

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2019

TOMÁŠ VIK

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Působení skupinové a individuální sociální terapie
na oddělení následné péče**

Tomáš Vik

Sociální práce zaměřená na komunikaci a aplikovanou
psychoterapii

Studium: kombinované

vedoucí práce: **Mgr. Jakub Zlámaný, Ph.D.**

Praha 2019

Prague College of Psychosocial Studies



**The effect of group and individual social therapy
in the Department of Aftercare**

Tomáš Vik

Social work with orientation to communication and applied
psychotherapy

Combined Studies

The Diploma Thesis Work Supervisor:

Mgr. Jakub Zlámaný, Ph.D.

Prague 2019

Anotace

V mé diplomové práci se zabývám působením skupinové a individuální sociální terapie na klienty oddělení následné péče. V první teoretické části mé práce se věnuji základním pojmům a teoriím, které souvisí se sociální terapií u seniorů. Dále se věnuji sociální terapii individuální a skupinové a jejímu rozdílu oproti psychoterapii. V další části se věnuji sociální práci, která je vykonávána na oddělení následné péče. V poslední části se zabývám kombinovaným výzkumem, který jsem provedl na tomto oddělení. V rámci výzkumu jsem zkoumal, jak prožívají sociální terapii pacienti geriatrického oddělení. Dále zde popisuji sociální terapii, její působení na pacienty, jak jí vnímali s odstupem času, jak je pro ně důležitá osoba sociálního terapeuta a také jak může sociální pracovník nejlépe pomoci seniorům při odbourávání sociální izolace.

Klíčová slova:

sociální terapie, stáří, sociální pracovník, senior, oddělení následné péče

Abstract

In my thesis I deal with the effect of group and individual social therapy on clients of the aftercare department. In the first theoretical part of my work I deal with the basic concepts and theories related to social therapy in senior citizens. Furthermore, I deal with individual and group social therapy and its difference compared to psychotherapy. The next part is devoted to social work, which is performed at the aftercare department. In the last part I deal with the combined research I have carried out in this department. As part of my research, I investigated how geriatric patients are experiencing social therapy. Furthermore, I describe social therapy, its impact on patients, how they perceived it with time, how important the person of a social therapist is for them and how a social worker can best help senior citizens to eliminate their social isolation.

Keywords:

social therapy, age, social worker, senior, department of aftercare

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Působení skupinové a individuální sociální terapie na oddělení následné péče vypracoval samostatně a že jsem všechny použité literární a odborné zdroje uvedl v seznamu literatury.

V Praze dne

.....

Podpis

Poděkování

Tímto bych chtěl poděkovat vedoucímu mé diplomové práce Mgr. Jakobovi Zlámanému, Ph.D., za odborné vedení a připomínky, které mi poskytl při zpracování práce. Dále děkuji pracovníkům oddělení následné péče v nemocnici v Libereckém kraji za podporu a cenné informace z praxe, které mi poskytli. A obzvláště děkuji všem pacientům, se kterými jsem tam mohl pracovat.

OBSAH

Úvod	1
1. Vymezení základních pojmů	3
1.1 Stáří	3
1.1.1 Důležitá fakta související se stářím	3
1.1.2 Projevy stáří	4
1.2 Sociální terapie	5
1.3 Socioterapie	5
1.4 Psychoterapie	6
1.5 Sociální pracovník	6
1.6 Oddělení následné péče	7
1.7 Carl Ransom Rogers	7
1.8 Irvin David Yalom	7
1.9 Deprese	7
1.10 Kombinovaný výzkum	8
1.11 Sociální izolace	8
2. Odlišení sociální terapie od psychoterapie	9
2.1 Cíle sociální terapie	10
2.2 Cíle psychoterapie	10
2.3 Průniky mezi sociální terapií a psychoterapií	12
3. Obsah a nástroje sociální terapie	14
3.1 Jak být dobrým sociálním terapeutem	15
3.2 Nejčastější chyby terapeutů	17
3.3 Skupinová sociální terapie	18
3.4 Klient sociální terapie	20
3.5 Rady pro práci s klientem	22
4. Sociální práce na oddělení následné péče	24
4.1 Sociální práce její úkoly	24
4.2 Práce sociálního pracovníka	24
4.3 Překážky ve výkonu sociální práce	26
4.4 Sociální práce a péče o seniory	27
4.5 Práce se seniory ve zdravotnických a sociálních zařízeních	28

4.6 Sociální práce v následné péči	31
4.7 Sociální práce na oddělení následné péče v praxi	32
5. Výzkum	34
5.1 Výzkumný cíl	35
5.2 Předvýzkum	35
5.2.1 Triangulace zdrojů dat	37
5.3 Metodologie	38
5.4 Kombinovaný výzkum	38
5.4.1 Individuální rozhovory	39
5.4.2 Skupinové rozhovory	39
5.4.3 Dotazník	39
5.4.4 Pozorování	40
5.4.5 Organizace výzkumného šetření	40
5.5 Charakteristika výzkumného vzorku	41
5.5.1 Zkoumané osoby	41
5.5.2 Etika	42
5.6 Vlastní výzkum	42
5.6.1 Individuální rozhovory s klienty	43
5.6.2 Skupinové rozhovory s klienty	43
5.6.3 Dotazníky	45
5.6.4 Pozorování klientů	46
5.7 Výsledky a jejich hodnocení	51
5.7.1 Vlastní dotazník	51
5.7.2 Analýza sociálně terapeutických testů dokumentace	54
5.7.3 Škála geriatrické deprese	57
5.7.4 Zpracování metody zúčastněného pozorování v přirozeném prostředí	61
Shrnutí	63
Závěr	65
Seznam použité literatury	67

Přílohy	1
Příloha I. Škála geriatrické deprese dle Yessavage	1
Příloha II. Otázky pro participanty	2
Příloha III. Test Strom nálad	3
Příloha IV. Test Srdce	4
Příloha V. Test Zážitek	5
Příloha VI. Terapeutické faktory: Kategorie a hodnocení šedesáti individuálních položek	6
Příloha VII. Přepis rozhovorů s participanty	9
Příloha VIII. Přepis rozhovoru se sociální pracovnící MÚ	16
Příloha IX. Přepis rozhovoru se sociální pracovnící z nemocnice	17
Příloha X. Přepis rozhovoru s vedením nemocnice	18
Příloha XI. Přepis rozhovoru s primářem nemocnice	20
Příloha XII. Přepis rozhovoru s vrchní sestrou	22
Příloha XIII. Přepis rozhovoru s ergoterapeutkou	23

Úvod

Tato diplomová práce navazuje na mou bakalářskou práci, která se zabývala možnostmi využití různých psychoterapeutických směrů pro seniory z pohledu sociálního pracovníka. Z této bakalářské práce tak přebírám do mé diplomové práce polovinu základních pojmů v první kapitole a také celou kapitolu Sociální práce na oddělení následné péče.

V diplomové práci jsem se rozhodl zúžit svůj úhel pohledu na sociální terapii, která je u nás málo využívaná a preferovaná. Sociální terapie se nachází ve středu mezi sociální prací a psychoterapií. Je proto velmi důležitou součástí pomáhajících profesí. Při mém výzkumu u individuálních i skupinových rozhovorů jsem vycházel z teoretického rámce Rogersovské psychoterapie, který Livia Lozsi se své knize Socioterapie považuje za alfu omegu v práci socioterapeuta. Zkoumal jsem, proč v jedné nemocnici v Libereckém kraji na oddělení následné péče nemají sociálního terapeuta, zda by tam byl vůbec zapotřebí a zároveň i to, jak nejlépe může pomoci geriatrickým pacientům při jejich hospitalizaci v nemocnici.

Téma mé diplomové práce vychází z mých zkušeností získaných během pobytu na oddělení následné péče v jedné menší nemocnici v Libereckém kraji v průběhu čtyř let. Tam jsem zjistil, že se každý rok opakuje situace, kdy se zdravotní stav pacientů mnohdy zhorší, a to často jen z důvodu, že si s nimi celý den nemá kdo popovídat.

V souvislosti s tím jsem se pokoušel zjistit, jestli mají v nemocnicích v Libereckém kraji na oddělení následné péče sociálního terapeuta. Tedy někoho, kdo by se staral o psychickou stránku pacientů, a to zejména geriatrických. Nikde ho ale nemají. Tito pacienti často leží celý den ve svých pokojích, kde v mnoha případech není ani televize, a tak se celý den, pokud jim nepřijde návštěva, dívají z okna a přemýšlí o svém životě, který se nenávratně chýlí ke konci. Svou pozici mají často ztíženou tím, že jsou po nějaké operaci, nebo už se jen o sebe nedokáží postarat. Řada z nich už nemá nikoho, na koho by se obrátila, protože žádnou rodinu ani přátele nemají.

Jejich sociální zázemí je v často mizivé. Mám za to, že je na místě se zabývat tím, jak by bylo možné jejich často nelehkou životní situaci zmírnit, zpříjemnit, ale hlavně částečně zlepšit, a to v podobě někoho, kdo by tyto pacienty vyslechl, vžil se do jejich

referenčního rámce a byl tam s nimi. Tím by se pak sami mohli ztotožnit se sebou samými, lépe komunikovat se svým okolím a pokusit se tak částečně vylepšit svou situaci.

Na téma sociální terapie jsem se setkal jen se skutečným minimem odborných publikací na českém i slovenském trhu. Výzkum, který by se zabýval tímto jevem, jsem nikde nenašel, a tak jsem se rozhodl se s touto problematikou blíže seznámit a zároveň se pokusit o malý návrh toho, jak by sociální pracovník mohl zlepšit psychické zdraví pacientů a následně pak i jejich fyzické zdraví na oddělení následné péče.

Hlavním cílem mého výzkumu bylo zjistit, jak prožívají pacienti na oddělení následné péče sociální terapii. Dílčí cíle se zabývají tím, zda je vůbec zapotřebí sociální terapie na tomto oddělení, a také, jak může sociální pracovník zmírnit či odstranit sociální izolaci geriatrických pacientů.

1. Vymezení základních pojmů

V této části jsou vymezeny pojmy, se kterými jsem přišel do kontaktu během mé práce se seniory. Zmíním se také o důležitých faktech souvisejících se stářím.

1.1 Stáří

Jak poznáme starého člověka? S lehkou nadsázkou můžeme říci, že tento člověk má před sebou již méně času než ten, který doposud prožil. Poškození fyzických a psychických sil je očividné při srovnání s dřívějším životem člověka (Haškovcová, 2010, s. 20).

1.1.1 Důležitá fakta související se stářím

V minulosti býval počet starých lidí relativně malý, ale v posledních několika desítkách let soustavně a významně roste. V dávném Řecku a Římě se většina populace dožívala s obtížemi čtvrt století. V téměř stejné délce byla průměrná délka života v Evropě ještě i v 16. století. V první polovině 18. století dosáhla 30 let a v průběhu 19. století se zvýšila na 40 let. O sto let později činil průměrný věk už 50 let a postupně se až do současnosti rapidně zvyšoval. V budoucnosti se předpokládá další růst. V dnešní době je očekávaná doba života v České republice pro muže 74,2 a pro ženy 80,3 let. Odhaduje se, že za 50 let bude střední délka života u mužů 86,5 let a u žen dokonce 91 let (Haškovcová, 2010, s.19, 22, 23).

Vzhledem k tomu, že muži většinou umírají dříve než ženy, je stáří především zkušeností žen (Hamilton, 1999, s.14).

K délce života Haškovcová (2010) uvádí:

Odhaduje se, že v roce 2065 bude střední délka života u mužů 86,5 let a u žen dokonce 91 let. Ve věkové kategorii 60 let připadá na 100 mužů zhruba 145 žen a tento nepoměr se stále zvyšuje. U osob starších 85 let připadá na 1 muže 3 ženy. Zajímavou výpovědní hodnotu má vzájemný poměr vdovců a vdov. V roce 1993 připadalo ve věkovém pásmu 55-59 na sto vdovců téměř 630 vdov. Nejvyšší očekávané době života se momentálně těší ženy ve Švýcarsku, Francii a Švédsku. Nejstarší muži žijí na Islandu, ve Švýcarsku a Norsku. (s. 23)

Dále Haškovcová uvádí, že

podle střízlivých odhadů se mohou lidé v budoucnosti dožívat 120 – 130 let. Je prokázáno, že nejvyššího věku všech dob dosáhla francouzka Jeane Luise Calmentová, která zemřela ve 122 roce svého života. Odborníci se shodují v názoru, že délka života každého jedince je určena především geneticky. (2010, s. 26)

Jestliže chceme mít spokojené stáří, musíme si uvědomit pár pravidel, která k němu vedou. Především je to o pochopení toho, že míra aktivity se bude s přibývajícím věkem postupně přirozeně snižovat. Je třeba se na tyto situace připravit a akceptovat, že změny jsou nevyhnutelné. Smutek a pocity ztráty celou situaci jen zhoršují, čím dříve se člověk s příchodem stáří smíří, tím pro něj lépe. Strach a boj proti stárnutí jsou méně úspěšnou strategií, nejhorší je ale nemít žádný plán a obviňovat všechno a všechny kolem sebe. Nalezení té správné cesty může podzim života značně příjemnit (Hamilton, 1999, s. 159).

Protože příčinou stárnutí není věk, ale události, které zažíváme a to, jak na ně emočně reagujeme (Maltz, 2010, s. 194).

Lidé, kteří pracovali duševně, si důchodový věk užívají podstatně více než ti, kteří pracovali fyzicky; odborníci tento fakt přičítají pevnějšímu zdraví a lepšímu finančnímu zajištění. Mnoho starých lidí se potýká s finančními problémy, což je základním faktorem snižujícího se pocitu vlastní hodnoty a přibývání depresivních symptomů (Hamilton, 1999, s. 163, 164).

Nejhorší na stáří je, že se starého člověka nikdo na nic neptá. Ten se děsí toho, že bude žít zcela nepozorován (Yalom, 2014, s. 56).

1.1.2 Projevy stáří

Osoby starší 75ti let jsou považovány za skutečné staré lidi. U větší části z nich se pravidelně projevuje snížení psychických i fyzických sil. Projevy stáří jsou patrné na jejich vzhledu, objevují se vrásky, vlasy šedivějí a řídnou. V jejich pohybech a dalších tělesných projevech je znát oslabené svalstvo, pružnost těla klesá, kůže pigmentuje. Pohyby jsou zpomalené, postava se nachyluje a zmenšuje. Změny se týkají i smyslu. Zhoršuje se zrak, u hmatu byl zaznamenán vyšší práh citlivosti, čich bývá relativně stabilní, ale oslabeno je vnímání chutí. Lidé po padesátce většinou jednají stejně, jak se tomu naučili

již v minulosti, protože toto jednání se jim v minulosti osvědčilo (Haškovcová, 2010, s. 31, 148).

Snižuje se také schopnost regenerace těla, prodlužuje se doba léčby. Stávající nemoci se často stávají chronickými. Mezi nejčastější potíže patří insomnie (poruchy spánku, nespavost), inkontinence (únik moči, pomočování) a imobilita (snížená nebo ztracená pohyblivost). Staří lidé se pak o sebe ve svém domácím prostředí nedokážou plnohodnotně postarat, a proto se často přesouvají do zařízení, která jim poskytují potřebnou péči, jako například Domovy pro seniory (Haškovcová, 2010, s.251).

1.2 Sociální terapie

Sociální terapie je velmi ojedinělý druh odborného zásahu, jehož cílem je pomáhat klientovi zlepšit sociální vazby s jeho okolím a dále zlepšovat chování a to hlavně tak, že mu pomáhá vyhýbat se negativním jevům ve svém prostředí. Zároveň mu pomáhá řešit situace, na které sám nestačí s ohledem na jeho povahu a představy o své budoucnosti. Pokud se klient ocitne v ohrožení, neprodleně zasahuje ve prospěch klienta (Zakouřilová, 2014, s. 15).

Dále Zakouřilová (2014) uvádí, že „Sociální terapie se v rámci pomoci klientovi snaží zhodnotit a využít veškeré zdroje komunitní, materiální, ekonomické, sociální aj“ (s. 19).

Sociální terapii řeší následující zákony

- zákon č.108/2006 Sb., o sociálních službách,
- zákon č. 359/1999 Sb., o sociální právní ochraně dětí.

1.3 Socioterapie

Livia Lozsi chápe socioterapii jako nápravu sociálních vztahů v okolí klienta, protože má za to, že klient není sám jako nositel problému, ale vždy se na tom podílí i ostatní lidé v jeho okolí. Je proto zapotřebí hledat řešení k nápravě klientova problému a společně spolupracovat se všemi odborníky co mohou pomoci. A to především lékaři, právníci, psychologové, psychoterapeuti, sociální pracovníci a sociologové (Lozsi a kol., 2017, s. 9, 17).

1.4 Psychoterapie

Psychoterapie zasahuje do různých oblastí medicíny a psychologie. Jedná se o obor, který v současné době nemá jednotnou, obecně přijímanou teorii. Zahrnuje přibližně 10 základních uznávaných přístupů. Každý má svou vlastní ucelenou teorii osobnosti, vlastní léčebné postupy, metody a také svoje výcvikové programy, které z příslušné teorie vycházejí (Kratochvíl, 2012, s. 14).

Psychoterapie je odborná a záměrná aplikace klinických metod a interpersonálních postojů. Pomáhá lidem změnit jejich myšlení, prožívání a chování tak, aby dosáhli žádoucího stavu (Prochaska&Norcross,1999, s. 16).

Jedná se o léčebné působení, využívající psychologické prostředky. Zaměřuje se na osobnost člověka, poznání sebe sama, na jeho vztahy, duševní procesy, jejich poruchy a příčiny, na omezení sebezničujícího chování, zvládání problémů, konfliktů a životních úkolů. V průběhu psychoterapie dochází ke změnám v prožívání a chování pacienta. Cílem psychoterapie je zlepšení kvality klientova života, odstranění problémů a rozvoj či integrace pacientovy osobnosti (Kratochvíl, 2012, s.19).

1.5 Sociální pracovník

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí:

Samostatný sociální pracovník má vyšší kvalifikaci, komplexně provádí sociální práci, řeší složitější sociálně právní a sociálně zdravotní problémy klientů v příslušných zařízeních. Jedná se správními orgány a jinými organizacemi, zajišťuje kontakt s klienty v ústavech, léčebnách, věznicích apod. Vytváří plány pro začlenění jednotlivců i skupin do společnosti, mapuje sociálně právní problémy v určených lokalitách. Zajišťuje diagnostickou a sociálně preventivní činnost. Poskytuje sociálně právní poradenství, zastupuje klienta při soudních a správních řízeních a vede příslušnou dokumentaci. Získáno 2. února 2017 z webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí: https://www.mpsv.cz/files/clanky/33624/TB04MPSV004_finalni_vystupy.pdf

Kalvach (2014) uvádí, že „Sociální pracovníci informují o sociálních službách – terénních, ambulantních i ústavních a o sociálních dávkách, včetně příspěvků na péči“ (s. 10).

1.6 Oddělení následné péče

Dle Nemocnice Tábor:

Cílem tohoto oddělení je komplexní uzdravení pacientů po všech stránkách, a to jak u opakujících se onemocnění, tak u mnohaletých pacientů. Pokud je to možné snažíme se co nejvíce zmírnit dopady nemoci, úrazů či vrozených vad, případně zpomalení progresu nebo plnohodnotný zbytek života u osob nevléčitelně nemocných a všeobecná paliativní péče, včetně moderní léčby bolesti. Dostupné z webových stránek Nemocnice Tábor: <https://www.nemta.cz/oddeleni/nasledna-pece/>

1.7 Carl Ransom Rogers

Carl Ransom Rogers (1902-1987) byl jednou z nejvýraznějších postav psychologie a psychoterapie 20. století. Byl univerzitní profesor a hojně publikovaný vědec, který měl na svém kontě šestnáct knih a více než dvě stovky článků. C. R. Rogers považuje za hlavní překážku v mezilidské komunikaci sklon reagovat na jakýkoli emočně významný výrok jeho hodnocením z našeho úhlu pohledu. Velký význam přikládá také vlastní zkušenosti – říká, že Bible ani proroci, Freud ani výzkumy, zjevení Boha ani člověka nemohou dostat přednost před vlastní přímou zkušeností. Té může důvěřovat (Rogers, 2015, s. 9, 42, 44, 352). Ke konci života byl nominován na Nobelovu cenu míru.

1.8 Irvin David Yalom

Je emeritním profesorem Stanford Univerzity. Působí v soukromé praxi v Palo Alto v Kalifornii a v San Francisku. Je autorem řady monografií a učebnic (česky vyšla např. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*), ale i beletristických knih s tématem psychoterapie.

1.9 Deprese

Chorobný smutek, který ovlivňuje sociální i pracovní sféru jedince, deformuje jeho životní hodnoty. Projevuje se pocity smutku, úzkostí, apatií, ztrátou zájmů, útlumem, skleslostí a snížením sebevědomí. Z fyzických projevů se objevuje únava, poruchy spánku a nechutenství. Trvá-li nepřiměřeně dlouho, nebo má-li nepříznivý vliv na chování jedince, označujeme tento duševní stav jako chorobný (Hartl&Hartlová, 2015, s. 105).

1.10 Kombinovaný výzkum

Je výzkum, který je z části kvalitativní, což znamená, že výzkumník jde více do hloubky zkoumaného jevu a snaží se porozumět danému problému. Někdy se zkoumanými osobami (participanty) žije na jednom místě, aby lépe pochopil jejich způsob a vnímání života. Z druhé části je kvantitativní, což znamená, že výzkumník má velké množství zkoumaných osob (respondentů), kteří odpovídají na předem připravené otázky ano/ne.

1.11 Sociální izolace

Stav kdy člověk nemá dostatečné sociální kontakty s ostatními lidmi, a to včetně své rodiny. Do sociální izolace se člověk může dostat dobrovolně i nedobrovolně. Nejčastějšími příčinami jsou nezdravý a nepřizpůsobivý společenský život, zhoršení zdravotního stavu, nízké vzdělání a vědomosti, požívání návykových látek a kriminální chování.

2. Odlišení sociální terapie od psychoterapie

Vztah mezi socioterapií a psychoterapií můžeme připodobnit ke vztahu dvou sester, z nichž psychoterapie je ta starší a zkušenější, která pomáhá a vede tu mladší – socioterapii (Lozsi a kol., 2017, s. 41).

Zakouřilová uvádí, že sociální terapie nezachází do takové hloubky psychiky člověka jako psychoterapie. Používá jiné metody a techniky, zaměřené spíše na získání potřebných informací, podporu komunikace a motivace, uvědomění vlastních pocitů, emocí a získání reálného náhledu. Do sociální terapie rozhodně nepatří takové postupy, jakými jsou hypnóza, psychoanalytická léčba aj.

Diagnóza v sociální terapii rovněž používá jednodušších prostředků než psychoterapie. Nejsou užívány testy inteligence, škály dosažené výkonosti, není vyšetřován tělesný stav klienta či klinicky hodnocen jeho psychický stav.

Sociální terapie nepracuje s klientem na medicínské bázi. Sociální terapeut nepředepisuje léky a hospitalizaci v nemocnici, jako například v rámci psychoterapie psychiatr.

Sociální terapie je velmi často realizována v terénu, v prostředí, kde se klienti každodenně pohybují. Bývá také na rozdíl od psychoterapie často zahajována i bez počáteční motivace a dobrovolnosti na straně klienta, zejména tehdy, když je potřeba pomoci nezletilému dítěti v rodině. Klient je také častěji než v psychoterapii pozván k prvnímu setkání přímo terapeutem. (2014, s. 18)

Problémy, které zatěžují klienta spíše řeší psychoterapie, oproti tomu sociální terapie spíše má na starost prevenci, a to především u dětí (Zakouřilová, 2014, s. 19).

Zakouřilová uvádí, že v sociální terapii je kladen poměrně velký důraz na řešení. Těžiště pozornosti je zaměřeno na současnost a budoucnost (zatímco u některých směrů v psychoterapii je podstatou práce s minulostí). Při srovnávání délky trvání psychoterapie a sociální terapie by pravděpodobně „vítězila“ sociální terapie, která může trvat deset i více let (přechází někdy i z jedné generace na druhou). (2014, s. 19)

Není možné, aby fungovala socioterapie bez psychoterapeutických prvků a náležitostí. Ale to samé neplatí naopak, protože psychoterapii, lze vykonávat bez základních parametrů socioterapie (Lozsi a kol., 2017, s. 41).

2.1 Cíle sociální terapie

Zakouřilová (2014) uvádí

V sociální terapii se nejčastěji setkáváme s těmito základními cíli:

- podpora klienta,
- adaptace klienta na nové podmínky,
- realistický náhled klienta na možnost úpravy obtíží,
- nalezení zdrojů klienta k řešení jeho problému,
- přestavby vlastního postoje klienta k problémům a danostem v jeho životě,
- žádoucí změny v chování klienta a v jeho sociálním prostředí,
- úpravy postojů a výchovných praktik klientů coby rodičů,
- odstranění nežádoucích vlivů ze života klienta a jeho rodiny,
- sociální začlenění klienta do života. (s. 23, 24)

Cílem socioterapie je, aby klient mohl žít podle svých představ a v souladu se svou osobností, a to bez cizí pomoci, tak aby nenarušoval vzájemné soužití se svým nejbližším okolím (Lozsi a kol., 2017, s. 38).

