

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Využívání prvků psychoterapie v sociální práci

Bc. Monika Vaňková

Diplomová práce

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

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Praha 2020

Prague college of psychosocial studies



The use of elements of psychotherapy in social work

Bc. Monika Vaňková

The Diploma Thesis

Social work with orientation to communication and applied
psychotherapy

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Iveta Jelínková

Prague 2020

Anotace

Název práce: Využívání prvků psychoterapie v sociální práci

Autor práce: Bc. Monika Vaňková

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Klíčová slova: sociální práce, sociální pracovník, psychoterapeutický přístup, psychoterapeutický rozhovor, přijímací pohovor

Práce se zaměřuje na využití psychoterapeutického přístupu sociálních pracovníků ke klientům stacionáře pro osoby s kombinovaným postižením. Sociální pracovníci řeší s klienty témata, která se týkají vývoje a spokojenosti poskytovaných služeb. V rozhovorech sociálního pracovníka a klienta se řeší často závažná osobní témata, která se dotýkají psychiky a emocí zúčastněných. Výzkum zaměřený na využití prvků psychoterapie analyzuje psychoterapeutický přístup v jednotlivých rozhovorech s klientem stacionáře.

Abstract: The use of elements of psychotherapy in social work

Key words: social work, social worker, psychotherapeutic approach, psychotherapeutic interview, entered interview

The work focuses on the use of psychotherapeutic approach of social workers to clients of hospitals for people with combined disabilities. Social workers deal with clients on topics related to the development and satisfaction of services provided. Interviews between a social worker and a client often address serious personal issues that affect the psyche and emotions of those involved. Research focused on the use of elements of psychotherapy analyzes the psychotherapeutic approach in individual interviews with the client of the hospital.

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci vypracovala samostatně s využitím veškerých zdrojů uvedených v seznamu.

V Zadní Třebani, v květnu 2020

.....

Obsah:

Úvod	6
Teoretická část	
1 Sociální práce s osobami s kombinovaným postižením	8
1.1 Sociální pracovník	8
1.2 Osoby se zdravotním postižením	9
2 Sociální práce s prvky psychoterapie	14
2.1 Psychosociální přístup	19
3 Biopsychosociální model a aplikace v sociálních službách	23
3.1 Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem	25
4 Přijímací pohovor v sociálních službách	30
4.1 Neverbální komunikace mezi soc. pracovníkem a klientem	36
4.2 Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem	38
5 Metodologická část	42
5.1 Cíle výzkumu	42
5.2 Výzkumná metoda	43
5.3 Technika sběru dat	44
5.4 Výběrový soubor	45
5.5 Etické zásady výzkumu	45
5.6 Realizace rozhovorů	46
6 Analytická část	47
6.1 Popis jednotlivých dílčích otázek	47
6.2 Kódování	51
6.3 Analýza získaných dat	51
Diskuze	59
Závěr	61
Použitá literatura	66
Přílohy	70

Úvod

Diplomová práce byla zpracována za cílem zjistit, zda sociální pracovníci pracující s osobami s kombinovaným postižením, využívají při práci s klientem prvky psychoterapeutického přístupu. Stejně jako cíl práce zní, hlavní výzkumná otázka, zda a jakým způsobem sociální pracovníci využívají ve své práci s klienty prvky psychoterapeutického přístupu. Téma využívání prvků psychoterapie v sociální práci jsem si zvolila pro svou diplomovou práci, jelikož jsem téměř dva roky pracovala ve stacionáři pro osoby s kombinovaným postižením. Po dobu svého působení jsem si všimla, že se práce s osobami s kombinovaným postižením soustředí především na přímou péči o klienty. Péče o klienty z hlediska hygieny, stravy a bezpečí je bezesporu nezbytná, ale důležitá je také jejich psychická pohoda. Za psychikou těchto osob s kombinovaným postižením stojí většinou složitá životní situace i impulsivní emoce. Ve své, i když krátké, zkušenosti jsem zaznamenala řešení psychických projevů těchto klientů, podáváním medikace. V některých případech je medikace nutná, v jiných případech se dalo medikaci předejít psychoterapeutickým přístupem.

Výzkumu diplomové práce předchází teoretická část, která popisuje jednotlivá témata psychoterapeutického přístupu. V této části je kladen důraz na rozhovor sociálního pracovníka s klientem s kombinovaným postižením, na neverbální komunikaci i vytvoření psychické pohody klienta v jednotlivých typech rozhovoru. Rozhovor může být veden pod vlivem psychologických faktorů, které jsou v kapitole popsány. S tématem sociální práce úzce souvisí pojem sociální pracovník, který vykonává svou práci dle zákona. Důležitou roli připisuji vztahu sociálního pracovníka s klientem stacionáře, kterou také v teoretické části zmiňuji, kde se zabývám konkrétními podobami rozhovoru s psychoterapeutickými prvky. Vztah sociálního pracovníka je popsán v jednotlivých fázích od přijímacího pohovoru až po dlouhodobý vztah klíčového sociálního pracovníka a jeho přístup ke klientovi s kombinovaným postižením.

V Metodologické části diplomové práce popisuji cíl výzkumu a výzkumnou metodu, která pomocí techniky sběru dat zodpoví na výzkumnou otázku.

Analytická část diplomové práce má za úkol zjistit, zda sociální pracovníci využívají prvků psychoterapie při práci s klienty s kombinovaným postižením. Využití prvků psychoterapie zjišťuji pomocí dílčích výzkumných otázek, které vedou k zodpovězení hlavní výzkumné otázky. Dílčích otázek je pět a ověřují tři hlavní fáze komunikace sociálního pracovníka s klientem. Jedná se o komunikaci při přijímacím pohovoru, při tvorbě individuálního plánu klienta. Jedna z dílčích otázek zjišťuje, jak sociální pracovník pracuje s pocity klienta a jedna dílčí otázka ověřuje legitimizaci prvků psychoterapie v dokumentech (standardech). V Analytické části se pomocí kódů analyzují jednotlivé odpovědi respondentů, ze kterých jsem došla k závěru diplomové práce.

Teoretická část

1 Sociální práce s osobami s kombinovaným postižením

Sociální práce jakožto jedna z pomáhajících profesí je založena na pomoci lidem, tedy i těm, kteří se v důsledku svého postižení dostali do nepříznivé sociální situace. Matoušek definuje sociální práci „Společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.). Sociální práce se opírá jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním přístupem při poskytování sociální pomoci“ (Matoušek, 2008, s. 213).

Dle Navrátila je sociální práce profesionální aktivita zaměřená na zlepšení nebo obnovení sociálního fungování klienta a na tvorbu společenských podmínek nutných k dosažení tohoto cíle (Navrátil, 2001).

Jak uvádí Krhutová v tradičním pojetí sociální práce, bylo na osoby se zdravotním postižením nahlíženo, jako na oběti tragédie a pozornost směřovala spíše na nedostatek jejich schopností, jinak řečeno na rozsah jejich neschopnosti. Současné pojetí sociální práce zdůrazňuje v první řadě pohled na člověka jako na jedinečnou bytost a teprve pak přihlíží ke stupni a druhu jeho postižení (Krhutová, 2013).

Současným ideálem je tedy podporovat osoby se zdravotním postižením k co největší samostatnosti. Podpora směřovaná k osobám se zdravotním postižením by však měla být poskytována pouze v záležitostech, které nejsou schopni zvládnout, naopak tam, kde si umí poradit, by měli mít dostatečný prostor pro svá řešení, uvádí Matoušek (2010).

V této souvislosti sehrává významnou úlohu v sociální práci s osobami se zdravotním postižením individuální přístup, který vychází z klientových potřeb, přání a schopností a je v souladu s jeho zájmy.

Podle Matouška (2010) je při práci s osobami s postižením třeba brát na zřetel veškeré okolnosti, které ovlivňují životy této skupiny osob. Důležité je pro kvalitní sociální práci věnovat pozornost

- biologickým faktorům (zdravotní stav, vrozené předpoklady, aktuální tělesná kondice),
- psychologickým faktorům (osobnostní charakteristiky jedince, aktuální psychický stav, sebepojetí a sebehodnocení),
- sociálním faktorům (rodinné zázemí, příležitosti k navazování kontaktu se společenským prostředím, schopnost navazovat a udržovat vztahy),
- etickým faktorům (morálnímu a etickému přesvědčení, hodnoty, smysluplnost vlastního života, náboženské přesvědčení),

ale také sociální a veřejné politice (dostupnost sociálních služeb, politika zaměstnanosti, bytová politika, doprava).

1.1 Sociální pracovník

V ČR je nyní definován v z. 108/2006 jako pracovník vykonávající sociální šetření, zabezpečující sociální agenty včetně řešení sociálně-právních problémů, poskytující sociální poradenství, provádějící analytickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních služeb sociální prevence, depistážní činnost, poskytující krizovou činnost, sociální poradenství a sociální rehabilitaci. Zákon definuje i předpoklady k výkonu povolání sociálního pracovníka, k nimž patří způsobilost k právním úkonům, bezúhonnost, zdravotní způsobilost a odborná způsobilost, vyšší odborné vzdělání nebo vysokoškolské vzdělání (Matoušek, 2008).

Sociální pracovník má odborné vzdělání na vyšší odborné škole obor sociální práce nebo vysoké škole (Bc., Mgr.) v oboru sociální práce. Navrátil vysvětluje,

že využití teorie má pracovníkovi usnadnit praxi a zároveň mu dává informaci, co se má dělat a proč. Snaha pomáhat lidem bez porozumění jejich obtížím, bez znalosti metodických postupů a jejich využití může být nebezpečná jak pro klienta samotného, tak z dlouhodobého hlediska i pro skupinu (Navrátil, 2001).

Kompetencemi sociálního pracovníka se u nás zabývala Havrdová, ze které Matoušek vybírá: „Kompetence je funkcionální projev dobře zvládané a uznávané profesní role sociálního pracovníka, jejíž součástí jsou odborné znalosti, schopnosti reflektovat adekvátně a citlivě aplikovat hodnoty profese.“ (Matoušek, 2003, s. 84). Sociální pracovníci během své práce vykonávají mnoho rolí, tyto role se navzájem prolínají a jsou ovlivněny náplní práce, charakterem zařízení a také skupinou klientů, kteří službu využívají.

Navrátil chápe profesionální výkon sociálního pracovníka jako využití znalostí a aplikování teorie při dosahování požadovaných změn. "Je velmi rozdílné, zda se jeho intervence uskutečňuje na základě domněnek, pocitů, intuice, nebo na základě kompaktního teoretického rámce. Snaha pomáhat lidem bez přesného porozumění jejich obtížím a bez znalosti metodických postupů může být nebezpečná. Může ohrožovat klienty, v případě dlouhotrvajících projektů i celou společnost" (Navrátil, 2001, s. 25).

Sociální pracovníci by při výkonu své profese měli být nejen dobrými kompetentními praktiky, ale i odborníky, kteří neustále uvažují nad svou prací, kriticky reflektují všechny své praktické zkušenosti s cílem neustálého zvyšování kvality poskytovaných služeb. Takový přístup kriticky reflektivní praxe by měl být součástí permanentního vzdělávání sociálních pracovníků v České republice, podporovaný profesní organizací a společensko - politickou podporou. Sociální práce jako praktická věda se pokouší systematickým postupem sesbírat, uspořádat a integrovat do jednotného systému všechny oblasti znalostí, které jsou relevantní pro profesionální zpracování problémů v oblasti praxe (Matoušek, 2010).

1.2 Osoby se zdravotním postižením

Než se zaměříme na sociální práci s osobami s kombinovaným postižením, je nezbytné přiblížit skupinu osob se zdravotním postižením. Nejprve je vymezen pojem zdravotní postižení a krátce je věnována pozornost osobám s kombinovaným zdravotním postižením. Poté navazuje klasifikace zdravotního postižení, přičemž jsou blíže představeny osoby s jednotlivými druhy zdravotního postižení podle této klasifikace.

Definice zdravotního postižení, dle Krhutové (2013) není jednotná, existuje mnoho pohledů na vymezení tohoto pojmu. Rozdílnost definic je dána podle toho, které projevy a důsledky zdravotního postižení jsou sledovány a řešeny. Jednotnou definici zdravotního postižení nenalezneme ani na mezinárodní úrovni. Nicméně o definování pojmu se pokusila v roce 1980 Světová zdravotnická organizace, kdy ratifikovala dokument „Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů“.

Tento dokument upravuje pojem postižení jako „částečné nebo úplné omezení schopnosti vykonávat některou činnost či více činností, které je způsobeno poruchou nebo dysfunkcí orgánu“. V roce 2001 však vydala WHO nový dokument s názvem „Mezinárodní klasifikace funkčnosti, postižení a zdraví“ (ICF), který chápe zdravotní postižení jako „pojem zahrnující jak funkční či orgánovou poruchu lidského těla nebo psychickou poruchu lidské osobnosti, tak i nemožnost vykonávat z těchto důvodů určité aktivity či být účasten určitých běžných životních situací, a to i v důsledku existence bariér, které vytváří prostředí, v němž zdravotně postižení žijí.“ (WHO, 2001)

V této práci jsem se zaměřila na sociální práci s osobami s kombinovaným postižením. Kombinované postižení neboli vícenásobné postižení zahrnuje různé kombinace dvou a více vad či poruch, které se vyskytují současně u jednoho člověka. Rozdělení této obtížně popsatelné skupiny osob do užších homogennějších skupin umožňuje lépe popsat a specifikovat okruh jejich potřeb. Jednu takovouto kategorizaci osob s kombinovaným postižením vypracoval prof. Vašek, který rozděluje vícenásobné postižení do tří skupin:

1. mentální postižení v kombinaci s dalším postižením (zahrnuje nejpočetnější skupinu osob s kombinovaným postižením),
2. duální smyslové postižení tedy hluchoslepota,
3. poruchy chování v kombinaci s dalším postižením či narušením. (Zikl, 2012)

Pro pochopení obtíží a potenciálu jednotlivých osob s kombinovaným postižením a následném nalezení správného přístupu byly De Jongem (Zikl, 2005, s. 242-243) popsány čtyři modely tohoto postižení:

"Model sčítání (skládání). O kombinovaném postižení se hovoří tehdy, pokud se u jedince vyskytují dvě nebo více vad současně. Závažnost vady je pak rovna součtu obtíží, které jednotlivá postižení přinášejí.

Model násobení. V tomto modelu dvě nebo více vad také tvoří kombinované postižení, ale objem problémů se zvětšuje mnohem rychleji než u předchozího modelu.

Model schodů. Ústřední místo již nezabírá defekt, ale konkrétní fungování člověka. Při plánování intervencí je nutné nejdříve formulovat problémy určitého jedince a na tomto základu pak stanovit další postup a po jednotlivých krocích odstraňovat nebo mírnit dříve zjištěné nedostatky.

Model kruhu. Důraz je zde kladen na to, že dvě nebo více vad stále působí svým vnitřním vlivem na fungování celého organismu a také na sebe navzájem."

Z výše uvedeného vyplývá požadavek na uvědomění si skutečnosti, že problémy se mohou násobit a kombinovat, což vede ke vzniku neopakovatelné jedinečnosti každého člověka s kombinovaným postižením. Při plánování intervence je třeba stanovit cíle, které budou vycházet nejen ze znalostí obecných typů postižení, ale také ze specifík konkrétního klienta. Při veškeré práci je třeba si neustále uvědomovat jednotu a provázanost psychického, sociálního i fyzického stavu jedince (Zikl, 2005).

Beran uvádí, že podíl klientů, u nichž nacházíme psychogenní poruchy, je v klientele sociálních služeb pro osoby s kombinovaným postižením značný.

Tvoří jej reaktivní stavy, úzkostné, depresivní a fobické neurózy, psychogenní superpozice při somatických chorobách a také početná skupina klientů s různými somatickými obtížemi bez organického podkladu jako jsou hypochondrické, hysterické a astenické syndromy u neuróz, deprese a počáteční stádia psychosomatických onemocnění. U psychogenních poruch mají větší váhu subjektivní údaje sdělené samotným klientem, a sice jeho pocity, hodnotová orientace, názory, myšlenky nebo dokonce jeho fantazie. Rozhovor se zakládá na psychogenetickém působení slovních a neverbálních podnětů. Rovněž stupeň asymetrie vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem má spíše v takovém případě povahu spolupráce dvou partnerů. (Beran, 2009)

Počet osob s psychopatickými příznaky nebo s přítomností psychogenních faktorů představuje velkou část uživatelů sociálních služeb. Rozvojem psychogenní poruchy je obecně vzato ohrožen kdokoli, kdo je dlouhodobě nespokojen se svým osobním životem, není smířen se svým hendikepem, nebo kdo žije ve velkých konfliktních situacích.

Ještě chci zmínit Úmluvu OSN o právech osob se zdravotním postižením (2006) definuje zdravotní postižení jako „dlouhodobé fyzické, mentální, duševní nebo smyslové postižení, které v interakci s různorodými překážkami může bránit plnému, efektivnímu a rovnocennému zapojení jedince do společnosti.“

Zákon o sociálních službách vysvětluje zdravotní postižení jako “tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“. (108/2006, § 3). Když se na uvedené definice podíváme, tak zjistíme, že v té ze Zákona o sociálních službách vypadl autismus (jedná se o duševní onemocnění a je v této kategorii) a také vady řeči (i ty mohou v některých případech způsobit závislost na pomoci jiné osoby). Zdravotní postižení se odlišuje od pojmu „nepříznivý zdravotní stav“, který zákon o sociálních službách také zná a znamená „stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí základních životních potřeb“ (108/2006, § 3).

2 Sociální práce s prvky psychoterapie

Úvodem této kapitoly zmíním základní charakteristiky psychoterapie proto, abych objasnila, v čem se specializovaná terapie liší od psychoterapeutického přístupu. Matoušek uvádí, že psychoterapie je oborem, který má svá teoretická východiska, vlastní diagnostiku, soubor léčebných metod a indikace k jejich použití. Nezbytným předpokladem pro osvojení si tohoto oboru je příslušné vzdělání. „Principiální důraz je kladen na komunikaci a budování vztahů. Komunikace je tak považována za prostředek, který slouží k pochopení a převzetí kontroly nad vlastními pocity a chováním. Profesní výbava sociálního pracovníka se zde opírá o psychologii a také terapeutický výcvik“ (Matoušek, 2010, s. 187).

Podle Kratochvíla (2002) je psychoterapie systematické a záměrné léčebné působení na nemoc, poruchu nebo anomálii psychologickými prostředky, které zároveň napomáhá harmonickému rozvoji osobnosti.

Kratochvíl (2002) tuto definici rozvíjí podrobněji v oblastech

- a) čím psychoterapie působí,
- b) jak působí,
- c) čeho má dosáhnout,
- d) co se při ní děje a
- e) kdo působí.

Silnou stránkou této definice je z mého pohledu zaměření na psychologické prostředky a záměrnost a systematickost. Na druhou stranu je velmi obtížné najít jednotnou definici psychoterapie, s níž by se ztotožnili odborníci různých orientací.

Psychoterapie zahrnuje různé teoretické koncepce, školy a její praktická podoba je značně různorodá. Na jednom pólu jejího spektra jsou nedirektivní interpersonálně korektivní směry zaměřené na úpravu interpersonálních vztahů prostřednictvím sebepoznání klienta. Během procesu sebepoznání dochází i ke znovuprožívání pocitů provázejících konfliktní situace. To

pokládám za příznivý předpoklad dobrého výsledku. Jejím cílem jsou změny v sebehodnocení klienta, změny ve vztazích k osobám v jeho okolí i změny v tom, jak klienta hodnotí osoby, které jsou s ním ve styku. Psychoterapie umožní dospět k adekvátnějšímu interpersonálnímu jednání. Interpersonálně korektivní přístupy se na jednotlivé neurotické symptomy nezaměřují. To znamená, že předmětem hovoru s klientem není co nejpodrobnější popis subjektivních obtíží. Na místo toho psychotherapeutický přístup nedirektivně napomáhá klientovi v poznávání jeho myšlenek a pocitů. Nedirektivní terapie – terapie zaměřená na osobu (Nykl, 2012). Terapeut zde vystupuje jako průvodce, který povzbuzuje klienta na cestě k vlastnímu poznání a seberealizaci. Udělování rad se vyhýbá, úkoly nezdává, klienta nehodnotí. Vytváří příznivou atmosféru a podporuje klientův růst (Kratochvíl, 2012).

Do zmíněného spektra patří různé techniky nácviku chování, hypnóza a metody spočívající ve využívání účinku sugesce. Tyto techniky jsou naopak na konkrétní symptom více zaměřeny. Jsou vhodné k nácviku uvolňování psychického napětí, např. metoda autogenního tréninku a k nácviku nových adaptivnějších vzorců chování, např. konstruktivní hádka. Nacházejí také uplatnění například ve zmírnění některých nutkavých stavů povahy. Při osvojování adaptivních změn chování se postupuje plánovitě a soustavně, přičemž náročnost zadávaných úkolů stoupá. Přestože tento přístup vyžaduje více času a síly ze strany terapeuta, z hlediska trvalé změny se jeví jako účinnější a kvalitnější (Kopřiva, 2006).

V posledních letech můžeme pozorovat úsilí sociálních pracovníků o hledání společných rysů sociální práce a psychoterapie. Výhody jednotlivých oborů se nestaví vyhrčeně proti sobě. Obecně se přijímá názor, že nejlepším předpokladem úspěchu psychoterapie je dobrá kvalita vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem.

