UNIVERZITA KARLOVA
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

Leona Müllerová

Proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Praha 2025

Vedoucí práce: PhDr. Olga Běhounková, Ph.D.

Prohlašuji,

že tuto bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně, že v ní řádně cituji všechny použité prameny a literaturu a že tato práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

....

datum podpis autorky

Poděkování

Ráda bych tímto poděkovala zejména vedoucí své bakalářské práce PhDr. Olze Běhounkové, Ph.D. za její odborné vedení, cenné připomínky a vřelý a povzbuzující přístup, který mi během psaní práce poskytovala. Velké poděkování patří také všem informantům za jejich ochotu zúčastnit se empirického šetření. Ráda bych zde vyjádřila také velké poděkování své rodině a blízkým, kteří mě během celého studia podporovali.

Abstrakt

Cílem bakalářské práce je analyzovat proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích. Práce postihuje základní charakteristiky neziskových organizací, jejich typologii, specifika jejich personálního řízení a častou formu neziskových organizací, kterou jsou pacientské organizace. Pozornost je dále věnována sociálním pracovníkům v pacientských organizacích, jejich kompetencím a specifikována je rovněž práce sociálních pracovníků v kontextu péče o nemocné mimo zdravotnická zařízení. V další části práce je charakterizován proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích z hlediska jeho forem, fází, nástrojů, faktorů a metod, včetně klíčových aktérů ovlivňujících tento proces. Součástí práce je kvalitativní šetření realizované pomocí polostrukturovaných rozhovorů se sociálními pracovníky či vedoucími sociálními pracovníky, kteří se podílejí na procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybrané pacientské organizaci se sídlem v Praze. Cílem empirického šetření je analýza podoby procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích, tj. jeho realizaci, průběh, metody a nástroje.

Klíčová slova

proces adaptace, adaptace, sociální pracovníci, neziskový sektor, pacientské organizace

Abstract

The aim of the bachelor thesis is to analyze the process of adaptation of social workers in patient organizations. The thesis deals with the basic characteristics of non-profit organizations, their typology, the specifics of their personnel management and the common form of non-profit organizations, which are patient organizations. Attention is also paid to social workers in patient organizations, their competences and the work of social workers in the context of care for patients outside health care institutions is also specified. In the next part of the thesis, the process of adaptation of social workers in patient organisations is characterised in terms of its forms, phases, tools, factors and methods, including the key actors influencing this process. The thesis includes a qualitative investigation conducted through semi-structured interviews with social workers or social work managers who are involved in the process of adaptation of social workers in a selected patient organization based in Prague. The aim of the empirical investigation is to analyse the form of the process of adaptation of social workers in the selected patient organisations, i.e. its implementation, course, methods and tools.

Key words

adaptation process, adaptation, social workers, non-profit sector, patient organizations

0 ÚVOD 7

1 NEZISKOVÉ ORGANIZACE 9

1.1 TYPOLOGIE NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍ 11
1.2 SPECIFIKA PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ V NESTÁTNÍCH NEZISKOVÝCH ORGANIZACÍCH 13
1.2.1 Pracovníci v neziskovém sektoru 19
1.2.2 Dobrovolnictví 21
1.3 ZÁKLADNÍ ZNAKY PACIENTSKÝCH ORGANIZACÍ 23

2 SOCIÁLNÍ PRACOVNÍCI V PACIENTSKÝCH ORGANIZACÍCH 25

2.1 KOMPETENCE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ 27
2.2 ETICKÝ KODEX V SOCIÁLNÍ PRÁCI 29
2.3 SPECIFIKA PRÁCE S NEMOCNÝMI MIMO ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ 31

3 PROCES ADAPTACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V PACIENTSKÝCH ORGANIZACÍCH 35

3.1 FÁZE PROCESU ADAPTACE V PACIENTSKÝCH ORGANIZACÍCH 35
3.2 NÁSTROJE A FAKTORY PROCESU ADAPTACE V PACIENTSKÝCH ORGANIZACÍCH 38
3.3 METODY PROCESU ADAPTACE V PACIENTSKÝCH ORGANIZACÍCH 41
3.4 AKTÉŘI PROCESU ADAPTACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ V PACIENTSKÝCH ORGANIZACÍCH 43

4 EMPIRICKÉ ŠETŘENÍ: PODOBA PROCESU ADAPTACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ VE VYBRANÝCH PACIENTSKÝCH ORGANIZACÍCH PŮSOBÍCÍCH V PRAZE 44

4.1 CÍL EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ A VÝZKUMNÉ OTÁZKY 45
4.2 METODIKA ŠETŘENÍ A VÝBĚR RESPONDENTŮ 45
4.3 VÝZKUMNÝ SOUBOR 47
4.4 VÝSLEDKY EMPIRICKÉHO ŠETŘENÍ A JEJICH INTERPRETACE 48
4.4.1 Základní informace o vybraných pacientských organizacích 48
4.4.2 Procesní nastavení adaptace ve vybraných pacientských organizacích 50
4.4.3 Průběh adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích 53
4.4.4 Aktéři v procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích 59

5 DISKUSE 61

6 ZÁVĚR 67

7 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ 69

8 PŘÍLOHY 77

0 Úvod

Pacientské organizace představují poměrně nový typ nestátní neziskové organizace, která své působení cílí na osoby se závažným a dlouhodobým onemocněním a na osoby se zdravotním postižením či znevýhodněním. I přestože organizace s tímto zaměřením existují již dlouhá léta, oficiální označení pacientská organizace nabylo platnosti relativně nedávno. Díky oficiálnímu ukotvení tohoto pojmu a z důvodu schopnosti poskytovat podporu specifické cílové skupině, nabývají pacientské organizace na významu. Pro stát mohou být i důležitým zdrojem k získávání klíčových informací, neboť mají hluboký vhled do problémů, se kterými se jejich klienti potýkají. V rámci spolupráce se státními orgány dostávají možnost prosazovat zájmy a potřeby pacientů a podílet se tak i na legislativních změnách v oblasti zdravotnictví.

Nezastupitelnou roli v pacientských organizacích mají sociální pracovníci, neboť přicházejí do přímého kontaktu s pacienty a participují na pomoci zajištění jejich potřeb. A právě proces adaptace sociálních pracovníků na začátku jejich profesního působení v pacientské organizaci může ovlivnit kvalitu poskytování sociálního a odborného sociálního poradenství, jelikož ovlivňuje schopnost sociálních pracovníků vykonávat svoji práci efektivně a na profesionální úrovni. Podoba procesu adaptace taky zásadně ovlivňuje budoucí setrvání sociálního pracovníka v organizaci, čímž může potenciálně ovlivnit také její další fungování a schopnost zajistit péči všem klientům, kteří ji potřebují.

Cílem bakalářské práce je analyzovat proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích. Práce postihuje základní charakteristiky neziskových organizací, jejich typologii, specifika jejich personálního řízení a specifickou formu neziskových organizací, kterou jsou pacientské organizace. Pozornost je věnována sociálním pracovníkům v pacientských organizacích a jejich kompetencím. Specifikována je práce sociálních pracovníků v kontextu péče o nemocné mimo zdravotnická zařízení. Pro účely této bakalářské práce je dále charakterizován proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích z hlediska jeho forem, fází, nástrojů, faktorů a metod, včetně klíčových aktérů ovlivňujících tento proces.

Bakalářská práce je rozdělena do pěti tematických kapitol. První kapitola se zaměřuje na charakteristiku nestátních neziskových organizací, jejich typologii, základní znaky a účel. Dále jsou rozpracována specifika personálního řízení v neziskových organizacích, charakteristika dobrovolnictví a pracovníků v neziskových organizacích a problematika pacientských

organizací. Klíčovými zdroji jsou k této oblasti publikace Krechovské, Hejdukové a Hommerové (2018), dokument Vlády České republiky (2024) a Strategie spolupráce veřejné správy s nestátními neziskovými organizacemi na léta 2021 až 2030 (2022), dále Kocianová (2010), Záškodná a Běhounková (2019) a dokumenty Ministerstva zdravotnictví České republiky (2021; 2024).

V druhé kapitole jsou charakterizováni sociální pracovníci v prostředí pacientských organizací a jsou rovněž rozpracovány očekávané kompetence takového sociálního pracovníka. Pozornost je věnována etickému kodexu sociální práce a specifikům práce s nemocnými. Čerpáno je především z veřejně dostupných dokumentů Ministerstva práce a sociálních věcí (2022; 2017), dokumentu Společnosti sociálních pracovníků České republiky (2006) a publikace Novosada (2009).

Třetí kapitola rozpracovává problematiku procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích, podrobněji se zaměřuje na fáze procesu adaptace sociálních pracovníků, její aktéry a využívané nástroje a metody v procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích, včetně faktorů, které průběh a podobu procesu adaptace ovlivňují. Hlavními zdroji jsou zejména publikace Dvořákové (2012), Zítkové, Pokorné a Mičudové (2015) a Hajerové Müllerové, Depoo a Stříteského (2024).

Obsahem čtvrté kapitoly je empirické šetření, jehož cílem je analyzovat podobu procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích a identifikovat konkrétní nástroje a metody, které aktéři v rámci procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích využívají. Pátou kapitolu tvoří Diskuse.

Součástí bakalářské práce jsou dvě přílohy. Příloha A obsahuje Informovaný souhlas respondentů s účastí na empirickém šetření a příloha B vzor scénáře polostrukturovaného rozhovoru.

1 Neziskové organizace

Organizace neziskového sektoru zaujímají v každé společnosti významné postavení, jelikož pokrývají určitou část služeb, kterou veřejný trh či stát není schopen zajistit. Jsou také indikátorem rozvinutosti občanské společnosti dané země a mají vliv na rozvoj společenského a politického života (Stejskal, Kuvíková a Maťátková, 2012, s. 11).

Mezi odvětví, ve kterých neziskové organizace zaujímají důležitou roli, patří zejména oblasti školství a vzdělávání, zdravotní péče, sociální služby, věda a výzkum či obrana a justice (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 14). Tyto subjekty svojí činností přispívají k tvorbě lidského kapitálu a podporují tak rozvoj sociálních a znalostních schopností jednotlivců ve společnosti a přispívají i k tvorbě HDP (Stejskal, Kuvíková a Maťátková, 2012, s. 11). Z hlediska umístění neziskových organizací do národního hospodářství lze uvést teorii švédského ekonoma Victora A. Pestoffa, s jejímž využitím lze národní hospodářství rozdělit do čtyř sektorů, kterými jsou ziskový soukromý sektor, neziskový veřejný sektor, neziskový soukromý sektor a neziskový sektor domácností, a konstatují, že *„v ideálním případě, tvoří veřejný neziskový sektor, soukromý neziskový sektor a soukromý ziskový sektor tři pilíře, které se vzájemně doplňují a vyvažují rozložení sil na poli politickém, ekonomickém a na poli občanských svobod.“* (Rektořík a kol., 2007, s. 21)

Vzhledem k neukotvenosti pojmu neziskových organizací v právním řádu pro něj není možné nalézt jednoznačnou definici (Stejskal, Kuvíková a Maťátková, 2012, s. 11). Jednou z příčin tohoto problému je růst sociálního a ekonomického vlivu neziskového sektoru, kdy *se „díky svému rozrůstání stává důležitou oblastí národního hospodářství, což však často prohlubuje problémy spojené s vymezením a definováním neziskového sektoru.“* (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 14)

Na tuto problematiku upozorňuje i Rada vlády pro nestátní neziskové organizace v dokumentu *Strategie spolupráce veřejné správy s NNO na léta 2021 až 2030*. Neziskový sektor definuje jako *„formální sektor mezi státem a trhem jako oblast působení soukromých organizací zaměřených na jiné cíle, než je dosahování zisku.“* (Vláda ČR, 2022, s. 4) Ve své definici vychází ze strukturálně-operacionální definice Salamona a Anheiera, přičemž ve své práci ji v této souvislosti uvádí také Skovajsa a zaměřuje se v ní *„na skutečné uspořádání (strukturu) a fungování (operace) každé organizace.“* (Skovajsa a kol., 2010, s. 38)

Ačkoliv nejsou organizace neziskového sektoru vytvářeny za účelem zisku, mohou zisk vytvářet a vydělávat například doplňkovou činností (Stejskal, Kuvíková a Maťátková, 2012, s. 15). Dle závislosti a postavení ke státní správě lze rozdělit neziskový sektor na dva typy:

- Státní neziskové organizace – *„zřizovány státem nebo územními samosprávnými celky (kraji, obcemi). Jedná se typicky o organizační složky či příspěvkové organizace, které primárně zabezpečují výkon státní správy, resp. samosprávy a zajištění veřejných služeb (zdravotních, sociálních, vzdělávacích apod.).“* (Vláda ČR, 2022, s. 5)
- Nestátní neziskové organizace – jsou v oblasti mimo stát a trh, což explicitně vyjadřuje i samotný název dané oblasti (Skovajsa a kol., 2010, s. 33). K identifikaci těchto organizací slouží strukturálně-operacionální definice, která byla vytvořena k vymezení jejich charakteristických znaků (Vláda ČR, 2022, s. 5).

Pro účely této bakalářské práce bude pozornost věnována nestátním neziskovým organizacím, označovaným dále v textu zkratkou NNO.

Salamonem a Anheierem byla formulována skupina pěti znaků s cílem definovat subjekt klasifikovaný jako NNO:

- Organizovanost – daný subjekt se vyznačuje prvky institucionalizace, za minimum lze považovat jasně danou a stálou organizační strukturu.
- Soukromý charakter a nezávislost na státu – znamená oddělení od státní správy, státem není vlastněn, ani řízen; tato podmínka však dané subjekty nijak neomezuje v možnostech žádosti o státní podporu.
- Zásada nerozdělování zisku – subjekt mezi své členy ani vedení organizace nerozděluje zisk vzniklý svojí činností; zisk může vytvářet, ale musí být použit k fungování organizace v souladu s jejím posláním.
- Samosprávnost – subjekt není řízen zvenčí (jinou organizací či státem), nýbrž disponuje potřebnými strukturami a je tedy schopen řídit sám sebe.
- Dobrovolnost – subjekt ke své činnosti využívá působení dobrovolníků v organizaci, která může mít podobu dobrovolnické práce, působení v řídících orgánech organizace či podpory v rámci dobrovolného dárcovství (Salamon a Anheier, 1996, s. 3–4).

Výše uvedené znaky tvoří základ komplexní, mezinárodně uznávané, strukturálně-operacionální definice, jejímž účelem je překonat nedostatky starších definic a umožnit také srovnávání jednotlivých neziskových organizací napříč zeměmi z celého světa (Skovajsa a kol, 2010, s. 38).

1.1 Typologie nestátních neziskových organizací

NNO jsou jedním ze dvou základních typů neziskových organizací. Oba typy organizací neziskového sektoru, tedy jak státní, tak nestátní, upravuje v České republice jiný právní předpis. I přes tuto rozdílnost však oba aktivně přispívají k zajišťování veřejných statků, zejména pak těch, které jsou smíšené nebo soukromé a nesou pozitivní externality. Existence obou typů neziskových organizací způsobuje jejich vzájemnou konkurenci, což příznivě působí na zvyšování kvality jejich služeb a rovněž přispívá k efektivnějšímu způsobu řízení těchto organizací (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 28).

Z právního hlediska jsou NNO upravovány občanským zákoníkem, přesněji jde o zákon č. 89/2012 Sb., společně s dalšími právními předpisy. Ty jsou dále vázané na konkrétní typ nestátní (lze označit rovněž jako nevládní) neziskovou organizaci. Jako příklad lze v zákoníku nalézt zákon o nadacích a nadačních fondech (Česko, 2012, tamtéž, § 214–418).

Klasifikace NNO se může odlišovat v závislosti na jejich účelu. Rada vlády pro nestátní neziskové organizace se ve svém dokumentu *Strategie spolupráce veřejné správy s NNO na léta 2021 až 2030* řídí užším vymezením NNO, který využívala již v předchozím dokumentu *Státní politika NNO na léta 2015–2020*, na který ten aktuální navazuje. NNO jsou v daném dokumentu rozlišeny na následující kategorie soukromoprávních organizací. Konkrétně jde o spolky včetně pobočných spolků, nadace a nadační fondy, ústavy, evidované církevní právnické osoby a obecně prospěšné společnosti (Vláda ČR, 2024, nestránkováno).

První z uvedených právních forem je spolek, který se řídí zákonem č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, byl přijat 3.2.2012 a vzešel v platnost od 1.1.2014. Po novelizaci občanského zákoníku, uváděném rovněž pod zkratkou NOZ (Nový občanský zákoník) se z původního označení občanské sdružení stává spolek (Stejskal, Kuvíková a Maťátková, 2012, s. 60). Cílem založení spolku je realizace společného zájmu osob, které spolek zakládají. To umožňuje i přímo samotný právní předpis, podle něhož lze spolek založit i pouze k uspokojování potřeb svých členů. Nemusí sloužit veřejnosti (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 29).

Aby mohl být spolek založen, jsou potřeba alespoň tři osoby, právnické či fyzické, které *„vede společný zájem a dohodnou se na znění stanov (§ 222 NOZ), nebo skutečnost, kdy svolavatel svolá ustanovující schůzi, která usnesením schválí stanovy (§ 222 NOZ).“* (tamtéž, s. 30) Oficiálně spolek vzniká dnem, kdy je zapsán do veřejného rejstříku. Zákonem je rovněž stanoveno, že samotný název spolku musí obsahovat slovo spolek, zapsaný spolek či alespoň zkratku z. s. (tamtéž, s. 30).

Dalším typem NNO je nadace. Je považována za právnickou osobu a důvodem jejího vzniku je účelové shromažďování majetku, a to na základě zřízení zakladatelem s cílem dosahovat hospodářsky nebo společensky prospěšných cílů. Zakládány jsou za účelem pomoci tam, kde je třeba. Nepomáhají přímo, ale nepřímo, skrze třetí osoby, a to pomocí finančních prostředků v podobě grantů. Pro založení nadace je stanoven minimální vklad do nadačního jmění ve výši 500 000 Kč. Důležitou podmínkou existence takové nadace je rovněž výše nadačního jmění po dobu jejího trvání. Ta nesmí klesnout pod minimální hranici počátečního vkladu (Stejskal, Kuvíková a Maťátková, 2012, s. 71–73). *„Název nadace musí obsahovat slovo „nadace“ a měl by odkazovat na účel nadace.“* (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 32)

Vedle nadace je podobně specifickým typem NNO nadační fond. Účelem založení nadačního fondu je, stejně jako u nadace, shromažďovat majetek a dosahovat hospodářsky či společensky prospěšných cílů. Povoleno má provádět i jinou výdělečnou činnost, ale pouze jednorázově či nepravidelně a za předpokladu, že výdělek z této činnosti poputuje výhradně na podporu účelu daného nadačního fondu. Oproti nadaci není u nadačního fondu ze zákona stanoven minimální vklad a jeho výše tedy závisí čistě na jeho zřizovateli (Profineziskovky.cz, 2017a, nestránkováno). *„Název nadačního fondu musí obsahovat slova „nadační fond“.“* (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 33)

Ústav patří mezi poměrně novou formou právnické osoby, která vzešla v platnost v roce 2014 vydáním nového občanského zákoníku. Jeho účelem je provozovat činnosti, jež jsou hospodářsky nebo společensky užitečné, využívající své osobní a majetkové složky (Profineziskovky.cz, 2017b, nestránkováno). Ústav zpravidla provozuje činnost a s ohledem na její účel může podnikat jak v rámci té hlavní, tak i v té vedlejší. Vedlejší činnost však nesmí být provozována za cenu snížení rozsahu činnosti, kvality a dostupnosti služeb, na které se primárně soustředí (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 35). *„Ústav podle nové právní úpravy „nahradil“ obecně prospěšné společnosti.“* (tamtéž)

Do kategorie evidované církevní právnické osoby spadá církev či náboženská společnost. Ta se stává právnickou osobou v okamžiku registrace do rejstříku registrovaných církví a náboženských společností a dalších právnických osob. Tento typ společenství sám o sobě vzniká dobrovolným sdružováním fyzických osob a v daném uskupení rozhodují o věcech souvisejících s vyznáváním víry (Anno jmk, nestránkováno, 2013). Dobrovolné společenství má vlastní strukturu a vnitřní předpisy, kterými se řídí. Účelem založení takového společenství je zpravidla pořádání bohoslužeb, poskytování duchovních služeb či edukace v dané oblasti (Stejskal, Kuvíková a Maťátková, 2012, s. 77).

Poslední kategorií NNO uvedenou v seznamu je obecně prospěšná společnost (OPS). Je formou právnické osoby a jejím účelem je poskytovat obecně prospěšné služby za stejných podmínek všem, kteří je potřebují. Zisk této společnosti lze použít výhradně pro účely jejího založení (Rektořík a kol., 2007, s. 52). V současné době však již není možné společnosti tohoto typu zakládat. Již existující OPS mohou však nadále pokračovat ve své činnosti (Profineziskovky.cz, 2017b, nestránkováno).

1.2 Specifika personálního řízení v nestátních neziskových organizacích

Základem úspěšného fungování a dlouhodobé udržitelnosti každé organizace je strategické řízení. Důležité je i v managementu NNO a jeho cílem je zajistit organizaci konkurenceschopnost. Strategické řízení organizace lze dále rozdělit na čtyři hlavní strategie: marketingová, finanční, produktová a personální (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 51–53).

Strategie určuje organizaci směr, kterým se v dlouhodobě plánovaném období bude vydávat. Cílem je vytvořit ucelený plán o budoucím směřování organizace a definovat vize, poslání a cíle, ke kterým organizace jako celek směřuje. Zvolené strategické cíle jsou posléze sestaveny do strategických plánů, podle kterých probíhá následná organizace a realizace v procesu strategického řízení. Tato strategie se posléze štěpí na dílčí strategie organizace. Jednou z nich je strategie personální, zaměřená na lidi v organizaci (Kocianová, 2012, s. 91; Armstrong, 2007, s. 115).

Personální strategii lze definovat vícero způsoby, například Armstrong ji definuje jako *„přístup k rozhodování o záměrech a plánech organizace v podobě politiky, programů a praxe týkající*

se zaměstnávání lidí, získávání, výběru a stabilizace pracovníků, vzdělávání a rozvoje pracovníků, řízení pracovního výkonu, odměňování a pracovních vztahů.“ (Armstrong, 2007, s. 116) Koubek říká, že *„personální strategie se týká dlouhodobých, obecných a komplexně pojatých cílů v oblasti potřeby pracovních sil a zdrojů pokrytí této potřeby a pochopitelně i v oblasti využívání pracovních sil, hospodaření s nimi.“* (Koubek, 2011, s. 76) Dle Kocianové *„vyjadřuje záměry organizace do budoucna, dlouhodobé a komplexní cíle v personální oblasti (provázané s ostatními cíli organizace), které mají napomoci dosažení cílů organizace.“* (Kocianová, 2010, s. 15) Cílem personální strategie je především zajistit organizaci kvalifikované pracovníky, díky kterým mohou dosáhnout úspěchu a konkurence schopnosti v dlouhodobém měřítku (Armstrong, 2007, s. 117).

