



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

Poradenství v kontextu zdravotně sociální péče

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Studijní program:

ZDRAVOTNĚ-SOCIÁLNÍ PÉČE

Autor: Markéta Palochová

Vedoucí práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

České Budějovice 2022

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci s názvem „**Poradenství v kontextu zdravotně sociální péče**“ jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 3. 5. 2022

.....

Markéta Palochová

Poděkování

Ráda bych vyjádřila poděkování vedoucí bakalářské práce PhDr. Lence Motlové, Ph.D. za její cenné rady a čas věnovaný zpracování této práce. Děkuji všem zdravotně sociálním pracovníkům, kteří byli ochotni zapojit se do výzkumu. V neposlední řadě patří poděkování také mé rodině a přátelům, kteří mi byli oporou po celou dobu studia.

Poradenství v kontextu zdravotně sociální péče

Abstrakt

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem je poskytováno sociální poradenství v kontextu zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních. V teoretické části práce byly představeny základní charakteristiky sociálního poradenství. V praktické části byly stanoveny výzkumné otázky. K dosažení stanoveného cíle bakalářské práce byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie za využití metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výzkumný soubor byl tvořen zdravotně sociálními pracovníky, kteří v době realizace výzkumu působili v nemocnicích v Jihočeském kraji. Polostrukturované rozhovory byly se souhlasem informantů zaznamenány ve zvukové podobě a následně přepsány. Analýza dat byla provedena metodou otevřeného kódování.

Bakalářská práce pojednává o jednotlivých aspektech poskytování sociálního poradenství a seznamuje se skutečným stavem realizace sociálního poradenství v nemocnicích z pohledu zdravotně sociálních pracovníků. Z výzkumu vyplynulo, že zdravotně sociální pracovníci v nemocnicích poskytují sociální poradenství zejména hospitalizovaným klientům a jejich rodinným příslušníkům, kterým pomáhají řešit stávající sociální situaci. Sociální poradenství je zaměřeno především na zajištění péče po ukončení hospitalizace. Obvykle probíhá u lůžka pacienta nebo v kanceláři zdravotně sociálních pracovníků. Výzkum odhalil potíže s nedostatečně zajištěným soukromím při poskytování sociálního poradenství osobám upoutaným na lůžko, potřebnost osvěty veřejnosti v oblasti sociálních služeb a dále upozorňuje na vhodnost zvýšeného zajištění bezpečnosti zdravotně sociálních pracovníků.

Bakalářskou práci bude možné využít jako zdroj informací o způsobu poskytování sociálního poradenství ve zdravotnických zařízeních v Jihočeském kraji. Dále bude sloužit jako zpětná vazba pro jednotlivá zdravotnická zařízení, ve kterých byl výzkum realizován.

Klíčová slova

sociální poradenství; poradenský proces; poradce; zdravotně sociální pracovník; zdravotně sociální péče

Counseling in the Context of Health and Social Care

Abstract

The aim of the bachelor 's thesis was to find out how social counseling is provided in the context of health and social care in medical facilities. The theoretical part of the thesis introduced the basic characteristics of social counseling. In the practical part, research questions were set. To achieve the set goal of the bachelor's thesis, a qualitative research strategy was chosen using the method of questioning and the technique of semi-structured interview. The research group consisted of health and social workers who worked in hospitals in the South Bohemian Region at the time of the research. The semi-structured interviews were recorded in audio form with the consent of the informants and subsequently transcribed. Data analysis was performed by open coding method.

The bachelor thesis deals with individual aspects of providing social counseling and introduces the actual state of implementation of social counseling in hospitals from the perspective of health and social workers. The research showed that health and social workers in hospitals provide social counseling mainly to hospitalized clients and their family members, whom they help to solve the current social situation. Social counseling is mainly focused on providing post-hospitalization care. It usually takes place at the patient's bedside or in the office of the health and social workers. The research revealed problems with insufficiently secured privacy in the provision of social counseling to bedridden people, the need to educate the public in the field of social services and also draws attention to the appropriateness of increasing the safety of health and social workers.

It will be possible to use the bachelor's thesis as a source of information on the method of providing social counseling in health care facilities in the South Bohemian Region. It will also serve as feedback for individual medical facilities in which the research was conducted.

Key words

social counseling; consulting process; consultant; health and social worker; health and social care

Obsah

Úvod.....	10
1 Teoretická část.....	11
1.1 Charakteristika poradenství.....	11
1.2 Poradenský proces.....	12
1.2.1 Fáze poradenského procesu	12
1.2.2 Průběh poradenského rozhovoru	13
1.3 Cíle poradenské práce	15
1.4 Vybrané poradenské přístupy.....	16
1.4.1 Psychoanalytický (freudovský) přístup	16
1.4.2 Individuální psychologická koncepce A. Adlera	16
1.4.3 Systemický přístup.....	17
1.4.4 Experienciální přístup	18
1.4.5 Narativní přístup	18
1.4.6 Behaviorální přístup.....	18
1.4.7 Gestalt přístup	19
1.4.8 Racionálně-emoční přístup	19
1.4.9 Eklekticko-integrativní přístup	20
1.5 Poradce.....	20
1.5.1 Osobnost poradce.....	20
1.5.2 Odbornost poradce	21

1.6	Metody poradenské práce	22
1.6.1	Informace	22
1.6.2	Distribuce (delegování).....	22
1.6.3	Klarifikace (objasnění)	23
1.6.4	Ventilace	23
1.6.5	Povzbuzení.....	24
1.6.6	Interpretace	24
1.6.7	Trénink.....	24
1.6.8	Relaxační techniky.....	25
1.6.9	Modelování	26
1.6.10	Hraní rolí.....	26
1.6.11	Konfrontace	27
1.6.12	Reflexe	27
1.7	Poradenství pro osoby se zdravotním postižením.....	27
1.8	Poradenství pro umírající a pozůstalé	31
1.8.1	Poradenství pro umírající.....	31
1.8.2	Poradenství pro pozůstalé	33
1.9	Mlčenlivost, ohlašovací povinnost.....	34
2	Praktická část.....	35
2.1	Cíl práce	35
2.2	Hlavní a dílčí výzkumné otázky.....	35
2.3	Operacionalizace pojmů.....	35

3	Metodika.....	37
3.1	Metody a techniky sběru dat	37
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	37
3.3	Etika výzkumu	38
3.4	Realizace a časový harmonogram výzkumu	38
3.5	Možné zkreslení výzkumu	39
3.6	Způsob zpracování dat	40
4	Výsledky.....	41
4.1	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 1	41
4.1.1	Klienti	41
4.1.2	Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 1	43
4.2	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 2	43
4.2.1	Oblasti pomoci.....	43
4.2.2	Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 2	45
4.3	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 3	46
4.3.1	Zprostředkování kontaktu	46
4.3.2	Prostředí	48
4.3.3	Vedení sociálního poradenství.....	49
4.3.4	Specifika poradenství u smyslového postižení	52
4.3.5	Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 3	53
4.4	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 4	54
4.4.1	Znalosti	54

4.4.2	Psychická zátěž	56
4.4.3	Časová náročnost	57
4.4.4	Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 4	59
4.5	Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 5	59
4.5.1	Komplikace	59
4.5.2	Možnosti zlepšení	62
4.5.3	Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 5	64
5	Diskuse	65
	Závěr	69
	Seznam použitých zdrojů	71
	Seznam příloh	78
	Seznam použitých zkratk	84

Úvod

Se sociálním poradenstvím se setkává každý jak sociální, tak zdravotně sociální pracovník. Poradenství ve zdravotnických zařízeních je specifické tím, že musí brát ohledy na konkrétní zdravotní znevýhodnění jedinců. Ocitáme se tak na pomezí zdravotní a sociální práce.

Personál nemocnice netvoří jen všeobecné sestry a lékaři, potažmo i další profese, ale jsou to i zdravotně sociální pracovníci, kdo se podílí na zajištění péče o pacienty. Ne každý by však ve zdravotnickém zařízení sociálního pracovníka očekával. Jsem ráda, že v rámci své bakalářské práce mohu představit základní činnost zdravotně sociálního pracovníka, a to poskytování sociálního poradenství. Když se člověk ocitne na nemocničním lůžku, očekává zejména péči o svůj zdravotní stav. Jenže každá hospitalizace jednou skončí a vzniká potřeba vyřešit, co dál. Od toho jsou tu zdravotně sociální pracovníci, aby pacientovi a jeho rodině představili možnosti zajištění péče po propuštění, pokud zdravotní stav neumožňuje celkovou soběstačnost. Poradenství poskytované zdravotně sociálními pracovníky se však může týkat široké škály oblastí, se kterými se mohou jejich klienti potýkat. Poradenský proces se pak odvíjí od konkrétní sociální situace dané osoby.

V teoretické části bude představen koncept poradenství jako celek. Tato část obsahuje devět kapitol. Nejprve je charakterizováno poradenství, následuje popis poradenského procesu, seznámení s cíli poradenské práce a vybranými poradenskými přístupy. Následuje seznámení s osobou poradce a s metodami poradenské práce. Dále jsou představena specifika poradenství pro osoby se zdravotním postižením, pro umírající a pozůstalé. Poslední kapitola je věnována oblasti mlčenlivosti a ohlašovací povinnosti.

Cílem praktické části je zjistit, jakým způsobem je poskytováno sociální poradenství v kontextu zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Bude zvolen kvalitativní výzkum, kde bude použita metoda dotazování. Data v této části budou získána polostrukturovanými rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky, kteří působí v nemocničních zařízeních v Jihočeském kraji. Budou zjištěny jednotlivé aspekty poskytování sociálního poradenství zdravotně sociálními pracovníky.

1 Teoretická část

1.1 Charakteristika poradenství

Služba sociálního poradenství je určena osobám, které nejsou schopny samostatně vyřešit specifickou situaci ve svém životě a potřebují vnější podporu (Koláčková a Kodymová, 2010). Tyto autorky dále uvádějí, že podpora je poskytována prostřednictvím udílení rad, podávání informací o právech, povinnostech a oprávněných zájmech, odkazování, aktivní pomoci při vyjednávání, zastupování nebo doprovázení. Poradce nabízí možnosti řešení a pomoc při jejich realizaci s cílem umožnit člověku, aby dokázal vlastními silami vyřešit svoji životní situaci (Koláčková a Kodymová, 2010).

Základní sociální poradenství poskytuje osobám informace, které přispívají k řešení nepříznivé sociální situace, ve které se nacházejí (Svobodová, 2019). Arnoldová (2016) udává, že při poskytování všech druhů sociálních služeb je sociální poradenství základní činností. Poskytovatelé sociálních služeb mají vždy povinnost zajistit tuto činnost (Arnoldová, 2016). Každý jedinec má právo na využití bezplatného základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace včetně jejího předcházení (Arnoldová, 2015).

Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby specifických okruhů sociálních skupin osob v manželských a rodinných poradnách, občanských poradnách, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí, poradnách pro seniory nebo poradnách pro osoby se zdravotním postižením (Arnoldová, 2016). Odborné sociální poradenství obsahuje sociální práci s osobami vykazujícími specifické potřeby (Svobodová, 2019). Jeho součástí jsou půjčovny kompenzačních pomůcek (Svobodová, 2019). Odborné sociální poradenství zahrnuje také sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností (Arnoldová, 2016). Jedná se o klienty závislé na návykových látkách, propuštěné z výkonu trestu nebo o osoby bez přístřeší (Svobodová, 2019).

Kubalčíková (2018) udává, že poradenství je poskytováno rovněž v nemocnicích zdravotně sociálními pracovníky. Stejná autorka doplňuje, že zdravotně sociální pracovníci poskytují poradenství nejen pro hospitalizované klienty, ale také pro jejich rodiny, které umí např. v případě plánovaného propuštění do domácího prostředí včas

nasměrovat na zajištění vhodných kompenzačních pomůcek. Zdravotně sociální pracovníci předávají klientům informace o dostupných službách (Kubalčíková, 2018).

1.2 Poradenský proces

1.2.1 Fáze poradenského procesu

Průběh poradenského procesu popsala řada autorů, kteří obvykle poradenský proces člení na několik vzájemně navazujících kroků (Hartl, 2008).

Drapela (1995) uvádí čtyři fáze poradenského procesu. Upozorňuje, že tyto fáze jsou epigenetické, tedy, že každá z nich dále staví na uspokojivém výsledku fází předchozích.

- a) *Seznámení, vytvoření kladného vztahu s klientem.* Během prvního rozhovoru se poradce seznámí s klientem a získá o klientovi základní informace. Poradce seznamuje klienta se zásadami poradenského procesu a snaží se v něm vzbudit důvěru. Dále se poradce snaží zjistit důvod klientovy návštěvy.
- b) *Diagnóza klientova problému.* Poradce shrne obsah předešlého rozhovoru a na některé body naváže. Vede klienta k dalšímu objasnění svého problému a pomáhá mu soustředit se na podstatné rysy problematické záležitosti. Diagnóza má být výsledkem společného úsilí klienta a poradenského pracovníka.
- c) *Volba cíle a alternativy řešení problému.* Cíl poradenského procesu je shodný s vyřešením diagnostikovaného problému. K tomuto cíli je možné využít různé cesty a prostředky, proto je třeba zvážit dostupné možnosti a zvolit tu alternativu, která dává největší naději na úspěch a odpovídá klientovým možnostem.
- d) *Klientovo rozhodnutí a zhodnocení výsledku.* Klient si uvědomuje, že opouští cestu, kterou dobře znal a vydává se na cestu, která je mu neznámá a vyvolává v něm úzkost. Někteří klienti stále váhají i po svém rozhodnutí. Poradce podporuje klienta, aby se nebál své rozhodnutí uplatnit. Většina klientů své rozhodnutí uskuteční a zvýší si tím pocit sebedůvěry. Poradce umožňuje klientovi začít se osamostatňovat a poradenský proces směřuje ke svému závěru.

Dále jsou popsány fáze poradenského procesu podle Úlehly (2007), který rozlišuje šest základních fází: přípravu, otevření, dojednávání, průběh, ukončení a přípravu. Tyto fáze na sebe navazují a cyklicky se opakují (Úlehla, 2007).

Hartl (2008) uvádí, že novější autoři se zaměřují zejména na odhalování skrytých možností klienta, jeho rodiny a blízkých, čímž se potlačuje přeceňování klientovy diagnózy.

1.2.2 Průběh poradenského rozhovoru

a) Zahájení poradenského rozhovoru

Pro úspěšný začátek poradenského rozhovoru je nutná příprava, která probíhá ještě předtím, než se setkáme s klientem (Krutilová, 2014). Krutilová (2014) udává, že příprava spočívá v úpravě prostoru tak, aby byl přizpůsoben potřebám klientů i poradců. Důležitá je také psychická příprava poradce před rozhovorem (Krutilová, 2014). Podle Hartla (2008) začíná rozhovor navázáním osobního kontaktu, od kterého se odvíjí výsledek celého rozhovoru. Poradce by měl vytvořit příjemnou atmosféru a zvládat se rychle orientovat v situaci (Hartl, 2008). Stejný autor upozorňuje, že je někdy třeba se na začátku setkání vypořádat s námitkami klientů, kteří často sdělují, že již hovořili s mnoha lidmi a k ničemu to nevedlo. Krutilová (2014) udává, že když poradce zahajuje rozhovor s klientem, je třeba si nejprve navzájem sdělit svá očekávání, určit hranice vztahu a jak bude vztah pro klienta bezpečný. Jedná se o vytyčení bezpečného rámce (Krutilová, 2014). Podle Hartla (2008) je prvním krokem při schůzce pomoci klientovi uvolnit se a cítit se pohodlně. Tentýž autor dodává, že je třeba, aby byl uvolněný i poradce. Uvedený autor dále upozorňuje, že je velmi důležité, aby poradce nechal klienta pokusit se najít doporučení ke své situaci nejprve sám. Klient často navrhne kroky, které by doporučil poradce, který následně klientovy návrhy potvrdí a posílí (Hartl, 2008). V práci s lidmi platí, že pro ně má největší cenu to, na co si přijdou sami (Hartl, 2008). Quisová (2020) upozorňuje na vhodnost používání otevřených otázek v poradenské práci. Otevřené otázky poskytují klientovi manévrovací prostor a umožňují mu směřovat komunikaci k tématu, které je pro něj důležité (Quisová, 2020).

b) Průběh poradenského rozhovoru

Poté, co jsou vytyčena pravidla bezpečné komunikace může poradce začít mapovat to, co od něj klient očekává, tedy vymezit zakázku/kontrakt klienta (Krutilová, 2014). Stejná autorka upozorňuje, že klientova zakázka nemusí být zpočátku zřejmá, může pak jít o delší proces. Uvedená autorka upozorňuje na právo klienta nevědět, co potřebuje od poradce. Dále uvádí, že v některých případech je klientova zakázka zřejmá, např. pokud

se jedná a krátkodobou práci směřující k vyřešení konkrétní potřeby, přičemž se může stát, že poté, co dojde k vyřešení takovéto jednoduché zakázky, se objeví zakázka složitější a poradce by poté měl zvážit, jestli je schopný klientovi pomoci. Pokud by se jednalo o situaci, která by byla již mimo kompetence a dovednosti poradce, je lépe klienta nasměrovat na jinou, odborněji zaměřenou službu z toho důvodu, že neodborná pomoc by mohla vést k poškození klienta (Krutilová, 2014).

Poté, co je vytvořena zakázka je nasnadě naplánovat jednotlivé kroky, které povedou k vytyčenému cíli (Krutilová, 2014). Autorka dále upozorňuje, že klient má právo v průběhu poradenského procesu změnit názor na naplánovaný postup nebo stanovenou zakázku. Lošťáková (2020) popisuje vhodnost využití metody SMART u stanovování dohod. Autorka uvádí, že každé z písmen představuje jedno kritérium, které by mělo být vzato do úvahy. Dohoda by měla být specifická, měřitelná, akceptovaná, reálná a termínovaná (Lošťáková, 2020).

Poradenský rozhovor má podobu vztahu, kdy klient hovoří o svých potížích a poradce se stává jedním z nástrojů vedoucích ke změně (Gabura a Pružinská, 1995). Autoři uvádějí, že poradce během rozhovoru aktivně naslouchá, podporuje, chápe a inspiruje. Tito autoři doplňují, že klient sděluje poradci informace neustále, a to slovy, mlčením, výrazem v obličejí nebo pohyby. To vše představuje klíče k pochopení problému, i samotného klienta (Gabura a Pružinská, 1995).

c) Závěr poradenského rozhovoru

V závěru poradenského rozhovoru by se klient neměl nacházet ve stavu s vysokou mírou úzkosti a neměl by odcházet s nevyřešenými úzkostmi a obavami (Gabura a Pružinská, 1995). Je vhodné domluvit se, na co se v rámci společné práce klient s poradcem zaměří na příštím setkání (Gabura a Pružinská, 1995).

Poradce by měl vždy v závěru jednotlivých konzultací, jako i v závěru poradenské práce shrnout, na čem se s klientem domluvili, co pro to udělali, jaký je výsledek a zda je u klienta něco dalšího, co je třeba řešit (Krutilová, 2014). V závěru konzultace je vhodné mít vyčleněný prostor na rekapitulaci dosažených výsledků (Krutilová, 2014). Quisová (2020) upozorňuje, že pokud shrnutí provádí klient, může si pracovník ověřit, čemu klient rozuměl, co si pamatuje, co pro něj bylo důležité a nad čím bude uvažovat. Důležitou

součástí této fáze je také ocenění klienta, například za jeho aktivní účast na jednání nebo ochotu řešit svůj problém (Quisová, 2020).

Hartl (2008) upozorňuje na důležitost sledovat rozhovor stejně pozorně až do odchodu klienta, a to z toho důvodu, že závažných sdělení se často dočkáme až v závěru, kdy opadne napětí a klient přestane být ve střehu nebo už si poradce vyzkoušel. Důležitou informaci často pronese jakoby mimochodem, např. jako vtipnou poznámku při odchodu (Hartl, 2008).

1.3 Cíle poradenské práce

Novosad (2006) rozlišuje tři roviny cílů poradenské práce. Uvádí, že cílem nejjobecnější základní roviny je dosažení klientova zdraví v interakci se sociálním prostředím. Na pojem zdraví zde nahlíží podle definice WHO jako na stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody člověka.

Novosad (2006) dále popisuje rovinu cílů speciálních, ve které jde o dosažení žádoucí změny v klientově sociálním prostředí. Tato změna by měla předcházet ohrožení žádoucího vývoje jedince nebo by měla pomoci zastavit dosavadní nepříznivý vývoj a vést ke zlepšení situace (Novosad, 2006).

V rovině individuálních cílů máme na mysli konkrétní opatření, která se týkají daného klienta ve své jedinečné situaci (Novosad, 2006).

Drapela (1995) uvádí hlavní cíle, ke kterým směřují poradenské intervence. Jsou jimi:

- a) Umožnit klientům lepší sebepoznání, aby si plně uvědomili své přednosti i slabiny.
- b) Umožnit klientům uvědomit si své krátkodobé a dlouhodobé osobní cíle a případně je modifikovat.
- c) Pomoci klientům, kteří mají nějaký vážný osobní problém, poznat, v čem jejich problém spočívá a jak jej lze reálně vyřešit.
- d) Pomoci klientům svobodně se rozhodovat a dokázat přijmout důsledky svých rozhodnutí.
- e) Pomoci klientům k dosažení kladného hodnocení sebe sama i lidí ve svém okolí, získat sebedůvěru a schopnost důvěřovat jiným.

1.4 Vybrané poradenské přístupy

1.4.1 Psychoanalytický (freudovský) přístup

Jde o přístup, který je založen na principu determinace současného chování minulostí (Procházka et al., 2014). Autoři dále uvádějí, že psychoanalytický přístup využívá principu kauzality. Doplnují, že poradce je klientovým zrcadlem, které odráží to, co klient přinesl do procesu a upozorňují, že poradenský vztah je asymetrický. Klient může rekapitulovat svůj život a znovu prožít emoce k sobě samému nebo k jiným lidem (Procházka et al., 2014).