2.2 Cíle psychoterapie

Yalom (2015) uvádí, že to nejdůležitější, co může terapeut nabídnout klientovi, je autentický hojivý vztah, z něhož si pacienti mohou vzít to, co potřebují. Klameme sami sebe, pokud si myslíme, že tím hojivým faktorem je nějaký konkrétní čin, ať už interpretace, návrh, pojmenování nebo ujištění. (s. 173)

Konečný cíl psychoterapie je ten, aby klient byl schopen navazovat kvalitní vztahy se svým nejbližším okolím, čímž mu terapeut může pomoci tak, že si tento vztah „nacvičí“ nejdříve spolu (Yalom, 2014, s. 162).

Yalom uvádí, že „v psychoterapii vlastně většina práce směřuje k pomoci klientům naučit se vytvářet důvěrnější, životaschopnější a trvalejší vztahy s druhými lidmi“ (2014, s. 89).

Terapeutický faktor tady a teď při rozhovoru je velice podstatný k tomu, aby terapii osvěžil a zpevnil pouto mezi klientem a terapeutem (Yalom, 2015, s. 130).

Klient při terapii musí mít pocit bezpečí a to je na terapeutovi, aby toto zajistil (Yalom, 2003, s. 179).

Musíme se pokusit jít do klientova nitra, co nejdál to půjde, ale zároveň mít na mysli, že oni tento proces psychoterapie vnímají jinak nežli my (Yalom, 2003, s. 34).

Jako terapeuti bychom se měli pokusit se na svět dívat očima našeho klienta (Yalom, 2003, s. 33).

Yalom (2003) uvádí, že „velice důležitým cílem v průběhu psychoterapie je věnovat pozornost svým bezprostředním pocitům – představují cenné informace. Pokud při sezení cítíte nudu nebo podráždění, zmatení, sexuální vzrušení nebo zapuzení klientem, považujte to za hodnotnou informaci“ (s. 75).

Nejdůležitější věcí v psychoterapii je to, že vše, co se stane v tomto procesu nám jako terapeutům může pomoci (Yalom, 2003, s. 49).

Zážitek empatie pomáhají terapeuti předat svým klientům, aby ho mohli dál přenášet do svého nejbližšího okolí (Yalom, 2003, s. 38).

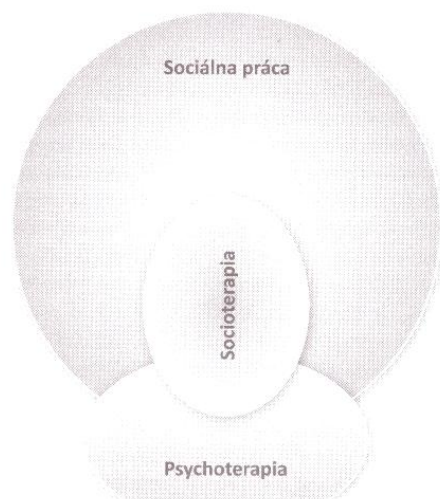
Psychoterapeuti jsou přesvědčeni, že to na co si člověk přijde sám, má daleko větší váhu, nežli to co jim řekne jiný člověk. (Yalom, 2014, s. 103).

Nejdůležitější přínos psychoterapie spočívá v tom, že si klient odnáší ze sezení určité vzorce chování, které potom aplikuje do svého okolí. Klientova frustrační odolnost nemůže být v pořádku, pokud se nenaučí žít s kritikou a nebude ji vnímat za zcela běžnou a normální. Být v procesu psychoterapie chce totiž velkou odvahu, což většina lidí nemá. (Peck, 2013, s. 44).

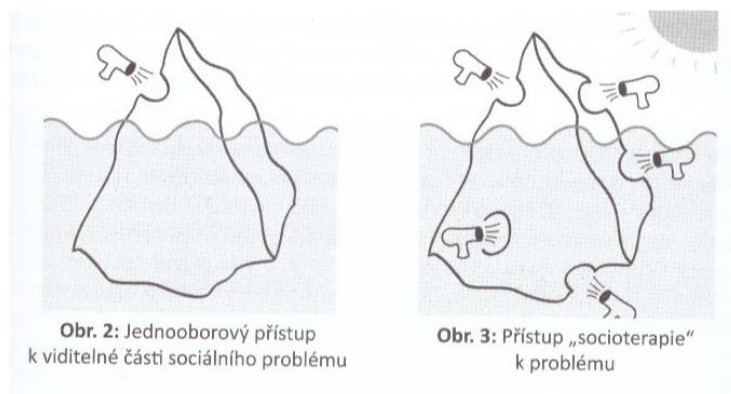
Psychoterapie nemůže být účinná, bude-li jednoduchá a krátká, protože pak nestojí na stabilních základech, které jsou většinou hluboké a náročné. Aby psychoterapie měla přínos z dlouhodobého hlediska a duchovního rozkvětu, musí jít o dlouhodobý proces (Peck, 2013, s. 8).

2.3 Průniky mezi sociální terapií a psychoterapií

Obr. 1: Vztah mezi socioterapií, sociální prací a psychoterapií (Lozsi L. a kol., Socioterapia, 2017, s. 28)



Jednooborový přístup k problému x socioterapie (Lozsi L. a kol., Socioterapia, 2017, s. 89)



Zakouřilová (2014) uvádí následující společné znaky sociální terapie a psychoterapie:

- „Navodit pocit bezpečí a důvěry u klienta s cílem mu pomoci“ (s. 32)
- „Při poskytování obou terapií bychom měli být velmi obezřetní a nenabízet je ukvapeně, nevnucovat, nepodávat je direktivně a pečlivě zvažovat všechny své návrhy“ (s. 23)

- „Využívání mezioborové spolupráce (spolupráce s psychologem, lékařem, pedagogem a dalšími odborníky) a spolupráci s neziskovými organizacemi“ (s. 25)
- „Mít velmi dobré verbální i neverbální interpersonální dovednosti, neboť na obou těchto úrovních komunikace v terapii probíhá. Obzvláště důležitá je schopnost pozorně klientovi naslouchat a porozumět tomu, co říká nejen verbálně, ale i tělem“ (s. 26)
- „Oceňování klienta a dávání mu najevo uznání“ (s. 27)
- „Pokud klient třeba koktá, je třeba vést v patrnosti, že jednak ví, že koktá, jednak je zvyklý, že slova či konce věty za něj dořikávají ostatní. Úkolem terapeuta je nechat jej domluvit, nedořikávat za něj. Tím říkáme: akceptuji tě a je pro mě důležitý obsah, ne forma“ (s. 28)

3. Obsah a nástroje sociální terapie

Zakouřilová (2014) uvádí, že sociální terapie zahrnuje:

- Poradenství.
- Diagnostiku.
- Primární, sekundární i terciární prevenci (Matoušek, 2008, s. 154).
- Krizovou intervenci.
- Spolupráci terapeuta s dalšími osobami, které hrají důležitou roli v životě klienta, například s trenérem, učitelem, kamarádem, lékařem.
- Zapojení jiných odborníků do spolupráce.
- Různé formy rehabilitace - zejména sociální (zajištění sociálních služeb, materiálního zabezpečení atd.), rodinnou (podpora, náprava nebo obnova rodinných vztahů) i volnočasovou (zaměření na zájmové, sportovní a kulturní využití atd.)
- Resocializaci.
- Přímou terapeutickou práci (setkávání s klientem, terapeutické rozhovory, realizace speciálních technik atd.)
- Aplikace dalších metod podporujících dobrý průběh sociální terapie (například metoda vyhodnocování situace klienta, stanovení individuálního plánu klienta, metoda případové konference apod.) (s. 21, s. 22)

Pro dosažení svých cílů má sociální terapie dle Zakouřilové (2014) k dispozici tyto nástroje:

- sociálně – terapeutický rozhovor,
- sociální diagnostiku,
- šetření a návštěvy v rodině i v širším okolí klienta,
- terapeutický vztah,
- mezioborovou spolupráci (spolupráci s psychologem, lékařem, pedagogem a dalšími odborníky) a spolupráci s neziskovými organizacemi,
- přímá opatření ve prospěch klienta (dítěte, rodiny),
- další věcná a organizační opatření,
- speciální techniky sociální terapie (různé techniky komunikační, kresebné, škálové, s pomocným materiálem apod.),

- další metody podporující sociální terapii (včetně zmíněného vyhodnocování situace, stanovení individuálního plánu klienta, pořádání případových konferencí apod. - což je vše u SPOD přímo zákonem uložené jako povinnost),
- mediační techniky. (s. 25, 26)

Základní myšlenkou v socioterapii je to, že každý klient má v sobě potenciál rozvíjet se v souladu se sebou samým. Chce pro sebe to nejlepší, co je možné, jen to v něm musíme probudit, aby poznal, že tuto schopnost má (Lozsi a kol., 2017, s. 33, 34).

Lozsi a kol. (2017) uvádí, že „v socioterapii je hlavním nástrojem práce sám socioterapeut a jeho vztah s klientem, právě proto, je neoddělitelnou součástí přípravy na výkon profese sebepoznání a seberozvoj formou socioterapeutického nebo psychoterapeutického výcviku“ (s. 27, 28).

3.1 Jak být dobrým sociálním terapeutem

Zkušený dobrý terapeut se pozná tak, že reaguje na to, co se opravdu děje na terapeutickém sezení, nikoli na své představy a domněnky. Nemůže se upřednostňovat na úkor klienta a stavět ho do pozadí, tak že bude slyšet jenom sám sebe, a to co pokládá za správné. Je to právě klient, kdo řídí diskuzi, jeho slova a gesta tak mají působit na terapeuta. Ať se už terapeut hlásí k jakémukoli terapeutickému směru, je to právě tato schopnost aktivně naslouchat, co z terapeuta dělá dobrého terapeuta. Ten nikoho nikam neřadí do nějakých skupin, ale ke každému přistupuje jako k originálu (Maslow, 2014, s. 142, 143).

U lidí postižených demencí Prantl a von Hardenberg (2008) uvádějí

Das Problem dementer Menschen sei, dass sie Gefühlen wie Unwohlsein sehr wohl noch empfinden, sie aber nicht mehr artikulieren und kognitiv verarbeiten könnten. Aus diesem Unvermögen heraus reagierten viele aggressiv oder depressiv. Ziel der Arbeit mit Dementen sei es darum, die Stimmung der Kranken zu erraten und durch Änderungen der Temperatur, des Lichts oder der Musik darauf reagieren. [Problém dementních lidí spočívá v tom, že pociťují diskomfort, ale již jej nemohou artikulovat nebo kognitivně zpracovat. V práci s dementními jde v první řadě o to, odhadnout pocity

nemocných a reagovat na ně změnami teploty, světla nebo hudby.] (s. 94, můj překlad)

Mezi hlavní úkoly každého terapeuta v sociální terapii patří:

Vytvořit s klientem kvalitní a pevný vztah, aby cítil, že ho máme rádi a že nám na něm záleží, a to samé i s jeho nejbližším okolím. Navést klienta k pozitivní změně a správným způsobem tuto změnu realizovat (Zakouřilová, 2014, s. 34).

Každý dobrý terapeut by si měl uvědomit, že to, jak klient vnímá okolní svět, je vizitka jeho minulosti (Yalom, 2012, s. 7).

Pravidelná duševní hygiena je pro terapeuta nezbytná součást zdravého fungování (Lejeune, 2001, s. 95).

Když klient uvidí na terapeutovi, že je jenom člověk se svými chybami a také se k nim dozná, může to v klientovi probudit pozitivní emoce (Yalom, 2014, s. 189).

Zakouřilová (2014) uvádí, že má-li terapeut svých cílů dosáhnout a podat kvalitní výkon v sociální terapii, je nezbytné, aby byly splněny následující předpoklady a podmínky:

- kvalifikace, odbornost,
- sebereflexe (terapeut by měl dobře znát sám sebe a být schopen průběžně reflektovat své motivy, pocity a hodnoty, neboť v opačném případě může být klientem emočně zasažen natolik, že nedokáže být objektivní),
- schopnost a ochota připustit vlastní selhání ve své práci (velmi důležité),
- dobré komunikační dovednosti včetně schopnosti umět pozorně naslouchat,
- schopnost vyjádřit klientovi podporu a dodat mu odvalu,
- schopnost umět se ovládat a nenechat se vyprovokovat,
- čestné a přímé jednání,
- autenticita a kongruence (soulad mezi prožíváním a vnímáním terapeuta a jeho vyjadřováním – někdy se v této souvislosti hovoří o terapeutově „opravdovosti“),
- schopnost porozumění a empatie, schopnost vnímat klienta a jeho svět takový, jaký je, a ne podle svých představ a mýtů nebo pod vlivem haló efektu (haló efekt představuje chybu v sociální percepci, kdy druhého

vnímáme a posuzujeme podle celkového dojmu, kterým na nás zapůsobil – ať už kladně, nebo záporně; a necháváme se unést či ovlivnit nějakým nápadným, i třeba náhodným rysem),

- zájem o klienta a jeho přijetí,
- vyváženost mezi vřelostí a tvrdostí ve svém jednání a vystupování,
- víra ve vnitřní pozitivní potenciál každého člověka, optimistické zaměření,
- schopnost vytvořit prostředí bezpečí a diskrétnosti,
- schopnost kolegiální spolupráce při respektování ochrany zájmů a intimity klienta,
- osobnostní zralost, vyšší frustrační tolerance a vnitřní stabilita (tedy aby terapeut nebyl labilní, náladový, kolísavý v sebehodnocení, soudech a rozhodování, netrpěl sám pocity úzkosti či vnitřního napětí, byl si vědom svých silných i slabých stránek a přijímal sám sebe),
- psychohygienická péče o vlastní osobnost i své rodinné zázemí jako prevence osobnostní instability a syndromu vyhoření. (s. 35, 36)

Hörmann a Textor uvádějí

Klientenzentrierte Grundhaltungen: An überragender Stelle steht die wohl zugleich am schwresten zu entwickelnde therapeutische Einstellung, die mit den Begriffen Kongruenz, Echtheit und Glaubwürdigkeit definiert wird. Der Therapeut soll in Beziehung zum Klienten er selbst sein und sich hinter keiner beruflichen oder persönlichen Fassade verbergen. [Základní přístupy terapeuta orientovaného na klienta: Na nejvyšším místě stojí ten přístup, který se dá nejobtížněji naučit, spojený s pojmy kongruence, pravosti a uvěřitelnosti. Terapeut by měl být v přístupu ke klientovi sebou samým, neměl by se schovávat za žádnou profesní nebo osobní fasádu.] (1992, s. 111, můj překlad)

3.2 Nejčastější chyby terapeutů

Špatný terapeut i když svou praxi vykonává velice dlouho a pokládá se za „zkušeného“ má za to, že se musí dělat to, s čím se seznámil na počátku své kariéry. Nic jiného totiž nezná, pokládá za nebezpečné učit se nové věci, a tudíž své chyby nikdy nepozná (Maslow, 2014, s. 143).

Zakouřilová (2014) uvádí, že:

K nejčastějším chybám, kterých se terapeut v průběhu sociální terapie dopouští, patří to, že:

- příliš poučuje, moralizuje, hodnotí, téměř vše vychází jen z jeho představ, má svůj názor, všechno je mu jasné, vnucuje své postoje a názory, zná odpověď na každou otázku, zveličuje své zásluhy na řešení klientovy situace,
- soustředí se pouze na věcný obsah klientova sdělení,
- všechny problémy klienta bagatelizuje nebo zevšeobecňuje, popř. používá přehnaný optimismus,
- zahrnuje klienta soucitem,
- emocionálně se s klientem ztotožní natolik, že jeho empatie přechází v nekontrolovatelnou sympatii, rozlítostňuje se nad klientovým případem,
- zaměří se úplně na jiný problém, než klienta trápí,
- vede monolog, mluví stále jen sám,
- dohaduje se s klientem,
- obviňuje klienta,
- do případu projikuje vlastní problémy a osobní zkušenosti,
- neudrží potřebnou distanci, dovolí, aby byl vmanévrován a vmanipulován do role zaujatého účastníka,
- hovoří s klientem převážně ve vědeckých nebo abstraktních termínech, kterým klient nerozumí.
- „chodí kolem horké kaše“, zabývá se jen vedlejšími, okrajovými problémy a vlastnímu jádru se vyhýbá,
- neříká klientovi pravdu, zkresluje, zatajuje,
- dopouští se nálepkování, „škatulkování“. (s. 36, 37)

3.3 Skupinová sociální terapie

Jedním z důvodů, proč jsem začal na oddělení následné péče provozovat skupinové terapie s geriatrickými pacienty je mimo jiné také tvrzení Daniela Golemana, který píše ve své knize Emoční inteligence toto: „Jediným opatřením, jež se nepochybně vyplatí, je učit lidi blížící se důchodovému věku zvládat svoje emoce; citová vyrovnanost

je totiž jedním z nejdůležitějších faktorů, který rozhoduje o tom, jak rychle bude starší člověk scházet“ (s. 171).

Druhým důvodem, proč jsem začal provozovat skupinové terapie, byla má vlastní zkušenost s tímto procesem. Čtyři roky jsem mohl být členem psychoterapeutického výcviku PCA a v duchu tohoto přístupu jsem s klienty na oddělení následné péče pracoval. Více o tomto přístupu se zmiňuji v praktické části této práce.

Každému klientovi na oddělení následné péče, který se chtěl zúčastnit skupinové terapie, jsem se věnoval intenzivněji i v individuální rovině.

Pokud chceme, aby nám skupinová terapie dobře fungovala, musíme si do ní vybrat ty správné členy (Yalom, 2016, s. 225).

Dále Yalom uvádí (2016)

Skupinová terapie nabízí možnost k:

- dostávání a poskytování podpory a zpětné vazby,
- zlepšení mezilidských vztahů a komunikace,
- experimentování s novým chováním ve vztahu k lidem,
- mluvení o pocitech upřímně a přímo,
- získání vhledu do svých vlastních myšlenek, pocitů a chování a jejich pochopení prostřednictvím zkoumání vztahových vzorců ve skupině i mimo skupinu,
- získání pochopení myšlenek, pocitů a chování druhých lidí,
- zlepšení sebedůvěry, sebehodnocení a sebeúcty,
- prodělání osobní změny v rámci skupiny s očekáváním, že přenesete to, co se naučíte, do života i mimo skupinu. (s. 555, 556)

Terapeut vysvětlí členům skupinové terapie, že zažitá zkušenost v tomto procesu není cíl cesty, je to pouze začátek cesty, který je v životě čeká (Yalom, 2016, s. 345).

Skupinová terapie na rozdíl od individuální terapie, mnohdy nemůže nabídnout bezprostřední podporu a uvolnění (Yalom, 2016, s. 290).

3.4 Klient sociální terapie

Zakouřilová (2014) uvádí, že komunikace může být složitější a obtížnější např. s klientem mlčícím, agresivním, manipulativním, nedobrovolným, depresivním.

V každé situaci je třeba si uvědomovat, že ať klient dělá cokoli, dělá to proto, že ho k tomu něco vede. Každé chování má nějaký sociální účel. Jako terapeuti vždy potřebujeme vědět, „kdo to je, kde to je, proč to je“ - tedy koho máme v osobě klienta před sebou, v jaké je roli, pozici, o jakou osobnost se jedná, v jaké situaci se nachází a z jakého důvodu se v ní ocitá.

U klienta je třeba navodit pocit bezpečí a důvěry, že toto je místo a čas, v nichž se mu někdo věnuje s cílem mu pomoci. (s. 32)

Klient, který je citově závislý se nachází ve velmi závažném popření sebe sama. Tím, že se pořádně nezná, nemá také žádnou sebeúctu, protože ji ani neměl kde vystavět. Tím, že pohrdá svými schopnostmi a dovednostmi sám sebe vidí ve špatném světle (Deetiens, 2014, s. 113).

Klienti mohou být i citově závislí a kořeny této závislosti musíme hledat v dětství, protože vyrůstali v nefunkční rodině (Deetiens, 2014, s. 105).

Zakouřilová uvádí

U dospělého klienta věnujeme pozornost:

- celkovému dojmu,
- chování, veškerým projevům a prožívání (včetně kongruence – zda jedná ve shodě se svým prožíváním), tomu, jaké způsoby chování volí apod.,
- základním postojům, zájmům, životnímu stylu, hodnotovému systému,
- vztahům k druhým lidem (event. jakou má schopnost je vytvářet), ke společnosti vůbec (ke společenským normám, k institucím apod.), k práci, k majetku i k sobě,
- tomu, jaké je jeho očekávání v terapii, postoj k ní a motivace ke změně, jaké jsou jeho osobní cíle a jakých změn chce dosáhnout,
- tomu, jaká byla jeho primární rodina,
- intelektu a dosaženému vzdělání,
- ekonomické situaci,

- současnému společenskému, rodinnému a pracovnímu postavení,
- tomu, jaké jsou jeho přednosti a slabiny,
- tomu, zda již klient podstoupil nějaká vyšetření či terapii – sociální, psychologickou nebo psychiatrickou,
- úrovni bydlení. (2014, s. 40)

Maslow uvádí, že „rozvoj klientovy osobnosti potřebuje odvalu, sebedůvěru, a dokonce i troufalost. Nedostatek lásky od rodiče nebo partnera vyvolá pravý opak: malé sebevědomí, úzkost, pocity neschopnosti a očekávání výsměchu. To vše tlumí a zpomaluje růst a sebeaktualizaci“ (2014, s. 154).

Klient v sociální terapii musí chtít se někam posunout, to je podstata veškerého terapeutického procesu (Peck, 2013, s. 262).

Větší část klientů, kterým se z počátku terapie hodně líbila, zmizí, jakmile se dozví, že se v tomto procesu musí také snažit a pracovat na sobě. Raději to vzdají a hledají si viníka, kdo může za jejich potíže a na koho mohou vše hodit (Peck, 2013, s. 259).

Frustrační odolnost a průbojnost klienta jsou mnohem důležitější nežli to, jak klient vypadá (Dwecková, 2017, s. 96).

Hodně klientů má strach, že se jim něco nepovede, což převáží nad tím být v životě opravdu šťastný. Je tedy velmi důležité, aby si klient uvědomil, kde bude chtít být za pár let (Lejeune, 2001, s. 21).

Mnoho klientů svou agresivitu nevybíjí tím správným směrem. Na místo toho mají tendence k sebepoškození. Přichází potom zdravotní potíže, což se projeví i na jejich psychické stránce a trpí tím i jejich okolí (Maltz, 1998, s. 108).

Opaschowski uvádí

Daneben entwickelt sich die Familie zur wichtigsten Lebensversicherung im Alter. Sie trägt in dreifacher Hinsicht zur Lebenszufriedenheit und Lebenserfüllung bei:

1. Die Familie gibt das Gefühl, noch gebraucht zu werden.
2. Die Familie bringt Abwechslung ins Leben
3. Die Familie gibt das Gefühl nicht allein dazustehen.

Die Familie wirkt als Therapeutikum gegen Gefühle von Einsamkeit, Langweile und Nutzlosigkeit.

[Rodina se vyvinula jako nejdůležitější životní pojištění ve stáří. Trojím způsobem přispívá ke spokojenosti a životnímu naplnění:

1. Rodina dává pocit potřebnosti.
2. Rodina přináší rozmanitost do života.
3. Rodina znamená, že nezůstaneme sami.

Rodina působí jako terapeutikum proti pocitům osamělosti, nudy a nepotřebnosti.] (2004, s. 77, můj překlad)

3.5 Rady pro práci s klientem

V této podkapitole bych chtěl uvést některá důležitá fakta při práci s klienty, která by dobrý sociální terapeut měl znát.

Při práci s klientem v socioterapii je dobré mít na paměti, že je to právě klient, který je expertem na sebe samého (Lozsi a kol., 2017, s. 46).

Yalom (2014) uvádí, že probouzejícími katalyzátory zásadních životních změn u klienta mohou být:

Zármutek ze ztráty osoby, na níž nám záleželo. Nemoc ohrožující život, rozpad důvěrného vztahu, některé významné životní milníky, jako jsou kulaté narozeniny (padesát, šedesát, sedmdesát, atd). Výrazné trauma jako je požár, znásilnění nebo loupežné přepadení. Odchod dětí z domova – syndrom prázdného hnízda. Ztráta práce nebo změna v zaměstnání, odchod do penze, přestěhování se do domova důchodců. (s.32)

To, zda se klientovi podaří dosáhnout toho co v životě chce, záleží především na jeho odvaze jednat a ovlivňovat své okolí podle svých představ (Maltz, 1998, s. 97).

Při práci s klienty se musíme zaměřit na to, abychom se k nim nechovali jako k dítěti, ale jako k dospělé osobě, která má právo projevit i svou slabost (Kopřiva, 2006, s. 81).

Zakouřilová uvádí následující doporučení pro sociální terapii

- Neexistuje jediný univerzální „recept“, jak problém klienta řešit. Pro každý jednotlivý případ je třeba hledat individuální možnosti, cesty, opatření a řešení. Každá situace má mnoho typů a variant.
- Čím dříve zahájíme sociální terapii, tím větší je naděje, že bude úspěšná. Čím později dojde k podchycení vzniklého sociálního problému, kdy již jeho důsledky zasáhly osobnost klienta, tím déle trvá náprava a tím náročnější jsou i prostředky.
- Jednou z nejdůležitějších součástí sociální terapie je motivace klienta. Že je klient motivovaný, poznáme zejména podle toho, že není se svým stavem spokojen a pomoc vítá. Projevuje snahu řídit se doporučeními a radami terapeuta, činí kroky pro dodržování plánu terapie.
- Nejprve je třeba plně porozumět tomu, co se děje, a teprve poté jednat.
- Váhavost a nerozhodnost klienta rovněž považujeme za přirozenou součást procesu. Není vhodné ji proto odmítat, či dokonce považovat za patologickou.
- V sociální terapii je třeba mít stále na paměti – „My jsme tu pro klienty, ne oni pro nás“.
- V sociální terapii nemají žádné místo předsudky (týkající se původu, rasy, pohlaví, sexuální orientace, víry, věku, apod).
- Je nutné respektovat rozdíly mezi lidmi.
- Pokud se u klienta objeví odpor ke změně, je třeba, aby terapeut změnil postup. (2014, s. 69 – 71)

Jsou to právě zážitky z dětství, co má na klienta největší vliv – na jeho vnímání světa okolo. Toto musí mít terapeut vždy na paměti (Goleman, 2011, s. 204).

