyžaduje poměrně rozsáhlé znalosti o základním souboru (Kutnohorská, 2009, s. 32).

Švaříček (in Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 34) sdělují, že důvěryhodnost výzkumu zvyšuje pečlivý výběr účastníků výzkumu, kteří musí mít bohaté životní zkušenosti se zkoumaným jevem, výzkumník by měl zdůvodnit výběr účastníků výzkumu.

Podle sociologů Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 72-73) není v kvalitativním výzkumu cílem výběru vzorku požadavek, aby reprezentoval populaci, ale určitý problém.

Rozhovory jsem proto vedla s cíleně vybranými odborníky, se čtyřmi sociálními pracovníci, z nichž dvě jsou sociální pracovníce a dvě jsou zdravotně sociální

pracovnice. Mají odborné vzdělání, dostatečně dlouhou praxi a v psychiatrické nemocnici působí minimálně pět let.

Další skupinou respondentů jsou pacienti, kteří byli hospitalizováni v psychiatrické nemocnici. Využila jsem svou znalost prostředí a vzhledem k mé profesi ergoterapeutky jsem záměrně vybrala čtyři klienty s ukončenou hospitalizací. Pro zařazení do výzkumu jsem stanovila následující kritéria:

- Stabilní zdravotní stav (psychický a somatický) v době realizace výzkumu (současné remise onemocnění).
- Minimální věk respondenta je 18 let.
- Respondent je svéprávný, bez kognitivního deficitu.
- Respondenti mají různý typ psychiatrických diagnóz.
- Průměrná délka hospitalizace 2-3 měsíce.
- Počet předchozích hospitalizací není rozhodující.

Každý klient byl odměněn částkou 300,- Kč po ukončení rozhovoru, aby nebyl ovlivněn samotný rozhovor. O odměně nikdo z respondentů nebyl informován předem. Finančním obnosem jsem chtěla vyjádřit své poděkování za ochotu a čas, který mi každý klient věnoval a také jsem chtěla kompenzovat náklady klientů spojené s dopravou.

Jak jsem již uvedla, podmínkou pro obě skupiny respondentů bylo zachování anonymity a získání písemného souhlasu.

Každý z respondentů byl předem ústně i písemně seznámen s důvodem našeho rozhovoru, s časovou dotací na rozhovor, k jakému účelu bude využit a proč byl s žádostí osloven právě on. Respondenti podepisovali informovaný souhlas, který je v příloze diplomové práce.

Respondenty jsem seznámila s možností kdykoli rozhovor ukončit, nebo neodpovídat, pokud by byla položená otázka nepříjemná. Respondenti souhlasili i s nahráváním zvukového záznamu, který bude po dokončení výzkumu znehodnocen, vymazán. Seznámila jsem je i s okruhy témat, která se týkají rozhovoru, s cíli a záměry výzkumu. Pro zachování anonymity jsou osobní údaje účastníků uvedeny nepřesně, například iniciály SP (sociální pracovnice) a písmeno K (klient), pořadí jednotlivých respondentů je označeno číselně (SP 1-4, K 1-4). Tímto způsobem jsem se snažila upevnit naši vzájemnou důvěru.

Na základě dohody s jednotlivci jsem vytvořila tabulku s časovým harmonogramem, kterou pro přehled uvádím.

Tabulka č. 1 Časový harmonogram rozhovorů s respondenty

<b>Respondenti</b>	<b>Realizace rozhovoru</b>	<b>Doba trvání rozhovoru</b>	<b>Přepis rozhovoru, kódování</b>
SP 1	1.11.2022	65 minut	1.11.2022- 13.11.2022
SP 2	14.11.2022	63 minut	14.11.2022- 20.11.2022
SP 3	5.12.2022	55 minut	5.12.2022- 11.12.2022
SP 4	12.12.2022	55 minut	12.12.2022- 18.12.2022
K 1	21.11.2022	42 minut	21.11.2022- 27.11.2022
K 2	28.11.2022	27 minut	28.11.2022- 4.12.2022
K 3	19.12.2022	35 minut	19.12.2022- 30.12.2022
K 4	2.1.2023	37 minut	2.1.2023- 8.1.2023

Zdroj: vlastní

### 4.3 Výzkumná strategie

Protože cílem výzkumu je snaha o porozumění zkušenosti respondentů, pro výzkumné účely byla zvolena interpretativní fenomenologická analýza, která se soustřeďuje na žitou zkušenost člověka v určitých podmínkách, a na porozumění prožité zkušenosti. Zvolenou metodu je vhodné využít ke zkoumání každodenního života u skupiny vybraných respondentů.

Předpokládaná metoda interpretativní fenomenologická analýza (interpretative phenomenologic analysis, dále jen IPA) zjišťuje a popisuje zkušenost respondentů z hlediska toho, jak si oni sami utvářejí realitu, a toho, jaký jí oni sami dávají význam a smysl. Prostřednictvím této metody získáváme další nástroj kvalitativního výzkumu, který nám umožňuje proniknout do významů a zkušeností jedinců i sociálních skupin (Šuráňová in Gulová, Šíp, 2013, s. 105).

Velkou výhodou této metody z pohledu výzkumníka může být skutečnost, že jí může využít i bez komplexních filozofických znalostí. Současně je IPA závislá na individualitě výzkumníka a poskytuje prostor pro kreativní práci (Havránková, 2021, s. 82).

Základním úkolem je objasnit, jak se lidé v daném prostředí a situaci dobírají pochopení toho, co se děje, proč jednají určitým způsobem a jak organizují své všednodenní aktivity a interakce. Data se induktivně analyzují a interpretují. Výzkumník ve svém hledání významů a snaze pochopit aktuální dění vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal (Hendl, 2005, s. 52).

Hlavním nástrojem je výzkumník sám, k respondentovi přistupuje v pozici tazatele se svými vlastními zkušenostmi a úvahami, které mu umožňují porozumět prožitým zkušenostem respondentů a dále je interpretovat.

#### 4.4 Výzkumné otázky

Výzkumná otázka se ptá, jak určitý jedinec či skupina vnímají či prožívají určitou situaci. Primárně je zaměřena na porozumění individuální zkušenosti a jejímu významu. Měla by explorovat, nikoli objasňovat, proto se spíše zaměřuje na proces než výsledek a spíše na význam než na konkrétní příčiny a důsledky událostí (Řiháček, Čermák, Hytych, 2013, s. 12).

Formulace hlavní výzkumné otázky zní takto: Jak sociální pracovník v psychiatrické nemocnici vnímá svou roli a v čem spatřuje její význam?

Bude mě zajímat žitá zkušenost sociálních pracovníků, nejen jejich běžné pracovní činnosti, tedy co mají v popisu práce, jaké úkoly řeší, s kým spolupracují, ale budu zjišťovat i další aspekty jejich práce, jaké zátěžové faktory ovlivňují pracovní výkon, co je při práci limituje, zda a jaké mají druhy podpory, jaká specifika přináší práce s cílovou skupinou duševně nemocných, jakou mají roli při práci s pacienty, jaké potřeby a požadavky pacienti mají, jaké jsou přínosy práce sociálních pracovníků z pohledu jejich pacientů.

K zodpovězení hlavní výzkumné otázky jsem si stanovila dílčí cíle a výzkumné otázky, které budou představovat zúžení a konkretizování výzkumného problému. Současně budou důležitou oporou při interpretaci výsledných závěrů výzkumu.

Z výše uvedeného jsem stanovila dílčí cíle s výzkumnými otázkami (DVO), jimiž jsou:

DVO1: Jaká je role sociálního pracovníka v práci s duševně nemocným klientem? Otázka se zaměřuje na činnosti sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici.

DVO2: Jaká specifika přináší práce s duševně nemocnými, jak vnímají vzájemnou spolupráci při výkonu povolání? Tato otázka se týká cílové skupiny uživatelů služby a specifík práce s psychiatrickými klienty.

DVO3: Jakou úlohu má sociální pracovník v multidisciplinárním týmu, s kým nejčastěji spolupracuje? Otázka směřuje na interní a externí spolupráci.

DVO4: Jaké limity práce identifikují sociální pracovníci při výkonu svého povolání v psychiatrické nemocnici? Co vnímají jako zátěž a co je naopak motivuje? Otázka zjišťuje faktory mající vliv na výkon práce.



DVO5: Jaké přínosy sociální péče očekává a vnímá uživatel služby, jakou pomoc a podporu očekává? Otázka reflektuje, jakou zkušenost má uživatel služby s podporou sociálního pracovníka, jaká byla jeho očekávání a jaká byla skutečná pomoc. Otázka dále reflektuje přínosy práce sociálních pracovníků z pohledu pacientů.

#### **4.5 Metoda sběru dat – teoretický rámec**

Jako techniku sběru dat jsem zvolila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými otázkami a otázkami doplňujícími, s jehož pomocí je popsáno, co obnáší profese sociálního pracovníka, jeho vztah k profesi, fungování v praxi, co ho motivuje, limituje, jaké problémy řeší, jaké jsou vzájemné vztahy s klienty a jaký přínos má jeho práce pro uživatele služby. Druhou skupinou respondentů jsou pacienti, u nichž jsem také zvolila polostrukturovaný rozhovor s otevřenými a doplňujícími otázkami. Pomocí těchto otázek je popsáno, jaké přínosy očekává a vnímá uživatel péče od sociálního pracovníka, jakou pomoc potřebuje a jaká je jeho spolupráce a komunikace se sociálními pracovníky.

Ve výzkumu je použita kvalitativní metodologie, konkrétně metoda získávání dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru.

Polostrukturované rozhovory slouží typicky k práci s užším jasně vymezeným tématem, umožňují snazší zpracování výsledků a současně umožňují se doptávat a také téma posouvat či rozšiřovat v případě, že dojde k zajímavému zjištění či dojde k místu, které je třeba dovysvětlit (Černý, 2018, s. 72).

Polostrukturovaný rozhovor se vyznačuje tím, že má připravený soubor témat/otázek, který bude jeho předmětem, aniž by bylo předem striktně stanoveno jejich pořadí. Tazatel může částečně modifikovat formulace pokládaných otázek, nezbytné ale je, aby byly probrány všechny (Reichel, 2009, s. 111).

Miovský (2006, s. 160-161) je názoru, že u polostrukturovaného rozhovoru mají význam také vnější okolnosti: prostředí v němž rozhovor probíhá, doba rozhovoru apod.

Výhodou tohoto druhu rozhovoru je jeho kreativita, což představuje pro výzkumníka velkou podporu. Může si dělat poznámky pouze pro svou potřebu a na záznamu nalezne vše, co bylo řečeno (Miovský, 2006, s. 197).

Při dotazování je důležité, abychom byli dostatečně otevření ke zkušenosti respondentů. Základem pro tuto metodu jsou otevřené otázky, které klademe tak, aby nedošlo k omezení autenticity jejich zkušenosti. Podstatou položených otázek je

vytvoření prostoru pro a podmínek pro sebevyjádření (Šuráňová in Gulová, Šíp, 2013, s. 108).

#### **4.6 Způsob zpracování dat**

Vycházela jsem z principů IPA, tzn., že přepis a analýza jednotlivých rozhovorů byly realizovány chronologicky, s ohledem na pořadí, v jakém byly pořizovány. Každý rozhovor jsem tedy realizovala až poté, co byl analyzován rozhovor předchozí. Zaznamenávala jsem i své osobní postřehy. Data získaná od respondentů jsem zaznamenávala formou audiozáznamu. Takto získaná data jsem poté upravila tak, aby mohla být prováděna jejich obsahová analýza, Z audionahrávky byl rozhovor přepsán, jednalo se o doslovný přepis, o doslovnou transkripci, znamená to, že jsem mluvený projev přepsala do písemné podoby, včetně přechytlivostí, nespisovných slov. A současně jsem zaznamenala i neverbální projevy jako odmlky, smích, zakašlání (komentovaná transkripce) apod. Zpracování jednoho rozhovoru trvalo v průměru 6 hodin.

Rozhovory jsem vedla v časovém období čtyř měsíců, konkrétně od 1. listopadu 2022 do 28. února 2023. Průměrná délka jednoho rozhovoru se sociální pracovníci trvala 60 minut. U klientů byla průměrná časová dotace na jeden rozhovor kratší (35 minut), delší rozhovor by pro klienty byl zatěžující. Rozhovory byly realizovány ve vybrané psychiatrické nemocnici, po pracovní době, v klidném a bezpečném prostředí kanceláře mimo prostředí oddělení, pouze za účasti mé osoby jako výzkumníka a jednoho respondenta. Průběh rozhovoru probíhal bez problémů na základě připravených osnov s otázkami. Osnova pro rozhovor se sociálními pracovníci i s klienty obsahuje 18 základních otázek a 3 otázky doplňující. Obě osnovy jsou součástí příloh (Příloha č. 1, Příloha č. 2). V průběhu rozhovorů jsem si psala poznámky o mimoslovních projevech během pozorování, což jsem považovala za důležité pro další písemné zpracování dat. Při vedení rozhovoru bylo třeba u některých respondentů otázky podávat srozumitelněji, nebo je víckrát opakovat pro větší porozumění. Respondentům jsem nechávala volný prostor pro jejich vlastní názory, pocity a myšlenky.

Dále jsem použila techniku otevřeného kódování. Nejprve jsem každý přepsaný rozhovor několikrát přečetla, pečlivě jsem porovnávala, přehodnocovala a přezkoumávala podrobnosti a rozdíly ze získaných dat, podobné události a popisy jsem označila barevně a seskupila je do kategorií, které jsem označila obecnějšími pojmy vztahujícími se k určitému jevu, situaci, nebo činnosti (profese, vztahy, rizika, tým,

potřeby apod.). Text jsem redukovala a selektovala na podstatná data. Zaměřila jsem se na vztahy mezi tématy a kategoriemi. Každou kategorii jsem doplnila citacemi z rozhovorů. Přepisy rozhovorů jedné sociální pracovnice a jednoho klienta jsou na ukázkou uvedeny v Příloze č. 3 a v Příloze č. 5. V Příloze č. 4 a v Příloze č. 6 jsou vypracovány tabulky s vytvořenými obecnými kategoriemi a podkategoriemi.

Následné axiální kódování vytvořilo propojení mezi zmíněnými oblastmi. Během vytváření kategorií jsem si pokládala základní otázky: Kdo? O koho jde? V jakých rolích vystupují? S jakým záměrem aktéři jednají? Jak se cítí? Co je ovlivňuje? Proč? Co je zmiňované?

Jak uvádí Kutnohorská (2009, s. 66-67) během otevřeném kódování jsou údaje rozebrány na samostatné části a pečlivě prostudovány, což umožňuje určit kategorie. Axiální kódování stejné údaje novým způsobem skládá dohromady vytváření spojením mezi kategoriemi a subkategoriemi. Pomocí axiálního kódování vytváříme půdu pro selektivní kódování. Dále si již vytváříme představu o tom, o čem náš výzkum vlastně je, co jsme zjistili.

Sběr dat následovaný analýzou jsem prováděla v souladu s doporučením autorů Koutné-Kostínkové, Čermáka (in Řiháček a kol., 2013, s. 17-21) v několika navazujících fázích:

1. Opakovaný poslech rozhovorů a četba jejich přepisů.
2. Počáteční poznámky a komentáře.
3. Tvorba hlavních témat.
4. Propojování témat, hledání souvislostí.
5. Analýza dalšího případu (opakování fází 1-4).