Kromě nezbytných teoretických znalostí je potřebné, aby sociální pracovník dosáhl značného stupně sebezpoznání a proto psychotherapeutické vzdělání probíhá často obdobně jako vlastní léčba. Dobré sebezpoznání napomáhá sociálnímu pracovníkovi k lepšímu porozumění klientovi, k optimálnímu reagování na jeho projevy a umožňuje vytvořit příznivý vztah mezi ním a

klientem. Tak jako známe možnosti a meze léčebné techniky nebo účinky léků, které používáme, měli bychom znát, jak působí na klienta psychotherapeutické jednání a umět těchto účinků cíleně využívat. Velmi důležitá je také osobní angažovanost sociálního pracovníka v procesu psychotherapie, jeho morální profil a jeho vztah k lidem.

Naučit sociální pracovníky psychotherapii, to by nebylo reálné. Cílem je poukázat na možnosti osvojit základní postoje potřebné pro psychotherapeutický přístup ke klientům a proto je třeba hledat způsoby, jak psychotherapii přenést do širší praxe. Jak přivést sociální pracovníky vlastnímu cílevědomému zdokonalování se v psychotherapeutickém přístupu.

Zdůrazňuji, že kompetence sociálního pracovníka by měla zahrnovat nejen oblast odborné specializace, ale i obecně vzato odbornost v interpersonální komunikaci s klientem. Vymětal pohlíží na psychotherapii jako na léčebnou činnost, při níž psychotherapeut využívá své osobnosti a svých dovedností k tomu, aby u klienta došlo k žádoucí změně směrem k uspokojivějšímu prožívání, chování ve vztazích a sociálnímu začlenění. Dovednosti se týkají vedení rozhovoru, vytvoření a udržování podpůrného vztahu a používání technik (Vymětal, 2010).

V současné době jsou již vytvořeny určité předpoklady pro vzdělání sociálních pracovníků v základech psychotherapie. To znamená, že si můžeme učinit poměrně přesnou představu o tom, koho, co a jak ze základů psychotherapie učit. Do toho vzdělání patří především obecné otázky komunikace mezi sociálním pracovníkem a klientem, psychotherapeutický přístup v případech psychogenně podmíněných somatických obtíží a u somaticky nemocných.

Vývoj sociální práce je v povědomí laické i odborné veřejnosti spojován se zdokonalováním péče a technického vybavení, které umožní lepší kvalitu života osobám s kombinovaným postižením. Ohromný rozvoj sociálních služeb, stejně jako rychlý nárůst nových poznatků má své nedostatky. Sociální pracovník může např. do podrobností obsáhnout jen úzkou oblast svého oboru. Velmi výstižně se v tomto duchu ptá Matoušek na zásadní otázky, které by si měl každý pracovník v pomáhající profesi, tedy i v sociální práci, klást: Je služba rozšířením klientova světa? Představuje pro klienta naplnění jeho

frustrovaných potřeb? Jakou úlohu by měla služba sehrát a jakou opravdu hraje?(Matoušek 2007).

Respektování psychologických problémů klientů znamená překonání dualistického přístupu v sociální práci a pochopení člověka. Psychologickými prostředky se může zvýšit efekt technických a farmakologických postupů.

Klient nemůže posoudit tak, jak to dokáže sociální pracovník, že metody a přístroje pro něj použité jsou někdy velmi nákladné. Sociální pracovník si toho je vědom a je přesvědčen, že jejich zajištěním pro klienta učinil to nejdůležitější a má pravdu, pokud posuzujeme jeho postup z tohoto hlediska. Klient se však může trápit řadou nevyslovených otázek, např. starostmi o kvalitu života v pozdější době.

Kombinované postižení zasahuje do života, omezuje soběstačnost, ztěžuje a oddaluje dosažení cílů a vyvolává obavy z budoucnosti. Psychologickými prostředky můžeme jejich prožívání, ale i průběh příznivě ovlivnit. Mezi psychologicky působícími faktory má zvláště významné místo vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem. Navrátil uvádí, že sociální pracovník by měl pomáhat klientům, aby získali větší kontrolu nad svými životy a životními podmínkami a současně předcházet závislosti klientů na systémech pomoci (Navrátil, 2000). Klienti si např. stěžují na neosobní až odmítavý přístup sociálních pracovníků, zdůrazňování nedostatku času (který ovšem skutečně existuje) a na nedostatečné poskytování informací a služeb. Kompetence sociálního pracovníka je při tom v současné době široce vymezená a představuje dvě oblasti: jednak oblast úzké specializace oboru, jednak komunikací mezi sociálním pracovníkem a klientem.

Matoušek píše: „je prokázáno, že lékaři, zdravotní sestry, pečovatelky, sociální pracovníci věnují daleko méně pozornosti lidem, kteří nekomunikují nebo komunikují jen s obtížemi – nemluví s nimi, nereagují na jejich neverbální projevy, neptají se jich, nesnaží se naslouchat, hovoří o nich v jejich přítomnosti, chovají se tak, jako by tito lidé byli hluší“ (Matoušek 2005, s 112).

Umět poznat psychickou reakci na potíže a poznat psychologické faktory potíže vyvolávající je potřebná schopnost každého sociálního pracovníka. Bez ohledu na sociální službu je třeba kvalifikovaně poznat potíže a potřeby klienta.

Pörtner uvádí, že práce s lidmi s mentálním postižením je specifická. Většina takových lidí je učena, aby potlačovala své pocity. Nahromaděné pocity mohou vybuchnout, což samotného člověka s postižením může překvapit, nebo může mít strach. Proto je nutné takové lidi přivést k vlastnímu prožívání. Je to o tom, že v popředí stojí důstojnost lidí s postižením a integrita (Pörtner,2009).

Psychologický přístup je v uplatňování souboru psychologicky příznivě působících vlivů nesespecifické povahy. Jsou to např. estetická úprava interiéru v zařízeních, organizace režimu, jednání sociálních pracovníků, které by mělo být na určité společenské úrovni, dostupnost soukromí pro klienty. Naopak psychologickému přístupu neodpovídá např. dlouhé čekání na sociální službu, nebo hovoří-li klient se sociálním pracovníkem v přítomnosti další osoby. Není výjimkou intimní péče o klienta v přítomnosti dalších osob.

Zjistilo se například, že vnitřní prostory budov mají působit světle díky proskleným plochám. Takové prostředí pak samo podporuje komunikaci mezi lidmi. V budovách nebo v jejich blízkosti má být pamatováno na zeleň, protože v prostředí, kde je zeleň se mohou cítit dobře nejen klienti, ale takové prostředí působí příznivě i na sociální pracovníky. Odpočinek v blízkosti zeleně je účinnější.

Psychologický přístup může být pojímán širěji (Vymětal, 1996, s. 127) „znamená, že se s nemocným jedná s porozuměním, úctou, tedy i trpělivě a vlídně ... je budován na principu lidské vzájemnosti a projevuje se konkrétně v tom, že druhému dáváme najevo naše porozumění, zájem, úctu ...Psychologický přístup napomáhá k vytvoření dobrého pracovního společenství mezi sociálním pracovníkem a klientem.... Dobrý pracovní kolektiv by měl tvořit půdu, na které se uskutečňují veškerá opatření ... Důvěra a naděje jsou základem vztahu mezi klientem a sociálním pracovníkem,“ Dle Vymětala bychom mohli „ psychologický přístup nazvat i psychoterapeutickým přístupem, neboť vychází z oboru psychoterapie, zabývající se léčbou psychologickými prostředky“ (Vymětal, 2010, s. 65)

V našem pojetí sociální práce chápe Kratochvíl psychoterapeutický přístup jako cílené používání specifických psychologických prostředků. Za takové zde pokládáme komunikační dovednosti verbální i neverbální povahy a terapeutické využití vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Psychoterapeutický přístup pracovně definujeme jako cílenou integraci psychoterapeuticky působících prvků verbální a neverbální povahy v praxi. (Kratochvíl, 2007). Sociální pracovník může tyto prvky cíleně a individuálně použít při jednání s klientem. Tento vztah je základním předpokladem psychoterapeutického přístupu a má již sám o sobě určitý psychoterapeutický potenciál. Dalšími složkami psychoterapeutického přístupu jsou komunikační dovednosti.

V této práci bych se chtěla soustředit pouze na rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem a na problematiku tzv. podpůrné psychoterapie. U nás se zabývá psychoterapeutickými přístupy (Dostálová, 1986) a (Křivohlavý, 1985) v příručce Psychologická rehabilitace zdravotně postižených.

Sociální pracovníci nenacvičují jednotlivé verbální a neverbální dovednosti, které jsou součástí psychoterapeutického přístupu jako je např. naslouchání, empatie, projevy zájmu a porozumění. Musíme si být vědomi toho, že samotné studium teoretických poznatků nedostačuje k dokonalému osvojení všech praktických dovedností představujících psychoterapeutický přístup. Nicméně je užitečné seznámit sociální pracovníky s možnostmi aplikace psychoterapeutického přístupu v praxi.

2.1 Psychosociální přístup

Postavení jedince ve společnosti se neustále vyvíjí, mění. Změny se týkají člověka v každém věku. Mění se jeho stavy v rodině, ve škole, v pracovním kolektivu i ve společenském životě.

Schopnost včasné, adekvátní adaptace k těmto změnám závisí vedle vnitřních dispozic i od vhodných podmínek, vytvářených společnostmi. Je tomu tak i v péči o osoby s kombinovaným postižením. Věda v posledních desetiletích přináší

nové a nové poznatky při zkvalitňování a urychlování diagnostiky, terapie a doléčování.

Beran zmiňuje, že vyvíjející se postavení jedince ve společnosti je příčinou zvyšující se psychosociální problematiky. Dodává, že je důležité osvětlení využívání různých druhů komunikace a podpůrné psychoterapie jako sociální metody, kterou by si měli pomáhající profese osvojit (Beran, 2009)

V této práci jsem se zaměřila na komunikaci v sociálních službách. Uživatel sociálních služeb, v tomto případě klient s kombinovaným postižením, by měl komunikovat se sociálním pracovníkem s důvěrou a vědomím, že stojí na jeho straně a je mu ochoten i schopen pomáhat. Sociální pracovník je dle Berana v roli citlivého rádce schopného empaticky se vcítit do problémů klienta. Jeho orientace na bio-psycho –sociální jednotu člověka bude schopna obnovit v systému péče tolik potřebnou funkci, která se v poslední době ztrácela z blízkosti klienta za pojmem dehumanizace (Beran, 2009).

Budeme-li ve své činnosti sociální práce vycházet z poznatku Hippokratova, že „není důležité, jakou nemocí onemocněl určitý člověk, ale jaký člověk onemocněl určitou nemocí“. Zjistíme, že tato stará moudrost je aplikovatelná v komunikaci s klienty sociálních služeb.

Úryvek vyjadřuje jeden ze základních problémů nejen sociální práce, medicíny a dalších profesí. Úryvek lze upravit i do modelu rodiny. Se zaváděním techniky do diagnostiky a procesů sociálních služeb, ubývá lidskosti v těchto dějích. To neznamena, že bychom měli techniku v těchto případech odmítat, ta v ní má rozhodně své místo. Jde spíš o to, umět její přínos skutečně vyžít. Pokud za její přínos pokládáme i časovou úsporu, je třeba, abychom uměli tento čas využít ve prospěch klientů. S klientem můžeme hovořit v přátelském duchu, ale činíme to vždy se zodpovědností za vedení rozhovoru a s cílem pomoci v nepříznivé situaci, ať je podmíněna tělesným onemocněním nebo psychosociálně. Rogers uváděl, že terapeut „uznává klienta jako osobnost, a to s takovou pocitovou kvalitou, jakou pociťují rodiče vůči svému dítěti, když ho uznávají jako osobnost bez ohledu na jeho momentální chování. To znamená, že terapeut o klienta pečuje neautoritativním způsobem jako o člověka plného možností“ (Nykl, 2012, s. 151).

Chceme pojednat o psychoterapeutickém přístupu a to především o jeho uplatnění v rozhovoru mezi sociálním pracovníkem a klientem. Psychoterapeutický přístup v diferencované podobě má své uplatnění u celého spektra klientů, s nimiž se sociální pracovník setkává. Mám na mysli možnosti jeho uplatnění u klientů s kombinovaným postižením. Např. u tělesně postižených s mentální retardací, ale také u nejrůznějších onemocnění s poruchou v komunikaci, u nichž nikdy nemůžeme psychogenní složku pominout. Jde o psychické reakce na nemoc a na ohrožení zdraví vůbec. Umění navázat mezilidský vztah, kde má místo trpělivost, ohleduplnost, takt a láska k lidem, je citlivá schopnost pochopení odlišnosti jiných (Klevetová, 2006).

Velká většina činností a interakcí v našem životě je provázena nutností komunikovat a domlouvat se s dalšími lidmi. Práce v sociální i zdravotnické oblasti je přímo postavena na schopnostech a dovednostech komunikace s našimi klienty (Krutilová, 2010). Nelze nekomunikovat. Výměna s okolím, tj. komunikace, je přesně to, co odlišuje živé organismy od neživých. U tvora homo sapiens je pak na nejsložitější úrovni (Gruber, 2005). Chceme-li, aby naše komunikace byla efektivní a přinesla to, co očekáváme, musíme sledovat řadu prvků z oblasti verbální i neverbální (Venglářová, Mahrová, 2006). Navíc je komunikace vždy nejen výrazem toho, co a za jakých okolností říkáme a činíme (a co říkají jiní, ať již sami nebo za pomoci vyspělé technologie), ale současně se také vztahuje k tomu, čím se zabýváme, jak jednáme a jaké způsoby chování jsou nám vlastní (Hlaváček, 2005).

Zapomíná se, že i v největší časové tísní se většinou s klientem hovoří. Podstatné přitom je, jak tento hovor probíhá a čeho se týká. Někdy několik slov, na které zbývá čas, může natropit škodu nebo naopak prospět.

Je známo, že za sociálním pracovníkem chodí lidé i s problémy nesociální povahy. Beran uvádí, že důsledky neznalosti psychosociální problematiky se projevují mimo jiné v tom, že:

- Vznikají problémy v komunikaci s klientem.

- Psychologicky podmíněná onemocnění jsou chybně diagnostikována a následně medikována.
- Jsou větší finanční náklady na léčebně a péči (Beran, 2009).

Jednat s klientem je třeba se naučit obdobně, jako například fyzikálnímu vyšetření. Je již dostatek poznatků k tomu, aby vzdělávání sociálních pracovníků v komunikačních dovednostech mohlo být cílenější, nebylo ponecháno náhodě a sociální pracovník ve své praxi nebyl v této oblasti odkázán jen na svou intuici. Ohromným pomocníkem v komunikaci je úsměv, vlídný pohled do očí, chytnutí za ruku apod. Za takový kontakt je naprostá většina klientů s kombinovaným postižením velmi vděčná. Potřebují vědět, že se jim můžeme a chceme věnovat, že tu pro ně jsme, když budou potřebovat. I člověk, který není zcela schopen vnímat, co mu říkáme, co se děje v jeho okolí, ale cítí pozitivní i negativní nuance v chování okolo (Neubauerová, 2006). Překážkou v této snaze nejsou tedy jen omezené časové možnosti sociálních pracovníků, ale také jejich omezené znalosti v tomto směru a s nimi související postoje.

3 Biopsychosociální model a jeho aplikace v sociálních službách

Biopsychosociální model je podkladem komplexního přístupu ke klientovi. Představuje aplikaci teorie systémů v sociálních službách a rozšiřuje pohled. Obecná teorie systémů může poskytnout nový rámec psychologické teorii. Mohli bychom ji charakterizovat také jako dialektickou jednotu celku a individuality. Systém znamená komplex složek v interakci.

Jak uvádí Navrátil: „teoriemi, které vybavují sociálního pracovníka návody na řešení problémů klientů a teorie klientova světa jsou často teorie psychologické, sociologické i biologické a poskytují sociálnímu pracovníkovi vysvětlení sociálních a psychologických jevů“ (Navrátil, 2001, s. 38).

Biopsychosociální model je dle Berana (2010) aplikací systémového přístupu, který rozšiřuje pohled oproti biomedicínskému modelu, a tím vytváří základnu pro komplexní přístup ke klientům. Beran (2010) dále uvádí, že biopsychosociální model požaduje respektování tří složek: biologické, psychologické a sociální, které se spolupodílejí na vzniku a vývoji nemoci.

Sociální pracovník tedy podle toho nevychází ve svých úvahách a v terapii pouze z nálezů patologických změn, ale hledá ještě podíl psychologických a sociálních faktorů. V rámci biopsychosociálního modelu se sociální pracovník zajímá o větší šíři informací o klientovi, hledá také souvislosti a vztahy mezi událostmi v jeho životě a současným stavem. Pokusy o změnu biomedicínského pohledu popisuje ve své knize i Oldřich Matoušek. „V roce 1905 v Bostonské všeobecné nemocnici vznikla skupina zdravotních sociálních pracovníků, které pomáhaly zlepšovat sociální a psychické podmínky pacienta, protože usuzovaly, že působí příznivě na jeho stav“ (Matoušek 2001, s. 102).

Spojení biomedicínského a psychosociálního modelu znamená nejen obohacení sociálního myšlení a zkvalitnění péče o klienty, ale také její zlevnění.

Dle Tóthové se sociální pracovnice soustředily na uspokojování tělesných potřeb, na výkon, technické dovednosti, přičemž duševní (psychická) stránka klienta byla opomíjena (Tóthová, 2002).

Předpokladem postupu podle zásad biopsychosociálního modelu je empatie sociálního pracovníka k verbálním i neverbálním projevům klienta, aby byl schopen postihnout skutečný smysl jeho sdělení. Empatické porozumění znamená, že si sociální pracovník uvědomuje pocity a osobní významy, které aktuálně klient prožívá a porozumění mu sděluje. „Empatický způsob bytí s druhým člověkem je proces vstupování do osobního percepčního světa druhého a dokonalé zabydlení se v něm“ (Rogers, 2014, s. 121).

Mnohdy jsou nejzávažnější skutečnosti sděleny nevědomě a můžeme je odhalit z neverbální složky klientova projevu. Také první slova, která klient pronese, mají zvláštní význam pro rozpoznání smyslu poskytovaných služeb. Mohou poukázat na případné konflikty nebo problémy v psychosociální sféře. Důležitý je rovněž první dojem, myšlenka, nebo pocit, který v sociálním pracovníkovi klient hned na počátku prvního setkání vyvolá. Doporučuji vzít v úvahu tyto zkušenosti a řídit se jimi, abychom byli vůči klientovi vnímavější. Důležitou součástí vnímání, není jen naslouchání příběhu klientů a obsahu jejich sdělení, ale hlavně o pocity a emoce. Poradce se zaměřuje na klientovo prožívání jeho vlastního světa, svou vnímavost postupně zlepšuje a je schopen zachytit to, co klient neříká slovy, ale sděluje jinak. Vnímat lze mnoho informací, které nám různými cestami klient sděluje (Rogers, 2014).

Biopsychosociální model chápe postižení jako multifaktoriálně podmíněný zásah do celého organismu včetně psychiky. Postižení tedy není jen izolovanou poruchou určitého orgánu tak, jak to předpokládá model biomedicínský. Je dobré, aby sociální pracovník blíže poznal rodinné prostředí určitých klientů. Je důležité vidět klienta s jeho rodinou po hromadě, abychom mohli sledovat i jejich neverbální chování. Správnému nastavení sociálních služeb lze pomoci, jestliže při tvorbě také spolupracuje někdo z rodiny, ke komu má silný pozitivní vztah. Společným rysem osob s mentálním nebo tělesným postižením je to, že žijí v jakémsi bludném kruhu, který tvoří určitá situace a symptom. Například určitá situace prožívaná s úzkostným pocitem

může posléze vést k bolestivým obtížím a ty zas znepokojují a zvyšují tím hladinu úzkosti.

3.1 Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem

Komunikace je transakčním a interakčním procesem, ve kterém každá zainteresovaná osoba může fungovat současně jako mluvčí (vysílač sdělení), tak i jako posluchač (příjemce sdělení). Ve stejném okamžiku, kdy vysílá nějaké informace, může je také přijímat ze své vlastní komunikace a z interakce druhé osoby. Vytváří se tak vztah mezi minimálně dvěma subjekty, které o sobě vědí a společně subjektivně sdílejí, prožívají a zauímají stanovisko k určité objektivní situaci. Objektem komunikace je potom to, jak na tuto situaci reagují, následně ji interpretují a řeší (Pokorná, 2010).

Sociální pracovník a klient tvoří dohromady dynamický vztahový systém (celek), v němž obě složky na sebe působí. Toto vzájemné působení je nejen racionální, ale i emoční povahy. Jakkoli se sociální pracovník snaží o objektivní pohled na klienta, nemůže se vyhnout subjektivním prožitkům, které v něm při setkání s klientem vznikají. Stejně tak i klient může při setkání se sociálním pracovníkem prožívat celou škálu pocitů. Tyto pocity pak ovlivňují jeho chování k sociálnímu pracovníkovi včetně toho, jaké množství údajů klient sdělí a jak jsou tyto údaje hodnotné. Vzájemné pocity sociálního pracovníka a klienta by měly být převážně kladně laděny. Vzhledem k tomu, že z obou stran má na vzniku těchto pocitů podíl řada subjektivních faktorů, které ani nelze mít pod vědomou kontrolou, lze předpokládat, že tento vztah se nebude v jednotlivých částech zcela opakovat. Rogers uvádí, že terapeut otevřeně prožívá pocity a postoje, které se v něm aktuálně vynořují. Plně si je uvědomuje. Klient se nesetká s tím, že by s ním terapeut jednal rezervovaně. Z toho vyplývá, že je zde úzká provázanost mezi tím, co je prožíváno na úrovni organismu, tím, co je obsahem aktuálního vědomí a tím, co je sdělováno klientovi (Rogers, 2014).