Müller (2014) udává, že Freud člení psychiku člověka na dvě části: vědomou a nevědomou. Tento autor objasňuje, že obsah nevědomí je zde důležitý, protože jsou v něm podle psychoanalytické teorie ukryty konflikty klienta z minulosti. Člověk se k němu může dostat jen speciálními terapeutickými postupy (Müller, 2014). Při práci se v rámci psychoanalytického přístupu využívají volné asociace, analýza přenosu a obran, práce se sny a fantaziemi, náhled, práce s úzkostí a napětím (Procházka et al., 2014).

Mezi základní pojmy psychoanalýzy patří přenos (Orel a Facová, 2016). Tito autoři uvádějí, že při přenosu klient nevědomě přenáší své city, vztahy a zkušenosti na terapeuta. Např. začne k terapeutovi přistupovat jako ke svému otci (Orel a Facová, 2016). V raném období vývoje psychoanalýzy považoval Freud přenos za fenomén bránící vzpomínání (Vymětal, 2004). Až později došel k názoru, že přenos nemusí vždy představovat překážku analytické práce, ale naopak může sloužit jako zdroj informací o psychické realitě pacienta (Vymětal, 2004). Posléze se začal přenos rozlišovat na pozitivní, kdy pacient přenáší na terapeuta pozitivní city, a negativní, kdy dochází k přenosu citů negativních (Vymětal, 2004). Protipřenos se týká naopak terapeuta (Orel a Facová, 2016). Tito autoři uvádějí, že ho vyvolává klient nebo duševní procesy terapeuta. Přenosu ani protipřenosu se není možné vyhnout a často to ani není žádoucí (Orel a Facová, 2016). Terapeut je ale musí dokázat rozpoznat a zvládnout (Orel a Facová, 2016).

1.4.2 Individuální psychologická koncepce A. Adlera

Alfred Adler byl jedním z prvních, kdo nesouhlasil s Freudovým pojetím psychogeneze onemocnění a psychoanalytickou terapií (Helus, 2018). Založil koncepci, která je známá

jako individuální psychologie (Helus, 2018). Jedná se o přístup, který považuje za základní mechanismus vývoj, který se podílí na tvorbě osobnosti (Procházka et al., 2014).

Adler kladl důraz na překonání pocitu méněcennosti, který dítě pociťuje na základě jeho počáteční, úplné závislosti na okolí (Helus, 2018). Jedinci je třeba poskytovat oporu v jeho snahách méněcennost úspěšně kompenzovat (Helus, 2018). Adler (1999) v knize *Porozumění životu* píše, že individuální psychologie se snaží vnímat život jedince jako celek a každou reakci, čin a impuls považuje za projev toho, jaký má daný člověk postoj k životu. Adlerova individuální psychologie považuje za ústřední hnací sílu osobnosti usilování o nadřazenost (Lazarová, 2014). Tato autorka uvádí, že každý jedinec si vytváří své ideální já a snaha o dosažení dokonalosti představuje reakci na pocity méněcennosti.

Cílem poradenského procesu je dle Lazarové (2014) pomoci klientovi rozvinout funkční chování, které mu umožní zvládat základní životní oblasti, kterými jsou práce, společnost a partnerské vztahy. Tato autorka uvádí, že funkční chování vede k sociálním kontaktům, zakládá se na sociálním citění a je vedeno sociálním zájmem. Poradce se zaměřuje zejména na analýzu životního stylu klienta a interpretaci základních omylů, kterých se klient dopustil v procesu tvorby svého názoru na svět (Lazarová, 2014).

1.4.3 Systemický přístup

Jedná se o koncept v rámci systémových teorií, který označuje přístupy snažící se bez odkladu přistoupit k řešení, bez toho, aby se člověk zdržoval hlubší analýzou problémů (Mátel, 2019). Dle Procházky et al. (2014) zahrnuje různé systémy, ve kterých se problém odehrává. Tito autoři uvádějí, že se uvedený přístup zaměřuje na cirkulární souvislosti.

Systemická terapie tvrdí, že je snadnější a efektivnější navazovat na to, co již má klient k dispozici a co funguje než zkoumat, co nefunguje (Pilná, 2018). Pracovník pomáhá klientovi zejména vytvářet podmínky pro to, aby mohl změnit svůj život, z toho důvodu spolu s klientem hledá možnosti, aby mohl žít lépe (Pilná, 2018). K tomu je zapotřebí najít zdroje, které v sobě má každý člověk, ale často o nich neví nebo je neumí využít (Pilná, 2018). Zjednodušeně můžeme říct, že systemický přístup vychází z toho, že jen sám člověk ví, jak má jeho život vypadat (Hauke, 2014). Ví, co potřebuje k lepšímu životu a většinou má vše, co k tomu potřebuje (Hauke, 2014). Úkolem pracovníka je být klientovi podporou při hledání nadějnějšího příběhu jeho života (Hauke, 2014).

1.4.4 Experienciální přístup

Tento přístup považuje člověka za aktivní bytost, která si dokáže uvědomit své možnosti a je schopná se je naučit využívat (Procházka et al., 2014). Aktivní bytosti je vlastní potenciál růstu (Macková, 2014). Tato autorka uvádí, že poradce se zaměřuje na skryté možnosti a schopnosti a spolu s klientem hledá cesty, jak je využít. Poradenský vztah je symetrický, založený na důvěře a empatii (Macková, 2014). Mátel (2019) udává, že se nesoustředíme na odstranění symptomu, ale zaměřujeme se na dosažení vyššího stavu vědomí klienta, aby si uvědomil, jaké má možnosti, a že je schopný naučit se je využívat. Tento přístup umožňuje pracovníkovi vytvořit prostor k tomu, aby si jedinec žádající o pomoc sám uvědomil své skryté možnosti, našel svůj potenciál i smysl života (Mátel, 2019).

1.4.5 Narativní přístup

Narativní přístup zaznamenává svůj rozvoj od konce osmdesátých let 20. století (Procházka et al., 2014). Podstatné je vyprávění a převyprávění životního příběhu klienta (Procházka et al., 2014). Narativní terapie vychází z předpokladu, že lidé rozumí svým životům zejména jako příběhům nebo vyprávěním (Plháková, 2020). Proto se zaměřuje na interpretace a významy, které lidé přikládají životním událostem (Plháková, 2020). Práce poradce spočívá v tom, že klientovi poskytne prostor k novému vyprávění (Cudlínová, 2015). Spolu s klientem hledá v příběhu další zápletky a rozšiřuje možnosti pohledu na život klienta (Cudlínová, 2015).

1.4.6 Behaviorální přístup

Behaviorální přístup předpokládá, že každý člověk se chová v souladu s tím, co se naučil nebo nenaučil (Lazarová, 2014). Pokud je lidské chování výsledkem učení, pak se dá naučit i schopnost člověka vyrovnat se s problémem (Lazarová, 2014). Poradenský proces se zaměřuje na využívání nových vhodných vzorců chování a získávání nových postojů v procesu učení (Krejčí, 2016). Při práci s klientem se využívají techniky učení, jako je např. podmiňování, nácvik, trénink atd. (Lazarová, 2014). Poradenský vztah připomíná vztah učitele a žáka (Lazarová, 2014).

1.4.7 Gestalt přístup

Gestalt terapie pracuje s chováním, myšlením a prožitky jako celkem (Kopecká, 2015). Autorka dále uvádí, že Gestalt přístup pokládá důraz na uvědomování si svých myšlenek, potřeb a tělesných prožitků. Klienta vnímá jako celek se svým okolím (Kopecká, 2015). Gestalt přístup se zaměřuje na vnitřní stimulaci klientovy aktivity (Procházka et al., 2014). Tito autoři dále uvádějí, že se poradenský proces zaměřuje na stimulaci klientova růstu. Poradce se snaží prohlubovat klientovo úroveň sebeporozumění (Procházka et al., 2014). Tento směr vychází z přesvědčení, že každý z nás má dost vlastních zdrojů, aby si smysluplně utvářel svůj život, pokud má k dispozici vhodné podmínky (Jurníček, 2016). Terapeut se pak snaží tyto podmínky vytvořit (Jurníček, 2016). Tento autor udává, že během dialogu terapeut pomáhá rozšířit klientovo uvědomění tak, aby si mohl řídit svůj život. Cílem Gestalt terapie je vytvoření bezpečného prostoru, ve kterém je klient schopný se zastavit a nahlédnout sám na sebe (Jurníček, 2016). V Gestalt přístupu se vše důležité objevuje v přítomném okamžiku (Jurníček, 2016).

1.4.8 Racionálně-emoční přístup

Člověka neznepokojují samotné věci, ale jeho mínění o nich (Epiktétos).

Z pohledu racionálně-emočního přístupu je příčina problémů založena na skutečnosti, že myšlení je iracionální, vychází z předpokladů, které nejsou správné, což způsobuje vnitřní konflikt a následně emocionální napětí (Procházka et al., 2014). Racionálně emoční terapie Alberta Ellise se tak zaměřuje na iracionální přesvědčení a negativní myšlenky, které vedou ke stresogennímu prožívání a jeho následkům (Kvintová, 2016). Kratochvíl, 2006) uvádí, že Ellis od počátku pracuje se schématem ABC, které později rozšířil o písmena D, E a G. Tento autor doplňuje, že pokud po určitém vnějším podnětu A („activating event“) následuje emočně nabitý důsledek C („consequence“), zdá se, že podnět označený jako A byl příčinou důsledku C. Ve skutečnosti jsou ale emoční důsledky do značné míry způsobeny názory, postoji a přesvědčeními člověka, které Ellis označuje písmenem B („belief system“) (Kratochvíl, 2006). Úkolem poradce je pomoci klientovi identifikovat iracionální přesvědčení a následně je přepracovat do racionálních (Procházka et al., 2014). Cílem poradenského procesu je odstranit nerealistické názory klienta, přičemž se uplatňuje přirozená autorita poradce, který využívá didaktické a přesvědčovací techniky apelující na logické myšlení klienta (Kratochvíl, 2006).

1.4.9 Eklekticko-integrativní přístup

Jedná se o přístup, který využívá různých metod a forem práce, což pomáhá poradenský proces maximálně přizpůsobit danému klientovi a problému (Procházka et al., 2014). Kombinace přístupů může probíhat souběžně, kdy poradce zařazuje různé metody „vedle sebe“, nebo postupně, kdy poradce nahradí původní metodu, která se mu nezdá dostatečně účinná jinou metodou (Cipro, 2015). Eklektický přístup integruje direktivní i nedirektivní techniky, aby umožnil účinný a vyvážený výchovný poradenský přístup (Jumail et al., 2021).

Integrovaný přístup se snaží sjednotit různé teoretické přístupy do vyššího celku, nebo vytvořit jim nadřazenou teorii (Dušek a Večeřová-Procházková, 2015).

1.5 Poradce

1.5.1 Osobnost poradce

Drapela (1997) uvádí, že již před započítím odborného studia má mít každý, kdo plánuje vykonávat poradenskou činnost, alespoň náznaky vlastností budoucí terapeutické osobnosti. V poradenském procesu je důležité, jak poradce přistupuje k problému klienta, určující je také jeho osobní postoj k problematice (Krutilová, 2014). Pohlaví poradce není dle této autorky rozhodující. Je vhodné, aby si poradce dokázal uvědomit své osobní limity a nepracoval s určitými druhy klientů nebo problémů, poněvadž by pak poradenský proces mohl být postižen jeho zaujatostí a neobjektivitou (Krutilová, 2014). Tato autorka uvádí, že základním předpokladem pro osobnost poradce je mít dobrý vztah ke klientům. Nejde o to, aby je měl poradce bezpodmínečně rád, ale aby byl schopný akceptovat jejich odlišnost a specifičnost (Krutilová, 2014).

Poradce má být autentický, to znamená, že by měl být pro svého klienta čitelný, a to co říká, by nemělo odporovat jeho verbálním projevům (Krutilová, 2014). Pokud má odlišný názor, než jaký zastává klient, měl by být schopen dát svůj názor najevo způsobem, který je akceptující a neodsuzující (Krutilová, 2014). Úlehla (2007) ve své knize *Umění pomáhat* píše, že pracovník nemá právo prosazovat své morální cítění pod záminkou klientova prospěchu. Profesionální je podle uvedeného autora dát klientovi informace, které nejsou zatížené morálním hodnocením a dát klientovi možnost svobodné volby.

Důležité je, aby se poradce vyjadřoval srozumitelně, aby nepoužíval cizí pojmy, které jsou klientovi neznámé (Krutilová, 2014). Klient by získal dojem, že když poradci nerozumí, nemůže ani poradce rozumět jemu (Krutilová, 2014). Tato autorka uvádí, že důležitá je také schopnost sebereflexe poradce a schopnost přijmout jiný pohled na svou práci. Poradce by měl být vyrovnaný a věřit svým schopnostem a vlastnostem (Krutilová, 2014).

Míra zapojení vlastní osobnosti pomáhajícího do vztahu s klientem přináší některé fenomény, kterými jsou například pocit naplnění a uspokojení z práce, na opačné straně spektra pak nacházíme pocit vyhoření (Géringová, 2011). Intenzivní komunikace se zranitelnými jedinci může často vyvolat v poradci pocit zodpovědnosti za blaho klientů se závažnými a složitými problémy (Davies et al., 2022). Quisová (2020) upozorňuje, že pracovník s příznaky syndromu vyhoření ubližuje nejen sobě, ale i klientům, způsobuje konflikty na pracovišti, znehodnocuje poslání sociálních služeb atd.

1.5.2 Odbornost poradce

Předpokladem odborné práce poradce je jeho kvalitní teoretické vzdělání a znalost, jak své teoretické znalosti uplatnit v praxi (Hartl, 2008). Tento autor dále uvádí, že teoretická výuka obsahuje všeobecnou psychologii a zejména znalost teorií osobnosti a strategií hlavních poradenských škol. Praktická výuka dle uvedeného autora učí poradce řídit poradenský proces a používat odborné techniky v různých situacích. Odbornost v pomáhajících profesích souvisí s vírou klienta, že poradce dokáže odpovědět na jeho otázky, a ví, jak dané problémy řešit (Hartl, 2008). Tedy, že klientovi pomůže žít spokojenější a efektivnější život (Hartl, 2008). V praxi je velmi přínosný a efektivní postup, kdy se klient objednává k poradci, který se na danou problematiku specializuje (Procházka et al., 2014).

Poradce by se měl celoživotně vzdělávat (Krutilová, 2014). Tato autorka dále udává, že si poradce během poradenské praxe vytváří svůj poradenský styl, který v praxi používá nejčastěji. Měl by však být schopný využívat i nové poznatky a reflexe ze supervizí (Krutilová, 2014). Dále by poradci měli využívat i odborné sebezkušenostní výcviky, které dokážou posunout jejich odbornost (Krutilová, 2014).

1.6 Metody poradenské práce

Poradenští pracovníci mají k dispozici celou řadu postupů a metod, které vycházejí z profesního zaměření pracovníků a jednotlivých poradenských přístupů (Procházka et al., 2014). Výběr konkrétních metod a přístupů v rámci poradenského procesu závisí mimo jiné na první zkušenosti s klientem (Macková, 2014). Metody poradenské práce se také velmi často v rámci poradenského procesu kombinují (Procházka et al., 2014). Je nutné, aby poradenský pracovník nevycházel pouze z jedné metody, ale aby byl schopen během rozhovoru kreativně reagovat a zapojovat i další techniky (Krutilová, 2014). Nevhodně zvolená forma či metoda práce může bránit navázání důvěry mezi klientem a poradcem a může do velké míry ovlivnit celkový průběh poradenského procesu (Procházka et al., 2014).

Následuje výčet metod podle Gabury a Pružinské (1995), kteří uvádějí metody bez jakéhokoliv klíče a neprezentují žádnou z poradenských škol.

1.6.1 Informace

Patří mezi základní práce s klientem (Gabura a Pružinská, 1995). Tito autoři uvádějí, že klienti do poradny často přicházejí pro určité poznatky a informace, od kterých očekávají pomoc s orientací v problému a hledáním vhodného řešení. Klientovi často postačuje poradenský rozhovor na úrovni informace (Gabura a Pružinská, 1995). Důležité je klienta informačně ukotvit, ale nezahltit ho a nezvyšovat tak jeho úzkost (Procházka et al., 2014). Kontakt s klientem zde bývá zpravidla jednorázový (Gabura a Pružinská, 1995).

1.6.2 Distribuce (delegování)

Někdy za poradcem přijdou klienti s problémy, které nespádají do jeho profesionální kompetence (Gabura a Pružinská, 1995). Tito autoři uvádějí, že v těchto případech poradce odešle klienty poradenskému pracovníkovi, který je schopný v těchto problémech odborně pomoci. Autoři dále doplňují, že do poradny někdy přicházejí také klienti, jejichž problém není možné v poradně řešit. Tito klienti jsou odesíláni do institucí či zařízení, které jsou k řešení daných problémů kompetentní a disponují účinnými prostředky pomoci (Gabura a Pružinská, 1995). Z tohoto důvodu by se měl v poradenském zařízení nacházet aktualizovaný seznam kontaktů, které je možné v takových situacích využít (Procházka et al., 2014).

1.6.3 Klarifikace (objasnění)

Gabura a Pružinská (1995) definují klarifikaci jako proces, během kterého si poradce a klient objasňují aspekty uvedeného problému. Tito autoři popisují, že klientův problém často připomíná ledovec plavající v moři. Nejdříve se mluví o tom, co vidí klient i poradce – jen malou část ledovce nad hladinou (Gabura a Pružinská, 1995). Tito autoři doplňují, že pod hladinou se nachází větší část ledovce, která bývá důležitější pro řešení klientova problému. Tato část ledovce je součástí klientova podvědomí či nevědomí (Gabura a Pružinská, 1995). Uvedení autoři upozorňují, že poradce může být schopný celkem rychle identifikovat mnohé informace o skryté části problému. Dále uvádějí, že pokud poradce příliš rychle klarifikuje klientovi, o co vlastně v problému jde a klient není na takovou klarifikaci připravený, může ho vystrašit a podráždit, nebo ji odmítně přijmout. Proto je vhodnější vést klienta, aby si sám objasnil základní rámec problému (Gabura a Pružinská, 1995). V procesu klarifikace se někdy objeví tzv. „aha efekt“ (Gabura a Pružinská, 1995). Jedná se o situaci, kdy si klient uvědomí určité vztahy a souvislosti v rámci řešeného problému (Procházka et al., 2014). Podstatou klarifikace je rozumová analýza problému a řadí se mezi metody racionálně orientovaného poradenství (Gabura a Pružinská, 1995). Jedná se o náročný a subjektivní proces, pro který je typické tzv. krystalizování podstaty problému (Procházka et al., 2014). Plevová (2019) uvádí, že komunikační technika objasňování vytváří laskavé a bezpečné prostředí, ve kterém může klient objasnit podrobnosti dané situace.

1.6.4 Ventilace

Gabura a Pružinská (1995) uvádějí, že někteří klienti navštíví poradce proto, aby mohli s někým promluvit o svých trápeních a problémech. V poradci hledají člověka, který jim poskytne prostor k vypovídání a s porozuměním je vyslechne (Gabura a Pružinská, 1995). Taková konzultace pomáhá klientovi zbavit se napětí a úzkosti, umožňuje mu hovořit o svých problémech a trápeních bez obav ze zesměšnění a nepochopení (Gabura a Pružinská, 1995). Uvedení autoři udávají, že některým klientům ventilace zcela postačuje a dále již nepotřebují a často ani nechtějí jinou poradenskou intervenci. Dle uvedených autorů je strategie těchto klientů orientovaná na abreakci, po které zase nějakou dobu vydrží neřešenou zátěžovou situaci. Jde o klienty, kteří mají strach z nového a neznámého, a proto raději nadále žijí ve známé nepohodě (Gabura a Pružinská, 1995). Ventilace je však užitečná i při práci s běžnou klientelou, protože když ze sebe klient

dostane veškerou zlost, nespokojenost a zklamání, vytvoří tím prostor pro konstruktivní poradenskou práci (Gabura a Pružinská, 1995).

1.6.5 Povzbuzení

Klienti často přicházejí za poradcem s nejistotou a v napětí, neví, co je v poradně čeká a jak je bude poradce akceptovat (Gabura a Pružinská, 1995). Tito autoři upozorňují, že je proto důležité, aby poradce povzbudil klienta hned v úvodní fázi spolupráce a ocenil to, že klient přišel do poradny a ujistil ho, že spolu budou jeho problém řešit. Zejména mlčenlivé klienty poradce povzbuzuje, aby o svém problému více hovořili (Gabura a Pružinská, 1995). Metodu povzbuzení je vhodné využít také v průběhu poradenského procesu, pokud u klienta zpozorujeme tenzi či nejistotu (Procházka et al., 2014).

1.6.6 Interpretace

Interpretace patří mezi metody dynamicky orientovaných poradenských systémů (Gabura a Pružinská, 1995). Informace uvedené v této kapitole jsou citací uvedených autorů. Poradce doplňuje chybějící souvislosti, které dosud zůstávaly klientovi skryté. O správnosti interpretace rozhoduje klient. Ideální je, pokud na základě společné práce s poradcem, si klient přijde na interpretaci sám, protože pak nepřekonává odpor a nepocituje, že mu interpretaci přidělil někdo zvnějšku. Poradce by měl interpretaci správně načasovat, neměl by interpretovat v okamžiku zvýšené tenze klienta či při nedostatku potřebných informací. Interpretace by měla být naplánována na období, kdy je poradce přesvědčen, že klient dokáže s interpretací pracovat.