Z pohledu odborníků existují různá teoretická ukotvení personální strategie. Armstrong identifikuje personální strategii rámcovou a specifickou. Rámcová neboli také obecná personální strategie stanovuje obecné rysy přístupu organizace ke zvýšení vlastní atraktivnosti v očích potenciálních uchazečů a k udržení si zaměstnanců stávajících. Tento typ strategie tedy definuje záměry dané organizace v kontextu řízení a dalšího rozvíjení lidí za účelem stabilizace zaměstnanců a přilákání nových uchazečů. Specifická personální strategie se pak detailněji zaměřuje na vybranou oblast personální strategie, například na řízení talentů, odměňování, řízení znalostí či vzdělávání a rozvoj zaměstnanců (tamtéž, s. 124–126). Nezbytnou součástí personální strategie je personální marketing. Propojení personálního marketingu s firemní strategií je klíčovým atributem pro úspěšné fungování organizace. Konkrétní aktivity jsou přímo navázané na úkoly personální strategie plynoucí ze strategických rozhodnutí organizace. Typy těchto aktivit se odlišují dle oblastí organizace, kterých se strategická rozhodnutí týkají. Na základě daného rozhodnutí je personální strategií definován úkol, v mnoha případech ovlivňující počty pracovníků v organizaci. Personálním marketingem je posléze definována aktivita i její směr působení. A právě v kontextu jeho uplatňování v organizaci jej lze rozdělit na dva základní směry. Personální marketing působící uvnitř organizace, tedy interní personální marketing, a působící na vnější prostředí organizace, tedy externí personální marketing. Daný směr působení formuje způsob, kterým bude změna či potřeba komunikována, a to buď v rámci organizace, prostřednictvím interní komunikace, v kontextu organizačních změn, zániku vybraných pracovních pozic či změn týkajících se působení organizace jako celku, nebo v kontextu vnějšího prostředí organizace, externí komunikací. K té je přistupováno zejména v rámci náborových aktivit organizace. Z hlediska personální strategie lze tedy konstatovat, že rámcová personální strategie definuje obecný záměr organizace a tvoří tak jakýsi rámec pro

specifickou personální strategii. Externí personální marketing i interní personální marketing lze posléze vnímat jako součást specifické personální strategie. Její součástí jsou specifické aktivity a úkoly v oblastech, kterými jsou například management lidského kapitálu, angažovanost zaměstnanců či talent management (Myslivcová, 2019, s. 36–39).

Ve svém základu ziskové a neziskové organizace vycházejí ze stejných principů personální strategie. Odlišují se od sebe ale úkoly, které jsou personální strategií v jednotlivých organizacích v závislosti na jejím účelu definovány. V neziskovém sektoru bude tato strategie, narozdíl od toho ziskového, zahrnovat i zapojení dobrovolníků. Avšak v obou sektorech bude do personální strategie zahrnuta například snaha o profesionalizaci řízení a vzdělávání pracovníků (Krechovská, Hejduková a Hommerová, 2018, s. 53).

Většina neziskových organizací patří co do velikosti a počtu zaměstnanců mezi středně velké a malé organizace. Tomu následně odpovídá jejich personální řízení. Pro tyto NNO je typickým znakem jednodušší organizační struktura a přímý kontakt a spolupráce pracovníků s vedením. V mnoha případech se řídící a rozhodovací činnost koncentruje centrálně na pozici nejvýše postaveného vedoucího pracovníka či přímo majitele organizace (Koubek, 2011, s. 86). Personální řízení se v těchto organizacích může jevit jako jednoduché, a ne příliš komplikované. Nutno však zdůraznit, že o to větší pozornost by měla být věnována kvalitě řízení lidí. Protože je to zejména lidský kapitál, na kterém závisí úspěch organizace a je tedy potřeba zajistit a pečovat o kvalitně sestavené týmy lidí (tamtéž, s. 87).

V poslední době význam a úloha personálního řízení v organizacích neziskového sektoru roste. Stoupá taktéž náročnost požadavků na kompetence pracovníků, kteří se o pozice v daném sektoru ucházejí (Oster, 1995, s. 65). Pro mnoho NNO je oblast personálního řízení nadstandardním aspektem ve smyslu zřízení samostatného personálního oddělení či zajištění pozice personalisty. Nemá-li organizace prostředky umožňující zřízení daného oddělení či najmutí nového personálního specialisty, přechází potřeba na již v organizaci působícího pracovníka, kterému však v dané oblasti často chybí nezbytná kvalifikace. Těmito pracovníky jsou většinou výkonní ředitelé organizací, kterým vedle potřebných kvalifikací v personální oblasti schází také čas a kapacita na vykonávání všech důležitých personálních činností (Word a Sowa, 2017, s. 4). Lidé jsou pro organizace v neziskovém sektoru nejdůležitějším kapitálem. Významnou roli proto hraje také styl vedení lidí a komunikace v organizaci. Daný sektor však čelí výzvám souvisejícím s provozními náklady organizace, kdy mnohdy v tomto důsledku

nemohou své pracovníky dostatečně finančně ohodnotit, což způsobuje komplikace z hlediska jejich stabilizace v organizaci (tamtéž, s. 6).

Bez ohledu na to, kdo v rámci své agendy zastává oblast personální práce, měla by být k dispozici propracovaná koncepce personálních činností, která by měla být zpřístupněna všem oprávněným pracovníkům. Důvodem je potřeba vzájemné zastupitelnosti pracovníků v dané oblasti tak, aby byli schopni danou koncepci v potřebný čas realizovat, a to bez závislosti na tvůrci této koncepce (Koubek, 2011, s. 19). Díky těmto činnostem lze posléze zajistit loajalitu, větší spokojenost pracovníků a jejich stabilizaci. Organizace si rovněž může získat dobrou pověst a budovat svoji silnou značku zaměstnavatele na trhu práce a přilákat tak v budoucnu nové pracovníky (tamtéž, s. 20). Personální činnosti jsou tedy v kontextu personálního řízení prostředkem, který umožňuje plnit dílčí úkoly a dosahovat tak stanovených cílů. Dle Kocianové dílčí personální činnosti *„zahrnují analýzu pracovních míst a kompetencí pracovníků, personální plánování, získávání a výběr pracovníků,* jejich *přijímání, adaptaci, rozmisťování pracovníků,* *řízení pracovního výkonu a hodnocení pracovníků, odměňování,* *vzdělávání a rozvoj pracovníků*, *řízení kariéry pracovníků, oblast pracovních podmínek a péče o pracovníky,* *kolektivní vyjednávání a personální poradenství.“* (Kocianová, 2012, s.10) Personální činnosti budou v textu dále charakterizovány v obecné rovině nikoliv z perspektivy pacientských organizací, přičemž pozornost procesu adaptace bude věnována ve třetí kapitole.

Analýza pracovních míst je proces, při němž dochází ke shromažďování informací o náplni určitého pracovního místa a jeho následnému vyhodnocování. Tento proces umožňuje najít odlišnosti daného pracovního místa od jiných a následně definovat pracovní činnosti s ním spojené. *„Poskytuje informace k tvorbě popisů pracovních míst, ke specifikaci nároků na pracovníky a k tvorbě profilů kompetencí (schopností) pracovníků.“* (Kocianová, 2010, s. 42) Analýza kompetencí pracovníků je naopak proces, při kterém dochází ke shromažďování informací o znalostech, schopnostech, dovednostech, zkušenostech a postojích vázaných na pracovní výkon určité pracovní pozice. Kompetence lze definovat dvojím způsobem, a to jako pravomoc či rozsah pravomoci a jako způsobilost (podrobněji v 2.1, s. 27). Představují očekávané chování na dané pracovní pozici, schopnost ji vykonávat a být v dané oblasti kvalifikovaný. Pro personalisty a manažery je klíčové, že je lze pozorovat a měřit (Kocianová, 2010, s. 56–57).

Personální plánování má za cíl organizaci zabezpečit pracovníky zejména v potřebné kvalitě, množství, ve správný čas a optimálně rozmístěné na pracovních místech, a to takovým způsobem, aby vždy směřovalo k dosažení vytyčených cílů organizace (tamtéž, s. 73).

Získávání, výběr a přijímání pracovníků jsou personální činnosti, které mají organizaci zajišťovat požadovaný počet kvalifikovaných pracovníků. Cílem těchto činností je přilákat potenciální uchazeče a z nich vybrat a následně přijmout pouze ty, kteří splňují předem definovaná kritéria (Koubek, 2011, s. 18).

Adaptace pracovníků je proces identifikování nově přijatého pracovníka s pracovním místem, sociálním prostředím organizace a kulturou organizace. Během tohoto procesu je zapojení samotné organizace a jejich pracovníků klíčové. Správně řízeným procesem adaptace lze zvýšit pravděpodobnost stabilizace nového pracovníka, v krátkém časovém úseku u něj dosáhnout požadovaného výkonu a snížit pravděpodobnost jeho předčasného odchodu (Kocianová, 2010, s. 131). Proces adaptace je tedy možné definovat jako *„cílově orientovanou činnost zaměřenou na identifikaci a rozvoj odborných, sociálních a osobnostních charakteristik nováčka."* (Barták, 2023, s. 173) Nebo také jako *„proces aktivního přizpůsobování se člověka životním a pracovním podmínkám."* (Váchal, Vochozka a kolektiv, 2013, s. 304) Proces adaptace probíhá v časově vymezeném období, nejčastěji se jedná o zákonem danou zkušební dobu tří měsíců. Tento časový rámec se však může odlišovat dle adaptačního plánu či programu dané organizace (Barták, 2023, s. 173) Pomocí procesu adaptace lze zajistit rychlé a kvalitní začlenění nového pracovníka organizace, a to zejména do prostředí pracovního, sociálního a kulturního. Vedle efektivního začlenění do organizace má proces adaptace za cíl novému pracovníkovi co nejvíce usnadnit navyknutí na nové pracovní místo a s ním spojené pracovní činnosti. Dobře zvládnutým procesem adaptace lze tak novému pracovníkovi napomoci k tomu, aby mohl v co nejkratší době od nástupu do organizace podávat očekávaný pracovní výkon (Palíšková, Legnerová a Stříteský, 2021, s. 115).

Personální proces, v rámci kterého dochází v organizaci k přiřazování konkrétních pracovníků na vhodné pracovní pozice dle jejich kvalifikací a kompetencí, je nazýván rozmisťování pracovníků. V jeho průběhu jde zejména o *„slaďování počtu a struktury pracovních míst s počtem a strukturou pracovníků."* (Kocianová, 2010, s. 137)

„Řízení pracovního výkonu lze definovat jako systematický proces zlepšování pracovního výkonu organizace pomocí rozvíjení výkonu jedinců a týmů.“ (Armstrong, 2007, s. 413) Cílem je motivovat pracovníky k přebírání odpovědnosti za svůj vlastní růst a rozvoj dovedností i za zvyšování kvality procesů v organizaci jako celku. A to vše v rámci jejich efektivního vedení. Řízení výkonnosti pracovníků k co největší efektivitě je řazeno k základu teorie řízení (tamtéž).

Na řízení pracovního výkonu je navázána další personální činnost, kterou je hodnocení pracovníků, které poskytuje organizaci důležité informace o výkonu každého pracovníka a přináší jasnější představu o jeho působení, výsledcích a přínosu pro organizaci. Samotným pracovníkům hodnocení poskytuje zpětnou vazbu o jejich pracovním výkonu za určité, předem stanovené, období ve vazbě na jeho individuální, útvarové či organizační cíle, a mělo by vést k motivaci k dalšímu rozvoji (Kocianová, 2010, s. 145).

Odměňování je v rámci personálního řízení významnou činností a má za cíl pracovníkovi kompenzovat jeho vykonanou práci pro organizaci. Podoba i míra odměny má posléze vliv na jeho budoucí výkon, loajalitu a spokojenost. Nejčastější formou odměny je mzda, plat či jiná peněžní či nepeněžní odměna (tamtéž, s. 160). Vzdělávání a rozvoj pracovníků je důležitou personální činností, která má za úkol přizpůsobovat kompetence pracovníků organizace neustále se rozvíjejícímu vnějšímu prostředí, kdy v kontextu organizace je vzděláváním myšleno odborné vzdělávání a rozvojem prohlubování již osvojených znalostí, dovedností a schopností (tamtéž, s. 169). Významnými diskutovanými tématy v oblasti rozvoje a vzdělávání pracovníků v organizaci jsou reskilling a upskilling, tedy prohlubování či zvyšování jejich kvalifikací, neméně důležitými tématy jsou digitální kompetence a obecně dovednosti pro budoucnost a nutnost celoživotního vzdělávání.

Řízení kariéry pracovníků je personální činností, jejímž cílem je zajistit úspěšný rozvoj organizace vhodnou strukturou pracovníků v podobě, která jí zabezpečí potřebný soubor kvalifikovaných pracovníků na požadovaných pozicích. Zahrnuje tedy komplexní podporu rozvoje schopností a dovedností pracovníků, kteří mají předpoklady k vykonávaní dané činnosti. Pracovníkům by měl být tedy umožněn růst v rámci organizace, a to i s přihlédnutím k jejich kariérním cílům a potřebám (Armstrong, 2007, s. 335).

Oblast pracovních podmínek má za cíl zajistit pracovníkům bezpečné a důstojné podmínky pro výkon práce a také v souladu se zákoníkem práce. Do pracovních podmínek lze řadit například

organizaci pracovní doby, podobu pracovního prostředí, sociálně-psychologické podmínky práce, bezpečnost a ochranu zdraví při práci či péči o pracovníky, kterou lze rozdělit do tří dílčích typů: povinná péče, smluvní péče a dobrovolná péče (Kocianová, 2010, s. 178). Povinná péče o pracovníky *„je daná zákony, předpisy a kolektivními smlouvami vyšší úrovně; smluvní péče o pracovníky je daná kolektivními smlouvami uzavřenými na úrovni organizace; dobrovolná péče o pracovníky je výrazem sociální politiky zaměstnavatele, výrazem jeho úsilí o získání konkurenční výhody na trhu práce.“* (tamtéž, s. 186)

Kolektivní vyjednávání je spojené zejména s odborovými organizacemi, které jsou tvořené zaměstnanci a jejich existence je upravena zákoníkem práce a zákony o kolektivním vyjednávání. Dle těchto zákonů mají odborové organizace právo rozhodovat, spolurozhodovat, kontrolovat či zajišťovat součinnost mezi zaměstnavatelem a odbory (tamtéž, s. 188). Odbory a kolektivní vyjednávání jsou však v praxi spojené zejména s velkými korporátními organizacemi.

Cílem personálního poradenství je zajištění podpory poskytování služeb, které se týkají zaměstnávání lidí, získávání, výběru a stabilizace zaměstnanců, jejich dalšího vzdělávání, rozvoje, odměňování či kariérního růstu a může být poskytnuto jak externě, externí personální společností, tak interně, interním personálním poradcem (tamtéž, s. 199).

Tyto personální činnosti jsou pro organizace neziskového sektoru neméně důležité právě pro jejich dopad na motivaci, spokojenost a stabilizaci pracovníků, a to i za předpokladu nižšího finančního ohodnocení, než by jim bylo nabídnuto ve firmách ziskového sektoru. Je tedy v zájmu samotných NNO věnovat dostatečnou pozornost personálnímu řízení, a to s cílem zachovat svoji existenci a pokračovat v plnění stanovené mise.

1.2.1 Pracovníci v neziskovém sektoru

V kontextu prostředí neziskového sektoru lze pro charakteristiku personální struktury NNO využít příklad organizace NAWA, Nonprofit Association of Washington, která rozlišuje tři kategorie pracovníků: zaměstnanci, dobrovolníci a nezávislí smluvní partneři. Všechny tyto kategorie se společně podílí na chodu organizace a umožňují tak organizaci plnit stanovené cíle (NAWA, 2024, s. 3). Z hlediska profesního zastoupení v NNO se složení oddělení a profesního zaměření pracovníků odlišuje na základě zaměření dané organizace. Nelze tedy uvést univerzální seznam zastoupených profesí platný pro všechny NNO. Lze však říci, že v kontextu

podoby NNO v České republice, je pro každou úspěšnou organizaci důležitý kvalitně sestavný fundraisingový a marketingový tým, manažer dobrovolníků a také samotní dobrovolníci Důležité je rovněž zastoupení finančního specialisty a projektového manažera (Soken-Huberty, nedatováno, nestránkováno; Dvořáková a kolektiv, 2012, s. 485).

Práce v NNO má důležitý přínos jak pro společnost, tak pro samotné pracovníky. Poskytuje jim široký prostor pro seberealizaci a rovněž možnost uspokojení svých osobních potřeb, mezi něž lze řadit například dosáhnutí respektu či uznání v očích druhých (Bedrnová, Nový a kol., 2007, s. 664).

Lidé pracující v neziskovém sektoru v praxi často vykazují prvky takzvaného prosociálního chování. To lze definovat jako chování jedince se záměrem získat či udržet prospěch druhého člověka. Cílem prosociálně jednajícího jedince je zlepšit situaci jiného člověka a jeho vlastní zájem je podřízen zájmu druhé osoby. Charakteristickým rysem prosociálního chování je také ochota sdílet s druhými lidmi jejich frustraci či smutek a prožívat jej s nimi. Avšak takový jedinec je současně schopen si zachovat vlastní identitu. V zásadě lze říci, že za své chování takový člověk neočekává žádný zisk. Odborníci se však shodují, že motivace takového jedince je poháněna jak motivy nezištnými, tak egoistickými (Záškodná a Běhounková, 2019, s. 230–231; Petrusek, 2018, nestránkováno).

Druhým, nadřazeným pojmem k prosociálnímu chování je pomáhající chování, neboť se jedná o zastřešující oblast a lze s ním spojovat veškeré pomáhající profese (Záškodná a Běhounková, 2019, s. 230–231; Petrusek, 2018, nestránkováno). Prosociální chování lze tedy chápat jako subkategorii pomáhajícího chování a lze na něj pohlížet z vícero úhlů pohledu. Primárním důvodem je variabilita daného pojmu. A proto byla odborníky vytvořena kategorizace typů prosociálního chování, jež ke klasifikaci využívá právě motivaci pomáhajícího. Na základě stanoveného kritéria bylo rozlišeno následujících šest typů prosociálního chování: altruistické prosociální chování, vyžádané chování, emocionální chování, veřejné prosociální chování, anonymní prosociální chování a prosociální chování v naléhavých situacích. Jednotlivé typy se od sebe odlišují motivací, jakou je osoba vykazující prvky prosociálního chování ochotna pomoci druhé osobě či skupině osob (Záškodná a Běhounková, 2019, s. 232–233). V oblasti sociální práce lze vyzdvihnout především kategorii vyžádaného chování, kdy je pro daného jedince motivačním faktorem *„verbální či nonverbální žádost, která rezonuje*

s internalizovanými normami vzájemnosti, spravedlnosti a poctivosti. Může souviset s vyšší úrovní morálního usuzování, případně se snahou získat sociální uznání.“ (tamtéž, s. 232)

Sektor NNO se však nejvíce potýká s obtížemi při hledání potřebného počtu odborníků, specialistů a dobrovolníků. Mezi problematické a obtížně obsaditelné pozice patří ty z oblasti personálního řízení či oblasti managementu. Jedním z důvodů je nižší finanční ohodnocení či případná nejistota pracovního místa. V obou případech jde o nelehké financování chodu organizace jako celku, jejichž provoz je závislý na získaných grantech a dotacích (Bedrnová, Nový a kol., 2007, s. 664).

Český statistický ústav vydal na podzim roku 2023 ekonomické údaje o neziskových institucích za rok 2021. Z analýzy dat vyplynul počet zaměstnanců (vyjádřený v přepočtu na plný úvazek za dané období) 118 025, což vypovídá o meziročním nárůstu o 2,71 %, přičemž podíl neziskových organizací na celkové zaměstnanosti v České republice byl v daném roce 2,24 %. Ačkoliv počet zaměstnanců zaznamenal mírný meziroční nárůst, počet dobrovolníků v tomto segmentu klesl o 11,59 % na 22 902. Jednalo se o výrazný meziroční pokles, který byl způsoben pandemií covidu, kdy většina neziskových organizací musela být v jejím důsledku buďto zcela uzavřena či byl jejich provoz výrazně omezen (ČSÚ, 2023, nestránkováno).

1.2.2 Dobrovolnictví

Dobrovolná práce neboli dobrovolnictví je jedním ze stěžejních a charakteristických prvků NNO a lze ji definovat jako *„výkon samostatné činnosti bez nároku na odměnu, kterou člověk vykonává ve prospěch společnosti (v ČR nejčastěji jako člen NNO).“* (Stejskal, Kuvíková a Maťátková, 2012, s. 46) Jde o činnost, která v praxi nabírá, u nás i ve světovém měřítku, stále větší důležitosti. A právě rozsáhlý nárůst zájmu o dobrovolnictví zapříčinil vznik nového oboru nesoucí název management dobrovolnictví. Díky těmto faktorům dochází k celkové profesionalizaci dobrovolnické činnosti a chce-li organizace zajistit její hladké a účinné fungování, je potřeba ji efektivně řídit. V mnohých případech pak může v organizaci působit koordinátor dobrovolníků, který je klíčovou postavou pro řízení dobrovolnické práce (Vláda ČR, 2014, s. 5).

Pro člověka vykonávající tento typ práce je z hlediska terminologie zakotven pojem dobrovolník. V obecném slova smyslu jej lze vymezit jako *„člověka, který ze své vlastní vůle a ve svém volném čase bez nároku na odměnu pomáhá lidem kolem sebe a zapojuje se do veřejně*

prospěšných aktivit.“ (HESTIA, 2024, nestránkováno) Pro organizace jsou dobrovolníci významným zdrojem pomoci, jelikož nepředstavují nákladovou položkou a nepracují za mzdu. Jejich hnacím motorem je pocit, že jsou součástí něčeho důležitého a cítí se být uznávanými členy týmu. Jejich práce bývá, či by v rámci společnosti měla být, dostatečně uznána a oceněna (Bedrnová, Nový a kol., 2007, s. 666).

Dobrovolníci, kteří se v různé intenzitě zapojují do činnosti NNO, často vykazují prvky altruistického jednání neboli altruismu. Altruismus lze definovat jako *„dobrovolné, nezištné chování, bez očekávání materiálního či jiného zisku, sociálního souhlasu nebo jejího opětování v budoucnu (snad kromě příjemného pocitu z vykonání dobrého skutku).“* (Záškodná a Běhounková, 2019, s. 231) Altruismus je vnímán jako specifická forma prosociálního chování a z hlediska vztahu mezi těmito pojmy je prosociální chování nadřazené altruismu. Tento pojem je v kontextu dobrovolnictví a dobrovolníků klíčovým, jelikož lidé vykazující prvky altruismu pomáhají tam, kde je třeba, a to bez ohledu na časové kapacity a náklady, které s pomocí mohou být spojené (tamtéž).

Podle Vlády České republiky lze pohledy odborníků na dobrovolnictví vykazujících přibližnou shodu v literatuře světového formátu rozdělit do tří forem:

- *„Občanská participace (podpis petice, účast na demonstraci, účast na veřejné schůzi, kontaktování veřejného zastupitele).*
- *Neformální dobrovolnictví (neplacená pomoc jednotlivce sousedům, neformální partě kamarádů, obci, přírodě, tedy všem, kteří nejsou příbuzní).*
- *Formální dobrovolnictví (organizovaná neplacená pomoc prostřednictvím skupin, klubů, organizací ve prospěch ostatních lidí či služeb).“* (Vláda ČR, 2014, s. 7)

Lidé, kteří se rozhodnou stát se dobrovolníky, od dobrovolnické práce očekávají, že jim dobrovolnická činnost umožní realizovat jeden či více motivů, mezi kterými lze uvést hodnoty, pochopení, sociální vazby, kariéra, ochrana a zdokonalení. Tento výčet motivů *„předpokládá, že uvedený motivující komplex je z hlediska svého obsahu umístěn na altruisticko-egoistickém kontinuu.“* (Záškodná a Běhounková, 2019, s. 242–243) I přes skutečnost, že dané motivy jedince motivují k pomoci druhým, základem těchto motivů je osobní prospěch samotného jedince, protože každý motiv jedinci umožňuje naplnit určitou osobní potřebu. Například motiv zdokonalení představuje dobrovolnictví jako způsob, jehož prostřednictvím může jedinec

dosahovat osobního růstu a rozvoje a rovněž mu pomáhá nabývat pocitu užitečnosti, důležitosti či potřebnosti (tamtéž, s. 242).