Snažila jsem se nevynechat nic, co by pomohlo objasnit zkoumaný stav věcí.

V poslední fázi realizace kvalitativního výzkumu jsem interpretovala výsledky výzkumného šetření s ohledem na strukturu parciálních výzkumných otázek, závěrem jsem vypracovala shrnutí sledované problematiky a vyhodnocení dosažených cílů výzkumu.

Během sběru dat jsem se nesetkala s překážkami, problémy či riziky. Nicméně určité riziko představovala onemocnění klientů, které jsem musela brát v úvahu. Klienti ke své úloze respondentů přistupovali velmi zodpovědně, pozitivně a cítili se v ní potřebně.

## 4.7 Pozicionalita výzkumníka

Jako výzkumník jsem do výzkumu vstupovala s určitými předpoklady z vlastní zkušenosti z praxe na pozici ergoterapeuta a jsem si vědoma, že se jedná o zatížení ze strany výzkumníka a výsledky to tak teoreticky může ovlivnit.

S pacienty s duševním onemocněním pracuji téměř dvacet let a stále mě zajímá jejich individuální prožívání, vnímání a zkušenosti.

S jednotlivými respondenty jsem pracovně nebyla v žádném kontaktu, jako ergoterapeutka jsem s nimi nepracovala.

Protože ale hlavním předmětem zkoumání jsou sociální pracovníce, pro svůj výzkum jsem oslovila ty, se kterými nespolupracuji, které však splňují výše uvedená kritéria.

## 5 Etické aspekty výzkumu

Výzkum byl proveden na základě dodržení etických požadavků.

Podle Hendla (2005, str. 155) je pro zachování důvěryhodnosti výzkumníka, a pro zachování soukromí respondenta nutné při rozhovorech, jejich transkripci a při zveřejnění dat postupovat tak, aby byla zachována anonymita a chráněno soukromí dotazovaných.

Před zahájením samotného výzkumu jsem požádala o souhlas vybrané sociální pracovnice, které mi v období října 2022 poskytly písemný souhlas s provedením výzkumného šetření. Také od respondentů z řad bývalých klientů a zároveň uživatelů služeb jsem získala písemné souhlasy s výzkumným záměrem, jednotliví respondenti podepsali svůj souhlas v den zahájení rozhovoru, tj. v období od listopadu 2022 do ledna 2023.

Všichni vybraní respondenti byli před zahájením samotného výzkumu jednotlivě osloveni s dotazem, zda by byli ochotni se výzkumu zúčastnit. Individuálně jsem s jednotlivci domlouvala termíny rozhovorů a způsoby jejich provedení. Všechny respondenty jsem informovala o účelu a průběhu výzkumu, ubezpečila je o dodržení anonymity v průběhu rozhovoru i po jeho skončení. Upozornila jsem je také, že není jejich povinností odpovědět na všechny otázky a že mají právo neodpovídat na otázky, které se jim budou zdát nepříjemné. Před každým rozhovorem jsem respondenta přivítala a po skončení rozhovoru jsem respondentovi poskytla prostor pro případné další dotazy a poděkovala za spolupráci. Požádala jsem také o souhlas s nahráváním rozhovoru na záznamové zařízení, informace jsem po zpracování rozhovorů z tohoto zařízení smazala, taktéž písemné materiály a poznámky. Ponechala jsem informace na elektronickém úložišti dat, zálohovala jsem je na svém USB flash disku, který je přístupný pouze mně a data po skončení výzkumu z něj budou smazána. Z důvodu zajištění anonymity není v textu uveden název nemocnice, jména, věk, přesné pracovní zařazení, délka praxe a dosažené vzdělání klientů.

K základním etickým otázkám ve výzkumu patří otázka mé vlastní motivace coby výzkumníka. Svůj zájem výzkumníka jsem nijak nenadřadila a výsledky výzkumu jsem nezneužila, ani jsem je nijak nezkreslila. Pracovala jsem jen s daty, ke kterým jsem měla svolení od obou skupin respondentů. Získaná data jsem chránila, dbala jsem na jejich zabezpečení a neposkytla jsem je třetí osobě. Současně jsem se snažila být v průběhu výzkumu nestranná. Jak uvádí Miovský (2006, s.279), dodržela jsem obecné pravidlo tzv. obecné neutrality – podle něj by výzkumník by měl informace od respondentů

vyslechnout, zaznamenat, ale měl by si dávat pozor při jakémkoliv jejich hodnocení a ideálně se tomuto hodnocení v průběhu fáze získávání dat zcela vyhnout.

Etické aspekty také souvisí s limity výzkumu.

## 5.1 Limitace výzkumu

Jsem si vědoma toho, že tento výzkum má své limity. Jedním z nich je moje minimální zkušenost v roli výzkumníka, dalším limitem je moje pozicionalita v organizaci, kde výzkum provádím, a kde jsem zaměstnaná jako ergoterapeutka. Z tohoto důvodu jsou ve výzkumném vzorku sociální pracovníci a klienti, se kterými nejsem pracovně v kontaktu.

Hlavním limitem je osobní a citlivé téma, které respondent vnímá a popisuje subjektivně, anebo může některé informace zamlčet. Výzkum mohl být ovlivněn nepřesnou, zkreslenou výpovědí respondentů, jak u sociálních pracovníků, tak u klientů.

U sociálních pracovníků mohlo dojít ke snaze působit profesionálně a uvádět spíše pozitivní informace. U klientů mohlo být zkreslení způsobeno aktuálním zdravotním stavem.

Výsledky v kvalitativním výzkumu mohou být ovlivněny osobními referencemi a postoji výzkumníka (Průcha, 2014, s. 107). Stejně subjektivní je i můj pohled výzkumníka, který do kvalitativního výzkumu vkládám. S tímto faktorem jsem se snažila pracovat. Pokud to nebylo nutné, do hovoru jsem nevstupovala, ani jsem ho nijak nehodnotila, aby nedošlo k žádné manipulaci s názory respondentů.

Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum, je za pomoci celé řady postupů a metod, rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu (Švaříček, Šed'ová, 2007, s. 17).

Limitem ve svém výzkumu shledávám i možnost, že výběr jiných respondentů by přinesl odlišné výsledky. Výsledky mého výzkumného šetření se vztahují pouze k mému výzkumnému vzorku a mým konkrétním respondentům, proto zjištěné informace nelze zobecnit na všechny sociální pracovníky. Každý pracovník zvládá pracovní úkoly i zátěžové situace individuálně, má jiné pracovní prostředí, podmínky, pozici, činnosti i klienty.

Získané poznatky se nedají zobecnit na všechny psychiatrické nemocnice, všechny sociální pracovníky a všechny psychiatrické pacienty. Jsou sondou, která přináší jedinečná zjištění vázaná na konkrétní organizaci, v ní pracující zaměstnanci a konkrétní pacienty.

## 6 Výsledky výzkumného šetření

Tato kapitola shrnuje mé poznatky, které jsem získala analýzou sesbíraných dat z osmi polostrukturovaných rozhovorů. Názvy subkapitol pak odpovídají jednotlivým kategoriím, které vzešly z kódování pořizovaných rozhovorů. Interpretace výsledků z jednotlivých kategorií jsou pak doplněny o sdělení oslovených respondentů a porovnány s poznatky z teoretické části. Interpretace je zaměřená na zodpovězení výzkumných otázek představených v kapitole s názvem Výzkumné otázky.

Svá zjištění představuji pomocí přehledových tabulek s komentářem, uvádím je s citacemi, které jsou výňatky z rozhovorů. Prezentaci výsledků strukturuji podle výzkumných otázek. Mou snahou je, aby prezentace byla přehledná, systematická a sdělná, aby jí mohl porozumět každý, včetně čtenářů, kteří nemají o problematice odborné znalosti, ale kteří se chtějí seznámit s výsledky mé práce.

Analýzou rozhovorů bylo identifikováno pět obecných kategorií – pět hlavních témat. Obecné kategorie a podkategorie jsem sestavila do tabulky č. 2.

Tabulka č. 2 Obecné kategorie a podkategorie

<b>Obecné kategorie</b>	<b>Podkategorie</b>
<b>Profese sociálního pracovníka</b>	Vzdělání Praxe Pozice Vlastnosti, dovednosti Cíl Činnosti Přínos Pracovní podmínky
<b>Specifika práce s cílovou skupinou osob duševně nemocných</b>	Psychiatrická nemocnice Psychiatrická onemocnění Specifika péče o duševně nemocné Spolupráce s pacienty Reforma psychiatrické péče
<b>Multidisciplinární spolupráce</b>	Multidisciplinární tým Interní spolupráce Externí spolupráce

	Spolupráce s rodinou Pracovní vztahy
<b>Výzvy a limity práce</b>	Množství administrativních prvků Finanční ohodnocení Nedostatek personálu Limity práce se specifickou skupinou klientů Zátěžové prvky (psychické, fyzické) Nevyhovující zázemí Prvky podpory
<b>Klienti psychiatrické nemocnice</b>	Pomoc a potřeby Úloha sociální práce, sociálních pracovníků První kontakt se sociálním pracovníkem v psychiatrické nemocnici Komunikace a spolupráce se sociálním pracovníkem Ideální sociální pracovník Připomínky, návrhy změn

Zdroj: vlastní

Výskyt u názvů jednotlivých podkategorií u uvedených respondentů jsou obsaženy v tabulce č. 3.

Tabulka č. 3 Záznam výskytů jednotlivých podkategorií (x v buňce označuje získání dat z uvedeného rozhovoru)

	SP1	SP2	SP3	SP4	K1	K2	K3	K4
<b>Profese soc. pracovníka</b>								
Vzdělání	x	x	x	x				
Praxe	x	x	x	x				
Pozice	x	x	x	x				
Vlastnosti, dovednosti	x	x	x	x				
Cíl, přínosy	x	x	x	x				
Činnosti	x	x	x	x				
Pracovní podmínky	x	x	x	x				
<b>Specifika práce se skupinou osob duševně nemocných</b>								



Psychiatrická nemocnice	x	x						
Psychiatrická onemocnění	x	x	x	x				
Specifika péče o duševně nemocné	x	x	x	x				
Spolupráce s pacienty	x	x	x	x				
Reforma psychiatrické péče		x						
<b>Multidisciplinární spolupráce</b>								
Multidisciplinární tým	x	x	x	x				
Interní spolupráce	x	x	x	x				
Externí spolupráce	x	x	x	x				
Spolupráce s rodinou	x	x	x	x				
Pracovní vztahy	x	x	x	x				
<b>Výzvy a limity práce</b>								
Množství administrativních úkolů	x	x	x	x				
Finanční ohodnocení	x	x	x					
Nedostatek personálu		x						
Nedostatek času	x	x		x				
Zátěžové prvky (psychické a fyzické)	x	x	x	x				
Typy podpory	x	x	x	x				
Odchod z profese	x	x	x	x				
<b>Klienti psychiatrické nemocnice</b>								
Pomoc a potřeby					x	x	x	x
Úloha soc.práce, soc.pracovníků					x	x	x	x
První kontakt se soc.pracovníkem v psychiatrické nemocnici					x	x	x	x
Komunikace a spolupráce se sociálním pracovníkem					x	x	x	x
Ideální sociální pracovník					x	x	x	x
Připomínky, návrhy změn								x
Osobnost klienta, plány do budoucna					x	x	x	x

Zdroj: vlastní

Každá z obecných kategorií se vztahuje k dílčím výzkumným otázkám a bude dále podrobněji vysvětlena a doplněna vyjádřením respondentů, jímž podporují a potvrzují jednotlivé podkategorie. Vybrala jsem citace, které jsou pro to dané podkategorie nejvíce charakteristické. Pro přehled jsem jednotlivé podkategorie uvedla ve schématu, které je součástí úvodu každé kapitoly.

## 6.1 Význam profesní role sociálního pracovníka

DVO1: Jaká je role sociálního pracovníka v práci s duševně nemocným klientem?

Schéma č. 1 Profese sociálního pracovníka



Zdroj: vlastní

Účelem první dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, jak sociální pracovníci vnímají svou profesi, jaký význam má jejich práce, podle jejich mínění v psychiatrické nemocnici a jaké jsou podle nich předpoklady, vlastnosti, dovednosti a činnosti nutné k výkonu této profese.

Respondentka SP1 popisuje svou profesi jako pomáhající, jejímž cílem je poskytování sociální pomoci pacientům s duševní nemocí, kteří jsou v obtížné situaci, kdy si sami pomoci nedokáží: „*Pomáhám ráda, zvláště, když o to lidi stojí a dokážou to ocenit... už na základce jsem chtěla jít třeba na zdravotku, ale naši byli proti... už vím, že nejde pomoci každému, s tím neudělám nic, ale vždycky se o tu pomoc, o tu podporu snažím.*“ Další respondentka SP2 se vyjádřila k přínosům sociální práce: „*Můžu pomoci vyřešit sociální problém, který pacient má, i menší pomoc v tu danou chvíli je velká podpora, kterou potřebuje... přínos nás sociálních pracovníků je, že se dá vždycky něco udělat, najít způsob pomoci, my víme, co má ten člověk za možnosti, co se pro něj dá udělat... je třeba pacienta podpořit a motivovat ho, dát mu naději, že je východisko z každé situace.*“ Respondentka SP3 popisuje svůj přínos takto: „*Mým hlavním přínosem je motivace pacientů k samostatnosti a soběstačnosti, úkolem sociální práce je napomáhat socializaci a resocializaci našich pacientů.*“ SP4 vnímá osobní přínos své profese v sebereflexi, v možnosti profesního růstu, respondentka současně poukazuje i na přínos společenský, na potřebnost a užitečnost profese: „*Je to hezká profese, která je blízko lidem, kteří potřebují v životě oporu, povzbuzení, ale potřebují i náročnou péči, která vyžaduje specifický znalosti... dává možnosti vlastního rozvoje, růstu, systematicky se v praxi můžu posouvat, můžu se učit na základě zpětné vazby z okolí, hlavně od pacientů... odměnou je*

*pocit smysluplnosti, naplnění z toho, že životy lidí se můžou proměňovat... člověk do toho může dát kus sebe... jsem v kontaktu s lidma, kterým můžu pomoci, a vidím to každý den, že jsem užitečná... důležitý je uvědomit si, co je cílem, cílem je pomáhat lidem s duševní nemocí, aby mohli fungovat v běžném životě, aby mohli zvládat i tu nemoc i ty důsledky nemoci a aby mohli plnit svoje role.“*

Každý, kdo se chce stát sociálním pracovníkem se musí získat předepsané vzdělání, dodržovat profesní etiku a být členem profesní komunity (Mátel, 2019, s. 30).

