



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta
Ústav sociálních a speciálněpedagogických věd

Bakalářská práce

Přístup zaměřený na klienta v sociální práci s klienty s mentálním postižením

Vypracovala: Eva Chadimová

Vedoucí práce: Mgr. Bohdana Břízová, Ph.D.

České Budějovice 2016

Abstrakt

V bakalářské práci se zabývám přístupem zaměřeným na klienta v sociální práci s klienty s mentálním postižením. Kromě teoretických poznatků mapuji i používání a znalost tohoto přístupu u sociálních pracovníků v Jihočeském a Jihomoravském kraji.

Teoretickou část věnuji přístupu zaměřenému na klienta, který podle Šeffilové (2010) spadá do druhé poloviny dvacátého století, kdy se tento směr začlenil do humanistické psychologie. Vznikl z nezbytnosti vytvořit sdružení, které by opatrovalo odlišné postoje k psychoterapii, vědě a pojetí člověka v komparaci s ostatními psychologickými přístupy (Šeffilová, 2010).

Novátorem a zakladatelem přístupu zaměřeného na klienta je americký psycholog a psychoterapeut Carl Ransom Rogers, jehož přístup je velmi oceňovaný psychologický a psychoterapeutický směr (Nykl, 2004). Díky svému pozorování a svým znalostem Carl Ransom Rogers uvedl, že akceptace, empatie a ryzost ve vztahu ke klientovi má terapeutický efekt a léčí - výpověď budoval na tom, že věřil ve zdravý kořen každého jedince, který se za akceptovatelných okolností konstruktivně a sociálně rozvíjí (Nykl, 2012).

Za základ přístupu zaměřeného na klienta považuje Nykl (2012) tři vyhlášené postoje právě Carla Ransoma Rogerse, které znějí - empatie, kongruence a akceptace. Jsou to podstaty pro vztah, jehož způsob může alespoň jedno individuum uspořádat k vlastnímu psychickému vývoji a zrání (Nykl, 2012).

Přístup zaměřený na klienta specifikují na osoby s mentálním postižením, které Švarcová (2011) považuje za jedince, jenž zaostávají vyvinutím rozumových schopností, mají lišící se vývoj některých psychických vlastností a také u nich dochází k poškození přizpůsobovacích schopností. Tento handicap je trvalý, ale je možné zlepšení při využití edukačních a terapeutických účinků na dítě, záleží také na závažnosti a původu poruchy (Fischer, Škoda, 2008). Sociální model postižení dle Matouška a Křišťana (2013) není pouze ten, který člověka zneschopňuje, znevýhodňuje nebo oslabuje, protože i jedinec s mentálním postižením může žít spokojený život jako jiní lidé bez postižení. Dále autor uvádí, že musí být i podpora v odstraňování, hledání a zamezování diskvalifikujících bariér v externím prostředí. Člověk s tímto druhem

postížení může být také znevýhodněn stigmaty, předsudky a pověrami, proto takového jedince vnímají někdy jako agresivní nebo jinak deviantní individuuum (Matoušek, Kříšťan, 2013).

Již výše zmiňovaný přístup by měli znát pracovníci, kteří s touto cílovou skupinou pracují, neboť Matoušek (2008) zmiňuje, že předpoklad úspěchu terapeutické intervence je nehodnotící postoj terapeuta, bezpodmínečné přijetí klienta, empatie, a kongruence. Zásluhou tohoto postavení terapeuta má klient možnost využít potenciál svého osobního růstu, konstruktivně měnit své postoje a chovat se vůči sobě zodpovědně (Matoušek, 2008).

Cílem a smyslem vypracování celé práce bylo informovat veřejnost, studenty sociální práce a přidružených oborů o možnostech přístupů, které se využívají v sociálních službách s klienty s mentálním postižením. Cílem praktické části bylo popsat přístup zaměřený na klienta a jeho využívání při práci s klienty s mentálním postižením v organizacích poskytujících sociální služby. Pro zjištění tohoto cíle byly vymezeny dvě výzkumné otázky:

1. V jaké míře využívají sociální pracovníci přístup zaměřený na klienta u jedinců s mentálním postižením v organizacích poskytujících sociální služby v Jihočeském a Jihomoravském kraji?
2. Jaké jsou hlavní charakteristiky přístupu zaměřeného na klienta při využívání u práce s klienty s mentálním postižením?

V práci jsem se zaměřila na porozumění a aplikaci přístupu používaného sociálními pracovníky v kraji Jihomoravském a Jihočeském.

Pro výzkum byla použita kvalitativní výzkumná strategie s použitím metody dotazování a techniky polostrukturovaného rozhovoru. Výběrový soubor tvořilo šest sociálních pracovníků z Jihočeského kraje a sedm sociálních pracovníků z kraje Jihomoravského z organizací, které pracují s lidmi s mentálním postižením. Z oslovené organizace jsem vždy vybrala pouze jednoho sociálního pracovníka. Sesbíraná data byla analyzována metodou vytváření trsů.

Z výsledků vyplynulo, že sociální pracovníci v ojedinělých případech vycházejí z přístupu zaměřeného na klienta při práci s lidmi s mentálním postižením. Ukázalo se,

že celkem deset informantů aplikuje při své práci s klienty nějaký teoretický přístup sociální práce. Avšak z přístupu zaměřeného na klienta vychází pouze tři komunikační partneři a to z Jihočeského kraje. Z výpovědí jsem zaznamenala, že se lépe v používání teoretického přístupu orientují informanti z Jihočeského kraje. V druhém kraji, Jihomoravském, sociální pracovníci spíše vycházeli z praxe s cílovou skupinou mentálně postižených, než z některého teoretického přístupu. Také jsem se zaměřila na zmapování informovanosti o přístupech Carla Rogerse, především o přístupu zaměřeného na klienta – dotazováni byli informanti, kteří přístupy Carla Rogerse nepoužívají. Osm z osmi dotazovaných zná jméno Carl Rogers a jeho přístup zaměřený na klienta nebo jej někdy slyšeli. Poté jsem zjišťovala, zda informanti znají významné pojmy přístupu. Zmapovala jsem, že osm z osmi informantů zná empatii a používá ji při své práci. Avšak kongruenci zná pouze jeden z osmi oslovených a to informant z Jihočeského kraje, který ji v praxi nevyužívá. Bezpodmínečné pozitivní přijetí znalo všech jedenáct oslovených, při své práci ji aplikují tři ze sedmi z Jihomoravského kraje a čtyři ze čtyř z kraje Jihočeského.

Vypracovaná bakalářská práce může být použita jako informační materiál pro laickou veřejnost i studenty sociální práce a přidružených oborů. Přístup zaměřený na klienta je známý, ale málo využívaný v sociálních službách při práci s lidmi s mentálním postižením, proto tato práce může být použita jako iniciativa sloužící k většímu zájmu budoucích sociálních pracovníků o tento přístup.

Klíčová slova: Přístup zaměřený na člověka, Carl Ransom Rogers, sociální pracovníci, mentální postižení

Abstract

In my bachelor I focus on client-oriented approach in social work with clients with mental disabilities. In addition to theoretical knowledge I map the use and the knowledge of this approach by social workers in the South Bohemian Region and the South Moravian Region.

The theoretical part is devoted to a client-oriented approach, which according to Šeffilová (2010) falls into the latter half of the twentieth century, when this trend was incorporated in humanistic psychology. It arose from the need to create an association that would tend different attitudes towards psychotherapy, science and understanding of human in comparison with other psychological approaches (Šeffilová, 2010).

Innovator and founder of the approach focused on client is an American psychologist and psychotherapist Carl Ransom Rogers whose access is highly acclaimed psychological and psychotherapeutic direction (Nykl, 2004). Thanks to his own observations and his own knowledge Carl Ransom Rogers said that acceptance, empathy and genuineness towards a client has therapeutic effect and treats - testimony built on the fact that he believed in a healthy root of every individual who under acceptable circumstances constructive and socially develops (Nykl, 2012).

As the basis for the approach focused on client Nykl considers (2012) three declared positions of Carl Ransom Rogers - empathy, congruence and acceptance. These are the essences for relationship, whose method one individual at least can organize to its own psychological development and maturation (Nykl, 2012).

I focus the client-oriented access on people with intellectual disabilities, who according to Švarcová (2011) are considered as individuals who drop behind by developing cognitive abilities, have differing development of certain mental qualities, and their customization capabilities could be impaired. This handicap is permanent, but improvement is possible by utilization of educational and therapeutic effects on child, it also depends on the severity and origin of the fault (Fischer, Skoda, 2008). The social model of disability according to Matousek and Kristan (2013) is not only the one that debilitates, weakens or disadvantages human, because even a person with mental disabilities can live a happy life like other people without disabilities. The author states

that there must be also support for the removal, search and preventing of disqualifying barriers in external environment. A person with this kind of disability can also be disadvantaged by stigmas, prejudices and superstitions, because such individuals are sometimes perceived as aggressive or otherwise deviant individuals (Matousek, Kristan, 2013).

The above-mentioned approach should be aware of workers who work with this target group because Matousek (2008) mentions that the precondition for the success of therapeutic intervention is non-judgmental attitude of therapist, unconditional acceptance of the client, empathy and congruence. Thanks to this position of therapist the client can utilize his potential for personal growth, constructively change his attitudes and behave responsibly towards each other (Matousek, 2008).

The aim and purpose of the thesis was to inform public, students of social work and students of related fields of study about the possibilities of approaches that are used to clients with mental disabilities in social services. The aim of practical part was to describe an approach focused on the client and its use within work with clients with mental disabilities in organizations providing social services. To determine this goal there were defined two research questions:

1) In what extent do social workers use the client-oriented approach to individuals with mental disabilities in organizations providing social services in the South Bohemian and South Moravian Region?

2) What are the main characteristics of the client-oriented approach to the use for work with clients with mental disabilities?

In the thesis I focused on the understanding and the application of the approach used by social workers in the South Moravian and the South Bohemian Region.

The research used a qualitative research strategy, using methods of questioning techniques and semi-structured interview. The sample consisted of six social workers from the organizations of the South Bohemian Region and seven social workers of the South Moravian Region that work with people with mental disabilities. Of the organizations were, I always chose only one social worker from the organization. Collected data were analysed by the method of clustering.

The results showed that social workers used the client-oriented approach with the working with people with mental disabilities only in unique cases. It was revealed that a total of ten informants applied in their work with clients some theoretical approach of social work. However, only three communication partners based on client-oriented approach and these three were from the South Bohemian Region. From the testimony I noticed that informants from the South Bohemian Region are better informed of the theoretical approach oriented. In the second region - South Moravian Region, social workers rather based on the experience with the target group of mentally handicapped people than from any theoretical approach. I also focused on mapping information about the approaches of Carl Rogers, primarily client-oriented approach – informants who don't use approaches of Carl Rogers were interviewed. Eight out of eight surveyed knew the name of Carl Rogers and his approach focused on client or they have ever heard about it. Then I investigated whether the informants are familiar with important concepts of the approach. I mapped that eight out of eight informants are familiar with empathy and use it in their work. However, congruence is known only by one out of eight respondents and this informant was from South Bohemian Region, who does not use it in practice. Unconditional positive acceptance was known for all eleven respondents, three out of seven from the South Moravian Region and four out of four from the South Bohemian region applied it in their practice.

This bachelor thesis can be used as information material for the general public and students of social work and related fields of study. Approach focused on client is known but only little used within the working with people with mental disabilities in social services, so this work can be also used as an initiative serving the greater interest of future social workers on this approach.

Key words: people-oriented approach, Carl Rogers, social workers, mental disability

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

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

V Českých Budějovicích dne 17.8.2016

.....

(jméno a příjmení)

Poděkování

Ráda bych poděkovala Mgr. Bohdaně Břízové, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, za její čas, podporu, trpělivost a za věcné připomínky.

Také bych chtěla poděkovat Bc. Nele Fenigbauerové za pomoc a rady, které mi poskytla. A své rodině, která mě podporovala po celou dobu studia.

Obsah

1	SOUČASNÝ STAV	13
1.1	Carl Ronsom Rogers	13
1.2	Vývoj psychoterapeutického přístupu C. R. Rogerse	14
1.2.1	Nedirektivní přístup	15
1.2.2	Přístup zaměřený na klienta	15
1.2.3	Přístup zaměřený na člověka	16
1.3	Znaky přístupu zaměřeného na klienta	17
1.3.1	Empatie	17
1.3.2	Kongruence (autenticita)	18
1.3.3	Akceptace (přijetí)	19
1.3.4	Sebepojetí	20
1.4	Mentální postižení	20
1.4.1	Etiologie	21
1.5	Dělení mentálního postižení	22
1.5.1	Druh postižení	22
1.5.2	Lehká mentální retardace	23
1.5.3	Středně těžká mentální retardace	24
1.5.4	Těžká mentální retardace	25
1.5.5	Hluboká mentální retardace	25
1.5.6	Jiná mentální retardace	26
1.5.7	Nespecifikovaná mentální retardace	26
1.6	Sociální práce	26
1.6.1	Sociální práce jako teoretická činnost	27
1.6.2	Hodnoty v sociální práci	28
1.6.3	Paradigmata v sociální práci	29
1.6.4	Poslání a cíle sociální práce	30
1.6.5	Využití teoretických přístupů sociální práce v praxi	31
1.6.6	Sociální práce s lidmi s mentálním postižením	33

2	CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	37
2.1	Cíle práce	37
2.2	Výzkumné otázky	37
3	METODIKA	38
3.1	Použitá metoda.....	38
3.2	Výzkumný soubor.....	39
3.3	Realizace výzkumu	40
3.4	Zhodnocení výsledků.....	40
3.5	Etika výzkumu	41
4	VÝSLEDKY	42
4.1	Výsledné trsy	44
5	DISKUSE.....	52
6	ZÁVĚR	57
7	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....	59
	PŘÍLOHY	65
	Příloha 1	65
	Scénář otázek použitých při rozhovoru	65

Úvod

Téma bakalářské práce s názvem *Přístup zaměřený na klienta v sociální práci s klienty s mentálním postižením* jsem se rozhodla psát, neboť mě toto téma upoutalo. V poslední době se celkově zajímám o práci s lidmi s mentálním postižením nejen proto, že jsem se už od malička s tímto druhem postižení setkávala ve své rodině, ale také kvůli tomu, že v dnešní době máme větší možnost se s těmito lidmi setkávat na veřejnosti.

Vypracovaná bakalářská práce může být použita jako informační materiál pro laickou veřejnost i studenty sociální práce a přidružených oborů. Přístup zaměřený na klienta je známý, ale málo využívaný v sociálních službách při práci s lidmi s mentálním postižením, proto tato práce může být použita jako iniciativa sloužící k většímu zájmu budoucích sociálních pracovníků o tento přístup.

Bakalářská práce se zaměřuje na používání přístupu zaměřeného na klienta v oblasti sociálních služeb u lidí s mentálním postižením. Prostřednictvím teoretické části seznamuje čtenáře s Carlem Rogersem a jeho přístupy, které se postupem času vyvíjí. Také přiblíží významné pojmy přístupu zaměřeného na klienta. Jelikož se bakalářská práce zajímá o klienty s mentálním postižením, čtenář tu najde vymezení mentální retardace a její rozdělení podle stupně postižení. V závěru se teoretická část zabývá sociální prací, jaké jsou její cíle, hodnoty a navazuje na sociální práci s lidmi s mentálním postižením.