1.6.7 Trénink

Trénink představuje dle Gabury a Pružinské (1995) charakteristickou metodu behaviorálních přístupů. Jeho nejdůležitějšími složkami jsou učení, opakování a nácvik (Gabura a Pružinská, 1995). Tréninkem v oblasti klinické práce rozumíme odstraňování příznaků poruchy, např. při fobiích jde o postupné odbourávání strachu (Gabura a Pružinská, 1995). Tito autoři uvádějí, že se dále setkáváme s tréninky správné komunikace, zvládání konfliktů a asertivity. Tyto tréninkové programy se využívají také preventivně, jako součást sociálních dovedností a osobního růstu (Gabura a Pružinská, 1995). Klient si obvykle z poradenského setkání odnáší určité úlohy, které jsou spojené s nácvikem zvládání určitých situací (Procházka et al., 2014). Klient se do dalšího setkání

zaměřuje na prožité problémové situace, které si zaznamenává (Procházka et al., 2014). Záznamy jsou poté využity k rozboru situace a náhledu klienta zejména v racionální a kognitivní rovině (Procházka et al., 2014).

1.6.8 Relaxační techniky

Představují speciální formu nácviků (Gabura a Pružinská, 1995). Využívají souvislosti mezi uvolněním svalů, psychickým přeladěním a ovlivněním somatiky (Gabura a Pružinská, 1995). K základním postupům v rámci relaxačních technik patří práce s dechem a dechová cvičení (Procházka et al., 2014). Tito autoři uvádějí, že poradce volí vhodný dechový rytmus, který určuje slovy nádech a výdech. Podle těchto autorů je rovněž je důležité ověřit, jestli klient dýchá do břicha, a ne do hrudi. Nácvik kontrolovaného dýchání zahrnuje dvě roviny intervence: ukazuje na význam nesprávného dechu při vzniku úzkostného záchvatu a sám o sobě příznaky úzkosti odstraňuje (Procházka et al., 2014). Nejrozšířenější relaxační techniku představuje Schultzův autogenní trénink, který zahrnuje šest cvičení nižšího stupně (Gabura a Pružinská, 1995). Vychází z poznatků o souvislosti mezi psychickým napětím, stavem vegetativní nervové soustavy a napětím svalstva (Švamberk Šeuerová et al., 2012). Gabura a Pružinská (1995) uvádějí jako nejlepší pozici být vleže na zádech s rukama podél těla, oči jsou zavřené. Klient se dle těchto autorů soustředí na myšlenku, že je klidný a uvolněný. Následuje popis vlastního cvičení dle uvedených autorů:

- a) Nácvik tíhy. Klient si vyvolává představu tíhy nejprve v pravé ruce („pravá ruka je příjemně těžká“), následně v levé ruce, v pravé noze, v levé noze, a nakonec v celém těle.
- b) Nácvik tepla. Klient si vyvolává pocit tepla postupně v pravé ruce, v levé ruce, v pravé noze, v levé noze, a nakonec se prohřívá celé tělo.
- c) Soustředění na dech. S dechem se nemanipuluje, nechá se plynout s formulkou „dýchá mi to“ nebo „dech je klidný“.
- d) Soustředění na tep. V původní verzi šlo o srdeční činnost, ale klientům se srdečními potížemi to přinášelo nepříjemné problémy.
- e) Soustředění na proud tepla v oblasti plexus solaris.
- f) Soustředění na oblast hlavy.

Cvičení se provádí za odborného vedení poradcem (Gabura a Pružinská, 1995). Tito autoři uvádějí, že klient absolvuje cvičení třikrát denně. Dále udávají, že pravidelné cvičení je poradensky využíváno na duševní přeladění klienta, snižování úzkosti a tenze, posilňování žádoucích forem chování, koncentraci na výkon a léčbu psychosomatických onemocnění. Vyšší stupeň autogenního tréninku dle těchto autorů pracuje s různými obrazy, např. obraz barvy, výstup na horu, cesta po mořském dně. Tito autoři uvádějí, že si relaxovaný klient představí obraz, prožije si ho a po skončení relaxace se s obrazem pracuje podobným způsobem jako se sny.

Autogenní trénink je časově náročný a nehodí se pro určité typy klientů (Gabura a Pružinská, 1995). Jde např. o klienty, kteří nevydrží dlouho v jedné poloze nebo mají problém mít zavřené oči (Gabura a Pružinská, 1995).

1.6.9 Modelování

Poradce s klientem, párem, rodinou nebo skupinou modeluje reálné situace ze života, nebo si poradce připraví rámcový scénář určité situace a klienti tuto situaci sehraji podle svých představ (Gabura a Pružinská, 1995). Modelovat se může např. proces řešení problémů, rozhodování, rodinné rituály atd. (Gabura a Pružinská, 1995). Modelové situace jsou charakteristické pro práci s páry či rodinnou nebo skupinovou práci (Procházka et al., 2014). Poradce pak zastává roli mediátora či facilitátora (Procházka et al., 2014).

1.6.10 Hraní rolí

Hraní rolí je dle Gabury a Pružinské (1995) metoda podobná modelování. Při hraní rolí jsou podle uvedených autorů vybírány situace ze života nebo případně hypotetické situace, které mohou nastat v blízké budoucnosti. Tito autoři uvádějí, že klient nejčastěji hraje sám sebe v interakci s reálným partnerem. Při skupinové práci pak podle těchto autorů přehrává roli partnera. Pro klienty bývá přínosná výměna rolí, kdy se pokusí vžít do role svého partnera, to jim pomůže pochopit pocity druhé strany a podívat se na situaci jeho očima (Gabura a Pružinská, 1995). Po takové zkušenosti se otevírá větší prostor k hledání vhodného řešení (Gabura a Pružinská, 1995).

1.6.11 Konfrontace

Konfrontace znamená, že poradce upozorňuje klienta na rozpory a rozdíly v jeho tvrzeních, chování, v chápání sebe i jiných osob (Gabura a Pružinská, 1995). Plevová (2019) uvádí, že konfrontace znamená předložení více alternativních pohledů nebo názorů. Klient s poradcem se mohou dostat do vzájemné konfrontace, pokud každý z nich zastává jiné internalizované stanovisko (Gabura a Pružinská, 1995). Jedná se o metodu, která na rozpory v tvrzeních upozorňuje vhodným a nezraňujícím způsobem (Procházka et al., 2014). Jejich odkrýváním dochází ke sladování a upřesnění vnitřních postojů (Procházka et al., 2014). Tito autoři doplňují, že se tato metoda využívá především v rodinném poradenství, kdy může dojít ke konfrontaci mezi názory členů rodiny, ale také ve skupinovém poradenství, kde dochází ke konfrontaci mezi názorem jednotlivce a ostatními členy ve skupině.

1.6.12 Reflexe

Poradce odráží to, co klient řekl (Gabura a Pružinská, 1995). Nejde jen o opakování, ale o interpretaci toho, co klient řekl (Plevová, 2019). Poradce přeformulovává klientova slova, může hovořit přesněji a jasněji než klient nebo vybrat důležitou pasáž z výpovědi klienta (Gabura a Pružinská, 1995). Poradce přeformulovává klientovy odpovědi tak, aby vhodně stimuloval další klientův náhled na situaci (Procházka et al., 2014). Výsledkem je schopnost klienta lépe formulovat a precizněji vyjadřovat své odpovědi (Procházka, 2014). Podle těchto autorů dochází také ke zlepšení klientovy schopnosti vnímat emoční reakce, které doprovázejí poradenský proces. Někdy se setkáváme s označením nedirektivní interpretační metoda. (Procházka et al., 2014).

1.7 Poradenství pro osoby se zdravotním postižením

Jedinci se zdravotním postižením jsou přirozenými uživateli služeb zdravotní péče a sociální práce (Krhutová, 2011). Zákon č. 435/2004 Sb., zákon o zaměstnanosti v platném znění, definuje jako osoby se zdravotním postižením ty fyzické osoby, které orgán sociálního zabezpečení uznal invalidními v prvním, druhém nebo třetím stupni, nebo zdravotně znevýhodněnými. Tentýž zákon definuje také osobu zdravotně znevýhodněnou, kterou je fyzická osoba se zachovanou schopností vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, jejíž schopnosti být či zůstat pracovně začleněna, vykonávat své dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo

kvalifikaci získat jsou výrazně omezeny z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. Osobou zdravotně znevýhodněnou není podle uvedeného zákona osoba, která je uznána invalidní v prvním, druhém nebo třetím stupni.

Cílem zdravotně sociální péče je začlenění jedinců se zdravotním postižením do společnosti, jejich zařazení do přirozeného prostředí, dosažení co nejvyšší kvality života a vyrovnání příležitostí těchto jedinců s lidmi bez postižení (Kutnohorská et al., 2011). Snahou je tedy dosáhnout co nejvyšší možné úrovně jejich funkčních schopností (Kutnohorská et al., 2011).

V současnosti fungují pro osoby s postižením různé odborné sociální služby poskytující poradenství (Krutilová, 2014). Tato autorka uvádí, že se jedná o poměrně rozsáhlou síť poraden, ve kterých mohou klienti získat základní informace v oblasti, kterou řeší. Často se jedná o informace, které se vztahují k povaze a projevům postižení nebo nemoci, sociálním dávkám, způsobům stimulace či rozvoje nebo možnostem dalšího vývoje (Krutilová, 2014).

Při komunikaci s jedinci se zdravotním postižením je důležité nejen to, abychom se domluvili, ale je zapotřebí myslet také na zachování bezpečí a důstojnosti (Krhutová, 2011). Potřeba zachování lidské důstojnosti se podle této autorky dostává do popředí v situaci, kdy klienta s postižením doprovází průvodce. Uvedená autorka upozorňuje, že pro takového klienta je ponižující, pokud pracovník začne automaticky hovořit s jeho průvodcem, případně s klientem s postižením hovoří tzv. přes průvodce. Příkladem jsou podle této autorky otázky: „Má pán doklady?“ „Dokáže se pán podepsat?“ Takové jednání může mít za následek snížení klientovy důvěry (Krhutová, 2011). Pro jednání s handicapovaným klientem je v první řadě třeba vytvořit vhodné podmínky (Kutnohorská et al., 2011). Zároveň je podle těchto autorů nezbytně nutné naučit se profesionálně vedené komunikaci, s úctou k člověku a s respektem k jeho postižení a jeho následkům. Specifika komunikace jsou podle druhu a rozsahu postižení do jisté míry odlišná (Kutnohorská et al., 2011).

Klienti se zrakovým postižením někdy používají diktafon či záznamník pro záznam hovoru (Krutilová, 2014). Poradce by s tím měl podle této autorky počítat a souhlasit s jeho použitím. Ze strany poradce je nutné větší slovní provázení, kdy by měl klientovi sdělovat informace, které by klient bez zrakového postižení sdělit nepotřeboval

(Krutilová, 2014). Jedná se například o informace, kam se má klient posadit, nebo na co si má dát případně v rámci úpravy prostředí pozor (Krutilová, 2014). Je vhodné sledovat pohyb nevidomého a v případě nebezpečí či kolize ho vhodně oslovit nebo upozornit (Prajznerová, 2018). Novosad (2006) uvádí, že pokud chceme nevidomého upozornit na překážku, je vhodné říct, o jakou překážku se jedná. Nekřičíme „pozor!“ a podobně (Novosad, 2006). V průběhu poradenství by měl poradce komentovat svou činnost (Krutilová, 2014). Je možné bez obav používat slova jako např. vidět nebo podívat se. Nevidomí tato slova používají k vyjádření způsobu vnímání (Prajznerová, 2018). Pokud klient potřebuje některé informace v písemné podobě, je třeba, aby poradce zajistil, aby je klient obdržel v Braillově písmu nebo v přizpůsobeném tisku (Krutilová, 2014).

V rámci komunikace s klienty se sluchovým postižením je důležité navázat zrakový kontakt (Krutilová, 2014). Tato autorka uvádí, že poradce má ke klientovi přistupovat zepředu, aby klient viděl, co poradce říká a dělá. Dále uvádí, že je důležité se s klientem v úvodu společné práce dohodnout, jakým způsobem chce klient s poradcem komunikovat. Zda bude odezírat, psát si nebo zda si bude přát využít služeb tlumočnicka (Krutilová, 2014). Pro tyto klienty je vhodné mít k dispozici hodně psaných materiálů, které si mohou odnést s sebou (Krutilová, 2014). Je třeba aby poradce artikuloval pomalu a zřetelně a seděl tak, aby na něj klient dobře viděl (Krutilová 2014). Tvář poradce by měla být dostatečně osvětlena (Prajznerová, 2018). V případě využití tlumočnických služeb by měl tlumočnick stát vedle hovořícího, aby neslyšící viděl na obě komunikující osoby (Ligocká, 2022). Nezvyšujeme zbytečně hlas, většinou to nemá smysl (Novosad, 2006). Křik řeči ubírá na srozumitelnosti a neslyšícím lidem mimika křičícího znemožňuje kvalitně odezírat (Novosad, 2006). Pokud klient něčemu nerozumí, může mu to poradce napsat na papír (Krutilová 2014). Písemná komunikace má být jednoduchá, stručná a výstižná (Prajznerová, 2018). Tato autorka uvádí, že pro některé neslyšící může být obtížné porozumět našemu způsobu vyjadřování, ale není to pravidlem. Pokud klient mluví a něčemu nebylo rozumět, požádáme ho, aby zpomalil nebo svá slova zopakoval (Prajznerová, 2018).

Při komunikaci s klienty s pohybovým postižením je důležitá především úprava prostředí pro rozhovor (Krutilová, 2014). V jeho úvodu je vhodné se zeptat, kde si klient přeje sedět – zda zůstane na vozíku, nebo se přesune do sedačky, a kam si případně uloží kompenzační pomůcky (Krutilová, 2014). Tato autorka uvádí, že poradce respektuje

tempo klienta. Dále upozorňuje, že je třeba si uvědomit, že pohybové postižení samo o sobě neznamená také omezení rozumové či sluchové. Někteří lidé si toto neuvědomí a hovoří s klientem pomalu, který se poté cítí být podceňovaný (Krutilová, 2014). Jak uvádí Slowík (2010), přístup k osobám s tělesným postižením má být citlivý a empatický. Nikdy nemá být litující, poněvadž to mnozí považují za velmi ponižující (Slowík, 2010).

Při komunikaci s klienty s mentálním postižením je nutné přizpůsobovat obsah sdělovaného klientovým rozumovým schopnostem (Krutilová, 2014). Je třeba nepoužívat složitá slova, zjednodušit věty a zpomalit tempo řeči (Krutilová, 2014). Využíváme tedy obecně známých slov, vysvětlujeme opisem mluvíme v jednoduchých a jednoznačných větách (Novosad, 2006). Většina osob s poruchou intelektu má narušené abstraktní myšlení a některé analyticko-syntetické funkce (Novosad, 2006). Mechanická paměť však může být dobrá (Novosad, 2006). Poradce by měl být trpělivý a vyčkat, až se klient vyjádří (Krutilová, 2014). Rozhodování může být impulzivní, rovněž je běžné kolísání emočního ladění (Novosad, 2006).

Krutilová (2014) uvádí, že při komunikaci s klienty s psychiatrickým onemocněním je třeba myslet na to, že tito klienti někdy mohou vnímat realitu a sdělované jinak, než poradce zamýšlel. Uvedená autorka doplňuje, že je vhodné komentovat co a proč se bude dít. Opět je vhodné volit pomalejší tempo řeči a nepoužívat nesrozumitelná slova (Krutilová, 2014). Tato autorka dále uvádí, že klienti někdy mohou být pod vlivem tlumících prášků, po kterých mohou působit zmateně a zpomaleně nebo až jako by měli omezené rozumové schopnosti. Pro delší poradenskou práci je třeba, aby poradce znal medikaci klienta včetně jejích účinků (Krutilová, 2014).

Macková (2014) uvádí, že největší problémy v komunikaci vznikají u osob s primárně narušenou komunikační schopností. Podle této autorky však větší nebo menší komunikační potíže přináší každé zdravotní postižení nebo sociální znevýhodnění. Nejvýraznější komunikační obtíže osob se zdravotním postižením se zřejmě týkají potíží se srozumitelností projevu (Macková, 2014). Podle této autorky může jít o nižší schopnost vyjádřit se jasně a zřetelně. Mnoho handicapovaných jedinců má však také problémy s porozuměním informacím, které jim sděluje okolí (Macková, 2014).

1.8 Poradenství pro umírající a pozůstalé

1.8.1 Poradenství pro umírající

Každý jedinec, který si vyslechl diagnózu smrtelného onemocnění nebo utrpěl mimořádnou ztrátu, reaguje na tuto situaci jedinečným způsobem (Kabelka, 2020). Elisabeth Kübler-Rossová popsala proces vyrovnání se s umíráním, který rozdělila do pěti oddělených fází (Kabelka, 2020). Podle uvedeného autora je znám jako model Kübler-Rossové, pět fází smutku či pět fází umírání. Podle Kübler-Rossové je důležité si uvědomit, že jednotlivé fáze nemusí proběhnout všechny, stejně jako nemusí proběhnout chronologicky (Kabelka, 2020). Některé z fází tedy nemusí vůbec nastat, jiné zas mohou proběhnout v odlišném pořadí a někteří lidé prožívají některé fáze opakovaně (Kabelka, 2020).

Jednotlivé fáze procesu vyrovnání se s umíráním dle Kübler-Rossové:

- a) Popírání – Jde o šokovou situaci, která může mít různě dlouhé trvání. Pro jedince je dočasnou obranou (Kabelka, 2020). V šoku je třeba mít se na pozoru s otázkou: „Jste v pohodě?“ Odpověď na ni bývá: „Ano.“ Zůstává zde však riziko impulzivní sebevraždy či fugy (Adam et kol., 2019).
- b) Hněv/agrese – V této fázi si jedinec uvědomuje, že již nemůže pokračovat v popírání (Kabelka, 2020). O dotyčného je velmi obtížné pečovat vzhledem k pocitům vzteku a závisti (Kabelka, 2020). Pacienti mohou se zdravotnickými pracovníky přestat spolupracovat a komunikovat (Kabelka, 2020). Adam et kol. (2019) doplňují, že jde spíše o fázi nespecifické obrany, kterou jedinec reaguje vždy, když je v nepohodě. Může se tedy projevit i jiným způsobem, než agresí (Adam et kol., 2019).
- c) Smlouvání – Jedinec se obrací k vyšší moci, kterou žádá o delší život (Kabelka, 2020). Tato fáze podle uvedeného autora zahrnuje naději, že je možné nějakým způsobem smrt oddálit. V této fázi dochází k hledání alternativních léčebných metod nebo zázračného léku (Kabelka, 2020).
- d) Deprese – Jedinec si začíná uvědomovat blížící se smrt (Kabelka, 2020). Nedoporučuje se snažit se nyní dotyčného rozveselit, jde o důležité období, které musí proběhnout (Kabelka, 2020).

- e) Smíření – V této fázi dochází k vyrovnávání se se svou smrtí nebo smrtí blízkého (Kabelka, 2020). Nastává psychické uvolnění, pacient je schopen spolupracovat na léčbě a přistupovat k ní s rozumem (Kabelka, 2020).

Průšová (2015) uvádí, že role sociálního pracovníka je u klienta se zahájenou paliativní léčbou nezastupitelná, neboť může díky svým odborným znalostem a dovednostem přispět ke zvýšení kvality života klienta tím, že pomůže zlepšit celkové klima rodiny. Kromě základních informací o budoucí péči o klienta jsou důležité také otázky ohledně finančního zajištění klienta a jeho rodiny, možnosti získání potřebných pomůcek nebo např. zajištění klidného prostředí klientovi (Průšová, 2015).

Vše, co se řekne nebo vykoná v období očekávání konce života je velmi důležité a má zvláštní váhu (Milerová, 2015). Otevřená, citlivá a přirozená komunikace s respektem k pacientovi přispívá ke kvalitnímu poskytování paliativní péče a představuje přínos pro všechny zúčastněné (Milerová, 2015).

Prajznerová (2017) uvádí, že lidé, jejichž život se blíží ke svému konci, často chtějí o smrti hovořit. Podle této autorky se však většinou nenachází nikoho, kdo by je vyslechl. Příbuzní jim podle této autorky mnohdy odvědí, že na to nemají myslet, že přece ještě neumírají. Uvedená autorka upozorňuje, že umírající se pak musí vypořádat se svým strachem a prožitky sám. Autorka dále upozorňuje, že pokud chce tedy umírající o smrti mluvit, je vhodné ho vyslechnout. Podle této autorky je ale třeba respektovat pravidlo, že toto téma otevírá umírající. Neuděláme chybu, když se ho zeptáme, co cítí a co prožívá, a budeme naslouchat (Prajznerová, 2017).

Důležité je také téma preferovaného místa umírání. Smrt doma je často romantizována a idealizována (Sathianathan et al., 2021). Domov však není vždy tím nejpreferovanějším ani ideálním místem pro smrt (Sathianathan et al., 2021). Označování domácí smrti za ideální a smrt v nemocnici za selhání vyvolává v rodinách pocit viny, pokud k úmrtí nedojde v domácím prostředí (Sathianathan et al., 2021).

Každý pracovník musí mít sám v sobě vyřešenou problematiku smrti a umírání, aby mohl o umírající dobře pečovat (Malíková, 2020). V opačném případě umírajícím nepomůže, naopak jim ještě více znesnadní jejich těžkou situaci (Malíková, 2020).

1.8.2 Poradenství pro pozůstalé

Poradenství pro pozůstalé představuje pomoc pozůstalým, kdy je nutné respektovat nejen obecné zásady poradenství, ale také principy poradenství pro pozůstalé (Špatenková, 2013). Poradenství pro pozůstalé si klade za cíl vrátit jedince, páry, rodiny nebo skupiny na určitou úroveň fungování (Špatenková, 2013). Je třeba mít na paměti, že truchlící lidé jsou velmi zranitelní a poradenství skýtá nejen příležitost pomoci, ale rovněž riziko poškození a ublížení těmto klientům (Špatenková, 2013). Odborné sociální poradenství pro pozůstalé se snaží snížit nepříznivý dopad obtížné životní situace na pozůstalého včetně jeho okolí (Špatenková, 2019). Usiluje o dosažení co nejvyšší kvality života pozůstalého (Špatenková, 2019).

