



PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

---



**Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na  
Lince důvěry**

Jana Toncarová

Vedoucí bakalářské práce: Doc. PhDr. David Urban, PhD.

**Praha 2017**



PRAGUE COLLEGE OF PSYCHOSOCIAL STUDIES

---



**The role of a social worker in a multidisciplinary team at  
the Confidential Helpline**

Jana Toncarová

The Bachelor Thesis Work Supervisor: Doc. PhDr. David Urban, PhD.

**Prague 2017**

## **Anotace**

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na možnost začlenění sociálního pracovníka do pracovního týmu na Linku důvěry a centra psychoterapie. V teoretické části jsem se věnovala vymezení a vysvětlení pojmů souvisejících s její činností. Ve své práci jsem se snažila přiblížit současné fungování Linky důvěry a centra psychoterapie. Dále pojednávám o možných rolích a činnostech sociálního pracovníka, které by mohly vést v některých případech k rychlejšímu řešení sociálních problémů klienta a tak by mohlo dojít i ke zlepšení jeho psychického stavu v kratší době, tedy v co největším zájmu klienta.

V praktické části práce jsou představeny kazuistiky jednotlivých tří klientů, kteří docházejí na Linku důvěry do centra psychoterapie, dále je uveden průběh a výsledky výzkumného šetření v jednotlivých případech. Ze zjištěných výsledků vyplynulo, že pracovní pozice sociálního pracovníka by mohla být přínosem a tedy by mohla vést k rychlejšímu návratu klienta do běžného způsobu kvalitního života a jeho začlenění do společnosti, s ohledem na jeho psychický stav.

## **Klíčová slova**

Linka důvěry a centrum psychoterapie, klient, psychické onemocnění, sociální pracovník, sociální práce, terapie.

## **Abstract**

In my thesis, I focused on the possibility of integration of a social worker into a working team at the Confidential Helpline and Psychotherapy Centre. In the theoretical part of this paper, I dealt with the delineation and clarification of the terms related to their activities. I also described the current operation of the Confidential Helpline and Psychotherapy Centre. Furthermore, I outlined possible roles and activities of a social worker, which could in some cases lead to a faster solution of a client's social problems and thus improvement of the client's mental health in a shorter time and so in the best interest of the client.

In the practical part of this paper, there are case studies of three individual clients presented, who regularly visit the Confidential Helpline and Psychotherapy Centre, and also the process and results of the research inquiry into the three individual cases are described. It is evident from the results obtained that involving a social worker in the process could be beneficial and could lead to a faster return of a client into a regular way of quality life and their integration into the society with respect to their mental condition.

## **Key words**

Confidential Helpline and Psychotherapy Centre, a mental illness, a social worker, social work, a therapy.

## Prohlášení

„Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracovala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů a literatury.“

V Mladé Boleslavi, dne 25. 7. 2017

.....

Jana Toncarová

## **Poděkování**

Ráda bych tímto chtěla poděkovat Doc. PhDr. Davidu Urbanovi, PhD. za odborné vedení, cenné rady a velkou ochotu, které ve velké míře přispěly k výsledné podobě bakalářské práce. Zároveň děkuji klientům Linky důvěry a jejím pracovníkům, kteří byli ochotni se zúčastnit rozhovorů v praktické části a odpovídali na mé dotazy.

# OBSAH:

1. ÚVOD .....	1
2. TEORETICKÁ ČÁST - LINKA DŮVĚRY .....	2
2.1. Současná pracovní struktura týmu .....	3
2.2. Analýza jednotlivých pracovních pozicí .....	4
3. PRACOVNÍ ČINNOSTI LINKY DŮVĚRY.....	11
3.1. Krizová intervence.....	13
3.2. Lékařské vyšetření a diagnostika .....	15
3.3. Psychoterapeutická činnost .....	18
3.4. Preventivní programy a osvětová činnost .....	19
4. ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA .....	21
4.1. Potřebnost sociálního pracovníka .....	22
4.2. Sociální pracovník jako součást týmu .....	23
4.3. Specifická role a činnost sociálního pracovníka .....	24
5. PRAKTICKÁ ČÁST – KLIENTI LINKY DŮVĚRY.....	28
5.1. Přístup ke klientům v současném složení pracovníků Linky důvěry.....	29
5.1.1. Kazuistika I - Příklad klienta s depresí spolu se sociálními problémy z pohledu pozorovatele.....	29
5.1.2. Kazuistika I - Příklad klienta s depresí spolu se sociálními problémy z pohledu sociálního pracovníka.....	33
5.2. Kazuistika II – Příklad klientky s poruchou osobnosti a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu pozorovatele.....	34
5.2.1. Kazuistika II - Příklad klientky s poruchou osobnosti a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu sociálního pracovníka .....	37
5.3. Kazuistika III – Příklad klientky se sociální fobií a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu pozorovatele .....	38
5.3.1. Kazuistika III - Příklad klientky se sociální fobií a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu sociálního pracovníka .....	40

6.	VÝHODY A NEVÝHODY ZAČLENĚNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA DO PRACOVNÍHO TÝMU LINKY DŮVĚRY.....	42
6.2.1.	Výhody.....	42
6.2.1.	Nevýhody.....	43
7.	POPIS METODOLOGIE.....	44
	ZÁVĚR.....	46
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	49
	PŘÍLOHY.....	I
	BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE.....	II
	EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY.....	III



# 1. ÚVOD

Téma jsem si zvolila na základě vykonávané povinné studijní praxe, kterou jsem v průběhu tří let absolvovala na Lince důvěry a centra psychoterapie. Tak jak jsem postupně pronikala do dění a činností mezi pracovníky Linky důvěry a centra psychoterapie a jejími klienty, nabývala jsem postupně dojmu, že sociální pracovník by zde mohl být, v některých případech, potřebnou a významnou součástí pracovního týmu. Svou činností a pomocí by mohl přispět k řešení problémů klientů, kteří řeší nejen své psychické obtíže, ale také sociální záležitosti různého charakteru, které spolu často mohou úzce souviset. Ve své práci se zaměřuji na možnost začlenění sociálního pracovníka přímo do týmu dvou psychoterapeutů, kteří vedou otevřenou terapeutickou skupinu v rámci centra psychoterapie, které je nedílnou součástí Linky důvěry.

Cílem mé bakalářské práce je ukázat výhody a také případně nevýhody začlenění sociálního pracovníka do organizované struktury Linky důvěry a centra psychoterapie. K výsledkům začlenění sociálního pracovníka do multidisciplinárního pracovního týmu docházím empiricky, na základě jednotlivých kazuistik. Kazuistiky jsem se snažila vybrat tak, aby k řešení nastíněného problému byly použity různé přístupy sociálního pracovníka ke klientovi.

Zkoumané osoby jsou toho času klienty Linky důvěry a centra psychoterapie a dochází jedenkrát týdně do otevřené psychoterapeutické skupiny.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST - LINKA DŮVĚRY

Linka důvěry je stanicí zdravotní a jiné pomoci, střediskem pro okamžitou i následnou psychologicko – psychiatrickou pomoc v hraničních, mezních a krizových stavech, konfliktech, nezvládnutých reakcích, právě tak jako při psychických potížích, poruchách a nemocech, v případech sebevražedného jednání nebo sebevražedného pokusu. Linku důvěry v našich podmínkách chápeme jako stanici pro intervenci v krizových situacích.

Krizový stav, konflikt, nezvládnuté reakce neztotožňujeme s psychickou poruchou nebo nemocí. Přistupujeme k nim jako ke ztrátě psychické rovnováhy, která za určitých rizikových bio – psycho – sociálních okolností může ústít v psychické potíže nebo poruchy. Přikláníme se k široce koncipovanému pojetí, krizového stavu, který podle Caplana (1970, s. 24) znamená střet jedince s překážkou, kterou v určitém čase nemůže překonat navyklymi způsoby řešení problémů.

První linka důvěry v Evropě byla založena v Londýně roku 1953. V naší republice založil první linku důvěry MUDR. Miroslav Plizák, CSc. v Praze roku 1964. Tato linka důvěry měla zpočátku trochu užší zaměření, než mají tyto instituce v současnosti. Byla zaměřena hlavně na prevenci sebevražd a pomoc klientům, kteří trpěli depresivními stavy.

Dnes je náplň linek důvěry mnohem širší. Veřejnost se stále ještě mylně domnívá, že se na linku důvěry obracejí jen lidé duševně nemocní. Pomoc na Lince důvěry a centra psychoterapie vyhledávají jak zdraví jedinci, tak lidé s různými poruchami, potížemi a problémy. Toto pracoviště, na kterém jsem vykonávala svou tříletou studijní praxi, působí ve smyslu léčebně preventivní péče, což má význam pro předcházení poruch a nemocí psychických, ale i fyzických. Linku důvěry a centrum psychoterapie kontaktují lidé, kteří se dostali do psychických těžkostí, které mají často podobu krizových stavů, do kterých se často dostávají při překonávání náročných životních událostí. Nejčastěji řeší Linka důvěry s klienty problematiku ve vztazích rodinných, partnerských, pracovních, výchovných. Dále jsou to problémy

zdravotní, generační, sexuální, sociálně – právní a sociální, školní. Kromě zdravých jedinců se na zařízení Linky důvěry obracejí i osoby, které trpí tzv. reaktivními stavy a neurózami. Stále častěji také vyhledávají pomoc klienti a rodinní příslušníci s problematikou závislostí na drogách, alkoholu a automatech.

## **2.1. Současná pracovní struktura týmu**

Linka důvěry poskytuje volajícím nonstop telefonickou krizovou pomoc a základní poradenství. Vedle telefonické intervence je dalším způsobem pomoci i telefonické domluvení osobní schůzky s klientem, který se ocitl v nepříznivé životní situaci. Je třeba, aby se člověku v jeho tíživé situaci dostalo nejen pochopení a porozumění, ale také možného řešení jeho problému. Proto od založení Linky důvěry na ní pracují pouze profesionálové, pracovníci odborně vzdělaní ve své profesi.

Odborný tým pracovníků Linky důvěry a centra psychoterapie, kteří jsou jejími stálými zaměstnanci, je složen následovně: sociální pracovník, lékaři psychiatrie, psychoterapeuti a pracovníci pracující na telefonní lince krizové intervence. Dalšími externími spolupracovníky jsou ekonom, supervizor a peer aktivisté a také další instituce, které jsou v případě potřeby zapojeny do pracovního týmu. Tým lékařů, sociálního pracovníka a dalších, výše uvedených odborně vyškolených pracovníků, vede ředitelka Linky důvěry. Jednotlivým pracovním pozicím se budu věnovat v následující kapitole.

Linka důvěry a centra psychoterapie zajišťuje služby pro děti, mládež a dospělé v tíživých životních situacích. Její výčet uvádím heslovitě dále.

- telefonická krizová pomoc
- odborné sociální poradenství
- psychoterapie, konzultace s psychiatrem
- sebezpečovací programy, sociální dovednosti, komunikace, asertivita, relaxace
- následná péče, spolupráce s dalšími institucemi a odborníky

- problematika sociální, rodinná, manželská, partnerská, pracovní, drogové a jiné závislosti a další sociálně nežádoucí jevy a jejich důsledky (sociální, zdravotní, kriminalita), domácí násilí
- osamělost, duševní potíže, psychosomatické potíže
- osvětové, vzdělávací programy pro děti, mládež a dospělé zaměřené na prevenci krizových stavů, sebevražd, duševních a tělesných potíží a onemocnění
- preventivní programy pro děti, mládež, dospělé zaměřené na prevenci sociálně nežádoucích jevů

Moje studijní pracovní praxe probíhala na Lince důvěry s jejími klienty, kteří ve většině případů právě po předchozím telefonickém kontaktu, byli nejprve pozváni na osobní schůzku a při sdělení jejich obtíží byli odborně vyšetřeni lékařem psychiatrem. Při stanovení diagnózy lékařem, bylo klientům, kterým bylo diagnostikované onemocnění, většinou na bázi neuróz, doporučeno docházet do Centra psychoterapie, které je součástí Linky důvěry. Klient tak dochází, do otevřené psychoterapeutické skupiny, jejíž setkávání probíhá jedenkrát týdně, většinou po dobu čtyř hodin. Právě s těmito klienty jsem pracovala a ve své praktické části se budu dále věnovat těmto vybraným klientům.

## **2.2. Analýza jednotlivých pracovních pozicí**

Jak jsem již zmiňovala v předchozí kapitole, tým neziskové organizace Linky důvěry a centra psychoterapie pracuje ve složení:

- 1 sociální pracovník
- 2 lékaři psychiatrie
- 2 psychoterapeuti
- 2 pracovníci pracující na telefonní lince krizové intervence
- ředitelka

Dále se budu věnovat jednotlivým pracovním pozicím, přičemž zdůrazňuji pracovní pozici a roli sociálního pracovníka v multidisciplinárním pracovním týmu.

- **Sociální pracovník** – podle Matouška (Matoušek a kol., 2003, s. 13) pracuje
  - s klienty, s jejich rodinami, příp. za svůj případ považuje celou rodinu,
  - s přirozenými skupinami, např. s partami mládeže na městském sídlišti,
  - s uměle vytvořenými skupinami, jakými jsou např. Školní třídy nebo skupiny lidí trávící život v ústavu sociální péče či ve vězení,
  - **s organizacemi, buď řídí činnost agentur poskytujících sociální služby, nebo vstupuje jako expert do organizací a pomáhá v nich řešit problémy, které je kompetentní řešit,**
  - s místními komunitami, tj. s lidmi žijícími v jednom místě,
  - jako expert i při přípravě některých zákonů a vyhlášek, v jiných případech se jako oponent k takovým návrhům vyjadřuje.
  
- **Lékař psychiatrie** – součástí pracovního týmu je i lékař psychiatr, který má v předem daném čase (v našem případě je lékař přítomen dvakrát týdně) službu na Lince důvěry. Psychiatrické vyšetření se příliš neliší od jiného lékařského vyšetření. Lékař pokládá v průběhu vyšetření otázku na aktuální potíže klienta, zpracovává anamnézu, posuzuje další eventuální nálezy, stanovuje diagnózu a na závěr vyšetření stanovuje i doporučuje terapii.