Praktická část se bude věnovat výpovědím sociálních pracovníků z Jihočeského a Jihomoravského kraje, pracujících v sociálních službách s jedinci s mentálním postižením. V této části čtenář nalezne odpovědi na stanovené výzkumné otázky. Ty se budou týkat používání přístupu zaměřeného na klienta v praxi u sociálních pracovníků v daných krajích a důležitých specifíků při používání tohoto přístupu právě u osob s mentálním postižením. Odpovědi na výzkumné otázky budou získávány pomocí polostrukturovaných rozhovorů, a poté budou vyhodnoceny prostřednictvím metody vytváření trsů.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Carl Ronsom Rogers

Přístup zaměřený na klienta je velmi uznávaný psychologický a psychoterapeutický směr, jehož průkopníkem a zakladatelem se stal americký psycholog Carl Ronsom Rogers (Nykl, 2004). V úvodu této práce si nejprve přiblížíme jeho život a myšlenky, neboť je nezbytné Carla Ronsoma Rogerse představit kvůli přístupu zaměřenému na klienta. Následující kapitoly pojednávají o vývojových přístupech Carla Ronsoma Rogerse.

Studijní život Carla Ronsoma Rogerse popisuje Nykl (2012) tak, že nejprve šel studovat agronomii, pro lepší poznání zemědělství, ve kterém vyrůstal. Šiffelová (2010) uvádí Carlovu zálibu ve sledování běžného chování housenek a motýlů. Zajímal se rovněž o odbornou literaturu v oblasti zemědělství. Nykl (2004) dále zaznamenal, že si při účasti na některých náboženských setkáních Carl uvědomil vnitřní zájem o teologii, a proto ji odešel studovat. Autor dále zmiňuje, že vlivem několika přednášek na teologii Carl vycítil rozdílnost v některých myšlenkách a názorech - zaznamenal vlastní filozofii. Věděl ale, že jeho životní úkol spočívá v práci s lidmi, a proto přestoupil na studium psychologie a pedagogiky (Nykl, 2004).

Po ukončení studia, dle Nykla (2012), začal Rogers pracovat v poradně pro děti, které se dopustily trestných činů. Již tehdy si Rogers uvědomoval význam rozhovorů, které vedl s klienty. Autor popisuje, že Rogers po letech praxe zjistil, že je možné pracovat s dětmi a dospělými zcela jinak, než jak bylo doposud - nejprve se psaly posudky a poté se hledaly přiměřené metody pro řešení problému. Rogers byl přesvědčený, že už pouhý pohovor s klienty je terapie - viděl v něm velký účinek a sílu vztahu (Nykl, 2012).

Po dvanácti letech práce v poradně přestoupil Rogers na Ohijskou státní univerzitu, která mu umožnila podstatný posun v jeho znaleckém vývoji (Šiffelová, 2010).

Rok 1940 uvádí Nykl (2012) jako důležitý mezník v Rogersově životě, neboť díky svému pozorování a svým znalostem uvedl, že akceptace, empatie a ryzost ve vztahu ke klientovi má terapeutický účinek a léčí i psychické poruchy - tvrzení stavěl na tom,

že věřil ve zdravý základ každého jedince, který se za přijatelných podmínek konstruktivně a sociálně rozvíjí. Později si uvědomil, že základ přístupu zaměřeného na člověka se také týká pedagogiky i běžných každodenních vztahů (Nykl, 2012).

Šiffelová (2010) popisuje další Rogersovy posuny v jeho kariéře - profesura na univerzitě v Chicagu, přestup na univerzitu ve Wiscinsinu, v níž chtěl spojit katedru psychologie a psychiatrie. Autorka také zmiňuje jeho definitivní odchod z akademické půdy, protože se pro Rogerse měnila ve velmi omezující a odcizenou, proto se odstěhoval do Kalifornie a začal pracovat jako výzkumník v institutu, který sám založil (Šiffelová, 2010).

Carl Ransom Rogers byl velmi aktivní i v psaní knih či článků do časopisů. Napsal jako autor či spoluautor dvanáct knih, a také mnoho příspěvků do odborných časopisů, které psal od roku 1930 (Šiffelová, 2010).

Jako nejznámější knihy Carla Ransom Rogerse uvádí Merry (2002): *Být sám sebou (On Becoming a Person, 1961)* a *Způsob bytí (A Way of Being, 1998)*. V roce 1951 vydal knihu, která se jmenuje *Terapie zaměřená na klienta (Client-Centered Therapy)*, tehdy Rogers trvale opustil nedirektivní terapii a začal používat přesné pojmenování „terapie zaměřená na klienta“ (Šiffelová, 2010).

Poslední roky života se Rogers věnoval převážně psaní a práci pro mír, za který byl v roce 1987 nominován na Nobelovu cenu, v témže roce také Carl Ransom Rogers zemřel (Merry, 2002).

1.2 Vývoj psychoterapeutického přístupu C. R. Rogerse

Hlavní etapy vývoje přístupu zaměřeného na klienta podle Marryho (2004 in Šiffelová, 2010) lze rozdělit do tří základních etap, které se shodují na pojmenování přístupu v jistých dobách:

1. přístup nedirektivní - přibližně v roce 1940 - 1950, soustřeďuje se na utvoření nehodnotící a akceptující atmosféry a subvenci terapeutického procesu
2. přístup zaměřený na klienta - přibližně v letech 1950-1960 - klade důraz na postavení terapeuta a jeho přemítání klientových pocitů pomocí empatie, nikoli na jeho dovednosti a výkonu

3. přístup zaměřený na člověka - přibližně od roku 1960, se zdůrazňuje role hodnoty a kvality vztahu mezi terapeutem a klientem a zároveň zahrnuje i přesah do neklinických oborů.

1.2.1 Nedirektivní přístup

Nedirektivní přístup jako prvotní označení Rogersova přístupu podle Fiakové (2014) se vyznačoval odmítnutím direktivního poradenství charakteristického pro dané období. Dále autorka zmiňuje kritiku na jeho přístup, ve které se v krajním případě směřovalo k zobrazování terapeuta jako nečinného a vyčkávajícího, který pouze přikyvuje - mnohdy až do formy zesměšňujícího, všeobecně osvojeného názvu „Hmm...terapie“. Terapeut není pasivní, protože pozorně pozoruje klientovy symbolizace jeho částí sebepojetí, a tím více naslouchá klientovu projevu, než jenom tomu, jak by klienta znázornil on sám (Faixová, 2014).

Tento přístup dle Langmeiera a Krejčířové (2006) je založen na mínění, že v atmosféře volnosti se povzbuzuje směr k optimálnímu osobnostnímu vzniku, je přítomen ve všech lidech, a že osoba nejlépe řeší své existenční situace vlastními schopnostmi a svým způsobem, jestliže je mu k tomu poskytnuta šance a podpora.

1.2.2 Přístup zaměřený na klienta

Vznik přístupu zaměřeného na klienta spadá dle Šeffilové (2010) do druhé poloviny dvacátých let dvacátého století, kdy se tento směr začlenil do humanistické psychologie. Zrodil se z nezbytnosti stvořit sdružení, které by chránilo rozdílné postoje k psychoterapii, vědě a pojetí člověka ve srovnání s ostatními psychologickými přístupy (Šeffilová, 2010).

První Rogersova definice zní takto: *„Na klienta zaměřený směr je stále se rozvíjející forma mezilidského vztahu, která podporuje růst a změnu. Vychází z následujících základní hypotéz: Každému člověku je vlastní potenciál růstu, který může být aktivován ve vztahu k jedné osobě (např. terapeutovi). Předpokladem je, že tato osoba zažívá a zároveň sděluje (klientovi) své vlastní reálné bytí, svoji vlastní emocionální náklonnost a nanejvýš senzibilní, nehodnotící porozumění“* (Rogers, 1985, s. 17).

Základ přístupu zaměřeného na klienta sestávají tři prohlášené postoje C. R. Rogerse, a to akceptace, empatie a kongruence, z nichž vyplývá nedirektivita. Je to základ pro takový vztah, jehož postup může alespoň jeden jednotlivec upravovat k vlastnímu psychickému vývoji a zrání, tedy kultivovat svoje sociální kompetence (Nykl, 2012).

Nykl (2012) zaujalo to, jak vývoj tohoto směru lze chápat jako dobrý vývoj ve vztazích, protože akceptace a empatie, které v začátcích růstu nového směru převládaly, jsou jedny z prvních kroků k zahájení důvěrného vztahu (Nykl, 2012).

Okolnosti napomáhající osobnímu vývoji definuje Rogers třemi nadcházejícími znaky:

- a) autentičnost (kongruence, opravdovost)
- b) akceptace (zájem, důvěra)
- c) porozumění

(Rogers 1998 in Matoušek, Křišťál, 2013)

1.2.3 Přístup zaměřený na člověka

Nykl (2012) definuje přístup zaměřený na člověka takto: „Přístup zaměřený na člověka ukazuje cestu ponoření se do tajemství lidské duše i do duše vlastní a je charakterizován určitým vztahem a určitou formou komunikace. Je zde obsaženo vytváření základních podmínek potřebných, či nutných pro existenci a zdravý psychický růst od dětství až do pozdního stáří, proto může být cílem každého jedince načerpat něco z moudrosti vytvářející se v těchto podmínkách“ (Nykl 2012, s. 31).

Velmi osobitý názor uvádí Vybíral (2000): „Po Freudově hnacím pudu, Adlerově touze po převaze nad druhými, Franklově potřebě smyslu života je to další z klíčových konceptů, pro velkou část psychologie, navíc koncept, který snad nejlépe odpovídá, běžné životní situaci dnešní doby“ (Vybíral, 2000, s. 186).

Schmidt (1989, in Nykl, 2004, s. 119) zmiňuje Rogersovu poslední publikaci, ve které se přístup zaměřený na člověka charakterizuje takto: „Je v první řadě způsob bytí, který nachází svůj výraz v postojích a způsobech jednání, které tvoří růst podporujícího klima. Je to spíše základní filozofie nežli technika nebo metoda. Žije-li se touto filozofií, je možné pomoci člověku v rozvoji jeho vlastní kapacity. Je-li tato

filozofie prožívána, stimuluje také konstruktivní proměny v druhých. Dává člověku sílu a naše zkušenosti ukazují, že je-li tato osobní síla pocíťována, směřuje vývoj k osobním a sociálním změnám.“

1.3 Znaky přístupu zaměřeného na klienta

V následujících podkapitolách se budeme blíže zabývat jednotlivými znaky napomáhajícími osobnímu vývoji.

1.3.1 Empatie

„Prožívat stav empatie či být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil onu dimenzi. Znamená to tedy cítit bolest nebo radost druhého tak, jak ji cítí on. Vnímat jejich příčiny stejně jako on, avšak bez toho, že bych pozbyl vědomí toho, že je to jako bych já cítil bolest či radost a podobně. Ztratím-li tuto dimenzi *jako by*, pak se jedná o identifikaci“ (Rogers 1957 in Rogers 1998, s. 125).

Pörtnerová (2009) píše o empatii (čili porozumění vcítěním) jako o úsilí o přesné a citlivé porozumění prožívání pocitů druhého člověka. Dále autorka uvádí, že je to snaha vcítit se do jeho vnitřního i vnějšího relačního okruhu tak, jako bych byl jím samým, ale nepouštět přitom nikdy ze zřetele, že já jsem já a ne onou druhou osobou. Empatie není ztotožnění. Porozumění vcítěním není k tomu, abychom svůj protějšek interpretovali nebo začlenili. Dále autorka píše, že je to pokus dospět pokud možno opravdu k jeho prožívání a jeho světu. Sám zážitek, že jednotlivci někdo porozuměl, je podporou jeho následujícího vývoje (Pörtner, 2009).

Prostřednictvím empatie dle Špiláčkové a Nedomové (2013) se prohlubuje vztah, ve kterém klient získává potvrzení, že je adekvátní bytostí. Klient prožívá emotivní korektivní zkušenost, která u něj nápadně stimuluje sebeexploraci. Dle autorek vztah školí klienta lépe chápat sám sebe, klient je schopen uznávat sám sebe. Jednáním sociálního pracovníka vzniká pro klienta model chápajícího a uvolněného chování (Špiláčková, Nedomová, 2013).

O empatii v tomto případě píše Pörtnerová (2009) jako o pokusu, u kterého se snažíme opravdu dostat k jeho prožívání a světu. Autorka zmiňuje, že sám zážitek je podporou dalšího vývoje člověka, jemuž někdo porozuměl (Pörtner, 2009).

Carl Ransom Rogers (1998) uvádí – pokud je terapeut nebo učitel větší mírou citlivého porozumění charakterizován, tak tím má větší pravděpodobnost, že k tvořivému učení či změně dojde právě pod jeho vedením. Dále autor zmiňuje, že k patologickým příznakům a mírnému zhoršení adaptability může vést nízká míra empatie. Například, když učitelé dají pochopení žáků najevo, zkvalitní se jejich učení (Rogers, 1998).

1.3.2 Kongruence (autenticita)

Kongruence čili opravdovost znamená dle Pörtnerové (2009), že si člověk uvědomuje své vlastní prožívání a dokáže je oddělit od toho, co vnímá u svého protějšku. Kongruenci tedy autorka značí jako vycházení druhému člověku vstříc jako osobnosti a neskrývání se za profesionální masku. Druhý člověk by si měl připouštět a akceptovat své pocity, impulzy a dojmy - nedomáhá se však, aby je za všech okolností bez filtrace házel na hlavu svému protějšku. Dle autorky musí být člověk schopen zhodnotit, kdy má a kdy nemá smysl oznamovat své pocity. Obecné podmínky konkrétní situace jsou jasné a zřetelné pro všechny zúčastněné (Pörtner, 2009).

„Terapeuti se mohou poměrně rychle naučit být lepšími, citlivějšími posluchači, být empatictější. Jde částečně o dovednost a částečně o postoj. Pokud se však terapeut má stát opravdovějším, laskavějším, musí se změnit prostřednictvím zkušenosti - což je pomalejší a složitější“ (Rogers, in Tolan 2006, s. 65).

Vymětal (1996, in Špiláčková, Nedomová, 2013) předpokládá, že kongruence pocíťována druhým, vyjadřována přiměřeně a doplňována akceptací a empatií, má vliv na klienta:

- a) klient se vnitřně zklidňuje, protože nyní již ví, na čem je. Zároveň se prohlubuje důvěra k sociálnímu pracovníkovi a zesiluje se oboustranný vztah;
- b) nadchází psychická obnova u klienta a zvětšuje se sebeexplorace;

- c) kongruentní sociální pracovník vzbuzuje totéž u druhé osoby, upřímnost a otevřenost prožívá klient i sociální pracovník vůči sobě i jiným. Před formulací svých pocitů je nutné si je nejprve uvědomit;
- d) autenticita sociálního pracovníka dovoluje klientovi dávat najevo vlastní autenticitu a spontánnost.