4. Sociální práce na oddělení následné péče

Tuto kapitolu přebírám z mé bakalářské práce, ve které jsem započal se svým výzkumem na tomto oddělení, a v této diplomové práci v něm dále pokračuji.

V této kapitole se budu zabývat sociální prací, sociálními službami a náplní práce sociálního pracovníka. Zaměřím se také na péči o pacienty na oddělení následné péče, a to jak z pohledu teoretického, tak s ohledem na praktické informace, které jsem získal od sociálních pracovníků.

Sociální práce se řídí zákonem č. 108/2006 Sb. o sociálních službách.

Sociální práce se snaží o prosazování sociální spravedlnosti, zlepšování kvality života a rozvíjení plného potenciálu každého jednotlivce, skupin a společenství.

Sociální služby už neposkytuje jen stát, ale především kraje a obce, nestátní neziskové organizace, církve, fyzické a právnické osoby.

4.1 Sociální práce a její úkoly

Mezi úkoly sociální práce patří pokusy o změnu stereotypů, které považují starší klienty za lidi, kteří již nemají mnoho co nabídnout. Jsou vnímáni jako Ti, kdo stále s něčím potřebují pomoci, jsou závislí na službách a celkově mohou být považováni i za zátěž. Klientům je dána příležitost a podpora v hledání toho, co konkrétnímu klientovi nejvíce vyhovuje. Sociální pracovník vystupuje jako odborník, ale klientům nevnucuje své představy, naopak umožňuje jim volbu. Také posiluje jejich sebeúctu a sebevědomí. Přestože se může zdát, že senioři tvoří skupinu, ve které se všichni potýkají s podobnými problémy, je třeba si uvědomit, že každý je jiný a má odlišné potřeby, a proto je potřeba citlivě rozpoznat v jaké oblasti toho konkrétního člověka podpořit (Kubalčíková a kol., 2015, s. 105).

4.2 Práce sociálního pracovníka

Sociální pracovník by měl být schopen utvářet funkční vztahy s klienty a snažit se o vytvoření dobrého prostředí pro spolupráci. Poskytuje informace a rady, na základě kterých klienti mohou volit vhodná řešení. Pomáhá také s nastavením zdravých vztahů mezi potřebným a pečující osobou. Podporuje klienty v udržení si dobré nálady a dopřává

jim maximum samostatnosti a nezávislosti. Rozpoznává silné stránky a posiluje je. V případě práce se staršími klienty je také důležité respektovat jejich hodnoty, životní zkušenosti a vnímat jejich pohled na věc (Kubalčíková a kol., 2015, s. 106, 107).

Sociální pracovník může být vnímán mnoha způsoby, často i velice rozdílnými. Jako průvodce reálným světem vystupuje pro klienty, kterým pomáhá seznámit se s novými možnostmi. Týká se to např. pomoci, jakou je občanské poradenství, vzdělávací programy, dobrovolnictví apod. Stejně tak může být sociální pracovník i průvodcem po vnitřním světě klienta. V tomto případě, při terapeutické práci, podporuje uvědomování si klientových vlastních potřeb a hledání možných řešení. Do archetypové role rodiče staví sociálního pracovníka pomoc materiální, jako potraviny, finanční podpora či ubytování. Z úplně jiné perspektivy, jako trestající autorita, je naopak vnímán sociální pracovník, jehož služba má povahu agresivního zásahu, např. odebrání týraného dítěte rodině. Pro klienty dlouhodobých intenzivních programů, jako je např. středisko výchovné, je sociální pracovník zároveň vychovatelem nebo učitelem. Jako ochránce či obhájce vystupuje, pokud prosazuje klientovy zájmy, zajišťuje služby, hodnotí jejich kvalitu nebo jedná jménem klienta. V institucích ústavního typu, kde musí být klienti zavřeni, je nucen i do role dozorce (Matoušek, 2010, s. 24, 25).

Sociální pracovník v rámci každého případu, kterým se zabývá, posuzuje situaci klienta. Prověřuje stav jeho sociálního prostředí, funkčnost rodinných vazeb a ostatní sociální kontakty klienta (Holmerová, 2003, s. 30).

Posuzování je velmi důležitý nástroj, který umožňuje sociálnímu pracovníkovi prověřovat různé životní situace. Jedná se o pomoc jedincům, rodinám, nebo i skupinám lidí s definováním problémů a hledáním způsobů řešení. Může také sloužit k identifikaci problémových osob nebo rodin. Tímto způsobem se také zjišťuje, zda jsou naplněny potřeby, které jsou dány například právními normami (Kubalčíková a kol., 2015, s. 108).

Hlavním cílem je co nejlépe pochopit, v jaké situaci se klient nachází, určit jaké jsou možnosti řešení, které varianty je možné realizovat. V průběhu spolupráce je také důležité vnímat, jak se situace vyvíjí, jak ji poskytnutá pomoc ovlivňuje a jak a na základě čeho dochází k rozhodování (Kubalčíková a kol., 2015, s. 108).

Na začátku sociální pracovník naplánuje setkání, na které se musí připravit, shromažďuje data a získává prvotní náhled na situaci. V průběhu šetření ověřuje získané informace a zabývá se situací více do hloubky. Na základě svých zjištění navrhuje další možnosti a postupy k řešení situace (Kubalčíková a kol., 2015, s. 108).

Při procesu posuzování je možné vycházet z několika modelů. Procedurální model je rychlý a jednoduchý, hodí se ale spíše jen na situace, kdy sociální pracovník zkoumá, zda posuzovaný splňuje či nespĺňuje předem daná kritéria. Pokud zjistí, že má prověřovaný nárok na čerpání pomoci (služby), nabídne mu soubor řešení, která je možno zvolit. Není zde příliš prostor pro individuálně nastavenou pomoc. Jinou možnost nabízí model dotazovací. Sociální pracovník se detailně zajímá o klientovu situaci, především formou rozhovoru. Podle svých zjištění pak rozhoduje o poskytnutí pomoci. Tento model klade vysoké nároky na osobu sociálního pracovníka, který musí být schopen pokládat správné otázky, zhodnotit získané informace a učinit odpovídající rozhodnutí. Výměnný model vychází z přesvědčení, že klient sám je největší odborník na řešení vlastních problémů. Sociální pracovník funguje jako facilitátor, který propojuje zainteresované osoby. Model je založen na vzájemném respektu a důvěře. Spíše, než na shromažďování podkladů se sociální pracovník soustředí na porozumění (Kubalčíková a kol., 2015, s. 108, 109).

Hörmann a Textor uvádějí:

Im Mittelpunkt stehen die intime zwischenmenschliche Beziehung und der intensive verbale Austausch zwischen dem hilfebedürftigen Klienten und einem hilfsbereiten Therapeuten. Ihre Beziehung beruht auf Vertrauen. [V centru stojí intimní mezilidský vztah a intenzivní verbální výměna mezi klientem, který potřebuje péči, a terapeutem, který je ochoten péči poskytnout. Jejich vztah je založen na důvěře.] (1992, s. 255, můj překlad)

4.3 Překážky ve výkonu sociální práce

Sociální pracovník se během výkonu sociální práce může setkat s řadou překážek. Některé mohou vycházet z toho, že každá organizace má vlastní způsob fungování a role sociálního pracovníka může být chápána odlišně. Různé organizace poskytují různé formy pomoci a je nutné to zohlednit při řešení potřeb klienta. Další překážkou může být nedostupnost potřebné služby nebo nedostatečné možnosti. Velké problémy může přinést komunikace, kdy při předávání informací může dojít k nedorozumění. Vliv může mít

i postižení, kulturní rozdíly a v případě starších lidí i rozdílné generační zkušenosti a jimi způsobené odlišné vnímání. Potíže může způsobovat i nevhodné prostředí, např. hlučné, ne dostatečně diskrétní apod. Neshody mohou vzniknout i na základě různých pohledů na rozsah poskytované pomoci a na způsob jejího výkonu. Očekávání a představy klientů se mohou lišit od zájmů osob, které služby vykonávají. Sociální pracovník pak hledá řešení akceptovatelné pro obě strany. Bariéry mohou zasáhnout i do profesní sféry sociálního pracovníka, kdy výkon práce může zahrnovat i úkoly, které jsou ve vzájemném konfliktu nebo protikladu (Kubalčíková a kol., 2015, s. 110).

U starších lidí může navíc docházet ještě k překážkám, které jsou zapříčiněny jejich nedostatečným sebevědomím, kdy na základě svých životních zkušeností pociťují ostych nebo si netroufnou posuzovat svoji situaci nebo rozhodovat o formě pomoci. Staví se spíše do pasivní role a obdržené nabídky služeb přijímají s vděčností. To může vzbuzovat dojem, že starší lidé nemají zájem se do rozhodování zapojit a někdy je to i důvod, proč jsou z rozhodovacích procesů rovnou vyloučeni. S těmito klienty je třeba více pracovat, podporovat je a povzbuzovat, aby se do procesu zapojili. Zároveň je třeba i zohlednit momentální situaci, ve které se starší klient nachází. Je-li to potřeba, měl by sociální pracovník dočasně převzít zodpovědnost za rozhodování na sebe, a to do té doby, než se klient bude moci zase zapojit (Kubalčíková a kol., 2015, s. 111).

4.4 Sociální práce a péče o seniory

Sociální práce se seniory má určitá specifika. Nejdůležitější je získání důvěry a vybudování vztahu, ve kterém se starý člověk může cítit bezpečně a který je pro něj jistotou. Často se stává, že je sociální pracovník jedinou osobou, která spojuje seniora a vnější svět a díky které může senior projevit svou vůli a rozhodovat o svém životě. Tato práce v mnoha případech zahrnuje i spolupráci s rodinou a s těmi, kdo o seniora pečují (Matoušek, 2010, s. 125). Navázání funkčního vztahu se seniorem může někdy trvat delší dobu. Je třeba překonat prvotní odmítání, senioři se bojí zklamání a déle jim trvá, než někdo jejich důvěru získá. Ovšem někdy je to zcela nemožné, a to v případech, kdy udržení vztahu brání psychické poruchy a projevy paranoi (Venglářová, 2007, s. 81).

Při individuální práci se starými lidmi se velmi osvědčila forma rozhovoru. Senioři většinou touží po tom, aby je někdo vyslechl, chtějí vyprávět o svém životě, přemýšlejí, jak svůj život prožili, potřebují sdílet svá trápení a vypovídat se ze svých problémů. Díky rozhovorům se sociální pracovník dozví mnoho informací o tom, jak klient

žil, o jeho vztazích s ostatními lidmi, o sociálních podmínkách, zaměstnání, zájmech a dalších souvislostech (Matoušek, 2010, s. 170).

Jak píše Herbert Prantl v knize Stárnutí v Německu, pro staré lidi je důležité, aby změna způsobu života byla pozvolná. Doporučuje skupinovou práci připomínající všední život před přijetím do domova důchodců.

Prantl uvádí:

Das Leben in den Wohngruppen orientiert sich am früheren Alltag der Bewohner [Je důležité, aby se život skupin orientoval na běžném životě obyvatelů před přijetím] (2008, s. 94, můj překlad)

Sociální pracovník by měl během práce se seniory počítat s tím, že někdy sociální služby odmítají, a to proto, že přeceňují své schopnosti a vlastní síly, nebo neodhadnou své možnosti. Je pro ně těžké přijmout velké změny, mají obavy z cizích lidí a často očekávají větší pomoc od své rodiny, na rozdíl od té, kterou jim rodina může nebo chce poskytnout. Klíčem k řešení situace je pomalá a postupná spolupráce, která umožní seniorovi zorientovat se a uznat, že potřebuje pomoc (Matoušek, 2010, s. 170).

4.5 Práce se seniory ve zdravotnických a sociálních zařízeních

Ve zdravotnických zařízeních přistupují lékaři k sociálním pracovníkům jako k odborníkům na otázky sociální pomoci, finanční podpory, možností na další umístění klientů po propuštění z těchto zdravotnických zařízení a postupů, jak toto realizovat (Matoušek, 2010, s. 165).

Zdravotnická zařízení se snaží o zachování zdraví a soběstačnosti svých pacientů na co nejdélší dobu. Cílem je, aby zůstali součástí společnosti i v případě zhoršení zdravotního stavu a aby mohli dlouhodobě setrvávat ve svém domácím prostředí, případně se svoji rodinou. Léčba a rehabilitace bere ohledy na potřeby, které senioři mají (Holmerová, 2003, s. 30).

Sociální péče poskytuje služby, které zajišťují naplnění základních životních potřeb a tím vedou k podpoře psychické a fyzické soběstačnosti. Mezi tyto potřeby řadíme stravu, bydlení, zajištění základní hygieny, péče o domácnost a kontakt se společností. Sociální péče reprezentuje snahu o posílení, zachování nebo nahrazení soběstačnosti u těch lidí, u kterých se kvůli zdravotnímu stavu zhoršila. Mezi tyto služby patří stravování

v jídelnách, pečovatelská služba, asistenční služba, osobní asistence, chráněné bydlení, respitní péče, domovy sociálních služeb a např. také kluby důchodců (Holmerová, 2003, s. 39, 40).

Rozsah služeb pro seniory se řídí platnými zákony ČR. Vychází ze zákona 108/2006 Sb., o sociálních službách, a jeho prováděcí vyhlášky č. 505/2006 Sb. Zákon uvádí tzv. registrované služby, a to u Ministerstva práce a sociálních věcí ČR. To funguje jako kontrolní orgán a garantuje tak rozsah poskytované péče a její kvalitu. Mimo to existují i soukromé subjekty poskytující pomoc (Holmerová, 2014, s. 177).

Sociální služby dělíme podle toho, kde jsou poskytovány, na tzv. terénní, ambulantní a pobytové. Druh služby by měl být zvolen podle míry soběstačnosti seniora, nebo podle toho, jak se o sebe dokáže postarat. Velmi důležitá je i pomoc rodiny, a pokud ta má zájem se do péče zapojit, může a je toho schopna, je to pro seniora obrovské pozitivum (Holmerová, 2014, s. 180).

Zvládne-li to pouze částečně a potřebuje-li pomoc jen s některými činnostmi, jsou pro něj vhodné terénní sociální služby, služby sociální péče, jako např. osobní asistence, tlačítko tísňové péče, pečovatelská služba, odlehčovací služba, telefonická krizová pomoc, nebo je možné využít i domácí zdravotní péči, tzv. home care, tedy terénní zdravotní ošetrovatelskou službu. Ta je poskytována na základě doporučení ošetřujícího lékaře v pacientově vlastním sociálním prostředí. Poskytují také paliativní a důstojnou péči umírajícím pacientům. Cílem těchto služeb je umožnit seniorovi co nejdéle zůstat ve svém prostředí – doma (Holmerová, 2014, s. 181).

Pečovatelská služba je poskytována tam, kde její klienti žijí, tedy u nich doma. Je učena těm, kteří potřebují pomoc s údržbou své domácnosti. Zahrnuje péči o člověka, včetně oblékání a podávání jídla a pití, pomoc při osobní hygieně, pomoc s péčí o domácnost, jako je úklid, praní, žehlení apod. Zajišťuje nákupy, dovážky obědů, ale třeba také doprovod k lékaři, nebo na kulturní akce. Tyto služby jsou placené, zákon č. 108/2006 Sb. stanovuje maximální cenu za tyto služby na 130 Kč za hodinu (Holmerová, 2003, s. 40), (Holmerová, 2014, s. 182, 183).

Osobní asistence se na rozdíl od pečovatelské služby, která se spíše zabývá domácností klienta a jejím chodem, zaměřuje na asistenci a doprovázení v rámci běžného života, ať už doma či ve společnosti. Osobní asistent zpříjemňuje klientovi čas, povídá si

s ním. Jinak může pomáhat se stejnými úkony jako pečovatelská služba, tedy např. s oblékáním, s osobní hygienou, s podáváním jídla, s nákupy, doprovází k lékaři na procházku, za sportem. Cena služby je také stejná – maximálně 130 Kč za hodinu (Holmerová, 2014, s. 182, 18).

Sociální služby ambulantní jsou ty, za kterými jejich klienti dochází, nebo kam jsou doprovázeni. Jedná se např. o denní stacionáře.

Denní stacionář je určen pro ty seniory, kteří nemohou být sami a potřebují pomoc další osoby. Jejich rodina či blízcí se o ně starají, ale nechtějí, nebo nemohou, např. z důvodu zaměstnání, věnovat péči o ně celý den. Ve stacionáři tak klienti tráví pouze určitou část dne. Stacionář poskytuje veškerou potřebnou péči, pomoc s osobní hygienou, poskytuje stravu, zajišťuje sociálně terapeutické činnosti, výchovné a vzdělávací činnosti, podporuje klienty v rozvoji jejich sociálních kontaktů, dovedností a schopností. Pomáhá také s uplatňováním práv a s vyřizováním osobních záležitostí (Holmerová, 2014, s. 185).

Pokud již není možné, aby senior zůstal v domácím prostředí, a to ani s využitím terénních sociálních služeb či s péčí rodiny, je třeba zvážit přesun do některého z pobytových (rezidenčních) zařízení sociálních služeb. Mezi ty patří odlehčovací služba, týdenní stacionáře, domovy pro seniory, případně domovy se zvláštním režimem pro pacienty se syndromem demence (nejčastěji Alzheimerova choroba) (Holmerová, 2014, s. 181).

Odlehčovací služba, někdy také nazývaná respitní či úlevová, je určena těm, kdo potřebují péči a dohled, seniorům a zdravotně postiženým dospělým občanům. Pomáhá rodinám, či jednotlivcům, kteří o ně pečují. Jedná se o krátkodobé služby na hranici mezi sociálními a zdravotnickými. Péče je určena těm klientům, jejichž zdravotní stav není indikován pro hospitalizaci ve zdravotnickém zařízení, a přesto jsou dány důvody, pro které nemůže být po přechodnou dobu ve svém domově. Pobyt v tomto zařízení je vhodný i pro osamělé seniory, pro stabilizaci zdravotního stavu po hospitalizaci či při kalamitních situacích, nebo jej mohou využít rodinní příslušníci, kteří běžně svým blízkým pomáhají, ale z důvodu nemoci, dovolené nebo služební cesty potřebují, aby za ně krátkodobě převzal péči někdo jiný. Péče v podobě krátkodobých či denních pobytů může být realizována v odpovídajícím zařízení nebo i v domácnosti klienta. Služba je klientem hrazena. (Holmerová, 2014, s. 186, 187), (Holmerová, 2003, s. 40)

Týdenní stacionáře se velmi podobají těm denním, ale senioři v nich zpravidla zůstávají od pondělí do pátku. Víkendy obvykle tráví u své rodiny. Týdenní stacionáře zajišťují ubytování, stravování a často i další aktivity, např. ergoterapii. Výhodou je, že senior může alespoň částečně pobývat v péči svých blízkých a tím se aktivně zapojovat do běžného života (Holmerová, 2014, s. 187).

Domovy pro seniory, v minulosti domovy důchodců, jsou trvalá pobytová zařízení režimového typu, která zajišťují celodenní ubytování, stravu a péči. Jsou určeny pro ty, kdo pravidelnou pomoc potřebují, a to hlavně z důvodu věkem podmíněné snížené soběstačnosti. Zařízení vykonává péči sociální, ošetrovatelskou, rehabilitační a také péči lékaře, který tam dochází. Péče je poskytována i pro těžce zdravotně postižené a v rámci hospicové péče i pro umírající. Nad rámec úkonů péče se domov snaží zajistit pro své klienty i různé aktivity, kulturní akce apod. (Holmerová, 2014, s. 188), (Holmerová, 2003, s. 40), (Matoušek, 2010, s. 179)

Domovy se zvláštním režimem jsou v podstatě stejné jako domovy pro seniory, ale jejich služby jsou přizpůsobeny potřebám jejich klientů, kteří z důvodu onemocnění či postižení vyžadují zvláštní režim. Zaměřují se na klienty s demencí (nejčastěji Alzheimer), na stabilizované pacienty s psychiatrickým onemocněním, případně na osoby závislé na alkoholu či s jejími následky (Holmerová, 2014, s. 189).

4.6 Sociální práce v následné péči

Lůžka následné péče, také nazývaná Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN) jsou zdravotnická zařízení, určená hlavně pro doléčení a rehabilitaci. Péči hradí zdravotní pojišťovna. Doba, kterou pacient na oddělení stráví, by neměla být delší než 3 měsíce. Sociální pracovník na tomto oddělení řeší propuštění pacientů a jejich další umístění (Matoušek, 2010, s. 177).

Vzhledem k tomu, že lůžka na tomto oddělení jsou určena pro zdravotní péči, snaží se každé zařízení co nejdříve tato místa uvolnit pro další pacienty. Kapacity sociálních zařízení jsou ale nedostačující a umístění pacientů, o které se rodina nechce nebo nemůže starat, do další péče může být značně problematické (Matoušek, 2010, s. 166).

4.7 Sociální práce na oddělení následné péče v praxi

Během mé praxe na oddělení následné péče jsem měl možnost se blíže seznámit s tím, jak ve skutečnosti probíhá výkon práce pověřeného sociálního pracovníka na tomto oddělení.

V první řadě je sociální pracovník v kontaktu s rodinou. Pokud však klient rodinu či osobu blízkou nemá, obrací se na další instituce. Úzce spolupracuje se sociálními pracovníky na příslušných Odborech sociálních věcí.

Sociální pracovník je k dispozici klientům všech oddělení nemocničního zařízení. Primárním oddělením, se kterým spolupracuje, je ovšem Oddělení následné péče. Na tomto oddělení klienti obvykle zůstávají nejvýše 3 měsíce.

Sociální pracovník poskytuje sociální poradenství, nabízí možnosti při řešení sociálních situací, zajišťuje kontinuitu navazujících služeb před ukončením pobytu a poskytuje pomoc při vyřízení potřebných žádostí.

Po ukončení pobytu na oddělení následné péče mají klienti dvě možnosti – návrat domů nebo umístění v sociálním zařízení. Pokud má klient rodinu či osobu blízkou, spolupracuje sociální pracovník při řešení situace s nimi, pokud klient nikoho takového nemá, vše vyřizuje sám. Dovoluje-li to zdravotní stav klienta a jsou-li dobré podmínky k návratu zpět domů, přechází klient do domácí péče. Není-li nikdo, kdo by se o klienta postaral po odchodu z nemocnice, podává se se souhlasem a potřebnými údaji klienta žádost o umístění do některého sociálního zařízení. Důvodem k tomuto kroku může být i špatný zdravotní stav klienta, který sice rodinu má, ale ta nemá možnosti, jak se o něj postarat.

Mezi navazující služby a sociální zařízení patří např. rehabilitační ústavy, Home Care, pečovatelská služba, Domovy pro seniory, Domovy s pečovatelskou službou (DPS), Azylové domy (zařízení sloužící lidem bez přístřeší a lidem v nouzi). Podrobnějšímu popisu jsem se věnoval v předchozích částech kapitoly. Volba toho správného řešení je pro každého klienta individuální a záleží na jeho možnostech, soběstačnosti, rodině a zdravotním a psychickém stavu.

Dle Ministerstva práce a sociálních věcí:

Sociální pracovník pomáhá také s vyřízením Příspěvků na péči. Jedná se o peněžní dávku, která je však vyplácena pouze, je-li klient v domácím, případně sociálním,

ne však nemocničním zařízením. Je nutná k přijetí do Domova pro seniory či na sociální lůžka. Dávka je poskytována ve čtyřech stupních podle rozsahu péče, kterou daný člověk potřebuje. Stupeň, do kterého je klient zařazen, určuje sociální pracovník a posudkový lékař. Výše příspěvku pro osoby starší 18ti let se za kalendářní měsíc pohybuje v rozsahu od 880 Kč v případě I. stupně – lehké závislosti, až po 13 200 Kč v případě stupně IV – úplné závislosti. Získáno 2. února 2017 z webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí: https://www.mpsv.cz/files/clanky/33624/TB04MPSV004_finalni_vystupy.pdf

5. Výzkum

K práci se starými a nemocnými lidmi jsem se dostal díky mé školní praxi. Oslovil jsem primáře na oddělení následné péče v Nemocnici v Semilech a domluvili jsme se, že bych na jeho oddělení mohl působit jako sociální terapeut a jako student sociální práce získat zároveň cenné informace z praxe. V nemocnici jsem se ubytoval po dobu 2 měsíců, abych měl s pacienty lepší a intenzivnější kontakt. Každého z pacientů jsem se zeptal, zda se už někdy setkal s osobou sociálního terapeuta, nebo s někým jiným, kdo by se staral o jejich psychickou stránku. Všichni až na participantku G (má od psychiatra diagnostikovanou úzkostně depresivní poruchu) mi řekli, že s nikým takovým ještě zkušenost nemají. Většina z nich si totiž myslí, že vyhledat odbornou pomoc v této oblasti by bylo přiznání toho, že jsou „blázni“ a v očích druhých by tak byli silně diskreditováni.