K jednotlivým bodům:

**Aktuální potíže** neboli nynější onemocnění jsou takové, se kterými za námi klient přichází. Aktuální potíže jsou složeny ze dvou částí – vyvolávající faktory a reakce klienta na ně. Jako vyvolávající faktory se například uvádí stavy, kdy někomu onemocní blízká osoba, možnost ztráty zaměstnání, nepříznivá rodinná situace a mnoho jiných. Aktuální potíže mohou vznikat na genetickém základě nebo stresem v dětství a dospívání. Stres může být intenzivní jednorázový nebo menší, který se dlouhodobě opakuje (například klima v rodině). Na tyto vyvolávající faktory potom člověk reaguje. Reakce vyplývá často z jeho osobnosti. Osobnost člověka definuje Drapela jako *„dynamický zdroj chování, identity a jedinečnosti každé osoby. Výraz chování zahrnuje procesy myšlení, emoce, rozhodování, tělesné činnosti, sociální interakci atd.“* (Drapela, 2001, s. 14). Naopak Sullivan (1953) pokládal osobnost za pouhý vzorec *„opakovaně se vyskytujících interpersonálních situací.“* a Cattell (1950) ji pokládal za tu stránku jedince, která mu umožňuje

předpovídat chování. Někdo tedy prožívá deprese, jiný úzkostné stavy, další klienti zase mohou trpět poruchami spánku, záchvaty vzteku nebo může docházet k rozvoji závislostí na alkoholu nebo jiných návykových látkách.

O tom, co by mohlo způsobit aktuální potíže hodně napovídá **anamnéza**. Lékaře zajímá a zaměřuje se na osobní anamnézu – zjišťuje s čím se klient léčí a léčil, jaké měl úrazy a operace, zda trpí alergiemi, jaké užívá léky, zda kouří, pije alkohol. Významná je rodinná anamnéza – jak staří jsou jeho rodiče, zda jsou zdraví, jaká mají onemocnění, jaké jsou jejich povahové rysy, jestli spolu vycházejí nebo se rozvedli, pokud ano, v kolika letech klienta a jakým způsobem to klient prožíval. Při vyšetřování lékaře zajímají také sourozenci klienta, zda jsou zdraví, nebo zda mají nějaké vážnější zdravotní potíže. Z hlediska rodinné anamnézy jsou také významné údaje o nemocích předků, například jestli je zaznamenán alkoholismus nebo nějaké psychické onemocnění.

V rámci anamnézy se dále lékař zajímá o vzdělání klienta, jak mu to šlo ve škole, jakého dosáhl vzdělání, kde pracuje, jaké tam má vztahy a zda se mu tam líbí. Také informace o vztazích, o manželství, o dětech jsou důležitými vstupními údaji.

Dalším krokem při vyšetření je “objektivní” **popis příznaků** klienta, tedy jeho orientace, nálada, myšlení, vnímání, paměť, intelektové schopnosti, osobnost a další.

Na základě všech těchto uvedených informací je potom stanovena diagnóza. Zde záleží na zjištěném faktu, jak dlouho již klientovi potíže trvají. Teprve poté může být klientovi doporučena **terapie** a to psychoterapie nebo i farmakoterapie, případně oboje.

Obecně lze terapii chápat tak, že pokud se má klientovi dařit lépe, než když přišel na Linku důvěry, je potřeba učinit změny v jeho životě. Vnější změně v životě ale musí přecházet vnitřní změna. K této vnitřní změně je třeba podpory od psychoterapeuta. S vnějšími změnami může dopomoci i sociální pracovník. Podpora může být dodána i prostřednictvím léků. Například antidepresiva zlepšují náladu, spánek, klient nabere více energie k tomu, aby mohl udělat

změnu ve svém životě, aby změnil to, co bylo příčinou depresivního onemocnění. Podpora klienta prostřednictvím psychoterapie bývá na rozdíl od farmakoterapie dlouhodobější, ale efekt této podpory mívá většinou trvalý charakter i po skončení terapie. V případě, že klient nechce změnu ve svém životě, je možné pokračovat pouze ve farmakoterapii. Zde tedy platí, že za své zdraví si z velké části odpovídáme sami, i za to duševní, a psychoterapie má pro nás takový přínos, kolik do ní sami vložíme energie.

Z výše uvedeného vyplývá, že jako psychiatrické vyšetření označujeme pohovor lékaře psychiatra s pacientem. Psychiatrie se zabývá duševními poruchami, ty mohou být způsobeny chorobným myšlenkovým pochodem jako takovým, nebo může jít o následek poškození mozku, případně změny v chemických přenašečích signálu v mozku. Na základě vyšetření stanovuje lékař diagnózu a určuje, zda je klient pro skupinovou psychoterapii vhodný, jak uvádí Vymětal, (obecná indikace) a na základě pozitivního výsledku může být poté klient zařazen do psychoterapie, která je k dispozici. (Vymětal, 1992, s. 82).

- **Psychoterapeut** – je dalším členem multidisciplinárního pracovního týmu. O psychoterapii jsem částečně pojednávala v předcházejících odstavcích. Zde bych se ráda, již jen krátce, zmínila o způsobu práce psychoterapeuta na Lince důvěry. Psychoterapeut vede otevřenou psychoterapeutickou skupinu a zajišťuje možnosti pro pravidelná setkávání se klientů, kteří docházejí ambulantně na jednotlivá sezení. Setkávání se uskutečňují jedenkrát týdně a terapeutickou skupinu vedou oba terapeuti současně. Terapeut pořizuje písemný zápis ze skupinového dění, který může sloužit v případě potřeby například i pro posouzení stavu v určitých obdobích. Klientovi se totiž může vlivem psychoterapie dočasně přitížit a jeho psychický stav se může po jistou dobu vlivem psychoterapie i zhoršit. V rámci spolupráce psychoterapeutů a lékaře psychiatra je tedy veškeré dění a chování klienta na skupině zaznamenáváno a v případě potřeby je možné nahlédnout do jeho vedené zdravotní dokumentace.

- **Pracovník na telefonické lince** – vznik a vývoj linek telefonické první pomoci v České republice je přisuzován Plzákovi v roce 1964, kdy vytvořil první telefonickou linku důvěry. Vznikl tak nový způsob profesionální pomoci člověku v kritické situaci. Teprve později, v roce 2008, vznikl nový zákon o sociálních službách, který poprvé vymezuje telefonickou krizovou intervenci jako sociální službu. Její pracovníci musí splňovat klasifikační požadavky pro práci v sociálních službách. Tím je sociálně-právní vzdělání, minimálně 150 hodin kvalifikačního kurzu telefonické krizové intervence akreditovaného Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Některé telefonické linky důvěry pracují nepřetržitě 24 hodin za střídání služeb, jiné pouze v omezenou denní nebo i noční dobu. Klientovi je tak umožněno, aby mohl volat kdykoliv v akutní krizi. Pracovník telefonické intervence tak dává možnost ventilace, emoční abreakce, dává mu emoční podporu, pomáhá mu v těžko řešitelných problémech, které se časem staly naléhavými a neúnosnými v jeho situaci.

V případě hlubší deprese s rizikem ohrožení sebevraždou pracovník telefonické intervence zprostředkuje okamžitý zásah a eventuální hospitalizaci. Pracovník telefonické linky plní i určitou preventivní úlohu ve zmírnění či zvládnutí reakce na partnerskou a rodinnou problematiku, která je v rámci Linky důvěry nejvíce zastoupena, tvoří dle statistiky 50 – 70% všech hovorů. Prevence sebevražd je sice v menším rozsahu, ale jedná se o problematiku závažnější. Je to krizový stav, kdy je ohrožen lidský život.

Termín krizový stav se používá pro označení těžké, rozhodující chvíle, obtížnou situaci, tíseň nebo zmatek. Poměrně široce o krizi hovoří Vágnerová: *„Psychická krize se objevuje jako narušení psychické rovnováhy v důsledku náhlého vyhrocení situace, dlouhodobé kumulace či situačního nárůstu problémů. Jejím typickým znakem je selhání adaptačních mechanismů, dosud užívané způsoby přestaly být funkční, a člověk musí hledat jiné. Krize vyjadřuje existenci aktuálně nezvládnutelného problému. Lze ji chápat jako podnět k nutné změně“* (Vágnerová, 2008, s. 53).

Pro porovnání různé interpretace krize uvádím, jak se vyjadřuje Matoušek: *„Krizí se rozumí situace, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života, a vyvolává stav nerovnováhy, ohrožení a stresu. Nemůže být proto řešena*



*v rámci obvyklého repertoáru vyrovnávacích strategií jedince. Přesahuje jeho adaptační možnosti i zdroje běžných obranných mechanismů.*“ (Matoušek, 2003, s. 120).

Pracovník telefonické linky důvěry bývá většinou první kontaktní osobou, ve smyslu telefonického rozhovoru, na kterou se volající ve své náročné životní situaci, tedy v krizovém stavu, obrací. Hovory volajícího nejsou nahrávány, ani se nezobrazuje telefonní číslo volaného. Pracovník telefonické intervence přijímá hovory anonymně, volající tak nemusí (pokud sám nechce) sdělovat své jméno ani místo pobytu. Klientovi je tato služba poskytována bezplatně, volající tak hradí pouze poplatek jeho operátorovi na základě tarifu, který využívá. Pracovník telefonické linky vede záznamy o případech do záznamní knihy, kam uvádí každý případ, který na lince důvěry s klientem řeší.

- **Ředitelka** – každý pracovní tým, aby dobře fungoval, musí někdo řídit. Pracovní činnost ředitelky v sektoru sociální práce bych označila jako specifickou. Matoušek se zmiňuje o metodách řízení pro organizace sektoru sociálních služeb a uvádí: „ *V teorii řízení lze nalézt jen velmi málo metod skutečně vyvinutých pro potřeby této oblasti. Většina popisovaných a využívaných metod byla původně vytvořena pro potřeby komerčních podniků. Tyto metody platí jako obecné návody, nerespektují však odlišnosti sociální oblasti, proto je třeba modifikovat pojmy, metody, přístupy a principy na základě praktických zkušeností a potřeb.*“ (Matoušek, 2003 a, s. 329).

Role ředitelky je náročná a můžeme ji vyjádřit v následujících bodech:

- V činnosti organizace existují různé zájmové skupiny uplatňující potřeby, které jsou v rozporu s potřebami jiných: vedení a zaměstnanci, odborní a provozní zaměstnanci a jiní
- Vedoucí pracovníci nesou vyšší míru odpovědnosti za dění v organizaci než řadoví zaměstnanci. V sociální oblasti se objevuje další podoba této odpovědnosti, protože se jedná o práci s lidmi. Frázi „ Nejsme odpovědní za život klienta, ale jsme odpovědní za odbornost a kvalitu služeb, které poskytujeme,“ slyšíme mezi sociálními pracovníky často.
- Vysoká míra nejistoty a rizika. Především nestátní organizace nucené obhajovat svou činnost z roku na rok musejí riskovat při zavádění svých

služeb a vedoucí pracovníci pracují v nejisté atmosféře existence organizace po celý rok.

- Vedoucí pracovníci realizují své záměry zprostředkovaně, delegují své požadavky na podřízené. (Matoušek, 2003 a, s. 331).

Na Lince důvěry a centru psychoterapie, do kterého jsem v průběhu svého studia docházela na praxi, zajišťuje ředitelka v rámci své pracovní činnosti také finanční prostředky potřebné pro provoz a fungování organizace. Dále je zodpovědná za zajištění prostor, odbornost spolupracovníků v multidisciplinárním pracovním týmu, ekonomické vedení a také sleduje vypsané granty, do kterých by se mohla Linka důvěry zapojit. Dále spolupracuje s úředníky magistrátu města i s dalšími organizacemi působícími v rámci sociální sítě, podílí se na projektech zaměřených na rozvoj kvality poskytovaných služeb. Je zodpovědná za preventivní programy a osvětovou činnost organizace. Ředitelka řídí a zodpovídá za veškerou činnost a chod Linky důvěry a centra psychoterapie.

### 3. PRACOVNÍ ČINNOSTI LINKY DŮVĚRY

Linka důvěry a centrum psychoterapie poskytuje především zdravotně sociální nebo zdravotně výchovnou pomoc, psychoterapeutický rozhovor a také první psychiatrickou pomoc. V rámci pracovní činnosti organizace se pracuje s klienty ambulantní formou. Klienti, kteří nás kontaktují a vykazující závažnější psychiatrické příznaky onemocnění, jejichž stav vyžaduje hospitalizaci na lůžkovém oddělení, odesíláme do spolupracujícího zdravotnického zařízení. Práce na lince důvěry se dotýká všeho, co je shodné se stavy tísně a bezradnosti.

Podle Knoppové to nemusí být vždy krize, často se jedná o lidské starosti, obavy, zlosti, smutné události (1997, s. 30).

Linka důvěry a centrum psychoterapie poskytuje krizovou intervenci formou telefonické pomoci nebo formou osobních návštěv. Telefonická pomoc je provozována na našem pracovišti v určeném čase 9:00 – 18:00 hod., po té je volající přepojen na jinou organizaci vykonávající stejnou službu. Tím je zajištěno, že volající se v jakoukoliv hodinu setká na telefonní lince s lidským hlasem a je mu tak zajištěna odborná pomoc v jeho kritické situaci, kdy si o pomoc telefonuje.

Další pracovní činností je také lékařské vyšetření a diagnostika. Diagnostika pro potřeby psychiatrické první pomoci musí splňovat určité předpoklady a to, že se jedná nejčastěji o poruchy, *„které jsou akutní, nejednou mají bouřlivý průběh a další vývoj poruchy nelze v počátečních stádiích ještě spolehlivě stanovit. Stanovit základní diagnostickou kategorii duševních poruch je za těchto okolností značně omezené. Proto diagnostika používaná v psychiatrické první pomoci má těžiště na přesné diagnostice syndromologické.“* (Dušek, Večeřová – Procházková, 2005, s. 77). Diagnostikou psychických syndromů ve většině případů je dosaženo maximální úrovně, které se dá při poskytování první pomoci dosáhnout. Na této úrovni se dají rozpoznat příznaky, jejich vzájemné souvislosti a propojení, i když se obvykle na této úrovni nedají učinit spolehlivé závěry o původu nebo průběhu. Takto získané údaje o pacientovi, které lékař prvního kontaktu zjistil, mají i význam při diferenciální diagnostice.

Práce psychoterapeuta je také jednou z dalších pracovních činností na Lince důvěry a centra psychoterapie. Podmínkou účinné psychoterapie je navázání důvěrného a pozitivního terapeutického vztahu. Také je třeba klienta informovat o způsobu léčby, o jejím cíli i těžkostech, o roli terapeuta a také o tom, jak může klient v psychoterapii spolupracovat. V zařízení, ve kterém jsem vykonávala praxi jsme pracovali ve skupině s klienty, kteří trpí ve většině případech neurózami, někdy také psychosomatickými projevy. Tedy jde o klienty, kde je možná analytická terapie, nebo z ní odvozené další možnosti léčby, v našem případě skupinová psychoterapie. Poněšický uvádí, že *„Zde je třeba, aby byl terapeut svým vzděláním a výcvikem připraven vnímat tzv. přenosový (neurotický) vztah, který má své kořeny v traumatizujících zážitcích minulosti. Terapeut se snaží této, dnes již neadekvátní vztahovosti porozumět, toto porozumění pacientovi zprostředkovat a umožnit mu korektivní interpersonální zkušenost.“* (Poněšický, 2012, s.177). Psychoterapie má za cíl změnu, tedy změnu představy o sobě samém i o lidech, někdy i světa. Účinná psychoterapeutická intervence je opravdu účinná jen tehdy, pokud se dotkne silně emočně klienta a vyvolá v něm tak rozhodnutí změnit něco na svém chování nebo na sobě samém.