Klíčovým úkolem poradenství pro pozůstalé je uvědomění si ztráty, jejího významu a nevratnosti (Špatenková, 2013). Podle uvedené autorky je nejefektivnějším způsobem, jak klienty podporovat v uvědomění si ztráty, hovořit s nimi o tom, co se stalo. Není třeba se obávat, že by se pozůstalí tímto hovorem zbytečně trápili (Špatenková, 2013). Příčinou jejich utrpení je smrt, nikoli mluvení o ní (Špatenková, 2013).

Pokud byl odchod zejména starého člověka očekávaný, bývá přijetí zprávy snadnější (Venglářová a Mahrová, c2006). Pokud jde však o dítě, mladého člověka nebo nečekané tragické úmrtí, je reakce pozůstalých intenzivní a podobá se vážné duševní krizi (Venglářová a Mahrová, c2006). Lidé, které potkala tragédie, někdy nejsou schopni dodržovat běžná pravidla (Rentzenbrink, 2018). Pokud se zdají být zlí a krutí nebo nedbají slušného chování, musíme se oprostít od našich očekávání a místo toho jim poskytnout dostatek prostoru a soucitu (Rentzenbrink, 2018).

Höschl (2021) uvádí, že se pozůstalým snažíme vyhovět, respektujeme jejich pocity, nesoudíme je a nesekýrujeme (např. věta „vzmužte se“). Zároveň nepředstíráme vlastní zármutek (Höschl, 2021). Blueford et al. (2021) se zabývali připraveností poradců na práci s truchlícími klienty. Zjištění studie zdůrazňují potřebu začlenit smrt a žal do učebních osnov a supervize, aby se podpořilo základní porozumění těmto klientům. Truchlící, kteří utrpěli ztrátu v nedávné době, by měl poradce odrazovat od unáhlených radikálních rozhodnutí, kterých by mohli později litovat a celou situaci ještě ztížit (Špatenková, 2013).

Cox a Thompson (2020) zmiňují koncept transformačního smutku, který představuje truchlení jako potenciální zdroj osobního růstu, učení a transformace. Zda je naše utrpení produktivní nebo ne, bude do značné míry záviset na podpoře, které se nám dostane (Cox a Thompson, 2020). Svou roli zde bude hrát i útěcha, kterou získáme udržováním pouta s osobou, o kterou jsme přišli (Cox a Thompson, 2020).

1.9 Mlčenlivost, ohlašovací povinnost

Povinnost mlčenlivosti při poskytování sociálních služeb upravuje zákon č. 108/2006 Sb., zákon o sociálních službách v platném znění. V paragrafu 100 zákona o sociálních službách je uvedeno, že zaměstnanci poskytovatelů sociálních služeb jsou povinni zachovávat mlčenlivost o údajích osob, kterým jsou poskytovány sociální služby, které se dozvědí při své činnosti. Povinnost mlčenlivosti trvá dle uvedeného zákona i po skončení pracovního vztahu. Ve stejném paragrafu uvedeného zákona je dále popsáno, kdy dochází ke sdělení údajů jiným subjektům. Jedná se o situaci, kdy tak stanoví zákon o sociálních službách nebo zvláštní zákon. Jinak mohou být dle uvedeného zákona údaje klienta sděleny dalším subjektům jen s jeho písemným souhlasem. Matiaško a Hofschneiderová (2015) upozorňují, že z tohoto písemného zproštění mlčenlivosti by měl být zřejmý rozsah, tedy na které údaje klienta se toto zproštění vztahuje a měl by být uveden důvod, resp. účel tohoto zproštění mlčenlivosti.

Oznamovací povinnost má zaměstnanec poskytovatele sociálních služeb za situace, kdy mu vznikne povinnost překazit spáchání výslovně uvedeného trestného činu a faktické překažení činu není možné (Tomaščáková, 2016). Dále vzniká v případech, kdy se zaměstnanec poskytovatele sociálních služeb dozvěděl o již spáchaném trestném činu, na který se výslovně vztahuje oznamovací povinnost (Tomaščáková, 2016). Klienty sociálních služeb je vhodné na hranice mlčenlivosti upozorňovat, aby se mohli rozhodnout, jaké informace poskytovateli sociálních služeb sdělí, a aby nedošlo k narušení vzájemné důvěry (Tomaščáková, 2016).

2 Praktická část

2.1 Cíl práce

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem je poskytováno sociální poradenství v kontextu zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních.

2.2 Hlavní a dílčí výzkumné otázky

Vzhledem ke stanovenému cíli bakalářské práce byla stanovena hlavní výzkumná otázka a pět dílčích výzkumných otázek.

HVO: Jakým způsobem je realizováno sociální poradenství ve zdravotnickém zařízení?

DVO₁: Komu je sociální poradenství poskytováno?

DVO₂: S čím sociální poradenství pomáhá?

DVO₃: Jakým způsobem probíhá poradenský proces?

DVO₄: Jaké nároky klade poskytování sociálního poradenství na zdravotně sociální pracovníky v nemocnici?

DVO₅: Co komplikuje poradenský proces?

2.3 Operacionalizace pojmů

Operacionalizace probíhá tak, že z pojmu obecného jazyka označujícího zkoumaný jev se prostřednictvím operacionální definice stává konstrukt (Urbánek, 2019). Operacionální definice popisuje operace, za jejichž pomoci je možné definovaný jev vyvolat nebo jejichž pomocí je možné zkoumaný jev registrovat, zaznamenávat, či dokonce měřit jeho vlastnosti (Urbánek, 2019).

Pro účely výzkumu jsou vysvětleny následující pojmy takto:

Zdravotnické zařízení – prostory určené k poskytování zdravotních služeb (NZIP, 2022).

Nemocnice – zdravotnické zařízení, ve kterém je poskytována lůžková zdravotní péče (NZIP, 2022).

Jihočeský kraj – druhý největší kraj v České republice. Území kraje je vymezeno územím okresů, kterých je 7: České Budějovice, Český Krumlov, Jindřichův Hradec, Písek, Prachatice, Strakonice a Tábor (Jihočeský kraj, ©2022).

Sociální poradenství – dělí se na základní a odborné. Základní sociální poradenství je povinen zajistit každý poskytovatel sociálních služeb. Osobě v nepříznivé sociální situaci musí být poskytnuty informace, které přispějí k jejímu řešení. Odborné sociální poradenství se zaměřuje specificky na jednotlivé okruhy sociálních skupin (Malíková, 2020)

Klient – osoba, které jsou poskytovány sociální služby z důvodu její nepříznivé sociální situace (Vysvětlení základních pojmů, ©2022).

Pomoc – aktivní spoluúčast při dosahování cíle, odvracení nebo odstraňování nežádoucích následků (Diakonie Českobratrské církve evangelické, ©2022).

Poradenský proces – cílený proces, který sleduje vymezený cíl (Krutilová, 2014).

Prostředí – místo, kde jsou poskytovány poradenské služby.

Metoda – specifický postup sociálních pracovníků, který je definován cílem nebo cílovou skupinou (Matoušek, 2003).

Zdravotně sociální pracovník – *provádí činnosti v rámci preventivní, diagnostické, paliativní a rehabilitační péče v oboru zdravotně sociální péče a podílí se na ošetrovatelské péči v oblasti uspokojování sociálních potřeb pacienta* (NSP, ©2017).

Komplikace – situace, které ztěžují poskytování sociálního poradenství.

3 Metodika

3.1 *Metody a techniky sběru dat*

K výzkumu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie. Sběr dat proběhl za využití metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturované rozhovory byly vedeny se zdravotně sociálními pracovníky ve vybraných nemocnicích v Jihočeském kraji. Hendl (2016) popisuje kvalitativní výzkum jako proces hledání porozumění, které je založeno na zkoumání určitého sociálního nebo lidského problému. Walker (2013) udává, že kvalitativní výzkum často shromažďuje to, co lidé říkají, a jejich výroky používá jako klíče ke studovanému tématu.

Polostrukturovaný rozhovor (též rozhovor pomocí návodu, částečně řízený aj.) se vyznačuje připraveným souborem otázek bez striktně stanoveného pořadí (Reichel, 2009). Tazatel může mnohdy formulace pokládaných otázek částečně modifikovat a v případě potřeby klást doplňující dotazy (Reichel, 2009). Těchto faktů bylo využito v průběhu rozhovorů s komunikačními partnery s ohledem na situaci. Otázky rozhovoru byly vytvořeny na základě pěti dílčích výzkumných otázek. Základní seznam otázek k rozhovoru je uveden v příloze 1. Jednotlivé rozhovory se uskutečnily ve čtyřech případech v kanceláři zdravotně sociálních pracovníků a ve dvou případech byly vedeny vzdálenou formou.

Rozhovory byly zaznamenávány v podobě audiozáznamu mobilním telefonem. Audiozáznam se řadí mezi nejčastěji používané metody fixace dat (Miovský, 2006). Jeho výhodou je komplexnost a autentičnost záznamu (Miovský, 2006).

3.2 *Charakteristika výzkumného souboru*

Výzkumný soubor tvoří šest zdravotně sociálních pracovníků, kteří byli vybíráni metodou účelového vzorkování až do vysycení informací. Chrastina (2019) uvádí, že se účelové vzorkování odvíjí od vymezení kritérií, která jsou kladena na výběr vhodných případů do studie. Tato kritéria jsou zpravidla definována již v počátečních fázích výzkumné práce a obvykle jsou stanovena v souladu s cílem studie (Chrastina, 2019). Kritériem pro zařazení do výzkumu byla pozice zdravotně sociálního pracovníka v nemocnicích v Jihočeském kraji a ochota zdravotně sociálních pracovníků zúčastnit se výzkumného šetření. Nutnou podmínkou realizace výzkumu byl také písemný souhlas hlavní sestry

vybraných nemocničních zařízení. Výzkumu se zúčastnili zdravotně sociální pracovníci ze čtyř nemocničních zařízení v Jihočeském kraji. Rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky probíhaly osobně v jejich kancelářích nebo vzdálenou formou, přičemž každý rozhovor trval v rozmezí od 10 do 35 minut. Všechny zúčastněné informantky byly ženy, zdravotně sociální pracovnice, které zastávaly danou pracovní pozici minimálně 1,5 roku. Detailnější údaje o komunikačních partnerech byly vynechány z důvodu zachování anonymity.

3.3 Etika výzkumu

Etická stránka výzkumu má chránit nejen účastníky výzkumného šetření, ale také samotné výzkumníky (Walker, 2013). Hendl (2016) uvádí, že velmi důležitou součástí výzkumu je ochrana soukromí a anonymity informantů.

Účast informantů ve výzkumu byla zcela dobrovolná. Všichni informanti byli seznámeni s názvem a cílem bakalářské práce. Výzkum ve vybraných nemocnicích byl zároveň realizován pouze s písemným souhlasem hlavní sestry daného nemocničního zařízení (viz příloha 4). Všichni informanti byli dotázáni, zda souhlasí s pořízením zvukového záznamu na mobilní telefon. Všichni informanti se záznamem souhlasili. Nahrávky byly využity pouze pro účely zpracování bakalářské práce. Rozhovory byly přepsány do písemné podoby. Přepisy rozhovorů jsou uloženy v osobním archivu autorky. V příloze 5 je uveden vzor formuláře s poskytnutím informovaného souhlasu, který byl udělen všemi informanty zúčastněnými ve výzkumu.

V práci nejsou uváděna jména ani příjmení informantů. Byly vynechány veškeré údaje, které by mohly vést k jejich identifikaci. Anonymita byla informantům zajištěna tím, že byli pro účely práce označeni jako I1, I2, I3, I4, I5 a I6.

3.4 Realizace a časový harmonogram výzkumu

V rámci bakalářské práce jsem postupovala při realizaci výzkumu následujícím způsobem (viz tabulka 1). V říjnu 2021 byla provedena rešerše odborné literatury a navržen obsah bakalářské práce. Teoretická část byla zpracována v listopadu 2021 až únoru 2022. V březnu 2022 proběhla příprava k realizaci výzkumu. Byla sepsána žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce, která byla pomocí e-mailové schránky rozeslána hlavním sestřám nemocnic v Jihočeském kraji spolu s doprovodným

textem objasňujícím účel bakalářské práce. Po získání souhlasného stanoviska od hlavní sestry daných nemocničních zařízení jsem kontaktovala zdravotně sociální pracovníky daných nemocnic se žádostí o spolupráci a domluvili jsme se na osobní schůzce, případně na vzdálené formě rozhovoru. Sběr dat proběhl v první části měsíce dubna 2022, kdy byly vedeny polostrukturované rozhovory se zdravotně sociálními pracovníky z jihočeských nemocnic. Se souhlasem komunikačních partnerů jsem rozhovory nahrávala na mobilní telefon a následně přepisovala do písemné podoby. V dubnu 2022 následovalo zpracování a analýza dat a výsledků.

Tabulka 1 Harmonogram výzkumu

Časový úsek	Činnost
Říjen 2021	Rešerše odborné literatury a návrh obsahu
Listopad 2021–únor 2022	Zpracování teoretické části
Březen 2022	Příprava metodiky
Duben 2022	Sběr dat
Duben 2022	Zpracování a analýza dat a výsledků

Zdroj: vlastní výzkum

3.5 Možné zkreslení výzkumu

Ke zkreslení výzkumu může docházet jak na straně informanta, tak na straně výzkumníka (Urbánek, 2019). Ke zkreslení informací uváděných v bakalářské práci mohlo dojít z několika důvodů. Jak uvádí Urbánek (2019), účast ve výzkumu může vést u informantů ke změně jejich názorů. I přes anonymitu výzkumu mohli mít někteří informanti snahu představit svou činnost v co nejlepším světle. Některé rozhovory byly vedeny v omezených časových podmínkách, což mohlo zapříčinit neuvedení některých informací. Rozhovory s některými informanty byly vedeny přes telefonické zařízení, což mohlo způsobit určitý diskomfort na straně informanta i výzkumníka. Rozhovory mohly být rovněž ovlivněny používáním respirátorů. V průběhu rozhovorů docházelo také k jejich přerušování z důvodu vyrušení pracovníky nemocnice a zvonícími telefony.

3.6 *Způsob zpracování dat*

Přepsané rozhovory byly zakódovány pomocí otevřeného kódování. K přepsaným rozhovorům byly přiřazovány kódy, které byly na základě jejich významu sdružovány do kategorií (viz příloha 3). Jako metodu pro analýzu dat jsem zvolila metodu tužka papír, tedy metodu kódování v ruce. Bylo vytvořeno celkem jedenáct kategorií.

4 Výsledky

V této části bakalářské práce jsou prezentována data získaná kvalitativním výzkumem za využití techniky polostrukturovaného rozhovoru se šesti zdravotně sociálními pracovníci, které splňovaly kritéria pro zařazení do výzkumu. Pracovaly tedy v době výzkumu na pozici zdravotně sociálního pracovníka v některé z nemocnic v Jihočeském kraji. Data byla fixována pomocí zvukového záznamu. Jednotlivé nahrávky byly následně přepsány do písemné podoby. Při analýze rozhovorů bylo použito otevřené kódování.

Výsledky jsou prezentovány v jednotlivých podkapitolách dle dílčích výzkumných otázek. Na základě dílčích výzkumných otázek byly stanoveny základní otázky k polostrukturovanému rozhovoru s jednotlivými informanty. Výsledky jsou řazeny dle dílčích výzkumných otázek a jsou vždy stručně shrnuty.

4.1 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 1

První dílčí výzkumná otázka měla za úkol definovat okruh klientů, kterým zdravotně sociální pracovníci v nemocnicích poskytují sociální poradenství.

4.1.1 Klienti

Zdravotně sociální pracovníci poskytují sociální poradenství zejména hospitalizovaným klientům a jejich rodinným příslušníkům. Zmiňovanými klienty byli senioři, zdravotně postižení, chronicky nemocní, děti a jejich maminky, osoby bez přístřeší, osoby závislé na návykových látkách a pacienti v terminálním stádiu nemoci. I3 odpověděla na otázku, komu jsou poradenské služby určeny, následovně: *„Jsou určeny všem, kdo je potřebuje. A zejména senioři u nás, zdravotně postižení, nemocní chronicky, jejich rodiny a tak dál.“* Odhadem 90 % klientů I4 a I5 jsou z LDN. I4 však zmiňovala také práci s dětmi a maminkami. *„Pak nějaký menší množství je třeba dětské oddělení, tam je hodně, je to o tom, že komunikujeme s OSPODem, třeba když je tady nezletilá maminka, nebo podezření na syndrom CAN, to se až tak často jakoby neděje, nebo pokud si dítě nechce nechat. Jo ale to je relativně minimálně.“*

Informanti poskytují sociální poradenství rovněž pacientům v terminálním stádiu onemocnění a jejich rodinám. *„Těm kromě emoční podpory pomáháme s vyřízením paliativní péče.“* Pokud dojde k úmrtí pacienta, pracují pak informanti někdy také

s pozůstalými. I6 upozorňuje, že poradenství, které se týká umírajících a pozůstalých poskytuje v rovině praktických informací, např. ohledně způsobu zařízení pohřbu. „*Tam spíš u těch umírajících a u těch rodin, tam je spíš ta psychologická pomoc, jo, a to není práce pro sociální pracovníci, to je práce pro psychologa. Protože když člověk neví, tak může napáchat víc škody než užítku.*“

I4 hovořila také o poskytování sociálního poradenství kolegům a osobám, které nejsou hospitalizovanými klienty, ani jejich rodinnými příslušníky. „*My fungujeme primárně pro nemocnici, takže by měl být pacientem té nemocnice, nebo zaměstnancem jakoby samozřejmě, kolegům, že můžeme poskytnout taky. A neodmítneme, když třeba někdo zavolá zvenku nebo sem přijde se na něco zeptat, protože si to dost často ty lidi pletou jo, že nejsou ani pacienti, ani ty rodiny třeba tu nikoho nemají, tak jim samozřejmě poradíme.*“ I5 doplňuje, že se jedná o základní poradenství. I4 hovoří shodně: „*No to je vlastně povinnost naše, poradit.*“ Pokud situace osob mimo nemocnici vyžaduje odbornější zásah, jsou odkazovány na příslušné instituce.

Podle I4 je nejobtížnější práce s osobami bez přístřeší. „*A to je třeba řešit hned, protože to je taková nepříjemná cílová skupina v tom smyslu, že kdyby skončili nesoběstační a nemají žádný příjem, nemají zázemí, a ještě k tomu se o sebe nepostarají, je hrozně těžký je někde umístit. Takže v takovym případě je dobrý jednat rychle. A ještě nemají nárok na důchod, protože nikdy nepracovali.*“ O uvedené cílové skupině hovořila také I5, která cílovou skupinu osob bez přístřeší považuje rovněž za obtížnou z důvodu obtížného shánění ubytování a upozorňuje, že se bude situace nadále zhoršovat. „*A tadleta skupina se teď hodně rozšiřuje a bude se rozšiřovat, protože za současný situace, která teď ve světě je, bude ještě mnohem těžší těm lidem ubytování najít. Ono to bylo těžký už teď a ubytovna byla, nebo azylový dům byl, zpravidla jediný možný řešení, tak tam to teď bude náročnější s tím, jak se bude rozšiřovat společnost ještě o ukrajinský uprchlíky.*“

Kódy, které byly zařazeny do kategorie klienti, jsou uvedeny v tabulce 2.

Tabulka 2 Kódy zařazené do kategorie klienti

Kategorie	Kódy
Klienti	Hospitalizovaní klienti; rodinní příslušníci; senioři; zdravotně postižení; chronicky nemocní; děti; maminky; osoby bez přístřeší; osoby závislé na návykových látkách; umírající; pozůstalí; kolegové; osoby zvenku; všichni potřební

Zdroj: vlastní výzkum

4.1.2 Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 1

Sociální poradenství je zdravotně sociálními pracovníky poskytováno zejména hospitalizovaným klientům a členům jejich rodiny. Většinu klientů všech informantek zapojených do výzkumu tvoří senioři. Pracují však i s dalšími skupinami osob, jako jsou osoby závislé na návykových látkách nebo osoby bez přístřeší. Klient může spadat i do více takto definovaných skupin. Poradenství je v určité míře poskytováno také osobám v terminálním stádiu onemocnění a zejména jejich rodinám, u kterých je poradenství směřováno k zajištění paliativní péče. V případě úmrtí hospitalizovaného klienta se poradenství pozůstalým osobám zaměřuje na záležitosti spojené s vyřízením pohřbu. Zdravotně sociální pracovníci se setkávají také s cílovou skupinou dětí a jejich matek.

Zdravotně sociální pracovníci poskytují v případě potřeby sociální poradenství také svým kolegům nebo osobám, které nejsou hospitalizované ve zdravotnickém zařízení, ani nejsou rodinnými příslušníky. V případě, že se jedná o situaci, která vyžaduje odborný zásah, jsou tyto osoby odkazovány na instituce zabývající se danou problematikou.

4.2 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 2

Cílem druhé dílčí výzkumné otázky bylo stanovit oblasti pomoci sociálního poradenství u zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích.