Významným faktorem přístupu je utvoření hodnotného vztahu mezi sociálním pracovníkem a klientem (Špiláčková, Nedomová, 2013).

Tolan (2006) popisuje autenticitu jako vaši část, která je otevřená, pružná, není předmětem zkreslení ani popření - zkrátka je to ta část z vás, v níž neexistuje rozepře mezi vaší strukturou „self“ a vašim prožíváním. Dále autor zmiňuje, že je to oblast self, která může být velmi otevřená, bez sebeobrany otevřená klientům. *Self* podle Šiffelové (2010) zahrnuje veškeré vjemy jedince o svém organismu a prožívání i postup, jak v jeho prostředí souvisí s jinými vjemy a objekty. Autorka také zmiňuje, že zážitky nebo potřeby, které nemohou být přijímány do sebepojetí, mohou mít za následek psychickou tenzi nebo jiné problémy. Pojetí *self*, prezentuje vnímání, které je přijato do vědomí a člověk si tak dokáže vyjádřit pohled sám na sebe (Šiffelová, 2010).

1.3.3 Akceptace (přijetí)

Akceptace dle Hájka (2012) je postavení, kde vedoucí vůči vedenému bývá zcela otevřený a uznává ho zcela jako významnou osobu přičiňující si úctu a respekt.

Podle Špiláčkové, Nedomové (2013) bezpodmínečné pozitivní přijetí znamená výchozí postoj, při kterém je sociální pracovník vůči klientovi zcela otevřen, vstřícný a přijímá ho bezvýhradně jako významnou osobu zasluhující si uznání a respekt v souladu se zásadami humanismu. Terapeut je tedy klientovi vnitřně k dispozici. Sociální pracovník stále projevuje pozitivní a nepřivlastňující si postoj (Špiláčková, Nedomová, 2013).

Podle Hájka (2012) akceptace vzniká především z mínění, že můžeme důvěřovat člověku a na jeho vnitřní vývojový potenciál se dá v každém individuálním případě spolehnout. Ovšem, neznamená to, že bychom s druhým člověkem měli v každé situaci souhlasit, ale přijímat jeho názory a vyjádření jako to, na co má druhý právo. Dále autor píše, že tento postoj se především projevuje v neverbálním chování vedoucího - v jeho

ochotě, poloze těla, mimice, trpělivému naslouchání, tónu hlasu atd. (Hájek, 2012). Akceptace vyvolává obvykle u druhého člověka dle Hájka (2012) tyto duševní reakce:

- Vedený není na problém sám, protože vedoucí mu je blízký, může se na něj spolehnout a mají příjemný vztah mezi sebou.
- Autorita vedoucího je přijímána, neboť díky ní se zvyšuje sebeúcta vedeného a uspokojuje se potřeba uznání.
- Druhému člověku umožňuje akceptace být sám sebou, bez přetvářky a klamu.

1.3.4 Sebepojetí

O sebepojetí Pörtnerová (2009) píše jako o hlubším porozumění kongruence. Dále sebepojetí míní jako obraz, který má každý člověk o sobě samém i s tím, jaké hodnocení to spojuje. Autorka uvádí, že sebepojetí se vyvíjí zčásti z bezprostředních zážitků malého dítěte, a poté z posuzujících soudů od okolí. Proto není pevně stanovené, ale proměnlivé. Stále se mění vývojem, kvůli vlivům zkušeností, které získáváme během svého života (Pörtner, 2009).

Sebepojetí jsou tedy zejména poznatky a přesvědčení o sobě samém. V rámci obsahu sebepojetí se začali výzkumníci zabývat formálními a dynamickými parametry (Výrost, Slaměník, 2008).

1.4 Mentální postižení

V následující kapitole si přiblížíme pojem mentální postižení, tj. definujeme toto postižení a jeho příčiny. Dále se okrajově seznámíme se stupni mentálního postižení.

„Mentální postižení je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Toto postižení vzniká před dosažením věku osmnácti let“ (Šiška, 2005, s. 14).

Valenta a Müller (2013) tvrdí, že u mentálně postiženého jedince nejde pouze o pouhé časové zaostávání duševního růstu, ale o složení vývojové změny. Autoři také

uvádí, že takto postiženého jedince nelze srovnávat s mladším nepostiženým dítětem, neboť dochází i ke změnám kvalitativním.

Švarcová (2011) považuje mentálně postižené (retardované) osoby za ty, které zaostávají vývojem rozumových schopností, mají odlišný vývoj některých psychických vlastností a také u nich dochází k poruchám adaptačních schopností.

Fischer a Škoda (2008) vymezují mentální postižení jako vrozenou vadu, kdy se dítě s tímto postižením již od svého narození nevyvíjí obvyklým způsobem. Zmiňují se, že toto postižení je trvalé, ale je možné jisté zlepšení s edukačními a terapeutickými vlivy na dítě. Vždy však záleží na závažnosti a příčině defektu (Fischer, Škoda, 2008).

1.4.1 Etiologie

Příčiny mentálního postižení jsou rozmanité, vždy se však jedná o podstatný organický nebo funkční defekt mozku (Slowík, 2007). Dle autora je zřejmý důvod postižení pouze u syndromů vyvolaných genetickými poškozeními (genová mutace, chromozomální odchylky), následky traumat, intoxikací nebo také metabolickými poruchami.

Nejčastěji se důvod mentálního postižení segmentuje dle časového zřetele na prenatalní (před porodem), perinatální (během porodu, nebo krátký čas po něm) a postnatální (v průběhu života) (Michalík, 2011).

Valenta a Müller (2013) jako prenatalní příčiny uvádí vlivy dědičné (hereditární a genetické) a environmentální, nedostatek plodové vody, vrozené vady lebky a mozku. Michalík (2011) se zmiňuje ještě o prenatalní deprivaci, kdy například to, že je dítě nechtěné se může projevit na jeho zdraví již v těhotenství.

Do perinatální etiologie Michalík (2011) řadí předčasný porod a nízkou porodní váhu dítěte, těžkou novorozeneckou žloutenku, hypoxii nebo také mechanické i organické poškození mozku při porodu.

V době po narození, tedy v průběhu života, Valenta a Müller (2013) zmiňují mechanické vlivy, jako jsou traumata dítěte, nádory mozku. Dále autoři do této skupiny řadí silná sensorická, citová a sociokulturní deprivace dětí, infekční onemocnění mozku (např. klíšťová encefalitida, meningitida), nemoci končící demencí.

1.5 Dělení mentálního postižení

Stanovení stádia mentálního postižení je podloženo zjištěním stupně inteligence. „Inteligence je označením pro soubor kognitivních schopností, účastnících se poznávání, učení a řešení problémů v nižším smyslu a často v běžné řeči, také pro míru těchto schopností“ (Čáp, 2001, s. 153).

Hloubku mentálního postižení dle Pipekové (2010) lze stanovit pomocí inteligenčního kvocientu, který udává stupeň rozumových schopností. Dle Michalíka (2011) je mentální postižení širší pojem zahrnující všechny jedince s IQ pod 85. Pipeková (2010) dále pojednává o tom, že v České Republice se úroveň mentálního postižení klasifikuje dle 10. revize mezinárodní statistické klasifikace nemocí publikované Světovou zdravotnickou organizací v roce 2013. Klasifikujeme tedy:

A. druh postižení

- F 70-79 Mentální retardace

B. Stupeň postižení

- F 70 Lehká mentální retardace IQ 69-50
- F 71 Středně těžká mentální retardace IQ 49-35
- F 72 Těžká mentální retardace IQ 34-20
- F 73 Hluboká mentální retardace IQ19 a nižší
- F 78 Jiná mentální retardace
- F 79 Nespecifikovaná mentální retardace

(Pipeková, 2010, s. 291).

Nyní si v podkapitolách charakterizujeme jednotlivé pojmy, které jsme si rozdělili na jednotlivé stupně. Nejprve si však přiblížíme druh postižení.

1.5.1 Druh postižení

Pojem mentální retardace bývá většinou užíván jako synonymum mentálního postižení - retardace má v naší společnosti částečně hanlivý náznak (Bazalová, 2014).

Třískavá a kolektiv (1991) pod pojmem mentální retardace rozumí primární omezení duševního vývoje. Běžné vývojové možnosti dítěte jsou limitované nebo

poškozené, proto vyspívání probíhá pomaleji a závěrečný stupeň chování dítěte a poté dospělého je snížený (Třísková a kol. 1991).

Jedinec s mentální retardací má mnoho přidružených problémů dle Čadilové, Jůna Thorové (2007), a to:

- 25% dospělých neumí smysluplně používat řeč;
 - 10% neumí porozumět mluvenému slovu;
 - 50% trpí zřetelným fyzickým handicapem;
 - 50% se nezvládá pohybovat samostatně po okolí;
 - 50% není způsobilých primární sebeobsluhy
- (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

1.5.2 Lehká mentální retardace

Staré označení pro lehkou mentální retardaci bylo debilita (Franiok, 2007).

Osoby s touto formou mentální retardace v určitém případě umí uvažovat na úrovni dětí středního školního věku - zvládají některá logická myšlení, ale abstraktně uvažovat nezvládají, což se odráží na jejich verbálním projevu (Pergl, © 2002 – 2012). Dle autora si tito lidé osvojují mluvu opožděně, ale zvládají řeč užívat účelně v každodenním životě.

Pipeková (2006) uvádí, že u většiny tříletých dětí s mentálním postižením je psychomotorika opožděná či poškozená. Ve srovnání s dítětem bez zdravotních problémů, jsou podle autorky nejvíce vidět rozdíly od šesti let v komunikačních schopnostech. Lehké mentální postižení u dětí je zřetelné jako defekt způsobilosti analýzy a syntézy (Pipeková, 2006). Významnou roli u takto postižených dětí hraje výchovné prostředí, kterým je jedinec obkloповán (Valenta, Müller, 2007). Jestliže se dítě nenachází v sociálně náročném prostředí, dokáže se většinou dobře socializovat (Pipeková, 2006).

V osobní péči, v praktických a domácích dovednostech podle Pergla (© 2002 – 2012) většinou dosáhnou osoby s lehkou mentální retardací úplné nezávislosti i přes to, že jejich vývoj je pomalejší - problémy se u nich projevují ve škole, zde mají specifické potíže se psaním a čtením. Dítě s tímto typem postižení bývá většinou integrováno

do běžné základní školy, v některých případech navštěvují základní školu praktickou, poté mnozí odchází na odborná učiliště (Pipeková, 2006). V práci uplatňují spíše praktické schopnosti, proto jim v zaměstnání postižení nepůsobí žádný problém (Pergl, © 2002 – 2012).

V sociokulturním kontextu osobám s lehkou mentální retardací nepůsobí nesnáze tento defekt. Problémy se však projeví v okamžiku, kdy je člověk s tímto stupněm retardace značně emočně a sociálně nezralý, např. nevyrovná se s požadavky manželství, výchovy dětí, obtížně se přizpůsobuje kulturním tradicím a očekáváním (Pergl, © 2002 – 2012).

1.5.3 Středně těžká mentální retardace

Zastaralé pojmenování středně těžké mentální retardace bylo imbecilita (Franiok, 2007).

Podle Švarcové (2011) u osob řazených do této kategorie je zřetelně opožděn vývoj chápání a užívání řeči - jejich konečný potenciál v této oblasti je individuálně odlišný. Dále je podle autorky opožděna a omezena také jejich dovednost soběstačnosti a zručnost. Někteří jedinci jsou schopni jednoduché konverzace, jiní mají problém s uvědoměním si svých základních potřeb. Ve škole jsou limitováni, většina žáků s tímto druhem postižení si pod vedením kvalifikovaných pedagogů osvojí základy čtení, psaní a počítání (Švarcová, 2011). Mentální věk se pohybuje u těchto lidí v rozmezí 4 – 8 let (Malá, Pavlovský, 2010).

V dospělosti jsou schopni provádět jednoduchou manuální práci, pokud je pečlivě strukturována a je zajištěn odborný dohled (Švarcová, 2011).

Velmi sporadicky jsou schopni žít samostatný život. Obyčejně jsou plně mobilní i fyzicky aktivní, ovšem mnoho z nich není schopno navázat kontakt s druhými lidmi během jednoduchých sociálních aktivit (Švarcová, 2011).

1.5.4 Těžká mentální retardace

Minulý název pro tuto retardaci byl idiocie prostá (Franiok, 2007).

Hranice mezi středně těžkou a těžkou mentální retardací určují poměrně jasné rozdíly v mluvních výkonech (Lechta, 2002). Řeč lidí s tímto druhem mentální retardace dle Pipekové (2006) tvoří pouze jednotlivá slova nebo skřeky.

Pipeková (2006) míní, že výrazné opoždění je v psychomotorickém vývoji, objevuje se u tohoto druhu mentální retardace také somatické vady včetně příznaků defektu cévní nervové soustavy. Sebeobsluha jedince s těžkou mentální retardací je založena na dlouhodobém tréninku, avšak většina ji nezvládá ani v dospělosti (Pipeková, 2006). Mentální věk takto postižených jedinců se odhaduje v rozmezí od 18 měsíců do věku 3,5 let (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

Velmi často mají dle Pipekové (2006) tito jedinci proměnlivé nálady a jsou vznětliví. Dále autorka uvádí, že lidé s těžkou mentální retardací jsou schopni rozeznat blízké osoby, potřebují ovšem neustálý dohled a pomoc druhých (Pipeková, 2006).

„Klienti v tomto směru vyhledávají chráněné prostředí (tj. hlavně chráněné bydlení a zaměstnání) po celý život“ (Valenta, Müller, 2003, s. 45).

1.5.5 Hluboká mentální retardace

Zastaralý termín pro hlubokou mentální retardaci byl těžká idiocie (Franiok, 2007).

Podle Čadilové, Jůna a Thorové (2007) je u takto postižených jedinců kompletní forma psychických a fyzických dovedností velice omezena, např. způsobilost porozumět snadným pokynům, společenské vyjádření mají pouze viditelným úsměvem. Tito lidé jsou ve většině případech zcela imobilní a jejich myšlenkový stav bývá na úrovni 18 měsíčního dítěte. Dále autoři zmiňují, že osoby s hlubokou mentální retardací jsou hyperrealisté, nezvládají rozpoznat obrázky ani kompletní primární symbolické uvažování (Čadilová, Jůn, Thorová, 2007).

U takto postižených jedinců dle Pipekové (2006) je častý výskyt epilepsie a zrakového či sluchového poškození, zvláště také atypického autismu. Komunikace s takovými lidmi je na velmi nízké úrovni, vyjadřují se pouze neverbálně a pomocí

skřetů a grimas. Jedinci s hlubokou mentální retardací potřebují neustálou celoživotní péči druhých osob (Pipeková, 2006).

1.5.6 Jiná mentální retardace

Tato kategorie by dle Slowíka (2007) měla být použita pouze tehdy, pokud vyměření stupně intelektové retardace pomocí běžných metod je podivně nesnadné nebo nemožné, kvůli přiřčenému senzoryckému nebo somatickému defektu, např. u osob nevidomých, neslyšících, u jedinců s těžkými poruchami chování, osob s autismem nebo u těžce tělesně postižených osob.