Legislativně bylo dobrovolnictví v České republice prvně upraveno v roce 2003, kdy vzešel v platnost zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Roku 2014 prošel novelou zákona a byl vydán zákon č. 86/2014 Sb., zákon o dobrovolnické službě. V této podobě platí do současnosti (MVČR, 2024, nestránkováno).

1.3 Základní znaky pacientských organizací

Pojem pacientská organizace označuje specifickou formu neziskových organizací, které svoji práci cílí na osoby s chronickým, vzácným či vážným onemocněním nebo také pro osoby se zdravotním postižením či znevýhodněním. Pojem „pacientská organizace“ je však v České republice legislativně ukotven poměrně krátce, jelikož samotná definice pacientských organizací byla zakotvena do legislativy teprve v roce 2022 novelizací zákona o zdravotních službách (Adámková, 2020, nestránkováno). Jejich cílovou skupinou jsou rovněž rodinní příslušníci a nejbližší okolí nemocných či jinak zdravotně znevýhodněných. Prací těchto organizací je pomoci vyrovnat se s onemocněním, získat o něm potřebné informace a podpořit všechny zúčastněné v jejich těžkém životním období. Součástí jejich oblasti působení je též sociální podpora a s ní spojená pomoc při orientaci v systému sociální péče. Veškeré uvedené služby poskytované pacientskými organizacemi jsou pro všechny potřebné dostupné zdarma (MZČR, 2021, nestránkováno).

Za klíčovou činnost pacientských organizací lze označit spolupráci s lékaři a dalšími zdravotníky, se kterými si navzájem vyměňují své poznatky a zkušenosti, což přispívá k hlubšímu poznání daných onemocnění jak z medicínského hlediska, tak i z perspektivy samotných pacientů (UZIS, 2023, nestránkováno). Neformální atmosféra pacientských organizací nemocným poskytuje bezpečný prostor, ve kterém mohou sdělovat i problémy, jež by lékaři ve formálním prostoru ordinace z různých důvodů nesdělili (MZČR, 2021, nestránkováno). Hlavní misí každé pacientské organizace je svému klientovi pomoci vyrovnat se s nemocí, akceptovat ji a naučit se s ní žít. Kvalifikovaní odborníci se svým klientům snaží pomoct vybudovat nový životní styl a zprostředkovávají mu potřebné informace navázané na jeho zdravotní stav. Činnost pacientských organizací se však nekoncentruje výhradně na pomoc již nemocným jedincům. Poskytují také obecné informace a poradenství ohledně nemoci, postižení či jiného znevýhodnění široké veřejnosti a prostřednictvím svého působení tak

rozšiřují povědomí o problematice na níž daná organizace své působení orientuje. Konkrétně se může jednat o poskytování ověřených informací zaměřených na prevenci, diagnostiku či aktuální možnosti účinné léčby (NZIP, 2024, nestránkováno).

Významnou roli pacientské organizace sehrávají rovněž i ve spolupráci se státním orgánem, konkrétně s Ministerstvem zdravotnictví ČR. V rámci této spolupráce se podílejí například na tvorbě nových zákonů, a to konkrétně prostřednictvím Pacientské rady působící přímo na Ministerstvu zdravotnictví (UZIS, 2023, nestránkováno). *„Pacientská rada je stálý orgán ministra zdravotnictví složený ze zástupců pacientských organizací, který od roku 2017 funguje jako zprostředkovatel hlasu pacientů na ministerstvu.“* (MZČR, 2024, nestránkováno) Cílem jejich spolupráce je tedy zprostředkovávat potřeby svých členů a dohlédnout tak na jejich ukotvení v legislativě (UZIS, 2023, nestránkováno).

2 Sociální pracovníci v pacientských organizacích

Ministerstvo práce a sociálních věcí definuje sociálního pracovníka jako profesionála a odborníka, *„který má potřebné znalosti a dovednosti a při své práci se řídí etickými principy a hodnotami profese.“* (MPSV, 2022, s. 6) Primárním zájmem jeho práce je klient a jeho potřeby, především zachování práv klienta a jeho důstojnosti. Pro každého sociálního pracovníka je nezbytné, aby uměl s klienty komunikovat a dokázal si s nimi vytvořit vztah, který bude v průběhu společné práce posouván na úroveň vzájemného partnerství (tamtéž, s. 6–7).

Každá oblast sociální práce je specifická i svým prostředím a přístup sociálních pracovníků se tak odlišuje v návaznosti na typ klientů, se kterými spolupracují. Práce sociálních pracovníků je zaměřená především na pomoc klientovi získávat hmotné služby, týká se například oblasti bydlení, problémů s příjmy či zajištěním potravin. Významnou roli zastává sociální pracovník v oblasti poskytování poradenství a s tím související možná účast v legislativních procesech relevantní jejich profesi. Neméně důležitým pilířem sociální práce je též pomoc, nebo zlepšení situace svého klienta ve sféře zdravotní a sociální (Cox, Tice a Long, 2016, s. 4). Odborníci se shodují, že přítomnost sociálního pracovníka v životě klienta může být důležitá během jeho adaptace na novou životní situaci, v rámci prevence před sociální izolací či pro poskytování informací a poradenství v kontextu hledání a rozvíjení zdrojů podpory, na které by daný klient mohl mít nárok. Naváže-li sociální pracovník se svým klientem vztah založený na důvěře, může se pro něj stát i emocionální podporou (Klepáčková a Černá, 2020, s.17).

Nečasová v rámci typologie přístupu k praxi uvádí Banksovou, jež rozlišuje čtyři možné typy přístupu sociálních pracovníků k výkonu své profese, které se však v realitě navzájem prolínají. Jsou jimi angažovaný, radikální, byrokratický a profesionální sociální pracovník:

- Angažovaný sociální pracovník – přistupuje ke klientům s empatií a respektem, jedná s nimi jako se sobě rovnými, má snahu o ně pečovat a jednat s nimi přátelsky. Při výkonu své práce má tendenci uplatňovat stejné morální hodnoty jako v osobním životě. Sebe samého bere primárně jako osobu, role sociálního pracovníka je pro něj až na druhém místě. Daný přístup je v kontextu současné praxe rizikový z hlediska potenciálního překročení profesionálního vztahu s klientem a jeho rozvinutí na osobnější bázi. Vysoká míra rizika lze shledat rovněž v pravděpodobnosti výskytu syndromu vyhoření.

- Radikální sociální pracovník – rovněž vkládá do své práce své osobní morální hodnoty. Jeho cílem však není poskytnout klientovi nadstandardní péči, ale pokusit se díky svému působení o změnu v oblasti praxe, sociální politiky a zákonů, které on sám považuje za nekorektní.
- Byrokratický sociální pracovník – má tendenci manipulovat se svými klienty za účelem podpory jejich transformace. Daný přístup doporučuje v praxi oddělit své osobní hodnoty od hodnot profesních a od hodnot vyznávaných zaměstnavatelem. S tím je úzce spojena rovněž nutnost oddělovat profesní a osobní život z důvodu eliminace pocitu viny, kdy sociální pracovníci v profesním životě přistupují k lidem způsobem, který v osobním životě považují za nečestný. V tomto modelu sociální pracovník má vedle manipulace snahu vytvářet u klientů iluzi individuálního přístupu k péči. Zároveň v určitých případech zastupuje roli takzvaného normalizátora, tedy osoby, která klientovi pomáhá v kontextu přizpůsobení se určitým společenským normám a akceptovat je.
- Profesionální pracovník – má snahu vytvořit si s klientem individuální vztah, který bude založený na vzájemné spolupráci. Daný model si zakládá na vyváženosti moci mezi klientem a sociálním pracovníkem způsobem, který klientům umožňuje participaci na rozhodování. Umožněno je mu i podání stížnosti v případě nespokojenosti. I přes posílení moci klienta, je stále kladen velký důraz na roli sociálního pracovníka. Ten klientovi větší moc poskytuje, a zároveň ji má pod svojí kontrolou (Nečasová, 2008, s. 46).

Sociální poradenství lze chápat jako jeden celek poskytované sociální služby občanům, kteří se dostali do složité životní situace či potřebují získat informace týkající se pojištění a podpory, jež vyplývá ze systému sociální ochrany občanů. Zájemcům mohou být v této formě poradenství poskytnuty rovněž základní informace o možnostech poradenství, které je poskytováno jinými resorty, jež svým zaměřením souvisejí s danou situací klienta (Baumruková, 1997, s. 209). Sociální poradenství lze dle Baumrukové rozlišit na dva typy, základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství. Cílem základního sociálního poradenství je poskytnout klientovi potřebné informace a vyhledat možnosti, jak mu pomoci nalézt všechny možné prostředky, kterých se ve své obtížné situaci může domáhat a využít je k jejímu zmírnění či úplnému odstranění. Sociální pracovník klientovi může zprostředkovat kompletní odbornou pomoc či mu pouze předat potřebné informace vyplývající ze systému sociální ochrany. Odborné sociální poradenství spočívá již v konkrétní pomoci při řešení

obtížné sociální situace, v níž se klient ocitl. Jedná se primárně o situace, kdy se člověk nachází v sociální či hmotné nouzi. V některých případech se může jednat i o souběh obou zmiňovaných nouzí (tamtéž, s. 210).

Specifickou oblastí, na kterou se sociální pracovník má možnost specializovat, je práce s lidmi trpícími vážným či chronickým onemocněním a jejich blízkými. V takovém případě mohou být sociální pracovníci součástí pacientských organizací, kde své služby nemocným a jejich rodinám poskytují v podobě sociálního poradenství (Amelie, 2024, nestránkováno). V sociální práci z obecného náhledu je na nemocného vyžadujícího pomoc v sociální oblasti nahlíženo mimo kontext diagnózy a samotné fáze onemocnění, které je upozaďováno. V tomto ohledu je sociální poradenství v pacientských organizacích považováno za nejvíce perspektivní z důvodu prostoru pro individuální přístup k jednotlivým klientům (Slavíková a Čadková Svejkovská, 2021, nestránkováno).

Tato bakalářská práce se dále zaměřuje ryze na sociální pracovníky působící v prostředí pacientských organizací.

2.1 Kompetence sociálních pracovníků

Kompetence jsou v českém jazyce obtížně definovatelný pojem. Různí autoři k jejich definici přistupují různě. Palán ve své knize *Výkladový slovník lidské zdroje* uvádí tři definice. V prvním případě kompetence chápe jako *„souhrn pravomocí a odpovědností svěřených určitému pracovnímu místu či orgánu.“* (Palán, 2002, s. 98) V případě druhém je na kompetence nahlíženo jako na *„schopnost vykonávat určitou funkci nebo soubor funkcí a dosahovat při tom určité úrovně výkonnosti.“* (tamtéž) Hovoří o nich v kontextu chování, kdy kompetentní člověk má schopnost vyrovnat se se situacemi, které jsou nepřehledné, velmi složité, komplikované a umí přijímat kritiku. V pracovním prostředí lze shrnout kompetence do souboru znalostí, schopností, dovedností, zkušeností a postojů (tamtéž, s. 99). Třetí přístup chápe kompetence jako *„sociálně ekonomický znak pracovníka nacházejícího se v situaci nově pojímané výroby či služby.“* (tamtéž, s. 99) Havrdová naopak zasazuje pojem do kontextu pracovního prostředí a vymezuje kompetence dle definice NCVQ, National Council for Vocational Qualifications. Ten je pojímá z hlediska určité schopnosti aplikovat dosud nabyté znalosti a dovednosti v rámci nových pracovních situací. Vyzdvihuje zejména organizaci a plánování práce, cit pro inovace a schopnost vypořádat se s mimořádnými pracovními činnostmi. V definici jsou zahrnuty i kvality kompetentního pracovníka zdůrazňující především osobní efektivitu, jež se dle jejich

přesvědčení stává podstatnou v rámci komunikace na pracovišti či s klienty (Havrdová, 1999, s. 41).

V prostředí sociální práce lze kompetence zacílit zejména na odborné znalosti, tedy dosažení potřebného vzdělání a zkušeností, jež je pracovník schopen prokázat doložením vysokoškolského diplomu či odborného certifikátu. Dále na praktické dovednosti a sociální zralost, kdy je schopen plnit pracovní úkoly a dosahovat cílů sociální práce, a zároveň být empatický, dodržovat hodnoty a etický kodex profese (Barker, 1995, s.63).

Kompetence sociálních pracovníků v České republice jsou zakotveny i právně. Konkrétně danou problematiku legislativně ošetřuje zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který konkretizuje činnosti sociálních pracovníků, potřebnou odbornou způsobilost a předpoklady pro výkon dané profese. Dle tohoto zákona musí být každý sociální pracovník pro výkon svého povolání trestně bezúhonný, způsobilý k provádění právních úkonů a rovněž zdravotně a sociálně způsobilý (Česko, 2006, § 110). Ze zákona je každý sociální pracovník také povinen si doplňovat, prohlubovat či obnovovat svoji profesní kvalifikaci, a to prostřednictvím dalšího vzdělávání. Potřebné vzdělání lze absolvovat pouze v rámci akreditovaných vzdělávacích zařízeních či akreditovaných programů. Úspěšně absolvované další vzdělávání je sociální pracovník povinen doložit osvědčením, jež je vystavováno konkrétním vzdělávacím zařízením, které dané vzdělávání pořádalo (tamtéž, § 111).

Kompetence lze nahlížet rovněž z perspektivy trhu práce, které jsou v České republice postiženy v kompetenčních profilech v Národní soustavě povolání. Jelikož není vytvořen přesný kompetenční profil sociálního pracovníka pohybujícího se v prostředí pacientských organizací, lze vycházet z kompetencí koordinačního pracovníka v sociálních službách a zdravotně sociálního pracovníka. Důvodem je velmi úzká podobnost charakteristiky pracovních činností daných povolání. Po srovnání osobnostních profilů obou povolání a přihlédnutí ke specifikům sociální práce v pacientských organizacích, lze identifikovat kompetence vyžadované od sociálních pracovníků v daném prostředí. Z hlediska osobnostních kompetencí by měl být sociální pracovník flexibilní, ochotný vzdělávat se po celý profesní život, měl by mít vysokou míru odolnosti vůči stresu a schopnost zvládat zátěžové situace. Sociální pracovník by měl v kontextu interpersonálních kompetencí ovládat efektivní komunikaci a kooperaci. S klienty přichází do kontaktu na denní bázi, tudíž komunikace a schopnost spolupracovat tvoří značnou část jeho práce. Je tedy klíčové, aby danou schopnost

ovládal. Profil měkkých kompetencí uzavírají kompetence výkonové. Pro daný soubor je primárně podstatná schopnost být samostatný, umět řešit problémy a být způsobilý k plánování a organizování vlastní práce (MPSV, 2017a, nestránkováno; MPSV, 2017b, nestránkováno).

Kompetentní sociální pracovník by ve své praxi měl umět rozpoznat jedinečnost svého klienta a na základě toho identifikovat jeho individuální potřeby. Tyto potřeby jsou významně formovány a ovlivňovány prostředím, ve kterém se daný klient pohybuje a je tedy důležité do posuzování aktuální situace klienta zahrnout všechny aspekty jeho života. Úspěšné identifikace problému daného klienta sociální pracovník dosáhne na základě aktivního využívání svých odborných kompetencí, které mu posléze rovněž umožní určit konkrétní směr a způsob řešení případu daného klienta (Musil et al., 2019, s. 14). Přístup ke klientovi je dále ovlivněn vlastními preferencemi sociálního pracovníka, a to zejména jeho hodnotami, ideály, zájmy a cíli. Hodnoty jsou autotelické preference, které jsou samy o sobě důležité. Neslouží pouze jako nástroj k dosažení jiného cíle, jsou cílem samy o sobě. Ideály vyjadřují takzvané autotelické vize sociálního pracovníka o jeho ideální představě jednání se svými klienty. Tyto ideály jsou často prožívány jako žádoucí způsob jednání, které je v souladu například s morálními a etickými zásadami. Zájmy představují subjektivní přání po změnách nebo zachování určitého stavu věcí. Jedná se o cíle, které si člověk klade, aby mohl žít v souladu se svými hodnotami a ideály. Tyto zájmy mohou souviset s různými oblastmi života, například s prací, vztahy nebo osobním rozvojem. Cíle jsou naopak záměry, které si člověk klade a které chce uskutečnit svým jednáním. Jsou to konkrétní představy o budoucnosti, které mu umožní dosáhnout jeho hodnot a ideálů (tamtéž, s. 17). Přístup ke klientovi je tedy vedle nabytých dovedností a zkušeností sociálního pracovníka ovlivněn jeho osobností, hodnotovým žebříčkem a ideály.

2.2 Etický kodex v sociální práci

Pro sociální pracovníky je důležitým aspektem jejich práce, poskytovat ji v souladu s etickým kodexem této profese. Kodex byl vytvořen Společností sociálních pracovníků ČR a v platnost vzešel v roce 1995. Roku 2006 došlo k jeho aktualizaci z důvodu změny mezinárodního dokumentu (MPSV, 2021, s. 24). Etický kodex poskytuje tedy ucelený rámec etických zásad a pravidel etického chování výhradně zaměřené na profesi sociálního pracovníka. Z hlediska etických zásad je sociální práce založena na dodržování lidských práv, především dle jejich vyjádření v mezinárodních deklaracích a úmluvách. Při výkonu své profese je nutné, aby sociální pracovník respektoval osobitost a jedinečnost každého klienta, nehledě na pohlaví, rasu, barvu pleti, věk, zdravotní stav, rodinný stav, sexuální orientaci či ku příkladu etnickou

příslušnost. Totéž platí i pro politické a náboženské přesvědčení. Sociální pracovník vykonává svoji profesi za účelem pomoci druhým lidem a skupinám, a to jak v rámci řešení jejich vzájemných konfliktů, tak i následkům z nich plynoucích. Sociální pracovník musí ctít a respektovat právo seberealizace každého jedince, ale pouze do takové míry, aby na úkor jednoho jedince nedocházelo k omezení stejného práva druhých osob. Ze závěrečného bodu etických zásad vyplývá, že každý sociální pracovník je povinen upřednostnit profesionální odpovědnost před svými osobními zájmy a veškeré služby poskytuje na nejvyšší možné úrovni odbornosti (SSP ČR, 2006, s. 1).

Etický kodex sociálních pracovníků rozděluje pravidla etického chování do pěti sekcí, jimiž jsou etické chování ke klientovi, ke svému zaměstnavateli, ke kolegům, ke svému povolání a odbornosti a ke společnosti. Ve vztahu ke klientovi je sociální pracovník povinen jednat s klientem způsobem, kterým chrání jeho důstojnost a lidská práva. Pracuje s nimi způsobem, kterým jim vštěpuje uvědomělost vlastní odpovědnosti. Sociální pracovník musí se svým klientem jednat jako s komplexní osobností, jež je rovněž součástí dalších společenských skupin, jimiž je ku příkladu rodina. Snaží se rovněž rozpoznat všechny aspekty života daného člověka. Sociální pracovník je povinen chránit soukromí svého klienta, na které má zákonné právo. Od klienta může žádat důvěrné informace pouze v případě nutnosti použití daných údajů pro potřeby zajištění služeb, jež by danému klientovi měly být poskytnuty. O potřebě a dalším využití citlivých informací je povinen klienta informovat a bez jeho souhlasu je neposkytuje třetím osobám. Jedinou výjimku tvoří případy, kdy se jedná o osoby, kterým bylo odebráno právo způsobilosti k právním úkonům v plném rozsahu. Sociální pracovník poskytuje podporu svému klientovi v podobě, ve které mu pomáhá vyhledat veškeré možnosti týkající se služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které má nárok. Je mu rovněž oporou při hledání možností, jak jeho samotného zapojit do procesu řešení konkrétních problémů. Každý sociální pracovník si musí být plně vědom své odborné i profesní způsobilosti a v případě, že nastane situace, v níž již nemůže s klientem nadále pracovat, je povinen předat mu potřebné informace a doporučit mu další formy pomoci související s jeho situací (tamtéž, s. 1–2).

Ve vztahu k zaměstnavateli etický kodex zdůrazňuje nutnost sociálního pracovníka plnit své povinnosti, jež vyplývají ze závazku s ním sjednaným. Je rovněž zavázán pozitivně ovlivňovat úroveň poskytovaných služeb v organizaci k níž přísluší, a to skrz působení na pracovní postupy a jejich uplatňování v praxi s cílem zajistit nejvyšší možnou úroveň daných služeb. Sociální pracovník by se měl rovněž v rámci organizace podílet na utváření takových

podmínek, které sociálním pracovníkům umožňují naplňovat veškeré závazky stanovené etickým kodexem (tamtéž, s. 2).

Z hlediska vztahu ke kolegům zdůrazňuje etický kodex především respekt a vzájemnou spolupráci. Pro naplnění těchto bodů kodexu je nutný vzájemný respekt sociálního pracovníka ke svým spolupracovníkům, a to jak z hlediska jejich dovedností a zkušeností, tak i v případě rozdílných názorů. Ve vztahu k povolání a odbornosti sociálních pracovníků akcentuje etický kodex na neustálé udržování a zvyšování odborné úrovně v jejich profesi. Rovněž zahrnuje nutnost sociálního pracovníka zvyšovat prestiž svého povolání, s čímž úzce souvisí i spolupráce se školami, které svoji činnost zaměřují na obor sociální práce. V daném kontextu jde zejména o podporu studentů během jejich praktického výcviku (tamtéž, s. 2–3).

Pátý bod pravidel etického chování sociálních pracovníků je zaměřen na jejich vztah ke společnosti a vlivu na ni. Zahrnuje nejen práva a povinnosti, které z dané profese v kontextu etiky vyplývají, ale i společenský vliv, vyplývající z jejich profesního postavení, na sociální politiku státu. Klíčovým bodem dané sekce etického kodexu je právo sociálního pracovníka požadovat od společnosti uznání za vykonávání své profese a své zodpovědné jednání s osobami napříč různými společenskými oblastmi (tamtéž, s. 3).

V závěru etický kodex vyjmenovává problémové okruhy z hlediska etiky v sociální práci, které mohou sociálního pracovníka dostat do obtížné situace. Kodex dané okruhy pouze vyjmenovává a upozorňuje na potřebu tvorby rozšířeného kodexu, který by se zaměřoval na specifika plynoucí z různorodosti sociální práce (tamtéž, s. 4).

2.3 Specifika práce s nemocnými mimo zdravotnická zařízení

Poskytování služeb lidem s chronickým onemocněním či zdravotním postižením je náročnou úlohou, která vyžaduje od sociálních pracovníků vysokou míru empatie, porozumění a dodržování řady pravidel a zásad. Klíčovým je zejména určitá vyváženost mezi profesionalitou a lidskostí, se kterou pracovník ke svým klientům přistupuje. Nezbytné je zachovat odstup od životní situace každého klienta. Sociální pracovník by měl v roli poradce s nemocným budovat jednostranný vztah, ve kterém je řešena výhradně životní situace konkrétního klienta a není překročena hranice profesionality. Svým klientům by sociální pracovník neměl v průběhu poradenství sdílet své osobní zkušenosti, pokud k tomu není vážný důvod. Projekce vlastních zkušeností pracovníka do situace klienta není profesionální a v určitých případech může vyvolat

špatný dojem či způsobit, že svoji situaci začne nemocný hodnotit podle standardů jiné osoby (Parkes, Relfová a Couldricková, 2007, s. 55; Novosad, 2009, s. 82).