4.2.1 Oblasti pomoci

Zdravotně sociální pracovníci se věnují řešení celkové sociální situace klienta. Poradenství poskytují zejména ohledně zajištění péče po propuštění z hospitalizace a

ohledně sociálních dávek. I4 říká: „Většinou je to z důvodu, třeba že je nesoběstačný, řešíme, jestli rodina je schopna se o něj po propuštění postarat, nebo ne. Pokud ano, řešíme nějaký pomocný služby domácí péče nebo osobní asistence, případně sociální dávky, nejčastěji příspěvek na péči. Pokud nejsou, nebo nemohou nebo je pacient sám, tak podáváme žádosti do pobytových sociálních zařízení, nejčastěji domovy pro seniory nebo domovy se zvláštním režimem. Většinou ty pečovatelské ne, protože je to na dlouho, a to už ty lidi většinou k tomu nebyvají. A samozřejmě taky příspěvky na péči a širokou škálu těch sociálních dávek pro ty zdravotně postižený a pro seniory. Naším úkolem je primárně to, aby odsud nebyl propuštěný člověk, o kterého nebude postaráno a který tu péči fakt potřebuje.“

I6 k poradenství ohledně sociálních dávek doplňuje: „Potom ještě jim pomáhám třeba s odvoláním, když ten příspěvek na péči není tak, jak by měl být, tak já jim pomáhám psát třeba odvolání.“ Poradenství v oblasti následné péče a sociálních dávek poskytují všichni informanti. I2 ho charakterizuje takto: „Tak v nemocnici je to většinou pomoc, která se týká právě té následné péče, která nastane při té, při ukončení té hospitalizace a je to většinou teda s pobytovými službami, s pečovatelskými službami, s příspěvkem na péči, se zástupcem rodiny, to znamená formou opatrovnictví.“

Zdravotně sociální pracovníci pomáhají rodinám zorientovat se v poskytovaných sociálních službách a poskytují jim informace ohledně jednotlivých sociálních zařízení. I2 udává: „Snažíme se každého navést téma sociálníma službama, aby bylo jasné pro nás i pro lékaře, a i pro tu rodinu a toho pacienta, jestli teda ta péče bude probíhat doma nebo jestli se budou obracet na sociální služby a v případě, že teda nemají s tím zkušenost, s téma sociálníma službama, tak prostě je provést kompletně od zařízení po cenu.“

Zdravotně sociální pracovníci pomáhají také s hledáním ubytování osobám, které nemají kde bydlet. I4 říká: „Pro nás je priorita, aby ten člověk byl soběstačný, když ho pustíme, a aby měl nějaké finanční prostředky, případně můžem zprostředkovat oblečení, to všechno s tím městským úřadem, který je má na starosti.“ Zdravotně sociální pracovníci, kteří působí v nemocničním zařízení, které disponuje sociálními lůžky, poskytují v případě potřeby klientům také informace ohledně fungování sociálních lůžek a podmínkách jejich využití.

Oblasti poradenství se odvíjí od cílové skupiny klientů, kdy má každá cílová skupina jiné potřeby. I5 říká: „*To se hodně odvíjí od toho, o jakou se jedná cílovou skupinu. Je to jiný v případě dětí a maminek jejich nebo právních zástupců, jestli se na nás obrací nějaký ten úřad nebo jestli to je příbuznej nebo jestli to je samotnej pacient. Jiný potřeby má většinou ta osoba bez přístřeší, jiné obtíže řeší pečující osoba.*“

I4 popisovala, že se neseťkává s příliš pestrými případy. Zároveň však považuje oblasti, se kterými mohou klienti potřebovat poradit od zdravotně sociálního pracovníka za neomezené, říká: „*V podstatě ono to nemá hranice. Když se jedná o dítě, tak je to od sociálních dávek po služby, půjčovny pomůcek, jo, když je to třeba zdravotně postižený dítě jako. Fakt je to bez hranic mi přijde, že furt se objevuje něco novýho.*“ I1 shodně zmiňovala poradenství týkající se kompenzačních pomůcek a jejich zajištění a doplňuje, že rodinám a pečujícím poskytuje psychickou podporu.

Kódy, které byly zařazeny do kategorie oblasti pomoci, uvádí tabulka 3.

Tabulka 3 Kódy zařazené do kategorie oblasti pomoci

Kategorie	Kódy
Oblasti pomoci	Dávky; žádosti do pobytových služeb; zajištění terénních sociálních služeb; celkové řešení situace; psychická podpora; kompenzační pomůcky; bydlení po propuštění; plánování návratu domů; možnosti v domácím prostředí; péče po propuštění; opatrovnictví; sociální lůžka; specifické požadavky; orientace v sociálních službách; informace o sociálních zařízeních; zprostředkování kontaktu; nasměrování na úřady; ne moc pestré případy; podle cílové skupiny; bez hranic

Zdroj: vlastní výzkum

4.2.2 Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 2

Sociální poradenství poskytované zdravotně sociálními pracovníky je zaměřeno především na zajištění péče po ukončení hospitalizace. Řeší se, zda je rodina schopna se o svého člena postarat. Na základě možností rodiny je doporučena vhodná sociální služba. Klienti jsou seznámeni s jednotlivými dostupnými sociálními službami ve svém regionu.

Sociální poradenství se týká také oblasti sociálních dávek, především příspěvku na péči nebo dávek pro osoby se zdravotním postižením. Konzultována bývá také oblast opatrovnictví. U osob bez přístřeší se zdravotně sociální pracovníci angažují ve shánění ubytování pro tyto osoby. Sociální poradenství také zahrnuje seznámení s kompenzačními pomůckami, jejich doporučení a informace o jejich dostupnosti. Zdravotně sociální pracovníci poskytují klientům také psychickou podporu.

4.3 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 3

Třetí dílčí výzkumná otázka si klade za cíl popsat způsob průběhu poradenského procesu. Objasňuje způsob, kterým se zdravotně sociální pracovníci dozvídají o klientech, kteří potřebují využít poradenské služby. Dále identifikuje prostředí, ve kterém jsou poradenské služby poskytovány a popisuje poradenský rozhovor s klienty. Rovněž jsou identifikovány metody poradenské práce a potřeba opakovaného poskytování poradenské služby klientovi. Dále odhaluje specifika poradenské práce s nevidomými a neslyšícími klienty.

4.3.1 Zprostředkování kontaktu

Informanti uváděli různé způsoby, kterými je zprostředkováván kontakt zdravotně sociálního pracovníka s klientem. Všichni dotazovaní informanti se dozvídají, že je u daného klienta zapotřebí řešit jeho sociální situaci od ošetřujícího lékaře. I3 udává: *„V nejméně procentech nám dává sociální šetření, žádost, ošetřující lékař.“* I4 říká: *„Nám řeknou, je tady nesoběstačný člověk, nechodí za ním rodina, bude tam potřeba něco řešit. Minimálně provedeme sociální šetření, jestli je třeba něco řešit, jestli si přejí a pokud ano, tak to řešíme my potom s nimi.“* Často je také kontaktuje další personál oddělení, např. staniční sestry. Na I3 se někdy obrací také odborní lékaři z jiných oddělení, nebo občas i praktický lékař. I1 se o pacientech dozvídá také při lékařské vizitě, říká: *„Přímo se podílím na chodu oddělení následné péče, takže zde jsem každý den a o pacientech se tak dozvím z lékařské vizity, které se účastním jednou až dvakrát týdně.“* I4 a I5 se vizit neúčastní. I4 říká: *„Oni tam chodí na ty vizity, my nechodíme s pacientama na vizity. I ta rodina dost často první telefonát, kterež udělá, tak dělá směrem k tomu lékaři.“* I4 popisuje také vzájemnou spolupráci s lékaři a zdravotníky, kdy lékaři získávají informace od zdravotně sociálních pracovníků. Vzájemné poskytování informací probíhá podle I4 obousměrně: *„My jim předáváme, si myslím, naprosto nezbytný informace a oni je bud’*

předávají dál klientovi nebo pacientovi, se kterým oni jsou v intenzivnějším kontaktu, než jsme my dost často.“

Zdravotně sociální pracovníky často kontaktuje také rodina nebo i samotný klient. I1 říká: *„Často se také stává, že se na mě obrací samy rodiny, které si kontakt najdou na webu nemocnice, nebo ho získají od personálu nemocnice.“* I1 také chodí na dvou odděleních jednou až dvakrát týdně na pravidelnou pochůzku, kde se dotazuje, co je nového a zda je nějaký klient k řešení. Ze zbývajících oddělení se v případě potřeby telefonicky ozve personál oddělení. I4 a I5 řeší sociální situaci u každého pacienta po měsíci hospitalizace. I4 udává: *„My si je odchyťáváme sami po třiceti dnech hospitalizace, ale většinou je to opravdu na urgenci rodiny nebo i samotného pacienta, anebo lékařů taky.“* I6 provádí u každého hospitalizovaného klienta na LDN oddělení sociální šetření: *„U každého provedu to šetření, jo, já si je jakoby, kouknu se do chorobopisu, zjistím, jestli má rodinu, jestli má manželku, jestli má děti, a když přijdou na návštěvu, tak si s nima jakoby domluvím schůzku a zjišťuju, co plánujou dál, kam se to bude posouvat. A vlastně i podle toho, jak se vyvíjí ten jeho zdravotní stav nebo jeho fyzickéj stav, nebo ten, ta soběstačnost, jo, zda to bude na domů nebo nebude, jo. Potom to s tou rodinou probírám a zjišťujeme, jestli budou schopní se postarat nebo nebudou se schopní postarat.“*

Informantky I3, I4 a I5 také zmiňovaly, že se na ně někdy obracejí úřady. I4 říká: *„V případě osob bez přístřeší jsou to hodně městský úřady, kde ten pacient má trvalé bydliště jakoby jo. A ti většinou nám volají a spolupracujeme s nimi na řešení tý jeho situace, buď hledání bydlení nebo sociální dávky.“* I5 doplňuje, že v některých případech přichází kontakt také od jiných sociálních služeb: *„Mě ještě napadá pro doplnění, že nás taky třeba oslověj ty jiný sociální služby anebo to město, že třeba máme tady pacienty, kteří mají opatrovníka. Opatrovníkem je veřejnej opatrovník, pracovník úřadu a ten, když se dozví, že jeho opatrovance odvezla záchranka, tak nám hnedka volá a informuje. Anebo tady máme prostě pacienty, kteří jsou klientem odlehčovací služby. Takže nám volá odlehčovací služba, posílali jsme vám tam pacienta, kterému se zhoršil zdravotní stav, tak abyste o něm věděli.“*

Přehled kódů, které byly zařazeny do kategorie zprostředkování kontaktu, je uveden v tabulce 4.

Tabulka 4 Kódy zařazené do kategorie zprostředkování kontaktu

Kategorie	Kódy
Zprostředkování kontaktu	Ošetřující lékař; odborný lékař; personál oddělení; staniční sestra; vizita; praktický lékař; rodina; sám klient; pravidelná pochůzka; odchytáváme sami; u každého; úřady; jiné sociální služby

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.2 Prostředí

Zdravotně sociální pracovníci poskytují sociální poradenství v nemocničním prostředí, jak říká I2: „*V nemocničním prostředí, jenom v nemocničním prostředí.*“ V rámci nemocnice se pak obvykle jedná o pokoj pacienta nebo kancelář zdravotně sociálních pracovníků. I1 poskytuje poradenství rodinným příslušníkům buď v kanceláři, nebo se s nimi schází na oddělení, kde je přítomen ošetřující lékař, anebo přímo u lůžka pacienta. Obdobně probíhají schůzky s rodinou podle I4: „*Bud' to řešíme u pacienta, ale dost často chodí ty rodiny k nám do kanceláře, kde to tu vyřizujeme. A pak třeba jdeme i za tím pacientem společně a řešíme dál. Vždycky takový to papírování je lepší tady.*“

S pacientem hovoří I1 vždy na pokoji u jeho lůžka. I2 udává, že mobilní pacienti mají možnost přijít do kanceláře: „*Pokavaď' jednáme s klientem, tak když je mobilní, může za náma do kanceláře přijít. V případě, že je imobilní, tak přicházíme my k lůžku.*“ I2 dále zmiňuje přítomnost rodiny nebo prostředníka při rozhovoru s klientem: „*A většinou teda vždycky u toho je rodina nebo prostředník, což je město, kterej třeba může být výhledově i veřejným opatrovníkem, když tam není nikdo z rodiny, nebo zástupce třeba i z obce, kterej třeba už toho uživatele řeší dlouhodobě, takže i se starostama obce, s rodinama...*“

Zmiňována byla také potřeba soukromí při poskytování poradenství. I4 k tomu říká: „*A jsme tam s ním na pokoji, pokud je to možné, snažíme se zajistit to soukromí, ono to většinou nejde, většinou tam třeba je vedle nějaký pacient nebo něco. Pokud by tam byla nedejbože nějaká rodina, tak je poprosíme, nebo přijdeme jindy.*“ I4 si také uvědomuje možný negativní dopad na klienta, který sdílí pokoj s pacientem, kterému je sociální poradenství poskytováno u lůžka: „*Takový nepříjemný je, když je ten senior ležící, nemůžeme ho s tou postelí jako vyvážet kvůli tomu rozhovoru a vedle třeba leží jiná*

babička, kterou ten jakoby rozhovor prostě může ovlivnit opravdu, jo. Že je jí to líto, nebo se začne bát taky sama, že ta rodina si jí nevezme. Je to fakt nepřijemný no.“

I4 a I5 se proto snaží, pokud je to možné, poskytovat poradenství v prostředí s větší mírou soukromí. I5 hovoří takto: „*Já si dost často pacienty беру na chodbu nebo do kuchyně, do jídelny teda.*“ Tímto způsobem řeší I5 potřebu soukromí u mobilních pacientů: „*Já se snažím ty mobilnější pacienty. Taky už tak nějak člověk odtuší, co se bude dít, takže když jsem tam třeba teď měla klientku, která byla narkomanka, alkoholička, tak jsem velmi rychle vycítila, že probírat s ní tohleto téma před její spolubydlící, že je to velmi citlivý, takže jsem se snažila příště pacientku vyvézt teda na tu jídelnu, abysme si o tom mohly povídat v soukromí.*“

I3 poskytuje poradenství v některých případech také na ambulanci: „*...nebo na ambulanci občas. Když nás volají přímo na ambulanci nemocnice, kde přivezou někoho, u koho se obávají toho, že to třeba pokud by ho teď propustili z ambulance nehospitalizovali, tak že by to nemuselo dopadnout dobře.*“

Přehled kódů, které byly zařazeny do kategorie prostředí, je uveden v tabulce 5.

Tabulka 5 Kódy zařazené do kategorie prostředí

Kategorie	Kódy
Prostředí	Nemocnice; na pokoji; u lůžka; kancelář; přítomnost rodiny; přítomnost prostředníka; soukromí; chodba; jídelna; ambulance

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.3 Vedení sociálního poradenství

Pacientovi je sociální poradenství poskytováno obvykle na pokoji, kde se řeší jeho stávající sociální situace. Zdravotně sociální pracovník se s ním snaží navázat vztah, aby se seznámil se situací a řeší spolu příslušné záležitosti. I3 popisuje poskytování poradenství pacientům následovně: „*...většinou to skončí na pokoji u klienta no a vyptáváte se ho, takže určitě nějakým dotazováním, zkoušíte navázat nějaký vztah s klientem, aby vás vnímal, teda spíš jako parťáka, partnera, kterému můžete sdělit o co se jedná, s čím potřebuje pomoci, jaký je problém. Samozřejmě přizpůsobuje se všechno věku a zdravotnímu stavu toho klienta.*“ I1 probírá s pacienty sociální záležitosti také při

vizitě, nebo po jejím skončení. Pokud je třeba, pacienta opět navštíví: „*S pacientem řešíme záležitosti v průběhu vizity, nebo po jejím skončení. V případě potřeby se za pacientem opakovaně vracím, nesu dokumenty k podepsání, přináším další info a tak dál. Když je potřeba, tak s pacientem obvoláváme různé instituce a podobně.*“

I2 popisuje proces od domluvení schůzky a stanovení zakázky: „*To znamená, domluví se schůzka na základě nějakého předběžného jednání, a tam ten uživatel nebo ten zástupce z rodiny vznesou vlastně nějaké přání nebo mají už nějakou jakoby představu, že tu péči buď zvládnou s pomocí pečovatelských služeb a chtějí kontakty, anebo teda tu péči nezvládnou a hledají pobytové zařízení prostě pro plnou ošetrovatelskou péči, i sociální lůžka.*“ Shodně popisuje poskytování sociálního poradenství rodinám také I1: „*Co se týče rodin, tak přicházejí na smlouvanou schůzku a po příchodu vyzvu rodinné příslušníky, aby sdělili, s čím jim mohu pomoci. Poté situaci probíráme z různých hledisek a hledáme řešení.*“ I6 popisuje průběh schůzky obdobně: „*Probíhá to tak, že já jim vysvětlím situaci toho člověka, i tomu člověku vysvětlím, jaká je situace. A teď zjišťujeme, jestli je schopen samostatného života, nebo potřebuje péči. Takže v podstatě od toho základu až vlastně k tomu řešení. A to je, u každého je to trošičku jinak, jo. Ale ten základ je, že vysvětlím situaci, zjistím, jak si, co si představuje ten člověk, já mu navrhnou řešení, a v podstatě pak už je jenom na něm nebo na té rodině, jak se rozhodnou, co dál.*“

I1 poskytuje sociální poradenství často opakovaně: „*Poradenství často poskytují opakovaně, záleží na situaci pacienta a rodiny a také, jak se vyvíjí postupně zdravotní stav.*“ Informanti také zmiňovali, že se jim někteří klienti po propuštění z nemocnice opět vracejí. I3 říká: „*Občas ano, že se nám stává, že se nám klienti vrací, to ano. Že jednoho propustíme a on se nám za pár týdnů třeba vrátí zpět a řešíme tu samou situaci. Je to hrozně individuální, stává se nám to, teď bych řekla poslední dobou docela často, že se nám vrací klienti, ty, který propustíme třeba domů, anebo i ty, který propustíme do zařízení sociální péče, tak i ti se nám někdy vrací s tím, že opustili ten domov a jsou znova zpátky doma, znova se to nezvládá, řeší se pořád vlastně jedna a ta samá věc.*“ Rovněž podle I2 se poradenské služby opakují v případě opětovného přijetí k hospitalizaci, ne však, pokud klient v nemocnici zůstává: „*Nám se ty uživatelé v případě, že ten pacient jako je řeknu propuštěný domů, tak by musel být znova jakoby přijmut k tej hospitalizaci. Jestliže ten uživatel zůstává v nemocnici, tak se opakovaně ty služby už jako neopakují,*

protože se to nastaví, a ten člověk vlastně čeká na vyřízení té služby, kterou má už jakoby nasměřovanou.“

Na zdravotně sociální pracovníky se někdy obrací rodina také poté, co je rodinný příslušník propuštěn do domácího prostředí. I6 říká: *„Pokud třeba jdou domů a nemají třeba pečovatelskou službu, kde by byla sociální pracovnice, tak samozřejmě se stane, že se na mě i obrátí. Takovým lidem já třeba dávám vizitku a řeknu jim, kdyby potřebovali, tak ať se na mě obrátí.“*

Za základní využívanou metodu poradenské práce považují informanti shodně rozhovor. I5 zmínila také využívání dotazníků. Informanti se shodli na tom, že ke klientům přistupují individuálně podle jejich potřeb. I3 říká: *„Je to hrozně individuální, ke každému se přistupuje individuálně, prostě každé potřebuje jinej čas, jinej prostor, jinak hovořit, jinak chápe ty sdělované věci. Ale jakoby gró naší práce je rozhovor s tím klientem nebo s tím, kdo o to žádá.“* I1 hovoří následovně: *„Rozhovor, o dalších metodách nevím, ani takto o tom neuvažují.“* Poradenství bývá také doplňováno poskytnutím dalších materiálů. I6 říká: *„Tak já hlavně mluvím teda, mluvím, mluvím a vlastně jim třeba dávám letáky, že jo, ty jsou tady všude, na chodbě. Jinak nástěnku mám, kde jsou všechny informace. Takže i vlastně, když se mě zeptají, tak já jim třeba ukážu, nebo já sem, fakt jim i ten leták vyjedu, napíšu číslo, napíšu všechno, takže jako podle toho, co ten člověk potřebuje, jak je schopnej to vlastně zpracovat.“*

Přehled kódů, které byly zařazeny do kategorie vedení sociálního poradenství, je uveden v tabulce 6.

Tabulka 6 Kódy zařazené do kategorie vedení sociálního poradenství

Kategorie	Kódy
Vedení sociálního poradenství	Domluvení schůzky; návštěva klienta; při a po vizitě; zakázka; jednorázově; opakovaně; rozhovor; dotazování; navázání vztahu; probírání situace; hledání řešení; přizpůsobení klientovi; letáky; nástěnka

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.4 Specifika poradenství u smyslového postižení

Komunikace v rámci poradenství osobám se smyslovým postižením se přizpůsobuje možnostem a schopnostem daného klienta. I1 se dosud nesešla se zcela nevidomými a neslyšícími klienty. I2 a I3 nemají k dispozici speciální pomůcky usnadňující komunikaci s osobami se smyslovým postižením. I3 má však zkušenost s využitím čtecí tabulky: „*Ta paní si ji přinesla, my nemáme tyhle možnosti, takovýdle pomůcky nemáme.*“ I4 a I5 mají k dispozici tablet se speciální aplikací. I4 říká: „*Mají ho na interní ambulanci, a hlavně můžeme si ho tam kdykoli jakoby půjčit a využít ho.*“

Někteří informanti shodně uváděli, že mají k dispozici kontakt na spolupracující organizace, které jim jsou schopny v případě potřeby zprostředkovat komunikaci s klienty se smyslovým postižením. I2 k tomu říká: „*Když by byl nějaký problém, tak je i kontakt na stránkách nemocnice, když přijde někdo třeba neslyšící do ambulance, tak je kontakt na nějakou organizaci, která prostě vypomáhá v tom zprostředkování, řeknu tý komunikace mezi lékařem, ale ne, neměli jsme ještě tak jako, že bysme ho museli využít.*“ I6 uvedla, že takový kontakt k dispozici nemá: „*Kdybych k tomudle přišla, tak budu nějakýho tlumočnicka hledat a budu to hledat na internetu. To potom je moje práce, že já musím toho tlumočnicka vyhledat.*“

Informanti se s klienty se sluchovým postižením dorozumívají pomocí psaní nebo posunků. I4 doplňuje, že 90 % seniorů špatně slyší. I5 říká: „*Takže my si pomáháme, no, píšeme jim to. My prostě jdeme tam s papírem a s tužkou a velkýma písmenama jim tam píšeme, co to po nich třeba chceme.*“ Dále doplňuje, že někteří z těchto seniorů mají naslouchadla.