Vztah mezi sociálním pracovníkem a klientem má specifický ráz. Obecně však platí, že nejde o vztah zcela symetrický, tak jak tomu může být mezi dvěma přáteli. Symetričtější uspořádání vztahu mezi sociálním pracovníkem a

klientem se blíží vztahu přátelskému, ale není s ním shodné. Má své meze především v upřímnosti a otevřenosti sociálního pracovníka při presentování vlastních osobních problémů. Postavení sociálního pracovníka je v tomto vztahu vždy dominantnější. Stupeň asymetrie se však může lišit v jednotlivých případech. Závisí jednak na faktorech objektivního charakteru spočívajících v závažnosti klientova vztahu, jednak na subjektivních faktorech – vzájemných pocitech.

Aplikace biopsychosociálního modelu v sociálních službách je spjata se symetrizací vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem. Pokud bychom užili kritéria Kratochvíla, je systemická terapie nedirektivní, může být podpůrná i rekonstrukční, odkrývající, je náhledová i akční, nejčastěji je individuální (Kratochvíl, 1998). Sociální pracovník vystupuje neautoritativně, na klienta nenaléhá, dokáže se zdržet většího zasahování do rozhovoru, aby poskytl co největší prostor klientovi. Na základě vysvětlení podstaty sociálních služeb a zásad jejich poskytování se snaží dosáhnout partnerské spolupráce. To uspořádání podporují názory sociálních pracovníků i zkušenosti psychologů.

Pokud je sociální pracovník výrazně dominantní, to znamená, autoritativně rozhoduje a dává pokyny bez vysvětlení, vyprovokovává u nich skrytou agresi. Tento nebo obdobný mechanismus můžeme předpokládat i u jiných skupin klientů. Na takovou situaci můžeme upozornit, nabídka služeb není vhodná, ačkoli jsou jinak pro příznivý vývoj předpoklady, že klient předčasně službu ukončí nebo při ní špatně spolupracuje. Na rozdíl od biopsychosociálního pojetí prakticky orientovaný sociální pracovník přijímá roli co možná neobjektivnějšího pozorovatele, který klienta zkoumá, bere v úvahu jen ta zjištění, která jsou objektivní. A s autoritativním vystupováním mu zajišťuje převahu a odstup a z této pozice pak rozhoduje. „Při psychoterapii direktivní působí terapeut na pacienta přímým usměřováním jeho myšlení, postojů a chování. Dává mu příkazy a rady, vyžaduje splnění určitých úkolů a cvičení nebo používá bdělé či hypnotické sugesce“ (Kratochvíl, 2006, s. 129).

Vztah sociálního pracovníka a klienta je výrazně asymetrický. Často se stává, že za tímto postojem se skrývá určitá vlastní nejistota sociálního pracovníka. Obě varianty vztahu – symetričtější i výrazně asymetrický vztah – mají své

oprávnění, ale ani jeden z nich nemá obecnou platnost. Některým nejistým a submisivním pacientům více vyhovuje právě direktivní přístup. Vyvolává v nich dojem, že terapeut si je jistý, tím pádem se o něj může pacient opřít a nechat se od něj vést (Kratochvíl, 2009).

Z vlastní zkušenosti vím, že klienti očekávají od sociálního pracovníka empatii, respekt, dodání naděje, spolehlivost, chtějí mít pocit, že někdo o ně pečuje. Empatie je respektující porozumění tomu, co druhí prožívají. Empatie k druhým lidem nastává jen tehdy, když se nám podaří zbavit se všech domněnek, představ a soudů o druhých lidech. Udržet blízkost, kterou empatie vyžaduje, není lehké. Být schopný věnovat pozornost trpícímu je velice zvláštní a těžká věc. Je to téměř zázrak. Namísto empatie často míváme silné nutkání radit nebo ujišťovat a vysvětlovat svůj postoj nebo pocit. Empatie na druhou stranu vyžaduje, abychom zaměřili všechnu pozornost na sdělení druhého člověka. Dáváme druhým čas a prostor, který potřebují, aby se mohli plně vyjádřit a cítit se pochopeni (Rosenberg, Marshall, 2008).

Není dobré, když se sociální pracovník od klienta příliš distancuje. Dobří sociální pracovníci to nedělají a jsou schopni osobního lidského projevu. Většina lidí je schopna se v nějaké míře vcítit do vnitřního stavu druhého člověka. Pozorováním citového stavu jiného člověka se víceméně automaticky a nevědomě navozuje podobný citový stav u pozorovatele, ten je však do jisté míry schopen to tlumit a kontrolovat (Koukolík, 2007). Jakmile klient pocítí, že se mu naslouchá, je schopen se zabývat se svým životem i z těch hledisek, jimž se jinak vyhýbal, je schopen pochopit nové souvislosti. Prostředek k tomu je dialog dvou lidí založený na porozumění. Doporučuje se omezit rady, ujišťování a dotazy, namísto toho umožnit klientovi uvolněně hovořit a naslouchat mu. Úskalím totiž bývá, že radíme nebo ujišťujeme dříve, než zjistíme, v čem problém spočívá. Často se stane, že klient je schopen svůj problém sám vyřešit, podaří-li se mu ho jasně a konkrétně formulovat.

Kratochvíl uvádí, že svým permisivním neutrálním postojem pouze podněcuje pacienta ke slovní, emoční nebo činnostní produkci, vytváří příznivou atmosféru pro pacientovu sebeexploraci nebo pro projekci pacientových interpersonálních stereotypů a vyhýbá se indoktrinaci, tj. udělování rad

sugescí, nebo projevováním nebo projevování vlastního názoru (Kratochvíl, 2006).

Osobnost sociálního pracovníka se významně uplatňuje na efektu poskytovaných služeb. Sociální pracovník sám představuje svojí osobností určitou formu služby, která sama musí být jako každý lék uvážlivě ordinována, protože má také nežádoucí a vedlejší účinky. Je důležité, aby sám sociální pracovník byl v dobré duševní kondici, má-li druhým účinně pomáhat. Obecně jde o to poznávat sama sebe. Být v osobním rozhovoru sám se sebou, jehož záměrem je lepší sebepoznání. Jak uvádí Křivohlavý, tento vnitřní rozhovor by měl předcházet i doprovázet náš rozhovor s druhým člověkem – asi tak jako se před servisem v tenise volalo „ready“ – hotovo? Teprve potom co jsme hotovi sami se sebou, měli bychom vstoupit do rozhovoru s druhým člověkem (Křivohlavý, 2002).

Nemůže plně naslouchat druhému, má-li právě závažné problémy sám se sebou- zejména jsou-li jeho problémy náhodou téhož druhu jako klientovy problémy. Stěží můžeme klienta lépe pochopit, dokud se nenaučíme rozpoznávat a kontrolovat své vlastní psychologické problémy. Dle Nekonečného „ postoje souvisí s osobností jedince tak, že plní určitou integrační funkci. Emotivní komponenta postoje tedy určuje intenzitu postoje“ (Nakonečný, 2009, s. 435).

Sociální pracovník by měl být také patřičně vzdělán v metodách pomoci klientům v jejich psychologických problémech. Většina sociálních pracovníků je odkázána na svoji intuici, učí se psychoterapeutické pomoci „metodou pokusu a omylu“, což je užitečné, ve většině případů je to však nedostatečné.

Matoušek například považuje za nejdůležitější předpoklady sociálního pracovníka zdatnost a inteligenci. Domnívá se, že „pomáhání“ je náročné a vysilující a je proto důležité udržovat si fyzickou zdatnost. Člověk by měl tudíž ctít své tělo a být (žít) v souladu s ním (Matoušek, 2008).

Není snadné odhalit a přetnout „bludný kruh“ deformovaných vztahů mezi sociálním pracovníkem a klientem, který se může někdy vytvořit, a tím přispět

ke zmírnění či odstranění obtíží. Komplexní, systémově orientovaný psychosociální přístup k tomu vytváří příznivé předpoklady.

4 Přijímací pohovor v sociálních službách

V první části této kapitoly proto uvedu obecnější charakteristiky přijímacího pohovoru a naznačím důležité podmínky pro lepší poznání vztahů mezi psychosociálními faktory a manifestací klientových obtíží. Ve druhé části kapitoly upozorním na konkrétní otázky přijímacího pohovoru zaměřeného na poznání psychologické problematiky klienta.

Přijímacím rozhovorem zpravidla kontakt sociálního pracovníka a klienta začíná. Vznikají při něm předpoklady pro rozvoj příznivého vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem.

Dle Vymětala rozhovor není pouze samostatným prostředkem psychoterapie, ale je rovněž i rozhodujícím prostředkem mezilidské komunikace (Vymětal, 2004). Již sám dojem, jemuž se můžeme ubránit při setkání s druhým člověkem má v interpersonální komunikaci značný význam. Doporučuje se při uvítání klienta povstat, pozdravit, představit se a podat ruku. Mám zde samozřejmě na mysli takové případy, kdy nejde o mimořádně aktuální stav. Jak uvádí Křivohlavý v úvodní fázi rozhovoru, že pracovník představí sebe i samotné zařízení, tím se předejde nedorozumění v případě, že by klient chtěl navštívit jiné zařízení nebo jinak kvalifikovaného pracovníka. Ke skutečnému rozhovoru dochází tehdy, je-li mezi partnery navázán osobní kontakt (Křivohlavý, 2010).

Na první setkání s novým klientem bychom měli mít více času, abychom mu pod vlivem časové tísně nemuseli „skákat do řeči“ a přerušovat ho hned po několika slovech. Časté přerušování odpovědi a rychlý sled otázek vede u klienta k pocitu nejistoty týkající se toho, zda jeho odpovědi byly výstižně a srozumitelně formulované. Křivohlavý doporučuje, v případě potřeby si s klientem dojednáme termín další schůzky. Jedná-li se o příliš dotěrného klienta, jehož problém se zdá být malicherný, doporučuje se stanovit pozdější termín setkání (Křivohlavý, 2003).

Při přijímacím pohovoru se klient a sociální pracovník navzájem seznamují. Vymětal uvádí, že v rámci rozhovoru se uplatňují jak verbální, tak neverbální projevy, které mluvené slovo mohou doplňovat, nebo mu dodávat jiný význam,

odkázat na další, v řeči nevyslovené podrobnosti. Rozhovor, tedy vzájemné sdělování a sdílení významu mezi dvěma či více lidmi, se děje vždy za určitým účelem (Vymětal, 2010).

Všímají si vzájemně jednotlivých zvláštností v chování i ve vzhledu a to odvádí jejich pozornost. Navíc si zvykají na určité komunikační stereotypy. Klient chce například zjistit, jakými způsoby dává sociální pracovník najevo souhlas nebo svoji nelibost. Také sociální pracovník poznává způsob klientova uvážení a vyjadřování. Dále také musíme vzít v úvahu, že klient se nachází v nezvyklé situaci a prostředí, kde se necítí jistý. Některé otázky nečekal a není připraven na ně odpovědět. Může se proto neobratně nebo nepřesně vyjadřovat. Dodatečně pak mívá pochybnosti, zda jsme mu správně porozuměli.

Matoušek poukazuje, že základním nástrojem sociálního pracovníka je rozhovor. Jedná se o umění klást otázky a naslouchat (Matoušek, 2010). Dostáváme se zde k důležitému upozornění na význam způsobu kladení otázek. Nejde tedy jen o jejich výčet a formulaci, ale také o hledání vhodného okamžiku pro položení otázky. Stejně tak u klienta je důležité nejen to, co říká, ale jak to říká. Význam má proto i tón jeho hlasu a výraz tváře. Jinak snadno mineme to, co hledáme.

Nykl uvádí, že každému člověku je vlastní potenciál růstu, který může být ve vztahu k jedné osobě (např. terapeutovi) aktivován. Předpokladem je, že tato osoba zažívá a zároveň sděluje klientovi své vlastní reálné bytí, svoji vlastní emocionální náklonnost a nanejvýš senzibilní nehodnotící porozumění (Nykl, 2004).

Přijímací rozhovor by měl být úvodem k poznávání vztahů mezi psychikou klienta a jeho obtížemi. Měl by přispívat k tomu, aby sociální pracovník lépe klientovi porozuměl a k tomu, aby i klient sám sebe lépe poznal. V uvedeném směru však může dojít během přijímacího pohovoru jen k určité základní orientaci v problematice, k zaměření pozornosti na některou oblast a k vytvoření rámcové představy o psychickém vývoji klienta. Její prohloubení a rozšíření vyžaduje opakované rozhovory. Klient si tak postupně uvědomuje aspekty prožívání, které před tím byly zkreslené nebo popřené vědomím (Vybíral 2010).

Snažíme se hledat vztah mezi symptomy, o nichž předpokládáme, že se rozvinuly na psychogenním podkladě, a životem klienta. Hledáme časovou souvislost mezi vznikem těchto symptomů a určitými změnami či událostmi v životě klienta. Objeví-li se somatický symptom (mám zde na mysli symptom psychogenně podmíněný), klient ho chápe jako něco, co není spojeno s jeho životem, co nemá vztah k jeho životním událostem (1. fáze). Teprve později ve spolupráci se sociálním pracovníkem (2. fáze) může dojít k poznání, jaký má symptom vztah k jeho životu. Poznání souvislosti a pochopení vztahů se v psychoterapii označuje jako náhled. Bývá výsledkem často dlouhodobého společného úsilí psychoterapeuta i klienta. Ve větší míře se můžeme k cíli přiblížit při psychoterapeutických rozhovorech během dlouhodobě probíhající léčby. Kratochvíl uvádí, že v mezilidské komunikaci dochází k různým transakcím, na kterých se vždy podílejí všechny tři složky osobnosti. Průběh i výsledek je pak závislý na tom, který stav je v dané situaci dominantní. Transakce mohou být rovnoběžné a vzájemně se doplňující a pak komunikace probíhá většinou v pořádku, nebo mohou být zkřížené, a to je zákonitě zdrojem potíží a konfliktu (Kratochvíl, 2002).

Podrobnější a hlubší porozumění zejména složitějším vztahům a situacím v životě klienta je však již součástí specializované psychoterapie, jejíž vedení předpokládá příslušné vzdělání. Jak uvádí Krutilová, i tito pracovníci musí mít svou odbornost, souhrn dovedností a znalostí, které je potřeba si pro výkon daného povolání osvojit. Na rozdíl od jiných povolání však v těchto profesích hraje velmi podstatnou roli ještě lidský vztah, vztah mezi pomáhajícím profesionálem a klientem (Krutilová, 2014).

V přijímacím rozhovoru sociální služby se používají různé typy otázek. V rutinní praxi jsou běžné takové otázky, které směřují k stručné odpovědi: „ano-ne“. Otázky tohoto typu mají své oprávnění zejména tehdy, chceme-li se rychle orientovat.

Křivohlavý zmiňuje, že „úspěch lze posuzovat podle toho, nakolik plní požadavek vyjádřený v otázce, podle míry informace, kterou tazatel přináší, anebo podle komunikačního významu“ (Křivohlavý 1985, s. 33). Nevýhodou je, že neposkytují větší prostor k odpovědi a odpověď předem vymezují. Rizikem

je i určitá možnost sugestivního působení na tazatele. Jak zmiňuje Vybíhalová „Jen zcela výjimečně porozumí příjemce všemu sdělovanému tak, jak to produktor ‘myslel’. Není pravděpodobné, že by se v mysli obou účastníků překryly veškeré symbolické struktury – asociace nad jazykovými znaky, obrazové představy aj. Spíše je tomu tak, že příjemce má dojem, že víceméně rozumí tomu, co mu chce (někdy i ‘proč’) druhý člověk říct ... To, jakým významem člověk – ať podvědomě nebo záměrně – užitá slova naplní, závisí na jeho snaze přesně se vyjádřit, na mentální reprezentaci světa v jeho mysli a na řadě dalších okolností. I přes velkou snahu produktora o přesnost může přesto příjemce denotovat užitá slova rozdílně“ (Vybíhalová, 2012, s. 24).

V přijímacím pohovoru je vhodné kromě předchozího typu otázek klást ještě otevřené otázky. Mají význam povzbuzení, vybídnutí. Otevřené otázky ponechávají větší prostor pro odpověď, klient může hovořit o tom, co sám pokládá za důležité. Takové otázky mohou vést např. ke zjištění klientova postoje k jeho postižení, což je důležité pro odhad klientovy další interakce. Podle Matouška je interakce sociální styk, v jehož rámci dochází ke vzájemnému působení lidí tak, že chování jednoho se stává podnětem pro chování druhého, jeho reakce se naopak stává podnětem pro prvního nebo dalšího, zahrnuje jak komunikaci, tak uplatňování vlivu a moci (Matoušek, 2016).

Otevřené otázky napomáhají klientovi k tomu, aby o sobě začal přemýšlet nahlas, aby se sám pokoušel hledat nové souvislosti a vztahy mezi událostmi svého života. Klient se může učit i z našeho přístupu, když mu v rozhovoru sami pomáháme objasnit určité situace a události z jeho života.

Během přijímacího rozhovoru můžeme začít otevřenými otázkami a pak trychtýřovou technikou přejít na otázky konkrétně cílené. Někdy pokládáme otázku a v téže větě nabízíme odpověď. Jindy klademe v jedné větě, nebo těsně za sebou, dvě různé otázky. Stává se to zpravidla ve spěchu. Obojímu bychom se měli v rámci profesionálního postupu vyhnout. Vymětal píše, že při dotazování bychom se měli držet zásady, že méně je někdy více, protože pokládání velkého množství otázek může brzdit celkovou spontánnost

rozhovoru, jelikož se klient v záplavě otázek přestává orientovat a neví, na kterou z otázek odpovědět dříve (Vymětal, 2010).

Klienta bychom se také měli zeptat, jaké pokusy již sám dříve podnikl, aby se svých obtíží zbavil. Může se jednat o změnu aktivity ve volném čase, snahu zhubnout nebo naopak přibývat na váze apod. Takové klientovy pokusy můžeme komentovat oceněním jeho snahy hledat východisko. Současně zpravidla poukážeme na to, že zmíněné alternativy nebyla příliš úspěšné, protože nebyly pravděpodobně adekvátní povaze klientova problému, což se kromě jiného projevilo i v tom, že zvolené řešení nevedlo k očekávanému výsledku, i když se k nim klient opakovaně vracel. Upozorníme na další možnosti, které by mohly přinést lepší výsledky. Vymětal doporučuje, že při dotazování je vhodné používat strategii trychtýře, kdy pokládáme nejprve otázky obecnějšího charakteru a postupně se dostáváme k otázkám konkrétnějším a zjišťujeme detaily (Vymětal, 2010).

Při přijímacím rozhovoru, který patří k prvním setkáním sociálního pracovníka a klienta, nemůžeme počítat s tím, že by nám klient byl hned ochoten a schopen svěřit vše. K získání důvěry je zapotřebí určitého času. Klient si také nemůže všechno, co má význam v dané situaci, vybavit. Zájem sociálního pracovníka povzbuzuje klienta ke sdílnosti více než série dotazů. Zájem je patrný v naslouchání a v ochotě provázet klienta labyrintem jeho trápení. Někdy příkývnutí jako projev zájmu postačí. Empatie je spolu s opravdovostí a vřelostí jednou z důležitých podmínek úspěšné práce s klientem (Hartl, Hartlová, 2000).

Zdůrazníme tak, že je to klient, pro koho jsou podrobnosti tématu důležité, nikoli sociální pracovník, který by je chtěl sám pro sebe vědět. Upozorníme klienta na jeho podíl, který spočívá jeho spoluzodpovědnosti za průběh i výsledek.

Projevy zájmu musíme mít pod vlastní kontrolou i proto, abychom jimi klienta neovlivňovali v tom, co sděluje. Ve snaze udržet zájem sociálního pracovníka by se klient mohl orientovat na ty obsahy, o nichž předpokládá, že je chce slyšet, namísto aby hovořil o tom, co sám pokládá za podstatné. Matoušek zdůrazňuje, že dobrý poradce je i dobrým posluchačem. Naslouchání je jedním ze základních postupů ve vedení rozhovoru (Matoušek, 2011).

Mohl by vzniknout mylný dojem, že dospíváme k takové představě iniciálního rozhovoru s klientem, při němž sociální pracovník se zájmem naslouchá jeho spontánnímu verbálnímu projevu, provází ho, ale jinak se neprojevuje. Vymětal varuje, poměrně velkým rizikem při komunikaci s klientem je selektivní naslouchání, kdy posloucháme, jak se říká jedním uchem. Pracovník si vybírá pouze ty informace, které jsou jemu potřebné, a klienta již dále nevnímá. Je to zapříčiněno tím, že sociální pracovník začne přemýšlet nad tím, co klientovi poradí a na jaké otázky se jej zeptá. Při selektivním naslouchání některé klientem vyřčené sdělení pracovník vůbec nevnímá nebo na ně nereaguje adekvátně. Může tak docházet k informačnímu zkreslení, případně si sociální pracovník vytvoří obraz, jenž potvrzuje jeho hypotézu, ale neodpovídá skutečnosti (Vymětal, 2003).

Naprostá pasivita je v takové situaci stejnou chybou jako přílišná aktivita. K direktivnímu přístupu vede, často časová tíseň. Klientovi je v iniciativním rozhovoru třeba klást otázky a někdy ho v hovoru přerušit. Kopřiva uvádí, že v rámci rozhovoru je potřeba nechat mluvit klienta, protože pouze on sám je expertem na své problémy a zná důvody, proč se rozhodl navštívit dané zařízení a s ním i pracovníka. „Pracovník nemá možnost sám plně kontrolovat, nakolik bude aktivní on a nakolik klient. Výsledná podoba rozhovoru je vždy společným dílem obou.“ (Kopřiva, 2000, s. 15). Pokud klient o něčem odmítá hovořit, nenutíme ho. Násilná snaha pronikat do klientova soukromí není vhodná. O určitých věcech lze hovořit až ve vhodnou dobu, kdy sociální pracovník získá klientovu důvěru.