Sociální pracovník by se měl orientovat v odborných termínech a diagnózách, se kterými se během své práce setkává na denním pořádku. Jedná se primárně o poruchy, postižení a handicap, které je vždy nutno chápat a vázat na každého klienta. Osobě s postižením tyto znevýhodňující činitelé determinují kvalitu jejího života a rovněž reflektují způsob, jakým se společnost staví k těm, kteří se vychylují od společenské normy (Novosad, 2009, s. 83).

Porucha je *„fyzická a (nebo) anatomická anomálie."* (tamtéž) Jednat se může o takzvanou orgánovou či funkční vadu. Projevit se může také jako vzhledová odlišnost (tamtéž). Na poruchu se posléze váže postižení, jež lze definovat jako *„omezení a (nebo) ztráta určitých funkcí – snížení schopností, omezení výkonnosti, zbrzdění celkového vývoje, ztížení podmínek pro celistvý a rovnoměrný psychický vývoj a vytváření sociálních dovedností, ohrožení deprivačními vlivy."* (tamtéž) Sekundárně na již definovaný pojem navazuje handicap neboli znevýhodnění chápáno jako *„redukce příležitostí k uspokojování potřeb individua a výkonu běžných občanských kompetencí, sociální izolace."* (tamtéž)

Porucha i handicap jsou znevýhodňující činitelé, které mají demonstrovat vzájemnou provázanost a rovněž skutečnost, že ne každá osoba s poruchou či postižením, která splňuje výše definované, musí být nutně osobou handicapovanou. Handicapovanou se osoba stává ve chvíli, kdy je mu redukován či zcela odepřen přístup k životním příležitostem a sama společnost k němu začne přistupovat stigmaticky (tamtéž, s. 84). V praxi lze naleznout více klasifikačních modelů, dle kterých lze hodnotit úroveň postižení. Vždy je však třeba dbát prvotně na individualitu každého jedince, jež lze chápat jako vnitřní dimenzi zdravotního problému. Podstatným prvkem je však rovněž dimenze vnější, která představuje sociální prostředí. Při práci s tímto typem klientů je tedy nutné brát v potaz obě tyto dimenze, jelikož každý zdravotní problém se vedle vlastního života jedince propisuje i do jeho života sociálního a ovlivňuje tak blízké i společnost k níž přísluší. Moderní klasifikace nemocí a postižení na člověka potýkajícího se s tělesným postižením pohlížejí z široce multifaktoriálního hlediska (tamtéž, s. 85–86). Míněno *„pohled, který zohledňuje maximum aspektů či vlivů, příčinně i důsledkově se vážících k životním situacím postiženého jedince."* (tamtéž, s. 86)

Významnou součástí práce s nemocnými je především komunikace a slovník, který sociální pracovník během své práce používá. Pracovník by v rámci komunikace s klientem neměl používat odborné výrazy jako diabetik, epileptik, autista, invalida a další, protože v sobě spojují osobu s jeho nemocí či postižením. Místo zmíněných označení jsou upřednostňované obraty jako osoba s cukrovkou, diabetem či osoba s autismem. Prostřednictvím taktně volených slov se klientovi dostává respektu, a zároveň ujištění, že omezení či onemocnění nedefinuje jeho osobnost (tamtéž, s. 87). S komunikací souvisí i užívání emotivně-soucitných slov, které je třeba omezit na minimum. V rámci poradenství pro klienta není projev lítosti či soucitu ze strany sociálního pracovníka vhodný. Ba naopak může klientovi spíše ublížit. V kontextu řešení klientovi situace by na jeho stav mělo být pohlíženo pozitivně. Nezdůrazňovat omezení, ale vyzdvihovat dovednosti a schopnosti v pozitivním ohledu. Pracovníci musí zohledňovat způsob formulace i v rámci tvorby podkladů pro úřady, kde je třeba se vyvarovat emočně zbarveným životním příběhům a zaměřit se na důsledky klientovi nemoci či postižení, které se projevují v rámci jeho každodenního života (tamtéž). Obecně vzato je při práci s danou cílovou skupinou zásadní způsob verbální i neverbální komunikace. Jde-li o neverbální projevy, je třeba volit gestikulaci a pohyby těla v přiměřeném množství, aby získal klientovu plnou pozornost. Verbálním projevem lze klienta taktně povzbudit v projevu nebo také shrnout či reflektovat jeho slova, čímž pracovník může potvrdit, zda si vzájemně rozumí. Během verbálního projevu je třeba klást důraz rovněž na tón vlastního hlasu tak, aby v klientovi nebyla nezáměrně probuzena negativní a pracovníky nechtěná emoce hněvu, smutku, strachu a dalších. Doporučováno je volit jemný tón hlasu a přirozenou rychlost řeči. Tímto způsobem posléze může být v klientovi vyvolán pocit bezpečí a porozumění, na základě čehož s ním pracovník dále může budovat vztah založený na důvěře (Hill, 2023, s. 112).

Vedle profesionální komunikace je v práci sociálního pracovníka důležité aktivní naslouchání, měl by umět aktivně poslouchat svého klienta a snažit se porozumět jeho sdělení. Jedinec, který ovládá techniku aktivního naslouchání, zvládá pozorně vnímat informace, které mu druhý sděluje. Identifikovat základní téma, o kterém je hovořeno a zachytit další důležité pojmy, které mu pomohou vytvořit základní strukturu problematiky, jež mu druhý sděluje (Mikuláštík, 2010, s. 88). Aktivní posluchač může zůstat pouze na povrchu problému, nebo se může sdělovaným problémem zabývat více do hloubky a *„všímat si určitého sdělení se vším, co ho doprovází, a hledat opravdovost nebo rozpory v tom, co mluvčí říká, hledat různé významové roviny. Připravuje se na dotazy, kriticky zhodnocuje, aktivně vyhledává to, co je zajímavé, vylučuje to, co je asynchronní.“* (tamtéž) Rovněž je třeba neopomíjet odezvu. Klientovi je třeba dávat

najevo plnou soustředěnost, že jeho sdělení vnímá a rozumí mu. K vyjádření porozumění a aktivního naslouchání není třeba slov, může být vyjádřen například pouhým postavením těla a dalšími neverbálními projevy, jakými jsou například občasné přikývnutí či oční kontakt s klientem (tamtéž, s. 88–89). Aktivním nasloucháním lze v klientovi vzbudit důvěru, navázat s ním profesionální vztah a lépe tak zjistit jeho potřeby a najít řešení k uspokojení těchto potřeb.

V kontextu poradenství by měli být sociální pracovníci nedirektivní, na klienta zaměření. Tento přístup zavedl Carl R. Rogers a podrobně se mu věnuje ve své knize *Client-Centred Therapy* z roku 1951, v níž charakterizuje tři stěžejní prvky – respekt, empatie a opravdovost. Cílem respektu je přistupovat ke každé osobě jako k jedinečné, s vlastními hodnotami a potřebami. V procesu utváření poradenského vztahu je třeba považovat klienta za sobě rovného a společně vytvářet prostor pro otevřenou komunikaci. Vhodným krokem je hned v počátku zjistit, jak si klient přeje být oslovován, aby se cítil komfortně. Pracovník musí rovněž dbát na průběžné prověřování vlastních předpokladů. Zároveň by neměl klienta v jakémkoliv kontextu kritizovat a provádět předčasné úsudky. Empatie sociálnímu pracovníkovi v rámci poradenství umožní vnímat emoce svého klienta a rovněž mu pomoci přijmout jeho osobnost. Je však vždy nutné, aby si sociální pracovník udržel svůj objektivní pohled na klienta, v opačném případě hrozí riziko zkresleného vnímání klienta. Empatii lze vyjadřovat zpětnou reflexí pocitů a chování, které jsou u klienta pracovníkem rozpoznány. (Parkes, Relfová a Couldricková, 2007, s. 56–58).

3 Proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích

V prostředí pacientských organizací není procesu adaptace věnována taková pozornost jako v ziskových organizacích, bývá podceňován a považován za nadbytečnost spojenou pouze s administrativou. Problémem je, že u většiny pacientských organizací není systémově nastaven. Důležité je však říci, že ze strany organizace by zájem o větší systémovost daného procesu byl, ale bariérou je zejména nedostatek sociálních pracovníků a jiné priority (Dvořáková a kolektiv, 2012, s. 476). To však může pacientským organizacím v dlouhodobém horizontu způsobit komplikace v podobě zvýšení nákladů na provoz v důsledku fluktuace. Pokud ale vynaloží čas a energii na vytvoření systémového řešení adaptačního procesu, zvýší pravděpodobnost retence sociálního pracovníka v organizaci (Blount, 2022, s. 57).

Proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích nese určitá specifika. Jedná se zejména o komplexnost práce, kterou sociální pracovník v pacientské organizaci vykonává. Jelikož v daném prostředí přichází ve své praxi do kontaktu s klienty nacházejícími se v kritickém období jejich života spojené se závažným onemocněním a vyžadujícím šetrný přístup. Dalším specifikem je nutnost klienta vnímat jak z hlediska jeho zdravotního stavu a s tím spojenými zdravotními potřebami, tak z hlediska širšího sociálního systému, jehož je součástí, kterou je především jeho rodina (Kuzníková, 2011, s. 32–35).

Během procesu adaptace sociálních pracovníků je klíčové porozumět diagnóze klienta či jinému znevýhodnění, na které je daná pacientská organizace zaměřená. Pro sociálního pracovníka je důležité rozumět souvislostem mezi zdravotním problémem svého klienta a jejich vlivu na jeho běžný život. To mu poté umožňuje lépe pracovat s konkrétními případy, kdy kromě hluboké znalosti dané problematiky potřebuje ovládat styl komunikace, jež je od něj v pacientské organizaci očekáván. Sociální pracovníci v této pozici do určité míry zastupují také roli terapeuta. A to je zejména v případech, kdy spolupracují například s klienty v terminálním stádiu onkologického onemocnění.

3.1 Fáze procesu adaptace v pacientských organizacích

Na proces adaptace se lze dívat z několika úhlů pohledu, tedy nejen na jeho fáze, ale také jeho formy. Proces adaptace v pacientských organizacích je obecně rozlišován na dvě formy, a to formální neboli řízenou adaptaci a adaptaci neformální, která probíhá *„v běžném kontaktu s ostatními spolupracovníky.“* (Palíšková, Legnerová a Stříteský, 2021, s. 115) Naopak *„řízená*

adaptace znamená systematickou orientaci a formalizované začlenění nového zaměstnance, příp. i externího spolupracovníka, do kulturního, sociálního a pracovního systému organizace.“ (Dvořáková a kolektiv, 2012, s. 162) Řízená adaptace by měla být zpracovaná v písemné podobě, nejčastěji ve formě příručky či manuálu dané pacientské organizace, což v budoucnu umožní aplikování daného procesu do praxe i v případě odchodu pracovníka, který se na jeho zavádění podílel. Pokud však organizace řízený proces adaptace nemá formalizovaný a je vázán pouze na osobu, která daný proces v pacientské organizaci provádí, s jeho odchodem čelí riziku ztráty zavedeného procesu (tamtéž). Přínosem řízené adaptace je zejména *„snížit náklady na fluktuaci zaměstnanců, snížit ztráty na produktivitě, zvýšit pracovní spokojenost.“* (tamtéž)

Mezi odborníky neexistuje shoda v počtu fází procesu adaptace. Palán rozlišuje proces adaptace pracovníků na fáze celopodnikovou, v útvarové jednotce a na konkrétní pracovní místo. Celopodniková adaptace spočívá v předání základních informací o organizaci. Cílem je představit novému pracovníkovi jeho pracoviště, seznámit jej s kolegy a také s organizací práce. Tato rovina je založená na poskytnutí obecných informací a je tedy společná pro všechny nově nastupující pracovníky (Palán, 2002, s. 8). Adaptace v útvarové jednotce je již úzce zaměřená na konkrétní oddělení v organizaci a zahrnuje detaily a specifika s ním spojené. Informace podávané na této úrovni adaptace jsou tedy již specifického rázu a jsou společné pouze pro pracovníky stejného oddělení, nikoliv pro organizaci jako celek. Adaptace na konkrétní pracovní místo zahrnuje již obsahově odlišné informace týkající se charakteru a náplně konkrétního pracovního místa. Tento přístup je využitelný zejména v organizacích většího rázu, tedy s větším počtem pracovníků, složitější organizační strukturou, komplexnějšími procesy či rozmanitějšími činnostmi. V prostředí pacientských organizací jsou hranice mezi jednotlivými úrovněmi méně zřetelné. Jedním z důvodů může být menší počet pracovníků či skutečnost, kdy v pacientských organizacích nejsou z hlediska jejich struktury rozlišována jednotlivá oddělení. V případě zohlednění těchto specifik u pacientských organizací mohou být za dostačující považovány fáze celopodniková a adaptace na konkrétní pracovní místo (Palíšková, Legnerová a Stříteský, 2021, s. 117).

Nový a Surynek proces adaptace chápou jako sociální proces probíhající ve čtyřech fázích: přípravné fázi, fázi globální orientace, fázi uvědomělé orientace a ve fázi zvládnutí nových požadavků prostředí (Nový a Surynek, 2006, s. 153). Přípravná fáze adaptace sociálního pracovníka je započata ještě před nástupem do nové pacientské organizace či v rámci přechodu ve stávající pacientské organizaci. Nejčastějším důvodem k této změně je nespokojenost

sociálního pracovníka se stávajícím pracovním místem či organizací a projevuje se aktivním hledáním nového pracovního místa, absolvováním výběrového řízení či nástupem na novou pracovní pozici v dané pacientské organizaci (Váchal, Vochozka a kolektiv, 2013, s. 304).

Fáze globální orientace nastává okamžikem nástupu nového sociálního pracovníka do organizace. Jejím hlavním cílem je nového pracovníka seznámit *„s pracovním prostředím, podmínkami, spolupracovníky, vedoucím pracovníkem apod.“* (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 23) V této fázi probíhá tedy základní seznámení nového sociálního pracovníka s organizací, jejími hodnotami, vizí a stanovenou misí. Sociálnímu pracovníkovi poskytuje prostor pro pochopení zvyklostí dané organizace, pracovních podmínek a také pro představení nároků a očekávání souvisejících s výkonem dané pracovní pozice. V této fázi je mu rovněž představen plán o průběhu procesu adaptace a požadavcích, které s ním souvisejí (tamtéž).

Ve fázi uvědomělé orientace dochází u sociálního pracovníka k postupnému získávání potřebných zkušeností a zlepšování se v plnění pracovních úkolů a také k postupnému zvykání si na nový pracovní kolektiv. Sociální pracovník se tak pomalu stává jeho plnohodnotným členem. V této fázi je mu rovněž postupně rozšiřována pracovní odpovědnost a samostatnost. Sociální pracovníci tedy postupně získávají i větší odpovědnost a samostatnost v práci s klienty. Během této fáze tedy dochází k průběžnému hodnocení odváděné práce pracovníka a dle jeho progresu dochází na základě komunikace s vedoucím pracovníkem k přidávání nových pracovních úkolů a výzev (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 24; Váchal, Vochozka a kolektiv, 2013, s. 305).

Poslední fází adaptace je zvládnutí nových požadavků prostředí. V tento okamžik by sociální pracovník měl být již adaptovaný na prostředí organizace, pracovní podmínky, identifikovaný s cíli organizace a schopen dosahovat očekávaných pracovních výsledků (Nový a Surynek, 2006, s. 153; Váchal, Vochozka a kolektiv, 2013, s. 305). *„Tato fáze představuje optimální stav dovedností a znalostí v korelaci s délkou praxe na daném pracovišti.“* (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 24) V průběhu této fáze by mělo rovněž dojít k oficiálnímu ukončení procesu adaptace, jehož součástí by mělo být závěrečné zhodnocení mezi sociálním pracovníkem a jeho vedoucím. Obsahovat by mělo zejména ohlédnutí za tím, zda a jakým způsobem bylo dosáhnuto cílů vytyčených na počátku či v průběhu procesu adaptace (tamtéž).

Hajerová Müllerová, Depoo a Stříteský uvádějí další model procesu adaptace. Tento model je rozdělen do tří fází, a to na anticipační fázi, fázi orientačního setkání a fázi pochopení. Anticipační fáze započne okamžikem, kdy uchazeč o organizaci prvně slyší a začíná si o ní zjišťovat detailnější informace s cílem vytvořit si o ní své vlastní představy. Tato prvotní fáze přetrvává v průběhu celého náboru až do okamžiku přijetí uchazeče. Přijetím uchazeče do organizace nastává fáze orientačního setkání. V průběhu této fáze započíná porovnávání představ vytvořených během anticipační fáze s realitou, která nastala nastoupením do organizace. Pokud se vytvořené představy nijak zásadně neliší od nastalé reality, je předpokládán lepší průběh adaptace bez výraznějších problémů. Avšak v případě zásadnějších odlišností mezi představami a realitou může dojít k takzvanému šoku z reality. Ten by však měl být v průběhu adaptace co nejvíce eliminován snahou samotné organizace. V prostředí pacientských organizací může v tomto případě dojít k šoku z reality v souvislosti s cílovou skupinou klientů. Pro mnoho sociálních pracovníků, kteří v minulosti působili v jiných sférách sociální práce, může být náročnou úlohou vyrovnání se s životními osudy jejich klientů. Z tohoto pohledu může v této fázi dojít k situaci, kdy se sociální pracovník nedokáže vyrovnat s momenty spojenými s touto profesí, například s odchodem či úmrtím klienta (zejména v onkologicky zaměřených pacientských organizacích). Závěrečnou fází je fáze pochopení. Cílem této fáze je, aby sociální pracovník přijmul stanovené cíle, hodnoty a misi organizace. Předpokládá se, že v tomto okamžiku sociální pracovník už bude rozumět vnitřním procesům organizace, bude vědět, na koho se s jakým problémem může obrátit, a bude zvládat plnit klíčové činnosti odpovídající jeho náplni práce (Hajerová Müllerová, Depoo a Stříteský, 2024, s. 261–262).

3.2 Nástroje a faktory procesu adaptace v pacientských organizacích

Během procesu adaptace dochází k vytváření souladu *„mezi odbornými znalostmi, praktickými dovednostmi a sociálními zkušenostmi nového pracovníka a na straně druhé mezi specifickými pracovními podmínkami konkrétního pracoviště.“* (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 14) Vzhledem ke komplexnosti pracovních činností sociálních pracovníků v pacientských organizacích lze v průběhu celého procesu aplikovat různé nástroje usnadňující adaptaci nového sociálního pracovníka. Mezi tyto nástroje je možné řadit například sestavení adaptačního plánu, praktický zácvik, motivačně-hodnotící pohovory, vzdělávací program či informační balíček (tamtéž, s. 15–22).

Adaptační plán je nástrojem procesu adaptace, pomocí kterého lze sestavit přesný plán adaptace na konkrétní pracovní pozici. Měl by zohledňovat věk nového sociálního pracovníka, nároky kladené na vybrané pracovní místo a doposud získané zkušenosti sociálního pracovníka (Váchal, Vochozka a kolektiv, 2013, s. 305) Pro jeho sestavení je klíčový profil dané pracovní role, pomocí něhož lze sestavit plán. Ten obsahuje informace k tomu, co se sociální pracovník musí během adaptace naučit, co musí znát, co musí být schopen dělat, zvládnout a jak by se měl v prostředí organizace chovat. Díky tomu je možné stanovit cíle adaptačního plánu v předem stanovených oblastech pracovních činností a rovněž podmínky k ukončení procesu adaptace. Mezi podmínkami k ukončení může být zařazeno například splnění stanovených vzdělávacích aktivit či studium vybrané literatury. Součástí adaptačního plánu by měl být také kontrolní mechanismus plnění stanovených cílů a aktivit s nimi souvisejícími. V ideálním případě by měl kontrolní mechanismus obsahovat vedle ústní formy, v podobě komunikace mezi novým sociálním pracovníkem a vedoucím, také písemnou formu. Důvodem je průběžná evidence adaptace konkrétního sociálního pracovníka a možnost se k těmto záznamům v průběhu celého procesu vracet a sledovat tak jeho progres či naopak stagnaci (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 15).

Praktický zácvik slouží jako nástroj instrumentálního učení. Tento nástroj umožňuje novému pracovníkovi předávat již konkrétní postupy a informace, které jsou pro výkon a plnění pracovního místa klíčové. V kontextu sociálního pracovníka uváděného do prostředí pacientské organizace tato forma umožňuje novému sociálnímu pracovníkovi porozumět stylu, jakým je v organizaci přistupováno ke klientům, s jakými výzvami se ve své práci mohou setkat a rovněž jaký postup řešení lze při práci s klientem volit. Součástí mohou být také náslechy telefonických hovorů s klienty či kontrola napsaného e-mailu před jeho odesláním. Praktický zácvik je individuálním nástrojem využívaným v rámci procesu adaptace a nelze tedy stanovit optimální časový rámec, který by přesně vymezoval standardní dobu potřebnou k zácviku. V tomto ohledu je tedy pro vymezení délky klíčovou osoba, která nese za zácvik daného sociálního pracovníka odpovědnost. Což v prostředí pacientských organizací bývá ve většině případů stejný pracovník jako ten, který je odpovědný za průběh celého procesu adaptace. Přidanou hodnotou praktického zácviku je vedle předávání zkušeností a dovedností také předávání organizační kultury prostřednictvím pracovníka, který praktický zácvik zprostředkovává (tamtéž, s. 15–16).

Motivačně-hodnotící pohovory mohou sloužit jako nástroj k poskytování konstruktivní zpětné vazby sociálním pracovníkům v průběhu celého procesu adaptace. Cílem užití tohoto nástroje je možnost monitorovat průběh adaptace daného sociálního pracovníka a také jeho pokrok v učení a osvojování si nových dovedností, zkušeností a schopností. Jak z názvu nástroje vyplývá, jedná se o pohovory prováděné za účelem pracovníky motivovat, ale i hodnotit. Cílem těchto pohovorů je zhodnocení dosud odvedené práce, stanovení si cílů na další období a řešení možných problémů v sociální rovině. Pohovor s novým sociálním pracovníkem vede nejčastěji jeho vedoucí pracovník. V další fázi mohou pohovor vést i další pracovníci, kteří se na realizaci procesu adaptace nového sociálního pracovníka přímo podílejí (tamtéž, s. 19).

Důležitým a užitečným nástrojem k urychlení procesu adaptace a k jeho zkvalitnění je možné využití vzdělávacích programů pro nové sociální pracovníky. Do vzdělávacího programu lze řadit jak formální vzdělávání v podobě kurzů odehrávajících se mimo pracoviště sociálního pracovníka, tak v podobě vzdělávání na pracovišti, které může být realizováno například metodami stínování práce jiného sociálního pracovníka či kazuistikou. Ve vzdělávacích programech jsou v návaznosti na typ aktivity využívány různé formy vzdělávání. Jednou z nejvíce využívaných forem vzdělávání je pro nové sociální pracovníky v pacientských organizacích samostudium, které může být naplánováno v kontextu studia konkrétního typu onemocnění či jiného zdravotního znevýhodnění, na které se organizace specializuje (Armstrong, 2007, s. 400; Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 21).