Podle I4 velmi usnadňuje komunikaci s těmito klienty rodina, říká: „*Hodně pomůže i ta rodina vždycky, která už je na to zvyklá a od nich to pochopí třeba, co po nich chceme. Veškerý tyhle věci probíhají opravdu ve spolupráci s rodinou, pokud ji mají, nebo známí, blízká osoba.*“

Informantka I3 popisovala svoji zkušenost s neslyšící klientkou: „*Řešili jsme dokonce v době covidu neslyšící paní, která uměla znakovou řeč a odezírala ze rtů. A v době nošení roušek to bylo docela těžký, ale byla to rodinná příslušnice.*“

Informantka I5 řešila u nevidomé klienty následující situaci: „*Já jsem měla ted'ka nedávno, jsem tady měla pacientku, která byla nevidomá a potřebovali jsme řešit situaci, kdy paní požádala o překlad do pobytového sociálního zařízení, tomu podléhá povinnost odeslat žádost, která je podepsaná vlastně tou žadatelkou. No a takže jsem se paní ptala, jak tu situaci řeší, když je doma, tak ona mi popisovala, že doma využívá na to nějaký pomůcky, který jsme tady ale neměli, potřebovali jsme tu situaci řešit poměrně rychle, takže jsem byla celou dobu v kontaktu taky s jejím synem a domluvili jsme se vlastně s domovem pro seniory na tom, že tu žádost pošleme nepodepsanou a oni to potom doladí až při tom samotným příjmu. Takže jsme to řešili poměrně jako flexibilně.*“ Zmiňovaná klientka dle I5 neřešila s personálem žádné nestandardnosti a péče se dobře zvládla.

Přehled kódů, které byly zařazeny do kategorie specifika poradenství u smyslového postižení, je uveden v tabulce 7.

Tabulka 7 Kódy zařazené do kategorie specifika poradenství u smyslového postižení

Kategorie	Kódy
Specifika poradenství u smyslového postižení	Nevidomí; neslyšící; přizpůsobení klientovi; bez zkušenosti; pomůcky; spolupracující organizace; písemně; znaková řeč; odezírání; posunky; flexibilní řešení; bez obtíží; pomoc rodiny

Zdroj: vlastní výzkum

4.3.5 *Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 3*

Kontakt zdravotně sociálního pracovníka s hospitalizovaným klientem bývá zprostředkován na základě žádosti ošetřujícího lékaře nebo ostatního personálu oddělení. Někteří zdravotně sociální pracovníci se účastní lékařských vizit, kde jsou seznámeni se situací pacientů. Kontakt přichází často také od rodinných příslušníků hospitalizovaných klientů, případně od samotného pacienta. Zdravotně sociální pracovníci si klienty rovněž sami vyhledávají. Někdy se na ně také obracejí úřady nebo jiné sociální služby.

Sociální poradenství je obvykle poskytováno u lůžka pacienta nebo v kanceláři zdravotně sociálních pracovníků, kam přicházejí zpravidla rodinní příslušníci hospitalizovaných pacientů. Poskytování sociálního poradenství na pokojích pacientů bývá komplikováno

nedostatečným zajištěním soukromí pro vedení rozhovoru. Pokud je to možné, je poradenství mobilním klientům poskytováno také v jiných prostorech, např. v jídelně.

Zdravotně sociální pracovník se snaží s pacientem navázat vztah, aby mu pacient svěřil, s čím potřebuje pomoci a konzultují stávající sociální situaci. S rodinnými příslušníky se domluví schůzka, na které se rozebírají možnosti zajištění péče po ukončení hospitalizace na základě dispozic rodiny. Klienti jsou seznámeni se sociálními službami a sami se rozhodují, jakým způsobem budou stávající situaci řešit. Dochází také k situacím, kdy je pacient propuštěn z hospitalizace a po určité době se do nemocnice vrátí a opět se řeší ta samá situace. Někdy se na zdravotně sociální pracovníky obrací rodina po propuštění pacienta do domácího prostředí. Základem poradenské činnosti je rozhovor, který se přizpůsobuje individuálním možnostem klienta. Klientům bývají poskytovány tištěné materiály obsahující potřebné informace.

Poradenství klientům se smyslovým postižením je vedeno za využití funkčních smyslů, případně za pomoci speciálních pomůcek, které mají někteří zdravotně sociální pracovníci k dispozici, nebo které jsou ve vlastnictví klienta. Komunikaci s těmito klienty velmi usnadňuje rodina. V případě nemožnosti vzájemného dorozumění s klientem je kontaktován tlumočnický, který zprostředkuje vzájemnou komunikaci.

4.4 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 4

Cílem čtvrté dílčí výzkumné otázky bylo popsat, jaké nároky klade poskytování sociálního poradenství na zdravotně sociální pracovníky.

4.4.1 Znalosti

Většina zúčastněných informantek shodně tvrdila, že poskytují jak základní, tak odborné sociální poradenství. Některé si nebyly odpovědi příliš jisty. I3 uvedla: „*Asi odborný, řekla bych.*“ I11 odpověděla následovně: „*Poskytuji základní i odborné poradenství. Nemáme ale poradenství registrované jako sociální službu.*“ I6 upozorňuje, že se jedná o základní poradenství: „*Tady nějaký odborný poradenství v podstatě nefunguje, na to jsou vlastně jiný zařízení, nebo jiný sociální služby, jo. V nemocnici opravdu to základní, protože ty lidi většinou se musí někam posunout.*“

I4 a I5 hovořily o situaci, kdy nemají dostatečné kompetence k poskytnutí poradenské služby. I4 uvedla: „*Když něco nevíme, když je to to odbornější, tak odkážeme na instituce,*

který jsou k tomu kompetentnější. Ale snažíme se ty informace zjišťovat předem, abysme byli připravení. Ale v té sociální práci je pořád něco nového, těch věcí přibývá, co lidi potřebují nebo chtějí vědět.“ I5 je vděčná za kvalitní vztahy s organizacemi, kam je možné klienty v případě specifických požadavků odkázat: „My máme hodně dobře navázaný vztahy tady s různými organizacema, s OSPODem, s městem, s úřadem práce. Takže když jsou to informace, o kterých víme, že je zapotřebí v tom mít nějaký jako větší kompetence, tak se obracíme buď my na ně, nebo zprostředkováváme kontakt tomu pacientovi nebo jeho rodině, aby se s nima spojili sami.“

Informantky se podle svých slov musí orientovat v sociálním systému. Musí mít přehled o sociálních službách, systému sociálních dávek a mít kontakty na jednotlivé poskytovatele sociálních služeb v daném okrese. I2 udává: „...To znamená mít kontakty na ty pečovatelský terénní služby, mít kontakty na ty zdravotnický terénní služby, mít přehled kolik se pohybuje úhrada v soukromých pobytových službách, ve státních nebo částečně státních a částečně soukromých pobytových službách. A pak samozřejmě kontakty jako na soud, na město.“ I6 je ráda za možnost využití internetu v dnešní době: „Takže když člověk neví, a mám třeba člověka od pryč, kde třeba se neorientuju v těch službách, tak si to najdu zkrátka.“ I1 zmínila také potřebnost znalosti kompenzačních pomůcek.

Důležitá je také znalost opatrovnictví. I3 říká: „Takže určitě i legislativní teď požadavky na nás kladený, čím dál tím víc, i co se třeba týče opatrovnictví, protože s tím se setkáváme taky velice často, možná teď víc než kdy dřív, takže určitě znalost i opatrovnictví, to vychází z občanského zákoníku a ze soudního řádu.“

Všechny informantky splňují kvalifikační požadavky pro výkon povolání zdravotně sociálního pracovníka. I3 k tématu vzdělání zdravotně sociálních pracovníků dodává: „Protože jsme v nemocnici, tak je velkou výhodou, pokud máte zdravotnický vzdělání, byť minimální třeba, abyste rozuměla různým diagnózám, pojmům, i prognosticky, abyste věděla třeba, když se jedná o nemocného člověka, tak prognosticky s čím počítat do budoucna, co bude třeba u lidí po mrtvičkách, abysme věděli, aby to pro nás nebylo cizí. Nebo u lidí třeba v terminálním stádiu, abyste neslibovala něco, co nelze splnit a tak.“

Podle zúčastněných informantek je i přes dosažené formální vzdělání nezbytné se neustále vzdělávat, a to nad rámec zákonem stanovených povinných 24 hodin dalšího

vzdělávání za kalendářní rok. I5 říká: „*My obě s kolegyní máme spoustu let škol na to, abysme to tady dělaly, ale shodly jsme se na tom, že to člověk stejně všechno zapomene, a hlavně se to pořád všechno mění. Takže i tamhle mám já spoustu brožurek, který když si je teďka budu číst, tak vím, že po tom roce, co byly vydány, už nebudou aktuální. Tak se člověk musí neustále vzdělávat.*“ I5 získává aktuální informace mimo jiné v rámci spolupráce s příslušnými úřady: „*...Pořád se ta legislativa mění, upravuje, jsou změny, který možná ještě ani neprošly tou legislativou, ale už se o nich tak ve společnosti povídá, takže oni vám jako pacienti a rodinní příslušníci volaj, takže my se musíme samy udržovat mentálně hodně fit, tak si to neumím představit bez té úžasný spolupráce, co máme tady s úřadama, okresní správa sociálního zabezpečení, bez těch bysme se neobešly. ...Tak tam si vždycky voláme o aktuální novinky. A je to vzájemný, ta spolupráce tady opravdu jako je velmi dobrá“.* I4 doplňuje: „*Jo, i s ostatníma sociálníma zařízeníma, jo, kde taky mají sociální pracovnice, ta práce je hodně podobná. Takže i jim voláme třeba ohledně našich pacientů i ohledně těch novinek.*“ Rovněž I3 potvrzuje, že se během výkonu povolání setkává se záležitostmi, ke kterým si musí samostatně shánět další informace.

Přehled kódů, které byly zařazeny do kategorie znalosti, uvádí tabulka 8.

Tabulka 8 Kódy zařazené do kategorie znalosti

Kategorie	Kódy
Znalosti	Základní poradenství; odborné poradenství; neregistrované; přehled o sociálních službách; terénní služby; pobytové služby; ceny; mít kontakty; vzdělání sociálního pracovníka; výhoda zdravotnického vzdělání; samostudium; změny; povinné vzdělávání; znalost legislativy; opatrovnictví; dávky

Zdroj: vlastní výzkum

4.4.2 Psychická zátěž

I3 považuje činnost zdravotně sociálního pracovníka za psychicky náročné povolání, říká: „*No a duševní nebo psychická zátěž, určitě, tak je poslední dobou větší, protože samozřejmě přibývá klientů, s tím přibývá i problémů. Samozřejmě jsou nervóznější i rodiny, kor v současný době, kdy je všechno drahý a my po nich chceme nějakým způsobem třeba zaopatřit toho svého blízkýho, tak občas jsou tam takový vyhrocený*

situace, kdy řešíme třeba, teď nedávno jsme i řešili to, jestli volat policii nebo ne k jednomu případu, kdy k nám přišel vnuk naší pacientky a vyloženě byl jakoby agresivní verbálně, takže se řeší různé situace a je to psychicky náročný povolání, protože musíte jednat s lidma, musíte vědět, jak jednat s lidma, někdy je to horší jednat s těma rodinnýma příslušníkama než s klientama.“

Rovněž I6 považuje svoji práci za psychicky náročnou, říká: „*A jako jestli je to psychicky náročný, no to teda je. Protože jak říkám, že opravdu ten klient je klient od klienta, rodina od rodiny, a každé se k tomu staví úplně jinak, jo, protože je taková doba, jak říkají instantní doba, takže musí bejt všechno hned a ono to není, a ono potom jako vysvětlit člověku, že nemůže zůstat v nemocnici, že musí teda si ho vzít domů, než vyčkají toho umístění, jinak teďka je zaplat' pánbůh teda to dlouhodobý ošetrovní, že třeba se to dá taky nějakou dobu tímhletem řešit, ale ne každé ty možnosti má nebo to preferuje.“*

I4 a I5 nemají pocit, že by jejich povolání bylo psychicky náročné. I5 srovnávala současnou činnost se svým dřívějším zaměstnáním v sociálních službách, oproti kterému si nyní spíše „odpočívá“.

Přehled kódů, které byly zařazeny do kategorie psychická zátěž, je uveden v tabulce 9.

Tabulka 9 Kódy zařazené do kategorie psychická zátěž

Kategorie	Kódy
Psychická zátěž	Psychicky náročné povolání; poslední dobou větší; nervozita rodin; instantní doba; nízká psychická zátěž

Zdroj: vlastní výzkum

4.4.3 Časová náročnost

I1 odhaduje, že poskytování sociálního poradenství tvoří asi 80 % části její práce. Do uvedeného odhadu však započítává i veškerou s tím spojenou administrativu. Stejný časový odhad udává I6: „*Já myslím, že tak z těch 80 %. Protože já, ty lidi zkrátka pořád někde, já pořád s nima mluvím a někde navádím.“* Podobný odhad udává také I3: „*Troufám si říct, z nějakých sedmdesáti procent. Hodně nám zabírá času administrativa, máme na starosti ještě sociální lůžka. Takže bych řekla, tak teď momentálně poslední dobou, tak z těch 70 procent asi jo.* Obdobně odhaduje časovou náročnost poskytování

sociálního poradenství rovněž I2. „Z té osmihodinové pracovní doby bych řekla, je to přesně ta, taková bych řekla, těch 6 hodin určitě, protože těch pacientů na oddělení je opravdu, každý den se tady střídají, jsou propuštěni, znova jsou přijmuti třeba i noví pacienti.“ Doplnuje, že časovou náročnost zvyšují sociální lůžka: „...A tam je to ta agenda toho uživatele od nástupu až po ukončení prostě té sociální služby, takže určitě 6 hodin.“

Poněkud odlišný odhad, co se týče času, který zabírá poskytování poradenství, mají I4 a I5, které odhadují, že sociální poradenství tvoří zhruba třetinu jejich práce. I5 tuto skutečnost zdůvodňuje následovně: „...My jsme vlastně součástí jako multidisciplinárního týmu, takže my, jedna část je komunikace s pacientem, s rodinou. Ale další velká část je naše spolupráce s lékařem a se zdravotníky.“ I4 doplňuje: „To máme dejme tomu další třetinu, plus ty úřady, zařízení a takhle. Třeba když někomu žádáme do domova pro seniory, tak ta spolupráce s těmi domovými pro seniory je pro nás klíčová, protože ten člověk tady nemůže zůstat a my ho potřebujeme někam umístit, tak to taky zabere hodně času a zbytek je fakt hrozně moc toho papírování. Už jenom žádost o příspěvek na péči jakoby papírově vyřešit netrvá tak krátkou dobu. Nebo žádost do domovů pro seniory, ty jsou obsáhlé.“ I5 ještě doplňuje další oblast, které věnuje čas: „No ale spousta času trávíme právě tím, že jako verifikujeme informace, který jsme získaly. Každou chvíli ty mění se informace, různý jako výše dávek, nároku na dávky. Dost často ty situace těch klientů jsou jako velmi složité, velmi komplikované. Takže já třeba osobně trávím opravdu velkou část svého pracovního času taky tímhle telefonováním s různými institucemi a ověřováním toho, jaký jsou možnosti.“

Přehled kódů, které byly zařazeny do kategorie časová náročnost, uvádí tabulka 10.

Tabulka 10 Kódy zařazené do kategorie časová náročnost

Kategorie	Kódy
Časová náročnost	80 %; 6 hodin; 70 %; třetina

Zdroj: vlastní výzkum

4.4.4 Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 4

Zdravotně sociální pracovníci se musí orientovat v sociálním systému, mít přehled o sociálních službách a mít na poskytovatele sociálních služeb kontakty. Rovněž je třeba, aby se orientovali v systému sociálních dávek poskytovaných v České republice. Důležitá je také znalost opatrovnictví. Vzhledem k poskytování poradenství klientům se zhoršeným zdravotním stavem je výhodou také zdravotnické vzdělání. Zdravotně sociální pracovníci se musí neustále vzdělávat, aby byli schopni poskytovat aktuálně platné informace. Někteří zdravotně sociální pracovníci považují svoji práci za psychicky náročnou, jiní tento názor nesdílí.

Časová náročnost poskytování sociálního poradenství zdravotně sociálními pracovníky je různá. V některých nemocničních zařízeních představuje převažující činnost zdravotně sociálních pracovníků, jinde je poněkud upozaděno další náplní práce zdravotně sociálních pracovníků.

4.5 Vyhodnocení dílčí výzkumné otázky č. 5

Pátá dílčí výzkumná otázka měla za úkol odhalit komplikace, které doprovázejí poradenský proces poskytovaný zdravotně sociálními pracovníky.

4.5.1 Komplikace

I2 a I4 udávají, že se vždy vyskytne nějaká situace, která komplikuje poradenský proces. I2 tvrdí: „*Vždycky jsou tam nějaké komplikace, to většinou jako u hodně případů.*“ I4 uvedla: „*Úplně pokaždý je tam nějaký problém.*“ Shodně hovoří I6: „*Poradenství je jedna velká komplikace.*“

Informantky shodně hovořily o komplikacích, které do poradenství vnáší rodiny hospitalizovaných pacientů. Podle I1 nejsou některé rodiny ochotné přijmout zodpovědnost za určitá rozhodnutí ohledně pacienta, např. za umístění do domova pro seniory. I2 a I3 uváděly, že některé rodiny nejsou ochotny komunikovat. I3 říká: „*Často jsou nespolupracující rodiny nebo rodiny, který musíte pomalu několikrát žádat, aby vůbec se dostavily, pokud se dostaví. Nebo jsou zvláštní v tom, že mají na všechno, tak samozřejmě, každý má na všechno svůj názor, ale nechtějí si nechat poradit třeba, jsou i takový.*“

Komplikace do poradenství vnáší nepochopení situace ze strany klientů. I6 udává: „*To vám komplikuje, pokud ten, ta rodina nebo ten člověk nepochopí vlastně tu situaci, tak už jenom to je velká komplikace, protože to s nima musíte do nekonečna stále a stále mluvit. Kdykoliv přijdou, mluvit s nima, mluvit, a aby si to uvědomili, že ta situace je taková, jaká je, a oni buď si s ní poradí, anebo se to musí řešit jiným způsobem, a to je velkej problém.*“

Někteří hospitalizovaní pacienti nemají s rodinou navázané fungující vztahy, nebo rodinu vůbec nemají. I2 udává: „*Dost často je tam i nefunkční rodina, kdy ten uživatel prostě má rodinu, ale není s nima v kontaktu, nebo jsou tam špatný vztahy v té rodině.*“ I3 a I5 hovořily také o konfliktních situacích s rodinnými příslušníky. I5 říká: „*No tak prostě jsou lidi, který konfliktní jsou. A tady se řeší situace, který pro ně stresující jsou, protože jim řekneme, že prostě vám zejtra maminku přivezeme domů, protože už tady nemůže být, a oni jsou ale přesvědčení o tom, že stát je povinen se starat a maminka přece nechodí, tak my si jí domů nevezmeme, protože my pracujeme v Německu, protože my vyděláváme na hypotéku, těžko si nechají vysvětlit, že nemocnice opravdu není odkladiště jejich příbuzných, a že je zapotřebí je do toho nějak zapojit, do řešení sociální situace jejich příbuzných, tak nejsou všichni tomu vždycky otevření.*“

I3 řešila dokonce situaci, kdy byl příbuzný hospitalizované klientky verbálně agresivní do té míry, že se řešilo, zda zavolat policii. Situace se nakonec zvládla za pomoci sanitáře přítomného na oddělení. I3 dále uvedla: „*Ale je pravda, že už jsem jednou za celou tu svoji dobu, co jsem v nemocnici, tak jsem byla u výslechu kvůli napadení primárky v naší kanceláři synem naší klienty a není to nic příjemného, když se to stane. Jo a nevíme nikdy, poslední dobou víte, jak to vypadá, že jo, v těch zprávách a tohleto, co všechno, lidi, čeho jsou schopní a ono opravdu jsou vyhrocený situace, protože jde o peníze, jde o zdraví, jsou to většinou takový třeba i vyhrocený situace, kdy ty rodiny opravdu neví kudy kam, teď vy je tlačíte jako zdravotnictví do toho, že nejsme zaopatřovací ústavy, ty rodiny neví, co s těma klientama, co s těma svejma blížeje budou dělat, a může to dopadat i takhle jako nemile.*“

I4 hovořila také o nereálných očekáváních, které mají někteří rodinní příslušníci: „*Nebo si představují, že maminka odsud odejde a bude běhat maratony, jo, a nechtějí už slyšet, že opravdu ne, že ten stav se nebude nikam posouvat a je třeba tu situaci řešit, protože v tomhle stavu si ji sice nevezmou, ale očekávají, že ji tady rozběháme. Ono se to prostě*

nestane. Ale nechtějí podat třeba ty žádosti do domovů pro seniory. A ta situace je patová, ale rodina prostě to řešit nebude.“

I3 udává, že se vždy řídí přáním klienta: *„Pak klienti, kteří jsou přesvědčeni, že zvládnou všechno. My prakticky vidíme, že to tak nebude, můžeme se domnívat, že to bude úplně jinak, ale vždycky prostě pro nás je přání toho klienta jakoby na tom prvním místě, takže možná to. Taková jako nespolupráce a možná i ne úplně chtěná nespolupráce, ale i to, že občas ti klienti neví, co od toho očekávat, nebo si myslí, že všechno zvládnou sami, ono se potom nakonec ukáže, že to tak není možný, ale občas jim musíme nechat ten prostor, aby si to zkusili.“* I6 doplňuje: *„Ale dneska i když v podstatě člověk omezený ve svéprávnosti, tak když, i když řekne, že v domově pro seniory nebude, tak tam zkrátka nebude, jo. Je to těžký. A to je na tom to takový těžký, že člověk je takovej trošku bezmocnej, protože víte, že když toho člověka necháte doma, tak že ho vlastně odsoudíte defacto ke smrti, nebo že tam někde si rozbije hlavu, zabije se, ale nemáte jinou možnost.“*

Podobně hovořila také I2: *„...Když ten uživatel je sám a nikam nechce, ten zdravotní stav je takový, že prostě nedokáže si vyhodnotit správně, jestli se dokáže o sebe postarat i v takovém zdravotním stavu, který mu neumožňuje vlastně žádný třeba pohyb, nebo neovládá mobilní telefon, nepřivolal by si pomoc, a i přesto odmítá do jakéhokoliv zařízení nastoupit.“* I6 doplňuje následující přístup některých pacientů: *„Ta generace našich rodičů, tak ta opravdu má jakoby zažito, že ty děti se musej postarat, tečka. Tečka, tam přes to vlak nejede, jo. A je jim úplně jedno, jestli to dítě to zvládne, nebo z čeho bude žít, to je vůbec nezajímá, oni jako, tam už potom nastupuje takovej trošku egoismus a oni jako opravdu s tím mají velkej problém.“*

Určité komplikace vnáší do poradenství také zhoršený zdravotní stav na straně klienta. I5 říká: *„Tak třeba to, že ten člověk nedoslýchá. Nebo, že se obtížně vyjadřuje.“* I1 považuje za komplikaci také zhoršenou orientaci pacienta. I2 spatřuje komplikaci rovněž v nedostatku finančních prostředků na straně klientů, říká: *„Dneska těch uživatelů, kdy ti senioři bud' jsou teda hodně zadlužení, mají exekuce, mají prostě půjčky, mají nízké důchody a nemají třeba za sebou žádnou rodinu, tak to je velkej handicap.“*

Informantky se shodně potýkají s nedostatečně zajištěným soukromím při poskytování sociálního poradenství hospitalizovaným klientům, kdy je sociální poradenství uskutečňováno zejména na nemocničních pokojích, které obývá více klientů. I3 říká:

„Mně osobně se to třeba vůbec nelíbí na těch pokojích klienta vést ten rozhovor, což je nevyhnutelný, protože jsou to ve valný většině lidi, kteří jsou třeba upoutaní na lůžko.“

I1 zmínila také neochotu lékaře vzájemně komunikovat. Dále informantkám ztěžuje práci také rozsáhlá administrativa, často se měnící informace, které je zapotřebí verifikovat a nedostatek sociálních zařízení a služeb.