1.5.7 Nespecifikovaná mentální retardace

Toto označení se používá u postižených osob, kterým je prokázána mentální retardace, ale není dost údajů, dle kterých by bylo možné zařadit pacienta do jednoho z výše uvedeného stupně (Slowík, 2007).

1.6 Sociální práce

V následující kapitole si vymezíme a definujeme pojem sociální práce, její cíle, hodnoty a paradigmaty. Také se zaměříme na sociální práci v praxi s lidmi s mentálním postižením.

Sociální práce je z hlediska Gulové (2011) teorie hodnocena jako vědecky podložená odborná disciplína, která pomocí metod sociální práce zaopatřuje na kvalitní úrovni péče o potřebné. V praxi sociální práce pomáhá v podobě služby nebo aktivity klientovi, aby si dokázal sám pomoci; klienti jsou lidé, kteří jsou jakkoliv sociálně znevýhodněni (Gulová, 2011).

Novotná (2014) uvádí, že sociální práce v individuálních realizacích se zaměřuje na různorodé, souhrnné vztahy mezi lidmi a jejich prostředím. Úkolem je dle autorky zlepšit lidem všechny jejich možnosti, obohatit životy a odvracet selhání. Odborná sociální práce je orientována na zdolání nesnáží a vzbuzení přeměny (Novotná, 2014).

Sociální práce v užším slova smyslu je charakterizována dle Mühlpachra (2004) bezprostředním, úmyslným a přichystaným spojením sociálního pracovníka s klientem za záměrem vymezení sociální diagnózy a realizování sociální terapie. Ta tkví

v sociálně výchovném účinku a nasměrování klienta ke zvratu svého postoje a sociálnímu stavu (Mühlpachr, 2004).

Sociální práce v širším slova smyslu podle Novotné (1992 in Husáková, 2008) zahrnuje také sociálně-technické opatření, odborné a praktické zužitkování posudků a rozhodnutí z jiných oborů, spolupráce s dalšími specialisty v oblasti péče o člověka, a také administrativní metody zformovanými sociálními a zdravotnickými institucemi, které péči umožňují.

Podle Jurajdové (2012) teoretické zázemí sociální práce je jedním z podstatných zdrojů profesionální totožnosti sociálních pracovníků. Autorka také zmiňuje, že užívání teorií sociální práce usnadňuje komunikaci mezi sociálními pracovníky, ale je také důležité pro samotnou praxi, neboť konkretizuje postup práce s klientem, pomáhají urovnat informace a domněnky do smysluplného celku. Taktéž poskytují systematicky organizovaný a předvídatelný přístup k práci s lidmi (Jurajdová, 2012).

1.6.1 Sociální práce jako teoretická činnost

Teorie sociální práce dle Husákové (2008) je systém uspořádání základních tezí poznání, které podmiňuje nejen pouhé postavení společnosti, ale výrazně se orientuje na vyváženost společných vývojových dispozic. Dále ji autorka vnímá jako uspořádané objasňování pozorovaných faktů a zákonů. Teorie také vysvětluje dosavadní poznatky aplikovaných procesů, výzkumů a ztvárnění nových informací (Husáková, 2008).

Sociální práce podle Novotné (2014) se zaměřuje na kolektivní zábrany, odlišnosti a podjatosti. Autorka píše, že také odpovídá na krize a akutní okolnosti shodně jako běžné osobní a společenské potíže, přičemž zužitkovává škálu dovedností, metod a konání spojených jejím komplexním zaměřením na člověka a jeho prostředí. Formy intervence se zaměřují prvotně na jedince specializovaného psychosociálními procesy jako včlenění do sociální politiky návrhu a vývoje (Novotná, 2014).

Závažným prvkem dle Striežence (2003) je ujasnění užitých kritérií sociální práce se zachováním vývoje osobní individuality klienta a sociální vývojové dispozice společnosti.

Novotná (2014) zmiňuje, že volba použití více teorií najednou se nazývá elektrický přístup. Dále také uvádí, že nevýhodou tohoto přístupu je bezpochyby to, že výsledek

je do podstatné míry ovlivněn zkušeností sociálního pracovníka. Lidské bytí je mnohostranné, a proto je nemůžeme vyložit pouze jednou jedinou teorií (Novotná, 2014).

1.6.2 Hodnoty v sociální práci

Sociální práce podle Novotné (2014) vznikla z humanistických a demokratických idejí a její hodnoty jsou vytvořeny na účtě v rovnost, hodnotu a slušnost lidí. Autorka dále uvádí, že od svého zahájení před více než stoletím se sociální práce orientuje na realizaci lidských potřeb a prohloubení lidských možností. Lidská práva a sociální spravedlnost fungují jako motivace a objasnění činnosti sociální práce (Novotná, 2014).

Z historického hlediska lze hodnotovou orientaci v sociální práci rozdělit do šesti směrů podle Matouška (2012 in Novotná, 2014):

1. Paternalistická orientace - vyvrcholením této orientace je pokládán začátek 20. století, kdy se jednalo o úsilí zkvalitnit mravní charakteristiku klientů jistou formou, tak aby mohli existovat ctnostně a být přínosní. Těm, kteří odbočili z odpovídajícího způsobu žití, bylo nutno znovu ukázat správný směr.
2. Orientace na sociální spravedlnost - z hlediska této orientace je návyk způsoben strukturální obtížemi v kulturním a ekonomickém životě, který provází osoby velmi znevýhodněné. K vylepšení může vést zavedení rovnosti příležitostí, redistribuce bohatství apod.
3. Náboženská orientace - má v sobě elementy předchozích přístupů, ale ve svém jádru navazuje na zvyk propojení pomoci a náboženství.
4. Klinická orientace - jde o nasměrování hodnot na etické dilema v sociální práci. V ohnisku zájmu tohoto přístupu jsou rozhovory o klientově důvěře, formě komunikace, předkládání informací apod. Též se orientuje na vztah mezi hodnotami sociálního pracovníka a hodnotami klienta.
5. Defenzivní orientace - tento proud se specializuje na ochranu sociálního pracovníka. Iniciativou pro vznik tohoto zaměření bylo publikování často nepodložených skutků o nesprávném vykonání sociální práce. Proto zde

převládá téma odpovědnosti a problematiky propojené s hrozbou soudní pře mezi sociálním pracovníkem a klientem.

6. Morálně neutrální orientace - určuje především technický přístup k sociální práci. Podstatou je nepřítomnost normativních hodnotových soudů (Matoušek 2012, in Novotná 2014).

1.6.3 Paradigmata v sociální práci

Pojem paradigma popisuje Špiláčková a Nedomová (2013) jako obecně oceňované vědecké výsledky, které v jisté chvíli prezentují pro společenství znalců model problémů a model jejich východisek. Paradigma je to, co příslušníci vědního společenství sdílejí (Špiláčková, Nedomová, 2013).

V sociální práci se podle Matouška (2007) v průběhu 20. století vyhranily tři rozdílná pojetí, tzv. malá paradigmata. Odlišují se jak svými filozofickými podklady, tak praktickými dovednostmi (Matoušek, 2007).

Dočkal (2008) tvrdí, že z nástinu sociálního fungování vznikají tyto tři přístupy:

1. sociální práce jako terapeutická pomoc (terapeutické paradigma) - za základní faktor sociálního fungování Navrátil (in Matoušek, 2007) považuje duševní zdraví a pohodu člověka. Sociální práce je v tomto konceptu chápána jako krizová intervence, která se snaží pomoci zajistit psychosociální pohodu. Příkladem tohoto chápání je Rogersův přístup orientovaný na klienta (Navrátil in Matoušek, 2007).
2. sociální práce jako reforma společenského prostředí (reformní paradigma) - vidina tohoto sociálního fungování dle Dočkala (2008) vychází z ideje rovnosti v rozdílných odvětvích společenského života (se zřetelem na společenské kategorie, menšiny, pohlaví, věkové třídy atd.). Podpora spolupráce a solidarity v rámci zaměření společenské třídy má pomoci znevýhodněným upoutat vliv na vlastní životy. Teoretickým jádrem je hlavně sociologie a politologie, protože sociální práce se v tomto směru úzce prolíná se sociální politikou (Dočkal, 2008).
3. sociální práce jako poradenství (poradenské paradigma) - poslední paradigma označil Navrátil (in Matoušek, 2007) jako sociálně-právní

pomoc, kdy sociální chod závisí na schopnosti zvládat problémy a na přístupu k adekvátním informacím a službám. Tento směr chce vycházet vstříc jednotlivým potřebám a zároveň se snaží o zlepšení struktury sociálních služeb, jejíž je složkou. Jde tedy především o pomoc klientům prostřednictvím poskytování informací, způsobilým poradenstvím, zpřístupňováním zdrojů a mediací. Součástí je snaha o změnu společnosti a sociálních zařízení, tak aby lépe reagovaly na potřeby občanů (Navrátil in Matoušek, 2007).

Matoušek, Křišťan (2013, s. 191) zaznamenali malá paradigmatu sociální práce v souvislosti s bariérou v životním zvládnání takto:

Tabulka č. 1 - Malá paradigmatu sociální práce

Malé paradigma	<u>Terapeutické</u>	<u>Reformní</u>	<u>Poradenské</u>
Úroveň problému	Mikro	Makro	Mezo
Bariéra v životním zvládnání	Intrapsychická	Externí tlaky společnosti	Nedostatek informací služeb a dovedností
Možné teorie a přístupy	Psychodynamické Humanistické Existenciální Kognitivní modely Rodinná terapie	Antiopresivní Komunitní Ekosystémové Advokacie Zmocňování	Úkolově orientovaný Kognitivně-behaviorální Řešení problémů Systémová

Zdroj: Matoušek, Křišťan, 2013, s. 191

1.6.4 Poslání a cíle sociální práce

Stanovení poslání a cílů sociální práce se dle Matouška (2007) odlišuje jak v jiných dobách, tak v závislosti na teoretické, společenské nebo kulturní souvislosti.

Cílem sociální práce je zabránit sociálnímu vyloučení, nebo alespoň snížit jeho následky (Dočkal, 2008).

Podle Novotné (2014) je základním posláním sociální práce:

- podpořit schopnost klienta při řešení problému a podpořit adaptaci na nároky prostředí,

- zprostředkovat kontakt se službami a napomáhat k tomu, aby tyto služby pracovaly humánně a efektivně,
- zlepšovat a rozvíjet sociální politiku.

Thompson (2000, in Matoušek, 2007) se snaží specifikovat cíle sociální práce tím, že vystihuje aktivity, které jsou v sociální práci všední. Člení mezi ně:

- posuzování potřeb a životních situací jak těch, kteří o sociální pomoc sami zažádali, tak i těch, jež se shledávají se sociální prací z „vyšší moci“
- umožňování nebo sjednání služeb, které mají posloužit k zabezpečení identifikované nezbytnosti
- vykonání facilitujících a podpůrných činností ve výši individua, rodiny, skupiny nebo komunity při překonání problémů
- posuzování etap a povahy nebezpečí, kterým je klient podroben
- nabízení vykonání a posouzení ochranných záměrů
- obstarávání posouzení pro jednání soudů
- spoluúčast v mnoha oborových kolektivech
- hájení a mediace
- plánování a vypracování preventivních opatření
- uskutečňovat zákonem vymezené povinnosti

1.6.5 Využití teoretických přístupů sociální práce v praxi

Nyní si přiblížíme některé teoretické přístupy sociální práce, které mohou využít sociální pracovníci v praxi u lidí s mentálním postižením.

Přístup orientovaný na úkoly – základními hodnotami jsou dle Špirudové (2015) v tomto přístupu partnerství a posilování. Vychází z toho, že vůdčí autoritu při řešení klientových problémů má klient sám. Proto se většinou staví na klientových silných stránkách než na analýze jeho nedostatků. Podstatou je myšlenka, že malý úspěch rozvíjí sebedůvěru a sebeúctu a že se lidé v úkolech, které si sami zvolili, více angažují (Špirudová, 2015).

Podle Vorlíčka a Adama (1998) má klient v tomto přístupu aktivní roli, kterou zvládá tím lépe, čím více porozuměl pomáhajícímu postupu. Pro klienta je užitečnější

zkušenost vlastního rozhodnutí než pasivního očekávání a přijímání rozhodnutí jiných (Vorlíček, Adam a kol., 1998).

Systemický přístup - k tomuto přístupu uvádí Špirudová (2015), že se jedná především o rozhovor, díky kterému se převypráví příběh a dosahuje se dekonstrukce původních významů jednotlivých událostí. Dále také autorka zmiňuje, že zároveň probíhá hledání nových souvislostí a významů, které umožňují překonání problému a rekonstrukci problémem definovaného systému. V systemickém přístupu je důležité a potřebné rozlišovat pomoc a kontrolu (Špirudová, 2015).

Zkrátka přístup vychází z toho (dle Hauke, 2014), že jedinec sám ví, jak má vypadat jeho život - ví, co má vyžadovat k tomu, aby se mu příznivěji žilo, a také má s sebou vše, co k tomu potřebuje. Pracovník je tedy dle autora pouhým pozorovatelem, na pracovníkovi poté je, aby zejména rozhovorem a způsobem kladení otázek byl klientovou oporou při jeho putování k hledání slibnějšího příběhu jeho života. Je ohromně důležité vždy respektovat onu naději při hledání změny (Hauke, 2014).

Ekologický přístup - přístup podle Mahrové a Venglářové (2008) soustřeďuje svou úslužnost na adaptaci a vzájemné sjednocení mezi lidmi a jejich sociálním a fyzickým okolím. Dále autorky uvádí, že se přístup zaměřuje na poruchy a problémy klientů v adaptačním procesu - proto sociální pracovník vstupuje do klientova světa a společně zjišťují a definují problémy klienta, poté řeší problémové okolnosti z hlediska životních změn, prostředí, interpersonálních vztahů a komunikace. Cílem je snaha o úspěšnou adaptaci nebo readaptaci klienta na jeho životní prostředí (Mahrová, Venglářová, 2008).

Psychosociální přístup - dle Mahrové a Venglářové (2008) je psychosociální přístup zaměřen na psychosociální pomoc jednotlivcům, kteří zkrachovali ve své sociální adaptaci a mají zájem, aby jim byla umožněna pomoc. Autorky uvádí, že tento přístup vychází z Freudovy teorie osobnosti, ale také vyzdvihuje důležitost interakce jednotlivce s okolím, především s rodinou. Snaží se o rovnováhu porozumění vnitřního psychického života člověka a jeho mezilidských poměrů. Jedná se o pokus mobilizování moci osobnosti a původce prostředí k růstu individua (Mahrová a Venglářová, 2008).

Antiopresivní přístup - tento přístup podle Kuzníkové a kolektivu (2011) je mířen proti znevýhodnění a utlačování. Novotná (2014) opresi definuje jako nehumánní či ponižující jednání s jednotlivci nebo skupinami, strádání a bezprávnost, zapříčiněné dominancí jedné skupiny nad druhou, negativní a nedůstojné prosazování moci.