Všechny respondentky uvádějí dlouhodobou praxi v oboru, pracují na pozici zdravotně sociální pracovník či sociální pracovník, mají vysokoškolské vzdělání. SP1: *„Jsem sociální pracovnice, magistra, po škole jsem pracovala na úřadě práce, ve své pozici se cítím spokojeně, jsem takzvaně svou paní, podmínky v práci mi vyhovují, pracujeme s kolegyní v jedné kanceláři, nemyslím si, že bych měla důvod si vyloženě stěžovat.“* SP3: *„Nastoupila jsem hned po mateřský, tohle je moje první zaměstnání, první zkušenost mám z praxe na městském úřadě... jsem zdravotně sociální pracovník, jsem magistra... na částečném úvazku, kvůli dětem, v zásadě jsem spokojená.“* SP4: *„Já jsem nikde jinde nedělala, jedinou mojí praxí je práce na psychiatrii, začínala jsem na gerontologii jako zdravotně sociální pracovnice... moje nadřízená je vedoucí sociální pracovnice, dříve jsme spadaly pod hlavní sestru, což já vnímám tak, že je určitě vhodnější, aby sociální pracovníky vedl taky sociální pracovník, protože v těch profesích je rozdíl... v práci jsem spokojená, vyhovuje mi to po všech stránkách, pracovní, v organizaci mojí práce bych nic neměnila.“* SP2: *„Já jsem původně všeobecná sestra, dělala jsem nejdřív v domově důchodců, důvodem pro změnu zaměstnání byly zdravotní problémy, a taky jsem se chtěla vždycky dál vzdělávat a chtěla jsem zůstat ve zdravotnictví, zkusila jsem program sociální práce na vyšší odborné škole, a tak jsem sociální pracovnice... celkem jsem tady dlouho, zvykla jsem si, pracovní zázemí mám pěkný, prostředí je hezký, je tu park, zahrada, pro pacienty ideální.“*

Jak uvádí Mátel (2019, s. 27) osobnost sociálního pracovníka se neobejde bez sociálního citění, bez hlubokého vztahu k lidem, vysoké motivace, pozitivního vztahu k práci, komunikačních schopností a empatie. Stejného názoru jsou všechny respondentky. Respondentka SP1: *„Každodenně jsem v práci s lidma... je nutný umět dobře komunikovat s každým, prostě komunikace je základ.“* Respondentka SP4: *„Sociální práce je o komunikaci, jednáte s mnoha lidmi, úřady, soudy, a pak někteří naši pacienti, no, je to složitý... ta komunikace je hodně důležitá, to se nenaučíte, hodně vám dá praxe.“* Respondentka SP3 uvádí také důležitost správné komunikace spolu

s morálními a dalšími předpoklady: „Podle mě to je určitě vzdělání, etika, morální ukotvení, ochota pracovat, ochota pomáhat, taky vstřícnost, empatie... myslím, že právě komunikace je mojí silnou stránkou a že se dokážu obhájit, svoje názory a obhájím i svoje pacienty.“ Respondentka SP2: „Jestli myslíte vlastnosti, jaký by měly být, tak slušnost, vstřícnost, klidný jednání... být empatická, ochotná... to, jestli dělám svoji práci dobře, profesionálně dobře, tak to vidí hlavně ten pacient.“

Komunikační dovednosti jsou pro sociálního pracovníka nezbytné v každé etapě jeho práce, sami o sobě neposkytují klientovi pomoc, jsou však základním prostředkem pro navázání vztahu s klientem (Matoušek, 2003, s 53).

Náročnost profese vyžaduje i jisté osobní předpoklady jako je emocionální stabilita a odolnost vůči zátěži, a zodpovědnost vůči sobě a také vůči svým klientům. Respondentka SP4 mezi klíčové vlastnosti dál řadí: „Mít vlastnosti jako empatie, schopnost naslouchat, umět hledat řešení, být flexibilní... ale i osobní zralost je důležitá, je nutný, aby člověk měl jistou osobní zralost a uměl pracovat s náročností profese.“ Respondentka SP1 zmiňuje dovednosti, díky kterým se jí daří efektivně zvládat každodenní pracovní úkoly: „Musím prostě vytrvat v práci, chce to trpělivost a nevzdávat to, jsou to nové zkušenosti, dost se od těch pacientů můžu naučit, vyznat se v lidech, naučit se říkat ne, беру každého tak trochu jako výzvu... musím si umět práci zorganizovat, abych včas všechno obstarala, nákupy, poštu, kapesný... řeším zásadní věci, finance, nebo otázky bydlení, návazný pobyty a další sociální služby... máme povinnost se vzdělávat, pořád se tedy vzdělávám, musím mít přehled o zákonech, vyhláškách, o nových postupech, taky máme znát standardy, podle nich se řídit, není toho málo.“

Sociální pracovník má dle Mátela (2019, s. 54) primární odpovědnost za uživatele, kteří využívají jeho služby, to znamená, že z profesionálního hlediska jsou prvořadě zájmy klienta, ne zájmy jeho samotného, ani organizace, ve které pracuje.

Mezi činnosti, které sociální pracovnice řeší, respondentka SP3 hovoří o plnění běžných požadavků pacientů: „Pacientům vyřizuju různé požadavky, řeším finanční záležitosti, protože tady je hodně pacientů ve finanční tísní, mají hmotnou nouzi, tak chtějí po mě vyřízení příspěvků na péči, vyřizuju dávky, nakupuju, zajišťuju služby návazný péče, jedná se soudy.“ SP4: „Starám se o to, aby byl pacient co nejvíce samostatný, aby věděl, jak si zařídit důležité věci pro život, aby si sám uměl poradit, a věděl kam se má obrátit pro pomoc, většinou se na mě pacienti obrací s žádostmi, abych jim pomohla podat žádosti například do domova důchodců, na pracovní úřad, žádost o přidělení právního zástupce, chtějí zjistit kontakty na občanskoprávní poradnu, na ubytování, zjistit výše příspěvků,

*důchodů, je toho víc, činnosti se liší podle toho, koho z pacientů zrovna řeším a co je v jeho zájmu.“ Respondentka SP2 mimo řešení problémů v oblasti bydlení, zaměstnání, finančního zajištění, dále provádí sociální šetření u příjmů, sociální poradenství, zprostředkovává kontakty, navíc zdůrazňuje samostatnost profese sociálních pracovníků a vymezuje se vůči zdravotnickým pracovníkům: „Moje práce je potřebná a nezbytná, zdravotníci by kapacitně nezvládli dělat naši práci, a i když pracujeme v rámci nemocnice společně, tak se naše profese liší... trochu funguju jako poradna, jako poradce pacienta, protože s pacientem, to je individuální, hledáme způsoby řešení jeho situace třeba v oblasti finančního zabezpečení, pomáhám jim požádat o dávky nebo hledat zaměstnání, bydlení... u všech příjmů dělám šetření, sepisuju sociální anamnézu, pracuju s pacientem hlavně individuálně, chodím na vizity, kde si upřesníme, jakou představu má pacient, jaký jsou možnosti a co můžeme plánovat dál... když přijde pacient a chce poradit s řešením právních záležitostí, já nejsem právník, ale musím mít o zákonech základní přehled, musím vědět, znát základní legislativu a předpisy.“*

Jak uvádí Matoušek (2003, s. 85-86), poradenství je jednou z cest, jak pomáhat lidem překonat jejich problémy, jak objasňovat jejich osobní cíle a jak jich dosahovat a klade důraz na to, že osoba, která má problémy, je současně osobou, která má zdroje potřebné k jejich vyřešení.

### **6.1.1 Dílčí závěr**

Respondentky, sociální pracovnice, charakterizují svou profesi jako pomáhající profesi s cílem pomáhat lidem s duševním onemocněním, jejímž cílem je snaha a pomoc v jejich obtížné sociální situaci. Sociální pracovnice se zabývají sociální problematikou klientů, aby mohli plnit svou společenskou roli. Jejich úlohou je řešit problémy a nacházet jejich řešení.

Respondentky řadí mezi klíčové dovednosti empatii, vstřícnost, vytrvalost, schopnost naslouchat, slušnost, klidné jednání, komunikační schopnosti. Zvláště komunikaci považují v nemocnici za základní a důležitou při jednání se zdravotnickým personálem a pacienty. Respondentka SP1 je názoru, že sociální pracovník by měl mít přehled o aktuální platné legislativě, o jednotlivých nařízeních v organizaci. Zmiňována je rozdílnost v obou profesích, sociální a zdravotní (SP2, SP4).

Předpokladem pro výkon povolání je kvalifikované vysokoškolské vzdělání, které respondentky mají. Respondentky SP1 a SP2 jsou sociálními pracovnicemi, respondentky SP3 a SP4 jsou zdravotně sociálními pracovnicemi. Všechny uvedly spokojenost

s pracovními podmínkami a s prostředím, ve kterém pracují. Jedna respondentka pracuje na částečný úvazek.

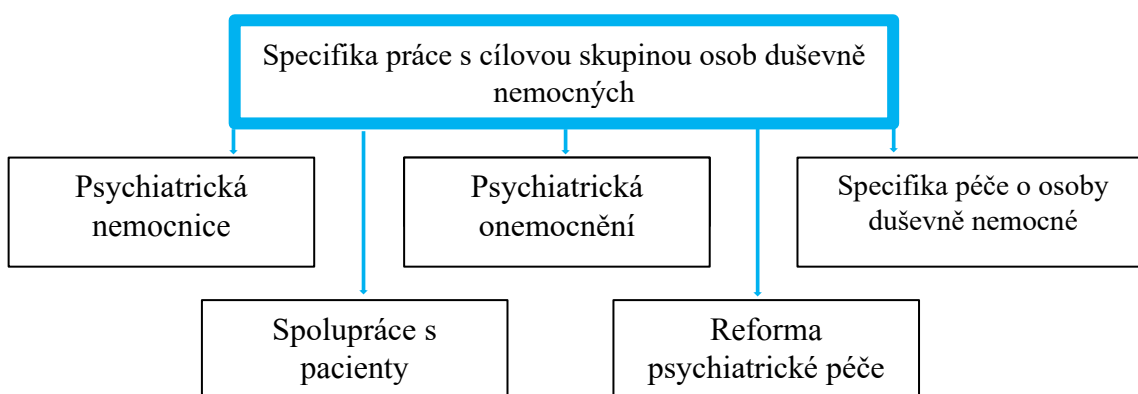
Co patří mezi činnosti sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici, v této oblasti se respondenty také shodovaly, protože mají podobnou náplň práce. K nejčastěji jmenovaným činnostem vztahující se bezprostředně k pacientům se řadí řešení finančních záležitostí, obstarávání nákupů, pošty, zajišťování kontaktů na úřady, na návazné služby, jednání se soudy, poradenství, právní poradenství, provádění sociálního šetření, stanovování sociální anamnézy, metody individuální práce s klientem. Při své práci zohledňují zájmy svých klientů. Respondentky (SP1, SP2) zmiňují povinnost se stále vzdělávat.

Profesionalitu vidí sociální pracovnice jako svůj postoj k práci samotné, s důrazem na sociální pomoc a podporu lidem s duševním onemocněním. Uvádějí, že se jedná o potřebnou a přínosnou profesi, kterou si samy zvolily a ke které mají osobní vztah; cítí, že jejich práce má smysl a umožňuje jim osobní rozvoj.

## 6.2 Specifika práce s cílovou skupinou duševně nemocných

DVO2: Jaká specifika přináší práce s duševně nemocnými, jak vnímají vzájemnou spolupráci při výkonu povolání?

Schéma č. 2 Specifika práce s duševně nemocnými



Zdroj: vlastní

Tato otázka objasňuje specifika práce s psychiatrickými klienty, která se vyskytují při poskytování sociální péče v psychiatrické nemocnici. Účelem této dílčí výzkumné otázky je zjistit, jaká specifika při práci sociální pracovnice identifikují, jak vnímají práci s osobami s duševním onemocněním a jaký charakter má, podle jejich mínění vzájemná spolupráce s klienty s duševním onemocněním.

Respondentky se při výkonu svého povolání na svých pracovištích v psychiatrické nemocnici setkávají s klienty s různým typem duševních onemocnění.

Předpokladem k práci s duševně nemocnými je základní znalost nejen symptomatiky, ale i dynamiky duševních onemocnění (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 136).

Zásadní je, v jaké fázi svého onemocnění se klient nachází a o jaké onemocnění se jedná. Je třeba si uvědomit, že i samotná hospitalizace je pro pacienty mimořádně citlivou událostí.

Respondentka SP3 vnímá jako problém akutní fázi onemocnění u svých klientů, či nedostatek motivace k léčbě: „*Je to práce hodně specifická s našimi pacienty, to souvisí s onemocněním, duševní nemoci jsou různé, různě se projevují, v akutním stavu hůř spolupracují, ale i jindy, například je dost složitý, těžký, někdy i nemožný motivovat pacienta tak, aby změnil svoje špatný chování a postoje, aby se snažil fungovat v dalším sociálním fungování, ve společnosti, aby to vycházelo z jeho vlastní motivace... nemůžeme všechno dělat za pacienta, musí chtít taky sám nebo se snažit nějak, pak to má význam... někdy je spolupráce s pacientem komplikovaná.*“ Stejnou zkušenost popisuje i respondentka SP4: „*V čem specifická ta práce je, to souvisí s tím, o jakou nemoc jde, jak se právě projevuje, k nám přicházejí pacienti často v akutní fázi a atakách, tudíž jsou pro nás v tu chvíli nespolupracující, nebo depresivní, i dementní pacient není schopen kontaktu důsledkem nemoci... někdy začínáte úplně od nuly, od začátku, po krůčcích, než se dostanu k podstatě, k podstatným sdělením, to je mravenčí práce... no, občas jsou i sprostý, nadávaj, křičí, vyhrožujou, není to nic příjemného, ale už prostě to tak беру, kolikrát se mi stalo, že se pak přišel ten pacient omluvit... je to pacient, kdo vám dá zpětnou vazbu.*“ Jak uvádějí Marková, Venglářová, Babiaková (2006, s. 236) při setkání s pacientem je nutné věnovat se specifickým příznakům, mít stále na mysli, že specifické příznaky vyžadují specifický přístup. Sociální pracovníce si uvědomují překážky na straně klientů způsobených hlavně vlivem projevů nemocí, proto se při individuální práci s klienty zaměřují na jejich eliminování.

Na začátku práce s pacientem postupujeme tak, že vyhodnotíme riziko násilného chování, informace získáváme ze zdravotnické dokumentace, dotazem v minulém působišti, ptáme se rodinných příslušníků (Marková, Venglářová, Babiaková, 2006, s. 304).

Sociální pracovníce SP1 odděluje svou profesní stránku od stránky osobní a udržuje ve vztahu s klienty pevně daná pravidla: „*Já se snažím být co nejvíce profesionální, tak, aby bylo jasné, že jde o pracovní vztah... udržuju si odstup, nejsem přísná, to ne, mám*

*s nima dobrý vztah, ale mám nastavený hranice... někdy je na místě důraznost, protože některý představy, co mají, jsou absolutně nereálný, pacienti s náma manipulují, nerespektují pravidla, řád, nic, časově to zabere hodně mého času a energie ... nálady a chování se u pacienta rychle mění, vzhledem k těm onemocněním je to běžný, já ale musím na tu změnu umět reagovat, na to vás nikdo stoprocentně nepřipraví, to zažijete a naučíte se v praxi, musíte těm lidem tady věnovat zvýšenou pozornost, některý projevy, nebo chování se obtížně zvládají, pacient může reagovat agresivně vůči nám, vůči sobě, nebo manicky, v rámci nemocnice je ale možný přeložit pacienta na specializovaný oddělení, podle potřeby... je celkem problém u pacienta, který sem přichází prvně, je to pro něj stres, je v cizím prostředí, na změnu je nepřipravený, může zareagovat různým způsobem, v tom nám pomáhá právě rodina, doplní potřebný informace, já jako prostředník mezi pacientem a příbuzným v tom můžu pomoci... je to právě pacient, kdo vám dává zpětnou vazbu, hodně jsem se toho naučila o sobě, jak působím na lidi, jak jedním, jak vystupuju.“*

Probstová (in Matoušek, 2009, s. 133) zdůrazňuje nutnost poskytování komplexní zdravotně – sociální péče zejména u lidí, jejichž fungování je kvůli duševním problémům omezeno po delší dobu, tedy lidé dlouhodobě duševně nemocní.