Všem pacientům jsem se představil a vysvětlil jim, jak jim mohu pomoci. Zároveň jsem každého upozornil, aby neváhali říci nemocničnímu personálu, aby mě zavolali, když si budou potřebovat s někým promluvit o tom co je trápí a že jsem jim k dispozici kdykoliv, i během večera. Chtěl jsem jim navodit pocit, že jsem tam pro ně a vždy toho mohou využít.

Dostal jsem se tak k problematice péče o seniory a zjistil jsem, že mě tato práce zajímá a baví. Tomuto tématu není věnována v současné době dostatečná pozornost, tak jsem se zaměřil na tuto dosud neprobádanou oblast. Na českém trhu se nachází pouze minimum odborných knih na téma sociální terapie. O stáří jsem přečetl několik odborných publikací, abych získal vhled do života seniorů a lépe pochopil jejich pohled na svět.

Problematika starých lidí je podle mého názoru málo řešená a podceňovaná. Byl jsem svědkem toho, že se v nemocnici z nedostatku času a kapacit starají jen o fyzickou stránku svých pacientů, a ne o duševní. Starý člověk potřebuje podporu, zájem své rodiny, přátel a v neposlední řadě má i své specifické potřeby a problémy. Setkal jsem se s tím, že senioři často trpí sociální izolací. Někdy s pacienty za celý den nikdo nepromluví, s výjimkou organizačních záležitostí a komunikace o jejich zdravotním stavu. Mám za to, že přítomnost sociálního terapeuta na oddělení by mohla zlepšit psychický stav pacientů a tím zpříjemnit často nelehký pobyt v nemocnici. Každý rok jsem se na oddělení vracel a získával více zkušeností a poznatků.

5.1 Výzkumný cíl

1. KVALITATIVNÍ METODOLOGIE

Hlavním cílem výzkumu empirické části diplomové práce je zjistit, jak pacienti na oddělení následné péče v nemocnici prožívají skupinovou a individuální sociální terapii.

2. PROLOMENÍ SOCIÁLNÍ IZOLACE

Dalším cílem je zjistit, jakým způsobem může sociální terapeut pomoci pacientům na oddělení následné péče v nemocnici s prolomením sociální izolace, tj. zda tito pacienti potřebují sociálního terapeuta, který by jim ulehčil jejich psychické trápení (*tím, že by si s nimi povídal o tom, co je trápí a systematicky s nimi pracoval v rámci individuálních a skupinových sezení*).

3. KVANTITATIVNÍ METODOLOGIE

Dalším dílčím cílem bylo zjistit míru deprese u klientů před a po absolvování individuální a skupinové sociální terapie.

Po provedeném výzkumu bych rád navrhl postup, jak by mohl sociální terapeut/pracovník pracovat s pacienty, většinou geriatrickými, na oddělení následné péče, kteří trpí sociální izolací. Věřím v to, že když zjistím, jak postupovat, mohl bych tím napomoci pacientům při odbourávání sociální izolace a tím zlepšit kvalitu jejich života. Pacienti bývají často úplně sociálně odpoutáni od svého okolí, to způsobuje, že se více propadají do depresí, a to má za následek zhoršení jejich zdravotního stavu.

5.2 Předvýzkum

Pro stanovení vhodného designu výzkumu jsem provedl předvýzkum. V rámci předvýzkumu jsem použil metodu ohniskových skupin s pacienty v nemocnici v Semilech na oddělení následné péče a Q třídění kategorizaci terapeutických faktorů s hodnocením šedesáti individuálních položek dle I. D. Yaloma. (Teorie a praxe skupinové psychoterapie).

V rámci metody ohniskových skupin určí výzkumník téma, které souvisí se zkoumanou oblastí a kterým se v rámci sezení účastníci skupiny zabývají. Výzkumník pozoruje, jak jednotliví partcipanti k danému tématu přistupují, jak komunikují mezi sebou,

jak reagují na podněty ostatních. Při využití metody ohniskových skupin záleží v první řadě na složení skupiny - je obzvlášť vhodná v případech, kdy účastníci sami nevyberou téma, o kterém by chtěli v rámci skupiny mluvit.

Metoda Q třídění dle I. D. Yaloma je založena na škálování daných kategorií a výroků podle důležitosti pro participanta. Arch obsahuje 12 kategorií a 60 výroků. Úkolem participanta je ke každé kategorii přiřadit číslici od 1 do 12 podle důležitosti, kdy číslice 1 zastupuje největší důležitost a číslice 12 nejmenší důležitost. Podobně tomu je u škálování výroků. Ke každému výroku přiřazuje participant číslici od 1 do 60 opět podle důležitosti. Číslice 1 znamená největší důležitost a číslice 60 nejmenší důležitost.

V rámci předvýzkumu jsem zjistil, že tato metoda není pro moji skupinu vhodná. Většina vůbec nepochopila základní myšlenku tohoto testování. Formulace výroků v jednotlivých bodech je pro ně nejasná a nesrozumitelná. Je pro ně obtížné řadit jednotlivé výroky od nejdůležitějších po nejméně důležité, nedokáží se rozhodnout a zvolit pořadí. Metoda je pro ně zdouhavá, nedokáží si zapamatovat všechny body před učiněním rozhodnutí o důležitosti. Pouze 2 participanta z 8 byli schopni test vyplnit. Proto jsem se rozhodl s touto metodou v samotném výzkumu nepokračovat. Participant, kteří Q třídění dokončili byli nejmladší ze sledovaných účastníků výzkumu. Skupina seniorů je obecně velmi široká, a i mezi nimi existují velké rozdíly. Q třídění bych pro práci se staršími lidmi zcela nezavrhoval, ale pro skupinu, se kterou jsem pracoval já, tato metoda nebyla vhodná. Na základě zjištění předvýzkumu jsem se rozhodl pro triangulaci zdrojů dat.

5.2.1 Triangulace zdrojů dat

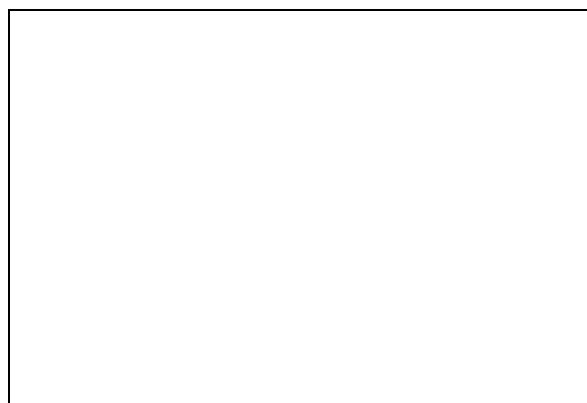
Pod pojmem triangulace se rozumí kombinace různých výzkumných metod (pozorování, dotazníky, rozhovory, studium dokumentů a odborných knih atd.) s cílem zvýšit důvěryhodnost našich výsledků po provedeném výzkumu.

TRIANGULACE ZDROJŮ DAT

ZÚČASTNĚNÉ POZOROVÁNÍ

KVALITATIVNÍ METODA

(rozhovory)



KVALITATIVNÍ METODA

KVANTITATIVNÍ METODA

(projektivní testy, sociální terapie)

(dotazník geriatrické deprese)

Já sám jsem se o kombinaci různých metod snažil, při skupinových i individuálních sezeních jsem pořizoval audio a video nahrávky, abych si mohl všimnout i tónu, výšky hlasu a neverbální komunikace, kterou osobně považuji za velmi důležitou. S časovým odstupem jsem všechny klienty navštívil v jejich aktuálních místech pobytu, abych zjistil, jak po nějaké době hodnotí naše skupinové i individuální terapie, zda pro ně byly přínosné a zda jim v aktuální chvíli pomohly. Také mě zajímalo, jak se participanti chovají ve svém domácím prostředí.

5.3 Metodologie

Skupina seniorů je velice specifická. Pro práci s nimi jsem se rozhodl použít výzkum, který obsahuje

- techniky kvalitativního výzkumu (projektivní testy, testy sociální terapie, zúčastněné pozorování, individuální a skupinové rozhovory, zúčastněné pozorování),
- techniky kvantitativního výzkumu (dotazník geriatrické deprese dle Yessavage).

Podle Stuarda-Hamiltona senioři trpí více depresemi, protože mívají finanční problémy, což snižuje pocit jejich vlastní hodnoty. Důležitá je i úroveň sociální péče, která se seniorům dostává, při nízké úrovni se zvyšují depresivní symptomy, proto jsem do svého výzkumu zařadil i dotazník Škála geriatrické deprese, který je dotazníkem kvantitativním. Zařadil jsem ho proto, abych si ověřil, zda je toto tvrzení pravdivé a zda se jejich stav během zkoumaného období zlepšuje, zhoršuje nebo nemění. Při mém výzkumu jsem se snažil zkombinovat více metod sběru dat, abych získal detailní přehled o participantech.

5.4 Kombinovaný výzkum

Pro svůj výzkum jsem zvolil kombinaci kvalitativních a kvantitativních výzkumných metod, a to z toho důvodu, že sociální terapie byla doposud badatelsky opomíjena.

Kvalitativní výzkum umožňuje výzkumníkovi jít více do hloubky problému, lépe ho pochopit, navázat bližší vztah se zkoumanými osobami. Právě u seniorů je velmi důležité vybudovat si vztah založený na vzájemné důvěře.

V kvalitativním výzkumu jsem zvolil jako metodu individuální a skupinové rozhovory s cílem zjistit, jak klienti sociální terapie vnímají její vliv na sebe sama. Dále jsem zařadil do svého výzkumu testy sociální terapie (test srdce, strom a zážitek) s cílem zjistit aktuální stav participantů. Nakonec jsem do svého výzkumu zařadil projektivní testy, které jsem sestavil s cílem zjistit, jak participanté vnímají proces sociální terapie s časovým odstupem.

V kvantitativním výzkumu jsem zvolil metodu dotazníku škály geriatrické deprese dle Yessavage. Tento dotazník jsem použil u stejných respondentů s časovým odstupem několika měsíců s cílem zjistit, jak se u nich mění či nemění míra deprese po absolvování sociální terapie pod mým vedením.

5.4.1 Individuální rozhovory

Hendl uvádí, že při rozhovoru s dotazovaným je velmi podstatné se zabývat otázkou důvěry při vzájemném rozhovoru. Jen tak nám dotazovaný může udělit souhlas s pořízením rozhovoru, více se nám otevře a my tak můžeme získat cenné informace. Na konci rozhovoru můžeme dostat nejlepší informace, protože dotazovaného může ještě něco napadnout co by nám chtěl sdělit a proto musí výzkumník navrhnout další možnost kontaktu. (Hendl, 2016, s. 171).

Dále Hendl (2016) m.j. uvádí:

Vytváříme vztah vzájemné důvěry, vstřícnosti a zájmu. Jsme citliví k pohlaví, k věku a kulturním odlišnostem dotazovaného. Otázky formulujeme způsobem, kterému dotazovaný rozumí. Klademe vždy jen jednu otázku. Otázky doplňujeme sondážními otázkami. Nasloucháme pozorně a odpovídáme tak, aby dotazovaný poznal, že o něj máme zájem. Necháváme dotazovanému dostatek času na odpověď. (s. 176)

5.4.2 Skupinové rozhovory

Nejdůležitější věcí pro skupinová sezení je skladba skupiny. Skupina může vzniknout různými způsoby, a to jak v přirozených podmínkách života, tak i zcela záměrně pro vědecké účely na základě nějakých charakteristických prvků (Hendl, 2016, s. 186).

5.4.3 Dotazník

Informace, které získáme skupinovým i individuálním dotazováním, doplňujeme pro upřesnění dotazníkem. Můžeme použít dotazník s otevřenými otázkami, kdy odpověď píše sám dotazovaný. Otázky volíme podle potřeb výzkumu, můžeme je specifikovat s ohledem na informace již získané jinými metodami. Je třeba vždy počítat s dostatkem času, aby mohl respondent vyplnit vše, tak jak to cítí a chce sdělit a necítil se přitom pod tlakem. Toto je zvláště u seniorů velmi důležité. (Hendl, 2016, str. 190).

5.4.4 Pozorování

Oproti rozhovorům, které popisují na co dotazovaný myslí, může pozorování zjistit skutečný stav. Zkoumaná osoba nám říká něco a my můžeme něco jiného pozorovat, cítit a pociťovat, při čemž využíváme i náš sluch, čich a pocit. Také nám lépe předkládá detailní představu o pozorovaných věcech a my tím můžeme lépe popsat pozorované prostředí (Hendl, 2016, s. 195).

5.4.5 Organizace výzkumného šetření

První část výzkumu probíhala v únoru roku 2017. Oslovil jsem pacienty z oddělení následné péče v Nemocnici v Semilech. Prvořadě pro mě bylo vybudovat si s nimi vztah, který by byl podložený důvěrou v moji osobu. S každým z pacientů jsem si povídal o jeho starostech, problémech a jejich životě. Tato fáze trvala zhruba týden. Potom jsem je oslovil, zda by byli ochotni zúčastnit se skupinového sezení a říci některé své problémy a radosti před ostatními a zároveň poslouchat ostatní členy skupiny. Dvanáct pacientů nebylo možné do výzkumu zahrnout, jejich zdravotní stav jim nedovoloval se výzkumu účastnit. Dalších dvacet pacientů se chtělo zúčastnit pouze individuálních rozhovorů, ale nesouhlasili s pořizováním nahrávek a báli se říkat jakékoliv informace o sobě před ostatními pacienty a nesouhlasili se zařazením do skupiny. Pro vlastní výzkum jsem utvořil skupinu šesti participantů, kteří byli zdravotně i mentálně způsobilí, chtěli se výzkumu zúčastnit. Od všech participantů jsem získal informovaný souhlas a to jak písemný, tak zvukový, v podobě záznamu na diktafon.

S touto skupinou jsem se sešel znovu v květnu roku 2018, abych zjistil, jestli jim skupinová a individuální terapie pomohla, jak se při ní cítili a jak vnímali přítomnost sociálního terapeuta. Zároveň jsem chtěl každého požádat o další spolupráci na mém výzkumu týkajícím se diplomové práce. Od všech jsem dostal informovaný souhlas s další účastí na mém výzkumu a s pořizováním obrazových a zvukových záznamů.

V únoru 2018 jsem se pokusil na stejném oddělení vytvořit novou skupinu participantů. Zde, vzhledem k aktuální obsazenosti oddělení, se mi podařilo vytvořit skupinu o 5 participantech. S každým jsem si opět týden povídal, abychom mezi sebou získali vzájemnou důvěru a navázali sociálně-terapeutický vztah. Vzhledem ke zdravotním a mentálním schopnostem jednotlivých členů skupiny jsem se rozhodl v rámci výzkumu podrobněji pracovat jen se dvěma z nich. Ostatním jsem se věnoval dle jejich potřeb,

ale do výzkumu jsem je nezařadil. Po 4 měsících jsem se se zmiňovanými dvěma účastníky znovu zkontaktoval a navštívil je v jejich aktuálním prostředí, abych získal kvalitnější a doplňující data do mého výzkumu. Oba participanti s pokračováním souhlasili, včetně pořizování obrazových a zvukových záznamů a též mi udělili informovaný souhlas na diktafon.

5.5 Charakteristika výzkumného vzorku

V této podkapitole budu popisovat 8 participantů, s kterými jsem se setkal na oddělení následné péče v Nemocnici v Semilech v letech 2017 a 2018

Se skupinou jsem se poprvé sešel v únoru roku 2017 v rámci výzkumu k mé bakalářské práci. Tato skupina měla vynikající terapeutický potenciál, proto jsem se rozhodl se s nimi sejít a udělat s nimi další výzkum v květnu roku 2018 v rámci mé diplomové práce. Zároveň jsem pro výzkum chtěl rozšířit řadu participantů, proto jsem v roce 2018 sestavil další skupinu pro další výzkum. Skupina měla ale díky zdravotním indispozicím většiny členů omezené možnosti spolupráce, do samotného výzkumu jsem se tedy rozhodl zařadit pouze 2 participanty.

5.5.1 Zkoumané osoby

Participant A: žena, 66 let, v srpnu 2016 amputace obou dolních končetin (ve stehně) pro Ichdu s gangrény, po skončení léčby nemá kam jít.

Participant B: žena, 80 let, zhoršení zdravotního stavu, přijata k rehabilitaci a pro obnovu soběstačnosti, žije sama v rodinném domě.

Participant C: žena, 86 let, přijata k léčbě bércových vředů dolních končetin, žije sama v domě, snacha a syn poblíž.

Participant D: žena, 83 let, krvácení v mostomozečkovém koutu vlevo, na oddělení přijata k následné léčbě, rehabilitaci a získání kondice, žije s rodinou v rodinném domě.

Participant E: žena, 84 let, axiozně depresivní syndrom, přeložena na oddělení k následné terapii, dušnost a oprese na hrudi, bydlí sama se synem.

Participant F: muž, 66 let, léčba obezity, po skončení léčby nemá kam jít, snaží se zajistit si pro sebe sociální lůžko.

Participant G: žena, 76 let, úzkostně depresivní porucha, hospitalizovaná po mozkové mrtvici, po propuštění půjde do Domova důchodců.

Participant H: muž, 63 let, ochrnutý na levou část těla, hemiplegie pravé poloviny těla, nadváha, bydlí v rodinném domě s manželkou a synem.

5.5.2 Etika

Etické otázky hrají ve výzkumu významnou roli. Pro výzkum jsem vybral následující důležité zásady, které uvádí Hendl (2016):

- Potřeba získat poučený (informovaný souhlas). To znamená, že osoba se zúčastní studie, pouze pokud s tím souhlasí. Předtím musí být plně informovaná o průběhu a okolnostech výzkumu.
- Svoboda odmítnutí. Účastníkům musí být řečeno, že mohou kdykoliv ukončit svoji účast v projektu.
- Anonymita. V ideálním případě identita účastníků není výzkumníkům známa. Pokud není možné zajistit anonymitu, identita nesmí být odhalena nikomu dalšímu. (s. 157)

Dále Hendl (2016) uvádí, že „Výzkum nesmí ohrozit tělesné nebo psychické zdraví zkoumaných jedinců“ (s. 159).

Jako výzkumník jsem všechny tyto aspekty zajistil.

5.6 Vlastní výzkum

Vlastní výzkum probíhal v letech 2017 a 2018. Bylo použito více metod sběru dat, abych získal komplexní přehled a mohl kombinovat výhody a nevýhody jednotlivých metod. Nejdříve jsem provedl s participanty osobní rozhovory.

Při individuálních i skupinových rozhovorech jsem vycházel z teoretického rámce Rogersovské psychoterapie. Zjednodušeně řečeno více jsem naslouchal mým participantům a snažil jsem se vcítit do jejich referenčního rámce tak, aby když naše sezení skončí, si mohli říci: „Konečně mi někdo v mém životě poprvé doopravdy porozuměl, jak se cítím a co jsem chtěl vlastně říci.“

5.6.1 Individuální rozhovory s klienty

S každým z osmi participantů jsem prováděl osobní rozhovory v kombinaci s testy sociální terapie a testem deprese. Každý den mého pobytu v nemocnici jsem se za klienty zastavil na jejich pokoji a povídal jsem si s nimi o jimi zvolených tématech, časově neomezeně, podle toho, jak to vyžadoval jejich psychický stav. Šlo o dobu 3 týdnů, každý den. Během těchto rozhovorů jsem je samozřejmě upozornil, že vše, co mi sdělí, zůstane jen mezi námi. Řídil jsem se pravidlem nesdělováním informací třetím osobám. Témata, která řešili jednotliví participanté, se výrazně lišila, někteří řešili problémy s majetkem, jiní s rodinou, někdo s ošetřujícím personálem v nemocnici, další se spolupacienty na pokoji, nebo zdravotní a psychický stav.

V rámci výzkumu jsem provedl i individuální rozhovory s primářem oddělení, vrchní sestrou, ergoterapeutkou, s vedením nemocnice, sociální pracovníci nemocnice Semily a se sociální pracovníci na místním městském úřadě. Cílem bylo zjistit, zda je potřeba sociální terapeut na oddělení následné péče a proč ho zatím nemají. Zároveň jsem chtěl získat celkový přehled o tomto oddělení.

5.6.2 Skupinové rozhovory s klienty

Po absolvování individuálních rozhovorů ve mně získali participanté důvěru a mohli jsme dále pokračovat skupinovými rozhovory. Na konci individuálních setkání jsem participantům vysvětlil přínos skupinových sezení, které je mohou obohatit, mohou se dozvědět něco ze života ostatních, zjistí, že ostatní členové mají stejné problémy. S každou skupinou jsem provedl 5 sezení po 90 minutách v časovém rozmezí 14 dní. Pro skupinová sezení je velmi důležitá role facilitátora. Usnadňuje a zlepšuje komunikaci mezi jednotlivými členy skupiny. Dbá o to, aby vše, co se řeklo v rámci skupiny, zůstalo stále ve skupině, informace se nesmí dostat mimo skupinu. Zároveň jsem jako facilitátor sledoval i neverbální komunikaci, která může napovědět víc než verbální. Všechny účastníky skupiny jsem upozornil na to, že jestliže se máme dobrat k pozitivnímu výsledku, je nutné abychom k sobě byli zcela otevření a upřímní. Během našich skupinových sezení jsem všechny upozornil na to, že mají právo říci STOP, když se jim něco nebude líbit. Zadal jsem časové ohraničení naší skupiny a poukazoval jsem na blížící se konec jednotlivých sezení.

Na každém skupinovém sezení byla přítomna ergoterapeutka z příslušné nemocnice, se kterou se pacienti také znali a měli k ní důvěru. Ergoterapeutka se aktivně zúčastnila skupinových rozhovorů, což výrazně ovlivnilo dynamiku skupiny. Složení skupiny bylo vždy 1 muž a 5 žen v roce 2017 a 1 muž a 4 ženy v roce 2018. Zároveň i já jsem se aktivně podílel na skupinovém dění svými příspěvky, aby ostatní členové viděli, že i já mám svoje pocity, chyby a aby se jim tedy se mnou lépe spolupracovalo a nebáli se projevit svoje city.

Na skupinovém sezení jsem se řídil tím, aby pro každého člena skupiny bylo jasné, o čem je řeč a jaká je skupinová dynamika. Častým problémem geriatrických pacientů je jejich špatné vyjadřování, a to nejenom v individuálních rozhovorech, ale obzvláště ve skupině, protože nejsou zvyklí mluvit před více lidmi, které neznají. Proto bylo často potřeba jinými slovy říci, co daný pacient chtěl vyjádřit tak, aby tomu všichni rozuměli. To byla jedna z nejdůležitějších funkcí sociálního terapeuta ve skupině. Jinými slovy jsem překládal pocity a obsahy sdělení pacientů tak, aby tomu každý porozuměl. Toto se stávalo často u skupiny vytvořené v roce 2018.

Skupiny z roku 2017 a 2018 se výrazně lišily. U skupiny z roku 2017 nebylo potřeba použití ohniskové skupiny, skupina byla velmi silná, dynamická, spolupracující. Naopak ve skupině z roku 2018 jsem ohniskové skupiny použít musel. Měl jsem připravených 5 témat, která jsem použil v následujícím pořadí.

Jak vnímám svůj pobyt v nemocnici?

Čeho se bojím?

Můj partner, má rodina, mí blízcí.

Dětství.

Moje radosti.

Ve skupinových rozhovorech skupiny roku 2017 přicházeli účastníci se svými aktuálně řešenými problémy, například smrt partnera, zcizení peněžních prostředků od kamarádky, nebo fyzické napadení a vyhrožování od své spolu pacientky na pokoji. Také řešili dlouhodobější problémy v rodině, které se prolínaly celým jejich životem. Diskuzí se zúčastnila celá skupina, byla vidět empatie mezi jednotlivými členy, například když jedna účastnice mluvila o nedávném úmrtí svého partnera, tak v jiné účastnici vzpomínka vyvolala pláč, vzpomněla si na smrt svého manžela,

ke které došlo před mnoha lety. Zároveň řešení jednotlivých problémů staršími bylo inspirací pro mladší členy skupiny, problémy jsou často nezávislé na věku. Všichni členové se na rozhovorech podíleli, spolupracovali. Tito členové skupiny jsou v mé práci označení jako Participanti A, B, C, D, E, F.

Skupina z roku 2018 se výrazně lišila od skupiny z roku 2017. Pro slabé složení jsem musel použít ohniskové skupiny, kde bylo předem jasné téma a ostatní členové mohli o tomto tématu mluvit. Často se projevila mentální či zdravotní indispozice jednotlivých členů, která neumožňovala se skupinou dále pracovat. Dalším problémem byla účastnice, která strhávala pozornost na sebe. Bylo potřeba, abych do diskuze zasahoval a tím přerušil její monology mimo téma a dal prostor i ostatním účastníkům. Jedna klientka špatně slyšela. Její názory byly sice pro ostatní členy přínosem, ale zároveň to byl diskomfort pro ostatní členy skupiny, protože na ni museli mluvit velmi nahlas, což jim nebylo příjemné. Skupina neměla svoji dynamiku. Pouze 2 členové této skupiny se mohli zúčastnit dalšího výzkumu, pro výzkum byli označeni jako participanti G, H.

5.6.3 Dotazníky

Dotazníky jsem participantům distribuoval ve dvou fázích, během výzkumu na oddělení následné péče a poté s časovým odstupem v jejich aktuálním místě pobytu.