Navíc Kuzníková a kol. (2011) zmiňuje, že cílem antiopresivního přístupu je zaměření se na různé druhy útlaku jako na soubor vztahů, který je nutno analyzovat. Za primární rysy jsou považovány spravedlnost, rovnost a spoluúčast (Kuzníková a kol., 2011).

Kognitivní behaviorální teorie - z behaviorálního hlediska je dle Holé (2013) lidské chování výsledkem procesu učení, tudíž stejné procesy učení, které vytvářejí problémové chování, jej mohou změnit. Učení je nejvíce ovlivněno sociálním prostředím a prožitými situacemi (Holá a kol., 2013).

Dušek a Večeřová - Procházková (2005) uvádí, že poruchy chování jsou naučenými reakcemi, a proto se i odstranění potíží opírá ve změně jednání. Protože není potřebné zjistit původ poruch, provádí se nácvik změn v chování (Dušek, Večeřová - Procházková, 2005).

Základem přístupu dle Novotné (2014) je změna chování, která brání klientovi ve zdařilém a samostatném fungování. Přístup je podle Duška a Večeřové - Procházkové časově omezený a orientovaný na konkrétní cíl. Od klienta se očekává součinnost a ochota k tendenci na přítomnost. Cílem přístupu je směřování k soběstačnosti klienta (Dušek, Večeřová - Procházková, 2005).

1.6.6 Sociální práce s lidmi s mentálním postižením

Podle Matouška a Křišťana (2013) je sociální model postižení nejen pouze mentální postižení, které jedince zneschopňuje, oslabuje nebo znevýhodňuje, protože i člověk s mentálním postižením může žít spokojený život jako ostatní osoby bez postižení. Pokud tedy udělovaná podpora není směřována výhradně na rehabilitaci, reedukaci a kompenzaci, ale věnuje se také hledáním, odstraňováním a zamezováním diskvalifikujících zábran ve vnějším prostředí. Autoři sociálního modelu předpokládají, že nelze hovořit o mentálním postižení bez ohledu na prostředí, v němž určitá osoba žije, neboť shodná bytost může být v konkrétním prostředí chápána jako člověk

s mentálním postižením, kdežto v jiném rozdílném prostředí o mentálním postižení hovořit nelze (Matoušek, Křišťan, 2013).

Člověk s mentálním postižením dle Matouška a Křišťana (2013) může být znevýhodněn pověrami, stigmaty a předsudky, proto ho lidé vnímají někdy jako agresivní či jinak sociálně deviantní osobu. Dále autoři zmiňují, že je mentální postižení bráno jako stav neměnný, pravda je ovšem jiná. Stav osoby je přiměřeným působením ovlivnitelný a člověk s mentálním postižením tak žije v poměrně běžném prostředí, pokud má umožněnou adekvátní podporu (Matoušek, Křišťan, 2013).

I při práci této cílové skupiny by pracovníci měli znát přístup zaměřený na klienta například podle Matouška (2008, s. 111), který píše: „Podmínkou úspěchu terapeutické intervence je nehodnotící postoj terapeuta, bezpodmínečné přijetí klienta, empatie a opravdovost. V technice práce s klientem se uplatňuje hlavně aktivní naslouchání a zrcadlení. Díky tomu má klient možnost využít potenciál svého osobnostního rozvoje, konstruktivně měnit své postoje, chovat se vůči sobě zodpovědně.“ Nejvíce se využitím tohoto přístupu v praxi právě u lidí s mentálním postižením zabývá Merlis Pörtnerová. Pörtnerová (2009) za základ uvádí přijímat osoby takové jaké jsou a směřovat je k samostatnosti i v rámci samostatného rozhodování. Dále uvádí, že rozhodování těmto lidem by mělo být umožněno a respektováno. Přestože mají lidé s mentálním postižením jisté hranice, neměli by pracovníci rozhodovat za ně, ale spíše podporovat i to jejich malé množství rozhodnutí, protože tak je alespoň minimálně mohou vést k odpovědnosti sám za sebe (Pörtner, 2009). Toto přijetí vede ke zlepšení vlastního života, protože člověk začne vnímat svoji nezávislost a pocítí tak vlastní hodnotu, proto si musí pracovníci uvědomit, že by neměli rozhodovat za ně, nýbrž s nimi, i kdyby to měla být maličkost, jako je například výběr barvy oblečení, vybavení pokoje nebo pouze o zapnutém či vypnutém rádiu (Pörtner, 2009).

Pörtnerová (2009) také ukazuje na to, že sociální pracovníci nevycházejí z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou a jaké jsou jejich možnosti. Měli by brát jedince vážně v jejich osobité jedinečnosti, snažit se pochopit jejich způsob vyjadřování a podporovat je, aby našli své vlastní cesty k patřičnému zacházení s realitou, nepochybně v rámci jejich omezených možností (Pörtner, 2009).

Tento přístup se podle Bickové (2011) velmi často využívá u lidí s mentálním postižením v individuálním plánování, kde má hlavní cíl ve vzbuzení bezpečí klienta a zachování jeho individuality, ale také se zaměřuje na vztah s klientem. Proto se nekoncentrujeme pouze na nabývání cílů, ale v kontaktu s klientem se věnujeme také jeho potřebám, které se neplánují, nýbrž vychází najevo v aktuálních situacích a ihned se řeší (Bicková, 2011).

Při komunikaci s osobami, které mají mentální postižení, bychom měli dodržovat tyto zásady podle Krhutové (2013, s. 64) :

1. Při prvním kontaktu se snažte odhadnout úroveň porozumění a komunikačních schopností. Počítejte s menší slovní zásobou, poruchami výslovnosti, gramatickými problémy ve vyjadřování, zpravidla pomalejším tempem řeči a jednodušším obsahům sdělení.
2. Klientům netykejte.
3. Používejte jednoduché věty (limitovaná slovní zásoba).
4. Hovořte pomaleji, při náznacích nepochopení slova či věty opakujte, případně použijte opis věty jiným způsobem. Vkládejte otázky k porozumění vašeho sdělení – přímé i nepřímé.
5. Ptejte se, pokud nerozumíte vyslovovanému.
6. Využívejte neverbální komunikaci – povzbudivý úsměv, vlídnou intonaci hlasu (nikoliv však dětinským způsobem), gestikulace – měla by synchronizovat s obsahem sdělovaného.
7. Nepoužívejte ironii a dvojsmysly.
8. Dávejte dostatek času na odpovědi (zpomalené vnímání).
9. V případech, kdy je to vhodné a možné, používejte ke komunikaci obrázky a další prostředky alternativní a augmentativní komunikace.
10. U klientů s těžkým a hlubokým mentálním postižením zajistěte možnost komunikace s profesionálem, který ovládá bazální dialog.

11. Lidé s mentálním postižením jsou zpravidla snadno ovlivnitelní, což svádí k manipulaci jejich názorů a jednání. Na tyto manipulace nepřistupujte.

Současný ideál zmiňují Matoušek, Koláčková a Kodymová (2005), jímž je směřování k tomu, aby osoby s mentálním postižením směly užívat běžné instituce, které poskytují služby veřejnosti. Tím autoři míní, aby žily v oblastním kolektivním stylu, který se nejvíce podobá lidem bez postižení, proto by služby neměly řídit život uživatele, ale pouze mu pomoci s řízením jeho života. Také by se služby měly snažit, aby klient nebyl na poskytovaných službách zcela závislý (Matoušek, Kříšťan, 2013).

2 CÍLE PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíle práce

Cílem mé bakalářské práce je popsat přístup zaměřený na klienta a jeho využívání u práce s klienty s mentálním postižením v organizacích poskytující sociální služby.

2.2 Výzkumné otázky

Pro splnění výše uvedeného cíle jsem si zvolila tyto výzkumné otázky:

1. V jaké míře využívají sociální pracovníci přístup zaměřený na klienta u jedinců s mentálním postižením v organizacích poskytující sociální služby v Jihočeském a Jihomoravském kraji?
2. Jaké jsou hlavní charakteristiky přístupu zaměřeného na klienta při využívání u práce s klienty s mentálním postižením?

3 METODIKA

3.1 Použitá metoda

Pro sběr dat jsem použila kvalitativní výzkum. Podle Hendla (2005) neexistuje žádný všeobecně uznávaný způsob jak stanovit nebo dělat kvalitativní výzkum. Autor také zmiňuje, že jedinečnost kvalitativního výzkumu nespočívá pouze v absenci čísel, ale má široké označení pro rozdílné přístupy.

Miovský (2006, s. 18) tvrdí, že kvalitativní výzkum v psychologických vědách „*je přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracuje s reflexivní povahou jakéhokoli psychologického zkoumání. Pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných psychologických fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*”

Dle Hendla (2005) se na začátku výzkumu stanoví výchozí výzkumné otázky, které ale v průběhu výzkumu (při sběru a analýze dat) můžeme upravovat nebo doplňovat. Proto se kvalitativní výzkum pokládá za emergentní nebo pružný druh výzkumu. Dále autor zmiňuje, že výzkumník vyhledává a analyzuje jakékoliv sdělení, kterým přispívá k objasnění výzkumných otázek, vypracovává deduktivní a induktivní závěry.

Jako metodu pro sběr dat jsem zvolila v bakalářské práci metodu dotazování - techniku polostrukturovaného rozhovoru, což podle Miovského (2006) znamená, že si vytvoříme schéma, které je pro dotazovatele závazné. V tomto schématu si stanovíme okruhy otázek, na které se budeme respondentů ptát. Při interview tedy můžeme podle potřeby a možnosti pořadí otázek upravovat a doplňovat dalšími otázkami, abychom tím maximalizovali výtěžnost rozhovoru (Miovský, 2006). Základem interview je příprava polostrukturovaného rozhovoru. Nejprve se v přípravě stanovují okruhy otázek, které budou v rozhovoru položeny. V rozsahu své přípravy jsem si stanovila 9 otázek, které jsou položeny dotazovaným během rozhovoru. Otázky jsou složené tak, aby podněcovaly dotazované k bližšímu vysvětlení či k sdělení dalších nápadů k tématu. Scénář rozhovoru je přiložen v příloze č. 1. Díky polostrukturovanému rozhovoru můžeme měnit pořadí stanovených otázek dle situace, a také pokládat doplňující otázky,

kteřé nám zajistí větší množství informací a zkvalitní výzkum. Stanovené otázky nebyly kladeny při rozhovorech v určitém pořadí, vždy záleželo na průběhu rozhovoru. Některé otázky byly rozšířeny o doplňující otázky. Také byl dán prostor pro dotazované, aby své myšlenky mohli více rozvinout a doplnit o své poznatky k danému tématu.

3.2 Výzkumný soubor

Základní soubor je tvořen sociálními pracovníky, kteří pracují v zařizenech sociálních služeb s lidmi s mentálním postižením, a to z Jihočeského a Jihomoravského kraje. Organizace, které pracují s lidmi s mentálním postižením, byly vyhledány z registru sociálních služeb v Jihomoravském a Jihočeském kraji. Poté byly na stránkách organizací vyhledány kontaktní údaje na sociální pracovníky. Dále byl vybrán výzkumný vzorek pomocí vícestupňového náhodného výběru. Vybraní sociální pracovníci byli napsáni na lístečky a rozřazeni na dvě hromádky, podle sídla organizace, v níž pracují, na Jihočeský a Jihomoravský kraj. Aby se postupovalo podle náhodného výběru, bylo poté z hromádek losováno. V případě vylosování sociálních pracovníků ze stejné organizace, se losovalo znovu. Úmyslem bylo zabránit výběru sociálních pracovníků z jedné organizace, neboť je pravděpodobné, že by se výpovědi dotazovaných mohly podobat.

Losování sociálních pracovníků probíhalo do té doby než se jejich odpovědi na kladené otázky nepodobaly. Nakonec bylo vylosováno osm sociálních pracovníků z kraje Jihočeského a osm z kraje Jihomoravského, celkem tedy 16 sociálních pracovníků z různých organizací. Tři vybraní a oslovení sociální pracovníci odmítli účast na mém výzkumu. Nedovolilo jim to časové vytížení jejich práce. Jeden sociální pracovník spadal do Jihomoravského kraje a dva pod Jihočeský kraj. Definitivní výzkumný vzorek tedy tvořilo 13 sociálních pracovníků pracujících s lidmi s mentálním postižením. Sociální pracovníci pracují v různých organizacích, které poskytují služby v kraji Jihomoravském (osloveno 7 sociálních pracovníků) a v kraji Jihočeském (osloveno 6 sociálních pracovníků).

3.3 Realizace výzkumu

Realizace výzkumu se konala v měsíci březnu a dubnu. Na vybrané sociální pracovníky byly kontaktní informace nalezeny na webových stránkách jednotlivých organizací. Na začátku jsem všechny dotazované oslovila, a také informovala o mém výzkumu prostřednictvím e-mailu. Třináct zmiňovaných komunikačních partnerů souhlasilo s jejich účastí na výzkumu. Tři vybraní a oslovení sociální pracovníci odmítli účast na mém výzkumu. Nedovolilo jim to časové vytížení jejich práce.

Individuální setkání proběhlo s osmi sociálními pracovníky. Přes e-mailovou korespondenci jsem si s jednotlivci sjednala schůzky, které probíhaly na pracovištích sociálních pracovníků v jejich kancelářích. Při rozhovoru nebyl nikdo jiný přítomen. Interview probíhalo přibližně 20 - 30 minut. Rozhovory byly nahrávány na diktafon. Při dialogu jsme se drželi scénáře otázek. Ze začátku byly položeny informační otázky osloveným sociálním pracovníkům. Poté se otázky dělily dle výpovědi. Pokud dotazovaný používá nějaký teoretický přístup při své práci s klienty s mentálním postižením, vedli jsme rozhovor o tom, jak jedná s těmito klienty podle přístupu, jaká jsou jeho specifika v této cílové skupině či jaké vidí pokroky u klientů. S komunikačními partnery, kteří nevychází z nějakého teoretického přístupu, jsme vedli rozhovor přímo k osobnosti Carla Rogerse a jeho přístupu zaměřeného na klienta. Dále jsme rozebírali významná slova tohoto přístupu.

V pěti případech nebylo možné si dohodnout schůzku, proto byly rozhovory provedeny prostřednictvím telefonního hovoru. I nyní byl nejprve domluven čas volání přes e-mailovou korespondenci. Délka hovoru se pohybovala okolo 25 minut. Rozhovory byly taktéž nahrávány na diktafon. Tato forma byla náročnější na realizaci, neboť rozhovory nemohly probíhat v hlučném prostředí z důvodu srozumitelnosti.

Po každém provedeném rozhovoru jsem komunikačnímu partnerovi poděkovala za spolupráci a jeho čas pro mě vyhrazený.