O problematice dlouhodobé péče, sociálních lůžek a snižování kapacity lůžek v psychiatrické nemocnici hovoří respondentka SP2: „Práce s psychicky nemocnými tady v psychiatrický nemocnici to je jiný, než kde jsem pracovala, jo, taky tam byli schizofrenici, lidi s demencema, úzkostma, vím, co to obnáší a psychiatrický minimum znám... ale tohle je jiný v tom, že některý diagnózy, jako je schizofrenie zrovna, jsou dlouhodobý, chronický a tím i moje práce s nima je dlouhodobá, některý pacienty vidím opakovaně, další problém je, když pacient nemá rodinu a není soběstačný, a nemůže se vrátit zpátky do domácího prostředí a zůstává na sociálním lůžku, já pak hledám a zajišťuju následnou péči... s tou reformou se všechno mění, je tlak na snižování lůžek, přitom nárůst pacientů neklesá a hodně z nich se stejně vrací zpátky, hlavní je přístup toho pacienta, co chce, co pro to dělá, nedělá, rozhodnutí pak je stejně na něm... no, stalo se, že sme se třeba navzájem nepochopili, ale že bych zažila něco hodně negativního ve spolupráci, tak takovou zkušenost nemám... já mám s pacienty dobrý vztahy myslím, a je důležitý je pěstovat, mám několik výborných vztahů a dlouhodobých, máme mezi sebou důvěru, spolupráce musí být oboustranná, když pacient nechce zrovna o něčem mluvit, tak to toleruju a přizpůsobím se tomu.“ Dle Matouška (2009, s. 175) vyžaduje



deinstitucionalizace paralelní budování neústavních služeb, jenž mají být nabízeny hlavně těm klientům, kteří nikdy ústavní péči nepoznali.

### **6.2.1 Dílčí závěr**

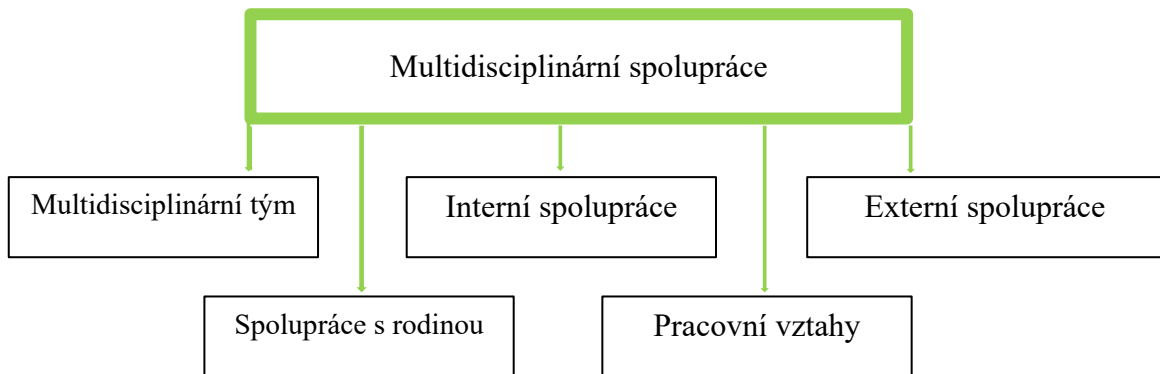
Z uvedených citací vyplývá, že pro respondentky je práce s osobami s duševním onemocněním náročná, jelikož duševní nemoci se projevují různě a výrazným způsobem tak ovlivňuje spolupráci. Mezi hlavní zátěžové situace a faktory působící na respondentky v oblasti psychické i fyzické patří kontakt s agresivními, zmatenými a nespolupracujícími pacienty. V těchto situacích je nutná znalost psychiatrického minima. Respondentky SP1, SP4 uvádějí potřebu zkušeností, sociální zralosti a komunikačních dovedností. Nejčastěji respondentky popisují agresivní projevy u klientů v akutní fázi onemocnění, nebo sníženou aktivitu u depresivních onemocnění, schizofrenních onemocnění, demence. Problémem jsou i projevy manipulativního chování a nespolupráce u některých pacientů, které popisují respondentky SP1, SP3 a SP4. Také velká míra stresu u pacientů, kteří přicházejí do nemocnice poprvé, ovlivňuje chování těchto pacientů a znesnadňuje další spolupráci. Respondentka SP1 například zdůrazňuje, že má nastaveny profesionální hranice ve vztahu s pacienty a že vzhledem k nerespektujícímu chování některých pacientů je to nutné. Stejná respondentka (SP1) zmiňuje jako prospěšné, že v psychiatrické nemocnici lze pacientům poskytovat diferencovanou péči podle aktuálního zdravotního stavu tak, aby se pacientům dostalo přiměřené péče.

Respondentka SP2 zmiňuje reformní změny, které přináší Reforma psychiatrické péče, kdy je prioritou snižování počtů lůžek, přičemž nárůst klientů neklesá a problémem se stávají sociální lůžka, také opakované hospitalizace a dlouhodobá péče. Přínosem je pro respondentky SP1 a SP4 zpětná vazba od klientů. Důležitým aspektem pro spolupráci je uvedena tolerance a snaha o spolupráci. V zásadě všechny uvedené negativní zkušenosti ve vztahu k práci s osobami s duševním onemocněním neovlivňují respondentky natolik, aby nepokračovaly v tom, co dělají, ve své profesi sociálních pracovníků.

### 6.3 Multidisciplinárni spolupráce

DVO3: Jakou úlohu má sociální pracovník v multidisciplinárním týmu, s kým nejčastěji spolupracuje?

Schéma č. 3 Multidisciplinárni spolupráce



Zdroj: vlastní

Součástí pracovního života každého zaměstnance, tedy i sociálního pracovníka, jsou i vztahy na pracovišti, které daný pracovník má, a které na něj při výkonu práce působí. Proto se ve své dílčí otázce zaměřím na týmovou spolupráci, na druhy spolupráce a na úlohu sociálního pracovníka v týmové spolupráci.

Týmová práce je základním principem moderní psychiatrické péče. Multidisciplinárni tým je založen na myšlence spolupráce specialistů a koordinace postupu, ve kterém zástupci jednotlivých profesí vnášejí do týmu své specifické dovednosti (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2010, s. 143).

Sociální pracovník je důležitým členem multidisciplinárniho týmu, spolupráci s odborníky jednotlivých profesí potvrzují jednotlivé respondentky; respondentky SP1 a SP3 popsaly personální zajištění vlastního týmu, SP1: „*Tak v našem týmu, v multidisciplinárním, jsem já jako sociální pracovník, dál primář, další psychiatr, psychologka, staniční, zdravotní sestry, pracovní terapeutka, denně jsem nejvíc v kontaktu se staniční a primářem, máme pravidelně porady týmu, kde se radíme a domluvíme se bez problémů.*“ SP3: „*Pracujeme v multidisciplinárním týmu, tak všechno, všechny postupy, konzultujeme společně v týmu, na vizitě, kde jsme všichni, primářka, doktoři, psycholog, já, ergoterapeutka, sestřičky a staniční, je potřeba pracovat v týmu a předávat si informace.*“

Podle Matouška (2008, s. 154) je sdílení skupinové zkušenosti s dalšími lidmi, kteří mají podobné cíle, velmi užitečné. Dle Vackové (2020) je pro správné fungování týmu zásadní, aby mezi sebou jednotliví odborníci komunikovali.

Na otázku, jak by respondentky popsaly spolupráci v psychiatrické nemocnici a co je pro ně důležité, odpověděla respondentka SP1: *„Každý sociální pracovník u nás v nemocnici má na starosti svoje oddělení, kde pracuje, když jsou dovolené, tak se zastupujeme, musíme spolupracovat s každým, v kolektivu uvnitř nemocnice i venku, to je i s pracovníky z jiných zařízení, když to vezmu obecně, ta týmová spolupráce by měla být o respektu vzájemným, respektu lidí a o přínosu jeden pro druhého, aby tým dobře fungoval, aby si každý uvědomoval zodpovědnost za celý tým jako celek... důležitý je vzájemně se respektovat a umět naslouchat jeden druhému, dát mu možnost vyjádřit se k problematice, dát každému prostor, aby jeden neměl převahu a další v pozadí... to mi vadí, že se to děje, že názor jednoho je nadřazený celku.“* Respondentka SP4 uvedla jako důležité pro spolupráci fungující komunikaci a součinnost sociální a zdravotní péče:

*„V multidisciplinární spolupráci musí fungovat komunikace, a musí tam být slušnost, v týmu není prostor ani čas pro soupeření, je nutný si uvědomit, že všichni pracovníci jsou klíčoví, v týmu se spolu doplňují a doplňují se i ty pohledy na toho pacienta, a my potom dokážeme společně s tím pacientem líp tu péči a tu podporu hlavně poskytovat, tak to funguje u nás... a ta péče by se měla poskytovat komplexně, spojovat zdravotní a sociální pomoc dohromady.“* Svou zkušenost popisuje i respondentka SP3: *„Baví mě týmová spolupráce na oddělení, máme opravdu výbornej kolektiv, stálej, známe se všichni dlouho a dobře.“* Jakých dovedností si v týmové spolupráci cení respondentka SP2 a jaké limity uvádí: *„Začala bych tím, co mají jednotlivý profese společný, mají společný to, že zajišťují kvalitu poskytovaný péče... jde nám všem o stejnou věc, aby se životní situace, člověka, toho pacienta vyvíjela v souladu s tím, co potřebuje a co je jeho přáním... dobré ve spolupráci je, že spolu jsme tým, který spolupracuje, komunikuje a podporuje pacienta... rozdíl vnímám v tom, jakou roli, nebo role jednotlivci, ti pracovníci v tom týmu maj, já jako sociální pracovník podporuju pacienta, nastavuju a zajišťuju podporu pro řešení jeho sociální situace, zdravotníci poskytují zase hlavně péči zdravotnickou, vzájemně se ale nemůžeme zastoupit, a tady jsou ty limity, ty mantinely... já v našem týmu oceňuju to, že jsme všichni dá se říct srdcaři, kteří vědí, co dělají a proč a investují do své práce úsilí... pokud se ti zaměstnanci navíc spolu znaj a mají k sobě důvěru, pak je to výhoda... spolupráce založená na důvěře je mnohem efektivnější.“*

Funkční tým je schopen shody, v plánování, řešení pacientových problémů a potřeb, členové si předávají relevantní informace, jsou schopni delegovat úkoly a zodpovědnost, hodnotit výsledky spolupráce (Kuzníková, 2011, s. 25).

Respondentka SP1 popisuje také limity ve spolupráci s některými lékaři: „*Stalo se mi, že lékaři kolikrát nemaj představu o tom, co můžu, co musím a co nemůžu jako sociální pracovník dělat, neznaj moje kompetence, stalo se mi, že když pacienta nejde hned umístit do následný péče, že je to moje chyba, že pro to nedělám dost.*“

Podle Mátela (2019, s. 41) je vhodné, pokud si sociální pracovníci vybírají na konzultace kolegy ze stejné nebo podobné profesní činnosti, nebo pokud pracují se stejnou cílovou skupinou. Na otázku, na koho se respondentky nejčastěji obracejí v případech, že potřebují poradit, odpovídají respondentky, že většinou na své kolegyně. SP2: „*Nejvíc se obracím na některou kolegyni, podle toho, co řeším, a kdo má s danou věcí nejvíc zkušeností.*“ SP4: „*V sociální práci, v tom mi zdravotníci neumí poradit, to řeším s některou z kolegyň, máme dobrý kolektiv, dobrý vztahy.*“ SP3: „*Spíše jsem to já, na koho se kolegyně obracejí.*“ SP1: „*Chodím za kolegyní... obracejí se na mě samozřejmě i zdravotníci, se kterými spolupracuju, stejně všechno diskutujeme v týmu ráno na poradách.*“

Sociální pracovníci se v organizacích setkávají s různě spolupracující rodinou, spolupráce s ní je významná především při naplňování klientových cílů (Vacková, 2020).

Spolupráci s rodinou popisují všechny respondentky jako běžnou součást pracovního výkonu, své zkušenosti uvádějí následovně. SP1: „*S rodinama jsme v kontaktu, pokud rodina je, mapuju, co se dělo, než k nám pacient přišel, buď kontaktují oni mě, nebo já je, skládáme informace dohromady, oni hlavně chtěj poradit, anebo volaj opatrovníci, to je podobná situace.*“ SP2: „*Pomáhám i rodině pacienta, při vypisování formulářů, tak jim poradím, co je třeba napsat, kam je třeba to poslat, nebo volat... pokud příbuznýho nemaji a nejsou schopný si to sami vyřídit, mají kognitivní deficit, tak to dělám já, určitě je jednodušší a pro pacienta lepší, že někoho má, zvlášť, když se jedná o člověka nesoběstačného... je to důležitý, když rodina spolupracuje.*“ SP4: „*Ve spolupráci s rodinou řešíme třeba dovolenky, nebo porizování potřeb pro pacienta... to je znát, když nemáme rodinu, když rodina chybí... no jsou i konfliktní příbuzný, konflikty nepřijemný a musela jsem je řešit, byly kvůli financím, nebo s příbuzným opatrovníkem, i to bylo kvůli penězům, z mého pohledu už v tom spolupráci nevidím.*“ SP3: „*Rodiny chtějí třeba zprostředkovat návštěvu, vědět, co můžou nakoupit, přinést, horší je to u pacientů, co nemaji rodinu, nebo rodina o ně nejeví zájem, tam je to všechno na nás.*“ Respondentky

shodně vypovídají, že je problémem, pokud příbuzné či rodinu pacient nemá, anebo jsou vztahy s rodinou narušeny. Respondentka SP4 uvádí jako příklad konfliktní vztah s rodinou, což pro ni bylo nepříjemné. Naopak je přínosem, když rodina pacienta aktivně spolupracuje a může pomoci doplnit objektivní informace o klientově situaci, jak popisuje respondentka SP1. Zkušeností respondentky SP2 je, že je to ona jako sociální pracovník, kdo rodině pomáhá a poskytuje jí potřebné informace.

Kuzníková (2011, s.25) řadí k nejčastějším spolupracovníkům vně organizace sociální pracovníky z úřadů práce, obecních úřadů, ze správy sociálního zabezpečení, PČR, soudů, s praktickými lékaři, s organizacemi poskytující služby sociální péče, zdravotně sociální péče a zdravotně sociální rehabilitace, služby sociální prevence a další.