Kopřiva sděluje, že v rámci rozhovoru je potřeba nechat mluvit klienta, protože pouze on sám je expertem na své problémy a zná důvody, proč se rozhodl navštívit dané zařízení a s ním i pracovníka. Pracovník nemá možnost sám plně kontrolovat, nakolik bude aktivní on a nakolik klient. Výsledná podoba rozhovoru je vždy společným dílem obou (Kopřiva, 2000). Je vhodné, jestliže přijímací rozhovor není založen pouze na jednocestné komunikaci informací, to znamená na klientových údajích adresovaných sociálnímu pracovníkovi, ale je-li komunikace oboustranná. Mocenská pozice sociálního pracovníka do jisté míry ovlivňuje možnosti a způsob poskytování pomoci. Klient je bezmocný již díky tomu, že něco potřebuje (Kopřiva, 2000).

Upozorním ještě na význam subjektivních faktorů při rozhovoru, které se uplatňují jak na straně sociálního pracovníka, tak na straně klienta. Snaha získat o klientovi objektivní údaje a naprosto objektivně je vyhodnotit není zcela reálná. Život klienta ovlivňuje i to, co se slovy těžko vyjadřuje, co si jen mlhavě uvědomuje nebo i to, o čem v dané chvíli vůbec neví, ale je v něm přítomno.

4.1 Neverbální komunikace mezi sociálním pracovníkem a klientem

Verbální stránka, tedy to, co říkáme slovy je pouze část psychoterapeutického rozhovoru. Neméně důležitou část tvoří neverbální složka komunikace. Neverbálně sdělované informace většinou „vyhodnocujeme“ nevědomě. Podle Matouška se obecně jedná o sdělování informací jak mezi lidmi, případně zvířaty, tak v systémech jiného druhu. V případě sdělování informací mezi lidmi zahrnuje termín komunikace všechny existující prostředky slovní i mimoslovní (Matoušek, 2016).

V rámci komunikace s osobami se zdravotním postižením neexistují striktně daná pravidla. Komunikační modely ovlivňuje celá řada faktorů, ke kterým je vždy nutné přihlídnout. Významným faktorem je špatná verbální komunikace v důsledku postižení. Z tohoto důvodu kladu na neverbální komunikaci velký důraz. Nejedná se jen o neverbální informace přijímané od klienta s postižením. Neverbální informace také nevědomě vydáváme. Informace sdělované verbálně a neverbálně mohou být ve vzájemném souladu. Jindy však říkáme něco jiného než to, s čím jsme vnitřně ztotožnění a to se z pravidla projeví v našem neverbálním chování.

Neverbální komunikace je vývojově starší, spontánnější, jednoznačnější, méně kontrolovaná a kontrolovatelná, a tudíž i pravdivější. Čím jsou city a hodnoty v komunikaci významnější, čím více dominují nad rozumem, tím více se podstata sdělení šíří pomocí neverbální komunikace (Plamínek, 2008).

Neverbální chování v širším smyslu můžeme rozdělit ještě a vlastní neverbální chování, které představuje mimika, gesta, para verbální jevy, které znamenají způsob, jak je verbální informace řečena. Para verbální projev tvoří intonace řeči, rychlost, hlasitost řeči, pauzy v řeči a tón hlasu. Jak uvádí Křivohlavý,

pohledem i tónem hlasu nám druzí lidé říkají mnoho, co doplňuje jejich slovní projev. To nejzávažnější sdělují však tím, co dělají – činy. Přesněji tím, jaký hodnotový dopad má čin na nás (...) může s námi hovořit, ale vzápětí udělá něco jiného, než to o čem hovořil. Jeho čin mluví podstatně srozumitelnější řečí, než jeho slova, nebo to, jak se při osobním setkání tváří (Křivohlavý, 2014).

Je možné se domnívat, že slova jsou tím nejdůležitějším, co rozhovor činí rozhovorem (Křivohlavý, 2014). Toto lze tvrdit pouze zčásti a záleží na kvalitách sociálního pracovníka, jak si obě složky komunikace složí do sebe. Tou druhou a z hlediska sociálního pracovníka tou důležitější, neboť probíhá mimovolně, pokud se nejedná o zkušeného a trénovaného rétorika, který i svá gesta velmi pečlivě ovládá, je komunikace nonverbální, kam patří gesta, postoje a mimika. Z mimiky jsou velmi důležité naše oči, které jsou výmluvnější než slova. Osobu, se kterou komunikujeme, je nutné posuzovat jako celek a k tomu je potřeba připojit zmíněné složky nonverbální komunikace (Křivohlavý 2014).

Pro porozumění neverbálnímu chování je důležitý kontext, v němž se toto neverbální chování uskutečňuje. Sám pohybový vzorec (např. smích) ke sdělení obsahu nestačí. Teprve kontext dá výrazu odpovídající význam (smích jako projev radosti nebo výsměch). Význam je patrný teprve z kontextu, v němž je pohyb (gesto, mimický projev) prezentován. Mezilidská komunikace je dennodenním živým procesem, který provází každého z nás po celou dobu bdění, ať se nacházíme v jakémkoliv prostředí a v jakékoliv situaci. I naše mlčení poskytuje člověku velké množství informací (Linhartová, 2007).

Mnoho lidských výrazových prostředků (smích, pláč aj.) označovaných jako mimika, se vyskytuje shodně ve všech lidských kulturách a jsou pokládány za druhově specifické projevy. Jsou vrozené. Jak vysvětluje Křivohlavý, mimika znamená vyjadřování pomocí výrazu obličeje, pohybem obličejových svalů. Vyjadřujeme jí emoce, aktivitu, očekávání. Mimikou sdělujeme i kulturně tradovaná gesta (zdvořilostní úsměv) a tzv. instrumentální pohyby, např. výrazy obličeje při kýčání (Křivohlavý, 1985). Jiné neverbální projevy jsou specifické pro určitou kulturu a získávají se učením. Vztah mezi vrozeným a

naučeným chováním nemá povahu „buď-nebo“. Vrozené předpoklady umožňují naučit se určitému chování. Obojí na sebe navazuje. Každý vztah je ovlivněn systémem dalších vztahů, sociálními normami a očekáváními.

Znalost významu neverbálních projevů je potřebná pro různé profese. Myslím si, že někteří lidé jsou pro porozumění neverbálním chováním přirozeně nadanější, jsou to třeba úspěšní obchodníci, diplomaté, ale jiní, k jejichž profesi rovněž patří jednání s lidmi, pomůže, pokud se poučí. Na trhu je spousta knih, příruček i kurzů. Internet a televize může také pomoci učit se porozumět neverbálnímu chování. Vypneme-li zvuk, můžeme se pokoušet porozumět obsahu, po chvíli si zvuk zesílíme, abychom korigovali svůj dojem a posoudili přesnost našeho porozumění obsahu sdělení.

4.2 Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem

Rozhovor je možno považovat za nejběžnější formu sociální komunikace a dialog je jeho vyšší stupeň. Termín dialog pochází z řečtiny. Dia-logos znamená skrze slova, pomocí slov (Křivohlavý, 1985). Dialogem je takový rozhovor, ve kterém se všichni jeho účastníci drží věci a neodbíhají od tématu, kde se nekritizuje. Dialog je vyšší a rozvinutější formou rozhovoru, je zaměřen na zcela konkrétní cíl (Křivohlavý, 1988).

Rozhovor patří mezi základní diagnostické metody, jedná se o rozmlouvání zejména dvou, ale i více osob. Jedná se o zvláštní případ sociální interakce, kdy účelově něco sdělujeme či sdílíme (Vymětal, 2010). Během každodenní praxe nastávají situace, kdy dospějeme k názoru, že s určitým klientem bychom měli promluvit v poněkud větším rozsahu, než je obvyklé při běžném rozhovoru. Vymětal dále uvádí, že každý rozhovor má svou dynamiku, rytmus. Hovoříme o průběhu komunikace, který je určován všemi účastníky rozhovoru (Vymětal, 2003).

Vycházím v takovém případě z toho, že kořeny klientových obtíží spatřujeme v jeho psychice. Vzniká tak příležitost k rozhovoru mezi sociálním pracovníkem a klientem, v němž aplikujeme psychoterapeutický přístup při řešení jeho

problémů psychologické povahy. Problémy psychologické povahy, jichž se rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem týká, jsou buď přítomny samostatně, nebo se objevují v souvislosti se základním somatickým onemocněním.

Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem představuje významnou složku preventivní péče. Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem by měl splňovat tyto účely (Křivohlavý, 1985):

- vytvořit předpoklady pro rozvoj vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem,
- pomoci klientovi v porozumění jeho nemoci nebo postižení, což platí zejména o těch případech, kdy klientova spolupráce má větší význam,
- poskytnout klientovi emoční podporu,
- získat informace o klientovi a jeho potřebách.

Zjišťování anamnézy nezaměňujeme za rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem. Matoušek definuje anamnézu jako shromažďování, třídění a zpracování údajů o klientovi, které objasňují jeho vývoj a současný stav (Matoušek, 2016). Stejně tak ne každý rozhovor představuje aplikaci psychoterapeutického přístupu. Rozhovor by měl mít psychoterapeutickou hodnotu. Mohli bychom proto také hovořit o psychoterapeuticky působícím rozhovoru. Jsem si vědoma toho, že psychoterapeutická hodnota rozhovoru mezi sociálním pracovníkem a klientem je v některých případech jen omezená.

Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem odlišujeme na jedné straně od rozhovoru anamnestického a na druhé straně od odborně vedené psychoterapie. Kratochvíl uvádí dělení psychoterapie podle rozličných kritérií. Těmito kritérii jsou například míra direktivnosti (direktivní vs. nedirektivní psychoterapie), zaměření na psychický proces/stav (kognice vs. emoce vs. chování), „hloubka“ psychoterapeutického působení (symptomatické vs. kauzální) apod. (Kratochvíl, 2006).

Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem se může týkat nejen duševních nebo tělesných obtíží, ale jakékoli klientovy problémové oblasti. Klient v něm má více prostoru ke svým sdělením. Pokud klade sociální

pracovník během takového rozhovoru otázky, pak spíše takové, které naznačují nové pohledy a vyplývají z kontextu. Pevné schéma otázek, obdobné jako u anamnestického rozhovoru, zde není stanoveno. Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem má podobu méně strukturovaného rozhovoru, nežli tomu je v případě rozhovoru přijímacího.

Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem klade na obě strany značné nároky. Klient v něm není pouze pasivním příjemcem uklidnění, podpory a informací. Předpokládá se jeho aktivní účast na rozhovoru. Ta spočívá především v otevřenosti k sociálnímu pracovníkovi při rozhovoru o tématech, která se často dotýkají klientova soukromí. Rogers věřil, že je to právě klient, který ví, jaké problémy potřebuje řešit a co je pro něj zásadní. Zatímco dříve se zaměřoval na to, jak jiného člověka změnit nebo uzdravit, později se snažil spíše vytvořit vztah, který může dotyčný použít k vlastnímu rozvoji (Rogers, 2014).

Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem zpravidla navazuje na rozhovor přijímací. To znamená, že sociální pracovník již měl možnost získat představu o povaze klientových obtíží a jeho životní situaci, s níž jsou spjaty jeho psychologické problémy. Matoušek věří, že 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).

Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem pak prohlubuje a rozšiřuje rozhovor přijímací. Vracíme se v něm k významným životním událostem, k tomu, jak je klient prožíval. Podrobněji s ním hovoříme o jeho současné životní situaci. Zvažujeme její vliv na klientovu životní spokojenost, případně na to, do jaké míry ho současná situace zatěžuje. Vymětal řadí mezi psychoterapeutické prostředky i psychoterapeutický vztah. Přiřazuje mu ale mezi prostředky zcela mimořádný význam, kdy je tento meziosobní vztah základem jak prostředí, kde se pomocí různých psychologických postupů člověk mění, tak v některých případech i vlastním prostředkem změny (Vymětal, 2010).

Jsou případy, kdy rozhovor je vlastně lékem volby a nemohou ho nahradit žádná vyšetření a léky. Rozhovor může příznivě ovlivnit klientovu reakci na danou situaci, představuje formu psychoterapie. Za léčebné prostředky (faktory) jsou považovány navozené děje, skrze které se děje změna. Mezi ně patří; slovo, rozhovor, gestikulace, vytváření prostoru pro projev emocí, a doprovázení, které podporují uzdravení klienta, porozumění kontextu nepříjemných situací, podpora, která směřuje ke změně, která vede k lepší kvalitě života a odstranění nežádoucích obtíží (Vymětal, 2010).

Lidé s kombinovaným postižením mají některé osobností znaky stejné, přesto se u nich liší schopnosti komunikovat, která závisí na jejich stupni mentálního postižení, zda jsou postiženy psychické funkce nebo složky psychiky a jakým způsobem, a zda je mentální vývoj rovnoměrný.

5 Metodologická část

Z předchozí teoretické části vychází Metodologická část, která pomocí technik hledá odpovědi na dílčí výzkumné otázky a Hlavní výzkumnou otázku: „Zda a jak využívají sociální pracovníci psychoterapeutický přístup ke klientům s kombinovaným postižením.“ Odpovědi na výzkumné otázky jsou hledány pomocí polo strukturovaných rozhovorů. Respondenty výzkumu byly sociální pracovnice ve stacionáři pro osoby s kombinovaným postižením. Rozhovory jsou následně přepisovány a podrobeny důkladnější analýze (viz. Analytická část), aby směřovaly k cíli výzkumu.

5.1 Cíl výzkumu

Cíl výzkumu zodpoví hlavní výzkumná otázka, která je zaměřena na práci sociálních pracovníků s osobami s kombinovaným postižením. Hlavní výzkumná otázka: „Zda a jak využívají sociální pracovníci psychoterapeutický přístup ke klientům s kombinovaným postižením.“

K hledání odpovědi přispějí dílčí výzkumné otázky, které jsou zaměřeny na jednotlivé fáze práce s klientem.

Dílčí výzkumná otázka č. 1

„Zda a jak využíváte psychoterapeutický přístup ke klientovi v přijímacím pohovoru?“

Dílčí otázka se zaměřuje na první setkání sociálního pracovníka s klientem, což bývá přijímací pohovor. Pomocí polo strukturovaného rozhovoru se zaměřujeme na formy a fáze přijímacího pohovoru.

Dílčí výzkumná otázka č. 2

„Zda a jak využíváte psychoterapeutický přístup ke klientovi při tvorbě individuálního plánu?“

2. dílčí výzkumná otázka se zaměřuje na pravidelná setkání sociálního pracovníka s klientem při tvorbě Individuálního plánu. Každý klient má

Individuální plán, dle kterého se stanovuje jeho péče ve stacionáři a dílčí otázka hledá odpověď, zda se při jeho tvorbě využívá psychoterapeutický přístup.

Dílčí výzkumná otázka č. 3

„Zda a jak zjišťujete psychické a emocionální naladění klienta během pobytu ve stacionáři?“

Tato dílčí otázka zodpoví, zda sociální pracovník ve stacionáři zjišťuje v jaké je klient psychické pohodě, či nepohodě. Zda sociální pracovník sleduje během pobytu emoce klienta s kombinovaným postižením.

Dílčí výzkumná otázka č. 4

„Zda a jakým způsobem pracujete s klientovými pocity a emocemi ve stacionáři?“

4. dílčí otázka navazuje na předchozí dílčí otázku č. 3. a sleduje sociálního pracovníka, který se zabývá emocemi klienta s kombinovaným postižením. Sociální pracovník odpovídá, zda pracuje s klientovými emocemi a dále zjišťujeme, jakým způsobem s těmito emocemi pracuje.

Dílčí výzkumná otázka č. 5

„Máte ve standardech či jiných dokumentech popsány postupy, jak zjistit a zajistit klientovu psychickou pohodu?“

Tato dílčí otázka se zabývá, zda je popsán postup v dokumentech pro pracovníky, jak zajistit psychickou pohodu pro klienty s kombinovaným postižením.

5.2 Výzkumná metoda

Výzkumnou metodou jsem zvolila kvalitativní přístup formou polo strukturovaného rozhovoru.

Kvalitativní výzkum je takový výzkum, jehož výsledků se nedosahuje za pomoci statistických metod, jak uvádí metodoložka (Corbinová, Strauss, 1999).

Nezvolila jsem výzkum kvantitativní, jelikož otázky se zabývají psychoterapeutickým přístupem, psychikou a emocemi klienta s kombinovaným postižením, které nejsou měřitelné. Kvalitativní výzkum v sobě nese mnoho postupů, které se snaží porozumět zkoumané sociální problematice. Na rozdíl od kvantitativního výzkumu, který pracuje s čísly, kvalitativní výzkum se zaobírá neměřitelnými charakteristikami. Údaje jsou získávány delším a hlubším kontaktem s oblastí, ve které výzkum probíhá (Reichel, 2009). Analýza dat polo strukturovaných rozhovorů mi pomohla ke sběru dat potřebných k pochopení chování a psychoterapeutického přístupu sociálního pracovníka ke klientovi s kombinovaným postižením. Podle Hendela: „Hlavním cílem kvalitativního výzkumu je objasnit, z jakého důvodu se lidé chovají, tak jak se chovají, jak organizují svoje denní aktivity a další. Sesbíraná data se analyzují a interpretují. Výzkumník ve svém hledání a snaze pochopit aktuální dění, vytváří podrobný popis toho, co pozoroval a zaznamenal.“ (Hendel, 2016 str. 47).

5.3 Technika sběru dat

Pro sběr dat v této práci jsem zvolila polo strukturovaný rozhovor se sociálními pracovníci stacionáře pro osoby s kombinovaným postižením. Polo strukturovaný rozhovor nabízí možnost volného vyjadřování tazatele vyprávěním. Pomocí stanovených dílčích otázek je struktura vyprávění udržována v daných strukturách rozhovoru. Pořadí jednotlivých dílčích otázek není pevně stanovené, otázky na sebe volně navazují. Rozhovor by měl vždy mít za cíl zodpovědět na hlavní výzkumnou otázku. Reichel říká: „Rozhovor je v každém případě poměrně specifická sociální situace, která je navozená uměle, obvykle na základě určité aktivity tazatele. Role tazatele se bude odlišovat a ve formě polo strukturovaného rozhovoru je tazatel významným spolutvůrcem konkrétní podoby rozhovoru.“ (Reichel, 2009, str. 112- 113).

5.4 Výběrový soubor

Dle Reichela (2009, str. 75) lze definovat základní soubor: „jako souhrn objektů, který lze vymezit, podchytit, identifikovat a z něhož se pak vybírá výběrový soubor.“ V této práci byly do souboru vybrány sociální pracovníce stacionáře pro osoby s kombinovaným postižením. Sociální pracovníci jsou kvalifikované podle Zákona č. 108/2006 o sociálních službách.

Respondent	Pohlaví	Věk	Vzdělání	Město
č. 1	Žena	53	vyšší odborné	Beroun
č. 2	Žena	37	vysokoškolské	Beroun
č. 3	Žena	28	vysokoškolské	Praha
č. 4	Žena	43	Vyšší odborné	Praha
č. 5	Žena	32	vysokoškolské	Praha

5.5 Etické zásady výzkumu

Rozhovory byly realizovány se sociálními pracovníci dané cílové skupiny, tedy pracujícími s osobami s kombinovaným postižením. Při rozhovoru byl přítomný vždy jen respondent a já. Před zahájením rozhovoru byla sociální pracovníce seznámena s výzkumem a průběhem rozhovoru i s jeho anonymitou. Sociální pracovníci vyjádřily souhlas s nahráváním a zpracováním rozhovoru pro účely diplomové práce. Byla dodržena zásada, že respondentům nebyly zatajeny žádné informace spojené s výzkumem v diplomové práci. Respondentům nebyly sděleny žádné informace, které by mohly nějakým způsobem ovlivnit výsledky výzkumu. Bylo respektováno případné odmítnutí v poskytnutí rozhovoru nebo účasti ve výzkumu. Respektování svobody odmítnutí je další důležitou zásadou. To znamená, že účastníci musí být seznámeni s možností kdykoliv ukončit svoji účast na výzkumu (Hendel, 2016).

5.6 Realizace rozhovorů

Rozhovory byly realizovány v průběhu měsíce února až dubna 2020. Jednotlivé rozhovory jsem s respondenty domlouvala telefonicky nebo osobně. Termín a čas rozhovoru byl vždy přizpůsoben sociální pracovníci tak, aby se rozhovor uskutečnil před, nebo po pracovní době. Některé rozhovory se uskutečnily v polední přestávce. Rozhovory se s jednotlivými účastníky realizovaly v uzavřeném prostoru. Ve dvou případech ve stacionáři, v kanceláři sociálního pracovníka, ve dvou případech v místnosti, kde sociální pracovník komunikuje s klienty s kombinovaným postižením a v jednom případě telefonicky. Místo rozhovoru bylo záměrně stanoveno na „domácí půdě“, kde se mohl respondent cítit uvolněně. Na začátku rozhovoru byly sociální pracovnice seznámeny s průběhem polo strukturovaného rozhovoru a s možností rozhovor odmítnout. Respondenti vyslovili souhlas s poskytnutím rozhovoru, s jeho nahráváním i použitím pro účely diplomové práce. V rozhovoru byly kladeny otevřené otázky, aby podpořily volné vyprávění. Občas jsem musela, vzhledem ke struktuře, vrátit téma rozhovoru zpět k dílčím otázkám. Rozhovory byly inspirující a výstižné. Díky metodě polo strukturovaného rozhovoru jsem získala potřebná data na analýzu a zpracování.

6 Analytická část

6.1. Popis jednotlivých dílčích otázek

V této části popíšu jednotlivé kódy dílčích otázek, které vedou k zodpovězení hlavní výzkumné otázky.