3.4 Zhodnocení výsledků

Na dílčí postup analýzy kvalitativních dat jsem aplikovala metodu vytváření trsů. Podle Miovského (2006) slouží metoda vytváření trsů k seskupení a konceptualizaci

jistých výroků do skupin. Ty se vytváří na základě nějaké podobnosti mezi ztotožněnými jednotkami, čímž vznikají obecnější kategorie. V těch jsou asociovány opakující se určité znaky mající jisté charakteristické uspořádání (Miovský, 2006). Nahrané rozhovory byly doslovně přepsány, vynechány byly pouze nepotřebné slovní vsuvky. Poté následovalo zhodnocení přepsaných informací. Barevně jsem si označila informace, které se v odpovědích opakovaly nebo byly podobné. Následně byly shromažďovány do trsů.

3.5 Etika výzkumu

Ve výzkumu byly použity etické aspekty podle Miovského (2006):

- dobrovolný souhlas s účastí na výzkumu,
- odstoupení účastníků od účasti na výzkumu,
- ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu.

Oslovení sociální pracovníci byli seznámeni s dobrovolností na mém výzkumu. Ti, co souhlasili s účastí, byli obeznámeni s výzkumem, k němuž se použije poskytnutý rozhovor. Komunikační partneři, kteří nesouhlasili s účastí na výzkumu, nebyli dále pobízeni ke spolupráci, tudíž jejich přání bylo respektováno. Informanti byli dále informováni o anonymitě, tedy nezveřejňování jejich osobních údajů.

4 VÝSLEDKY

V této kapitole se budu zabývat prezentací vyhodnocených výsledků, kterých jsem dosáhla v průběhu mého zkoumání.

Nejprve jsem v tabulce číslo 2 a tabulce číslo 3 uvedla základní údaje o sociálních pracovnících - jejich nejvyššího dosaženého vzdělání a délku praxe v organizaci.

V další části této kapitoly jsou výsledky uvedeny prostřednictvím metody vytváření trsů. Tyto trsy jsou v podkapitolách pojmenovány v obecnější formě jedna až čtyři. Pro zachování osobních údajů informantů, jsem jejich odpovědi označila - informant 1 až 14.

Tabulka č. 2 - Informanti Jihočeského kraje

	Nejvyšší dosažené vzdělání	Obor	Práce v praxi (let)	Práce s lidmi s MP (let)
Informant 1	Vysokoškolské bakalářské	Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory	2	2
Informant 2	Vysokoškolské bakalářské	Speciální pedagogika	8	6
Informant 3	Vysokoškolské magisterské	Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory	6	6
Informant 4	Vysokoškolské magisterské	Speciální pedagogika	5	1
Informant 5	Vysokoškolské magisterské	Sociální pedagogika	26	26
Informant 6	Vysokoškolské magisterské	Rehabilitační-psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory	2	2

(Zdroj: vlastní výzkum)

V tabulce č. 2 jsou základní údaje o šesti komunikačních partnerech, kteří pracují v organizacích v Jihočeském kraji. Tabulka uvádí, že pouze dva informanti v této lokalitě mají vysokoškolské bakalářské vzdělání a ostatní, tedy zbylí čtyři, mají nejvyšší

dosažené vzdělání vysokoškolské magisterské. Z toho mají tři informanti obor Rehabilitační - psychosociální péče o postižené děti, dospělé a seniory. Další komunikační partneři mají vystudovaný obor Speciální pedagogika nebo Sociální pedagogika. V tabulce je také uvedeno, kolik let komunikační partneři pracují v praxi. Nejvíce let pracuje v praxi informant 5 - 26 let. Ostatní komunikační partneři pracují v rozmezí 2 až 8 let v praxi. Ovšem s lidmi s mentálním postižením pracuje informant 4 pouze jeden rok, ale informant 5 pracuje s lidmi s mentálně postiženými celou svoji pracovní kariéru.

Tabulka č. 3 - Informanti Jihomoravského kraje

	Nejvyšší dosažené vzdělání	Obor	Práce v praxi (let)	Práce s lidmi s MP (let)
Informant 7	Vysokoškolské bakalářské	Speciální pedagogika	10	1
Informant 8	Vysokoškolské bakalářské	Andragogika - vzdělávání dospělých	3	1
Informant 9	Vysokoškolské bakalářské	Sociální práce	20	5
Informant 10	Vysokoškolské magisterské	Sociální pedagogika	34	20
Informant 11	Vysokoškolské magisterské	Sociální práce	9	9
Informant 12	Vysokoškolské magisterské	Sociální práce a sociální politika	10	10
Informant 13	Vysokoškolské magisterské	Speciální pedagogika	15	5

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 3 zmiňuje výchozí údaje o sociálních pracovnících v Jihomoravském kraji, které jsem oslovila. Rozhovory jsem vedla se sedmi informanty z tohoto území. V tabulce je uvedeno, že tři komunikační partneři mají nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské bakalářské a čtyři informanti vysokoškolské magisterské. Tito komunikační partneři studovali většinou speciální nebo sociální pedagogiku a sociální práci, pouze informant 8 má vystudovaný obor andragogika - vzdělávání dospělých.

Dále je z tabulky zřejmé, že pouze dva komunikační partneři pracují v praxi méně než 10 let, ostatní pracují v praxi déle. Nejdelší praxi má z oslovených sociálních pracovníků z Jihomoravského kraje informant 10. Ten je v praxi již 34 let, ale s klienty s mentálním postižením pracuje 20 let. Ostatní zmiňovaní informanti pracují s touto cílovou skupinou v rozmezí od 1 roku do 10 let.

Z předešlých tabulek tedy vyplývá, že ve vybraných krajích pracuje v oslovených organizacích více sociálních pracovníků s vysokoškolským magisterským vzděláním.

Největší zajímavostí je, že z každého kraje má jedna organizace zaměstnance, který pracuje s lidmi s mentálním postižením přes 20 let.

Dále jsem se dozvěděla, že žádný z komunikačních partnerů nepracoval s lidmi s mentálním postižením v jiné organizaci, než ve které pracuje nyní. Tuto informaci jsem do tabulky nezaváděla, neboť na tuto otázku odpověděli všichni komunikační partneři stejně a to, že nepracovali v jiné organizaci s lidmi s mentálním postižením.

4.1 Výsledné trsy

Následující text představuje trsy, které vznikly seskupením jistých výpovědí komunikačních partnerů. V každém následujícím trsu jsou také uvedeny autentické výpovědi informantů.

První trs je označen - teoretický přístup sociální práce. Zabývá se tím, že sociální pracovníci používají při své práci s lidmi s mentálním postižením určitý teoretický přístup. Co o něm či jakémkoliv jiném přístupu vědí, odkud přístup znají.

Druhý trs nese název používání teoretického přístupu. Orientuje se na používání přístupu v praxi - jak při používání zmíněného přístupu jednají informanti s klienty, jsou-li vidět na klientech pokroky a jaká jsou specifika při využívání právě u lidí s mentálním postižením.

Třetí trs - Carl Rogers - se zaměřuje na Carla Ronsoma Rogerse a jeho přístup zaměřený na klienta. Jde v něm o to, že sociální pracovníci znají tohoto významného psychologa a také že slyšeli o přístupu zaměřeného na klienta.

Čtvrtý trs se nazývá významné pojmy přístupu zaměřeného na klienta. Tento trs navazuje na předchozí, ze kterého byla vybrána tři významná slova pro přístup

zaměřený na klienta. Zde tedy sociální pracovníci, kteří pracují s lidmi s mentálním postižením, vysvětlují význam slov - empatie, kongruence, bezpodmínečné pozitivní přijetí, a jejich užití v praxi.

Teoretický přístup sociální práce

Při své práci s klienty s mentálním postižením používá nějaký teoretický přístup sociální práce deset oslovených sociálních pracovníků, pět dotazovaných v Jihočeském kraji a pět v Jihomoravském kraji. Ovšem čtyři informanti měli problém přesně pojmenovat jimi využívaný přístup, ze kterého vychází při práci s klienty. Zaznamenala jsem, že sociální pracovníci s dlouhodobou praxí se přiklání spíše ke svým zkušenostem, než k nějakému teoretickému přístupu. Devět komunikačních partnerů, kteří používají při své práci nějaký teoretický přístup, se o něm dozvěděli ve škole při studiu. Desátý dotazovaný vypověděl: *Jde o přístup vypěstovaný dlouhodobou praxí a snahou o další vzdělávání v oboru, tedy praxe, odborná literatura, vzdělání a semináře.*

Tři oslovení sociální pracovníci se neřídí při práci s lidmi s mentálním postižením žádným teoretickým přístupem. Na to informant 6 uvedl: *učili jsme se je ve škole, ale v praxi nevím, jak bychom je používali. Ale znám antiopresivní přístup, ale nepoužívám ho.* Dále také informant 13 odpověděl: *Konkrétní metodiku nepoužívám při práci s lidmi s mentálním postižením, vycházím ze svých znalostí a praktických zkušeností.* Tento sociální pracovník pracuje s touto cílovou skupinou již 15 let, ovšem pouze 5 let na pozici sociálního pracovníka.

Dotazovaní, kteří používají teoretické přístupy v praxi, vypověděli různé přístupy, které znají, a používají. Informant 5 zmínil: *Používáme spíše kombinace různých přístupů, ale nejvíce je pro mě vzorem doktor Karel Kopřiva a jeho kniha - Lidský vztah jako součást profese.* Také další dva komunikační partneři zmínili směsici přístupů, podle kterých se řídí v praxi. Čtyři dotazovaní mi jimi využívaný přístup ihned začali popisovat. Informant 11 reagoval takto: *V rámci individuálního plánování, vycházím z toho, co je pro člověka důležité, jeho potřeby, přání, cíle, co by chtěl a podporuji ho v rámci možností.* Informant 12 zmínil: *Snažím se, abych s klienty jednal jako*

se svébytnou bytostí, která má svá práva a povinnosti. Stupni mentálnímu postižení musíme například přizpůsobit komunikaci atd., prostě se ke klientům přistupuje individuálně. Tedy čtyři informanti nedokázali pojmenovat přístup, z něž vychází v praxi. Jejich používaný přístup popsali jako individuální práci s člověkem, při níž se zaměřují převážně na potřeby tohoto jedince.

Používání teoretického přístupu

Při používání přístupu se sociální pracovníci zmiňovali o hlavních principech, specifikách používaného přístupu, jednání s klienty a pokrocích, které jejich klienti dělají. Z výpovědí plyne, že šest sociálních pracovníků spíše vycházelo z praxe s cílovou skupinou než z některého přístupu, byli to převážně komunikační partneři z Jihomoravského kraje.

Na tomto trsu se podílelo deset komunikačních partnerů, kteří se zmínili o používání přístupu v praxi u lidí s mentálním postižením. Všech deset informantů se zde shodlo, že používání přístupu se vždy musí přizpůsobit stavu klienta, neboť při jednání s ním se musí brát ohled na jeho mentální chápání. Informant 4 uvedl: *Ti co mají těžší formu mentálního postižení, tak s nimi hovoříme přes piktogramy a s lidmi, kteří mají lehčí, tak normálně mluveným slovem. Ale mluvíme srozumitelně, žádné zbytečně dlouhé souvětí. Většinou mu vše řekneme, tak aby i on tomu rozuměl a udáváme jasné povely. Prostě s každým individuálně.* Informant 8 zmínil: *zjednodušená forma, aby uživatelé všechno pochopili, měli delší čas a větší podpora. Například zjednodušenou formou myslím piktogramy, uživatelé si to díky tomuto podání umí představit.* Tři komunikační partneři se shodli na tom, že s každým svým klientem jednají jako s rovnocenným partnerem. Informant 3 vypověděl: *Stanovíme si rámeček tak, aby se ten člověk cítil, že se může sám rozhodovat, ale neměl by se v tom ztrácet. Neměla by těch rozhodnutí na člověka být moc. Beru každého člověka vážně a respektuji jeho emoce, potřeby a stanovujeme si takový rámeček, kdy chápe, že něco možného není a ostatními věcmi ho vedeme k tomu, aby se dokázal v některých situacích rozhodnout sám.* Další tři dotazovaní se myšlenkou shodli na tom, že se snaží zjistit klientovy potřeby a přání. Od toho se odráží jednání s nimi. Informant 12 vypověděl:

Snažím se s klienty jednat samostatně tak, že s ním komunikuji bez přítomnosti ostatních. V soukromé místnosti, kde je klid a žádné rušivé elementy.

Šest dotazovaných uvedlo, že jako hlavní princip při používání přístupu považují nejvíce individualitu. Zajímavostí bylo také, že tři komunikační partneři z Jihočeského kraje uvedli, že s klienty jednají jako s rovnocennými partnery. Naopak tři informanti z kraje Jihomoravského zmínili, že při jednání s klienty je berou takové, jací jsou. Hlavním principem při používání přístupu u této cílové skupiny se tři oslovení sociální pracovníci shodli na dvou důležitých slovech, na trpělivosti a individualitě. Významy těchto dvou slov jsou pro ně při práci s lidmi s mentálním postižením velmi důležité. Informant 3 se ale domnívá, že: *Největším principem je pomalé předávání odpovědnosti, aby klient dokázal v rámci možností odpovídat sám za sebe, a také důsledná respektující komunikace, neodbývat uživatele a více jim naslouchat.* Informant 5, který používá při práci spíše kombinaci různých přístupů, bere za hlavní principy: *Přijímání člověka bez výhrad a bez hodnocení, a také s ohledem na jeho vlastní sociální situaci a vztahové sítě.* I další tři komunikační partneři vypověděli, že za hlavní princip považují přijímání člověka takového jaký je. Informant 7 uvedl: *Za hlavní princip pokládám osobní přístup, osobní kontakt s klienty a zajištění všech potřeb, které klient má.* Avšak informant 9 zmiňuje: *Klient nemá jasně stanovené hranice, proto považuji za hlavní princip pomoci uživateli je najít a respektovat.*

Dále při rozhovoru osm oslovených sociálních pracovníků uvedlo, že největším specifikem při práci s lidmi s mentálním postižením je trpělivost pracovníků. Zajímavé jsou výpovědi specifík používaného přístupu oslovenými sociálními pracovníky. Přestože dotazovaní používají různé přístupy, osm informantů se shodlo, že za specifika při práci s lidmi s mentálním postižením považují individualitu, trpělivost, jasnost a srozumitelnost při dialogu. Informant 12 uvedl mimo jiné ještě: *dostatečné množství personálu a nároky na něj. Také důležitá je administrativa, protože díky ní víme o klientech vše potřebné.* Dva komunikační partneři uvedli jiná specifika než ostatní oslovení sociální pracovníci, kteří se v rozhovoru o nich zmínili. Například informant 3 zmínil specifika přístupu zaměřeného na klienta tato: *Specifik je celá řada, důležité je stanovit si rámeček. Lidé s mentálním postižením se snadno nechají ovlivnit, zranit,*

protože nejsou zvyklí se bránit. Člověk s nimi musí mít hodně své reflexe v tom, aby jim nepodsouval svá rozhodnutí, ale nechal je rozhodovat samotné v určitých situacích. Brát tyto lidi vážně, i když nám přijde někdy jejich chování naprosto absurdní. Najít rámec té společné normy, takže nějaká společná pravidla, aby tomu všichni rozuměli a mohli se podle nich řídit.