Pro výzkum byly použity tyto dotazníky:

- Testy sociální terapie – soubor 3 dotazníků Strom, Zážitek, Srdce
- Škála geriatrické deprese
- Vlastní dotazník s otázkami, které vyplynuly z mého výzkumu

V první fázi vyplňovali během individuálních rozhovorů participanti dotazník Škála geriatrické deprese. Většinou byli schopni vypsát dotazníky sami, pouze dvěma participantům jsem s vyplněním podle jejich odpovědí pomáhal.

S časovým odstupem 15 měsíců u skupiny 2017 a tří měsíců u skupiny 2018 jsem navštívil jednotlivé participanty v místě jejich aktuálního bydliště, abych zjistil, jak se zpětně dívají na to, co jim terapie přinesla a jak pro ně byla v danou chvíli důležitá. S každým jsem udělal individuální rozhovor, v rámci kterého jsem s participanty vyplnil vlastní dotazník se 12 otázkami, zaměřený na to, jak účastníci vnímají s časovým odstupem přítomnost terapeuta na oddělení následné péče a jestli byly skupinové a individuální rozhovory přínosné právě v době, kdy probíhaly.

Participanti také vyplňovali testy sociální terapie. Dotazníky testů sociální terapie jsou velmi názorné, klient má označit nebo vyjádřit svoji současnou situaci. Participanti, neměli problém s vyplněním, pouze 2 klientky odmítly vyplnit dotazníky samy a požádaly mě o vyplnění na základě jejich instrukcí. Vyplnil jsem s participanty znovu také dotazník Škála geriatrické deprese. Chtěl jsem zjistit, jestli se u nich deprese zhoršila, zlepšila či se nic u klientů nezměnilo. Jedna participantka byla ve vážném zdravotním stavu, proto dotazníky sama vyplnit nemohla, což za ní udělala její dcera po vzájemné konzultaci.

5.6.4 Pozorování klientů

Po dobu celého výzkumu jsem jednotlivé participanty pozoroval jak při individuálních či skupinových rozhovorech tak při vyplňování dotazníků. Můj výzkum by nebyl kompletní bez této metody. Všiml jsem si hlavně neverbálních projevů. Jejich výrazu obličeje, tónu hlasu, držení těla, jejich mluvy, jaká používají slova, jak o sebe pečují, o čem hlavně mluví. Při skupinových rozhovorech jsem si všiml toho, kdo na koho reaguje, jak se jednotliví účastníci zapojují či nezapojují do diskuze. Důležité bylo také pozorovat, jak klienti reagují na mě, jako na osobu sociálního terapeuta.

U individuálních rozhovorů se participanti více zapojovali, protože si byli vědomi, že nás nikdo další neposlouchá a více se tak mohli otevřít. Také byli seznámeni s tím, že obsah našeho rozhovoru se nikdo nedozví, a tak se nemuseli ničeho obávat. Mluvili více oni než já, protože byli rádi, že je někdo poslouchá a zajímá se o ně. Což se jim ze strany personálu nemocnice moc často nestává.

Participant H se zapojoval na skupině velmi často a se smysluplnými a věcnými záležitostmi. Také přišla řeč i na intimitu ve vztahu k jeho ženě. Mám za to, že to bylo proto, že měl ve skupinu důvěru a také ke mně jako vedoucímu skupiny. Velice aktivně reagoval

na ostatní a snažil se ostatní členy skupiny podporovat a povzbuzovat při řešení jejich starostí.

Při individuálních rozhovorech mi sdělil, že je rád, když si s někým může popovídat na úrovni. Velice příjemný pán, v nemocnici jsem ho potkal v roce 2018. Měl velice pozitivní přístup k naší vzájemné spolupráci a jevil o vše velký zájem.

Byl hospitalizovaný kvůli obezitě, měl 145 kg, pracovalo se tam s ním na redukci váhy, každý den chodil, měl ohromnou vůli, byl po mrtvici ochrnut na polovinu těla. Kdysi měl stavební firmu, ve své profesi byl dobrý, lidi ho chválili. V nemocnici byl spokojený. Je dědeček, má syna. Byl velký optimista, často povzbuzoval druhé, když jsme spolu měli skupinová sezení. Terapii vnímá pozitivně, hodně pomáhal i svému spolubydlícímu na pokoji, který se nebyl schopen o sebe sám postarat. Rád pomáhá druhým. Je otevřený, pravdomluvný, nedělá mu problém podělit se o cokoli ze života, i o choulostivé situace. On je ideální klient, se kterým se dá povídat úplně o všem.

O osobě sociálního pracovníka říká, že je to nevděčná práce a nediví se, že jsou třeba někdy tak nervózní a určitě jsou podle něj potřeba. V podstatě by nic ze svého života neměnil. Participantku G, tím, jak je negativně naladěná, tak ji považuje za trochu hloupou a lituje ji. Terapií by se zúčastnil i příště, kdyby měl možnost. Velice pozitivně vnímal naše rozhovory. Předtím neměl zkušenost s psychoterapií nebo sociální terapií, nikdo se mu nikdy takhle nevěnoval po psychické stránce. Největší jeho problém je zdraví a nadváha.

Po 4 měsících od našeho prvního setkání jsem byl u něj doma, bylo to příjemné setkání, přivítal mě hezky, potkal jsem se s celou jeho rodinou včetně syna, vnuků, manželky. Bylo to tam moc příjemné a cítil jsem se tam dobře, příjemná atmosféra, bylo vidět, že mě rád vidí a že kdykoliv bych za ním mohl přijít znovu. Participant H je velice pozitivní člověk.

Participantka A byla moc vstřícná, jak během individuálních rozhovorů, tak se i aktivně zapojovala ve skupině. Na to, že nemá nohy ani rodinu, měla nejlepší náladu a byla vždy usměvavá. Později mi řekla, že byla ráda, že mohla být součástí skupiny a zapojovat se do jejího dění. Nikdy se jí to totiž před tím nestalo, že by se v nemocnici o ní někdo takhle zajímal a rozebíral její pocity a její sociální situaci.

Po 15-ti měsících od našeho prvního setkání jsem ji navštívil v místě jejího aktuálního bydliště a to v seniorparku v jednom menším městečku v Libereckém kraji. Každý senior tam má svůj byt. Když jsem tam přijel v jednu odpoledne participantka A ještě spala, jakmile se probudila, tak mě hned poznala, byla moc milá a překvapená z mé návštěvy. Cítil jsem u ní radost z mé návštěvy a příjemnou atmosféru.

Má za sebou náročné období, v nemocnici v Semilech v roce 2017 byla úplně na dně, o peníze ji tehdy připravila známá, vyšetřovala to Policie a ona nevěděla, kam z nemocnice půjde. Teď je v krásném prostředí, je o ní postaráno, což dokládají i testy sociální terapie. Má svůj krásný byt sama pro sebe, ve kterém má kočku. Kamarádka, se kterou si moc rozumí a znají se spolu 50 let má byt hned naproti. Dá se říct, že teď je opravdu šťastná, ač vlastně je z těch všech pacientů na tom zdravotně nejhůř, protože má amputované nohy. Má tam vše, co potřebuje. Působila na mě moc šťastně i přesto, že nemá žádnou rodinu. Prostředí, ve kterém žije a její dlouholetá kamarádka jí natolik zvedlo náladu, že na všechny ostatní starosti zapoměla.

Participantka D i přes svůj velký zdravotní hendikep se zapojovala velmi často a dobře reagovala na ostatní. Je po mrtvici, ochrnula jí polovina obličeje, v kombinaci s rakovinou na tom není zdravotně dobře, proto se se mnou nechtěla ani setkat, ale informace mi poskytla prostřednictvím své dcery.

Má pokročilé stadium rakoviny. Dceři jsem předal seznam otázek, který mi vyplnila ve spolupráci se svou matkou. Dle slov své dcery ráda vzpomínala, jak jsme se na oddělení potkávali. Hlavně na to, jak jsem jí pomohl, když ji na pokoji obtěžovala její spolupacientka, která na ni byla nepřijemná, psychicky a fyzicky jí ohrožovala. Šel jsem tehdy za primářem, aby jí přesunul do jiného pokoje, protože vzájemné soužití v jedné místnosti se zcela vylučovalo a přinášelo mé participantce značné psychické potíže a starosti. To se jí líbilo, že jsem jí takhle pomohl.

Participantka B spíše jen poslouchala a nezapojovala se. Když jsem se jí ptal, jak se ve skupině cítí, byla velmi ráda, že tam může být a slyšet tak co trápí ostatní a jak se s tím vyrovnávají. Bylo to pro ni moc přínosné a také byla ráda, že tam s námi může být.

V létě 2018 jsem byl u ní doma na zahradě, pohostila mě, bylo na ní vidět, jak mě zase ráda vidí, bylo to příjemné setkání.

Participant F se na skupině rozpovídal o svém vztahu s bratrem a o tom, jaké s ním má celý život potíže. Jeho problémy byly podle názoru nás všech na skupině za hranou toho, co je snesitelné, a navíc neměl ani žádné zastání u své matky. Celý život se musel s bratrem potýkat a jen se bránil, což mu přineslo značné potíže. V očích nás všech byl velkým hrdinou, jak se se vším dokázal vyrovnat a hovořit o tom s naprostým klidem a nadhledem.

V létě 2018 jsme se setkali v přátelském prostředí u něj před domem. Bylo na něm vidět, že mě rád vidí a vše mi ochotně vyplnil. Působil na mě jako velmi veselý člověk, přes to, co se mu v životě stalo, je stále pozitivně naladěný. Bylo velice příjemné se s ním potkat. Řekl mi, že kdyby byla zase šance skupinových rozhovorů při jeho další případné hospitalizaci v nemocnici tak by se jich určitě zúčastnil.

Participantka E se na skupině rozpovídala o tom, jak přišla o přítele a také o svých zdravotních problémech. Byla velmi energická a bylo vidět, jak ji ostatní rádi poslouchají se zájmem a velkým respektem. Právě z toho důvodu, jak se se vším dokázala vyrovnat a zvládnout to. Při jejím vyprávění se participantka C rozbrečela, protože se jí vybavilo, jak jí zemřel manžel a ona prožívala tu samou bolest. Byla to krásná ukázka vzájemné propojenosti v pocitech ostatních na to samé téma. Participantka E byla přibližně o 10 let starší než všichni ostatní participanti, a proto také pro mnohé, včetně mě byla velkým vzorem.

V létě 2018 jsem ji potkal v nemocnici v Jilemnicích, měla naraženou pánev. Bylo na ní vidět, jak ji její zdravotní stav trápí. Moc ráda mě zase vidí, sdělila mi, že pro ni bylo tenkrát velice důležité ze sebe dostat psychickou bolest, která ji trápila z důvodu úmrtí jejího přítele. Její zážitek se ještě znásobil tím, že měla okolo sebe sedm lidí, kteří ji se zájmem poslouchali a pozorně na ní reagovali. Nikdy v životě se jí prý nestalo, že by si mohla takto popovídat před větším počtem lidí o tom co ji trápí. Měla z počátku obavy, jak na ni budou ostatní reagovat. Velkým zážitkem bylo pro ni skupinové přijetí a naladění se skupiny na její těžkou situaci. Terapie se jí líbila, účastnila by se určitě znovu.

Jediný participant, se kterým se nadále setkávám, je participantka G, se kterou absolvuji individuální sezení v rámci druhého stupně psychoterapeutického výcviku. Z analýzy individuálních rozhovorů jednoznačně vyplývá, že jsou pro ni velmi pozitivní.

Na základě získaných informací se domnívám, že pro ni je zcela na místě, aby měla někoho, s kým si může povídat. Co se týče skupinových sezení, nikterak je neztrácuje,

ale ani nevyhledává. Uzavírá se do sebe, nechce se svěřovat se svými životními vzpomínkami ostatním lidem. Myslí si, že by jí lidé záviděli její dřívější život. Netouží po poznání jiných osob v domově důchodců, nezajímají ji životní příběhy a osudy druhých. Tento názor je pro ni zcela zásadní a neměnný.

Znám ji přibližně 9 měsíců a dnes si troufám říci, že po její psychické stránce vidím mírné zlepšení. Nejsm s ní v osobním kontaktu každý den, ale když se setkáme, je otevřenější, sdílnější, veselejší a mnohem více v psychické pohodě, než když jsem ji poznal v únoru 2018 v nemocnici.

Participantka C je příjemná a moc hodná. V nemocnici jsem ji potkal tři roky po sobě v rámci mé školní praxe. Během té doby se mezi námi utvořil krásný vztah založený na důvěře a větším zájmu o naše životy. Povídali jsme si o všem možném. Bylo na ní vidět, že je ráda, když se může někomu svěřit své situaci a lépe ji probrat do hloubky.

Žije uprostřed lesa ve starém domě, kde se o vše stará. Pravidelně ji tam navštěvuje její syn. Svěřila se mi, že ji docházejí síly a ví, že příští rok už nebude schopná se sama o celý dům i sebe postarat.

V létě 2018 jsem s ní vyplňoval dotazníky. Vše vyplnila, na všechno mi odpověděla, bylo na ní vidět, jak je ráda, že jsem za ní přijel, že jsem ji zkontaktoval. Bylo to moc příjemné setkání ze kterého jsem pořídil i video záznam. Má velký starý dům v krásném prostředí, cítil jsem se tam dobře.

Zajímavé bylo, že se většina participantů před skupinou navzájem neznala. Po skupině se vyhledali na patře nebo šli na druhé patro, kde byl zbytek skupiny a tam spolu mluvili o tom, co se nestačilo probrat na skupině a sdělovali si další informace ze svého života. Dalo by se tedy říci, že skupinová sezení mohou sloužit i jako prostředek k seznámení se s jinými lidmi a navazování nového přátelství. Vyzoroval jsem, jak je to pro pacienty v nemocnici velmi důležité. Najednou nejsou sami, mají něco a někoho co je spojuje. Méně se stydí oslovit někoho jiného z pacientů. Nikdo z nich se již necítil tak izolovaný jako před skupinou.

Pro ergoterapeutku bylo vše velice obohacující a při následném rozhovoru uvedla, že nic podobného nezažila a byla velmi ráda, že mohla být členkou skupiny. Viděla totiž své pacienty úplně z jiné perspektivy než dosud, kdy se starala pouze o jejich kognitivní funkce. Sama mi řekla, že dříve brala pacienty v nemocnici jako laťky v plotě a vůbec si

nepřipouštěla, že i oni mohou být normální lidé jako já či ona se svými starostmi, prožíváním a cíli do zbytku života. Byla totiž najednou ve stejné pozici jako oni, a tak je mohla vidět z jiného úhlu pohledu, nežli doposud.

5.7 Výsledky a jejich hodnocení

5.7.1 Vlastní dotazník

S odstupem jednoho roku jsem pacienty navštívil v místě jejich aktuálního bydliště. Vedl jsem s nimi rozhovory, jejichž cílem bylo zjistit, jak se v současné době mají, jak se zpětně dívají na naše skupinová i individuální sezení, zda pro ně měla přínos a zda by se zúčastnili sezení znovu.

Byl jsem velmi pozitivně překvapen, že mě všichni hned poznali a velmi rádi mě viděli. Dokonce mě někteří pozvali i k sobě domů. Motivací, proč se zúčastnit sezení, bylo u většiny to, že je to něco nového, co ještě nezažili, nová zkušenost. Zároveň je také zajímavé setkat se s novými lidmi a něco se o nich dozvědět. Velice se mi líbila odpověď participantky A „Mám ráda změny. Ničemu se nebráním. A když je možnost poznat něco nového, tak do toho jdu.“

Všichni participanti se cítili během terapie dobře, ulevilo se jim, mohli se vypovídat, uvolnit. Participantka B na otázku, jak se cítila během terapie uvádí: „Dobře. Mělo to význam. Ráda jsem se svěřila, ale i vyslechla druhé.“ Klienti oceňují přínos jak individuálních, tak skupinových terapií, udávají, že obě varianty mají své výhody, v individuálních vidí výhodu, že se mohou terapeutovi víc svěřit, ve skupinových se navzájem ovlivňují, inspirují a obohacují.

Velice věcně shrnul výhody sociální terapie participant H „Asi se více přikláním ke skupinové sociální terapii. Je to na úrovni a je to cesta za poznáním. Ve skupině můžeme na sebe vzájemně působit a můžeme si vzájemně pomoci.“

Participantka G preferuje individuální terapie, nerada se svěřuje před ostatními, je uzavřená do sebe a o problémy ostatních se nezajímá. Naopak je silně vázaná na osobu sociálního terapeuta. V individuálních rozhovorech vidí prolomení jejího izolovaného stavu od ostatních lidí. Chtěla by v nich pokračovat, kdyby byla ta možnost.

Pouze participantka D se cítí již stará na pokračování v terapii, její zdravotní stav jí to už ani neumožňuje.

Participantka A by případně pokračovala jen v individuální terapii, má kamarádku, se kterou se zná 50 let a denně se několikrát navštěvují, proto již potřebu další skupinové terapie nemá.

Život všech klientů se za poslední rok změnil, žijí ve svých domovech nebo v domovech důchodců. Snaží se o sebe postarat. Chystají si jídlo, zajišťují hygienu, starají se o zahrádku, čtou si nebo se dívají na televizi. Participantovi H hodně chybí práce, nerad se nudí. Nejvíce všechny v životě teď trápí jejich zdraví, a to je také to, co si nejvíce přejí mít nebo být případně mladší. Bojí se o své zdraví a o to, aby nezůstali už jen ležet někomu na obtíž. Participantka D si již nejvíce přeje umřít (dle sdělení její dcery), její zdravotní stav je opravdu velmi vážný.

U skupinových rozhovorů záleží nejvíce na složení skupiny. Participantů na sebe reagovali, navzájem si radili a vypořádali se společně s problémy. Většina participantů skupinovou terapii předtím nezažila, zpočátku měli strach, nevěděli, co očekávat. Ve skupině panovalo společné nadšení z něčeho nového, pro participanty byla skupinová sezení hodně inspirující a přínosná, ve skupině nikdo nebyl zlý ani zákeřný. Já hodnotím skupinové terapie jako užitečnější, působí zde více energie, jsou efektivnější, pestřejší, je zde skupinová dynamika a více emocí. Myslím si, že skupinové terapie jsou lepší pro zúčastněné, i pro mě jako sociálního terapeuta jsou více inspirující. Na skupinové terapii byla různá intenzita zapojování. Někdo více mluvil a jiní více naslouchali.

Důležitá byla i účast ergoterapeutky, kterou pacienti znali, pracovala s nimi jinak, nacvičovala s nimi kognitivní a motorické funkce. V její přítomnosti ve skupině se cítili lépe, byla brána jako plnohodnotný člen, zároveň mohla participanty ovlivnit a oni mohli ovlivnit ji.

V individuálních rozhovorech jsem se dozvěděl více informací ze života jednotlivých participantů. Někteří účastníci ve skupině nepromluví, ale i tak může být pro ně skupina přínosnější, protože zjistí, že jejich problémy nejsou ničím výjimečné. Stejně věci, které řeší, se stávají i ostatním. Například participantky B a C se odkryly víc na individuálních terapiích, cítily se zde bezpečněji než ve skupině. Tam se bály přiznat chyby, řekly je pouze mně v individuálním rozhovoru. Od zdravotního personálu jsem dostával tipy na pacienty,

kterým bylo potřeba se více věnovat a ty jsem potom s nabídkou individuálních rozhovorů oslovoval.

Klíčový je i zdravotní stav participantů, který může ovlivnit průběh celé skupiny, jak se ukázalo na skupině z února 2018.

Pacienti jsou starší a méně důvěřiví k novým věcem. Ne každý má odvahu se skupinových rozhovorů zúčastnit. Zásadní je však důvěra v osobu sociálního terapeuta a ve skupinový proces.

Senioři jsou ochotní podělit se o informace z jejich života, cítí se dobře, když jim někdo naslouchá a je v jejich společnosti, rozumí jejich situaci, proto jsem se snažil naladit na jejich situaci.

V rámci svého výzkumu jsem provedl rozhovor se sociální pracovnící z místního městského úřadu a dalším personálem v nemocnici v Semilech. Byli velice ochotní, byli rádi, že jsem tam byl a shodli se na tom, že by byla potřeba na oddělení sociální terapeut. Zdravotní personál nemá čas, soustředí se spíše na zlepšení zdravotního stavu pacientů, ale nemají dostatek prostoru na to, aby se zabývali psychickým stavem. Sociálního terapeuta si bohužel z finančních důvodů nemohou na oddělení dovolit. Jeho případné působení na oddělení ale vnímají jako velmi přínosné.

Překvapilo mě, že sociální pracovníce vůbec pacienty nenavštěvuje na pokoji a nevyptává se přímo jich. Rozhodnutí dělá z podkladů zdravotního personálu, kde je uvedený kontakt na příbuzné, ale vůbec nepracuje s pacienty. Řeší spíše administrativu a technické věci. Neptá se svých pacientů, co je trápí, s čím by potřebovali pomoci.

Tady vidím velký přínos sociálního terapeuta. Jeho role je v tom, aby odbourával sociální izolaci pacientů tím, že je navštěvuje jak na pokoji v nemocnici, tak ale potom i v místě jejich aktuálního bydliště. Má na pacienty čas a chuť povídat si s nimi o jejich aktuálních zdravotních i psychických problémech. Mou snahou hlavně bylo, aby pacienti mluvili co nejvíce o svých pocitech. Klienti pak ví, že je zde někdo jen pro ně a zajímá se konkrétně o jejich starosti. Pro seniory je navázání vztahu s jinými lidmi a důvěra velice důležitá.

5.7.2 Analýza sociálně terapeutických testů dokumentace

Pro výzkum jsem použil soubor 3 testů sociální terapie – Strom, Zážitek a Srdce. Na stromu mají participanti zakroužkovat obrázek, který znázorňuje jejich momentální situaci. Dotazník Srdce porovnává, komu lásku dáváme, a naopak od koho lásku přijímáme. V dotazníku Zážitek klienti uvádějí svůj nejkrásnější a nejhorší zážitek a největší pochvalu a kritiku v životě.

Zde bych rád rozebral jednotlivé testy, které jsem pacientům dal k vyplnění. Chtěl jsem zjistit, jak se aktuálně cítí, co právě prožívají a kde se zrovna nachází. Dotazníky jsou velmi názorné, z mého pohledu vhodné pro seniory.

Participantka C

Vyplnila dotazníky sama, velmi čitelně, což je obdivuhodné vzhledem k jejímu věku. Na Stromě vybírá obrázek, kde se drží zuby nehty, protože zdravotní stav jí nedovoluje zůstat doma, blíží se čas, kdy bude muset využít ústavní péči. Vzdá se tak místa, kde se narodila, proto zakroužkovala osobu, která se drží zuby nehty stromu. Strom znázorňuje dům, kterého se nechce pustit.

Svoji největší lásku dává dvěma svým synům, dostává lásku od nich a od kamarádky, švagrové a švagra.

Největším zážitkem bylo narození prvního syna, protože byl moc hezký. Nejhorším zážitkem, že jí zemřel tatínek a manžel. Nejvíce si v životě cení pochvaly za dobré výsledky v práci ve věku 45 let. Největší kritiku zažila také v práci, že neposlechla svého vedoucího.

Participant H

V dotazníku Strom vybírá osobu, která je šťastná, vyrovnaná, vystačí si sama a nepotřebuje pomoc od druhých, na první pohled je z obrázku vidět naprosto šťastná osoba.

Největší lásku dává své manželce, o něco menší díl lásky dává psům a dětem. Nejvíce lásky, 50 %, dostává od manželky, od psů 35 % a od dětí 15 %.

Nejkrásnějším zážitkem pro něj byla práce s otcem na poli, učil ho s traktorem. Velmi ho miloval a byl pro něj vzor. Nejhorším zážitkem byla smrt otce. Pochvaly dostával

průběžně za práci ve věku 25-58 let, nedokáže zapomenout na kritiku a ponížení v práci ve věku 50 let.

Participantka D

Za ní vyplňovala dotazník její dcera, protože ze zdravotních důvodů dotazník sama vyplnit nemohla.

Na Stromu označuje obrázek, kde dva panáčky sedí vedle sebe a objímají se, což značí kamarády, přátele, společnost. V jejím případě se jedná o dceru, která se o ni stará, je s ní velice ráda a v přátelském vztahu.

Nejkrásnějším zážitkem pro ni bylo, že se děti dobře učily. Nejhorším bylo úmrtí manžela a syna. Nejraději vzpomíná na pochvalu za šikovnost v práci. Největší kritiku si už nepamatuje.

Srce rozděluje na 3 stejné díly, mezi sourozence, vnoučata a děti. Stejnou lásku, kterou dává, také dostává.

Participantka G

Za ní jsem vyplňoval dotazník já, nechtěla vzít tužku do ruky a dotazník vyplnit. Její psychický stav jí nedovoluje psát.

Na Stromě označuje panáčka úplně stranou od ostatních, otočeného zády. Je samotářka, individualistka, věčně nespokojená, nemá problém říci, když ji něco vadí, neúčastní se aktivit a je často negativně naladěná. Vzpomíná na minulost, jak se o ni staral manžel, jak měla drahé oblečení, jak ji všichni obdivovali. Pacientka trpí úzkostně depresivní poruchou. Často odmítá stravu a jiné léky nežli ty, na které je zvyklá.

Největším zážitek pro ni je, že jsem se u ní zastavil poté, co se jí o mě zdálo. Nejhorším zážitkem byla operace hlavy při vědomí. Nejvíce si cení pochvaly za nejlepší telefonistku před kolektivem ve 33 letech. Kritiku slyší neustále, nevychází s lidmi, nemá je ráda. Pacientka je velmi vázaná na mou osobu terapeuta, moc se nestýká s jinými lidmi, nemá ráda společnost.