1. Zda a jak využíváte psychoterapeutický přístup ke klientovi v přijímacím pohovoru?

Cílem této dílčí výzkumné otázky bylo zjistit, zda sociální pracovníce ve stacionáři pro klienty s kombinovaným postižením využívají v přijímacím pohovoru psychoterapeutický přístup. Zda v přijímacím pohovoru poskytují klientovi prostor pro své vyjádření, zda se sociální pracovník zaměřuje i na neverbální komunikaci, zda klientovi vytváří vhodné prostředí.

V této otázce jsem se zaměřila na témata prvního kontaktu sociálního pracovníka s klientem s kombinovaným postižením. S kým se klient setkává při první návštěvě stacionáře. V rozhovoru respondenti popsali, jak přijímací pohovor probíhá, co je psychoterapeutický rozhovor. Zda se přijímací pohovor dělá formou dotazníku, strukturovanou nebo polo strukturovanou metodou rozhovoru či volným povídáním.

2. Zda a jak využíváte psychoterapeutický přístup ke klientovi při tvorbě individuálního plánu?

Cílem 2. výzkumné otázky bylo zjistit, zda sociální pracovníci využívají psychoterapeutický přístup při tvorbě individuálního plánu klienta s kombinovaným postižením. Zda se klient na tvorbě individuálního plánu podílí, zda má možnost vyjádřit svou představu a přání, kam posouvat své možnosti. V této otázce jsem se zaměřila, jak probíhá samotný proces individuálního plánování. Psychoterapeutický přístup je založený především na porozumění a empatii sociálního pracovníka. Respektuje individualitu

klienta. V rozhovoru jsem se zaměřila, zda sociální pracovník přistupuje psychoterapeuticky při tvorbě individuálního plánu.

3. Zda a jak zjišťujete psychické a emocionální naladění klienta během pobytu ve stacionáři?

Respondenti byli dotazováni, zda je během pobytu klienta ve stacionáři zjišťováno jeho psychické a emocionální ladění. Při zjišťování psychické pohody a emocionálního naladění klienta je důležitým pojítkem empatie. Vysoká míra empatie je nutná především tam, kde je potřeba se v komunikaci rychle přizpůsobit sociální, kulturní i intelektové úrovni druhé strany. Pracovník s vysokou empatií má porozumění pro individuální odlišnosti druhých lidí, umí odhadnout jejich potřeby a očekávání. Podvědomě se přizpůsobí tempu, slovníku i intonaci člověka, se kterým je ve vztahu, je citlivý a tolerantní. Okolím je popisován jako hodná, citlivá osoba, která pomáhá druhým lidem (Evangelu, 2009). V rozhovoru jsem zjišťovala, jak je pro sociálního pracovníka důležité naladění klienta. Tělesné vyjádření nálad a pocitů je z hlediska dějin vývoje starší než dorozumívání řečí. Přesto je dodnes pro odhadnutí protějšku v rozhovoru a vzájemné porozumění řeč těla vyjádřená mimikou, gesty a držení těla zcela nepostradatelná (Kanitz, 2008).

4. Zda a jakým způsobem pracujete s klientovými pocity a emocemi ve stacionáři?

Tato dílčí otázka se zabývá reflektováním pocitů klienta, a jakým způsobem s těmito pocity sociální pracovník pracuje. Zaměřila jsem se, zda sociální pracovník v rozhovoru uvádí, jak se klienti ve stacionáři cítí, jestli se pocity klientů mění a na základě jakých podnětů změna probíhá. Zaměřuji se na to, zda sociální pracovník pocity a jejich změny pojmenovává. V rozhovoru se zaměřuji a dotazuji na emoce. Emoce je podle jedné definice v podstatě významem, který přisuzujeme stavem vzrušení, když pociťujeme. Emoce jsou pak spojeny s dalšími emocemi, ale také s naším věděním a s přesvědčením. Společně tedy vytvářejí síť, jejíž souvislosti můžeme pozorovat a můžeme o

nich s druhými lidmi mluvit. Mají tedy současně i vztahovou kvalitu, mohou být hodnoceny z hlediska vztahů, a to i vztahů, týkajících se odpovědnosti nebo etiky. Už malé děti se učí od rodiče, co se hodí, které emoce se mají potlačovat nebo zatajovat, které naopak je možno společensky uplatnit. Z tohoto hlediska jsou emoce považovány za „pohyby“ nebo chování ve vztahu k druhým lidem. Mohou být dobře považovány za „přechodné sociální role“ (Vymětal a kol., 2007).

5. Máte ve standardech či jiných dokumentech popsány postupy, jak zjistit a zajistit klientovu psychickou pohodu?

V rozhovoru zjišťuji, zda sociální pracovník zná standardy sociální služby, kterou nabízí. Zjišťuji, zda je v těchto standardech popsáno jak zjistit psychický stav klienta a jak zajistit jeho psychickou pohodu. V rozhovoru jsem se zaměřila, aby sociální pracovník popsal, jak si představuje psychickou pohodu či nepohodu klienta. Respondenty jsem vyzvala, aby uvedli příklad z praxe, kdy byl pacient v psychické pohodě, či nepohodě. Sociální pracovník měl sdělit, jak pozná psychické naladění klienta, měl pojmenovat tento psychický stav. Zjišťovala jsem, zda jsou ve standardech nebo jiných pravidlech popsány postupy, jak zjistit a zajistit psychiku klienta s kombinovaným postižením. Jak sociální pracovník ovládá znalost standardů organizace.

6.2 Kódování

V této části práce jsem zpracovala data získaná rozhovory se sociálními pracovníci. Jednotlivé odpovědi jsem zpracovala tzv. kódováním, tzn. odpovědím na jednotlivé dílčí otázky jsem přiřadila kódy, viz. Dílčí otázky – kódy. Tímto pojmem se rozumí proces převodu pojmů na zkoumané ukazatele, aby byly nějakým způsobem měřitelné. Tito zkoumaní ukazatelé se nazývají znaky neboli kódy (Reichel, 2009). Jednotliví respondenti byli, z důvodu anonymity, označováni čísly. V této práci jsem při kódování vycházela z dílčích otázek.

Dílčí otázky – kódy

1. Zda a jak využíváte psychoterapeutický přístup ke klientovi v přijímacím pohovoru?
 - Dotazník
 - Obavy, Strach

2. Zda a jak využíváte psychoterapeutický přístup ke klientovi při tvorbě individuálního plánu?
 - Struktura
 - Psychoterapeutický přístup

3. Zda a jak zjišťujete psychické a emocionální naladění klienta během pobytu ve stacionáři?
 - Empatie
 - Naladění klienta

4. Zda a jakým způsobem pracujete s klientovými pocity a emocemi ve stacionáři?
 - Klientovy pocity
 - Emoce klienta

5. Máte ve standardech či jiných dokumentech popsány postupy, jak zjistit a zajistit klientovu psychickou pohodu?
 - Stížnosti
 - Psychika klienta

6.3. Analýza získaných dat

1. dílčí výzkumná otázka

„Zda a jak využíváte psychoterapeutický přístup ke klientovi v přijímacím pohovoru?“

- Dotazník

K přijímacímu pohovoru jsou klienti objednáni převážně telefonicky (3 respondenti) nebo písemně (2 respondenti). Písemné objednání bylo prostřednictvím mailu na adresu stacionáře. O klientovi má sociální pracovník ve všech případech pouze minimální informace. Přijímací pohovor se odehrává v kanceláři sociální pracovnice v budově stacionáře. Přijímacího pohovoru se účastní zákonný zástupce převážně v přítomnosti klienta (4 respondenti). Pouze v jednom případě za neúčasti klienta s kombinovaným postižením při přijímacím pohovoru. Rozmístění křesel při rozhovoru je vždy pevně stanovené (5 respondentů). Délka přijímacího pohovoru není stanovena ve čtyřech případech, v jednom případě je ohraničena případnými dalšími pohovory. „Přijímací pohovor začínáme zpravidla představením a dotazem na aktuální situaci“, slovy respondenta č. 1. Ve třech případech bylo uvedeno, že na přijímací pohovor si klient nebo jeho zástupce přinese předem vyplněný anamnestický dotazník. Význam dotazníku připisují všichni tři respondenti, ve dvou případech popisují respondenti jeho pevnou strukturu. Respondent č. 3 uvádí: „Klient si musí vyplnit žádost, součástí žádosti je dotazník“. Táž respondentka dále vysvětluje, že se v dotazníku zaškrťává mobilita, pohyblivost ... dotazník nám ukáže, jestli je klient vhodný“. Respondentka č. 2. přirovnává přijímací pohovor k sociálnímu šetření. Ve třech rozhovorech bylo sděleno, že dotazníky jsou k dispozici na webových stránkách. Respondenti (č. 1, 3 a 4) zmiňují přítomnost další osoby při přijímacím rozhovoru, zákonný zástupce, rodinný příslušník. Závěrem rozboru této dílčí otázky bych uvedla i vnímání neverbálních projevů klienta: „Ochotně spolupracují, když je to citlivější téma, tak i pláčou“.

- Obavy, Strach

Psychoterapeutický přístup sociálního pracovníka naznačuje např. otázka respondenta č. 2 : „ Jak se cítíte?“ Ne vždy však je schopen klient na otázky tohoto druhu odpovědět vzhledem k mentálnímu postižení. Silný vliv má představa, že se sociálním pracovníkem o pocitech nelze hovořit. Respondenti uvádí, že někdy trvá dlouho, než se po několika oklikách dospěje ke klientovým představám a pocitům. „Vnímám obavy, strach a nervozitu z neznámého prostředí“ uvádí respondentka. V rozhovoru s respondenty se opakovaly obavy klientů z prvního kontaktu se sociálním pracovníkem, z neznámého prostředí. Klienti převážně nemají možnost volného vyprávění, hovořit o svých představách a plánech. V jednom případě respondentka uvádí: „Pokud se mi zdají představy klienta nereálné, nevrátím v tom, jen to koriguji“ (respondent č. 3). Sociální pracovníci většinou (4 respondenti) využívají připravené otázky, jak uvádí respondentka „Máme žádost, která je strukturovaná. Osobní anamnéza, rodinná anamnéza, na kterou máme několikastránkový dotazník“. Jak ale uvádí, není nutné klást vždy celý soubor připravených otázek. Otázky jsou pouze vodítkem k vedení rozhovoru.

2. dílčí výzkumná otázka

„Zda a jak využíváte psychoterapeutický přístup ke klientovi při tvorbě individuálního plánu?“

- Struktura

Dotazované sociální pracovnice popisovaly postup při tvorbě individuálního plánu. Ve všech pěti dotazovaných případech má tvorba plánu jasnou strukturu. V rámci pohovoru vyplňuje sociální pracovník dotazník, který je předem připravený na základě možností a schopností klienta s kombinovaným postižením a nabízených služeb stacionáře. „ Máme software program, kde jsou definované otázky“ uvádí konkrétně respondentka. Strukturovaný dotazník je v elektronické podobě, tudíž musí sociální pracovník odpovědět

zapsat do počítače, což pracovníka odvádí od klienta. Respondent uvádí: „S rodičem se domlouváme, co chceme budovat“, což popírá potřeby vyjádřené samotným klientem. K hodnocení se používá někdy posuzovacích stupnic. Při hlubším rozboru odpovědí jednotlivých respondentů můžeme vidět analogii mezi fyzickými a psychickými potřebami klienta. Respondenti se shodují, že na průběh tvorby plánu mají vliv komunikační schopnosti a možnosti klienta.

- Psychoterapeutický přístup

Respondent č. 3 uvádí: „Já myslím, že využíváme psychoterapeutický přístup, aniž bychom si to uvědomovali“, což dokládá příklad z praxe: „klienta při příchodu necháme chvíli čekat, aby měl čas na adaptaci“ uvádí respondentka č. 1. Psychoterapeuticky přistupují ke klientům s kombinovaným postižením, dle sdělení respondenta, aktivizační pracovníci. Při aktivitách s klienty mají prostor klienta pozorovat po psychické stránce, mohou mu aktivity přizpůsobit aktuálnímu psychickému stavu a naladění. V rozhovorech se sociálními pracovníci jsem se setkala se záměnou práce psychoterapeuta za psychiatra. Ve všech rozhovorech byla práce psychiatra zmíněna. Respondentky uváděly, že v případě psychického rozladění klienta mají možnost konzultace nebo osobní návštěvy psychiatra.

3. dílčí výzkumná otázka

„Zda a jak zjišťujete psychické a emocionální naladění klienta během pobytu ve stacionáři?“

- Empatie

Respondenti se shodují, že empatie patří mezi základní vlastnosti pracovníků pomáhajících profesí. Demonstrováno příkladem respondenta č. 3: „Já jsem empatická až moc, ale to v naší profesi asi každý“. Sociální pracovníci uváděly příklady empatického přístupu ke klientům s kombinovaným postižením. „Dokážu si představit, že to nemají lehké“ zmínila respondentka zamyšlená nad svým přístupem ke klientům během jejich pobytu ve stacionáři. Respondentka č. 3 uvedla: „Každý klient má přiděleného klíčového pracovníka, který zjišťuje

jeho přání, potřeby“. V odpovědích se ale také objevovalo, že na empatické naladění nezbyvá moc času, při pracovním vytíženosti sociálních pracovníků. Respondentka č. 2 zdůraznila: „každý pracovník nemá jen jednoho klienta, má jich několik.“ V rozhovorech bylo také zmíněno, že míra empatie sociálního pracovníka ke klientovi je závislá na osobních sympatiích obou stran.

- Naladění klienta

Respondent č. 4 uvádí: „Naladit se na klienta znamená aktivně ho vnímat“. Předpokládá se při tom naladění k široké škále podnětů, jež by si sociální pracovník měl všimnout. Respondent č. 1. zmínil, že: „Naladit se znamená vnímat nejen, co klient říká, ale také jak to říká a sledovat při tom jeho mimiku.“ Respondent přirovnal schopnost naladění na klienta jako třetí oko nebo tykadla, kterými rozpozná skutečný obsah sdělení. „Psychické naladění zjistíme převážně pozorováním, poznáme z chování ...“ uvádí respondentka č. 3. V rozhovoru jsem se také dověděla, že klienti vědomě navodí situaci, kdy se sociálním pracovníkem záměrně komunikují o provozních věcech a záměrně manipulují, aby dosáhli jiného cíle. Například zvýšené pozornosti. „Klientům říkáme, ať si řeknou, pokud něco potřebují“ podotkla respondentka. Sociální pracovníci se shodli, že jsou si vědomi občasných absencí v zajištění psychické pohody klienta z důvodu vytíženosti v péči o klienty. Jiná sdělení se týkají toho, co klient během pobytu prožívá. Je to buď přímý popis nebo neverbální projev patrný v tónu hlasu nebo v mimice, kterou nemusí doprovázet konkrétní formulace. Při zjišťování nálady klienta se stává, že sociální pracovníci nevědomě věnují něčemu větší nebo menší pozornost. Respondenti uvádí, že určitý vliv na to, co je více či méně zaujme, může mít i aktuální psychický a fyzický stav sociálního pracovníka. Ten není každý den ve stejném rozpoložení. Respondent uvádí, že v případě nepohody se snaží klienty zaměstnat v rámci aktivizačních programů. „Vše je dobrovolné, do ničeho klienty nenutíme“ zmiňuje v rozhovoru sociální pracovníce. Respondenti uvedli, že u klientů zjišťují, jak je psychicky naladěn, další uvedli, že během pobytu ve stacionáři zjišťují a zajišťují psychické naladění klientů jen zřídka.

4. dílčí výzkumná otázka

„Zda a jakým způsobem pracujete s klientovými pocity a emocemi ve stacionáři?“

Respondenti na uvedenou otázku reagovali podobně. Ve dvou případech se zaměřili na pozitivní emoce a ve třech odpovědích respondentů se objevily reakce na emoce negativní. Z toho to důvodu jsem otázku rozdělila do dvou kódů, které mi pomohly rozklíčovat dílčí otázku.

- Pocity klienta

Sociální pracovnice uvedly pocity, které zaznamenávají u klientů s kombinovaným postižením. „Naši klienti bývají agresivní nebo plačtiví, když se jim něco děje“ uvádí respondentka č. 5. ve svém rozhovoru. Z rozhovorů vyplynulo, že emoce bývají potlačovány medikací, jak je patrné z příkladu respondentky: „Agresi řešíme domluvou, medikamenty, někdy psychiatrickým vyšetřením“. U respondentů č. 1 a č. 4. jsem analyzovala podobnost odpovědí, kterou charakterizuje respondent č. 1 slovy „Je těžké pojmenovat jejich pocity, do hlavy jim nevidím“. U dalších respondentů č. 2 a 3 se v rozhovoru objevily příklady chování klientů ve stacionáři a s tím i pojmenování jejich pocitů. „Například Tereza je ve stacionáři smutná, stýská se jí po rodičích“ uvádí respondentka č. 2. nebo respondentka č. 3 : „Když Dáňu tatínek přiveze, je hodně našťvaný...“ Z toho vyplývá, že většina sociálních pracovníků (3 z 5 ti dotazovaných) dokáže pojmenovat klientovy pocity.

- Emoce klienta

Významnost emocí klienta v odpovědích dotazovaných respondentů je obdobná a přímo souvisí s předchozím kódem klientových pocitů. Z rozhovorů vyplynulo, že respondenti č. 1. a 4. nepřikládají nebo přikládají malý význam emocím klienta. Pro příklad respondent č. 4: „ Stačí, aby se Aleš špatně vyspal, a je zle“. U respondenta č. 2 jsem analyzovala, že emocím klienta dává význam při péči o ně, což dokládá tvrzením: „ ...snažím se, aby se cítil dobře, pak se s ním úplně jinak pracuje“. Respondent č. 3 se v rozhovoru zaměřil na negativní emoce klienta: „ Když se našťve, snažím se pochopit proč ...“

Význam emocí klienta zmiňují v rozhovorech respondenti č. 2, 3, a 5. U respondentů č. 1 a 4 jsem z rozhovorů analyzovala malý význam emocí klienta.

5. dílčí výzkumná otázka

„Máte ve standardech či jiných dokumentech popsány postupy, jak zjistit a zajistit klientovu psychickou pohodu?“

- Psychika klienta

V otázce psychické pohody se ve všech případech respondenti zabývali psychickou "nepohodou" klientů. V příkladech uváděly příběhy plačtivých nebo agresivních klientů. Psychické naladění zjišťuje převážně klíčový pracovník daného klienta, jak upřesňuje respondent č. 1: „ Klíčový pracovník by měl vědět, jak se jeho klient má“. Zároveň ale připouští, že se klíčový pracovník stará o všechny klienty stacionáře, klíčovým pracovníkem je pět klientům. Z rozhovorů vyplynula i nejistota: „ Klient by měl vědět, kdo je jeho klíčák“, která vyvrací blízkost této osoby vůči klientovi. Další respondent snižuje důležitost a pravomoc klíčových pracovníků výrokem: „Klienti raději chtějí paní doktorku, vedoucí, nebo ředitelku. Chtějí se svěřit někomu důležitému...“ Respondent č. 2 uvedl: „ Psychickou pohodu nejvíce zjistí aktivizační pracovníci, Ti mají na to školení“

- Stížnosti

Tato otázka měla v rozhovorech analyzovat, zda je v pracovních postupech sociálního pracovníka ve stacionáři pro osoby s kombinovaným postižením popsáno jak zjistit psychické naladění klienta. Standardy v sociálních službách jsou ve stacionářích velmi diskutované téma. Respondenti z pražského stacionáře (č. 3,4,5) uvedli, že jsou standardy velice rozsáhlý soubor dokumentů a postupů, podle kterých se musí řídit, ale ne vždy je tam zachyceno vše. Ve stacionáři v Berouně jsou dle sdělení respondentů (č. 1 a 2) standardy ve stádiu neustálého zpracovávání a schvalování. Respondent č. 4. uvádí, že: „ ve standardech okolo psychiky klientů máme popsáno jak postupovat v krizových situacích, např. agresivní útok klienta“

Respondentka udává absenci popisu psychické pohody klientů ve standardech: „ Ve standardech to není, ono se to těžko popisuje“. Z rozhovorů vyplynulo, že standardy obsahují až následky výkyvů emocí klienta. „ Máme standardy a postupy na podávání stížností a projevení vlastní vůle“ uvádí sociální pracovnice. Respondent č. 1 v rozhovoru vyprávěl, že psychiku klientů řeší na supervizích, což nebývá pravidlem. „O náladách klientů si povídáme s kolegyněmi, radíme si navzájem“ sděluje v rozhovoru respondent č. 2. Supervize potvrdila i další sociální pracovnice: „ Děláme 1krát měsíčně supervize s klienty, kde řešíme jejich přání“.

Hlavní výzkumná otázka

„Zda a jak využívají sociální pracovníci psychoterapeutický přístup ke klientům s kombinovaným postižením.“

Cílem práce, která je odpovědí na hlavní výzkumnou otázkou bylo zjistit využití psychoterapeutického přístupu sociálních pracovníků, kteří pracují s klienty s kombinovaným postižením. Pomocí jednotlivých dílčích otázek jsem rozebrala jednotlivé druhy rozhovorů sociálních pracovníků s klienty. Dílčí otázky se zaměřily i na jednotlivé časové úseky pobytu ve stacionáři, což přímo úměrně odráží vztah klienta se sociálním pracovníkem. Při přijímacím pohovoru se zpravidla klient se sociálním pracovníkem příliš neznají, ne zřídka se vidí poprvé. Proto je jejich vztah spíše poznávací. Při tvorbě individuálního plánu klienta je vztah sociálního pracovníka, který je většinou klíčovým pracovníkem klienta, již bližší. Další dílčí výzkumná otázka, vedoucí k odpovědi na otázku hlavní, se zaměřila na pobyt klienta ve stacionáři, to znamená, že klienta již sociální pracovník zná, pracuje s ním v přirozeném prostředí. Pojmenování, či legalizace přítomnosti psychoterapeutického přístupu ve stacionářích pro osoby s kombinovaným postižením, zahrnovala dílčí výzkumná otázka směřující ke standardům a pravidlům v organizaci provozující stacionář.