Informační balíček jako nástroj procesu adaptace slouží k předání základních informací, které jsou pro nového sociálního pracovníka stěžejní. Často se jedná o balíček s obecnými informacemi o organizaci, které jsou pro všechny pracovníky jednotné. Informační balíček může být vytvářen v elektronické, ale i tištěné podobě a slouží k tomu, aby si jej pracovníci mohli odnést i mimo místo výkonu jejich práce a měli tak nejdůležitější informace neustále k dispozici (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 22).

Významný vliv na průběh celého procesu adaptace mají subjektivní a objektivní faktory, které jsou rovněž jedním z atributů ovlivňujících výslednou úroveň adaptace sociálního pracovníka v pacientské organizaci. Subjektivní faktory lze charakterizovat jako osobní předpoklady konkrétního jedince a ovlivňují úroveň připravenosti nového sociálního pracovníka na výkon své profese. Mezi tyto faktory patří zejména odborná připravenost jedince, tedy dosažená úroveň vzdělání a získané pracovní zkušenosti. Psychická odolnost sociálního pracovníka je

rovněž důležitým subjektivním faktorem ovlivňující celkový průběh procesu adaptace. Důvodem je zejména skutečnost, kdy sociální pracovník v tomto prostředí pracuje na denní bázi s klienty s těžkým onemocněním či postižením. Psychická odolnost je tedy důležitým faktorem pro úspěšné absolvování procesu adaptace a následné setrvání v organizaci. Do této skupiny faktorů je řazena i celková osobnost daného jedince a jeho motivace, která je ovlivněna potřebami, zájmy, návyky, ale i ideály jedince. Neméně důležitým faktorem jsou také hodnoty, jež konkrétní sociální pracovník ve svém životě vyznává (Nový a Surynek, 2006, s. 156).

Objektivní (vnější) faktory ovlivňují průběh procesu adaptace z vnějšku. Odvíjí se tedy od prostředí konkrétní pacientské organizace a závisí na mnoha vlivech přicházejících z tohoto prostředí. Na tyto faktory působí technická vybavenost pacientské organizace či její sociální vybavení, tedy existence a vybavenost prostor na pracovišti, které je určené k odpočinku pracovníků či k jejich setkávání. Objektivním faktorem procesu adaptace je rovněž způsob řízení nadřízeného, tedy jeho styl řízení a vedení pracovníků v organizaci a jeho manažerské a komunikační dovednosti. Podstatným vlivem je také podniková kultura a sociální klima pacientské organizace. Zejména sociální klima v organizaci působí na podobu vztahů mezi kolegy napříč organizací a ovlivňuje tak úroveň vzájemné spolupráce. Důležitým faktorem v mnohých pacientských organizacích je i finanční situace, v níž se organizace nachází, což může ovlivňovat samotnou podobu procesu adaptace (tamtéž, s. 156–157).

3.3 Metody procesu adaptace v pacientských organizacích

Pro zkvalitnění procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích mohou vedoucí pracovníci využít různé metody. Mezi metody procesu adaptace využívané v pacientských organizacích lze řadit například mentoring, koučování a supervizi (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 18–20). Proces adaptace v novém pracovním prostředí a na nové pracovní činnosti může být díky začlenění těchto metod efektivnější.

Mentoring *„lze definovat jako metodu pomáhání lidem při učení.“* (Armstrong, 2007, s. 469) Mentoring aplikovaný v procesu adaptace má novému pracovníkovi pomoci v průběhu učení rychleji a efektivněji splnit požadavky a cíle související s jeho pracovním výkonem. Mentor má pro nového pracovníka roli poradce, který *„mentorovanému radí, motivuje jej, usměrňuje ho a předává mu své zkušenosti, neboť je oproti němu zkušenější a znalejší.“* (Langer, 2016, s. 24) Jeho úkolem je tedy novému pracovníkovi poskytovat především rady spojené s vykonáváním jeho pracovních činností či mu poskytovat podporu v průběhu sebevzdělávání. Proto je nutné,

aby roli mentora zastávala osoba, jež po profesní stránce oplývá odbornými znalostmi a zkušenostmi v oblasti sociální práce, a zároveň je schopná tyto znalosti a zkušenosti předat novému sociálnímu pracovníkovi (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 18). S ohledem na strukturu pracovníků v pacientských organizacích lze konstatovat, že ve většině těchto organizací plní roli mentora tentýž pracovník, který je odpovědný za celkový průběh procesu adaptace nového sociálního pracovníka.

Koučování *„má formu osobního (zpravidla 1 + 1) přístupu ke vzdělávání na pracovišti, který pomáhá lidem rozvíjet jejich dovednosti a úroveň schopností."* (Armstrong, 2007, s. 467) Oproti mentoringu se koučování zaměřuje na individuální potřebu koučovaného. Kouč pomáhá koučovanému pochopit různé procesy a jevy jak v pracovním, tak osobním životě. Cílem kouče je koučovanému pomocí kladených otázek pomoci nalézt možnosti řešení problému, aby se následně mohl sám rozhodnout (Langer, 2016, s. 24). Koučování zasazené do procesu adaptace sociálních pracovníků v prostředí pacientských organizací není z mnoha důvodů v současné době standardně k dispozici. Důvodem jsou zejména omezené finanční prostředky těchto typů organizací, které jim často neumožňují pro své aktuální či nově nastupující pracovníky, služby kouče zajistit. Určité koučovací zásady však mohou v rámci své práce uplatňovat například vedoucí sociální pracovníci (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 19).

Supervize je významnou metodou využívanou v profesích, kde pracovníci přicházejí do přímého kontaktu s lidmi (klienty), patří sem tedy i profese sociálních pracovníků. *„Smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům."* (Venglářová, 2013, s. 11) Pro sociální pracovníky je supervize důležitá v průběhu celé jejich kariéry, v průběhu adaptace může být však klíčovou. Jelikož cílem supervize je pomoci pochopit emoce sociálních pracovníků vzniklé v průběhu výkonu jejich práce, ale také možnost dostat konstruktivní zpětnou vazbu či pomoc při řešení odborných problémů. V rámci supervize má sociální pracovník například možnost poradit se ohledně náročného případu se svým supervizorem a najít tak optimální řešení pro svého klienta. Vedle řešení odborných problémů, mohou být v rámci supervize otevřená také témata související se vztahy na pracovišti nebo s pracovními podmínkami v dané organizaci. Supervizorem musí být vždy odborník v oblasti sociální práce, který absolvoval školení v oblasti supervize (tamtéž, s. 14–18).

3.4 Aktéři procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích

Na procesu adaptace nového sociálního pracovníka se v celém jeho průběhu podílejí také další pracovníci působící v pacientských organizacích. Jejich cílem je sociálního pracovníka provést procesem adaptace a také mu zajistit veškeré potřebné prostředky k jeho úspěšnému absolvování. V prostředí pacientských organizací lze mezi tyto aktéry řadit personalistu, nadřízeného a kolegy daného sociálního pracovníka (Dvořáková a kolektiv, 2012, s. 163).

Personalista v průběhu procesu adaptace novým sociálním pracovníkům poskytuje velké množství informací týkajících se organizace a základních procesů v ní. Jedná se zejména o informace společné všem nově nastupujícím pracovníkům. Úlohou personalisty je rovněž průběžná kontrola procesu adaptace a jeho plnění. Personalista je také v pravidelném kontaktu jak se sociálním pracovníkem, tak s jeho nadřízeným. V závěrečné fázi procesu adaptace posléze personalista sestavuje, ve spolupráci právě s nadřízeným sociálního pracovníka i samotným sociálním pracovníkem, závěrečnou zprávu o průběhu adaptace, která obsahuje hodnocení sociálního pracovníka a rovněž v ní lze stanovit úroveň jeho adaptivnosti (tamtéž). V praxi pacientských organizací není z kapacitních důvodů pozice personalisty běžná. Nejčastěji tuto agendu do určité míry přebírá samotný ředitel organizace (viz 1.2, s. 15).

Klíčovou osobou procesu adaptace sociálního pracovníka je jeho nadřízený, měl by být jeho oporou a v mnohých případech také mentorem. Mělo by mezi nimi docházet k pravidelným setkáním v rámci, kterých je monitorován pracovní výkon sociálního pracovníka. Úlohou nadřízeného je dále podporovat jeho integraci do pracovního prostředí pacientské organizace. V případě odhalení problémů hledat jejich příčinu a najít řešení na zlepšení dané situace (Dvořáková a kolektiv, 2012, s. 163).

Role kolegů je v pacientských organizacích nezastupitelná, zejména v kontextu integrace nového sociálního pracovníka do pacientské organizace. V případě, že má organizace více sociálních pracovníků, může se některý z kolegů stát rovněž mentorem nového sociálního pracovníka a pomoci mu s osvojením si nových pracovních činností a postupů při práci s klienty (tamtéž). Spolupráce a aktivní zapojení pracovníků do procesu adaptace nového sociálního pracovníka je důležitým aspektem celého procesu, který může mít ve finále výrazný vliv na výsledný úspěch procesu adaptace a na jeho spokojenost.

4 Empirické šetření: Podoba procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích působících v Praze

Problematice procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích není v odborné literatuře věnována dostatečná pozornost. Velká pozornost českých i zahraničních pramenů je zaměřena na proces adaptace pracovníků v ziskovém prostředí. Zaměření konkrétně na pacientské organizace a na specifika procesu adaptace sociálních pracovníků v prostředí pacientských organizací v dostupných vědeckých zdrojích absentuje. Z dostupných zdrojů byla autorkou práce nejblíže tématu dohledána diplomová práce Skalkové z roku 2023, která se však zaměřuje na subjektivní vnímání procesu adaptace sociálních pracovníků v organizacích sociální práce.

Motivací autorky k volbě tématu práce a realizaci empirického šetření byla snaha přiblížit prostředí pacientských organizací v kontextu procesu adaptace sociálních pracovníků. Téma je aktuální zejména proto, že pojem „pacientská organizace“ je v České republice legislativně ukotven poměrně krátce, a to od roku 2022. Pacientské organizace tak stále představují relativně nový typ nestátních neziskových organizací, jejichž cílem je hájit práva pacientů zejména na úrovni státu a zlepšovat podmínky jejich života. Přestože tyto organizace nabývají na významu, v odborném prostředí stále chybí ucelenější pohled na jejich řízení a fungování, zejména v oblasti adaptace sociálních pracovníků.

K volbě tohoto tématu přispěl i osobní zájem autorky o problematiku péče o pacienty se závažným či dlouhodobým onemocněním, zdravotním postižením nebo znevýhodněním. A právě sociální pracovníky vnímá autorka v kontextu pacientských organizacích jako klíčové pracovníky, neboť s pacienty přicházejí do přímého kontaktu a poskytují jim nezbytnou podporu.

Autorka si uvědomuje nejen složitost a komplexnost profese sociálního pracovníka v prostředí pacientských organizací, ale také finanční a provozní limity, se kterými se tyto organizace potýkají. Vzhledem ke svému studiu na Katedře andragogiky a personálního řízení se rozhodla zkoumat právě podobu procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích, neboť tento proces vnímá jako klíčový pro zajištění kvalitní péče a podpory pacientů.

4.1 Cíl empirického šetření a výzkumné otázky

Cílem empirického šetření je analyzovat podobu procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích. Dílčím cílem je identifikovat konkrétní nástroje a metody, které aktéři v rámci procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích využívají.

Pro naplnění cíle empirického šetření byla formulována hlavní výzkumná otázka a dvě dílčí výzkumné otázky:

HVO: Jaké nástroje a metody využívají aktéři vybraných pražských pacientských organizacích poskytujících sociální či odborné sociální poradenství v procesu adaptace sociálních pracovníků?

DVO1: Kteří aktéři participují na procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích?
DVO2: Co aktéři participující na procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích považují za hlavní specifika tohoto procesu?

4.2 Metodika šetření a výběr respondentů

Pro realizaci empirického šetření bylo zvoleno kvalitativní šetření, díky němuž lze lépe pochopit zkoumanou realitu přímo v praxi (Hendl, 2023, s. 48). V odborné literatuře není zvolené problematice věnována dostatečná pozornost a nejsou tedy k dispozici data pro případné kvantitativní šetření a stanovení hypotéz. Určitým omezením kvalitativního šetření je však problematičnost generalizace výsledků šetření na celou populaci (Disman, 2011, s. 286).

Kvalitativní šetření bylo realizováno pomocí metody polostrukturovaných rozhovorů s pracovníky (aktéry) vybraných pacientských organizací působících v Praze. Pracovníci, kteří byli vybraní pro realizaci rozhovorů jsou sociálními pracovníky či vedoucími sociálními pracovníky v daných organizacích. Informanti byli vybráni přes webovou stránku www.pacientskyhub.cz spravovanou Ministerstvem zdravotnictví České republiky, kde byl pomocí filtru vygenerován seznam pacientských organizacích působících v Praze, jejichž celkový počet byl sto třicet jedna organizací. Dalším krokem byla analýza webových stránek těchto pacientských organizací. Mezi kritérii pro výběr organizací patřila nutnost zaměstnávání sociálního pracovníka a že v rámci svého působení poskytují nějakou formu poradenství (více

viz 4.1). Výběr byl proto autorkou zúžen na dvacet dva pacientských organizací, které byly autorkou osloveny prostřednictvím e-mailu s prosbou o participaci na empirickém šetření.

Z oslovených organizací muselo být následně pět organizací ze seznamu vyřazeno, protože nesplňovaly předem stanovená kritéria. Devět z oslovených organizací neprojevilo o účast na empirickém šetření zájem a jedna organizace si v průběhu koordinace schůzky účast rozmyslela a na poslední chvíli ji odmítla.

Kvalitativní šetření bylo realizováno v sedmi pacientských organizacích. S vybranými informanty byl domluven termín a místo setkání pro realizaci rozhovoru. Ve všech případech se jednalo o osobní schůzku v prostorách dané pacientské organizace. První část rozhovorů byla realizována v průběhu června a července roku 2024 a druhá část v průběhu listopadu téhož roku.

Před začátkem rozhovoru byl informantovi předložen k podpisu informovaný souhlas (viz Příloha A) zahrnující účast v šetření, pořízení audiozáznamu a zpracování poskytnutých informací pro účely bakalářské práce autorky. Informanti byli rovněž ujištěni o anonymitě a že v textu práce nebudou uváděna ani jejich jména, ani názvy zapojených organizací.

Scénář rozhovoru se skládal celkem z pěti částí. V *I. Úvodu* se představila sama autorka, vyjádřila informantovi poděkování za účast a představila cíl bakalářské práce a cíl empirického šetření. Na závěr informanta ujistila o anonymním zpracování dat. Ve *II. Základní informace o informantovi* byl informant požádán o bližší představení své osoby, pracovní pozice v organizaci a rovněž o představení organizace z hlediska její velikosti a typu poskytovaných sociálních služeb. Ve třetí části *III. Proces adaptace* jsou zjišťovány informace o nastavení procesu adaptace v organizaci. Čtvrtá část *IV. Proces adaptace sociálních pracovníků* se již zaměřuje specificky na specifika procesu adaptace sociálních pracovníků, participanty procesu, jeho délky a nástrojů využívaných v průběhu procesu. Pátá, závěrečná, část *V. Ukončení* poskytuje informantovi prostor se k probíranému tématu vyjádřit a něco doplnit, okomentovat. Poté následuje poděkování za účast v empirickém šetření, nabídnutí možnosti zaslání bakalářské práce jako formy poděkování a rozloučení s informantem.

Rozhovory trvaly v průměru 51 minut (nejdelší rozhovor trval 1 hodinu 11 minut a nejkratší 25 minut), přičemž jejich délka se odvíjela od výřečnosti daného informanta a propracovanosti procesu adaptace v organizaci. V průběhu rozhovoru byly informantům pokládány také

doplňující otázky pro hlubší vhled do dané problematiky. Zvukové nahrávky byly po realizaci všech rozhovorů přepsány do doslovné textové podoby pomocí digitálního nástroje. Následně byly přepisy rozhovorů ručně opraveny dle pořízených nahrávek. Poté následovala analýza získaných dat, při níž byly jednotlivé části textu odlišeny barevně na kratší segmenty dle tématu. Následně došlo k vzájemnému porovnávání jednotlivých výpovědí a hledání určitých podobností či odlišností v získaných datech. Vzniklým segmentům byly přiděleny kódy, které byly v průběhu analýzy postupně redukovány. Tvorba kódů probíhala spíše deduktivním způsobem. Dle stanovených kódu byla následně zahájena jejich kategorizace a stanoveny tematické okruhy získaných dat (Hendl, 2023, s. 268–277).

4.3 Výzkumný soubor

Empirické šetření je zaměřeno na pacientské organizace, které v rámci svého působení nabízejí svým klientům a jejich blízkým také služby sociálního poradenství či odborného sociálního poradenství. Na základě definovaných faktorů výzkumného souboru byla stanovena následující kritéria výběru:

- právní norma nestátní neziskové organizace
- sídlo v Praze
- působnost zaměřená na osoby s vážným onemocněním, zdravotním postižením či znevýhodněním
- přítomnost sociálního pracovníka v organizaci

Informanti šetření byli sociální pracovníci a vedoucí sociální pracovníci, kteří se podílejí na realizaci procesu adaptace ve vybraných pacientských organizacích působících v Praze. Na základě domluvy a podepsaného souhlasu budou však představeni anonymně pod náhodně přiděleným číslem. Spolu s informanty budou krátce představeny také organizace, v nichž informanti pracují. Organizace budou rovněž představeny anonymně pod písmenem přiděleným na základě očíslování informantů. Z důvodu zachování anonymity nebude u žádné organizace uváděno ani jejich zaměření, jakožto pacientské organizace.

Informant 1 je sociálním pracovníkem v organizaci A, která se specializuje na dětské i dospělé pacienty se závažným a nevyléčitelným onemocněním. Vedle pacientů pomáhají i jejich rodinným příslušníkům a blízkým. Organizace A poskytuje svým klientům pomoc ve formě sociálního poradenství.

Informant 2 je vedoucím sociálním pracovníkem, a zároveň výkonným ředitelem v organizaci B. Ta se specializuje na konkrétní typ chronického onemocnění jak u dětí, tak dospělých. Organizace B poskytuje svým klientům a jejich blízkým v rámci svého působení odborné sociální poradenství, a jsou tak jedinou organizací zaměřenou na tento typ chronického onemocnění v České republice, která má tuto sociální službu registrovanou.

Informant 3 je vedoucím sociálním pracovníkem, a zároveň předsedou organizace C. Ta svoji činnost zaměřuje na další konkrétní typ chronického onemocnění zejména dospělých pacientů. V rámci svého působení poskytují klientům sociální poradenství.

Informant 4 je sociálním pracovníkem v organizaci D, která svoji činnost cílí na skupinu zdravotně postižených či jinak znevýhodněných osob, zejména dospělých, a jejich blízkých. Svým klientům poskytuje odborné sociální poradenství.

Informant 5 je vedoucí sociální pracovník v organizaci E, která se zaměřuje na děti i dospělé s konkrétním zdravotním postižením a na jejich blízké. Svým klientům poskytují odborné sociální služby.

Informant 6 je vedoucím sociálním pracovníkem, a zároveň je i statutárním zástupcem organizace F. Ta se zaměřuje na pacienty s vážným a dlouhodobým onemocněním a na jejich blízké. Organizace F v rámci svého působení poskytuje odborné sociální poradenství, a jsou tak jedinou organizací zaměřenou na tento typ vážného onemocnění v České republice, která má registrovanou tuto sociální službu.

Informant 7 je sociálním pracovníkem v organizaci G, která své působení orientuje zejména na děti se zdravotním postižením či jiným znevýhodněním a jejich blízké. V rámci své činnosti cílové skupině poskytují odborné sociální poradenství.

4.4 Výsledky empirického šetření a jejich interpretace

4.4.1 Základní informace o vybraných pacientských organizacích

Velikost pacientské organizace a počet pracovníků v ní pracujících patří mezi aspekty, které mohou ovlivnit podobu procesu adaptace nových sociálních pracovníků. Z tohoto důvodu byla

v otázkách v II. okruhu zjišťována velikost zapojených pacientských organizací. Na základě odpovědí respondentů na otázku č. 7 *„Jak byste charakterizoval vaši organizaci z hlediska její velikosti?“* je autorka rozdělila do dvou skupin, a to na malé a střední pacientské organizace. Jako malý typ pacientské organizace bylo informanty charakterizováno pět organizací (A, B, C, F a G). Informant 1 uvedl, že *„… tím, jak je nás takhle málo, tak nikdo z nás nemá pořádně takový ten background toho, že má zástup…že já jsem tady za sociální pracovníky a jsem teď jediná.“* Informanti 2, 3 a 6 uváděli, že v kontextu malé velikosti jejich organizace a s tím související malý počet pracovníků, způsobuje, že jejich pracovní role je multidisciplinární. Informant 3 uvedl, že *„…jsem taková holka pro všechno…jsem předseda organizace, pracuji tady na pozici vedoucí sociální pracovník, účetní, vedoucí organizace.“* S tím souvisí také to, že se někdy multidisciplinární role může dostat do konfliktu s podřízeností a nadřízeností pracovníka v organizaci, jak uvádí informant 6: *„Takže moje role je trošku dvojí v tom, že já na jednu stranu jako vedoucí sociální pracovník, jsem podřízená koordinátorce centra, ředitelce, ale jako statutární zástupce dohlížím naopak seshora já na ně, takže je to takový trošku komplikovaný.“*

Organizace D, E lze označit jako středně velké organizace. Organizace D má sídlo v Praze, ale ve zbytku republiky mají pobočky, které tak mohou klientům poskytovat poradenství a služby i osobně, což potvrzuje výrok informanta 4: *„…, tak kromě teda tady máme vlastně centrálu, když to takhle nazvu, …ale máme vlastně v každém větším městě pobočku, …což je velká výhoda, že jsme blízko všem lidem po celé České republice.“* Organizace E sídlí pouze v Praze, přičemž její pobočky se liší typem poskytované sociální služby.

Na otázku číslo osm *„Jaký typ sociálních služeb poskytujete pacientům?“* uvedlo pět ze sedmi organizací odborné sociální poradenství, z čehož pro čtyři organizace je poskytování odborného sociálního poradenství klíčovou a hlavní činností organizace. O organizaci E uvedl informant 5: *„…každá ta sociální služba má nějaké svoje vymezení…spousta lidí využívá víc těch služeb najednou.“* Z tohoto důvodu informant 5 nemohl uvést odborné sociální poradenství jako hlavní činnost organizace. Organizace A a C poskytují v rámci své činnosti sociální poradenství.

Organizace A, B, C, E a G působí jen v Praze, organizace D a F mají pobočky po celé republice a jsou tak více přístupní pro klienty z celé České republiky. Všechny organizace poradenství poskytují osobně, telefonicky nebo po e-mailu.