Přehled kódů, které byly zařazeny do kategorie komplikace, je uveden v tabulce 11.

Tabulka 11 Kódy zařazené do kategorie komplikace

Kategorie	Kódy
Komplikace	Vždy nějaké; přístup rodiny; nefunkční rodina; přístup klienta; finanční stránka; nespolupráce lékařů; zhoršená orientace pacienta; agrese; napadení; vyhrocené situace; bez konfliktů; konfliktní klienti; stres; bez možnosti porady; očekávání klientů; nedostatek soukromí; nedoslýchavost; neochota řešit situaci; nepochopení situace; egoismus; obtížně se vyjadřuje; měnící se informace; rozsáhlá administrativa; nedostatek služeb

Zdroj: vlastní výzkum

4.5.2 Možnosti zlepšení

Informantky by uvítaly dostatečně zajištěné soukromí při jednání s hospitalizovaným klientem, který je upoután na lůžko, a rozhovor je pak nutné vést na pokoji pacienta. I3 říká: *„Tak aby bylo dostatek soukromí, aby nás nikdo nerušil, aby nikdo neposlouchal cizí problémy, jo, z těch ostatních klientů, tak možná to, ne, co by nám mělo pomoci, ale co by mohlo zefektivnit nějak tu naši práci, no, a zlepšit tu komunikaci s těma klientama, no, tímhle tím směrem.“*

I3 by také na základě osobních zkušeností ocenila zajištění osobní bezpečnosti. Říká: *„A pak samozřejmě ještě co mě napadá poslední dobou, ale to je otázka asi spíš na někoho jinýho, tak to je zabezpečit nějakým způsobem tu sociální práci, protože po tom posledním incidentu s vnukem naší klientky, ne vždycky je to fajn, když jste v nějakým přímým ohrožení, a tady nato my taky nejsme jako nijak přichystaní nebo připravení. Jednáte*

někdy s lidma, že nevíte, co se stane, musíte odhadovat dopředu tu situaci, musíte vědět, co dělat v případě nějaký vyhrocený situace, takže různý kurzy možná, nebo zabezpečení nějaký, nevím, to mě napadá teď kon za tu poslední dobu docela takový aktuální.“

I1 uvedla, že by jí poradenskou činnost usnadnila lepší komunikace s lékaři a větší ochota rodin zapojit se do řešení situace. I6 by ocenila, kdyby se zlepšila informovanost veřejnosti o sociálních službách a jejich možnostech: *„Oni vůbec nemají ponětí, co je domov pro seniory, co je dům s pečovatelskou službou, co poskytuje tadle služba, ta veřejnost o tom vůbec jako neví, jo, nebo jak fungujou léčebny dlouhodobě nemocných jo, oni mají pocit, jako že když sem toho člověka dají, tak že tady to někdo vyřeší.“*

I4 a I5 uvedly, že je nenapadá žádná možnost zlepšení, která by souvisela přímo s poskytováním poradenství. I4 však hovořila v kontextu zdravotně sociální péče následovně: *„Mohlo by se změnit spousta zákonů a mohlo by vzniknout spousta nových sociálních zařízení, protože je jich prostě málo a furt ta poptávka je větší než nabídka. Třeba DZR hodně chybí, nebo pro lidi třeba s nízkým příjmem něco, co by se dalo jako nešťastně nazvat třeba starobinec. Azylové domy, je jich opravdu hodně málo.“* I6 doplňuje: *„Je málo fakt těch domů pro seniory, je málo. Ale to asi bude neřešitelné, protože nejsou jakoby lidský zdroje, nejsou kapacity.“*

I3 je spokojená s dostupnými prostory a možnostmi se vzdělávat. Celkovou spokojenost projevila I5, která říká: *„Ono to poradenství je hodně spojený jako s informacema, s tím samotným poskytováním těch informací. A tak si myslím, že prostory na to máme, máme, kde je poskytovat. Nějaký know how o tom, jak to máme dělat, taky máme. Prostor k tomu se vzdělávat taky máme. Zdroje těch informací taky víme, kde si máme získat, nemyslím si, že zdrojů je málo. Spoustu věcí je na internetu a lidskej element tady taky funguje, jak jsem mluvila o tom, že kolegalita je tady dobrá, na dobrý úrovni. Takže nic mě nenapadá, opravdu ne.“* I4 vyjádřila svoji spokojenost následovně: *„A co bysme vlastně docenily v tom poradenství je to, že jsme tu dvě. Celý léta tu byla jenom jedna sociální pracovnice, a ta, nemělo to takovou jako kvalitu, protože prostě na to nebyl čas. Ale teď konečně máme čas to dělat tu sociální práci uspokojivě. Neutíkáme od jednoho pacienta ke druhému, protože prostě je toho hodně.“*

Přehled kódů, které náleží do kategorie možnosti zlepšení, je uveden v tabulce 12.

Tabulka 12 Kódy zařazené do kategorie možnosti zlepšení

Kategorie	Kódy
Možnosti zlepšení	Zajištění soukromí; bezpečí; lepší komunikace s lékaři; větší ochota rodin se zapojit; zlepšit informovanost; nenapadá; spokojenost; změna zákonů; nová sociální zařízení

Zdroj: vlastní výzkum

4.5.3 *Shrnutí dílčí výzkumné otázky č. 5*

Poradenství je často doprovázeno situacemi, které komplikují poradenský proces. V mnoha případech je komplikováno přístupem klientů, kteří nejsou ochotni spolupracovat nebo nechápou stávající situaci. Někteří mají nereálná očekávání. V některých případech dochází dokonce ke konfliktním situacím. Řešení situace vždy záleží na přání klienta, což může v některých případech vést k fatálním následkům.

Komplikacemi bývá také nedostatek finančních prostředků nebo zhoršený zdravotní stav klienta, který komplikuje vzájemné dorozumění. Poradenství hospitalizovaným klientům je poskytováno obvykle u lůžka, přičemž nemocniční pokoje bývají obývány více klienty, což má za následek nedostatečné zajištění soukromí k rozhovoru u imobilních klientů. Činnost zdravotně sociálním pracovníkům rovněž komplikuje nedostatek sociálních zařízení a služeb.

Zdravotně sociální pracovníci by uvítali dostatečně zajištěné soukromí pro vedení poradenské práce. Z rozhovorů rovněž vyplynula potřeba zajištění bezpečnosti zdravotně sociálních pracovníků, vznik nových sociálních zařízení a osvěta veřejnosti v oblasti sociálních služeb.

5 Diskuse

Na základě výzkumného šetření byl stanoven okruh klientů, kterým zdravotně sociální pracovníci poskytují sociální poradenství. Jedná se o klienty hospitalizované v nemocnici a jejich rodinné příslušníky. To odpovídá tvrzení Kubalčíkové (2018), uvedenému v teoretické části práce. Klienty bývají zejména senioři, osoby zdravotně postižené či chronicky nemocné, ale i děti, matky, osoby závislé na návykových látkách, osoby bez příštěší, umírající a pozůstalí. Zjištění odpovídají výčtu nejčastější klientely zdravotně sociálních pracovníků dle Kuzníkové (2011) i vlastním zkušenostem získaným v průběhu odborných praxí během studia. Většinu klientů zdravotně sociálních pracovníků v nemocnicích tvoří dle odpovědí informantů senioři, což odpovídá cílové skupině, se kterou jsem se během svých praxí v nemocnicích převážně setkávala. Na základě zkušeností však považuji za vhodné zmínit, že ve větších nemocnicích se na základě rozdělení jednotlivých oddělení mezi zdravotně sociální pracovníky můžeme setkat i se zdravotně sociálními pracovníky, kteří pracují např. převážně s dětmi.

Z provedeného výzkumu vyplynulo, že se sociální poradenství v nemocnicích týká především zajištění péče po ukončení hospitalizace a informací o jednotlivých sociálních dávkách. Klientům jsou poskytovány informace o fungujících sociálních službách. To odpovídá výzkumu Strnadelové (2016), která ve své bakalářské práci dospěla ke shodnému zjištění.

Informanti uváděli, že ve specifických situacích, kdy nedisponují dostatečnými kompetencemi, odkazují klienty na příslušné instituce. Toto zjištění odpovídá metodě distribuce dle Gabury a Pružinské (1995), která je uvedena v teoretické části práce. Tento fakt můžeme vnímat jako důkaz, že uvedená literatura je v určitých oblastech stále aktuální.

Při rozhovorech jsem se informantů ptala, jaký druh sociálního poradenství poskytují, přičemž většina z nich uváděla, že poskytují také odborné sociální poradenství. To je v rozporu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který uvádí, že odborné sociální poradenství je poskytováno v poradnách nebo v lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu, přičemž žádný z rozhovorů v takovém zařízení neproběhl. Domnívám se, že uvedený rozpor vznikl subjektivním vnímáním pojmů zdravotně sociálními pracovníky, kteří považují informace, které klientům poskytují, za odborné.

Zdravotně sociální pracovníci si dle zjištění klienty sami vyhledávají, dozví se o nich při vizitě, od lékařů nebo dalšího personálu oddělení. Často jsou kontaktováni také přímo rodinou nebo samotným pacientem. V některých případech se na ně obrací úřady nebo jiné sociální služby. Karásková (2019) ve své diplomové práci dospěla ke třem možnostem, jak se zdravotně sociální pracovníci dostávají ke klientům. Jako první možnost uvádí kontakt od personálu oddělení, druhou možností je vyhledávání klientů a třetí variantou je, že pracovníky kontaktuje přímo rodina nebo pacient. Zjištění provedených výzkumů si tedy ve svém základu odpovídají.

Práce s rodinami probíhá dle odpovědí informantů v kanceláři zdravotně sociálních pracovníků nebo na pokoji společně s pacientem. Schůzky v kanceláři potvrzuje ve své absolventské práci Benešová (2015). Zjištění ohledně potíží se zajištěním soukromí při komunikaci s pacienty na pokojích potvrzuje Fialová (2018).

Zdravotně sociální pracovníci se v rámci své činnosti setkávají také s klienty se smyslovým postižením. Vzhledem k převažující cílové skupině seniorů běžně komunikují s klienty se zhoršeným sluchem. Někteří informanti se setkali také s klienty zcela nevidomými nebo neslyšícími. Pouze informanti z jedné nemocnice uvedli, že mají k dispozici tablet se speciální aplikací, který mohou využít v případě potřeby. Zde sledávám příležitost pro inspiraci dalších nemocničních zařízení, ve kterých zdravotně sociální pracovníci nemají k dispozici žádné pomůcky pro komunikaci s touto skupinou klientů. V případě nemožnosti vzájemné komunikace je zapotřebí využít služeb tlumočnicka. Zákon č. 372/2011, o zdravotních službách v platném znění, přímo stanoví právo těchto osob dorozumívat se způsobem, který si sami zvolí, včetně způsobů založených na tlumočení druhou osobou.

Zdravotně sociální pracovníci se musí orientovat v sociálním systému, zmíněna však byla také potřebnost zdravotnických znalostí, kterou ve své diplomové práci uvádí také Karásková (2019). S uvedeným tvrzením souhlasím, poněvadž zdravotně sociální pracovníci pracují s osobami, jejichž zdravotní stav je nějakým způsobem postižen a více či méně se promítá do sociální oblasti, kterou je zapotřebí řešit s ohledem na konkrétní zdravotní omezení pacienta. Odhalena byla také potřeba znalosti kompenzačních pomůcek, což odpovídá tvrzení Kuzníkové (2011), že zdravotně sociální pracovník v rámci poradenství poskytuje pomoc při zajištění rehabilitačních a kompenzačních pomůcek klientům s těžkým zdravotním a smyslovým postižením. Doporučení ohledně

kompenzačních pomůcek zdravotně sociálními pracovníky považují za smysluplné a logické, nicméně bych zejména u těžších forem zdravotního postižení doporučila ještě konzultaci s ergoterapeutem a lékařem, kteří mají v této oblasti větší kompetence.

Čtyři z dotazovaných informantů považují své povolání za psychicky náročné. Rovněž Kutnohorská et al. (2011) uvádí, že činnost zdravotně sociálního pracovníka je spojena se značnou psychickou zátěží. Za zajímavou považuji skutečnost, že svoji činnost nepovažují za psychicky náročnou ti samí informanti, kterým zabírá sociální poradenství nejmenší část pracovního dne. Domnívám se, že uvedené oblasti mohou mít vzájemnou souvislost, nicméně vnímání psychické zátěže považuji za značně subjektivní.

Uváděna byla nutnost zdravotně sociálních pracovníků se neustále vzdělávat, a to v souvislosti s měnícími se informacemi a objevujícími se novými situacemi, které je třeba řešit. To odpovídá již uvedenému tvrzení Krutilové (2014), že by se poradce měl celoživotně vzdělávat. Pravidelné vzdělávání považuji v oblasti zdravotně sociální péče za nutnost, a to nejen z důvodu již zmíněných změn zákonů, ale rovněž v souvislosti s postupujícím vývojem ve zdravotnictví.

Ve shodě se Strnadellovou (2016) byly odhaleny komplikace ohledně finanční situace pacientů, nedostatečného počtu zařízení následné péče a nespolupracujících rodin. Nedostatek sociálních zařízení je dlouhodobý těžko řešitelný problém, na který je však vzhledem k rostoucímu počtu seniorů v populaci dle mého názoru třeba neustále upozorňovat. Bakalářská práce rovněž odhalila potřebnou osvětu veřejnosti v sociální oblasti a potřebu zajištění bezpečnosti zdravotně sociálních pracovníků, např. formou kurzů sebeobrany. Myslím se, že účinnou formou k přispění bezpečnosti by bylo také zavedení nouzových tlačítek. Přestože o takové míře agrese, která by vyžadovala zvýšené zabezpečení sociální práce v nemocnicích hovořila pouze jedna informantka, domnívám se, že je zavedení preventivních opatření v této oblasti na místě a toto zjištění považuji za významný přínos bakalářské práce.

Považuji za důležité na tomto místě připomenout vyjádření jedné ze zúčastněných informantek, která zmiňovala svoji bezmoc v situaci, kdy klient nemá přiměřený náhled. Jenže nikdo nemá právo rozhodovat za klienta a jeho odmítavý postoj k návrhům zdravotně sociálního pracovníka může vést až k fatálním následkům. Na jednu stranu souhlasím se skutečností, že má každý člověk právo o sobě samostatně rozhodovat.

Myslím si však, že v momentě, kdy si klient plně neuvědomuje následky svého rozhodnutí, by do popředí měla vystoupit prioritou zachování klientova života a zdraví, a to i proti jeho vůli.

Závěr

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jakým způsobem je poskytováno sociální poradenství v kontextu zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních. Součástí práce byl kvalitativní výzkum, kde byla stanovena hlavní výzkumná otázka, která měla za cíl odhalit způsob realizace sociálního poradenství ve zdravotnickém zařízení. Do výzkumu se zapojily celkem čtyři nemocnice nacházející se v Jihočeském kraji.

Sociální poradenství je ve zdravotnických zařízeních poskytováno zdravotně sociálními pracovníky. Je zaměřeno především na hospitalizované klienty a jejich rodinné příslušníky. Sociální poradenství v nemocnicích směřuje zejména k zajištění potřebné péče po ukončení hospitalizace. Zdravotně sociální pracovníci seznamují klienty s dostupnými sociálními službami v daném regionu a poskytují poradenství také ohledně finanční situace pacientů, což je spojeno s poskytováním informací o sociálních dávkách. Konzultováno bývá také vyřízení opatrovnictví. Součástí poradenství je také doporučení vhodných kompenzačních pomůcek a poskytování základní psychické podpory. Podnět k zapojení zdravotně sociálního pracovníka do řešení sociální situace hospitalizovaného klienta přichází obvykle od ošetřujícího lékaře nebo na žádost rodinných příslušníků. Zdravotně sociální pracovníci si klienty také sami vyhledávají.

Poradenství je obvykle realizováno v kanceláři nebo u lůžka pacienta, s čímž se pojí problematika často nedostatečného soukromí k rozhovoru. Konzultuje se pacientova sociální situace s ohledem na jeho zdravotní stav. S rodinnými příslušníky se domlouvá schůzka, na které mohou vyjádřit své představy, na základě kterých se hledá vhodné řešení.

Informanti upozorňovali na měnící se informace, které je zapotřebí verifikovat, aby informace, které poskytují klientům, byly aktuální. Aktuální informaci čerpají zdravotně sociální pracovníci nejen z internetu, ale také díky vzájemné spolupráci s úřady a pracovníky sociálních služeb. V případě, že nemají dostatečné kompetence k poradenství ve specifických situacích, jsou tito klienti odkazováni na příslušné instituce. Časová zátěž poskytování sociálního poradenství zdravotně sociálními pracovníky je různá, poskytování sociálního poradenství je však náplní práce každého zdravotně sociálního pracovníka.

Poskytovaný poradenský proces je komplikován vícero faktory. Kromě zmíněných potíží s nedostatečným soukromím pro vedení poradenského rozhovoru s pacienty upoutanými na lůžko, lze zmínit také nedostatečný počet návazných služeb. Komplikace do poradenství vnáší přístup samotných pacientů i jejich rodin, které nejsou vždy ochotné spolupracovat. Na základě výpovědi jedné z informantek odhalil provedený výzkum potřebnost zajištění bezpečnosti zdravotně sociálních pracovníků. Výzkum rovněž odhaluje potřebu provedení osvěty ohledně možností a fungování sociálních služeb, a to z důvodu často nedostatečné informovanosti klientů.

Práce přináší ucelený popis poskytování sociálního poradenství ve zdravotnických zařízeních, konkrétně v nemocnicích. Stanovené výzkumné otázky byly zodpovězeny. Bakalářská práce bude sloužit jako zpětná vazba zdravotnickým zařízením zapojeným do výzkumu, kde může přispět ke zvýšení kvality poskytovaných služeb. Stejně tak může posloužit jako zdroj informací pro další zdravotnická zařízení. Může být využita také jako studijní materiál nejen pro budoucí zdravotně sociální pracovníky.