Svoji lásku dává synovi a neteři stejně a lásku dostává více od syna, 80 % a 20 % od neteře.

Participantka E

Vyplnila dotazníky sama, je to také velmi obdivuhodné vzhledem k jejímu věku. Na Stromě označuje přítele, tím je její syn, potřebuje společnost, lásku od svého syna.

Největším zážitkem pro ni je narození dětí, vnoučat a pravnoučat, nejhorším zážitkem pro ni bylo, když jí zemřel přítel. Největší pochvalu získala v práci za dosažené výkony v 54 letech, na kritiku si už nepamatuje.

Svoji lásku dává z 30% synovi, zbytek dceři a 3 vnučkám, lásku dostává naopak nejvíce od svého syna z 50 %, od dcery a vnuček dostává zbývajících 50 %.

Participantka A

Vyplnila dotazníky také sama. Na Stromě označila samu sebe úplně nejvýše, žije tady a teď, nepřemýšlí o budoucnosti. Sama obrázek doplnila slovy spokojenost největší (krásné bydlení a nejlepší kamarádka na blízku). Dále označila společnost kamarádky, kterou má 50 let.

Jako nejkrásnější zážitek ve svém životě uvádí výhru v konkurzu, díky které mohla mít pronajatou restauraci a byla 2,5 roku šťastná. Je společenská, baví se s lidmi od rána do večera. Nejhorším zážitkem pro ni bylo v roce 2016 úmrtí bratra, onemocnění druhého bratra a amputace obou končetin. Největší pochvalu si pamatuje od učitelky při recitaci na základní škole. Největší kritikou pro ni byla kritika matky v pubertě.

Lásku dává 4 kamarádkám, bratrovi a kočce, stejnou lásku i dostává. Její srdce je plné lásky, dává lásku 6 osobám, což je ze sledovaných nejvíce.

Participantka B

Nechtěla dotazníky vyplnit svou rukou, učinil jsem tak za ní já. Na Stromě označuje kamarádství, vyjadřuje to u ní společnost a lásku dcery.

Lásku dává dětem, vnoučatům a pravnoučatům z 50 %, dalších 50% lásky dává zvířatům, která s ní žijí. To samé v lásce dostává.

Za nejkrásnější zážitek v životě považuje to, že se cítila věčně mladá až do svých 60 let. Nejhorším zážitkem pro ni je smrt manžela. Nejvíce si cení pochvaly, že po smrti manžela nic nevzdala. Negativně si pamatuje kritiku za pracovní nasazení v roce 1955.

Participant F

Označil dva panáčky na Stromě, je velmi přátelský, vyrovnaný a spokojený ve svém životě a zároveň je šťastný se svými kamarády.

V dotazníku Srdce označil půlku lásky pro kamarády a půlku pro psa, stejnou lásku i dostává. Je velmi přátelský.

Nekrásnějším zážitkem je létání ve vlastním letadle. Nejhorším je vztah s bratrem, který ho provází celý život. Nejvíce ve svém životě si cení pochvaly ve 20 letech, kdy získal odznak reprezentant Železného Brodu v radiovém řízení letadel 1. výkonnostní třídy. Největší kritiku zažil od svojí manželky. 30 let s manželkou považuje za zkažených 30 let života.

5.7.3 Škála geriatrické deprese

Cílem tohoto dotazníku bylo zjistit, jak se změnil postoj pacientů do delším časovém období, jestli se jejich depresivní stav zlepšil, zhoršil, či zůstal stejný.

Otázka č.1 Jste v podstatě spokojený se svým životem?

Většina klientů odpověděla, že jsou spokojeni se svým životem v obou sledovaných obdobích, postoj se změnil pouze u pacientky A, která v roce 2017 odpověděla, že spokojená není a v roce 2018 spokojená byla. Důvodem bylo, že v roce 2017 těsně po amputaci obou končetin a zároveň v těžké sociální situaci ji okradla kamarádka a její situaci řešila Policie. Pacientka G odpověděla v obou případech, že spokojená se svým životem není.

Otázka č.2. Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?

Pouze participant H uvádí v obou případech, že se nemusel vzdát svých oblíbených činností, 5 respondentů se svých oblíbených činností vzdát muselo. Pozitivní změna nastala u pacientky C, která v prvním dotazování uvedla, že se vzdát svých oblíbených činností musela, ale teď se jich už nevzdává. Naopak negativní změna nastala u pacientky E, která se kvůli zdravotnímu stavu musela vzdát všech svých oblíbených činností.

Otázka č.3 Máte pocit, že je váš život prázdný?

V této otázce se postoj respondentů od roku 2017 nezměnil. Všichni respondenti odpověděli, že nemají pocit, že by jejich život byl prázdný, pouze pacientka G má pocit prázdnoty v obou výzkumech.

Otázka č.4 Nudíte se často?

Většina respondentů se nenudila ani v roce 2017 ani v roce 2018, pouze pacientka G se nudí v obou výzkumech. Změna nastala u pacientky D, která odpověděla v roce 2017 ne a v roce 2018 ano. Důvod je její zdravotní stav, který ji neumožňuje dělat aktivity, které by sama ráda dělala.

Otázka č.5 Máte většinou dobrou náladu?

Kromě pacientky G odpověděli všichni v roce 2018, že mají většinu času dobrou náladu. Pozitivní změna nastala u pacientek B a D.

Otázka č.6 Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?

V roce 2017 se 4 pacienti obávali, že se jim přihodí něco zlého, v roce 2018 už pouze 2, pacienti F a D. Změna nastala u pacientek G a B. Ostatní se neobávají, že se jim stane něco zlého.

Otázka č.7 Cítíte se převážně šťastný?

Většina pacientů se cítila a stále cítí převážně šťastná, pouze pacientka G šťastná není. Pozitivní změna nastala u pacientky A, která se vyrovnala se svým zdravotním stavem a vyřešila se její obtížná životní situace. Naopak negativní změna nastala u pacientky D, která se už převážně šťastná necítí.

Otázka č.8 Cítíte se často bezmocný?

V této otázce došlo k výraznému posunu, v dřívějším dotazování se většina pacientů cítila bezmocná, v roce 2018 už tomu tak není, změna nastala u pacientek C a B.

Otázka č.9 Vysedáváte raději doma, než byste šel ven a seznamoval se s novými věcmi?

U této otázky se postoj klientů změnil nejvíce, stejně odpověděli pouze tři, pacienti H,G a A. Pacienti G, C a B už raději doma nevysedávají, naopak pacientky D a E už raději zůstávají doma. Zdravotní stav pacientky D jí bohužel ani nedovoluje vycházet.

Otázka č.10 Myslíte si, že máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?

Pouze pacientka A se domnívá, že větší problémy má, ostatní klienti si nemyslí, že by měli větší problémy s pamětí než jejich vrstevníci. Pozitivní změna nastala u pacientky G, která názor změnila.

Otázka č.11 Myslíte si, že je krásné žít?

Pouze pacienti G a D si nemyslí, že je krásné žít. Od roku 2017 pacientka A změnila názor, vyrovnala se svojí situací a nyní si myslí, že je opět krásné žít. Negativní změna nastala u pacientky D, která v roce 2017 považovala život za krásný a nyní již ne. Vysvětlením je opět její zdravotní stav.

Otázka č. 12 Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?

Tady nastala změna u pacientek A a B, které si v roce 2017 myslely, že jejich život nestojí za nic a už si to nemyslí. Pouze pacientky D, E a G si myslí, že jejich život nestál za nic ani v roce 2017 ani v roce 2018.

Otázka č.13 Cítíte se plný elánu a energie?

V roce 2017 více pacientů necítilo plno energie ve svém životě, v roce 2018 došlo ke změně u pacientek A a B, které se již plné energie cítí. V roce 2018 pouze pacienti F, G a D nejsou plni energie.

Otázka č.14 Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?

U této otázky se postoj pacientů nezměnil, je stejný pro oba dva výzkumy. Svoji situaci jako beznadějnou považují pouze pacienti G a D.

Otázka č.15 Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?

Pacienti si myslí, že většina lidí je na tom lépe než oni, pouze pacient H si to nemyslí. Změna nastala u pacientek C a A, které si v prvním výzkumu myslely, že většina lidí je na tom lépe a už si to nemyslí.

V obou výzkumech se výrazně liší odpovědi u pacientek A a D. Při prvním výzkumu byla pacientka A ve velmi těžké situaci, byla krátce po amputaci obou končetin, nedávno jí zemřel bratr a druhý bratr onemocněl, zároveň řešila majetkové problémy, kdy ji o majetek chtěla připravit její kamarádka, které věřila. Cítila se nespokojená se svým životem, nešťastná, prázdná, nudila se, život pro ni nestál za nic a nemyslela si, že je dobré žít. Po roce se se svojí situací smířila, a naopak působí velmi šťastně a pozitivně na své okolí. Je v životě šťastná, spokojená, má v sobě již zase plno energie a život pro ni má opět smysl.

U pacientky D je situace opačná, vážně onemocněla, její stav se stále zhoršuje. Musela se vzdát mnoha činností ve svém životě, necítí se šťastná a spokojená se svým životem a nemyslí si, že je krásné žít. Naopak mě u pacientky D překvapila změna, kdy v prvním výzkumu se nudila často a teď se už nenudí.

U otázky, zda vysedávají raději doma, než aby šli ven a seznamovali se s novými věcmi došlo k výraznému posunu u pacientů. Tři odpověděli, že raději se seznámí a objeví nové věci. Myslím si, že je to tím, že se díky individuálním a skupinovým sezením navzájem seznámili, zjistili, že ostatní jsou na tom stejně, mají stejné pocity, problémy. Prolomila se jejich sociální izolace. Tady vidím velký přínos sociálního terapeuta. Více klientů se teď cítí plni energie a nemají pocit, že je jejich situace již beznadějná. Z odpovědí je zřejmé, že se celkově zlepšil psychický stav pacientů, znějí vyrovnaněji, šťastněji a mají větší radost ze života. Situace se nezměnila pouze u pacientky G, která trpěla a trpí úzkostní depresivní poruchou, ale i u ní došlo za rok k posunu, raději se seznamuje s novými věcmi, než by seděla doma.

Zamyslel jsem se nad tím, jak úroveň deprese souvisí se zdravotním stavem. Určitě souvisí, ale větší vliv má spíše psychický stav pacientů. Když nejsou pacienti smíření se svým zdravotním stavem, propadají více depresi. Zdravotní stav může zůstat stejný, ale když se pacienti se svým zdravotním stavem smíří, přijmou ho, jejich duševní stav se začne zlepšovat. Jako příklad můžeme uvést pacientu A - její zdravotní stav se nezměnil,

ale její psychický stav se za poslední rok změnil výrazně, a to mělo vliv na jiné odpovědi v dotazníku o depresi. Dnes se cítí naprosto šťastná, depresi netrpí.

Dalším pacientem k zamyšlení je pacientka D, ta se do deprese propadá. Její zdravotní stav se výrazně zhoršil, je kritický, ale zároveň na otázku, jestli má dobrou náladu, odpovídá ano. U ostatních pacientů se jejich zdravotní stav výrazně nezměnil, ale jejich současné odpovědi znějí rozhodně pozitivněji, vyrovnaněji, mají více zájem o společnost, přátele a necítí se již tak společensky izolovaní. V tomto si myslím, že měla velký vliv sociální terapie.

Škála geriatrické deprese dle Yessavage (viz Příloha I) – odpovědi jednotlivých participantů r. 2017 a r. 2018

2018	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	ANO
pacient A	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO	8
pacient B	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	7
pacient C	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	6
pacient D	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	ANO	ANO	10
pacient H	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	5
pacient E	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	9
pacient G	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	ANO	7
pacient F	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	9
klíčová slova dotazů	spokojenost	vzdal	prázdnota	nuda	nálada	zlého	stastny	bezmoc	doma	pamět	super žit	život nestojí	plno energie	beznadějnost	ostatní lépe	
2017	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	ANO
pacient A	NE	ANO	NE	NE	ANO	NE	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	4
pacient B	ANO	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	NE	NE	ANO	9
pacient C	ANO	ANO	NE	NE	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	8
pacient D	ANO	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	NE	ANO	ANO	9
pacient H	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	5
pacient E	ANO	NE	NE	NE	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	7
pacient G	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	ANO	ANO	10
pacient F	ANO	ANO	NE	NE	ANO	ANO	ANO	ANO	ANO	NE	ANO	NE	NE	NE	ANO	9

Žlutá barva zobrazuje odlišnosti v odpovědích jednotlivých participantů v jednotlivých letech.

5.7.4 Zpracování metody zúčastněného pozorování v přirozeném prostředí

Pacienty jsem po roce navštívil v jejich domovech nebo v domovech důchodců. Byl jsem velmi překvapený, jak mě všichni vidí rádi a jak si hned na mě i na ostatní členy skupiny rychle vzpomněli. Všichni si pamatovali na to, co bylo před rokem, přesně si vybavovali průběh našich terapií. Chovali se přirozeně ve svém prostředí, byli velmi vstřícní, pacienti H a B mě pozvali k sobě domů a přichystali mi občerstvení.

Velmi pozitivně mě překvapila pacientka A, její psychický se stav se za poslední rok razantně zlepšil. Když jsem ji viděl poprvé na oddělení následné péče v nemocnici v Semilech, byla po amputaci obou končetin, řešila majetkové problémy a zradu kamarádky,

nedávno jí umřel bratr. Po roce je vyrovnaná, naprosto šťastná, vše má v životě vyřešené, žije v senior parku v menším městě díky sociálním příspěvkům, které pobyt pokryjí. I když nemá děti, má dlouholetou kamarádku, s kterou se navštěvují 3 až 5krát denně, povídají si, řeší spolu svoje problémy.

Shrnutí

Všichni participanti vnímali vliv sociální terapie na sebe jako přínosný. Většina až na participantku D by v nich ráda pokračovala. Participantce D to neumožňuje její zdravotní stav, přesto si průběh našich sezení pamatuje a uvádí, že to pro ni bylo zajímavé. Pro všechny členy mého výzkumu to byl nový zážitek, se kterým se dříve nesetkali.

Participant B, C, F a H by upřednostňovali skupinovou sociální terapii před individuální, kde mohou poslouchat příběhy i jiných členů skupiny. Také se ukázalo, že skupinová terapie je vhodný prostředek k seznámení se a k navázání nového přátelství. Zážitek přijetí byl podstatnou součástí skupinové terapie. Klíčové a zásadní je složení členů skupiny a důvěra v osobu sociálního terapeuta, kterou si u svých pacientů musí získat. Bez vzájemné důvěry není možný další postup a spolupráce. Správné složení skupiny může vytvořit skupinovou dynamiku ze které budou mít prospěch všichni zúčastnění, a to včetně sociálního terapeuta, který vystupuje na skupině i v roli facilitátora, jenž usnadňuje mezi členy skupiny vzájemnou komunikaci. Na skupinovém sezení se také ukázalo, že geriatrickí pacienti jsou schopni reagovat jeden na druhého, vzájemně se podporovat a naslouchat. Také jejich problémy si jsou velmi podobné, a to nejvíce ztráta jejich životního partnera, což se nejvíce projevilo ve vzájemné reakci mezi participanty C a E.

Individuální terapii by před skupinovou terapií preferovaly participantky A a G. Participantka E nepreferovala žádnou z terapií a dávala je na stejnou roveň.

Dále vyplynulo z rozhovorů s nemocničním personálem a z pozorování participantů, že osoba sociálního terapeuta je na oddělení následné péče velice důležitá. Je to právě sociální terapeut, který se stará o psychické zdraví svých pacientů, pomáhá jim s odbouráváním sociální izolace prostřednictvím individuálních a skupinových sezení. Navštěvuje je v místě jejich bydliště a neztrácí s nimi kontakt ani po ukončení hospitalizace v nemocnici. Komunikuje s nejbližší rodinou a pomáhá zlepšit sociální postavení klienta.

Osobu sociálního terapeuta vnímají klienti pozitivně a rádi vzpomínají i s odstupem času a vzájemné skupinové i individuální sezení. Terapeutický proces, který se odehrál na oddělení následné péče jim zůstal v paměti i s časovým odstupem 14-ti měsíců. Tuto událost v jejich životě hodnotí jako něco významného a přínosného.

Nejvíce si pacienti přejí být zdraví nebo o pár let mladší. Zdraví je pro ně největší prioritou, což se projevilo i v testech na depresi, který jde ruku v ruce s jejich aktuálním zdravotním stavem. Zhoršení jejich zdravotního stavu znamená to, že se musí vzdát mnoha oblíbených činností a zájmů, větší sociální izolaci a tím větší míru deprese. Testy sociální terapie Strom, Zážitek a Srdce hodnotím jako velmi přínosné. Sami pacienti vyznačí, jak se zrovna cítí a jejich sociální situaci, což pomáhá sociálnímu terapeutovi v lepší orientaci, jak má následně se svými pacienty pracovat, na co se má víc zaměřit a lépe pochopit jejich aktuální stav. Návštěvy v jejich aktuálním bydlišti hodnotím jako velmi přínosné. Sociální terapeut se tak na vlastní oči může přesvědčit v jakém prostředí žijí jeho klienti a co na ně má největší vliv.

Závěr

Díky mému výzkumu jsem se mohl blíže seznámit na vlastní kůži s tím co obnáší sociální terapie. Jak dokládá i množství publikací na českém trhu je tato oblast málo probádaná a ze strany nemocnic i podceňovaná. Což dokládá fakt, že v žádné nemocnici v Libereckém kraji osoba sociálního terapeuta není. Mám za to, že je zde velká mezera v oblasti péče o pacienty na tomto oddělení.

Během pěti let studia jsem strávil čtyři povinné školní praxe na oddělení následné péče. Setkal jsem se tam s mnoha pacienty, kteří těžce prožívali svůj pobyt na oddělení a průběh léčby. Řada z nich byla sociálně izolována a během dne s nikým kromě ošetřujícího personálu nepromluvili. Celý den se tak svojí situací trápili, což mělo negativní vliv na jejich psychický stav.

Skoro všichni prožívali velké uvolnění, když zjistili, že jejich problémy nejsou ničím zvláštním a nepřekonatelným, jak si doposud mysleli. Tento pocit byl také doprovázen zjištěním, že byli na skupinovém sezení přijati ostatními členy, nemuseli tak mít obavy projevit svůj strach, negativní pocity a úzkost, bez toho, aniž by je ostatní odsoudili. Mělo to pro ně velmi přínosný a osvobozující účinek, nežli být jen na pokoji a čekat s čím přijde nemocniční personál nebo se v lepším případě dívat na televizi.

Výzkum také ukázal, že sociální terapeut je velmi přínosná osoba, která by na oddělení následné péče měla být, aby se starala o jejich pocity a prožívání. Někdo, kdo by s pacienty systematicky pracoval na jejich pocitech a dovolil jim se plně projevit nejen před osobou sociálního terapeuta ale i před ostatními lidmi.

Ukázalo se, že i toto pacientům může zvednout sebevědomí, což jim pomůže do dalšího života. Také se potvrdilo, že je velmi přínosné být s pacienty v jejich světě a nepodsouvat jim nic ze svého referenčního rámce, tak jako to dělají skoro všichni v jejich okolí. Proto jsem s nimi pracoval v teoretickém rámci Rogersovského terapeutického přístupu.

Hlavním cílem sociální terapie je dostat klienty ze sociální izolace. Důležité tedy je neztratit s nimi kontakt ani na skupinových sezeních a všimnout si jejich verbálních i neverbálních projevů. Zjistil jsem, že by bylo příhodné, aby úsilí o prolomení sociální izolace pokračovalo i po propuštění pacienta do domácího či ústavního prostředí. Možným úkolem sociálního pracovníka či sociálního terapeuta by bylo navštívit seniory v jejich prostředí

a zjistit, zda potřebují nějakou další pomoc a s nimi nadále pracovat. Vhodné je také předat klientům nějakou drobnost, jako výraz toho, že vám na nich záleží. V mém případě se velmi osvědčila zvětšená společná fotografie ze skupinového sezení, aby všichni měli památku na naše setkání a na proces, který se na něm odehrál.

Zážitek přijetí byl velmi důležitou a obohacující zkušeností pro participanty v rámci skupinových sezení. Ukázalo se, že na oddělení následné péče by bylo vhodné mít sociálního terapeuta, což potvrdili jak zaměstnanci nemocnice, tak i zkoumané osoby. Problém však je v tom, že na sociálního terapeuta nejsou v rozpočtu nemocnice peníze a zdravotní pojišťovna tyto služby neproplácí.

Projevilo se i to, že mezi pacienty v geriatrickém věku jsou velké rozdíly v psychické stránce, která ne vždy souvisí se stránkou fyzickou viz Participantka A. Podstatnou roli v tomto hraje sociální zázemí. Představa, že se mají po svém pobytu v nemocnici kam vrátit, že je někdo doma očekává nebo každý den zavolá, má velice příznivý účinek na psychickou stránku pacientů.

Naprosto klíčová je zde osoba sociálního terapeuta, který na oddělení následné péče najde pacienty, kteří jeho služby potřebují, dokáže je zaujmout a získat si jejich důvěru, což je jedna z nejdůležitějších věcí v procesu sociální terapie.

Sociální terapeut má k dispozici řadu testů, s jejichž pomocí může zjistit aktuální vnímání a prožívání pacienta. Potom je velmi důležité se naladit na klienta a být mu partnerem v situaci, kterou prožívá.

Ztotožnění se se sebou samým a se svým životem usnadňuje proces stárnutí a překonávání těžkých životních chvil, se kterými se mnoho seniorů potýká. Sociální terapeut může pomoci tyto chvíle koordinovat a lépe snášet.

Mnozí pacienti, se kterými jsem se setkal během svého výzkumu, jsou pro mě velkou inspirací a velmi mě obohatili svým životním postojem a přístupem k řešení různých životních situací.

Seznam použité literatury

1. Deetjens, M.-Ch. (2014). *Citová závislost* (A. Kozlíková, překl.). Praha: Portál (Originál byl publikován v roce 2009 pod názvem *De la dépendance affective á la recouvrance*)
2. Dwecková, C. (2017). *Nastavení mysli* (J. Melvil, K. Ešnerová, překl.). Brno: Jan Melvil Publishing (Originál byl publikován v roce 2006 pod názvem *The New Psychology of Success*)
3. Goleman, D. (2011). *Emoční inteligence* (M. Bílková, překl.). Praha: Metafora (Originál byl publikován v roce 1995 pod názvem *Emotional Intelligence*)
4. Hartl, P., Hartlová, H. (2015). *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
5. Haškovcová, H. (2010). *Fenomén stáří*. Praha: Havlíček Brain Team.
6. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
7. Holmerová, I., aj. (2014). *Průvodce vyšším věkem*. Praha: Mladá fronta.
8. Holmerová, I., Jurašková, B., Zikmundová, K. (2003). *Vybrané kapitoly z gerontologie*. Praha: ČALS.
9. Hörmann, G., Textor, M. R. (1992). *Praxis der psychotherapie*. Braunschweig: W. Langelüddecke.
10. Kalvach, Z. (2014). *Rady lékařské*. Praha: Diagonie ČCE.
11. Kopřiva, K. (2006). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
12. Kratochvíl, S. (2012). *Základy Psychoterapie*. Praha: Portál.
13. Kubalčíková, K. a kol. (2015). *Sociální práce se seniory v kontextu kritické gerontologie*. Brno: Masarykova univerzita.
14. Lejeune, E. J. (2001). *Dokážeš všechno, co chceš!* (Z. Soukupová, překl.). Bratislava: Aktuell. (Originál byl publikován v roce 1999 pod názvem *Du schaffst, was du willst!*)
15. Lozsi, L. a kol. (2017). *Socioterapia*. Bratislava: Inštitút psychoterapie a socioterapie.

16. Maltz, M. (1998). *Psychokybernetika* (J. Brázda, překl.). Praha: Pragma. (Originál byl publikován pod názvem *Psychocybernetics*)
17. Maslow, A. H. (2014). *O psychologii bytí* (H. Antonínová, překl.). Praha: Portál (Originál byl publikován v roce 1968 pod názvem *Toward a psychology of being*)
18. Matoušek, O., Kodymová, P., Koláčková, J. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
19. Opaschowski, H. W. (2004). *Der Generationenpakt*. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
20. Peck, M. S. (2013). *Nevyšlapanou cestou* (J. Jařab, překl.). Praha: Argo (Originál byl publikován v roce 1978 pod názvem *The Road Less Travelled*)
21. Prantl, H., von Hardenberg, N. (2008). *SchwartzRot Grau -Altern in Deutschland*. Ulm: Ebner und Spiegel.
22. Rogers, C. R. (2015). *Být sám sebou* (H. Hartlová, překl.). Praha: Portál (Originál byl publikován pod názvem *On becoming a person*)
23. Rogers, C. R. (2014). *Způsob bytí* (J. Krejčí, překl.). Praha: Portál (Originál byl publikován pod názvem *A way of being*)
24. Stuart-Hamilton, I. (1999). *Psychologie stárnutí* (J. Krejčí, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 1994 s názvem *The psychology of ageing*)
25. Venglářová, M. (2007). *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada.
26. Yalom, I. D. (2015). *Hovory k sobě* (L. Bartošková, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2015 pod názvem *Creatures of a day*)
27. Yalom, I. D. (2012). *Chvála psychoterapie* (H. Hartlová, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2002 pod názvem *Gift of therapy*)
28. Yalom, I. D. (2014). *Když Nietzsche plakal* (I. Hlaváčová, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován pod názvem *When Nietzsche wept*)
29. Yalom, I. D. (2004). *Láska a její kat* (D. Makovičková, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 1989 pod názvem *Love's executioner*)

30. Yalom, I. D. (2014). *Pohled do slunce* (H. Hartlová, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2008 pod názvem *Staring at the sun*)
31. Yalom, I. D. (2012). *Problém Spinoza* (H. Hartlová, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2012 pod názvem *The Spinoza problem*)
32. Yalom, I. D., Leszcz M. (2016). *Teorie a praxe skupinové terapie* (H. Drábková, překl.). Praha: Portál. (Originál byl publikován v roce 2005 pod názvem *Theory and Practice of Group Psychotherapy*)
33. Zakouřilová, E. (2014). *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál.
34. Dostupné z webových stránek Ministerstva práce a sociálních věcí:
https://www.mpsv.cz/files/clanky/33624/TB04MPSV004_finalni_vystupy.pdf
35. Dostupné z webových stránek Nemonice Tábor, a.s.:
<https://www.nemta.cz/oddeleni/nasledna-pece/>

Příloha I. Škála geriatrické deprese dle Yessavage

Zdroj dotazníku:

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha: Grada, 2007, s. 20.

Škála geriatrické deprese dle Yessavage	
Otázka	Odpověď
Jste v podstatě spokojený se svým životem?	ANO/NE
Vzdal jste se v poslední době mnoha činností a zájmů?	ANO/NE
Máte pocit že váš život je prázdný?	ANO/NE
Nudíte se často?	ANO/NE
Máte většinou dobrou náladu?	ANO/NE
Obáváte se, že se vám přihodí něco zlého?	ANO/NE
Cítíte se převážně šťastný?	ANO/NE
Cítíte se často bezmocný?	ANO/NE
Vysedáváte raději doma, než by jste šel ven a seznamoval se s novými věcmi?	ANO/NE
Myslíte si že, máte větší potíže s pamětí než vaši vrstevníci?	ANO/NE
Myslíte si, že je krásné žít?	ANO/NE
Napadá vás někdy, že váš život nestojí za nic?	ANO/NE
Cítíte se plný elánu a energie?	ANO/NE
Máte pocit, že vaše situace je beznadějná?	ANO/NE
Myslíte si, že většina lidí je na tom lépe než vy?	ANO/NE
Hodnocení: Odpověď ANO je hodnocena 1 bodem. 0–5 bodů nepřítomnost deprese 6–10 bodů mírná deprese Nad 10 bodů manifestní deprese – vyžaduje již podrobné vyšetření.	

Příloha II. Otázky pro participanty

Zdroj dotazníku: vlastní výzkumné šetření

OTÁZKY PRO PARTICIPANTY

- 1) JAKÉ TO PRO VÁS JE, KDYŽ SE PO ROCE A PŮL OPĚT SHLEDÁVÁME?**
- 2) O ČEM BYSTE SI CHTĚL/A POVÍDAT?**
- 3) JAK VZPOMÍNÁTE NA NAŠE SKUPINOVÉ ROZHOVORY?**
- 4) JAKÁ BYLA VAŠE MOTIVACE ÚČASTNIT SE SKUPINY?**
- 5) JAK JSTE SE CÍTIL/A V PRŮBĚHU NAŠÍ SKUPINOVÉ TERAPIE?**
- 6) LÍBÍ SE VÁM RADĚJI INDIVIDUÁLNÍ NEBO SKUPINOVÁ SOCIÁLNÍ TERAPIE?**
- 7) CHTĚL/A BYSTE V NICH POKRAČOVAT?**
- 8) CO SE VE VAŠEM ŽIVOTĚ ZMĚNILO ZA POSLEDNÍ ROK A PŮL?**
- 9) JAK VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ DEN?**
- 10) CO VÁM DĚLÁ V SOUČASNÉ DOBĚ NEJVĚTŠÍ STAROSTI?**
- 11) CO BY STE SI NEJVÍCE PŘÁL/A?**
- 12) JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE MI RÁD/A ŘEKL/A?**

Příloha III. Test Strom nálad

Zdroj dotazníku:

ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014, s. 179.



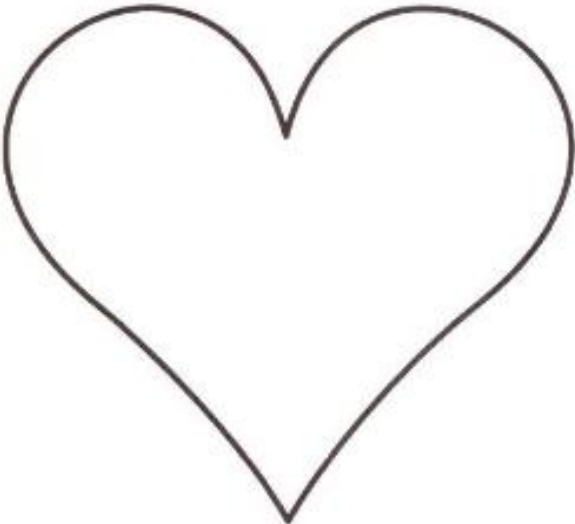
Příloha IV. Test Srdce

Zdroj dotazníku:

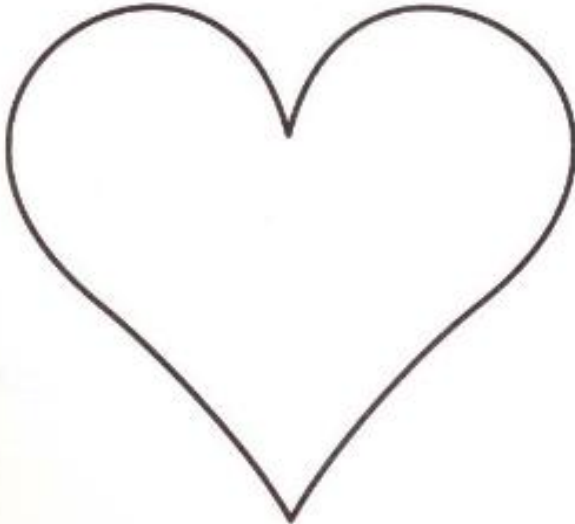
ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014, s. 182.

Srdce

Rozděl nakreslené srdce na tolik dílů, kolika lidem dáváš svou lásku a cit.
Do každého dílu napiš jméno toho, komu ji dáváš.



Nakresli do srdce tolik dílů, kolik citu dostáváš. Napiš vždy od koho.



Příloha V. Test Zážitek

Zdroj dotazníku:

ZAKOUŘILOVÁ, Eva. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál, 2014, s. 190.

Zážitek

Jaký byl nejkrásnější zážitek ve Vašem životě?

Jaký byl nejhorší zážitek ve Vašem životě?

Na jakou pochvalu ve svém životě si vzpomínáte? V kolika letech se Vám jí dostalo?

Na kterou kritiku ve svém životě nedokážete zapomenout? V kolika letech se Vám to přihodilo?

Příloha VI. Terapeutické faktory: Kategorie a hodnocení šedesáti individuálních položek

Zdroj dotazníku:

YALOM, Irvin D / LESZCZ Molyn. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2016, s. 96-97.

Terapeutické faktory: Kategorie a hodnocení šedesáti individuálních položek		Pořadí
1. Altruismus	1. Pomoc ostatním mi dodala více sebedůvěry.	
	2. Dával jsem přednost potřebám druhých před svými.	
	3. Zapomněl jsem na sebe a přemýšlel jsem o tom, jak pomoci druhým.	
	4. Dal jsem něco ze sebe ostatním.	
	5. Pomohl jsem ostatním a byl jsem pro ně důležitý.	
2. Skupinová soudržnost	6. Patřil jsem ke skupině a ta mě přijala.	
	7. Měl jsem stálý blízký kontakt s dalšími lidmi.	
	8. Odhalil jsem o sobě problematické věci a druzí ve skupině mě pořád brali.	
	9. Už jsem se necítil sám.	
	10. Patřil jsem ke skupině lidí, kteří mi rozuměli a brali mě.	
3. Univerzalita	11. Zjistil jsem, že nejsem s tímto druhem problémů sám. „Jsme všichni na stejné lodi.“	
	12. Zjistil jsem, že jsem na tom stejně jako ostatní.	
	13. Zjistil jsem, že ostatní mají stejně „špatné“ myšlenky a pocity jako já.	
	14. Zjistil jsem, že ostatní mají rodiče a rodinné zázemí také tak nešťastné a zamotané jako já.	
	15. Dozvěděl jsem se, že se moc neliším od těch, kteří mi umožnili „cítit se zas jako člověk“.	
4. Interpersonální učení - vstup	16. Dozvěděl jsem se, jaký dělám na skupinu dojem.	
	17. Dozvěděl jsem se, jak se mezi ostatními prosadit.	
	18. Ostatní mi otevřeně řekli, co si o mně myslí.	
	19. Ostatní poukázali na některé mé zvyky, které vadí druhým lidem.	
5. Interpersonální učení - výstup	20. Dozvěděl jsem se, že občas matu ostatní tím, že neříkám to, co si opravdu myslím.	
	21. Zdokonalil jsem se ve schopnosti vyjít s lidmi.	
	22. Cítím, že víc důvěřuji skupině i ostatním lidem.	
	23. Dozvěděl jsem se, jaké mám vztahy s ostatními ve skupině.	
	24. Skupina mi dala možnost zjistit, jak se ke druhým přiblížit.	
	25. Pracoval jsem na svých problémech s jedním určitým členem skupiny.	

pokračování

6. Vedení	26. Doktor mi něco navrhl nebo poradil, co mám dělat. 27. Ostatní mi něco navrhli nebo radili, co mám udělat. 28. Ostatní členové skupiny mi říkali, co mám dělat. 29. Někdo ze skupiny mi ukázal jasné řešení týkající se mého problému. 30. Členové skupiny mi radili, že se mám chovat jinak k důležitému člověku v mém životě.
7. Katarze	31. Mohl jsem se otevřít a dostat „to“ ze sebe. 32. Vyjádřil jsem negativní a/nebo pozitivní pocity k jinému členovi skupiny. 33. Vyjádřil jsem negativní a/nebo pozitivní pocity k terapeutovi. 34. Naučil jsem se, jak vyjádřit své pocity. 35. Byl jsem schopen říct, co mi vadí, místo toho, abych to držel v sobě.
8. Identifikace	36. Snažil jsem se být jako někdo ze skupiny, kdo se mi zdál víc v pořádku. 37. Pomohlo mi, že jsem mohl jako ostatní otevřeně hovořit o zneklidňujících osobních problémech a dělat i další pro mne ohrožující věci. 38. Přijal jsem styl a chování někoho jiného ze skupiny. 39. Obdivoval jsem našeho terapeuta a choval jsem se jako on. 40. Našel jsem ve skupině někoho, kdo se mohl stát mým vzorem.
9. Znovuodehrávání rodinných témat	41. Ve skupině to bylo někdy, jako bych se znovu vrátil do rodiny, kde jsem vyrůstal, a začal věci chápat. 42. Práce ve skupině mi svým způsobem pomohla pochopit problémy, které jsem míval s rodiči, sourozenci nebo jinými důležitými lidmi. 43. Skupina byla něco jako rodina, jenomže tentokrát jsme si víc rozuměli a brali se. 44. Skupina mi pomohla porozumět tomu, jak to bylo u nás doma. 45. Skupina byla něco jako naše rodina – někteří členové nebo terapeuti byli jako mí rodiče a ostatní jako další příbuzní. Prostřednictvím skupinových zážitků teď rozumím mým dřívějším vztahům s rodiči a blízkými (sourozenci).

-
- | | |
|---------------------------|--|
| 10. Sebepoznání | <p>46. Zjistil jsem, že jsou mi někteří lidé sympatičtí nebo nesympatičtí z důvodů, které se vůbec netýkají jich samých, ale souvisejí spíš s mými problémy s jinými lidmi v minulosti.</p> <p>47. Dozvěděl jsem se něco o tom, proč přemýšlím nebo se cítím právě takto (zjistil jsem totiž něco o příčinách a zdrojích svých potíží).</p> <p>48. Objevil jsem a také přijal některé své dosud neznámé nebo nepřijatelné vlastnosti.</p> <p>49. Zjistil jsem, že na některé lidi nebo situace reagují neadekvátně (s pocity, které patří spíš minulosti).</p> <p>50. Zjistil jsem, že to, jak se cítím a chovám, souvisí s mým dětstvím a vývojem (v mém raném dětství existuje něco, proč jsem takový, jaký jsem).</p> |
| 11. Dodávání naděje | <p>51. Inspirovalo mne to, jak se ostatní zlepšovali.</p> <p>52. Dozvěděl jsem se, že někdo jiný vyřešil podobný problém, jako mám já.</p> <p>53. Viděl jsem, jak ostatní vyřešili podobné problémy.</p> <p>54. Povzbudilo mne, když jsem viděl, že ostatní se zlepšují.</p> <p>55. Povzbudilo mne to, že jsem věděl, že skupina pomohla druhým.</p> |
| 12. Existenciální faktory | <p>56. Připustil jsem, že život je někdy nespravedlivý a tvrdý.</p> <p>57. Uvědomil jsem si, že z lidské bolesti a smrti není úniku.</p> <p>58. Pochopil jsem, že i když mám k ostatním hodně blízko, stejně musím čelit životu sám.</p> <p>59. Postavil jsem se tváří v tvář svému životu i smrti, a začal jsem tak žít víc upřímně a méně spoután malichernostmi.</p> <p>60. Zjistil jsem, že musím převzít odpovědnost za to, jak žiji svůj život, bez ohledu na to, jak mnoho podpory a vedení dostávám od ostatních.</p> |
-

Příloha VII. Přepis rozhovorů s participanty

Přepis rozhovoru s participantem D

1) JAKÉ TO PRO VÁS JE, KDYŽ SE PO ROCE A PŮL OPĚT SHLEDÁVÁME?

Příjemné. Ráda Vás vidím.

2) O ČEM BYSTE SI CHTĚLA POVÍDAT?

Nevím.

3) JAK VZPOMÍNÁTE NA NAŠE SKUPINOVÉ ROZHOVORY?

Ráda. Bylo o zajímavé.

4) JAKÁ BYLA VAŠE MOTIVACE ÚČASTNIT SE SKUPINY?

Seznámit se s něčím novým.

5) JAK JSTE SE CÍTIL/A V PRŮBĚHU NAŠÍ SKUPINOVÉ TERAPIE?

Dobře.

6) LÍBÍ SE VÁM RADĚJI INDIVIDUÁLNÍ NEBO SKUPINOVÁ SOCIÁLNÍ TERAPIE?

Nevím. Asi mi je to jedno.

7) CHTĚL/A BYSTE V NICH POKRAČOVAT?

Už mám hodně let. Už ne.

8) CO SE VE VAŠEM ŽIVOTĚ ZMĚNILO ZA POSLEDNÍ ROK A PŮL?

Nemůžu dělat vůbec nic a to mě trápí.

9) JAK VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ DEN?

Snídaně, hygiena, chodím po bytě a čekám, co mi uvaří.

10) CO VÁM DĚLÁ V SOUČASNÉ DOBĚ NEJVĚTŠÍ STAROSTI?

Abych nezůstala ležet.

11) CO BY STE SI NEJVÍCE PŘÁL/A?

Umřít.

12) JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE MI RÁD/A ŘEKL/A?

Řekla bych, že je to všechno.

Přepis rozhovoru s participantem E

1) JAKÉ TO PRO VÁS JE, KDYŽ SE PO ROCE A PŮL OPĚT SHLEDÁVÁME?

Jsem ráda.

2) O ČEM BYSTE SI CHTĚLA POVÍDAT?

Nevím.

3) JAK VZPOMÍNÁTE NA NAŠE SKUPINOVÉ ROZHOVORY?

Bylo to fajn. Každý se vypovídal a tak se jako odlehčil.

4) JAKÁ BYLA VAŠE MOTIVACE ÚČASTNIT SE SKUPINY?

Ani nevím. Asi žádná. Prostě mě tam přivedla ta ergoterapeutka.

5) JAK JSTE SE CÍTIL/A V PRŮBĚHU NAŠÍ SKUPINOVÉ TERAPIE?

Dobře. Ulevilo se mi, mohla jsem se vypovídat.

6) LÍBÍ SE VÁM RADĚJI INDIVIDUÁLNÍ NEBO SKUPINOVÁ SOCIÁLNÍ TERAPIE?

Líbí se mi obě dvě.

7) CHTĚL/A BYSTE V NICH POKRAČOVAT?

Ano.

8) CO SE VE VAŠEM ŽIVOTĚ ZMĚNILO ZA POSLEDNÍ ROK A PŮL?

Přibyla mi pravnoučata. Jinak nic.

9) JAK VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ DEN?

Ráno si nachystám snídani. Já musím pořád něco dělat. Pak třeba oškrábu brambory.

Uvařím oběd. Koukám na televizi. Vyžehlím. Něco si připravím k večeři.

10) CO VÁM DĚLÁ V SOUČASNÉ DOBĚ NEJVĚTŠÍ STAROSTI?

Zdravotní stav.

11) CO BY STE SI NEJVÍCE PŘÁL/A?

Abych byla zdravá.

12) JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE MI RÁD/A ŘEKL/A?

Ani ne.

Přepis rozhovoru s participantem B

1) JAKÉ TO PRO VÁS JE, KDYŽ SE PO ROCE A PŮL OPĚT SHLEDÁVÁME?

Ráda Vás vidím.

2) O ČEM BYSTE SI CHTĚLA POVÍDAT?

Tak to je asi jedno. Já si povídám ráda o čemkoliv.

3) JAK VZPOMÍNÁTE NA NAŠE SKUPINOVÉ ROZHOVORY?

V dobrém. Lidi byli fajn. Mě byli příjemný. Ta hubatá pani se mi líbila.

4) JAKÁ BYLA VAŠE MOTIVACE ÚČASTNIT SE SKUPINY?

Ta Vaše témata byla zajímavá.

5) JAK JSTE SE CÍTIL/A V PRŮBĚHU NAŠÍ SKUPINOVÉ TERAPIE?

Dobře. Mělo to význam. Ráda jsem se svěřila, ale i vyslechla druhé.

6) LÍBÍ SE VÁM RADĚJI INDIVIDUÁLNÍ NEBO SKUPINOVÁ SOCIÁLNÍ TERAPIE?

Nevím, asi je to tak nastejno. Ty ostatní lidi Vás také něčím obohatí. Má to svůj význam.

7) CHTĚL/A BYSTE V NICH POKRAČOVAT?

Kdyby byla ta možnost, tak proč ne.

8) CO SE VE VAŠEM ŽIVOTĚ ZMĚNILO ZA POSLEDNÍ ROK A PŮL?

Jsem doma. Víc pracuju na zahradě. Sekám kosou. Člověk když pracuje, nepřemejšlí nad blbostma.

9) JAK VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ DEN?

Snídaně. Pak jdu třeba na nákup. Obstarám králíky, slepičky, kocoura. Chodím si do školy pro obědy. Někdy si uvařím. Pracuju na zahradě.

10) CO VÁM DĚLÁ V SOUČASNÉ DOBĚ NEJVĚTŠÍ STAROSTI?

Zdraví, abych nebyla nikomu na obtíž.

11) CO BY STE SI NEJVÍCE PŘÁL/A?

Možná být o několik let mladší. Asi bych si jinak uspořádala život. Udělala bych si řidičák.

12) JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE MI RÁD/A ŘEKL/A?

Myslím, že nic.

Přepis rozhovoru s participantem H

1) JAKÉ TO PRO VÁS JE, KDYŽ SE PO TŘECH MĚSÍCÍCH OPĚT SHLEDÁVÁME?

Je to fajn, rád Vás vidím.

2) O ČEM BYSTE SI CHTĚL POVÍDAT?

O čemkoli.

3) JAK VZPOMÍNÁTE NA NAŠE SKUPINOVÉ ROZHOVORY?

Rád. Bylo to přínosné.

4) JAKÁ BYLA VAŠE MOTIVACE ÚČASTNIT SE SKUPINY?

Byl jsem zvědavý na ostatní.

5) JAK JSTE SE CÍTEL/A V PRŮBĚHU NAŠÍ SKUPINOVÉ TERAPIE?

Cítil jsem se dobře.

6) LÍBÍ SE VÁM RADĚJI INDIVIDUÁLNÍ NEBO SKUPINOVÁ SOCIÁLNÍ TERAPIE?

Asi se více přikláním ke skupinové sociální terapii. Je to na úrovni a je to cesta za poznáním.

Ve skupině můžeme na sebe vzájemně působit a můžeme si vzájemně pomoci.

7) CHTĚL/A BYSTE V NICH POKRAČOVAT?

Klidně.

8) CO SE VE VAŠEM ŽIVOTĚ ZMĚNILO ZA POSLEDNÍ ROK A PŮL?

9) JAK VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ DEN?

10) CO VÁM DĚLÁ V SOUČASNÉ DOBĚ NEJVĚTŠÍ STAROSTI?

Ta moje váha. Zdraví.

11) CO BY STE SI NEJVÍCE PŘÁL/A?

Být zdravý.

12) JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE MI RÁD/A ŘEKL/A?

Ne.

Přepis rozhovoru s participantem F

1) JAKÉ TO PRO VÁS JE, KDYŽ SE PO ROCE A PŮL OPĚT SHLEDÁVÁME?

Je to příjemný. Každýho dobrýho člověka rád vidím.

2) O ČEM BYSTE SI CHTĚL POVÍDAT?

Teď asi o ničem. Teď jsem v pohodě.

3) JAK VZPOMÍNÁTE NA NAŠE SKUPINOVÉ ROZHOVORY?

Bylo to dobrý, že mě někdo vyslechl. Rád na to vzpomínám.

4) JAKÁ BYLA VAŠE MOTIVACE ÚČASTNIT SE SKUPINY?

Někdo mi řekl, že je sešlost, tak jsem to zkusil. V nemocnici se nic neděje, tak jsem byl zvědavěj. Bylo to i zkrácení dlouhé chvíle.

5) JAK JSTE SE CÍTIL/A V PRŮBĚHU NAŠÍ SKUPINOVÉ TERAPIE?

Dobře. Jsem se tam uvolnil.

6) LÍBÍ SE VÁM RADĚJI INDIVIDUÁLNÍ NEBO SKUPINOVÁ SOCIÁLNÍ TERAPIE?

Tak v té individuální se člověk více otevře. Ale v té skupinové je lepší, že slyší ty ostatní. Tak asi raději ty skupinové.

7) CHTĚL/A BYSTE V NICH POKRAČOVAT?

Klidně. Není problém. Proč ne.

8) CO SE VE VAŠEM ŽIVOTĚ ZMĚNILO ZA POSLEDNÍ ROK A PŮL?

Tak jsem se osamostatnil. Nic mi tu nechybí. Nechci do domova důchodců. Známa mě seznámila s jednou paní, tak mám teď kamarádku. Je to fajn, povídáme si spolu, jezdíme spolu na chatu, má fajn děti.

9) JAK VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ DEN?

Vařím, vyperu si, poklidím. Jdu na zahrádku, něco málo tam udělám. Odpoledne si lehnu. Nic moc nedělám. Chybí mi práce. Něco bych potřeboval dělat. Nerad se nudím.

10) CO VÁM DĚLÁ V SOUČASNÉ DOBĚ NEJVĚTŠÍ STAROSTI?

Asi budoucnost. Jak to bude dál.

11) CO BY STE SI NEJVÍCE PŘÁL/A?

Přál bych si být tak o 30 let mladší. Chtěl bych, aby můj bratr byl lepší člověk.

12) JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE MI RÁD/A ŘEKL/A?

Že to s Vámi bylo v nemocnici moc fajn.

Přepis rozhovoru s participantem A

1) JAKÉ TO PRO VÁS JE, KDYŽ SE PO ROCE A PŮL OPĚT SHLEDÁVÁME?

Takový krásný překvapení. Poznala jsem Vás. Mám radost, že někoho vidím, je to pro mě zpestření.

2) O ČEM BYSTE SI CHTĚLA POVÍDAT?

To vůbec nemám poněti. No, teď řeším majetek, jak mě ta paní ošálila.

3) JAK VZPOMÍNÁTE NA NAŠE SKUPINOVÉ ROZHOVORY?

Tak byla to pro mě nová zkušenost.

4) JAKÁ BYLA VAŠE MOTIVACE ÚČASTNIT SE SKUPINY?

Mám ráda změny. Ničemu se nebráním. A když je možnost poznat něco nového, tak do toho jdu.

5) JAK JSTE SE CÍTIL/A V PRŮBĚHU NAŠÍ SKUPINOVÉ TERAPIE?

Ty příběhy těch lidí mě zajímaly. Jinak nevím.

6) LÍBÍ SE VÁM RADĚJI INDIVIDUÁLNÍ NEBO SKUPINOVÁ SOCIÁLNÍ TERAPIE?

Lepší jsou asi ty individuální. Protože v té skupině jsou třeba lidi, které se rádi poslouchají a mluví jen a jen o sobě a nepustí nikoho ke slovu.

7) CHTĚL/A BYSTE V NICH POKRAČOVAT?

Ne. Mám tady kamarádku, známe se 50 let a vidíme se 3krát až 5 krát denně. S Vámi osobně bych si povídala, jinak ne.

8) CO SE VE VAŠEM ŽIVOTĚ ZMĚNILO ZA POSLEDNÍ ROK A PŮL?

Nic. Vše je v pořádku. Jsem šťastná.

9) JAK VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ DEN?

Vstávám po poledni. Jsem noční pták, mám to takhle nastavený. Pak se postarám o číču. Koukám do tabletu, čtu si. Buď někam jdu nebo nejdu. Žehlím. Přijde Květuška, hodíme řeč. Někdy něco vařím.

10) CO VÁM DĚLÁ V SOUČASNÉ DOBĚ NEJVĚTŠÍ STAROSTI?

Ty co mě okradli. Ale nechci se o tom bavit.

11) CO BY STE SI NEJVÍCE PŘÁL/A?

Abych vyhrála ten soud. Aby mi vrátili ten byt a tu chalupu.

12) JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE MI RÁD/A ŘEKL/A?

Ne. Já díky té kamarádce nepotřebuju Vám něco říct.

Přepis rozhovoru s participantem G

1) JAKÉ TO PRO VÁS JE, KDYŽ SE PO TŘECH MĚSÍCÍCH OPĚT SHLEDÁVÁME?

Dobře se cítím. Je mi fajn, že jste tady.

2) O ČEM BYSTE SI CHTĚLA POVÍDAT?

Já nevím. Já jsem protivná.

3) JAK VZPOMÍNÁTE NA NAŠE SKUPINOVÉ ROZHOVORY?

Nevzpomínám na ně. Je mi to jedno.

4) JAKÁ BYLA VAŠE MOTIVACE ÚČASTNIT SE SKUPINY?

Zúčastnila jsem se jich kvůli Vám.

5) JAK JSTE SE CÍTEL/A V PRŮBĚHU NAŠÍ SKUPINOVÉ TERAPIE?

Cítila jsem se normálně. Asi dobře.

6) LÍBÍ SE VÁM RADĚJI INDIVIDUÁLNÍ NEBO SKUPINOVÁ SOCIÁLNÍ TERAPIE?

Určitě ty individuální s Vámi. Nechci, se se svým životem svěřovat jiným lidem. Ani mě nezajímá jejich život.

7) CHTĚL/A BYSTE V NICH POKRAČOVAT?

Asi jo.

8) CO SE VE VAŠEM ŽIVOTĚ ZMĚNILO ZA POSLEDNÍ ROK A PŮL?

To, že nejsem doma, ale tady v domově důchodců.

9) JAK VYPADÁ VÁŠ BĚŽNÝ DEN?

Snídaně, oběd, večeře. Čtu nějaké časopisy, někdy jdu ven. Jindy sedím a čučím. Koukám na televizi.

10) CO VÁM DĚLÁ V SOUČASNÉ DOBĚ NEJVĚTŠÍ STAROSTI?

Zdraví. Můj zdravotní stav.

11) CO BY STE SI NEJVÍCE PŘÁL/A?

Abych byla zdravá, abych nejedla prášky. Chtěla bych být doma. Chtěla bych mít přítele jako jste Vy, aby si se mnou povídal.

12) JE JEŠTĚ NĚCO, CO BYSTE MI RÁD/A ŘEKL/A?

Moc ráda si s Vámi povídám. Zamilovala jsem se do Vás.

Příloha VIII. Přepis rozhovoru se sociální pracovnící MÚ

1. Co se změnilo od minulého roku?

Máme více kontaktů, protože se nemocnice spojila s jilemnickou nemocnicí.

2. Jaké jsou největší problémy ve vaší profesi?

Problém vidím v samotných klientech, jsou většinou staří a zmatení a nemají zájem o pomoc a vše chtějí zvládat sami nebo abychom za ně vše zařizovali, volali za ně na úřady a vyřizovali dávky.

3. Při jaké příležitosti přijdete do styku s pacienty následné péče?

Většinou nás kontaktuje rodina, policie nebo nemocnice, která potřebuje řešit bytovou otázku klientů.

4. Vy řešíte jenom klienty s trvalým pobytem v Semilech?

Základní poradenství poskytujeme všem, kteří o to požádají. Máme tady ubytovnu s krizovým lůžkem, kde může být klient týden 50kč/den, nesmí mít dluh vůči městu. Většinou je odkazujeme do Jablonce nebo Liberce, kde mají více možností.

5. Máte pocit, že jste dostatečně finančně ohodnocena za svou práci?

Ano, jsem místní, nemusím dojíždět a státní správa nám dává nějaké jistoty a ne že kdejaký dělník má více...

Pracovnice dává hodně příkladů z praxe s pacienty.....

Příloha IX. Přepis rozhovoru se sociální pracovnící z nemocnice

1. Jak dlouho už děláte vaší práci?

17 let tady v nemocnici 5 měsíců.

2. Co vás baví na vaší práci?

To, že mohu pomáhat lidem.

3. Kde vidíte největší nedostatky ve Vaší práci tady v Semilech?

Jezdím sem jen jednou v týdnu a to je málo, nemám čas se bavit s pacienty, je to spíš papírování.

4. Co nejvíce řešíte tady v nemocnici?

Dávky pro úřady práce a umístění do domova důchodců, umístění do hospice.

5. Myslíte si, že by měl být stabilně na oddělení následné péče psychoterapeut, který by si povídal s pacienty?

Není to nic proti ničemu, asi by to bylo vhodné. Líbí se mi projekt, kde jsou děti se starými pacienty na pokojích, to by mělo být i tady.

6. Jak moc se s vámi snaží spolupracovat rodiny pacientů?

Některé rodiny se starat nechtějí, zvláště když mezi sebou mají špatné vztahy, většinou se starají.

Velký problém je málo míst v domově důchodců.

7. Co nejhoršího jste ve vaší práci zažila?

Když nemá pacient nikoho z rodiny a ještě k tomu špatně komunikuje. Hodně spolupracují se starosty obcí. Když nemůžu pomoc pacientovi. Určitě nikoho nevyhodíme na chodník, buď někoho přeložíme nebo mu zajistíme soc. lůžko.

8. Když nemá pacient ani rodinu a své bydlení, jak je to s nimi po propuštění? Bud' své bydlení propili nebo jsou v exekuci apod.

Azylové domy, domovy důchodců, ubytovny, atd....

Příloha X. Přepis rozhovoru s vedením nemocnice

1. Jak dlouho funguje nemocnice v Semilech?

V září letošního roku oslavíme 110 let od otevření. Pokud budete mít zájem, mohu vám věnovat 2 almanachy, které se vážou k devadesátému a stému výročí a kde se mnohé o historii naší nemocnice dozvíte.

2. Máte nějaké sponzory? Jak sháníte peníze?

Financování je výhradně prostřednictvím zdravotních pojišťoven, na základě vykázané péče. Doplňkovým zdrojem jsou dotační tituly - evropské, státní, krajské atd. V neposlední řadě podpora zřizovatele Města Semily, převážně na provozní záležitosti, stavební či přístrojovou modernizaci pracovišť. Drobná podpora od soukromých sponzorů - zejména klientů a jejich rodin, je většinou vázána na konkrétní věc př. nákup televizoru, rehabilitační pomůcky, ergoterapeutický materiál apod. Další drobný příjem je z doplňkové činnosti např. nadstandardní služby, půjčovna zdravotních pomůcek apod.

3. Proč není v nemocnici psychoterapeut, který by si povídal s pacienty?

Nemocnice byla více než 100 let nemocnicí s akutními lůžky, s velmi krátkou ošetrovací dobou, tudíž potřeba psychoterapeutické péče nebyla stěžejní. V posledních letech jsou postupně akutní lůžka nahrazována lůžky následnými, což mj. znamená i odlišný způsob financování zdravotními pojišťovnami. Rádi bychom našim pacientům poskytli veškerou možnou komplexní péči v širokém spektru odborností, bohužel v takto malých nemocnicích a v prostředí velké konkurence (na malém území hodně zdravotnických zařízení s různými způsoby financování - zdravotní služby X sociální služby atd.) je obtížné získat a zaplatit kvalitní personál.

4. Jaké jsou největší problémy na oddělení následné péče?

Obecně nedostatek odborného personálu, přestože máme více personálu než je stanoven (minimální) normativ ZP. Naprostou slabinou jsou dlouhodobě fyzioterapeuti. Problémy jsou i se sestrami, poslední léta ze škol žádné nové kapacity nepřicházejí. Využití zdravotnických asistentů (pokud pominu skutečnost, že se jich málo uchází o práci ve zdravotnických zařízeních) je na malých stanicích problematické (nemohou vykonávat plné spektrum odborných činností).

5. Jaká politika se uplatňuje směrem k oddělení následné péče (rychle točit pacienty, poskytovat co nejkvalitnější péči, atd.)?

Cílem je samozřejmě pacienty "doléčit" (myšleno v širokém spektru) tak, aby byli schopni se buď nadále o sebe postarat v domácím prostředí nebo za součinnosti rodiny, popř. jim zařídit a předat k další (lázeňské, pečovatelské, intenzivní rehabilitační, sociální atd.) péči. A po dobu, kterou stráví v našem zařízení, poskytnout (v rámci našich možností) co nejkvalitnější péči.

Příloha XI. Přepis rozhovoru s primářem nemocnice

1. Jak dlouho už na Vašem oddělení pracujete?

9let.

2. Co je na Vašem oddělení z vašeho pohledu nejdůležitější?

Naše oddělení potřebuje dobrý prostor a to máme (pokoje + nábytek - polohovací postele), Tým lidí, kteří se stará o pacienty. Ekonomické prostředky.

3. Je na vaše zaměstnance vyvíjen velký stres?

Zaměstnanci mezi sebou řeší situace v mezilidských vztazích + umírající pacienty. Stres ze života pacientů se přenáší na personál.

4. Jací pacienti jsou na vašem oddělení umístěni?

Doléčení po operacích, pacienti s různými nemocemi, kteří jsou nesoběstační na doporučení obvodních lékařů – můžou být u nás do 3 měsíců. Máme 60 lůžek.

5. Kolik pacientů se za rok vystřídá na vašem oddělení?

600 - 700

6. Co by se dalo zlepšit na vašem oddělení?

Nálada, málo personálu, nedostatek lékařů, není společenská místnost ta, co byla, se předělala na pokoje.

7. Měl by být na vašem oddělení psychoterapeut?

Měl by být, rádi bychom ho měli. Občas sem chodí kněz. Je to potřeba. Zvláště, když máme oddělení uzavřené – chřipky a nejsou návštěvy.

8. Souhlasíte, že zdravotní stav pacientů se odvíjí od toho psychického, tedy když by tady byl psychoterapeut a povídal si s pacienty, bylo by to lepší pro zdraví vašich pacientů?

S tím samozřejmě souhlasím.

9. Hlavní důvod proč tady není psychoterapeut je nedostatek peněz?

Ano, jsme placeni paušální platbou za den za pacienta a je to na nás za co ty peníze utratíme, tedy platíme spíše fyzioterapeuty. Nevím, že nemocnice našeho rozměru by měla terapeuta. Máme ale sociální pracovníci, která se stará o pacienty.

10. Řekl byste, že ve srovnání s ostatními vašimi pracovníky jako ergoterapeuti, fyzioterapeuti je psychoterapeut podceňovaná pozice u vás?

Podceňovaná u nás není, je podceňovaná ministerstvem zdravotnictví a zdravotní pojišťovnou.

11. Co byste zlepšil a co byste potřebovali mít na vašem oddělení?

Více fyzioterapeutů.

Příloha XII. Přepis rozhovoru s vrchní sestrou

1. Jak dlouho už na vašem oddělení následné péče pracujete?

3 roky.

2. Jaké jsou největší problémy na vašem oddělení?

Vázne komunikace. Znevážení práce NLZP.

3. Co byste potřebovala mít na vašem oddělení a zatím to tam ještě není?

Více polohovacích pomůcek. Psychoterapeutku.

4. Měl by být na vašem oddělení stabilně psychoterapeut? Je pro Vás důležitý?

Ano, psychoterapeut by měl být.

5. Co je pro Vás nejdůležitější na vašem oddělení?

Aby nastala pohoda po práci.

Příloha XIII. Přepis rozhovoru s ergoterapeutkou

1. Jak dlouho už pracujete v nemocnici jako ergoterapeutka?

Necelé 4 roky, je to mé první zaměstnání.

2. Myslíte si, že by na oddělení následné péče měl být stabilně psychoterapeut? Jestli ano, proč?

Přítomnost psychoterapeuta na oddělení by byla určitě prospěšná. Naše 60 lůžkové oddělení má téměř vždy stoprocentní obložnost a jsou zde hospitalizováni pacienti s nejrůznějšími zdravotními problémy. Někteří mají onemocnění psychické, někteří fyzické a někteří dokonce kombinaci obou typů dohromady, převážně se jedná o seniory. Ošetřující personál se jim dle mého názoru opravdu snaží poskytnout tu nejlepší péči, která už ale bohužel nezahrnuje dlouhé rozhovory a rozjímání nad životem. My všichni sice víme, jakou má kdo diagnózu, ale to je vlastně jen taková nálepka, která nám říká, jak léčit, jak postupovat s rehabilitací a podobně. Nikdo už nemá ale potřebu podrobně zjišťovat, jak celou situaci vnímá samotný pacient, přestože si jsme samozřejmě všichni vědomi, že individuální přístup je základ všeho. Nabízí se odpověď, že na rozhovory není čas, ale to není tak úplně pravda. Já sama si s pacienty povídám každý den, ale jsem si naprosto jistá, že jim nemohu poskytnout totéž, co právě psychoterapeut. Každý z personálu má na oddělení svou nezastupitelnou roli, stejně jako psychoterapeut nebude např. odebírat krev a podávat léky, tak my nemůžeme zastoupit roli psychoterapeuta. Psychoterapeut by měl být neodmyslitelně součástí týmu. Při studiu ergoterapie bylo nám studentům na srdce kladeno, že fyzické problémy pacienta jsou sice patrné na první pohled, ale ty "neviditelné" problémy nelze odsunout na vedlejší kolej, proto také provádím tzv. rehabilitaci kognitivních funkcí (problémy s poruchou paměti, neschopností vyjádřit se, porozumět okolí atd.). Totéž platí i pro stav psychický, který může odrážet celý dosavadní život nemocného a právě psychoterapeut je ten, kdo narozdíl od ostatních zdravotníků ví, jak vést takový cílený rozhovor a hlavně na to má čas.

Musím ovšem podotknout, že stejně jako by bylo prospěšné mít na oddělení dobrého psychoterapeuta, potřebujeme i fyzioterapeuta, logopeda, psychologa, psychiatra, aktivizačního pracovníka a možná i někoho dalšího. Která nemocnice se může takovým týmem pochlubit?

3. Změnil se Váš pohled na skupinovou psychoterapii, po Vaší vlastní zkušenosti ve skupině v posledních dvou letech?

Zpočátku jsem si myslela, že takové "povídání" může vést kdejaký laik bez odborného vzdělání. Ale nyní už mám jiný názor. Pro zúčastněné pacienty není nic důležitějšího než to, že je někdo poslouchá od začátku až do konce a především ve správnou chvíli na ně reaguje. Psychoterapeut si nemůže dovolit ani minutu nepozornosti, přesně ví, kdy a jak na co reagovat, je důsledný a podporuje pacienty v dokončení myšlenky i v případě, že se pacienti mezi sebou vzájemně přerušují. Já sama bych měla nejspíš nutkání častěji měnit témata (aby se někdo nezačal náhodou nudit), druhé bych přerušovala, pokud by neodpovídali přímo na mou otázku nebo bych se snažila všemi možnými způsoby zahánět dlouhé mlčení. Pro vedení skupinové psychoterapie je opravdu velmi důležité vědět "jak na to".

4. Co se Vám na skup. terapii líbí - nelíbí?

Letos, stejně jako v loňském roce, jsem si po sérii skupinových sezení uvědomila, jak bohatý příběh se skrývá za každým z našich pacientů. Vlastně je vždy vnímám jen jako tělesnou schránku určitého vzhledu, s určitými aktuálními problémy, ale nikdy jsem tolik do hloubky nepoznala jejich minulost, rodinné prostředí a životní postoj. A to je právě to, co se mi na skupinové terapii líbí, mám z toho příjemný pocit.

Momentálně mě nenapadá nic, co se mi nelíbilo. Možná jen pozdní příchody a předčasné odchody účastníků a tzv. skákání si do řeči, zkrátka neukázněnost.

5. Co byste změnila na vašem oddělení v péči o pacienty?

Pokud bych měla jako pacient ležet na našem oddělení změnila bych následující:

Méně hluku na oddělení - ze strany personálu omezit výbuchy smíchu, pokřikování, bouchání dveřmi atd.

Více času věnovaného pacientům - lékařské vizity někdy netrvají ani půl minuty.

Lidský přístup - snažit se vcítit do pacienta nebo si alespoň na jeho místě představit třeba své příbuzné.

Jako zaměstnanec bych uvítala více personálu, z čehož by pramenila kvalitnější péče. Prála bych si, aby vedení nemocnice a potažmo personál nemuseli tolik hledět na finanční stránku věci - dopřát pacientům kvalitnější vybavení pokojů, lepší zdravotnické pomůcky, přípravky a třeba i pestřejší stravu.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autora: Tomáš Vik

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

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

Název práce: Působení skupinové a individuální sociální terapie na oddělení následné péče

Počet stran (bez příloh): 66

Celkový počet stran příloh: 31

Počet titulů české literatury a pramenů: 30

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 2

Vedoucí práce: Mgr. Jakub Zlámaný, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2019

Evidenční list knihovny

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

V Praze, dne:

.....

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

Jméno, příjmení	Adresa	Datum	Podpis

**Posudek vedoucího diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta: Bc. Tomáš Vík
Obor studia: Sociální politika a sociální práce
Vedoucí práce: Mgr. Jan Jakub Zlámaný Ph.D.

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 66

Počet stránek příloh: 31

Počet titulů v seznamu literatury: 35

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

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

	1			
--	---	--	--	--

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

	1			
--	---	--	--	--

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

1				
---	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

1				
---	--	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Otázka k obhajobě:

Jaké by autor navrhl konkrétní a reálné změny systému zdravotnictví v ČR pro oddělení následné péče, aby se skupinová sociální terapie mohla stát integrální součástí péče o pacienty? Jaký by navrhl systém financování socioterapie na odd. Následné péče?

Předkládaná práce splňuje nároky kladené na diplomovou práci.

Obsah práce: Práce svým obsahem plně odpovídá studovanému oboru a je členěna standardně na teoretickou a empirickou část.

V prvních čtyřech kapitolách teoretické části práce se autor nejprve zabývá definicí základních pojmů, odlišením sociální terapie od psychoterapie, obsahem a nástroji sociální terapie, sociální práci na oddělení následné péče. V celé teoretické části práce je patrný vliv filozofie nondirektivního na klienta orientovaného přístupu. V empirické části připravil předvýzkum zvolil metodologii kombinovaného výzkumu (kvanitativně - kvalitativní metodologie) a zkoumal tyto oblasti výzkumu:

A. Kvalitativní metody: 1. Jak pacienti na oddělení následné péče v nemocnici prožívají skupinovou a individuální sociální terapii.

2. Jakým způsobem může sociální terapeut pomoci pacientům na oddělení následné péče v nemocnici s prolomením sociální izolace

B. Kvanitativní metody: 3. Zjištění míry deprese u klientů před a po absolvování individuální a skupinové sociální terapie.

Hodnocení:

Z teoretického hlediska autor nevynechal, dle mého názoru, nic podstatného. Kolega v teoretické části prokázal schopnost práce s odbornou literaturou a systematického shromažďování informací o daném tématu. Autor je stylisticky velmi úsporný až heslovitý, nicméně v teoretické části popisuje všechny podstatné pojmy a teoretické koncepty spojené se studovanou problematikou. V praktické části své práce se pouští do náročného cíle zjišťování efektivity sociální terapie, stanovuje si cíle výzkumu a prokazuje schopnost kombinovat kvalitativní a kvantitativní metody, sesbírat data ze čtyř zdrojů dat a výsledky smysluplně prezentovat.

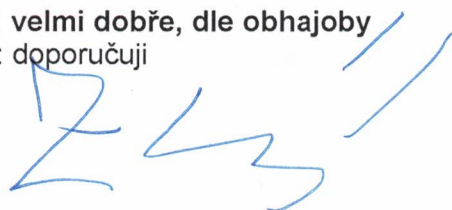
Připomínky:

Formální: Skromný výčet cizojazyčné literatury (3 tituly). Autor text člení do příliš stručných subkapitol, kdy je i více subkapitol na jedné stránce.

Obsahové: V metodologické části práce je cítit, že již dopředu je autor přesvědčen o pozitivním vlivu socioterapie a chce ho prokázat. Neškodila by větší badatelská zdrženlivost. Nicméně tato skupina pacientů se opravdu pohybuje na samém okraji zájmu, tak jisté metodologické nepřesnosti můžeme tolerovat.

Celkově: **Ocenit musím především to, že si vybral téma, které je dosud badatelsky velmi opomíjené. Dále oceňuji autorův entuziasmus a energii s jakou prováděl socioterapii s pacienty ve velmi těžkém životním období a jaký z toho vytěžil mnohovrstevnatý materiál pro svůj výzkum. Bylo cítit, že ho práce velmi baví a že téma nedělá pouze z formálních důvodů. (Podr. viz. praktická otázka k obhajobě). Práci hodnotím jako velmi dobrou a doporučuji ji k obhajobě.**

Navrhovaná klasifikace: **velmi dobře, dle obhajoby**
Doporučení k obhajobě: doporučuji



**Posudek oponenta diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Tomáš Vik**

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

Název práce: **Působení skupinové a individuální sociální terapie na oddělení následné péče.**

Oponent práce: Mgr. Iveta Jelínková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 66

Počet stránek příloh: 31

Počet titulů v seznamu literatury: 33

Výběr tématu

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

Závažnost tématu

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

Oborová přiléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

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

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

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

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

Obsahová kritéria a přínos práce

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

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

Naplnění cílů práce

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

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

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

Návaznost kapitol a subkapitol

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

Vhodnost prezentace závěrů práce

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

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

(publikace, referáty, apod.)

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak jste s odstupem času spojen s výzkum, který jste provedl? Je něco co, byste udělal v rámci výzkumu nyní jinak?
Co byste na základě výsledků Vašeho výzkumu změnil v poskytování služeb na oddělení následné péče?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autor předkládá práci s názvem: Působení skupinové a individuální sociální terapie na oddělení následné péče, která navazuje na jeho bakalářskou práci.

V teoretické části práce nás autor seznamuje se základními pojmy, v další kapitole se věnuje odlišení sociální terapie od psychoterapie, dále se zmiňuje o nástrojích sociální terapie a sociální práci na oddělení následné péče.

Je zřejmé, že autora toto téma velmi zajímá a je vidět, že všechny informace, které v průběhu dvou let praxe nasbíral, chtěl do práce zahrnout. Způsob, kterým to v teoretické, ale potažmo i v části praktické provedl, nebyl příliš povedený. Jednotlivé kapitoly na sebe logicky nenavazují, řazení podkapitol je obsahově chaotické. V Úvodu práce je čtenář nejistý, co ho vlastně všechno v práci čeká, co bude cílem práce, co bude autor zkoumat. V rámci Vymezení pojmů pro mě z nejasného důvodu figurují C.R. Rogers, I.D.Yalom, ale i několik dalších uvedených pojmů bych nezařadila do kategorie základních. Autor se také věnuje výhradně problematice stáří a zapomíná na problematiku zdravotního postižení (nemoc), jež definuje všechny jeho respondenty. Ani téma sociální terapie, jako hlavního tématu není v práci příliš zastoupeno, naopak se seznamujeme s množstvím definic psychoterapie, bohužel převážně od jednoho autora, Yaloma. Velký prostor je též věnován, a to zbytečně podrobně sociálním službám.

Výzkumná část práce je přehledem všeho, co lze v rámci kvalitativního i kvantitativního výzkumu využít. Autor používá kombinovaný výzkum – individuální rozhovory, skupinové rozhovory, dotazníky (testy sociální terapie, škálu geriatrické deprese, vlastní dotazník s otázkami, které vyplynuly z jeho výzkumu), pozorování. Navíc je zmíněna v kapit. 5.2.1 Triangulace zdrojů dat.

Členění jednotlivých kapitol, stejně jako v teoretické části práce je chaotické, nepřehledně řazené, nemá logiku. Názvy jednotlivých kapitol vždy neobsahují to, co název napovídá. Např. kap. 5.6.4 Pozorování klientů svým obsahem působí spíše jako klientova anamnéza, popis a rekapitulace jeho činností za předešlé období. V následující kapitole Vlastní dotazník, se opakuje již napsané, jsou rozebírány individuální a skupinové rozhovory, je zde zmíněn i rozhovor se sociální pracovníci (nevíme jeho účel). Není vždy zřejmé, ke kterým uvedeným cílům jednotlivé výzkumy patří.

Je zřejmé, jak jsem se již na počátku zmínila, autor chtěl do práce zahrnout i v rámci praktické části všechny možné postupy výzkumu, což v závěru působí nepřehledně a v chaosu hodně podstatných věcí uniká. Na práci je také vidět, že autor je přesvědčený o tom, že socioterapie je důležitou složkou práce s klientem a jeho závěry k tomu také směřují. V některých závěrech bych doporučovala zdrženlivost.

Při rozhovorech jsou používány uzavřené otázky, rozhovory jsou stručné, krátké. V práci chybí Diskuze.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**
Navrhovaná klasifikace: **3 - dobře**

Praha 12. 5. 2019


Mgr. Iveta Jelínková