Z odpovědí týkajících se aktuálního počtu sociálních pracovníků v organizaci uvedli informant 1 a 7, že aktuálně jsou jediným sociálním pracovníkem v organizaci, což má vliv na dostupnost služeb, kdy není v jejich silách pojmout všechny klienty, kteří by jejich pomoc potřebovali, jak uvádí informant 7: *„Já jsem tam sama na 670 klientů, takže kdo mě potřebuje, ten mě má…, ale že bych dělala třeba screening nebo si je zvala, to ne, kdysi jsem to dělala…teď to už nejde, prostě to kapacitně nedám.“* Informanti 2, 3 a 6 uvedli jako aktuální počet sociálních pracovníků 2–3, což hodnotí jako zvládnutelné v souvislosti s průměrným počtem klientů. Informant 4 uvedl, že z důvodu rozšířenosti organizace po celé České republice činí aktuální počet sociálních pracovníků v organizaci kolem 100. Informant 5 uvedl 12 sociálních pracovníků, kteří aktuálně pracují v organizaci E a jsou rozmístěni celkem ve třech centrech v republice.

Základní informace o vybraných pacientských organizacích lze shrnout tak, že se častěji jedná organizace s jedním sídlem a menším počtem pracovníků. Z rozhovorů s informanty vyplynulo, že pacientské organizace v České republice nemají přesnou organizační strukturu a jejich služby se odvíjejí od individuálních možností konkrétní pacientské organizace. Ty jsou ovlivněny především rozšířením daného onemocnění, zdravotním postižením či znevýhodněním, jak je možné uvést na příkladech organizací D a E, které se specializují na poměrně častý typ zdravotního znevýhodnění u pacientů v oblasti sociálních služeb. Zbylé vybrané organizace se specializují na onemocnění, která nejsou příliš „populární“ ve společnosti či mohou být společností bagatelizována a potřeba sociální služby v této sféře nemusí být vnímána jako důležitá.

4.4.2 Procesní nastavení adaptace ve vybraných pacientských organizacích

Na procesní nastavení adaptace v pacientských organizacích se zaměřovaly otázky 11 a 12 ze III. sekce, zjišťováno bylo, zda organizace proces adaptace nových pracovníků dopředu plánují, zda je systémově nastavený, jak probíhá předání pracovní pozice v organizaci a kdo je v organizaci za proces adaptace jakéhokoliv pracovníka zodpovědný.

Čtyři organizace (B, D, E a F) mají proces adaptace pro pracovníky v určité podobě organizovaný, plánovaný. V organizaci B mají na každou pracovní pozici definované pracovní činnosti, na základě, které definují průběh procesu adaptace: *„každý pracovník má vlastně nějaký pensum práce, definovanou náplň práce, která je rozšířená o to, co je nutné, aby předal novým, vlastně svému nástupci…, která je doplněná důležitými kontakty, důležitými*

informacemi, odkazy…" Informant 2 doplnil také, že během plánování procesu adaptace jej nerozlišují na konkrétní fáze, ale mají stanovené spíše určité milníky, které musí každý pracovník absolvovat, aby byl schopný danou práci vykonávat.

Organizace D má proces adaptace nejvíce organizovaný a strukturovaný v porovnání s ostatními organizacemi z vybraného vzorku. Informant 4 uvedl i konkrétní fáze, které v procesu adaptace všech pracovníků rozlišují: *„Zaškolování nového pracovníka probíhá vlastně podle zaškolovacího formuláře, který obsahuje všechny potřebný oblasti a probíhá ve třech fázích: nástup pracovníka, první tři měsíce po nástupu, první rok po nástupu."* Jasně daná strukturovanost dle informanta souvisí zejména s velikostí organizace a jejím rozšířením po celé republice. V tomto kontextu tedy vnímá nutnost organizovaného a strukturovaného procesu adaptace. Detailnější náplň každé fáze se poté v praxi odvíjí od konkrétní pracovní pozice v organizaci.

V organizaci E mají proces adaptace rovněž organizovaný a plánovaný, ale není v rámci celé organizace nastavený jednotně. Odpovědnost za jeho nastavení není na řediteli organizace jako celku, ale spadá do kompetencí ředitelů jednotlivých poboček organizace E. Informant 5 uvedl: *„…je dost decentralizovaný, to znamená, je to fakt hodně o odpovědnosti těch ředitelů těch jednotlivých poboček, služeb."*

Organizace F má v rámci organizace nastavené základní fáze procesu adaptace, které musí pracovník v rámci jeho průběhu absolvovat. Informant 6 však uvedl, že všichni pracovníci *„mají nastavený podobný mechanismus…, ale pak mají zase i svoje mechanismy, kde jsou nastavený už na ty pozice, to znamená, že u nás je to teda pracovník přímý práce, buď psycholog nebo sociální pracovník."* Po rozvinutí odpovědi informantem 6 následně z rozhovoru vyplynulo, že společný základ procesu adaptace, tedy ten základní mechanismus, se týká především důležitých informací o organizaci a jejím fungování a procesech v organizaci, které jsou pro všechny pracovníky jednotné.

Organizace A, C a G uvedly, že nemají proces adaptace v organizaci plánovaný, ale je realizován spíše ad hoc, jak právě situace vyžaduje. Informant 1 (organizace A) uvedl: *„… spíš jako není. Má to nějaké svoje pevné body, které se jako absolvovat musí. Ale že by to bylo jakoby dopředu plánovaný…, jeden den se věnujeme tomuhle, druhý den tomuhle, …si myslím, že jsme i poměrně flexibilní v tom, jaký má kdo jako to plovací tempo a podobně, takže to nastavený*

úplně není." Informant 3 (organizace C) uvedl: *„… tak to neplánujeme. Je to prostě v průběhu toho chodu organizace, jak je potřeba… ale prostě tak, aby ten chod byl zachován."* Informant 7 (organizace G) uvedl: *„Ne, není a nebude asi."* Svoji odpověď následně vysvětlil, kdy přiznal, že jde zejména o legislativní vývoj související s jejich cílovou skupinou (zdravotně postižené či jinak znevýhodněné děti a jejich blízcí), který se neustále proměňuje. A ani oni jako odborníci na toto téma se ve změnách nestíhají orientovat a odráží se to na nejasné náplni jejich práce napříč organizací. U všech organizací (A, C, G) zazněl rovněž aspekt personální kapacity, kdy je v organizaci aktuálně pouze pět pracovníků, což vnímají jako jeden z hlavních důvodů, proč proces adaptace nového pracovníka dopředu vyloženě neplánují. Informant 1 (organizace A) uvedl: *„…, že nás je tady takhle málo, tak si myslím, že je to hlavně tím…v tak malém počtu by vlastně ten pracovník stejně měl poznat tak nějak, co dělají všechny ty profese v organizaci…myslím si, že je to fakt dané tím malým počtem, takovým až jako rodinným."*

Z odpovědí informantů lze uvést, že organizovaný proces adaptace mají středně velké pacientské organizace, neboť větší počet pracovníků organizace vyžaduje strukturovanost. U malých pacientských organizací záleží více na rozhodnutí vedení organizace a jejich personálních kapacitách.

Z hlediska odpovědnosti za průběh procesu adaptace z rozhovorů vyplynulo, že v pěti organizacích (A, B, C, F, G) je odpovědnou osobou ředitel organizace, někdy nesoucí označení také předseda organizace. Primární odpovědnost za proces adaptace pro všechny pracovníky jde tedy za nejvýše postaveným pracovníkem pacientské organizace. Informant 1 (organizace A) uvedl: *„U nás je to určitě paní ředitelka, která má hodně pod palcem i ty administrativní věci právě na začátku."* V tomto ohledu se ukázalo, že napříč organizacemi nastává shoda. Menší odlišnost nastala ve dvou organizacích (D, E), kde je odpovědnou osobou vedoucí (ředitel) konkrétní pobočky. Jedná se v obou případech tedy o pacientské organizace s vícero pobočkami a současně i s decentralizovaným řízením. Informant 4 (organizace D) uvedl: *„Za proces adaptace je odpovědný vedoucí pobočky."* A informant 5 (organizace E) naznačil rozpad odpovědností v organizaci následovně: *„… klasická struktura odpovědnosti…ten, kdo odpovídá za všechno je ředitel organizace, a pak vlastně jako vždycky ty odpovědnosti dělí, deleguje na ty svoje podřízený, takže na ty vedoucí, ředitele těch poboček…"* Ve všech vybraných organizacích je primární odpovědnost tedy na úrovni ředitelů (předsedů) organizací či v rozvětvenějších organizacích na úrovni vedoucích (ředitelů) konkrétních poboček. Všichni (organizace A, B, C, D, E, F, G) rovněž uvedli, že dále ředitel předává odpovědnost na

konkrétního vedoucího pracovníka oblasti, ke které přísluší nově nastupující pracovník. Konkrétně informant 3 (organizace C) uvedl: *„… ale s tím, že pověřuji vlastně tu kolegyni, …, můžu pověřit vlastně spolehlivého pracovníka, který zaučí.“*

Informanti 2, 3 a 7 odpověděli, že součástí procesu adaptace je předávání pracovní pozice mezi odcházejícím a nově nastupujícím pracovníkem. Tyto tři organizace se rovněž shodly v časovém úseku jednoho měsíce, v němž úzká spolupráce mezi těmito dvěma pracovníky probíhá. Informant 2 (organizace B) hovořil o jednom měsíci úzké spolupráce, z čehož uvedl: *„… vlastně jeden týden až dva, … ti zaměstnanci paralelně spolu spolupracují… jsou vlastně spolu v kanceláři…, kdy já mám jako jenom takovou supervizní roli, kdy vlastně do toho nezasahuju, kdy vlastně nechávám ty lidi spolu spolupracovat při tom předávání práce.“* A informant 3 (organizace C) uvedl: *„… a udělali jsme souběh vlastně toho pracovního poměru v jednom měsíci, aby vlastně starší pracovnice… mohla tu novou pracovnici vlastně zaučit, vysvětlit jí veškerou prostě práci, kterou bude mít na starosti.“* Informanti z organizací A, D, E, F neuváděli předávání pozic mezi odcházejícím a nastupujícím pracovníkem, ale hovořili o přímé spolupráci se současnými členy týmu, kdy informant 1 (organizace A) uvedl: *„… je jeden člověk vlastně, který toho nováčka dostane na povel a už se domlouvají spolu, co je potřeba.“* A informant 5 (organizace E) uvedl: *„… výhradně spíš jako většinu toho času, protože se předpokládá, že vlastně ty kompetence bude mít jako podobný ten člověk…, když je to právník, … zase se předpokládá, že vlastně většinu času nad tím zácvikem stráví prostě s tím člověkem ten právník, který už tam jako je.“*

U většiny organizací tak nedochází k souběžné spolupráci mezi odcházejícím a nastupujícím pracovníkem. V rámci předání pracovní agendy ve většině vybraných pacientských organizacích (A, D, E, F) figuruje zejména ředitel organizace či pobočky a kolega. V organizaci B se jedná o kombinaci, kdy prvotní fází je paralelní spolupráce mezi odcházejícím a nastupujícím pracovníkem, která po měsíci přechází na spolupráci nastupujícího pracovníka s ředitelem a kolegou. Důvodem je zejména finanční stránka, kdy si jejich pacientská organizace nemůže dovolit platit dva pracovníky na jedné pozici souběžně.

4.4.3 Průběh adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích

Na průběh procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích směřovaly otázky 13–19, 21 a 23 v oddílu IV. Informanti byli dotazováni na to, jak probíhají první dny nastoupivšího sociálního pracovníka, v jakém časovém období proces adaptace probíhá, jaké

metody a nástroje jsou v průběhu procesu adaptace využívány a jaká specifika se pojí s procesem adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích.

Informanti ve shodě odpovídali, že první dny procesu adaptace nových sociálních pracovníků jsou až na drobné odlišnosti téměř totožné. Ve všech organizacích (A, B, C, D, E, F, G) dochází v prvních dnech k podpisu smlouvy a vyřízení administrativních záležitostí typu povinná školení BOZP a Požární ochrana. Sociálnímu pracovníkovi je dále představeno pracoviště a jeho kolegové. Informant 2 (organizace B) dodal: *„… dostává přístupy k těm důvěrným dokumentům, ke kterým vlastně nemůže nahlížet před nástupem, těch je poměrně hodně. Přístupy právě na všechny ty další podklady k práci…“* Informant 3 (organizace C) uvedl: *„… je seznámen s veškerou dokumentací, která se musí ze zákona vlastně vyplňovat s klienty.“* V další fázi se již dle výpovědí informantů sociální pracovník začíná seznamovat s pracovními činnostmi vycházejícími ze sociálního či odborného sociálního poradenství v návaznosti na konkrétní zaměření vybrané pacientské organizace. Informant 6 (organizace F) hovořil zejména o seznamování se s tím, jak pracovat a komunikovat s klienty a uvedl: *„Pak většinou nastanou nějaké první náslechy právě sociálních konzultací, nějaké obsluhování e-mailu, takže ty škály, jak vypadá telefonická, e-mailová komunikace… evidenční systém klientů… jakmile má nějaké první konzultace, tak aby je mohl zaznamenávat, aby se vlastně nekupila třeba ta administrativa… a zkusí si, jak takový zápis zapsat, jak moc detailně zapisovat, …“* Informant 5 (organizace E) jako další postup v procesu adaptace uvedl: *„… v první řadě jde o nějakou jako schůzku, kde se právě přesně vymezí, jak to bude probíhat, většinou se bavíme o prvním měsíci, prostě ze začátku… co bude následovat …, jak se bude jako komunikovat…“*

Dle výpovědí informantů došlo ke shodě metod i nástrojů využívaných v průběhu procesu adaptace sociálních pracovníků. Konkrétně u využívaných metod se všech sedm informantů shodlo, že v průběhu procesu adaptace nových sociálních pracovníků využívají metodu mentoringu. Informant 2 (organizace B) uvedl: *„První měsíc a půl minimálně, až dva měsíce vlastně vstupuju do evidence a pročítám, první měsíc vlastně skoro všechny dotazy a odpovědi. Procházím info, poštu a postupně se to tak jako eliminuje… druhý měsíc už pouštím otěže plně… od konce druhého měsíce přestávám kontrolovat práci…“* Informant 5 (organizace E) uvedl, že role mentora pomáhá sociálnímu pracovníkovi také *„aby jako ten člověk věděl přesně, na koho se může, s čím obracet.“* Jako důležitou součást procesu adaptace sociálních pracovníků vnímá mentoring informant 6 (organizace F) a s ohledem na náplň práce vnímá roli mentora za klíčovou, jelikož onemocnění, se kterým pracují v pacientské organizaci F je na tolik složité a

komplexní z hlediska odborného sociálního poradenství, že není v prvních měsících možné, aby sociální pracovník neměl mentora. Konkrétně informant 6 uvedl: *„… je to pro ně už těžší… a tam prostě dochází k tomu, že se na to musíme prostě znovu a znovu podívat nebo minimálně konzultovat. Není to tak, že by vlastně ten případ jako nevedli, ale musí přijít a říct…, tady úplně nevím, co to tam má ve zprávě, nebo říkal to, a to a mně se to nějak nezdá, …“* Napříč odpovědí všech informantů došlo rovněž ke shodě, že mentoring probíhá v určité podobě v průběhu celého procesu adaptace, pouze postupem času dochází ke zvyšování odpovědnosti sociálního pracovníka a role mentora tak pozvolně ustupuje do pozadí.

Mentoring je klíčovou a nejčastěji využívanou metodou. Informanti z organizací A, B, C a G kromě mentoringu další využívanou metodu nezmínili. V organizacích D, E a F využívají také supervizi, o které hovoří jako o prostoru, kam je možné přinést konkrétní případy, se kterými si sociální pracovník neví rady a potřebuje podporu. Informant 5 (organizace E) o supervizi hovořil takto: *„… supervize pak taky… ta supervize prostě přeci jenom je nějaký jako prostředí, který jako je intimní … nemělo by se prostě ty věci pak jako vynášet ven, ale je to vlastně příležitost setkání se všema… tak tam můžeme otevřít nějaký téma, který by toho novýho pracovníka mohlo nějak vyděsit, mohlo by být pro něj nesrozumitelný.“* Informant 6 (organizace F) se k přítomnosti supervize vyjádřil takto: *„… na supervizích buď je supervize jako k týmovému tématu právě mezioborové spolupráce… nebo je to právě nějaká případová věc, kdy se na něm podílí právě psycholog i sociální pracovník třeba.“* Informant 4 (organizace D) uvedl: *„… máme, zejména v případě potřeby, supervize, kde dochází právě ke vzájemnýmu sdílení zkušeností mezi pracovníky.“* Z odpovědí informantů vyplynulo, že zařazení supervize do procesu adaptace vnímají jako bezpečný prostor ke sdílení a vzájemné podpoře nového sociálního pracovníka a k nabrání i nových zkušeností, které může využít časem ve své práci s klienty.

Všech sedm pacientských organizací uvedlo, že v procesu adaptace sociálních pracovníků využívají vzdělávací programy a motivačně-hodnotící rozhovory. Motivačně-hodnotící rozhovory jsou dle výpovědi informantů nástrojem, pomocí kterého zjišťují, v jaké fázi adaptace se sociální pracovník nachází. Zejména jde tedy o způsob monitorování, které pracovní činnosti už sociální pracovník zvládá a naopak, na kterých je potřeba dále pracovat a sledovat jejich progres. Z hlediska časového ukotvení motivačně-hodnotícího rozhovoru v procesu adaptace uvedlo pět organizací (A, B, D, E, G), že jej plánují před koncem či na konec třetího měsíce od nástupu sociálního pracovníka. Kdy tedy tři měsíce jsou legislativně

stanovenou zkušební dobou. A právě blížící se konec zkušební doby je důvodem zařazení motivačně-hodnotícího rozhovoru. Uvedené organizace tedy vedle monitoringu zvládání pracovních činností, do obsahu rozhovoru zahrnují rovněž zhodnocení dosavadní spolupráce a plánování další. Informant 4 (organizace D) uvedl: *„Děláme ho po prvních třech měsících, vlastně po uplynutí té zkušební doby a probíhá jako vlastně formou týmového hodnocení, kdy se ho účastní ten nový sociální pracovník, vedoucí pracovník, regionální metodik a hlavní metodik.“* Informant 5 (organizace E) k tématu uvedl: *„Jo, je to v tom smyslu, že vlastně po těch prvních třech měsících v tý zkušební době… se sejdeme… vyhodnotíme, řekneme nějaký svoje dojmy… prostě je to zase ten uměle vytvořenej prostor…“* Informant 2 (organizace B) uvedl: *„… my to vlastně máme po třech měsících v té zkušební době… než nastane čas těch třech měsíců,… tak tam … dochází k té sebereflexi, reflexi, retrospektivě, jak dál postupovat, daří se, nedaří,…“* Informant 7 (organizace G) uvedl: *„… domluvíme si termín, sedneme si spolu, protože už nastala vlastně ta doba, kdy by mělo být jasný, jak to bude dál… jak ten člověk zvládá práci, jestli ví, kde hledat informace, co kde a jak,…“* V organizaci A je také hranice zkušební doby tří měsíců, nicméně v rozhovoru informant 1 uvedl, že hodnotící rozhovory nemají standardně nastavené vyloženě pro pracovníky procházející procesem adaptace, ale mají je nastavené pro celý tým. *„My tady standardně pro všechny jako pracovníky míváme vlastně čtvrtletní hodnocení…takže sociální pracovník dělá monitorovací zprávu, kde vlastně monitorujeme, co se událo za toho čtvrt roku… tam máme vždycky nějaké své cíle pro další čtvrtletí… je tam i vyhodnocení těch cílů…“* Informant 1 doplnil, že se tedy nečeká na uplynutí určité doby, ale pracovník se přímo zapojí do procesu těchto čtvrtletních hodnocení. Informant 6 (organizace F) hovořil o motivačně-hodnotícím rozhovoru až přibližně po uplynutí šesti měsíců od nástupu. *„Ano, kdy se vlastně ta nástupní praxe uzavřela, řekne se, protože my na to máme navázaný i platový posun,… řekne se přibližně kolem šesti měsíců… kdy další takové hodnocení probíhá i po tom roce a vlastně dochází i k navýšení té mzdy z toho úplně jako nejzákladnějšího…“* Informant 6 (organizace F) k hodnotícímu rozhovoru doplnil: *„… a vlastně pak máme takový adaptační dokument, kde evidujeme s tím člověkem, že tahle témata uchopil, že tahle oblast je zvládnutá,…“* Informant 3 (organizace C) v rozhovoru uvedl, že v rámci procesu adaptace nemají přímo nastavený motivačně-hodnotící rozhovor, ale v určitém měřítku mají nastavené hodnocení napříč organizací pro všechny pracovníky, do kterého je od počátku zapojen i nový sociální pracovník. *„… nemáme nastavené vlastně vyloženě závěrečné hodnocení k adaptaci, my pravidelně hodnotíme jakoby práci potom všech těch zaměstnanců, že vlastně zhodnotím a říkám, co ke komu mám…“*

Všech sedm pacientských organizací má v průběhu celého procesu adaptace naplánována pravidelná setkávání se sociálním pracovníkem. Konkrétně informanti z organizací A, B, E a F uvedli, že z počátku jsou setkávání intenzivnější, v kratších časových úsecích, která jsou poté postupně prodlužována, až se nastaví pevný interval, který poté přetrvává i po ukončení procesu adaptace. V organizacích C, D a G mají již od počátku pevně nastavený interval, který poté přetrvává i po ukončení procesu adaptace. Sociální pracovníci jsou však obeznámeni, že pokud nastane problém, který potřebují vyřešit, mohou se vždy se svým vedoucím pracovníkem či kolegou spojit i mimo nastavená setkávání.

Všechny vybrané pacientské organizace rovněž shodně uvedly, že v určité podobě je pro každého sociálního pracovníka v průběhu adaptace nastavené vzdělávání. Jedinou výjimkou byla organizace C, kde informant 3 uvedl, že tuto potřebu nevnímají, jelikož k nim vždy přichází zkušení sociální pracovníci, často i se zkušeností přímo s daným chronickým onemocněním, na které se pacientská organizace C specializuje. *„… protože vlastně vždycky na té pozici byl sociální pracovník, který už v sociálních službách vlastně pracoval…a měli i v určitý podobě osobní zkušenost s XY diagnózou, takže vlastně znala tu péči, a to, jak se vlastně o toho klienta starat, tak tam to bylo taky jednodušší.“* Z rozhovorů však vyplynula rovněž shoda ohledně povinného vzdělávání sociálního pracovníka vyplývajícího z legislativy, který má dotaci 24 hodin na jeden kalendářní rok. S tímto tedy rovněž v prvním roce vedoucí pracovníci pracují v rámci vzdělávacích programů. Informant 2 (organizace B) o tom hovořil následovně: *„… ze zákona o sociálních službách…, tak v každém roce každý sociální pracovník musí absolvovat 24 hodin povinného vzdělávání, … takže tohle je první fokus, první soustředění se na to…, tak to povinné vzdělávání v rámci zákona o sociálních službách, to se plánuje jako první.“* Hned v počátku procesu adaptace domlouvají povinné vzdělávání u organizace F, což informant 6 komentoval slovy, že *„… mají teda povinný vzdělávání v sociální službě, takže si vyberou nějaký kurzy, na který půjde v rámci toho vzdělávání povinného.“*

Informanti ze všech sedmi organizací dále uvedli, že součástí vzdělávacího programu je i hluboké nastudování daného onemocnění nebo zdravotního postižení či znevýhodnění. Čtyři informanti (1, 2, 4 a 6) to označili za klíčovou složku vzdělávání, kterou je nutné zařadit hned na počátek procesu adaptace. Informant 1 (organizace A) uvedl: *„… nikdo jiný není tolik v kontaktu s pacientem jako sociální pracovník…, takže tam je potřeba hloubkově nastudovat tu problematiku toho onemocnění…vzhledem k tomu, že každý onemocnění je jiný a má svoje specifika, je to hodně o nějakém samostudiu na začátku.“* Informant 2 (organizace B) se vyjádřil

takto: *„Ta oblast toho chronického onemocnění je specifická, ... primárně tedy sociální pracovníci dostanou materiály na prostudování, které byly naše edukativní vlastně publikace, informační materiály, ... takže tohle je něco, co dostanou jako kdyby povinně jako studijní materiály k prostudování.“* Informant 4 (organizace D) se ke vzdělávacím programům vyjádřil stručně: *„... u pracovníka v přímé práci klademe důraz zaškolení pro naši cílovou skupinu, tedy vlastně porozumění těch jejich potřeb, forem podpory a tak dále.“* Informant 6 (organizace F) uvedl: *„... potřebuje se dovzdělat v těch zdravotních věcech... takže k tomu slouží ty nahrávky...a v rámci toho interního vzdělávání jenom těch sociálních pracovníků máme i případové studie, právě aby se naučili odhalit to, na čem poznají třeba v jaké fázi ten člověk je, jaký jsou takový ty znaky, co on třeba zmíní a co to vlastně v překladu znamená...“* Tři informanti (3, 5, 7) uvedli, že je důležité mít hlubší přehled o daném onemocnění či zdravotním postižení, mají však zkušenost, že k nim nastupují většinou sociální pracovníci, kteří jsou již zkušenější v oblasti sociální práce v kontextu daného onemocnění a není tedy třeba věnovat edukaci na toto téma takovou pozornost v průběhu procesu adaptace.