Na otázku, s kým nejčastěji spolupracují, všechny respondentky odpovídají stejně. Respondentka SP3: *„Externími spolupracovníky jsou pracovníci soudů, věznic, pobytových sociální služeb, azylových, terapeutických komunit ambulantních služeb, z úřadů práce... všichni potřebujeme mezi sebou spolupracovat, s důrazem na multidisciplinaritu, která je trendem a která má lepší výsledky.“* SP1: *„Já spolupracuju se soudy, úřady, dalšími organizacemi, jako třeba s Fokusem, s cédezetky, peery... těch spolupracovníků je mnohem víc.“* SP2: *„Nejčastěji spolupracuju se sociálními pracovníky z následných péčí,*

*z domovů pro seniory, z domovů důchodců, eldéenkou, městským úřadem, snaží se mi vyjít vstříc, ale jsou dlouhé čekací doby na umístění.“* SP4: *„Ta spolupráce je hodně široká, určitě nebudu jmenovat všechny externí pracovníky, nevzpomenu si teďka na všechny... ale nejčastější jsou z Fokusu, z cédezetka, z městského úřadu, úřadu práce, z domova důchodců.“*

Potřeba sociálních pracovníků ve zdravotnických zařízeních včetně nemocnic, kteří by řešili a uspokojovali psychosociální potřeby pacientů je zřejmá (Kutnohorská, 2011, s. 23).

### **6.3.1 Dílčí závěr**

Respondentky zdůrazňují v multidisciplinární spolupráci důležitost zastoupení členů jednotlivých profesí, týmovou spolupráci, vzájemný respekt, komunikaci, důležitost cíle multidisciplinárního týmu, kterým je pomoc lidem s duševním onemocněním prostřednictvím kvalitně a komplexně poskytované zdravotní a sociální péče.

V týmové spolupráci se využívají zkušenosti jednotlivých členů, na problém je nahlíženo z více úhlů pohledu. Respondentky uvádějí pozitiva spolupráce, mezi které

patří předávání informací, společná konzultace postupů. Respondentka SP2 vidí ve společné spolupráci limity, kterými jsou rozdílné role sociálních a zdravotnických pracovníků. Respondentka SP4 je názoru, že obě složky péče, zdravotní a sociální, by se měly poskytovat komplexně. Některé sociální otázky konzultují respondentky v týmu sociálních pracovníků, svých kolegyň.

V interní spolupráci se zdravotníky, konkrétně lékaři, sděluje respondentka SP1 negativní zkušenost s vnímáním profesní role, kdy lékaři často nevědí, jaké kompetence a objem práce ona jako sociální pracovník má také má.

Sociální pracovník v nemocnici v rámci multidisciplinarity spolupracuje i s ostatními odborníky z různých sociálních a zdravotnických zařízení, kterými podle respondentek mohou být sociální pracovníci například ze zařízení následné sociální péče, domovů pro seniory, ze zařízení LDN a dalších pobytových služeb, pracovníci z úřadů práce, městských úřadů, s peer konzultanty, s Centry duševního zdraví a organizace Fokus. Dalšími institucemi externí spolupráce jsou soudy, vězeňská služba.

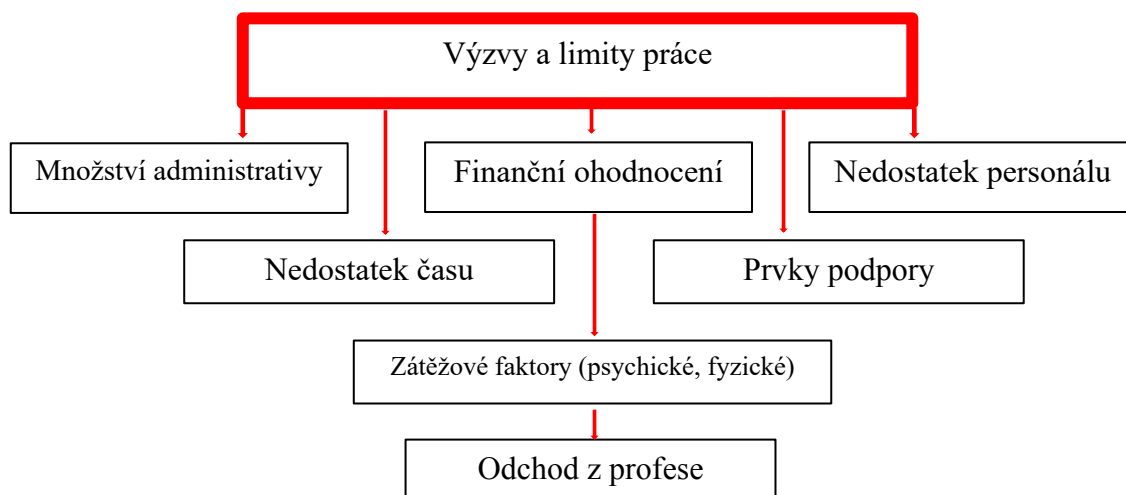
Další oblastí spolupráce, kterou sociální pracovníci řeší, je spolupráce s rodinou. Některé respondentky popisují problematiku pacientů bez rodiny nebo situace, kdy je pacient nesoběstačný, neorientovaný. Komplikovanou spolupráci s rodinou popisuje respondentka SP4. Respondentky se shodují v názoru, že ideální situací je, když má klient fungující rodinu, která se sociálním pracovníkem spolupracuje.

Ráda bych zde doplnila, že ani jedna z respondentek neměla potřebu zmínit ve spolupráci svou zkušenost ze supervizního setkání, které by se dalo využít například k zajištění bezproblémového fungování pracovního týmu.

## **6.4 Výzvy a limity práce**

DVO4: Jaké limity práce, jaké výzvy identifikují sociální pracovníci při výkonu svého povolání v psychiatrické nemocnici? Co vnímají jako zátěž a co je naopak motivuje?

Schéma č. 4 Výzvy a limity práce



Zdroj: vlastní

Dílčí výzkumná otázka zjišťuje faktory, které mají zásadní vliv na výkon práce sociálních pracovníků. Cílem této otázky je získat odpověď na to, jaké faktory působí negativně, a naopak, které vnímají sociální pracovníci jako motivující, pozitivní a zda, a jaké prvky podpory mají.

Sociální pracovníci si myslí, že práce s osobami s duševním onemocněním je psychicky náročná, přičemž tato náročnost vyplývá především ze specifík cílové skupiny a je ovlivněna vnitřním nastavením pracovníka.

Mezi nejčastěji uváděné stresory vztahující se k činnosti sociálních pracovníků patří dle Elichové (2017, s. 115) vysoký stupeň pracovního tlaku, objektivní potíže v poskytování sociálních služeb klientům, nejasnost a konfliktnost pracovní role, nedostatek pochopení, ocenění a opory od ostatního personálu, nedostatek supervizní opory a nízký plat. Odpovědi na otázku, jaké faktory je v práci limitují, respondentky poskytují následně. SP2: „Není dostačující kapacita personálu, ale přibude mi snad posila, ... baví mě, když můžu být nápomocná a můžu pomáhat, poradit, a pak když vidím, že to zafungovalo, že jsou moje rady užitečné, že ten pacient se díky mně dostal dál, něco dokázal, to je, co mě posiluje, ale o to jde nám všem, pomáhat lidem, dávat jim podporu, oni se potřebují o někoho opřít, probrat situaci, vztahy, a zavést zpátky do života a to i přesto, že nemoc trvá dál, ale toho člověka nesmí blokovat... visí mi všude barevný polepky s poznámkama, jsou to někdy stresové situace, na nic nezapomenout, všechno zdokumentovat, založit, vím, že kolegyně jsou na tom podobně, můžeme si tak vzájemně postěžovat, i si vypomocet... chodím domu vyčerpaná a potřebuju mít klid, vypnout a nechci nikoho vidět, stejně pořád přemýšlím o práci, kolikrát nemůžu usnout, budím se,

*do toho mám zvládat rodinu, nevím, jestli to vydržím do důchodu.“ SP1: „Práce je náročná psychicky, fyzicky se hodně napochoduju za celý den, ale náročná je nejvíc na psychiku, času je málo, pacientů hodně, hodně papírování, tlak na lůžka, pořád se něco děje, něco domluvíte, pak je změna a všechno je jinak, spousta práce je najednou pryč a můžete začít znova, každý za mnou chodí a potřebuje řešit problém, obracej se na mě, pro mě to ale je motor... pacienti přijdou po čase, i po letech se ukázat, pochlubit, že jsou spokojení a drží se, nebo poděkují, zavolaj mi, napíšou, mám z toho upřímně radost, to mě tak zahřeje... nejsem spokojená s finančním ohodnocením, ani s odměnami, ptám se, to pracuju tak dlouho, abych dostala tak málo? proč to všechno podstupuju, kvůli tak malému množství peněz? takže, když dojde na plat, tak říkám, že je to hrozný... a musím zmínit i pozitiva mojí práce, že jsem tady získala řadu přátel“ SP4: „Co mě každopádně baví a proč tu práci dělám je práce s lidma, je to náročný emočně, časově, nemůžu se věnovat každému tak, jak bych chtěla, zbytečnou spoustu času mi zabere administrativa, zpracovávání dokumentace, všechno zadat do počítače, a stejný informace musím napsat na papír, místo, abych se věnovala tomu pacientovi, takže je těžký mít trpělivost... dokážou mě překvapit, jak jsou všímaví... zkrátka neměla jsem svůj den, byla jsem v nepohodě, pacienti to poznali a snažili se mě povzbudit, dávali mi najevo, že to chápou, to jsou okamžiky, o kterých přemýšlíte i doma a to je, co mě baví, kontakt s těma lidma... naučila jsem se řešit věci s odstupem, beznadějný, neřešitelný, nebo je nebrat osobně, když je něco, z čeho nejsem zrovna šťastná, proberu to s někým, a tak se cítím o něco líp, tak se vyrovnávám se stresem.“*

Výčet limitujících faktorů je bohatý, podstatné je, že zátěžové faktory působí demotivačně na pracovní výkon, a nepříznivě na psychické prožívání sociálních pracovníků, které popisují somatické obtíže jako poruchu spánku, změnu nálad, nedostatek trpělivosti.

Sociální pracovník je pouhý člověk „všem bídám poddaný“, nemusí se cítit pokaždé dobře, nemusí mít na každého náladu, ale musí udělat všechno pro dobrý kontakt s klientem (Matoušek, 2003, s. 80). Respondentka SP3 si stěžuje na nespokojenost finančním ohodnocením, navíc poznamenává, že by případné zvýšení platových podmínek využila jako investici do svého duševního zdraví: „Cítím se finančně nedocenená, nehledě k tomu, kolik mám na starost třeba administrativy, naše profese je náročná ať už pracujete na akutním oddělení, na geronto nebo na oddělení ochranné léčby, máme opravdu duševně náročnou práci s vysokou odpovědností, pořád něco řeším, problémy ostatních, problémy pacientů, je to náročný i emočně, to patří k naší práci, na



*práci mě prostě baví kontakt s lidma a komunikace s nima, uvítala bych adekvátní finanční ohodnocení za odvedenou práci, tak abych ve volném čase měla adekvátní finanční prostředky na duševní hygienu... limitem je nízký finanční ohodnocení sociálních pracovníků, je to demotivující a časem může vést k pocitu vyhoření.“ Další respondentka SP2 také uvádí nespokojenost s finanční stránkou: „Samozřejmě bych byla ráda, kdybych nosila domů větší výplatu, to je kámen úrazu, jestli bych něco změnila, tak tohle, finanční omezení, když máte rodinu, kterou musíte živit a potřebujete platit účty, je znát... miň papírování a víc času na lidi... já mám zázemí, rodinu, domov, to dělá hodně, a moje koníčky, zahradu, jezdíme na výlety... zaměřovat se na psychohygienu, naučit se o sebe pečovat, to říkáme pacientům a sami na to zapomínáme, v tom mi pomáhá vzdělávání, je to pocit určitýho obohacení, pocit něčeho, co si můžu pro sebe dopřát, bonus.“*

Respondentky většinou popisovaly nespokojenost s finančními, časovými a administrativními podmínkami.

Důležité je umět pracovní zátěž kompenzovat, další otázka se proto týkala prvků podpory, díky kterým se respondentkám daří zvládat výkon profese. Všechny respondentky shodně uvádějí rodinné zázemí, přátele, zájmové činnosti. Mátel (2019, s. 42) jako nejdůležitější podpůrné subjekty uvádí rodinu a přátele. Stejného názoru je respondentka SP1: „Mou největší oporou jsou moje děti a vnučka, celá moje rodina a když jsme pohromadě, tak mi nic nechybí.“ Názor SP3: „ Co mě baví od malička, je sport, díky tomu jsem aktivní a když potřebuju vypnout, vyčistit myšlenky, tak sportuju, je jedno, jestli vezmu kolo nebo brusle nebo jdu plavat, běhat, to mi pomáhá, dělala jsem i kolektivní sporty, volejbal, i procházka je fajn, co mě hodně baví, je cestování a poznávání, turistika.“ Druhem prevence proti stresu je podle SP2 potřeba se neustále vzdělávat: „Já mám zázemí, rodinu, domov, to dělá hodně, a moje koníčky, zahradu, jezdíme na výlety... zaměřovat se na psychohygienu, naučit se o sebe pečovat, to říkáme pacientům a sami na to zapomínáme, v tom mi pomáhá vzdělávání, je to pocit určitýho obohacení, pocit něčeho, co si můžu pro sebe dopřát, bonus.“ Odměnou a motivací kromě uvedených podpůrných faktorů samotná práce s pacienty, kontakt s nimi, projevy jejich ocenění, jako v případě respondentky SP1: „Ta největší odměna, kterou můžu já dostat za moji práci je, když vidím, že pro toho člověka uděláte něco, a on je vám vděčný, to není samozřejmý, a neměli byste to ani v té profesi očekávat, ale pokud se to stane, tak je to velice zadostiučňující, občas se ptám sama sebe, kdo je úspěšný pracovník, na to jsem nenašla jednoznačnou odpověď, ale je to určitě ten, kterýho práce s danou cílovou skupinou naplňuje a dává mu smysl, je to na něm velmi znát, takoví lidi se intenzivně

*zabývají svým osobním rozvojem... přála bych nám, abysme uměli vyvažovat pozitiva a negativa profese, a jako pomáhající pracovníci jsme se naučili pracovat se svojí profesionalitou tak, abychom zvládli to, čemu se říká syndrom vyhoření a uměli mu předcházet... někdy se přistihnu, že chci skončit, protože toho je prostě moc, ale mám tu práci ráda.“*

Syndrom vyhoření je soubor příznaků vyskytující se u pracovníků v pomáhajících profesích odvozený z dlouhodobé nekompenzované zátěže, kterou přináší práce s lidmi (Matoušek, 2003, s. 263). Jankovský (2003, s. 157) je názoru, že výkon pomáhajících profesí může být spojen s celou řadou obtíží, problémů a zklamání.