Devět dotazovaných z obou krajů se také sešlo svými výpověďmi v pokrocích, které jejich klienti dělají. Všech devět informantů zmínilo, že pokroky u klientů zaznamenávají velmi individuálně. Při používání přístupu oslovení sociální pracovníci také uvedli pokroky, které na svých klientech zaznamenali. Devět dotazovaných uvedlo, že je to hodně individuální, u některých jsou pokroky větší u jiných menší. Za každou maličkost, která se povede, považují dotazovaní sociální pracovníci jako důležité klienta pochválit a sdílet s ním jeho radost. Samozřejmě, že záleží na schopnostech a dovednostech uživatelů, ale vždy je nějaký pokrok zaznamenán. V některých případech trvá pokrok třeba i rok, a přesto je zcela maličký. Pokud se jim pracovníci věnují, tak se učí rychleji novým věcem a můžou zaznamenat pokroky za kratší dobu. Informant 9 zmínil: *Pokroky jsou vidět za dlouhou dobu a minimální, proto si vždy stanovíme malé dílčí cíle, které se snažíme s klientem postupně naplnit.* Oslovení sociální pracovníci každou malou kladnou změnu vnímají pozitivně, i když pro ostatní může být primitivní. Informant 7 uvedl: *Pokud má člověk pozitivní přístup k těmto lidem a snaží se v rámci možností umožnit jim to, co potřebují, tak jsou klienti spokojeni a projeví se to na jejich chování a celkovém životě.* Informant 11 dodal ještě příklady: *U klientů s hlubokým mentálním postižením to moc nejde, vidět nějaké pokroky, ale spíše jde o vypořádání jejich potřeb, jestli se to klientovi líbí nebo nelíbí. Velkou roli zde hraje pozorování. Klienti s lehčí formou mentálního postižení mají větší pokroky, které jsou založené na partnerství a zaměřením se na člověka. Například se s totožným problémem může klient sám pracovat.*

Carl Ronsom Rogers

Výsledkem tohoto trsu je zjištění, že dotazovaní, kteří nepracují s přístupy od Carla Rogerse, alespoň někdy slyšeli o tomto americkém psychologovi a přístupu zaměřeném na klientovi.

Z výpovědí plyne, že osm dotazovaných, kteří v tomto trsu vypovídali, že jméno Carl Rogers a jeho přístup zaměřený na klienta znají nebo jej někdy slyšeli.

Všech osm komunikačních partnerů uvedlo kladné výpovědi o Carlu Rogersovi a přístupu zaměřeného na klienta. Něco informantům říkal, někde ho slyšeli. Sedm sociálním pracovníkům o tomto přístupu a jméně Carl Rogers slyšelo a znají ho ze školy. Jeden informant jej zná z knížek. Informant 2 vypověděl: *Něco mi to říká, ale teoreticky nevím, co by pod to mělo spadat.* Informant 4 reagoval takto: *Ano, slyšel jsem to ve škole a myslím si, že i nedávno mi přišla pozvánka na sezení s tímto tématem. Bohužel neměl jsem čas, proto jsem se nezúčastnil.*

Poté se šest komunikačních partnerů zmínilo, že si v praxi pod přístupem zaměřeným na klienta představí individuální přístup ke klientovi. Tito oslovení sociální pracovníci uvedli pouze přístup zaměřený na klienta, ke Carlu Rogersovi nic neřekli. Informant 8 hned uvedl: *Pod tím si představím přístupování ke klientovi podle toho, co potřebuje. Naplnění jeho specifických potřeb, které má každý klient jiné, proto je musíme vykonávat individuálně.* Na této představě se shodl informant 8 s informantem 7. Zbylí dva informanti měli také podobné výpovědi, proto uvedu pouze výpověď informanta 10. *Přístup zaměřený na klienta - je posuzování situace z pohledu klienta, vcítění se do jeho postojů a pocitů.* Čtyři sociální pracovníci z Jihomoravského kraje ještě k individuálnímu přístupu ke klientovi dodali, rozvíjení každého klienta zvlášť. Informant 1 uvedl: *Jde vlastně o péči o daného klienta, a přístup k němu. Zjistit jaké má klient potřeby.* Informant 6 vypověděl: *Myslím si, že jedná o velice individuální přístup ke klientům a o metodě rozhovoru. Rogersovský rozhovor.*

Pouze dva informanti z Jihomoravského kraje se vyjádřili i k osobnosti Carla Rogerse. Informant 10 zmínil: *Carl Rogers je americký psycholog a psychoterapeut.*

Významné pojmy přístupu zaměřeného na klienta

V tomto trsu se díky výpovědím oslovených sociálních pracovníků vytyčují za významné pojmy přístupu zaměřeného na klienta: empatie, kongruence a bezpodmínečné pozitivní přijetí.

Informant 3 řekl o přístupu zaměřenému na klienta: *Stojí na třech základech: 1) respekt k uživateli - člověk se bere vážně, ať už jeho potřeby nebo komunikace jsou specifické. Prostě se bere takový jaký je, ne takový jaký by měl být. Pomáháme klientům najít cestu životem, ale tak aby rozhodnutí vycházela z nich. 2) empatie - člověk se snaží do toho člověk vcítit. Samozřejmě to nejde na 100 %, ale hodně vnímat jaké může mít pocity, emoce, jak a co ten klient prožívá. 3) kongruence - pracovat sám se sebou a vnímat, co do té situace člověk dává sám, co asi v tu chvíli cítí ten pracovník, jak to ovlivňuje práci s tím člověkem.*

Z rozhovoru s dotazovanými bylo zjištěno, že jedenáct oslovených zná a používá při své práci empatii. Z obou krajů se tedy nenašel nikdo, kdo by význam tohoto pojmu neznal. Vyprávěli, že empatie je vcítění se do druhé osoby. Informant 11 ještě dodal: *naslouchání druhému*. Dále k empatii komunikační partneři uvedli, že je v praxi velmi důležitá a snaží se při své práci ji používat, protože cílová skupina lidí s mentálním postižením ji přímo vyžaduje. Tedy je nepostradatelná pro sociální pracovníky, protože informanti uvedli, že kdyby ji neměli, tak by s lidmi s mentálním postižením ani pracovat nemohli. Informant 2 dodal: *I když je těžké se vcítit do člověka, který je na jiné úrovni přemýšlení a má třeba i odlišné potřeby. Tak naši snahu většinou všichni ocení, hlavně klienti.*

Další pojem kongruence zmínili pouze dva oslovení sociální pracovníci a to z jihočeského kraje. Tedy informant 1 uvedl: *Kongruence je opravdovost, to znamená, že člověk (já) se chová, tak jak všechno vnímá, takové konzistentní chování*. Význam slova kongruence uvádí také informant 4, který si myslí, že: *kongruence je spolupráce mezi pracovníky i klienty*. Ostatních devět komunikačních partnerů nevědělo co si pod tímto slovem představit, a proto ho prý nikdo z nich v praxi nepoužívá.

Pojem bezpodmínečné pozitivní přijetí uvedlo, že zná všech jedenáct oslovených sociálních pracovníků, avšak pouze v Jihočeském kraji jej také čtyři ze

čtyř dotazovaných využívají i v praxi. V Jihomoravském kraji, pouze tři ze sedmi oslovených sociálních pracovníků aplikují bezpodmínečné pozitivní přijetí v praxi. Význam bezpodmínečného pozitivního přijetí čtyři komunikační partneři uváděli jako přijímání člověka, takového jaký je, bez jakýchkoliv předsudků či negativismu. Zejména zaměření se na pozitivní stránky klienta. Informant 2 uvedl: *Klient by se měl už při příchodu do organizace brát takový jaký je, bez ohledu na nějaké nálepky. Někteří si sebou totiž nesou z jiné služby či sociálního šetření nálepku, že klient například krade nebo je agresivní, přitom u nás se takto třeba neprojevuje.* Podle významu tohoto pojmu všichni čtyři informanti v praxi jednají. Informant 4 zmiňuje: *Snažím se uživatele brát takové, jací jsou a dívat se pouze na jejich pozitivní stránky. Ale bohužel někdy se také přistihnu u toho, že tomu tak není.* Dalšíh šest komunikačních partnerů, se domnívalo, že je to přijímání člověka takového jaký je, bez předchozího odsouzení, nálepkování nebo předsudků. Informant 10 si však myslí: *je to přijímání sám sebe pozitivně, je to výsledek psychotherapeutického působení na člověka.* Jeden informant uvedl, že pojem bezpodmínečné pozitivní přijetí nezná. Avšak v praxi tento významný pojem uplatňují pouze tři komunikační partneři. Informant 9 uvedl: *Člověka přijímám takového, jaký je. Vidím, co dělá špatného, ale snažím se k němu přistupovat jako k člověku, který špatný není.*

5 DISKUSE

Předkládaná práce je věnována přístupu zaměřeného na klienta od Carla Rogerse. Hlavním cílem je popsat přístup zaměřený na klienta a jeho využívání u práce s klienty s mentálním postižením v organizacích poskytující sociální služby.

Častým problémem, s nímž jsem se potýkala, byla velká vyčerpání sociálních pracovníků. Mnohdy se stanovený termín s oslovenými sociálními pracovníky rušil a určoval se jiný, kvůli náhlé poradě v organizaci nebo problému, který museli sociální pracovníci nutně řešit. Setkala jsem se také s odmítnutím podílet se na výzkumu, s tímto problémem jsem se setkala ve 2 organizacích z Jižní Moravy a 3 organizacích v Jihočeském kraji. Tito oslovení, byli nahrazeni ochotnějšími sociálními pracovníky ze stejných krajů.

Pro výzkum jsem zvolila kvalitativní výzkumnou metodu s aplikací techniky polostrukturovaného rozhovoru. Získaná data jsem kategorizovala a uspořádala do jednotlivých okruhů. Další problém jsem zaznamenala právě při prvním rozhovoru se sociálním pracovníkem z Jihomoravského kraje. Z důvodu neznalosti přístupu dotazovaných jsem musela přizpůsobit rozhovor podle jejich znalostí. Poté byly pozměněny některé otázky. Tudíž na otázky odpovídá vždy jiný počet oslovených sociálních pracovníků, v důsledku jejich výpovědí.

Ovlivnění výsledků výzkumu způsobila celá řada různých skutečností. Ke zkreslení výsledků mohlo dojít například v návaznosti na různou délku práce sociálních pracovníků s cílovou skupinou mentálně postižených. Také vystudované obory, z nichž některé nepřikládají na přístupy takový důraz, a proto nejsou v praxi často využívány, ovlivnily tyto výsledky. Také moje ne zkušenost s vedením polostrukturovaného rozhovoru se na tom podílela. Z aspektu zevšeobecnění obdržených informací může docházet k jisté zkreslenosti. Aby nebyly výsledky ovlivněny nároky organizace na sociální pracovníky, volila jsem vždy z jedné organizace jednoho sociálního pracovníka.

V prvním trsu jsem díky výpovědím oslovených komunikačních partnerů zjistila, zda sociální pracovníci používají při práci s lidmi s mentálním postižením nějaký

teoretický přístup sociální práce. Výsledkem bylo, že z Jihočeského kraje umí pojmenovat a vysvětlit teoretický přístup pět oslovených, jeden informant nepoužívá žádný teoretický přístup sociální práce v praxi. V Jihomoravském kraji měli čtyři ze sedmi oslovených informantů problém pojmenovat jejich používaný přístup a ihned navazovali na vysvětlení přístupu. Pouze tři sociální pracovníci dokázali pojmenovat daný přístup, který využívají v praxi. Podle Jurajdové (2012) je teoretické zázemí jedním z podstatných zdrojů profesionální totožnosti sociálních pracovníků. Autorka také zmiňuje, že užívání teorií sociální práce usnadňuje komunikaci mezi sociálními pracovníky. I pro samotnou praxi je jejich užívání podle Jurajdové (2012) důležité, neboť konkretizují postup práce s klientem, také pomáhají urovnat informace, domněnky do smysluplného celku. Taktéž poskytují systematicky organizovaný a předvídatelný přístup k práci s lidmi (Jurajdová, 2012). Z tohoto důvodu bych v tomto kraji doporučila školení na téma přístupy v sociální práci, aby se sociální pracovníci lépe zorientovali v přístupech ke klientům. Jeden informant z Jihočeského kraje také reagoval, že používá spíše kombinaci různých přístupů sociální práce. Podle Novotné (2014) se volba použití více teorií najednou nazývá elektrický přístup. Dále také uvádí, že nevýhodou tohoto přístupu bezpochyby je to, že výsledek je do podstatné míry ovlivněn zkušeností sociálního pracovníka. Lidské bytí je mnohostranné, a proto je nemůžeme vyložit pouze jednou jedinou teorií (Novotná, 2014). Toto mínění se potvrdilo, protože tento oslovený komunikační partner již pracuje s lidmi s mentálním postižením 26 let a více vychází ze svých zkušeností získaných praxí, než aby používal pouze jeden přístup. Podle svých zkušeností si vybírá z každého přístupu to, co je pro něj přínosné a ví, jak to použít na danou cílovou skupinu lidí.

Co se týká specifík přístupu zaměřeného na klienta, bylo by vhodné zde zmínit odpověď informanta 3, který uvedl, že je důležité být ke klientům citlivý a vnímavý, ale přesto je nechat být samostatnými, nepodsouvat jim svá rozhodnutí. Také vypověděl, že i když nám jejich jednání může mnohdy připadat absurdní, musíme je brát vážně. Jednat s nimi tak, aby jednání rozuměli. Ve své knize uvádí podobný názor Pörtnerová (2009), podle níž sociální pracovníci nevycházejí z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou a jaké jsou jejich možnosti. Brát jedince vážně v jejich osobité

jedinečnosti, snažit se pochopit jejich způsob vyjadřování a podporovat je, aby našli své vlastní cesty k patřičnému zacházení s realitou, nepochybně v rámci jejich omezených možností (Pörtner, 2009).

Dále jsem zjišťovala, zda oslovení sociální pracovníci někdy slyšeli o Carlu Rogersovi a jeho přístupu zaměřeném na klienta. O Carlu Rogersovi a přístupu zaměřeném na klienta se zmiňovali pouze ti informanti, kteří nepoužívají teoretický přístup při své práci a ti komunikační partneři, u kterých z předchozí výpovědi nebylo jasné, zda se někdy setkali s tímto psychologem a jeho přístupem. Osm dotazovaných z osmi na tuto otázku odpovědělo kladně, že jej někdy slyšeli. Z nich šest informantů výpovědí přiblížilo, že je to individuální přístup ke klientovi. Informant 8 si představil přístupování ke klientovi podle jeho specifických potřeb, které má každý jiné, tak se naplňují individuálně. Na toto tvrzení reaguji Špiláčkovou a Nedomovou (2013), které uvádí, že v individuální psychoterapii jde o setkání klienta a terapeuta. V případě, že terapeut dokáže poskytnout určitý druh vztahu, klient v sobě objeví kapacitu využít tento vztah pro svůj růst a tím dojde ke změně v jeho osobnosti. Oslovení sociální pracovníci se zde tedy shodují se Špiláčkovou a Nedomovou (2013), a tím prokazují, že se orientují v pojetí přístupu zaměřeného na klienta. Pouze dva informanti reagovali na osobnost Carla Rogerse - odpověděli shodně, že Carl Rogers je americký psycholog a psychoterapeut. Přístup zaměřený na klienta je velmi uznávaný psychologický a psychoterapeutický směr, jehož průkopníkem a zakladatelem se stal americký psycholog Carl Ransom Rogers (Nykl, 2004). Z výpovědi vyplývá, že oba informanti vědí o této osobnosti. Což ukazuje o malé informovanosti významného psychologa Carla Ransoma Rogerse.