Důležitost porad v rámci procesu adaptace sociálního pracovníka byla potvrzena u všech zúčastněných organizaci. Informanti o poradách mluvili zejména v souvislosti s představením organizace a její kultury. Porady vnímají všichni informanti jako účinný nástroj vedoucí k tomu, aby byl nový sociální pracovník od samého počátku začleněn do chodu organizace a získal nové zkušenosti, potřebné pro jejich efektivní pracovní výkon. Informant 5 (organizace E) uvedl: *„..., tak vždycky tam jako je důležitá ta první porada taky, která tak nějak jako i tak přirozeně vlastně vytvoří ten společnej prostor, kde se to jako ukáže, že vlastně ten člověk je nějak součástí toho týmu...“* Informant 4 (organizace D) stručně uvedl: *„... máme pravidelné porady..., takže tam taky dostanou nové informace a vidíme se tam vlastně všichni, celý tým...“* Informant 1 (organizace A) sdělil, že u nich v organizaci je sociální pracovník vzatý na porady od prvního dne nástupu: *„... co děláme, je určitě to, že je hnedka zavzatej do týmu a jde s náma na tu první poradu..., kde je i nějaký oficiální představení...“*

Mezi hlavní specifika, která informanti uvedli, patří hlubší znalost daného onemocnění či zdravotního postižení, na které jsou služby vybrané pacientské organizace specializované. V tomto kontextu je dále nutné, aby se sociální pracovník dobře orientoval v sociální problematice spojené s daným onemocněním či zdravotním znevýhodněním. Informant 1 (organizace A) přímo uvedl: *„U toho sociálního pracovníka je potřeba téměř největší informovanosti o tom onemocnění a o těch specificích, se kterými se lidi potýkají.“* Informant

6 (organizace F) v tomto kontextu uvedl: *„… to znamená, že se očekává velká znalost propojení zdravotního a sociálního systému a znalosti prakticky celý sociální práce, až třeba na výjimky, kdy my jasně si vyčleňujeme, že dluhovou problematiku neděláme.“*

Pacientské organizace jsou specifické svým pracovním prostředím. O prvotní adaptaci nového sociálního pracovníka hovořili čtyři informanti (1, 2, 5, 6) a ve shodě uvedli, že trvá dva až tři měsíce, než se v novém pracovním prostředí zorientuje a dovzdělá se v oblasti daného zaměření pacientské organizace. Ze zkušeností informantů dále z rozhovoru vyplynulo, že pro získání plné samostatnosti v práci s klienty a pro řešení jejich individuálních případů je nutný určitě jeden rok.

4.4.4 Aktéři v procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích

V procesu adaptace sociálních pracovníků figurují důležité osoby podporující a facilitující celý tento proces. Kteří aktéři do procesu vstupují ve vybraných pacientských organizacích, zjišťovaly otázky 20 a 22 v sekci IV.

V organizacích B a C je stěžejním aktérem ředitel organizace a vedoucí sociální pracovník v jedné osobě. Tato dvojí role jim umožňuje dohlédnout a zajistit jak důležité personální záležitosti, tak i ty spojené s pracovní náplní sociálního pracovníka. Informant 2 (organizace B) uvedl: *„… jsem to já…mám pod sebou vlastně tu oblast personalistiky a komunikace se zaměstnanci…, tak jsem zároveň i vedoucím sociálním pracovníkem… tomu sociálnímu pracovníkovi jsem vždycky jako nadřízená osoba i tím mentorem v oblasti sociální práce.“* Informant 3 (organizace C) uvedl: *„… mám vlastně pro ně, ty sociální pracovníky, takovou dvojí roli tím, že jsem v pozici té předsedkyně organizace a jsem tu i jako vedoucí sociální pracovník.“* Ve dvou organizacích A a G z rozhovoru vyšlo najevo, že stěžejními aktéry jsou dvě osoby, a to ředitel organizace a kolega sociálního pracovníka. Informant 1 (organizace A) sdělil: *„Tak vlastně u nás je to paní ředitelka, protože má na starost vlastně víceméně tu personalistiku nás všech… plus vlastně ten, kdo má k té profesi nejblíž, takže kolega toho sociálního pracovníka, … je to ten člověk…zodpovědnější, aby vlastně naučil všechno, … ten základ hlavně.“* Informant 7 (organizace G) uvedl, že u nich v organizaci je praxe následující: *„…určitě to je ředitelka v našem případě, … a taky kolega …, kterej je služebně starší.“* Informanti z organizací D, E a F uvedli celkem tři aktéry procesu adaptace sociálního pracovníka u nich v organizaci. Informant 4 konkrétně uvedl: *„… my tam máme tu regionální*

metodičku, vedoucího pracovníka (ředitele) pobočky a spolupracovníka toho sociálního pracovníka.“ Informant 5 (organizace E) uvedl: *„… to mám na starosti já, tak to prostě s tím pracovníkem vlastně nastavuju… ten klíčový kontakt jsem vždycky já… ale nade mnou v tomhle je taky vlastně ještě ředitel střediska…, plus společně s celým týmem, s těma kolegama tvoříme plán, kdo kdy jako si ho může vzít na nějaký jako téma třeba a probrat to s tím člověkem…“* Informant 6 (organizace F) hovořil o tématu takto: *„… je na to taková tabulka…, my si tam odškrtáváme, co kdo už jakoby zvládl v tom zaškolování s tím člověkem a je to rozdělený, něco dokonce paní ředitelka… z takové té třeba i komunikační sféry, jak se komunikuje navenek…koordinátor centra a já jako vedoucí sociální pracovník.“*

Informant 5 v průběhu rozhovoru také poskytl informaci o aktuálně probíhajících změnách v organizaci, které ovlivní i samotný průběh procesu adaptace sociálního pracovníka. Konkrétně se jedná o vznik personálního oddělení v organizaci E. Čímž se stala jedinou organizací z vybraného vzorku, která personální oddělení, a tedy i pozici personalisty v organizaci má. Informant 5 k tomuto tématu uvedl: *„… nám hodně dlouho chyběl právě nějaký ten personalista, který by tomu dával nějaký rámec, což se teď povedlo zajistit… a postupně se dějou věci, že se standardizujou…“* Z rozhovorů s informanty vyplynulo, že v pacientských organizacích je pozice personalisty spíše výjimkou.

Aktéři procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích jsou u všech informantů shodní, za nejvýraznější odlišnosti lze uvést celkový počet aktérů participujících na celém procesu dle velikosti organizace a také dle komplexnosti procesu adaptace.

5 Diskuse

Cílem empirického šetření bylo analyzovat podobu procesu adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích působících v České republice a identifikovat nástroje a metody, které aktéři participující na tomto procesu využívají. Dílčím cílem šetření bylo zjistit, jací aktéři se na procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích podílejí a specifika tohoto procesu.

Z výsledků šetření vyplynulo, že sociální pracovníci či vedoucí pracovníci zapojení do adaptačního procesu sociálních pracovníků nejčastěji využívají motivačně-hodnotící rozhovor. Ten jako důležitý nástroj procesu adaptace uvádí také Zítková, Pokorná a Mičudová (2015, s. 19). Bauer o hodnotících rozhovorech hovoří jako o užitečném nástroji poskytujícím konstruktivní zpětnou vazbu, kterou lze využívat v celém průběhu procesu adaptace (Bauer, 2010, s. 13). Závěrečné hodnocení procesu adaptace uvádí jako důležitou součást celého procesu i Váchal a Vochozka, kteří rovněž doplňují, že rozhovory založené na hodnotící bázi by neměly probíhat pouze v samotném závěru procesu adaptace, ale i v jeho průběhu (Váchal a Vochozka, 2013, s. 307). Což koresponduje i s výsledky provedeného empirického šetření ve vybraných pacientských organizacích, kde informanti uvedli, že mají se sociálními pracovníky nastavená pravidelná setkávání mimo jiné i na průběžné hodnocení dosud odvedené práce. Zítková, Pokorná a Mičudová rovněž uvádějí motivačně-hodnotící rozhovory jako nástroj ke zhodnocení adaptace na jednotlivé pracovní činnosti a dosažení stanovených cílů na počátku adaptace (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 19). Z uskutečněných rozhovorů vyplynulo, že toto teoretické východisko odpovídá i skutečné praxi ve vybraných pacientských organizacích. Informanti pěti organizací potvrdili, že v závěru adaptace sociálního pracovníka je primárním obsahem závěrečného zhodnocení procesu adaptace také projití vytyčených cílů adaptace a požadovaných osvojených pracovních činností. Se sociálním pracovníkem jsou vytyčené cíle a činnosti prodiskutovány a na základě průběžného monitoringu zhodnoceno, zda došlo k jejich úspěšnému dosažení a osvojení. Teoretické východisko však nelze aplikovat na dvě z vybraných pacientských organizací a nelze tedy zcela potvrdit. Dvě z dotázaných organizací (organizace A, C) neaplikují motivačně-hodnotící rozhovor v rámci procesu adaptace, a tudíž nedochází ke zhodnocení vytyčených cílů, kterých by sociální pracovník měl v průběhu procesu adaptace dosáhnout.

Vzdělávací programy jako důležitý nástroj procesu adaptace pracovníků uvádějí Armstrong (2007, s. 400) i Zítková, Pokorná a Mičudová (2015, s. 21). V realizovaném šetření byl tento nástroj informanty uváděn jako druhý v pořadí a potvrdil tak jeho důležitost. Dle zákona o sociálních službách (Česko, 2006, §111) musí sociální pracovníci absolvovat 24 hodin povinného vzdělávání ročně. Výsledky rozhovorů se shodují s nároky profese sociálního pracovníka, které jsou kladeny na jejich průběžné vzdělávání. Šest dotázaných informantů počítá s povinným vzděláváním v rámci vzdělávacího programu vytvořeného pro proces adaptace. Organizace C zákonem stanovené vzdělávání rovněž dodržuje, nakládají s ním však shodně v rámci všech sociálních pracovníků napříč organizací, jelikož jako jediní z dotázaných nevytváří speciální vzdělávací program v procesu adaptace.

Vzdělání v oblasti daného onemocnění a zdravotního postižení či znevýhodnění za podstatnou součást procesu vzdělávání pro pracovníky v oblasti poradenství považuje také Novosad, a to s cílem zkvalitnit poskytované poradenství (Novosad 2009, s. 83). Teoretické východisko ve znalosti diagnózy klientů bylo v realizovaném šetření potvrzeno u čtyř pacientských organizací (A, B, D, F). V rámci vzdělávacích programů informanti hovořili o pokrytí této oblasti především samostudiem doporučené literatury a materiálů vytvořených danou pacientskou organizací. Informanti uvedli, že sociální pracovníci tuto znalost potřebují ke schopnosti analyzovat skutečnou zdravotní situaci svého klienta a tyto znalosti umět aplikovat v oblasti sociálního poradenství.

Jako nejčastěji využívané metody v procesu adaptace uvádějí Zítková, Pokorná a Mičudová mentoring, koučink a supervizi (Zítková, Pokorná a Mičudová, 2015, s. 18). Výsledky šetření však nenašly kompletní shodu s tímto teoretickým východiskem. Všechny pacientské organizace v šetření uvedly v procesu adaptace sociálních pracovníků využívání metody mentoringu. Ten má sociálnímu pracovníkovi usnadnit orientaci v novém pracovním prostředí jak v oblasti pracovní, tak v té sociální (Bauer, 2010, s. 11). Všichni dotázaní informanti uvedli, že roli mentora v procesu adaptace sociálního pracovníka vnímají jako odpovědnou osobu, která nového sociálního pracovníka dostane na starost a primárně mu pomáhá s osvojením si nových pracovních činností. Mentor je zkušenějším pracovníkem a sociálnímu pracovníkovi je zejména v počátku poradcem v případě hledání řešení problému při práci s klienty.

Supervize je vhodným nástrojem pro profese, kde dochází k přímé práci s lidmi. Jedná se o uměle vytvořený prostor, který umožňuje sociálním pracovníkům sdílet své zkušenosti s kolegy

a poradit se s nimi například i o postupu další péče svého klienta. Pomocí supervize lze pečovat o psychickou pohodu sociálního pracovníka a podpořit tak i jeho odborný růst (Venglářová, 2013, s. 11). Díky svému přínosu lze supervizi aplikovat i do procesu adaptace a podpořit tak rozvoj sociálního pracovníka hned od počátku nástupu do organizace. Výsledky empirického šetření však odpovídají teoretickému východisku pouze u třech dotázaných organizací (D, E, F). Větší část z dotázaných supervizi však jako nástroj využívaný v rámci procesu adaptace sociálních pracovníků neuvedli a nelze tedy uvedené teoretické východisko zcela potvrdit. Organizace, kde je supervize do procesu adaptace zařazována, ji uvedly jako efektivní doplněk, který podporuje sociální pracovníky v odborné i sociální oblasti. Vnímají to jako bezpečný prostor pro sdílení se svými zkušenějšími kolegy, kteří jim v rámci sdílení problému, mohou pomoci přijít na řešení. Autorka se domnívá, že využití supervize má pozitivní výsledky na práci, osvojování si pracovních činností a v průběhu adaptace může mít vliv i na podporu sebedůvěry v kontextu řešení klientských případů.

Další využívanou metodou vzdělávání je koučink, který Armstrong považuje za významnou podporu během vzdělávacího procesu (Armstrong, 2007, s. 467). Bauer o koučinku hovoří jako o metodě podporující proces adaptace nového pracovníka (Bauer, 2010, s. 11). Z empirického šetření však vyplynulo, že koučink není v pacientských organizacích přítomen vůbec, a to ani v procesu adaptace, ani v rámci vzdělávání. Což potvrzuje tvrzení Zítkové, Pokorné a Mičudové, které uvádějí, že koučink může být pro některé organizace finančně nákladný (Zítková, Pokorná a Mičudová 2015, s. 19).

Podle Dvořákové jsou aktéry procesu adaptace přímý nadřízený, personalista a patron pracovníka (Dvořáková, 2012, s. 163). Tito tři aktéři jsou stěžejními v průběhu celého procesu adaptace v organizaci. Dle výsledků empirického šetření nelze konstatovat shodu s představeným teoretickým východiskem. Z odpovědí informantů výzkumného vzorku vyplynuli jako nejčastější aktéři procesu adaptace sociálních pracovníků přímý nadřízený sociálního pracovníka, spolupracovník, tým sociálního pracovníka a ředitel organizace. Tyto role se v pacientských organizacích objevovaly nejčastěji. Téměř v každé organizaci však vznikla odlišná kombinace těchto rolí. Došlo tedy k zjištění, že napříč pacientskými organizacemi neexistuje shoda v kontextu aktérů zapojených v procesu adaptace sociálních pracovníků. S ohledem na získané informace v průběhu empirického šetření se zdá být důvodem této odlišnosti zejména personální složení pacientských organizací. Každá z organizací z výzkumného vzorku má pracovníky z hlediska profesí odlišné a v tomto kontextu

se tedy nejedná o homogenní vzorek. I v případě organizací A, B, C, G, které mají početně téměř shodný celkový počet pracovníků v organizaci (5–7 pracovníků), dochází k odlišnostem z hlediska profesního složení pracovní skupiny. Tato skutečnost má posléze vliv na to, kdo zastává, jaké role a ovlivňuje tedy i možné aktéry procesu adaptace sociálního pracovníka v dané pacientské organizaci.

Z rozhovorů s informanty také vyšlo najevo, že personalista není aktérem procesu adaptace sociálního pracovníka v žádné z vybraných organizací, což potvrzuje teoretické východisko autorů Word a Sowa, kteří uvádějí, že pro NNO je personální oddělení či pozice personalisty nadstandartním prvkem, který má minimum těchto organizací (Word a Sowa, 2017, s. 4). To potvrzují i zjištění v empirickém šetření, kdy pouze organizace E disponuje přítomností personalisty. I v tomto případě se však jedná o novou skutečnost, která v organizaci nastala zhruba počátkem roku 2024. Zbylé organizace z výzkumného vzorku nemají ani personální oddělení, ani pozici personalisty. Na toto zjištění lze navázat také tvrzením Koubka, který uvádí, že v malých a středních organizacích se právě z důvodu absence personalisty přesouvá odpovědnost za výkon personálních činností na ředitele organizace (Koubek, 2011, s. 86). Tvrzení potvrzují i informace obdržené od vybraných pacientských organizací, kde jde odpovědnost v tomto ohledu rovněž za řediteli jednotlivých organizací. Jedinou výjimkou je organizace D, kde je z důvodu rozšíření poboček po celé republice složitější organizační struktura a kompetence personalisty přechází na ředitele jednotlivých poboček, nikoliv pouze za ředitelem organizace jako celku.

Proces adaptace sociálního pracovníka do prostředí pacientských organizací sebou nese určitá specifika. O specificích hovoří Kuzníková v kontextu sociální práce v oblasti zdravotnictví a uvádí, že sociální pracovník by měl mít hluboké znalosti o konkrétních diagnózách, zdravotních postiženích a znevýhodněních svých klientů, a zároveň by měl mít určité poznatky z oblasti psychologie (Kuzníková, 2011, s. 35). Z rozhovorů vyplývá, že jsou uvedená specifika vnímána i samotnými pacientskými organizacemi a je podle nich odvíjen i samotný proces adaptace sociálních pracovníků. Šest pacientských organizací (A, B, D, E, F, G) uvedlo, že specifika práce s nemocnými či zdravotně postiženými a znevýhodněnými vnímají jako hlavní faktor, který odlišuje proces adaptace sociálních pracovníků od jiných pracovníků v pacientských organizacích. Sociální pracovník pracující v daném prostředí musí mít hluboký přehled v oblasti sociální problematiky právě v kontextu zaměření dané pacientské organizace. Jedná se tedy o specifika, kdy sociálním pracovníkům nestačí znalosti čistě v oblasti sociální práce,

ale musí je umět propojit s konkrétní diagnózou daného klienta. Ve spojitosti s tímto specifikem z rozhovorů vyplynula také velmi výrazná psychická náročnost profese. Jelikož v porovnání s jinými oblastmi sociální práce, pracovníci v pacientských organizacích přicházejí v mnohých případech do kontaktu s klienty se závažnými diagnózami, které mohou končit i smrtí. Informanti v rozhovorech uváděli, že z tohoto důvodu je nutné sociálním pracovníkům poskytnout v případě potřeby určitou formu podpory, a to po celou dobu jejich působení v organizaci, ne pouze v procesu adaptace. Zajímavým zjištěním bylo, že byl tento faktor některými organizacemi uváděn jedním z hlavních příčin odchodu sociálních pracovníků před ukončením procesu adaptace. Dalším důvodem bylo uváděno nižší finanční ohodnocení.

Výstupy z rozhovorů organizace C, D, G ukázaly také zajímavé zjištění, kdy některé pacientské organizace mají i tzv. chráněná pracovní místa, kdy zaměstnávají jedince s onemocněním nebo zdravotním postižením či znevýhodněním, které je shodné se zaměřením pacientské organizace. Jednat se může ale také o pracovníka, který není sám pacientem, ale je jím osoba jemu blízká. Naopak informanti z organizací A, B, E, F hovořili o snaze profesionalizace jejich organizace, kdy shodně uvedli, že vnímají určitý odstup od této problematiky za pozitivní, jelikož takový sociální pracovník nemá tendenci promítat své osobní zkušenosti do situace svých klientů. Informant 7 (organizace G) uvedl, že i přestože jejich organizace nabízí tato chráněná pracovní místa, z osobního pohledu je zastáncem spíše profesionalizace organizace, a právě odstup a určité odosobnění od situace klienta vnímá jako přínosné.

Záměrem empirického šetření bylo poskytnout aktuální vhled do prostředí pacientských organizací, způsobů jejich řízení a pokrýt mezeru dosud neprozkoumaného prostředí pacientských organizací. Šetření rovněž poukázalo na komplexnost a náročnost profese sociálních pracovníků v tomto specifickém prostředí, která je za současných podmínek také bohužel velmi finančně podhodnocena a jejich platové podmínky nikterak neodpovídají náročnosti této profese.

Za limit empirického šetření této bakalářské práce lze považovat velikost výzkumného vzorku, který je ovlivněn specifickým zaměřením na pacientské organizace poskytující sociální či odborné sociální poradenství. Limitem je také určitá heterogennost velikosti a struktury vybraných pacientských organizací, kdy na základě rozhovorů v sedmi zkoumaných organizacích nelze výstupy generalizovat na všechny pacientské organizace poskytující sociální či odborné sociální poradenství.

Předmětem dalšího zkoumání by mohlo být rozšíření šetření pacientských organizací působících nejen v hlavním městě Praha, ale v celé České republice. Tento přístup by mohl o pacientských organizacích přinést zajímavé informace o typech poskytovaných sociálních služeb. Rozšíření šetření na celou republiku by mohlo zvýšit počet pacientských organizací, které by byly ochotné participovat na šetření a výsledky by posléze bylo možné zobecnit na všechny pacientské organizace tohoto typu. Budoucí zkoumání by mohlo být dále rozšířeno o pohledy všech aktérů zapojených do adaptačního procesu sociálních pracovníků, které by mohlo poskytnout ucelenější představu o podobě samotného procesu.

6 Závěr

Význam pacientských organizací ve společnosti roste. Představují důležitý typ nestátních neziskových organizací, které své zaměření cílí na pacienty se závažným onemocněním a zdravotním postižením či znevýhodněním. Pro tyto osoby jsou podstatným partnerem, který jim může pomoci v těžké životní situaci. I přes to nabývá jejich působení na důležitosti až v posledních letech, kdy se pacientské organizace začaly podílet na rozhodování v oblasti zdravotnictví a mohou tak využít zkušeností nabytých během přímé práce s pacienty a podílet se díky tomu i na legislativních změnách v oblasti zdravotnictví. Pacientské organizace se však stále potýkají s finančními problémy, které jim znemožňují náležitě finančně ohodnotit své pracovníky či dále investovat do rozvoje organizace jako celku. Což ovlivňuje i průběh a podobu personálních činností v pacientských organizacích. Klíčovou službou pacientských organizací je poskytovat sociální či odborné sociální poradenství, o němž bylo v průběhu výběru výzkumného vzorku pro šetření zjištěno, že jej neposkytují všechny pacientské organizace, naopak byl oproti předpokladu autorky nalezen výrazně menší počet pacientských organizací poskytujících tento typ sociální služby.