Na mou položenou otázku, jaké by byly případné důvody pro odchod z profese, mi respondentky odpověděly různě, uváděly rodinné, zdravotní či finanční důvody. SP2: *„Pro odchod z profese, chuť dělat jiný zaměstnání jsem neměla nikdy, chuť odejít jinam, na jiný pracoviště, to nevím, nepřemýšlela jsem nad tím, asi by to musel být závažnej důvod, třeba stěhování, rodinný důvod, a taky by to byly určité zdravotní důvody, kdyby selhalo zdraví a to už jsem si jednou zažila, takže to mě napadá, nic jinýho nepřipouštím, protože mě moje práce baví, dělám ji ráda, i když pro někoho je málo prestižní, pro mě je to srdeční záležitost.“* SP3: *„Když o tom přemýšlím, a co už padlo, tak by to byly důvody existenční, když by moje můj měsíční plat nestačil na pokrytí nákladů rodiny, vím, že se sociální práci já můžu pracovat kdekoli.“* SP4: *„To si neumím představit, možná, kdyby mi nabídli někde dobře placenou práci, záleží na okolnostech, možná kvůli rodině, měla jsem nabídku jiný práce, ale mimo obor, to jsem vážně zvažovala, mě tahle práce zatím vyhovuje a baví mě.“* V současné době respondentky neuvažují o svém odchodu ze zaměstnání, jediná respondentka SP4 přiznává pracovní nabídku v jiném oboru.

#### **6.4.1 Dílčí závěr**

Zmiňované faktory zátěže i podpory sociálních pracovníků jsou současně výzvami i limity jejich výkonu zaměstnání. Je patrné, že povolání přináší i řadu výzev, které zasahují i do osobní roviny profesionálů, jako neustálé zdokonalování v oblasti přizpůsobování se aktuálním situacím s ohledem na měnící se zdravotní stav pacientů, kteří vyžadují specifický přístup. Velká část faktorů, které přispěly ke stresu, jsou oblasti, které byly zkoumány ve vztahu k situačním faktorům. Uspokojivý plat je bezpochyby významným faktorem přispívajícím k práci a spokojenosti, tento pocit je sdílen mezi respondentkami.

Mezi zátěžové prvky respondentky uvedly velké množství administrativních úkonů, nedostatek kvalifikovaných sociálních pracovníků, časové vytížení až po specifika práce s cílovou skupinou, která je náročná a zodpovědná. Stres se projevuje jak fyzicky, tak emocionálně, respondentky uvádějí fyzické potíže související se stresem, neschopností „vypnout“ a odpočívat doma. Nejvýraznějším problémem je neustálý zájem o případy a neschopnost se emocionálně odpoutat od pracovních záležitostí ve svém soukromí. Dvě respondentky popisují zdravotní riziko v podobě syndromu vyhoření.

Významným faktorem přispívajícím k práci a spokojenosti jsou adekvátní platové podmínky a přiměřené množství práce na jednoho pracovníka spolu s redukcí administrativy.

Podporou, kterou společně respondentky uvádějí, je především samotná práce s pacienty, jejich zpětná vazba, ocenění, které dostávají prostřednictvím samotných klientů. Mezi podpůrné prvky také řadí fungující rodinné vztahy, domov, děti, dále je to způsob trávení volného času, sport, zahradničení, další zájmové činnosti. Respondentka SP2 jako možnost psychohygieny uvedla vzdělávání. Respondentky na položené otázky odpovídají velmi podobně, protože zažívají podobné situace. Zásadní je názor respondentky SP2, která upozorňuje na zodpovědnost vůči sobě, na důležitost péče o své duševní zdraví.

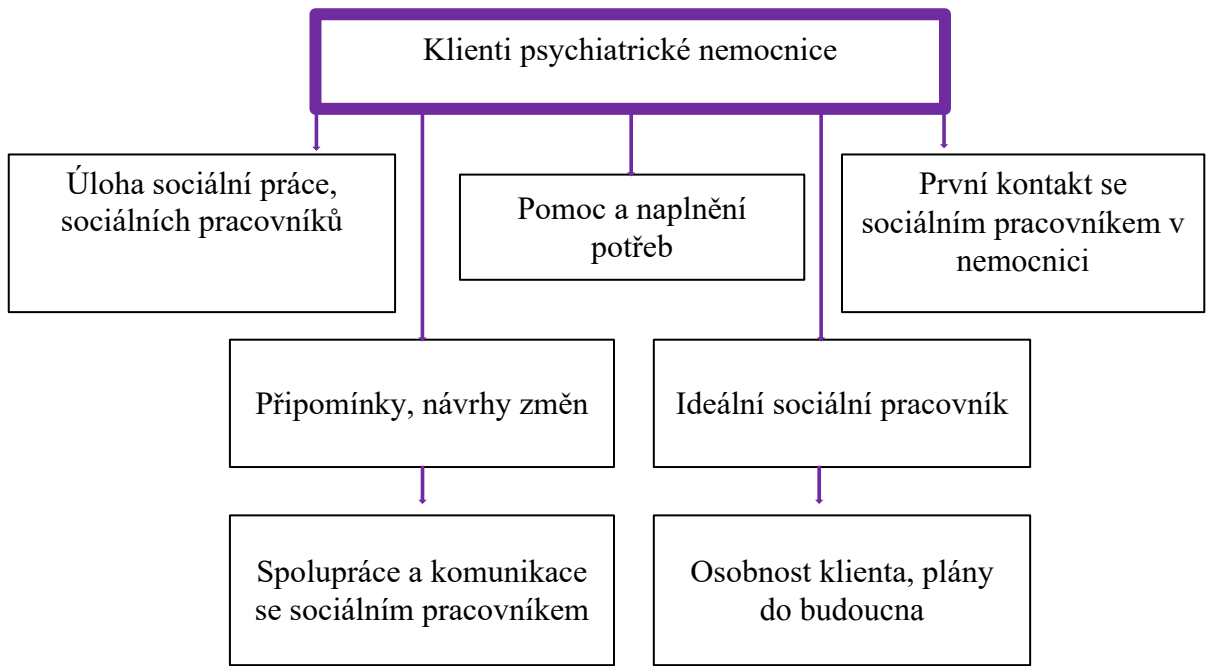
Poměrně náročné požadavky na pomáhající profese však mohou představovat pro některé pracovníky nepřiměřenou zátěž, jež může vést, ve spojení s psychickou, emocionální a popřípadě i fyzickou náročností výkonu takového povolání, až k odchodu z profese.

Pro případný odchod z profese sociálních pracovníků, uvádějí respondentky reálné životní události, které by mohly nastat. Zároveň s limity přiznávají i svou osobní angažovanost a profesionální vztah ke své profesi, která je jim velmi blízká.

## 6.5 Klienti psychiatrické nemocnice

DVO5: Jaké přínosy sociální péče očekává a vnímá uživatel služby, jakou pomoc a podporu očekává?

Schéma č. 5 Klienti psychiatrické nemocnice



Zdroj: vlastní

Otázka reflektuje, jakou zkušenost má uživatel služby s podporou sociálního pracovníka, jaká byla jeho očekávání a jaká byla skutečná pomoc. Otázka dále reflektuje přínosy práce sociálních pracovníků z pohledu pacientů.

V sociální práci označení pro člověka, který užívá služeb sociálního pracovníka, vypadá zcela jasně. Je to klient a vystupuje vůči sociálnímu pracovníkovi v roli spolupracovníka a rovnocenného partnera. Jsou situace, kdy tyto předpoklady nejsou zcela naplněny a jsou to právě klienti s duševním onemocněním, kteří jsou často v pacientské roli (Mahrová, Venglářová, 2008, s. 27).

V rozhovorech jsem se nejprve zaměřila na oblast samotné sociální práce, na to, jakou mají respondenti představu o sociální práci, zda a při jaké příležitosti se například se sociálními pracovníky setkali. Respondenti shodně odpověděli, že sociální práce je orientovaná na humanitární pomoc lidem v nouzi či znevýhodněním, kterým sociální pracovníci pomáhají obnovit jejich sociální fungování. K1: „Pomáhat, pomáhat lidem hlavně, se všim, co potřebujou, na pracovním úřadu, zjistit, dávky, zjišťování adres...“ K2: „Staraj se o lidi, co mají nějaký problémy, kvůli kterým nemůžou normálně fungovat,

v práci, doma... ten pracovník by měl pomáhat.“ K3: „Sociální práce, to je pomoc lidem, pro lidi sociálně slabý.“ K4: „Pomáhají lidem v nouzi.“ Zkušenost se sociálními pracovníky mimo psychiatrickou nemocnici mají tři respondenti, K1, K3 a K4. Respondent K1: „Na soudě, vlastně na úřadě taky, tam jsem si nechal změnit přímení a na psychiatrii, v nemocnicích... na úřadě práce.“ K3: „Na úřadu práce, na vězeňský psychiatrii, ve vazbě, tady... jsem tu potřetí.“ K4: „Byla jsem kvůli důchodu na úřadě.“

Jedna z otázek je zaměřená na první kontakt respondentů se sociální pracovníci v nemocnici, který Kuzníková (2011, s. 55-56) popisuje jako klíčový pro společnou spolupráci a další kvalitu komunikace, jelikož v klientovi zanechává velmi silný dojem.

Respondenti jsou názoru, že první rozhovor se sociálními pracovníci proběhl bez problémů, a že sociální pracovnice projevily dostatečný zájem o jejich potřeby. K2: „Bylo to na komunitě, sociální řekla, že mám přijít na pohovor do kanceláře, tam jsem byl půl hodiny, na všechno jsem jí odpověděl, co chtěla vědět, domluvili jsem se, co budeme zařizovat, co udělám já a co zas ona.“ K3: „Přišla za mnou ta sociální sestra... mluvila s opatrovnici a že mají zjištěný nějaký zprávy, tak jsme o tom mluvili.“ K1: „Paní byla hodná, v klidu, hned se mně ptala... co budeme řešit, jestli něco nechci a nepotřebuju.“ K4: „Ptala se, jestli mám všechno, co potřebuju.“ Sociální pracovník potřebuje získat důvěru klienta, ve vzájemném vztahu má být srdečný, ale zároveň věcný a klient má cítit zájem o své problémy (Brnula, Kodymová, Krakešová, 2019, s. 133).

Respondenti dále uváděli, jakým způsobem probíhala vzájemná komunikace se sociálními pracovníci, a jak často. K1: „Každý ráno na vizitě, nebo na komunitě.“ K2: „Tak dvakrát v týdnu asi... když bych chtěl, tak jsem si moh říct o pohovor s pracovníci, já jsem to nevyužil nikdy.“ K3: „Mluvili s náma na vizitách a na komunitách každé den.“ K4: „Na vizitě... ta sociální byla ochotná.“ Vzájemné vztahy mezi klienty a sociálními pracovníci byli z pohledu respondentů bezproblémové, se sociálními pracovníci byli denně v kontaktu, respondent K2 uvádí, že v případě potřeby mohl o pohovor kdykoli požádat. Rozhovory probíhaly individuálně v kanceláři sociálních pracovníků.

V oblasti pomoci a jednotlivých potřeb klientů mě zajímalo, jaké měli klienti požadavky během hospitalizace, co konkrétního potřebovali řešit se sociálními pracovníci a zda byli s řešením svých potřeb spokojeni. Podle Probstové (in Matoušek a kol., 2010, s. 133) většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka cílenou pomoc (informace v oblasti sociálního zabezpečení, občanského a rodinného práva) či specifické intervence například poradenství, komplexní zdravotně sociální péči potřebují ti, u kterých fungování je omezeno ve více oblastech po delší dobu.

Respondent K1: „Potřeboval jsem hlavně nakoupit, když jsem nemoh sám, sociální mi nakupovala, co jsem chtěl... sociální mi vždycky poradila, nakoupila... vyřídila mi neschopenku, já si nemůžu stěžovat, to vůbec, za mě spokojenost, co sem potreboval, to jsem dostal.“ K2: „Sehnat novou práci, dala mi nějaký kontakty a obvolali je, někam jsem volal sám, nakonec jsem sehnal práci... sociální byla ochotná, taková upřímná paní, na svém místě... já byl spokojenej.“ K3: „Chtěli mi pomoci, zařídit peníze, ubytování, taky práci, ale tu mám zajištěnou, potreboval jsem poradit kam dál, do jaký komunity...chci do komunity, ale musím čekat, já jsem rád jo, že mi pomohli, já mám hmotnou nouzi a sociální mi zařizovala peníze, když mě přivezli, nic jsem neměl... mám dluhy, jsem v exekuci, ale splácím to z dávek, to mi hlídá opatrovnice.“ K4: „No, já byla spokojená ... já toho zas tolik nepotřebuju, nechtěla jsem jí zdržovat... nosila nám nákupy... já jsem potrebovala zařídit umístění do zařízení na pobyt, do domova seniorů, to napsala paní sociální žádosti a výpisy zdravotnický, z té dokumentace, oni mi zařídili pečovatelský dům, už jsem byla i registrovaná... napsala, aby mi chodil důchod přímo do nemocnice... ale nakonec jsem se zlepšila a dostala se z toho.“

Respondenti potrebovali pomoci s řešením svých individuálních potřeb, v případě, že nebyli schopni si je zajistit sami, řešily sociální péči za klienty sociální pracovnice. Jednalo se hlavně o řešení finančních záležitostí (K3, K4), podávání žádostí do pobytových či komunitních služeb (K2, K3), vyhledávání kontaktů (K2- zaměstnání), zajišťování nákupů (K1, K4) apod.

Zajímalo mě, jak by respondenti popsali ideální sociální pracovnici, a zda by její práci mohl zastávat někdo jiný. Všichni respondenti shodně uvádějí vlastnosti, jako kladný vztah k lidem, slušnost, pracovitost, empatii, schopnost komunikovat, vzdělanost. K1: „Tak určitě slušný jednání, umět komunikovat, mít dobrej vztah k lidem, hlavně k těm, co sou nemocný, protože, když vám je blbě, tak všechno je mnohem horší, všechno to vidíte taky blbě.“

K2: „Zodpovědná, pracovitá, měla by umět jednat s lidma, umět s nima komunikovat.“

K3: „Empatická, slušná, komunikující, aby uměla tu práci, aby byla vyškolená prostě.“

K4: „Já myslím, že každý, kdo pracuje ve zdravotnictví by měl mít dobrý vztah k lidem, to už na tom člověku poznáte, kdo má rád práci s lidma, a jestli se na to hodí.“

Nezastupitelnost role sociálního pracovníka také popisují všichni respondenti shodně. K1: „To by nešlo, to by nikdo nemoh, každej má práci, který rozumí, psychiatra taky nemůže dělat každej, sociální práce je pro sociálního pracovníka.“ K2: „To může dělat,

*kdo má na to kvalifikaci a zrovna v nemocnici by měl dělat každý to svoje.*“ K3: *„To nevím, asi spíš ne, myslím, že nemůže, na to musí mít studium.*“ K4: *„... nemůže se to stát.*“ Respondenti se shodli v názoru, jaké předpoklady by sociální pracovník měl mít a na tom, že jeho profesi nemůže nikdo zastoupit.