Následně jsme zjišťovali, zda sociální pracovníci znají významné pojmy přístupu zaměřeného na klienta. Pojmy byly - empatie, kongruence a bezpodmínečné pozitivní přijetí. Mezi jedenácti oslovených se nenašel nikdo, kdo by pojem empatie neznal a nepoužíval jej při své práci s lidmi s mentálním postižením. Všech jedenáct dotazovaných empatii označilo jako vcítění se do druhého člověka. Pörtnerová (2009) píše o empatii (čili porozumění vcítěním) tak, že je to úsilí o přesném a citlivém porozumění prožívání pocitů druhého člověka. Dále autorka uvádí, že je to snaha vcítit

se do jeho vnitřního i vnějšího relačního okruhu tak, jako bych byl jím samým, ale nepouštět přitom nikdy ze zřetele, že já jsem já a ne onou druhou osobou. Empatie není ztotožnění. Porozumění vcítěním není k tomu, abychom svůj protějšek interpretovali nebo začlenili. Autorka také píše, že je to pokus dospět pokud možno opravdu k jeho prožívání a jeho světu. Sám zážitek, že jednotlivci někdo porozuměl, je podporou jeho následujícího vývoje (Pörtner 2009). Výpověď všech oslovených byla shodující se s literaturou Pörtnerové (2009). Ovšem na další významný pojem a to kongruenci nedokázalo devět dotazovaných blíže specifikovat. Všechny devět oslovených sociálních pracovníků ho, ale v životě už slyšelo. Význam slova tedy zmínil pouze informant 1, který vypověděl, že kongruence je opravdovost a informant 4 prý považuje za kongruenci spolupráci mezi pracovníky i klienty. Opět dle Pörtnerové (2009) kongruence čili opravdovost znamená, že si člověk uvědomuje své vlastní prožívání a dokáže je oddělit od toho, co vnímá u svého protějšku. Kongruenci tedy autor značí jako vycházení druhému člověku vstříc jako osobnosti a neskrývání se za profesionální masku. Tento pojem zná tedy pouze jeden z oslovených a to informant 1, ostatní by si měli přiblížit kongruenci, i když ji ve své práci asi většina používá, ale vůbec o tom neví, protože tento pojem neznají.

Z provedeného výzkumu vyplynuly následující odpovědi na výzkumné otázky:

V jaké míře využívají sociální pracovníci přístup zaměřený na klienta u jedinců s mentálním postižením v organizacích poskytující sociální služby v jihočeském a jihomoravském kraji?

Oslovení sociální pracovníci z Jihočeského kraje používají přístup zaměřený na klienta ve větší míře, než oslovení pracovníci z kraje Jihomoravského, tam nevychází nikdo z tohoto přístupu. Z Jihočeského kraje sociální pracovníci, kteří byli za účelem výzkumu osloveni, jenom tři z šesti komunikačních partnerů vycházejí z přístupu zaměřeného na klienta ve své práci. Nikdo ze sedmi informantů z Jihomoravského kraje nevychází při své práci z přístupu zaměřeného na klienta.

Jaké jsou hlavní charakteristiky přístupu zaměřeného na klienta při využívání u práce s klienty s mentálním postižením?

Hlavní charakteristikou tohoto přístupu u klientů s mentálním postižením je stanovení si pevného rámce spolupráce tak, aby klient nabyl pocitu, že se může rozhodovat sám, a současně na něj nebyly kladeny vysoké nároky. Tento rámec musí dodržovat jak klient, tak sociální pracovník. Je důležité být ke klientům citliví a vnímaví, přesto je ale nechat být samostatnými, nepodsouvat jim svá rozhodnutí.

6 ZÁVĚR

Cílem praktické části bakalářské práce bylo popsat přístup zaměřený na klienta a jeho využívání u práce s klienty s mentálním postižením v organizacích poskytujících sociální služby. V teoretické části je popsán přístup zaměřený na klienta a život zakladatele tohoto přístupu Carla Ronsoma Rogerse. Pozornost je věnovaná také mentálnímu postižení, stupni jeho rozdělení, které je důležité znát při práci s těmito lidmi. V neposlední řadě je teorie směřována k sociální práci a práci s lidmi s mentálním postižením, jak by sociální pracovníci měli přistupovat k této cílové skupině a jak by s ní měli jednat.

Výzkumný soubor tvořilo třináct sociálních pracovníků, šest oslovených sociálních pracovníků bylo z Jihočeského kraje a sedm z Jihomoravského kraje. K popsání přístupu zaměřeného na klienta a jeho využívání u práce s klienty s mentálním postižením v organizacích poskytující sociální služby, byly zjišťovány odpovědi na výzkumné otázky. Tyto výzkumné otázky se zabývaly především mírou používání přístupu zaměřeného na klienta v organizacích v Jihočeském a Jihomoravském kraji, či hlavními charakteristikami používání tohoto přístupu u lidí s mentálním postižením. Získané informace byly následně vyhodnoceny metodou trsů. Jednotlivé otázky byly seskupeny do trsů v závislosti na tom, čeho se týkaly. Trsy se zabývaly používaným přístupem sociálních pracovníků v praxi, ale také jejich teoretickými znalostmi o přístupech, a tím jaké mají znalosti o významných pojmech přístupu zaměřeném na klienta.

Výsledkem praktické části bylo zjištění, že tři ze třinácti oslovených používají přístup zaměřený na klienta ve své práci, znají ho i teoreticky a popsali, jak přístup zaměřený na klienta používají v praxi. Sedm informantů při své práci z tohoto přístupu nevychází - místo toho kombinují několik přístupů dohromady. Tři komunikační partneři uvedli, že žádný přístup sociální práce nepoužívají.

Jako hlavní charakteristiku přístupu zaměřeného na klienta označili vybraní sociální pracovníci důležitost toho, aby byli ke klientům citliví a vnímaví, ale také je vedli

k samostatnému rozhodování a zodpovědnosti. Nechávat je rozhodovat v rámci jejich schopností a dovedností v daných situacích a nepodsouvat klientům svá rozhodnutí.

Díky získaným informacím mohu uvést, že sociální pracovníci v Jihomoravském kraji znají méně přístupů, nezvládají je pojmenovat. Proto by bylo vhodné, kdyby se v tomto kraji častěji pořádaly semináře či výuky na téma přístupů v sociální práci. Pracovníci by měli možnost si je uspořádat a reagovat na ně při své práci s cílovou skupinou mentálně postižených. Neboť dobré znalosti možných přístupů sociální práce mohou vést ke kvalitnější práci s cílovými skupinami.

7 SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

BARTKOVSKÝ, Martin. Pohled z druhé strany: jací jsou bezdomovci v očích zdravotníka [online]. © MuniMedia 11.12.2010. [cit. 2014-02-20]. Dostupné z: <http://www.munimedia.cz/prispevek/pohled-z-druhe-strany-jaci-jsou-bezdomovci-v-ocich-zdravotnika-638/>.

BAZALOVÁ, Barbora. *Dítě s mentálním postižením a podpora jeho vývoje*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0693-4.

BICKOVÁ, Lucie. *Individuální plánování a role klíčového pracovníka v sociálních službách*. Vyd. 1. Tábor: Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky, 2011. ISBN 978-80-904668-1-4.

ČADILOVÁ, Věra, Hynek JŮN a Kateřina THOROVÁ. *Agrese u lidí s mentální retardací a s autismem*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-319-2.

ČÁP, Jan. *Psychologie pro učitele*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-717-8463-X.

DOČKAL, Jan. *Člověk v současném světě: než začneme studovat sociální práci*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2008. ISBN 978-80-86057-53-8.

DUŠEK, Karel a Alena VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ. *První pomoc v psychiatrii*. Praha: Grada, 2005. Psyché. ISBN 80-247-0197-9.

FAIXOVÁ, Kateřina. Rogersovská psychoterapie a preterapie – možnosti využití v psychiatrii. *Psychiatrie pro praxi*. Olomouc, 2014, 15(1/2014), 35-38. ISSN 1213-0508.

FISCHER, Slavomil a Jiří ŠKODA. *Speciální pedagogika: edukace a rozvoj osob se somatickým, psychickým a sociálním znevýhodněním*. Vyd. 1. Praha: Triton, 2008. ISBN 978-80-7387-014-0.

FRANIOK, Petr. *Vzdělávání osob s mentálním postižením: (inkluzivní vzdělávání s přihlédnutím k žákům s mentálním postižením)*. Vyd. 2., opr. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2007. ISBN 978-80-7368-274-3.

GULOVÁ, Lenka. *Sociální práce: pro pedagogické obory*. Vyd. 1. Praha: Grada. Pedagogika, 2011. ISBN 978-80-247-3379-1.

HAUKE, Marcela. *Zvládání problémových situací se seniory: nejen v pečovatelských službách*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HOLÁ, Lenka. *Mediace a možnosti využití v praxi*. Praha: Grada, 2013. Psyché. ISBN 978-80-247-4109-3.

HUSÁKOVÁ, Mária. *Sociálna práca*. Vyd. 1. Bratislava: Ekonóm, 2008. ISBN 978-80-225-2536-7.

JURAJDOVÁ, Hana. *Teorie sociální práce*. Třebíč: Amaprint-Kerndl, 2012. ISBN 978-80-87710-06-7.

KRHUTOVÁ, Lenka. *Komunikace v kontextu sociální práce s lidmi se zdravotním postižením*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2013. ISBN 978-80-7464-411-5.

KUZNÍKOVÁ, Iva. *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. ISBN 978-80-247-3676-1.

LECHTA, Viktor. *Symptomatické poruchy řeči u dětí*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-717-8572-5.

MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. Sestra. ISBN 978-80-247-2138-5.

MALÁ, Eva a Pavel PAVLOVSKÝ. *Psychiatrie: [učebnice pro zdravotní sestry a další pomáhající profese]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-723-7.

MATOUŠEK, Oldřich, KŘIŠŤAN, Alois (ed.). *Encyklopedie sociální práce*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2., přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, Oldřich. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-331-4.

MICHALÍK, Jan. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-7367-859-3.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché, 2006. ISBN 80-247-1362-4.

MÜHLPACHR, Pavel. *Sociální práce*. Vyd.1. Brno: Masarykova univerzita, 2004. ISBN 80-210-3323-1.

NOVOTNÁ, Jana. *Teorie sociální práce: skripta*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2014. ISBN 978-80-87035-96-2.

NYKL, Ladislav. *Carl Ransom Rogers a jeho teorie: přístup zaměřený na člověka*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché, 2012. ISBN 978-80-247-4055-3.

NYKL, Ladislav. *Pozvání do rogersovské psychologie: přístup zaměřený na člověka*. Vyd. 1. Brno: Barrister. Studium (Barrister), 2004. ISBN 80-865-9869-1.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. 3, přeprac. a rozš. vyd. Brno: Paido, 2010. ISBN 978-80-7315-198-0.

PIPEKOVÁ, Jarmila. *Osoby s mentálním postižením ve světle současných edukativních trendů*. Vyd. 1. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-866-3340-3.

PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-582-0.

POWELL, James M. *Anatomy of a crusade, 1213-1221*. Philadelphia [Pa.]: University of Pennsylvania Press. Middle Ages series, 1986. ISBN 1213-624.

SLOWÍK, Josef. *Speciální pedagogika*. Vyd. 1. Praha: Grada. Pedagogika, 2007. ISBN 978-80-247-1733-3.

ŠIFFELOVÁ, Daniela. *Rogersovská psychoterapie pro 21. století: vybraná témata z historie a současnosti*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché, 2010. ISBN 978-80-247-2938-1.

ŠIŠKA, Jan. *Mimořádná dospělost: edukace člověka s mentálním postižením v období dospělosti*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0992-4.

ŠPILÁČKOVÁ, Marie a Eva NEDOMOVÁ. *Metody sociální práce s jednotlivcem*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě 2013. ISBN 978-80-7464-434-4.

ŠPIRUDOVÁ, Lenka. *Doprovázení v ošetrovatelství I: pomáhající profese, doprovázení a systém podpor pro pacienty*. Praha: Grada Publishing, 2015. Sestra. ISBN 978-80-247-5710-0.

ŠVARCOVÁ-SLABINOVÁ, Iva. *Mentální retardace: vzdělávání, výchova, sociální péče*. Vyd. 4., přeprac. Praha: Portál. Speciální pedagogika, 2011. ISBN 978-80-7367-889-0.

TOLAN, Janet. *Na osobu zaměřený přístup v poradenství a psychoterapii*. Vyd. 1. Praha: Portál. Spektrum, 2006. ISBN 80-736-7146-8.

VALENTA, Milan a Oldřich MÜLLER. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 3., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2007. ISBN 978-80-7320-099-2.

VALENTA, Milan, Jan MICHALÍK a Martin LEČBYCH. *Mentální postižení: v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu*. Vyd. 1. Praha: Grada. Psyché, 2012. ISBN 978-80-247-3829-1.

VALENTA, Milan. *Psychopedie: [teoretické základy a metodika]*. 5., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Parta, 2013. ISBN 978-80-7320-187-6.

VYBÍRAL, Zbyněk. *Psychologie lidské komunikace*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-717-8291-2.

VÝROST, Jozef a Ivan SLAMĚNÍK. *Sociální psychologie*. 2., přeprac. a rozš. vyd.
Praha: Grada. Psyché, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

PŘÍLOHY

Příloha 1

Scénář otázek použitých při rozhovoru

- 1) Jaké máte nejvyšší dosažené vzdělání a jaký obor?
- 2) Kolik let pracujete v praxi?
- 3) Jak dlouho pracujete v této organizaci s lidmi s mentálním postižením?
- 4) Pracoval/a jste s lidmi s mentálním postižením i v jiné organizaci?

- 5) Používáte při práci s lidmi s mentálním postižením nějaký teoretický přístup sociální práce?
- 6) Jestliže ano, mohl/a byste mi ho pojmenovat a popsat? Jestliže ne, znáte nějaký?
- 7) Jak jste se o přístupu dozvěděl/a?
- 8) Co je hlavním principem přístupu?
- 9) Jak jednáte s klienty s mentálním postižením při používání přístupu?
- 10) Jaké pokroky u klientů zaznamenáváte?
- 11) Jaká jsou specifika v přístupu právě s lidmi s mentálním postižením?

- 12) Říká Vám něco Carl Rogers a jeho přístup zaměřený na klienta?
- 13) Mohl/a byste mi Carla Rogerse a jeho přístup zaměřený na klienta přiblížit?
- 14) Znáte významné pojmy - empatie, kongruence a bezpodmínečné pozitivní přijetí? Jestli ano, přiblížte mi je.
- 15) Využíváte některé z pojmů v praxi?