Cílem bakalářské práce bylo analyzovat proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích. Nejprve byly charakterizovány neziskové organizace, jejich typologie, specifika jejich personálního řízení a charakterizována byla také specifická forma neziskových organizací, kterou jsou pacientské organizace. Byl představen sociální pracovník, jeho role a očekávané kompetence v pacientských organizacích. Dále byla představena specifika práce sociálních pracovníků v kontextu péče o nemocné mimo zdravotnická zařízení a byl charakterizován proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích z hlediska jeho forem, fází, nástrojů, faktorů a metod, včetně klíčových aktérů, který tento proces ovlivňují.

Cílem empirického šetření bylo analyzovat proces adaptace sociálních pracovníků ve vybraných pacientských organizacích v Praze a pomocí polostrukturovaných rozhovorů s informanty šetření – sociálními pracovníky a vedoucími sociálními pracovníky identifikovat nástroje a metody, které jsou aktéry v tomto procesu využívány. Z výsledků šetření vyplynulo, že nejčastěji využívanými nástroji v procesu adaptace sociálních pracovníků jsou motivačně-hodnotící rozhovor a vzdělávací programy. Motivačně-hodnotící rozhovory probíhají zejména s blížícím se koncem procesu adaptace s cílem zhodnotit plnění stěžejních pracovních činností

s klienty a dosažení vytyčených cílů. Doplňují jej i průběžná hodnocení probíhající v průběhu celého procesu. Nejčastěji využívanými metodami v adaptačním procesu sociálních pracovníků jsou mentoring a supervize. Z výpovědí informantů vyplynulo, že koučink není pro svoji finanční náročnost zahrnut do personálních činností pacientských organizací.

Dílčím cílem šetření bylo zjistit aktéry procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích a specifika tohoto procesu. Ze šetření vyplynulo, že aktéři participující na procesu adaptace sociálních pracovníků se v nich lehce liší, což je způsobeno zejména velikostí dané organizace, jejími odlišnými personálními možnostmi a organizační strukturou. Za nejvýraznější specifikum adaptačního procesu sociálních pracovníků lze uvést komplexnost a náročnost jejich práce s klienty. Zejména se jedná o nutnost hluboké znalosti diagnózy klientů vybrané pacientské organizace a samostatné práce s nimi, což může novému pracovníkovi trvat až jeden rok.

Z výsledků šetření vyplynulo, že proces adaptace jako takový není v pacientských organizacích vždy dopředu plánován a organizován. Pokud však plánován a organizován je, nejedná se o detailně propracovaný plán, ale spíše o plán vytvořený na základě předchozích zkušeností, zahrnující rovněž specifika zaměření dané pacientské organizace.

Výsledky šetření přinášejí podnětné informace o podobě a průběhu procesu adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích, který bohužel v organizacích není systémově ukotven a jeho podoba je vázána na možnost dané pacientské organizace. Tato problematika si podle názoru autorky zaslouží větší pozornost, jenž by podnítila širší diskusi o roli a fungování pacientských organizacích, a to zejména v kontextu jejich přínosu pro pacienty a výzev, se kterými se potýkají, kdy potřebují zejména podporu v oblasti personální a finanční.

7 Soupis bibliografických citací

ADÁMKOVÁ, Petra. *Pacientské organizace v České republice* [online]. Praha: Alfabet, 2020 [cit. 2024-12-18]. Dostupné z: https://www.alfabet.cz/dite-se-zdravotnim-postizenim/vzdelani-a-integrace/pacientske-organizace-v-ceske-republice/?utm_source=chatgpt.com.

AMELIE. *Sociální problematika* [online]. Praha: Amelie, ©2024 [cit. 2024-04-07]. Dostupné z: https://www.amelie-zs.cz/pro-nemocne-a-blizke/socialni-problematika/.

ANNO JMK. *Církevní právnická osoba* [online]. Brno: Asociace nestátních neziskových organizací Jihomoravského kraje, 2013 [cit. 2024-02-10]. Dostupné z: https://annojmk.cz/cirkevni-pravnicka-osoba.

ARMSTRONG, Michael. *Řízení lidských zdrojů.* Praha: Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1407-3.

BARKER, Robert L. *The Social work dictionary* [online]. Washington, D.C.: NASW Press, 1995, [cit. 2024-04-20]. ISBN 0-87101-253-7. Dostupné z: https://pdfcoffee.com/the-social-work-dictionary-pdf-free.html.

BARTÁK, Jan. *Řízení lidí v organizacích.* Praha: Grada, 2023. ISBN 978-80-271-3823-4.

BAUER, Talya N. *Onboarding New Employees: maximizing success*. [online]. Alexandria: SHRM Foundation, 2010 [cit. 2024-12-19]. Dostupné z: https://penedulearning.com/wp-content/uploads/2019/05/Onboarding-New-Employees_Maximizing-Success.pdf.

BAUMRUKOVÁ, Pavla. *Obce, města, regiony a sociální služby*. Praha: Sociepress, 1997. ISBN 80-902260-1-9.

BEDRNOVÁ, Eva, Ivan NOVÝ a kolektiv. *Psychologie a sociologie řízení*. Praha: Management Press, 2007. ISBN 978-80-7261-169-0.

BLOUNT, Jonna Broscious. *Betting on Talent: Examinig the Relationship between Employee Retention and Onboarding Programs.* In: ENDBAC. *Engaged management ReView* [online]. Cleveland: Case Western Reserve University, 2022, 5(3), s. 50–58 [cit. 2024-12-07]. ISSN 2375-8643. Dostupné z: https://commons.case.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1083&context=emr.

COX, Lisa E., Carolyn J. TICE a Dennis D. LONG. *Introduction to social work: an advocacy-based profession* [online]. Thousand Oaks: SAGE Publications, 2016 [cit. 2024-05-11]. ISBN 978-1-4522-4434-1. Dostupné z: https://commons.case.edu/emr/vol5/iss3/1/?utm_source=commons.case.edu%2Femr%2Fvol5%2Fiss3%2F1&utm_medium=PDF&utm_campaign=PDFCoverPages.

ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách* [online]. Praha, 2006 [cit. 2024-04-13]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/zakon_108_2006.pdf/1a87d9ef-d1df-33fc-35fa-b98714ceba87.

ČESKO. *Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník* [online]. Praha, 2012 [cit. 2024-02-10]. Dostupné z: https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89.

ČSÚ. *Satelitní účet neziskových institucí* [online]. Praha: Český statistický úřad, 2023 [cit. 2024-03-10]. Dostupné z: https://apl.czso.cz/pll/rocenka/rocenka.indexnu_sat.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele.* Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1966-8.

DVOŘÁKOVÁ, Zuzana a kolektiv. *Řízení lidských zdrojů.* Praha: C. H. Beck, 2012. ISBN 978-80-7400-347-9.

HAJEROVÁ MÜLLEROVÁ, Lenka, Lucie DEPOO a Marek STŘÍTESKÝ. *Řízení lidských zdrojů v kontextu organizačního chování.* Praha: Wolters Kluwer ČR, 2024. ISBN 978-80-7676-996-0.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace.* Praha: Portál, 2023. ISBN 978-80-262-1968-2.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociální práce.* Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

HESTIA. *O dobrovolnictví. dobrovolnik.cz* [online]. Praha: HESTIA – Centrum pro dobrovolnictví, 2024 [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: https://www.dobrovolnik.cz/o-dobrovolnictvi.

HILL, Nicole. Communication in health care. In: MAIDMENT, Jane, Ronnie EGAN, Raewyn TUDOR a Sharlene NIPPERESS. *Practice skills in social work and welfare.* New York: Routledge, 2023, s. 111–123. ISBN 978-1-032-05656-2.

KLEPÁČKOVÁ, Olga a Martina ČERNÁ. Trauma-informovaný přístup v sociální práci s rodinami vážně nemocných nebo zraněných dětí. In: KLEPÁČKOVÁ, Olga, Martina ČERNÁ, Radek CARBOCH, Michaela HIEKISCHOVÁ, Radana KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ, Gabriela BENÍŠKOVÁ, Monika PUNOVÁ, Lucia TÓTHOVÁ, Michaela HAJDOVÁ, Eva ŽIAKOVÁ a Kateřina THELENOVÁ. *Sociální práce: sociální práce ve zdravotnictví* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci, 2020, 20(3), s. 5–23 [cit. 2024-05-11]. ISSN 1805-885X. Dostupné z: https://socialniprace.cz/wp-content/uploads/2022/06/SP_vol20_issue3-1.pdf.

KOCIANOVÁ, Renata. *Personální činnosti a metody personální práce.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-6933-2.

KOCIANOVÁ, Renata. *Personální řízení. Východiska a vývoj.* Praha: Grada, 2012. ISBN 978-80-247-3269-5.

KOUBEK, Josef. *Personální práce v malých a středních firmách.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7083-3.

KRECHOVSKÁ, Michaela, Pavlína HEJDUKOVÁ a Dita HOMMEROVÁ. *Řízení neziskových organizací. Klíčové oblasti pro jejich udržitelnost.* Praha: Grada, 2018. ISBN 978-80-247-3075-2.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví.* Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-7067-3.

LANGER, Tomáš. *Moderní lektor: průvodce úspěšného vzdělavatele dospělých.* Praha: Grada, 2016. ISBN 978-80-271-0093-4.

MIKULÁŠTÍK, Milan. *Komunikační dovednosti v praxi.* Praha: Grada, 2010. ISBN 978-80-247-8864-7.

MPSV. *Koordinační pracovník v sociálních službách* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, ©2017a, [cit. 2024-05-01]. Dostupné z: https://www.nsp.cz/jednotka-prace/koordinacni-pracovnik-v-s.

MPSV. *Systémová podpora sociální práce v obcích* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2022 [cit. 2024-05-11]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864403/karty+Sociální+práce+na+obecním+úřadu.pdf/cc264bdd-83d1-c8a6-03e2-eb4e52303dec.

MPSV. *Zdravotně sociální pracovník* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, ©2017b, [cit. 2024-05-01]. Dostupné z: https://www.nsp.cz/jednotka-prace/zdravotne-socialni-pracov-3cc2.

MPSV. *Zdroje podpory sociálních pracovníků* [online]. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2021, 10 [cit. 2024-05-02]. ISBN 978-80-7421-248-2. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/documents/20142/1864403/Sešit+SP+10.pdf/b8fc8316-c776-f748-a0d3-7612ce050422.

MUSIL, Libor, Roman BALÁŽ, Jana HAVLÍKOVÁ, Monika PUNOVÁ a Miloš VOTOUPAL. *Předpoklady a osobnostní rysy vhodné pro výkon sociální práce* [online]. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2019 [cit. 2024-11-16]. ISBN 978-80-7416-373-9. Dostupné z: https://katalog.vupsv.cz/fulltext/vv_005.pdf.

MVČR. *Dobrovolnická služba* [online]. Praha: Ministerstvo vnitra České republiky, 2024 [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: https://www.mvcr.cz/clanek/dobrovolnicka-sluzba-500539.aspx.

MYSLIVCOVÁ, Světlana. *Personální marketing v řízení lidských zdrojů* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2019 [2024-09-21]. ISBN 978-80-210-9357-7. Dostupné z: https://doi.org/10.5817/CZ.MUNI.M210-9357-2019.

MZČR. *Pacientská rada ministra zdravotnictví* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2024 [cit. 2024-03-17]. Dostupné z: https://pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientska-rada.

MZČR. *Pacientské organizace* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2021 [cit. 2024-03-16]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/pacientske-organizace/.

NAWA. *Workers in Nonprofits Guide* [online]. Washington: Nonprofit Association of Washington, 2024 [cit. 2024-03-10]. Dostupné z: https://nonprofitwa.org/download/workers-in-nonprofits-guide/.

NEČASOVÁ, Mirka. Profesní etika. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál, 2008, s. 21–49. ISBN 978-80-7367-502-8.

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

NOVÝ, Ivan a Alois, SURYNEK. *Sociologie pro ekonomy a manažery.* Praha: Grada, 2006. ISBN 80-247-1705-0.

NZIP. *Role pacientských organizací* [online]. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2024 [cit. 2024-11-10]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/1160-role-pacientskych-organizaci.

OSTER, Sharon M. *Strategic Management for Nonprofit Organizations: Theory and Cases.* Oxford: Oxford University Press, 1995. ISBN 978-0-19-802464-4.

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

PALÍŠKOVÁ, Marcela, Kateřina LEGNEROVÁ a Marek STŘÍTESKÝ. *Personální řízení. Úvod do moderní personalistiky.* Praha: C. H. Beck, 2021. ISBN 978-80-7400-702-6.

PARKES, Colin Murray, Marilyn RELFOVÁ a Ann COULDRICKOVÁ. *Poradenství pro smrtelně nemocné a pozůstalé.* Brno: Společnost pro odbornou literaturu, 2007. ISBN 978-80-87029-23-7.

PETRUSEK, Miloslav. *Sociologická encyklopedie* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2018 [cit. 2024-11-11]. Dostupné z: https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Chování_prosociální.

PROFI NEZISKOVKY. *Co je to nadační fond?* [online]. Praha: Profineziskovky.cz, 2017a [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: https://www.profineziskovky.cz/cs/nadace-a-nadacni-fondy/co-je-to-nadacni-fond/a-3792/.

PROFI NEZISKOVKY. *Co je to ústav?* [online]. Praha: Profineziskovky.cz, 2017b [cit. 2024-02-04]. Dostupné z: https://www.profineziskovky.cz/cs/ustavy/co-je-to-ustav/a-3800/.

REKTOŘÍK, Jaroslav a kolektiv. *Organizace neziskového sektoru. Základy ekonomiky, teorie a řízení.* Praha: Ekopress, 2007. ISBN 978-80-86929-25-5.

SALAMON, Lester M. a Helmut K. ANHEIER. Social origins of civil society: explaining the nonprofit sector cross-nationally. In: SALAMON, Lester M. a Helmut K. ANHEIER. *Working papers of the The Johns Hopkins Comparative Nonprofit Sector Project.* Baltimore: The Johns Hopkins University Institute for Policy Studies, s. 1–38, 1996. ISBN 1-886333-26-2.

SKOVAJSA, Marek a kolektiv. *Občanský sektor. Organizovaná občanská společnost v České republice.* Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-681-0.

SLAVÍKOVÁ, Šárka a Michaela ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ. *Sociální práce na onkologických odděleních a na pomezí zdravotně sociálních služeb* [online]. Praha: časopis Sociální práce, 2021 [cit. 2024-04-07]. Dostupné z: https://socialniprace.cz/o-cem-se-mluvi/socialni-prace-na-onkologickych-oddelenich-a-na-pomezi-zdravotne-socialnich-sluzeb/.

SOKEN-HUBERTY, Emmaline. *NGO Jobs: Our Short Guide* [online]. Portland: Human Rights Careers, nedatováno [cit. 2024-11-10]. Dostupné z: https://www.humanrightscareers.com/magazine/ngo-jobs-quick-guide/.

SSP ČR, *Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR* [online]. Praha: Společnost sociálních pracovníků ČR, 2006 [cit. 2024-05-03]. Dostupné z: https://www.socialnipracovnici.cz/ke-stazeni/bdcc10fa-be7b-4bb3-9aff-81ae9f0d3181.

STEJSKAL, Jan, Helena KUVÍKOVÁ a Kateřina MAŤÁTKOVÁ. *Neziskové organizace – vybrané problémy ekonomiky: se zaměřením na nestátní neziskové organizace.* Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2012. ISBN 978-80-7357-973-9.

UZIS. *Role pacientských organizací* [online]. Praha: Národní zdravotnický informační portál, 2023 [cit. 2024-03-16]. Dostupné z: https://www.nzip.cz/clanek/1160-role-pacientskych-organizaci.

VÁCHAL, Jan, Marek VOCHOZKA a kolektiv. *Podnikové řízení.* Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4642-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Supervize v ošetřovatelské praxi*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-8789-3.

VLÁDA ČR. *Rada pro nestátní neziskové organizace* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, © 2009-2024 [cit. 2024-02-03]. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/cz/ppov/rnno/zakladni-informace-767/.

VLÁDA ČR. *Strategie spolupráce veřejné správy s nestátními neziskovými organizacemi na léta 2021 až 2030* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2022. ISBN 978-80-7440-286-9. [cit. 2024-01-30]. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rnno/dokumenty/BROZURA-FINAL-S-PRILOHAMI.pdf.

VLÁDA ČR. *Studie o dobrovolnictví (Koncepce politiky vlády vůči nestátním neziskovým organizacím do roku 2020)* [online]. Praha: Úřad vlády České republiky, 2014 [cit. 2024-03-14]. Dostupné z: https://vlada.gov.cz/assets/ppov/rnno/dokumenty/studie_tosner_pro_web.pdf.

WORD, Jessica K. A. a Jessica E. SOWA. *The Nonprofit Human Resource Management Handbook: From Theory to Practice.* New York: Taylor & Francis Group, 2017. ISBN 978-1-315-18158-5.

ZÁŠKODNÁ, Helena a Olga BĚHOUNKOVÁ. Prosociální chování v kontextu seniorského věku. In: ŠERÁK, Michal a Lukasz TOMCZYK (Eds.). *Preparation to ageing and old age* [online]. Krakow, Praha: Pedagogical University of Cracow, 2019, s. 229–264 [2024-11–02]. CZECH-POLISH-SLOVAK STUDIES IN ANDRAGOGY AND SOCIAL GERONTOLOGY PART X. ISBN 978-83-953737-2-5. Dostupné z: https://www.mcmp.cz/fileadmin/user_upload/o_nas/Texty_MCMP/Preparation_to_ageing_and_old_age.pdf.

ZÍTKOVÁ, Marie, Andrea POKORNÁ a Erna MIČUDOVÁ. *Vedení nových pracovníků v ošetřovatelské praxi. Pro staniční a vrchní sestry.* Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-5094-1.

8 Přílohy

Příloha A: Informovaný souhlas

Informovaný souhlas účastníka empirického šetření

Souhlasím s účastí na empirickém šetření realizovaném pro účely bakalářské práce s názvem Proces adaptace sociálních pracovníků v pacientských organizacích, jejíž autorem je Leona Müllerová, studentka oboru Andragogika a personální řízení na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy.

Byl/a jsem seznámen/a s účelem a cílem empirického šetření a jeho podmínkami, včetně způsobu zachování anonymity a mlčenlivosti, tedy že v bakalářské práci nebude uvedeno mé jméno a výsledky nebudou spojovány s organizací, kterou zastupuji a že s veškerými získanými informacemi bude pracovat pouze řešitel šetření, Leona Müllerová, a budou využity výhradně pro účely empirického šetření. Souhlasím také s pořízením audiozáznamu realizovaného rozhovoru a využitím citací mnou poskytnutých informací.

Dobrovolně souhlasím se svou účastí na výše uvedeném šetření a jsem si vědom/a toho, že mohu neposkytnout odpověď na jakoukoliv položenou otázku nebo rozhovor kdykoliv ukončit a od šetření odstoupit.

Jméno a příjmení: Datum a podpis:

…….

datum a podpis řešitele projektu

Příloha B: Vzor scénáře polostrukturovaného rozhovoru

I. ÚVOD	délka: 5 minut
1. Přivítání a představení 2. Poděkování za účast 3. Seznámení s cílem práce a cílem šetření 4. Instrukce k podpisu informovaného souhlasu s účastí na empirickém šetření a etické záležitosti rozhovoru	Představení autorky, seznámení s cílem práce a cílem šetření
II. ZÁKLADNÍ INFORMACE O INFORMANTOVI	**délka: 5 minut**
5. Dotazy na informanta – jméno, pracovní pozice, bude-li ochotný, jeho bližší představení 6. Co je hlavní náplní Vaší práce na této pozici? 7. Jak byste charakterizoval vaši organizaci z hlediska její velikosti? (počet zaměstnanců, oddělení, …) 8. Jaký typ sociálních služeb poskytujete pacientům? 9. Které profese převažují u zaměstnanců ve vaší organizaci? 10. Kolik sociálních pracovníků aktuálně pracuje ve vaší organizaci?	
III. PROCES ADAPTACE	**délka: 7 minut**
11. Je proces adaptace nějak organizován? 11.1 Pokud ano: a. Jak? b. Jaké má fáze? 11.2 Pokud ne: a. Z jakého důvodu není organizován? 12. Kdo je v organizaci zodpovědný za proces adaptace?	
IV. PROCES ADAPTACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ	**délka: 30 minut**
13. Je proces adaptace pro sociální pracovníky nějak odlišný od procesu adaptace jiných pracovníků? 13.1 Pokud ano: a. Proč se odlišuje? b. Můžete jmenovat konkrétní odlišnosti? c. Proč je důležité nastavovat odlišný proces adaptace pro jednotlivé profese? 13.2 Pokud ne: a. Z jakého důvodu není? 14. Je podle Vás shodný proces adaptace pro všechny pracovníky organizace dostačující? 15. Jak dlouho trvá proces adaptace sociálních pracovníků ve vaši organizaci? 16. Jak probíhají první dny nastupujícího sociálního pracovníka v organizaci? 17. Kdy pracovník absolvuje povinná školení? 18. Je sociálnímu pracovníkovi v průběhu procesu jeho adaptace přidělen mentor? (někdo z řad pracovníků, kdo mu bude k ruce) 19. Jak dlouho trvá, než jsou sociální pracovníci schopni vykonávat práci samostatně? (po jak dlouhé době od nástupu do organizace)	

20. Jaké aktivity a programy realizujete, abyste pomohli novým sociálním pracovníkům porozumět a sdílet firemní kulturu a hodnoty? 20.1 Můžete uvést ještě nějaké postupy, které ve vaší organizaci neaplikujete, ale považujete je za dobré a užitečné? 21. Kdo je ve vaší organizaci zodpovědný za zaškolování a informování sociálních pracovníků o interních procesech v organizaci? 21.1 A jakým způsobem? 22. Dochází v průběhu adaptace k pravidelnému setkávání s nově nastupujícím sociálním pracovníkem? (1:1,…) 22.1 Pokud ano: a. Kdo v nich participuje? (např. personalista, vedoucí sociálního pracovníka, nebo někdo jiný…) b. V jakých intervalech? (1x týdně, 1x za 2 týdny, jinak) 22.2 Pokud ne: a. Proč u Vás není pravidelné setkávání nastavené? b. Uvažujete o jejich zavedení? c. Mělo by podle Vás jeho zavedení vliv na průběh procesu adaptace? 23. Jakou roli v procesu adaptace hraje nadřízený sociálního pracovníka? 24. Máte nastavené závěrečné hodnocení procesu adaptace? 24.1 Pokud ano: a. Kdo se ho účastní? 24.2 Pokud ne: a. Proč jej nemáte nastavené? b. Uvažujete o jeho zavedení? 25. Považujete za důležité vyslechnout si zpětnou vazbu od sociálních pracovníků na proces adaptace? 26. Myslíte si, že adaptace sociálních pracovníků do prostředí pacientských organizací s sebou nese určitá specifika? 26.1 Jaký je Váš názor na adaptaci do prostředí pacientských organizací? 26.2 Vnímáte nějaké odlišnosti od adaptace do prostředí jiných organizací?	
V. UKONČENÍ	**délka: 5 minut**
27. Chtěl/a byste ještě něco k tématu doplnit nebo okomentovat? 28. Poděkování 29. Rozloučení	