Z analýzy dílčích výzkumných otázek vyplynulo, že dotazované sociální pracovnice mají zkušenosti s vedením jednotlivých fází rozhovoru. Při své práci

si zvolili jednotný postup s polo strukturovaným obsahem. Tento postup umožňuje psychoterapeutický přístup jen částečně, jelikož připravené otázky neodráží individualitu klienta. V případě tvorby individuálního plánu mají sociální pracovníce pevnou strukturu otázek, které jsou definovány a zapisovány elektronicky. Využívání počítače při rozhovoru vytváří bariéru a nerovný přístup klienta a sociální pracovníce. Elektronická verze individuálního plánování udává hranice i směr rozhovoru. Psychoterapeutický přístup během pobytu ve stacionáři vnímají sociální pracovníce jako náhodný, pro časovou náročnost obtížný. Sociální pracovníce uvádí, že v případě emočních výkyvů klienta kontaktují kompetentnější osobu, jako např. psychiatra. Z rozhovorů vyplynulo, že psychoterapeutický přístup není zakotven v postupech a standardech práce sociálního pracovníka. Na hlavní výzkumnou otázku zda využívají sociální pracovníci psychoterapeutický přístup, odpovídají respondenti, že „určitě ano, přirozeně, podvědomě“. Z odpovědí vyplynulo, že sociální pracovníce vedou rozhovory a práci s osobami s kombinovaným postižením, spíše empaticky, než terapeuticky.

Diskuze

Pro účely diplomové práce jsem realizovala rozhovory s pěti sociálními pracovníci ze třech různých zařízení, které mají ve své klientele osoby s kombinovaným postižením. Dva rozhovory se uskutečnili v kanceláři stacionáře, dva mimo pracoviště a jeden telefonicky. Telefonický rozhovor byl nutností z důvodu zákazu sdružování a krizové situace ohledně epidemie COVID-19. Rozhovory v prostorách stacionáře byly více formální a na sociálních pracovnících bylo znát pracovní nasazení. Během rozhovoru jsem cítila, že respondenti chtěli odpovědět vše správně. Měla jsem pocit, že jsem zkoušející, nebo osoba testující jejich kvalitu služeb. Slabiny psychoterapeutického přístupu v sociálních službách si sociální pracovníci uvědomují. Tyto slabiny si samozřejmě uvědomují i klienti sociálních služeb. Záměrem diplomové práce je upozornit na přístup k individualitě klienta. V přípravné fázi diplomové práce jsem realizovala rozhovory s klienty stacionáře pro osoby s kombinovaným postižením, které jsem chtěla dále analyzovat. Práce s klienty vyžadovala časovou náročnost, zkušenosti a především podporu vedení daného sociálního zařízení se souhlasem zákonného zástupce klienta. Z uvedených důvodů jsem výběrový soubor změnila z klientů stacionáře pro osoby s kombinovaným postižením na sociální pracovníky pečující o tyto klienty.

Překvapilo mne, že odpovědi dotazovaných sociálních pracovníků byly zidealizované, jelikož vím, že realita je jiná. Z tohoto důvodu usuzuji, že sociální pracovníci jsou si vědomi, jak by se ke klientům dalo přistupovat s prvky psychoterapie. V takovém přístupu jim ale brání široké spektrum problémů. Ty jsou vymezeny klíčovými slovy: nedostatek personálu, nedostatek času i odborné kompetence v požadavcích bio-psycho-sociálního přístupu ke klientovi s kombinovaným postižením a současně nadbytek byrokracie v organizační struktuře sociálních služeb. Nezabývala jsem se podrobnější analýzou příčin a jako východisko ze situace zdůrazním pouze jedno hledisko. Neznamená to však, že jakkoli popírám význam existence dalších zmíněných nedostatků. Soustředila jsem se jen na otázku jednání

sociálních pracovníků s klienty. To chápu jako jeden článek z řetězce tvořícího bludný kruh.

Chybí-li sociálnímu pracovníkovi potřebné znalosti a musí vyhovět všem administrativně byrokratickým požadavkům, pak sotva může oplývat trpělivostí, vlídností nebo dokonce hlubším porozuměním pro své klienty. Navíc neustále trpí nedostatkem času. Toho má málo, protože jak již jsem uvedla, sociální péče trpí nedostatkem personálu a množstvím administrativy. Další část bludného kruhu je i nedostatečná kompetence pracovníků ve zvládnání psychosociální problematiky klientů. Tuto kompetenci můžeme blíže charakterizovat jako schopnost rozpoznat smysl některých obtíží klientů, pochopit význam jejich proseb a potřeb. Jako důsledek pak vzniká nová diagnostická kategorie mikro syndromů, v mnoha případech vede až k agresi klienta. Nejde však jen o schopnost rozpoznání stavu, ale také o kompetenci v komunikaci s klientem. Dosažení této kompetence znamená zvládnout mnoho forem komunikace a integrovat je do každodenní klinické práce.

V práci jsem se zaměřila na prvky psychoterapie v přijímacím rozhovoru sociálního pracovníka s klientem. Během rozhovorů s respondentem jsem se snažila zjistit, jestli se sociální pracovník v přijímacím rozhovoru věnuje neverbální složce projevu klienta a postoji klienta ke svému postižení. V odpovědích jsem našla rozpor nejen jednotlivých pracovníků, ale i rozpor v odpovědích klienta a sociálního pracovníka. Z toho usuzuji, že v těchto rozdílech hrají roli komunikační dovednosti a empatie jednotlivých pracovníků, které patří mezi předpoklady psychoterapeutického přístupu. Vycházím z toho, že pro osvojení psychoterapeutického přístupu mají komunikační dovednosti značný význam. Pro komunikaci mezi sociálním pracovníkem a klientem, pokud má směřovat k psychoterapeutickému přístupu, je základní hluboký lidský postoj k druhému člověku.

Při vedení rozhovoru s respondenty výzkumu jsem se snažila o aktivní naslouchání, což předpokládá sensibilizaci k široké škále podnětů, jež jsem si měla všímat. Naslouchala jsem nejen, co respondent říká, ale také jak to říká a sledovala při tom jeho mimiku a pohyby. Tato snaha z mé strany o dokonalé vedení psychoterapeutického rozhovoru s respondentem vedla

k nepřírozenému jednání. Při vedení rozhovoru se stávalo, že jsem nevědomě věnovala větší nebo menší pozornost. Tento nedostatek připisuji své nezkušenosti s vedením rozhovoru a profesní nevyváženosti s respondenty. Určitý vliv na hodnocení rozhovoru mělo mé aktuální emoční naladění a prostředí rozhovoru. Při rozhovorech v kanceláři sociální pracovníce jsem se necítila uvolněně. Prostor bylo příliš formální a atmosféra rozhovoru se v tom odrážela. Tato situace mi dovolila nahlédnout a vcítit se do pocitů klienta při přijímacím pohovoru. Při rozhovoru jsem se přistihla, že sleduji, co se ve mně odehrává, jaké mám pocity a které myšlenky by mne v roli klienta napadly. Další nepříjemné pocity jsem zaznamenala po skončení nahrávaných rozhovorů. Jedna z respondentek měla potřebu obhajovat zjištění neterapeutického přístupu při své práci sociální pracovníce s klientem s kombinovaným postižením. Emotivně se vyžadovala mého názoru, jak bych si terapeutický přístup v jejich těžkých podmínkách představovala. Jestli má propustit kvalifikovanou zdravotní sestru a přijmout psychoterapeuta, nebo přímou péči o klienty, jako je hygiena a strava, nahradit psychoterapií. I když se domnívám, že jsem situaci zvládla a respondentku empaticky vyslechla, necítila jsem se v tomto případě vůbec komfortně. Díky této zkušenosti jsem si uvědomila, jak je těžké vézt psychoterapeutický rozhovor s maximální pozorností všech jeho prvků.

Závěr

Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem představuje odbornou činnost, jež se musí naučit stejně jako např. postupy fyzikálních řešení. Domnívám se, že dosud v praxi převládá namísto cíleného osvojování zásad vedení psychoterapeutického rozhovoru mezi sociálním pracovníkem cesta pokusů a omylů. Někdy sociální pracovník s klientem společensky hovoří, ale v tom případě nejde o plnohodnotný psychoterapeuticky zaměřený rozhovor, přestože klienta pozornost jistě potěšila. Rozhovor sociálního pracovníka s klientem není pouhé přátelsky laděné popovídání. Projev sociálního pracovníka sice může mít některé rysy přátelského projevu, ale vztah má jinou povahu než vztah přátelský. Vztah dvou přátel má reciproční povahu. Jde o výměnu informací a vzájemné sdílení pocitů. Mezi klientem a sociálním pracovníkem nedochází k tomu, že by i pracovník hovořil ve stejném rozsahu o sobě a klient s ním sdílel jeho pocity. Rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem probíhá, stejně jako každý rozhovor ve dvou rovinách. V rovině kognitivní a rovině emoční. Obě roviny spolu úzce souvisí, takže smysl sdělení je dán jeho kognitivní a emoční složkou. Klient i sociální pracovník se podílí na obou rovinách komunikace. Kognitivní složku sdělení má spíše pod volnou kontrolou. To, co chce sociální pracovník klientovi říci, si promyslí, připraví strukturu nebo otázky. Zatímco neverbální projevy, které tvoří emoční složku komunikace, jsou do značné míry mimo kontrolu.

Základní údaje získávají sociální pracovníci během strukturovaného rozhovoru. Sociální pracovník klade otázky a klient na ně má odpovídat. Sled a výčet otázek bývá ustálený. Řídí se specifickými požadavky jednotlivých služeb. Běžný přijímací postup proto pro rozpoznání psychologických faktorů a posouzení jejich podílu v jiných případech mnoho nepomůže.

Sociální pracovník s klientem v rozhovoru, přijímacím nebo jiném, nemá jen roli nezúčastněného pozorovatele, na rozhovoru je sám nejen racionálně, ale i emočně angažován. Na další průběh rozhovoru mají vliv i jejich pocity, které v nich rozhovor navodil. Komunikace dvou lidí, v našem případě rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem je velice složitou činností. Sociální pracovník se může soustředit na psychoterapeutický přístup ke klientovi, část své

pozornosti musí obrátit na klientovy pocity. Sociální pracovník se dostává do dvojí role: role bezprostředního účastníka a role pozorovatele. Sledovat obě role není snadné a z výzkumu vyplynulo, že je to spíše náhodné a intuitivní. Odlišení obou pohledů musíme dekódovat. Psychoterapeutický přístup k osobám s kombinovaným postižením je společné sdílení prostoru a času. Nejde v něm pouze o výměnu informací v přijímacím pohovoru, hodnocení v individuálním plánu a postojů ke službám stacionáře. Společně prožitá chvíle může být hlubokým zážitkem pro sociálního pracovníka i klienta. Z rozhovorů však vyplynulo, že práce sociálního pracovníka je tak časově i fyzicky náročná, že si tento luxus nemohou dovolit. Dotazované sociální pracovnice jsou si vědomy důležitosti psychoterapeutického přístupu ke klientům, ale nemohou si tento přístup v rozhovorech s klienty dopřát. Sociální pracovnice mají snahu navodit pro klienty příjemnou atmosféru, ale je to spíš určitý svátek pro ně i pro klienta.

Pokud se respondenti zmínili o tom, že sociální pracovník klienta v rozhovorech provází, pak také musím dodat, že sociální pracovník současně rozhovor také nenásilně vede. Dostáváme se tak k dalšímu úskalí psychoterapeutického přístupu. Připomínám, že jsme se několikrát dostali k jednomu úskalí psychoterapeutického přístupu, který představuje dvojí role sociálního pracovníka. Ta vyžaduje pozornost na faktické údaje a pozornost věnovanou psychoterapeutickému přístupu. Další úskalí vidím v tom, nakolik má sociální pracovník rozhovor řídit, zasahovat do něj, klást dotazy a určovat témata. Navíc, když je struktura rozhovoru pevně daná např. počítačovým programem, jak bylo uváděno respondenty. U dotazovaných sociálních pracovnic byly pevně formulovány zásady a organizační rámce rozhovorů, což je v rozporu s psychoterapeutickým přístupem sociálního pracovníka a klienta. Sociální pracovník vede klienta, aby se vyjadřoval konkrétně, hovořil o svých pocitech, myšlenkách, názorech a neodbíhal k obecným formulacím. Na druhé straně klienti s kombinovaným postižením nemají dostatek prostoru k vyličení svého trápení, které by vedlo k lepšímu porozumění. V tomto směru psychoterapeuticky orientovaný rozhovor mezi sociálním pracovníkem a klientem je spíše rozhovorem anamnestickým. Jeho psychoterapeutické cíle

ovšem jsou, zejména jde-li o přijímací pohovor, skromnější ve srovnání s cíli, jaké si můžeme stanovit při rozhovoru během pobytu klienta ve stacionáři.

Srovnám-li rozhovory sociálního pracovníka s klientem v jednotlivých fázích pobytu od přijímacího pohovoru, přes individuální plánování až k rozhovorům během pobytu klienta ve stacionáři, obsahují více prvků psychotherapeutického přístupu. Přijímací pohovor se podobá anamnestickému rozhovoru, v některých případech dokonce bez přítomnosti klienta, pouze se zákonným zástupcem. Psychotherapeutický přístup sociálního pracovníka, kterým se zde nyní zabývám, znamená poskytnutí odborné pomoci a to ve specifické oblasti pro specifické klienty, v níž se rozhovor vede jinak než formou kladení uzavřených otázek připravených počítačovým programem. Úkolem sociálního pracovníka a jeho psychotherapeutického přístupu je pomoci klientovi s kombinovaným postižením orientovat se na jeho životní situaci a pomoci mu při hledání pro něj optimálního řešení. V jiném případě mu pomůže porozumět tomu, že jeho obtíže mají příčinu v jeho psychice.

Z analýzy získaných dat dále vyplynulo, že jen zřídka má klient v rozhovoru se sociálním pracovníkem možnost hovořit o svých pocitech, myšlenkách a názorech vztahujících se jak k aktuální situaci, tak k jeho minulosti. Klientům s kombinovaným postižením je při rozhovorech nabízena škála možností pocitů a přání. V rozhovorech není prostor pro fantazie, přání do budoucna a obsahy snů. Dle mého názoru je těmto klientům odebrána kompetence svého obrazu. U klientů s kombinovaným postižením se předpokládá špatná spolupráce, neadekvátní požadavky nebo pasivní přístup. Na základě těchto předpokladů jsou rozhovory sociálního pracovníka vedeny se zákonným zástupcem, často bez přítomnosti klienta, tak, aby se dospělo k zdárnému závěru, který je optimální pro klienta z pohledu třetí strany. V tom případě se klient musí spoléhat nato, že to bude sociální pracovník, kdo mu optimální řešení předloží. Tomuto pojetí odpovídá, že klient je v roli pasivního příjemce sociálních služeb a celá tíže zodpovědnosti za výsledek sociální služby spočívá na sociálním pracovníkovi, tudíž se nejedná o psychotherapeutický přístup. Závěrem musím konstatovat, že sociální pracovníci využívají psychotherapeutický přístup ke klientům s kombinovaným postižením minimální míře, jedná se spíše o empatický přístup. Nutno podotknout, že sociální

pracovníci, vzhledem k variabilitě a časové náročnosti jejich práce nemají možnost v rozhovorech uplatňovat prvky psychoterapie. Ve standardech a popisech práce je dána pevná struktura práce s klientem, strukturovaný dotazník je tedy běžný nástroj sociálního pracovníka ke zjišťování potřeb a naladění klienta.

Požadavek psychoterapeutického přístupu je obecně akceptován, ale přesto se dosud v praxi v plné míře nerealizuje. Zásady psychoterapeutického přístupu jsou zatím v odborné veřejnosti málo známé. Integrace prvků psychoterapie do praxe se pokládá někdy za méně významnou součást preventivní péče, kterou je možné s ohledem na časovou tíseň opomíjet.

Psychoterapeutický přístup není jednoznačně spjat se zvláštními časovými nároky. Pravdou však je, že chceme-li v některých případech lépe porozumět psychologické problematice určitých klientů, pak musíme s většími požadavky na čas počítat. Kromě námitky týkající se časové náročnosti mají na uplatnění psychoterapeutického přístupu v praxi nepříznivý vliv i postoje některých sociálních pracovníků. V těchto postojích je patrný např. únik před většími nároky na vlastní vzdělání a na úroveň práce. V praxi se také setkáváme s tím, že veškerá problematika klienta (spolupráce s klientem a jeho rodinou, individuální plán klienta) se redukuje na souhrn nálezů různých šetření. K této redukci vede již zmíněný nedostatek času a nedostatečné vzdělání v základech psychoterapie, ale také nevědomá psychologická obrana sociálního pracovníka. Jsou-li určité psychologické problémy, s nimiž klient přichází blízké těm, které tíží sociálního pracovníka, může to vést ke snaze vyhnout se jim a nepřipomínat si je.

Mnozí z pracovníků v sociálních službách, kteří význam psychoterapeutického přístupu uznávají, nemají zas konkrétnější představu o tom, jak k němu dospět.

Věřím, že vývoj sociálních služeb vede k větší orientaci na potřeby klienta a psychoterapeutický přístup v něm najde významné místo.

Použitá literatura:

1. Beran, J. (2009). *Lékařská psychologie v praxi*. Praha: Grada
2. Dostálová, O. (2016). *Péče o psychiku onkologicky nemocných*. Praha: Grada.
3. Emerson, E. (2008). *Problémové chování u lidí s mentální retardací*. Praha: Portál
4. Fischer, O., Milfait, R. *Etika pro sociální práci*. Praha: Jabok
5. Goleman, (2011). *Emoční inteligence*. Praha: Metafora
6. Havrdová, Z. (1999). *Kompetence v praxi sociální práce*. Praha: Osmium
7. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál
8. Kopřiva, K. (2000). *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál
9. Kratochvíl, S. (2007). *Základy psychoterapie*. Praha: Grada
10. Krhutová, L. (2013). *Sociální práce a lidé se zdravotním postižením*. Ostrava: OU
11. Krutilová, D. (2014). *Poradenský proces v sociální práci*. Benepal
12. Křivohlavý, J. (2002). *Psychologie nemocí*. Praha: Grada.
13. Křivohlavý, J. (2003). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál
14. Křivohlavý, J. (1985). *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*. Praha: Avicenum.
15. Linhartová, V. (2007). *Praktická komunikace v medicíně pro mediky lékaře a ošetřující personál*. Praha: Grada
16. Matoušek, O. (2010). *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál
17. Matoušek, O. (2011). *Základy sociální práce*. Praha: Portál
18. Matoušek, O. (2016). *Slovník sociální práce*. Praha: Portál
19. Myers, D. (2016). *Social Psychology*. McGraw-Hill Companies
20. Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman
21. Novosad, L. (2011). *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál
22. Nykl, L. (2012). *Přístup zaměřený na člověka*. Praha: Grada
23. Poněšický, J. (2010) *Psychosomatické lékařství*. Praha: PVŠPS

24. Poněšický, J. (2012). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
25. Poněšický, J. (2014). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
26. Pötner, M. (2009). *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál
27. Provazníková, J. (2018). *Využití přístupu orientovaného na klienta*. Praha: PVŠPS
28. Prünke, T. (2017). *Wie geht es mir heute?: 44 mögliche und unmögliche Arten, eine Therapiesitzung zu beginnen*. Klett- Cotta
29. Reichel, J. (2009) *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. Praha: Grada
30. Rogers, C. (2014). *Způsob bytí*. Praha: Portál
31. Růžička, J. (2006). *Psychosomatický přístup k člověku*. Praha: Triton.
32. Stuchlíková, I. (2007). *Základy psychologie emocí*. Praha: Portál
33. Šlaisová, I. (2006). *Komunikace v ošetrovatelství*. Praha: Galén
34. Tóthová, V. (2006). *Zhodnocení zdravotního stavu klienta/pacienta v ošetrovatelském procesu*. Florence. Praha: Galén
35. Uzlová, I. (2010). *Asistence lidem s postižením a znevýhodněním*. Praha: Potál
36. Valenta, M. (2018). *Mentální postižení*. Praha: Psyché
37. Venglářová, M. (2006). *Komunikace pro zdravotní sestry*. Praha: Grada.
38. Vybíhalová, L. (2012). *Komunikace a spolupráce s rodinou nemocného*. Praha: Mladá fronta
39. Vymětal, J. (1996). *Rogersovská psychoterapie*. Praha: Český spisovatel
40. Vymětal, J. (2010). *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada.
41. Výrost, J. (2019) *Sociální psychologie*. Praga: Grada
42. WHO, (2001) *Mezinárodní klasifikace poruch, postižení a handicapů*. Praha: Grada
43. Zacharová, E.(2011) *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada
44. Zacharová, E. (2007). *Zdravotnická psychologie*. Praha: Grada

45. Zacharová, E. (2016). *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha:
Grada
46. Zikl, P. (2012). *Děti s tělesným a kombinovaným postižením ve škole*.
Praha: Grada

Bibliografické údaje:

Jméno a příjmení autorky: Bc. Monika Vaňková

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

Název práce: Využívání prvků psychoterapie v sociální práci

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Rok dokončení práce: 2020

Počty znaků hlavního textu práce (včetně literatury, bez příloh)

Přímé citace: 7 668

Ostatní text: 112 382

Celkový počet znaků: 120 050

Názvy souborů umístěných na doprovodném CD

Text práce ve formátu PDF: DP_MonikaVaňková

Text práce ve formátu DOC: DP_MonikaVaňková

Další soubory:

Přílohy

Respondent č. 1

Já bych potřebovala udělat rozhovor na diplomovou práci ohledně psychoterapie v sociálních službách. Souhlasíš s nahráváním rozhovoru? Ano souhlasím s nahráváním rozhovoru. Já jsem se chtěla zeptat. Když přijímáte nového klienta, jak probíhá ten přijímací pohovor? Přijímací pohovor probíhá s rodiči klienta, se zákonnými zástupci klienta, kteří obvykle přinesou lékařské zprávy, případně nějaké posudky, záznamy ze školy nebo vzdělávací instituce a dělá se osobní anamnéza a rodinná anamnéza, na kterou máme standardně připravený dotazník. Ptáme se na jednotlivé oblasti o porodu, psychomotorického vývoje až po rodinnou situaci. A ten klient je u pohovoru také s těmi rodiči? Ne, jsou tam právě jenom ti rodiče. Takže ty máš dotazník a doptáváš se. Máme několikastránkový dotazník, kde se ptáme i na širší rodinu, sourozence, v jakých podmínkách žijí, jaké měl klient terapie do té doby, nebo na ještě probíhající terapie a na péči lékařskou nebo speciální pedagogickou. Je to, jak říkám rodinná anamnéza podložená lékařskými zprávami. A ty si odpovědi rovnou zapisuješ? Ano, sociální pracovnice vpisuje rovnou do dotazníku. Něco je v dotazníku standardizované, něco se zaškrťává, dopisuje, doplňuje. U některých bodů je větší prostor, aby se sociální pracovnice rozepsala, a potom se do počítače dělá jenom extrakt z tohoto jenom v bodech. Podrobná anamnéza je v dokumentaci daného klienta. Dokážeš mi popsat, jak se asi cítí rodiče klienta při přijímacím pohovoru? Rodiče většinou ochotně spolupracují, akorát když je to citlivější téma, tak je pohovor někdy s pláčem. Dotazník je strukturovaný tak, že nejdříve odpovídají fakta od porodní hmotnosti, průběhu porodu a a kdy dítě lezlo, sedělo, chodilo. Postupně se v dotazníku dostávají do osobnější roviny a tam pak záleží. Obvykle pak rodič prozradí všechno a někdy je to pro něj těžký všechno znova prožít, celý příběh toho svého dítěte, co se všechno stalo. Kdy přišli na to, že je jejich syn/dcera postižený, míra postižení a tak dále. Kde je klient během přijímacího pohovoru s rodiči? Klient je obvykle se speciálním pedagogem, který s ním dělá další, svoje vyšetření. Máte ve stacionáři plán, jak budete s klientem pracovat? Pokud rodič má zájem o další péči a chce pokračovat, tak na základě aktuálního stavu a dalších informací ze školy nebo dalšího

stacionáře nebo vzdělávací instituce tak se zjistí v jednotlivých oblastech, jak na tom klient je a pak se s tím rodičem domlouváme, co chceme budovat první. Ctíme nějakou vývojovost a domlouváme s rodičem, co lze předpokládat, kam klienta lze posunout a jak často by měla probíhat péče. Je to na dohodě s rodičem s ohledem na to, jaké možnosti ten klient má. A to dítě si může samo říct, co chce? Ne, nemůže. Nebo takhle, když se s klientem začne pracovat individuálně, než si s ním sociální pracovník vybuduje vztah, než zjistí, jak dlouho vůbec udrží pozornost, má to strašně moc faktorů. Jestli klient pracuje u stolu v sedě, nebo to není možné a musí být na zemi na koberci. Je to strašně různé. Jak dlouho vůbec vydrží pracovat, jestli je potřeba si udělat více času, jestli klient bude potřebovat přestávky na nějaký odpočinek, protože je rychle unavitelné. Tak se samozřejmě vytvoří nějaký hrubý plán, ale podle aktuální situace samozřejmě se upravuje. Takže při tvorbě plánu už při rozhovoru rodiče nejsou? Můžou být a nemusí být. Někdy klient více spolupracuje, když tam rodič není a zvládne to, nepotřebuje toho rodiče, někdy tam rodič chce být, protože neví, jak má se svým dítětem pracovat a je tam jako pozorovatel. Ale pokud má rodič tendenci za klienta věci dělat, dokončovat, nebo vůbec vstupovat do toho ve smyslu negativním. Když se rodič dotazuje, je to v pořádku, protože chce s klientem doma pracovat a potřebuje se zeptat, co a jak se má dělat. Někdy je lépe, když tam rodič není a po individuálním rozhovoru s klientem rodič přijde. Společně sociální pracovník, klient a rodič si sdělují, co se povedlo, co má s klientem doma dělat. Rodič dostane případně i materiály, nebo mu to prakticky ukáží. Ale je to klient od klienta. Když pracuješ s klientem ve stacionáři, jak poznáš jak je naladěný? Máme k sobě blízko, takže něco tek klient řekne, ale je to poznat i z toho chování. Jestli je odmítavý proto, že ho to nebaví nebo mu to nejde. Klient ví, že se dohodneme, např. teď udělej tři úkoly, pak dostaneš odměnu. Odměna je jakákoli, nemusí to být nutně sladkost, může to být bublifuk. Takže klienta motivuju, ale pokud je klient špatně naladěný a ten den neudrží vůbec pozornost, tak musím také improvizovat. Mám nějaký hrubý plán, ale když nepřijde klient v dobré kondici a ten den se nám nedaří, za týden to může být jiný. Na klientovi to vesměs poznat jde. Jestli vedle cvaknou dveře a klient je úplně rozhozený, to se nedá zobecnit, jak poznám naladění klienta. Když nechce klient spolupracovat, tak nepracujeme. Když klient se mnou nechce navázat vztah, tak nic nenadělám.

Já, jako sociální pracovník se snažím dopředu od rodičů zjistit, co klienta zajímá, co má rád. Může si do stacionáře vzít s sebou oblíbenou věc, nebo jestli se chce pochlubit s něčím, co má nové, co dokázal, to je mi jedno. Nebo se zeptám, co by se klientovi líbilo, abych připravila. První aktivita ve stacionáři bývá s pomůckou nebo hračkou. Klienta baví stavět vláčkodráha, tak se dohodneme, že si ji postavíme, ale už v tom mám zakomponované třeba poznávání barev. To aby to souviselo s nějakou činností, ale začínám tím, co klienta baví. Pokud klient přijde poprvé a odmítne úplně cokoli dělat, tak se dohodneme, že může prozkoumat mou pracovnu, ale vždycky já si určuju pravidla, za jakých podmínek to bude. Takže můžeš, nemusíš teďka pracovat, podívej se, ale vždycky se vrací věci na místo, vždycky je podávám já atd. Prostě má to nějaké náležitosti a vesměs na to klienti přistoupí. Vždycky se na tom domluvíme společně s tím klientem, samozřejmě někdy ta domluva nejde jen verbálně, tak to klientovi ukazuju. Manipulujeme s předměty, ukazujeme. Když něco vysype, vztekne se, že nebude uklízet, tak mu nic dalšího nedám. To pochopí všichni klienti. Když je klient, jak říkáš, vzteklý nebo smutný, tak to řešíš jak? Snažím se najít to, v čem je klient dobrý, to co vím, že se mu podaří, takže zažije ten úspěch. Vytáhnu něco, co klienta zaujme, někdy to je třeba jen ten bublifuk. Něčím klienta zaujmout a pak se to stane tou motivací. Zaobíráš se momentální psychikou klienta? Ano, v jaké stavu přijde. Vždy, když klient přijde, tak to nikdy není od vstupu rovnou do práce. Chvilí je v čekárně nebo v místnosti, kde si může hrát. Vždycky klientovi poskytnu prostor na adaptaci. Stane se občas to, že klient přijde s pláčem už ve dveřích, mel špatný den, není mu dobře, leze na něj nemoc. Nevím, co se děje, ani rodič to neví co se děje, tak se stane i to, že ta terapie není. Pouze zkonzultuji s rodičem, co dělali do té doby. Jestli je třeba něco změnit, s něčím pomoc nebo jen opakovat. Pak odejdou. Nikdy nejdu při práci s klientem na sílu, že by klient musel. Snažím se, aby mi třeba klient alespoň něco řekl. Jak se má nebo co se mu líbí nebo nelíbí. Je důležité, abychom si spolu něco řekli, aby proběhl nějaký kontakt. Ale když to nejde, taky se to stane, ale ne tak často. Máte ve stacionáři ohledně psychiky klientů nějaké postupy? Nemáme to vysloveně v nějakém kodexu nebo něčem takovém. Vzhledem k tomu, že vždy proběhne telefonický kontakt s rodičem, tak já se na to ptám. Jaký je klient. Jestli je bázlivý, jestli má problém vzdálit se od rodiče, nebo jestli má rodič na klienta nějaké své figle. Důležitý je

však proces adaptace. Nepřihnu se ke klientovi rychle s něčím, co po něm chci, ale aby se dokázal rozkoukat, všechno si osahat, zjistit, co kde je. Aby klient věděl, že když bude něco potřebovat, může mi to říct. Spíše takhle, ale že bychom měli postup nejdříve tohle, pak tohle, to ne. To je většinou individuální. Pak do zprávy píšeme i jak probíhala adaptace, jestli byla pozvolná, nebo klient hned spontánně navázal kontakt a byl zvědavý. Zajímal se co kde je, jestli byl ochotný dbát pokynů a systému odměn. To do zprávy vždycky píšeme. Zaobíráš se psychikou klientů při své práci? Vždycky se snažím zjistit, kam až můžu jít. Kdy to je jen pro to, že se klientovi nechce pracovat a kdy to je tím, že nemá z domu pracovní návyky, že si může dělat, co chce a kdy to můžu já zvrátit, protože se mnou je nemá ještě vybudované. Takže já si s klientem vybuduju, že se mnou je to jinak, než jak to má doma. Vždy je to ale v nějakém dialogu, nikdy to není direktivně, teď musíš tohle. To ne. Stane se, že klient přijde s pláčem, protože přijde do nového prostoru, vůbec neví, kde je. U nás klientovi poskytneme dostatek času a třeba ho pochovám, nebo nepracujeme a jenom si hrajeme. Nakonec si utře slzy a pracuje dál, tak se to někdy podaří. Vždycky je to o tom čase a na klienta netlačit. Hlavně, když přijde úzkostná mamka a už dopředu hlásí, že určitě se mnou klient nezůstane, že není zvyklý. Tak se snažím mamince říct, že to zvládneme, že není důvod. Někdy je mamka překvapená, jak to, že tam její dítě zůstalo. Někdy ona maminka mu vytváří dopředu tu myšlenku, že nebude nic dělat, že se bude bát, že to bude špatně. Tak spíš někdy i přes tu mámu. Když je klientem dítě a ještě nechodí nikam do zařízení a neodlučuje se od rodiče, tak ta máma si to nedokáže, představit, že na hodinu odejde a dítě bude se mnou samo. Ale když řeknu, že ze sedmdesáti klientů asi s pěti se mi nepodařil kontakt, nebo ta maminka zůstala a ten klient už pak koukal na mě a soustředil se na mě. Ta máma tam byla jenom jako doprovod. Někdy použiju fintu, že si odejde maminka na toaletu a přijde za hodinu. Je to různý. Záleží, jestli klient už chodí někam na terapie a je zvyklý, že vždycky máma přijde, tak je to zase jednodušší. Je tam i osobní sympatie. Taky se stane, že třeba s kolegyní klient zůstane, se mnou ne a naopak. Je to i na tom, jestli já se klientovi líbím nebo nelíbím. S tím už asi člověk nic neudělá. A trhače ti říkat nebudu..

Respondent č. 2

Souhlasíte s rozhovorem potřebným k mé diplomové práci? Jo. Když máte přijímací pohovor s novým klientem, jak to probíhá? Když chodím na sociální šetření, tak je dotazník, do kterého si to píšu. Ale před tím musí klient odevzdat žádost, ke které je dotazník. Je součástí žádosti, protože ten klient musí být vhodný pro stacionář tohoto typu. Takže klient si vyzvedne někde dotazník? Každá organizace to má na svých webových stránkách, tam se můžete podívat. Každá organizace by tam měla mít dotazníky a všechny dokumenty pro nově nastupující klienty, který vyplní. Součástí toho je zpráva od obvodního lékaře, kde se zaškrťává např. mobilita, výživa a další boty, které jsou součástí sociálního šetření, stejně jako např. při příspěvku na péči. Tak to je stejné. Z dotazníku se musí zjistit, jestli je ten člověk vhodný (v uvozovkách) pro stacionář našeho typu. Protože se může objevit od toho doktora zpráva, kde bude, že je dezorientovaný nebo trpí tím a tím. Může tam být diagnóza, když klient není vhodný pro stacionář tohoto typu. To už by měl být ve stacionáři se zvláštním režimem. Dotazník se pak pošle, na základě něj pak sociální pracovnice to dají do pořadníku. Většinou mají stacionáře pořadníky. Když je dotazník zařazený, dělá se komise, protože to musí probrat. Tam není pět žádostí, tam jich je štos, obzvláště v Praze. Těch míst, kam umístit klienta s kombinovaným postižením je málo. Pak sociální pracovnice u nás jezdí jako vedoucí ošetrovatelské péče nebo vrchní sestra se sociální pracovnicí. Aby tam byl i zdravotník, jedou na sociální šetření ke klientovi. Domů? Kamkoli. Ten klient nemusí být doma. Klient může být v LDN, v léčebně nebo jiném sociálním zařízení. Nemusí být doma, protože doma tu péči o něj už nezvládají, proto je někde klient umístěný. V dotazníku jsou určené dotazy, na co musí sociální pracovník klienta vyzpovídat. Sociální pracovník uvidí, jak je klient orientovaný, uvidí, jakou potřebuje péči. Protože jsou lidi, o kterých nebude ten stacionář péči zvládat, tím pádem nebude vhodný pro to zařízení. Takový klient musí mít zařízení jiného typu. Běžně se berou klienti, když mají permanentní katetr, když mají peg. To se jako bere, ale pak když potřebují nějakou specializovanou péči, nebo potřebují infuzi a podobně, tak už není vhodný pro stacionář běžného typu. K nám lékař chodí pouze jednou týdně nebo dvakrát týdně. Není to

zdravotnické zařízení, není to lékařská služba. Za klientem jedou na sociální šetření tedy dvě? Ano většinou. Někteří klienti jsou ležící, nebo když jsou na tom hůř, tak je přítomný někdo z rodiny. Dělá se sociální šetření někdy jen s rodinným příslušníkem? Ne, protože by měla sociální pracovnice klienta vidět, protože klient si objednává službu. Klient si nastavuje míru péče, kterou bude potřebovat. Ten si musí říct, co chce. Když je klient uživatelem služeb ve stacionáři, jak zjišťujete, jak se mu daří, jak se cítí? Každý klient, když nastoupí, tak mají pečovatele, které se o ně starají. Mají přiděleného svého klienta. Klient, když nastoupí, má hned přiděleného svého ošetřovatele. To neznamena, že ten ošetřovatel se stará v rámci své ošetřovatelské péče jenom o něj. On ho má přiděleného, protože je v roli klíčového pracovníka. Klíčový pracovník má přidělené nějaké klienty, s kterými se baví, zjišťuje, co potřebují, zjišťuje jejich přání, potřeby a tak dále. Píše si plán, kde má cíle, co ten klient chce. Jeho přání pak píše, jestli byly splněny, jestli se vše podařilo. Takže píšete individuální plány? U nás se to jmenuje jinak. Ten klíčový pracovník, co ho má na starost. Takže např. paní si chce jít nakoupit do kiosku, tak klíčový pracovník zorganizuje to, že ji dá odpoledne na vozík, dojede tam s ní, ona si nakoupí. Snaží se, např. když se klient nestýká s rodinou, zorganizovat video hovor. Řekne to klíčovému pracovníkovi, ten se stará o všechny, ne že by se staral ošetřovatelskou péčí jen o toho svého klienta, to ne. Ale klíčovým pracovníkem je tak asi pěti klientům. Mají určitý počet. Ten klient nebo klientka by to měli vědět, kdo je jejich klíčový pracovník. Když budou mít nějaký problém, budou se snažit to vyřešit. Vždycky je důležité, aby si sedli. Ně vždy si ti lidi sednou. To je ale úkol sociální pracovnice, která má na starosty tyhle klíčáky, aby řekla třeba- neseli jste si, tak vás vyměním. Ty půjdeš tam a ty tam. Aby to bylo vzájemné, že si sednou. Oni jsou pak k sobě víc vstřícní, víc jim řeknou, co potřebují a tak. Holky si z toho píšou ty plány a tak. Když je klient během pobyt v psychické nepohodě, tak co s tím děláte? K nám dochází pravidelně psychiatr, protože jsme velký stacionář v Praze. Klienti se nahlásí paní doktorce, ta si s nimi promluví a rozhodne, jestli to je na nějakou léčbu, nebo jestli to klient zvládne sám. Jestli klient potřebuje psychologa nebo někoho. Jak postupuje s momentální psychickou nepohodou klientů? Situace se dá konzultovat po telefonu, většinou se to řeší nějakou domluvou s někým, kdo vychází s klientem velice dobře. Pokud ten člověk k němu má důvěru, tak

ta jde. Někdy klienti slyší na takové to- přijde paní doktorka, přijde staniční sestra, přijde vrchní sestra, ta to s vámi vyřeší. Většinou si dají říct. Pokud je tam už někdo jako by to, tak už má léčbu nastavenou. Máte popsáno ve standardech, jak postupovat? Měly by tam být popsány mimořádné události, tam je napsáno, jak postupovat. Probíhají různé školení jak se chovat k agresivnímu klientovi, jak se chovat k takovému klientovi, jak postupovat v takové situaci. Standardy máme, tam jsou popsány situace. Když je pak agresivita nějak velká a dojde k zhoršení, tak se to řeší zavoláním záchranky. Jak zjistíte psychickou pohodu klientů během pobytu? Za klienty chodí ten jejich klíčový pracovník, pečovatelé, zdravotní sestry a pak aktivizační pracovníce. A ty aktivizační pracovníce. Aktivizační pracovníce mají za náplň klienta zapojit do dění. Jsou ale klienti, kteří nechtějí, nestojí o to, protože i doma byli pasivní. Dávali se doma na televizi. Tak takový klient nebude chodit na všechny aktivity, které mu nabízíme. Ale klientům se to nabízí a mají volbu si něco vybrat. Klienty do ničeho nesmíme nutit, to se neseťkává s dobrým účinkem. Hlavně u chlapů, ženský se všeobecně rády slezou, dojdou si k automatu na kávu, tam jsou křesílka. Tam je navozíme, nebo někdy na zahradu. Ve stacionáři máme nástěnky, kde je napsáno, který den mají jakou aktivitu. Vzpomínkový den, toulavou kameru, kde si vyberou, jaké chtějí město. Na nástěnce se doví, kdy mají jaký koncert nebo vystoupení. Ráno mají protažení, můžou si vybrat, co chtějí. Myslíte, že se vašim klientům dostává psychotherapeutický přístup? Myslím si, že tam teď vůbec nikoho na psychotherapii nemáme, většinou i ty aktivizační projdou nějakým školením, vědí, jak s klienty pracovat, vědí co dělat, když jsou lidi v nějaké nepohodě. Ví, s kým se mají spojit. Že by u nás byl nějaký psychotherapeut nebo psycholog, to si opravdu nepamatuju. Pamatuji si, že do jednoho chodila psychologka jednou týdně a ta s nimi dělala nějaké skupinové terapie. Myslíte si, že to bylo klientům přínosem? Ano, asi to bylo k něčemu, ale no takovou pozici nemáte úvazek. Ta to nedostaneme přepočteného pracovníka, a když ano, tak ho musíte od někud vzít. To znamená, že budete mít o jednoho pečovatele míň, budete mít o jednu zdravotní sestru míň, nepokryjete služby. Jak budu psát rozvrh směn. To je strašně těžké. To jako, že mi bude sloužit o jednu sestru míň na noční směně. Myslím si, že pro tohle není prostor, dá se to asi externě nasmlouvat, kdyby to byla potřeba. Na nějakou dohodu, ale asi spíš ne.