Seznam použitých zdrojů

1. ADAM, Z. et al., 2019. *Maligní onemocnění, psychika a stres: příběhy pacientů s komentářem psychologa*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2539-5.
2. ADLER, A., 1999. *Porozumění životu: úvod do individuální psychologie*. Praha: Aurora. ISBN 80-85974-76-2.
3. ARNOLDOVÁ, A., 2015. *Sociální péče 1. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5147-4.
4. ARNOLDOVÁ, A., 2016. *Sociální péče 2. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-5148-1.
5. BENEŠOVÁ, I., 2015. *Role sociálního pracovníka ve zdravotnictví*. Olomouc. Absolventská práce. CARITAS.
6. BLUEFORD, J.M., DIAMBRA, J.F., WHEAT, L.S., 2021. Counselor preparedness to counsel grieving clients: Insights and implications. *Death Studies* [online]. [cit. 2022-5-2]. DOI: 10.1080/07481187.2021.1956644. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07481187.2021.1956644>
7. CIPRO, M., 2015. *Psychoanalytické koučování: vliv nevědomé motivace na jednání koučovaného*. Praha: Grada. Manažer. ISBN 978-80-247-5350-8.
8. COX, G.R., THOMPSON, N., 2020. *Death and dying: Sociological perspectives* [online]. New York: Routledge [cit. 2022-5-2]. ISBN 978-100300394-6. Dostupné z: <https://www.taylorfrancis.com/books/mono/10.4324/9781003003946/death-dying-gerry-cox-neil-thompson>
9. CUDLÍNOVÁ, M., 2015. *Narativní přístup: inspirace pro poradenskou praxi* [online]. Praha: EKS [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <https://www.ekscr.cz/cs/aktualita/narativni-pristup-inspirace-pro-poradenskou-praxi>
10. DAVIES, S.M. et al., 2022. Factors influencing 'burn-out' in newly qualified counsellors and psychotherapists: A cross-cultural, critical review of the literature. *Counselling and Psychotherapy Research* [online]. 22(1), 66 [cit. 2022-5-2]. DOI: 10.1002/capr.12485. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/capr.12485>

11. *Diakonie Českobratrské církve evangelické* [online], ©2022. Vrchlábí: Diakonie ČCE [cit. 2022-5-2]. Dostupné z: <https://vrchlabi.diakonie.cz/osobni-asistence/nase-poslani-cile-a-zasady/>
12. DRAPELA J., V., 1995. Poradenství jako služba mladým lidem. In: DRAPELA J., V., HRABAL, V. *Vybrané poradenské směry: teorie a strategie*. Praha: Karolinum, s. 7-14. ISBN 80-7184-011-4.
13. DRAPELA, V.J., 1997. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-134-7.
14. DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A., 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4826-9.
15. FIALOVÁ, A., 2018. *Činnosti a potenciál sociálních pracovníků v nemocnicích*. Praha. Diplomová práce. FHS UK.
16. GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J., 1995. *Poradenský proces*. Praha: Sociologické nakladatelství. Série učebnic navržená ediční radou kateder sociální práce. ISBN 80-85850-10-9.
17. GÉRINGOVÁ, J., 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton. Psyché (Triton). ISBN 978-80-7387-394-3.
18. HARTL, P., 2008. Poradenství. In: MATOUŠEK, O. *Metody a řízení sociální práce*. 2. vydání. Praha: Portál, s. 83-118. ISBN 978-80-7367-502-8.
19. HAUKE, M., 2014. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-5216-7.
20. HELUS, Z., 2018. *Úvod do psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4675-3.
21. HENDL, J., 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
22. HÖSCHL, C., 2021. *Emocionální empatie* [online]. Praha: Cyril Höschl [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <http://www.hoschl.cz/?text=6764>
23. CHRASTINA, J., 2019. *Případová studie: metoda kvalitativní výzkumné strategie a designování výzkumu*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5373-6.
24. *Jihočeský kraj* [online], ©2022. České Budějovice: Krajský úřad Jihočeského kraje [cit. 2022-5-2]. Dostupné z: <http://www.fpr-sb.eu/cs/jihocesky-kraj>

25. JUMAIL, NOORDIN, M.F., IBRAHIM, N.M., MUJASTUTI, R., RISANTY, R.D., 2020. Eclectic approach as idea of e-educounseling preliminary system model. *Journal of Physics: Conference Series* [online]. 1764(1), 1 [cit. 2022-5-2]. DOI: 10.1088/1742-6596/1764/1/012045. Dostupné z: <https://1url.cz/urMXV>
26. JURNÍČEK, P., 2016. *Základní principy Gestalt terapie* [online]. Praha: Mgr. Pavel Jurníček [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <https://www.psycholog-jurnicek.cz/1/clanek-s-obrazky/>
27. KABELKA, L., 2020. *Nemocné rozhovory: komunikace a narativní terapie s nevléčitelně nemocnými pacienty a jejich blízkými*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1688-1.
28. KARÁSKOVÁ, L., 2019. *Role sociálního pracovníka v lůžkových zdravotních odděleních akutní péče*. Brno. Diplomová práce. FSS MU.
29. KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P., 2010. Sociální práce s osamocenými rodiči. In: MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ, J. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 2. vydání. Praha: Portál, s. 49. ISBN 978-80-7367-818-0.
30. KOPECKÁ, I., 2015. *Psychologie 3. díl: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3877-2.
31. KRATOCHVÍL, S., 2006. *Základy psychoterapie*. 5. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-122-0.
32. KREJČÍ, M., 2016. Wellness poradenství. In: KREJČÍ, M., HOŠEK, V. *Wellness*. Praha: Grada Publishing, s. 20. ISBN 978-80-271-0010-1.
33. KRHUTOVÁ, L., 2011. Sociální práce s klienty se zdravotním postižením. In: KUZNÍKOVÁ, I. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, s. 124-134. ISBN 978-80-247-3676-1.
34. KRUTILOVÁ, D., 2014. *Poradenský proces v sociální práci: jak pomáhat a neškodit*. 2. vydání. Pardubice: Benepal. Dostupné také z: http://www.benepal.cz/files/project_5_file/Poradensky-proces.pdf
35. KUBALČÍKOVÁ, K., 2018. Výkon sociální práce ve zdravotnictví perspektivou pracovníků dalších institucí a organizací. In: HAVLÍKOVÁ, J., KUBALČÍKOVÁ, K. *Analýza současného stavu výkonu sociální práce ve školách a školských poradenských zařízeních a současného stavu výkonu sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: VÚPSV, v.v.i., výzkumné centrum Brno, s. 125. ISBN 978-80-7416-371-5.

36. KUTNOHORSKÁ, J., CICHÁ, M., GOLDMANN, R., 2011. *Etika pro zdravotně sociální pracovníky*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3843-7.
37. KUZNÍKOVÁ, I., 2011. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3676-1.
38. KVINTOVÁ, J., 2016. Zátěžové situace. In: PUGNEROVÁ, M., KVINTOVÁ, J. *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada, s. 34-59. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
39. LAZAROVÁ, B., 2014. Teorie osobnosti a poradenské strategie. In: KNOTOVÁ, D., LAZAROVÁ, B., LOJDOVÁ, K., PEVNÁ, K. *Úvod do sociální pedagogiky: studijní texty pro studenty oboru sociální pedagogika*. Brno: Masarykova univerzita, s. 93-113. ISBN 978-80-210-7077-6.
40. LIGOCKÁ, M., 2022. *Komunikace v terapii s neslyšícími* [online]. Ludgeřovice: Mojra [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <https://blog.mojra.cz/clanek/komunikace-v-terapii-s-neslysicimi>
41. LOŠŤÁKOVÁ, O., 2020. *Empatická a asertivní komunikace: jak zvládat obtížné komunikační situace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2227-1.
42. MACKOVÁ, M., 2014. *Sociální práce s handicapovanými II*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-465-6.
43. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
44. MALÍKOVÁ, E., 2020. *Péče o seniory v pobytových zařízeních sociálních služeb*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2030-7.
45. MÁTEL, A., 2019. *Teorie sociální práce I: sociální práce jako profese, akademická disciplína a vědní obor*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2220-2.
46. MATIAŠKO, M., HOFSCHEIDEROVÁ, A., 2015. *Právní kuchařka sociálního pracovníka: řešení vybraných problémů poskytovatelů sociálních služeb v praxi*. Zlín: ZSTUDIO. Dostupné také z: <https://docplayer.cz/4616233-Pravni-kucharka-socialniho-pracovnika.html>
47. MATOUŠEK, O., 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-549-0.
48. MILEROVÁ, J., 2015. Komunikace s umírajícím. In: BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, s. 29. ISBN 978-80-905867-0-3.

49. MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
50. MÜLLER, O., 2014. *Terapie ve speciální pedagogice*. 2. vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4172-7.
51. NOVOSAD, L., 2006. *Základy speciálního poradenství*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3.
52. *NSP* [online], ©2017. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí [cit. 2022-5-2]. Dostupné z: <https://nsp.cz/jednotka-prace/zdravotne-socialni-pracov-3cc2>
53. *NZIP* [online], 2022. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-5-2]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/49>
54. *NZIP* [online], 2022. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR [cit. 2022-5-2]. ISSN 2695-0340. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/rejstrikovy-pojem/25>
55. OREL, M., FACOVÁ, V., 2016. Psychologicky zaměřené působení v psychiatrii. In: OREL, M. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2. vydání. Praha: Grada, s. 290-297. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
56. PILNÁ, J., 2018. *Systemická terapie – co je to?* [online]. Praha: Poradna Therapia [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <https://koucink-psychoterapie.cz/systemicka-terapie-co-je-to/>
57. PLEVOVÁ, I., 2019. *Ošetřovatelství II*. 2., přepracované a doplněné vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-271-0889-3.
58. PLHÁKOVÁ, A., 2020. *Dějiny psychologie*. 2. vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-271-2528-9.
59. PRAJZNEROVÁ, J., 2017. *Jak mluvit s nemocnými, umírajícími a pozůstalými* [online]. Bojkovice: Jak pečovat o stárnoucí rodiče [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/jak-mluvit-s-nemocnymi-umirajicimi-a-pozustalymi/>
60. PRAJZNEROVÁ, J., 2018. *Jak jednat se zrakově postiženým* [online]. Bojkovice: Jak pečovat o stárnoucí rodiče [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/jak-jednat-se-zrakove-postizenym/>

61. PRAJZNEROVÁ, J., 2018. *Jak komunikovat se sluchově postiženým* [online]. Bojkovice: Jak pečovat o stárnoucí rodiče [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <https://peceosverodice.cz/jak-komunikovat-se-sluchove-postizenym/>
62. PROCHÁZKA, R., ŠMAHAJ, J., KOLAŘÍK, M., LEČBYCH, M., 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-4451-3.
63. PRŮŠOVÁ, L., 2015. Vybrané otázky sociální práce v paliativní péči. In: BYDŽOVSKÝ, J., KABÁT, J. *Ošetřovatelství a sociální práce v paliativní péči: učební text pro studenty vysokých a vyšších odborných zdravotnických škol*. Praha: Zdravotní ústav Most k domovu, s. 99-107. ISBN 978-80-905867-0-3.
64. QUISOVÁ, S., 2020. *Sociální komunikace v pomáhajících profesích*. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik v Opavě. Dostupné také z: https://is.slu.cz/el/fvp/leto2021/UPPVIP015/um/Studijni_opora_-_Socialni_komunikace_v_pomahajicich_profesich_-_Quisova.pdf
65. REICHEL, J., 2009. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.
66. RENTZENBRINK, C., 2018. *Jak na zármutek*. Přeložila Eva HRIVNÁKOVÁ. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. ISBN 978-80-7390-743-3.
67. SATHIANANTHAN, Manjusha K., Gregory B. CRAWFORD a Jaklin ELIOTT. Healthcare professionals' perspectives of patient and family preferences of patient place of death: a qualitative study. *BMC Palliative Care* [online]. 2021, **20**(1), 1-9 [cit. 2022-05-02]. Dostupné z: doi:10.1186/s12904-021-00842-y
68. SLOWÍK, J., 2010. *Komunikace s lidmi s postižením*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-691-9.
69. STRNADELOVÁ, S., 2016. *Role zdravotně-sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení*. Jihlava. Bakalářská práce. VŠPJ.
70. SVOBODOVÁ, D., 2019. *Poradenství v sociálních službách: distanční studijní text*. Karviná: Slezská univerzita, Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné. ISBN 978-80-7510-364-2.
71. ŠPATENKOVÁ, N., 2013. *Poradenství pro pozůstalé: principy, proces, metody*. 2. vydání. Ilustrovala Jitka ŘENČOVÁ. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3736-2.

72. ŠPATENKOVÁ, N., 2019. *Sociální práce s a poradenství pro pozůstalé* [online]. Praha: Konfederace sociálních služeb [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: <http://socialninovinky.cz/novinky-v-socialni-oblasti/564-socialni-prace-s-a-poradenstvi-pro-pozustale>
73. ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, M., ŠPAČKOVÁ, K., NECHLEBOVÁ, E., 2012. *Speciální pedagogika v praxi: [komplexní péče o děti se SPUCH]*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4369-1.
74. TOMAŠČÁKOVÁ, M., 2016. *Oznamovací povinnost vyplývající z trestního zákoníku a poskytování sociálních služeb* [online]. Brno: Asociace vzdělavatelů v sociální práci [cit. 2022-2-17]. Dostupné z: https://socialniprace.cz/online-clanky/oznamovaci-povinnost-vyplvyvajici-z-trestniho-zakoniku-a-poskytovani-socialnich-sluzeb/#_ftn20
75. ÚLEHLA, I., 2007. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. 3. vydání. Praha: Slon. ISBN 978-80-86429-36-6.
76. URBÁNEK, T., 2019. Specifika metod sociální psychologie. In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I., SOLLÁROVÁ, E. *Sociální psychologie: teorie, metody, aplikace*. Praha: Grada, s. 286-288. Psyché. ISBN 978-80-247-5775-9.
77. VENGLÁŘOVÁ, M., MAHROVÁ, G., c2006. *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1262-8.
78. VYMĚTAL, J., 2004. *Obecná psychoterapie*. 2. vydání. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0723-3.
79. *Vysvětlení základních pojmů* [online], ©2022. Plzeň: Magistrát města Plzně [cit. 2022-5-2]. Dostupné z: <https://socialnisluzby.plzen.eu/navody/vysvetleni-zakladnich-pojmu.aspx>
80. WALKER, I., 2013. *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3920-5.
81. Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (zákon o sociálních službách), 2006. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 37, s. 1268-83. ISSN 1211-1244.
82. Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), 2011. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4748. ISSN 1211-1244.
83. Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti (zákon o zaměstnanosti), 2004. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 143, s. 8289. 1211-1244.

Seznam příloh

Příloha 1 Základní seznam otázek k rozhovoru.....	79
Příloha 2 Seznam tabulek	80
Příloha 3 Přehled kategorií a kódů.....	81
Příloha 4 Žádost o provedení výzkumu	83
Příloha 5 Informovaný souhlas	84

Příloha 1 Základní seznam otázek k rozhovoru

1. Jaký druh sociálního poradenství poskytujete?
2. Komu jsou poradenské služby určeny?
3. Jakým způsobem se dozvíte, že klient potřebuje využít poradenství?
4. S jakými záležitostmi potřebují klienti obvykle dopomoci?
5. Poskytujete klientům poradenství opakovaně?
6. Jak probíhá samotný poradenský rozhovor s klientem?
7. V jakém prostředí poskytujete poradenské služby?
8. Jakým způsobem řešíte, když Vaše služby potřebuje využít klient nevidomý či neslyšící?
9. Jaké nároky na Vás klade poskytování sociálního poradenství?
10. Jak velkou část Vaší práce tvoří poskytování sociálního poradenství?
11. Jaké metody poradenské práce využíváte?
12. Setkal(a) jste se při poskytování sociálního poradenství se skutečnostmi, které komplikovaly poradenský proces?
13. Je něco, co by Vám mohlo poradenskou činnost usnadnit?

Příloha 2 Seznam tabulek

Tabulka 1 Harmonogram výzkumu	39
Tabulka 2 Kódy zařazené do kategorie klienti	43
Tabulka 3 Kódy zařazené do kategorie oblasti pomoci	45
Tabulka 4 Kódy zařazené do kategorie zprostředkování kontaktu.....	48
Tabulka 5 Kódy zařazené do kategorie prostředí	49
Tabulka 6 Kódy zařazené do kategorie vedení sociálního poradenství.....	51
Tabulka 7 Kódy zařazené do kategorie specifika poradenství u smyslového postižení .	53
Tabulka 8 Kódy zařazené do kategorie znalosti	56
Tabulka 9 Kódy zařazené do kategorie psychická zátěž	57
Tabulka 10 Kódy zařazené do kategorie časová náročnost	58
Tabulka 11 Kódy zařazené do kategorie komplikace	62
Tabulka 12 Kódy zařazené do kategorie možnosti zlepšení.....	64

Příloha 3 Přehled kategorií a kódů

Kategorie	Kódy
Klienti	Hospitalizovaní klienti; rodinní příslušníci; senioři; zdravotně postižení; chronicky nemocní; děti; maminky; osoby bez přístřeší; osoby závislé na návykových látkách; umírající; pozůstalí; kolegové; osoby zvenku; všichni potřební
Oblasti pomoci	Dávky; žádosti do pobytových služeb; zajištění terénních sociálních služeb; celkové řešení situace; psychická podpora; kompenzační pomůcky; bydlení po propuštění; plánování návratu domů; možnosti v domácím prostředí; péče po propuštění; opatrovnictví; sociální lůžka; specifické požadavky; orientace v sociálních službách; informace o sociálních zařízeních; zprostředkování kontaktu; nasměrování na úřady; ne moc pestré případy; podle cílové skupiny; bez hranic
Zprostředkování kontaktu	Ošetřující lékař; odborný lékař; personál oddělení; staniční sestra; vizita; praktický lékař; rodina; sám klient; pravidelná pochůzka; odchyťáváme sami; u každého; úřady; jiné sociální služby
Prostředí	Nemocnice; na pokoji; u lůžka; kancelář; přítomnost rodiny; přítomnost prostředníka; soukromí; chodba; jídelna; ambulance
Vedení sociálního poradenství	Domluvení schůzky; návštěva klienta; při a po vizitě; zakázka; jednorázově; opakovaně; rozhovor; dotazování; navázání vztahu; probírání situace; hledání řešení; přizpůsobení klientovi; letáky; nástěnka
Specifika poradenství u smyslového postižení	Nevidomí; neslyšící; přizpůsobení klientovi; bez zkušenosti; pomůcky; spolupracující organizace; písemně; znaková řeč; odezírání; posunky; flexibilní řešení; bez obtíží; pomoc rodiny
Znalosti	Základní poradenství; odborné poradenství; neregistrované; přehled o sociálních službách; terénní služby; pobytové služby;

	ceny; mít kontakty; vzdělání sociálního pracovníka; výhoda zdravotnického vzdělání; samostudium; změny; povinné vzdělávání; znalost legislativy; opatrovnictví; dávky
Psychická zátěž	Psychicky náročné povolání; poslední dobou větší; nervozita rodin; instantní doba; nízká psychická zátěž
Časová náročnost	80 %; 6 hodin; 70 %; třetina
Komplikace	Vždy nějaké; přístup rodiny; nefunkční rodina; přístup klienta; finanční stránka; nespolutpráce lékařů; zhoršená orientace pacienta; agrese; napadení; vyhrocené situace; bez konfliktů; konfliktní klienti; stres; bez možnosti porady; očekávání klientů; nedostatek soukromí; nedoslýchavost; neochota řešit situaci; nepochopení situace; egoismus; obtížně se vyjadřuje; měnící se informace; rozsáhlá administrativa; nedostatek služeb
Možnosti zlepšení	Zajištění soukromí; bezpečí; lepší komunikace s lékaři; větší ochota rodin se zapojit; zlepšit informovanost; nenapadá; spokojenost; změna zákonů; nová sociální zařízení

Příloha 4 Žádost o provedení výzkumu

Žádost o provedení výzkumu v rámci zpracování bakalářské práce

Fakulta: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Studijní program/obor: Zdravotně-sociální péče

Jméno a příjmení studenta/studentky: Markéta Palochová

Kontaktní údaje (e-mail, tel.):

Název zdravotnického zařízení:

Oddělení: zdravotně sociální pracovníci

Název práce: Poradenství v kontextu zdravotně sociální péče

Hypotézy, výzkumné otázky:

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem je poskytováno sociální poradenství v kontextu zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních.

HVO: Jakým způsobem je realizováno sociální poradenství ve zdravotnickém zařízení?

DVO: Jakým způsobem probíhá poradenský proces?

Metodologický popis výzkumu včetně rozsahu výzkumného vzorku:

K výzkumu bude použita kvalitativní výzkumná strategie. Sběr dat proběhne za využití metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Polostrukturované rozhovory budou provedeny se zdravotně sociálními pracovníky ve vybraných zdravotnických zařízeních. Výběrový soubor budou tvořit zdravotně sociální pracovníci ve vybraných zdravotnických zařízeních, kteří budou vybíráni metodou účelového vzorkování až do vysycení informací.

Předpokládané výstupy: Výsledky bakalářské práce budou sloužit jako zpětná vazba pro zdravotnická zařízení, kde bude výzkum realizován. Bakalářská práce může přinést zjištění týkající se komplikací poradenského procesu a dát prostor k jejich řešení.

Vyjádření vedoucí/ho bakalářské práce: Souhlasím.

Jméno: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D. **Podpis:**

Vyjádření kompetentní osoby zdravotnického zařízení:

S provedením výše uvedeného výzkumu souhlasím/nesouhlasím.

Jméno:

Podpis:

Příloha 5 Informovaný souhlas

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S POSKYTNUTÍM ROZHOVORU
K BAKALÁŘSKÉ PRÁCI**

Název bakalářské práce: Poradenství v kontextu zdravotně sociální péče

Fakulta, univerzita: Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích

Autor bakalářské práce: Markéta Palochová

Vedoucí bakalářské práce: PhDr. Lenka Motlová, Ph.D.

Cíl práce: Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem je poskytováno sociální poradenství v kontextu zdravotně sociální péče ve zdravotnických zařízeních.

Souhlasím s poskytnutím rozhovoru a pořízením jeho zvukového záznamu pro účely výše uvedené práce. Byl jsem seznámen s názvem a cílem bakalářské práce, se způsobem zachování anonymity v bakalářské práci a s možností odstoupit z výzkumu.

V..... Dne.....

.....

Podpis

Seznam použitých zkratk

atd. – a tak dále

tzv. – tak zvané

např. – například

NZIP – Národní zdravotnický informační portál

NSP – Národní soustava povolání

LDN – léčebna dlouhodobě nemocných

OSPOD – orgán sociálně-právní ochrany dětí

CAN – syndrom týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte

HVO – hlavní výzkumná otázka

DVO – dílčí výzkumná otázka

I1 – informantka 1

I2 – informantka 2

I3 – informantka 3

I4 – informantka 4

I5 – informantka 5

I6 – informantka 6