Je důležité motivovat klienta k tomu, aby se snažil sám zapojit do řešení svého problému (Krakešová, Kodymová, Brnula, 2019, s. 133). Na položenou otázku, jak jste se sám podílel/a na přípravě propuštění z nemocnice, odpověděli respondenti individuálně, v zásadě se všichni se v různé míře nějakým způsobem angažovali. K1: *„Jsem musel volat do práce, kdy mám přijít, aby se mnou počítali.*“ K2: *„To jsem si domluvil tu práci ve stavební firmě.*“

K3: *„Musel jsem vybrat komunitu, napsal jsem motivační dopis, a dotazník jsem vyplnil se sociální... abych mohl naspoupit... pořád čekám, až se ozvou.*“ K4: *„Já jsem byla domluvená s dcerou, že si mě vezme, abych nebyla sama.*“

Respondent K4 hodnotí pozitivně spolupráci se sociální pracovníci a sděluje svou zkušenost, kdy byl pochválen: K1: *„Paní sociální mě pochválila na vizitě, že se hrnu do práce, řekl jsem, že potřebuju jít dělat, že lidí na práci je málo a že já jsem ten nejlepší... měl jsem dobrý pocit, že mám práci a že mě tam potřebujou, a taky jsem udělal fór.*“

Podobnou zkušenost popisuje respondent K2: *„Bavili jsme se o těch pozitivních a negativních, a sociální mi řekla, že je dobře, že budu mít přiměřenou práci k svému zdravotnímu stavu, a že jsem udělal dobře... víte, to jsem potřeboval slyšet v tu chvíli, já byl takovej, no, byl jsem nejistej, nerozhodnej.*“ K3: *„No pochválila... s tou komunitou, že jsem napsal ten dopis, řekla, že se snažím, asi jsem byl rád, že to řekla.*“ K4: *„Paní sociální nás chválila všechny neustále, my jsme se smály, to byl od ní spíš kompliment... kdo by to nechtěl slyšet.*“ Respondenti si cení pochvaly, uznání či povzbuzení od svých sociálních pracovníků. Respondent K2 cítil upřímný zájem a psychickou podporu ze strany sociální pracovnice. Respondent K3, který byl spíše uzavřený a tichý, také popisuje pozitivní pocity. Položila jsem respondentům doplňující otázku, zda by chtěli ve spolupráci a přístupu něco zlepšit, na tuto otázku odpověděla jen respondentka K4: *„Měla jsem zkušenosti dobré, tak nemyslím, nevím, co by se dalo vylepšovat.*“

Dále respondenti odpověděli na otázky, jak se nyní cítí, jak zvládají každodenní úkoly a jak by přijali fakt, že by byli znovu hospitalizováni. Respondenti jsou názoru, že se v současnosti cítí dobře a zvládání každodenních úkolů se jim celkem daří. K1: *„Jsem teď v pohodě, mohlo by to tak zůstat... každé tejdne stejnej, ráno do práce, pak du hned domu, eště se necejtim, že bych někam šel, je to takový divný, jsem unavenej, ale jinak*

*dobrý... bych se vrátil zpátky, to se může stát, já myslím, že když by to bylo nutný, tak co bych moč dělat... chtěl bych zkusit letět padákem, nebo jinej zážitek, ten pád bych chtěl, lítat volně, nebo si pořídit psa, psa jsme měli, byl jsem zvyklej.“ K2: „Zvládám to dobře, no, občas mám úzkosti, ale dá se to vydržet... už jsem se zapracoval, šéf si mě chce nechat nastálo, mám víc času, pravidelný režim, chodím na kontroly, manželka na mě dohlíží... asi bych už neměl takový strach nastoupit znova, chtěl bych být zdravěj, být s rodinou a spokojeně si žít.“ K3: „Dá se to... já chodím jenom do práce, na nákup, pak jdu na ubytovnu... chtěl bych nastoupit do komunity.“ K4: „Je mi dobře, jsem spokojená, zatím jsem u dcery, časem bych chtěla domů, to si plánuju... zpátky už bych nechtěla, poležela jsem si dost dlouho...“*

Respondenti řeší v současnosti běžné všední starosti, případnou hospitalizaci nevylučují. Symptomy některých onemocnění v menší míře stále přetrvávají, respondent K1 cítí únavu, ale zvládá se o sebe postarat a chodí pravidelně do práce. Respondent K2 mívá úzkosti, které ale neomezují jeho sociální fungování, v novém zaměstnání se mu daří a má podporu rodiny. Respondent K3 bydlí na ubytovně, pracuje a čeká na pobyt v komunitním zařízení. Respondentka K4 se cítí dobře, bydlí u dcery a plánuje se přestěhovat zpátky domů; v psychiatrické nemocnici by znovu hospitalizovaná být nechtěla.

### **6.5.1 Dílčí závěr**

Otázka reflektuje, jakou zkušenost má uživatel služby s podporou sociálního pracovníka, jaká byla jeho očekávání a jaká byla skutečná pomoc. Otázka dále reflektuje přínosy práce sociálních pracovníků z pohledu pacientů.

Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti mají povědomí o sociální práci i o práci sociálních pracovníků, sociální práci vnímají jako pomoc lidem v nouzi. Tři respondenti uvedli, že měli zkušenost se setkat se sociálními pracovníky v minulosti např. na úřadech práce, u soudu.

V době hospitalizace se setkávali se sociálními pracovníci pravidelně, denně na vizitách či na komunitách. Další spolupráce probíhala podle individuálních plánů, které si stanovili klienti se sociálními pracovníci společně, byli podporováni a motivováni k tomu, aby se sami podíleli na plnění jednotlivých úkolů, v případě potřeby měli také možnost požádat o rozhovor se sociální pracovnící, jak uvedl respondent K2.

Ideální sociální pracovník je respondenty popisován jako člověk empatický, komunikativní, pracovitý a vzdělaný, jehož práci nemůže nikdo zastoupit.



Respondenti v rozhovorech zmiňují spokojenost s péčí sociálních pracovníků. Největší podporu a pomoc potřebovali respondenti ve více oblastech svého sociálního fungování, v oblasti zajišťování financí, bydlení a základních osobních potřeb.

Z rozhovorů je patrné, že se respondenti setkávají s problémy jak v sociální, tak v psychické a fyzické rovině. V psychické a fyzické rovině se jednalo především o přetrvávající symptomy onemocnění (neklid, úzkost, únava). V sociální rovině se jednalo o změnu zaměstnání u respondenta K2, změnu bydliště u respondenta K3, který navíc čeká na dlouhodobý pobyt v komunitě, řeší dluhovou situaci a nemá podporu rodiny.

Respondenti oceňovali přístup a zájem ze strany sociálních pracovníků. Velmi si cenili poskytované psychické podpory. V rozhovorech nebyla zaznamenána žádná negativní zkušenost, kterou by respondenti vnímali, na položené otázky odpovídali ve shodě, kromě rozdílů v individuálních cílech a přáních. Tři respondenti by se v případě nutnosti nebránili návratu do psychiatrické nemocnice. Dva respondenti uvedli zkušenost s bývalými opakovanými pobytů v psychiatrické nemocnici, u dalších dvou respondentů se jednalo o jejich první pobyt, o první hospitalizaci.

Díky vytvoření fungující spolupráce se sociálními pracovníky, motivací a individuálním přístupem mohli respondenti ovlivnit dosažení pozitivních změn ve svém životě.

## **6.6 Shrnutí výzkumného šetření**

Cílem diplomové práce bylo zjistit, jakou roli mají sociální pracovníci v psychiatrické nemocnici, jak vnímají význam své role, jak se v ní cítí, jaká jsou specifika jejich práce s klienty, co je motivuje, jaké problémy řeší. Zároveň jsem zjišťovala, jaký pohled na sociální pracovníci a jejich práci mají jejich klienti, jaké jsou zkušenosti klientů, jaké byly jejich potřeby a co se podařilo či nepodařilo vyřešit.

Získání sociálních pracovníků, stejně jako klientů podle stanovených kritérií nebylo příliš náročné, jelikož jejich výběr probíhal v jedné organizaci. Také realizace rozhovorů se podařila v plánovaných termínech.

K dosažení hlavního a dílčích cílů diplomové práce byla zvolena kvalitativní metoda výzkumného šetření s využitím interpretativní fenomenologické analýzy k získání informací s využitím polostrukturovaných rozhovorů. Celá metodologie výzkumného šetření byla čerpána z rozhovorů se sociálními pracovníky a také s jejich klienty,

protože pohled klientů přispívá k objasnění a k lepšímu pochopení řešené problematiky. Aby byl cíl práce naplněn, zvolila jsem jednu hlavní výzkumnou otázku a následně pět dílčích otázek.

Z rozhovorů s respondenty vyplynulo pět kategorií, které lze považovat za důležité v interpretaci získaných dat. Pomocí jednotlivých interpretací jsem mohla odpovědět na dílčí výzkumné otázky, které umožňují následně zodpovědět hlavní výzkumnou otázku.

První kategorie je zaměřena na profesi sociálních pracovníků v psychiatrické nemocnici, na přínosy jejich práce. Podle mínění respondentek je hlavním přínosem jejich povolání podpora a pomoc klientům, motivace k samostatnosti a soběstačnosti. Pro výkon profese je potřebná orientace nejen v sociální problematice, ale i v problematice právní.

V přímé práci s klienty je základem schopnost komunikace a empatického přístupu k pacientům. K přínosům dle respondentek patří pozitivní pocity z možnosti pomáhat, svou profesi vnímají jako pomáhající, která jim přináší pocit smysluplnosti, pocit osobního růstu a prospěšnosti.

Druhá kategorie nám přiblížila specifika práce s duševně nemocnými klienty. Dle respondentek je práce s touto cílovou skupinou specifická, s potřebou specifického přístupu. Respondentky uvádějí nutnost znát psychiatrické minimum, umět rozeznat jednotlivé projevy onemocnění a mít dostatek zkušeností. Spolupráci s klienty označují respondentky za náročnou. Jedna respondentka zmiňuje také problematiku deinstitucionalizace v rámci reformních změn psychiatrické péče v ČR a problematiku dlouhodobé péče v psychiatrii.

Třetí kategorie nám pomohla pochopit postavení sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Respondentky popisovaly, jak funguje spolupráce v multidisciplinárním týmu, s externími spolupracovníky, rodinami. Za důležité respondentky považují poskytování komplexní zdravotní a sociální péče, efektivní spolupráci a komunikaci všech členů týmu. Sociální pracovníci jsou platnými členy multidisciplinárních týmů a považují se za rovnocenné členy týmu. Vztahy v týmu, komunikaci a ochotu ke spolupráci považují za jednu z nejdůležitějších podmínek dobré mezioborové spolupráce. Vně psychiatrické nemocnice spolupracují s úřady, soudy, zdravotnickými zařízeními, sociálními službami nebo zařízeními zajišťujícími následnou péči. Spolupráce je respondentkami popisována převážně jako fungující, ale byly zmíněny i známky kritického hodnocení práce sociálních pracovníků, které vyplývá z nedostatečných znalostí kompetencí profese sociálních pracovníků, z nedostatečné informovanosti o problematice umístování pacientů a z nedostatku volných míst

v zařízeních následné péče. Podstatná je i spolupráce s rodinami klientů, komplikací ale bývá konfliktní a nedostatečná spolupráce nebo absence rodiny. V této oblasti by jistě napomohla spolupráce se supervizory. Pojmy supervizor či supervize ale v odpovědích respondentek vůbec nezazněly.

Čtvrtá kategorie zjišťovala výzvy a limity práce, které mají zásadní vliv na výkon práce sociálních pracovníků. Motivací a výzvou je pro všechny respondentky práce s psychicky nemocnými lidmi, pozitivní zpětná vazba a ocenění od klientů, možnosti dalšího vzdělávání. Podpora je založena na fungujících vztazích s klienty, spolupracovníky, blízkými, na možnostech psychohygieny. Respondentky uvádějí psychické nároky profese, které mají vliv i na fyzickou stránku, vyplývají z práce s cílovou skupinou osob duševně nemocných. Dalšími limity je dle mínění respondentek nadměrné množství administrativní práce, nedostatečné finanční ohodnocení, časové vytížení.

Poslední pátá kategorie identifikovala zkušenosti respondentů z řad klientů s podporou sociálního pracovníka. Respondenti se shodovali v názoru, že profese sociálních pracovníků je velmi přínosná především pro její odbornost v oblasti sociální práce a pro její prospěšnost pomáhat lidem zlepšit nepříznivou sociální situaci. Respondenti oceňují skutečnou pomoc a podporu, kterou jako pacienti získali, kladně hodnotí dobrou spolupráci se sociálními pracovníky. Jejich pomoci si velmi cení, stejně tak i osobního přístupu sociálních pracovníků. Základním aspektem pro vzájemnou spolupráci je empatický přístup sociálních pracovníků, komunikace, respektující a kladný vztah k lidem.

Při zpracovávání tohoto shrnutí práce se mi potvrdila skutečnost, jak důležitá je vzájemná spolupráce a komunikace, která mnohokrát zaznívá z rozhovorů.

Já jako výzkumník jsem tyto dovednosti ocenila zejména při realizaci rozhovorů, protože bez ochoty spolupráce a fungující komunikace by se mi výzkum nepodařilo uskutečnit.

Věřím, že se mi podařilo naplnit všechny dílčí výzkumné cíle a poukázat na problematiku a specifika sociální práce s osobami s duševním onemocněním. Mou snahou bylo zjistit, v čem spatřují význam svého povolání sociální pracovníci a také, jaké jsou přínosy práce sociálních pracovníků pohledem pacientů.

## Závěr

K naplnění cíle práce jsem zvolila jednu hlavní výzkumnou otázku, která zní takto:

Jak sociální pracovník v psychiatrické nemocnici vnímá svou roli a v čem spatřuje její význam?

Výzkum si kladl za cíl zjistit, jaká je role sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici, jak vnímají sociální pracovníci význam své profese, jaké jsou výzvy a limity jejich práce. Práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část. Teoretická část práce charakterizuje základní pojmy (duševní onemocnění, sociální práce, role sociálního pracovníka, multidisciplinární tým, reforma psychiatrické péče) a je rozdělena na tři hlavní kapitoly.

První kapitola je věnována duševním onemocněním, charakteristikám závažných duševních poruch a sociální práci s lidmi s duševním onemocněním, jsou popsány specifické potřeby a přístupy k těmto klientům.

Druhá kapitola se zabývá prací sociálního pracovníka v psychiatrické nemocnici, popisuje pracovní činnosti sociálních pracovníků, metody a specifika sociální práce s psychiatrickými klienty.

Třetí kapitola představuje cíle reformy psychiatrické péče a systém lůžkové psychiatrické péče.

Jednotlivé kapitoly slouží jako podklad pro část empirickou a byly vypracovány na základě studia odborné literatury.

Empirická část je základem pro následující výzkum.

Prostřednictvím výzkumného šetření bylo zjištěno, jak sociální pracovníci vnímají a hodnotí nejen vlastní profesi, ale také práci s osobami s duševním onemocněním. Zjištění vycházejí z vnímání sebe sama jako kompetentních pracovníků. Pokud budou vnímat svoji profesi jako potřebnou a přínosnou, bude takto hodnocena a přijímána nejen klienty, ale i jejich okolím. Na prožívání sociálních pracovníků má vliv také to, zda se jim dostává pozitivní zpětná vazba, která je potvrzením toho, že svou roli plní dobře.

Na základě získaných dat sociální pracovníci v psychiatrické nemocnici naplňují mnoho rolí, jde o roli profesionála a odborného pracovníka, poradce, zprostředkovatele, spojovatele, spolupracovníka, obhájce. Hlavním přínosem profese je podpora a pomoc lidem s duševním onemocněním.

V psychiatrické nemocnici je profese sociálního pracovníka vnímána jako významná a je stejně náročná jako potřebná a současně s přínosy má i své limity. Především se jedná

o limity, které vyplývají z povahy pracovních úkolů. Zjevné jsou limity práce s lidmi s duševním onemocněním, ve vzájemných vztazích a v nedostatečném finančním ohodnocení. V této souvislosti uvádějí respondentky pocity nespokojenosti, nedocenění a vyčerpání. Tyto podmínky nejsou dlouhodobě udržitelné a měly by se změnit na systémové i organizační úrovni navýšením mezd a snížením administrativní zátěže.

Respondentky zmiňují také faktory, které jejich prožívání ovlivňuje pozitivně. Za nejvíce motivující považují právě svou profesi, kterou vnímají jako naplňující, ve své pracovní roli nacházejí smysl, baví je vztahy s klienty, baví je jejich práce. Specifika práce s duševně nemocnými v psychiatrické nemocnici jsou limitující, ale mohou být současně i výzvou a motivací k výkonu povolání sociálních pracovníků. Významným motivačním prvkem je i rodinné a pracovní zázemí.

Sociální pracovníci se shodují v názoru, že výběr svého povolání byl jejich osobní volbou. Svoji profesi vnímají jako náročnou, ale zároveň přínosnou a v pomoci druhým vidí smysl.

Na závěr bych se ještě ráda vyjádřila k opatřením, které by mohla vést k eliminaci vzniku limitujících faktorů, které jsem uvedla výše. Jako vhodná se nabízí možnost využití týmové supervize, které v organizaci probíhají, včetně oddělení dvou sociálních pracovníků.

Dalším možným návrhem vedoucím k udržení motivace, by mohlo být doporučení věnovat dostatečnou pozornost sobě samému. Naučit se aktivně starat o své duševní zdraví tak, aby se sociálním pracovníkům dařilo lépe zvládat zátěžové situace a aby dokázaly úspěšněji a efektivněji dosahovat stanovených cílů a spokojenosti v profesi a v životě vůbec.

## Návrhy dalších výzkumů

Výsledky práce mohou být využity jako další zdroj informací pro sociální pracovníce, studenty oboru sociální práce, kteří uvažují o zaměstnání v psychiatrické nemocnici.

Výsledky práce mohou přispět ke zvýšení povědomí o pracovních metodách, činnostech, přístupech v přímé péči, v praxi s pacienty v psychiatrické nemocnici.

Získaná data mohou také posloužit dalším výzkumníkům ve výzkumech týkajících se práce sociálních pracovníků.

Téma, které jsem zvolila je natolik obsáhlé, že je možné jej rozšířit v dalších výzkumech a zaměřit se v nich na pracovníky ostatních profesí, kteří pečují o duševně nemocné klienty hospitalizované v psychiatrické nemocnici. Také by bylo možné zúžit téma na práci sociálních pracovníků s konkrétní cílovou skupinou, nebo by se výzkum dal rozšířit o názory zdravotnického personálu, který s psychiatrickými pacienty pracuje v psychiatrické nemocnici i mimo ni. Další výzkumy by mohly přinést nová témata, například téma spolupráce sociálních pracovníků s rodinami psychicky nemocných klientů, dilemata sociálních pracovníků při výkonu sociální práce v psychiatrické nemocnici, návaznost sociální péče o psychiatrické pacienty při ukončování hospitalizace.

## Seznam použitých zkratek

APA	Americká psychiatrická asociace
Cédézetko	Centrum duševního zdraví, též CDZ
ČR	Česká republika
DSM	Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí
DVO	Dílčí výzkumná otázka
EU	Evropská unie
IPA	Interpretativní fenomenologická analýza
K	Klient
LDN	Léčebna dlouhodobě nemocných
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PČR	Policie České republiky
Sb.	Sbírka
SP	Sociální pracovník
UK	Univerzita Karlova
USB	Universal Serial Bus
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky
WHO	Světová zdravotnická organizace

## Seznam literatury

BISCHKOPF, Jeanette, DEIMEL, Daniel, WALTHER, Christoph, ZIMMERMANN, Ralf-Bruno (Hg.). *Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch*. 1. Auflage. Köln: Psychiatrie Verlag UTB GmbH, 2023. ISBN 978-3-8252-5847-4

BRNULA, Peter, KODYMOVÁ, Pavla, KRAKEŠOVÁ, Marie. *Sociální kliniky: Z dějin sociální práce a sociálního školství*. Praha: Karolinum, 2019. ISBN 978-80-246-4300-7

ČERNÝ, Michal. *Pedagogicko-psychologické otázky on-line vzdělávání*. Brno: Masarykova univerzita, 2018. ISBN 978-80-210-8925-9

ČEŠKOVÁ, Eva a Radovan PŘIKRYL. *Praktická psychiatrie*. Praha: Maxdorf, c2013. Jessenius. ISBN 978-80-7345-316-9

DUŠEK, Karel, VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, Alena. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Vyd. 2. Grada Publishing, a.s., 2015. ISBN 978-80-247-4826-9

DZIEGIELEWSKI, Sophia F., HOLLIMAN, Diane C. *The Changing Face of Health Care Social Work, Fourth Edition: Opportunities and Challenges for Professional Practice*. 4 th Edition. Springer Publishing Company, LLC, 2019. ISBN 978-0-8261-6982-2

ELICHOVÁ, Markéta. *Sociální práce. Aktuální otázky*. Grada, 2017. ISBN 978-80-271-0080-4

FERJENČÍK, Ján. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu*. Vyd. 2. Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-815-9

GLUMBÍKOVÁ, Kateřina. *Reflexivita v sociální práci s rodinami*. Praha: Grada, 2020. ISBN 978-80-271-1381-1

GRIERTZ, Karsten, GROSE, Lisa, GAHLEITNER, Silke B. *Hard to reach: Schwer erreichbares Klientel unterstützen*. Psychiatrie Verlag, 2021. ISBN: 978-3-96605-006-7

GULOVÁ, Lenka, ŠÍP, Radim (eds.). *Výzkumné metody v pedagogické praxi*. Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4368-4

HAVRÁNKOVÁ, Olga. *Sebevražednost seniorů*. Praha: Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4822-4

HAVRDOVÁ, Zuzana a kol. *Hodnoty v prostředí sociálních a zdravotních služeb*. FHS UK Praha, 2010. ISBN 978-80-87398-06-7

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2



HOLMEROVÁ, Iva, JAROLÍMKOVÁ, Eva, SUCHÁ, Jitka a kol. *Péče o pacienty s kognitivní poruchou*. Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0177-4

HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Dlouhodobá péče: geriatrické aspekty a kvalita*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5439-0

HOSÁK, Ladislav, HRDLÍČKA Michal, LIBIGER, Jan a kol. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Vyd. 1. Karolinum, 2015. ISBN 978-80-246-2998-8  
HÖSCHL, C., LIBIGER, J., ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. Praha: Tigis, s.r.o., 2002. ISBN 82-900130-1-5

JANKOVSKÝ, Jiří. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 978-80-7553-414-9

JOCHMANNOVÁ, Leona, KIMPLOVÁ, Tereza a kol. *Biologické, psychosociální, digitální a spirituální aspekty*. Grada Publishing a.s., 2022. ISBN 978-80-271-2569-2

JUŘÍČKOVÁ, Lubica, IVANOVÁ, Kateřina, FILKA, Jaroslav. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Grada Publishing a.s., 2013. ISBN 978-80-247-4786-6

KABELKA, Ladislav, CHVÍLOVÁ WEBEROVÁ, Magdalena a kol. *Syndrom křehkosti: Indikace péče, podpora života v nemoci, komunikační dovednosti*. Grada, 2022. ISBN 978-80-271-3178-5

KALINA, K. & kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1411-0

KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, a kol. *Křehký pacient a primární péče*. Grada Publishing a.s., 2011. ISBN 978-80-247-4026-3

KLEPÁČOVÁ, Olga, KREJČÍ, Zuzana, ČERNÁ, Martina. *Sociální práce na příkladech z praxe*. Grada Publishing a.s., 2022. ISBN 978-80-271-3074-0

KLIMENTOVÁ, Eva. *Osoby se zdravotním postižením v sociologickém výzkumu*. Univerzita Palackého, 2019. ISBN 978-80-244-5434-4

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 7. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-1147-1

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

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

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

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Dlouhodobá zdravotně sociální péče*. Ostravská univerzita, Fakulta humanitních studií, 2017. ISBN: 978-80-7464-968-4

LÁTALOVÁ, Klára. *Bipolární afektivní porucha*. Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-3125-4

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

MARKOVÁ, Eva, VENGLÁŘOVÁ, Martina, BABIAKOVÁ, Mira. *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Grada Publishing, a.s, 2006. ISBN 80-247-1151-6

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

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0

MATOUŠEK, Oldřich (ed.). *Profesní způsobilost a vzdělávání v sociální práci*. Praha: Karolinum, 2021. ISBN 978-80-246-4904-7

MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla, KOLÁČKOVÁ, Jana (eds.). *Slovník sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 70-7367-002-X

MATOUŠEK, Oldřich, KODYMOVÁ, Pavla a KOLÁČKOVÁ, Jana. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-818-0

MÁTEL, Andrej. *Teorie sociální práce I. Sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2019. ISBN 978-80-271-2824-2

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada, 2009. ISBN 978-80-247-1362-5

MUSIL, Libor. *Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“*. Sociální práce/Sociálna práca, č./roč. 2/2008, s. 60-79. ISSN 1213-6204

NEPUŠTIL, Pavel a GEREGOVÁ, Markéta, ed. *Bez podmínek: Metody psychosociální podpory pro lidi užívající drogy*. Brno: Masarykova univerzita, 2020. ISBN 978-80-210-9667-7

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky, perspektivy a léčby*. Vyd. 4., aktual. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-908-8

- NOVÁK, Tomáš, LÁSKOVÁ, Hana. *Peklo v duši: deprese a mánie*. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5851-0
- OCISKOVÁ, Marie, PRAŠKO, Ján. *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5199-3
- OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie, Nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-247-5516-8
- OREL, Miroslav a kol. *Psychopatologie, Nauka o nemocech duše*. 3., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing a.s., 2020. ISBN 978-80-271-2529-6
- PAYNE, Malcolm. *Modern Social Work Theory: A Critical Introduction*. Palgrave Macmillan London, 1991. ISBN978-0-333-47478-5
- PAYNE, Malcolm. *How to Use Social Work Theory in Practice: An Essential Guide*. 1 st. Edition. Policy Press, University of Bristol, 2020. ISBN 978-1-4473-4377-6
- PÁV, Marek, KALIŠOVÁ, Lucie, PŘÍHODA, Petr, TATARKO, Jan, ŠTASTNÝ, Martin, et al. *Metodika následné psychiatrické péče v lůžkových zařízeních*. Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-1-0
- PETR, Tomáš, MARKOVÁ, Eva. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4236-6
- PROBSTOVÁ, Václava, PĚČ, Ondřej. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0731-3
- PRŮCHA, Jan. *Andragogický výzkum*. Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-5232-7
- RABOCH, Jiří, PAVLOVSKÝ, Pavel a kol. *Psychiatrie*. Praha: Karolinum, 2012. ISBN 978-80-246-1985-9
- REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Grada Publishing a.s., 2009. ISBN 978-80-247-3006-6
- ŘIHÁČEK, Tomáš, ČERMÁK, Ivo, HYTYCH, Roman a kol. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 2013. ISBN 978-80-210-6382-2
- SCHIFFNER, Michelle. *Die Chronifizierung psychischer Störungen und Interventionsmöglichkeiten der Klinischen Sozialarbeit*. ZKS Höchberg b. Würzburg, 2021. ISBN 978-3-947502-43-1
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy III. Gynekologie a porodnictví, onkologie, psychiatrie*. 2., doplněné vydání. Grada Publishing a.s., 2013. 978-80-247-4341-7

SVOBODA, Mojmír, Eva ČEŠKOVÁ a Hana KUČEROVÁ. *Psychopatologie a psychiatrie: pro psychology a speciální pedagogy*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2015. ISBN 978-80-2620-976-8

ŠÁMALOVÁ, Kateřina, VOJTÍŠEK, Petr. *Sociální správa: Organizace a řízení sociálních systémů*. Grada, 2021. ISBN 978-80-271-2195-3

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. *Krize a krizová intervence*. Grada, 2017. ISBN 978-80-247-5327-0

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5710-0

ŠVAŘÍČEK, Roman, ŠEĐOVÁ, Klára a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Portál, 2007. ISBN 978-80-262-0644-6

TOMÁŠ, Petr, MARKOVÁ, Eva a kol. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. Grada Publishing a.s., 2014. ISBN 978-80-247-4236-6

VACKOVÁ, Jitka a kol. *Sociální práce v systému koordinované práce*. Grada Publishing a.s., 2020. ISBN 978-80-271-2434-3

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0696-5

WEBB, Stephen A. *Professional Identity and Social Work*. Taylor & Francis, 2017. ISBN 978-1-138-23443-7

ZASTROW, Charles, HESSENAUER, Sarah L. *Empowerment Series: Introduction to Social Work and Social Welfare: Empowering People*. Cengage Learning, 2022. ISBN 978-03-5762-348-0

### **Internetové zdroje**

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. 11, 2021. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) [online]. Praha. [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR ÚZIS. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11). uzis.cz. [Online] 2023. [Citace: 2023-03-24] <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

ÚZIS. F00-F99-Poruchy duševní a poruchy chování. mkn10.uzis.cz. [Online] 2023. [Citace: 2023-03-24.] <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F00-F99>.

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Osnova otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro sociálního pracovníka

Příloha č. 2: Osnova otázek k polostrukturovanému rozhovoru pro klienta

Příloha č. 3: Ukázka z rozhovoru se sociální pracovnící

Příloha č. 4: Obecné kategorie a podkategorie z rozhovoru se sociální pracovnící

Příloha č. 5: Ukázka z rozhovoru s klientem

Příloha č. 6: Obecná kategorie a podkategorie z rozhovoru s klientem

Příloha č. 7: Souhlas s účastí na výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Příloha č. 8: Projekt diplomové práce

## Seznam schémat

Schéma č. 1 Profese sociálního pracovníka.....	58
Schéma č. 2 Specifika práce s duševně nemocnými.....	62
Schéma č. 3 Multidisciplinární spolupráce.....	66
Schéma č. 4 Výzvy a limity práce .....	71
Schéma č. 5 Klienti psychiatrické nemocnice .....	76

## Seznam tabulek

Tabulka č. 1 Časový harmonogram rozhovorů s respondenty.....	47
Tabulka č. 2 Obecné kategorie a podkategorie.....	55
Tabulka č. 3 Záznam výskytů jednotlivých podkategorií (x v buňce označuje získání dat z uvedeného rozhovoru).....	56