Na Lince důvěry a centra psychoterapie je prováděna veškerá pracovní činnost v souladu s etickými zásadami. Veškeré získané údaje jsou považovány za důvěrné, pracovníci respektují a chrání soukromí klientů a svěřené informace podléhají mlčenlivosti. Plháková uvádí, že klienti by měli vyslovit souhlas i s tím, že do jejich materiálů nebo videozáznamů může nahlížet i terapeutův supervizor. Vzhledem k rizikům pracovní činnosti v psychoterapeutické práci, je třeba kladně hodnotit, že Česká psychoterapeutická společnost při České lékařské společnosti přijala v roce 2000 dokument „Etické zásady“. Tento obsah je plně srovnatelný se zásadami Evropské asociace pro psychoterapii (EAP) a Plháková (2004, s. 36) dále uvádí krátký výňatek z tohoto dokumentu:

- *„Od psychoterapeutů se požaduje, aby používali svou odbornost s vážností vůči důstojnosti a sebeúctě jednotlivce, v nejlepším zájmu svých pacientů či klientů a s respektem vůči jejich právům. Psychoterapeuti musí prohlásit, že jejich profesionální působení odpovídá jejich odbornému výcviku a vzdělání.“*

- *Psychoterapeut je povinen jednat odpovědně, zvláště s ohledem na specifickou povahu psychoterapeutického vztahu, který je postaven na důvěře a jisté míře závislosti. Zneužití a porušení důvěry je považováno za zanedbání profesionálních povinností ve snaze uspokojit své vlastní osobní zájmy, které mohou být např. sexuální, emoční, společenské nebo finanční. Jakákoliv forma zneužití je proviněním proti profesionální etice psychoterapeuta.*
- *Informace podávané klientovi či pacientovi musí být věcné, objektivní a pravdivé, jakákoliv vtíravá inzerce či reklama je nedovolená ...“*  
(Zprávy, 2000, s. 15 -17).

Stejně, výše uvedené etické zásady, dle mého názoru, platí i pro činnost sociálního pracovníka.

Dalo by se říci, že etika je vlastně věda o správném chování. Otázkou, podle čeho se ale chovat si kladly již celé generace před námi. Měl by se člověk tedy řídit podle svých tradic nebo raději podle společenských norem nebo podle vlastního uvážení a rozumu nebo třeba i podle náboženských přikázání? Imanuel Kant se snažil tuto diskusi převést na vědeckou úroveň a dospěl až k tzv. morálním imperativům. Poněšický ve své knize uvádí, že v aplikaci na mezilidské chování, tedy i jednání psychoterapeuta k pacientovi, došel Kant k dnes všeobecně známému závěru, že se máme chovat k druhému, jako bychom to byli my sami. Poněšický, ale poukazuje na nedostatečnost tohoto jinak užitečného pravidla, kdy přitom vychází z případů ze své praxe (Poněšický, 2012, s. 172).

### **3.1. Krizová intervence**

Slovo krize – křisis – pochází z řečtiny a značilo soudní proces, ve kterém vyvrcholil spor a došlo k rozsudku nebo k rozhodnutí. Obecně by se dalo říci, že slovo krize označuje vyvrcholení určitého děje, který směřuje k nutné a neodkladné změně (obratu, katastrofě), jak uvádí Lucká (Matoušek a kol., 2003, s. 119). Jednoduše řečeno mými vlastními slovy, tedy dochází k vyhocení situace, která si dále vyžaduje neodkladné řešení. Lucká dále uvádí: „*Krizí se rozumí situace, která způsobuje změnu v navyklém způsobu života a vyvolává stav, nerovnováhy,*

ohrožení a stresu. Nemůže být proto řešena v rámci obvyklého repertoáru vyrovnávacích strategií jedince. Přesahuje jeho adaptační možnosti i zdroje běžných obranných mechanismů. Psychickou krizi zná každý člověk jak z vlastní zkušenosti, tak ze zkušenosti blízkých i vzdálenějších lidí. Patří k osobnímu růstu i zrání. Na psychickou krizi jako pozitivní mezník ve vývoji člověka se dá pohlížet v případě, že krize je včas rozpoznána a překonána, jestliže se jedinci dostane adekvátní podpory, případně pomoci.“ (Matoušek a kol., 2003, s. 120) Krize, ale může také vyústit v opačném případě v psychickou nerovnováhu, která může signalizovat poruchu zdraví, nezvládání běžných situací v životě a tím je negativně ovlivněna rovnováha a kvalita života. Potom jsou ohroženy základní jistoty a hodnoty.

Uvádím zde jednotlivé pohledy a vnímání krize různých autorů. „Krizovou pomocí se rozumí psychologická a sociální pomoc člověku, který se ocitl v krizové situaci, kterou nedokáže vyřešit vlastními silami“ uvádí Matoušek (2003, s. 288). Vodáčková se vyjadřuje o krizi člověka: „Pojem krize označuje drastickou, negativně hodnocenou změnu, která působí na člověka.“ (Vodáčková, 2002, s. 27) a Baštecká uvádí: „Zvládání krizové situace je individuální, zpravidla trvá 4–6 týdnů.“ (Baštecká, 2009, s. 147).

Krizový stav, se kterým se setkáváme na Lince důvěry, je obvykle vyprovokován předchozím chováním jedince. Takový volající se na cestě za důležitými životními cíli setkává s takovou překážkou, kterou v určitém čase nemůže překonat obvyklými naučenými a přijatými metodami řešení. Pak nastává v jedinci emoční a často i racionální zmatek a dezorganizace. Hloubka tohoto stavu je závislá na míře krizové poruchy. Co jindy jedinec za příznivých okolností a za stavu psychické rovnováhy zvládal bez větší námahy, na to nyní spotřebuje velmi mnoho úsilí a času. A výsledek přitom nejenže neodpovídá vynaložené námaze, ale navíc nedochází v ničem k nápravě ani ke zlepšení. Krize je v obecné rovině porušením rovnováhy člověka.

Intervence v krizové situaci na Lince důvěry a centra psychoterapie je vedena jako první kontakt ve většině případů telefonem, dále osobním rozhovorem a v některých případech pokračuje následnou léčbou. Rozsah této pomoci, případně hloubka je dosud otevřenou a diskutovanou záležitostí. Ani terapeut nemá někdy na vyřešení každého případu, s nímž se na něho volající obrátí. Každý terapeut by si měl být vědom svých lidských a osobních hranic při poskytování pomoci a má mít

vždy odvahu říci volajícímu, že jeho pomoc končí, jestliže opravdu končí, a nabídnout mu pomoc kolegy, který může v daném případě dojít dál.

Podle Vodáčkové je možné dělit krizovou pomoc do jednotlivých forem poskytnutí odborné krizové pomoci (2007, s. 543). Tyto formy se dají specifikovat v pěti různých způsobech krizové pomoci, které spočívají buď v osobním kontaktu klienta v krizi, s krizovým pracovníkem nebo v telefonickém kontaktu. Často se jedná o prolínání resortů zdravotnictví a sociální práce.

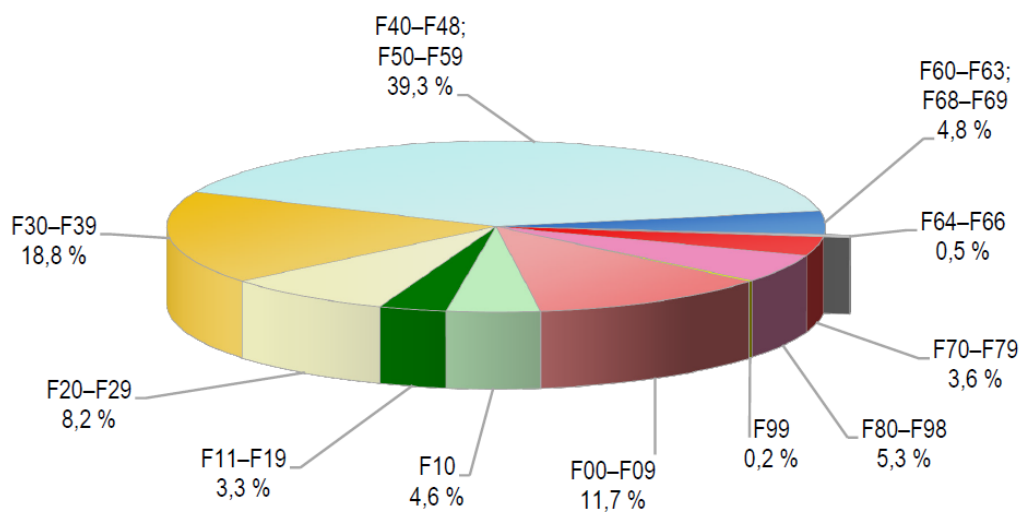
1. ambulantní forma
2. forma hospitalizace
3. forma terénní služby
4. forma krizové pomoci a služby v klientově přirozeném prostředí
5. telefonická forma

Ve své praxi jsem se setkávala nejčastěji s ambulantní formou pomoci a s telefonickou formou pomoci klientovi. S ostatními uvedenými formami jsem přišla do kontaktu jen v ojedinělých případech.

### **3.2. Lékařské vyšetření a diagnostika**

K prvnímu osobnímu rozhovoru si klienta zpravidla zveme do ordinace Linky důvěry, ve většině případů po předchozím telefonickém kontaktu v rámci péče krizové intervence. Po provedení základní diagnostiky, může být klientovi poskytnuta skupinová psychoterapie. V zařízení Linky důvěry a centra psychoterapie pracujeme ve skupinové psychoterapii většinou s klienty s diagnostikovaným onemocněním F40 – F48 (neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndrom poruch) a také F50 – F59 (chování spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory). Z přiloženého grafu vyplývá, že právě tato diagnostikovaná onemocnění mají největší zastoupení v populaci. Uvedené údaje vychází ze statistiky v roce 2015. Údaje jsem čerpala na internetu z dat uvedených Českým statistickým úřadem.

### 10. Struktura léčených pacientů v ambulantních psychiatrických zařízeních podle skupin psychiatrických diagnóz



Zdroj: Český statistický úřad, v elektronické podobě

K lepšímu porozumění výše uvedeného grafu uveřejňuji i přehled psychiatrických diagnóz MKN-10



## Přehled skupin psychiatrických diagnóz MKN-10

### List of groups of ICD-10 psychiatric diagnoses

Kód psychiatrické diagnózy	Název skupiny
F00–F09	Organické duševní poruchy včetně symptomatických
F10	Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním alkoholu
F11–F19	Poruchy duševní a poruchy chování, způsobené užíváním ostatních psychoaktivních látek
F20–F29	Schizofrenie, poruchy schizotypální a poruchy s bludy
F30–F39	Afektivní poruchy (poruchy nálady)
F40–F48; F50–F59	Neurotické, stresové a somatoformní poruchy a syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory
F60–F63; F68–F69	Poruchy osobnosti a chování u dospělých (mimo sexuálních poruch)
F64–F66	Sexuální poruchy
F70–F79	Mentální retardace
F80–F98	Poruchy psychického vývoje a poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a v dospívání
F99	Neurčená duševní porucha Ostatní nepsychiatrické diagnózy
<i>Code of psychiatric diagnosis</i>	<i>Title of group</i>
F00–F09	<i>Organic, including symptomatic, mental disorders</i>
F10	<i>Mental and behavioural disorders due to use of alcohol</i>
F11–F19	<i>Mental and behavioural disorders due to use of other psychoactive substances</i>
F20–F29	<i>Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders</i>
F30–F39	<i>Mood [affective] disorders</i>
F40–F48; F50–F59	<i>Neurotic, stress-related and somatoform disorders and behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors</i>
F60–F63; F68–F69	<i>Disorders of adult personality and behaviour (excl. sexual disorders)</i>
F64–F66	<i>Sexual disorders</i>
F70–F79	<i>Mental retardation</i>
F80–F98	<i>Disorders of psychological development and behavioural and emotional disorders with onset usually occurring in childhood and adolescence</i>
F99	<i>Unspecified mental disorder</i>

Zdroj: Český statistický úřad, v elektronické podobě

### 3.3. Psychoterapeutická činnost

Součástí pracovních činností Linky důvěry a centra psychoterapie je i činnost psychoterapeutická. Psychoterapie se používá jako hlavní léčebná metoda především ve spolupráci s psychology, psychiatry a psychoterapeuty. Vymětal uvádí, že je možné používat psychoterapii všude tam, kde se jako hlavní léčebná metoda osvědčila. „*Jsou to především všechny poruchy, onemocnění, u kterých se prokazatelně na jejich vzniku a vývoji podílejí psychogenní činitele.*“ (Vymětal, 1992, s. 123). Člověk je sociální bytostí, znamená to tedy, že bez vztahu k druhému člověku nemůže existovat. Pokud jsou právě jeho psychosociální vztahy narušeny, může se stát klientem psychoterapie.

V psychoterapii pracujeme s klientem jako jedincem individuálně nebo můžeme pracovat ve skupinové psychoterapii. Skupinovou psychoterapii můžeme dále rozdělit na dva základní typy. Jedná se o skupinu uměle vytvořenou nebo skupinu přirozenou. Ve své bakalářské práci se věnuji psychoterapii v uměle vytvořené skupině, což jsou v mé praktické části účastníci všech zmíněných případových studií. Pro vysvětlení uvádím, že uměle vytvořené skupiny jsou sestavené z klientů, kteří se mezi sebou na začátku neznají. To je důležitou podmínkou léčby, protože jinak by mohlo docházet k zatajování informací a k neupřímnosti klienta a psychoterapie by tak nemohla být účinná.

Pro úplnost zde uvádím základní rozdělení psychoterapie tak, jak ho známe a jak se používá:

- **individuální** - terapeut x klient
- **skupinová** – využívá dynamiku a vztahy vznikající mezi členy plánovitě vytvořené skupiny (nesmí být rodina, přátelé, známí)
- **kolektivní** - terapeut působí vhodně upravenými metodami individuální psychoterapie na více pacientů současně. Tento způsob je například relaxace, kolektivní sezení s přednáškami o drogách, alkoholu, problematika neuróz a jiné.
- **rodinná** - léčebný přístup se snaží navodit prospěšné změny v narušené rodině. Práce probíhá vždy s celou rodinou, terapeut se snaží o změnu celého rodinného systému, snaží se objasnit skrytý konflikt, rozdělení rolí a pozic

v rodině. V terapii se drží psychoterapeut určitých pravidel, pomáhá rodině objevit vlastní řešení.

Cílem psychoterapie je odstranění chorobných příznaků nebo reedukace, resocializace, rozvoj či integrace klientovi osobnosti. Psychoterapii využíváme v náročných osobních a životních situacích jako jsou deprivace, frustrace, konflikt, stres, dlouhodobě nežádoucí meziosobní vztahy, lhostejnost, odmítání, nepřátelství a jiné situace. Psychoterapie je často používána jako léčebná součást při onemocnění klienta různými typy neuróz a také psychosomatických onemocnění. Někdy bývá indikována i v běžných problémech života jako jsou vztahové problémy a existenciální krize.

### **3.4. Preventivní programy a osvětová činnost**

Zákon 108/2006 Sb. O sociálních službách uvádí, že *„Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.“* (2006).

Abychom lépe pochopili význam výrazu prevence, uvádím zde vysvětlení tohoto pojmu. Slovo „prevence“ pochází z latinského slova „praevenire“, které znamená „předejít, zabránit“ (Rejzek, 2001). Prevenci můžeme chápat jako soustavu opatření, která předchází jevům nežádoucí povahy. Prevence bývá často spojována s medicínským oborem. Ve zdravotnictví se používá ve smyslu předcházení nemoci před jejím vznikem. K tomuto tvrzení se přiklání i Hartl, Hartlová a uvádí prevenci jako *„předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům nemocem, aj.“* (Hartl, Hartlová, 2009, s. 450).

Jednou z mnoha činností Linky důvěry a centra psychoterapie jsou i preventivní a osvětové programy. Pracovníci Linky důvěry poskytují služby primární prevence rizikového chování a poradenství pro širokou veřejnost, děti, dospívající, jejich rodiče a také pro žáky škol. V průběhu roku se její pracovníci zapojují do příprav a pořádají dlouhodobé preventivní programy. Světová zdravotnická organizace pořádá u

příležitosti výročí svého vzniku (7. 4. 1948) den zdraví a vyhlásila celosvětovou kampaň na téma „Mluvme o depresi“. Linka důvěry se k této osvětové činnosti také připojila. Pracovníci Linky důvěry a centra psychoterapie se aktivně zapojují i do dalších preventivních programů a v rámci osvětových akcí pořádají i dny otevřených dveří. Zde se mohou návštěvníci dozvědět více o pomoci, činnostech i prevenci v sociální a psychosociální oblasti.

## 4. ROLE SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA

Podle Matouška se sociální pracovník zaměřuje na určitou sociální situaci určité osoby. „*V tom je jeho přínos pro práci multidisciplinárního týmu.*“ (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005, s. 205). Nabízí praktickou i emoční pomoc jak klientovi, tak i jeho blízkým osobám. Měl by být schopen pomoci i ve složitých situacích, kdy potřeby klienta a jeho nejbližších jsou v konfliktu. Má mít také přehled o dostupnosti vhodných služeb pro podporu klienta a jeho rodiny, měl by znát, jaká řešení nabízí státní i nestátní sektor. Sociální pracovník musí být schopen pracovat s lidmi, kteří utrpěli ztrátu.

Podle znění zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“ (§ 109 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách).

Havrdová uvádí, že kompetence sociálního pracovníka jsou dány profesí sociální práce, která je zaměřená na vytváření takových podmínek, aby byly efektivněji využity zdroje a dosaženo rozvoje jedinců, skupin nebo celé společnosti. Pro dané cíle jsou využívány různé nástroje jako komunikace, interakce, provádění a změny právních a společenských norem tak, aby byla zajištěna ochrana znevýhodněných jedinců či skupin (Havrdová, 1999, s. 40-42).

V praxi pak existuje několik základních typů sociálních pracovníků. Matoušek uvádí rozdělení podle praxe v sociální práci podle Banksové (1995):

**Angažovaný sociální pracovník**, který jedná s klienty s respektem a empatií a uplatňuje svoje osobní morální hodnoty. Sám sebe vnímá v první řadě jako osobu a až v druhé řadě jako sociálního pracovníka. Kritici tohoto typu poukazují na fakt, že

by mohlo dojít k neposkytnutí sociální péče všem klientům na stejné úrovni, tudíž je nezbytné postupovat v rámci institucionálních práv a povinností.

**Radikální sociální pracovník** při výkonu práce také zohledňuje své osobní hodnoty, nicméně za účelem změny legislativy a oblastí sociální práce, které nepokládá za spravedlivé.

**Byrokratický sociální pracovník** striktně odděluje svoje osobní hodnoty od těch profesních. Při výkonu sociální práce dochází k uplatňování dvou rolí, kdy v rámci první je zajišťována péče o klienta, na druhé straně sociální pracovník působí jako normalizátor vztahů a procesů v rodině.

**Profesionální pracovník** je profesionálem, který disponuje odbornými znalostmi a dovednostmi i praktickými zkušenostmi. Jeho hlavní prioritou jsou zájmy a práva klienta a v rámci výkonu své práce klade velký důraz na vztah s klientem tak, aby tento byl v pozici rovnocenného a aktivního partnera. (Matoušek a kol., 2003, s. 46).

#### 4.1. Potřebnost sociálního pracovníka

Podle Matouška sociální pracovník podporuje klienta na jeho cestě ke zjištění příčin problémů, a také ho vede k cíli, tedy k aktivnímu postoji a přístupu problém řešit. Sociální práce zahrnuje následující pomoc:

*„Krátkodobá pomoc – např. vyřizování žádostí, finanční výpomoc. Z takto prováděné sociální práce vyplývá zpravidla taková role klienta a sociálního pracovníka, v níž je jejich vztah formalizovaný podle pravidel.*

*Dlouhodobější pomoc – transformace a nové formování, kde je nezbytné, aby vztah sociálního pracovníka a klienta byl vztahem dvou spřízněných lidských bytostí. Pro sociálního pracovníka z toho plyne, že pokud má mít takováto sociální práce smysl, musí se změnit i jejich vzájemný vztah“ (Matoušek, 2003, s. 35).*

Ve své bakalářské práci se v praktické části budu věnovat výše uvedenému. V jednotlivých případových studiích budu pracovat s těmito pojmy a ukážu, jak se dají řešit problémy konkrétním způsobem.

## 4.2. Sociální pracovník jako součást týmu

Protože se ve své praktické části bakalářské práce budu dále věnovat třem kazuistikám a jednotlivé případy se budou lišit nejen svým příběhem, ale především konkrétním způsobem pomoci sociálního pracovníka v daném případě, uvádím zde teoretické vymezení pojmů, které dále bude souviset s vybranými případy.

Aktuálně se podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění vymezují některé pojmy následovně:

- sociální služba - činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,
- nepříznivá sociální situace - oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,
- dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav - nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy má trvat déle než jeden rok, a který omezuje duševní, smyslové nebo fyzické schopnosti a má vliv na péči o vlastní osobu a soběstačnost,
- přirozené sociální prostředí - rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity,
- sociální začleňování - proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný,
- sociální vyloučení - vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace,

- zdravotní postižení - tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby,
- plán rozvoje sociálních služeb - výsledek procesu aktivního zjišťování potřeb osob ve stanoveném území a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů, jehož obsahem je popis způsobu zpracování plánu, popis a analýza existujících zdrojů a potřeb osob, kterým jsou sociální služby určeny, včetně ekonomického vyhodnocení, strategie zajišťování a rozvoje sociálních služeb, povinnosti zúčastněných subjektů, způsob sledování a vyhodnocování plnění plánu a způsob, jakým lze provést změny v poskytování sociálních služeb.

V sociální práci s klientem je kladen velký důraz právě na klienta - jeho přání a potřeby. Klient je v rovnoprávném postavení a má možnost volby. Tento stav stvrzuje právě i zákon o sociálních službách.

### 4.3. Specifická role a činnost sociálního pracovníka

V úvodu kapitoly se zmíním, co vlastně pojem role znamená. Sociální psychologie zkoumá člověka vzhledem ke společenským vztahům. Odkud se vzal pojem role v sociálně psychologickém smyslu? Říčan uvádí, že pochází z pojmu divadelní role: „*je to předpis, jak mluvit a jednat. Souhrnným termínem řečeno, je to předpis sociálního chování.* (Říčan, 1975, s. 247).

V této kapitole se pokusím charakterizovat činnost sociálního pracovníka s klientem, dále uvedu rozdělení a specifikaci rolí sociálního pracovníka v jednotlivých krocích.

Uvedené fáze mohou probíhat společně nebo se mohou i prolínat. Přesto je každá z nich jedinečnou a významnou složkou procesu mezi sociálním pracovníkem a klientem.

Rozdělení dle Matouška:



- První fáze je sociální studie, je etapou prozkoumávání, ale i důležitých rozhodnutí, např. zda vstoupit do procesu terapie, nebo nevstoupit. Klient předkládá problém. Klíčová je jeho motivace ke změně. Častým problémem klienta je pasivní očekávání pomoci zvenčí, jakési čekání, že daný problém se nějakým zázrakem vyřeší sám. Hlavním úkolem této fáze je klienta angažovat, dosáhnout toho, aby participoval na řešení svého problému. Anamnéza, kterou je třeba během první fáze práce s klientem zaznamenat, má zachytit pouze důležité body, v počáteční fázi je klient nejzranitelnější, ale současně nej přístupnější.
- Druhou fází je vyšetření. Je to dynamický a stále se vyvíjející proces, který prostupuje celým obdobím trvání řešení problému. Jde o přesné určení rozsahu problému a stanovení pracovní hypotézy. Ta nám ukazuje možnosti pro řešení vzniklé situace. Pracovní hypotéza se proměňuje s měnící se životní situací klienta. V průběhu jednotlivých jednání s klientem se upřesňují cíle, které odpovídají klientovým potřebám. Je také třeba vzít v úvahu i dostupnost služeb.
- Třetí fází je intervence. Intervence, tedy terapie začíná vlastně už prvním kontaktem. Probíhá v rozhovorech, v uklidňování vzniklých emocí, ve vztahu, který je významnou léčebnou součástí. Cíle intervence si určují klient a pracovník společně. V případě, že klient potřebuje speciální službu, sociální pracovník mu ji vyhledává a pomáhá mu s příslušnou institucí nebo s odborníkem v prvotní komunikaci. Pokud služba selže, sociální pracovník je povinen hledat jiné náhradní odborné možnosti pomoci pro klienta.
- Ukončení je závěrečnou fází případové práce. Předem by mělo být domluveno, za jakých okolností proces poskytování profesionální pomoci skončí. Bezvýznamné prodlužování terapie posiluje klientovu závislost. Je také důležité, jakým způsobem je intervence ukončena, jak pracovník zhodnotí klientovu spolupráci, jeho cestu k cíli v řešení problému. Je také důležité, jak jej ocení a podpoří, vyzdvihne jeho klady, jak jej připraví na změny vyžadující delší dobu.

Další možností rozdělení případného řešení v činnosti sociálního pracovníka s klientem je i následující strategie, kterou zde uvádím a kterou ve své praxi využívám.

Strategie, rozdělení etap a přístupová činnost sociálního pracovníka:

- 1. etapa sociální evidence a prvního kontaktu s klientem**
- 2. etapa diagnostická**
- 3. etapa zpracování plánu sociální terapie**
- 4. etapa sociální terapie**
- 5. etapa ověřování výsledků**

V následujícím výčtu se podrobněji věnuji obsahu jednotlivých etap, které slouží jako vodítko pro případovou práci sociálního pracovníka.

### **1. etapa sociální evidence a prvního kontaktu s klientem**

- depistáž, vyhledání klienta či klient vyhledá sociálního pracovníka
- evidence: skutečností, svědecká, podle okolností
- první kontakt s klientem

### **2. etapa diagnostická**

- zjišťování a hledání příčin, které vedly k sociálnímu problému, stanovení sociální diagnózy
- rozhovory s klientem, pozorování
- sociální, osobní, zdravotní, školní, profesní anamnéza, anamnéza problému
- etický kodex sociálního pracovníka

### **3. etapa zpracování plánu sociální terapie**

- etapa navrhování řešení a plán sociální pomoci
- vypracování individuálního plánu s klientem – časový i obsahový
- krátkodobá, dlouhodobá pomoc
- spolupráce sociálních pracovníků v rámci rezortu

### **4. etapa sociální terapie**

- etapa sociálního vedení
- nejnáročnější etapa
- vytváření sociální sítě
- spolupráce v rámci rezortu

### **5. etapa ověřování výsledků**

- etapa zpětné vazby a ověřování předchozích návrhů

- hodnocení, zda byl problém vyřešen
- hodnocení účinku, prevence návratu a opakování sociálních problémů

V rámci činností sociálního pracovníka je důležité uvést také kompetence sociálního pracovníka.

Kromě předpokladů k vykonávání povolání sociálního pracovníka tak, jak jsou definovány zákonem, je od odborníků v sociální práci vyžadována určitá způsobilost ke zvládnutí specifických situací a činností dané profese. V literatuře je tato způsobilost označována jako kompetence. Barker v anglickém slovníku sociální práce definuje kompetenci jako *„schopnost naplnit požadavky povolání nebo jiné požadavky. V sociální práci zahrnuje tato schopnost zvládnutí požadavků vzdělávacích i zkušenostních, které jsou demonstrovány absolvovanými diplomními zkouškami i schopností realizovat pracovní závazky a dosahovat cílů sociální práce při zachování hodnot a dodržování etického kodexu profese.“* (Barker, 2003, s. 86). V České republice je jako kompetence označován soubor požadavků na vzdělání, v běžné řeči znamená nejčastěji předpoklady nebo schopnosti zvládat určitou roli, činnost nebo situaci (Jandourek, 2001, s. 125). Slovo kompetence se dá tedy v překladu používat jako způsobilost nebo schopnost. V případě sociálního pracovníka jsou jeho kompetence nedílnou podmínkou k vykonávání jeho pracovní pozice. Kompetence mu vlastně umožňují vykonávat svou práci kvalifikovaně, sociální pracovník je tedy kvalifikovaným odborníkem ve vykonávání své pracovní činnosti.

## 5. PRAKTICKÁ ČÁST – KLIENTI LINKY DŮVĚRY

Pro moji praktickou část bakalářské práce jsem vycházela ze své praxe, kterou jsem vykonávala a stále vykonávám na Linky důvěry, v jejím Centru psychoterapie. Centrum psychoterapie navštěvují klienti jedenkrát týdně v odpoledních až večerních hodinách a celé skupinové sezení trvá většinou čtyři hodiny. Do skupiny jsou odesíláni klienti na základě diagnostického doporučení lékaře psychiatra, který je součástí pracovního týmu Linky důvěry. Klienti, kterým lékař navrhne psychoterapeutickou léčbu ve skupině, jsou ve většině případů klienti s onemocněním na bázi neuróz různého typu nebo ti, kteří trpí tzv. reaktivními stavy. Jejich psychickému onemocnění často předchází i jejich neutěšená životní situace. Někdy vyhledávají naši klienti odbornou pomoc i s několikaletým zpožděním, protože často mívají obavu nebo se dokonce stydí, říci si o pomoc. V takových případech může psychoterapeutická léčba trvat i mnoho let a klienti se tak neustále zlepšují v chování v interakci ke svému okolí i sami k sobě.

Nejčastěji řešíme s klienty problematiku v rodinných vztazích, pracovních, partnerských vztazích a výchovných. Dále pracujeme s problémy zdravotními, generačními, sexuálními a také sociálními a sociálně-právními. V této praktické části se pokusím popsat kazuistiku tří klientů, tak jak probíhala a jak jsem se s ní na své praxi setkala. Protože jsem na Linku důvěry a centra psychoterapie docházela pravidelně po celou dobu mého tříletého studia, všimla jsem si, že někteří klienti ve skupině by se mohli posouvat nejen v psychické oblasti, ale nabyla jsem pocit, že by se s nimi dalo současně pracovat intenzivněji i v řešení jejich sociálních otázek. Konkrétně jsem si všimla, že je trápí a tíží problémy s nedořešeným bydlením, nemohou najít odpovídající zaměstnání, ve kterém by se cítili úspěšně a spokojeně, neumí si sami poradit s řešením problému fyzického a psychického týrání v rodině. Někteří další klienti trpící sociální fobií si tak například nejsou schopni zajistit ani sociální dávky, na které mají z pozice svého onemocnění nárok. Jejich úzkostné stavy a panické ataky jim natolik brání v komunikaci s úřady, kde se potkávají s naprosto cizími osobami, že nejsou schopni si zajistit ani základní pomoc a podporu, která jim náleží.

## 5.1. Přístup ke klientům v současném složení pracovníků Linky důvěry

Vycházím ze zkušenosti, kdy při setkávání se s klientem na skupinové psychoterapii, kde docházelo k léčbě psychického onemocnění klienta, se v některých případech ukázalo, že špatný psychický stav klienta a jeho úzkostné projevy v chování mohou být pravděpodobně úzce propojeny i s jeho sociální situací.

Nejprve uvádím jednotlivé kazuistiky klientů tak, jak jsem je za dobu mého působení praxe pozorovala a konzultovala s psychoterapeuty, kteří skupinovou psychoterapii vedou a do které tito klienti docházeli. **Moje role byla v tuto chvíli spíše pozorovatelská, naslouchala jsem a skládala jsem si jednotlivé informace** v jeden celek. Pro uvedení těchto případových studií jsem se všemi zúčastněnými, které zde uvádím, provedla i doplňující rozhovory, ve kterých jsem si ujasňovala, zda jsem jejich situaci správně pochopila a rozumím jí tak v souladu s jejich prožíváním.

V druhé části kazuistiky bych chtěla uvést pohled ze strany sociálního pracovníka. Napadalo mě, jaké postupy by se mohly v konkrétních jednotlivých případech aplikovat ze strany činnosti sociálního pracovníka, který by s klientem pracoval ve chvíli, **kdyby byl součástí multidisciplinárního týmu** Linky důvěry a centra psychoterapie. Uvedu zde možnosti, o kterých se domnívám, že by mohly v daných situacích velmi pomoci nebo že by alespoň mohly řešení jednotlivých problémů usnadnit. To bylo také cílem výsledku tohoto praktického zkoumání – tedy potvrdit hypotézu, zda by mohl být začleněný sociální pracovník přínosem pro klienta v řešení jeho sociálních potřeb, kdyby s ním byl v pracovním terapeutickém vztahu v rámci pracovního týmu.

### 5.1.1. Kazuistika I – Případ klienta s depresí spolu se sociálními problémy z pohledu pozorovatele.

Pan Z. T., 43 let žil dříve se svojí přítelkyní a malým dvouletým synem v družstevním bytě v panelovém domě. Nájemné za byt hradil včas a v plné výši. Měl

zajištěné zaměstnání, do práce chodil pravidelně a své pracovní povinnosti si plnil. Byl zaměstnaný jako dělník na výrobní lince. Jemu i jeho rodině se dařilo dobře, finanční situace byla uspokojivá. Přítelkyně byla toho času na rodičovské dovolené. V průběhu jejich společného soužití se ale zvyšovaly finanční nároky jeho přítelkyně. Protože jeho přítelkyně začínala být ve společném vztahu nespokojená a navazovala i jiné známosti, měl pan Z. T. strach, aby nepřišel o přítelkyni i o syna. Snažil se jí tedy ve všem vyhovět a vyjít vstříc, plnil jí její přání a pořizoval tak drahé dovolené do zahraničí v domnění, že tak bude jeho přítelkyně spokojená a jejich společný vztah zůstane zachovaný. Její nároky se stále stupňovaly a pan Z. T. dále uspokojoval rozmary své přítelkyně. Pořizovali drahé značkové oblečení a nové vybavení do bytu. Finanční úspory byly tou dobou již dávno vyčerpané a tak jejich nepříznivou finanční situaci začal řešit pan Z. T. různými finančními půjčkami, které bankovní sektory v té době nabízely. Většinou čerpal půjčky, které byly splatné do třech měsíců, maximálně do půl roku, což při jeho finančním příjmu nebylo vůbec reálné splácet. Přítelkyně byla doma na rodičovské dovolené a pobírala jen minimální částku rodičovského příspěvku ze státních dávek. Na splácení dluhu se finančně nepodílela.

Pan Z. T. se snažil řešit svou špatnou finanční situaci tím, že si našel druhé zaměstnání, aby tak mohl splácet své dluhy. Ze životního standardu přítelkyně se nesnažil nijak slevit. Bohužel toto mělo za následek, že se pan Z. T. zdržoval doma jen minimálně, domů se chodil už jen vyspat a jeho přítelkyně se seznámila s jiným mužem, se kterým se začala pravidelně stýkat. Pan Z. T. se dostal už tak velké finanční krize, že přestal splácet i předepsané měsíční nájemné za byt. V důsledku těchto dalších uvedených nepříznivých skutečností se začal dostávat pan Z. T. do krizové situace, kterou u něho vyvolal strach, že o svou přítelkyni skutečně přijde a neuvidí tak ani svého syna, o kterého se staral a měl ho rád. Roztáčela se tak pomyslná spirála stresu, obav, strachu, úzkosti, neschopnosti splácet stále narůstající dluh i hrozba definitivní ztráty jeho přítelkyně. V této době začal mít pan Z. T. i zdravotní problémy, které se stupňovaly a později vyústily až v depresivní onemocnění. Uvedená situace už byla pro pana Z. T. natolik neúnosná, že si nevěděl rady, jak by mohl svou těžkou životní situaci dále řešit. V tuto chvíli již nedocházel pan Z. T. do práce, protože mu to už jeho zdravotní stav neumožňoval. Pan Z. T. mi sdělil, že neměl sílu dojít ani k lékaři, aby si od něho nechal vystavit pracovní neschopnost. V práci s ním ztráceli trpělivost pro jeho neomluvené absence. Rozhodl

se tedy ve svých těžkostech zavolat na Linku důvěry a centra psychoterapie, kde se svěřil telefonickému pracovníkovi se svými již nahromaděnými problémy, se kterými si už nedokázal sám poradit.

Právě v tuto uvedenou chvíli se stává pan Z. T. klientem Linky důvěry a centra psychoterapie. Pracovník telefonní linky jej trpělivě vyslechl a empaticky s ním probral případné možnosti, zatím alespoň částečného řešení jeho problémů. Nabídl mu osobní schůzku, při které se setká s ním a také s lékařem psychiatrem, se kterým bude moci svou situaci podrobněji probrat. Vše se odehrává přímo v sídle Linky důvěry a centra psychoterapie. Klient Z. T. přišel na domluvenou schůzku pozdě a omlouval se, že mu nebylo dobře a bylo mu tak špatně, že nemohl vstát ani z postele. Při příchodu na Linku důvěry a centra psychoterapie se klientovi věnoval sociální pracovník, se kterým byl klient v kontaktu až do doby, kdy jej předal k vyšetření lékaři – psychiatrovi. Ten s ním probral důvody, které pana Z. T. na Linku důvěry přivádějí a udělal s ním v rámci probíhajícího vyšetření anamnézu. Ptal se na jeho další eventuální zdravotní problémy a nakonec stanovil diagnózu depresivní onemocnění. Panu Z. T. doporučil v rámci vyšetření farmakoterapii a také mu nabídl a doporučil možnost docházet do skupinové psychoterapie, kam by začal chodit později – asi po měsíci od zahájení jeho léčby psychofarmaky. Je to obvyklá doba, ve které se očekává nástup předepsané léčby, tedy antidepresiv. Pan Z. T. nabídku přijal a asi za měsíc a půl začal docházet pravidelně jedenkrát týdně na skupinovou psychoterapii.

Klient byl v prvních návštěvách klidný, do dění na skupině se příliš nezapojoval, spíše naslouchal a reagoval na zapojení se do debaty až po vyzvání od psychoterapeuta. Téměř po dalším měsíci a půl začínal být klient více komunikativní a sdělil na skupině svůj příběh. Svěřil se se svými problémy a skupinu informoval o jeho současné situaci. V tu dobu už s ním jeho přítelkyně nebydlela a pan Z. T. také přišel o zaměstnání, do kterého dříve docházel. Zaměstnavatel s ním rozvázal pracovní poměr z důvodu neomluvené absence. Panu Z. T. byl doručen exekuční příkaz na byt, protože své dluhy nesplácel. Ostatní členové skupiny jeho informaci přijali a snažili se panu Z. T. poradit, jak by mohl svou situaci řešit. I psychoterapeut mu nabízel návrhy, co by mohl ve své situaci udělat. Při dalším pravidelném docházení tohoto klienta do psychoterapeutické skupiny se postupně, v průběhu

měsíců a let zlepšoval jeho psychický stav, ale jeho sociální situace se spíše zhoršovala. Klient na doporučení, aby vzniklou situaci, která se týkala exekučního příkazu na byt, nereagoval a žádným způsobem se jej nepokusil řešit. Říkal, že je dysgrafik a dyslektik a že není tedy schopen a neumí napsat ani dopis na úřady.

Zdalo se, že pan Z. T. na svou stávající sociální situaci rezignoval, v tuto chvíli byl bez řádného zaměstnání a říkal, že ani nemá důvod být motivovaný a chodit do zaměstnání, protože na jeho plat byl též vydán exekuční příkaz a tedy většina jeho výdělku by byla poskytnuta ke splácení jeho vzniklého dluhu. Radost mu v jeho situaci dělaly procházky přírodou a setkávání se se svým synem. Po uplynutí několika dalších měsíců zůstávala situace pana Z. T. v podobně stejném stavu. Klient stále pravidelně docházel na skupinová psychoterapeutická sezení a své problémy stále nijak neřešil, přestože dostával návrhy i od psychoterapeuta, který se jej snažil povzbudit k aktivnímu přístupu v řešení vzniklé situace. Po uplynutí delší doby klient sdělil, že mu byt bude z důvodu nesplácení narostlých dluhů odebrán a že jej tady musí vyklidit. Na dotaz, kde bude bydlet, reagoval klidně, že neví, že je skromný a že bude žít někde v přírodě, protože ji má rád. Na otázku, jak bude řešit své bydlení v zimě uvedl, že to je ještě za dlouho a to, že ještě neví, ale že to nějak dopadne.

Klient svůj byt skutečně nakonec v exekučním řízení pozbyl. V současnosti dochází klient stále na Linku důvěry a centra psychoterapie do skupinové psychoterapie. Jeho účast na skupinových sezeních není již tak pravidelná, ale především v zimních měsících se stává jeho docházka pravidelnější. Momentálně klient pobývá v opuštěném polorozpadlém domku v lese, bez možnosti vody i elektrického proudu, finanční prostředky si obstarává drobnými příležitostnými pracemi, jako je pomoc při opravě auta, štípání dřeva, různé jednorázové výkopové práce apod. S hygienou i ošacením mu vypomáhají někteří lidé ze skupiny. Z pohledu pozorovatele výše uvedené kazuistiky vnímám kladný vztah pana Z. T. ke svému synovi. Za zmínku také stojí, že klient není v současné chvíli závislý na žádných návykových látkách a nepožívá ani alkohol. Se svou situací se zdá být smířený a na dotaz, zda mu tento současný způsob života vyhovuje, odpověděl, že asi ano.



### **5.1.2. Kazuistika I - Případ klienta s depresí spolu se sociálními problémy z pohledu začleněného sociálního pracovníka.**

Domnívám se, že kdyby byl v podobných případech klientů, jako jsem uvedla výše, sociální pracovník součástí pracovního týmu terapeutů a mohl by se účastnit pravidelných psychoterapeutických sezení s klienty ve skupině, mohl by klient být více „ošetřený“ i po stránce jeho sociálních problémů.

Některé výše uvedené skutečnosti by se daly řešit v přímém kontaktu sociálního pracovníka s klientem. Díky pravidelnému setkávání se ve skupině, by byl sociální pracovník v blízkém profesionálním vztahu s klientem a měl by bližší povědomí o jeho způsobu života i o jeho problémech

Nyní se pokusím uvést konkrétní situace, ve kterých by mohl být sociální pracovník přínosem v řešení různých situací. V části, ve které jsem uvedla *„Ostatní členové skupiny jeho informaci přijali a snažili se panu Z. T. poradit, jak by mohl svou situaci řešit. I psychoterapeut mu nabízel návrhy, co by mohl ve své situaci udělat.“*, by mohl sociální pracovník ze své pozice nabídnout přímou pomoc klientovi ve smyslu dojit s ním osobně do banky a zeptat se na možnosti splátkového kalendáře. Tím by mohl klient jednak překonat svou bariéru k úřadům a problém by se možná mohl vyvíjet jinou cestou. Dále jsem uvedla: *„Klient na doporučení, aby vzniklou situaci, která se týkala exekučního příkazu na byt, nereagoval a žádným způsobem se jej nepokusil řešit. Říkal, že je dysgrafik a dyslektik a že není tedy schopen a neumí napsat ani dopis na úřady. V takovou chvíli, si umím představit, že by mohl sociální pracovník nabídnout osobní pomoc se sepsáním žádosti nebo dopisu. Bylo by samozřejmě na rozhodnutí klienta, zda by takovou pomoc přijal. Domnívám se ale, že tak, jak jsem pana Z. T. za dobu mého tříletého docházení na praxi poznala, pomoc v tomto ohledu by možná přijal. V další části „Zdálo se, že pan Z. T. na svou stávající sociální situaci rezignoval, v tuto chvíli byl bez řádného zaměstnání a říkal, že ani nemá důvod být motivovaný a chodit do zaměstnání, protože na jeho plat byl též vydán exekuční příkaz a tedy většina jeho výdělku by byla poskytnuta ke splácení jeho vzniklého dluhu. V tuto chvíli by se mohl pokusit sociální pracovník znovu společně s klientem probrat jeho finanční záležitosti a případně jej opakovaně motivovat a vyzývat k tomu, aby se jakékoliv zaměstnání odpovídající jeho*

možnostem a vzdělání, alespoň pokusil hledat. Případně by mohl sociální pracovník i sám aktivně vyhledat pracovní nabídky a mohl by je klientovi představit. Také by jej mohl doprovodit na úřad práce k registraci nezaměstnaných. V dané výše uvedené situaci by klientovi mohl vzniknout nárok na státní sociální podporu v nezaměstnanosti. Ve stejném odstavci uvádím, že *„Po uplynutí delší doby klient sdělil, že mu byt bude z důvodu nesplácení narostlých dluhů odebrán a že jej tedy musí vyklidit.“* I v takto závažné situaci by se mohl sociální pracovník společně s klientem pokusit o řešení jeho bytové otázky. Je možné, že kdyby se situace s bytem řešila, mohlo by se v ideálním případě dojít i v této situaci k jinému výsledku, který by byl ve prospěch klienta. Nájemní smlouva na byt by mohla zůstat v jeho majetku. Připouštím, že uvedená situace již byla ve stavu, kdy jakékoliv řešení by bylo obtížné, nikoliv ale nemožné. Dále rozebírám situaci: *„Na otázku, jak bude řešit své bydlení v zimě uvedl, že to je ještě za dlouho a to, že ještě neví, ale že to nějak dopadne.“* I zde by mohl sociální pracovník nabídnout pomoc, že se mohou společně pokusit najít „střechu nad hlavou“ a případným možným řešením by mohlo být pokusit se získat například sociální bydlení, které je pro lidi v podobných situacích možným řešením.

V případě této kazuistiky je z uvedených komentářů za citacemi patrné, že sociální pracovník by v přímé práci s klientem mohl být podporou. Společně s klientem by mohl intenzivněji pracovat na řešení krizových situací v rámci své odbornosti a působení v centru psychoterapie. Závěrem uvádím, že se domnívám na základě výše uvedeného, že „Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na Lince důvěry“ by mohla být možná a důležitá součást pracovního týmu, který přispívá svou činností ke spokojenosti klienta v řešení jeho problému.

## **5.2 Kazuistika II – Případ klientky s poruchou osobnosti a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu pozorovatele.**

Slečna M. K., 27 let je svobodná žena, která momentálně žije se svým partnerem v jeho bytě. Její partner je cizinec a na území České republiky pracuje jako podnikatel v jeho soukromé společnosti. Hovoří plynule česky.

Slečna M. K. začala docházet do skupinové psychoterapie Linky důvěry a centra psychoterapie asi před rokem. Při prvním kontaktu se skupinou působila na terapeuty jako tichá, milá a nespělá slečna. Při dotazu od ostatních členů skupiny, co ji přivedlo na Linku důvěry a centra psychoterapie slečna M. K. odpovídá, že má jen spoustu starostí a necítí se dobře. Bližší informace o sobě nesdělovala, jen nás informovala, že žije s přítelem, kterého má ráda a on ji moc pomáhá. Při této informaci se klientce chvěl hlas a později se rozplakala. Své projevy v chování měla potřebu vysvětlovat terapeutům i ostatním klientům psychoterapeutické skupiny a uvedla, že neví, co se to s ní děje.

Slečna M. K. docházela na jednotlivá skupinová sezení nepravidelně. V průběhu prvního měsíce o sobě sdělila, že je hodně společenská, má ráda lidi, ráda se baví a dříve bývala stále veselá. Nyní se také někdy směje, ale jen málo, protože přítel to nemá rád. V průběhu dalších setkávání se s lidmi na skupině, se slečna M. K. velmi pomalu sblížovala s ostatními členy psychoterapeutické skupiny a to vedlo k její větší otevřenosti. Klientka hovořila nejprve o své původní biologické rodině, ze které pocházela. Slečna M. T. v dětství vyrůstala jen se svou matkou a starší sestrou, rodiče se rozvedli v době, kdy jí bylo asi 7 let. S otcem se nestýká, ani o něm nemá žádné informace. Psychický stav klientky se po dobu jejího docházení do skupiny příliš nezlepšoval a o svých problémech dosud ještě nehovořila. Slečna M. T. uváděla, že na skupinu chodí ráda, cítí se zde příjemně a uvolněně. Přes týden je v neustálém stresu a napětí. Docházení do terapie, jí ale přináší zklidnění.

Po uplynutí 4 měsíců, klientka také uvedla, že se musí stále hlídat a kontrolovat, aby něco neudělala špatně, přítel se na ni potom zlobí a dochází u nich doma k velkým hádkám. Uvedla, že ji párkrát v afektu i uhodil, ale poté se omluvil. Na dotaz, zda se to stává u nich doma často, odpověděla, že jak kdy, ale že se přítel dokáže rychle rozzlobit i kvůli maličkostem. Když se mu potom snaží vzniklou situaci vysvětlit, jen ho to rozzuří ještě více. Klientka se dále svěřila na skupině, s důvěrnou informací, že pokud si chce přítele udobřit, musí s ním mít sex. Při sexu je na ni potom přítel hrubý, oslovuje ji vulgárními výrazy a ponižuje ji. Také se mu musí podřídít v některých sexuálních praktikách, které se jí nelíbí, jsou pro ni bolestivé a vůbec jí nevyhovují. Klientka se přítelovi v tomto směru ve všem podřídí, protože ví, že potom na ni bude zase nějakou dobu hodný. Dále hovoří o tom, že je přítel moc

milý, že jí dává peníze a také u něj může bydlet. Sama sobě položila otázku, že neví, co by jinak bez přítele dělala, že by ani neměla kam jít. Celou situaci hodnotí, že to není tak strašné, jak to mohlo z jejího sdělování vyznít.

Po sdělení této informace slečnou M. T., se rozproudila ve skupině bouřlivá debata. Jednotliví členové se snažili poskytnout klientce své názory a doptávali se na další skutečnosti. Z rozhovoru dále vyplynulo, že slečna M. T. pracuje v přítelově společnosti. Ráno s ním odchází do práce, kde je s ním v kontaktu po celý den a po příchodu domů bývají potom doma časté hádky. Klientka se také zmínila, že nedostává za práci od přítele zapláceno jako ostatní zaměstnanci, ale že jí to nevadí, protože to pro přítele ráda udělá. On jí potom něco pěkného koupí na sebe nebo ji pozve na večeři do restaurace. Když se zrovna nehádají, dá jí i peníze, aby si mohla něco sama koupit. Připouští, ale že někdy je úplně bez peněz. To se musí hodně snažit, aby něco zase nepokazila.

Po skončení sdělování informací od klientky se jí snažili psychoterapeuti, i členové skupiny, poskytnout reálný náhled na její situaci. Terapeut nabízel i možnost řešení jejího problému. Klientka si názory i doporučení vyslechla, ale vzápětí začala přítele a jeho chování obhajovat. Opět vyzdvihovala, že je na ni moc hodný a že ví, že ji miluje, protože jí to říkal. Ona ho má také ráda, tak je vše v nejlepším pořádku. Lidé se prý mezi sebou někdy hádají, to je normální. Poté se slečna M. T. rozplakala. Na dotaz, co se děje, proč pláče odpověděla, že už je hodně hodin a že má strach, že ji přítel zase zbije, protože už je pozdě a ona už měla být dávno doma. Přítel sice ví, že dochází na skupinovou psychoterapii, ale stejně jí to nevěří. Říká jí, že chodí někam za jinými muži a ví, že mu je nevěrná. Po této informaci se slečna M. T. omluvila a rychle odešla ze skupiny.

Na příští skupinovou psychoterapii se klientka nedostavila, omluvila se, že jí není dobře. Po třech týdnech se slečna M. T. opět zúčastnila společné psychoterapeutické skupiny. Informovala, že je doma napjatá situace, ale že to bude zase dobré. Na ruku měla modřiny, o kterých nechtěla hovořit. Slečna M. T. docházela na Linku důvěry a centra psychoterapie, stále v delších časových intervalech. V současné době je to už téměř tři měsíce, kdy byla naposledy na

skupině. Nepodává o sobě žádné informace, s nikým z Linky důvěry a centra psychoterapie není v kontaktu.

### **5.2.1 Kazuistika II – Případ klientky s poruchou osobnosti a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu sociálního pracovníka.**

Podobně, jako v prvním případě, i nyní se pokusím nastínit situaci klientky s poruchou osobnosti z pohledu intervence sociálního pracovníka, který by byl po celou dobu účastníkem psychotherapeutické skupiny. V průběhu sezení nebo i v jiném čase by tak mohl klientovi poskytovat aktivně odbornou pomoc nebo poradenství. Začleněním sociálního pracovníka do multidisciplinárního týmu pracovníků Linky důvěry a centra psychoterapie by tak mohlo být dosaženo rychlejšího profesionálního řešení sociálních problémů klienta a tak by se teoreticky mohl zmírnit i dopad klientových problémů v celé šíři v jeho osobním životě. Domnívám se, že i zde by se výše uvedené skutečnosti daly řešit v přímém kontaktu sociálního pracovníka s klientem. Dále uvádím konkrétní situace.

Ve výše uvedené kazuistice jsem popsala „*Uvedla, že ji párkrát v afektu i uhodil, ale poté se omluvil. Na dotaz, zda se to stává u nich doma často, odpověděla, že jak kdy, ale že se přítel dokáže rychle rozzlobit i kvůli maličkostem. Když se mu potom snaží vzniklou situaci vysvětlit, jen ho to rozzuří ještě více.*“ V takové situaci by sociální pracovník přítomný skupinové terapie, tedy začleněný v multidisciplinárním týmu pracovníků, mohl zbystřit a přímo reagovat na ukazující se problematiku domácího násilí. V případě, že by pojal podezření problematiky domácího násilí v danou chvíli, mohl by o možnostech řešení vzniklé problematiky pohovořit s klientkou i po ukončení terapeutického sezení. Dále podobná situace „*Při sexu je na ni potom přítel hrubý, oslovuje ji vulgárními výrazy a ponižuje ji. Také se mu musí podřídít v některých sexuálních praktikách, které se jí nelíbí, jsou pro ni bolestivé a vůbec jí nevyhovují. Klientka se přítelovi v tomto směru ve všem podřídí, protože ví, že potom na ni bude zase nějakou dobu hodný.*“ Umím si představit situaci, že v tuto chvíli by přítomný sociální pracovník mohl upozornit klientku na vznikající problematiku domácího násilí. Konkrétně by ji mohl informovat, že chování jejího

přítele je již za hranicích zákona a ona se nejspíše stává obětí domácího násilí. Později by opět mohl slečnu M. T. informovat o konkrétních možnostech řešení. Dále jsem také uvedla „*Klientka se také zmínila, že nedostává za práci od přítele zapláceno jako ostatní zaměstnanci, ale že jí to nevádí, protože to pro přítele ráda udělá.*“ I v této situaci by mohl sociální pracovník reagovat a upozornit klientku, že se svým chováním dopouští její přítel trestného chování a klientku zneužívá ve svůj prospěch. V konkrétním návrhu řešení uvedené situace by jí mohl např. doporučit, aby se přímo obrátila na policii v řešení její situace. Případně by mohla zkusit s přítelem nejprve pohovořit o závažnosti stavu věci. V další situaci uvádím „*V současné době je to už téměř tři měsíce, kdy byla naposledy na skupině. Nepodává o sobě žádné informace, s nikým z Linky důvěry a centra psychoterapie není v kontaktu.*“ V případě, že by sociální pracovník byl součástí pracovního týmu, mohl by klientku zkusit sám kontaktovat a informovat se, jak se jí vede.

V uvedené kazuistice je vidět daleko více závažných sociálních problémů, které by se daly řešit zcela jistě i jinými způsoby, než jsem uvedla. Příklady, které jsem popsala, jen nastiňují možnosti řešení těchto problémů. Účelem této kazuistiky bylo ukázat, zda by role sociálního pracovníka mohla být přínosem v řešení sociální problematiky klientky. Domnívám se, že ano. K této uvedené případové studii bych závěrem uvedla, že sociální situace klientky se mi zdá být prioritou v řešení jejího stavu. Teprve když budou vyřešeny nebo alespoň zmírněny sociální problémy klientky, mohl by se zlepšovat i její psychický stav. Uvedená kazuistika je dalším praktickým příkladem propojení dvou oborů, sociálního a psychoterapeutického.

### **5.3.1. Kazuistika III – Případ klientky se sociální fobií a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu pozorovatele.**

Paní R. U., 30 let, začala pravidelně docházet do psychoterapeutické skupiny Linky důvěry a centra psychoterapie v době před dvěma roky. Skupinovou psychoterapii jí doporučil psychiatr v rámci jejího celkově neuspokojivého psychického stavu. Žije ve společné domácnosti s přítelem, který trpí mentální anorexií. Paní R. U. působila v prvních týdnech psychoterapie jako velmi uzavřená a

téměř se neprojevovala. V prvních týdnech o sobě prozradila jen základní osobní informace. Paní R. U. má starší sestru a oba rodiče, kteří žijí ve společné domácnosti. S otcem se nestýká, setkává se s ním jen v situacích, kdy jde na návštěvu za svou matkou. Klientka uvádí, že už od dětství vnímala, že ji otec nemá rád.

Teprve po asi až dvou měsících se svěřila, že nechodí do žádného zaměstnání, protože má strach z lidí. Tento strach je pro ni tak velkým stresem, že jí způsobuje panické záchvaty úzkosti, které u ní následně vyvolávají i psychosomatické obtíže. Klientka uvedla, že právě z těchto důvodů pobírá dávky částečného invalidního důchodu. Nikdy nebyla dosud zaměstnaná, dříve jí bývalo někdy tak špatně, že si nemohla dojít ani nakoupit. Paní R. U. docházela na terapii pravidelně. Uvedla, že nejprve se bála, že nebude schopná se účastnit skupinových sezení pravidelně, ale s postupujícím časem nedělá paní R. U. pravidelná docházka již takové potíže. Na psychoterapeutickou skupinu nyní dochází, jak sama uvádí, ráda a poznala zde spoustu příjemných lidí, se kterými se ráda setkává a kteří plují na podobné vlně, jako ona.

V době, kdy klientka navštěvovala Linku důvěry a centrum psychoterapie asi rok, její matka nečekaně a náhle zemřela. Tato nepředvídaná a tragická situace klientky měla za důsledek zhoršení jejího celkového zdravotního stavu, především po stránce psychické. Po nějakou dobu nebyla schopná ani docházet na terapii do Linky důvěry a centra psychoterapie. Když po delší době začala opět docházet na skupinu, řešila problémy spojené s pozůstalostí po její matce. Uvedla, že má problém v komunikaci se svým otcem i sestrou ve věci týkající se pozůstalosti majetku. Sdělila, že se společnými silami oba snaží paní R. U. prohlásit za nesvéprávnou, aby její dědický podíl zůstal otci a sestře. Její otec má údajně významné kontakty mezi lékaři a prý si zajistí, aby klientku mohl umístit na uzavřené psychiatrické oddělení, odkud se nebude moci dále vrátit zpět do svého domova. Tím dosáhne toho, že mu zůstane v majetku klientčin podíl z dědictví.

Klientka byla ve velmi špatném psychickém stavu a neměla sílu dále odolávat, už v tak těžké situaci, ještě tlakům svého otce. Situaci řešila tím, že se opět uzavřela a byla velmi apatická ke svému okolí. Nepřebírala poštu ani neplatila měsíční nájemné za byt. Dávky invalidního důchodu jí byly pozastaveny, protože se

nedostavila k lékařskému vyšetření na přezkoumání jejího zdravotního stavu. Uvedla, že vůbec neví jak má svou vzniklou situaci dále řešit, protože není schopná momentálně ani dojít na úřady, natož tam s někým ještě komunikovat. Terapeuti reagovali na vážnost její situace a snažili se jí povzbudit k činnosti v komunikaci s úřady. Také někteří členové psychoterapeutické skupiny nabídli paní R. U. svoji pomoc.

V současné chvíli pracuje klientka na sobě, na vztazích s lidmi kolem sebe a sama se snaží pomáhat ostatním členům psychoterapeutické skupiny Linky důvěry a centra psychoterapie.

### **5.3.1 Kazuistika III – Příklad klientky se sociální fobií a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu sociálního pracovníka.**

Ve výše uvedené kazuistice se nyní pokusím nastínit situaci klientky se sociální fobií a z toho plynoucí sociální problémy z pohledu sociálního pracovníka, který by byl po celou dobu účastníkem psychoterapeutické skupiny. I v tomto případě se domnívám, že by mohl být sociální pracovní součástí multidisciplinárního pracovního týmu a v průběhu sezení nebo i v jiném čase by tak mohl klientce poskytnout aktivní odbornou pomoc nebo poradenství. Mohlo by se dosáhnout lepších vztahů a komunikace v rodině. Jsem si vědoma toho, že problémová situace vztahů by se nejspíše nevyřešila k dokonalému fungování, ale mohla by alespoň zlepšit emoční klima rodiny a zvládání emocí v rodinné interakci. Tím by mohlo být dosaženo zmírnění klientčiny sociálních problémů a tedy i lepšího psychického stavu klientky. Nyní uvedu konkrétní situace.

*„Uvedla, že má problém v komunikaci se svým otcem i sestrou ve věci týkající se pozůstalosti majetku. Sdělila, že se společnými silami oba snaží paní R. U. prohlásit za nesvéprávnou, aby její dědický podíl zůstal otci a sestře. Její otec má údajně významné kontakty mezi lékaři a prý si zajistí, aby klientku mohl umístit na uzavřené psychiatrické oddělení, odkud se nebude moci dále vrátit zpět do svého domova.“* Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního pracovního týmu by se



mohl pokusit vstoupit dočasně do rodinné situace a pokusit se tak společně se všemi členy rodiny pohovořit o současném stavu. Terapeutova přítomnost by tak mohla v ideálním případě ukázat nové cesty v komunikaci mezi jednotlivými členy rodiny.

V kazuistice jsem dále zmínila *„Nepřebírala poštu ani neplatila měsíční nájemné za byt. Dávky invalidního důchodu jí byly pozastaveny, protože se nedostavila k lékařskému vyšetření na přezkoumání jejího zdravotního stavu. Uvedla, že vůbec neví jak má svou vzniklou situaci dále řešit, protože není schopná momentálně ani dojít na úřady, natož tam s někým ještě komunikovat.“* Tím se klientka dostávala do sociálních problémů, se kterými by jí mohl začleněný sociální pracovník multidisciplinárního pracovního týmu pomoci. Například si umím představit situaci, kdyby paní R. U. pomohl doprovodit na úřady a případně by jí mohl pomoci i v komunikaci řešení jejích problémů s úředníky.

Opakovaně i v této uvedené kazuistice je vidět, jak se jednotlivé obory v sociální a psychoterapeutické oblasti vzájemně prolínají. Příklady, které jsem se snažila vybrat, jsou i zde jen jednou z možností mnoha řešení konkrétní situace. Na příkladu jsem se pokusila uvést, zda by mohl být začleněný sociální pracovník přínosem pro klientku při řešení jejích aktuálních sociálních potřeb, kdyby byl součástí pracovního týmu Linky důvěry a centra psychoterapie.

## **6. VÝHODY A NEVÝHODY ZAČLENĚNÍ SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA DO PRACOVNÍHO TÝMU LINKY DŮVĚRY**

V následujících podkapitolách se pokusím uvést, jaké jsou výhody a nevýhody začlenění sociálního pracovníka do pracovního týmu Linky důvěry a centra psychoterapie.

### **6.1. Výhody**

Jako nespornou výhodou vidím v zefektivnění procesu péče o klienty v jejich tíživé životní situaci. Sociální pracovník jako součást týmu nabízí tu výhodu, že řešení vzniklých problémů týkajících se klienta je možné řešit současně po více liniích. V mé bakalářské práci uvádím propojení mezi částmi sociální oblasti a oblasti psychoterapeutické. Domnívám se, že při řešení několika problémů najednou by mohla být doba návratu klienta kratší, tedy by se mohl rychleji začlenit zpět do společnosti a do běžného způsobu života.

Ráda bych uvedla i další význam sociálního pracovníka pro činnost Linky důvěry a centra psychoterapie a tím by mohlo být navázání blízkého profesionálního vztahu se sociálním pracovníkem jako jedincem. Terapeutický vztah je základním předpokladem úspěchu, že se psychoterapie stane účinnou. Ve své práci se věnuji skupinové psychoterapii, tedy klient má možnost v interakci se skupinou zažívat blízkou spolupráci, jako se společným celkem. Domnívám se, že tento jedinečný vztah a „blízkost“ pouze mezi dvěma osobami – sociálním pracovníkem a klientem, by umožnil zažít vztah jiný, bližší, nežli ve skupině. Někteří klienti, kteří docházejí do psychoterapeutické skupiny, trpí sociální fobií. Klient s touto diagnózou se nerad dostává do blízkého kontaktu s neznámou osobou. I v takovém případě by začleněný sociální pracovník v týmu mohl být přínosem pro klienta, protože by se již znali a sociálním pracovník multidisciplinárního týmu by mohl být styčnou osobou při řešení klientových problémů s úřady.

## 6.2. Nevýhody

Jako nevýhodu začlenění sociálního pracovníka do pracovního týmu Linky důvěry a centra psychoterapie vidím ve zvýšení finančních prostředků na odměnu za odvedenou práci, kterou by sociální pracovník vykonával. Náklady na další pracovní sílu jsou poměrně významné. Nejednalo by se pouze o pravidelnou měsíční finanční odměnu, ale i o zajištění a vybavení dalšího pracovního místa. Náklady s tímto spojené jsou nemalé.

Další nevýhodou by mohlo být, že někteří klienti by mohli mít tendence „zneužívání“ sociálního pracovníka ve svůj prospěch. Dokáží si představit situaci, kdy si klient bude říkat o pomoc sociálnímu pracovníkovi jako součásti pracovního týmu i v případě, že by si vzniklý problém mohl vyřešit sám. K takovému způsobu chování by jej mohl vést fakt, že se se sociálním pracovníkem zná a mají mezi sebou „bližší“ vztah. V takovém případě je ale jen na sociálním pracovníkovi, aby se zachoval jako odborník profesionál a motivoval a vedl klienta k samostatnému vyřešení jeho problémů, pokud je to v jeho silách.

Sociální pracovník jako člen multidisciplinárního týmu by také mohl narušovat intimitu a bezpečné léčebné prostředí pouhou svou přítomností na terapeutických skupinách. Klienti, kteří jsou v psychoterapeutické léčbě, potřebují zajištění bezpečného prostředí pro úspěšný vývoj této léčby. V některých situacích by mohl sociální pracovník jako člen terapeutického týmu narušovat svými vstupy důvěrný vztah mezi terapeutem, členy skupiny a klientem.

## 7. POPIS METODOLOGIE

Definice kvalitativního výzkumu, kterou uvádí Hendl jako „*proces hledání porozumění, založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a prování zkoumání v přirozených podmínkách.*“ (Hendl, 2016, s. 48)

Ve své praktické výzkumné části jsem se zaměřila právě na holistický přístup, kdy tento přístup vyjadřuje slovo *holismus* (z řeckého *holos*, celek). Holistický přístup vyjadřuje filosofický názor nebo směr, který zdůrazňuje, že všechny vlastnosti nějakého systému se nedají určit nebo vysvětlit jen pouhým zkoumáním jeho částí. Holismus tvrdí, že „celek“ je důležitější než jeho části a každá z částí má význam pouze vztahujeme-li její význam k ostatním částem nebo k celku. Holismus tedy vychází z přesvědčení, že skutečnost se nedá chápat na základě jejích jednotlivých částí, ale pouze jako větší celek. Lidské poznání, které je rozdělováno do jednotlivých vědeckých oborů, tedy tímto způsobem holismus nedělí a tvrdí, že všechny vědy (přírodní, sociální i humanitní) jsou vyjádřením pouhého zkoumání vlastností jednoho velkého celku. Ve své práci tedy pohlížím na jednotlivé části klientových problémů a vnímám je jako celek.

Kvalitativní výzkum na rozdíl od kvantitativního výzkumného šetření není pouhým sběrem dat a je definován, zpracováván a hodnocen z širšího hlediska. Další předpoklad je založen na myšlence, že kvalitativní výzkum pracuje s logikou a dedukcí. Stejně tak je nutné věnovat i rozboru získaných informací, kdy se jedná o „*proces zkoumání jevů a problémů v autentickém prostředí s cílem získat komplexní obraz těchto jevů založený na hlubokých datech a specifickém vztahu mezi badatelem a účastníkem výzkumu. Záměrem výzkumníka provádějícího kvalitativní výzkum je za pomocí celé řady postupů a metod rozkrýt a reprezentovat to, jak lidé chápou, prožívají a vytvářejí sociální realitu.*“ (Švaříček, Šedřová, 2007, s. 17).

Metoda uvedeného kvalitativního výzkumu se mi jeví pro pochopení a porozumění jednotlivých případů vhodná. V kvalitativním výzkumu je uvedeno velké

množství dat, jednotlivé kazuistiky jsou zpracované do hloubky a snaží se popsat řešení problému v celém svém rozsahu tak, aby byl vzat v úvahu nejen psychický stav klienta, ale i jeho sociální situace, které se spolu často prolínají nebo spolu mohou souviset.

Metody, které byly použity:

případová studie, analýza dokumentace klienta, rozhovory s pracovníky Linky důvěry a centra psychoterapie, rozhovory s klienty - účastníky psychotherapeutické otevřené skupiny, dlouhodobé zúčastněné pozorování a vlastní interpretace.

Výběr klientů vhodných pro moji bakalářskou práci jsem se snažila volit tak, aby rozsah činností v sociální pomoci danému klientovi byl v jednotlivých případových studiích různorodý. Chtěla jsem tak představit více možností spolupráce sociálního pracovníka s klientem v součinnosti s poznatky, které jsem získala díky svému dlouhodobému, tříletému působení na tomto pracovišti. Pro svoji praktickou část výzkumného vzorku osob jsem vybírala již z klientů, kteří pravidelně docházejí na skupinovou terapii v rámci činnosti Linky důvěry a centra psychoterapie.

## ZÁVĚR

Ve své bakalářské práci jsem se nejprve věnovala teoretické části, která obsahovala jednak popis činností a chodu Linky důvěry a centra psychoterapie a také jsem se snažila o vymezení a vysvětlení pojmů souvisejících s její činností. Jsou zde podrobně popsány služby, které Linka důvěry nabízí a k dokreslení skutečnosti jsou použity kazuistiky, které práci Linky důvěry popisují a prezentují tak její skutečnou činnost pracovníků.

Stejnou měrou jsem se věnovala teoretickému vymezení a popisu činností a specifických rolí sociálního pracovníka. Také jsem uvedla potřebnost sociálního pracovníka a v samotném závěru praktické části jsem se pokusila shrnout výhody a nevýhody začlenění sociálního pracovníka do pracovního týmu Linky důvěry a centra psychoterapie. Rovněž jsem se věnovala ve své práci popisu metodologie, abych tak ukázala metody, které byly použity a na jejichž základě jsem se pokusila odpovědět na výzkumnou otázku, jaká by mohla být role „Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na Lince důvěry“.

Z mého pohledu, tedy z pohledu budoucího sociálního pracovníka, se mi jeví pozice sociálního pracovníka jako možná a důležitá součást pracovního týmu, který přispívá svou činností ke spokojenosti klienta v řešení jeho problému. Sociální pracovník by se tak mohl stát přínosem v součinnosti práce s psychoterapeuty a klient by se tak případně mohl rychleji začlenit zpět do běžného fungování ve svém životě. S klientem by se tak mohlo pracovat ve více směrech – ve směru nejen po jeho psychické stránce, ale i v řešení jeho sociálních potřeb s cílem, urychlit jeho návrat do společnosti.

Spolupráce s klienty probíhala v přátelském duchu a za dodržení zásady týkající se důvěrnosti a ochrany výzkumných i osobních dat. Zkoumané osoby uvedené v jednotlivých kazuistikách jsem informovala o tom, že jejich účast ve výzkumné části bude anonymní a všechny získané údaje jsou důvěrné. Informace budou použity jen pro potřeby bakalářské práce. Rovněž komunikace a spolupráce

s dalšími pracovníky Linky důvěry probíhala v klidné atmosféře, když jsem se doptávala na chod a další činnosti na tomto pracovišti.

Díky celkovému propojení bylo možné dojít ke komplexnímu a hlubšímu pohledu a pochopení jednotlivých případových studií. V jednotlivých případech se nachází většinou více problémů - sociálních i zdravotních, které jsou ve vzájemné interakci. **Svou výzkumnou otázku uplatnění a „role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na Lince důvěry“ jsem postavila na tom, zda by mohl sociální pracovník ovlivnit vývoj klientova případu svou přítomností na skupinových terapeutických setkáváních.** Zpracovaná výzkumná část odpovídá na otázku, zda by mohl být začleněný sociální pracovník přínosem pro klienta v řešení jeho sociálních potřeb, kdyby s ním byl v pracovním terapeutickém vztahu v rámci týmu.

Dále ve své bakalářské práci zohledňuji i etické aspekty sociálního pracovníka a limity šetření. Etická zodpovědnost vůči klientům je důležitou součástí sociální práce. Princip lidských práv je pro sociální práci zásadní. Ve své práci jsem se věnovala roli sociálního pracovníka, který hájí prvořadě zájmy klienta a ne zájmy sociálních pracovníků nebo organizací, ve kterých tito odborníci pracují. Důležité pro mne také bylo ukázat, že sociální pracovník má zodpovědnost za svůj přístup ke klientovi. Sociální pracovník v multidisciplinárním týmu Linky důvěry a centra psychoterapie uznává právo a potřebu volby klienta dělat svobodná a vlastní rozhodnutí. Ve své práci mnohokrát zdůrazňuji jak ochranu práv klienta, tak i samotných sociálních pracovníků, kdy je potřeba si v tomto vztahu jasně vymezit hranice mezi klientem Linky důvěry a centra psychoterapie a sociálním pracovníkem, začleněným v multidisciplinárním týmu. Tyto hranice potom vylučují jakékoliv bližší a sexuální vztahy s klientem a naopak se snaží navázat a udržet blízký důvěrný vztah na profesionální úrovni, který je často v řešení klientových těžkostí velmi významný. To jsem se snažila ukázat ve své praktické části.

Z důvodu zachování anonymity také ve své bakalářské práci neuvádím jména, klientů ani přesnější popis města, kde jsem svou praxi vykonávala. V jednotlivých kazuistikách používám smyšlené iniciály účastníků případových studií, aby nemohlo dojít, ani náhodou, k bližší identifikaci.

Vzhledem k tomu, že informovanost a veřejné výzkumy na téma „Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na Lince důvěry“ jsou uváděny jen velmi málo, popsané výzkumné zjištění by tak mohlo mít i přidanou hodnotu získaných zkušeností v oblasti sociální práce s psychicky nemocným klientem.

Svou myšlenkou jsem ve své bakalářské práci chtěla poukázat na možnost vytvoření bezpečného prostředí, ve kterém můžou všechny zúčastněné osoby řešit problémy a hledat východisko z obtížných životních situací klienta. Domnívám se, že výše uvedené by mohlo být hlavním posláním pro vytvoření nové role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu Linky důvěry a centra psychoterapie. Snažila jsem se zde poukázat na nově vznikající prostor mezi psychoterapeutickou oblastí a sociální oblastí, kde by se mohl ve svém působení sociální pracovník nově uplatnit. Svou bakalářskou prací poskytuji dále prostor ke komunikaci, ke sdílení, k hledání řešení a snad také otevírání nových možností.



## SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARKER, R. L. *The Social Work Dictionary*. Washington, DC: NASW Press, 2003. ISBN 087101355X.

BAŠTECKÁ, B. (ed.). *Psychologická encyklopedie: aplikovaná psychologie*. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-470-0.

CAPLAN, G. *Duševné zdravie v rodine a spoločnosti*. Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied v Bratislave. Bratislava, 1970.

DRAPELA, V. J., *Přehled teorií osobnosti*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-606-3.

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ – PROCHÁZKOVÁ, A. *První pomoc v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2005. ISBN 978-80-247-7745-0.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. 2. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-569-1.

HAVRDOVÁ, Z. *Kompetence v praxi sociální práce*. 1. vyd. Praha: Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál, 2016. ISBN 978-80-262-0982-9.

JANDOUREK, Jan. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-535-0.

KNOPPOVÁ, D. et al. *Telefonická krizová intervence-linka důvěry*. 2.vyd. Praha: Remedium, 1997.

MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-549-0.

MATOUŠEK, O., Koláčková, J., Kodymová, P., (eds.). *Sociální práce v praxi*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

PLHÁKOVÁ, A. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd. Praha: Academia, 2004. ISBN 978-80-200-1499-3.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. 3. vyd. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-547-3, 9788073875473.

PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 3. vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 8071785792.

REJZEK, J. *Český etymologický slovník*. 1. vyd. Praha: Leda, 2001 ISBN 978-80-7335-296-7.

ŘÍČAN, P. *Psychologie osobnosti*. 2. vyd. Praha: Orbis, 1975.

ŠVAŘÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. *Kvalitativní přístup a jeho teoretická a metodologická východiska*. In *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Grada, 2007. ISBN 978-80-7367-313-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. vyd. Praha: Portál, 2008. ISBN 9788073674144.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Daniela Vodáčková a kol. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 9788073673420.

VODÁČKOVÁ, D. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-214-9.

VYMĚTAL, J. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství, 1992.

ZPRÁVY SPOLEČNOSTI. Praha: Česká psychoterapeutická společnost, č. 39, 2000.

## Internetové zdroje

LINKA DŮVĚRY A CENTRUM PSYCHOTERAPIE MLADÁ BOLESLAV. *Linka důvěry Mladá Boleslav*. [online] [cit. 2017-07-15]. Dostupné z: <http://www.linka-duvery-mb.cz/>.

ÚSTAV ZDRAVOTNICKÝCH INFORMACÍ A STATISTIK ČR. *Psychiatrická péče*. [online] ÚZIS ČR 2010-2017, s. 30, [cit. 2017-07-16]. Dostupné z: <http://www.uzis.cz/category/tematicke-rady/zdravotnicka-statistika/psychiatrie-obecne>

## Zákony

Zákon č. 108/2006 Sb., O sociálních službách

## Bakalářské práce

RASOCHOVÁ, Pavlína. Případová konference jako metoda práce s rodinou a dětmi na OSPOD. Praha, 2017. Bakalářská práce. Pražská vysoká škola psychosociálních studií. s. 18. Vedoucí bakalářské práce PhDr. Hana Hejná.

IŠTVANOVÁ, Kateřina. Role sociálního pracovníka v diagnostickém ústavu. Praha, 2016. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, s. 27. Vedoucí bakalářské práce doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D.

# PŘÍLOHY

## Příloha č. 1 : Informovaný souhlas

**Informovaný souhlas s využitím výzkumného rozhovoru pro účely zpracování bakalářské práce.**

### **Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na Lince důvěry**

Účelem rozhovoru je sběr informací od klienta, který dochází na Linku důvěry a centra psychoterapie. Zaměření otázek pro klienta je na jeho vnímání dané situace a možnosti případného řešení klientova problému v sociální oblasti.

S účastníkem rozhovoru bude veden rozhovor, ze kterého budou pořizeny poznámky a zápis. Dotazovaný klient může kdykoliv ukončit spolupráci bez udání důvodu. Se získanými údaji budu dále pracovat v souladu se zachováním anonymity klienta a jeho osobní údaje budou pozměněny tak, aby nemohlo dojít k identifikaci klienta Linky důvěry a centra psychoterapie. Získané údaje budou použity výhradně ke zpracování výzkumné praktické části bakalářské práce.

S výše uvedenými podmínkami souhlasím.

.....  
Podpis tazatele

.....  
Podpis klienta

## **BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE**

**Jméno a příjmení autorky:** Jana Toncarová

**Studijní program:** B 6731 Sociální politika a sociální práce

**Studijní obor:** Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

**Název práce:** Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na Lince důvěry

**Počet stran (bez příloh):** 51

**Celkový počet stran příloh:** 3

**Počet titulů české literatury a pramenů:** 25

**Počet titulů zahraniční literatury a pramenů:** 2

**Počet internetových odkazů:** 2

**Vedoucí práce:** Doc. PhDr. David Urban, PhD.

**Rok dokončení práce:** 2017

## EVIDENČNÍ LIST KNIHOVNY

Souhlasím s tím, aby má bakalářská/diplomová práce byla využívána ke studijním účelům.

V Mladé Boleslavi, dne: 25. 7. 2017

---

Jana Toncarová

Uživatel/ka potvrzuji svým podpisem, že pokud tuto bakalářskou/diplomovou práci využiji ve své práci, uvedou ji v seznamu literatury a budou ji řádně citovat jako jakýkoliv jiný pramen:

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

11.11.

**Posudek vedoucího/oponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Jana Toncarová

Obor studia: Sociální politika a sociální práce

Název práce: Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na Lince důvěry

Vedoucí práce: doc. PhDr. David Urban, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 51

Počet stránek příloh: 1

Počet titulů v seznamu literatury: 29

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Oborová příléhavost tématu

		2		
--	--	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		2		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

0 – viz komentář				
------------------	--	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			3	
--	--	--	---	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití výzkumných empirických metod

			3	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		2		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

			3	
--	--	--	---	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			3	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

			3	
--	--	--	---	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

			3	
--	--	--	---	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

			3	
--	--	--	---	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

-

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

V teoretické části textu na některých místech není uvedena použitá literatura. Jedná se o vlastní text autorky? Případně vycházela z vnitřních směrnic organizace atd., a pokud ano, proč nejsou uvedeny odkazy na tyto zdroje?

Práce se skládá z části teoretické a praktické. V teoretické části jsou popsána základní teoretická východiska, prezentovaný text je přiléhavý k tématu práce a adekvátní s ohledem na bakalářskou práci. V praktické části autorka dále popisuje kazuistiky klientů a následně se zamýšlí nad tím, jak by situace klienta mohla být řešena z pohledu sociálního pracovníka, přičemž v závěru práce sumarizuje klady a zápory přítomnosti sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu. Tato část práce je zajímavá a přínosná, nicméně mohla být např. rozšířena o konkrétní teorie a metody sociální práce, včetně odkazu na ně, které by sociální pracovník mohl v dané situaci využít.

Příliš nerozumím zařazení kapitoly „7. Popis metodologie“ až na závěr praktické části – doporučil bych tuto kapitolu zařadit spíše před popis kazuistik.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře

Datum, podpis: 11.8.2017





**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Jana Toncarová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu na Lince důvěry

Vedoucí/oponent práce: doc. PaedDr. Slavomír LACA, PhD.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 51

Počet stránek příloh: 3

Počet titulů v seznamu literatury: 29

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

		x		
--	--	---	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

			x	
--	--	--	---	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			x	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

--	--	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

			x	
--	--	--	---	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

			x	
--	--	--	---	--

Návaznost kapitol a subkapitol

		x		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

\*

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Vhodnosť prezentácie záverů práce  
(publikácie, referáty, apod.)

		X		
--	--	---	--	--

Otázky a námety k diskusi při obhajobě:

Ako je vnímaná spolupráca sociálneho pracovníka s jednotlivými pracovníkmi (lekár, psychológ, psychoterapeut) na linke dôvery?  
Aké poznáte preventívne programy a osvetová činnosť v rámci problematiky ktorú skúmate vo svojej práci?  
Akú výskumnú otázku alebo hypotézu by ste si stanovili v rámci svojho výskumného šetrenia, ktoré ste už realizovali?

Celkové hodnotení práce (klady, nedostatky):

Autorka Jana Toncarová sa zaoberá vo svojej práci problematikou sociálneho pracovníka v multidisciplinárnom tíme na Linke dôvery. Štruktúra práce je dobrá spracovaná v jednotlivých kapitolách a podkapitolách. V úvode autorka charakterizuje problematiku, ktorú rozoberá v jednotlivých kapitolách, taktiež si vytýčila cieľ svojej bakalárskej práce. Autorka pri písaní použila adekvátnu literatúru, ktorú uvádza v zozname bibliografických odkazov (autorka použila nielen ČR literatúru ale aj zahraničné publikácie, k tejto problematike). Záver práce je ukončený prílohou, v ktorej sa nachádza informovaný súhlas s využitím výskumného rozhovoru pre účely spracovania bakalárskej práce.

Predkladaná diplomová práca sa člení na teoretickú a empirickú časť. V rámci teoretickej časti práce diplomantka opisuje pohľad na zvolenú problematiku (linka dôvery, štruktúra tímu v linke dôvery, krízovú intervenciu, rola sociálneho pracovníka, a iné). Praktickú časť tvorí posledná kapitola. Autorka použila metódu kazuistiky troch klientov. Chválím autorku bakalárskej práce, že si vybrala veľmi závažnú a aktuálnu tému, ktorú rozoberá na jednotlivých stranách, ale v práci sa nachádzajú nedostatky.

Moje menšie výhrady sú: v 2 kapitole píše a charakterizuje linku dôvery ale chýba mi zdroj odkiaľ prišla k týmto jednotlivým informáciám strana 2, to isté kapitola 2.1, kapitola 3.2 Lékařské vyšetření a diagnostika mi chýba popis lekárskeho vyšetrenia a diagnostiky, podľa môjho názoru nie je dobre naformulovaný názov kapitoly, to isté kapitola 3.4 chýbajú mi preventívne programy, s. 15 popisuje autorka svoj postreh s čím sa v praxi stretla bolo by potrebné viac rozpísať ako je to z praxe a porovnať jednotlivé formy pomoci v rámci krízovej intervencie, aby to nebudilo subjektívny dojem autorky, 4.2 názov kapitoly nekorešponduje s obsahom danej kapitoly. V empirickej časti mi chýba cieľ ktorý si stanovila autorka pri empirickej časti a výskumná otázka alebo hypotéza čo chce autorka dosiahnuť a poukázať v rámci svojho výskumného šetrenia skrz jednotlivé kazuistiky.

Formálnej úprave práci, autorka chýbajú citačné zdroje, taktiež je zle číslovanie strán, riadkovanie pozri s. 1 teda úvod a je to v celej práci, s. 3, 4, 15... za delením ide čiarka alebo bodka.

Aj napriek jednotlivým výhradám sa domnievame, že predložená práca je zaujímavá spracovaná a spĺňa požiadavky kladené na bakalársku prácu.

Doporučení k obhajobě: doporučuji/~~nedoporučuji~~\*

- práca spĺňa požiadavky kladené na bakalársku prácu., preto ju doporučujem k obhajobe.

Navrhovaná klasifikace:

- klasifikujem ju stupňom – 2 (veľmi dobre) až 3 (dobre)

Datum, podpis: 08.08.2017