Respondent č. 3

Souhlasíš s nahráváním rozhovoru pro diplomovou práci? Ano, určitě souhlasím s rozhovorem. Když přijdou noví klienti, jak vypadá přijímací pohovor? Když přijdou klienti, respektive žadatelé o službu, tak přijímací pohovor vypadá tak, že jim představím službu, seznámím je s podmínkami, ukážu jim zařízení. Většinou mají s sebou i rodiny, takže jednám i s rodinami. Udělám si na ně čas. Většinou tam klient bývá s rodinou. Dotazuju se v rámci sociálního šetření ještě před příjmem. Ptám se, co mají rádi, na co jsou zvyklí, jaké jim chutná jídlo, jaké mají koníčky. Z jejich zdravotní dokumentací jsem seznámena již dopředu, protože mi to většinou posílají poštou k žádosti. Máme žádost, kde jsou osobní iniciály těch klientů, pak důvod, proč chtějí k nám, co preferují a ta k dále. Mám strukturu dotazníku. Jak se při přijímacím pohovoru klienti cítí? Většinou mají obavy, že jdou do neznáma. Vnímám v nich starost trošku. Pak to ale pomine, když se tady porozhlédnou, tak už je to lepší. Většinou ten první dojem je, že jsou nervózní z toho neznáma. Jak postupujete při tvorbě individuálního plánu? Individuální plán tvoříme formou pohovoru. Beru si k tomu klíčovou pracovníci, která má na starosti klienta. Máme i program softvérový, kde máme přesně nadefinované otázky. Samozřejmě se jich nemusíme řídit, můžeme improvizovat. Takže individuální plán nastavujeme po příjmu klienta. K tomu nám pomáhá vstupní dotazník při pohovoru. Jak zjišťujete psychické naladění klienty během pobytu? Určitě pozorováním, jak se klient chová. Jestli je veselý nebo smutný. Většinou říkám klientům, ať řeknou, co je trápí nebo co by chtěli, ať řeknou hned. Aby to v sobě nedusili, takže poznáme to podle chování klienta. Máte zakotveno ve standardech co dělat, když klienti nemají dobrou náladu? Ve standardu to úplně uvedeno není, ono se to těžko popisuje. Hodně sázíme na zkušenost a profesionalitu klíčových pracovníků a pečovatelů, kteří empaticky a intuitivně vycítí, co ten klient potřebuje. Co se týče standardů, tak máme vypracovány postupy při podávání stížností a projevení vlastní vůle klientů. To všechno sepsané je, ale v praxi se podle toho úplně nejede, protože klient je individuál a musí se s nimi pracovat dle etiky, etického kodexu. Občas se musí udělat kompromis. Jak zjišťujete a zajišťujete psychickou pohodu klientů během pobytu? Většinou to funguje tak, že když je nějaký problém nebo agrese, tak

většinou domluvou. Záleží, jak na tom klient je. Někdy, když je klient agresivní vůči personálu, hrozí třeba fyzické napadení, tak to řešíme s lékařem medikací. Nebo zprostředkujeme psychiatrické vyšetření nebo dokonce hospitalizaci. Záleží na situaci, jak je ten klient agresivní. Pokud je klient smutný, tak se zapojí do činností, věnují se mu více. Zjišťujete během pobytu jak se klient má a jak se cítí? Děláme jednou do měsíce sezení, takovou supervizi s klienty, kde se řeší, co se líbí, co se nelíbí. Většinou se řeší strava, kvalita stravy a tak dále. Pak se řeší přání klientů, co by chtěli na pobytu zlepšit, aktivizační programy a tak dále. Myslíš, že využíváte psychoterapeutický přístup při práci s klienty? Já se domnívám, že ano. Že využíváme, aniž bychom si to uvědomovali. Je to vždycky v rámci aktivizačních programů a terapií. Mají možnost venku pracovat na zahradě, děláme různé programy, jako trénování paměti a tak dále. Když klient nechce, nenutíme. Jsou to všechno dobrovolné činnosti. Když chce být klient sám a číst si knížku nemusí jít na aktivizace, je to individuální. Máte ve stacionáři psychoterapeuta nebo psychologa? Dochází k nám dvakrát do měsíce primář z psychiatrie. Dochází za klienty a má je v péči. Ve zdravotní dokumentaci je z toho výstup.

Respondent č. 4

Ano, souhlasím s nahráváním rozhovoru pro diplomovou práci. Klienti se objednávají telefonicky nebo mailem přímo sociální pracovníci, na pohovor přijdou ke mně do kanceláře, většinou jsou s rodiči nebo se zákonným zástupcem. Přinesou vyplněný dotazník, který si stáhli většinou na našich stránkách nebo jim ho posílám mailem. Během pohovoru se ptáme na míru soběstačnosti, jestli jsou schopni se sami přemístit. Jestli jsou schopni sami zajistit hygienou, jestli se sami najedí. Pokud mají nějaké alergie nebo diety tak nám to dotazníku taky uvedou, takže tohle všechno, co si píšeme většinou s rodiči. Někdy ten klient do toho vstupuje. Ale vzhledem k mentálnímu postižení převážně hovoří rodiče nebo zákonný zástupce. Během přijímacího pohovoru klientovi ukážeme stacionář, ukážeme mu aktivizace, prostory kde bude mít pokoj a snažíme se mu ten program který je ve stacionáři nějakým způsobem přiblížit. Většinou během přijímacího pohovoru si povídáme o jeho anamnéze.

Dostaneme se i k těžším tématům. Rodiče se svěřují jak je péče pro hodně náročná a musíme si to vyslechnout a dát jim prostor, aby se mohli vyprávět. Na druhou stranu se snaží své dítě vybarvit v lepším světle, než jaké má opravdu možnosti vzhledem k jeho kombinovanému postižení. Stává se nám například, že rodiče uvádí, že jejich dítě rádo maluje, chtělo by jezdit na výlety, rádo jezdí vlakem. Realita je v spíš taková, že kolikrát neudrží tužku, nebo vůbec nedokáže cestovat a nikdy necestoval. Většinou se tak projevují jenom přání rodičů, že by chtěli, aby jejich dítě cestovalo a mělo zážitky, které jim rodinná poskytnout nemůže. Když už je klient v pobytu, má přiděleného klíčového pracovníka, stará se o něj se vším všudy. Měl by znát jeho zájmy jeho pocity. Pokud má nějaké kamarády, řeší s ním i soukromé záležitosti. Říkám, že klíčový pracovník je takovým rodičem ve stacionáři. S klíčovým pracovníkem se vytváří individuální plán, ten by měl být takovou spoluprací rodiče klíčového pracovníka a klienta. V praxi to ale vypadá spíše, že individuální plán navrhuje klíčový pracovník, který svého klienta zná a s rodičem tento plán konzultuje. V praxi se pak ukáže, jestli plán byl stanoven dobře, jestli tento plán klient zvládá, jestli si je potřeba něco upravit a řeší se to s klientem individuálně. Pokud má klient během pobytu nějaké špatné psychické naladění, řeší to vždy s klíčovým pracovníkem. Pokud klíčový pracovník není přítomen, tak ho pečovatelská nahradí. Vždy by ale mělo být vše zaznamenáno v dokumentaci, nebo v denních záznamech ze směny tak, aby klíčový pracovníci měli přehled o psychickém naladění a o aktivitách svého klienta. Klíčový pracovník by měl s klientem pak individuálně řešit případné nesrovnalosti, nepohody nebo, nějaké stížnosti. Pokud se jedná o psychické nenaladění mezi klienty, řeší to společně klíčový pracovníci jednotlivých klientů. Extrémní situace se zapisují do denních záznamu směny tak, aby další směna byla seznámena s tím, že se něco dělo. Aby byla připravená, že může kontinuálně ještě přicházet nějaké naladění. Jednotliví pracovníci mezi sebou mají interní supervize, kde si sdělují jednotlivé zkušenosti s klienty. Aktuální situaci klientů, její zdravotní stav a vše o aktuální situaci ve stacionáři. Ve stacionáři máme porady, supervize, kde se řeší nejen aktivity klientů, ale i jejich případné nepohody psychické nebo jiné problémy. Pokud klient necítí během pobytu dobře, zjistí to určitě jeho aktivizační pracovník, který by měl na tuto situaci zareagovat. Většinou, když je klient smutný, snažíme se ho zapojit.

Když se třeba necítí dobře, nemusí se aktivity zúčastnit. V případě nějaké agrese nebo nevhodného chování, může být klientovi aktivita odepřena. Ve standardech nemáme uvedeno, jak zajistit psychické naladěný klienta, máme tam uvedeno pouze pokud dojde nezvyklé nebo extrémní situaci. Většinou, pokud je nějaký nouzový stav tak se osloví vedoucí směny, případně vedoucí stacionáře. Může se volat i rodičům nebo zákonnému zástupci a ten si klienta s nevhodným chováním vyzvedne. Někdy bývá rodičům navrhováno, aby navštívili psychiatra, kterého máme nasmlouvaného. To si zajišťují rodiče sami. Myslím si, že ve stacionáři využíváme zdravý rozum. Nemůžeme být vždycky na klienta naladěni, jsme jenom taky lidi. Například, když se Aleš špatně vyspí, tak já mu do hlavy nevidím, nevím co se děje. Tak ho prostě nechám, aby si v pokoji odpočinul, pustil si svojí oblíbenou muziku. Většinou se to spraví a zklidní. Nebo pro příklad, když táta přiveze Dáňu do stacionáře tak je našťvaný, nechce spolupracovat. Tak ho prostě necháme být, ať se rozkouká. Pokud je agresivní, pošleme ho do pokoje a čekáme, až se zadaptuje. Vždycky se to prostě nějak vyřeší. Pokud trvá nepohoda, jak jsem říkala, zavoláme rodičům a oni si klienta a odvezou domů. Psychoterapeutický přístup, na něj nemáme čas protože, máme spoustu klientů, o které musíme pečovat. Myslím si, že je důležité, aby byli klienti v čistotě, najezení a v pohodě. Pak žádnou psychoterapii potřebovat nemusí. My toho máme tolik, že nějaké povídání s klienty to jenom někdy. Spíše na to mají čas noční, když ukládají klienty, tak vím, že si povídají. Občas se objeví ve zprávách noční nějaká zpráva pro klíčáka, že klient něco řeší. Tak asi tak.

Respondent č. 5

Souhlasím. Tak přijímací pohovor je, že přijde klient s rodičem, většinou už mají vyplněný ten dotazník, kde mají vypsáno, co mají rádi, co si od té služby přejí, co očekávají, v jakých pokojích chtějí bydlet, jestli už tady někoho znají, jaké aktivity bych chtěl u nás klient dělat. V dotazníku je, jestli je schopný se zapojit do kolektivu, nebo raději pracuje individuálně. Jaké aktivity by chtěl dělat, většinou se přihlašuje do odpoledních kroužků, může to být arteterapie, canisterapie, máme i hipoterapii. Dále se tam zaznamenává, jestli trpí

epileptickými záchvaty, nebo jestli má jiné zdravotní komplikace. Může mít peg, může mít alergie. Všechny tato zdravotní věci se tam píšou a k tomu se přikládají i karty od lékařů, event. Psychiatra. Takže s tím dotazníkem přijdou, většinou se objednávají. Přijdou za sociální pracovníci, tam si dotazník projedeme, můžeme ho nějak konkretizovat, můžeme si vyslechnout nějaké podněty, co by chtěli, aby klient dělal a co je schopný vůbec vykonávat. Dále nás hlavně zajímá, jestli je klient schopen pracovat v kolektivu, protože pak z toho vytváříme skupiny a z toho vyplyne taky služba. Jestli požaduje sociálně aktivizační službu, denní nebo týdenní stacionář. Takže to tam zaznamenáváme, domlouváme se na druhu služby a podle toho se to také hradí. Důležité je, kolik dnů chce u nás strávit. Sociálně aktivizační služba se odvíjí od zájmů klienta, které chce a jestli je schopen nějakých fakultativních výletů a tak. Individuální plán dělají klíčoví pracovníci. Dělají ho s klientem nebo na základě požadavků klientů i na základě požadavků rodičů. Ne, můžou si ho dělat bez klienta, třeba v době poledního klidu. Po adaptační zkušební době se vypracovává první individuální plán. Ten se vypracovává po dohodě s rodiči, kam chtějí toho klienta posunout a vlastně jak přistupovat ke klientovi. Ten individuální plán se přehodnocuje jednou měsíčně, že vždycky ten klíčový pracovník zapíše, jak splnil nebo nesplnil. Jestli byl individuální plán dobře zvolený, případně zvolí nový. Ano, máme na to program, děláme to v Cygnusu, kde se nám přímo nabízí, co ten klient může, zadáme si tam, jakou má klient zvolenou službu a podle toho sestavíme individuální plán, který se potom překontroluje a dál se zpracovává. Ano, klient si může zvolit, co by chtěl a nechtěl a nechtěl dělat. I rodiče mohou, kde by chtěli dítě vidět a co bychom ho měli naučit. Klient si může zvolit, že by chtěl, například máme tady Fandu, který má momentálně velký individuální plán, že by se chtěl naučit zavazovat tkaničky u bot. Tak mu dáme dílčí cíle, aby se nejprve naučil uzlík a pak teprve se naučil kličku. O tom individuálním plánu by měli vědět všichni pracovníci, aby ho nechali si zavazovat tkaničky. Nejlépe, aby mu aktivizační přizpůsobili nějaký ten vzdělávací program a plán. Ano, když přijde s nějakým novým plánem, nebo když pracovník zjistí, že klient by se chtěl naučit něco nového a myslí si, že by to byl dobrý nápad, tak musí nejprve oslovit toho klíčového pracovníka od daného klienta a ten může přepracovat individuální plán dříve, než za měsíc. Měsíc je nejdelší doba, za kterou se plán hodnotí.

S klientovými pocity během pobytu je to tak, že pokud je něco trápí, tak oni ví, že musím přijít nebo můžou přijít za kterýmkoli pracovníkem. Ten by to měl říct klíčovému pracovníkovi toho klienta a dále se to pak řečí. Klienti mají tady takovou schránku stížností nebo nějakých podnětů, kde můžou psát anonymně. Pokud se podepíší, tak se to s nimi řeší. Můžou jim pomoci i pracovníci, pokud jim klient sdělí, že chce řešit situaci anonymně a důvěřuje jenom určitému pracovníkovi, tak on to s klientem sepíše a dá do té schránky. Když je klient smutný, tak se to snažíme řešit nějakou aktivizací. Když jsou dva na pokoji, tak se snažíme, aby si mohli spolu popovídat. Někomu stačí pustit nějakou pohádku a nějakou větší pozornost. Pokud dojde ke konfliktu mezi klienty, to je těžké. To se řeší individuálně, pokud je velký problém, tak to řeší vedoucí, ale snažíme se to vyřešit. Když je nějaký problém, snažíme se to řešit na supervizích, nebo s kolegy si to předáme. Vždycky se to nějak vyřešilo nebo se zavolá rodičům a oni si klienta odvezou a přivezou ho už ve stabilizovaném stavu, ať už s léky nebo bez léků. My ale většinou chceme pak čestné prohlášení, že je stabilizovaný a že v případě problémů si klienta odvezou. Ve standardech nevím, že by tam bylo něco o psychice klientů. Pokud nastanou problémy, tak si můžou stěžovat. Myslím si, že tam je popsána i ta schránka, do které můžou házet své podněty a stížnosti. Týká se to i nás, zaměstnanců. Že by tam bylo napsané, co máme dělat, když je klient smutný, to tam asi není. To asi každý ví nebo vycítí, co s tím klientem, co na něho zabírá, nebo nezabírá. Pokud už je to za nějakou hranicí nebo mezí, tak se volají rodiče a oni si klienta odvezou. Je to na nich, my nejsme zdravotnické zařízení, my klienta nemůžeme odvézt nebo mu dát prášek. K nám dochází sestra a na inzulín home care. Tak proto se volají rodiče, ti si klienta zavezou k psychiatrovi, ten mu nasadí prášky. Že bychom to měli v nějakých postupech nebo standardech, to si opravdu nejsem vědoma. Jenom stížnost, nebo pokud je ta agrese, tak je popsáno jak se zachovat. To aby se cítili psychicky dobře, to asi se nedá dávat do standardů, když to není standartní. To víme, že by se měli mí klienti dobře.

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

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Monika Vaňková**

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

Název práce: **Využití prvků psychoterapie v sociální práci**

Vedoucí práce: Mgr. Iveta Jelínková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 66

Počet stránek příloh: 31

Počet titulů v seznamu literatury: 33

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová příléhavost tématu

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

Originalita tématu a jeho zpracování

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

Formální zpracování

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

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

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

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

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

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

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

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

Využití výzkumných empirických metod

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

Využití praktických zkušeností

		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	
--	--	--	---	--

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

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

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

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

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V jaké části práce s klientem vidíte největší prostor a příležitost pro psychotherapeutický přístup.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Hlavním tématem předložené diplomové práce je zaměření na otázku využívání prvků psychotherapie v sociální práci. Zvolené zaměření práce je úzce spjato se studovaným oborem.

Diplomová práce je standardně dělena na část teoretickou a empirickou. Teoretická část je postavena na třech hlavních kapitolách, v nichž se autorka z různých pohledů snaží přiblížit hlavnímu tématu práce. První kapitola předkládané práce se zabývá problematikou sociální práce s osobami s kombinovaným postižením. Druhá kapitola práce je uvedena pod názvem Sociální práce s prvky psychotherapie a její součástí je otázka problematiky psychosociálního přístupu. Třetí kapitola je zaměřena na charakteristiku bio-psycho-sociálního modelu a jeho aplikaci v sociálních službách. Čtvrtá, závěrečná kapitola práce se zabývá přijímacím pohovorem v sociálních službách, respektive jeho aspekty.

Je zřejmé, co bylo cílem této práce, nicméně se autorce v teoretické části moc nezdařilo seznámit s klíčovými tématy. Způsob, jakým prezentuje téma není příliš povedený. Jednotlivé kapitoly na sebe logicky nenasazují, řazení kapitol a podkapitol je obsahově chaotické. Obsah jednotlivých kapitol není ve shodě s názvem kapitoly, témata se opakují, přeskakují z jednoho do druhého, mnohdy bez návaznosti.


Praktická část práce nás seznamuje s cílem výzkumu, výzkumnou metodou, technikou sběru, či etickými zásadami výzkumu. Autorka zvolila kvalitativní metodu výzkumu formou polostrukturovaného rozhovoru. Cílem výzkumu je zjistit, zda a jak využívají sociální pracovníci psychotherapeutický přístup u klientů s kombinovaným postižením. Participanty výzkumu byly sociální pracovnice sociálních služeb.

Na práci je zřejmé, že autorka je přesvědčena o využívání psychotherapeutického přístupu v přístupu ke klientům a jsou i v tomto směru formulovány dílčí otázky výzkumu. V samotném rozboru, analýze dat pak ne příliš konkrétně a podrobně využívá a uvádí odpovědi respondentů, a tak se lze jen dohadovat, jak uvedené kódy vybírala. Na druhé straně nelze přehlednout obsáhlou a trefnou diskusi nad výsledky šetření i Závěr práce, který podrobně reflektuje výsledky výzkumu.

Doporučení k obhajobě: **doporučuji**

Navrhovaná klasifikace: **2 - 3**

Praha 15. 9. 2020


Mgr. Iveta Jelínková

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

Jméno a příjmení studentky: Bc. Monika Vaňková
 Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii
 Název práce: Využívání prvků psychoterapie v sociální práci
 Oponent práce: Mgr. Barbara Kostelacová

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 68
 Počet stránek příloh: 13
 Počet titulů v seznamu literatury: 46

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

Výběr tématu

Závažnost tématu

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

Oborová přílehlavost 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				
---	--	--	--	--

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

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
(publikace, referáty, apod.)

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

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

1. Jaké „psychoterapeutické prvky“ máte ve vaší práci na mysli?
2. V praktické části pracujete s pojmem „psychoterapeutický přístup“. Analogicky k předchozí otázce: Co tím konkrétně myslíte?
3. Jak se podle vás liší vztah a komunikace sociálního pracovníka a psychoterapeuta s klientem?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka se ve své diplomové práci zabývá tématem užití psychoterapeutických prvků v sociální práci se zaměřením na klienty stacionáře pro osoby s kombinovaným postižením.

V teoretické části se v úvodní kapitole autorka zabývá popisem sociální práce s osobami s kombinovaným postižením a rolí sociálního pracovníka. Podkapitola 1.2 s názvem Osoby se zdravotním postižením terminologicky nesystematickým způsobem pojednává o dvojitým typu postižení. Kapitola 2. Sociální práce s prvky psychoterapie představuje sled definicí psychoterapie, obecnou zmínku o různých psychoterapeutických přístupech, dále uvádí žádoucí kompetence sociálního pracovníka a řadu dalších obecných informací bez jakékoli logiky a návaznosti. Třetí kapitola představující biopsychosociální model v sociálních službách je srozumitelná, byť stručná a její jediná podkapitola týkající se vztahu sociálního pracovníka a klienta se však opět nejasným způsobem rozplývá bez jakékoli souvislosti s názvem kapitoly. Čtvrtá kapitola je věnována přijímacímu pohovoru a komunikaci s klientem.

Teoretická část představuje text napsaný bez jasného záměru a myšlenkové provázanosti, je zmateným výčtem mnohdy nesourodých informací vytržených z kontextu, cíl deklarovaný v úvodu se vytratil, prvky psychoterapie nejsou nikde jasně formulovány. Již samotný obsah práce naznačuje základní nedostatky v ideovém uchopení tématu a povrchní způsob zpracování. Velmi problematické jsou celé odstavce bez uvedení zdroje (např. s. 17, druhý odstavec, s. 18 druhý a třetí odstavec atd.).

Praktická část předkládá cíl výzkumu korespondující s hlavní výzkumnou otázkou „Zda a jak využívají sociální pracovníci psychoterapeutický přístup ke klientům s kombinovaným postižením“ a pět dílčích otázek. Data získaná polostrukturovanými rozhovory s pěti sociálními pracovníci byla zpracována „tzv. kódováním“ (s. 49, 6.2 Kódování), metoda analýzy dat ale není popsána a není jasné, jakým způsobem autorka postupovala. Diskuse přináší autorčiny úvahy a zamyšlení nad rozhovory, sebereflexi při jejich vedení.

Předkládaná práce neodpovídá nárokům na závěrečnou diplomovou práci, celkový autorčin záměr je v ní sice implicitně patrný, po odborné stránce ale zcela nevhodně uchopený. Chybí odborná terminologie, ujasnění základních pojmů, smysl a myšlenková provázanost práce. Termíny jako „prvky psychoterapie, psychoterapeutický přístup, komunikační dovednosti, empatie, vztah ke klientovi“ jsou používány téměř ve smyslu synonym, k nimž se autorka vztahuje v jednotlivých částech textu. Autorka opomíjí požadované odborné i osobnostní kompetence sociálního pracovníka, sociální práce s klientem je v jejím pojetí redukována na „postupy fyzikálních řešení“, administrativní a ošetrovatelské úkony, s čímž nelze souhlasit.

Po stylistické stránce práce vykazuje řadu nedostatků, za závažné lze považovat nápadné střídání jasně autorského stylu psaní (např. několik prvních vět úvodu) a odborně, obsahově i stylisticky zdařilých pasáží textu (např. odstavce v závěru).

I přes všechny uvedené nedostatky doporučuji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: 3 - 4

Datum, podpis:

