



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí



Support of Person in Community

*Sborník vědeckých textů z mezinárodní vědecké konference
XIII. Hradecké dny sociální práce
Hradec Králové 23. až 24. září 2016*

*Anthology of contributions of international scientific conference
the XIII. Hradec Days of Social Work
Hradec Králové 23–24 September 2016*

David Pospíšil

Lucie Smutková (Eds.)

**Ministerstvo práce a sociálních věcí
Praha 2017**

Sborník recenzovali:

Doc. PhDr. Tatiana Matulayová, Ph.D.

ThDr. Martin Chadima, Ph.D.

Za obsah příspěvků, odbornost a literární citace odpovídají autoři jednotlivých příspěvků.
Příspěvky neprošly jazykovou úpravou.

Prezentované texty nelze přetisknout bez svolení redakční rady edice Texty k sociální práci.

ISBN: 978-80-7421-121-8

Záštitu nad konferencí převzal

prof. Ing. Kamil Kuča, Ph.D.
rektor Univerzity Hradec Králové
Rector of the University of Hradec Králové

Mediální partner konference



Konferenci pořádalo a finančně podpořilo Ministerstvo práce a sociálních věcí ve spolupráci s Ústavem sociální práce UHK. Konference byla realizována díky projektu Život jako každý jiný, jenž je financován z prostředků Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky prostřednictvím Operačního programu Zaměstnanost.

Ministerstvo práce a sociálních věcí spolu s Ústavem sociální práce UHK děkuje všem partnerům za pomoc při realizaci této konference.

Čestné předsednictvo konference

Prof. Ing. Kamil Kuča, Ph.D. – rektor, *Univerzita Hradec Králové, ČR*

Mgr. Michaela Marksová – ministryně práce a sociálních věcí, *ČR*

Prof. Shu-Twu Wang – *National Pingtung University, Tchajwan*

Prof. JUDr. Igor Tomeš, CSc. – *Univerzita Karlova, Praha, ČR*

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D. – ředitelka Ústavu sociální práce, *Univerzita Hradec Králové, ČR*

Vědecký výbor konference

Prof. PhDr. Beata Balogová, Ph.D. – *FF, Prešovská univerzita v Prešove, SR*

PhDr. Janka Bursová, Ph.D. – *Katolícká univerzita v Ružomberku, SR*

Edward R. Canda, M.A., MSW, Ph.D. – *University of Kansas School of Social Welfare, USA*

Beata Górnicka, Ph.D. – *Instytut Nauk Pedagogicznych, Uniwersytet Opolski, PL*

Dr. Tony Hung-Yang Lin – *Department of Social Work, National Pingtung University of Science and Technology, TW*

Doc. PhDr. Zuzana Havrdová, CSc. – *FHS Univerzita Karlova, Praha, ČR*

Young Joon Hong, Ph.D. – *Dept. of Family Welfare, Sangmyung University, Soul, Korea, KOR*

PhDr. Martin Chadima, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

Doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D. – *FSS, Ostravská univerzita v Ostravě, ČR*

Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

Prof. Alla Olexandrivna Jarošenko, Ph.D. – *NPU imeni M. P. Dragomanova, Kiiv, UA*

Prof. PhDr. Mgr. Jana Levická, Ph.D. – *FZaSP, Trnavská univerzita v Trnave, SR*

Prof. Dr. Anette Kniephoff-Knebel – *University of Applied Sciences in Koblenz, DE*

Doc. PhDr. Oldřich Matoušek, CSc. – *FF, Univerzita Karlova, Praha, ČR*

Doc. PhDr. Adéla Mojžíšová, Ph.D. – *ZSF Jihočeská univerzita České Budějovice, ČR*

Mario Montez, Ph.D. – *Instituto Politécnico de Coimbra, PRT*

Prof. PhDr. Libor Musil, CSc. – *FSS, Masarykova univerzita, Brno, ČR*

Doc. PhDr. Eva Mydlíková, Ph.D. – *FZaSP, Trnavská univerzita v Trnave, SR*

Mgr. David Pospíšil – *Ministerstvo práce a sociálních věcí, ČR*

Doc. PhDr. Markéta Rusnáková, Ph.D. – *PdF, Katolícká univerzita v Ružomberku, SR*

PhDr. Martin Smutek, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

JUDr. Olga Sovová, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

Prof. Lolita Vilka – *Rīga Stradiņš university, Latvia, LV* Prof. Marina Volynkina, rektorka *IGU-MO&IT, Moskva*

Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

Prof. Hans-Jørgen Wallin Weihe, Ph.D. – *University College Lillehammer, NO*

Organizační výbor konference

Mgr. Dana Černostová – *Ministerstvo práce a sociálních věcí, ČR*

Mgr. Jan Hloušek, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

Mgr. et. Mgr. Radka Janebová, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

PhDr. Daniela Květenská, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

PaedDr. Karel Myška, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

Luděk Noska – *Univerzita Hradec Králové, ČR*

Mgr. Peter Patyi, Ph.D. – *Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnavě, SR*

Mgr. Ivana Příhonská – *Ministerstvo práce a sociálních věcí, ČR*

Mgr. Lucie Smutková, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

PhDr. Martin Smutek, Ph.D. – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

PhDr. Radek Suda – *Ministerstvo práce a sociálních věcí, ČR*

Ing. Helena Trhoňová – *Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, ČR*

Mgr. Jan Vrbický – *Ministerstvo práce a sociálních věcí, ČR*

PhDr. Melanie Zajacová – *Ministerstvo práce a sociálních věcí, ČR*

OBSAH*INDEX**David Pospíšil***Předmluva** 14**SOCIÁLNÍ SLUŽBY JAKO NÁSTROJ PODPORY ČLOVĚKA****V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ** 15*Vladimír Barák***Studenti a senioři: mezigenerační solidarita ve stárnoucí české společnosti***Students and Seniors: Intergenerational Solidarity in Ageing Society* 15*Eva Capicarová, Markéta Kateřina Holečková***Kvalita sociálních služeb – včera, dnes a zítra***The quality of social services – yesterday, today and tomorrow* 24*Tereza Cimrmanová***Chráněné bydlení v kontextu transformace sociálních služeb pro seniory
a umírající s mentálním znevýhodněním***Sheltered Housing in the Context of the Transformation of Social Services
for the Elderly and Dying People with Learning Disabilities* 30*Vladimíra Gardianová***Depistážní činnost jako forma sociální podpory seniora v komunitě***The screening activities as a form social support the senior in community* 37*Aneta Hašková, Eva Nedomová, Eva Liberdová***Tlumočení pro osoby se sluchovým postižením v kontextu zákona o sociálních službách***Interpreting for Persons with Hearing Impairments in the Context
of the Act on Social Services* 44*Šimona Kmentová***Hodnocení služby rané péče z pohledu uživatelů***Evaluation of early intervention service from the perspective of clients* 50*Nina Mertová***Příprava osob s mentálním postižením pro samostatný život****v neziskové organizaci PFERDA***Activities of PFERDA non-profit organization to help prepare mentally disabled
people for an independent life* 58*Miroslav Pilát***Zjišťování potřeb lidí jako nástroj podpory jejich setrvání ve svém přirozeném prostředí***Survey of people's needs as a tool to support their remaining in their natural environment* 64*Zdenka Šándorová***Retrospektiva služby sociální prevence „raná péče“ v kontextu neziskového sektoru
v Pardubickém kraji***A retrospective of the social prevention service of „early intervention“ in the context
of the non-profit sector in the Pardubice region* 72

Martin Vereš

Starostlivosť o ľudí bez domova v hlavnom meste SR

Care for Homeless People in the Capital City of Slovakia80

MOŽNOSTI SOCIÁLNÍ PRÁCE VE VEŘEJNÉ SPRÁVĚ Z POHLEDU PODPORY ČLOVĚKA V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ87

Radka Janebová

Možnosti a limity případových konferencí v sociální práci na obcích

Possibilities and Limits of Case Conferences within the Framework of Municipal Social Work87

Vendula Plavcová

Příspěvek na péči: Posuzování a skutečné potřeby péče o člověka s handicapem

Care allowance: assessment and real needs of care for people with disabilities95

Katarína Szabóová, Ladislav Vaska, Martina Čierna

Indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny a aktívne nástroje rodinnej politiky zamerané na podporu členov rodiny v ich prirodzenom sociálnom prostredí

Indicators for qualifying social risk rates in families and active tools of family policies aimed at support of family members in their natural social environment106

Miloš Votoupal, Vojtěch Krystek

Možnosti participace klientů s mentálním handicapem na procesu opatrovnictví

Possibilities of participation of clients with mental disabilities on a process of public guardianship116

TRANSFORMACE SOCIÁLNÍCH SLUŽEB – FILOSOFICKÁ VÝCHODISKA123

Bibiána Barabasová, Nikola Benecová, Markéta Rusnáková

Identifikácia využitia vzťahovej väzby dieťaťa v práci sociálneho pracovníka v detskom domove

Identifying the use of attachment child's social worker to work in a children's home123

Zdeněk Čermák, Barbora Faltová, Lucie Sobotková

Limity současné rezidenční péče o seniory a možnosti jejich řešení

Limits of the current residential care for the elderly and their solutions130

Monika Jelínková

Léta tam stál... stát bude dál?

Years stood here...the state will continue?139

Peter Jusko

Perspektívy v poskytovaní sociálnych služieb pre obeť násilia páchaného na ženách v partnerských vzťahoch

Perspectives in providing social services for victims of violence against women in intimate relationships142

Jan Kaňák

Spirituální senzitivita a spirituální orientace jako filosofická východiska možné transformace sociálních služeb

Spiritual sensitivity and spiritual orientation as the philosophical bases of possible transformation of social services150

Jan Klusáček, Jindřich Racek

Proč stále není v České republice naplňováno právo všech dětí se zdravotním postižením na rodinný život

Why is the right of all children with disability to family life still not upheld

in the Czech Republic..... 156

Eva Křížová, Jaroslava Št'astná

Představy o budoucí profesní identitě sociálního pracovníka očima studentů

Future professional identity of social workers as viewed by students

163

Jana Levická, Katarína Levická

Krátký historický exkurz do vývoje sociálních služeb. Od totálních institucí k moderným sociálním službám

Short Historical Guide to Social Services. From Total Institutions

to Modern Social Services 169

Katarína Levická, Jana Levická

Kritický pohľad na transformáciu sociálnych služieb v podmienkach SR

A Critical Look at the Transformation of Social Services in Slovakia.....

176

Peter Patyi, Barbora Rajnáková

Potreba transformácie sociálnych služieb v kontexte práce s mladistvými delikventami

The Needs for Transformation of Social Services in the Context of Working

With Juvenile Delinquents..... 183

Lucie Šanderová

Trendy institucionálních kontextů v ČR a zahraničí: příklad systémů sociálně-právní ochrany dětí

Institutional contexts of child protection systems in Czech republic and abroad..... 191

VÝZNAM RODINY V RÁMCI PĚČE O ČLOVĚKA SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM V PŘIROZENÉM SOCIÁLNÍM PROSTŘEDÍ 196

Pavla Baxová

Koordinátor komunitní podpory – jeho význam pro kvalitu života rodin

Community support coordinator – her/his importance for family's quality of life..... 196

Hana Bohuňovská, Marcela Rýpalová

Podpora neformálních pečujících o lidi s demencí v kraji Vysocina

Informal caregivers support of people with dementia in the Vysocina region..... 200

Michaela Čadková Svejková, Šárka Slavíková

Rakovina jako sociální událost zasahující rodinu a blízké

Cancer as a social event affecting families and loved ones..... 206

Eva Dragomírecká

Postoje veřejnosti k zabezpečení péče o seniory

Public attitudes to elderly care provision 214

Miroslav Kappl, Ondřej Štěch

Využití tréninku mindfulness v péči o osoby s demencí

Mindfulness training in care for people with dementia 223

Lukáš Karnet

Člověk se zdravotním postižením v rodině a společnosti

The disabled in family and society 229

Magdalena Kotýnková, Alžběta Mullerova

The Changing Work-Family Balance In The Czech Republic: Time Perspective 234

Monika Kunhartová, Romana Procházková, Jana Fenclová

Podpora rodiny dítěte se sluchovým postižením

The family of child with hearing impairment support 241

Jana Levická, Beáta Danišová, Dominika Uhnáková

Absencia etnicky senzitivních sociálních služeb

Absence of ethnically sensitive social services 253

Zdeňka Michálková

Situace neformálních pečujících v České republice

Situation of informal carers in the Czech Republic 261

Veronika Škopová, Milena Němcová, Lenka Nekolová

Jak plánování zaměřené na člověka pomáhá rodinám

How the person-centered planning helps families 268

VZDĚLÁVÁNÍ A KVALIFIKACE SOCIÁLNÍCH PRACOVNÍKŮ

V POZDNĚ MODERNÍ SPOLEČNOSTI 276

Elichová Markéta

Sociální pracovník jako archetyp postmoderního superhrdiny?

Social Worker as an Archetype of a Postmodern Superhero? 276

Magdaléna Halachová

Starostlivost' o seba u sociálních pracovníků

Self-care with social workers 283

Barbora Holíková, Alena Novotná

Komparácia predmetov poznania sociálneho poradenstva a psychologického poradenstva

Comparison subjects of knowledge of social counseling and psychological counseling 290

Stanislava Hunyadiová

Profesionalita sociálneho pracovníka v kontexte zásahu prostredníctvom nenásilnej komunikácie

Professional social workers in the context intervention through non-violent communication 299

Jan Kaňák

Písemná zpětná vazba jako nástroj celoživotního vzdělávání pracovníků a pracovníků na Lince bezpečí

Written peer-review as a tool for lifelong learning at the Safety line 307

Daniela Květenská, Kateřina Jechová

Sociální práce s oběťmi trestných činů jako specifická oblast vzdělávání sociálních pracovníků

Social Work with Victims of Crime as a Specific Area of Training of Social Workers 313

Lýdia Lešková Odborný rast a zvyšovanie profesionálnych kompetencií sociálneho kurátora <i>Professional development and increasing professional competencies of parole officer</i>	319
Soňa Lovašová Starostlivosť o seba ako súčasť vzdelávania v sociálnej práci <i>Self-care as a part of social work education</i>	328
René Pastrňák Očekávaná profesní kompetence sociálních pracovníků <i>Expected professional competence of social workers</i>	332
Jitka Peřimovská Muzikoterapie – specifika a nároky na vzdělávání v kontextu profese sociální práce <i>Music Therapy – specifics and demands of education in the context of the social work profession</i>	342
Bohumil Stejskal Problematika středního vzdělávání žáků se SVP z pohledu sociální práce <i>Students with Special Educational Needs in Secondary Education from the View of Social Work</i>	349
Zuzana Truhlářová, Alena Vosečková Současné výzvy a otazníky pro vysokoškolské vzdělávání sociálních pracovníků v ČR <i>Current questions and challenges for tertiary education of social workers in Czech Republic</i>	353
Andrea Tyrdá, Klára Palme, Kateřina Thelenová Pes-asistent psychosociální rehabilitace – nový trend ve vzdělávání sociálních pracovníků <i>Dog assistant psychosocial rehabilitation – a new trend in education of social workers</i>	360
Klaudíia Vidová, Miriam Slaná, Michaela Hromková Otázky odbornej prípravy sociálnych pracovníkov so zameraním na problematiku rodičovstva ľudí so zdravotným postihnutím <i>Questions of training of social workers focusing on the issues of parenthood of people with disabilities</i>	370
SOCIAL INCLUSION FROM THE INTERNATIONAL PERSPECTIVE	378
Ondrej Botek Main Challenges of Social Inclusion in Slovakia	378
Edward R. Canda Promoting Human Well-Being and Environmental Justice through Social Work: A Deep Ecological Perspective	384
Ewa Dubiel Parents in face of addictive behavior of their children in the Polish outpatient support system – a program proposal of working with family	391
Hung-Yang Lin Benchmarking Retirement Provisions in the East and West with Policy Input and Social Output Indices	395

Liutkene G.V., Ryblova A.N. Social workers training at Russian New University	409
Iryna Trubavina Help for Self-Help in Social Work	413
Hans-Jørgen Wallin Weihe Protection of children and vulnerable families the challenge of inclusion of immigrant families	418
ZAJIŠTĚNÍ PODPORY A PÉČE Z MEZIOBOROVÉHO POHLEDU – DOBRÁ PRAXE A PŘEDÁVÁNÍ ZKUŠENOSTÍ	427
Martina Černá, Markéta Dubnová Kazuistiky sociální práce ve zdravotnictví <i>Case Studies of the social work in health care</i>	427
Dominika Horáková, Hana Sixtová Multioborová spolupráce při integraci osoby po poškození míchy zpět do společnosti (Význam spolupráce mezi státním a nestátním sektorem) <i>Multidisciplinary cooperation in the integration of persons after spinal cord injury back into society (The importance of cooperation between governmental and non-governmental sector)</i>	431
Eva Nedomová, Alena Vosáhllová Sociální bydlení a soukromí majitelé bytů <i>Social housing and private landlords</i>	439
Lucie Pacovská Spolupráce s obcemi v zájmu asertivního kontaktování lidí s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí <i>Cooperation with municipalities with interest of assertive contacting people with mental illness in their natural environment</i>	446
Šárka Slavíková Sociální práce s onkologicky nemocnými a jejich blízkými <i>Social work with oncology patients and their loved ones</i>	452
Olga Sovová Zvláštní řízení soudní a jeho význam při ochraně práv nezpůsobilých osob <i>Specific Court Proceedings and its Significance Reason to the Protection of Rights of Incapable Persons</i>	457
Jan Strnad Mezioborový přístup – propojení sociální práce a právní podpory <i>Multidisciplinary approach – combination of social work and legal support</i>	464
Zuzana Valentovičová Rodinné vztahy optikou odsouzených <i>Family relations from the perspective of the prisoners</i>	469

<i>Martina Žáková, Daniela Strýčková, Pavol Ščasný</i> Potreba medziodborovej spolupráce v práci s užívateľmi drog a osobami pracujúcimi v sexbiznise <i>The Need for Interdisciplinary Cooperation in Work with Drug Users and Sex-workers</i>	477
PÉČE O LIDI S DUŠEVNÍM ONEMOCNĚNÍM – DOBRÁ PRAXE A PŘEDÁVÁNÍ ZKUŠENOSTÍ	483
<i>Lubica Juričková, Kateřina Ivanová, Radmila Pastorková, Jiří Vévoda</i> Jak lékaři hodnotí spolupráci s veřejnými opatrovníky při péči o nesvéprávné pacienty <i>How physicians evaluate the cooperation with public guardians when taking care of incapacitated patients</i>	483
<i>Lenka Neubauerová, Markéta Rusnáková, Karel Neubauer</i> Hodnocení vnímání vlastní kvality života a sociálních vztahů u stárnoucích osob se získanou poruchou řečové komunikace – afázií <i>Assessment in self-monitoring of quality of life and social relationships of elderly people with speech communications disorder – aphasia</i>	493
<i>Jan Stuchlík, Kristýna Hernová, Kateřina Szabová, Iveta Nováková Chmelařová</i> Podporované zaměstnávání- Model IPS <i>Individual placement support- Model IPS</i>	501
SOCIÁLNÍ PRÁCE JAKO HLEDÁNÍ MÍSTA ČLOVĚKA V SOCIÁLNÍM SYSTÉMU – ÚSPĚCHY A LIMITY SOCIÁLNÍ PRÁCE S ČLOVĚKEM V PŘIROZENÉM PROSTŘEDÍ (POSTEROVÁ SEKCE)	510
<i>Andrea Bánovčinová, Nadežda Kovalčíková</i> Rozvoj služby včasnej intervencie na Slovensku <i>Development of early intervention services in Slovakia</i>	510
<i>Jana Gabrielová</i> Medziodborová tímová práca v zdravotno-sociálnej starostlivosti <i>Interprofessional Teamwork in Health and Social Care</i>	516
<i>Nadežda Kovalčíková, Martina Šimková</i> Vnímanie sociálnej opory osobami so zdravotným postihnutím <i>The perception of social support of persons with disabilities</i>	522
<i>Klaudia Vidová, Andrea Madunová, Miriam Slaná, Michaela Hromková</i> Letný tábor pre rodiny s deťmi s muskulárnou dystrofiou ako špecifická sociálna služba <i>Summer camp for families with children with muscular dystrophy as a specific social service</i>	528
PODPORA SAMOSTATNÉHO ROZHODOVÁNÍ	533
<i>Martin Dlabal</i> Možnosti motivačního rozhovoru při podpoře samostatného rozhodování klienta <i>The possibilities of the motivational interviewing during supporting of client's individual decision making</i>	533

Lenka Holá

Mediace jako nástroj podpory dětí v jejich (ne)přirozeném prostředí po rozchodu rodičů
Mediation as a support tool for children in their (un)native environment after a divorce 540

Dana Kořínková

Podpora při rozhodování a svéprávnost jako podmínky (zachování) autonomie
Support in decision-making and Legal Capacity – Conditions for (Keeping) Autonomy 548

Daniela Strýčková, Martina Žáková

Intervence v procesu pozitivní změny a samostatného rozhodování uživatelův drog
Interventions in the Process of Positive Change and Own Decision-making of Drug Users 556

SYSTÉMOVÉ A INSTITUCIONÁLNÍ PŘEKÁŽKY ZAČLENĚNÍ DO BĚŽNÉHO ŽIVOTA SPOLEČNOSTI A ZPŮSOBY JEJICH PŘEKONÁVÁNÍ 562

Milena Johnová

Systémové překážky na cestě z ústavní péče
Systemic obstacles on journey from institutional care 562

Petra Konečná

Překonávání překážek v procesu deinstitucionalizace DOZP Sulická
Overcoming difficulties in the process of deinstitutionalization social service Sulická 570

Krejčová Michaela, Nádvořníková Lenka

Vybraná rizika transformace sociálních služeb z pohledu pracovníků v sociálních službách
Selected risks of social services transformation from the perspective of social services workers 575

Lenka Skálová, Šárka Paříková

To jsme nečekali
We did not expect this 582

Michaela Svobodová, Zlata Brůžková

Sdílení dosavadní praxe z transformace pobytových zařízení pro děti se zdravotním postižením
Best Practices and Lessons Learned from Transformation of Residential Institutions for Children with Disabilities 587

Martina Zemanová, Zuzana Černá, Pavla Pokorná

Reflexe překážek a výzev v začleňování lidí s postižením po transformaci sociální služby
Reflection obstacles and challenges in integrating people with disabilities after the transformation of social services 593

ZÁVĚREČNÉ KOMENTÁŘE K VYBRANÝM SEKČÍM 599

POSUDKY RECENZENTŮ 602

Předmluva

Vážené čtenářky a čtenáři,

máte před sebou sborník odborných textů z konference XIII. Hradecké dny sociální práce, která se konala na půdě Univerzity Hradec Králové ve dnech 23. a 24. září 2016. Bylo mi velkou ctí, že pořadatelem této vysoce prestižní mezinárodní konference bylo v tomto roce právě Ministerstvo práce a sociálních věcí, respektive mnou řízený odbor. Spolupořadatelem byl Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové.

Hlavní tématem konference, na kterou přijeli odborníci z celého světa, byla „Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí“. Pro ministerstvo je podpora života v běžném, domácím prostředí prioritou a je zahrnuta také v Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016 - 2025, kterou přijala vláda v březnu roku 2016. Stejně tak se nyní ministerstvo soustředí i na rozvoj sociální práce ve veřejné správě i v sociálních službách, i na její obsah a kvalitu. Jsou to témata, která se ve veřejném diskurzu často v minulosti opomíjela, ale nyní se stala velmi diskutovanými. Široká diskuse na této konferenci dokázala propojit, jak oblast výkonu sociální práce, sociálních služeb, tak i téma podpory života v přirozeném prostředí.

Pravidelné setkávání odborníků podobného charakteru a rozsahu, jakým byla tato konference, je zcela nezbytné. Pro ministerstvo práce a sociálních věcí je velmi důležité, že se toto téma otevírá i v akademických kruzích, na univerzitách připravujících sociální pracovníky pro jejich práci, protože ti pak mají velký vliv na to, jak budou systémy i podpora jednotlivců směřovány. Noví sociální pracovníci budou ovlivňovat to, jestli se půjde cestou, která je vnímána jako jednodušší – tedy umísťováním zdravotně či mentálně postižených osob do ústavních zařízení, nebo zda zvolí taková řešení, která pomohou lidem důstojně žít v jejich domácím prostředí a zapojit se běžného života naší společnosti.

Máte tedy možnost nahlédnout prostřednictvím sborníku, jaká témata se diskutovala v jednotlivých sekcích. Věřím, že přečtení sborníku Vás obohatí nejen profesně, ale i lidsky a že se všichni společně opět sejdeme na dalším ročníku hradeckých dnů.

Za spolupráci při organizaci konference velmi děkuji všem zapojeným pracovníkům Univerzity Hradec Králové, zejména pak Mgr. Zuzaně Truhlářové, Ph.D., za její dlouhou a aktivní práci v oblasti prosazování a kvality sociální práce.

Přeji také Vám všem, aby byl pro Vás tento sborník přínosem a otevřel diskusi, která přispěje k identifikaci a odstranění překážek, se kterými se v životě setkávají zdravotně postižení nebo jejich blízcí.

Mgr. Bc. David Pospíšil, DiS.
ředitel odboru sociálních služeb,
sociální práce a sociálního bydlení MPSV



Sociální služby jako nástroj podpory člověka v přirozeném sociálním prostředí

Studenti a senioři: mezigenerační solidarita ve stárnoucí české společnosti

Students and Seniors: Intergenerational Solidarity in Ageing Society

Vladimír Barák¹

Abstrakt

Príspevek sa zaoberá podporou voľnočasových aktivít seniorů v individuálnych i spoločných pobytových zariadeniach pre seniory ze strany studentů středních škol. Za využití sociologického výzkumu odpovídá na to, zda česká společnost oceňuje podporu seniorů ze strany studentů v socializačních aktivitách, jako společné diskuze či předčítání knih a zda by tato činnost měla být více podporována ze strany státu. Aktivitu studentů pojímá jako prostředek ke zvýšení kvality života seniorů, kteří dostávají takové služby a jako omezování dopadů institucionalizace ve službách s cílem většího sociálního začlenění seniorů.

Klíčová slova: Stárnutí. Volný čas. Důchod. Aktivity. Zábavy. Solidarita.

Abstract

The contribution deals with the support of leisure time activities of the seniors in individual and common residential facilities for the seniors by high school students. While using the sociological research the contribution responds whether the Czech society appreciates the support of the seniors by the students in their socializing activities, such as joint discussions or reading of books, and whether the activity should be supported more by the state. The activity of the students is perceived as the means for improving quality of life of the seniors who receive the services, and as limitation of consequences of the institutionalization in the services in order to increase the social inclusion of the seniors.

Keywords: Ageing. Leisure time. Pension. Activities. Hobbies. Solidarity.

1. Úvod

Česká společnost v posledních letech prochází řadou turbulentních změn. Od politických (posilování levicového politického spektra, nástup protestních antisystémových politických hnutí), přes ekonomické (skok z inflace do trvajících hrozb deflace) po sociální, jež se vyznačují nejen rozevírajícími se nůžkami mezi jednotlivými společenskými vrstvami, ale například i změnami v pojetí rodiny a jejích principů fungování.

Pojetí rodiny se nejvýrazněji mění spolu s generační obměnou. Ta s sebou logicky nese i změnu myšlení lidí. Ti jsou nuceni své uvažování i chování změnit pod tlakem okolního světa. To se týká zejména nejmladších generací: Y a mileniálů. Akcent je u příslušníků těchto generací kladen na rychlost, efektivitu, houževnatost a určitou sobeckost. Tedy vlastnosti, které nejsou zcela v souladu s tím, k čemu byly vedeny generace předchozí. Tento konflikt mezi generacemi vede k tomu, že se lidstvo musí mnohem častěji potýkat s řadou sociálních problémů. Jmenujme například zvětšující se nerovnost mezi bohatstvím a chudobou, problematiku skloubení profesního a rodinného života či hrozbu ztráty hodnoty jedince na společenském žebříčku. Tyto sociální problémy často ve svém důsledku útočí i na zdraví jedince. O syndromu vyhoření se v minulosti dříve hovořilo ze-

¹ Katedra hospodářské a sociální politiky NF VŠE v Praze; e-mailová adresa: vladimir.barak@vse.cz

jména v souvislosti s pomáhajícími profesemi (ošetřovatel, sociální pracovník), případně například u pedagogů či lékařů. Čím dál častěji se však s ním lze setkat i u lidí mimo tato zaměstnání, kteří se jen těžko orientují v dnešní složitě době, dělá jim problémy skloubit profesní život s povinnostmi v rodině a dalším využitím. Prudce tedy narůstá návštěvnost psychologů a psychiatrů, narůstá i množství předepsaných léků na utlumení příznaků souvisejících se stresem a vyčerpáním.

Jedním z nejzásadnějších problémů dnešní doby je čím dál větší tlak na zvládnutí rolí v rodině spolu s povinnostmi v zaměstnání. Harmonizace rodinného a profesního života je aktuálně velmi diskutovaným tématem ve spojitosti se zvětšující se skupinou osob spadající do tzv. sendvičové generace. Jedná se o označení pro generaci lidí středního věku, kteří se současně starají o své nesamostatné děti a o své staré rodiče. Zároveň musí docházet do zaměstnání, neboť role neformálního pečovatele stále není ze strany státu dostatečně ceněna a jedinec se péči nemůže věnovat výlučně. Demografické prognózy přitom hovoří jasně: v České republice bude prudce narůstat počet osob důchodového věku. Velká část těchto osob by ideálně měla prožít důstojné stáří u své rodiny, v přirozeném domácím prostředí. U určité části osob však toto nebude nikdy možné. Kromě případů, kdy starý člověk využije svého nezpochybnitelného práva vybrat si místo své domácnosti / domácnosti své rodiny raději zařízení institucionální péče, lze hovořit ještě o případech, kdy domácnost nepřipadá v úvahu z důvodu velmi špatného psychického či fyzického zdraví staré osoby či mezilidských problémů v rodině. I osoby trávící zbytek svého života v zařízeních institucionálního typu však mají právo na bydlení důstojné, co nejvíce připomínající přirozené prostředí. V tom musí mít k dispozici nejen dostatečné soukromí, zdravotní a sociální péči, ale i možnost využít smysluplně svůj volný čas. Tento příspěvek se zabývá pozitivním trendem: snahou mladých lidí z generace mileniálů o socializaci seniorů využívajících institucionální péči prostřednictvím volnočasových aktivit, kdy studenti středních škol navštěvují ve svém volném čase seniory. Poukáže tedy na to, že pro mileniály nemusí vždy být typická výše uvedená sobeckost. Příspěvek také shrne výsledky sociologického průzkumu, nakolik je podle české veřejnosti mezigenerační solidarita mladých lidí a seniorů důležitá a prospěšná.

2. Princip solidarity

2.1 Teoretické zakotvení

Solidarita je výrazem a projevem lidské vzájemnosti. Můžeme ji chápat i jako vzdání se nároků ve prospěch ostatních. Lze ji definovat i jako kolektivní ochranu proti rizikům, která je motivovaná zájmem o sebe sama. Solidarita představuje neodmyslitelný myšlenkový atribut sociální politiky, kdy v moderní době je chápána nejen jako vzájemné porozumění a pomoc, ale i jako vzájemná odpovědnost (Krebs, 2010).

Lze ji považovat za významnou hybnou sílu nejen materiálního, ale i mravního a duchovního vývoje lidstva a za předpoklad pokroku. Je alfou a omegou konání sociální politiky. (Kolibová, 2011)

Cíle solidarity byly vždy poměrně široké a zahrnují například:

- Společenský rozvoj (Engliš, 1916)
- Aktivity eliminující zla ve společnosti zahrnující ignoranci, nečinnost, potřebu, zanedbanost či nemoc (Beveridge, 1942)
- Úsilí zachovat důstojnost člověka a jeho práva žít svobodně a účastnit se sociálních procesů (Charta základních práv EU, 2010)

- Úsilí za sociální začlenění a proti vyloučení občanů tím, že se jim zachová dostupnost zdrojů a zdravotních, vzdělávacích i sociálních služeb jako podmíněk důstojného společenského bytí člověka (Amsterdamská smlouva EU, 2012).

V současném, značně širokém pojetí, společenská solidarita zahrnuje řadu oblastí. Jde o důchodové a nemocné zabezpečení, péči o zdraví včetně prevence a léčby, zabezpečení v nezaměstnanosti, pomoc při výchově dětí v rodině, pomoc při náhlých a akutních problémech a řadě jiných životních situací, kdy si jedinec jen stěží pomůže svými silami. Ty mohou trvat různě dlouho – od velmi krátkých, po velmi dlouhé. Typickým příkladem krátkodobé sociální události je nemoc či krátkodobá nezaměstnanost. Dlouhodobý charakter pak má invalida, úmrtí partnera či rodiče a také stáří. Předpokladem každá takové události je právní ošetření, kdy je jasně definována v zákonné normě. „Každou sociální oblast lze proto charakterizovat jako soubor platných právních, finančních a organizačních opatření státu, kterými jsou státem kompenzovány nepříznivé finanční a sociální události vzniklé v životě jedinců, které by bez pomoci jinak ohrozily uznaná základní sociální práva,“ shrnuje Kolibová (2011).

Stejně, jako docházelo k rozšiřování cílů solidarity, docházelo i ke změnám v jejich formách. Původní formy stavěly na společné příslušnosti ke skupinám rodinným, sousedským, náboženským, cechovním, stavovským apod. Prakticky šlo o první formy pojištění proti životním rizikům. V případě, že se jeden příslušník skupiny dostal do existenčních problémů, fungovaly skupiny jako seberegulační systémy, jež se udržovaly v rovnováze pomocí mobilizace vlastních zdrojů. Tyto skupiny vnímaly opatření jako základní podmínku přežití (Castel, 1995). Keller (2005) tuto solidaritu označuje jako solidaritu primární. Ta sekundární podle něj nabývá na významu od 19. století, kdy vzniká uměle budovaná solidarita, jež získává stále systematičtější podobu. Vrcholí v podobě sociálního státu, kdy sekundární solidarita oslabuje tu primární. Zatímco primární solidaritu můžeme tedy vnímat jako solidaritu jednotlivců, spolků a sdružení a v současnosti je založena spíše na filantropickém základu, ta sekundární se realizuje především na úrovni redistribučních opatření a v podobě transferové politiky státu.

Kolibová (2011) třídí solidaritu na přirozenou (zhruba odpovídající výše zmíněné primární) a na nepřirozenou, kterou představují všechny umělé politické zásahy, které jsou konány s cílem manipulovat a získat politickou podporu ve volbách výměnou za zavedení nesystémových dávek a činností. Tento negativní jev lze regulovat omezením role státu jako přímého vykonavatele sociálně politických aktivit. To s sebou však přináší riziko: automaticky poroste aktivita různých nestátních subjektů uskutečňující se převážně mimo jakýkoli oficiální státní redistributivní mechanismus. Solidarita široké škály aktérů uskutečňující se na regionální, dobročinné, firemní a jiné bázi je však k zabezpečení sociálních potřeb občanů v současné době nedostačující (Krebs et al., 2009).

Zatímco solidaritu primární lze vnímat i coby solidaritu spontánní, přirozenou, státní zásahy spočívající ve zdaňování a následné redistribuci jsou prakticky solidaritou vynucenou, tedy nedobrovolnou.

Přirozená solidarita je všeobecně vítaná a oceňovaná. Člověk se vzdá svých profitů ve prospěch někoho jiného. V tomto ohledu je pak nedůležité, zda motivem jsou pokrevní vazby či to, že to od něj okolí jednoduše očekává. Význam má nejen samotný akt milosrdenství. Podstatný je důsledek, kdy slabšímu jedinci je umožněno ukojit své základní potřeby. V ideálním případě se pak spokojenost dostaví i u osoby dárcce, a to v podobě naplnění potřeb vyšších (ať již ve formě sebeuspokojení z uznání okolí, či dobrého pocitu z vykonání dobrého skutku).

2.2 Stárnutí populace jako ohrožení solidarity

V řadě ekonomicky vyspělých zemích došlo k velmi rychlému a velmi hlubokému poklesu úrovně plodnosti a porodnosti. Ačkoli k trendu stárnutí populace přispívají i další faktory, je právě nízká porodnost dle řady autorů tím nejzásadnějším. „Demografické stárnutí je mnohem více ovlivněno změnami v úrovni porodnosti, než klesající úrovní úmrtnosti,“ tvrdí Mullan (2000). „To zda je populace mladá či stárnoucí, závisí především na tom, kolik ženy porodí dětí. Rodí-li jich mnoho, jedná se o populaci mladou, neboť základna stromu života je v takovém případě široká a celkový tvar má pyramidální charakter. Rodí-li jich naopak málo, populace začne stárnout, neboť základna stromu života je úzká a podíl mladé populace vůči staré se snižuje,“ vysvětluje Rabušic (1995).

V současnosti se počet osob nad šedesát let v ČR neustále zvyšuje a spolu s tím se negativně mění i poměr mezi lidmi ekonomicky aktivními a penzisty. Rápidně roste finanční zatížení systému důchodového zabezpečení a systému zdravotní péče. Čím více se prohlubuje krize průběžného důchodového systému, tím hlasitější jsou výzvy k posílení důchodového systému fondového. To podle Kellera (1995) povede do budoucna k zatížení těch, jimž je v současnosti dvacet a třicet let. Mladí lidé samozřejmě tyto problémy vnímají a v konečném důsledku to může vést k vážnému ohrožení mezigenerační solidarity.

3. Koncepty péče o seniory

Péče o seniory může mít různé koncepty a podoby. Tím nejčastějším a zároveň nejsnazším je dělení na péči rodinnou a institucionální.

Klasifikační schémata péče o seniory vycházejí z několika principů. Rozlišují zdravotní, sociální a emocionální péči, jež jsou pro seniora velmi podstatné a vázané na jeho kvalitu života. Současné trendy upřednostňují péči rodinnou před institucionální. Výjimku tvoří případy, kdy je institucionální péče zvolena za účelem zajištění zdraví. Rodinná péče je přerušena či ukončena nutným přijetím seniora do akutní zdravotní péče zdravotnického zařízení, případně do zařízení sociálního (Jeřábek, 2013).

Systém sociální péče nabízí domovy s pečovatelskou službou nebo domovy pro seniory. Prakticky tak v mnoha případech nahrazuje péči rodinnou, avšak s mnoha problematickými body. Mezi ty patří například

- Senior je odtržen z jeho přirozeného domácího prostředí
- Senior je odstřižen od jeho dosavadních sociálních vazeb
- Senior je omezen v přístupu k volnočasovým a dalším aktivitám, apod.

Instituce pečující o seniory se snaží výše uvedené body kompenzovat různými způsoby. Seniorům stále častěji umožňují uzpůsobit si své nejbližší okolí k obrazu svému, prodlužují návštěvní doby a maximální počty návštěv a klientům zajišťují řadu volnočasových aktivit. Využívána je i přirozená mezilidská solidarita, například v podobě dobrovolníků trávicích čas se seniory. Tento příspěvek akcentuje zejména aktivní přístup mladých studentů.

V západních zemích (typicky USA, Velká Británie) je v rámci sociální odpovědnosti společnosti pro děti a studenty běžné navštěvovat během povinné výuky i ve volném čase sociální instituce a pomáhat potřebným. V českých podmínkách tuto činnost vykonávají zejména studenti humanitně zaměřených škol, například během školních praxí. Přibývá však škol, které sociálně odpovědnou činnost zařazují do svých programů i nad rámec povinné výuky. Autor tohoto textu se zaměřil na gymnázia a střední odborné školy.

4. Výzkumná část

4.1 Základní rysy výzkumu

Výzkumná činnost se vyznačuje metodičností, jejímiž výraznými rysy jsou důslednost, exaktnost, objektivnost a systematickosti. Výzkumná činnost se pro účely tohoto příspěvku zaměřila na dvě oblasti.

V první části výzkumu byli respondenty výzkumu studenti středních škol, kteří navštěvují institucionální zařízení sociální péče o seniory, kde pomáhají s volnočasovými aktivitami seniorů.

Typicky jde o:

- Předčítání z knih
- Diskuzní kroužky skupinové
- Individuální diskuze
- Venkovní procházky mimo institucionální zařízení, ad.

Cílem bylo zjistit důvod, proč studenti do institucí chodí a dále to, co vnímají jako největší klad plynoucí z jejich návštěv.

Druhá část výzkumu se zabývala veřejným míněním. Cílem bylo zjistit, jak se společnost dívá na ubytovací zařízení pro seniory, zda by měla být více podpořena aktivita studentů (viz předchozí část) a pomocí souhlasu/nesouhlasu s vybranými výroky zjistit postoje veřejnosti k problematice ubytovacích zařízení pro seniory.

4.2 Motivace studentů

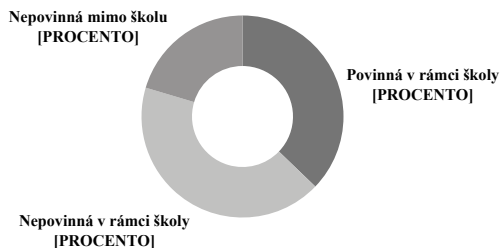
Období sběru dat: 20. 5. – 24. 5. 2016

Cílová skupina: online populace 15–18 let, studenti navštěvující ubytovací zařízení pro seniory aktivní ve volnočasových aktivitách určených pro seniory.

Sběr dat probíhal formou online dotazování za pomoci respondenty samostatně vyplněného online dotazníku (metoda CAWI – Computer Assisted Web Interviewing).

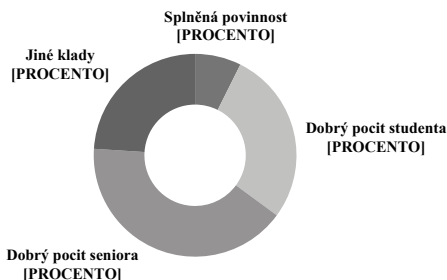
Dotazování bylo provedeno prostřednictvím rozeslaného on-line dotazníku ve spolupráci s vybranými středními školami napříč ČR.

Počet respondentů: 120

Graf. č. 1: Důvod návštěvy seniorů

Zdroj: vlastní zpracování

Nejpočetnější skupina respondentů se zúčastnila aktivit se seniory nepovinně, nad rámec výuky, avšak na základě zprostředkování školou (43 %). Druhou nejpočetnější skupinou byli studenti, kteří návštěvu seniorů učinili v rámci povinné školní praxe (37 %). Pětina respondentů zařízení navštívila dobrovolně, mimo školní výuku a bez příspěví školy.

Graf. č. 2: Klad plynoucí z návštěvy

Zdroj: vlastní zpracování

Studenti měli možnost zvolit primární klad, který podle jejich názoru jejich návštěva a aktivita se seniory přinesla. Celých 41 % respondentů uvedla jako hlavní klad dobrý pocit klienta – seniora. Svůj vlastní dobrý pocit akcentovalo 28 % respondentů. 24 % respondentů uvedlo jiné klady, 7 % studentů jako hlavní klad vnímají to, že splnili svou povinnost (školní).

4.3 Veřejné mínění k problematice mezigenerační solidarity

Období sběru dat: 20. 5.–24. 5. 2016

Sběr dat probíhal formou online dotazování za pomoci respondenty samostatně vyplněného online dotazníku (metoda CAWI – Computer Assisted Web Interviewing)

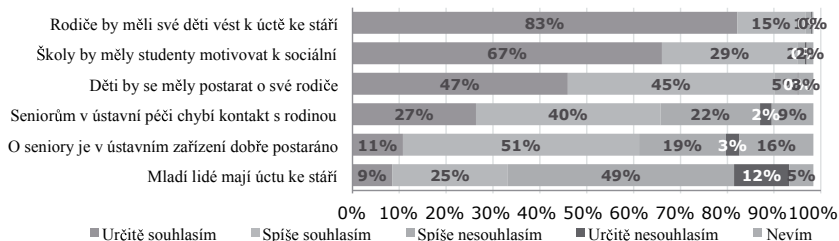
Dotazování bylo provedeno prostřednictvím online panelu respondentů společnosti MÉDEA RESEARCH.

Cílová skupina: online populace 18+

Vzorek respondentů: 567

Vzorek byl vybrán kombinací náhodného a kvótního výběru a byl převážen tak, aby byl reprezentativní na populaci ČR z hlediska pohlaví, věkových skupin 18+, vzdělání, regionu a velikosti místa bydliště.

Graf. č. 3: Souhlas s výroky

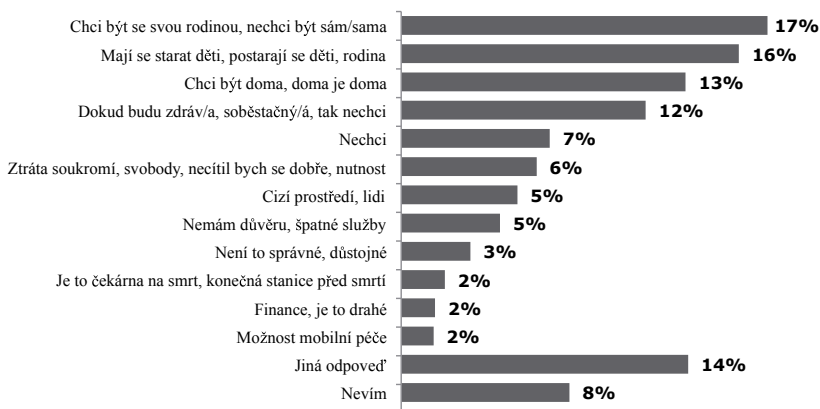


Zdroj: MÉDEA RESEARCH, vlastní zpracování

Shrnutí zjištění:

- Pouze třetina lidí si myslí, že mladí lidé mají úctu ke starší – výrazně častěji jsou téhož názoru lidé z měst mezi 5 a 20 tisíci obyvateli.
- O tom, že by školy měly motivovat studenty k sociální odpovědnosti, jsou přesvědčeni zejména lidé starší 55 let a ženy, naopak lidé se základním a nižším vzděláním s výrokem spíše nesouhlasí.
- Zatímco lidé z menších měst (do 20 tisíc ob.) jsou určitě přesvědčeni o tom, že by se děti měly o své rodiče postarat, obyvatelé měst větších s tím spíše souhlasí.
- Kromě výroku o školní motivaci mají všichni podobný názor na výroky týkající se mezigenerační solidarity bez rozdílu věku.

Graf. č. 4: Důvody nesouhlasu s umístěním sebe sama do instituc. zařízení



Zdroj: MÉDEA RESEARCH, vlastní zpracování

Hlavní zjištění výzkumné části k veřejnému mínění:

- 98 % populace si myslí, že rodiče by měli vést své děti k účtce ke stáří.
- 96 % lidí souhlasí s tím, že by školy měly studenty motivovat k sociální odpovědnosti.
- 92 % lidí souhlasí s tím, že děti by se měly postarat o své rodiče.
- 67 % lidí zastává názor, že seniorům v ústavní péči chybí kontakt s rodinou.
- Podle 62 % populace je o seniory v ústavním zařízení dobře postaráno.
- To, že mladí lidé mají úctu ke stáří, si myslí pouze 34 % populace.
- Téměř tři čtvrtiny (71 %) lidí deklarovalo, že by se o své rodiče v případě jejich neschopnosti postaralo samo.

5. Závěry

Příspěvek se zabýval mezilidskou solidaritou. Tu pojal jako významnou hybnou sílu nejen materiálního, ale i mravního a duchovního vývoje lidstva a za předpoklad pokroku. Různé scénáře budoucího dění hovoří o úpadku mezilidské solidarity. Ta se má stát obětí sociálních problémů, které souvisí s lidskou činností. Provedený výzkum ale naznačuje, že mezilidská solidarita je v rámci české populace stále silně zakořeněná a problematická a náročná současná doba ji možná oslabuje, avšak ne nijak silně.

Pro snazší uchopení se příspěvek omezil pouze na solidaritu mezigenerační, aplikovanou pouze na mladé lidi pomáhající v institucionálních pobytových zařízeních pro seniory s volnočasovými aktivitami. Počet takových studentů každým rokem roste, dobrovolníci si cení dobrého pocitu, který v klientech vyvolají, často se dostavuje dobrý pocit ze sebe sama.

Česká veřejnost jednoznačně podporuje pomoc seniorům. Osud klientů institucionálních pobytových zařízení jí není cizí. Téměř tři čtvrtiny (71 %) lidí deklarovalo, že by se o své rodiče v případě jejich neschopnosti postaralo samo. Hlavním důvodem pro případné nevyužití domova důchodců je to, že se o rodiče mají postarat děti nebo rodina a důležitost domácího prostředí. Z toho vyplývá, že česká veřejnost si velmi cení institutu domácí péče, její význam nepodceňuje. V případě, že senior je nucen využít institucionální ubytovacího zařízení, měl by stát podle veřejnosti podporovat aktivity, které vedou k socializaci klienta pokud možno co nejvíce podobné té, kterou nabízí domácí péče. Z výše uvedených zjištění vyplývá, že mezigenerační solidarita má v českých podmínkách významné místo. Vhodné by bylo srovnání se zahraničím a časové srovnání. To by však vyžadovalo jednotnou metodiku.

Poděkování a afiliace

Tato práce vznikla za finanční podpory v rámci Interní rozvojové soutěže VŠE v rámci projektu č. IRS 40/2016 „Komparace, inovace a diverzifikace sociálně-vědních předmětů vedlejší specializace Hospodářská a sociální politika s akcentem na potřeby studentů“.

Reference / Seznam citované literatury

- BARÁK, Vladimír. ROTSCHEDL, Jiří. Solidárnost důchodového systému jako aspekt moderní společnosti. In PŘÍVARA, A., BARTA, M. *Nové výzvy pre sociálnu politiku a globálny trh práce 2015*. Bratislava: Ekonomická univerzita v Bratislave, Národohospodárska fakulta, 2015, s. 25–37. ISBN 978-80-225-4078-0.
- BARÁK, Vladimír. Studenti proti samotě seniorů, TÝDEN, 2016, č. 27, s. 28–29. ISSN 1210-9940.
- BEVERIDGE, William. *Social insurance and allied service*. London: His majesty's stationery office, 1942.
- CASTEL, Robert. *Les métamorphoses de la question sociale*. Paris: Fayard, 1995. ISBN 9782070409945.
- ENGLIŠ, Karel. *Sociální politika*. Praha: F. Topič, 1916.
- Evropská unie: *Listina základních práv Evropské unie* [online]. Evropská unie: ©2010 [cit. 19. 4. 2015]. Dostupné z <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2007:303:0001:0016:CS:PDF>
- Evropská unie: *Amsterodamská smlouva Evropské unie* [online]. Evropská unie: ©2012 [cit. 19. 4. 2015]. Dostupné z <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/ALL/?uri=OJ:C:2012:326:TOC>
- JEŘÁBEK, Hynek et al. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2013. ISBN 978-80-7419-117-6.
- KELLER, Jan. *Soumrak sociálního státu*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1995. ISBN 80-86429-41-5.
- KOLIBOVÁ, Helena. *Sociální systém. Solidarita jako základ sociálně politických aktivit společnosti*. Karviná: Slezská univerzita v Opavě, 2011. ISBN 978-80-7248-706-6.
- KREBS, Vojtěch et al. *Solidarita a ekvivalence v sociálních systémech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2009. ISBN 978-80-7416-044-8.
- KREBS, Vojtěch et al. *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010. ISBN 978-80-7357-585-4.
- MULLAN, Phil.. *The imaginary time bomb. Why an ageing population is not a social problem*. London: I. B. Tauris and Co., 2002. ISBN 978-1860647789.
- RABUŠIC, Ladislav. *Česká společnost stárne*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 1995. ISBN 80-210-1155-6.

Kvalita sociálních služeb – včera, dnes a zítra

The quality of social services – yesterday, today and tomorrow

Eva Capicarová², Markéta Kateřina Holečková³

Abstrakt

Príspevek približuje vývoj pojetí kvality sociálních služeb podle zákona o sociálních službách. Struktura příspěvku je rozdělena do třech hlavních částí. První je zaměřena na historický exkurz pojetí kvality sociálních služeb, a to až do roku 2007. Druhá část popisuje aktuální stav a zkušenosti se zaměřením na koncept nepříznivé sociální situace. Třetí představí koncepční vize v oblasti standardizace sociálních služeb.

Klíčová slova: Sociální služby. Kvalita. Standardy kvality. Nepříznivá sociální situace.

Abstract

The contribution describes the development of notion of quality of the social services according to the social services act. The structure of the contribution is divided into three main parts. The first is focused on the historical trip to notion of quality of the social services until 2007. The second part describes current situation and experience with focus on the concept of unfavourable social situation. The third part introduces the conceptual visions in the field of standardization of the social services.

Keywords: Social services. Quality. Quality standards. Unfavourable social situation.

1. Úvod

Sociální služby jsou významným pilířem systému sociální ochrany v České republice. Legislativní ukotvení sociálních služeb a samotná praxe jejich poskytování prošly velmi výraznou změnou od roku 1989 a jsou stále se dynamicky rozvíjejícím segmentem. Velkým mezníkem se stal rok 2007, kdy vešel v účinnost zákon o sociálních službách. Byla a je to stále právě kvalita sociálních služeb, která se stala jedním z velmi frekventovaných slovních spojení, se kterým se lze v prostoru aktérů sociálních služeb setkat. Existuje mnoho definic, které popisují význam slova kvalita. Samo o sobě je slovo kvalita neutrálním pojmem, ale ve spojení v kontextu dílčích problematik, které popisuje, nabývá významu. Cílem příspěvku je zaměřit se především na zákonné pojetí kvality sociálních služeb, její legislativní vývoj, důvody pro změnu a základní vize změn v oblasti standardizace.

1.1 Kvalita sociálních služeb včera – Pojetí kvality sociálních služeb do roku 2007 ve stínu legislativní úpravy

Po roce 1989, kdy byly zahájeny první reformy, se zahájily taktéž v oblasti sociální. Rozvíjely se nové druhy sociálních služeb, které dosud nebyly legislativně ukotveny. Prozatím platila stávající právní úprava. Jednlo se o zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů a vyhláška Ministerstva práce a sociálních věcí č. 182/1991 Sb., která prováděla zákon o sociálním zabezpečení. Základní zásadou této legislativní úpravy bylo, že „právo na sociální zabezpečení podle tohoto zákona se zaručuje všem občanům. Dávky sociálního zabezpečení poskytují

2 Ministerstvo práce a sociálních věcí, oddělení koncepce sociálních služeb, e-mailová adresa: eva.capicarova@mpsv.c

3 Ministerstvo práce a sociálních věcí, oddělení koncepce sociálních služeb, e-mailová adresa: marketa.holeckova@mpsv.cz

stát. Dávky sociálního zabezpečení nepodléhají dani“ (Zákon č. 100/1988 Sb.). Zákon ani prováděcí předpis neobsahují žádné kvalitativní požadavky. Od roku 1992 se realizovaly přípravy a konzultace, které vyústily k přijetí právní úpravy sociálních služeb v roce 2006. V tomto období bylo předloženo několik verzí návrhů, jak uzákonit poměrně rychle se rozvíjející se oblast sociálních služeb. Zákonná a tudíž i vymahatelná pravidla nechyběla jen pro oblast kvality sociálních služeb, ale i pro jejich financování a dosavadní právní úprava znala jen služby ústavního charakteru a pečovatelskou službu. Současně probíhala realizace a příprava návrhů s podporou projektů. Mezi významné faktory pro úpravu kvality v zákonu se stala realizace Česko-Britského projektu. V rámci projektu byly rozvíjeny aktivity na vytvoření nástroje pro rozvoj poskytování sociálních služeb co nejbližší klientovi (Přehled výsledků, 2002). Současně se pracovalo na vytvoření programu kvality s cílem vytvoření návrhů standardů kvality, inspekce a oprávnění k poskytování sociálních služeb. Soubor základních standardů pro poskytování sociálních služeb byl publikován v dubnu 2002. V předmluvě tištěného vydání uvedl tehdejší ministr práce a sociálních věcí PhDr. Vladimír Špidla, „že základním principem při tvorbě standardů kvality byla snaha, aby sociální služby směřovaly k podpoře setrvání člověka v přirozeném prostředí a k rozvoji jeho přirozených sociálních vazeb. Ve standardech jsou definovány takové požadavky na kvalitu služeb, které budou zárukou vyrovnání příležitostí uživatelů sociálních služeb ve společnosti“ (Standarty kvality sociálních služeb, 2002). Text byl následně předložen k diskusi, která probíhala až do roku 2006, kdy se dosud dobrovolně implementovaná kritéria stala součástí prováděcího právního předpisu zákona o sociálních službách.

Dalším významným dokumentem, který definoval nové požadavky na moderní sociální služby a vzešel z Česko-Britského projektu, byla Bílá kniha v sociálních službách⁴. I v tomto dokumentu byl hlavní důraz kladen na setrvání klienta v jeho přirozeném prostředí. Veškerá aktivita zapojených aktérů má k definovanému cíli směřovat. Samostatná kapitola je věnována problematice kvality. Kvalita je spojována s důvěrou uživatele a jeho rodiny k poskytované službě, profesionálním přístupem pracovníků služby a schopností poskytovatele posoudit, zda poskytované služby jsou v souladu se standarty kvality (Bílá kniha v sociálních službách, 2003:13).

1.2 Kvalita sociálních služeb dnes – po legislativním ukotvení, současná situace

Systém zákonné kvality sociálních služeb je v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí a je koncipován jako základní, závazné a minimální pojetí požadavků pro poskytovatele sociálních služeb. Byl vyvíjen v době, kdy nebyla zákonná úprava a byl tedy dobrovolným systémem. Proto byl dlouhou dobu považován pouze za podpůrný, což uzákonění dílčích kritérií standardů kvality a povinností změnilo. Kvalita sociálních služeb a povinnosti poskytovatelů se staly předmětem kontroly a tudíž se změnil celkový náhled na její pojetí a vymahatelnost a sankcionovatelnost. Požadavky na zákonnou kvalitu jsou formulovány zejména povinnostmi poskytovatelů uvedenými v § 88 zákona a kritérii standardů kvality sociálních služeb, které jsou součástí prováděcího předpisu (Zákon č. 108/2006 Sb., vyhláška č. 505/2006 Sb.). Inspekce poskytování sociálních služeb jsou realizovány podle pravidel stanovených v zákonu o sociálních službách a zákonu č. 255/2012 Sb., kontrolní řád, ve znění pozdějších předpisů. Jedná se o státní kontrolu, při které „kontrolní orgán... zjišťuje, jak kontrolovaná osoba plní povinnosti, které jí vyplývají z jiných právních předpisů nebo které jí byly uloženy na základě těchto předpisů“ (Zákon č. 255/2012 Sb.).

Zákonné požadavky kvality jsou rozděleny do částí personální, provozního zabezpečení sociálních služeb a oblasti vztahů mezi poskytovatelem a klienty (Zákon č. 108/2006 Sb.). Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lid-

4 Bílá kniha v sociálních službách – dostupné na http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

skou důstojnost, vycházejí z individuálních potřeb klientů a motivovat k činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace. Sociální služby musí být poskytovány v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob (Zákon č. 108/2006 Sb.). Současně zákon obsahuje v § 3 definici nepříznivé sociální situace, tedy východiska pro poskytování sociálních služeb. Tento fakt bývá v realitě poskytování sociálních služeb často opomíjen, či není mu dáván oprávněný důraz. Legislativní ukotvení požadavků na kvalitu bylo odpovědí na dlouhodobé požadavky poskytovatelů i zadavatelů sociálních služeb. Je otázkou, zda dlouhodobý konzultační proces, který předcházal zákonné závaznosti nároků, přispěl či poškodil samotné chápání tohoto systému.

Od zákonného ukotvení požadavků na kvalitu uplynulo již deset let. Je možné konstatovat, že úroveň poskytovaných sociálních služeb se změnila. Ale i nadále jsou diskutována témata, která se týkají samotné podstaty a uchopení kvality, jak ji definuje zákon. Velmi dobře se problematikou zabývá David Kocman, který si v článku s názvem „Kam se poděl duch standardů?“ i v první větě odpovídá: „Zpacifikovalo ho to, co se tváří jako jeho největší zastánce a podporovatel – totiž řízení kvality“ (Kocman, 2012). Současně uvádí jako jádro „problému“ zaměření se na kvalitní organizaci namísto dobré péče. Tato studie vyvolala mezi odborníky diskusi a v jedné z polemik, například uvádí Jan Syrový, „že autor zaměňuje pojem sociální práce a sociální služby, kdy sociální služba je druhem veřejné služby, která se odehrává v rámci právního vztahu mezi poskytovatelem a uživatelem služby a je založena na právním úkonu (smlouvě)“ (Kocman – Komentář, 2012:1) v článku a tudíž se ne bavíme o standardech kvality sociální práce, ale standardech kvality sociálních služeb. Tím ale rozhodně diskuse nekončila...

Z výše uvedeného vyplývá, že oblast standardizace kvality sociálních služeb je tématem živým, vyvíjejícím se a výkladů z hlediska rozmanitosti segmentu je možná řada.

Na základě výsledků výzkumů, které Ministerstvo práce a sociálních věcí realizovalo v roce 2012 a 2014, a které jsou zveřejněny na webových stránkách ministerstva, byly zahájeny kroky k úpravě zákonného pojetí kvality⁵.

1.3 Kvalita sociálních služeb zítřka – víze v oblasti standardizace sociálních služeb

Ministerstvo práce a sociálních věcí v rámci systémového projektu Inovace systému kvality sociálních služeb v minulých letech realizovalo aktivity, které připravily prvotní návrhy změn současného legislativního znění pro oblast kvality sociálních služeb. Revidované pojetí se zaměřuje na nový kontext pojetí sociálních služeb, kdy financování sociálních služeb bylo převedeno na kraje, které taktéž realizují kontroly, a dílčí požadavky na personální a materiálně technické zabezpečení sociálních služeb se upřesňují a kvantifikují pro registrace sociálních služeb. Bylo upraveno i znění povinností poskytovatelů a kritéria standardů kvality sociálních služeb. Cílem je takové nastavení systému kvality, který by byl definován objektivními, srozumitelnými požadavky, které by eliminovaly subjektivnost výkladu a nesrozumitelnost návrhu. Oblast kvality navrhuje rozdělit do pěti oblastí: garance sociální služby, průběh poskytování sociální služby, oblast ochrany lidských práv a svobod, vedení dokumentace a oblasti podpory osoby, které jsou poskytovány sociální služby, ve využívání dalších veřejných služeb.

Posíleným východiskem a předmětem pro poskytování sociální služby se stává nepříznivá sociální situace, která se stává nejen vstupním parametrem pro nového klienta sociální služby, ale i rámcem pro poskytovanou sociální službu. Nejde však o statickou službu, ale standardy nabádají k aktivnímu vyhodnocování a přehodnocování vydefinovaného a stanoveného rámce. Výrazným

⁵ Výstupy Individuálního projektu MPSV „Inovace systému kvality sociálních služeb“ – dostupné na <http://www.mpsv.cz/cs/11748>

a často diskutovaným prvkem celého systému jsou požadavky na dokumentaci poskytovatele. Dosavadní pojetí nestanoví jednoznačné náležitosti jejího zpracování, což na jedné straně napomáhá poskytovateli v sebezrovoji, ale na druhé straně vyvolává nejistotu a někdy vede až ke zpracovávání pravidel, které slouží pouze k sebeobhajobě při kontrole. Proto je podstatným cílem návrhu snížit administrativní zátěž poskytovatele a stanovit smysluplná pravidla, která přispějí k rozvoji sociálních služeb, které mají být zaměřeny na klienta a šity na jeho míru a nikoliv naopak. Legislativní proces návrhu byl zahájen ve 2. pololetí roku 2016.

Na situaci je nutné reagovat a zaměřit se na praktické naplňování základních zásad § 2 zákona o sociálních službách, tedy „prostřednictvím sociálních služeb zachovávat lidskou důstojnost; vést osoby k sociálnímu začleňování; poskytovat sociální služby v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo důsledně zajištěno dodržování lidských práv a svobod osob.“

V rámci systému sociálních služeb je nutné vnímat ještě další rozměr kvality sociálních služeb, a sice kvalitu „vstupní“, tedy náležitosti, které žadatel předkládá při registraci. Registrace je definována jako vstup do systému, v procesu registrace je možné získat oprávnění k poskytování služby. Žadatel o registraci dokládá registrujícímu orgánu, co má v rámci sociální služby „v plánu“, a jak je k tomu „vybaven“. Správní orgán na základě podkladů posoudí, zda je jeho připravenost poskytovat sociální služby dostatečná a v souladu se zákonem.

Již od účinnosti zákona, tedy od roku 2007 je jednou z registračních podmínek zajištění materiálně technické a personální, avšak zákon nijak blíže nespecifikuje jejich náležitosti. Registrující orgán tak v současnosti podklady posuzuje dle vlastního uvážení. Ministerstvo v současnosti metodicky vede krajské úřady se zaměřením sjednocení posuzování, stávající stav se jeví jako nedostatečný právě s ohledem na subjektivní možnost výkladu jednotlivých doporučení. Pro nastavení jednotných podmínek pro vstup do systému je žádoucí stanovit nepodkročitelné podmínky do právního předpisu. Na zásadní dopad nedefinování jasných podmínek registrace například upozorňuje Veřejný ochránce práv ve svém dopise adresovaném na Ministerstvo práce a sociálních věcí z roku 2015: „registrační podmínky, co se týká personálního, materiálního a technického zajištění konkrétního druhu poskytovaných služeb, nejsou dostatečně jasné a předvídatelné, aby bylo možné garantovat, že registrovaný poskytovatel sociálních služeb splňuje předpoklady pro bezpečné a kvalitní poskytování sociálních služeb, a zároveň také bez pochybností rozhodnout o zrušení registrace. Praxe krajských úřadů může být usměrněna metodickým vedením, nicméně ve vztahu k adresátům moci výkonné je třeba nastolit stav právní jistoty, a rovněž nenechat prostor pro spekulace.“ (Výzva MPSV, 2013) S ohledem na snahu ministerstva kultivovat prostředí sociálních služeb a stanovit vyšší důraz na ochranu lidských práv klientů sociálních služeb, již před několika lety započaly práce nad vznikem nových dvou standardů s cílem nechat vzniknout konkrétní podmínky tzv. vstupní kvality sociálních služeb.

Konkrétní podmínky pro naplnění materiálně technického a personálního standardu jsou součástí návrhu novely zákona o sociálních službách jako obsahu prováděcího právního předpisu. Ministerstvo si od takového nastavení slibuje stanovení přehledných podmínek, jak pro registrující orgán, tak i zřizovatele sociálních služeb a žadatele o sociální službu. Zároveň tento rozměr přináší vyšší jistotu pro klienty sociálních služeb, v tom, že před vstupem do služby budou vědět, jaké minimální podmínky jim sociální služba musí poskytnout. Pokud takové podmínky v průběhu poskytování služby neobdrží, bude mít jasný podklad a argument pro kontrolní orgán.

Cílem materiálně technického standardu je stanovit minimální požadavky na materiální a technické zajištění sociální služby. Aktuálně je připraven návrh standardu pro sociální služby sociální péče poskytované pobytovou formou, s ohledem na to, že právě klienti těchto druhů sociálních služeb jsou ve své nepříznivé sociální situaci nejvíce zranitelní a odkázáni na činnosti sociální služby. Dostatečné materiálně a technické podmínky jsou tak zcela nezbytné. V termínu od 1. května 2016 je materiál účinný jako

doporučený postup, tedy je stanoven jako doporučení, jak v otázce materiálně-technického zajištění služeb postupovat, zejména v oblasti registrace sociálních služeb.⁶ Doporučený postup se stal současně přílohou výzev Integrovaného regionálního operačního programu v oblasti rozvoje sociálních služeb.

Standard byl vytvářen s ohledem na Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace⁷, které byly vydány Ministerstvem práce a sociálních věcí. Zároveň zahrnuje ustanovení Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením, která je od roku 2007 součástí právního řádu České republiky a která stanoví požadavky na naplňování práv lidí se zdravotním postižením, jejich plné začlenění a účast v komunitě. Například ve svém článku 19 „uznává právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společenství a začlenit se do společnosti a dále právo zvolit si na rovnoprávném základě s ostatními místo pobytu, tedy kde a s kým budou žít“ (Úmluva, 2006).

Standard je rozdělen do několika částí. Zaměřuje se na základní činnost těchto druhů sociálních služeb „poskytnutí ubytování“, tedy právě náležitosti poskytnutí ubytování ve svých podmínkách řeší. Materiálně technický standard stanoví například maximální možný počet osob v budově či počet klientů na pokoji.

Cílem personálního standardu je stanovení minimálního počtu personálu sociální služby pro zajištění bezpečí klientů sociální služby. Účelem není stanovit takovou míru personálního zabezpečení, která by uspokojovala potřeby nebo individuální způsob poskytování sociálních služeb – vzhledem k § 2 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. Personální standard stanoví vybrané počty pracovníků v přímé péči podle § 115 odst. 1 zákona o sociálních službách. V návaznosti na účel personálního standardu, tj. bezpečný minimální počet pracovníků personální standard není stanovován pro vedoucí a technicko-administrativní pracovníky, tedy pracovníky mimo přímou péči; případně specifické odbornosti, pokud se nejedná o nezbytně nutnou profesi, jejíž nepřítomnost by zabraňovala realizaci poskytování sociální služby od svého počátku.

Personální zajištění sociální služby i každé jiné služby je aspekt, který zásadně ovlivní konečnou kvalitu poskytnuté služby. Proto je důležité, aby měl poskytovatel k dispozici dostatečný počet kvalifikovaného personálu. V současnosti při registraci sociální služby žadateli není stanoven přesný počet a náplň práce jednotlivých pozic. Se záměrem stanovit jasné podmínky pro zajištění provozuschopné sociální služby ministerstvo připravuje prováděcí právní předpis, který by pro každý druh sociální služby měl stanovit minimální bezpečné personální zajištění, tedy kolik pracovníků v sociálních službách a kolik sociálních pracovníků musí být v sociální službě přítomno, aby bylo možné hovořit o provozuschopné a bezpečné sociální službě pro její klienty.

Práce na vzniku prováděcího právního předpisu trvají již několik let, zažily stovky hodin diskuzí, kulatých stolů, připravených materiálů. Výsledkem konzultací s odborníky z praxe poskytování sociálních služeb je, že každá sociální služba, v každém jiném městě, s jinými klienty je různá. Proto jednotné hodnoty není lehké stanovit. Proto v tuto chvíli hovoříme o bezpečném minimálním standardu, protože právě ten je možné zkontrolovat při registraci, a do budoucna povedou snahy k vytvoření „optimálního“ standardu, který by zajistil péči, která je „dostatečná“ a „kvalitní“.

6 Doporučený postup č. 2/2016 Materiálně-technický standard pro služby sociální péče poskytované pobytovou formou dostupné ne: <http://www.mpsv.cz/cs/13916>

7 Dostupné na: <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteriasSKCH-a-TaDI.pdf>

1.4 Závěr

Na závěr by se snad nabízela otázka, jak to tedy bude se standardy „pozitíř“. Bohužel praxe poskytování sociálních služeb i celý svět kolem nás včetně situací, do kterých se klienti sociálních služeb dostávají, se natolik mění a vyvíjí, že na tuto otázku zcela jistě odpovědět nejde. Nicméně snahou ministerstva je, co nejvíce reagovat na aktuální změny tak, aby byl zákon funkční pro praxi sociálních služeb předně v oblastech ochrany lidských práv klientů, jak deklaruje zákon ve svých úvodních ustanoveních.

Tak tedy lze jen doufat, že i přes náročné výzvy, které systém přináší, onen duch standardů a kvality sociálních služeb bude dále naplňován a veden správným směrem a ve výsledku bude hlavně klient, kdo pocítí pozitivní důsledky kvality sociální služby.

Seznam použitých zdrojů/seznam citované literatury

Bílá kniha v sociálních službách (online) (cit. 2016 – 08 – 16) Dostupné na http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

CAPICAROVÁ, Eva. HOLEČKOVÁ, Markéta. Výstup z realizovaného dotazníkové šetření, Sběr podnětů k revizi nastavení kvality v sociálních službách, Zpráva z výzkumu, říjen 2014 (online) (cit. 2016 – 08 – 16) Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/20337/Vystup_dotaznik_2014.pdf

KOCMAN, David. Kam se poděl duch standardů (online) (cit. 2016 – 08 – 16) Dostupný na http://www.mpsv.cz/files/clanky/18200/C1_Kocman_Kam_se_podel_duch.pdf

KOCMAN, David. PALEČEK, Jan. Podněty k revizi standardů kvality sociálních služeb. Praha: MPSV (online) (cit. 2016 – 08 – 16) Dostupné http://www.mpsv.cz/files/clanky/17440/C1_Podnety_ke_SQ_FINAL-112012.pdf

Kritéria sociálních služeb komunitního charakteru a kritéria transformace a deinstitucionalizace (online) (cit. 2016 – 09 – 01) Dostupné <http://www.trass.cz/wp-content/uploads/2016/05/kriteriaSSKCH-a-TaDI.pdf>

Standardy kvality sociálních služeb, Praha, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002, ISBN 80-86552-98-5

Vyhláška č. 182/1991 Sb., kterou se provádí zákon o sociálním zabezpečení a zákon České národní rady o působnosti orgánů České republiky v sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 255/2012 Sb., kontrolní řád, ve znění pozdějších předpisů

Souhrn zpráv z návštěv zařízení (online) (cit. 2016 – 09 – 01) Dostupné <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/z-cinnosti-ombudsmana/zprav-y-z-navstev-zarizeni/>

Zařízení sociálních služeb (online) (cit. 2016 – 09 – 01) Dostupné <http://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zarizeni/zarizeni-socialnich-sluzeb/>

Chráněné bydlení v kontextu transformace sociálních služeb pro seniory a umírající s mentálním znevýhodněním

Sheltered Housing in the Context of the Transformation of Social Services for the Elderly and Dying People with Learning Disabilities

Tereza Cimrmannová⁸

Abstrakt

Výzvu pro sociální práci představují veškeré otázky spojené s procesem senescence v chráněných bytech. Sociální služby chráněné bydlení a podpora samostatného bydlení vznikly jako důsledek transformace velkých ústavních zařízení. V praxi se osvědčily jako alternativa života dospělých osob s lehkým a středně těžkým mentálním znevýhodněním v přirozeném prostředí. Mnozí uživatelé služby považují chráněný byt za svůj domov a tráví v něm svůj produktivní věk, pouze někteří zde stárnou a dožívají. Je vůbec reálné žít v chráněných s velmi nízkou soběstačností? Je reálné tady umírat? Jaká kombinace zdravotních, sociálních a jiných služeb to umožňuje? Jaký význam zde mají nestátní neziskové organizace? Jaká je role sociálního pracovníka? Součástí textu je uvedení příkladů dobré praxe.

Klíčová slova: Mentální znevýhodnění. Stárnutí. Umírání. Chráněné bydlení. Sociální práce. Transformace.

Abstract

A challenge for the social work are all questions related to the process of senescence in the sheltered flats. The sheltered housing social service and support of the independent housing emerged as a consequence of the transformation of large institutional facilities. They proved well in the practice as an alternative for life of adult persons with light up to medium mental disability in their natural habitat. Many users of the service consider their sheltered flat as their home and spend their productive age here; only a few age and spend there the rest of their lives. Is it actually real to live in the sheltered flats with low self-sufficiency? Is it real to die here? What combination of health, social, and other services allows that? What is the substance of the non-state non-profit making organizations here? What is the role of a social worker? Included in the text are examples of good practice.

Keywords: Mental disability. Ageing. Dying. sheltered housing. Social work. Transformation.

1. Úvod

Stárnutí a umírání osob s mentálním znevýhodněním je výzvou pro sociální práci a management v řadě sociálních služeb. Průkopnické neziskové organizace již několik let prezentují záměr umožnit uživatelům v chráněném bytě dožít. Co je k tomu zapotřebí a jaká je zde role sociálního pracovníka? Souvisí naše téma s problematikou deinstitutionalizace a transformace sociálních služeb a je tato souvislost spíše teoretická nebo praktická?

Mým cílem v tomto článku je stručně popsat problémy a dilemata spojená se stárnutím osob s mentálním znevýhodněním v sociální službě chráněné bydlení a pojmenovat možnosti paliativní péče na sklonku života. Dále se pokusím položit otázky, které vnímám jako výzvu pro sociální práci. Uvedu několik příkladů dobré praxe. Dílčím cílem bude obhajoba existence chráněných bytů v kontextu transformace sociálních služeb a deinstitutionalizace. Metodou dosažení cílů je studium dokumentů, pozorování a explanace.

⁸ Mgr. Tereza Cimrmannová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, Husitská teologická fakulta, katedra psychosociálních věd a etiky, Pacovská 350/4, P. O. Box 56, 140 21 Praha 4, e-mailová adresa: TerezaCimmanova@email.cz

Český termín mentální znevýhodnění (postížení) chápou jako synonymum britského learning disability nebo amerického a australského intellectual disability (méně často developmental disability). Doslovné překlady těchto zahraničních termínů by ovšem byly zavádějící a nepřesné. V textu budu užívat termín osoba nebo člověk s mentálním znevýhodněním, případně postižením tak, jak to doporučuje Inclusion International. Mentální znevýhodnění podstatným způsobem ovlivňuje život jedince, je však jen jedním z mnoha jeho osobnostních rysů. Domnívám se, že stylistická obtíž ani délka sousloví neopravňuje k aplikaci eticky nešetrné terminologie (postižení lidí, mentálně retardovaní apod.). V některých oficiálních dokumentech sice tyto termíny nalézáme, zpravidla se však jedná o texty staršího data, případně o dokumenty, v nichž jsou popisovány spíše diagnózy než konkrétní lidé. Vedlejší je také fakt, že mnoha uživatelům služeb zastaralá terminologie nevádí a že se dosud užívá v praxi i v akademických debatách.

2. Transformace sociálních služeb a chráněné bydlení

Cílem tohoto článku není deskripce procesu transformace v celé šíři, dostatečně se mu věnují jiné příspěvky v tomto sborníku. V rámci článku poukážu pouze na vybrané aspekty, které souvisejí s chráněným bydlením.

Potřeba transformovat klasická ústavní zařízení byla v ČR zřejmá již krátce po roce 1989. Závěry vědeckých studií o negativních dopadech ústavní péče v Západní Evropě a v USA vedly k rozvoji individualizovaných sociálních služeb také u nás. Začátkem 90. let se řada tzv. domovů postupně reorganizovala právě na chráněné byty. Za všechny průkopníky české transformace jmenuje Milana Chábu a jeho publikaci Svět bez ústavů (2004).

K hlavním milníkům transformace patřil zákon o sociálních službách a příspěvek na péči, spuštění projektu Transformace sociálních služeb na MPSV v roce 2007, ale i založení skupin sebeobhájců. Začátkem roku 2007 schválila vláda ČR koncepci podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporujících sociální začlenění uživatele do společnosti. Pod hlavičkou MPSV vzniklo Národní centrum podpory transformace, které prezentuje jednotlivé projekty transformace, možnosti její podpory, příklady dobré praxe i zahraniční spolupráce. V rámci Národního centra byl publikován Manuál transformace ústavů (MPSV, 2013).

Deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb se tak stala státem řízeným a podporovaným procesem. S tím se, kromě nesporných pozitiv, pojí riziko byrokratismu. Další nástrahy jsou popsány např. v dokumentu Kořínkové (2008). Přestože jde o starší text, většina rizik a překážek v praxi stále platí. Zhodnocení deinstitucionalizace v ČR, zvláště pak v oblasti sociálních služeb pro osoby s mentálním postižením se věnuje řada dostupných publikací. V roce 2013 byla zveřejněna pilotní kvantitativní analýza deinstitucionalizace v ČR. V této analýze bylo chráněné bydlení označeno jako služba, která směřuje k samostatnému a nezávislému způsobu života. Některé znaky chráněného bydlení, např. počet pracovníků v nepřímé péči, byly označeny jako „proces deinstitucionalizace podtrhující.“ Zaznamenán byl také silící trend sociálních služeb komunitního typu a zaměstnávání osob se zdravotním postižením (Šiška, Káňová, 2013).

2.1 Chráněné bydlení jako kompromisní, ale funkční podoba transformace

V kontextu transformace sociálních služeb pro osoby s mentálním znevýhodněním nadále bojujeme s nedostatkem alternativních sociálních služeb, financováním, s atmosférou na jednotlivých pracovištích a s vyčerpáním řady kvalitních pracovníků. Za této situace by bylo chybou a priori odmítat sociální služby, které v některých aspektech neodpovídají ideálním podobám transformace.

Chráněné bydlení skutečně plně nekonvenuje s článkem 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Zároveň by nebylo korektní tvrdit, že chráněné byty odporují lidským právům (Johnová, Strnad, 2012). V české společnosti došlo k výrazným pozitivním změnám v respektování práv osob s mentálním znevýhodněním a život v chráněných bytech k tomu bezesporu přispěl. Spornou podobou deinstitucionalizace je chráněné bydlení poskytované v bytových jednotkách pro více než čtyři osoby. V praxi se však jedná o funkční řešení za daných podmínek, zvláště v lokalitách, v nichž chybí terénní sociální a zdravotní služby.

Chráněné bydlení může, ale nemusí předcházet životu v sociální službě podpora samostatného bydlení, tj. v bytě s nižší mírou podpory. Kýženým cílem je pochopitelně samostatný život ve vlastním bytě. V praxi se obvykle dvakrát ročně přehodnocuje potřebná míra podpory a rozsah úkolů, za něž je klient zodpovědný. U mladších klientů s lehkým stupněm znevýhodnění je tak logickým krokem samostatnější život v jiném typu bydlení. Osobám s vyšší potřebou podpory, které navíc stárnou, však zůstanou chráněné byty optimálním domovem. S tím se ztotožňují i zahraniční odborníci (Bigby, 2008). Nutno dodat, že sociální služba chráněné bydlení nebo podpora samostatného bydlení dle zákona 108/2006 Sb. je poskytována i ve vlastních bytech klientů, kteří dříve žili se svými rodiči. Tato podoba se více blíží ideální formě deinstitucionalizace v souladu s evropskými trendy, neboť služba tzv. putuje za klientem.

Důsledkem života v chráněném bydlení není sociální izolace ani segregace. Tím, že jsou byty umístěny v běžné zástavbě, dochází k přirozené integraci. Uživatelé sice společně žijí v jedné bytové jednotce, často však cestují do různých zaměstnání a věnují se odlišným volnočasovým aktivitám. Zachování soukromí a osobního prostoru patří k prioritám konceptu chráněné bydlení. Společné zájmové aktivity a hromadné kulturní akce v podobě, jak je známe z ústavní péče, bývají vedením organizace z principu odmítány.

Otázkou zůstává vhodnost chráněného bydlení s ohledem na stupeň mentálního znevýhodnění. V minulosti platilo, že do chráněného bydlení byli přijímáni pouze klienti s lehkým, případně středně těžkým mentálním postižením. V souvislosti s transformací ústavních zařízení (domovů) na jiné služby se tato hranice posouvá. Teoreticky lze chráněné bydlení indikovat i klientům s tzv. problémovým chováním (agresivním, silně rušivým). V praxi se tak ale zpravidla neděje, neboť je problematické zajistit personál v potřebném počtu a kvalitě (Emerson, 2008).

2.2 Chráněné bydlení jako kompromisní řešení z pohledu rodičů

Poměrně novým fenoménem je, že lidé s mentálním znevýhodněním přezívají své rodiče. V devadesátých letech, kdy se u nás první chráněná bydlení zakládala, byli mnozí rodiče ve středním věku a jejich potomci adolescenti. Nyní se setkáváme s týmiž rodiči v seniorském věku, kteří otevřeně či v náznacích vyjadřují obavy o budoucnost svých dětí. I lidem s mentálním znevýhodněním s věkem přibývá zdravotních problémů, zároveň se prodlužuje délka jejich dožití. Vysoká kvalita jejich života i v seniorském věku nepochybně souvisí s existencí chráněných bytů. Ty představují kompromisní podobu samostatného života právě z pohledu rodičů. Jejich optikou se může jednat o přijatelnou variantu samostatného života jejich potomka.

Problémem osob s mentálním znevýhodněním, kteří žijí s rodiči, může být nedobrovolné stěhování v případě úmrtí rodičů, spojené také se ztrátou přirozené sociální opory a známé lokality. Pozůstalí klienti tak čelí závažnému stresu v několika rovinách. Specifická rizika plynoucí z rychlého stěhování těchto osob jsou popsána v literatuře (např. Botsford, 2000). Život bez rodičů v individualizované sociální službě při zachování úzkého citového vztahu s rodinnými příslušníky se jeví jako optimální varianta vzhledem k vysoké kvalitě životě i přípravě na budoucí ztráty.

3. Stárnutí v chráněných bytech

K evropským prioritám patří všeobecný přesun sociálních a zdravotních služeb pro seniory do přirozeného prostředí klienta, tzv. ageing in place. Ne vždy se to daří, ne vždy je to možné. V České republice trvá stav, kdy většina populace stárne a umírá v rozporu se svým přáním (Cesta domů, 2013). Situace se zvolna mění k lepšímu díky existenci terénních sociálních služeb, domácí ošetrovatelské péče a domácí hospicové péče. Mnoho dospělých s mentálním znevýhodněním žije stejně dlouho jako jejich vrstevníci z intaktní populace, zároveň trpí podobnými nemocemi: kardiovaskulárními, respiračními a onkologickými (Janicki, Dalton, Henderson and Davidson In Botsford, 2000). Nižší délku dožití mají zpravidla osoby s těžkým a kombinovaným postižením a s Downovým syndromem. Senioři s mentálním znevýhodněním tak tvoří malý, ale stále rostoucí podíl populace (Australian Institute of Health and Welfare In Bigby, 2008). Podobně jako v zahraničí však vzrůstá napětí mezi sociálními službami pro seniory a sociálními službami pro seniory s mentálním nebo jiným kognitivním znevýhodněním. Uvedená situace je jednou z výzev pro sociální práci.

3.1 Možnosti sociálních a jiných služeb – mezioborová setkání k tématu

Vzhledem k novosti tématu se optimální cesty kombinace služeb pro seniory a umírající s mentálním znevýhodněním teprve hledají. Mnohé z nich se ale jeví jako realistické. Na mezioborových setkáních v rámci našeho kurzu Umírající klient v chráněném bydlení: etika, komunikace, příklady dobré praxe diskutujeme různé varianty kombinace sociálních a jiných služeb. Kurz je realizován pod záštitou obecně prospěšné společnosti Pohoda a účastní se jej manažeri chráněných bytů z různých lokalit, sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách a studenti pomáhajících profesích. V textu této subkapitoly čerpám z výsledků těchto diskusí.

V situaci snižující se soběstačnosti klienta je možné chráněné bydlení kombinovat s interním nebo externím centrem denních služeb, denním stacionářem, osobní asistencí, pečovatelskou službou, případně odlehčovacími službami. Zpravidla se přistupuje k navýšení počtu hodin asistence až na dvacet čtyři hodin a uzpůsobuje se materiální vybavení bytu. Pracovníci přímé péče jsou proškoleni v otázkách ošetrovatelství, navazuje se spolupráce s agenturami domácí ošetrovatelské péče hrazené ze zdravotního pojištění nebo se přímo do týmu přijímá zdravotník. Význam mají dobrovolníci, jsou-li k dispozici. V případě umírajících klientů již některé organizace spolupracují s domácí nebo lůžkovou hospicovou péčí. Domácí ošetrovatelská péče s prvky paliativy je poskytována také některými agenturami Home Care. Výhodou jsou úhrady ze zdravotního pojištění v rovněž standardu, nevýhodou nesystémovost a nekomplexnost. Větší organizace někdy řeší problém stárnutí klientů tím, že je přemístí z chráněného bytu do domova pro osoby se zdravotním postižením nebo do domova se zvláštním režimem, kde je poskytována intenzivnější ošetrovatelská péče. Tato služba je někdy v jednom areálu s chráněnými byty. Zde už se ale znovu vzdalujeme myšlenky na přání (právo?) nemocného zemřít tam, kde se cítí doma.

3.2 Příklady dobré praxe

Zřizovateli sociální služby chráněné bydlení jsou většinou nestátní neziskové organizace. Mnohé z nich obvykle dokáží flexibilně reagovat na aktuální témata. Zatímco v minulosti bylo výzvou téma vzdělávání, zaměstnávání, partnerských vztahů a sexuality dospělých lidí s mentálním postižením, v současnosti jde o problematiku stárnutí a paliativní péče. Radě organizací se tuto výzvu daří uchopit se ctí.

Pohoda – společnost pro normální život lidí s postižením, o. p. s. byla založena v roce 1998. Poskytuje celou řadu sociálních služeb a provozuje sociální podnik (kavárnu). Cílovou skupinou organizace jsou lidé s mentálním znevýhodněním ve věku 18-80 let. V současné době využívá služby Pohody 10 % osob v seniorském věku. V letech 2010 a 2011 bylo jedním z cílů Pohody upozornit na nepřipravenost komunitních služeb vzhledem k potřebám klientů s demencí, kteří žijí v pobytových službách. Uživatelé s demencí i jejich spolubydlíci vyžadují jak individuální přizpůsobení podpory a péče, tak i flexibilní přístup poskytovatele služby. Na toto téma bylo v Pohodě realizováno několik kulatých stolů.

Pohoda se deklaruje jako organizace podporující umírání v domácím prostředí, tj. v chráněném bytě. Pracovníci Pohody mají zkušenosti se třemi umírajícími klienty, které doprovázeli ve spolupráci se zdravotnickými službami. Dle dosavadních zkušeností není reálné poskytovat v chráněném bytě služby uživatelům s pokročilou fází Alzheimerovy choroby, která vyžaduje omezení nemocného ve volném pohybu mimo byt a dům. I s ohledem na práva ostatních obyvatel bytu byla zajištěna jiná vhodná sociální služba s možností dalších kontaktů s Pohodou. V ostatních situacích jsou schopni pracovníci Pohody pro své seniory a umírající zajistit nepřetržitou asistenci, terénní zdravotnické služby a školení vlastních pracovníků v pečovatelských (ošetřovatelských) úkonech. Zajišťují bezbariérovost bytu pro potřeby seniorů, spolupracují s pečovatelskou službou, v případě hospitalizace s nemocnicemi. Disponují metodikou práce s umírajícím uživatelem a nástroji péče o své zaměstnance, pro něž může být práce s umírajícími enormně náročná (individuální a skupinové supervize, metodická setkání s odborníky).

Obdobný přístup je deklarován ve Společnosti Duha, z.ú., další pražské organizaci poskytující celou škálu služeb dospělým lidem s mentálním postižením. Ve výroční zprávě z roku 2012 se na s. 6 uvádí: „*Nechceme, aby naši klienti museli opouštět své domácí prostředí. V naší zemi nejsou vhodná zařízení pro seniory s mentálním znevýhodněním, která by mohla zaručit takovou kvalitu života, jakou jim může nabídnout Chráněné bydlení.*“ Uvedené dvě organizace nejsou zdaleka jediné, v nichž došlo k rozhodnutí postavit se problematice stárnutí a umírání uživatelů tzv. čelem. Přestože jsme teprve na počátku cesty a realita není vždy ideální, i řada méně známých regionálních poskytovatelů preferuje stárnutí a umírání svých klientů tam, kde se cítí doma.

4. Výzvy pro sociální práci

Představme si modelové situace (volně dle Botsford, 2000):

- Muži s mentálním znevýhodněním bylo diagnostikováno pokročilé onkologické onemocnění. Své spolubydlíci v chráněném bytě i personál znal desítky let, přál si zde strávit zbytek života.
- Ženě s mentálním znevýhodněním zemřeli rodiče, s nimiž žila ve společné domácnosti. Chtěla samostatně zvládnout domácnost, ale zadlužila se a musela žít na ulici.
- Žena s mentálním znevýhodněním žila do svých padesáti let s matkou, která náhle zemřela následkem cévní mozkové příhody. Dcera byla hospitalizována s vážnou depresí.
- Dva muži s mentálním postižením přežijí autobusovou nehodu marně zpracovávali své trauma a ztrátu zesnulých přátel.
- V chráněném bytě zemřel jeden z uživatelů služby. Ostatní spolubydlíci situaci nerozuměli, projevovali se maladaptivně. Asistenti netušili, co mají dělat.

Z výše uvedených příkladů lze dedukovat problémové situace, které by bylo vhodné ošetřit vzhledem k potřebám praxe. V některých organizacích již existují metodiky vybraných situací spojených s umíráním, často se však jedná o postupy technického nebo ošetřovatelského rázu. Asi-

stenti v chráněných bytech i jiní pomáhající mimo ně obvykle netuší, co dělat, jak komunikovat, jak zvládat vlastní emoce v této extrémní zátěži.

Ve spolupráci s neziskovými organizacemi a studenty sociální práce vysokých a vyšších odborných škol připravujeme publikaci, jejichž součástí budou praktická doporučení pro sociální práci se seniory a umírajícími s mentálním znevýhodněním. Podařilo se nám získat baterii zahraničních publikací, zejména k problematice truchlení a ztrát cílové skupiny. Plánujeme empirický výzkum, patrně kvalitativního charakteru.

Pokusíme se odpovědět na otázky:

Nakolik jsou sociální a jiné služby připraveny na stárnutí a umírání uživatelů s mentálním postižením?

Jaké jsou kompetence sociálního pracovníka v této věci? Jak se liší v závislosti na typu zařízení?

Jaká je zodpovědnost sociálního pracovníka v chráněném bydlení ve chvíli, kdy jsou do situace zapojeni jiné instituce?

Jak financovat kombinaci různých služeb?

Kdy a jak edukovat dospělé lidi s mentálním postižením ohledně stárnutí a konečnosti života?

Jak personál reflektuje vlastní konečnost? Není především pro něj smrt TABU?

Závěr

Cílem článku bylo stručně popsat problémy a dilemata spojená se stárnutím osob s mentálním postižením v sociální službě chráněné bydlení a pojmenovat možnosti paliativní péče na sklonku života. Dílčím cílem byla obhajoba existence chráněných bytů v kontextu transformace sociálních služeb a deinstitucionalizace. Formulovala jsem otázky, které vnímám jako výzvy pro sociální práci v akademické i praktické rovině. Uvedla jsem několik příkladů dobré praxe.

Chráněná bydlení, ač nenaplníjí veškeré požadavky stanovené v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením, představují dobře fungující model samostatného života s podporou. Mnoho uživatelů služby považuje chráněný byt za svůj domov, tráví v něm svoji dospělost, stárne a dožívá. Otázka umírání uživatelů služby tam, kde se cítí doma, zůstává otevřenou. Řada organizací, zvláště neziskových, hledá a nachází citlivé řešení. Na závěr můžeme konstatovat, že se těmito organizacím podařilo tzv. předběhnout dobu vzhledem k důstojnosti sklonku života jejich uživatelů ve srovnání s ne/důstojností umírání intaktní populace.

Seznam citované literatury

BIGBY, Christine. Baset by Obstacles: A Review of Australian Policy Development to Support Ageing in Place for People with Intellectual Disability, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 2008, 33, 1, p. 76-86. ISSN 1366-8250.

BOTSFORD, Anne. Integrating end of life care into services for people with an intellectual disability, *Social Work in Health Care*, 2000, 31, 1, p. 35-48. ISSN 1325-6024.

CESTA DOMŮ, STEM/MARK. *Umírání a péče o nevyлéčitelně nemocné II*. [online]. 2013, [cit. 2016-01-28]. Dostupné z: <http://data.umirani.cz/>.

EMERSON, Eric. *Problémové chování u lidí s mentální retardací a autismem*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-390-1.

CHÁB, Milan. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP – společnost pro změnu, 2004. ISBN 80-239-4772-9.

JOHNOVÁ, Milena, STRNAD, Jan. Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů. Možnosti využití mezinárodních a vnitrostátních kontrolních mechanismů k ovlivňování transformace a ústavní péče a naplňování práv uživatelů sociálních služeb. MPSV [online]. 2012 [cit. 2016-09-16]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/025/002886.pdf?seek=1406635110>.

KOŘÍNKOVÁ, Dana. Překážky transformace ústavní péče. [online]. 2008. [cit. 2016-09-16]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/004/000600.pdf?seek=1208508951>.

MPSV. *Manuál transformace ústavů*. Deinstitutionalizace sociálních služeb. Praha: MPSV, 2013. ISBN 978-80-7421-057-0.

SPOLEČNOST DUHA, o. s. Výroční zpráva 2012. [online]. 2013. [cit. 2016-01-16]. Dostupné z: http://www.spolecnostduha.cz/Upload/Documents/VZ %20Spole %C4 %8Dnost %20DUHA_WEB_2012.pdf.

ŠIŠKA, Jan, KÁŇOVÁ, Šárka. Kvantitativní analýza deinstitutionalizace sociálních služeb v České republice, *Sociální práce/Sociálna práca*, 2013, roč. 13, č. 2, s. 117–129. ISSN 1213-6204.

Depistážna činnosť ako forma sociálnej podpory seniora v komunite

The screening activities as a form social support the senior in community

Vladimíra Gardianová⁹

Abstrakt

Cieľom príspevku je zdôrazniť potrebu depistáže – vyhľadávacej činnosti seniorov, žijúcich v komunite miest a obcí, ktorí potrebujú pomoc spoločnosti, ale nemajú dostatok informácií o existujúcich možnostiach sociálnej pomoci. Potreba depistážnej činnosti je zakotvená v legislatíve Slovenskej republiky a niektorých európskych dokumentoch, z ktorých vyplýva právo na sociálnu starostlivosť a prevenciu sociálneho vylúčenia seniorov. Autorka charakterizuje najohrozenejšie skupiny seniorov v komunite. Opísaná je tiež komunitná starostlivosť a zodpovednosť miestnych orgánov pri zabezpečovaní prevencie sociálneho vylúčenia seniorov. Súčasťou príspevku sú aj príklady dobrej praxe depistážnej činnosti v zahraničí. V závere autorka uvádza odporúčania pre prax.

Kľúčové slová: Depistáž. Vyhľadávacia činnosť. Komunita. Senior. Sociálna služba. Sociálny pracovník. Prevencia. Podpora.

Abstract

The aim of the contribution is to emphasize the need for screening – a searching activity of the seniors living in the community of places and municipalities that need assistance from the society but having insufficient information about the existing possibilities of the social assistance. The need for the screening activity is stipulated in the Slovak laws and some European documents giving the right for the social care and prevention of social exclusion of the seniors. The woman author characterizes the most threatened groups of the seniors in the community. Described is also the community care and responsibility of the local bodies in providing the prevention of the social exclusion of the seniors. Included in the contribution are also examples of good practice of the screening activity abroad. Finally, the woman author gives some recommendations for practice.

Keywords: Interpreting services. Social service. Possibilities and limits. Hearing impaired persons. Prevention. Support.

1. Úvod

Cieľom príspevku je definovať depistážnu činnosť v spojitosti s informačnou činnosťou v oblasti sociálneho zabezpečenia, ako významného prvku podpory seniora v jeho prirodzenom prostredí. Příbyl (2015) uvádza, že jedným z hlavných cieľov v oblasti starostlivosti o seniorov je zachovať čo najvyššiu mieru autonómie, sebaistočnosti a sebaobsluhy v ich prirodzenom prostredí. Vychádzajúc z tohto tvrdenia konštatujeme, že depistážna činnosť môže seniorom pomôcť nájsť možnosti, ako zostať žiť svoj život naďalej v domácom prostredí za podpory miestnych zdrojov.

2. Depistáž – vyhľadávacia činnosť

Termín **depistáž** pomenúva „techniky a metódy, zacielené na diagnostikovanie, resp. vyhľadávanie občanov, u ktorých je potrebné a vhodné predchádzať sociálnym kolíziám“ (Strieženec, 1996, s. 42). Matoušek definuje depistáž ako „aktívne vyhľadávanie určitého znaku v populácii. Používa sa pri preventívnych programoch cielených na nositeľov určitého znaku“ (2008, s. 42). Uvedený pojem

⁹ Mgr. Vladimíra Gardianová; Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Ústav sociálnych vied; e-mailová adresa: vladimira.gardianova@gmail.com; tel.: +421-904-181-688.

nachádzame aj u autorov Mátel, Schavel a kol., (2011) ktorí opisujú depistáž z pohľadu sociálnej patológie ako zisťovanie danej skutočnosti, ale aj ako overovanie prezentovaného javu a jeho rozsahu. Kuzníková a kol. (2011, s. 55) vysvetľujú depistáž ako „aktívne vyhľadávanie klientov sociálnym pracovníkom“. Podobne aj Čavela, Kavlach a Čedová (2012) uvádzajú depistáž v súvislosti so zabezpečením a identifikáciou ohrozených osôb vo vyššom veku cez priebežné sledovanie, sieťovanie sociálnych služieb a vedenie miestneho registra, vrátane poskytovania informácií pacientom a ich rodinám. Vo vzťahu k seniorom Haškovcová (2012) hovorí o vyhľadávaní osôb vyššieho veku, ktoré nevysielajú potrebu pomoci, aj napriek tomu, že ju potrebujú. Vychádzajúc z histórie konštatujeme, že depistážna činnosť sa začala najskôr vykonávať v oblasti zdravotníctva, čo potvrdzuje Matoušek a kol., (2007a) ktorý uvádza, že za obdobia Československej republiky v 60tych rokoch priniesol J. A. Trojan z Thomayerovej nemocnice v Prahe invenčný prístup v zriadení gerontologických ambulancií, poradní, vrátane depistážnej činnosti pre osoby vyššieho veku. Matoušek a kol., (2007b) uvádza, že túto činnosť pred rokom 1989 vykonávali špecializované geriatrické sestry.

V súčasnosti podľa §80 písmeno r, Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov je v pôsobnosti samosprávy obci uložená povinnosť, na základe ktorej obec „vyhľadáva fyzické osoby, ktorým treba poskytnúť sociálnu službu“. Depistáž v oblasti sociálnych služieb možno podľa uvedeného zákona definovať ako vyhľadávanie prijímateľov sociálnej služby, ktorej cieľom je zabezpečiť právo každej fyzickej osoby, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby prostredníctvom sociálnej služby.

V praxi sa stretávame s tým, že seniori často nevedia o tom, na aké formy pomoci majú nárok v systéme sociálneho zabezpečenia. Ide napríklad o sociálne služby, dávky v hmotnej núdzi, príspevky na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia atď. Vyhľadávanie odkázaných osôb je zabezpečené súborom činností a aktivít, ktoré smerujú k vytvoreniu fungujúceho systému, vďaka ktorému sa zabezpečia preventívne opatrenia, hlavne formou informačného poradenstva, aby každému, kto je na sociálnu pomoc odkázaný, mu bola poskytnutá. Dôležité je tiež, aby mal informáciu o možnostiach v systéme sociálneho zabezpečenia a ďalších foriem pomoci. Takúto formu sociálnej pomoci je možné uskutočňovať cez praktickú sociálnu prácu. Brňák (2013) uvádza, že depistáž tvorí základ terénnej sociálnej práce. Praktická realizácia sa tak uskutočňuje cez „aktívne vyhľadávanie a kontaktovanie potenciálnych užívateľov podľa cieľovej skupiny a typu sociálnej služby“ (Nedělníková a kol., 2006, s. 15). Nedělníková et al. (In Brňák, 2013) popisuje základné formy depistážnej činnosti prvého kontaktu, medzi ktoré zaraďuje:

- Aktívne oslovenie jednotlivcov alebo skupín v ich prirodzenom prostredí,
- Kontaktovanie potenciálnych klientov sprostredkované, cez tretiu osobu, napríklad rodinným príslušníkom, miestnou autoritou v komunite, blízkymi susedmi atď.
- Nepriame kontaktovanie prostredníctvom distribúcie letákov, bulletinov, tlačенých materiálov s ponukou poskytovaných služieb, napríklad v lekárňach, verejných budovách a inštitúciách atď.

Konštatujeme, že depistážna činnosť predstavuje významný prvok v systéme sociálnych služieb, prostredníctvom ktorej možno zabezpečovať podporu seniora v jeho prirodzenom prostredí t.j. domáce prostredie. Deklaruje to aj „Charta základných práv Európskej únie“, ktorá zaručuje starším osobám a osobám so zdravotným postihnutím právo na dôstojný a nezávislý život v spoločnosti, vrátane sociálnej integrácie. V roku 2010 bola prijatá „Európska charta práv a povinností starších osôb vyžadujúcich dlhodobú starostlivosť a pomoc“, ktorej zámerom je podpora blaha a dôstojnosti starších ľudí (Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, 2012). Európska komisia v roku 2010 prijala stratégiu Európa 2020, v ktorej si stanovila znižovať sociálne vylúčenie. Následne vláda SR v roku 2011 prijala „Národný program reforiem SR 2011–2014“. Súčasťou zá-

väzku v oblasti sociálnej inklúzie je zabezpečenie dostupnosti a kvality sociálnych služieb (Repková, Brichtová, 2012). Z uvedených dokumentov vyplýva, že ochrana a dostupné sociálne služby sa stávajú prioritné aj pre cieľovú skupinu seniorov. Súčasť komunity miest a obcí tvoria aj seniori, pre ktorých je potrebné zabezpečovať adekvátnu starostlivosť v prostredí komunity.

3. Senior v komunite

Existencia seniorov v komunite mesta a obce je prirodzenou súčasťou kolobehu života, ide ale o takú sociálnu skutočnosť, ktorá kladie požiadavky na spoločnosť, ako čo najlepšie zabezpečiť seniorom život optimálny a primeraný aj v ich domácom prostredí. Potreby človeka so zvyšujúcim vekom sa menia, a to vzhľadom na jeho sociálno-ekonomický status a tiež meniaci zdravotný stav.

V roku 1975 WHO (World Health Organization) vymedzila okruh ohrozených skupín osôb vo vyššom veku. Hegyi (2012) upozorňuje na fakt, že u ohrozených skupín seniorov ide hlavne o rizikové faktory sociálneho charakteru, a len zdravotné postihnutie má charakter zdravotný. Pavelová a kol. (2003) medzi ohrozené skupiny seniorov v komunite zaraďuje **osamelo žijúcich seniorov** bez väčších kontaktov so spoločenským prostredím, ktorí žijú sami v domácnosti. Väčšinou ide o slobodných seniorov, ovdovených, bezdetných a seniorov, ktorých deti nežijú v mieste ich bydliska, alebo tí ktorí nemajú kontakt s rodinou z rôznych dôvodov. **Seniari v hmotnej a sociálnej núdzi** môžu mať špecifické problémy s finančným zabezpečením. Zadlženosť a insolventnosť sťažuje zabezpečenie základných životných potrieb, vrátane prístupu k profesionálnej pomoci. **Seniari odkázaní na sociálne služby** majú zníženú schopnosť zabezpečiť si sebaobslužné úkony a potrebujú pomoc inej fyzickej osoby, z dôvodu vysokého veku a zhoršeného zdravotného stavu. Kasanová (2008) medzi seniorov odkázaných na sebaobslužné úkony zaraďuje starších ľudí, ktorí majú **problémy s vedením vlastnej domácnosti**, a nie sú schopní zabezpečiť si stravovanie. Medzi ohrozených seniorov možno zaradiť aj tých, ktorí žijú v **hygienicky nevyhovujúcich obydliach** (Kasanová, 2008). Matoušek, Koláčková, Kodymová eds. (2010) pokladajú za rizikovú skupinu **seniorov práve prepustených z nemocnice**, u ktorých hrozí podcenenie zdravotného stavu, nezvládnutie samoliečby a rekonvalescencie, a znížená sebestačnosť. Medzi ohrozenú skupinu starších osôb sa zaraďujú podľa Mlýnkovej (2011) aj **týraní a zanedbávaní seniari**. Týranie môže mať charakter fyzického a emocionálneho násillia, finančného a materiálneho zneužívania, zanedbávanie zo strany rodinného príslušníka, alebo opatrovateľa, ale aj sexuálne zneužívanie. Čižmáriková (In Mlýnková, 2011) uvádza, že najčastejšie sú zlému zaobchádzaniu vystavené ženy a vdovy nad 70 rokov, seniari s nižším vzdelaním, seniari s fyzickým, alebo mentálnym postihnutím a tiež tí, ktorých pohyblivosť je obmedzená.

Ohrozené skupiny seniorov preto potrebujú silnú podporu komunity formou sociálneho poradenstva, svojpomoci, dobrovoľníctva a kvalitnej siete sociálnych a zdravotných služieb (Pavelová a kol., 2013). „Zásadný význam z hľadiska sociálneho starnutia zohráva samotné prostredie, v ktorom senior prežíva svoj život“ (Pavelová a kol., 2013, s. 130). Vyžaduje si to zabezpečiť také prostredie, ktoré rešpektuje a zabezpečuje potreby seniora (Pavelová a kol., 2013). Starší ľudia by mali byť pravidelne a zrozumiteľne informovaní o sociálnych a zdravotných službách. Senior v komunite sa tak môže ľahšie zorientovať a rozhodovať v oblastiach svojho života (Matoušek, Koláčková, Kodymová eds., 2010). Gabura (2005) hovorí o sociálnom poradenstve aj pre klientov vyššieho veku, ktoré je možné realizovať v rámci komunitnej práce. Z hľadiska prevencie v oblasti geriatrickej by mala byť podľa Hegyho (2010) zabezpečená: prevencia predčasného starnutia, prevencia chorobnosti, prevencia osamelosti a izolácie a tiež prevencia odkázanosti a bezvládnosti.

Ako uvádza Vitálošová (2013) jedným z kritérií komunity je jej sebestačnosť, to znamená jej schopnosť zabezpečiť potreby svojich členov od narodenia až po smrť. Pavelová a kol. (2013) uvádza, že komunita predstavuje možnosť skvalitňovať poskytovanie sociálnej intervencie, podnecovať rozvoj sociálnej práce v komunite a sledovať skutočný záujem jej členov. „Sociálna práca sa realizáciou sociálnych služieb spolupodieľa na sociálnom začleňovaní a ochrane práv a záujmov osôb v nepriaznivej sociálnej situácii“ (Malik – Holasová, 2014, s. 11). Komunitná starostlivosť predstavuje také usporiadanie služieb pre ohrozené skupiny, hlavne osoby handicapované, seniori a osoby s duševným ochorením, aby mohli naďalej zostať žiť v svojej komunite. Cieľom je zabezpečiť ich plnohodnotný život a naďalej skvalitňovať podmienky ich života (Pavelová a kol., 2013). Komunitnú starostlivosť Matoušek (In Hegyi, Bielik a kol, 2011, s. 173) vymedzuje ako „zdravotné, sociálne a ďalšie služby, vrátane vzdelávania, ktoré umožňujú hendikepovaným a zraniteľným (vulnerabilným) osobám zostať vo svojej komunite a žiť v nej plnohodnotný život“. Gojová (In Kuzníková a kol., 2011) hovorí, že komunitná starostlivosť by mala pozostávať z podpory príslušníkov komunity formou dobrovoľníckej a svojpomocnej starostlivosti o svojich členov, ktorí potrebujú pomoc pri uspokojovaní svojich potrieb. V rámci komunity možno uplatňovať informačnú oporu, ktorú definuje Křivohlavý (2009) ako poskytnutie informácie, vďaka ktorej sa osoba v núdzi môže zorientovať v danej situácii. Skupina autorov Matoušek, Koláčková, Kodymová eds. (2010) vhodne dopĺňajú dôležitosť informovanosti seniora a jeho rodiny o nárokoch v systéme sociálneho zabezpečenia.

Kľúčovou sa stáva zodpovednosť miestnych orgánov za poskytovanie služieb všetkým miestnym obyvateľom, ktorí ich potrebujú (Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, 2012). Toto tvrdenie možno prepojiť so zákonom NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách, v ktorom je zakotvené, že obec utvára podmienky na účel predchádzania vzniku, alebo predchádzania nepriaznivých sociálnych situácií vrátane riešenia sociálnych problémov.

Na to, aby seniori v komunite mohli zostať žiť plnohodnotný a kvalitný život, je potrebné, aby pre nich bola vytvorená taká podpora, prostredníctvom ktorej budú o možnostiach sociálnych a súvisiacich služieb dostatočne informovaní, čím je možné predísť ich sociálnemu vylúčeniu. Túto činnosť by mali zabezpečovať miestne inštitúcie, vzhľadom na to, že sú znalé miestnych špecifik a potrieb daného obyvateľstva, vrátane existujúcich inštitúcií na danom území. V súvislosti s tým sa javí ako vhodný nástroj sociálnej prevencie depistážna činnosť u sociálne vylúčených a ohrozených seniorov.

4. Vyhľadávanie sociálne ohrozených seniorov v praxi

Ako uvádza Matoušek (2007b) v systéme sociálnych služieb pre seniorov chýba depistáž, ako cieleňé vyhľadávanie tých seniorov, ktorí sú ohrození sociálnym vylúčením. Upozorňuje tiež na chýbajúce terénne sociálne služby, zamerané na problematiku týraných a zanedbávaných seniorov. Podobne aj Haškovcová (2012) hovorí o absencii depistáže ako cieleňého vyhľadávania ohrozených seniorov. V roku 2014 bol realizovaný prieskum na vybraných mestách a obciach Trenčianskeho samosprávneho kraja v Slovenskej republike, pričom bolo zistené, že zákonom uloženú povinnosť vyhľadávať osoby odkázané na sociálnu službu, žiadna zo skúmaných miest a obcí nespĺňa. Mestá ani obce nemajú vytvorený systém, ako by uvedenú kompetenciu uskutočňovali. Úlohy, vyplývajúce z kompetencie, sú však v praxi plnené sprostredkovane tak, že sociálny pracovník obce musí preveriť každý podnet, či už písomný alebo telefonický. Podnety najčastejšie prichádzajú zo strany samotného občana, ktorý službu potrebuje. Ďalej je to rodina, susedia a lekár pri prepustení občana z nemocnice, ktorí upovedomia sociálneho pracovníka obce. Zistená bola tiež skutočnosť, že zamestnanci, ktorí majú na starosti agendu sociálnych služieb, nedisponujú údajmi, koľko je v danej obci či meste osôb v dôchodkovom veku. Zaujímavé je však to, že túto informáciu majú v agende matriky, kde občanov evidujú aj podľa veku z hľadiska jubilea (Gardianová, 2014).

V zahraničí nachádzame príklady dobrej praxe, kde funguje systém vyhľadávania osôb, ktoré takúto pomoc potrebujú.

- Repková (2011) uvádza, že v Dánsku si miestne samosprávy vytvorili systém preventívnych návštev starších ľudí priamo v ich domácnosti. Návštevy sa uskutočňujú dva krát do roka u občanov vo veku nad 75 rokov. Cieľom návštevy je starším ľuďom poskytnúť sociálne poradenstvo so zameraním na zorientovanie sa v zdrojoch, ktoré je možné využiť. Zabezpečuje sa podchytenie a odvrátenie choroby, ale tiež nasmerovanie občana na príslušné podporné služby.
- Ďalším príkladom je správa Ministerstva pre sociálne veci a integráciu v Nemecku. Ide o vyhľadávanie prostredníctvom preventívnych volaní občanom, ktorých vek je nad 75 rokov. Na takéto volanie majú nárok minimálne jeden krát za rok. Cieľom telefonátu je poskytnúť staršiemu človeku informácie o aktivitách a podporných službách, čo vedie k podpore plnohodnotnejšieho života. Služba je poskytovaná každému, preto ju senior môže, ale nemusí prijať. Taktiež je na rozhodnutí seniora v akých oblastiach chce byť podrobnejšie informovaný (The Ministry of Social Affairs and Integration, 2011).
- V USA existuje terénna služba špecializujúca sa na prevenciu domáceho násillia u seniorov. Sociálni pracovníci spolupracujú s lekárom, a v prípade ak má podozrenie, upovedomí sociálnych pracovníkov, ktorí vykonávajú vyhľadávanie a diagnostikovanie týrania, zanedbávania a zlého zaobchádzania so seniormi (Kalvach In Matoušek, Koláčková, Kodymová eds., 2010).

Konštatujeme, že uvedené príklady dobrej praxe v zahraničí tvoria prepracovaný systém, ktorý si kladie vysoké finančné, ale aj personálne nároky, aby bol uskutočňovaný efektívne. Pre potreby praxe depistážnej činnosti v Slovenskej republike preto navrhujeme finančne i personálne menej náročný variant pre mestá a obce. Nakoľko ide o samosprávnú činnosť, zákon obciam ukladá povinnosť, vyhľadávať fyzické osoby, ktorým je potrebné poskytnúť sociálnu službu, ale nedefinuje akým spôsobom má túto kompetenciu obec uskutočňovať. To ponúka mestám a obciam možnosť vytvoriť si vlastnú metodiku preventívneho vyhľadávania osôb odkázaných na sociálne a súvisiace služby. Mestá a obce by mohli v praxi uskutočňovať **preventívne prednášky** takým spôsobom, kedy by v rámci mesiaca úcty k starším cez gratuláciu jubilantom mesta či obce, ponúkli základné informácie a možnosti zúčastniť sa prednášok. V rámci prednášky by boli poskytnuté informácie týkajúce sa dávok a služieb v systéme sociálneho zabezpečenia, vrátane nárokov a spôsobu ich vybavenia. Vhodným nástrojom je tiež **informačná brožúra**, ktorá by obsahovala aktuálny stav v poskytovaní sociálnej starostlivosti a zároveň by seniorov informovala o možnostiach sociálnej pomoci cez inštitúcie a organizácie pôsobiace v príslušnom regióne.

5. Záver

Na základe analýzy teórie a praxe depistážnej činnosti so zameraním na sociálne ohrozených seniorov konštatujeme, že ide o významnú formu sociálnej podpory seniora v jeho prirodzenom prostredí. Vyhľadávanie a poskytovanie informácií seniorom ohrozeným sociálnym vylúčením na Slovensku nie je v praxi postačujúce. Mestá a obce by mali **rešpektovať a realizovať** zákonom uloženú povinnosť a to vyhľadávať seniorov, ktorí potrebujú sociálnu pomoc prostredníctvom sociálnych služieb. Depistážnu činnosť by mali mestá a obce zapracovať aj do komunitného plánu sociálnych služieb, a tak rešpektovať zákonom uloženú povinnosť **uplatňovať v praxi činnosť komunitného plánovania, vrátane komunitnej starostlivosti**. V praxi je tiež potrebné **rozšíriť kompetencie sociálnych pracovníkov** miest a obcí, práve pre potrebu vyhľadávania odkázaných seniorov.

Zoznam citovanej literatúry

- BRŇÁK, Martin. Streetwork ako metóda terénnej sociálnej práce. In MÁTEL, Andrej, HARDY, Maria. a kol. *Výbrané kapitoly z metód sociálnej práce II*. Bratislava: VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2013. s. 329–355. ISBN 978-80-8132-074-3.
- ČVELA, Rastislav. – KALVACH, Zdeněk. – ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie: Úvod do problematiky*. Praha: Grada, 2011. 264 s. ISBN 978-80-247-3901-4.
- GABURA, Ján. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2005. 222 s. ISBN 80-89185-10-X.
- GARDIANOVÁ, Vladimíra. *Vývoj kompetencií verejnej správy na úrovni miest a obcí*. Diplomová práca. Pedagogická fakulta, Katolícka univerzita v Ružomberku, 2014. 78 s.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*, Praha: Galén. 2012. 194 s. ISBN 978-80-7262-900-8.
- HEGYI, Ladislav. Prevencia v geriatrici. In HEGYI, Ladislav. – KRAJČÍK, Štefan. *Geriatricia*. Bratislava: Herba, 2010. s. 114–115 s. ISBN 978-80-89171-73-6.
- HEGYI, Ladislav. a kol. *Sociálna gerontológia*. Bratislava: HERBA, 2012. 176 s. ISBN 978-80-89171-99-6.
- HEGYI, Ladislav. – BIELIK, Ivan. a kol. *Základy verejného zdravotníctva*, Bratislava: HERBA, 2011. 280 s. ISBN 978-80-89171-84-2.
- KASANOVÁ, Anna. *Spríevodca sociálneho pracovníka: II. Seniori a samospráva*. Nitra: 2008. ISBN 978-80-8094-254-0.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KUZNÍKOVÁ, Iva. a kol., *Sociální práce ve zdravotnictví*. Praha: Grada, 2011. 212 s. ISBN 978-80-247-3676-1.
- MALIK – HOLASOVÁ, Věra. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Grada: Praha, 2014. 160 s. ISBN 978-80-247-4315-8.
- MÁTEL, Andrej. – SCHAVEL, Milan. a kol. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava, 2011. 441 s. ISBN 978-80-8132-009-5.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. Vyd. 2, Praha: PORTÁL, 2008. 272 s. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Základy sociální práce*. Vyd. 2. Praha: PORTÁL, 2007a. 312 s. ISBN 978-80-7367-331-4.
- MATOUŠEK, Oldřich. a kol. *Sociální služby: legislativa, ekonomika, plánování, hodnocení*. Praha: Portál, 2007b. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. – KOLÁČKOVÁ, Jana. – KODYMOVÁ, Pavla. eds. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: PORÁL, 2010. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada, 2011. 192 s. ISBN 978-80-247-3872-7.

NEDĚLNÍKOVÁ, Dana. a kol. *Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce*. 2006. 201s. [online]. [cit. 2016.7.18.]. Dostupné na internete: <http://projekty.osu.cz/metakor/dok/met_priruc-ka_tsp.pdf>.

PŘIBIL, Hugo. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, 2015. 96 s. ISBN 978-80-7345-437-1.

REP KOVÁ, Kvetoslava. – BRICHTOVÁ, Lýdia. *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vývoj od roku 2012*. Bratislava: Epos, 2012. 111 s. ISBN 978-80-8057-960-9.

REP KOVÁ, Kvetoslava. a autorský kolektív. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (2): Prevencia a rehabilitácia, Rámec pre dlhodobú starostlivosť*, Bratislava: IVPR, 2011. 153 s. ISBN 978-80-7138-131-0.

STRIEŽENEC, Štefan. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.

The Ministry of Social Affairs and Integration. 2011. Social policy in Denmark, København: DANISH PRESIDENCY OF THE COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION 2012, 2011. 31 s. ISBN 978-87-7546-281-0.

Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť, *Spoločné európske usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť: Usmernenia na implementáciu a podporu trvalého prechodu z inštitucionálnej na rodinnú a komunitnú starostlivosť pre deti, zdravotne postihnuté osoby, ľudí s duševnými poruchami a pre seniorov v Európe*. Brusel, 2012. 178s. [online]. [cit. 2016.7.18.]. Dostupné na internete: <http://www.zdomovadomov.sk/wp-content/uploads/2013/10/2013-10-18-Common-European-Guidelines_Slovak-version_EDITED.pdf>.

Tlumočení pro osoby se sluchovým postižením v kontextu zákona o sociálních službách

Interpreting for Persons with Hearing Impairments in the Context of the Act on Social Services

Aneta Hašková¹⁰, Eva Nedomová¹¹, Eva Liberdová¹²

Abstrakt

Tlumočnické služby patří mezi jedny z preventivních služeb dle zákona o sociálních službách v ČR. Příspěvek má za cíl popsat možnosti a limity této tlumočnické služby poskytované osobám se sluchovým postižením v kontextu sociálních služeb, kdy tlumočnické a sociální služby mají rozdílné cíle. Budeme vycházet z analýzy relevantních zákonů, jako je zákon o sociálních službách, tak i ze zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob a ostatních zákonných předpisů, a jiných relevantních zdrojů.

Klíčová slova: Tlumočnické služby. Sociální služba. Možnosti a limity. Sluchové postižení

Abstract

The interpreting services are one of the preventive services according to the Czech act on social services. The contribution describes the possibilities and limits of the interpreting service provided to persons with hearing disability in the context of the social services where the interpreting and social services have different goals. We will work on the analysis of the relevant acts, such as social services act, act on communication systems for hearing disabled and deafblind persons, and the other laws in force and other relevant resources.

Keywords: Interpreting services. Social service. Possibilities and limits. Hearing impaired persons

1. Úvod

Tlumočnické služby patří mezi jedny z preventivních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v ČR. Jsou poskytované nejčastěji osobám se sluchovým postižením, které bez pomoci druhé osoby hůře komunikují s většinovou slyšící společností. Příspěvek má za cíl popsat možnosti a limity této tlumočnické služby poskytované osobám se sluchovým postižením v ČR v kontextu zákonných předpisů, zejména zákona o sociálních službách. V rámci tohoto článku se nejdříve zaměříme na vymezení základních pojmů v kontextu sluchového postižení, pojmů tlumočení a jeho forem, navazuje kapitola zaměřující se na výčet základních právních předpisů vztahující se k tlumočení pro osoby se sluchovým postižením a jejich vzájemnou propojenost či nepropojenost a s tím související problémy při poskytování tlumočnické služby, na které poukážeme v rámci diskuze.

2. Osoby se sluchovým postižením

Osoby se sluchovým postižením jsou jednou z cílových skupin sociální práce (zákon č. 108/2006 Sb.). Avšak je potřeba zdůraznit, že se nejedná o homogenní skupinu, právě naopak. Sluchové postižení můžeme kategorizovat (1) na základě velikosti ztráty sluchu. Můžeme se tak setkat s lehkou nedoslýchavostí až s úplnou hluchotou (vyhláška MPSV č. 284/1995 Sb.; Pípeko-

10 Fakulta sociálních studií, Ostravská univerzita; e-mailová adresa: aneta.haskova@csnn.cz; Tel.: +420 776 047 108

11 Centrum služeb pro neslyšící a nedoslýchavé, o.p.s.; e-mailová adresa: eva.nedomova@csnn.cz; Tel.: +420 730 542 933

12 Centrum služeb pro neslyšící a nedoslýchavé, o.p.s.; e-mailová adresa: eva.liberdova@csnn.cz;

vá, 2006). (2) Podle doby vzniku dělíme sluchové postižení na vrozené, získané, prelingvální a postlingvální. (Horáková, 2012; Redlich, 2008). (3) Podle místa vzniku dělíme sluchové postižení na převodní, percepční a smíšené (Hrubý, 1998).

Osoby se sluchovým postižením můžeme také dělit (a) na základě způsobu komunikace, kdy mohou komunikovat českým znakovým jazykem, znakovou češtinou, psanou podobou českého jazyka nebo odezíráním. Dále můžeme osoby se sluchovým postižením dělit (b) na základě způsobu komunikace, kdy ke komunikaci primárně mohou využívat český jazyk, český znakový jazyk nebo komunikační systém vycházející z českého jazyka (zákon č. 155/1998 Sb.).

Stěžejní je poznání způsobu komunikace osoby se sluchovým postižením, nikoliv stupeň sluchové vady.

3. Tlumočení

„Tlumočení chápeme jako zvláštní druh zprostředkování mezijazykové a mezikulturní komunikace, jako způsob dorozumívání mezi lidmi hovořící různými jazyky. Komunikace neprobíhá přímo, příjemce a adresát sdělení nejsou jedna a tatáž osoba, ale probíhá přes prostředníka – tlumočnicka“ (Čeňková, 2008:11). Tlumočení může probíhat několika formami, jedná se zejména o konsektivní (následně) a simultánní (paralelní), nově se přidává i tlumočení z listu a doprovodné tlumočení. (Čeňková, 2008)

Proces tlumočení je v odborné literatuře popisován různě, ale vždy se jedná o tyto fáze tlumočení: aktivní poslech originálu v jazyce výchozím a jeho analýza; dále zpracování vyslechnuté informace a její uložení do operační paměti a následná produkce v jazyce cílovém, tak aby byl zachován záměr (intence) řečníka a bylo dosaženo stejného efektu. Fáze simultánního a konsektivního tlumočení jsou totožné, s tím rozdílem, že u simultánního tlumočení všechny fáze probíhají souběžně. (Čeňková, 2008)

Čeňková (2008) mezi další kategorie tlumočení popisuje komunitní tlumočení, neboli tlumočení v prospěch společnosti. V současné době, vzhledem k nárůstu počtu migrantů a žadatelů o azyl, nabývá tento typ tlumočení na významu. O komunitním tlumočení se nově začíná hovořit i u osob ohrožených komunikační izolací vůči většinové společnosti, tedy i u osob se sluchovým postižením. Komunitní tlumočení umožňuje lidem, kteří plynule nemluví úředním jazykem země, komunikovat s poskytovateli veřejných služeb a usnadnit jim plný a rovný přístup například k právním, zdravotním, sociálním a školským službám (Corsellis, 2008; Čerňáková, 2008; Hale, 2007; Sanders 1992).

Komunitní tlumočení nejčastěji poskytované neziskovými organizacemi je dosud považováno za nejméně prestižní, nejméně profesionální a nejhůře placené s výjimkou soudního tlumočení, které si již získalo postavení v zahraničí i v ČR (Čeňková, 2008; Mikkelson, 2004).

4. Analýzy zákonných předpisů vázající se na tlumočení

Ústavní zákon – Listina základních práv a svobod i Úmluva o právech osob se zdravotním postižením zaručuje právo na tlumočnicka dle volby potřebné osoby (usnesení č. 2/1993, Sb.; Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, 2010).

Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (zákon č. 155/1998 Sb.) upravuje používání komunikačních systémů neslyšících jako jejich dorozumívacích prostředků. Za neslyšící považuje zákon osobu, kdy sluchové postižení neumožňuje plnohodnotně porozumět mluvené řeči sluchem (zákon č. 155/1998 Sb.).

Neslyšící osoby dle zákona mají právo svobodně si zvolit z komunikačních systémů (český znakový jazyk, komunikační systém vycházející z českého jazyka – znakovaná čeština, prstová abeceda, vizualizace mluvené češtiny, písemný záznam mluvené řeči), který odpovídá jejich potřebám a jejich volba je respektována. Právo na tlumočnicka mají při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb. Podmínky poskytování tlumočnických služeb má stanovovat zákon o sociálních službách. (zákon č. 155/1998 Sb.)

Nejen Toráčová (2008) upozorňuje, že stále chybí prováděcí předpisy, které by mimo jiné upravidly podmínky a rozsah tlumočnické služby poskytovaných bezplatně a způsob jejich úhrady.

Zákon o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.) upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb. Sociální služby zajišťují pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení pomocí sociálního poradenství, služeb sociální péče a sociální prevence.

Mezi služby sociální prevence, jak jsme zmínili, patří tlumočnické služby, které jsou poskytovány terénně, případně ambulantně. Jsou poskytovány osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením, které zamezuje běžné komunikaci s okolím bez pomoci jiné fyzické osoby. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Zajištění tlumočnické služby dle vyhlášky č. 505/2006 Sb. obsahuje tyto základní činnosti kontakt se společenským prostředím tedy tlumočení pomocí znakového jazyka pro sluchově postižené, a pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, tedy pomoc s komunikací v těchto záležitostech. Jak upozorňuje Toráčová (2008), byly ve vyhlášce opomenuty komunikační systémy vycházející z českého jazyka dle zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (zákon č. 155/1998 Sb.).

Tlumočnické služby dle tohoto zákona jsou poskytovány bez úhrady. Dle zákona č. 108/2006 Zákon o sociálních službách, mohou tlumočnickou službu poskytovat pouze pracovníci v přímé péči a to sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, zdravotničtí pracovníci, pedagogičtí pracovníci, případně další odborní pracovníci s vysokou školou. Zaměstnavatel je povinen zabezpečit sociálním pracovníkům a pracovníkům v sociálních službách další vzdělávání. (zákon č. 108/2006 Sb.)

Správní řád (zákon č. 500/2004 Sb.), zákona o matrikách, jménu a příjmení (č. 301/2000 Sb.), občanském soudním řádu (zákon č. 99/1963 Sb.), zákon o znalcích a tlumočnicích (č. 36/1967 Sb.) zaručuje právo u správního řízení, soudního řízení a jednání na matričním úřadě na soudního tlumočnicka, hrazeného daným orgánem. Zákon o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování (zákon č. 372/2011 Sb.) také zaručuje právo, ale již není specifikováno, kdo ho hradí.¹³

5. Diskuze – možnosti a limity tlumočnické služby

Jak bylo zmíněno, tlumočnické služby jsou dle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) poskytovány osobám s poruchami komunikace způsobenými především smyslovým postižením. Dle zákona o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (zákon č. 155/1998 Sb.) mají tyto osoby právo zvolit si vyhovující komunikační systém uvedený v tomto zákoně. Nejčastěji je služba poskytována tlumočnickem českého znakového jazyka, transliterátorem znakované češtiny, vizualizátory mluvené češtiny (Čeňková, 2008) a prepisovatelem mluvené češtiny (dále jen tlumočnický).

Je potřeba zmínit, že v ČR neexistuje jednotná kvalifikace tlumočnicků. Nejsou definovány kvalifikační požadavky na profesi tlumočnicka ani v sociálních službách, čili, tlumočnicka může

¹³ Problematikou vzdělávání se tento příspěvek nezabývá.

vykonávat kdokoli. Na druhou stranu, vyjdeme-li ze zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, pak tlumočníci, pracují-li tyto osoby v tlumočnické službě, musí být, dle tohoto zákona zároveň buď sociálními pracovníky, pracovníky v sociálních službách, zdravotnickými pracovníky, pedagogickými pracovníky, případně dalšími odbornými pracovníky s vysokoškolským vzděláním. Nabízí se otázka, jaké vzdělání musí mít tlumočník? Kdo smí či nesmí poskytovat tlumočnické služby? Musí i uznávání tlumočníci vypomáhající na dohodu o provedené práci mít minimálně kurz pracovníka v sociálních službách či vysokoškolské vzdělání různého typu?

V případech, kdy tlumočník v rámci registrované tlumočnické služby musí mít požadované vzdělání, se náhle může dostat do konfliktů těchto dvou rolí – role tlumočnické a role sociálního pracovníka/pracovníka v sociálních službách. Vyjdeme-li z deklarovaných cílů sociálních služeb, jak jej definuje MPSV (2016), kdy dle těchto cílů by mimo jiné měl pracovník rozvíjet aktivně schopnosti klientů a zlepšit nebo alespoň zachovat soběstačnost klientů. Toto však může být v rozporu s definicí tlumočení a potažmo i etickým kodexem tlumočnicků, dle kterých tlumočník „pouze“ ... „převádí za úplatu smysl sdělení z výchozího jazyka do jazyka cílového. Je prostředníkem mezi dvěma osobami, které by se bez něj nedorozuměly. Tlumočník se nesnaží být aktivním účastníkem komunikace“ (Česká komora tlumočnicků českého znakového jazyka, nedatováno). Z těchto definic vyplývá, že na jedné straně by měl pracovník klienta motivovat, podporovat jej a vést k samostatnosti, na druhé straně, přesně toto by neměl dělat.

Pracovník si musí být vždy vědom, v jaké roli vystupuje, zda v roli tlumočnické, či sociálního pracovníka/pracovníka v sociálních službách. Zde ale opět vyvstává otázka, vystupuje-li pracovník v roli tlumočnické, poskytuje skutečně sociální službu? A naopak, vystupuje-li v roli sociálního pracovníka/pracovníka v sociálních službách, poskytuje tlumočnickou službu? A především, je, či měla by být tlumočnická služba sociální službou dle zákona č. 108/2006? Jsou jejich cíle totožné? V každém případě osoba se sluchovým postižením v praxi využívá jak kvalifikovaného tlumočnicka, který usnadňuje přístup k veřejné službě (Sanders, 1992), tak kvalifikovaného sociálního pracovníka v rámci sociálního poradenství (Toráčová, 2008).

Již jsme se zmínili, komu a kým jsou tlumočnické služby poskytovány, nyní bychom se zaměřili, kdy a jak jsou poskytovány. Zákon o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (č. 115/1998 Sb.) zaručuje právo na tlumočnickou službu při návštěvě lékaře, vyřizování úředních záležitostí a při zajišťování dalších nezbytných potřeb. Podmínky poskytování tlumočnických služeb má stanovovat zákon o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.). Dle něj tlumočnické služby bezplatně poskytují pomoc a podporu fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci a slouží jako prevence sociálního vyloučení. Avšak zákon už blíže nespecifikuje nepříznivou sociální situaci pro osoby se sluchovým postižením. Jisté je, že tlumočnické služby jsou poskytovány v rámci ostatních sociálních služeb vymezených tímto zákonem, neboť ty jsou poskytovány osobám v nepříznivé sociální situaci. Tlumočnické služby jsou bezplatně poskytnuté jedinci, který si je objedná před návštěvou jiné sociální služby, avšak je otázka, zda tlumočnické služby má zajistit bezplatného tlumočnicka, když si je objedná sociální služba na tlumočení skupinové aktivity, kde se může objevit i neslyšící klient? Otázka je, kdo je klientem tlumočnické služby, kdo si bezplatnou tlumočnickou službu může objednat? Pouze klient, nebo i instituce, která se chce s klientem v sociálních službách domluvit?

Bezplatné tlumočnické služby jsou poskytovány osobám se sluchovým postižením i v rámci ostatních služeb, které tyto osoby navštěvují. V rámci těchto služeb mají zaručeno zákonem o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob (č. 115/1998 Sb.) tlumočnickou službu ve zdravotnictví, na úřadech a při zajišťování dalších nezbytných potřeb, avšak nikde není specifikováno, kdo v tomto případě tlumočení financuje a je nejčastěji poskytováno v rámci tlumočnické služby dle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.), avšak jedná se vždy při návštěvě úřadu a zdravotnictví o nepříznivou životní situaci dle tohoto zákona?

Poskytovatel tlumočnické služby dle zákona o sociálních službách (č. 108/2006 Sb.) se dostává do situace, kdy neví, zda se stále jedná o nepříznivou sociální situaci a mají službu poskytnout bezplatně, nebo mají službu poskytnout mimo režim sociální služby a to v režimu živnostenského oprávnění za úplat. Kdo má pak v tomto případě tlumočnický úkon hradit – osoba se sluchovým postižením nebo poskytovatel služby? Měl by komerční sektor zneužívat už tak podfinancované sociální služby? Také jde-li o služby dostupné pro širokou veřejnost, při jejich poskytování by se mělo dbát na princip, že ten, kdo tyto služby veřejností poskytuje, by měl zajistit také dostupnost osobám se sluchovým postižením, jinak takové služby nebudou dostupné této skupině osob a půjde o nepřímou diskriminaci.

S tímto souvisí další důležitá otázka. Jak je to s tlumočníky v rámci úřadu, nemocnic, škol, kteří mají vlastního tlumočnicka? Poskytuje tento tlumočnick tlumočnickou službu dle zákona o sociálních službách? Musí mít tedy instituce tuto službu registrovanou jako sociální službu? V případě že ano, je poskytování tlumočnických služeb bez této registrace nezákonné?

Financování v tomto případě zajišťuje Ministerstvo práce a sociálních věcí (dále MPSV). Zajištění financování je ovšem na úrovni jednotlivých krajů nestejněměrné, čemuž může přispívat i nevyjasněnost, co vše by mělo být poskytováno bezplatně. Především je pro kraje poměrně obtížně uchopitelné, že klient tlumočnické služby není klientem na dobu určitou, ale v zásadě na celý život. Ve financování tlumočnických služeb není zohledněna kvalifikace tlumočnicků, fakt že se nejedná jen o pracovníka v sociálních službách či sociálního pracovníka, ale navíc je kompetentní například tlumočit do českého znakového jazyka či simultánně přepisovat. Finanční ohodnocení je tedy na úrovni standardních sociálních pracovníků případně pracovníků v sociálních službách.

Jedinou výjimku tvoří správní a soudní řízení, kdy je tlumočení zajištěno v rámci zákona o znalcích a tlumočnicích (zákon č. 36/1967 Sb.) pomocí soudních tlumočnicků ze seznamu a je financování vždy v rámci daného úřadu.

6. Závěr

Z diskuze vyplývá, že tlumočnické služby v rámci zákona o sociálních službách, které tu jsou od roku 2007, stále v sobě skrývají mnoho otázek včetně té, zda tlumočnické služby jsou sociální službou, jak ji nyní definuje zákon o sociálních službách, zda naplňují veškeré předpoklady sociální služby a zda se nejedná spíše o podpůrnou nebo fakultativní službu.

Na druhou stranu jedna ze základních možností tlumočnické služby je fakt, že je poskytována bezplatně osobám se sluchovým postižením a tím je naplňováno částečně jejich právo. Avšak nemělo by dojít k situaci, že už tak podfinancované sociální služby budou zajišťovat tlumočení pro komerční sektor v duchu antidiskriminačního zákona (zákon č. 198/2009 Sb.).

Důležité je zmínit, že v České republice mají osoby se sluchovým postižením právo na volbu komunikačního systému, tedy na český znakový jazyk nebo na komunikační systém vycházející z českého jazyka, tzn. znakovou češtinu, prstovou abecedu, vizualizaci mluvené češtiny a písemný záznam mluvené řeči. Jejich volba musí být v maximální možné míře respektována tak, aby měly osoby se sluchovým postižením možnost rovnoprávného a účinného zapojení do všech oblastí života společnosti i při uplatňování jejich zákonných práv. Avšak jakým způsobem toto právo naplňovat, již v právních předpisech ve většině případů upravené nenalezneme. Výjimkou je poskytování sociálních služeb, správní řízení a soudní řízení.

7. Seznam citované literatury

- CORSELLIS, Anna. *Public Service Interpreting: The First Steps*. Palgrave Macmillan UK, 2008.
- ČENKOVÁ, Ivana. Úvod do teorie tlumočení. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o.s., 2008. ISBN 978-80-87153-74-1.
- ČKTZJ. *Etický kodex*. [online]. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o.s., nedatováno. [1. 8. 2016]. Dostupné z: www.cktzj.com/eticky-kodex.
- PÍPEKOVÁ, Jarmila. *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido, 2006. ISBN 13: 978-80-7315-198-0.
- HALE, Sandra Beatriz. *Community Interpreting*. Chippenham: CPI Antony Rowe, 2007. ISBN 978-0-230-59344-2.
- HORÁKOVÁ, Radka. *Sluchové postižení: úvod do surdopedie*. Praha: Portál, 2012. ISBN 978-80-262-0084-0.
- HRUBÝ, Jaroslav. *Velký ilustrovaný průvodce neslyšících a nedoslýchavých po jejich vlastním osudu*. Praha: Septima, 1998. ISBN 80-7216-006-0.
- MIKKELSON, Holly. *The professionalization of community interpreting*. [online]. 2004. [29. 7. 2016]. Dostupné z: <http://aiic.net/p/1546>.
- MPSV. 2016. *Sociální služby*. [online]. Praha: MPSV. [1. 8. 2016]. Dostupné z: www.mpsv.cz/cs/18661.
- REDLICH, Karel. *CODA – slyšící děti neslyšících rodičů*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o.s., 2008. ISBN 978-80-87153-02-4.
- SANDERS, Marsha. Training for community interpreters. *ITI Conference 6: Catriona Picken*. London: Aslib, 1992. s. 45–50.
- TORÁČOVÁ, Veronika. *Tlumočení pro neslyšící a související legislativa*. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka, o.s., 2008. ISBN 978-80-87153-32-1.
- Usnesení č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky.
- Vyhláška č. 284/1995 Sb., kterou se provádí zákon o důchodovém pojištění.
- Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád.
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- Zákon č. 155/1998 Sb., o komunikačních systémech neslyšících a hluchoslepých osob.
- Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací.
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotnických službách a podmínkách jejich poskytování.
- Zákon č. 500/2004 Sb., správní řád.
10. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, 2010.

Hodnocení služby rané péče z pohledu uživatelů

Evaluation of early intervention service from the perspective of clients

Simona Kmentová¹⁴

Abstrakt

Príspevok se zabývá evaluací kvality rané péče z pohledu uživatelů služby. Dále se zabývá povinnostmi, které vyplývají pro poskytovatele rané péče ze standardů kvality sociálních služeb. Príspevok prezentuje 52 dotazníků, zaměřených na hodnocení poskytování služby klienty rodinami vybraných středisek rané péče. Jedná se o hodnocení vyplňované klienty rodinami v souvislosti s ukončováním poskytování služeb. Cílem příspěvku je shrnutí a charakteristika povinností, které pro poskytovatele rané péče vyplývají ze standardů kvality v souvislosti se zvyšováním kvality poskytovaných služeb a reflexe potřeb klientů rodin vybraných středisek rané péče, prezentace jejich pohledu na kvalitu služby rané péče.

Klíčová slova: Raná péče. Kvalita. Uživatel rané péče. Standardy.

Abstract

The contribution deals with the evaluation of quality of the early care from the perspective of the service users. It further deals with the obligations resulting from standards of the social services quality for the early care providers. The contribution presents 52 questionnaires focused on review of provision of the service by the client families from the selected early care centres. These are the reviews from the client families with respect to ending of the provision of services. The goal of the contribution is the summary and characterization of the obligations of the early care providers resulting from the quality standards with respect to improving quality of the rendered services, and reflection of the needs of the client families of the selected early care centres, presentation of their opinions on quality of the early care services.

Keywords: Early care. Quality. Early care user. Standards.

1. Úvod

Raná péče je zákonem 108/ 2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů definována v paragrafu 54 jako „*terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ (Sociální zabezpečení, 2016, s. 119) V odborné literatuře bývá odlišován termín raná intervence jako soustava služeb, poskytovaných odbornými i soukromými poskytovateli, za účelem podpory dítěte a rodiny. (Potměšil, Li, 2016) Je definována jako terénní aktivita, zaměřená na práci v rodině, jejímž cílem je snížení rizik plynoucích ze zdravotního postižení dítěte. Zahrnuje v sobě opatření zaměřené na rodiče i dítě. (Potměšil a kol., 2015)

Kvalita služby, která je rodinám poskytována, může být ovšem rozlišná a závislá na konkrétním poskytovateli. V ČR je kvalita sociálních služeb zajištěna Standardy kvality sociálních služeb, které jsou vymezeny v prováděcí vyhlášce 505/ 2006 Sb. ve znění pozdějších předpisů. Kvalitou rané péče se v prostředí České republiky zabývá také Asociace pracovníků v rané péči. Asociace pracovníků v rané péči je celonárodní organizace, která sdružuje poskytovatele rané péče a jejímž cílem je mimo jiné sledování, podpora a zvyšování kvality sociální služby raná péče a poskytuje

14 Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta – Ústav speciálněpedagogických studií, Žižkovo nám. 5, Olomouc 771 40

garanci kvality. Členy asociace jsou poskytovatelé rané péče, kteří se hlásí k dohodnuté kvalitě. (Asociace pracovníků v rané péči) Kvalita služby je pak kontrolována inspektory kvality sociální služby. (Šándorová, 2014)

Asociace pracovníků v rané péči je tvůrcem pracovního materiálu *Optimální model rané péče a Druhové standardy kvality služby*.

„*Optimální model rané péče popisuje službu rané péče při optimálním stavu finančního, personálního a materiálního zabezpečení.*“ (Asociace pracovníků v rané péči). Optimální model vznikl na základě jednání členských poskytovatelů rané péče. Uvádí, že optimální počet rodin na poradce rané péče pro plný pracovní úvazek je 20–22 klientských rodin a průměr absolvovaných konzultací v měsíci 10–12 s časovou dotací 1,5–3 hodiny. (Asociace pracovníků v rané péči, 2013).

Druhové standardy kvality rané péče jsou dokument popisující standardy kvality sociálních služeb z pohledu sociální služby rané péče. Popisuje standardy procedurální, personální a provozní. (Asociace pracovníků v rané péči, 2013)

2. Raná péče v zahraničí

Německo

V Německu poskytuje ranou intervenci více než 1 000 institucí, nejčastěji velké, celonárodní nevládní organizace např. Caritas, Diakonie, Paritätischer Wohlfahrtsverband, Lebenshilfe. Podmínky poskytování se liší dle jednotlivých spolkových republik a mají odlišné systémy financování, řízení a strukturu. Ranou intervenci v Německu tedy mohou poskytovat Interdisciplinární centra rané péče, Socio – pediatrická centra, Speciální mateřské školy, Léčebná tzv. heilpädagogická centra, vzdělávací a rodinná poradenská centra. (Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání, 2005)

Potměšil a kol. (2015) uvádějí, že raná péče je v Německu ukotvena legislativně v sociálním zákoníku (tzv. Sozialgesetzbuch) a je zajišťována především třemi pilíři a to raná diagnostika, terapie pro dítě a pedagogická raná podpora.

Anglie

Vzdělávací systém v Anglii má své specifika a liší se dle oblastí – Anglie, Wales, Severní Irsko a Skotsko. Děti již od 3 let jsou zařazeny do tzv. nursery schools. (Syslová, Borkovcová, Průcha, 2014). Raná intervence je pak zajišťována na základě tzv. sure start programu, který funguje ve Velké Británii od roku 1998 a vznikají tzv. Sure Start children's centers. Legislativně jsou tyto centra ukotveny v Child care Act z roku 2006. Jejich cílem je zlepšit podmínky pro děti a jejich rodiny, které potřebují podporu. Rodiny pak podporují v oblasti vývoje dítěte, jeho připravenosti na školu, rodičovských dovedností a kompetencí, zajištění zdravotní péče. (Department for Education, 2013)

USA

V USA je raná péče pojímána jako koncept opatření, které mají zamezovat vzniku zdravotního postižení nebo vývojového opoždění. Každý ze států si musí vytvořit vlastní systém poskytování rané intervence. Tento systém by měl být hlavně celostní, komplexní, koordinovaný, multidisciplinární a mezirezortní. (Potměšil a kol., 2015)

2.1 Programy rané péče

Důležitým pojmem z hlediska kvality jsou programy rané péče. Mezi programy rané péče jsou zařazovány podpora vývoje dítěte, podpora rodiny a působení na veřejnost. V podpoře vývoje dítěte se jedná o podporu psychomotorického vývoje dítěte vždy dle kontrétního postižení či ohrožení. Do oblasti podpory rodiny patří zejména činnosti jako depistáž, konzultace v rodině, pomoc a podpora v nepříznivé životní situaci, organizace setkávání rodin a podpora svépomocných aktivit, posilování rodičovských kompetencí, podpora ve vyhledávání a využívání zdrojů, podpora funkčních vazeb v rodině. Do poslední oblasti, působení na veřejnost, řadíme činnosti jako vzdělávání laické i odborné veřejnosti, propagace služby rané péče. (Středisko rané péče Educo Zlín o. s.)

Hradílková (1998) uvádí, že základními pilíři rané péče jsou podpora rodiny a podpora vývoje dítěte. Služby rané péče podporují schopnost rodiny řešit vzniklou situaci vlastními silami a tím předcházet závislosti klientů na institucích. Podpora rodiny a podpora vývoje dítěte by měli být poskytovány současně a ve vyváženém poměru.

2.2 Principy rané péče

Společnost pro ranou péči přijala v roce 2008 následující principy či standardy rané péče a uvádí, že pro standardní poskytování služby je nutné, aby pracoviště tyto principy naplňovalo.

- a) „*princip důstojnosti – respekt k individualitě dítěte, specifikám každé rodiny, prostor střediska je zařízen důstojně a s ohledem na klienty, veškerá dokumentace je také vedena s ohledem na důstojnost klienta.*
- b) *princip ochrany soukromí klienta – poradce respektuje soukromí klienta, během konzultací vstupuje pouze tam, kam je zván, s veškerými informacemi o klientovi a dokumentací je nakládáno jako s důvěrným materiálem a všechny informace o klientovi jsou poskytovány pouze s jeho souhlasem.*
- c) *princip nezávislosti – služba raná péče podporuje schopnost nacházet a využívat vlastní zdroje, schopnosti a dovednosti vedoucí ke zvládnutí situace, v níž se rodina nachází. Služba je poskytována takovým způsobem, aby rodinu nečinila závislou na žádné výchovně – vzdělávací instituci.*
- d) *princip práva volby – uživatel má plné právo se rozhodnout pro přijetí či nepřijetí nabízených služeb.*
- e) *princip týmového přístupu a komplexnosti služeb – spolupráce externích i interních členů interdisciplinárního týmu, jejich vzájemná informovanost.*
- f) *princip zplnomocnění – poradce respektuje právo klienta na validní a objektivní informace, respektuje právo klienta rozhodovat o sobě. Při plánování a hodnocení služeb rané péče jsou rodiče pojímáni jako plnohodnotní členové interdisciplinárního týmu.*
- g) *princip přirozenosti prostředí – převážná část služeb je poskytována v přirozeném prostředí dítěte tj. v rodině.*
- h) *princip kontinuity péče – při ukončování poskytování služby je klient informován o návazných službách a je mu nabídnuto jejich zprostředkování.“ (Společnost pro ranou péči. 2008)*

Potměšil a Li (2016) se také zmiňují o pravidlech, principech rané intervence a uvádí, že jsou založena na faktu, že raná intervence je služba, která musí být předložena a nabídnuta rodičům. Zda nabídku přijmou a budou ochotni spolupracovat, je necháno zcela na jejich rozhodnutí. Jako pravidla či principy rané intervence uvádí respektování klientových požadavků, ochrana klientova

soukromý, autonomie rodiny, právo volby, multidisciplinarita týmu poskytujícího ranou intervenci, zajištění přirozeného prostředí, zajištění kontinuity péče, poskytnutí psychologické podpory, posouzení a vyhodnocení situace rodiny interdisciplinárním týmem odborníků, zvyšování znalostí rodičů v sociální oblasti.

Raná intervence je tedy zaměřena na podporu a pomoc prostřednictvím několika zásad – podpora rodičů s cílem posílení rodičovských kompetencí, schopnosti volby správného výchovného modelu.

Evropská agentura pro rozvoj speciálního vzdělávání (2005) vydala následující doporučení pro ranou intervenci. Doporučení vycházejí z faktu, že na ranou intervenci mají právo všechny potřebné rodiny.

Přístupnost

Pro zajištění včasné intervence je důležité vytvoření systémové koncepce rané intervence na regionální i národní úrovni. Veřejnosti by měli být přístupné jasné a přesné informace o rané péči.

Dostupnost

Služby rané péče by měly být rodinám dostupné z hlediska zajištění stejné kvality služeb, nezávisle na regionální oblasti.

Finanční dostupnost

Služby rané péče by měly být dostupné všem potřebným rodinám bez ohledu na jejich socioekonomickou situaci. Je tedy nutné zajistit, aby služby byly rodinám k dispozici zdarma. Financování by mělo být zajištěno veřejnými zdroji.

Interdisciplinarita

Do rané intervence by měly být zapojeni odborníci z nejrůznějších oborů. Jedná se o odborníky s různým vzděláním a zkušenostmi. Rodina je pro tyto odborníky hlavním partnerem. Odborníci by měli být schopni spolupracovat, iniciovat spolupráci. Tým odborníků by měl být co nejstabilnější, časté změny ve složení týmu by mohly mít negativní dopad na kvalitu služby.

Rozmanitost

Jednotlivé sektory, které jsou do zajišťování rané intervence zapojeny (zdravotnictví, školství, sociální sektor), by měly mít podíl odpovědnosti. Jednotlivé sektory by se měly podílet na diagnostice i plánování a zajištění dalšího postupu, což zamezí delším časovým prodlevám, které jsou v rané intervenci nežádoucí a mohou mít negativní vliv na vývoj dítěte. Zároveň by měla být zajištěna návaznost poskytované služby.

3. Kvalita sociálních služeb a povinnosti poskytovatele rané péče

Kvalita služby je přímo závislá na pracovnících, na jejich vzdělání, zkušenostech, podmínkách práce. Provozní standardy definují podmínky poskytování služby jako např. prostory, jejich dostupnost, ekonomické zajištění služby, rozvoj její kvality. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002).

Ministerstvo práce a sociálních věcí (2002) uvádí, že jednou z povinností poskytovatelů rané péče je jasné formulování základních prohlášení (poslání, cíle, principů služeb a cílové skupiny). Je důležité zejména pro orientaci uživatelů služeb, umožňuje správný výběr konkrétní služby a usnadní tak jednání se zájemcem o službu.

Při prvním setkání dochází k budování vzájemné důvěry mezi pracovníkem a klientem, budování bezpečné a důvěryhodné atmosféry a vytváření pravidel dalšího setkávání. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002). Asociace pracovníků v rané péči (2013) uvádí, že k prvnímu kontaktu mezi zájemcem o službu a poskytovatelem rané péče dochází buď telefonicky, e-mailem nebo osobně, a je realizovaná ze strany zájemce o službu. Následné informační setkání probíhá zpravidla v přirozeném prostředí zájemce a jeho cílem je zájemce informovat o službě raná péče, o podmínkách, průběhu a ukončení poskytování služby. Následně je se zájemcem o službu podepsána smlouva o poskytování sociální služby, která musí být sepsaná takovým způsobem, aby jí uživatel byl schopen porozumět, chápal její obsah a účel a musí obsahovat náležitosti určené zákonem 108/ 2006 O Sociálních službách ve znění pozdějších předpisů. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002).

Již prvním kontaktem se zájemcem o službu začíná proces plánování a je ukončen při ukončení poskytování služby. Plánování má podobu písemného dokumentu, podílí se na něm klíčový pracovník a uživatel služby, tento dokument je průběžně aktualizován, doplňován, měněn dle potřeby. Tímto plánem se řídí realizace služby. Samotnému zpracování individuálního plánu předchází mapování situace a potřeb uživatel služby. Individuální plán je v určených intervalech vyhodnocován. (Asociace pracovníků v rané péči, 2013).

Poskytovatel by měl zpracovávat a uchovávat jen nezbytně nutné údaje pro poskytování bezpečné, odborné a kvalitní služby. Zároveň by mělo být jasně stanoveno, které údaje od uživatele služby poskytovatel potřebuje zjišťovat. (Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2002).

Písemná dokumentace je vedena v souladu se zákonem č. 101/ 2002 sb. O ochraně osobních údajů ve znění pozdějších předpisů, je vedena a pořizována s písemným souhlasem uživatele služby, který je o této skutečnosti informován. Informace uvedené v dokumentaci jsou považovány za důvěrné, jsou chráněny před zneužitím. Uživatel má právo do své dokumentace nahlédnout. (Asociace pracovníků v rané péči, 2013).

Základ poradenského týmu v rané péči tvoří poradce rané péče a uživatel služby. Při výběru pracovníka se poskytovatel požaduje kvalifikaci dle zákona O sociálních službách 108/ 2006 ve znění pozdější předpisů, požaduje profesní i osobnostní předpoklady. Zaškolení nového pracovníka probíhá dle písemného plánu a je stanoven jeho školitel. (Asociace pracovníků v rané péči, 2013).

Každý pracovník má dle zákona 108/ 2006 O sociálních službách ve znění pozdějších předpisů povinnost se vzdělávat. Poskytovatel by měl mít vypracovaný systém dalšího vzdělávání pracovníků, který je v souladu s potřebami střediska rané péče, a dbát na to, aby docházelo k výměně zkušeností mezi jednotlivými pracovníky i mezi jednotlivými poskytovateli rané péče. (Asociace poskytovatelů rané péče, 2013)

Šándorová (2014) uvádí, že sociální služby mají velký potenciál ovlivňovat kvalitu života jedinců i společnosti jako celku. Proto kvalita a dostupnost služeb přímo ovlivňuje kvalitu života uživatelů těchto služeb. Efektivní a kvalitní systém služeb je tedy způsobem podpory dětí s postižením a jejich rodiny.

4. Hodnocení kvality služby rané péče z pohledu uživatelů

4.1 Demografické údaje

Jednalo se o dotazníky klientských rodin vybraných středisek rané péče v České republice. Cílová skupina oslovených středisek byla rodiny s dětmi se zrakovým a kombinovaným postižením, rodiny s dětmi s mentálním, tělesným a kombinovaným postižením. Dotazník byl písemně vyplňován rodinami u příležitosti ukončení poskytování služby v roce 2015. Rodiny byly v péči různě dlouhou

dobu, od několika měsíců po 7 let, průměrná délka poskytované služby byla 3, 5 roku. Zastoupení rodin v jednotlivých krajích bylo následující: Hlavní město Praha 1, Jihomoravský kraj 7, Moravskoslezský kraj 16, Olomoucký kraj 23, Jihočeský kraj 5.

Vzhledem k tomu, že se jednalo o dotazníky z různých středisek rané péče a byly vytvořeny přímo pracovníci jednotlivých středisek, nebyly bohužel jednotné. Proto byla pro analýzu dat zvolena kvalitativní metoda. Z otázek obsažených v dotaznících bylo sestaveno 9 oblastí, které se shodně objevovaly ve všech dotaznících. Tyto oblasti byly následně vyhodnoceny.

4.2 Analýza dotazníků

První oblast byla zaměřena na zjišťování *očekávání rodiny od služby a jejich naplnění*. Nejčastější odpovědí bylo, že rodiče očekávali informace, ať už ohledně konkrétního postižení, diagnózy, vývoje dítěte či možnosti práce s dítětem. Dále pak všichni participaci potvrzovali, že služba jejich očekávání naplnila nebo dokonce předčila. Někteří z participantů také uvedli, kde na středisko rané péče získaly kontakt. Nejčastěji to bylo od lékaře, fyzioterapeuta či jiného zdravotnického personálu.

Druhou zjišťovanou oblastí je *přínos služby pro rodinu*. Zde rodiče ve svých odpovědích zmiňovali předávání informací, kontaktů na další odborníky a návazné služby, typy na pomůcky a možnost jejich zapůjčování. Dále pak podporu, naslouchání, orientaci v jejich situaci a větší porozumění dítěti a získání rodičovských kompetencí. Zde je zajímavým poznatkem, že některé rodiny uváděly, že by se rádi o službě rané péče dozvěděli dříve, ocenili by předání kontaktu na ranou péči ihned v porodnici nebo po zjištění diagnózy dítěte. Také by ocenili možnost delšího poskytování péče.

Třetí oblast, která byla zjišťována, je *přínos služby pro dítě*. Participantů uváděly, že služba byla pro dítě přínosem, zejména došlo k posunu v psychomotorickém vývoji dítěte. Pokud odpovíděly, že služba pro dítě nebyla přínosem, uváděly, že to bylo z důvodu krátkosti poskytování služby.

Čtvrtou oblastí je *nastavení frekvence konzultací v rodině*. Nejčastější frekvencí konzultací je jednou měsíčně, poté jednou za dva měsíce, nejmenší počet klientů jednou za tři měsíce. Dále někteří participaci uváděly, že se frekvence konzultací s postupem služby měnila a že s nastavením konzultací byli spokojeni. Pouze 4 z oslovených participantů uvedli, že by ocenili častější konzultace, zejména z počátku služby.

Pátou zjišťovanou oblastí je *vliv rané péče na kontakt rodiny se sociálním okolím*. Pohled na vliv rané péče na kontakt rodiny se sociálním okolím mohl být ovlivněn místem bydliště, sociálním zázemím rodiny či vytvořenou sociální sítí. Tyto údaje ovšem vzhledem k charakteru dotazníku nebyly zjišťovány. Některé z rodin, které uváděly, že nevnímají vliv rané péče na jejich kontakt s okolím, také uváděly, že tuto oblast neřešili a že jejich sociální kontakty se jim zdály dostatečné a uspokojivé již před poskytováním služby. Rodiče, kteří uváděly, že vliv rané péče na jejich kontakt se sociálním okolím vnímají, nejčastěji jako příklad uváděly společné setkávání rodin, získání odvahy jít s dítětem ve volném čase veřejné místo např. dětské hřiště, setkání s navázání kontaktu s jinou rodinou s dítětem s obdobným postižením.

Šestou oblastí, která byla v dotaznících zjišťována, je *spokojenost s ochranou soukromí a osobních údajů*. Všichni participaci odpověděly, že s ochranou svých osobních údajů byli spokojeni a necítili se nijak ohroženi.

Šedmou zjišťovanou oblastí byly *stížnosti na poskytování služby, postup jejich vyřízení*. Ani jeden z oslovených participantů nevyužil možnosti si na způsob poskytování služby stěžovat.

Osmou oblastí byla *spokojenost s klíčovým poradcem rané péče*. Rodiče na poradcích nejvíce oceňovali osobní přístup, odbornost poradkyň, schopnost naslouchat a empatii.

Poslední, devátou, zjišťovanou oblastí byl *průběh případné změny poradce*. Rodiny, kde došlo

v průběhu poskytování služby ke změně klíčového poradce, převážně uváděli, že měli z této situace obavy a hodnotili ji jako stresovou pro sebe i pro dítě. Oceňovali, pokud o této skutečnosti byli informováni s dostatečným předstihem a pokud oba poradci přijeli alespoň na jednu konzultaci společně, osobně představili nového poradce a rodinu předali do péče.

5. Závěr

Ve výzkumu bylo využito dotazníků sestavených jednotlivými pracovníky oslovených středisek rané péče. Jednalo se o dotazníky týkající se hodnocení kvality poskytované služby vyplňované klienty rodinami u příležitosti ukončení poskytování služby za rok 2015. Jelikož se jednalo o různá střediska rané péče, tyto dotazníky nebyly jednotné, proto bylo kvalitativní metody analýzy dotazníků. Bylo vytvořeno 9 oblastí, které se prolínaly všemi dotazníky, a následně byly hodnoceny.

5.1 Poděkování a afilice

Děkuji zúčastněným poskytovatelům rané péče za možnost využití dotazníků, které vyplnily jejich klientské rodiny. Příspěvek vznikl za podpory projektu IGA_PdF_2016_022.

Seznam citované literatury

ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI, z. s. *Asociace pracovníků v rané péči, z.s.* [online]. [cit. 2016 – 09 – 04]. Dostupné z: <http://www.aprp.cz/>

ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI, z. s. *Druhové standardy kvality služby* [online]. 2013 [cit. 2016 – 09 – 04]. Dostupné z: http://www.aprp.cz/dokumenty/druhove_standardy_kvality_sluzby.pdf

ASOCIACE PRACOVNÍKŮ V RANÉ PÉČI, z. s. *Optimální model rané péče.* [online]. 2013 [cit. 2016 – 09 – 02]. Dostupné z: http://www.aprp.cz/dokumenty/optimalni_model_rane_pece.pdf

DEPARTMENT FOR EDUCATION. *Sure Start children's centres statutou Guyance* [online]. 2013 [cit. 2016-09 – 21]. Dostupné z: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273768/childrens_centre_stat_guidance_april_2013.pdf

EVROPSKÁ AGENTURA PRO ROZVOJ SPECIÁLNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ, *Raná péče Analýza situace v Evropě*, 2005. 978 – 8791500 – 58 – 9.

HRADÍLKOVÁ, Terezie. Vymezení pojmů. In STŘEDISKO RANÉ PÉČE PRAHA, *Raná péče pro děti se zrakovým postižením, Vybrané příspěvky z kurzu „Poradce rané péče.“* Praha: Dr. E. Grégr a syn s. r. o, 1998, s 6–9. 80 – 238 – 3267 – 0

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe* [online]. 2002 [cit. 2016 -09 – 02]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/5964/pruvodce.pdf>, ISBN: 80-86552-45-4

POTMĚŠIL, Miloň a kol. *Speciálněpedagogická intervence u dětí v raném věku.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2015. 978 – 80 – 244 – 4432 – 1.

POTMĚŠIL, Miloň. XINRUI, Li. *Early intervention for children with Developmental Disabilities – A Family centred approach.* Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2016. 978-80-244-4925-8

Sociální zabezpečení. (2016) Ostrava: Sagit, 2016, 240 s. ISBN 978 – 80 – 7208 – 900 – 0.

SPOLEČNOST PRO RANOU PÉČI, z. s. *Standardy rané péče.* [online]. 2008 [cit. 2016 -09 – 02]. Dostupné z: [www.ranapece.cz/doc/prilohy/114/STANDARDY %20RANE %20PECE.doc](http://www.ranapece.cz/doc/prilohy/114/STANDARDY%20RANE%20PECE.doc)

STŘEDISKO RANÉ PÉČE EDUCO ZLÍN o.s., *Raná péče ve Zlínském kraji. Informační materiál pro odbornou veřejnost, školské a zdravotnické pracovníky.*

SYSLOVÁ, Zora. BORKOVCOVÁ Irena. PRŮCHA, Jan. *Péče a vzdělávání dětí v raném věku.* Praha: Wolters Kluwer, 2014. 978 – 80 – 7478 – 354 – 8.

ŠÁNDOROVÁ, Zdeňka. Koncept kvality života rodin dětí raného věku s ohroženým vývojem v důsledku zdravotního postižení, *Aktuální otázky sociální politiky – teorie a praxe*, 2014, roč. 8, č. 1, 98 – 113, ISSN 1804-9109.

Příprava osob s mentálním postižením pro samostatný život v neziskové organizaci PFERDA

Activities of PFERDA non-profit organization to help prepare mentally disabled people for an independent life

Nina Mertová¹⁵

Abstrakt

Příspěvek se zaměřuje na problematiku podpory integrace osob s mentálním postižením, kterou se zabývá nezisková organizace PFERDA. Samotný příspěvek se skládá ze tří částí. První částí je popis běžných každodenních činností, na které se organizace během poskytování sociálních služeb lidem s hendikepem v rámci nácviku zaměřuje. Druhá část popisuje fungování našich služeb i spolupracujících třetích stran (opatrovníci, Kraj, ústavy sociální péče, další neziskové organizace), díky kterým mohou žít naši klienti v přirozeném prostředí. Třetí část je věnována dilematům, se kterými se setkáváme při naší praxi a které ztěžují nebo přímo znemožňují některým klientům žít v jejich přirozeném prostředí.

Klíčová slova: PFERDA. Mentální postižení. Samostatný život. Sociální rehabilitace.

Abstract

The contribution focuses on the issues of the support for integration of mentally disabled persons pursued by PFERDA non-profit making organization. The contribution alone consists of three parts. The first part describes normal daily activities the organization focuses on during provision of social services to persons with disabilities under training sessions. The second part describes operation of our services as well as cooperating third parties (guardians, region, social care institutions, other non-profit making organizations) that help our clients to live in their natural habitat. The third part is devoted to dilemmas we encounter in our practice and that either makes life our clients harder or impossible in their natural habitats.

Keywords: PFERDA. Mental Disability. Independent life. Social rehabilitation.

1. Úvod

Organizace PFERDA z.ú., působící na Rychnovsku a Náchodsku, pomáhá osobám s mentálním postižením a duševním onemocněním prostřednictvím několika svých sociálních služeb rozvíjet jejich schopnosti a dovednosti. Osobám s handicapem pomáhá zajistit rovnoprávný přístup ke vzdělání, práci, informacím a veřejným službám. Sociální služby organizace, které se nejvíc zaměřují na podporu člověka v jeho přirozeném prostředí jsou Tréninkový byt (sociální rehabilitace, kde se klienti učí potřebné schopnosti a dovednosti pro samostatný život) a Takový normální život (služba podpora samostatného bydlení, která nabízí kompenzaci chybějících schopností a dovedností v takové míře, aby klient mohl žít ve svém přirozeném prostředí). Příspěvek se zaměřuje na fungování těchto dvou služeb, dobrou praxi, spolupráci s třetími stranami a dilemata, se kterými se pracovníci služeb potýkají při poskytování služeb cílové skupině osob s mentálním postižením a duševním onemocněním.

15 PFERDA z.ú.; e-mailová adresa: nina.mertova@pferda.cz; Tel.: +420-722-944-446

2. Oblasti práce s klienty pro přípravu nebo podporu bydlení v přirozeném prostředí

Organizace PFERDA z. ú. poskytuje několik sociálních služeb, jejichž prostřednictvím pomáhá osobám s mentálním a duševním onemocněním zapojit se co největší měrou do společnosti a žít život podle svých přání. Dále provozuje dvě sociální firmy s chráněnými pracovními místy. Na oblast života v přirozeném prostředí se nejvíce zaměřují služby Tréninkový byt (sociální rehabilitace dle § 70, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění) a Takový normální život (podpora samostatného bydlení dle §43, zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění), které se snaží obsáhnout co nejširší škálu situací, do kterých by se klient při životě v přirozeném prostředí mohl dostat. Tyto situace klienty učí zvládat a pokud si něco klient pro svůj handicap nemůže osvojit, zajišťuje podporu prostřednictvím některé vlastní sociální, jiné sociální nebo veřejné služby.

Tréninkový byt nabízí v převážné většině rozvojové úkony – (tzn. klienti se vzdělávají a učí v dovednostech a schopnostech, které neumí a mohli by si je osvojit). Služba Takový normální život poskytuje ve větší míře asistenční úkony (tzn. klient se neučí, je mu pomáháno v dovednosti, kterou nezvládá a není schopen si ji osvojit) a v menší míře poskytuje rozvojové úkony, aby se míra podpory klienta i nadále snižovala. Oblasti práce s klienty by se dala rozdělit do následujících oblastí.

- Finance (obsahuje např. rozpočty, nákupy, výběry z bankomatů, užívání internetového bankovníctví, placení složenek, atd.)
- Péče o domácnost a svou osobu (obsahuje např. úklid domácnosti, drobné údržbářské činnosti, vaření, péči o zevnějšek a své zdraví, atd.)
- Volný čas (obsahuje např. vzdělávání a vyhledávání vhodných volnočasových aktivit dle přání klienta, doprovody na volnočasové aktivity, atd.)
- Vztahy, sexualita a komunikace (obsahuje např. sexuální osvětu a poradenství, nácvik péče o děti, komunikace přes telefon nebo email, pomoc při hledání partnera nebo přítele, zvládání náročných sociálních situací, atd.)
- Práce a úřední záležitosti (obsahuje např. hledání a udržení pracovního místa, získání důležitých pracovních návyků, komunikace s úřady, atd.)
- Cestování a využívání veřejných služeb (obsahuje např. objednání kadeřníka, nalezení dopravního spoje, nákup jízdenky, atd.)
- Úschova klíčů (poskytováno pouze ve službě Takový normální život, schování záložního klíče)
- Podporované rozhodování (v rámci nabytí účinnosti nového Občanského zákoníku se klientům od října bude nabízet podpurné opatření ve formě Nápomoci při rozhodování)

3. Dobrá praxe – spolupráce třetích stran

Při práci s klienty dochází k situacím, kdy je vhodná spolupráce s dalšími zainteresovanými stranami. Jsou jimi opatrovníci z rodin nebo veřejní opatrovníci, další rodinní příslušníci, klíčoví pracovníci a sociální pracovníci z ústavů sociální péče, klíčoví pracovníci z dalších neziskových organizací, které klient využívá (organizace PFERDA z.ú. spolupracuje především s Péčí o duševní zdraví z.s. a Aspekt z.s.). Dále se může jednat o praktické lékaře, psychiatry, psychology, zástupce úřadu práce nebo zaměstnavatele klienta či vlastníka bytu, ve kterém klient bydlí. Jednání s dalšími zainteresovanými stranami probíhá vždy po konzultaci s klientem a podepsáním Souhlasu s poskytnutím informací, vždy za přítomnosti klienta.

Ke spolupráci zpravidla dochází v následujících dvou situacích. Za prvé, pokud je potřeba řešit klientův problém. Zařizují se společné schůzky pracovníků PFERDY z.ú. z příslušné služby, klienta, a dalších zainteresovaných stran, kterých se problém týká, ve snaze najít pro klienta různá řešení situace, ze kterých si vybere pro něj nejschůdnější variantu, popřípadě klient navrhne své řešení. Na těchto schůzkách se mohou vytvářet různé plány rizik, plány postupu, dělí se úkoly mezi zainteresované strany, atd. Důvody schůzek mohou být např. potřeba změnit bydlení, ohrožení udržení zaměstnání, nebo například řešení situace schodkového rozpočtu klienta.

Druhou situací je individuální plánování. Organizace PFERDA z.ú. má dobré zkušenosti s mapováním situace klienta a plánování služeb ve spolupráci s dalšími stranami. Zde jde především o rodinné příslušníky (pokud je klient má a chce je na jednání mít), s opatrovníkem (pokud má přiděleného), s klíčovými pracovníky neziskových organizací, kam dochází a klíčovým pracovníkem z ústavního zařízení (pokud žije v ústavu sociální péče). Využitím různých pohledů a zkušeností je možno naplánovat přesnější individuální plán, do jehož plnění mohou být i další strany zahrnuty (např. pravidelné trénování vaření i doma nebo v ústavu, ne jen na službách). Také se tak může předejít „dublování“ cílů (je třeba zbytečné, aby klient užíval placení složek přes internetové bankovníctví od dvou různých organizací) nebo i sestavení protichůdných cílů (například negramotný klient by se v jedné organizaci učil číst a v druhé se učil orientovat podle zástupného obrázkového systému).

V současné době se plánuje i třetí možnost vzájemné spolupráce u osob s omezenou svéprávností, a to při sestavování návrhů na oblasti omezení klienta, při přezkoumávání rozsudku soudu, nebo při návrhu na jeho úpravě. V současné době PFERDA z.ú. spolupracuje s několika klienty, kteří mají například zbytečně obecně vypsané omezení. To potom způsobuje omezení nebo nejasnosti v přímé práci, tzn. co klient smí nebo nesmí. Prostřednictvím setkání zainteresovaných stran by měl vzniknout přesný seznam konkrétních omezení, které bude následně soudu doporučen opatrovníkem.

4. Problémy při osamostatňování klientů

Ve své praxi pracovníci PFERDA z.ú. řeší hned několik problémů, které klienty omezují, nebo jim dokonce zabírají žít v přirozeném prostředí s co nejnižší mírou poskytované pomoci.

4.1 Finanční situace klientů

Většina klientů se potýká s finančními problémy. Pokud bydlí v ústavním zařízení, velkou část jejich prostředků zaplatí za služby, další část za osobní spotřebu. Nezbyvá tedy příliš možností pro spoření finančních prostředků. Někteří klienti nejsou schopni vzhledem k výši svých příjmů vytvářet finanční rezervu. V praxi se setkáváme s případy, kdy klientům nebyl přiznán příspěvek na péči, ačkoliv potřebují pomoc sociálních služeb, nebo mají invalidní důchod druhého nebo prvního stupně, což se nepříznivě odráží na jejich měsíčních příjmech. Navíc osoby s mentálním postižením a duševním onemocněním není lehké zaměstnat (není velký výběr chráněných pracovních míst), mnozí zaměstnavatelé nestojí o zaměstnance s tímto typem postižení. Situaci by zlepšila přítomnost pracovního asistenta, který pomáhá klientovi naučit se zvládat práci v takové kvalitě, aby si ji dlouhodobě udržel, ale ne vždy je možnost takového asistenta využít.

Zaměstnání má ovšem i další přínosy, které nelze opominout. Člověk díky ní získává i mnoho další zkušenosti, například jak jednat s lidmi, jak pracovat se stresem, jak přemýšlet zodpovědně (například rozplánování dovolené). Poznává nové lidi a posiluje sociální vazby v širokých skupinách osob bez postižení. (Matoušek, s. 114). Organizace PFERDA z.ú. pro život v přirozeném pro-

středí považuje zaměstnání, pokud možno na otevřeném trhu práce, za klíčové. Díky zaměstnání lidé s postižením efektivně tráví čas, čímž se zmenšuje prostor pro vznik patologických jevů např. alkoholismus, vandalství apod.

Absence pravidelné výplaty se také odráží na rozpočtu klienta. I klienti, kteří žili v rodinách, nemusí být dostatečně finančně zaopatřeni. Jejich rodiče dlouhodobě nepředpokládali, že by se jejich potomek mohl osamostatnit, a tak i v případě, že by na to měli prostředky, nespořili, nebo nezaložili pro své dítě stavební spoření, ačkoliv pro potomka bez postižení by takto peníze šetřili.

Bydlení v přirozeném prostředí přitom obnáší několik finančních zátěží. V první řadě náklady na pořízení bytu, nebo složení zálohy tříměsíčního nájmu, pořízení si alespoň základního vybavení bytu a měsíční náklady na provoz bytu. Také je potřeba vytvořit finanční rezervu pro případy nouze, např. rozbitý spotřebič, dlouhodobá nemocenská, atd., aby nebyl život ve vlastním bydlení ohrožen. Jde o jednu z nejzávažnějších překážek, se kterou se musí počítat, při samostatném bydlení.

Klíčová činnost, kterou pracovníci PFERDA z.ú. dělají společně s klienty, je sestavování a vedení měsíčních rozpočtů tak, aby i klient s nízkými příjmy vyšel a měl zapláceno vše potřebné. V případě schodkových rozpočtů probírají možnosti, jak příjmy zvýšit a následně se o zvýšení příjmů společně s klientem pokouší. Ne vždy bývá sestavování rozpočtů jednoduché, často se klient musí velmi omezovat ve svých výdajích, aby v přirozeném prostředí mohl bydlet.

4.2 Shánění vhodného bydlení

V Rychnově nad Kněžnou a okolí je dlouhodobě nepříznivá bytová situace. Závod Škoda auto Kvasiny a další přílehlé spolupracující závody lákají z širokého okolí pracovníky, kteří hledají ubytování v místě svého pracoviště. Poptávka po bytech výrazně převyšuje nabídku, zároveň ceny bytů jsou vyšší, než je celorepublikový průměr. Za byt 2+1 bez energií se požaduje okolo 10 000 Kč. Zároveň se musí počítat i se vzdáleností bydlení od zaměstnání, protože někteří klienti nevlastní průkaz osoby se zdravotním postižením, ZTP nebo ZTP/P a finance za dojíždění do práce opět negativně ovlivňují celkový rozpočet uživatele. Organizace PFERDA z.ú. nezajišťuje klientům podporovaného bydlení byty, může je ale pomáhat shánět. Zatím pokaždé se podařilo najít finančně vhodné bydlení, není to ale snadné, občas je takové hledání časově náročné.

4.3 Závislost na sociálních službách

Ačkoliv organizace PFERDA z.ú. se snaží vést své klienty, aby užívali co nejčastěji veřejné služby, zatím se to na praxi často neodráží. Níže je přiložen modelový příklad situací, se kterými se setkáváme v různé míře závislosti na službách.

Paní Marie žije v ústavním zařízení. 2x týdně dochází do Tréninkového bytu, kde se učí základním potřebným dovednostem pro samostatný život. Zároveň 2x týdně dochází do Tréninkové kavárny organizace PFERDA z.ú., kde si osvojuje dovednosti pro své pracovní uplatnění. S paní Marií je plánováno osamostatnění z ústavního zařízení. Až si sežene bydlení, bude využívat službu podpory samostatného bydlení Takový normální život. Paní Marie nemůže sehnat práci na otevřeném trhu práce. Sama se nevládne v práci dostatečně rychle zorientovat a naučit se činnosti, které jsou po ní vyžadovány. Zatím se nenašel zaměstnavatel, který by věnoval dostatečný čas pro intenzivnější a dlouhodobější školení paní Marie. Ta by potřebovala placeného pracovního asistenta, její další možnosti je shánět chráněné pracovní místo u zaměstnavatele, který rozumí jejím potřebám a citlivěji s ní pracuje, toho ale zatím nenachází. Z organizace PFERDA z.ú. dostala nabídku, že by

mohla jít do její sociální firmy Úklidová firma Láry Fáry. Marie nabídku zvažuje, nyní ale zjistila, že existuje organizace, která pomáhá shánět zaměstnání pro osoby s nějakým typem handicapu. Ráda by s nimi začala spolupracovat a doufá, že by našla práci v oblasti obchodu, který na škole studovala. Marie si je nejistá, jak trávit volný čas. Dochází 2x týdně do další organizace, poskytující sociální služby, která provozuje centrum denních služeb. Tam zkouší keramiku nebo se učí na počítači. V ústavním zařízení chodí do hudebního kroužku a také na keramiku. Jednou za měsíc jede na výlet buď s ústavním zařízením nebo s centrem denních služeb.

Příklad paní Marie je sice smyšlený, ale v podobné situaci se nachází mnoho klientů, se kterými organizace PFERDA z.ú. pracuje. Chybí ochotní zaměstnavatelé, stále je nízká nabídka chráněných pracovních míst, nejsou dostatečné finance na pracovní asistenty. Veřejné služby jsou nahrazovány sociálními službami z důvodů finančních, ale i ze sociálních bariér. Stále tedy vidíme prostor ve zlepšování začleňování osob s mentálním postižením do společnosti a pracujeme na něm.

4.4. Postoj veřejnosti k osobám s mentálním postižením

Lidé si obecně nejsou jistí, jak s osobami s mentálním postižením jednat. Pracovníci organizace PFERDA z.ú. se setkávají s lidmi, kteří ignorují, nebo nechápou, že člověk s mentálním postižením je stále především dospělý člověk se všemi právy i povinnostmi. Osobám s mentálním postižením tykají, neptají se jich na jejich názor. Mluví s nimi jako s dítětem, nebo je z komunikace zcela vynechávají a mluví například s pracovníkem, který dotyčnou osobu doprovází. Jiní lidé si naopak neuvědomují, že lidé s mentálním postižením mají obtíže s chápáním abstraktních pojmů, nebo neznají cizí odborné termíny, nestrží dlouhodobě pozornost. Na jednu stranu si přejí, aby tyto osoby prožily naplněný, kvalitní život, na druhou stranu jim není příjemné, aby měli někoho takového poblíž. Pracovníci organizace PFERDA z.ú. se snaží svou práci a prezentaci tyto jednotlivé postoje bourat. Přesto zatím převládá názor, že nejlépe by těmto osobám bylo v ústavním zařízení, kde mají vše potřebné a mají okolo sebe osoby s podobným postižením. Na tomto rozšířeném názoru pak troskotají jakékoliv snahy o transformaci ústavní péče a začlenění osob s mentálním postižením do společnosti a žití v přirozeném prostředí, zvláště pokud tento názor zastávají samotní pracovníci ústavních zařízení.

S těmito postoji úzce souvisí ještě jedna problematika, a to sexualita a partnerské vztahy osob s mentálním postižením. Organizace PFERDA z.ú. považuje sexualitu za podstatnou a cennou součást lidského života, která vede k vlastnímu pocitu sebeuvědomění, osobnímu štěstí a naplnění. Klienti jsou ale v těchto oblastech často nedostatečně informováni, v partnerských vztazích jsou nejistí. Velmi často se ale organizace setkává s názory, že lidé s tímto typem postižení nemají sexuální potřeby, nerozumí tomu, nemohou navázat hluboké citové vazby a žít v partnerském vztahu.

5. Závěr

V oblasti bydlení klientů v přirozeném prostředí se angažuje organizace PFERDA z.ú. především díky službám Tréninkový byt, který učí klienty potřebné dovednosti, které jim pomohou v samostatnosti a naučí je vše potřebné, co k vlastnímu bydlení potřebují a jsou schopni se to naučit. S ostatními potřebami, které si nejsou schopni naplnit sami (kvůli svému postižení) jim následně pomáhá terénní služba podporovaného samostatného bydlení, Takový normální život. Organizace PFERDA z.ú. pokládá za klíčové propojení všech zainteresovaných stran, které jsou v nějaké vazbě s klientem. Společný postup pomáhá více konkretizovat službu a zacílit na aktuální potřeby. Společně se řeší akutní situace i individuální plánování. V budoucnu se bude vytvářet pra-

covní skupina, vytvářející návrh na konkrétní omezení svéprávnosti v rozsudku při přezkoumávání svéprávnosti uživatele. Nejčastější problémy, které ohrožují žití v přirozeném prostředí je finanční náročnost při přestěhování i při udržení si bydlení. Dále shánění vhodného bytu a vytváření umělé závislosti na sociálních službách. V neposlední řadě organizace neustále řeší nevhodné postoje veřejnosti vůči osobám s mentálním postižením. Proti těmto postojům bojují šířením osvěty a propagací výsledků své práce.

Zdroje

Interní materiály organizace PFERDA z.ú.

Zjišťování potřeb lidí jako nástroj podpory jejich setrvání ve svém přirozeném prostředí

Survey of people's needs as a tool to support their remaining in their natural environment

Miroslav Pilát⁶

Abstrakt

Pojem potřeba je velmi široký a bývá většinou různě interpretován. Tato skutečnost často vede k tomu, že při zjišťování potřeb lidí se v dotaznicích zjišťují chybějící služby dle typologie služeb zákona o sociálních službách, a nikoliv skutečné potřeby podpory či pomoci uživatelům sociálních služeb nebo zájemcům o ně. Proces zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb a veřejnosti bývá obvykle nejslabším článkem analytické části komunitního plánování sociálních služeb. Identifikace skutečných potřeb lidí může pomoci nastavit síť sociálních a souvisejících služeb a systém podpory v komunitě tak, aby lidé v nepříznivé sociální situaci mohli co nejdéle setrvat ve svém přirozeném sociálním prostředí, mohli žít běžným způsobem života, využívat místní instituce, které poskytují služby veřejnosti, přirozené vztahové sítě a své vlastní možnosti. Příspěvek se zabývá konceptem normativních, pocíťovaných, vyjadřovaných a komparativních potřeb a zběžně i vybranými empirickými metodami a technikami zjišťování potřeb. Recipročně stat⁷ nabízí vhled do tzv. nového zjišťování potřeb, které zaujímá svojí filozofii i obsahem antagonistický postoj směrem k empirickým metodám zjišťování potřeb.

Klíčová slova: Potřeby. Koncept potřeb. Zjišťování potřeb.

Abstract

The term "need" is broad and interpreted in many different ways. This fact often results in that when finding the needs of people, the questionnaires find out the missing services by typology of services by the social services act, and not real needs of the support or assistance to the users of the social services or applicants thereof. The process of finding out the needs of the users of the social services and public is usually the weakest link of the analytical part of the community planning of the social services. The identification of the real needs of people may help in setting up the network of social and associated services and the support system in the community so that the people in unfavourable life situation can remain as long as possible in their natural social habitat, live their normal life, use local institutions that provide public services, natural relation networks, and their options. The contribution deals with the concept of the normative, perceived, expressed, and comparative needs, as well as briefly with selected empiric methods and techniques for finding out the needs. Reciprocally, the passage offers an insight into so-called new finding out of the needs, philosophy and contents of which has an antagonistic approach towards the empiric methods for finding out the needs.

Keywords: Needs. The concept of needs. Finding out the needs.

1. Potřeby uživatelů a potencionálních uživatelů sociálních služeb

1.1 Vymezení potřeb, potřeby uživatelů a potencionálních uživatelů

Potřeby uživatelů sociálních služeb a jejich zjišťování jsou bezesporu ústředními pojmy a nástroji jak v oblasti plánování sociálních služeb, tak jejich poskytování. Jedním z největších, ale bohužel také nejčastějších omylů v oblasti plánování sociálních služeb je skutečnost, že tomuto fenoménu je věnována pozornost pouze v analytické fázi procesu komunitního plánování, bez uvědomění si skutečnosti, že potřeby uživatelů se nejen dynamicky vyvíjejí, ale někdy dokonce radikálně mění.

16 PaedDr. Miroslav Pilát, Ph.D., Slezská univerzita v Opavě, Fakulta veřejných politik, vedoucí Ústavu veřejné správy a regionální politiky, Bezučovo nám. 14, 746 01 Opava., e-mailová adresa: miroslav.pilat@seznam.cz Tel.: +420 602 752 263

Pojem potřeba je velmi široký, zákonem u nás nedefinovaný a bývá velmi často různě interpretován. Zákon o sociálních službách v ustanoveních § 94 a § 95 poněkud nešťastně obsahuje formulaci, kterou ukládá za povinnost obcím a krajům **zjišťovat potřeby poskytování sociálních služeb osobám nebo skupinám osob na svém území.**¹⁷

Tato dle našeho názoru poněkud zavádějící dikce zákona může vést a často v praxi vede k tomu, že při zjišťování potřeb uživatelů se v dotaznicích zjišťují chybějící služby dle typologie služeb zákona o sociálních službách, a nikoliv potřeby podpory či pomoci uživatelům sociálních služeb nebo zájemcům o ně. Jsme přesvědčeni, a současná praxe to i potvrzuje, že lidé jsou schopni velmi dobře specifikovat a popsat svoje potřeby, ale že řadu z nich nelze řešit sociální službou, jelikož sociální služby pochopitelně nemohou řešit celé spektrum lidských potřeb. Dostupnost sociálních služeb a potřeby osob na daném území jsou jednoznačně ve vzájemném vztahu, dostupnost by měla odpovídat na potřeby (Úlehla, 2008).

Znalost potřeb uživatelů sociálních služeb se tedy stává základním informačním zdrojem při vytváření komunitního plánu sociálních služeb, a to zejména z toho důvodu, že komunitní plán má vycházet vstříc potřebám uživatelů služeb s ohledem na místní možnosti a podmínky. Ve své podstatě se jedná o zcela zásadně nový přístup, který je de facto tím, co dělá plánování sociálních služeb komunitním.

1.2 Zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb

Problematickou zjišťování potřeb z pohledu sociokulturní antropologie se ve své práci zabývá Kavalír (2006). Kavalír poukazuje na tu skutečnost, že paradoxně proces zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb, který by v žádném případě neměl sloužit jako náhrada přímé participace uživatelů na procesu komunitního plánování, bývá obvykle nejslabším článkem analytické části komunitního plánování sociálních služeb. Důvod lze spatřit v tom, že techniky zjišťování potřeb uživatelů si vyžadují dostatečný a erudovaný znalostní základ z oblasti sociologie a kulturní antropologie.

„Bradshaw (In Ervin, 2000) rozlišuje čtyři druhy potřeb: *normativní, pocítované, vyjadřované a srovnávací*“ (Kavalír, 2006, s. 32).

Kavalír (2006) je ve svojí práci popisuje následujícím způsobem, který nám může lépe pochopit komplexnější hodnocení potřeb.

Normativní potřeby (normative needs) jsou na základě studií a dlouhodobé zkušenosti s uživateli sociálních služeb určovány poskytovateli služeb anebo experty. Někdy mohou mít podobu měřitelných čísel, v sociální oblasti se například jedná o stanovení hranice chudoby, která je vyjádřena určitým procentem z příjmu. Potřebu tak zakládá odchylka od normativu. V oblasti komunitního plánování sociálních služeb se můžeme setkat s normativy stanovenými Průšou (1997)¹⁸, které stanovují počet míst u vybraných typů rezidenčních služeb připadajících na 1000 nebo 10 000 obyvatel a jejichž přepočtem je možné získat údaje odpovídající řešenému území. Tyto údaje je však nutno brát pouze orientačně, jelikož nerespektují specifické situace u obyvatel jednotlivých obcí a regionů. Na druhé straně jsou často jediným referenčním rámcem umožňujícím srovnání.

Pocítované potřeby (felt needs) bývají zjišťovány tak, že lidé jsou přímo dotazováni, co aktuálně chtějí. Vzhledem ke skutečnosti, že je velmi pravděpodobné, že dotazované osoby budou své potřeby rozšiřovat o svá ideální přání, je často obtížné je stanovit. Na druhé straně se setkáváme se

17 Na straně druhé nově v § 3 písm. h) zákona č. 254/2014 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se za střednědobý plán rozvoje sociálních služeb považuje strategický dokument obce nebo kraje schválený na dobu 3 let, který je výsledkem aktivního zjišťování potřeb osob na území obce nebo kraje a hledání způsobů jejich uspokojování s využitím dostupných zdrojů.

18 PRŮŠA, Ladislav, ed. Obce, města, regiony a sociální služby. 1. vydání. Praha: Sociopress, 1997. ISBN 80-902260-1-9.

skutečností, že někteří lidé se ostýchají si vědomě připustit, že nějakou pomoc skutečně potřebují. Navíc není reálné očekávat, že lidé budou schopni definovat své potřeby tak, aby byly kompatibilní s konkrétní sociální službou.

Vyjadřované potřeby (expressed needs) jsou chápány jako pociťované potřeby, které směřují k poplávce po nějakém zásahu nebo řešení. Jako příklad uvádí Ervin (in Kavalír, 2006) lobování nebo demonstrace, kdy lidé dávají přímo najevo, co chtějí. V oblasti poskytování sociálních služeb se zpravidla jedná o vyhledání příslušné sociální služby a o oslovení poskytovatele jako zájemce o službu, popřípadě zápis do pořadníku čekatelů na službu. V rámci komunitního plánování sociálních služeb nacházíme prostor pro vyjadřované potřeby právě v pracovních skupinách, ve kterých by měli být podle hlavních zásad komunitního plánování zapojeni rovněž uživatelé sociálních služeb. Je zřejmé, že motivací pro zapojení se do pracovních skupin ze strany uživatelů sociálních služeb je právě motivováno úsilím o prosazení řešení konkrétních potřeb postavených na reálném základě, než formulování vizí řešících hypotetické situace.

Koncept komparativních potřeb (comparative needs) vychází z předpokladu, že lidé spadající do určité kategorie mívají většinou stejné nebo alespoň podobné potřeby. Můžeme tedy vycházet z předpokladu, že i když sociálních služeb využívají pouze zástupci určité kategorie, budou mít i ostatní stejné nebo podobné potřeby. V oblasti plánování sociálních služeb lze definovaného souboru komparativních potřeb pro určité cílové skupiny uživatelů sociálních služeb využít jako jednoho z podkladů v regionech, kde se nepodaří kontaktovat a popřípadě zapojit uživatele řešené cílové skupiny (např. u lidí ohrožených drogovou závislostí, kteří využívají služeb neznámých poskytovatelů v jiných regionech, kdy poskytovatelé sociálních služeb s regionální působností nezjišťují bydliště uživatelů, a proto se nemohou vyjádřit k počtu uživatelů v dané oblasti a ani s nimi zprostředkovat kontakt).

„Pro účely zjišťování potřeb uživatelů při komunitním plánování sociálních služeb postačí zredukování 4 Bradshawových typů potřeb na 2 kategorie:

1. **Potřeby deklarované uživateli služeb** (pociťované a vyjadřované),
2. **Potřeby uživatelů stanovené poskytovateli a dalšími odborníky v dané oblasti** (normativní/komparativní).“ (Kavalír, 2006, s. 37)

Je přínosné mít z teorie potřeb na zřeteli, že běžně dochází k odlišnostem mezi tím, jak různí lidé dokáží artikulovat své potřeby, při čemž někteří mohou mísit své „skutečné“ potřeby s ideálními přáními řešícími jejich hypotetické situace. Proto konečným arbitrem znění a definice potřeb uživatelů je vždy někdo jiný, někdo, kdo má možnost nadhledu, srovnání a analýzy a syntézy (Skříčková et al., 2007).

1.3 *Analýza (zjišťování) potřeb uživatelů sociálních služeb*

Empirické metody a techniky zjišťování potřeb uživatelů potřebují dostatečný znalostní základ z oblasti sociologie a kulturní antropologie. Koordinátoři komunitního plánování nebo manažerský tým však obvykle nejsou zároveň odborníky právě v této oblasti, takže jednak neumějí tento průzkum kvalitně navrhnut, realizovat a zpracovat, ale v podstatě ani zadat. Při zjišťování potřeb je v tomto případě nezbytná spolupráce s odborníky. Komunitní plánovači mohou využít studentů oborů sociologie, sociální práce, kulturní antropologie apod. Je nezbytné, aby sběr dat vedl odborník, který šetření zaštití a připraví vzdělání tazatelů, např. zmiňovaných studentů.

Důležitá je spolupráce s poskytovateli služeb, protože u některých cílových skupin, jako jsou například uživatelé návykových látek, těžko mohou uspět tazatelé, kteří se v terénu neorientují. Přitom považujeme za žádoucí, aby se na realizaci zjišťování potřeb uživatelů řídicí skupina podílela v co největší míře. Zadat zkoumání potřeb uživatelů služeb pouze expertům může vést k tomu, že jako výstup výzkumu získáme údaje, které nedostatečně mapují to, co potřebujeme vědět; při šetření potřeb pouze expertním přístupem se z něho vytrácí místní jedinečnost. Pokud zadavatelé výzkumu chtějí provádět výzkum prostřednictvím expertů, je třeba, aby se zadavatelé alespoň aktivně podíleli na jeho přípravě (Oriniaková et al., 2005).

Často se v praxi stává, že účastníci komunitního plánování nemají zcela jasnou představu o tom, co mohou od zjišťování potřeb a sběru dat očekávat a zejména k čemu je možné získané údaje využít, a proto jejich očekávání mohou být nereálná. Rovněž tak si neuvědomují, že analýza potřeb má limitní dotaci nejen časovou, finanční či personální, ale také metodologickou. Právě při volbě výzkumných metod již může docházet k výrazné redukci dat, která budou získávána a zaznamenávána. Už ta skutečnost, že začneme v dané lokalitě uživatele aktivně vyhledávat, oslovovat je a analyzovat jejich potřeby nikoliv na základě statistických údajů, ale z jejich odpovědí a vyprávění, je pro proces a výsledek komunitního plánování značným přínosem. Bez přímého zapojení uživatelů podstupujeme riziko, že výsledkem našeho snažení bude pouze statistické zjišťování počtu a rozložení sociálních služeb na daném území bez odpovědi na otázku, zda stávající síť poskytovaných sociálních služeb odpovídá skutečným potřebám občanů v komunitě (Oriniaková et al., 2005).

Domníváme se, že zklamání, která mohou přinést výsledky expertního výzkumu, mohou mít kořeny v neznalosti předností a nedostatků jednotlivých výzkumných metod ze strany zadavatelů výzkumu a na druhé straně ve špatné orientaci v systému sociálních služeb a znalosti místních specifik ze strany expertů. Z našeho pohledu lze prvopočáteční a úzkou spolupráci mezi zadavateli a experty předcházet nedorozuměním a případným zklamáním. V první řadě je nutno definovat cíl a hlavní úkoly, které mají být splněny, zvolit metody a následně zpracovat plán postupu prací. Volba vhodných výzkumných metod musí být spjata s cílem a předmětem práce. V této fázi je nutno mít rovněž na zřeteli podstatné rozdíly mezi kvalitativními a kvantitativními metodami výzkumu, které nespočívají pouze v odlišných filozofických základech, ale také v povaze získávaných dat a personální, časové a finanční náročnosti.

Pro získávání informací od uživatelů v oblasti zjišťování jejich potřeb a zájmů v rámci řešení výzkumu lze rovněž úspěšně používat integrovaný přístup¹⁹ s převahou kvantitativní strategie, který klade zásadní důraz na interakci mezi tím, kdo je dotazován (byť použitím dotazníku), a tazatelem, u níž je v průběhu výzkumu kladen důraz na interakci všech participujících subjektů. Je zřejmé, že pro zpracování závěrečných zjištění budou dle předpokladu charakteru výzkumného projektu převažovat kvantitativní metody a techniky výzkumu.

Kromě zmíněných metod sběru dat lze rovněž využívat formální i neformální setkávání uživatelů, při čemž je nutné dopředu vypracovat strategii a metodiku sběru, analýzy, vyhodnocení a interpretace takto získaných dat.

19 Bližší informace o této problematice můžete nalézt v publikaci: LOUČKOVÁ, Ivana. Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu. Praha: SLON, 2009. ISBN 978-80-86429-79-3.

2. Vybrané nové přístupy k zjišťování potřeb uživatelů sociálních služeb

2.1 Ohniskové skupiny

Pro výše zmíněné účely lze rovněž použít progresivní kvalitativní metodu pro získávání dat, která získáváme za využití skupinové interakce vzniklé a probíhající v debatě na téma určené badatelem v rámci ohniskových skupin (focus groups).²⁰

V rámci komunitně vedené strategie místního rozvoje, která je vnímána jako metoda pro zapojování partnerů na místní úrovni, včetně občanské společnosti a místních ekonomických subjektů při vytváření a provádění místních integrovaných strategií, které pomáhají v daném území a společenství vytvořit přechod k udržitelnější budoucnosti a může být velmi účinným nástrojem k novým, efektivnějším a udržitelnějším, formám hospodářského i sociálního rozvoje a ochrany životního prostředí metoda tzv. ohniskových skupin, která se podle některých autorů řadí v současné době mezi nejprogresivnější metody kvalitativního výzkumu.

Původ této techniky spadá do USA a poloviny dvacátého století, nejedná se tedy o žádný nový objev, ale za desetiletí používání jde o dobře ověřený způsob získávání požadovaných dat. Zvláště v počátcích se tato technika rozšířila především v marketingových výzkumech, kde si i nadále svou pozici drží. V současnosti je ale využívána pro zkoumání celého spektra různých témat a problémů. Pro potřeby komunitní práce je ale zatím využívána dosti sporadicky, v posledních letech můžeme zaregistrovat zvýšený zájem o tuto metodu kvalitativního výzkumu v oblasti komunitního plánování sociálních služeb, a to zejména při zjišťování potřeb uživatelů, poskytovatelů a zadavatelů sociálních služeb. Většinou výstupy z ohniskových skupin slouží jako součást analytických dat, o které se opírá tvorba cílů a opatření komunitního plánu sociálních služeb, ojedinele se můžeme setkat s tím, že tato kvalitativní metoda v rámci plánování spolu se SWOT analýzami za jednotlivé pracovní skupiny plně nahrazuje kvantitativní přístup, který je převážně reprezentován dotazníkovými technikami, které mají tu nevýhodu, že často zjišťují potřeby sociálních služeb a ne potřeby uživatelů sociálních a veřejnosti. Ohnisková skupina je výzkumná technika k získání kvalitativních dat, jejíž podstata spočívá v tom, že probíhá formou rozpravy nad zvoleným tématem. Diskuze je řízena moderátorem a účastní se jí skupina respondentů, kterým je ponechána velká volnost při vyjadřování a je jim rovněž umožněno vzájemně reagovat a doplňovat to, co zazní od jiných účastníků diskuze (Štainer, 2011).

Ohniskové skupiny je možné použít k prozkoumání názorů, postojů a zkušeností lidí. Tato metoda umožňuje proniknout do hloubky a pochopit, jak účastníci ohniskové skupiny o problematice přemýšlí. Respondenti mohou poskytnout své odhady výskytu určitých jevů. Tuto techniku nelze ale použít tam, kde jde o získání přesných statistických údajů o počtech a struktuře. Je ale možné ji využít jako samostatný nástroj pro získání dat anebo ji lze velmi vhodně kombinovat i s jinými sociologickými metodami a technikami. Hlavní výhoda ohniskových skupin ve srovnání se zúčastněným pozorováním spočívá v možnosti pozorovat v omezeném časovém úseku velké množství interakcí týkajících se předmětu výzkumu při schopnosti badatele sestavit a řídit sezení ohniskové skupiny (Morgan, 2001).

20 Velmi často je rovněž používáno anglický termín „focus groups“, který je často překládán jako ohniskové skupiny, neboť termín „fukusní“ není z lingvistického hlediska správný a jazykově správná varianta „fokální“ se příliš neujala. V našich geografických podmínkách zatím stále nedošlo k sjednocení názvu, což jen potvrzuje tu skutečnost, že prozatím nejde o frekventovanou techniku, která by byla odbornou veřejností jednotně nazývána. Všechny uvedené názvy tak představují stejnou výzkumnou techniku a rozdíl je pouze a právě v názvu, neliší si nijak svým provedením. Pro účely tohoto textu se budeme držet českého překladu v podobě „ohnisková skupina“.

Ohniskové skupiny jsou velmi flexibilní. Umožňují pokrýt i ta témata, se kterými se při přípravě nepočítalo a která se objevila v průběhu debaty. Ohniskové skupiny, mohou být, v závislosti na okolnostech výzkumu, poměrně rychlým a levným způsobem získání požadovaných informací v porovnání s rozsáhlejší dotazníkovým šetřením nebo realizací adekvátního počtu individuálních rozhovorů. Vzájemná interakce v diskusi pomáhá získat větší množství informací a může na místě odhalit některé názory respondentů, které vychází z neznalosti nebo chybných informací.

Metoda ohniskových skupin má rovněž své limity. Množství a kvalita získaných dat závisí do značné míry na schopnostech moderátora. Moderátor musí mít tedy odpovídající schopnosti a musí být důkladně obeznámen s cíli výzkumu. Kvalitativní povaha dat omezuje možnost generalizace získaných závěrů. Zvláště při nižším počtu realizovaných ohniskových skupin. Někdy může být obtížné získání vhodných účastníků a sestavení ohniskové skupiny. Složení skupiny může ovlivnit chování respondentů, a tím i její výstupy, zvláště když je některý z nich příliš dominantní. Některá citlivá osobní témata navíc nejsou vhodná pro diskusi ve skupině.

2.2 *Nové zjišťování potřeb*

Kolektiv autorů,²¹ **převážně se rekrutujících z okruhu vzdělavatelů a metodiků komunitního plánování v ČR, vydal v roce 2009 pro některé možná poněkud diskutabilní a v určitém ohledu i kontroverzní,**²² ale bezesporu zajímavou práci s názvem **Nové zjišťování potřeb, s jejíž filozofií a obsahem vás chceme na těchto stránkách velmi stručně seznámit.**

Autoři nabízejí způsob práce s potřebami občanů, který staví na běžně používaných dovednostech a využívá dostupné znalosti a zkušenosti a který vychází z přirozených způsobů jednání s lidmi. Situace se zjišťováním potřeb je podle autorů zoufalá. Nejčastěji se podle jejich názoru ptáme na potřeby lidí s pomocí dotazníku, bez ohledu na to, že je pro daný účel zcela nevhodný a navíc jsou otázky natolik obecné, že se stejně nic nedozvíme. Velká část tzv. zjišťování potřeb občanů ve skutečnosti představuje náborové akce pro sociální služby: **Chcete pečovatelskou službu? A pro jaké úkony? Jak často? Rádi také říkáme, že ke zjišťování potřeb občanů se musí přistoupit odpovědně a má se svěřit do rukou odborníků: výsledky jejich práce pak obdivujeme tím více, čím méně jim rozumíme (Havlík et al., 2009).**

Podle názorů autorů, se kterými se ztotožňujeme, současný přístup k potřebám vychází z níže uvedených falešných předpokladů.

Potřeby zjišťujeme kvůli sociálním službám. Nikoli, potřeby zjišťujeme kvůli lidem, pro lidi. Chceme znát, co druzí potřebují a jakou podporu by uvítali. Tou pak může být sousedova vřepomoc, lepší otevírací doba v úřadu nebo nabídka pečovatelské služby.

Potřeby jsou tajemné a nepojmenovatelné. Nejsou. Každý máme zkušenost s tím, když nám něco chybí, když jsme omezeni proti běžnému fungování. Kolikrát už jste si v životě řekli: co mi to vlastně je, jak se toho zbavím?

Potřeby odráží osobní vlastnosti člověka. Nejenom to, potřeby v tomto kontextu jsou spojením osobních a společenských charakteristik. Jednou mohou odrážet nedostatek osobních dovedností nebo schopností, jindy nedostatek společenských zdrojů nebo přístupu k nim, ale často obojí.

Potřeby se dají změřit, zvážit a spočítat. Nedají, jelikož lidé nejsou rohlíky, rovněž tak nemůžeme říct, kolik kilo pečovatelské služby budeme potřebovat za pět let. Každý člověk je jiný, proto i každá situace a každá potřeba. Nemůžeme je znormovat, vyčíslit a spočítat. Demografické

21 Miloš Havlík, Jindra Koldinská, Martina Macurová, Zuzana Skříčková, Jan Syrový, Milan Šveřepa, Marek Topolovský, Ivan Úlehla a Josef Veselka.

22 Např.: „Vysokoškolská pedagogové by zasluhovali vylískat. Jak jinak reagovat, když metodologicky správný přístup čelí výtkám z nevědeckosti, kdežto zcela pomýlený je považován za správný a vědou podložený.“ (Havlík et al., 2009, s. 6).

křivky o stárnutí populace jsou užitečné, ale neříkají však nic o tom, jací senioři budou, jaké budou mít zvyky, dovednosti, požadavky, jaký bude jejich zdravotní stav.

Potřeby lze určit na několik let dopředu. Není tomu tak. Často se stává, že provedeme jedno dotazníkové šetření a s ním naplánujeme sociální služby pro dalších pět let. Potřeby se neustále mění, stejně jako prostředí, v němž na ně můžeme reagovat. Například stará paní klidně vyplní dotazník, že nic nepotřebuje (snad s tím nákupem kdyby někdo pomohl), ale za měsíc si zlomí nohu v krčku a rázem má potřebu celodenní péče a takové situace se nedají plánovat.

Havlík et al. (2009) představují **nová východiška**, která nabízejí podle autorů v oblasti zjišťování potřeb cestu vpřed a která níže uvádíme.

Potřeby zjišťujeme proto, abychom lidem pomohli.

Existují pouze dva důvody, proč zjišťovat potřeby občanů. Abychom je mohli uspokojit (zprostředkovat existující způsoby pomoci) a abychom mohli jejich uspokojení plánovat (zajistit vznik potřebných, neexistujících způsobů pomoci).

Potřeby nezjišťujeme kvůli sociálním službám. Děláme to proto, abychom zprostředkovali potřebnou pomoc. Způsobů pomoci může být spousta a sociální služby jsou možná až posledním z nich. Přicházejí na řadu až tehdy, kdy všechny ostatní způsoby nestačí nebo nejsou dostupné.

Ptáme-li se, musíme reagovat. Není správné ptát se lidí na jejich potřeby, vzbudit v nich očekávání, a potom nic neudělat. Musíme informovat o nejbližších plánovaných krocích, musíme zajistit přiměřenou reakci na zjištěné informace.

K účelné práci s potřebami občanů vede cesta, kterou podle autorů spojují tři zásady:

1. Použijeme přímé způsoby jednání s lidmi.
2. Využijeme běžné dovednosti a znalosti.
3. Pracujeme neustále s potřebami občanů.

Potřeby jsou kvalitativní (jakostní, obsahová) záležitost. Ptáme se, CO lidé potřebují, v JAKÉ situaci se nacházejí, JAKOU pomoc by uvítali, CO pro ně můžeme udělat. Nejde v žádném případě o kvantitu (množství, objem), nic nepočítáme (Havlík et al., 2009).

Nejčastější a největší chybou, které se podle autorů dopouštíme, je to, že s výsledky zjišťování (potřebami) dále nepracujeme, nijak je nevyužijeme, nijak na ně nereagujeme. Vynaložíme úsilí a peníze, v dotazovaných vzbudíme očekávání – a neuděláme nic anebo uděláme něco, co neodpovídá zjištěným potřebám. Nejde ani o to, že jsme utratili peníze a zmařili naše úsilí, ale největší a někdy nevratné škody pácháme na lidech, s nimiž jednáme, a na jejich důvěře k veřejným institucím. Potřeby zjišťujeme proto, abychom lidem pomohli.

Seznam literatury a dalších použitých zdrojů

Výchozí autorovy práce

PILÁT, Miroslav. *Komunitní plánování sociálních služeb v současné teorii a praxi*. Praha: Portál, 2015. 200 s. ISBN 978-80-262-0932-4.

PILÁT, Miroslav, Irena KAMÁNOVÁ, a Oľga OKÁLOVÁ. *Komunitné plánovanie sociálnych služieb (teoretické prístupy, manažment, fázy procesu plánovania)*. 1. vydání. Ružomberok: Verbium 2012. 166 s. ISBN 978-80-8084-886-6.

PILÁT, Miroslav. Metoda komunitního plánování jako nástroj k zajištění dostupnosti sociálních služeb prostřednictvím komunitní sociální práce. *Speciální pedagogika*. 2014, ročník 24, č. 2, s. 104-124, ISSN 121-2720.

Další použitá a doporučená literatura

HAVLÍK, Miloš et al. *Nové zjišťování potřeb*. Žďár: Komunitní plánování o. p. s., 2009.

KAVALÍR, Aleš. *Komunitní plánování sociálních služeb – příklad uplatnění antropologie v praxi*. Plzeň, 2006, 90 s. Diplomová práce. Filozofická fakulta Západočeské univerzity v Plzni, Katedra antropologie. Vedoucí diplomové práce Tomáš Hirt.

LOUČKOVÁ, Ivana. *Integrovaný přístup v sociálně vědním výzkumu*. Praha: SLON, 2009. ISBN 978-80-86429-79-3.

MORGAN, David, L. *Ohniskové skupiny jako metoda kvalitativního výzkumu*. Brno: Psychologický ústav Akademie věd, 2001. ISBN 80-85834-77-4.

ORINIAKOVÁ, Pavla, ed. *Návrhy kapitol pro komunitní plánování sociálních služeb v ČR* [online]. Praha: Komunitní plánování, o. p. s., c2005 [cit. 2015-2-9]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/2472/Kapitoly_KPSS.pdf

PRŮŠA, Ladislav, ed. *Obce, města, regiony a sociální služby*. 1. vydání. Praha: Sociopress, 1997. ISBN 80-902260-1-9.

SKŘÍČKOVÁ, Zuzana, ed. *Metodiky pro plánování sociálních služeb*. 1. vydání. Praha: Centrum pro komunitní práci, 2007. ISBN 978-80-86902-44-9.

ŠTAINER, Martin. Ohnisková skupina v komunitním plánování sociálních služeb. In: KAMÁNOVÁ, Irena, Lenka ŠTEFÁKOVÁ a Lucia JUHÁSOVÁ, eds. *Inovácie, plánovanie a kvalita sociálnych služieb v komunite*. Zborník príspevkov z 1. ročníka medzinárodnej vedeckej konferencie. Ružomberok: Verbum – vydavateľstvo Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2011, s. 153–161. 269 s. ISBN 978-80-8084-781-4.

ÚLEHLA, Ivan. Zajištění dostupnosti plánování sociálních služeb na principech komunitního plánování. In *Manuál zadavatele sociálních služeb*. Praha: Instand, 2008.

Retrospektiva služby sociální prevence „raná péče“ v kontextu neziskového sektoru v Pardubickém kraji.

A retrospective of the social prevention service of „early intervention“ in the context of the non-profit sector in the Pardubice region.

Zdenka Šándorová²³

Abstract

Historie rané péče – tedy péče o rodinu s dítětem raného věku, které je zdravotně postižené nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu – je v České republice úzce propojena s rozvojem nestátního neziskového sektoru v 90. letech minulého století. I v současné době sehrává neziskový sektor významnou roli při realizaci a rozvoji služby sociální prevence „raná péče“. Příspěvek prezentuje retrospekci této služby v Pardubickém kraji.

Klíčová slova: Raná péče. Sociální služba. Rodina. Dítě. Raný věk. Postižení. Neziskový sektor.

Abstract

The history of the early care – i.e. the care of a family with early age child with disability or of which development is endangered due to negative health condition – is tightly interconnected in the Czech Republic with the development of the non-state non-profit making sector in the 1990s. Even now the non-profit making sector plays an important role in implementation and development of the “early care” social prevention. The contribution retrospectively presents this service in the Pardubice Region.

Keywords: Early care. Social service. Family. Child. Early age. Disability. Non-profit making sector.

1. Úvod

Neziskový sektor je důležitou součástí ekonomického i politického prostředí každé vyspělé země. Neziskové organizace jsou nezávislé na státu a své úsilí zaměřují na pomoc ve všech oblastech lidského života. Základním motivem činnosti je dobrá vůle a úsilí pomáhat. Pokud budeme analyzovat retrospektivně možnosti působení neziskového sektoru na našem území, pak se objevuje v kontextu dobročinnosti či spolkové činnosti (mnišské či rybářské řády, řemeslné cechy, spolky tovaryšů).

Spolková činnost se rozvíjela zejména po ustavení československého státu v roce 1918, kdy vznikaly mimo jiné i sociálně orientované spolky. Za okupace a po únoru 1948 byl „nepohodlný“ neziskový sektor likvidován, takže před rokem 1989 oficiálně neexistoval. Od tohoto roku však prošel významným rozvojem v úzké provázanosti s ekonomickými možnostmi a podmínkami. Jeho aktivity byly a jsou nenahraditelné i v sociální oblasti.

V České republice je úloha nestátních subjektů v sociální politice aktuálně významně podporována. Nejedná se však o oslabování úlohy státu, ale o změnu role státu. Stát tímto vytváří podmínky a pravidla pro sociální chování subjektů. V souvislosti s prezentovaným tématem jsou to konkrétně subjekty poskytujících sociální služby. Také v zajištění služby sociální prevence „raná péče“ sehrával a sehrává velmi významnou úlohu silný sektor nestátních neziskových organizací, které usilují o poskytování moderních sociálních služeb.

23 Univerzita Pardubice, Fakulta filozofická, Katedra věd o výchově; e-mailová adresa: zdenka.sandorova@upce.cz; Tel.: +420 606 766 343

Neziskové subjekty vznikaly dle zákona 83/1990 Sb. o sdružování občanů. Od ledna 2014 však vstoupila v platnost velká rekodifikace soukromého práva, jejíž součástí je i nový Občanský zákoník a Zákon o obchodních korporacích nahrazující dosavadní Obchodní zákoník. Změny, které tato rekodifikace přinesla, se dotkly i neziskových organizací.

2. Vývoj rané péče

2.1 *Poválečné období*

Podle paměti Matějčka (2002) raná péče byla spjata se zařízeními pro zdravotně postižené děti raného věku. Ve střední Evropě vznikala již koncem 19. a počátkem 20. století. Česká republika byla jednou z prvních, kde se realizovala.

Poválečné kořeny péče o děti s postižením raného věku jsou v České republice mimo jiné spjaté kromě již jmenovaného Matějčka se jmény Hellbrügge, Papoušek, Vojta, Lesný, Dittrich, Vlach, Damborská, Sovák, Poláčková, Mores, Švejcar, Dunovský, Langmeier, Šturma a další. (více např. Šándorová, 2015).

Základním východiskem a důvodem pro systémovou změnu bylo po roce 1989 vytvoření legislativního rámce, který komplexně zohlednil změny související zejména s reformou územní veřejné správy a to tak, aby byla zajištěna pomoc jedincům při řešení nepříznivé sociální situace. Povinnost státu bylo vytvořit ucelený a kvalitní legislativní rámec pro podporu rozvoje zajištění kvality a dostupnosti těchto služeb.

2.2 *Vývoj rané péče po roce 1989*

Na vznik služeb rané péče po roce 1989 měli významný vliv rodiče dětí s postižením (jejich angažovanost a aktivity) a odborníci, kteří si uvědomovali, že efektivní péče o takové dítě musí probíhat v přirozeném prostředí a co nejdříve. Česká republika přijala sociálně ekologický model, ze kterého vyplývají proměny hlavního cíle činností (péče, intervencí, podpory, pomoci). V tomto případě jsou tyto činnosti vnímány jako proces, který není svými vlivy omezen pouze na dítě, nýbrž zahrnuje i jeho bezprostřední okolí, tj. rodinu, komunitu, společnost a je realizován jako sociální služba, konkrétně služba sociální prevence.

Shrneme-li vývoj rané péče, pak aktivity směřované k dítěti raného věku s ohroženým vývojem či různým zdravotním postižením byly specifické v tom, že do roku 2006 oscilovaly mezi zdravotnictvím, školstvím a sociálními službami. (Šándorová, 2015)

Rok 2006 byl pro ranou péči a obecně pro poskytování sociálních služeb rokem přelomovým, a to přijetím zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách. Tímto zákonem byl vymezen legislativně způsob a rozsah „rané péče“ (a dalších sociálních služeb) v rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí.

3. Služba sociální prevence „raná péče“

3.1 *„Raná péče“ v kontextu zákona č. 108/2006 o sociálních službách*

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, sociální služby definuje jako činnosti zajišťující pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení (§ 3). Rozlišuje služby dle druhu (§ 32) na sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence.

Pro děti raného věku s postižením, jejich rodiny, zákonné zástupce, ev. pečující osoby je relevantní služba sociální prevence „raná péče“ (§ 54). Služby sociální prevence mají za cíl předcházet sociálnímu vyloučení ohrožených osob a pomáhat jim překonat nepříznivou životní situaci.

Základ všech sociálních služeb (tedy i „rané péče“) tvoří vůdčí principy:

- **Nezávislost a autonomie** pro uživatele služeb;
- **Začlenění, integrace;**
- **Respektování potřeb** (služba je určována individuálními potřebami společnosti, neexistuje model vyhovující všem);
- **Partnerství** mezi jednotlivci, komunitami včetně místní samosprávy (obce a jejich svazky), občanskou společností, kraji (jejich svazky), státem,
- **Kvalita;**
- **Rovnost bez diskriminace;**
- **Standardy** národní;
- **Rozhodování** v místě.

Služby sociální prevence mohou být poskytovány ve třech různých formách (§ 33), a to jako **poobytové, ambulantní** či **terénní**.

Aktuálně je raná péče definována v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách v platném znění v § 54 odst. 1 jako „*terénní služba, popřípadě doplněná ambulantní formou služby, služba poskytovaná dítěti a rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je zdravotně postižené, nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého zdravotního stavu. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby.*“ Podstatné je také to, že vzhledem k zařazení do služby sociální prevence je poskytována zcela zdarma.

3.2 Cíle rané péče

K cílům rané péče se vyjadřují mnozí autoři, jmenujme např. Hradilkovou a její projekt pro Ministerstvo zdravotnictví ČR (1995), Šandorovou (habilitační práce, 2005, 2015) a další. V kontextu legislativních opatření je hlavním cílem „*podpora rodiny a podpora vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby*“ (zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění) Konkrétně má raná péče své hlavní a dílčí cíle. Mezi hlavní cíle patří:

- Předcházet postižení;
- Odstranit nebo zmírnit možné negativní následky;
- Podporovat a podněcovat senzomotorický, emocionální, sociální a intelektuální vývoj dítěte;
- Vytvořit předpoklady pro sociální integraci rodiny a pro sociální integraci vývojově ohroženého dítěte raného věku do společnosti, tedy co možná nejsamostatnější aktivní zapojení do života ve společnosti.

Dílčími cíli rané péče pak jsou:

- Předcházet negativnímu vlivu rizik anebo snížit vliv rizik, která ohrožují zdravý biologický, psychický, duchovní a sociální vývoj cílové skupiny.
- Na základě včasné diagnózy a komprehenzivní (re)habilitace poskytnout všem jedincům z cílové skupiny (dítěti a jeho rodině) nezbytnou ranou podporu v oblasti zdraví somatického, psychického i sociálního, a to na úrovni současných vědeckých poznatků, tzn. integrovat a využí-

vat nové vědecké a klinické poznatky z lékařství, psychologie, speciální pedagogiky a dalších participujících vědních disciplín ve prospěch cílové skupiny.

- Zachovat co nejlepší kvalitu zdraví a života jak dítěti s postižením, tak jeho rodině.
- Podporovat rodinu, stimulovat vývoj dítěte, sociálně integrovat rodinu i dítě, zabránit vzniku druhotných postižení, snížit negativní vlivy, posílit kompetence rodiny, profesionalizovat rodinu, nabídnout komplexní služby zabezpečované interdisciplinárním týmem.
- Včas vystavět individuální vzdělávací program a včlenit cílovou skupinu do normálního edukačního systému (integrace a inkluze).

Raná péče probíhá v přirozeném prostředí klienta, motivovaný a informovaný rodič zde hraje dominantní roli. Rodič je nedílnou součástí poradenského týmu, který dále tvoří poradce rané péče, speciální pedagog, sociální pracovník, psycholog, fyzioterapeut, ergoterapeut, lékař a jiní odborníci.

3.3 *Prevence v rané péči*

Raná péče je považována za preventivní, a to v prevenci druhotného postižení, protože je efektivní, v prevenci institucionalizované a ústavní péče, protože je ekonomická a v prevenci segregace, protože je etická. (Hradilková, 1998, Šándorová, 2005, 2015)

Raná péče má souhrnně preventivní charakter, protože snižuje důsledky primárního postižení a zabraňuje vzniku postižení sekundárních, vytváří podmínky pro úspěšnou sociální integraci, realizuje se zejména v přirozeném prostředí dítěte – v rodině, je nabízena podle individuálních potřeb rodin, posiluje rodinu a využívá jejího potenciálu tak, aby děti s postižením či ohroženým vývojem mohly vyrůstat a rozvíjet se v rodině, je vhodná z ekonomického hlediska, snižuje závislost rodičů na institucích a snižuje potřebu pobytu dítěte v zařízeních, čímž dochází k úsporám prostředků na veřejné výdaje. Raná péče má perspektivně dlouhodobé účinky, protože je převážně terénní (mobilní, domácí) a je pro svoji flexibilitu a dostupnost rodiči vyhledávaná. (Šándorová, 2005)

Prevence se tedy týká poruch zdárného vývoje dítěte, vývojových poruch chování a socializace, souvisejících následných problémů ve škole, obecněji sociálního propadu nebo sociálních problémů dítěte v pozdějších obdobích.

3.4 *Pracoviště rané péče*

Pracoviště rané péče jsou rozdělena převážně podle cílových skupin. Pracoviště rané péče pro cílovou skupinu dětí se zrakovým a sluchovým postižením mají dlouholetou tradici a byla koncipována s celorepublikovou působností s detašovanými pracovišti, ale aktuálně dochází ke změnám. Pracoviště rané péče pro rodiny s dětmi s tělesným, mentálním a kombinovaným postižením byla a jsou převážně regionálního charakteru a působnost je většinou na krajské úrovni.

K 8/2016 je registrováno Ministerstvem práce a sociálních věcí České republiky 47 poskytovatelů v 50 zařízeních ve všech krajích a pro všechny specifické druhy postižení dítěte, včetně například autismu a muskulární atrofie. Jejich služby ročně využívá 3 500 rodin. (Registr sociálních služeb MPSV ČR) viz mapa.

Obr. č. 1: Mapa poskytovatelů služby sociální prevence rané péče v České republice

Legenda cílové skupiny rodiny s ohroženým dítětem raného věku s:

poruchou autistického spektra, zdravotním postižením, sluchovým postižením, narušenou komunikační schopností (vadami řeči), mentálním postižením, zrakovým postižením, s nejednoznačnou specifikací.

Dostupné z:

<https://www.google.com/maps/d/viewer?mid=1y4Vc2oL0U5zmkIIO-j9ODcW8X-U&usp=sharing>

4. Retrospekce služby sociální prevence rané péče v Pardubickém kraji

4.1 Historie Sdružení pro ranou péči v Pardubicích (SdRP)

Vzhledem k tématu příspěvku je v následující kapitole stručně popsána retrospektivně jako příklad konkrétní nestátní nezisková organizace, jejíž aktivitou bylo mimo jiné poskytování služby sociální prevence „raná péče“.

Pozornost je zaměřena na konkrétní občanské sdružení v Pardubickém kraji – Sdružení pro ranou péči v Pardubicích (SdRP).

SdRP jako občanské sdružení rodičů a přátel dětí se zdravotním postižením vzniklo na základě registrace u Ministerstva vnitra České republiky dne 24. 7. 2002, č. j. VS/1-1/50848/02-R, IČO: 26600285.

4.2 Aktivity a cíle občanského sdružení SdRP

Hlavními aktivitami Sdružení byly: **provoz Střediska rané péče**, volnočasové aktivity, od roku 2009 do roku 2010 – screening zrakových vad u dětí předškolního věku.

Dle Stanov byly cíle SdRP

- Zajištění provozu Střediska rané péče v Pardubicích, které se zabývá komplexní péčí o děti se zdravotním postižením v raných stádiích vývoje.
- Podpora vývoje dítěte se zdravotním postižením.
- Podpora rodiny dítěte se zdravotním postižením.
- Napomáhání při realizaci práva na vzdělání a výchovu dětí se zdravotním postižením.
- Vytváření podmínky pro integraci těchto dětí i jejich rodin do společnosti.
- Spolupráce s organizacemi zabývajících se péčí o děti se zdravotním postižením.
- Zlepšení informovanosti širší veřejnosti o problematice péče o děti se zdravotním postižením: pořádání seminářů, přednášek, školení, vydávání odborných a účelových publikací, článků apod. (Stanov SdRP)

4.3 *Středisko rané péče (SRP)*

Středisko rané péče (dále jen SRP) poskytovalo v rámci SdRP ranou péči od 1. 2. 2003 (do vzniku o.p.s. 11. 9. 2013 viz níže). Rozhodnutím Krajského úřadu Pardubického kraje, odboru sociálních věcí, byla raná péče zaregistrována Pardubickým krajem v registru poskytovatelů služeb.

Posláním SRP byla a je podpora rodiny a podpora vývoje dítěte raného věku (do 7 let) s ohroženým vývojem (komplikovaný porod, nízká porodní váha, nedonošenost, hypoxie apod.) nebo tělesným, mentálním či kombinovaným postižením v Pardubickém kraji prostřednictvím komplexu činností.

Činnosti realizované SRP v rámci Zákona č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění jsou výchovné, vzdělávací a aktivizační, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Veškeré činnosti byly a jsou realizovány v souladu s principy **důstojnosti, ochrany soukromí klienta, zplnomocnění, nezávislosti, práva volby, týmového přístupu a komplexnosti služeb, přirozenosti prostředí, kontinuity péče.**

4.4 *Klient SRP a aktivity SRP*

Klientem Střediska je rodina a dítě ve věku 0-7let: s ohroženým vývojem v důsledku komplikovaného porodu, nízké porodní váhy, nedonošenosti, hypoxie atd., s tělesným postižením, s mentálním postižením a s kombinovaným postižením.

Středisko nabízel a nabízí konkrétní aktivity, mezi které patří konzultace v rodině, podpora psychomotorického vývoje dítěte, půjčování didaktických a stimulačních hraček a pomůcek, půjčování odborné literatury, psychologické konzultace v rodině, skupinová nebo individuální psychoterapie, podpora komunikace, sociálně-právní poradenství, podpora při jednání s úřady, zprostředkování kontaktů s odborníky (speciálně pedagogickými institucemi, lékaři), pomoc při výběru předškolního či školního zařízení, pomoc při obstarávání rehabilitačních a kompenzačních pomůcek, organizace schůzek a dětí se zdravotním postižením, odborné semináře, využívání stimulačních programů na PC, zprostředkování kulturních, sportovních a léčebně rehabilitačních akcí pro děti (hiporehabilitace, plavání aj.), zprostředkování psychorehabilitačních pobytů.

Služba sociální prevence „raná péče“ v SRP je službou založenou na týmové interdisciplinární spolupráci. Interní tým tvoří – vedoucí SRP, zástupce vedoucí SRP, finanční manažer, poradci rané péče a pomocný pracovník. Externí týmovou spolupráci zabezpečuje odborný garant (odborný praktický lékař pro děti a dorost), psycholog, fundreiser, fyzioterapeut, ergoterapeut, instruktor plavání.

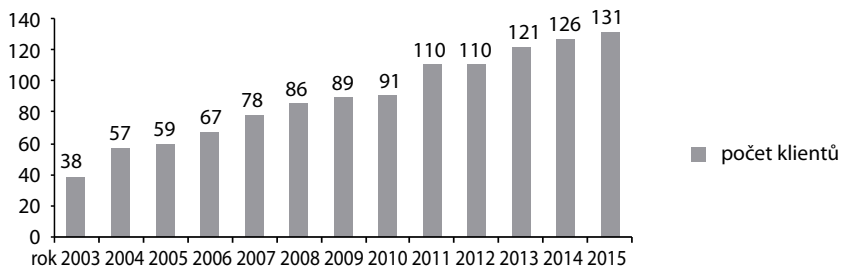
4.5 *Středisko rané péče v Pardubicích o.p.s. a kvalita poskytovaných služeb*

Rozhodnutím Členské schůze ze dne 19. 6. 2013 učinilo SdRP rozhodnutí o přeměně právní formy občanského sdružení na obecně prospěšnou společnost (o.p.s.). Zakládací listina o.p.s. je v souladu s ustanovením §2 odst. 2 zákona č. 68/2013 Sb., o přeměně právní formy občanského sdružení na o.p.s. Zároveň se změnou právní formy došlo ke změně názvu Středisko rané péče v Pardubicích o.p.s. Vzhledem k tomu, že k přeměně právní normy došlo v přechodném období, bylo mu zachováno IČO i historie a pokračuje v aktivitách, které realizovalo pod zřízením SdRP.

S přeměnou právní formy se změnila struktura o.p.s. Byla ustanovena právní a dozorčí rada, o.p.s. řídí ředitelka. Aktivity Střediska rané péče v Pardubicích o.p.s. jsou nadále směřovány na realizaci služby „raná péče“, na volnočasové aktivity, nově pak na partnerství s Alfa Human Service a partnerství s PROZRAK o.p.s.

Co se týká kvality poskytovaných služeb, pak lze uvést, že Středisko má kvalitně vypracované druhové i obecné standardy kvality sociálních služeb, což bylo garantováno v rámci krajské inspekce kvality sociální služby (říjen 2010) s velmi dobrým výsledkem. Od 3. 7. 2006 je Středisko rané péče v Pardubicích o.p.s. garantovaným pracovištěm Asociace pracovníků v rané péči. Dvoutletá Garance kvality byla Středisku rané péče v Pardubicích o.p.s. opětovně udělena dne 3. 11. 2014. O kvalitě vypovídá také zájem o poskytování služby – viz graf.

Graf č. 1: Přehled počtu klientů SRP v letech 2003–2015.



Kvalitu služby hodnotí pracovníci každoročně v rámci kvalitativního dotazníku pro klientské rodiny. Středisko také věnuje pozornost kvalitě personální stránky v rámci týmové interdisciplinární a mezirezortní spolupráce. Pracovníci – poradci rané péče – mají možnost dalšího vzdělávání i individuální či skupinové supervize. Zapojují se do aktivit v rámci města Pardubic i Pardubického kraje, např. v rámci komunitního plánování a dalších akcí se zaměřením na osvětovou činnost. Kvalitu služby také dokazuje bohatý výčet sponzorů. Úspěchy Střediska jsou deklarované ve Výročních zprávách.

5. Shrnutí

V České republice sehrává neziskový sektor při realizaci sociální politiky významnou roli a je potřebné ze strany státu vytvořit takové podmínky (včetně podmínek legislativních), které podpoří fungování efektivní sítě sociálních služeb ve prospěch potřebných osob s cílem co nejvyšší kvality jejich života. Obecným posláním sociálních služeb je pomoci těmto lidem udržet si nebo znovu nabýt své místo v komunitě, ve většinové společnosti, ve svém přirozeném prostředí, v rodině. Sociální služby existují proto, aby pomáhaly lidem udržet si své místo ve společnosti a aby je chránily před sociálním vyloučením, aby se staly odrazovým můstkem pro úspěšnou sociální inkluzi. (Bílá kniha v sociálních službách i Čámský, Sembdner, Krutilová, 2011)

Příspěvek akceptuje cíl konference XIII. Hradeckých dnů sociální práce – přiblížit možnosti podpory člověka závislého na péči jiné osoby v jeho přirozeném prostředí. Na příkladu Střediska rané péče v Pardubicích o.p.s. byl prezentován vývoj konkrétní organizace poskytující sociální službu „raná péče“ v kontextu neziskového sektoru.

Služba sociální prevence rané péče je legislativně zabezpečena v zákoně č. 108/2006 Sb. o sociálních službách v platném znění a jejím hlavním úkolem je psychosociální a edukační péče, podpora a pomoc rodině s dítětem raného věku s ohrožením v biologickém vývoji (se zdravotním postižením či ohrožením v důsledku zdravotního stavu).

Reference / Seznam citované literatury

Bílá kniha v sociálních službách, Praha: 2003. Konzultační dokument. Dostupné z http://www.mpsv.cz/files/clanky/736/bila_kniha.pdf

ČÁMSKÝ, Pavel, Jan SEMBDNER a Dagmar KRUTILOVÁ. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2011, 263 s. ISBN 978-80-262-0027-7.

ČESKO. *Zákon č. 90/2012 Sb., Zákon o obchodních společnostech a družstvech (zákon o obchodních korporacích)*. In: Sběrka zákonů České republiky. Praha, 2012, částka č. 34/2012 Sb. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-90>

ČESKO. *Zákon č. 89/2012 Sb. Zákon občanský zákoník*. In: Sběrka zákonů České republiky. Praha, 2012, částka 33/2012 Sb. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-89>

ČESKO. *Zákon č. 83/1990 Sb. Zákon o sdružování občanů*. Praha, 1990, částka č. 19/1990 Sb. Dostupné z <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/1990-83>

ČESKO. *Vyhláška č. 391/2011 Sb., kterou se mění vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů*. In: Sběrka zákonů České republiky. Praha, 2011, roč. 2011, částka 136/2011 Sb.. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-391>

ČESKO. *Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách*. In: Sběrka zákonů České republiky. Praha, 2006, č. 108, částka 37/2006. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>

HRADILKOVÁ, Tereza. *Institucionální poskytování rané péče*. Projekt rané péče pro odbor péče o zdravotně postižené ministerstva zdravotnictví. Praha, 1995.

MATĚJČEK, Zdeněk. Raná péče a její domácí kořeny. *Psychologie Dnes* 6/ 2002, s. 4–8, ISSN 1211-5886

Stanovy Sdružení pro ranou péči v Pardubicích

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *(Re)socializace v rané péči*. Pardubice: Univerzita Pardubice, 2015. ISBN 978-80-7395-961-6.

ŠÁNDOROVÁ, Zdenka. *Základy komprehenzivní a integrativní speciální pedagogiky*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005, 97 s. ISBN 80-7041-259-X

Výroční zprávy Sdružení pro ranou péči v Pardubicích o.s. 2003-2012

Výroční zprávy Střediska rané péče v Pardubicích o.p.s. 2013-2015. Dostupné z <http://ranapecce-pce.cz/ke-stazeni/>

Starostlivosť o ľudí bez domova v hlavnom meste SR

Care for Homeless People in the Capital City of Slovakia

Martin Vereš²⁴

Abstract

Príspevok pojednáva o službách poskytovaných ľuďom bez domova v hlavnom meste SR. Približuje už existujúce formy pomoci, subjektívne hodnotí zariadenia na území mesta Bratislava podľa toho, ako sa na riešení problematiky bezdomovectva.

Cieľom výskumu bolo zistiť ako ľudia bez domova reflektujú ponúkané služby. Využili sme kvantitatívnu výskumnú stratégiu. Metódou zberu dát bol dotazník vlastnej konštrukcie.

Z výsledkov výskumu vyplynulo, že najviac využívanou inštitúciou na zabezpečenie nocľahu je nocľaháreň sv. Vincenta de Paul, ďalej nasleduje Domov pre každého a nocľaháreň Mea Culpa. Ďalej sme zistili, že v súvislosti so stúpajúcim vekom ľudí bez domova klesá spokojnosť so službami.

Na základe uvedeného môžeme konštatovať, že poskytované služby pre ľudí bez domova na území hlavného mesta SR sú skôr zamerané na zabránenie zhoršovaniu stavu a nie na predchádzanie vzniku. Absentuje prepojenie jednotlivých služieb a ich nadstavba.

Kľúčové slová: Sociálna pomoc. Ľudia bez domova. Sociálne služby.

Abstract

The contribution deals with the services provided to homeless people in the Slovak capital city. It informs about existing forms of assistance, evaluates the facilities in the territory of Bratislava subjectively that participate in the homelessness issue. The research aimed at finding out how the homeless people reflect to the offered services. We have used the quantitative research strategy. The data was collected using a specifically designed questionnaire. The research results showed that the most used facility for oversleeping is the St. Vincent de Paul bunk-house, followed by Domov pre každého, and the Mea Culpa bunk-house. Furthermore, we found that satisfaction with the service decreases with increasing age of the homeless people. We can say based on this that the provided services for the homeless people in the territory of the Slovak capital city are rather focused on prevention of further deterioration and not to prevention of occurrence. Interconnection of the services and their extension are missing.

Keywords: Social assistance. Homeless people. Social services.

1. Úvod

Základným prameňom práva, z ktorého vychádza povinnosť pomáhať ohrozeným skupinám obyvateľstva akými sú ľudia bez domova je Ústava Slovenskej republiky, ktorá vychádza z Listiny základných ľudských práv a slobôd. Z nášho pohľadu je najdôležitejší článok č. 39 ods. 2., ktorý hovorí, že „*každý, kto je v hmotnej núdzi má právo na takú pomoc, ktorá je nevyhnutná na zabezpečenie základných životných podmienok*“ (Ústava SR, 460/1992 Zb. čl.39, ods.2). Problémom však je, že rovnako ako v Českej republike ani v slovenských podmienkach sa neoperuje s pojmom bezdomovec ani bezdomovectvo a vymedzenie týchto pojmov nie je súčasťou rámca právnych noriem a tieto pojmy nie sú v našom platnom právnom poriadku zafinancované. Beňová (2008) apeluje na to, že je nanajvýš potrebné aby sa riešením bezdomovectva zaoberala legislatíva, aby túto problematiku brali do úvahy kompetentní pri politických rozhodnutiach a pri tvorbe nových

24 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce; e-mail: martin.veres@truni.sk; Tel.: 00421-33-5939-446

právnych predpisov, aby ho zohľadňovala sociálna politika štátu, VÚC, miest a obcí. Život a prax poukazujú na obrovské medzery a prázdne miesta tak z pohľadu legislatívy v podobe absencie definovania samotného termínu bezdomovec, nejednoznačnosti a problematikosti vymedzenia kompetencií jednotlivých subjektov (zriaďovateľov – poskytovateľov) sociálnych služieb, ako aj z pohľadu samotného pokrytia sociálnymi službami z kvantitatívneho a kvalitatívneho hľadiska (Vereš, 2008). Beňová (2008, s. 64) hovorí o dôležitosti aplikovania problematiky bezdomovectva do zákona pretože „*ak bezdomovcov nemáme, znamená to, že pre ten štát vlastne neexistujú. V súčasnej slovenskej legislatíve nie je jasne definovaná ani len cieľová skupina ľudí bez domova. Bezdomovci sú bez legislatívneho ukotvenia pre štát neuchopiteľný, nie je možné na nich čerpať finančné prostriedky, či vytvárať systematické riešenia. Problém bezdomovectva bez legislatívneho ukotvenia nie je možné účinne riešiť.*“

Zákon č. 448/2008 Z. z o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona uvádza v súvislosti s ľuďmi bez domova, že ide o „fyzickú osobu, ktorá nie je schopná zabezpečiť si základné potreby“. Tie sú v zákone zadefinované ako zabezpečenie ubytovania, stravy, nevyhnutného ošatenia, obuvi a nevyhnutnej základnej osobnej hygieny.

Ľudia bez domova sa podľa tohto zákona nachádzajú v nepriaznivej sociálnej situácii a tá je definovaná v zákone č. 448/2008 o sociálnych službách ako:

a.) ohrozenie fyzickej osoby sociálnym vylúčením alebo obmedzenie jej schopnosti sa spoločensky začleniť a samostatne riešiť svoje problémy z dôvodu, že nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb.

b.) pre svoje životné návyky, spôsob života, závislosť od návykových látok alebo návykových škodlivých činností,

h.) pre zotrvávanie v priestorovo segregovanej lokalite s prítomnosťou koncentrovanej a generácie reprodukovanej chudoby.

1.1 Legislatívne vymedzenie nástrojov v kontexte sociálnej pomoci

Sociálna služba (podľa §5) sa vykonáva najmä prostredníctvom sociálnej práce, postupmi zodpovedajúcimi poznatkom spoločenských vied a poznatkom o stave a vývoji poskytovania sociálnych služieb. Prínos samosprávy v otázke bezdomovectva je zakotvený v zákone 448/2008 Z.z, kde sa hovorí, že sociálne služby pre fyzické osoby v nepriaznivej sociálnej situácii na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb sú:

- terénna sociálna služba krízovej intervencie (§24a)
- nízkoprahové denné centrum (§24b)
- integračné centrum (§24c)
- komunitné centrum (§24d)
- nocľaháreň (§25)
- útulok (§26)
- domov na pol ceste (§27)
- nízkoprahová sociálna služba pre deti a rodinu (§28)
- zariadenie núdzového bývania (§29).

Zákon č. 448/2008 Z. z o sociálnych službách § 12 ods. 1. písmeno e.) uvádza aj podporné služby pre ľudí bez domova a konkrétne sa jedná o:

- poskytovanie sociálnej služby v dennom centre
- poskytovanie sociálnej služby v jedálni
- poskytovanie sociálnej služby v práčovni
- poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny.

Zákon č. 448/2008 Z. z o sociálnych službách § 16 ods. 1. písmeno e.) uvádza aj odborné služby pre ľudí bez domova a konkrétne sa jedná o:

- základné sociálne poradenstvo (§19)
- špecializované sociálne poradenstvo (§19)
- pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov (§20)
- sociálna rehabilitácia (§21)
- ošetrovateľská starostlivosť v zariadení (§22).

S ohľadom na problematiku bezdomovectva je ďalej dôležitý Zákon č. 417/2013 Z.z o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Týmto zákonom sa vymedzil pojem hmotná núdza a upravili sa právne vzťahy pri posudzovaní hmotnej núdze občana, poskytovaní dávky a príspevky k dávkam v hmotnej núdzi s cieľom zabezpečiť základné životné podmienky a pomôcť v hmotnej núdzi s prispením aktívnej účasti občana a fyzických osôb, ktoré sa s občanom spoločne posudzujú.

1.2 Bezdomovectvo v Bratislave

Tak ako v každom hlavnom meste, aj v Bratislave je vysoká koncentrácia bezdomoveckej populácie. Reálny počet ľudí bez domova v meste Bratislava je však ťažko zistiteľný. Spočítať ľudí bez strechy nad hlavou, ale vôbec nie je pre ich migráciu, či zdržiavanie sa na neznámych miestach jednoduché.

Prvé sčítanie ľudí bez domova sa na území Bratislavy uskutočnilo v decembri 2003 pod záštitou samosprávy mesta v spolupráci so štátnou, mestskou a železničnou políciou. Kontrolou sa vtedy zistilo, že počet bezdomovcov bol približne 600-700. Odhady neziskových organizácií zaoberajúcimi sa riešením problematiky bezdomovectva však uvádzajú čísla vyššie a to 3000-4000 ľudí bez domova, s čím však predstavitelia mesta nesúhlasia. Občianske združenie na svojich stránkach uvádza, že „v Bratislave žije 4000 ľudí bez domova“ (Projekt Domec, www.vagus.sk).

O počte ľudí žijúcich na území mesta Bratislava hovorí aj Konceptcia riešenia problematiky ľudí bez domova v hlavnom meste SR Bratislave a teda „Počet ľudí bez domova, ktorí sa pohybujú na území hlavného mesta SR Bratislavy nie je možné jednoznačne určiť. Doposiaľ sa v Bratislave neuskutočnilo komplexné sčítanie ľudí bez domova. Vzhľadom k ich migrácii, zdržiavaniu sa v neprístupnom a neznámom teréne a skrytú formu bezdomovectva (prebývanie u známych, v komerčných ubytovniach, krízových strediskách a podobne), ide o veľmi náročný úkon. Existujúce sociálne služby svojou ponukou, adresnosťou a kapacitou zďaleka nezachytávajú celú skupinu ľudí bez domova a tak ich štatistické údaje o počtoch klientoch sú len zlomkom reálneho čísla. Neziskové organizácie upozorňujú na oveľa vyšší počet ľudí bez domova na území hlavného mesta. Napríklad nízkoprahová nočľaháreň DEPAUL eviduje za 5 rokov svojej existencie 3500 klientov, terénny program OZ Proti prídu len v roku 2011 zachytil viac ako 900 klientov“ (Konceptcia...www.bratislava.sk).

„Dňa 7.4. 2006 sa uskutočnilo prvé stretnutie Pracovného výboru na riešenie bezdomovectva v Bratislave zloženého z predstaviteľov samosprávy a neziskových organizácií“ (Prvé stretnutie...www.notabene.sk). Organizácie pracujúce s bezdomovcami zastávali názor, že problém bezdomovectva je možné účinne a komplexne riešiť jedine so zapojením všetkých subjektov a to orgánov verejnej správy, tretieho sektora ale aj verejnosti. Postupne vznikali nové formy pomoci pre ľudí bez domova ako nocľaháreň s celoročnou prevádzkou, denné centrum, streetwork, nízkoprahová nocľaháreň.

Zásadný vplyv na tento vývoj mali tiež médiá, a za posledné roky vidíme, že nastal výrazný posun v budovaní služieb, ale hlavne v postoji verejnosti a kompetentných ľudí, ktorí by mali túto problematiku riešiť (Beňová, 2008).

V apríli 2013 bolo možné vidieť aktívne riešenie problematiky bezdomovectva zástupcov mesta, v spolupráci s neziskovými organizáciami venujúcimi sa ľuďom bez domova a mestskej polícii, ktorý vypracovali koncepciu riešenia problematiky ľudí bez domova v hlavnom meste SR Bratislave. V tejto koncepcii popísali svoju víziu riešenia problematiky bezdomovectva v Bratislave a túto víziu premietli do jednotlivých krokov tzv. priorit, ktoré si rozvrhli na obdobie rokov 2012-2015 (Koncepcia....www.bratislava.sk).

1.3 Sociálna pomoc ľuďom bez domova

Všetky poskytované sociálne služby na území hlavného mesta SR Bratislavy ľuďom bez domova sú poddimenzované a sú zamerané viac na zabránenie zhoršovania stavu už vzniknutých problémov, nie na predchádzanie ich vzniku. (Koncepcia....www.bratislava.sk)

Na území mesta Bratislava sa nachádzajú dve nocľahárne z čoho jedna je nízkoprahová nocľaháreň sv. Vincenta de Paul /160 lôžok/ a druhá nocľaháreň Mea culpa/36 lôžok/ kde je potrebná nulová tolerancia alkoholu. Ďalšie možnosti nocľahu ponúkajú útulky/útulok sv. Matky Terezy/14 lôžok/, útulok sv. Lujzy de Marylac /30 lôžok/, útulok sv. Vincenta dePaul /25lôžok/, útulok Resoty /40 lôžok/ a útulok Domov pre každého /140 lôžok/ kde je ale potrebná nulová tolerancia alkoholu. Terénnu sociálnu prácu vykonáva o.z.Vagus, o.z. komunita sv.Egídia, o.z.Kresťania v meste. Denné centrá prevádzkuje o.z VAGUS-DOMEC a Domov sv.Jána z Boha. Poradenstvu a pracovnej terapii sa venujú oz. Proti prúdu, o.z. VAGUS, Centrum právnej pomoci, Centrum Cesta, o.z.Hľá človek, Domov sv. Jána z Boha. Stravu poskytujú kláštor sv. Alžbety, Betlehem sv.Matky Terezy, o.z.Kresťania v meste, o.z.VAGUS a Domov sv. Jána z Boha. Možnosť hygieny ponúka útulok Domov pre každého a Domov sv. Jána z Boha. Ošatenie ponúka Slovenská katolícka charita v sklade solidarity.

2. Cieľ výskumu

Hlavným cieľom výskumu bolo zistenie spokojnosti ľudí bez domova s poskytovanými službami na území hl. mesta SR. Špecificky nás zaujímala spokojnosť s dostupnosťou nocľahu, hygieny, stravovania, ošatenia a tiež sme zisťovali preferenciu služieb samotnými ľuďmi bez domova.

2.1 Metodológia a respondenti výskumu

Pre naplnenie cieľov sme si zvolili dotazník vlastnej konštrukcie, ktorý pozostával zo 17 otázok. Z toho 2 identifikačných, 7 uzatvorených a 8 polouzatvorených otázok. Výber respondentov bol zámerný.

Dotazník bol rozdán 350 respondentom, späť sa vrátilo 273 vyplnených. Jednotkou výberového súboru boli ľudia bez domova patriaci do skupiny tzv. zjavných bezdomovcov.

Celkové zloženie súboru respondentov tvorilo 197 mužov a 76 žien, čiže 72 % mužov a 28 % žien. Vekové zloženie respondentov, sa najčastejšie pohybovalo v rozpätí 26-35 rokov. Najmenej

respondentov bolo vo veku 66 a viac rokov. Najpočetnejšiu skupinu tvorili respondenti, ktorí boli bez domova v rozpätí od 1 do 5 rokov. Najmenšiu skupinu tvorili respondenti, ktorí boli bez domova od 11 do 16 rokov. Prevažnú väčšinu respondentov tvorili slobodní respondenti, nasledovali ženatý/vydaté, vdovy/vdovci a rozvedení.

2.2 Výsledky a diskusia

Náš výskum bol orientovaný na zistenie skutočnosti, ako ľudia bez domova reflektujú služby, ktoré sú im poskytované v hlavnom meste SR – v Bratislave. Na jednej strane nás zaujímala spokojnosť osôb bez domova s poskytovanými službami, na strane druhej sme zisťovali aj preferenciu služieb samotnými klientmi a aj spokojnosť s dostupnosťou služieb pre ľudí bez domova – nocľahárni, hygienickej starostlivosti a možností stravovania a ošetrovania. Pritomnosť služieb ešte nezrkadlí spokojnosť s kvalitou a spokojnosť s dostupnosťou týchto služieb pre samotných klientov, preto sme výskum orientovali týmto smerom. Tiež sme výskum orientovali na dôležitú premennú a tou bol vek ľudí bez domova.

Výskumu sa zúčastnilo 273 respondentov, pričom vo vzorke dominovali osoby mužského pohlavia (72 %). Vo výskume luventy sa tiež uvádza, že medzi ľuďmi bez domova prevládajú muži (Rochovská, 2012). Dĺžka pobytu na ulici u našich respondentov bola najčastejšie 1–5 rokov (49 % respondentov) Za najčastejšiu príčinu bezdomovectva označovali respondenti v 36 % rodinné problémy, 21 % uviedlo závislosti, 20 % hľadanie práce v Bratislave a 7 % uviedlo rozvod. Beňová (2008) konštatuje, že v príčinách bezdomovectva dominuje kombinácia subjektívnych a objektívnych faktorov v rôznom pomere. Príčina môže byť v neudržaných rodinných vzťahoch, v bytových podvodoch, ale aj v nezamestnanosti. Draganová (2006) tvrdí, že v príčinách bezdomovectva dominuje strata zamestnania, potom nasleduje rozvod, odchod z rodiny, výkon trestu odňatia slobody, zlé hospodárenie, výstup z iného ústavného zariadenia a si u 7 % respondentov ide o dobrovoľné rozhodnutie.

Z našich výsledkov vyplýva, že ľudia bez domova v hlavnom meste preferujú hlavne útulok, nocľaháreň (46 %), 25 % respondentov využíva služby terénnych pracovníkov, 18 % výdaj jedla a nízkoprahové denné centrá využíva len 5 % respondentov,

Čo sa týka jednotlivých dielčích služieb – hygienické služby využíva 89 % respondentov, pričom 42 % respondentov ich hodnotí neutrálne (ani dobré/ ani zlé. Až 37 % ich však hodnotí ako veľmi zlé. Necelé 2 % hodnotia tieto služby ako výborné. Služby nocľahárni využíva 100 % výskumnej vzorky, ale aj pri hodnotení spokojnosti s dostupnosťou tejto služby sme zistili skôr neutrálne hodnotenie 60 % a až 30 % respondentov hodnotí túto dostupnosť ako zlú, čo určite nie je pozitívny výsledok, pretože v zime sú práve tieto zariadenia často jedinou možnosťou, kde prespať. Ošetrovanie využíva 100 % respondentov, čo svedčí o častej úrazovosti a chorobnosti. Dostupnosť tejto služby bola opäť hodnotená 47 % respondentmi ani ako dobrá/ani ako zlá a 32 % ju hodnotilo ako zlú. Necelých 12 % respondentov zaujalo pozitívne stanovisko k hodnoteniu dostupnosti. Stravovanie využíva tiež 100 % respondentov, pričom hodnotenie dostupnosti tejto služby je najpozitívnejšie – 72 % respondentov ju hodnotí ako dobrú a výbornú.

Ako prvé sme predpokladali, že bude existovať rozdiel v spokojnosti s dostupnosťou nocľahárni vzhľadom na vek respondenta. Kruskal – Wallis test nepreukázal signifikantné rozdiely v spokojnosti s dostupnosťou u osôb rôzneho veku. ($H(4)=2,270$, $p=0,686$) Tento výsledok je v súlade s výsledkami z roku 2012, kde je konštatované, že práve nocľahárne a útulky predstavujú významnú pomoc pre ľudí bez domova bez ohľadu na vek (Rochovská, 2012). Potvrdil sa tiež predpoklad, že existujú rozdiely v spokojnosti s ošetrovaním vzhľadom na vek respondenta. ($H(4)=15,782$, $p=0,003$) Spokojnosť s dostupnosťou ošetrovania klesá s rastúcim vekom. Je evi-

dentné, že vyšší vek je spájaný s multimorbiditou a ľudia bez domova vo vyššom veku potrebujú túto službu využívať najčastejšie a zároveň však budú potrebovať aj špecifickejšiu zdravotnú starostlivosť. Domnievame sa, že uvedená nespokojnosť skôr súvisela s týmto faktom. Otvorený je ale fakt, ktorý sme bližšie neskúmali a to, či dĺžka pobytu na ulici má vplyv na využívanie služieb ošetrovania (predpoklad je, čím dlhší pobyt na ulici, tým vyššia chorobnosť a tým väčší dopyt po službách.) Tiež sa v súvislosti s vekom potvrdili signifikantné rozdiely v spokojnosti s dostupnosťou poskytovania hygienických služieb. ($H(4)=11,860$, $p=0,018$) Spokojnosť je najvyššia vo vekovej kategórii 26 až 35 rokov a najmenej spokojní boli respondenti vo vyššom veku. Vyššie spomínaný výskum potvrdil, že spoločným znakom všetkých mladých respondentov bolo mať možnosť osobnej hygieny a tiež to, aby nevyzerali ako bezdomovci. Mladým ľuďom bez domova záležalo na tom, ako vyzerajú (Rochovská, 2012). Pri hodnotení stravovania a jeho dostupnosti sme ale vzhľadom na vek respondentov nezaznamenali žiadny signifikantný rozdiel.

Pri hodnotení celkovej spokojnosti so službami nám vek opäť dominoval ako dôležitý faktor. Spokojnosť so službami bola hodnotená prevažne negatívne – 37 % respondentov ich hodnotilo ako zlé, za ani dobré/ani zlé ich považuje 30 % respondentov. Ako dobré hodnotí služby 24 % a ako výborné iba 8 % respondentov. Kruskal – Wallis test potvrdil existenciu štatisticky významných rozdielov v spokojnosti s poskytovanými službami vzhľadom na vek respondentov ($H(4)=11,860$, $p=0,000$). Z výsledkov vyplýva, že spokojnosť so službami klesá s vekom respondentov. Najviac spokojní boli respondenti vo veku 18–25 rokov, najmenšiu spokojnosť vykazovali respondenti starší ako 66 rokov.

Z uvedeného vyplýva, že aj keď služby určené ľuďom bez domova hodnotili respondenti prevažne negatívne, v minimálnych rozdieloch ich takmer všetky využívajú. Hodnotenie dostupnosti nevytvára o kvalite, preto by ďalšie výskumné zámery mali smerovať aj do tejto oblasti. Aj keď spokojnosť klienta vypovedá aj o kvalite. Z výskumu tiež vyplýva, že vek, hlavne vyšší vek, je práve pre túto klientelu ďalšou prítlačujúcou okolnosťou, ktorá má evidentný vplyv na zvládanie samotného pobytu na ulici a tiež vplyv na hodnotenie dostupnosti služieb a aj spokojnosti s nimi. Poskytovanie uniformných služieb pre tak heterogénnu skupinu klientov sa tým pádom javí ako problematické. Ako bolo spomenuté v diskusii a ako vyplýva z výskumu realizovaného Luventou (Rochovská, 2012) je otázne, ako tieto výsledky ovplyvňuje dĺžka pobytu na ulici, pretože čím sú bezdomovci dlhšie na ulici, tým viac rezignujú a nevyhľadávajú iné možnosti a uspokojia sa aj s nižším štandardom. A teda budú spokojnejší aj s menšou dostupnosťou a aj kvalitou. Hodnotenie dostupnosti teda môže súvisieť aj s týmto faktom a vplyv veku na hodnotenie služieb môže byť tým pádom zanedbateľný.

Zoznam citovanej literatúry

BEŇOVÁ, NINA. *Bezdomovci, ľudia ako my*. Bratislava: o.z Proti prúdu, 2008. ISBN 978 – 80 – 969924 – 1 – 6.

DRAGANOVÁ, HELENA et al., *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. ISBN 78-80-8063-240-3.

KONCEPCIA RIEŠENIA PROBLEMATIKY ĽUDÍ BEZ DOMOVA V HLAVNOM MESTE SR BRATISLAVE. [online] [cit. 2015-17-02], dostupné z: http://www.bratislava.sk/VismoOnline_ActionScripts/File.ashx?id_org=700000&id_dokumenty=11038069

PROJEKT DOMEK. [online] [cit. 2015-16-02], dostupné z: <http://www.vagus.sk/index.php/domec>

PRVÉ STRETNUTIE PRACOVNÉHO VÝBORU NA RIEŠENIE BEZDOMOVECTVA V BRATISLAVE. [online] [cit. 2015-17-02], dostupné z : <http://www.notabene.sk/?aktuality&novinka=10>

ROCHOVSKÁ, ALENA. 2012, **Špecifiká potrieb mladých ľudí bez domova v prostredí Bratislavy**. [online] [cit. 2015-22-03], dostupné z: <http://www.iuventa.sk/sk/Vyskum-mladeze/Vyskumy-katalog-dat/2013/Specifika-potrieb-mladych-ludi-bez-domova-v-prostredi-Bratislavy.alej>

Ústava Slovenskej republiky z 1.septembra 1992, zákon SNR č.460/1992 Zb. v znení ďalšieho zákona

VEREŠ, Martin. 2008. *Najčastejšie príčiny bezdomovectva u seniorov*. In: Kontakt, [online] č.2, 2008 [cit. 2012-19-11] s. 326-333, dostupné z: <http://www.zsf.jcu.cz/journals/kontakt/jednotli-va-cisla-casopisu-kontakt-podle-rocniku/kontakt08/>

Zákon č. 417/2013 Z.z o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov

Tento príspevok bol pripravený ako súčasť projektu Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska [APVV – 0524-12] financovaného slovenskou Agentúrou pre vedu a výskum.

Možnosti sociální práce ve veřejné správě z pohledu podpory člověka v přirozeném sociálním prostředí

Možnosti a limity případových konferencí v sociální práci na obcích

Possibilities and Limits of Case Conferences within the Framework of Municipal Social Work

Radka Janebová²⁵

Abstract

Případové konference jsou v České republice běžně užívanou metodou sociální práce v rámci sociálně právní ochrany dětí. V oblasti sociální práce na obcích je jejich využití spíše v začátcích. Příspěvek se bude zabývat možnostmi a limity využití případových konferencí v oblasti tzv. sociální práce na obcích. Nejprve vymezím metodu případové konference a agendu sociální práce na obcích, jejich vzájemné metodické prolínání, a poté se budu věnovat reflexi možností, výhod a limitů využití případových konferencí v této konkrétní agendě. Text se primárně opírá o vlastní zkušenosti autorky s moderováním/facilitováním případových konferencí v oblasti sociálně právní ochrany dětí a je pokusem o reflexi přenositelnosti této metody do oblasti obecní sociální práce.

Klíčová slova: Sociální práce. Obec. Případová konference.

Abstract

The case conferences are commonly used method of the social work in the social and legal protection of children in the Czech Republic. At the municipalities level, we can see the onset of use thereof in the field of the social work. The contribution will focus on the possibilities and limits for use of the case conferences in the field of the social works in the municipalities. First, the method of the case conference and the social work agenda in the municipalities are defined, their co-blending and then, I will pay attention to the reflection of possibilities, benefits, and limits for use of the case conferences in this specific agenda. The text is primarily based on own experience of the woman author with intermediation/facilitation of the case conferences in the field of the social and legal protection of children, and is an attempt to reflect the transferability of this method to the field of the municipal social work.

Keywords: Social work. Municipality. Case conference.

Úvod

Případové konference jsou v České republice běžně užívanou metodou sociální práce v rámci sociálně právní ochrany dětí. V oblasti sociální práce na obcích je jejich využití spíše v začátcích. Příspěvek se bude zabývat možnostmi a limity využití případových konferencí v oblasti tzv. sociální práce na obcích. Nejprve vymezím metodu případové konference a agendu sociální práce na obcích, jejich vzájemné metodické prolínání, a poté se budu věnovat reflexi možností, výhod a limitů využití případových konferencí v této konkrétní agendě. Text se primárně opírá o vlastní zkušenosti autorky s moderováním/facilitováním případových konferencí v oblasti sociálně právní ochrany a je pokusem o reflexi přenositelnosti této metody do oblasti obecní sociální práce.

25 Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové; e-mailová adresa: radka.janebova@uhk.cz; Tel.: +420 493 331 544

1. Případové konference

Případovou konferenci (dále PK) lze vymezit jako společně plánované, koordinované a strukturované setkání klienta (může být přítomen, ale také nemusí), pracovníků, kteří jsou (nebo by mohli být) zaangažováni na řešení životní situace klienta, jehož cílem je vyhodnotit situaci klienta, vytvořit plán intervence a naplánovat jeho budoucí vyhodnocení (Janebová, 2014: 73). PK jsou sdíleným prostorem, kde lze sladit potřeby klienta a jeho přání s představami zaangažovaných odborníků na budoucím řešení situace. Z hlediska procesu sociální práce je jejich součástí vyhodnocení situace (*assessment*), meziorganizační spolupráce (*interagency cooperation*), rozhodování (*decision making*) a evaluace (Preston-Shoot, 2009).

PK je také specifickým nástrojem „týmové práce“ a „case managementu“. Může mít potenciál v rámci multidisciplinární i vnitřní týmové práce, tedy práce vyznačující se společným plánováním, koordinací a vyhodnocováním aktivit jak ve vztahu ke konkrétnímu klientovi, tak ve vztahu k nějaké společné činnosti (Johnson, 1998). V rámci case managementu (dále CM), tedy přístupu postaveného na koordinaci služeb (Stuchlík, 2001), může být PK využitelnou platformou pro společná setkávání zejména v jeho týmovém pojetí (dle rozlišení Stuchlíka, 2001), které je charakteristické koordinovanou týmovou spoluprací zainteresovaných služeb. Toto pojetí je někdy nově nazýváno „assertivním komunitním přístupem“ (Stuchlík, 2001). Prostřednictvím týmového CM je vhodné řešit situace, kdy existuje vysoká míra ohrožení klienta, kdy je v případě aktivních více subjektů a pro vhodné řešení je třeba služby těchto subjektů začít koordinovat, existuje potřeba angažovat v situaci klienta další služby a zabezpečit jejich návaznost, a je třeba aktivně vtáhnout klienta do řešení jeho problému a do procesu plánování služeb (Šťastná, 2013).

Týmový CM se využívá buď u cílové skupiny či nějakého aktuálního sociálního problému, kdy se zaměřuje na tvorbu principů spolupráce a metodik v lokalitě, nebo u konkrétního klienta, kdy ho charakterizuje koordinovaná týmová spolupráce zainteresovaných služeb v klientově situaci. Zatímco u individuálního CM se informace scházejí u case managera a ostatní služby mezi sebou vůbec komunikovat nemusí, tak v případě týmového CM existuje plánovaná vzájemná komunikace mezi službami, která se zpravidla realizuje prostřednictvím PK. Zatímco týmový CM je širším pojmem, zahrnujícím celou další škálu činností včetně síťování, tedy mapováním sítě služeb a jejich aktivizací (Nedělníková, 2007), tak PK jsou spíše jeho vyústěním, kdy dochází k fyzickému setkání účastníků situace.

V českém kontextu jsou PK využívány především v oblasti sociálně právní ochrany dětí (dále SPOD), kde lze nalézt poměrně pestré teoretické ukotvení (např. Rozum a cit, 2010; MPSV, 2011; Bechyňová, 2012; Šťastná, 2013; Solařová, 2013; Racek, Solařová, Svobodová, 2014). V této oblasti došlo i k jejich legislativnímu ukotvení prostřednictvím Zákona č. 401/2012 Sb. ze dne 7. listopadu 2012, kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů, který vymezuje, za jakých okolností má obecní úřad povinnost pořádat PK. PK se díky tomuto zákonu staly z metody sociální práce úředním jednáním, které se řídí Správním řádem (Landová, Janebová, 2014).

2. „Sociální práce na obcích“

Přestože oficiálním jazykem se jedná o realizaci činností sociální práce na obecních úřadech typu II, typu III, újezdních a krajských úřadech (Doporučený, 2013), tak jako pracovní název se vžilo označení „sociální práce na obcích“. Toto označení bude využíváno i v tomto textu.

Realizaci činností sociální práce na obcích ukládají Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů a Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění

pozdějších předpisů, a ke které se vztahuje Vyhláška MPSV č. 332/2013 o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka. Obecní úřad obce s rozšířenou působností dle § 92 Zákona o sociálních službách „*koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob*“, krajský úřad tyto činnosti dle § 93 koordinuje a § 93a) vymezuje povinnost vést v souvislosti s realizací činností sociální práce Standardizovaný záznam. Podle § 7 Zákona o pomoci v hmotné nouzi je tzv. sociální práce na obcích výkonem přenesené působnosti, § 63 téhož zákona opravňuje sociální pracovníky obcí ke vstupu do obydlí se souhlasem klientů a jejich blízkých, § 64 stanoví povinnosti a oprávnění sociálních pracovníků na obcích a především § 65a) se zabývá financováním, když stanoví, že „*na zajištění činností sociální práce, které jsou vykonávány v souvislosti s povinnostmi uvedenými v § 63 a 64, se pověřeným obcím s rozšířenou působností poskytuje příspěvek formou účelové dotace*.“ Dále výkon tzv. sociální práce na obcích upravuje § 4a Zákona č. 73/2011 Sb., **o Úřadu práce České republiky, ve znění pozdějších předpisů, který zpřístupňuje dle zákonem vymezených podmínek sdílení informací z Jednotného informačního systému sociálním pracovníkům zaměstnaným na obcích, na Úřadu práce a na krajském úřadě.**

3. Metodické ukotvení využití PK v rámci tzv. sociální práce na obcích

Metodicky ukotvuje PK „Doporučený postup č. 1/2012 k realizaci činností sociální práce na obecních úřadech typu II., typu III, újezdních a krajských úřadech“. V bodu III.III. věnovanému metodám sociální práce je mezi základními nástroji sociální práce na obecním úřadu na úrovni mikro-praxe uvedena PK, která je zde vymezena jako „*setkání odborníků za účelem řešení konkrétního problému, uskutečňované za/bez účasti klienta*“. V bodu III.VI. zaměřeném na koordinaci a spolupráci při řešení problému, v jehož rámci je sociální pracovník na obci vnímán jako case manažer, metodika vymezuje situace, kdy je vhodné PK využít: „*V případech, kdy sociální pracovník obecního úřadu vyhodnotí, že se jedná o zvlášť závažný a komplikovaný případ, pak MPSV doporučuje konání případové konference sociálních pracovníků, která zajistí partnerskou spolupráci a otevřenou koordinaci*. Dále metodicky odkazuje k postupu doporučenému pro oblast SPOD (viz metodický pokyn MPSV č. 2/2010 pro postup orgánů SPOD při PK). V daném bodě PK opětovně definuje, ale tentokrát podrobněji jako „*základní kámen pro práci s klientem je kvalitní vyhodnocení situace a nastolení funkční spolupráce mezi všemi subjekty, které mohou klienta podpořit. Tato skupina na základě společného vyhodnocení situace klienta vypracuje individuální plán práce s klientem, v němž budou stanoveny konkrétní kroky k řešení této situace. Realizace plánu bude koordinována sociálním pracovníkem a bude průběžně vyhodnocována. Tímto způsobem bude zajištěna návaznost péče a zvýšena relevance zásadních rozhodnutí souvisejících s klientem*.“ Je možné, že využití upravují ještě dílčí krajské či obecní metodiky, taková konkrétní metodika mi však není známa.

4. Možnosti využití PK v rámci tzv. sociální práce na obcích

To, že jsou PK doporučeny v ministerské metodice k sociální práci na obcích, automaticky neznamená, že se reálně také realizují. V odborné literatuře je mimo oblast SPOD popisují spíše okrajově jako využitelnou metodu např. Štrunc a Sýkorová (2013), Nedělníková (2014), jejich absenci a nerozpracovanost v praxi reflektuje Macurová (2015). Nelze s ní než souhlasit, vzhledem k tomu, že se jedná o typově jiný nástroj, než je běžná spolupráce mezi participanty situace, která nevyžaduje nutně koordinaci a nemusí se řídit jasnými pravidly. Je to nástroj oproti běžné spolupráci formalizovaný s relativně jasnými pravidly. Právě ta umožňují nabídnout klientům pomoc a podporu, které mohou být přiměřeněji naplánované k jeho situaci.

Obecně může být vhodné svolat PK v následujících situacích (ty se mohou vzájemně překrývat):

- Klient požádá o svolání PK, či má takovou zakázku, která svolání PK indikuje (např. klient s duševním onemocněním požádá sociálního pracovníka o pomoc s hledáním bydlení).
- Sociální pracovnice chce motivovat klienta k určitému jednání (např. klienta, který náhle přišel k větším finančním prostředkům, chce s pomocí dalších participantů motivovat k tomu, jak skrze tyto prostředky řešit situaci bydlení).
- Sociální pracovnice vnímá, že určitá osoba (klient) svým jednáním zásadně ohrožuje osoby ve svém okolí, ohrožuje sebe samu, nebo je naopak ohrožována někým dalším (např. duševně nemocný klient, který terorizuje sousedy; klient s počínající demencí nebere léky; podezření na týrání seniora rodinou).
- Sociální pracovnice vnímá určité riziko situace, ale nemá dostatek informací, aby toto riziko posoudila, zvážila všechny možnosti, učinila rozhodnutí a naplánovala přiměřený postup (např. sociální rizika plynoucí z diagnózy Alzheimerovy choroby mohou vést k různým možnostem postupu u různých klientů, přičemž krajním je návrh k soudu na omezení svéprávnosti).
- Sociální pracovnice vnímá, že určitá osoba (klient) je ohrožována nedostatkem či absencí institucionální pomoci, potřebuje zjistit, jaká je nabídka podpory ze strany formálních i neformálních sítí, jaké konkrétní služby jsou ze strany participujících subjektů poskytovány a na jakých cílech se pracuje, chce naplánovat takovou podporu služeb, aby nedocházelo k jejich dublování, či naopak výpadkům uspokojování určitých potřeb (např. u seniora ztrácejícího soběstačnost je třeba zjistit možnosti pomoci, aby mohl co nejdéle setrvat doma).
- V lokalitě vznikl nějaký sociální problém, který je třeba analyzovat a pokrýt službami (např. se zde objevilo náhle vícero osob, které zneužívají návykové látky a ohrožují své okolí). Je diskutabilní, zda takové setkání ještě nazývat PK.

5. Výhody pořádání PK v sociální práci na obcích

Výhody pořádání PK popsala například Šťastná (2013). Niž se pokusím popsat některé zásadní možnosti, resp. příležitosti, které pořádání případových organizací v rámci sociální práce na obcích může přinést.

- **Formalizace procesu garantuje maximalizaci zapojení klienta** – Jednou ze zásad PK je, že je-li to jen trochu možné, měl by být vždy přítomen klient. V některých případech je toto pravidlo dokonce vnímáno jako bezpodmínečné (např. Solařová, 2013). PK v rámci přípravy tedy vždy zahrnuje fázi zvažování, jak do plánování co nejvíce zapojit klienta, zatímco v rámci běžné spolupráce může mezi dvěma institucemi dojít k tomu, že je se jedná o klientovi bez klienta. Pokud dojde k tomu, že klient nemůže být PK účasten (např. proto, že není schopen či nechce), formalizovaný proces přípravy garantuje, že jsou hledány cesty, jak ho maximálně zapojit do plánu.
- **Formalizace procesu garantuje, že jsou hledány zdroje v přirozených sociálních sítích klienta** – V přípravné fázi, kdy je vytvářen seznam účastníků PK by mělo být vždy zvažováno, kdo by mohl být oporou pro klienta z jeho blízkých, koho je vhodné přizvat v rámci neformálních sítí. PK pak logicky stojí na principech subsidiarity – tedy zajišťování podpory primárně od nejbližších systémů.
- **Sdílení informací více subjekty vede pravděpodobněji ke kvalitnějšímu posouzení nepříznivé sociální situace a následně k volbě přiměřeného plánu intervence** – Tím, že je k posouzení nepříznivé sociální situace přizváno více subjektů včetně klienta a jeho blízkých, je

pravděpodobnější, že situace bude komplexněji vyhodnocena. Komplexní vyhodnocení situace je považováno za jednu z klíčových podmínek přiměřené pomoci (např. Laan, 1998; Janebová, 2015). Právě uvážlivá volba participantů a proces společného sdílení a vyhodnocování informací jsou předpokladem následného adekvátního rozhodnutí a dobrého plánu. V PK nejde jen o pojmenování rizik, protože jejich pouhý – byť úplný – výčet není ještě zárukou kvalitního rozhodnutí. PK má potenciál společně tato rizika vyhodnotit z hlediska jejich intenzity (nízké střední, vysoké) a aktuálnosti (aktuální či potenciální), umožňuje o těchto rizicích vést dialog, což je opět předpokladem uvážlivého rozhodnutí a plánu.

- **Pomáhá pracovat s nejistotou při rozhodování a rozkládá odpovědnost za rozhodování** – Reflexivní přístupy k sociální práci považují za nedílnou součást sociální práce nejistotu a tuto nejistotu vnímají jako něco pozitivního, co může vést sociální pracovníce k permanentnímu procesu „reflexe při jednání“ (např. Navrátil, 2010; Janebová, 2010; Fook, 2012). Nejistota je v tak obtížné agendě, jako je sociální práce na obcích všudypřítomná (alespoň u těch, kteří nepozbyli schopnosti a dovednosti přemýšlet). Při velmi často absentující supervizi v oblasti sociální práce na obcích může být PK zajímavou platformou, která umožňuje držet nejistotu díky komplexnosti posuzování a rozhodování na přijatelné úrovni. Přínos PK pro sociální pracovníce na obcích je i v tom, že posouzení, rozhodnutí a plán jsou díky vhodnému složení participantů víc legitimní. Sociální pracovník nezůstává na rozhodování sám izolovaný, ale odpovědnost sdílí s dalšími subjekty. PK pak kryje záda v případě negativního vývoje událostí. Součástí následné legitimace postupu sociálního pracovníka se v případě svolání PK může stát právě její výstup.
- **Rozhodnutí návrhu k soudu je podloženo PK** – Pokud situace vyžaduje nějaké zásadní rozhodnutí, které může vést k ohrožení práv klienta např. návrh na omezení svéprávnosti), stává se PK nástrojem, který kryje sociální pracovníci záda. Návrh k soudu získává díky týmovému rozhodnutí vyšší legitimitu.
- **Společná či sdílená kontrola plnění úkolů, společná evaluace** – Formální pravidla PK vyžadují, aby plán naplňoval kritéria SMART (aby byl plán: S jako specifický, M jako měřitelný, A jako aktuální či akceptovaný, R jako realistický, T jako termínovaný). Kritéria a způsob vyhodnocení jsou tedy logicky zformulovány v rámci PK a předpokládají společný závazek vyhodnotit naplnění úkolů.
- **Zlepšení schopnosti vzájemně komunikovat a kooperovat s dalšími službami a organizacemi** – Vzájemné a opakované setkávání participantů na poli sociální práce může napomáhat vzájemně porozumět principům a limitům fungování spolupracujících organizací. Pořádání PK zvyšuje pravděpodobnost verbalizace vzájemných nedorozumění a tedy i jejich vyřešení.
- **Lepší využití zdrojů, finanční i časová úspora s dlouhodobého hlediska** – V neposlední řadě umožňují PK udělat přehled o participantech, jejich rolích a cílech, stejně jako zvyšují šanci na lepší využití dostupných zdrojů. Mohou předcházet tomu, že se organizace neohospodárně při práci s klientem dublují, a tím uspořit finanční zdroje.

6. Limity využití PK v rámci tzv. sociální práce na obcích

Rizika PK obecně byla popsána ve vícero zdrojích (např. Šťastná, 2013; Janebová, 2015). Některá rizika pořádání PK na obcích jsou totožná s PK v oblasti SPOD:

- Dominuje jedna profese, či instituce, která chce řídit ostatní.
- Týmové zájmy vedou k vyloučení klienta.
- Rozdílná kultura organizací vede k nedorozuměním (např. hledisko práv klienta, mlčenlivost, pomoc a kontrola).

- Časová náročnost (někdy problém kapacita organizací).
- Formálnost.
- Zátěž pro členy týmů, pokud v regionu neexistuje podpora týmové práce.

PK v sociální práci na obcích však mají rizika, která jsou specifická. Do značné míry je to dané tím, že oproti SPOD nejsou upraveny zákonem. PK v oblasti SPOD lze svolat i proti vůli klienta, protože její iniciace vyplývá ze zákona. Zároveň se zde pracuje s více motivovanými klienty, kteří si buď chtějí udržet děti v péči, nebo se jedná o samotné dospívající děti ohrožené umístěním do ústavu. Oproti tomu sociální práce na obcích mnohem častěji pracuje s nedobrovolnými, nemotivovanými a nekompetentními klienty v nejasném legislativním kontextu, v němž může být pořádání PK rizikové. PK v rámci sociální práce na obcích se totiž mohou pořádat ve třech základních kontextech.

1. **Kontext pomoci s klientem – klient má zakázku,** žádá o pomoc a máme (písemný) souhlas klienta s konáním PK (např. žádá o pomoc s vyřešením situace bydlení, zadlužení).
2. **Kontext kontroly – klient nemá zakázku, ale s konáním PK souhlasí** a máme (písemný) souhlas klienta s konáním PK (např. potřebujeme posoudit rizika a potřeby spojené se způsobem života a chceme nabídnout plán podpory v konkrétní oblasti, koordinovat spolupráci organizací – např. bydlení, stabilizace financí, řešení dluhů apod.)
3. **Kontext kontroly – klient nemá zakázku a s konáním PK nesouhlasí,** takže nemáme (písemný) souhlas klienta (např. potřebujeme posoudit riziko ohrožení života nebo vážné ohrožení zdraví – duševně nemocní, lidé s demencemi, týrané osoby, osoby závažně ohrožující okolí, zvažujeme návrh soudu na omezení svéprávnosti). Je zde značné riziko porušení práv klienta, kdy může dojít ke kritice či trestnému oznámení ze strany např. klienta, jeho blízkých, Ombudsmana či lidskoprávních organizací.

Proto je třeba při přípravě PK reflektovat, o jaký typ PK se z hlediska souhlasu klienta jedná. Lze rozlišit tedy dvě základní situace:

1. **Mám souhlas klienta** – vše mu vysvětlím a zajistím jeho Písemný souhlas s konáním PK a se zpracováním osobních údajů; má-li opatrovníka, měli bychom mít i jeho souhlas; mám-li souhlas, lze uspořádat v nutných případech PK i bez účasti klienta
2. **Nemám souhlas klienta,** protože ten není schopen ho poskytnout nebo ho odmítá poskytnout. Jak postupovat navrhuje *Právní rozbor vybraných otázek souvisejících s realizací případových konferencí*²⁶ (2016), který byl vypracován v rámci individuálního projektu Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb a byl financován z OPZ, individuální projekt Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb v Královéhradeckém kraji č. CZ.03.263/0.0/0.0/15_007/0001784. I v takových případech lze PK svolat, ale jen z **vážných důvodů**. Dle § 91a Zákona o sociálních službách ve spojení s § 92 písm. a) téhož zákona a přiměřeného užití § 55 odst. 2 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku lze za vážné důvody považovat: **reálné riziko závažné újmy, zejména na životě, na zdraví či na majetku a zároveň nezbytnou podporu a pomoc nelze zajistit jinak.**

26 Prezentovaný výklad zákonů dle tohoto rozboru byl však zpochybněn právníčkou z úřadu Ombudsmana, která byla na sekci přítomna.

Ve vztahu k **ochraně osobních údajů**, v případě, že je PK svolána bez souhlasu klienta, je na místě ji konat **anonymně** (účastníci nezískají osobní údaje klienta, tj. žádné údaje, pomocí kterých je možné klienta přímo nebo nepřímou identifikovat ve smyslu § 5 písm. a) Zákona o ochraně osobních údajů).

Výjimka souhlasu dle Zákona o ochraně osobních údajů v § 5 odst. 2 písm. může nastat, pokud tyto údaje jsou nezbytné pro dodržení právní povinnosti správce, např. obecního úřadu obce s rozšířenou působností. Takovou povinností může být zejména povinnost vyplývající z § 92 písm. a) Zákona o sociálních službách zajistit pomoc osobě, které není poskytována sociální služba a je v takové situaci, kdy neposkytnutí okamžité pomoci by ohrozilo její život nebo zdraví, a to v nezbytném rozsahu. V takovém případě je možné osobní údaje klienta užít při respektování soukromého života klienta v naprosto nezbytném rozsahu nutném pro dosažení kýženého účelu.

Závěr a diskuze

Využití PK v rámci sociální práce na obcích nabízí zajímavou příležitost, jak metodicky podpořit sociální práci v této agendě. Přináší lepší možnost zejména k vyhodnocování nepříznivých situací, k formulování možností řešení a volbě adekvátního z nich, stejně jako zefektivňuje plánování práce s klientem v jeho sociálním prostředí. Na druhou stranu přináší i řadu limitů a rizik, která jsou spojena zejména s nižšími zákonnými pravomocemi sociálních pracovníků na obcích. Ty pak při svolávání PK vystavují vyššímu riziku stížností a žalob. I to může být důvodem, proč nejsou ještě PK zaběhnutou metodou v sociální práci na obcích. Jiným důvodem může být novost a neznalost, s kterou po roce 2012 bojovali i sociální pracovníci z oblasti SPOD. Možná, že se časem podaří zapracovat metodu PK do oblastí sociální práce na obcích, jako se to podařilo v rámci agendy SPOD.

Na závěr cítím potřebu zdůraznit, že přestože celý příspěvek je psán spíše z perspektivy sociálních pracovníků, tak primárně mi šlo o to, nabídnout nástroj, který by měl být prospěšný zejména klientům za předpokladu „dobrého použití“.

Seznam citované literatury

BECHYŇOVÁ, V. 2012. Případové konference. Praktický průvodce pro práci s ohroženou rodinou. Praha: Portál.

Doporučený postup č. 1/2012 k realizaci činností sociální práce na obecních úřadech typu II., typu III, újezdních a krajských úřadech.

FOOK, J. 2012. Social Work. A Critical Approach to Practice. New Delhi: SAGE.

JANEBOVÁ, R. Zasáhnout, či nezasáhnout? Posouzení životní situace při riziku z prodlení. NAVRÁTIL, P. JANEBOVÁ, R. a kol. Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, s. 119–156.

JANEBOVÁ, R. 2014. Teorie a metody sociální práce – reflexivní přístup. Hradec Králové: Gaudeamus.

JOHNSON, C. L. 1998. Social Work Practise. A Generalist Approach. Boston: Allyn and Bacon.

LAAN, van der G. Otázky legitimity sociální práce. Boskovice: Albert, Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity, 1998.

LANDOVÁ, O., JANEBOVÁ, R. Otázky okolo případových konferencí. *Sociální práce*, 2014, č. 1, s. 27–39.

MACUROVÁ, M. 2015. Případová konference jako multidisciplinární nástroj při práci s klientem (diplomová práce). Hradec Králové.

MPSV. 2011. Manuál k případovým konferencím [online]. Praha: MPSV. [21.9.2016]. Dostupný z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/13087/manual.pdf>

NAVRÁTIL, P. Reflexivita v posouzení a v sociální práci. In NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. a kol. Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010, s. 9–46.

NEDĚLNÍKOVÁ, D. 2007. Metodická příručka pro výkon terénní sociální práce. Ostrava: Ostravská univerzita.

NEDĚLNÍKOVÁ, D. 2014. Koordinace sociálních služeb v sociálně vyloučených lokalitách. Praha: Agentura pro sociální začleňování.

Právní rozbor vybraných otázek souvisejících s realizací případových konferencí (nepublikovaný materiál). 2016. Královéhradecký kraj.

PRESTON-SHOOT, M. 2009. Case Conferences. In: MEADOW, R., MOK, J., ROSENBERG, J. ABC of Child Protection, 4th Edition, BMJ Books, pp. 83-86..

RACEK, J., SOLAŘOVÁ, H., SVOBODOVÁ, A. 2014. Vyhodnocování potřeb dětí. Praktický průvodce. Praha: Lumos.

ROZUM A CIT. 2010. Na jedné lodi aneb jak uspořádat případovou konferenci v oblasti péče o ohrožené děti. Praha: Rozum a cit.

SOLAŘOVÁ, H. 2013. Case management aneb případové konference v praxi. Benepal.

STUHLÍK, J. 2001. Asertivní komunitní léčba a case management. Praha: Focus Praha.

ŠTRUNC, V., SÝKOROVÁ, J. 2013. Metodika přípravné a realizační fáze přechodu uživatelů sociálních služeb. AKTUALIZACE 2013 [online]. O. s. Instand, Institut pro podporu vzdělávání a rozvoj kvality ve veřejných službách [21.9.2016]. Dostupný z: https://www.instand.cz/dokumenty/metodika-pripravne-a-realizacni-faze-prechodu-uzivatelu-socialnich-sluzeb_201308211115092.pdf

ŠŤASTNÁ, M. Metodika aplikace case managementu v Chrudimi formou interdisciplinární spolupráce. [online]. Šance pro tebe. [2.5.2013]. Dostupný z: http://www.chance.chrudim.cz/files/casemanagement/METODIKA_CM_CHRUDIM.pdf

Vyhláška MPSV č. 332/2013 o vzoru Standardizovaného záznamu sociálního pracovníka.

Zákon č. 401/2012 Sb., kterým se mění zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi, ve znění pozdějších předpisů.

Příspěvek na péči: Posuzování a skutečné potřeby péče o člověka s handicapem

Care allowance: assessment and real needs of care for people with disabilities

Vendula Plavcová²⁷

Abstract

Příspěvek na péči je dávkou, která je poskytována lidem s handicapem. Má umožnit důstojné zajištění péče lidem, kteří ji potřebují. Posuzuje se zvládání základních životních potřeb. Na stanovení jeho stupně se podílí sociální pracovníci ÚP a posudkoví lékaři OSSZ. Obě instituce však mají odlišné metodiky posuzování. Zásadní je také způsob provádění posouzení v praxi. Příspěvek na péči je vyplácen ve stejné výši osobám, o které pečuje osoba blízká, i osobám, které využívají některou ze služeb či služeb asistenta. Otázkou je, zda z částky je možno pokrýt a zajistit financování potřebné péče.

Klíčová slova: Příspěvek na péči. Sociální služby. Posuzování. Sociální práce.

Abstract

A care allowance is a contribution granted to persons with disabilities. It should allow dignified provision of care to persons in need thereof. Managing of basic life needs is reviewed. The social workers from Labour Exchanges and review physicians from OSSZ participate in definition of degree thereof. However, the institutions have different review methodologies. Principal is also the way of reviewing in practice. The care allowance is paid in the same amount to persons being taken care of by a close relative as well as to persons who consume some of the services of an assistant. The question is whether the sum is sufficient to cover and fund the safe services required.

Keywords: Care allowance. Social services. Reviewing. Social work.

1. Příspěvek na péči (PnP)

Ve svém příspěvku bych ráda reagovala na současnou situaci v oblasti poskytování Příspěvku na péči. Při zpracování jsem vycházela z konkrétních údajů získaných při práci na ÚP v Hradci Králové na pozici Vedoucí oddělení příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením. Při sociální práci na tomto úseku se setkáváme denně s celou řadou lidských osudů a jedinečných případů, které je třeba individuálně posoudit. Výsledek posouzení je zásadní pro zajištění potřebné péče v přijatelné kvalitě. V úvodu chci zdůraznit, že jsem se zaměřovala hlavně na problematiku témat v procesu posuzování. K jejich demonstrování jsou využity konkrétní posudky skutečných lidí a konkrétní příklady. Nejedná se o ojedinělé případy, ale o stále se opakující nedostatky v různých podobách.

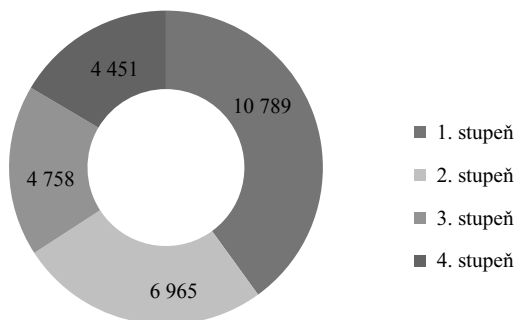
1.1 Podmínky nároku

Příspěvek na péči je dávkou, která je vyplácena přímo osobě (starší 1 roku), která potřebuje z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu pomoc jiné osoby při zvládání základních životních potřeb (Zákon č. 108/2006 Sb., § 7).

²⁷ Úřad práce České republiky, Krajská pobočka v Hradci Králové, Kontaktní pracoviště Hradec Králové, Oddělení příspěvku na péči a dávek pro osoby se zdravotním postižením, Wonkova 1142, 502 00 Hradec Králové, e-mailová adresa: vendula.plavcova@hk.mpsv.cz; Tel: 950 116 564

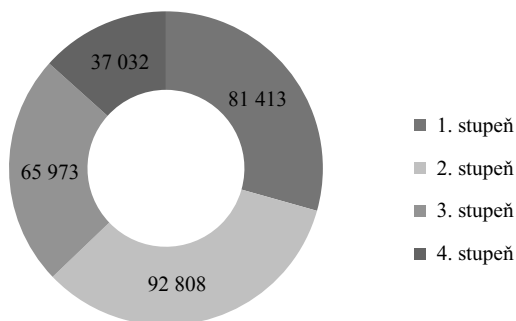
Jedná se o dávku, která je zásadní pro vlastní financování potřebné pomoci. V ČR nejčastěji stále převládá pomoc rodinným příslušníkem, nicméně neméně podstatné je financování služeb (např. pečovatelská služba, asistence). Jedná se právě o zajištění té formy pomoci, která je nezbytná pro to, aby mohl člověk setrvat v domácím prostředí. V ČR se toto týká celkem 26 963 dětí a 277 226 dospělých – celkem tedy 304 189 lidí (údaje jsou platné k 31. 8. 2016). Jedná se tedy o necelá 3 % obyvatelstva.

Obr. č. 1: Příspěvek na péči osobám mladším 18 let



Zdroj: vlastní zpracování

Obr. č. 2: Příspěvek na péči osobám starším 18 let



Zdroj: vlastní zpracování

1.2 Využití PnP

Zákon č. 108/2006 Sb., nařizuje, že příspěvek musí být využit na úhradu pomoci, kterou poskytuje osoba blízká nebo asistent sociální péče nebo poskytovatel sociálních služeb zapsaný v registru poskytovatelů sociálních služeb nebo dětský domov, anebo speciální lůžkové zařízení hospicového typu.

Tab. č. 1: Aktuální výše PnP

	mladší 18 let	starší 18 let
1. stupeň	3300	880
2. stupeň	6600	4400
3. stupeň	9900	8800
4. stupeň	13200	13200

Zdroj: vlastní zpracování

Zásadní pro jeho posouzení je provedené sociální šetření pracovníci ÚP a posouzení posudkovým lékařem příslušně LPS OSSZ.

Příspěvek na péči je dávkou, která je poskytována lidem s handicapem. Má umožnit důstojné zajištění péče lidem, kteří ji potřebují. Posuzuje se zvládnání základních životních potřeb. Na stanovení jeho stupně se podílí sociální pracovníci ÚP a posudkoví lékaři OSSZ. Obě instituce však nemají jednotnou metodiku posuzování. Dalším problémem je doba, kterou celý proces posuzování trvá a možnosti sociálních pracovníků. Příspěvek na péči je vyplácen ve stejné výši osobám, o které pečuje osoba blízká i osobám, které využívají některou ze služeb či služeb asistenta. Otázkou je, zda z částky je možno pokrýt a zajistit financování potřebné péče.

Pro názornější ilustraci situace uvádím několik praktických příkladů. Pro přesný výpočet použijeme průměrnou výši starobního důchodu v roce 2015, která činila 11348 Kč, a invalidního důchodu III. stupně 10424 Kč (Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění, 2015). Průměrný důchod je tedy: 10 886 Kč.

Příklad 1 – pečující je blízká osoba

Pokud v roce 2015 pobírala osoba jeden z důchodů a PnP ve IV. stupni 12 000 Kč. Měla k dispozici částku cca 22 886 Kč. Musíme však uvážit to, že z této částky musí vyžít dvě osoby, protože žadatel potřebuje stálou péči a jeho pečující blízká osoba nemůže chodit do zaměstnání.

Příklad 2 – pečující je asistent

Cena za asistenci se pohybuje průměrně od 100 do 130 Kč za hodinu. Večerní a víkendové služby jsou s příplatky. Vezmeme-li v úvahu, že asistence by byla placená po dobu 8 hodin/denně a počítáme-li průměrně s cenou 100 Kč/hodina bez dalších příplateků za víkendy, večery, cestu – jsme měsíčně na částce 24 000 Kč.

Příklad 3 – pečovatelská služba

Osoba má ID III a PnP v I. stupni, potřebuje pomoc v oblastech: hygiena, osobní aktivity a péče o domácnost. Pokud by se chtěla alespoň 2x týdně vykoupat, 1x týdně potřebuje donést nákup a alespoň 2x týdně pomoci uklidit, 1x týdně vyprat prádlo (např. 2 kg za 120 Kč) – za péči za měsíc zaplatí minimálně 2480 Kč.

Příklad 4 – péče v Rakousku

Nárok na dávku na dlouhodobou péči (Pflegegeld) mají pouze osoby, které potřebují péči alespoň 65 hodin měsíčně a u nichž se dá předpokládat, že péče bude zapotřebí alespoň po dobu 6 měsíců. Rozsah této péče určuje lékař.

Obr. č. 3: Příspěvek na péči v Rakousku²⁸

Pflegebedarf in Stunden pro Monat	Pflegestufe	Betrag in Euro monatlich (netto)
Mehr als 65 Stunden	1	157,30 Euro
Mehr als 95 Stunden	2	290,00 Euro
Mehr als 120 Stunden	3	451,80 Euro
Mehr als 160 Stunden	4	677,60 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • ein außergewöhnlicher Pflegeaufwand erforderlich ist	5	920,30 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen erforderlich sind und diese regelmäßig während des Tages und der Nacht zu erbringen sind oder • die dauernde Anwesenheit einer Pflegeperson während des Tages und der Nacht erforderlich ist, weil die Wahrscheinlichkeit einer Eigen- oder Fremdgefährdung gegeben ist	6	1.285,20 Euro
Mehr als 180 Stunden, wenn • keine zielgerichteten Bewegungen der vier Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich sind oder • ein gleich zu achtender Zustand vorliegt	7	1.688,90 Euro

Zdroj: Bundeskanzleramt Österreich, 2016

Je zde podporována domácí péče 24/7. V rodině jsou přítomny kvalifikované pečovatelky / zdravotní sestry. Příspěvek je poskytován od 3. stupně ve výši 1100 EURO / měsíčně (2 pečovatelky).

1.3 Konkrétní posuzování

Od 1. 9. 2016 platí nová instrukce k posuzování zdravotního stavu. Ta sjednocuje některé oblasti, které byli v předchozích instrukcích rozdílné.

Jako důležité bych zmínila, že výstupem sociálního šetření pro účely řízení o příspěvek na péči je písemný záznam ze sociálního šetření, který slouží jako jeden z podkladů pro vypracování posudku lékařem LPS OSSZ. (Instrukce č. č. 5/2015)

Znamená to tedy, že posudkový lékař musí ze sociálního šetření vycházet.

Záznam musí obsahovat komplexní informace k schopnosti samostatného života osoby v přirozeném sociálním prostředí. Nedílnou součástí záznamu je proto popis aktuální situace žadatele

28 **stupeň 6** – péče nutná více jak 180 hodin měsíčně v případě, že je nutné poskytnout ošetřování, které není časově koordinovatelné, pravidelně během dne a noci a je nutná trvalá přítomnost pečující osoby během dne a noci, protože existuje vysoká pravděpodobnost ohrožení dané osoby nebo cizí osoby

stupeň 7 – péče nutná více jak 180 hodin měsíčně, pokud osoba neovládá všechny končetiny a není možná funkční kompenzace

včetně jeho potřeb, které lze v rámci řízení spojovat především s účelem samotné dávky, spočívajícím v podílu na zajištění potřebné pomoci a podpory.

Sociální pracovník tedy popisuje aktuální stav žadatele a jeho aktuální potřeby. Při šetření se může zeptat klienta na průběh onemocnění, na možná zhoršení, ale nemůže zachytit stav v průběhu celého roku. O posouzení zdravotního stavu také žádá k datu podání žádosti klientem. Zásadní je tedy aktuální stav žadatele v určené době.

Záznam ze sociálního šetření obsahuje informace o potřebné podpoře a popis situace žadatele v níže uvedené sedmibodové struktuře, která obsahově zahrnuje celou oblast deseti základních životních potřeb, které posuzuje OSSZ podle vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů:

- a) péče o vlastní osobu,
- b) výdělečná činnost / školní povinnosti,
- c) rodinné vztahy,
- d) sociální vztahový rámec (mimo rodiny),
- e) domácnost,
- f) prostředí,
- g) závěr

Oproti tomu hodnotí LPS (Instrukce č. 15/2016) při posuzování stupně závislosti schopnost zvládat tyto základní životní potřeby (ZŽP):

- a) mobilita,
- b) orientace,
- c) komunikace,
- d) stravování,
- e) oblékání a obouvání,
- f) tělesná hygiena,
- g) výkon fyziologické potřeby,
- h) péče o zdraví,
- i) osobní aktivity,
- j) péče o domácnost (jen u osob starších 18 let)

Tyto životní potřeby musí žadatel zvládat přijatelným standardem, tím se rozumí zvládnutí příslušné základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný, obvyklý a akceptovatelný, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby. Obě podmínky (tj. kvalita a samostatnost) musí být splněny současně, podstatnou skutečností je naplnění účelu u konkrétní ZŽP.

Pro hodnocení je zásadní učení toho, zda se jedná o dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav podle § 3 písm. c) ZSS. Je to takový zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok, a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládnutí ZŽP. U osob, u nichž průběžně dochází ke zhoršování a zlepšování zdravotního stavu, trvá sledované období, rozhodně pro posouzení závislosti zpravidla 1 rok; funkční schopnost zvládat ZŽP se v takovém případě stanoví tak, aby odpovídala převažujícímu rozsahu schopnosti ve sledovaném období.

Posudek musí splňovat požadavek úplnosti, objektivnosti a přesvědčivosti, který spočívá v tom, že posudkový lékař musí spolehlivě zjistit stav věci, o němž nejsou důvodné pochybnosti. V posudkovém hodnocení musí posudkový lékař posoudit předepsané skutečnosti a posudkově

medicínsky se vyrovnat (vysvětlit, odůvodnit) se všemi posudkově významnými údaji uváděnými ve shromážděné podkladové dokumentaci, tj. lékařskými nálezy, sociálním šetřením.

Za neschopnost zvládnání základní životní potřeby se považuje stav, kdy porucha funkčních schopností dosahuje úrovně úplné poruchy nebo poruchy těžké, kdy i přes využívání zachovaných potenciálů a kompetencí fyzické osoby a využívání běžně dostupných pomůcek, prostředků, předmětů denní potřeby nebo vybavení domácnosti, veřejných prostor nebo s využitím zdravotnického prostředku nelze zvládnout životní potřebu v přijatelném standardu. Za neschopnost zvládnání základní životní potřeby se považuje rovněž stav, kdy režim nařízený odborným lékařem poskytujícím specializované zdravotnické služby neumožňuje provádění základní životní potřeby v přijatelném standardu. Přijatelným standardem se rozumí zvládnání základní životní potřeby v kvalitě a způsobem, který je běžný a obvyklý, a který umožňuje, aby tato potřeba byla zvládnuta bez každodenní pomoci jiné osoby (Instrukce č. č. 5/2015).

Z vyhlášky 505/2006 Sb., § 2a vyplývá, že pokud osoba není schopna z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu zvládat alespoň jednu z aktivit, která je pro schopnost zvládat základní životní potřebu vymezena v příloze č. 1 k této vyhlášce, není schopna základní životní potřebu zvládat, a to bez ohledu na příčinu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu.

Bohužel tomu tak v praxi bývá jinak. Toto bude rozebráno dále u jednotlivých potřeb. Pokud přijde posudek od LPS, který obsahuje zjevný rozpor mezi sociálním šetřením a výsledným posouzením, musí toto posudkový lékař dostatečně odůvodnit. Pokud toto v odůvodnění chybí, musí sociální pracovník posudek vrátit zpět s žádostí o doposouzení, doplnění posudku. V praxi se však stává, že se vrátí posudek s krátkým: Trvám na svém posouzení.

Nejsou dovysvětleny nově přiložené zprávy, odůvodněny rozdíly. Někteří posudkoví lékaři s námi aktivně komunikují, v případě potřeby zavolají, ujasníme si sporné body, případně vyplyne i to, že chybí důležité údaje v odborných zprávách, dokumentace není aktuální apod. Pokud se o tomto dozvíme, můžeme klienta informovat a má tak možnost ještě zprávy doplnit.

Dalším problémem je skutečnost, že i když klient požádá o to, aby byl LPS předvolán osobně, předvolán bez odůvodnění není (v některých případech). S tímto se LPS ve svých posudcích nevyřizává vůbec.

Příklad:

Osoba pobírá příspěvek na péči ve II. stupni, onemocnění trvá 3 roky. Bohužel dojde do terminálního stádia onemocnění a rodina požádá o zvýšení PnP v květnu 2016. Dle sociálního šetření odpovídá přiznání IV. stupně PnP. V srpnu 2016 dotyčný zemře. V září 2016 přijde posudek, ve kterém posudkový lékař uvede, že sociální šetření je pro posudkové účely nepoužitelné, protože posuzuje aktuální stav klienta v době šetření. Aby splnil podmínku DNZS musí posoudit celý rok, i když ze zdravotní dokumentace vyplývá, že od dubna 2016 lze zdravotní stav posoudit jako vyšší závislost. 2-3 měsíce před úmrtím se jednalo o nezvládnání 9-10 základních životních potřeb. Dlouhodobější stav klienta ale posudkový lékař ohodnotí jako nezvládnání 5-6 potřeb (II. stupeň PnP).

1.4 Konkrétní vymezení schopností zvládat základní životní potřeby

(Vyhláška č. 505/2006 Sb, příloha 1)

a) Mobilita

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna zvládat

1. vstávání a usedání,
2. stoj,
3. zaujímat a měnit polohy,
4. pohybovat se chůzí krok za krokem, popřípadě i s přerušováním zastávkami, v bytě a běžném terénu v dosahu alespoň 200 m, a to i po nerovném povrchu,
5. otevírat a zavírat dveře,
6. chůzi po schodech v rozsahu jednoho patra směrem nahoru i dolů,
7. nastupovat a vystupovat z dopravních prostředků včetně bariérových, a používat je.

Z oblasti mobility nyní vypadlo posuzování pohybu trupu, horních končetin, ramen, úchopu apod. Pokud člověk zvládne ujit s 2 francouzskými holemi cca 300m, i když je chůze pomalá, má přestávky, ale nedokáže vůbec využívat schody, nebývá k tomu přihlédnuto. Oblast je v praxi hodnocena „celkově“ jako zvládnutá. Obtížné je posuzování i osob s nestálými či nestandardními problémy, např. u osob s roztroušenou sklerózou – kde stav není stálý, ale dochází ke změnám (někdy schopen chůze o FH, jindy není schopen vstát z lůžka).

b) Orientace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. poznávat a rozeznávat zrakem a sluchem,
2. mít přiměřené duševní kompetence,
3. orientovat se osobou, časem a místem,
4. orientovat se v přirozeném sociálním prostředí,
5. orientovat se v obvyklých situacích a přiměřeně v nich reagovat.

V této oblasti se musí jednat o postižení obou očí a uší. Velké problémy v posuzování bývají u osob s autismem nebo psychickým postižením. Nepřihlíží se ke specifčnosti těchto onemocnění, výkyvům apod. Adekvátní chování v obvyklých situacích v posudcích lékařů není zhodnocena (např. schizofrenie, paranoia...).

c) Komunikace

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vyjadřovat se srozumitelně mluvenou řečí a dorozumět se jejím prostřednictvím s jinými osobami v rozsahu běžné slovní zásoby odpovídající věku a sociálnímu postavení,
2. chápat obsah přijímaných a sdělovaných zpráv,
3. vytvářet rukou psanou krátkou zprávu,
4. porozumět všeobecně používaným základním obrazovým symbolům a zvukovým signálům,
5. používat běžné komunikační prostředky.

Oblast nebyvá uznána lékařem ani v případě, že dotyčný zvládne obtížně jenom podpis. Nejsou také zohledňovány omezení neverbální komunikace (gestika, proxemika). Nepřihlíží se také příliš k pochopení obsahu (uznáváno pouze v případě, že se jedná o naprosté nepochopení).

d) Stravování

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si ke konzumaci hotový nápoj a potraviny,
2. nalít nápoj,
3. rozdělit stravu na menší kousky a naservírovat ji,
4. najíst se a napít,
5. dodržovat stanovený dietní režim,
6. konzumovat stravu v obvyklém denním režimu,
7. přemístit nápoj a stravu na místo konzumace.

Pokud se klient nají lžící, je tato oblast uznána jako zvládaná. Ke krájení a přemísťování se příliš nepřihlíží. Příprava, ohřev, vaření je přesunuto do péče o domácnost. V praxi to znamená, že když rodina připraví veškerá jídla a dá je nemocnému před sebe již nakrájené, a on je sám lžící sní (i když je okolí znečištěno), je potřeba zvládaná. V praxi jsme se setkali také s tím, že tato potřeba nebyla uznána ženě (32 let) v terminálním stádiu rakoviny, která byla vyživována sondou.

e) Oblékání a obouvání

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. vybrat si oblečení a obutí přiměřené okolnostem,
2. rozeznat rub a líc oblečení a správně je vrstvit,
3. oblékat se a obouvat se,
4. svlékat se a zouvat se,
5. manipulovat s oblečením v souvislosti s denním režimem.

Do této potřeby se přesunula manipulace s oblečením při hygieně a toaletě. Potřebný dohled při současné poruše orientace nebyvá zohledněn.

f) Tělesná hygiena

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. použít hygienické zařízení,
2. dodržovat tělesnou hygienu, mýt si a osušovat si jednotlivé části těla,
3. provádět celkovou hygienu,
4. česat se, provádět ústní hygienu, holit se.

Tělesná hygiena není LPS uznána např. v případě, že se posuzovaný samostatně nedostane do/z vany. Problémy bývají také u dětí, které dokážou ranní hygienu vykonat, ale musí mít přesné instrukce rodičů, dohled, postupný návod (např. autismus).

g) Výkon fyziologické potřeby

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. včas používat WC,
2. zaujmout vhodnou polohu,
3. vyprázdnit se,
4. provést očistu,
5. používat hygienické pomůcky.

Inkontinence sama o sobě neznamená neuznání této potřeby. Potřebu také zvládá osoba, která se vyprazdňuje cévkováním a stolici musí vybavovat pomocí farmak.

h) Péče o zdraví

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. dodržovat stanovený léčebný režim,
2. provádět stanovené preventivní, léčebné a léčebně rehabilitační a ošetrovatelské postupy a opatření a používat k tomu potřebné léky nebo pomůcky,
3. rozpoznat zdravotní problém a v případě potřeby vyhledat nebo přivolat pomoc.

Pokud osoba zvládne podle seznamu užívat léky, je tato potřeba považována za splněnou. Pravidelná rehabilitace, kam musí mít posuzovaný doprovod, k uznání nestačí. Nyní sem patří péče o pomůcky (např. podložnou mísu, pokojovou toaletu apod.).

Jako dostatečná možnost k přivolání pomoci se hodnotí i možnost přivolání pečovatelky zvonkem v domově pro seniory.

i) Osobní aktivity

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. navazovat kontakty a vztahy s jinými osobami,
2. plánovat a uspořádat osobní aktivity,
3. styku se společenským prostředím,
4. stanovit si a dodržet denní program,
5. vykonávat aktivity obvyklé věku a prostředí, například vzdělávání, zaměstnání, volnočasové aktivity, vyřizovat své záležitosti.

Pokud je osoba orientovaná, ale je upoutaná na lůžko, kde může číst a dívat se na TV, bere toto lékař jako dostatečné trávení volného času. Nepřihlíží se ke kvalitě a omezeným možnostem posuzovaných. Omezený styk se společenským prostředím se nezohledňuje vůbec.

Pokud nemůže člověk docházet kvůli zdravotnímu stavu do zaměstnání; dítě docházet do normální školy.... Není tato skutečnost v posudcích zohledněna. U dětí s autismem, které si sice nějakým způsobem hrají, ale nejsou schopni spolupracovat s jinými dětmi, mají svůj režim, který je pro ně zásadní (např. za využití piktogramů), je toto chápáno LPS jako zvládnutí volnočasových aktivit.

j) Péče o domácnost

Za schopnost zvládat tuto základní životní potřebu se považuje stav, kdy osoba je schopna

1. nakládat s penězi v rámci osobních příjmů a domácnosti,
2. manipulovat s předměty denní potřeby,
3. obstarat si běžný nákup,
4. ovládat běžné domácí spotřebiče,
5. uvařit si jednoduché teplé jídlo a nápoj,
6. vykonávat běžné domácí práce, nakládat s prádlem, mýt nádoby,
7. obsluhovat topení,
8. udržovat pořádek.

Do této oblasti byly přesunuty úkony, které se dříve posuzovaly v jiných oblastech (např. vaření a ohřev jídla). Tato oblast většinou je uznávána v případě nevládní bez větších problémů. Problémy bývají u osob, které toto po fyzické stránce zvládnou (není omezena mobilita), ale musí mít dohled, instrukce, nejsou schopni samostatně péči o domácnost vykonávat. Např. také u osob, které kvůli psychickým potížím nedokáží uvedené úkony dělat.

2. Závěr

Příspěvek na péči je zásadním příspěvkem pro osoby se zdravotním postižením. Často jsou i přes to, že pobírají příspěvek, tyto osoby odkázány na pomoc svých blízkých ve věci dofinancování další pomoci. Jedná se o velkou finanční zátěž pro celou rodinu. Pokud se toto týká člověka, který je úplně sám, jeho možnosti se ještě zužují. V době, kdy se snažíme o to, aby maximum lidí mohlo žít důstojně ve svém prostředí, by bylo vhodné toto zásadně vyřešit. Je také nezbytné, aby došlo ke sjednocení metodik LPS a ÚP, docházelo ke větší spolupráci, a tím ke změně k lepšímu ve prospěch klientů. Z mého pohledu je potřebná systémová změna v přístupu a metodikách. Není možné, aby zákon či vyhláška řešily určitou věc, a ve skutečnosti byla praxe jiná. Bohužel přibývá případů, kdy i přes to, že sociální pracovník jako jediný klienta reálně vidí, popíše situaci, není k jeho názoru přihlédnuto. Stále častěji není také přihlédnuto ke stavům v terminálních stádiích onemocnění.

Tento příspěvek se zabýval spornými momenty v posuzování z pohledu sociálního pracovníka a byl dokreslován skutečnými příklady z běžné praxe. Jeho cílem není posouzení kvality nebo odbornosti posuzování posudkových lékařů, protože k tomu nemám ani kvalifikaci, ani kompetenci. Hlavním cílem je, aby bylo posuzování více propojeno a byla stanovena jednotná metodika a používaná jednotná praxe. Je nezbytné se vypořádat se všemi argumenty a jednoznačně určit stupeň příspěvku. Důležitá je i provázanost s odvolacím orgánem, v případě že rozhodnutí změní. V současné praxi je výrazná většina rozhodnutí měněna právě z důvodu neodpovídajícího posouzení LPS.

Seznam citované literatury

Höhe des Pflegegeldes [online]. Bundeskanzleramt Österreich, 2016 [cit. 2016-09-22]. Dostupné z: <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/36/Seite.360516.html>

Instrukce č. 5/2015: Postup při vykonávání sociálního šetření v rámci řízení o příspěvku na péči podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Instrukce náměstkyně pro řízení sekce sociálně pojistných systémů č. 15/2016 o Posuzování zdravotního stavu pro účely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů (Posuzování stupně závislosti pro účely příspěvku na péči).

Statistická ročenka z oblasti důchodového pojištění 2015. Praha: Česká správa sociálního zabezpečení – odbor ekonomický a odbor komunikace, [2015].

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách. In: *ASPI* [právní informační systém]. Praha: Wolters Kluwer ČR [vid. 2016-09-22].

Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů. In: *ASPI* [právní informační systém]. Praha: Wolters Kluwer ČR [vid. 2016-09-22].

Indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny a aktívne nástroje rodinnej politiky zamerané na podporu členov rodiny v ich prirodzenom sociálnom prostredí

Indicators for qualifying social risk rates in families and active tools of family policies aimed at support of family members in their natural social environment

Katarína Szabóová²⁹, Ladislav Vaska³⁰, Martina Čierna³¹

Abstract

Príspevok vychádza v rámci projektu VEGA 1/0487/14 „Kľúčové koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní rizikovosti rodín v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí“. Hlavným cieľom výskumného projektu bolo v prvej fáze identifikovať kľúčové koncepty vybraných systémových teórií, ktoré tvoria rámec pre posudzovanie sociálnej rizikovosti rodiny a následne posúdiť mieru zhody a odlišnosti kľúčových pojmov systémových teórií v procese posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny. Predkladaný článok prezentuje čiastkové výsledky výskumu, ktorý bol realizovaný prostredníctvom metódy fokusových skupín a pološtruktúrovaných rozhovorov s posudzovateľmi na oddelení sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately a s posudzovateľmi vybraných akreditovaných subjektov pre sociálnu prácu s rodinou v období prvého kvartálu roka 2015. Na indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny, ktoré upozorňujú na možnú dysfunkčnosť rodinného prostredia, nadväzujú možnosti a limity aktívnych nástrojov rodinnej politiky v Slovenskej republike.

Kľúčové slová: Rodina. Systémové teórie. Indikátory posudzovania. Nástroje rodinnej politiky. Prirodzené sociálne prostredie. Sociálno-právna ochrana detí.

Abstract

The contribution is issued from within the project VEGA 1/0487/14 “Key Concepts of Selected System Theories for Review of the Family Risk Level in the Intentions of the Social and Legal Protection of Children”. In the first phase of the research project, the main goal focused on identification of the key concepts of the selected system theories that form the framework for review of social risk level of a family followed by review of the compliance level and differences of the key terms of the system theories in the process of review of the social risk level of a family. The submitted article presents the partial results of the research conducted through the method of the focus groups and semi-structured interview with the reviewers in the department of social and legal protection of children and social guardianship, and with the reviewers from the selected accredited entities for the social work with the family during the first quarter of 2015. The indicators for review of the social risk level of a family, which point out to potential dysfunction of the family environment, are followed by the possibilities and limits of the active tools of the family policy in Slovakia.

Keywords: Family. System theories. Review indicators. Family policy tools. Natural social environment. Social and legal protection of children.

29 Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce: e-mailová adresa: szaboova112@uniba.sk; Tel: +421 2 50 222 110

30 Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce: e-mailová adresa: vaska@fedu.uniba.sk; Tel.: +421 2 50 222 106

31 Univerzita Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce: e-mailová adresa: martina.cierna@uniba.sk; Tel: +421 2 50 222 106

1. Posudzovanie sociálnej rizikovosti rodín a nástroje rodinnej politiky zamerané na podporu rodiny v jej prirodzenom sociálnom prostredí

Posudzovanie sociálnej rizikovosti rodiny v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí je zamerané na akútne riziká, ktoré vyplývajú pre dieťa v dôsledku sociálne rizikového fungovania rodinného systému. Indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny súvisiace s fungovaním rodiny ako celku s ohľadom na telesné, zdravotné, vývojové, emocionálne poruchy a potreby dieťaťa a tiež s ohľadom na zdravotné, psychické, manželské a výchovné ťažkosti na strane rodičov (Matoušek, Pazlarová 2014a). Faktory, ktoré sa posudzujú pri vyhodnotení sociálnej rizikovosti, bezprostredne súvisia so schopnosťou dospelých členov rodiny napĺňať základné životné potreby detí, pripravenosťou a osobnosťou zrelosťou rodičov v starostlivosti o dieťa, prítomnosťou extrémneho stresu a akútnych stresových situácií v rodine, prítomnosťou závislosti, kriminality, domáceho násillia a iných sociálno-patologických javov, ktoré ohrozujú zdravý vývin dieťaťa. Rizikové faktory, ktoré znižujú kvalitu života členov rodiny, spočívajú v deštruktívnom spôsobe riešenia konfliktov, absencii dôvery medzi členmi rodiny, nerovnomernom rozložení moci v rodine, kontextuálnom strese vyplývajúcom zo stigmatizácie, chudoby, sociálneho vylúčenia, príslušnosti k etnickej menšine, nízkej kvalite bývania.. (Matoušek, Pazlarová 2014b:115).

Vyššie zmienené oblasti zodpovedajú charakteru a opatreniam rodinnej politiky, ktorá prierezo zasahuje do najrôznejších oblastí života rodiny v postmodernej spoločnosti. V nadväznosti na princípy a ciele rodinnej politiky sú koncepty, metódy a postupy rodinnej politiky plánované a realizované so zámerom zmieriňovať, odstraňovať a riešiť prekážky, ktorým sú rodiny vystavené a ktoré ohrozujú jej stabilitu a fungovanie vo verejných oblastiach života spoločnosti, ako je napríklad trh práce, školstvo, zdravotníctvo, infraštruktúra, úroveň občianskej vybavenosti a dostupnosti zdrojov prostredia a tiež oblasť dostupného a kvalitného bývania.³² Princípy, ciele a konkrétna realizácia opatrení štátnej rodinnej politiky sú upravené podľa zákona č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej "zákon č. 305/2005 Z. z."). Tento zákon upravuje sociálnoprávnu ochranu detí a sociálnu kuratelu (ďalej SPOD a SK) na *zabezpečenie predchádzania vzniku krízových situácií v rodine, ochrany práv a právom chránených záujmov detí, predchádzania prehlbovaniu a opakovaníu porúch – psychického vývinu, fyzického vývinu a sociálneho vývinu detí a plnoletých fyzických osôb a na zamedzenie nárastu sociálnopatologických javov*. Aktéri rodinnej politiky plánujú opatrenia na podporu rodiny vo výkone jej prirodzených funkcií, s rešpektovaním vysoko súkromnej oblasti, ktorej sa podpora rodiny vo výkone jej prirodzených funkcií týka. Rodinná politika pri aplikácii opatrení pamätá na potreby členov rodiny v konkrétnych situáciách, opiera sa o poznatky spoločenských vied a ich prínosu do objasňovania jednotlivých vývojových fáz rodiny, rozdelenia sociálnych rolí v rodine a v zmene funkcií rodiny s ohľadom na zmeny v spoločnosti s ktorými sa rodina v procese vývoja vyrovnáva.

Podpora členov rodiny v ich prirodzenom sociálnom prostredí je v zahraničí prekladaná ako *family support* (podpora rodiny), *family preservation* (udržiavanie rodiny). V tom istom význame sa u nás používa sanácia rodiny, alebo sanácia rodinného prostredia, ktoré pochádza z latinského *sanare* v preklade uzdraviť (Bechyňová, Konvičková, 2008:11) Procesu uzdravenia rodiny v kontexte sociálnoprávnej ochrany detí zodpovedá vymedzenie Bechyňovej a Konvičkovej (2008:18), ktoré sanáciu rodín definujú ako „*súbor opatrení sociálno-právnej ochrany, sociálnych služieb a ďalších opatrení a programov, ktoré sú poskytované alebo uložené prevažne rodičom detí a de-*

32 Rodinná politika na úrovni krajů a obcí: metodické „doporučení“ Ministerstva práce a sociálních věcí. Praha: MVČR, 2008. 30 s. ISBN 978-80-86878-82-9 Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6778/Rodinna_politika.pdf

ťom, ktorých sociálny, biologický a psychologický vývin je ohrozený. Dôsledkom neriešenej alebo akútnej situácie ohrozenia dieťaťa môže byť jeho umiestnenie mimo rodinu. Základným princípom sanácie rodiny je podpora dieťaťa, prostredníctvom pomoci jeho rodine.

Pri voľbe prostredia, ktoré je vhodné pre posúdenie sociálnej rizikovosti rodiny a tiež pre následnú podporu členov rodiny v zmysle sanácie rodinného prostredia je prirodzene najvhodnejšou voľbou domáce prostredie v ktorom sa cíti rodina bezpečne a isto, pričom posudzovateľovi poskytuje časovo najefektívnejší spôsob akým môže spoznať rodinu a ovplyvniť procesy dôležité pre fungovanie rodiny (Matoušek, Pazlarová, 2014b:25).

V súčasnej podobe zákon č. 305/2005 Z. z. legislatívne neupravuje sanáciu rodiny, čím podľa autoriek Bechyňovej a Konvičkovej (2008: 18), ktoré opisujú absenciu taxatívneho vymedzenia sanácie rodiny na území Českej republiky „...*dochádza k rozostrovaniu rozdielov medzi sociálnou prácou s rodinou realizovanou pracovníkmi SPOD a SK a sanáciou rodiny*“ V rámci národného projektu Podpora deinštitucionalizácie náhradnej starostlivosti bol vytvorený Odborom sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny Inovatívny model manažmentu sanácie rodiny. Cieľom metodiky je popísať procesy a kompetencie jednotlivých aktérov v prípadovom manažmente sanácie rodín, pričom dokument ponúka prehľad a zhrnutie metodických nástrojov a postupov, ktoré sa v praxi za šesť rokov od legislatívnej úpravy sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately podľa zákona č. 305/2005 Z. z. osvedčili a sú efektívne využiteľné v jednotlivých etapách posúdenia ohrozenia dieťaťa a vyhodnotenia potreby sanácie rodiny. Medzi základné metodiky a nástroje využiteľné v procese práce s rodinou v ohrození patrí advokácia, identifikácia oblastí sanácie rodiny, indikátory pre zaradenie/nezaradenie rodiny do procesu sanácie, krízová intervencia, monitorovanie realizovaných opatrení SPOD a SK, programov a služieb pre rodinu, motivačná prípadová konferencia, motivačné rozhovory s cieľom podporiť rodinu v procese realizácie zmeny, motivačné rozhovory s pomenovaním konzekvencií neriešenia situácie, ktorá dieťa ohrozuje, motivačné rozhovory s prvkami validizácie, Posúdenie zdrojov a možností rodiny, prípadová konferencia, program rozvoja rodičovských zručností, rodinná konferencia, rodinná mediácia, sieťovanie, sprostredkovanie odborných programov a služieb realizovaných akreditovaným subjektom, a terénna sociálna práca s rodinou³³

1.1 Konceptuálny rámec výskumu

Výskumným zámerom bolo identifikovať kľúčové koncepty vybraných systémových teórií, ktoré tvoria rámec posudzovania rizikovosti rodín v rámci sociálno-právnej ochrany detí a posúdiť mieru zhody a odlišnosti v konštruovaní kľúčových pojmov týchto teórií v procese posudzovania. Za účelom objasnenia kľúčových teoretických konceptov a indikátorov posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny v intenciách sociálno-právnej ochrany detí zostavil výskumný tím základné výskumné otázky smerujúce k tomu, čo považujú posudzovatelia za sociálne rizikovú rodinu, ako posudzujú rizikovosť rodiny a rodinného prostredia, aké znaky sú podľa nich ukazovateľmi toho, že rodina je riziková, čo si pritom všimajú a akým spôsobom to zisťujú. Ďalšie otázky kvalitatívneho výskumu, ktoré boli položené účastníkom fokusových skupín a respondentom v interview, smerovali k objasneniu toho, aké postupy, nástroje metódy a techniky používajú posudzovatelia na odhalenie sociálnej rizikovosti rodiny, s kým pritom spolupracujú, respektíve kto ďalší ešte do posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny vstupuje a ako sa snažia zabezpečiť objektivitu posudzovacieho procesu.

33 Inovatívny model manažmentu sanácie rodiny: metodický dokument o procesoch a kompetenciách jednotlivých aktérov v prípadovom manažmente sanácie rodín: Odbor sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, 2013. Bratislava, 19 s.,

Kvalitatívny výskum sa realizoval prostredníctvom metódy 2 fokusových skupín v Bratislave a v Košiciach a šestnástich pološtruktúrovaných interview s posudzovateľmi sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately a posudzovateľmi akreditovaných subjektov, ktorí podľa zákona NR SR č. 305/2005 Z. z. o sociálno-právnej ochrane detí a kuratele v znení neskorších predpisov vykonávajú opatrenia sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Fokusové skupiny boli zložené z 8-10 respondentov heterogénneho zloženia podľa veku, miesta výkonu práce, dĺžky praxe, typu pracoviska. Všetky rozhovory boli zrealizované v období január-február roku 2015. Konceptuálny rámec výskumu je postavený na systémových teóriách rodiny a klinických výskumoch týkajúcich sa rodinnej terapie. Medzi vybrané modely sme zaradili McMasterský model, Beaversov systémový model a Olsonov cirkumplexný model. Všetky tri sú v rôznej miere zamerané na poznatky vzťahujúce sa k štruktúrnym, dynamickým, organizačným, kohezívnym kvalitám a vzťahovým, komunikačným procesom v rodinách. Psychometrické nástroje, ktoré vychádzajú z vyššie spomenutých modelov hodnotenia rodinného fungovania, sú postavené na štatistickej analýze rizikových faktorov, vychádzajúcich z veľkého množstva prípadových štúdií a zisťujú úroveň a kvalitu procesov a vzťahov v rodinách. Prínos modelov hodnotenia rodinného fungovania do posudzovacieho procesu rodiny vidíme vo zviditeľnení indikátorov posudzovania sociálnej rizikovosti rodinného systému. Modely hodnotenia rodinného fungovania sa využívajú ako schémy pri posudzovaní rôznych aspektov rodinného fungovania. Tieto modely, zamerané na funkčnosť – dysfunkčnosť rodinného systému, poskytujú hodnotiacemu procesu silné pojmové zázemie a podľa T. Jacobsa (1987, In: Sobotková, s. 1987) vykazujú viaceré funkcie: „deskriptívnu, diagnostickú, prediktívnu a preskriptívnu“.

1.2 Metódy a postupy realizácie výskumu

Konkrétny postup realizácie výskumu a z neho získaných čiastkových výsledkov prezentovaných v predkladanom príspevku odpovedá metodológii a časovému harmonogramu projektu VEGA 1/0487/14 „Kľúčové koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní rizikovosti rodín v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí“. Podstatou vedeckého projektu bolo identifikovať koncepty vybraných systémových teórií, ktoré tvoria rámec posudzovania sociálnej rizikovosti rodín v rámci sociálnoprávnej ochrany detí a posúdiť mieru zhody a odlišnosti v konštruovaní kľúčových pojmov týchto teórií v procese posudzovania sociálnej rizikovosti rodín v praxi. Z vyššie uvedeného vychádzajú parciálne ciele výskumného zámeru, ktoré boli napĺňané metodologickými postupmi rešpektujúcimi poznatky teoretických modelov a ich posudzovacích nástrojov, ktoré sú postavené na empirickej evaluácii výskumu a citlivom skúmaní postupov posudzovateľov pri posudzovaní sociálnej rizikovosti rodín, s rešpektom k jedinečným dlhoročným skúsenostiam pracovníkov s ohľadom na ich kontextuálny výkon praxe a intuitívnych postupoch pri vyhodnocovaní sociálneho rizika na základe ich dobrej praxe. V rámci výskumného zámeru boli stanovené tri parciálne ciele.

Pri identifikácii kľúčových konceptov vybraných systémových teórií bola výskumným tímom realizovaná meta-analýza a komparácia systémových modelov hodnotenia rodinného fungovania, so zámerom identifikovať a opísať sledované dimenzie rodiny, ktoré jednotlivé modely opisujú a formulovať indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny, ktoré zároveň napĺňajú a sýtia konkrétne dimenzie rodinného fungovania. Komparáciu indikátorov posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny výskumný tím realizoval za pomoci šiestich oblastí, v ktorých dochádza k najväčšiemu prekryvu indikátorov posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny medzi trmi teoretickými modelmi hodnotenia rodinného fungovania. Medzi týchto šesť dimenzií, patrí (1) Komunikácia (2) Štruktúra rodiny (3) Afekcia (4) Konflikty (5) Uspokojenie potrieb (6) Pôsobenie rodiny smerom k okoliu „navonok“.

Metódou fokusových skupín a pološtruktúrovaných rozhovorov s posudzovateľmi sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately boli identifikované teoretické koncepty posudzovania rizikovosti rodín v rámci sociálnoprávnej ochrany detí. Spracovaním získaných dát z interview a fokusových skupín prostredníctvom metódy zakotvenej teórie bolo možné prejsť k tretiemu parciálnemu cieľu výskumu a to ku komparácii teoretických modelov systémových teórií a posudzovacích techník posudzovateľov v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí.

1.3 Prítomnosť indikátorov posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny v dimenzii komunikácie v posudzovacích technikách pracovníkov sociálno-právnej ochrany detí

Prínosom predkladaného článku je venovanie pozornosti dimenzii komunikácie v rodine s predstavením indikátorov posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny vybraných troch systémových modelov spolu s posúdením miery zhody a odlišnosti indikátorov posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny v dimenzii komunikácie v posudzovacích technikách pracovníkov sociálnoprávnej ochrany detí.

Tab. č. 1: Dimenzia Komunikácia

Olsonov cirkumplexný model	
Dimenzia komunikácie	Indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti
Sledovanie témy	držanie sa ústrednej témy
Jasnosť komunikácie	jasné vyjadrovanie
Pozornosť	udržanie pozornosti
Rešpekt	vzťahové a afektívne aspekty komunikácie a riešenia problémov
Zručnosti počúvania	pozornosť sa zameriava na empatiu a pozorné počúvanie
Zručnosti hovorenia	hovoríť za seba a nie za druhých
Sebaodhalenie	zdieľanie pocitov týkajúcich sa seba a vzťahov
Beaversov systémový model	
Dimenzia komunikácie	Indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti
Negociácia	Zameraná na cieľ, od efektívnej po neefektívnu
Mytológia	Od kongruentnej po inkongruentnú, od súhlasnej po nesúhlasnú
Manažovanie asertivity	Podporovanie asertivity až po potlačanie
McMasterský model hodnotenia rodiny	
Dimenzia komunikácie	Indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti
Komunikácia	výmena informácií medzi členmi rodiny
Riešenie problémov	schopnosť rodiny riešiť problémy na úrovni, ktorá nenaruša jej efektívne fungovanie
Role	Je priradovanie úloh implicitné, alebo explicitné? Ako sa to uskutočňuje?
Kontrola správania, rozlišujeme štyri druhy	Striktná kontrola: malý priestor pre vyjednávanie, alebo zmenu vnútorných noriem Voľná kontrola: neplatia žiadne štandardy a sú prípustné akékoľvek zmeny Chaotická kontrola: nepredpokladateľné, až náhodné zmeny v štandardoch

Zdroj: Komparácia vybraných teoretických modelov hodnotenia rodiny a nasýtenie dimenzie komunikácie indikátormi posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny výskumným tímom v roku 2014

Olsonov cirkumplexný model definuje komunikáciu ako: „*komunikačné zručnosti, využívané v páre, alebo v rodinnom systéme.*“ Na komunikačnú úroveň Olsonov model nazerá ako na: „*facilitujúcu dimenziu, ktorá má pomáhať rodinám, zvýšiť ich level kohézie a adaptability*“ (Olson, 2011: 65). Olsonov cirkumplexný model spája prítomnosť komunikačných zručností v rodine s vyváženou úrovňou kohézie a adaptability, keď predpokladá, že: „*Vyvážené (balanced) rodiny budú mať lepšie komunikačné zručnosti, ako rodiny extrémneho typu*“ (tamtiež). Medzi pozitívne komunikačné zručnosti Olsonov cirkumplexný model zaraďuje: empatiu, pozorné počúvanie a podporujúce komentovanie. Absenciu komunikačných zručností Olsonov cirkumplexný model vidí v nadmernej kritike, ktorá oslabuje rodinnú súdržnosť a prispôsobivosť (Plaňava, 2000: 57).

V posudzovacích technikách pracovníkov sociálno-právnej ochrany detí a sociálnej kurately je dimenzia komunikácie v rodine kľúčová pre posúdenie jej funkčnosti, Indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti odpovedajú Olsonovmu cirkumplexnému modelu v charakteristikách rešpektu v zmysle vzťahových aspektov komunikácie a riešenia problémov (viď Tabuľka 1) Línia seba-odhalenia a zdieľania pocitov týkajúcich sa seba a vzťahov medzi členmi rodiny je indikátorom posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny v Olsonovom cirkumplexnom modeli a tiež v technikách pracovníkov SPOD a SK: „*...pre mňa to bolo také zaujímavé v tom, že keď som tam prišla večer, tak tá rodina bola spolu, otec hral na gitare, deti spievali, deti boli bezprostredné, deti nemali problém komunikovať s nami*“. Na inom mieste nepriamo odkazuje výpoveď posudzovateľa na nízku mieru dôvery medzi členmi rodiny pri riešení situácie: „*V tej druhej rodine tam väčšinou tie deti boli vonku na ulici, keď niečo potrebovali, tak nekomunikovali s rodičmi, skôr sa obrátili na niekoho vedľa – suseda alebo nejakého iného rodinného príslušníka. Tá rodina spolu minimálne komunikovala, bolo vidno, že tam tie vzťahy nie sú, že je to na určitej takej formálnej úrovni...*“

Beaversov model hodnotenia rodinného fungovania v dimenzii komunikácie hľadá indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny v oblasti mytológie, negociácie a manažovania asertivity (viď Tabuľka 1). Negociácia odpovedá účelovým stratégiám rodiny, ktoré využíva pri riešení problému. Vo funkčných, optimálnych, rodinách efektívne vyjednávanie umožňuje rodine konštruktívne riešenie problémov. Autonómia a individualita jednotlivých členov rodiny je na vysokej úrovni, hranice sú jasné a ak sa vyskytne konflikt, je vždy rýchlo vyriešený, bez toho aby narušil fungovanie rodiny. Indikátorom posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny je v prípade neefektívnej negociácie opis, ktorý podávajú autori Beavers, Hampson (2000: 120) na ilustráciu komunikácie v ťažko dysfunkčných rodinách: „*Najväčším deficitom ťažko dysfunkčnej rodiny je oblasť komunikácie a jej najväčšou potrebou je komunikačná koherencia (súdržnosť). V dôsledku toho je rodina výrazne limitovaná v negociácii a adaptívnej kapacite. Členovia rodiny majú len málo schopnosti na riešenie ambivalentných postojov.. Chýba rozdelenie pozornosti na diskusiu a emocionálny odstup, čo vylučuje úspešnosť stretnutia. Nik v rodine nemá zjavnú moc. Fungovanie rodiny sa javí ako chaotické, pretože kontrola je vykonávaná rôznymi skrytými a nepriamymi prostriedkami.*“

V oblasti komunikácie Beaversov model hodnotí mytológiu rodiny, ktorá zahŕňa rodinné mýty, rituály, hodnoty, tradície, systémy presvedčenia, ktoré sa pohybujú na kontinuálnej osi medzi jednotlivými členmi rodiny od maximálne kongruentných až po inkongruentné, protirečivé presvedčenia objavujúce sa v myslení, postojoch, komunikačných prejavoch a konaní jednotlivých členov rodiny. V posudzovacích technikách pracovníci SPOD a SK a posudzovatelia akreditovaných subjektov berú do úvahy skrytú obavu nositeľov rodinných presvedčení o možnom nesúlade, alebo odkrytí tabuizovaných tém, ktoré patria do sústavy na seba nadväzujúcich iracionálnych presvedčení, alebo pravidiel, ktoré sú nepísané, mocenské a majú ostať pred okolím skryté. Preto je oblasť komunikácie nielen s rodičmi, ale aj s deťmi predmetom záujmu posudzovateľov, pre ktorých je dôležitým znakom aj súhlas/nesúhlas rodiča s požiadavkou viesť individuálny rozhovor s partnerom, či dieťaťom

neprítomnosti ostatných členov rodiny: „*Sledujeme ako rodičia komunikujú ako reagujú deti, či sú ustráchané alebo teda komunikatívne. Tieto informácie vieme využiť aj pri individuálnom rozhovore s dieťaťom. Rodičia väčšinou rešpektujú, že sa rozprávame s dieťaťom aj osamote.*“ Pre spoznanie rodinnej mytológie, tak ako sa s ňou stretávame v prípade Beaversovho modelu je pre pracovníkov SPOD a SK kľúčové posúdiť väzby rodiny na sociálne okolie: „*Sledujeme ako rodina funguje v rámci širšieho sociálneho prostredia, pre nás sú to všetko riziká na základe ktorých to robíme.*“ u iného účastníka sme zaznamenali výpoveď o účelnom vyhýbaní sa kontaktu rodiny s okolím, kedy to závisí na posudzovateľových zručnostiach a kompetenciách nadviazať s členmi rodiny efektívnu spoluprácu. Nesporne to vyžaduje veľkú mieru úsilia a indikuje zvýšenú mieru sociálnej rizikovosti rodiny „*Hlavne keď vás nepustia dovnútra a nechcú s vami komunikovať to je najzavážnejší problém.*“ V prípade, že rodina prichádza priamo za kľúčovým pracovníkom SPOD a SK na pracovisko, posudzovateľ má možnosť sledovať vzťahové procesy, ktoré sú vyššou sústavou rodinných presvedčení a mytológie: „*Všímame si neverbálne záležitosti, aj to ako prídu, vonkajšiu produkciu, aj to s kým prídu. Či príde mama s dieťaťom alebo otec s dieťaťom. Potom to, ako sa usadia, kde si kto nájde svoje miesto. Hlavne si všimam taký ten vzťah, keď príde rodina, že či tam je taký ten silný vplyv niektorej osoby...taký ten jej status v rodine, že ako tam vystupujú jednotlivé postavy v rodine, otec, matka, či sú manipulatívni, že dokáže zmanipulovať pomaly aj toho sociálneho poradcu, vtierravým prejavom sa dostať úplne pod kožu tomu sociálnemu poradcovi, tak už vtedy si dávam taký, že pozor a uvedomujem si, že takéto niečo prebieha aj v ich rodine, že on je tá silná stránka, ktorá to tam všetko riadi. Manipulujúci, taký ten žoviálny typ.*“

McMasterský model fungovania rodiny definuje komunikáciu v rodine: „*ako si rodiny vymieňajú informácie*“, alebo „*ako prebieha výmena informácií v rodine*“ (Epstein B., Bishop S., Levin S., 1978: 23). McMasterský model zdôrazňuje verbálnu úroveň komunikácie a spôsob, akým spolu komunikujú členovia rodiny. McMasterský model rodinnú komunikáciu posudzuje podľa štýlu, akým sa v rodinách vymieňajú informácie. Rozhodujúcimi aspektmi komunikácie sú jasnosť, priamosť a množstvo komunikačných signálov a tiež dostupnosť a otvorenosť príjemcov komunikácie. Komunikácia je v rodinách hodnotená na základe dvoch vektorov určujúcich jasnosť verzus maskovanosť a priamosť verzus nepriamosť. Vektorová prítomnosť umožňuje postulovať štyri štýly komunikácie. Prvý štýl predstavuje komunikáciu jasnú a priamu, keď je informácia jasná a smeruje k osobe, ktorej bola určená. Druhý štýl je komunikácia jasná, ale nepriama, keď nie je zjavné, komu je informácia určená. Tretí štýl je komunikácia maskovaná a priama, keď síce smeruje k osobe, ktorej bola určená, ale jej obsah je nejasný. Štvrtý štýl komunikácie je maskovaný a nepriamy, keď nie je zřejmý obsah správy ani to, ku komu mala informácia smerovať. Autor Plaňava a kol. (2000) uvádza, že vo fungujúcich rodinách je komunikácia jasná a priama a naopak, v dysfunkčných rodinách je nepriama a maskovaná, zvyšuje sa zmatek, skreslenie.

McMasterský model hodnotí kvalitu komunikácie v rodine aj pri riešení problémov, pričom rozlišuje problémy inštrumentálne (poskytovanie peňazí, potravín, oblečenia) a afektívne (emocionálne problémy ako hnev alebo depresia). Plaňava a kol. (2000: 59) upozorňujú na zmenu predpokladu, „*že fungujúca rodina sa líši od nefungujúcej tým, že má významne menej problémov a starostí; na predpoklad, že vo fungujúcej aj narušenej rodine, majú rovnaké, alebo podobné problémy a starosti, rozdiel je len v tom, ako sa s nimi vyrovnávajú a ako ich zvládajú*“. Zo zmeny predpokladu vyplýva, že rodiny sa líšia v efektívite s akou dokážu riešiť svoje problémy. Fungujúca rodina má málo nevyriešených problémov a systematicky sa zaoberá tými, ktoré vznikajú. Smerom k dysfunkčnému koncu kontinua narušených rodín sú rodinné stratégie riešenia problémov menej systematické a rodina postupuje k ich vyriešeniu pomalším tempom (Epstein B., Bishop S., Levin S., 1978, s.19).

V posudzovacích technikách pracovníkov SPOD a SK je dimenzia komunikácie v rodine kľúčová pre posúdenie jej funkčnosti. Indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti odpovedajú McMasterskému modelu hodnotenia komunikácie v rodinách, kedy pracovníci SPOD a SK hodnotia prítomnosť nepriameho a maskovaného štýlu komunikácie: *“U nás, keďže máme rodiny na starosti sa nikdy nerozprávame iba s jedným klientom. Rozprávate sa aj s manželom aj s manželkou, tak automaticky si viete vyvodit' aj z toho, že no asi v tejto rodine bude nejaký problém, lebo nie sú ochotní komunikovať navzájom.”* Najmä v ťažkých životných situáciách, kedy rodina prechádza fázou rozvodu manželov a následne náročným procesom reštrukturalizácie vzťahov vyplývajúcich z porozvodovej úpravy rodičovských práv a povinností, môže komunikácia nadobudnúť deštruktívnu podobu: *“Dnes máme veľmi málo takých rozvodov, alebo úprav rodičovských práv, kde sú rodičia schopní a ochotní sa dohodnúť ohľadom detí a keď tam viazne komunikácia...to už je rizikový faktor pre tie deti, že niečo sa tam deje a tie deti už budú napríklad po psychickej stránke ohrozené. Už môžeme navrhnúť psychológa, môžeme s nimi pracovať inak. Tu napríklad u týchto rodín ani nie je potrebné nejaké priame šetrenie, áno rodinných pomerov, ale to nie je tá podstatná stránka. Naozaj nie. Lebo tu je celkom iný problém.* V tomto bode hodnotíme vysokú mieru zhody v indikátore posudzovania sociálnej rizikovosti v dimenzii komunikácie, konkrétne v indikátoroch riešenia problému/ov, kedy je znížená schopnosť rodičov riešiť problémy na úrovni, ktorá nenarúša jej efektívne fungovanie. Neefektívne spôsoby kontroly správania, môžu podľa McMasterského modelu vyústiť do významných konfliktov, kedy existuje len veľmi malý priestor pre vyjednávanie alebo zmenu vnútorných noriem (Epstein B., Bishop S., Levin S., 1978, s.19). Prítomnosť indikátorov posudzovania sociálnej rizikovosti rodiny v posudzovacích technikách pracovníkov SPOD a SK a posudzovateľov akreditovaných subjektov bola zaznamenaná vo výpovedi účastníka individuálneho interview *“...sú to ľudia, ktorí nie sú schopní štandardne komunikovať, to znamená, že ich komunikácia buď úplne absentuje alebo je v podstate nejaká taká iba konfliktná...”* Posudzovatelia sociálnej rizikovosti rodiny si všimajú nielen verbálnu komunikáciu, ale ako vyplynulo ďalej z rozhovoru, je pre nich dôležitý celý kontextv ktorom sa komunikácia medzi členmi rodiny odohráva: *“...tam sú dôležité aj tie neverbálne prejavy a celkovo aj to správanie lebo nie ste tam len päť minút...záleží podľa toho, ako sa zatvári pri odpovedi, tam je už aj neverbálna komunikácia. Číže tam sú dôležité aj tie neverbálne prejavy a celkovo aj to správanie.”* Na inom mieste posudzovateľ opisuje traumatizujúci dopad rozvodu na konštruovanie jeho opisu pri komunikácii s deťmi, v tomto prípade je komunikácia z pohľadu McMasterského modelu hodnotenia rodinného fungovania maskovaná a nepriama: *“...keďže robíme s rodinami v rozvoďte aj po rozvoďte, kde sú rodičia dokonca vysokoškolsky vzdelaní a nie sú tam nijaké existenčné problémy, tak sa stretávame so správaním toho rodiča, ktorý má dieťa zverené v starostlivosti a vedie ho proti tomu druhému, bráni mu v styku, doslova vytvára úplne inú minulosť, aká bola...”*

V dimenzii komunikácie stanovuje McMasterský model rodinného fungovania indikátory posudzovania sociálnej rizikovosti na úrovni rolí, ktoré môžu byť v rodine priradované implicitne, alebo explicitne. Dôležité je pri vyhodnocovaní rizika sledovať spôsob, ako sa toto priradovanie rolí a zodpovednosti za veci v rodine uskutočňuje. McMasterský model spája role so starostlivosťou o rodinu a manažmentom rodinného systému. U particpanta sme zaznamenali výpoveď z ktorej je zjavné, že posudzovatelia hodnotia spôsob, akým sa v rodine členovia postavia k svojej úlohe *“...predovšetkým ide o zabezpečenie základných potrieb členov rodiny, potom pocit bezpečia, podpory, fungovania rodiny, toho ako spolu komunikujú, či ten otec naozaj je ochotný napríklad odpovedať ráno svojho syna kvôli záškoláctvu do školy a dá si tú námahu a urobí to, alebo len skonštatuje: no tak je záškolák a čo mi s ním a už čo so školou a už ďalej na to ani nepomyslí, vôbec sa na to nezameriava. Takže vlastne sa dá vidieť alebo zmapovať ten potenciál tej rodiny v tomto smere, čo je ťažko merateľné...”*

1.4 Kvalita komunikácie v rodine a proces budovania dôvery pri posudzovaní sociálnej rizikovosti rodiny

Komunikácia v rodine a spôsob komunikácie členov rodiny s inštitúciami je predmetom záujmu posudzovateľov, pre množstvo aspektov ktoré komunikácia odhaľuje o fungovaní rodiny, spôsobe myslenia a hĺbke vzťahov medzi partnermi, rodičmi, súrodencami. Posudzovatelia sociálnej rizikovosti rodiny hodnotia kvalitu vzťahových aspektov vzájomnej interakcie medzi aktérmi rozhovoru a tiež interakcie rodiny so svojím bezprostredným okolím. Schopnosť rodiny otvoriť sa v posudzovacom procese pracovníkovi SPOD a SK v situácii, ktorá je zložitá a ktorá členov rodiny ohrozuje, si vyžaduje vytvoriť podmienky spolupráce, ktorá je založená na vzájomnej dôvere, rešpekte a partnerskom prístupe. Vedenie posudzovacieho procesu bez budovania atmosféry dôvery, vysiela smerom k rodine signál ohrozenia, kedy sa v rodine aktivujú obranné mechanizmy, aby nastolili opätovnú rovnováhu narušenej sebadôvery a sebaúcty členov rodiny, ktorí môžu reagovať hnevom, vyhýbavými odpoveďami, zastieraním, alebo zdanlivým „nadšením“ pre plnenie úloh, ktoré rodina môže v rámci posudzovacieho procesu dostať (Bechyňová, Konvičková, 2008). Obrannými mechanizmami, rodina prednostne rieši nekomfortnú situáciu a vysporiada sa s ohrozením zníženého sebahodnotenia a legitimity rodiny plniť svoje funkcie, až sekundárne spracováva informácie a ich zmysel. Proces budovania dôvery do veľkej miery môžu ovplyvniť posudzovateľove komunikačné zručnosti, prístup a budovanie hodnotného vzťahu s rodinami. V zložitých situáciách, kedy je rozhovor pre rodinu náročný a odkrýva intimitu fungovania jednotlivých členov je pre rodinu z psychologického hľadiska ohrozujúci. Posudzovateľ by mal v každej etape hodnotenia komunikovať rodine správu, že si ju váži a rešpektuje jej rozhodnutia. V situácií ohrozenia sa automaticky aktivujú emočné centrá mozgu, ktoré postavajú racionálnu kontrolu emócií na druhé miesto, preto je dôležité aby posudzovateľ riešil náročné situácie v rodine otváraním priestoru pre aktívnu účasť rodiny na posudzovaní, otváraním priestoru pre spoluprácu. Pri posudzovaní sociálnej rizikovosti rodiny sa nedá predpokladať, že bude rodina s posudzovateľom „nadšene“ spolupracovať. Proces budovania rovnocenného vzťahu pri vstupe pracovníkov SPOD a SK do rodiny, by mal napriek vysokej miere kontroly vysielať hlboké presvedčenie o tom, že rodina je schopná uskutočniť potrebné zmeny a že je expertom na svoje ťažkosti a že má ten správny kľúč k vlastnému životu (tamtiež). Posudzovací proces by preto mal byť vedený s ohľadom na rozmanitosť sociálnej reality v ktorej rodina žije a individualitu človeka a jeho fungovania v prirodzenom prostredí.

1.5 Afiliácia

Príspevok vychádza na Univerzite Komenského v Bratislave, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce.

Referencie

EPSTEIN, B. – BISHOP, D. – LEVIN, S. 1978. The McMaster model of family functioning. In: Journal of marriage and family counseling. Vol. 40, p. 19-31.

BEAVERS, R. – HAMPSON, B. R. The Beavers Systems Model of Family Functioning

The Association for Family Therapy 2000. Published by Blackwell Publishers, 108 Cowley Road, Oxford, OX4 1JF UK and 350 Main Street, Malden, MA 021 48, USA, Journal of Family Therapy (2000) 22: 128-143

- BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. *Sanace rodiny*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-392-5.
- MATOUŠEK, O. – PAZLAROVÁ, H. 2014a. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. Praha: Portál, 2014. 216 s. 2.vydanie. ISBN 978-80-262-0522-7
- MATOUŠEK, O. – PAZLAROVÁ, H. 2014b. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profesie*. Praha:Portál, 2014. 349s., 1. vydanie., ISBN 978-80-262-0697-2
- OLSON, D. 2011. FACES IV. and the circumplex model: validation study. In: Journal of marital and family therapy. Vol 3., No. 1, p. 64-80.
- PLAŇAVA, I. *Manželství a rodiny*, Brno: Doplněk, 2000, ISBN 80-7239-039-2
- SOBOTKOVÁ, I. 2001. *Psychologie rodiny*, Praha: Portál, 2001. 176 s. 1.vyd. ISBN 80-7178-559-8
- STEPHEN, A. 1986. Cohesion, adaptability and communication: A test of an Olson Circumplex Model Hypothesis. In: Family Relations. Vol. 35, No.2, p. 289-293.
- Rodinná politika na úrovni krajů a obcí: metodické „doporučení“ Ministerstva práce a sociálních věcí. Praha: MVČR, 2008. 30 s. ISBN 978-80-86878-82-9 Dostupné z WWW: http://www.mpsv.cz/files/clanky/6778/Rodinna_politika.pdf
- Inovativny model manažmentu sanácie rodiny: metodický dokument o procesoch a kompetenciách jednotlivých aktérov v prípadovom manažmente sanácie rodín: Odbor sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately Ústredia práce, sociálnych vecí a rodiny, 2013. Bratislava, 19 s., http://www.upsvar.sk/buxus/docs/SSVaR/SPODaSK/Inovativny_model_manazmentu_sanacie_rodiny.pdf
- Metodické „doporučení“ Ministerstva práce a sociálních věcí ČR
- ČSN ISO 690. Informace a dokumentace – Pravidla pro bibliografické odkazy a citace informačních zdrojů. Praha: Úřad pro technickou normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví, 2011.
- Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálněprávní ochraně dětí a o sociální kuratele a o změně a doplnění některých zákonů, ako vyplýva zo zmien a doplnení vykonaných zákonom 330/2007 Z. z., zákonom č. 643/2007 Z. z., zákonom č. 215/2008 Z. z. a zákonom č. 466/2008 Z. z.

Možnosti participace klientů s mentálním handicapem na procesu veřejného opatrovnictví

Possibilities of participation of clients with mental disabilities on a process of public guardianship

Miloš Votoupal³⁴, Vojtěch Krystek³⁵

Abstract

Opatrovnictví je formou zastupování zájmů člověka omezeného v právní způsobilosti, mimo jiné i osob s mentálním handicapem. Opatrovník je v takovém případě ustanoven soudem. Proces veřejného opatrovnictví je opatrovnická činnost vykonávaná obcí, kde má opatrovaný trvalé bydliště. K využití veřejného opatrovnictví dochází v okamžiku, kdy není možné jmenovat opatrovníkem fyzickou osobu. Jak úmluva OSN o právech osob s postižením, tak i nový občanský zákoník zdůrazňují hodnotu participace klientů na procesu opatrovnictví. Toto téma však není doposud v prostředí sociální práce významněji diskutováno. Cílem příspěvku je na pomoci jeho konceptualizaci skrze zodpovězení následující otázky: Jaké informace o možnostech participace klientů s mentálním handicapem na procesu veřejného opatrovnictví jsou v české odborné literatuře z oblasti sociální práce dostupné? Příspěvek je přehledovou studií, svého cíle dosahuje skrze identifikaci informací o procesu veřejného opatrovnictví, které jsou v české odborné literatuře z oblasti sociální práce dostupné, a skrze zjištění, zda obsahují informace o možnostech participace klientů s mentálním handicapem, případně konkrétní postupy, které by participaci podporovaly.

Klíčová slova: Veřejné opatrovnictví. Osoby s mentálním handicapem. Participace

Abstract

The guardianship is a form of representation of a man limited to the legal capacity, among others of a mentally disabled man. In this case, a court appoints a guardian. The process of the public guardianship is the guardian activity performed by a municipality where the ward has his/her registered address. The public guardianship is used when no a natural person can be appointed as the guardian. Both the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities as well as the new Civil Code emphasize the value of participation of the clients in the guardianship process. However, this theme is not sufficiently discussed yet in the area of the social care. The goal of the contribution is to assist in its conceptualization through responding to the following question: What information about potential participation of the mentally disabled clients in the process of the public guardianship is available in the Czech bibliography from the social work area? The contribution is a summary study and its goal is achieved through identification of the information about the public guardianship available in the Czech bibliography from the area of the social work, and through finding out whether they contain information about potential participation of the mentally disabled clients, or specific steps to support the participation.

Keywords: Public guardianship. Persons with mental disabilities. Participation

1. Veřejné opatrovnictví

K využití veřejného opatrovnictví dochází v okamžiku, kdy není možné jmenovat opatrovníkem fyzickou osobu. Mělo by se tedy jednat o opatrovnictví „poslední instance“, využívané v okamžiku, kdy se soudy nepodaří nalézt fyzickou osobu, která by mohla být jmenována opatrovníkem

34 Katedra Křesťanské sociální práce, Cyrilometodějská teologická fakulta, Univerzita Palackého, Univerzitní 22, Olomouc, 771 11; e-mailová adresa: milos.votoupal@upol.cz;

35 Arcidiecézní Charita Olomouc, Křížkovského 505/6, 779 00, Olomouc; e-mailová adresa:vojtech@krystek.cz

Text vznikl v rámci realizace projektu Možnosti podpory lidské důstojnosti klientů v prostředí sociální práce s rodinami číslo: IGA_CMTF_2016_019

a která by byla ochotna takovéto pověření přijmout. Opatrovníkem je v daném případě jmenována obec jako právnická osoba. Obec následně určí svého konkrétního pracovníka, který bude opatrovnickou agendu vykonávat. Obvykle je svěřena pracovníkovi sociálního odboru, pokud je v rámci obecního úřadu zřízen. Takovéto jmenování nemůže obec odmítnout, neboť se jedná o výkon místní správy. (Marečková, Matiaško, 2010, str. 131). Rozhodujícím kritériem pro stanovení konkrétní obce je trvalé bydliště opatrovaného. Opatrovníkem se tedy mohou stát i obce prvního stupně, které obvykle nemají zaměstnance. V takovém případě se stává opatrovníkem starosta dané obce.

2. Současná právní situace v oblasti veřejného opatrovnictví

V oblasti právních norem týkajících se veřejného opatrovnictví bychom rádi upozornili na dvě události – ratifikaci úmluvy OSN o právech osob s postižením, která proběhla v České republice v roce 2007. Pro oblast opatrovnictví je důležitý článek 12 odstavec 3 Úmluvy o právech osob s postižením, který říká „Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, přijmou odpovídající opatření, aby umožnily osobám se zdravotním postižením přístup k asistenci, kterou mohou pro uplatnění této právní způsobilosti potřebovat.“ Rádi bychom upozornili na to, že se jedná o podporu vlastního rozhodování osob se zdravotním postižením, nikoliv nahrazení rozhodování jinou osobou. Druhou významnou událostí je přijetí nového občanského zákoníku v roce 2014. Ten významně posiluje práva opatrovaných, od jeho zavedení již není možné:

- trvalé zbavování způsobilosti k právním úkonům – každé zbavení způsobilosti musí být nově každé tři roky přezkoumáno zbavení
- svéprávnosti celkově, vždy musí být formulován konkrétní soubor omezení
- aby pobytové sociální služby byly opatrovníky svých klientů

Další významnou změnou je to, že jsou poprvé definovány kvalitativní nároky na opatrovnictví. Nový občanský zákoník v paragrafu 467 upozorňuje na to, že opatrovnictví by mělo být založeno na participaci opatrovaného když říká “Opatrovník při plnění svých povinností naplňuje opatrovancova právní prohlášení a dbá jeho názorů, i když je opatrovanec projevil dříve, včetně přesvědčení nebo vyznání, soustavně k nim přihlíží a zařizuje opatrovancovy záležitosti v souladu s nimi”. S jeho schopnostmi aby život opatrovaného “nelze-li tomu rozumně odporovat, odpovídal i zvláštním opatrovancovým představám a přáním.” Občanský zákoník také zavádí nové instituty, které mohou být využívány jako alternativa opatrovnictví. Jsou to předběžné prohlášení, podpora samostatného rozhodování, zastupování členem domácnosti – umožňují se opatrovanému na zastupování dohodnout – nejsou však využívány v prostředí veřejného opatrovnictví. Zákon také předpokládá vznik opatrovnických rad, které by mohly být prostředkem pro participaci blízkých osob klienta na procesu opatrovnictví.

Současná praxe opatrovnictví

Veřejným opatrovníkem se stávají obce, ze zákona zastoupené starosty. V České republice jsou tři typy obecních úřadů – u obcí druhého a třetího stupně je zaměstnancem obecního úřadu i sociální pracovník, který má opatrovnickou agendu na starosti, v případě obce prvního stupně nikoliv a tuto agendu zajišťuje přímo starosta. Obce prvního stupně – se základním rozsahem přenesené působnosti jsou nejčastějším typem sídla (6 253 obcí), obcí druhého a třetího stupně je podstatně méně (393 obcí -druhý, 205 obcí – třetí stupeň.) V obcích druhého a třetího stupně často bývá patrná snaha o rozdělení role případového manažera a opatrovníka, podle našeho názoru to souvisí s to s rozšířenou představou opatrovnictví jako čistě právního procesu, který nespadá do systému

sociálních služeb. V obcích prvního typu zůstává opatrovnická agenda přímo na bedrech starostů, takže typicky v situaci, kdy jde o obec s pobytovým zařízením, může být počet opatrovaných ve vztahu k reálným možnostem obce (potažmo starosty) velmi vysoký, a tedy celý výkon institutu veřejného opatrovnictví velmi problematický. Obec se v takovém případě obvykle věnuje tomu, že spravuje pouze příjmy, příp. majetek opatrovaných. V konkrétním výkonu veřejného opatrovnictví se nejčastěji objevují následující dvě situace.

1) obec je opatrovníkem osoby, která v obci žije samostatně. Jedná se o situaci, kdy je nutné zajistit pro opatrovaného i systém podpory. Veřejný opatrovník je obvykle s opatrovaným v pravidelném kontaktu.

2) obec je opatrovníkem osoby, která na území obce má trvalé bydliště, ale žije v pobytové sociální službě – zde je kontakt veřejného opatrovníka s opatrovaným méně častý. Opatrovnictví je v této situaci chápáno úžeji. Běžnou podporu opatrovanému poskytuje pobytová sociální služba.

3. Přehled literatury, která je v současné době k tématu institucionálního opatrovnictví dostupná

Cílem další části našeho textu je poskytnout přehled informačních zdrojů, které jsou v současné době v českém prostředí k dispozici k tématu veřejného opatrovnictví.

Monografie:

K tématu jsou dostupné pouze dvě monografie (Marečková, Matiaško 2010; Juříčková, Ivanová, Filka 2014) a kapitola v editované monografii (Opatová, 2008) Nyní bychom se pokusili o charakteristiku dostupných textů. (Marečková, Matiaško 2010) je text postavený na lidsko-právní optice, je poměrně kritický k existujícímu způsobu práce s opatrovanými, soustředěný na právní aspekty tematiky. Juříčková, Ivanová, Filka 2014 – význam tohoto textu spočívá především v zahrnutí údajů z jediného doposud existujícího výzkumného šetření na téma opatrovnictví, provedeného v Olomouckém a Moravskoslezském kraji. V textu se také objevují upozornění na praktické okruhy, které by měl opatrovník řešit. Text však pohlíží na opatrovnictví zcela optikou opatrovníků, opatrovaný je v pojetí autorů závislou osobou, která na procesu opatrovnictví nijak neparticipuje.

(Opatová 2008). je součástí širší přehledové monografie o práci s osobami s duševním onemocněním. Roli sociální práce vidí především ve zprostředkování sociálních služeb, které by měly odpovídat na potřeby klientů. Opatrovníka chápe na jedné straně jako někoho, kdo může formulovat přání a zájmy osoby s mentálním handicapem a kdo může sociálnímu pracovníkovi pomoci s nalezením vhodného přístupu ke konkrétní osobě s mentálním handicapem. Autorka si je vědoma toho, že opatrovník může jednat i proti zájmům klienta. Autorka nereflektuje přímo tematiku institucionálního opatrovnictví, konstatuje však, že sociální pracovník by měl při své práci co nejvíce vycházet z očekávání klienta

Metodiky

Jedná se o nejrozsáhlejší skupinu textů, která je v současné době k tématu veřejného opatrovnictví dostupná. Metodický text k tematice vydala jednak zainteresovaná ministerstva (MPSV, MV) autory dalších metodik jsou neziskové organizace a univerzitní pracoviště. V současné době jsou v českém prostředí dostupné následující metodické texty: v případě (INSTAND z.u, 2015) jde o právně a prakticky orientovaný text, reflektující konkrétní kontexty opatrovnictví (např. deinstitucionalizace, institucionální opatrovnictví na obcích). Centrálním tématem autory prezentované-

ho přístupu je nastavení systému podpory s maximálním využitím zdrojů v sociálním prostředí klienta. Participace klientů není příliš tematizována, přístup se zaměřuje především na klienty s vyšší mírou potřebné podpory

V případě textu (Juříčková 2012) se jedná o seznam praktických doporučení, kterými okruhy by se měl opatrovník zabývat. Jediným participativním aspektem je apel na to, aby opatrovník zvažoval, zda opatrovaného nepřepečovává,

Další metodický text (Čebišová, 2014) se snaží o aplikaci principů úmluvy o právech osob s postižením do českého prostředí. Prezentuje praktický přístup, zaměřený na podporu klientů v rozhodování a vycházející z principů plánování zaměřeného na člověka. Soustřeďuje se na situace spojené s prostředím pobytových sociálních služeb. Participace klientů a situace opatrovnictví mimo prostředí sociálních služeb zůstává mimo pozornost autorů.

V případě doporučení pro obce (MVČR 2015) se jedná o text orientovaný především na právní aspekty opatrovnictví, jeho součástí je i seznam konkrétních témat, které by měl veřejný opatrovník v životní situaci opatrovaného zmapovat. Autoři navrhnou zahrnout do zmapování situace opatrovaného některá témata podstatná pro participaci: zmapovat vztahovou síť, zmapovat osobní historii člověka, zmapovat potřeby a přání člověka, zmapovat vize, cíle opatrovance do budoucna, zmapovat zájmy a koníčky. (str. 27 až 28) Autoři konstatují, že opatrovaný by měl být aktivní součástí takového procesu.

4. Charakteristika oborového diskurzu sociální práce k tématu participace klientů s mentálním handicapem na procesu veřejného opatrovnictví

V předchozí části bylo našim cílem podat přehled odborných zdrojů, které jsou v současné době k tématu institucionálního opatrovnictví v českém jazyce dostupné a reflektovat, nakolik tyto zdroje zohledňují aspekt participace klientů.

S tím, z našeho pohledu, úzce souvisí otázka, jak je dané téma reflektováno v prostředí oborového diskurzu sociální práce. Zdrojem dat nám byla čísla časopisu sociální práce z let 2005–2015. Jsme si vědomi toho, že zúžení oborového diskurzu na jeden konkrétní (i když v českém prostředí vlivný) časopis, může být chápáno jako omezující. Domníváme se však, že je akceptovatelné, a to ze dvou následujících důvodů. Zaprvé bylo pro nás velmi obtížné stanovit hranice oborového diskurzu v obecné podobě. Zadruhé není naší ambicí popsat oborový diskurz v celé jeho šíři, ale spíše nabídnout určité předpoklady o jeho charakteristikách k další diskuzi. V rámci zkoumání jsme se snažili nalézt odpovědi na tyto otázky:

1) Je možné v rámci textů publikovaných v časopise sociální práce v rozmezí let 2005–2015 nalézt texty, které by reflektovaly potenciál lidí s mentálním handicapem pro participaci na intervencích sociální práce? Jak je tato participace v textech charakterizována?

2) Je možné v rámci textů publikovaných v časopise sociální práce v rozmezí let 2005–2015 nalézt texty, které by reflektovaly veřejné opatrovnictví? Jakými aspekty veřejného opatrovnictví se texty zabývají?

3) Je možné v rámci textů publikovaných v časopise sociální práce v rozmezí let 2005–2015 nalézt texty, které by reflektovaly participaci? Jakými aspekty participace se texty zabývají?

Jak jsme postupovali? Vždy byly identifikovány veškeré výskyty ústředního pojmu dané otázky (lidé s mentálním handicapem/postižením, veřejné opatrovnictví, participace) ve zkoumaných datech. Ze získaných výsledků pak byly vybrány pouze výsledky, dotýkající se námi zkoumaného kontextu. V další části bychom čtenáře rádi seznámili s nejvýznamnějšími výsledky svého šetření. Vzhledem k tomu, že jsme chápali uváděné texty jako zdroje dat pro zkoumání a vzhledem k omezenému rozsahu textu, jsme se rozhodli odkazovat pouze umístění jednotlivých textů v rámci ča-

opisu a nepracovat s nimi jako s literárními zdroji. V další části bychom chtěli čtenáře seznámit s nejvýznamnějšími závěry, ke kterým jsme dospěli. Odpovědi členíme dle stanovených dílčích výzkumných otázek.

1) Jak se píše o lidech s mentálním handicapem – mají nějaký potenciál pro participaci?

Pokud se jedná o potenciál pro participaci osob s mentálním handicapem na intervencích sociální práce, jedná se o téma reflektované pouze v několika textech. O něco širší je reflexe tohoto tématu v publicistických textech. Identifikovali jsme následující témata: participace na aktivní politice zaměstnanosti v konkrétním kontextu (1/2005 str. 15). Zapojování klientů do rozhodování o sobě samých, situace konkrétní britské služby (2/2008, str. 136). Osoby s mentálním handicapem jako zaměstnanci sociální firmy (3/2008 str. 115). Informace o sebeobhajování jako metodě práce s lidmi s mentálním handicapem (3/2010 str. 22–24, 2/ 2015 str. 78). V rámci zkoumaných dat je tedy možné nalézt několik publicistických textů k tématu participace lidí s mentálním handicapem v prostředí sociální práce. V akademických textech jsme také našli pouze několik málo odkazů k participaci osob s mentálním handicapem: Právo na sebeurčení klienta není hodnota, kterou by soc. pracovníci měli podporovat v každé životní situaci klienta. ... Je třeba zvážit, do jakých záležitostí danou osobu s mentálním handicapem zapojit a do jakých nikoliv. (3/2010 – str. 91). Aktivní participace se jako problematická jeví u klientů s mentálním deficitem či poruchou verbálních funkcí, kteří nejsou sami schopni formulovat své potřeby. (3/2014 str. 114). V obou případech jsou tematizována spíše omezení participace s osobami s m.h. Musíme zde tedy konstatovat, že oba typy reflexe tématu se rozcházejí: z publicistických textů se jeví, že v praxi sociální práce dochází k jistě míře participace klientů s mentálním handicapem, z pohledu akademické reflexe se však takováto participace jeví jako poměrně problematická.

2) Píše se o veřejném opatrovnictví – pokud ano tak o jakých tématech a z jakého pohledu?

Opatrovnictvím v souvislosti s osobami s mentálním handicapem se zabývaly dva texty. První (příloha 1/2013, str. 23) zpracovává téma zbavení způsobilosti k právním úkonům ze subjektivního hlediska uživatelů služeb, procházejících procesem deinstitucionalizace, druhý je kvantitativní analýzou procesu institucionalizace, která identifikuje důležitost role opatrovníka v tomto procesu (2/2013, str. 128). V celém vzorku zkoumaných textů byl pojem opatrovnictví přítomen pouze 29x, což bylo významně nejméně ze všech zkoumaných pojmů. Nebyl identifikován text, který by se zabýval přímo veřejným opatrovnictvím. Pokud se pojem opatrovnictví objevoval, bylo to především v souvislosti s tématem kolizního opatrovnictví, spojeného s rozvodem rodičů dítěte.

3) Píše se o participaci? Pokud ano jak, v jakých souvislostech – s jakými cílovými skupinami? O jakých aspektech?

Pojem participace byl v širěji chápané podobě používán ve zkoumaných textech ve velmi rozdílných prostředích. Jednalo se o práci s různými cílovými skupinami. Jednou z nich jsou migranti, zde byl důraz kladen na téma participace na pracovním trhu (2/2007 str. 15, 2/2007, str. 134, 4/2010 str. 134), oběti trestné činnosti, mediace (4/2005 str. 124). V případě osob ohrožených domácí násilím se jedná o téma participace na vlastní ochraně (2/2006, str. 40), participace žen na trhu práce (3/2008 str. 44, 2/2009 str. 103, 3/2006 str. 73, 115, 4/2015). Občanská participace v komunitě (2/2013, str. 52; 2/2010 str. 45), občanská participace jako podpora integrace rodin se zdravotním postižením (2/2011 str. 56), participace při řešení následků trestných činů (2/2013

str. 113, 4/2007 str. 95) a v mediaci (1/2015 str. 37). Participace Romů na veřejném životě (3/2007 str. 43) a komunitním plánování (3/2010 str. 110). Participace dětských klientů na rozhodovacích procesech (3/2012, str. 46, 2/2015), participace osob bez domova na formování služeb a sítí (1/2012, str. 107). Jako významné téma se jeví participace různých klientských populací sociální práce na komunitním plánování ženy (1/2009 str. 86), Romové (3/2010 str. 110), klienti obecně (3/2012 str. 106, 3/2010 str. 111), také osoby se zdravotním postižením (3/2009, str. 93, 98). Participace se objevovala ve zkoumaných textech celkem 298x, a nejčastějším tématem bylo právě zapojení příslušníků různých cílových skupin do komunitního plánování sociálních služeb. Pokud je participace reflektována, týká se to komunitního plánování, participace na běžných intervencích je podstatně méně zpracovávaným tématem. Téma participace se se objevuje dominantně v publicistických textech, je tedy možné konstatovat, že je v praxi sociální práce přítomno, tématem akademické reflexe je však okrajově.

5. Závěr

Domníváme se, že na základě námi provedené analýzy textů v časopise sociální práce je možné formulovat následující předpoklady o oborovém diskurzu sociální práce ve vztahu k tématu možnostem participace klientů s mentálním handicapem na procesu veřejného opatrovnictví:

- Potenciál lidí s mentálním handicapem – téma je diskutováno, ale součástí diskurzu není představa jejich participace – což je rozdíl oproti situaci v zahraničí,
- Participace klientů je chápána dominantně jako součást komunitního plánování, participace klientů se zdravotním postižením na intervencích je pouze okrajovým tématem,
- Veřejné opatrovnictví není tématem odborné reflexe v prostředí sociální práce.

Jsmo si vědomi toho, že předmětem našeho zkoumání nebyl celý oborový diskurz sociální práce, ale pouze jeho výše v podobě jednoho konkrétního média. Jako kontexty, ve kterých by bylo možné s formulovanými předpoklady dále pracovat, vnímáme jednak oblast výuky sociální práce a dále také pak oblast postojů sociálních pracovníků k participaci osob s mentálním handicapem.

Výše uvedené předpoklady jsou také z našeho pohledu příčinou několika “bílých míst”, týkajících se opatrovnictví. Domníváme se, že by byl velmi potřebný výzkum, reflektující reálnou praxi opatrovnictví, který by reagoval na současný nedostatek informací v následujících oblastech:

- Nejsou k dispozici strukturovaná kvantitativní data o celé populaci opatrovaných,
- není k dispozici popis životní situace opatrovaných osob/ jejich pohled na vlastní situaci,
- nejasnost role veřejného opatrovníka (má se soustředit pouze na právní zastupování/ má být organizátorem systému potřebné podpory pro klienta?).

Reference

ČEBIŠOVÁ, Radka. *Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování*. Praha: Národní centrum podpory transformace sociálních služeb, 2014. ISBN: 978-80-7421-053-2

INSTAND, z.ú. *Metodika výkonu opatrovnictví*. Karlovy Vary, 2015. dostupné na http://www.instand.cz/dokumenty/metodika-vykonu-opatrovnictvi_201504081244553.pdf

JUŘÍČKOVÁ, Lubica; IVANOVÁ, Kateřina; FILKA, Jaroslav. *Opatrovnictví osob s duševní poruchou*. Praha: Grada, 2014. ISBN: 978-80-247-4786-6

JUŘÍČKOVÁ, Lubica. *Praktický rádce veřejného opatrovníka*. Olomouc, 2012. dostupné na: <http://www.mvcr.cz/soubor/metodicke-doporuceni-pro-obce-zakladni-informace-pro-obce-jako-verejne-opatrovniky.aspx>.

MINISTERSTVO VNITRA, odbor veřejné správy, dozoru a kontroly *Základní informace pro obce, jako veřejné opatrovníky, 2015* dostupné na: <http://www.mvcr.cz/soubor/metodicke-doporuceni-pro-obce-zakladni-informace-pro-obce-jako-verejne-opatrovniky.aspx>.

MAREČKOVÁ, Jana; MATIAŠKO, Maroš. *Člověk s duševním postižením a jeho právní jednání: otázka opatrovnictví dospělých*. Praha: Linde, 2010. ISBN:978-80-7201-801-7.

OPATOVÁ, Alena. Sociální práce s člověkem s mentálním postižením. In MAHROVÁ, G; VENGLÁŘOVÁ, M. *Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním*. Praha: Grada, 2008. s. 116–126. ISBN 978-80-247-2138-5

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením a Opční protokol, Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí, 2011. ISBN 978-80-7421-037-2

Zákon 89/2012 Sb. Občanský zákoník.

Transformace sociálních služeb – filosofická východiska

Identifikácia využitia vzťahovej väzby dieťaťa v práci sociálneho pracovníka v detskom domove

Identifying the use of attachment child's social worker to work in a children's home

Bibiána Barabasová³⁶, Nikola Benecová³⁷, Markéta Rusnáková³⁸

Abstract

Cieľom príspevku je identifikovať vzťahovú väzbu dieťaťa v práci sociálneho pracovníka v detskom domove. Príspevok je zameraný na identifikáciu vzťahovej väzby dieťaťa v práci sociálneho pracovníka v detskom domove, pri ktorom vychádzame z psychodynamických teórií. Brnula (2015) konštatuje, že z psychodynamických teórií, ktoré sú v súčasnosti významné pre sociálnu prácu zaradzujeme najmä teóriu vzťahovej väzby. Hašto (2005) opisuje, že psychoanalýza pripisuje veľký význam pre neskorší život človeka. V empirickej časti identifikujeme vzťahovú väzbu dieťaťa v práci sociálneho pracovníka v detskom domove. Empirická časť je realizovaná formou kvalitatívneho výskumu. V rámci kvalitatívneho výskumu využijeme z metód polo štrukturovaný rozhovor. Výskumnú vzorku predstavuje 5 sociálnych pracovníčok a dvaja psychológovia z detského domova v Dobšinej a Košíc. Spracovanie dát bude prebiehať pomocou kódovania. Na základe týchto zistení ponúkame odporúčania, ktoré môžu prispieť k zlepšeniu a podpore vzťahovej väzby detí vyrastajúcich v detskom domove.

Kľúčové slová: Dieťa. Detský domov. Sociálny pracovník. Vzťahová väzba.

Abstract

The contribution aims at identification of the relation link of a child in work of the social worker in a child home. The contribution focuses on identification of the relation link of a child in work of the social worker in a child home where psychodynamic theories are used as the ground. Brnula (2015) states that of the psychodynamic theories being currently important for the social work the theory of the relation link is particularly applied. Hašto (2005) says that the psycho-analysis ascribes significant importance for further life of a human. The empiric part identifies the relation link of a child in the work of the social worker in a child home. The empiric part is made in the form of the quality research. A semi-structured interview was used for the quality research. The research sample consists of 5 social woman workers and two psychologists from the children home in Dobšiná and Košice. The data processing will use coding. We offer recommendations based on these findings that can contribute to improvement and support the relation link of the children raised in a children home.

Keywords: Child. Children home. Social worker. Relation link.

1. Úvod

Cieľom príspevku je zmapovať výchovné prostredie prostredníctvom transformácie detských domovov a identifikovať vzťahovú väzbu dieťaťa v práci sociálneho pracovníka v detskom domove. V príspevku opisujeme transformáciu detských domovov, teóriu vzťahovej väzby. Prostredníctvom kvalitatívneho výskumu identifikujeme vzťahovú väzbu v práci sociálneho pracovníka.

36 Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce, Ústav sociálnych vied, e-mailová adresa: bibiana.barabasova@gmail.com

37 Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce, Ústav sociálnych vied, e-mailová adresa: nikola.benecova81@gmail.com

38 Katolícka univerzita v Ružomberku, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce, e-mailová adresa: marketa.rusnakova@ku.sk

2. Proces transformácie detských domovov

Aktuálna situácia v oblasti medziľudských vzťahov je vážna. Z tohto hľadiska je dôležité formovať vzťahy medzi deťmi v podmienkach detských domovov. Sociálni pracovníci a vychovatelia by mali zabezpečiť pre dieťa prostredie, ktoré mu umožní prežívať pocity lásky, úspechu, spolupatričnosti, bezpečia, zvlášť deťom z detských domovov, pretože to im vlastná rodina odoprela (Lednická, 1999).

Fedorová, (2004) uvádza, že pojem transformácia je úzko spojená s fungovaním samostatnej skupiny v detskom domove s rodinným charakterom výchovy a osobnosťou sociálneho pracovníka. Celá transformácia spočíva na 4 pilieroch a to: personálna štruktúra, priestorové podmienky, ekonomické podmienky a výchovné podmienky. Výchovné podmienky sú z hľadiska pomoci dieťaťu najdôležitejšie. Celá práca sa odvíja od osobnosti sociálnych pracovníkov a ich spolupráce. Taktiež je dôležitá do akej miery si osvojili filozofiu práce s deťmi. Hlavná idea transformácie detských domovov spočíva v individuálnom prístupe k potrebám detí a vytvoreniu kvalitných vzťahov.

Jednou z veľkých zmien, ktoré by mali priniesť dieťaťu lepšiu prípravu na osamostatnenie sa je individuálna práca s dieťaťom. Prvoradou úlohou tohto plánu transformácie je napĺňanie potrieb konkrétneho dieťaťa. V novom poňatí, v procese transformácie je skutočnosť, že dieťa sa stáva subjektom výchovy, má priestor a všetky možnosti na napĺňanie svojich individuálnych potrieb za pomoci svojho sociálneho pracovníka (Fedorová, 2005).

2.1 Vzťahová väzba ako základ pozitívneho výchovného pôsobenia v detskom domove

Lednická, (2000) opisuje, že medzi základné aspekty života v rámci istej kultúry patrí sociálny vzťah, vzťah človeka a človeka. Skutočnosť, že jednotlivec vstupuje do vzájomnej činnosti s inými ľuďmi spôsobuje, že sa medzi nimi vytvára určitý vzťah.

Podľa Brisch, (2011) je vzťahová väzba putom, ktorá spája ľudí. Dieťa si už pri narodení hľadá osobu pre bezpečnú vzťahovú väzbu, ktorá mu poskytne ochranu, starostlivosť a podporu. Počas prvého roka života si dieťa vyvinie vzťahovú väzbu na tzv. hlavnú osobu pre túto vzťahovú väzbu. Táto vzťahová väzba sa ináč nazýva aj bezpečným emocionálnym prístavom, ktorá zaručuje prežitie dieťaťa. Takáto vzťahová väzba zabezpečuje prežitie a zdravý vývin dieťaťa, preto je tak veľmi zásadná ako potrava, či vzduch na dýchanie.

Hašto, (2005) uvádza, že trauma, ktoré deti zažívajú v prvých rokoch života, môže spôsobiť dezorganizovanú vzťahovú väzbu. K traume dochádza najmä vtedy, ak bolesť spôsobuje hlavná osoba pre vzťahovú väzbu. Ďalšie traumy môžu byť spôsobené častým umiestňovaním detí v detských domovoch, opakovanými stratami vzťahových osôb.

2.2 Vzťahová väzba a psychodynamické teórie

Brnula (2015) konštatuje, že v 20. storočí začala dominovať psychoanalýza, v rámci spôsobov riešenia problémov. Psychoanalýza silným spôsobom ovplyvnila prvotné teórie sociálnej práce a priniesla sama o sebe zmenu v zameraní sa na riešenie problémov, pretože sociálna práca, založená na psychoanalýze sa orientuje na človeka ako na celok. V súčasnosti významné pre sociálnu prácu z psychodynamických teórií zaradujeme najmä teóriu vzťahovej väzby.

Podľa Prevendárovej, (2001) si psychodynamická teória všima nerozriešené problémové vzťahy a medzigeneračné vzťahy a ich prenos do iných vzťahov.

Podľa Hašta (2005) psychoanalýza smeruje až do detstva. Potreba vzťahovej väzby s blízkou vzťahovou osobou je v človeku biologicky zakódovaná rovnako ako smäd, či hlad. Detstvu pri-

pisuje psychoanalýza veľký význam pre neskorší život človeka. Skúsenosť, ktorá súvisí s touto potrebou sa zapíše do osobnosti človeka a ovplyvňuje jeho sociálne správanie po celý jeho život.

3. Osobnosť sociálneho pracovníka pracujúceho v detskom domove

Podľa Fedorovej (2006) transformácia detských domovov spočíva aj v transformovaní sociálnych pracovníkov z kolektívnej výchovy na výchovu individuálnu. V duchu tejto filozofie by sa mal pretransformovať každý sociálny pracovník pracujúci v detskom domove.

Swaton (2004) zaradzuje medzi základné nároky na osobnosť sociálneho pracovníka pracujúceho v detskom domove tieto schopnosti:

1. *Základné (odborné) schopnosti*: kvalitné vzdelanie, všeobecný prehľad, vedenie dokumentácie
2. *Osobnostné a morálne schopnosti*: empatia, emocionálna zrelosť, stálosť, schopnosť motivácie, zodpovednosť, schopnosť naplňovať potreby dieťaťa, znalosť práce s deťmi a mládežou, schopnosť akceptácie osobnosti dieťaťa, prirodzené komunikačné schopnosti, uplatňovanie vhodných foriem a metód, organizačné schopnosti, vedieť hodnotiť a hodnotenie prijať
3. *Praktické a manuálne schopnosti*: manuálna zručnosť, rozvoj vzťahu k domácim prácam, vzťah ku kultúre, umeniu a športu

Podľa Fedorovej (2006) by mal byť sociálny pracovník v detskom domove odborníkom na individuálnu prácu s deťmi, ktorá je systematická, cieľavedomá, zameraná na naplňovanie potrieb jednotlivých detí. Dobrý, trpezlivý a vytrvalý sociálny pracovník by mal dať dieťaťu pocit istoty, lásky, bezpečia a tým mu pomáhať zmierniť psychickú depriváciu. Sociálny pracovník pracujúci v detskom domove by mal disponovať týmito vlastnosťami: úprimnosť, spravodlivosť, trpezlivosť, otvorenosť, zmysel pre humor. Výchova detí v detských domovoch by mala byť poslaním, preto by sociálny pracovník mal do nej vkladať celú svoju osobnosť, odbornosť, zručnosti a vedomosti.

4. Empirické štúdie o procese transformácie výchovy a vzťahov vo vybraných detských domovoch

Škoviera, Nosková (2013) realizovali výskum kde komparovali a analyzovali vybrané hodnoty adolescentov z detských domovov a z rodín. Výskumnú vzorku tvorilo 109 adolescentov vo veku 15-19 rokov. Podstatné percentuálne rozdiely sa vyskytli pri hodnote rodina. Výsledky sú nasledovné, deti z detských domovov prežívajú svoj vzťah s rodinou oveľa ambivalentnejšie ako deti, ktoré vyrastajú v rodinách, nevnímajú rodinu ako istotu. Výskumná sonda ponúka viac podnetov, nad ktorými treba rozmýšľať skúmať a transformovať do praxe. Nízke miery hodnoty rodina poukazujú na to, že vzťahy mladých ľudí, ktorý vyrastajú v detskom domove sú neisté, dezorganizované.

Na porovnanie uvádzame výskum Ainsworthovej z roku 1979 ktorý má názov Strange situation klasifikation. Pri tomto výskume pozorovala ako sa vzťahová väzba medzi deťmi líši. Výskum prebiehal v skrytosti v malej sklenenej miestnosti. Výskumnú vzorku predstavovalo 100 detí vo veku 12-18 mesiacov. Ainsworthová prostredníctvom svojho výskumu identifikovala tri variácie vzťahovej väzby. Bezpečná vzťahová väzba prevládala u detí, ktoré mali citlivú starostlivosť. Neistá vzťahová väzba prevládala u detí, u ktorých bola starostlivosť zanedbaná a potreby dieťaťa ignorované. Z výskumu vyplýva, že neistá a ambivalentná vzťahová väzba je spojená so zvýšeným rizikom sociálnych a emocionálnych problémov (Ainsworthová, 1979).

Psychológ Rene Spitz vo svojom výskume pozoroval dve skupiny detí, kde jednu skupinu tvorili deti, ktoré sa narodili matkám vo väznici, pričom matky sa o nich neprestajne starali vo väzenských jasliach a druhú skupinu tvorili deti zo sirotinca. Zdravotné sestry prichádzali do sirotinca deťom vymeniť plienky a nakŕmiť ich. Keďže jedna zdravotná sestra mala na starosti osem detí, pre vysoký počet ostávali častokrát tieto deti nepovšimnuté a zanedbané a v sirotinci prebiehala ignorácia potrieb detí. Deti, ktoré vyrastali s matkami vo väzenských jasliach boli vystavené neustálej starostlivosti a opatere. Na konci výskumu sa dá konštatovať, že deti zo sirotinca preukazovali nedostatok sociálnych vzťahov. Tieto deti boli taktiež náchylné na rôzne choroby a infekcie, kde trpeli depriváciou a absenciou lásky a vzťahov. Naopak deti vyrastajúce vo väzenských jasliach neprestajne prosperovali (Verny, Weintraubová, 2013).

5. Metodika výskumu

V empirickej časti nášho príspevku sme použili kvalitatívny výskum, kde hlavným cieľom bolo identifikovať vzťahovú väzbu dieťaťa v práci sociálneho pracovníka v detskom domove. K spolupráci bolo oslovených viacero detských domovov z Košického kraja, avšak len dve zariadenia boli ochotné spolupracovať. Výskumnú vzorku predstavovalo päť sociálnych pracovníkov a dvaja psychológovia z detského domova z Dobšinej a Košíc. Z metód sme využili pološtruktúrovaný rozhovor. V našom výskume sme sa zamerali na vzťahovú väzbu, kde základnou otázkou bolo, prečo je vzťahová väzba medzi dieťaťom a rodičom, resp. sociálnym pracovníkom dôležitá. Technika, ktorú sme použili na spracovanie dát prebiehala pomocou otvoreného kódovania v rámci zakotvenej teórie.

Tab. č. 1: Charakteristika sociálnych pracovníkov pracujúcich v detských domovoch

	<i>Prax</i>	<i>Kvalifikácia</i>	<i>Odbor</i>	<i>Zamestnanie</i>
<i>1. Participant (P1)</i>	21 rokov	PhDr.	Sociálna práca	Sociálny pracovník
<i>2. Participant (P2)</i>	15 rokov	Mgr.	Sociálna práca	Sociálny pracovník
<i>3. Participant (P3)</i>	20 rokov	Mgr.	Sociálna práca	Sociálny pracovník
<i>4. Participant (P4)</i>	25 rokov	Mgr.	Sociálna práca	Sociálny pracovník
<i>5. Participant (P5)</i>	25 rokov	Mgr.	Sociálna práca	Sociálny pracovník
<i>6. Participant (P6)</i>	5 rokov	Mgr.	Psychológia	Psychológ
<i>7. Participant (P7)</i>	5 rokov	Mgr.	Psychológia	Psychológ

Zdroj: vlastné spracovanie

5.1 Proces kódovania

Proces nášho kódovania bol nasledovný:

- Každý rozhovor bol okódovaný samostatne, následne prebiehala komparácia kódov
- Z jednotlivých kódov sme vytvorili kategórie a subkategórie, ktoré nám poskytli odpovede na naše výskumné otázky

Tab. č. 2: Kategórie, subkategórie, pojmy

Kategória	Subkategória	Pojmy
Názor sociálneho pracovníka na vzťahovú väzbu medzi rodičom a dieťaťom	Vzťah	Vypočutie dieťaťa, pochopenie dieťaťa, napĺňanie základných potrieb ako: bazálna istota, dôvera, pocit bezpečia, základ pre celkové prežitie dieťaťa, základ pre vytváranie zdravých rodinných aj iných vzťahových vzorcov v budúcnosti, uspokojovanie potrieb
Súvis rodinných problémov so vzťahovou väzbou	Rodinné problémy	Agresivita, alkohol, týranie, zanedbávanie potrieb dieťaťa, Pri tejto teórii, že rodinné problémy priamo súvisia s rodinnými problémami vychádzame z faktu, že „každý vzťah je nositeľom zmeny“ (či už pozitívnej alebo negatívnej)
Pomoc deťom vyrastajúcim v detských domovoch	Poruchy vzťahovej väzby	Vytvorenie pre dieťa jednu hlavnú osobu pre vzťahovú väzbu, Vzdelávanie rodičov, pozvanie rodiča do DeD, spolupráca viacerých odborníkov v prípade porúch vzťahovej väzby (psychológ, psychiater, lekár), pomoc pri učení, spolupráca pri voľnočasových aktivitách
Činnosti podporujúce vzťahovú väzbu	Podpora vzťahovej väzby	Pochvala, usmernenie dieťaťa, pozornosť, pomoc pri učení, návšteva rodičov, hry, rešpektujúca efektívna komunikácia, turistika, voľnočasové aktivity
Spôsob zistenia vzťahovej väzby k biologickým rodičom	Testy vzťahovej väzby	Rozhovor s dieťaťom, detská kresba, dotazník E.M.B.U, dotazník ECR-R, dotazník pre traumy v detstve, Bielefeldský dotazník klientových očakávaní

Zdroj: vlastné spracovanie

6. Závěry a výsledky výskumu

Lednická, (2000), opisuje že situácia v oblasti medziľudských vzťahov je závažná, hlavne u detí, ktoré majú poruchy vzťahovej väzby. Práve preto sa v podmienkach detských domovov javí formovanie vzťahov ako nevyhnutnosť. Sociálny pracovník by mal preto pripraviť pre dieťa prostredie, ktoré dieťaťu umožní prežívať pocit lásky, úspechu, spolupatričnosti, pomoci, ktoré im vlastná rodina odoprela. Keďže mnoho autorov v svojich publikáciách uvádza, aká je dôležitá vzťahová väzba medzi dieťaťom a rodičom, resp. osobou, ktorá sa o neho stará v detskom domove, rozhodli sme sa urobiť výskum, ktorý bol zameraný na identifikáciu vzťahovej väzby v práci sociálnych pracovníkov v detskom domove. Na základe výskumu sme zistili, že všetci opýtaní účastníci si uvedomujú dôležitosť vzťahovej väzby. Taktiež sa všetci účastníci zhodli na tom, že rodinné problémy majú súvis so vzťahovou väzbou.

Na základe zrealizovaného výskumu si dovoľíme vysloviť tieto odporúčania v práci sociálneho pracovníka v detskom domove:

- Vytvoriť pre dieťa vyrastajúce v detskom domove tzv. hlavnú osobu pre vzťahovú väzbu
- Organizovať voľnočasové aktivity a rôzne aktivizujúce hry v detskom domove
- Tráviť s dieťaťom dostatok času, chváliť ho, usmerňovať, povzbudzovať, motivovať
- Pomoc pri príprave na školské vyučovanie
- Efektívna komunikácia
- Vytvárať také aktivity, pri ktorých by dieťa vnímalo, že je chcené, jedinečné a milované

Lednická, (2000) realizovala výskum v detskom domove v Bernolákove. Cieľom výskumu bolo zistiť postavenie dieťaťa vo výchovnej skupine, zmapovať vzťahy medzi deťmi a následne vypracovať program, ktorý bol zameraný na zlepšenie vzťahov. Na začiatku výskumu sa rozdali deťom dotazníky. Následne na to, v detskom domove použili výchovný program na zlepšenie vzťahov. Po realizácii programu deti opäť vyplnili dotazník a autorka ich porovнала s výsledkami z prvého dotazníka. Z výsledkov výskumu vyplýva, že program realizovaný vo výchovnej skupine bol vhodne zvolený, pretože na výsledkoch je možné vidieť zlepšenie všetkých premenných, na ktoré bol program zameraný. Autorka v závere výskumu uvádza tieto odporúčania: zaujímať sa o vzťahovú väzbu, aby mali sociálni pracovníci zmapované vzťahy medzi deťmi, postavenie jednotlivca v skupine, pravidelne sledovať zmeny vo vzťahoch, čo umožní podporu a rozvoj vzťahov, pri zistení konfliktov je nevyhnutné diskutovať a riešiť ich. Z výsledkov výskumu vyplýva, že ovplyvňovanie vzťahov, medzi deťmi je nielen možné, ale nevyhnutné.

Zoznam citovanej literatúry

AINSWORTH, M. *Infant–mother attachment*. In *American Psychologist*. [online]. Vol 34 (10), Oct. 1979, 932-937.[cit. 2015-10-28]. Dostupné na internete:<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.34.10.932>

BRISCH, K.H. *Bezpečná vzťahová väzba*. Trenčín: F, Pro mente sana, s.r.o. 2011. 150 s. ISBN 978-80-88952-67-1

BRNULA, P. a kol. *Úvod do teórií sociálnej práce*. Bratislava: IRIS, 2015. 212 s. ISBN 978-80-89726-36-3

FEDOROVÁ, M. Ako ďalej v transformácii 4. Výchovného piliera v detskom domove. In *Výchovávateľ*. ISSN 0139-6919, 2006, roč. 55. č. 9, s. 33–34

- FEDOROVÁ, M. Transformácia výchovných podmienok v Detskom domove SLNIEČKO v Polomke. In *Výchovávateľ*. ISSN 0139-6919, 2004, roč. 55. č. 6, s. 31–35
- FEDOROVÁ, M. Výchova detí k zodpovednosti v detskom domove. In *Výchovávateľ*. ISSN 0139-6919, 2005, roč. 55. č. 3, s. 29–31
- HAŠTO, J. *Vzťahová väzba Ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: F, Pro mentesana, 2005. 300 s. ISBN 80-88952-28-X
- LEDNICKÁ, J. *Sociálne vzťahy medzi deťmi v detských domovoch*. Bratislava: Metodické centrum v Bratislave, 2000. 48 s. ISBN 80-8052-083-6
- LEDNICKÁ, J. Výchovný program formovania vzťahov medzi deťmi v detských domovoch. In *Výchovávateľ*. ISSN 0139-6919, 1999, roč. 55. č.3-4, s. 19–22
- PREVENDÁROVÁ, J. *Rodinná terapia a poradenstvo*. Bratislava: Humanitas, 2001. 109 s. ISBN 80-968053-6-3
- SWATON, A. Osobnosť výchovného pracovníka v detskom domove rodinného typu. In *Výchovávateľ*. ISSN 0139-6919, 2004, roč. 55. č. 2, s. 8–10
- ŠKOVIERA, A. NOSKOVÁ, I. Komparácia a analýza vybraných hodnôt adolescentov z detských domovov a z rodín. In *Mládež a spoločnosť*. ISSN 1335-1109, 2013, roč. 56, s. 63–70
- VERNY, T. R., WEINTRAUBOVÁ, P. *Rodičovstvo od počatia*. Bratislava: Pozsony/Pressburg, 2013. 296 s. ISBN 987-80-85474-58-9

Limity současné rezidenční péče o seniory a možnosti jejich řešení

Limits of the current residential care for the elderly and their solutions

Zdeněk Čermák³⁹, Barbora Faltová⁴⁰, Lucie Sobotková⁴¹

Abstract

Príspevok predstavuje limity súčasnej rezidenčnej starostlivosti o seniorov v Česku. V úvode príspevku sú zmienené základné demografické údaje o stárnutí populácie v Českej republike a o počtu zdravotne postihnutých osôb starších 65 let. Následne sú predstavené inštitúcie určené k starostlivosti o seniorov v aplikácii na teóriu totálnych inštitúcií Ervinga Goffmana. V ďalších kapitolách sa príspevok zaoberá dopadmi vlivu inštitúcií do života seniorov a to predovšetkým týraním seniorov, zvýšeného výskytu demencie a geriatrickej depresie a geriatrickým hospitalizmem. Po téme sú zmienené súčasné trendy v starostlivosti o seniorov a ich plnení v Českej republike. Záver príspevku patrí úvaze nad tým, aké postoje má česká spoločnosť k deinštitucionalizácii, ako k hlavnému proudu v starostlivosti o staré občany.

Klíčová slova: Senior. Inštitúcie. Týranie seniorov. Trendy v starostlivosti o seniorov.

Abstract

The contribution introduces the limits of current residential care of the seniors in Bohemia. In the beginning the basic demographic data about ageing of the population in the Czech Republic and number of disabled persons over 65 years of age is mentioned. Thereafter, the institutions for taking care of the seniors are introduced in the application of the theory of total institutions by Erving Goffman. In the next chapters the contribution deals with the impacts of influence of the institutions to life of the seniors, particularly maltreatment of the seniors, increased dementia rate, and geriatric depression with geriatric hospitalization. Then, current trends in the senior care are mentioned, and their operation in the Czech Republic. Finally, the contribution considers the standpoints of the Czech society to the deinstitutionalization as the mainstream in the senior citizens care.

Keywords: Senior. Institution. Maltreatment of seniors. Trends in senior care.

1. Úvod

Péče o nesoběstačné seniory je v současné době jedním z hlavních témat celospolečenské diskuze napříč různými obory, ale i laickou veřejností. Česká populace rychle stárne a jak se ukazuje ze zkušeností našich i zahraničních, současný stav rezidenční péče není schopen uspokojit poptávku, ale především není schopen uspokojit celosvětový apel na humanizaci péče a je zcela v rozporu s deinštitucionalizačními trendy, které panují v celé šíři služeb, jež jsou poskytovány osobám se zdravotním postižením. Cílem tohoto příspěvku je seznámit čtenáře s limity současné české rezidenční péče o seniory a poukázat na neměnné dopady, kterými inštituce expandují do života seniorů (zejména týraní, vyšší riziko vzniku demence, geriatrickej depresie a geriatrického hospitalizmu). V neposlední řadě by měl přinést rozvahu nad realizací trendů v péči o seniory v ČR, kdy hlavním cílem by měla být především cílená deinštitucionalizace.

39 Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice; e-mailová adresa: zdenek.cermak@upce.cz; Tel.: +420-466 037 728

40 Fakulta zdravotnických studií, Univerzita Pardubice; e-mailová adresa: barbora.faltova@upce.cz; Tel.: +420-466 037 728

41 Nemocnice Pardubického kraje, Chrudimská nemocnice; e-mailová adresa: lucie.sobotkova@nempk.cz; Tel.: +420 469 653 111

2. K současnému stavu institucionalizace péče o seniory v Čechách

Současná demografická prognóza České republiky ukazuje narůstající tendenci stárnoucích osob na našem území. V roce 2011 žilo v Čechách 15,5 % obyvatelstva staršího 65 let. Demografická prognóza pro rok 2030 pak předpokládá, že podíl občanů starších 65 let se zvedne na 22,8 % populace a v roce 2050 dokonce na 31,3 % (ČSÚ – Seniori v číslech, 2013). Tento trend nevznikl sám o sobě, nýbrž je výsledkem významných celospolečenských změn souvisejících především s rozvojem medicíny (jak na úrovni snížení kojenecké úmrtnosti, tak na úrovni prodlužující se délky života), sociální politiky (zejména snížení počtu osob žijících v chudobě a rozvoj sociálních služeb), finanční stability a průmyslového rozvoje (Malíková, 2011). Tyto údaje jsou významné i vzhledem k faktu, že 59,8 % všech osob se zdravotním postižením jsou osoby starší 65 let (v celkovém součtu 631 385), které vyžadují některou z forem institucionalizované pomoci (ČSÚ, 2013).

Společně s nárůstem počtu stárnoucí populace se mění také postoje české společnosti k seniorům. V současné době je stáří v České republice vnímáno spíše negativně. Je spojováno především se zvýšenou nemocností, nemožností, pasivitou, ekonomickou závislostí a strachem ze smrti (Sak, Saková, 2008). Tyto společenské tendence pak ústí ke vzniku řady předsudků (a komplexně pak ke vzniku ageismu), jež do jisté (a velmi významné) míry vymezují současnou podobu institucionální péče o seniory v Čechách, ve které je stále široce preferovaná péče rezidenčního charakteru (Tošnerová, 2002, Vidovičová, 2008).

Současná míra pobytové institucionalizace seniorů dosahuje obvyklé evropské míry, avšak v ČR je stále považována za nedostačující. V roce 2012 (nyní už je to pravděpodobně víc) Česká republika disponovala cca 38000 lůžek v domovech pro seniory, 7000 lůžek v domovech se zvláštním režimem, 7144 lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných, 545 lůžek geriatrické (Topinková, 2005, Horecký, 2012, Rodriguez, 2015). Pozn. další fond lůžek určených k péči o staré občany zaštiťují tzv. neregistrovaní poskytovatelé sociálních služeb, které nelze oficiálně zahrnout do statistiky, protože poskytují své služby bez patřičných povolení a bez možnosti vnější kontroly. Podle Ministerstva práce a sociálních věcí (2015) je v současné době na území České republiky zřízeno 72 zařízení nelegálních poskytovatelů sociálních služeb, což je pro srovnání zhruba stejný počet jako Léčeben dlouhodobě nemocných.

3. Dopady institucí do života seniorů

Dle Vávrové (2013), Kalvacha (in Lukasová, Hradilová, 2014) a dalších mají české instituce určené k péči o nesoběstačné seniory tzv. totální charakter. Podstatou totálních institucí je nerovnoměrné rozložení pozice moci personálu vůči pacientům. Personál je pro pacienty zdrojem všeho. Z tohto důvodu jsou pacienti postaveni do pasivní, závislé pozice osob, které pouze přijímají shora péči (Vávrová, 2012, Vávrová, 2013, Goffman, 1961). Mnozí Goffmanovi kritici uvedli, že pacienty v psychiatrických léčebnách, vězni ve věznicích apod. nelze považovat pouze za pasivní příjemce péče, protože v daných institucích jistě aktivity vyvíjejí a tím ovlivňují chod instituce i personál, který v ní pracuje. Tímto tvrzením se pokoušeli poukázat na limity jeho teorie (Davies, 1989). U nesoběstačných seniorů tomu tak není, protože řada z nich se nachází v takové fázi onemocnění (například Alzheimerovi demence), kdy nejsou schopni takřka žádného samostatného rozhodnutí či činu, což je činí zcela závislými na personálu a režimu, který personál v dané instituci realizuje (Vávrová, 2013).

3.1 Týrání seniorů v institucích

Prvním ze zásadních dopadů na život seniorů v institucích může být vznik patologických forem chování personálu vůči svým svěřencům. Nerovnoměrné rozložení vlivu a moci v totálních institucích může vést v krajních případech i ke vzniku týrání. Ačkoliv je v České republice tato oblast takřka nepopsaná, v zahraničí byla provedena řada výzkumů, ve kterých byl personál totálních institucí na týrání seniorů dotazován. Pillemer, Moore (1990) prováděli v Americe rozsáhlý výzkum, jehož předmětem byl ošetrovatelský personál pracující v rezidenčních zařízeních zdravotních služeb. Výsledky tohoto výzkumu byly přinejmenším nečekané, protože téměř 10 % dotazovaných si bylo vědomo, že se v posledních dvanácti měsících aktivně zúčastnilo fyzického týrání seniorů a 40 % týralo seniory psychicky. Podobná studie byla provedena také k nám již bližšímu Německu, kde se k týrání fyzickou formou přiznalo 23,5 % a k psychickému 53,7 % (Goergen, 2004). Ve Švédsku uvedlo 11 % respondentů, že si je vědomo, že v jejich zařízení jsou seniory týráni (Saveman, 1999) a v Kanadě 10 % ošetrovatelského personálu uvedlo, že si je vědomo velmi hrubého zacházení se seniory (Ens, 2005). Tošnerová (2002) pak uvádí, že nejzranitelnější a k týrání nejnáchylnější jsou seniory v pokročilém stádiu demence, kteří bývají často označováni za nesvéprávné, a tudíž tomu, co říkají, nikdo nevěří, a oni se nemají, jakým způsobem bránit. V České republice byl na toto téma realizován jediný (parciální) výzkum a to Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích (2005), jehož výsledkem bylo, že v domovech pro seniory nedochází ani tak k týrání, jako spíše k nekvalifikovanému a neúmyslnému zanedbávání a hrubým chybám v poskytované péči.

3.2 Zvýšený výskyt geriatrické deprese a demence

Dalším významným nálezem v totálních institucích určených k péči pro seniory (konkrétně v domovech pro seniory) je fakt, že značná část seniorů, kteří v nich žijí, je psychicky deprivovaná. Psychická deprivace je stav, kdy člověk po dobu dlouhého trvání nemůže dojít k uspokojení základních psychických potřeb, tedy zejména potřeby stimulace a potřeby trvalého citového vztahu (Krejčířová a Vágnerová 2009). Vysoká míra psychicky deprivovaných seniorů v rezidenčních institucích je nejlépe patrna v oblasti výskytu osob s demencí a geriatrickou depresí. Válková, Kolejsková, Holmerová (2010) uvádějí, že v roce 2009 žilo v ČR 123 194 osob s demencí. Dále odhadují, že v roce 2015 jich bude 124000. Z posledních výzkumů (srov. Vaňková et. kol., 2013) vyplývá, že v pobytových zařízeních sociálních služeb pro seniory, které ovšem nejsou a priority zřizovány pro osoby s demencí „Domovy pro seniory“ (srov. Zákon č. 108/2006 Sb.) žilo v roce 2013 až 67 % seniorů vykazujících symptomy syndromu demence (25460 osob). V komparativním pohledu s totožným výzkumem z roku 2007 došlo ke zvýšení počtu seniorů s demencí v domovech pro seniory o 29 %, což je velmi závažné zjištění a to i vzhledem k tomu, že podstatná část těchto seniorů neměla demenci vůbec diagnostikovanou (Vaňková et. al., 2008,2013).

Další ze zkoumaných dopadů života v institucích byla geriatrická deprese. Deprese, tedy „stav patologického afektu působícího s převahou smutné náladu působící na vnímání, poznávání a emoční zkušenost“ (Topinková, 2005, s. 145) patří k jedné z nejčastějších psychiatrických diagnóz, které jsou diagnostikovány seniorů. Topinková (2005) uvádí, že u seniorů žijících v běžné společnosti se prevalence demence odhaduje někde mezi 7 % až 15 %. U seniorů žijících v rezidenční péči mezi 20 % až 30 %. Toto tvrzení potvrzuje i Holmerová (2006), která provedla rozsáhlé screeningové šetření v domovech pro seniory. Výsledky tohoto šetření byly alarmující, protože 40 % seniorů bylo postiženo mírnou depresí, 15 % těžkou formou deprese, přičemž léčeno z nich bylo pouhých 44 %.

3.3 Geriatrický hospitalizmus

Výskyt geriatrické deprese a demence v rezidenčních zařízeních pro seniory je neodmyslitelně spjat také s geriatrickým hospitalizmem, který vymezujeme jako souhrn negativních důsledků hospitalizace u seniorů, jehož podstatou je nevhodná a neefektivní adaptace na institucionální prostředí či nemoc (Suesada, 2007 in Kalvach a kol., 2008). Geriatrický hospitalizmus řadíme mezi tzv. velké geriatrické syndromy (Kalvach, 2008). Jedním z jeho projevů je geriatrický maladaptivní syndrom (GMS), který vymezujeme jako sníženou schopnost seniorů adaptovat se nové na nové prostředí (Ondricová, Kollárová, 2004). Geriatrický maladaptivní syndrom má u seniorů širokou paletu projevů, ke kterým patří například stereotypie, pláč, deprese, nespavost, tendence k prohloubení kognitivních deficitů, ztráta komunikačního zájmu, ale také snížená soběstačnost a zvyšující se závislost seniorů na poskytovaných zdravotních a sociálních službách, která je přímo spjatá s dobou, kterou senior stráví v instituci, tedy čím déle je senior institucionalizován, tím nižší je úroveň jeho soběstačnosti (Zacharová, Šimíčková, 2011). Významně negativní dopad má institucionalizace seniora i na jeho vztahy s rodinou. V současné době je totiž prokázáno, že čím delší je internace seniora v pobytovém zařízení, tím menší je návštěvnost a zájem jeho rodiny (Matoušek, Koláčková, Kodymová, 2005), což vede k tomu, že senior se de facto stává sociálně izolován, přestože je v neustále blízkosti velkého množství dalších osob.

Dopady institucí do života seniorů jsou velmi vážné. Většina seniorů by si přála dožít svůj život v domácím prostředí v rodinném kruhu. Místo toho tráví svůj podzim života v institucích, které jsou nepřírozenou součástí naší společnosti, kde se vyskytují pouze staří, nemocní lidé a personál se svým profesionálním přístupem. Tito senioři jsou často nuceni žít s lidmi, se kterými prostě žít nechtějí, což u nich opět jen prohlubuje pocit zmaru a uvádí je to do situace, kdy jsou ohroženi výše zmíněnými negativními vlivy, které zcela jistě nevystihují úplnou škálu negativních vlivů, které ústavní péče pro seniory přináší (například nákazy spojené s pobytem v institucích, riziko malnutrice, vzniku dekubitů, pádů a podobně) (Tošnerová, 2002, Vávrová, 2013).

4. Současné trendy v oblasti rezidenční péče o seniory

Současné trendy v oblasti péče o nesoběstačné (někdy také nazývané křehké) seniory směřují jednoznačně k tomu, aby senioři dostali možnost, vrátit se zpět do svého přirozeného sociálního prostředí, kde by mohli v klidu, obklopeni svými příbuznými, prožít závěrečnou fázi svého života. I přes již takřka čtyřicetiletou existenci a proklamaci těchto trendů v České republice ve větší míře nedochází k jejich naplňování, což v konečném měřítku znamená, že se tyto trendy staly pro Českou republiku ideálem, ke kterému se jen velmi pozvolna přibližujeme anebo jim naše politika péče o staré občany přímo odporuje, viz tabulka č. 1 (Kalvach, in Lukasová, Hradilová, 2014).

Tabulka č. 1: Trendy v péči o seniory

Trend – ideál (Kalvach, in Lukasová, Hradilová, 2014)	Realita v České republice
Deinstitutionalizace – jako trend určující orientaci na komunitu, stárnutí a umírání v přirozeném prostředí seniora – v rodině, odklon od institucí.	V roce 2015 bylo na území České republiky dle registru sociálních služeb zřízeno 506 domovů pro seniory, v současné době (tj. v červenci 2016) jich je zřízeno 525. Domovů se zvláštním režimem bylo v roce 2015 279 a v současné době jejich počet vzrostl na 315. Setrvalý nárůst institucí pro seniory je nejlépe patrný ve statistické ročence MPSV (2014, 2015) a v registru sociálních služeb.
Desektorializace – trend předpokládající propojení zejména sociální a zdravotní sféry a multioborový přístup.	V České republice je doposud zdravotní a sociální péče striktně oddělována a to zejména legislativně a profesně (Zákon č. 108/2006 Sb., a zákon č. 372/2011 Sb.). Leichsering, Rodrigues, Huber (2009) přitom uvádějí, že právě dobrá provázanost, společný jazyk, dostatečná nabídka a kvalita sociálně-zdravotních služeb jsou zárukou kvalitní na klientovi potřeby orientované dlouhodobé péče.
Deprofesionalizace – trend vymezující péči o staré občany jako otevřenou možnost pro dobrovolníky, laické pečovatele, kteří mohou pod odborným vedením a zaškolením saturovat řadu potřeb seniorů.	Odborné úkony ve zdravotních a sociálních službách jsou nejčastěji svěřeny do rukou zdravotnických pracovníků, kteří je mohou provádět v mezích svých kompetencí daných zákonem č. 95/2004, popř. 96/2004 Sb a Vyhláškou č. 55/2011. Služby sociální péče zase mohou v institucích poskytovat pouze pracovníci v sociálních službách v souladu se zákonem č. 108/2006Sb. Role dobrovolníků je v ČR vnímána spíše jako doplňující. Dobrovolnictví má spíše vztah ke smysluplnému trávení volného času seniorů, než k tomu, aby se dobrovolníci učili „pečovat“ (Aronová, 2008).
Humanistická – demedicinalizace – trend akcentující odklon od honby za nemocemi, od tradiční patientské podřízené role, od nemocničních institucí.	Viz kapitola o charakteru institucí

Podle Kalvacha (in Lukasová, Hradilová, 2014) nejen, že nejsou v ČR tyto trendy naplňovány, ale navíc mohou být i neobdobně zneužity ve prospěch ekonomických úspor. Například deinstitutionalizace se bez důkladné přípravy komunity může zvrhnout do prostého vyhánění seniorů z institucí do společnosti, která nebude připravena o ně pečovat a jejich životní situace se tak může zhoršit. Deprofesionalizace by mohla znamenat fakt, že předáme péči o seniory do rukou laiků, kteří se nebudou schopni o seniory adekvátně postarat (což je současné době stále velký problém u pracovníků v sociálních službách vzhledem k jejich nízké kvalifikační úrovni).

5. Deinstitutionalizace jako hlavní proud řešení

V oblasti sociálních služeb je často nesprávně uváděn termín deinstitutionalizace pod představou rušení velkých ústavních zařízení a jejich proměnou v menší rezidence rodinného typu. Tento trend však daleko spíše vystihuje termín transformace, protože podstata poskytované služby zůstává stejná – pečují instituce a ve větší míře se mění pouze materiálně technické podmínky pro realizaci služby. Jedná se tedy pouze o změnu z makro na mikro instituci (MPSV, 2013) Deinstitutionalizace oproti tomu znamená absolutní odklon od pobytových služeb směrem ke komunitním službám, které nemají samostatně pečovat, ale pomáhat s péčí rodině seniora (Kalvach, in Lukasová, Hradilová, 2014).

Česká společnost má k deinstitutionalizaci rezidenčních služeb pro seniory evidentně velmi ambivalentní postoj. Na jedné straně čeští senioři podle Veselé (2001) vnímají jako zásadní řešení nepříznivé sociální situace především vlastní bydlení s možností využití sociálních služeb a to v 55,2 %, penzion pro důchodce ve 12,7 %, dům s pečovatelskou službou ve 13,4 % a domov pro seniory v 5,8 %. I jejich příbuzní by se o ně byli ochotni postarat, protože až 80 % uvedlo, že by se o své rodiče chtěli postarat v domácím prostředí za pomoci sourozenců a 27 % za pomoci terénních institucionálních služeb (Veselá, 2002, Čermák, 2015). Na straně druhé proti těmto tvrzením stojí nezvratné důkazy o stále se zvyšujícím počtu rezidenčních institucí pro seniory a také o počtu žadatelů, kteří čekají na umístění v nich, viz tab. č. 1. Možnost podpory rodiny a seniora v přirozeném prostředí v České republice nejčastěji zajišťují terénní zdravotní (agentury domácí péče) a sociální služby (pečovatelská služba) a některé služby ambulantní (například denní stacionáře). Tyto služby však evidentně nejsou, v kombinaci s nemohoucností, odmítavým postojem k péči či neschopností rodiny, schopny saturovat veškeré potřeby seniorů, kteří žijí v domácí péči, tak aby nemuseli být institucionalizováni v rezidenčních službách, proto odborná veřejnost již delší dobu vznáší požadavky na další rozšíření těchto komunitních služeb (Hauke, 2011, Kubalčíková, 2006).

6. Závěr

Současný stav české rezidenční péče o seniory je nevyhovující a zcela v rozporu s celosvětovými trendy spočívajícími v koncepci dlouhodobé péče. České instituce pro seniory naplňují kategorii totálních institucí, které jednostranně řídí životy svých členů, čímž je přímo ohrožují týráním, zvýšeným výskytem geriatrické deprese a demence a vznikem geriatrického hospitalizmu. České instituce pro seniory mají tzv. negativní výsostné postavení, protože zatímco pro osoby s vrozeným mentálním postižením jsou bývalé ústavní služby transformovány do podob chráněným bydlení (a dalších forem), pro seniory je v současné době zakládáno čím dál více pobytových služeb, které ani tak nestačí tlaku žadatelů. Současné postoje české společnosti k deinstitutionalizaci služeb pro seniory jsou ambivalentní. Na jedné straně si senioři přejí zůstat ve své přirozeném sociální prostředí a jejich příbuzní by je v tom rádi podpořili a na straně druhé nám v České republice vznikají stále nová zařízení sociálních služeb pro seniory, která jsou sice dobře materiálně vybavena, ale jejich totální povaha přetrvává.

Seznam literatury

- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Seniori v Číslech. In: Statistika a my [online]. Praha: ČSÚ, 2013 [cit. 2016-08-31]. Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/seniori-v-cislech/>
- ČESKÝ STATISTICKÝ ÚŘAD. Výběrové šetření zdravotně postižených osob – 2013. In: *Český statistický úřad* [online]. Praha: ČSÚ, 2014 [cit. 2016-08-31]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/vyberove-setreni-zdravotne-postizenych-osob-2013-qacmwuvwsb>
- DAVIES, Christie. Goffman's concept of the total institution: Criticisms and revisions. *Human studies*, 1989, 12.1: 77-95.
- ENS, I.: Abuse of Older Adults in Institutions.[online]. National Clearinghouse on Family Violence, Ottawa 2005, Canada. [cit. 2016-04-15]. Dostupné z: http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/familyviolence/html/ageinstitutions_e.html
- GOERGEN, T. A.: Multi-method study on elder abuse and neglect in nursing homes. *The Journal of Adult Protection*. Nov 2004, 6, 3, Academic Research Library.
- GOFFMAN, E. The Characteristic of Total Institutions. In ETZIONI, A. *Complex Organizations*. New York: Rinehart, 1961.
- HOLMEROVÁ, I., et al. Depresivní syndrom u seniorů, významný a dosud nedoceněný problém. *Psychiatr. praxi*, 2006, 4: 182-184.
- HOLMEROVÁ, Iva, Božena JURAŠKOVÁ a Květuše ZIKMUNDOVÁ. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: EV public relations, 2007, 143 s. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HORECKÝ, Jiří. Sociální služby pro seniory. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, 2013 [cit. 2016-08-31]. Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/14184/Socialni_sluzby_pro_seniory_APSS_EY2012.ppt
- KALVACH, Zdeněk. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. Vyd. 1. Praha: Grada, 2008, 336 s. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KALVACHA, Zdeněk, in LUKASOVÁ, Marie a Adéla HRADILOVÁ. *Ochrana práv seniorů v instituci s důrazem na osoby s demencí*. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv, 2014. ISBN 978-80-87949-03-0.
- KREJČÍŘOVÁ, Dana a Marie VÁGNEROVÁ. *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Vyd. 2. Editor Mojmir Svoboda. Praha: Portál, 2009, 791 s. ISBN 978-807-3675-660.
- MALÍKOVÁ, Eva. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 328 s. ISBN 978-802-4731-483.
- MATOUŠEK, Oldřich, Jana KOLÁČKOVÁ a Pavla KODYMOVÁ. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 1. Praha: Portál, 2005, 351 s. ISBN 80-736-7002-X.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Národní strategie rozvoje sociálních služeb 2016 -2025*. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, 2015 [cit. 2016-08-31]. Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/26523/III-NSRSS_2016-2025_po_korekture.docx

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, 2014 [cit. 2016-08-31]. Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/22668/ročenka_prace_2014.pdf

ONDRICOVÁ, I. KOLLÁROVÁ, B. Úloha sestry v prevenci GMS. *Sestra*. Praha: Sanoma Magazines, 2004, roč. XIV, č. 11, s. 25. ISSN 1210-0404.

PILLEMER, K., MOORE, D., W.: Highlights from a Study of Abuse of Patients in Nursing Homes. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1990. Dostupné z: <https://www.ncjrs.gov/App/publications/abstract.aspx?ID=145868>

RODRIGUEZ, Veronika. Odkládání seniorů do LDN má brzo skončit. In: *Hospodářské noviny* [online]. Praha: HN, 2015 [cit. 2016-08-31]. Dostupné z: <http://archiv.ihned.cz/c1-64213730-odkladani-senioru-do-ldn-ma-uz-brzy-skoncit-chysta-se-revolucni-novinka>.

SAK, SAKOVÁ, Názory a postoje české populace k seniorům, zpráva z výzkumu. Praha: ASOV, 2008. Sanoma Magazines, 2004, roč. XIV, č. 11, s. 25. ISSN 1210-0404.

SAVEMAN, B. et al.: Elder Abuse in Residential Settings in Sweden. *Journal of Elder Abuse and Neglect*, 1999, vol. 10, no1/2, s. 43–60.

TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005, xviii, 270 s. ISBN 80-726-2365-.

TOŠNEROVÁ, T. *Ageismus: Průvodce stereotypy a mýty o stáří*. Praha: Ambulance pro poruchy paměti FNKV, 2002.

VAŇKOVÁ, H., J. BURÁŠKOVÁ a I. HOLMEROVÁ. Prevalence kognitivních poruch v domovech pro seniory [online]. Praha: České geriatrické revue, 2008 [cit. 2016-06-05]. Dostupné z: http://www.geriatricke revue.cz/pdf/gr_08_04_05.pdf.

VAŇKOVÁ, Hana, Dana HRADCOVÁ, Martina JEDLINSKÁ a Iva HOLMEROVÁ. Prevalence kognitivních poruch v pobytových zařízeních pro seniory v ČR: – nárůst mezi lety 2007 a 2013 [online]. Praha: FHS UK, 2013 [cit. 2016-06-02]. Dostupné z: <http://www.cello-ilk.cz/wp-content/uploads/2013/11/kognitivni-poruchy.pdf>.

VÁVROVÁ, S. Pobytové sociální služby pro osoby se zdravotním postižením a pro seniory jako totální instituce. *Sociální práce*, 2012, roč. 12, č. 4, s. 39–46.

VÁVROVÁ, Soňa. *Perspektivy pobytových sociálních služeb pro seniory*. Ostrava, 2013. Habilitační. Fakulta sociálních studií, Ostravská Univerzita.

ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada, 2011, 278 s. *Sestra* (Grada). ISBN 978-802-4740-621.

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů. In: Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. Praha: MPSV, 2013 [cit. 2016-09-01]. Dostupné z: <http://www.kvalitavpraxi.cz/dokumenty/deinstitucionalizace/>

VESELÁ, J. Představy rodinných příslušníků o zabezpečení péče nesoběstačným rodičům, výzkumná zpráva. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2002.

VESELÁ, J. Sociální služby a jejich poptávka, výzkumná zpráva. Praha. Výzkumný ústav práce a sociálních věcí. 2001.

ČERMÁK, Zdeněk. *Institucionální péče o seniory v Čechách*. Praha, 2015. Mgr. PEDF UK. Vedoucí práce Pavlína Šumníková.

HAUKE, Marcela. Pečovatelská služba a individuální plánování: praktický průvodce. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2011, 135 s. ISBN 978-802-4738-499.

KUBALČÍKOVÁ, Kateřina. Expertíza pro cílovou skupinu „Senioři“. In: [online]. Brno: FSS MU, 2006 [cit. 2016-08-23]. Dostupné z: socialnipece.brno.cz/doc/1197449279.doc

ČR. Zákon o sociálních službách ve znění pozdějších předpisů: č.108/2006 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MPSV, 2006, 37/2006. [cit. 2016-08-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108>.

ČR. Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách): č. 372/2011 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 131/2011. [cit. 2016-08-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-372>.

ARONOVÁ, Klára (2008): Dobrovolnictví v Domovech pro seniory, příklady dobré praxe, vyd.1., Praha: HESTIA, 2008, s. 120. [cit. 2016-08-20]. Dostupné z WWW: <<http://www.dobrovolnik.cz/res/data/002/000384.pdf>>.

ČR. Vyhláška o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků: Vyhláška č. 55/2011 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2011, 20/2011. [cit. 2015-03-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2011-55>.

ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních): zákon č. 96/2004 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2004. [cit. 2016-08-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-96>.

ČR. Zákon o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta: Zákon č. 95/2004 Sb. In: Sběrka zákonů ČR. Praha: MZČR, 2004, 30/2004. [cit. 2016-08-20]. Dostupné z: <http://www.zakonyprolidi.cz/cs/2004-95>.

Léta tam stál... stát bude dál?

Years stood here...the state will continue?

Monika Jelínková²

Abstract

Čihá na nás nebezpečí transformace – pochybnosti a obavy pracovníků z pohledu supervizorky a konzultantky. Sdílení zkušeností a doporučení.

Obavy, strach, napětí, ztráta jistoty, ohrožení. To nejsou žádné příjemné pocity a vedou často lidi do opozice, stresu. Jak z toho tedy ven? Co dělat, aby nepříjemné vymizelo a pracovníci začali pracovat jiným způsobem ne pouze na oko, ale s jasnými přínosy pro klienty a v neposlední řadě i s devizami pro samotné pracovníky?

Klíčová slova: Transformace. Obavy. Sdílení. Doporučení.

Abstract

Does the transformation danger is on the lookout – doubts and fears of the workers from the point of view of a supervisor and consultant. Sharing of experience and recommendations. Fear, concerns, tension, loss of certitude, danger. These are negative feelings and often push people into opposition, stress. How to get out of this? What to do so that the workers work differently and not superficially only, but with clear benefits for the clients, and last but not least with benefits for the workers alone?

Keywords: Transformation. Concerns. Sharing. Recommendation.

1. Úvod

Poskytuji supervize v zařízeních, které prochází procesem transformace nebo jsou v přípravné fázi. Jako externí konzultantka a metodička pomáhám zařízením při zpracování transformačních a rozvojových plánů. Působím jako lektorka kurzů a workshopů zaměřených na začleňování lidí se zdravotním postižením do běžného života.

Při své práci vycházím z toho, že člověk v danou chvíli dělá to nejlepší, co umí. Tento předpoklad mi pomáhá při nastavení konkrétní a cílené podpory pracovníkům zařízení.

1.1 Pozor – transformace za rohem

Zařízení si léta žije svým vlastním životem. Čas od času překvapí kontrola a upozorní na případné nedostatky. Další poznatky a informace pracovníci získají na školeních a konzultacích. Doporučení a nové podněty k práci se zapracují, služba přenastaví, upraví se metodika a jede se dál.

Do tohoto rytmu přichází a odchází pracovníci. Nově přichozí zcela automaticky „zapadnou“ do provozu, přijmou svoji roli, plní úkoly a povinnosti, učí se od zkušenějších kolegů. Občas přijde na mysl pochybnost, zda to, co dělají a jak přistupují k uživateli, je správné. Ale rozhlédnou se kolem sebe a zjistí, že takto to dělají všichni, nějak to funguje, tak „o co jde“? Časem se utvrdí v tom, že tak je to správné a jinak to prostě nejde.

Náhle přijde někdo zvenčí, externí konzultant, který nezná jejich organizaci, nezná klienty, nezná jejich problémy a říká jim, že to, co léta dělali, dělají špatně. Klienty, kterým si mysleli, že pomáhají, přepečovávali a tím docílili jen toho, že jsou nesamostatní a závislí na službě.

42 Mgr. Monika Jelínková, DiS., supervizorka, lektorka, konzultantka a metodička

„Čeká“ vás transformace – připravte se na velké změny. Zapomeňte vše, co jste dosud dělali, změňte myšlení, přístup ke klientům i k práci, začněte mezi sebou týmově pracovat, plánovat, intenzivně komunikovat, pozitivně myslet a motivovat. A to vše efektivně a rychle.

Jistoty, které jim zaměstnání dávalo, ztrácí. Nastává fáze šoku, popření. Cítí se ohroženi.

Ve výše uvedených odstavcích jsem shrnula to, s čím se více či méně setkávám v zařízení, do kterého přijdu na první konzultaci.

1.2 Porozumění, pochopení

Obavy, strach, napětí, ztráta jistoty, ohrožení. To nejsou žádné příjemné pocity a vedou často lidi do opozice, stresu. Jak z toho tedy ven? Co dělat, aby nepříjemné vymizelo a pracovníci začali pracovat jiným způsobem ne pouze na oko, ale s jasnými přínosy pro klienty a v neposlední řadě i s devízami pro samotné pracovníky?

V první řadě je důležité tuto fázi nepřeskočit, věnovat ji značnou část, netlačít a především nepřesvědčovat. Důležité je dát pracovníkům prostor, čas a dostatek informací, aby se s novou situací vyrovnali, přijmuli ji a vnímali ji pozitivně.

1.3 Nečekat na „změnu myšlení“, ale nastavit provoz

Vhodná cesta, která se již mnohokrát osvědčila, je prvotně nastavit provoz tak, aby to odpovídalo principu normality pro klienty. Tyto změny může udělat vedení organizace ve spolupráci s externím konzultantem. Pokud se změny povedou, pak pracovníci nový systém převezmou automaticky.

Při následných reflexích s pracovníky pak bude docházet k uvědomění, jak je nový přístup vlastně normální, běžný a lidský pro klienty i pracovníky. Společně s těmito změnami je vhodné na supervizích, a to i při případových, probírat s pracovníky, co by jim vyhovovalo, kdyby užívali službu oni sami, co by potřebovali, co by jim chybělo apod.

1.4 Nebát se a být trpělivý

Management nemůže zavést změny provozu jen tak od stolu. Je potřeba se ptát. Ptát se klientů na to, co potřebují, přemýšlet nad tím, co se osvědčuje a co naopak klienty obtěžuje, znejišťuje apod. A především věci zkoušet.

Jedna z hlavních úloh externího konzultanta je zajistit, aby vedení nemělo strach z tohoto zkoušení. Mnohé zkoušky totiž nebudou vycházet tak, jak se prvotně zdálo, nebudou všechny kroky úspěšné a mnohé změny budou fungovat chvíli a v dalších případech nezafungují vůbec.

A samozřejmě samotné vedení musí do zjišťování potřeb klientů zapojit i pracovníky, bez nich by to bylo neúplné, mnohdy vytržené z potřebného kontextu.

1.5 Nevím, nevím a zase nevím

Proces plánování změn je dlouhý, stále se něco mění, není nic jisté, což vyvolává nejistotu a nedůvěru. Pracovníci často slyší od vedoucích, ředitele i zřizovatele slovo „nevím“. Nevíme, co bude, kdy to bude, jak to bude probíhat, koho se to bude týkat a zda se to bude vůbec realizovat. Každopádně se na změny připravte.

Nepříjemným faktem při celém procesu je především jeho dlouhodobost a nestálost. Ovšem ani v tomto případě příliš nepomohou slova vysvětlování, ale vyzkoušení si toho, co je možné, co umíme, co potřebujeme a co vlastně chceme.

Pokud proces plánování bude pravidelně reflektován, poukáže se na to, co se povedlo, v čem a kam byl udělán posun a co se daří, napomůže to „unést“ změny o mnoho lépe.

1.6 Doporučení

- Dát prostor, čas, netlačit a nepřesvědčovat
- Nastavit provoz, který odpovídá principům normality
- Klást otázky – ptát se, ptát se, ptát se (klientů, pracovníků, opatrovníků...)
- Nebát se a zkoušet, chyby vnímat jako přirozenou součást procesu, bez nich to nejde
- Pravidelná reflexe – co se povedlo, co funguje, co se daří
- Stáže – vidět, že to jde

1.7 Závěr

Nezapomínejme, že pokud chceme zapalovat, musíme sami hořet. Pokud chceme, aby pracovníci poskytovali klientům kvalitní individualizovanou službu, je třeba, aby tento přístup vnímali jako zcela přirozený, normální a běžný.

Život je o neustálé změně, život je proces, není stojatou vodou, stejně tak i práce v sociálních službách by měla být taková. Naopak pokud není, měli bychom zpozornět, jestli není něco špatně, jestli přemýšlíme nad lidmi nebo jen nad úkony.

Důležité je vykročit na cestu změny. Možná se cesta bude zdát mnohdy blátivá a zarostlá, ale stejně jako dobré boty nám pomáhají v nepříjemném terénu, odhodlání a snaha nás zas povedou k cíli na této stezce. A také platí, že už cesta je cíl, což poznáme na spokojenosti klientů i nás. Tak šťastnou cestu.

Perspektívy v poskytovaní sociálních služeb pro obete násilia páchaného na ženách v partnerských vzťahoch

Perspectives in providing social services for victims of violence against women in intimate relationships

Peter Jusko⁴³

Abstract

Podmienkou úspešnosti podpory a ochrany žien zažívajúcich násilie a ich detí je jej komplexnosť. V prípade pomoci a podpory ženám zažívajúcim násilie v partnerskom spoluzití to predovšetkým znamená vytvorenie dostatočne hustej a flexibilnej siete špecializovaných podporných služieb. Napĺňanie spoločenského a politického uznania potrebnosti špecializovaných služieb pre ženy zažívajúce násilie predstavuje priestor, ktorý tejto problematike venujú medzinárodné, národné a komunálne dokumenty. Okrem týchto dokumentov je riešenie násilia páchaného na ženách determinované aj vplyvmi postmodernej spoločnosti. Kvalifikovaná pomoc ženám zažívajúcim násilie v partnerských vzťahoch by mala vychádzať aj z objektívneho poznania ich potrieb. Prepojenie poznania potrieb žien a poskytovania adekvátnych služieb považujeme za dôležitú súčasť rozvoja a riadenia sociálnych služieb v tejto oblasti. V bezpečných ženských domoch, ako aj v ďalších organizáciách, ktoré poskytujú špecializovanú podporu a ochranu ženám zažívajúcim násilie a ich deťom by mali byť poskytované kvalitné služby, podmienkou čoho je aplikovanie princípov efektívneho fungovania týchto organizácií, medzi inými aj princípu spoločenskej zmeny. Z hľadiska dosiahnutia perspektívy poskytovania kvalitných sociálnych služieb obetiam násilia na ženách v partnerskom spoluzití je dôležité identifikovať všetky subjekty, ktoré majú zodpovednosť za sociálne služby, a ktoré spoluvytvárajú systémové nastavenia poskytovanej pomoci.

Kľúčové slová: Násilie na ženách. Bezpečný ženský dom. Sociálne služby. Multiinštitucionálna kooperácia. Intervenčná reťaz. Spoločenská zmena. Partnerské vzťahy. Viktimizácia.

Abstract

Comprehensiveness is the condition for successful support and protection of women exposed to violence, and their children. In case of assistance and support to women exposed to violence in partnership it particularly means establishment of sufficiently broad and flexible network of specialized supporting services. The social and political acknowledgement of the need for specialized services for women exposed to violence represent the space themed by the international, national, and community documents. In addition to these documents, the male violence is determined by impacts of the post-modern society as well. Qualified assistance to women exposed to violence in their partnerships should be based on unbiased knowledge of their needs as well. Interconnection of knowledge of the needs of women and provision of adequate services is regarded as an important part of the development and management of the social services in this field. Quality services should be provided in safe women homes as well as in other organizations that provide specialized support and protection of women exposed to violence, and their children; a condition thereof is application of the principles of the effective operation of the organizations, among others based on the society change principle. It is important to identify all subjects being responsible for the social services, which co-create the system configuration of the provided assistance, with respect to achieving the perspective provision of quality social services to the women exposed to violence in their partnerships.

Keywords: Male violence. Safe home for women. Social services. Multi-institutional cooperation.

43 doc. PaedDr. Peter Jusko, PhD., Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta, Katedra sociálnej práce, Banská Bystrica, Slovenská republika, e-mailová adresa: peter.jusko@umb.sk

Úvod

Podmienkou úspešnosti podpory a ochrany žien zažívajúcich násilie a ich detí je jej komplexnosť. Mala by zahŕňať všetky inštitúcie participujúce v tejto oblasti, tj. telefonické linky, bezpečné ženské domy, poradenské centrá, centrá pre ženy so skúsenosťou so znásilnením, intervenčné tímy a iné druhy podpory a ochrany. Koordinujúcim subjektom by malo byť koordináčno-metodické centrum (Bohony a kol., 2015, s.88). Cieľom komplexnej podpory a ochrany je ochrana žien a ich detí pred násilím (zvýšením bezpečia a znížením rizika ohrozenia príp. vražd žien a detí násilným partnerom), posilnenie žien a ich detí a riešenie situácie násilia a jeho dopadov (Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násilie a ich deťom, 2015, s.29). V rámci komplexnej podpory a ochrany je potrebné poskytovať niektoré formy pomoci nepretržite, priamo v čase keď ich ženy a deti potrebujú. K tejto súčasťi komplexnej podpory a ochrany patria národná nonstop linka, bezpečný ženský dom a prepravná služba.

S komplexnosťou poskytovanej podpory a ochrany súvisí aj potreba dlhodobých, holistických služieb, pretože viaceré ženy zažili dlhotrvajúce a viacnásobné násilie a z tohto dôvodu potrebujú pomoc a podporu na dlhšie časové obdobie. Bezpečný ženský dom, vzhľadom k obmedzeniu dĺžky pobytu v ňom, má istý problém takého holistické služby zabezpečiť. Z tohto, ako aj z iných dôvodov sa zvyrazňuje potreba multiinštitucionálnej spolupráce. Intervencie rôznych inštitúcií by mali byť úzko prepojené a mali by vytvárať reťaz intervencií, do ktorej budú zahrnuté všetky relevantné inštitúcie (Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násilie a ich deťom, 2015, s.26). Dôležitosť multiinštitucionálneho prístupu, ako jednej z perspektív poskytovania sociálnych služieb pre obete násilia páchaného na ženách sú aj výsledky výskumu (Pikálková, Podaná, Buriánek, 2015, s. 54–55), podľa ktorého existuje vysoká korelácia medzi incidenciou prípadov domáceho násilia a agresívnymi prejavmi správania sa na verejnosti, pretože na verejnosti agresívni partneri sa mnohonásobne častejšie dopúšťajú sexuálneho násilia a vyhrážania v domácom prostredí.

Jednou z ciest zlepšenia tohto stavu je aj spoločenská zmena definovaná ako eliminácia predsudkov, prístupov a vzorcov správania sa v spoločnosti, ktoré vytvárajú podhubie pre páchanie násilia na ženách a ich deťoch (Bohony a kol., 2015, s.114). Ide aj o zmenu prístupov pomáhajúcich profesionálov a inštitúcií so zodpovednosťou na podporu a ochranu tejto skupiny klientov. Bezpečné ženské domy, ako jedna z kľúčových inštitúcií v tomto smere, by preto mali poskytovať komplexné služby pre ženy a ich deti v takom rozsahu a čase, v akom ich táto cieľová skupina potrebuje.

Identifikácia potrieb žien v bezpečnom ženskom dome sa obvykle vykonáva od siedmich dní od prijatia a vzťahuje sa na zdravotné, právne, finančné, pracovné a vzdelávacie potreby a potreby v oblasti bývania a potreby detí (Bohony a kol., 2015, s.102). Bezpečné ženské domy sú prioritne zamerané na problematiku násilia páchaného na ženách v párových vzťahoch v domácnosti, ale môžu sa špecializovať aj na iné formy násilia akými sú napr. nútené manželstvá, trestné činy páchané v mene cti, či rôzne formy sexualizovaného násilia (Karlovska – Kokavcová – Králová, 2009, s.13). Uplatňovanie princípu špecializácie na systémovej úrovni znamená vytváranie špecializovaných služieb zameraných na osobitnú cieľovú skupinu žien, ktoré zažívajú násilie, dôsledne pritom vychádzať a napĺňať ich potreby (Bohony a kol., 2015, s.61). Špecializácia vychádzajúca z potrieb žien by mala zohľadňovať všetky potreby žien, čiže napr. zmierňovanie dopadov násilia, bezpečnosť, finančné, či ekonomické potreby.

Sociálne služby poskytované klientom musia rešpektovať špecifické ponímanie cieľa služby, ktorým je uspokojovanie rôznych potrieb klientov, a s tým spojenú multidimenzionalitu služby (Malík Holasová, 2014, s.29). Sociálne služby uspokojujú meniace sa potreby klientov tak, aby mohli viesť plnohodnotný život v spoločnosti. V prípade pomoci a podpory ženám zažívajúcim násilie v partnerskom spoluzití to predovšetkým znamená vytvorenie dostatočne hustej a flexibil-

nej siete špecializovaných podporných služieb. Špecializované služby pre ženy zažívajúce násilie vychádzajúce z ich potrieb sa môžu uplatňovať dvoma spôsobmi (Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násilie a ich deťom, 2015, s.19):

- a) služby špecificky zamerané na ženy, ktoré zažili násilie a ich deti,
- b) služby špecificky zamerané na násilie páchané na ženách ako rodovo špecifickú formu násillia.

S týmto členením súvisí aj princíp rôznorodosti a spravodlivého prístupu, ktorý vychádza z poznania, že násilie môže zažívať každá žena bez ohľadu na vek, zdravotný stav, národnosť a etnickú príslušnosť apod. Jeho uplatňovanie sa vzťahuje nielen na rôznorodosť žien a ich potrieb, ale aj na reflektovanie iných druhov násillia, akým je napr. tzv. kybernetické násilie zahŕňajúce sledovanie elektronickej pošty, kontrolovanie mobilnej komunikácie, či umiestňovanie intímnych zobrazení ženy na internete.

1. Spoločensko-politické uznanie potrebnosti špecializovaných služieb pre obeť násillia páchaného na ženách

Naplnenie spoločenského a politického uznania potrebnosti špecializovaných služieb pre ženy zažívajúce násilie predstavuje priestor, ktorý tejto problematike venujú medzinárodné, národné a komunálne dokumenty. Ľudskoprávnym východiskom analyzovania týchto dokumentov je vnímanie násillia páchaného na ženách ako formy porušovania ľudských práv žien, predovšetkým práva na osobnú bezpečnosť, ochranu súkromného života a ochranu pred diskrimináciou. Tému diskriminácie žien sa venuje Výbor OSN pre odstránenie diskriminácie žien, ktorý v roku 2008 odporučil SR prijatie opatrení na zabezpečenie vzniku bezpečných ženských domov pre obeť násillia na ženách (Karlovská – Kokavcová – Králová, 2009, s.18). Európsky rozmer predmetnej problematiky predstavuje predovšetkým tzv. Istanbulský dohovor“, čiže Dohovor Rady Európy o predchádzaní násilliu na ženách a domácejmu násilliu a o boji proti nemu (Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násilie a ich deťom, 2015, s.12-13). Tieto východiská zohľadňuje aj európske ponímanie kvality sociálnych služieb, na základe ktorého by kvalitná sociálna služba mala rešpektovať ľudské práva a dôstojnosť, mala by byť zameraná na človeka, mala by byť dostupná, komplexná a súvislá, orientovaná na výsledok a založená na dôkazoch, transparentná, genderovo a kultúrne citlivá (Malík Holasová, 2014, s.47).

Európsky parlament prijal v roku 2006 uznesenie o aktuálnej situácii v oblasti boja proti násilliu páchanom na ženách, v ktorom vyzýva členské štáty EÚ aby prijali primerané opatrenia na zabezpečenie lepšej ochrany a podpory žien a detí zažívajúcich násilie. Slovenská republika už v roku 2004 prijala Národnú stratégiu na prevenciu a elimináciu násillia páchaného na ženách v rodinách a následne v roku 2005 aj Národný akčný plán pre prevenciu a elimináciu násillia páchaného na ženách.

Riešenie rodovo podmieneného násillia by sa však malo stať aj výraznejšou súčasťou komunálnej politiky. Ide predovšetkým o plány hospodárskeho a sociálneho rozvoja našich miest a obcí, ktoré by mali reflektovať skutočnosť, že bezpečnosť žien a bezpečnosť detí je neodmysliteľnou súčasťou bezpečnosti obyvateľov mesta. Pri reprofilácii týchto plánov by príslušným pracovníkom územnej samosprávy napomohli dokumenty Rady Európy, Európskej únie a Organizácie spojených národov, ktoré túto problematiku analyzujú a umožňujú aplikovať skúsenosti týchto organizácií aj na komunálnej úrovni. Napr. podľa Odporúčania Rady Európy 2/2005 by podpora pre ženy zažívajúce násilie a ich deti mala zahŕňať aj bezpečné ženské domy s primeranou regionálnou dostupnosťou.

Okrem medzinárodných, národných a regionálnych dokumentov je riešenie násilia páchaného na ženách determinované aj vplyvmi postmodernej spoločnosti. Jedným z takýchto determinantov je vnímanie násilia na ženách v kontexte tzv. rodovej problematiky. Postmodernistické tendencie sa prejavujú už v samotnej definícii rodu, ktorá je ovplyvnená sociálnym konštruktivizmom. Podľa jednej z definícií (Oakley, 2000, s.11) rodom rozumieme sociálny konštrukt, ktorý vyjadruje, že vlastnosti a správanie sa spájané s obrazom muža a ženy sú formované kultúrou a spoločnosťou. Násilie páchané na ženách v partnerských vzťahoch je v tejto súvislosti chápané ako rodovo podmienené, čo je vysvetľované tzv. rodovými stereotypmi muža ako dominantnej „hlavy rodiny“ a ženy ako submisívnej starostlivej manželky a matky. Potvrdzujú to aj komparácie analýz násilných konfliktov v partnerských vzťahoch ((Pikáľková, Podaná, Buriánek, 2015, s. 41), podľa ktorých sú rizikom vzniku viktimizácie žien v partnerských vzťahoch aj sociokultúrne faktory ako sú napr. tradičné usporiadanie rodinných vzťahov či existencia širších kultúrnych noriem pozitívne oceňujúcich mužskú dominanciu a násilie ako spôsob riešenia problémov.

Rodová podmienenosť násilia na ženách je kompatibilná aj s feministickými východiskami tejto problematiky. Z feministického hľadiska sa toto násilie vníma ako manifestácia historicky uznávaného a pretrvávajúceho nerovnomerného rozloženia moci, vplyvu a nerovných príležitostí medzi mužmi a ženami (Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násilie a ich deťom, 2015, s.14). Cieľom zmeny vnímania násilia páchaného na ženách v kontexte rodovej perspektívy je dosiahnutie rodovej rovnosti, najmä z hľadiska spravodlivého uplatňovania práv, slobôd, ale i povinností. Neodôvodniteľné znevýhodnenia žien ako sociálne konštrukty je nutné zmierňovať, príp. aj odstraňovať, čo samozrejme platí aj o rodovo podmienenom násilí. Objektívne posudzovanie príčin vzniku, priebehu, dôsledkov i možnosti riešenia násilia v partnerských vzťahoch je predpokladom, resp. až podmienkou poskytovania účinnej a nestigmatizujúcej podpory a ochrany žien zažívajúcich násilie a ich detí.

Interiorizácia rodu ako sociálneho konštraktu vytvára tzv. rodovú identitu zahŕňajúcu pre každého človeka špecifické prežívanie rodových charakteristík, ako sú telo a jeho pohyby, obliekanie, verbálne prejavy, či gestikuláciu. V násilnom vzťahu je žena v dôsledku dlhotrvajúceho násilia v podriadenej pozícii voči násilnému partnerovi. V prípade, že sa tento mocensky nerovnocenný vzťah nezohľadní v uplatňovaných postupoch v riešení domáceho násilia môže dôjsť ku narušeniu celého procesu posilnenia žien, a naopak, žena sa môže dostať do zložitej pozície fatalizmom poznačeného nazerania na (ne-) možnosti riešiť jej problém.

2. Prepojenie poznania potrieb obetí násilia páchaného na ženách a poskytovania špecializovaných služieb

Kvalifikovaná pomoc ženám zažívajúcim násilie v partnerských vzťahoch by mala vychádzať z objektívneho poznania ich potrieb. K takýmto potrebám by sme zaradili najmä (Kelly – Dubois, 2008):

- priestor pre dôverný rozhovor potrebný na zorientovanie sa v situácii,
- ochranu pred násilným správaním,
- praktickú pomoc a podporu.

Saturácia potreby praktickej pomoci a podpory si od pomáhajúcich profesionálov vyžaduje aj dobrú orientáciu v oblastiach, ktoré sa týkajú, resp. môžu týkať potrieb týchto klientiek. Ide napr. o porozumenie dopadom násilia, potrebu sprevádzania, bývania, zamestnania, poskytovania informácií o možnostiach riešenia, či zorientovania sa v tom, aké majú jednotlivé inštitúcie kompetencie a ako môžu týmto klientom pomôcť.

Prepojenie poznania potrieb žien a poskytovania adekvátnych služieb považujeme za dôležitú súčasť rozvoja a riadenia sociálnych služieb v tejto oblasti. Vychádzame z toho, že dosiahnuť hlavné ciele podporných služieb je možné len vtedy, ak tieto služby vychádzajú z potrieb a záujmov žien. Poskytovanie služieb v bezpečnom ženskom dome umožňuje aj splnenie potreby dlhodobých služieb, pretože klientky týchto zariadení často zažili viacnásobné násilie, ktoré spôsobilo závažné dôsledky, a preto potrebujú podporu a pomoc na dlhšie časové obdobie. V bezpečnom ženskom dome by preto mali byť poskytované také sociálne služby a na taký dlhý čas aký žena potrebuje. V bezpečnom ženskom dome môžu byť rôzne skupiny klientiek, ktoré majú rôznorodé potreby, uspokojovaniu ktorých je potrebné v tomto zariadení vytvárať adekvátny priestor. Ide napr. o klientky s maloletými deťmi, klientky so zdravotným postihnutím, či klientky vo vyššom veku.

Dôležitosť poznania potrieb žien vytvára pre inštitúcie a organizácie zaoberajúce sa problematikou rodovo podmieneného násillia priestor na vytvorenie funkčného systému monitorovania týchto potrieb. Participácia samotných žien na tvorbe a realizácii tohto systému je nevyhnutnou podmienkou získavania objektívnych informácií o potrebách, ktoré ženy majú, ale aj o oblastiach, s ktorými napĺňanie týchto potrieb súvisí. Takouto oblasťou môže byť napr. rodina a priatelia, pretože vytvorenie podpornej siete zloženej z rodinných príslušníkov a priateľov má veľký význam v procese posilnenia ženy, ako aj v jej následnej reintegrácii do bežného života.

S napĺňaním potrieb žien často veľmi úzko súvisia potreby ich detí. Potreba ochrániť deti je pre ženu často motívom na odchod od násilného muža (Karlovska – Kokavcová – Králová, 2009, s.33). Strach o deti však niekedy môže byť aj dôvodom, že ženy nevyhľadávajú pomoc, a zotrávajú v násilnom vzťahu. Podpora a ochrana detí žien zažívajúcich násilie je z týchto dôvodov nevyhnutnou súčasťou komplexného systému riešenia tohto problému. Násilie páchané na žene má vždy nejaký dopad na emocionálny, osobnostný i sociálny vývin jej detí. Komplexná podpora a ochrana týchto detí by mala zahŕňať krízovú intervenciu, poradenstvo, sociálnu prácu, edukáciu a psychoterapiu. Cieľom komplexnej podpory a ochrany detí je (Appelt – Kaselitz – Logar, 2008, s.44):

- zabezpečiť fyzické a emocionálne bezpečie detí,
- zlepšiť psychické zdravie detí,
- pomôcť deťom znovu získať a užiť si detstvo,
- posilňovať vzťah medzi matkou a dieťaťom.

O spojitosti medzi násilím páchaným na ženách a násilím páchaným na deťoch svedčia viaceré fakty (Karlovska – Kokavcová – Králová, 2009, s.33):

- bývanie matiek predstavuje najčastejší kontext pre týranie detí,
- jedna tretina detí žien v bezpečných ženských domoch vo Veľkej Británii bola tiež fyzicky, či sexuálne zneužívaná partnerom matky,
- násilie v párových vzťahoch eskaluje počas tehotenstva a kulminuje po pôrode.

Za veľmi nebezpečné považujeme aj to, že podľa teórie sociálneho učenia (Pikálková, Podaná, Buriánek, 2015, s. 16) jedinci, ktorí v mladosti zažili, či zažívajú násilie (majú násilné skúsenosti z detstva) sú náchylnejší k použitiu násillia v neskoršom veku vo svojej vlastnej rodine ako tí, ktorí takúto skúsenosť nemajú, resp. len minimálnu.

Eliminovať dôsledky násillia páchaného na deťoch, ako aj zabrániť ich vplyvu na život detí v dospelosti predpokladá kvalitnú prácu s touto, veľmi špecifickou cieľovou skupinou klientov. Táto sociálna, pedagogická a terapeutická práca by mala zohľadňovať (Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násilie a ich deťom, 2015, s.28):

- narušení vzťahu matky a dieťaťa v dôsledku prežitého násillia,
- snahy o kontaktovanie detí násillným partnerom,
- uplatňovanie relevantných práv partnera vo vzťahu k deťom.

Najefektívnejšou intervenciou pre zaistenie bezpečia detí žijúcich v prostredí, kde dochádza k páchaniu násillia je vytvorenie tzv. podporného balíčka, ktorý zahŕňa odhad rizika, špeciálne vyškolenú podporu v prípadoch násillia páchaného na ženách, zastupovanie a obhajovanie práv a bezpečnostný plán pre ženu zažívajúcu domáce násillie spolu s ochranou a podporou pre jej deti (Hester, 2013, s.103). Kľúčovou pri plnení týchto úloh je sociálna práca s deťmi, mládežou a rodinou, ktorá má v naznačenom kontexte dvojité mandát, čiže sociálna práca je v takýchto prípadoch súčasne pomocou i kontrolou.

Záver

V bezpečných ženských domoch, ako aj v ďalších organizáciách, ktoré poskytujú špecializovanú podporu a ochranu ženám zažívajúcim násillie a ich deťom by mali byť poskytované kvalitné služby, podmienkou čoho je aplikovanie princípov efektívneho fungovania týchto organizácií, medzi inými aj princípu spoločenskej zmeny. Bez jeho aplikovania môže byť poskytovaná podpora a ochrana neúčinná. V tejto súvislosti je potrebné identifikovať všetky subjekty, ktoré majú zodpovednosť za sociálne služby, a ktoré spoluvytvárajú systémové nastavenia poskytovanej pomoci. V Českej republike vznikol na základe česko-britského projektu z roku 2003 dokument „Biela kniha o sociálnych službách“ (Malík Holasová, 2014, s.51), podľa ktorého má zodpovednosť za sociálne služby päť subjektov: jednotlivci, občianska spoločnosť, štát, obce, a kraje.

Z hľadiska dosiahnutia perspektívy poskytovania kvalitných sociálnych služieb obetiam násillia na ženách v partnerskom spoluzití je dôležité aj poznať subjekty, ktorým tieto ženy dôverujú. Podľa výsledkov výskumu (Pikálková, Podaná, Buriánek, 2015, s. 66) sa ženy s násillím vo vzťahu najčastejšie zdôverujú svojim priateľom a rodine, ktorí sú primárnym zdrojom emocionálnej a inštrumentálnej podpory. Naproti tomu vyhľadanie pomoci odborníkov, do kompetencie ktorých problematika domáceho násillia spadá nie je príliš časté, i keď spokojnosť s nimi poskytovanými službami je pomerne vysoká.

K takýmto špecializovaným organizáciám podpory a ochrany obetiam domáceho násillia patria napr. poradenské centrá pre ženy zažívajúce násillie a ich deti. Tieto centrá poskytujú širokú škálu služieb ako napr. informácie, poradenstvo, sprevádzanie, právnu pomoc, proaktívnu podporu, vyhľadávaciu činnosť atď. Potrebnosť poskytovania všetkých týchto služieb akcentuje nevyhnutnosť prepojenia sociálnych intervencií rôznych inštitúcií. Tento proces smeruje k vytvoreniu tzv. intervenčnej reťaze, čiže ku zahrnutiu všetkých relevantných inštitúcií (Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násillie a ich deťom, 2015, s.26). Podmienkou úspešnosti tohto procesu je spolupráca a profesionálna kooperácia týchto inštitúcií v poskytovaní podporných služieb. S cieľom vytvorenia synergického efektu je preto potrebné niektoré kompetencie centralizovať na jeden orgán. Týmto orgánom sa v podmienkach SR postupne stáva Koordinačno-metodické centrum pre rodovo podmienené a domáce násillie. K jeho cieľom patrí najmä dosiahnutie spoločnosti bez násillia, bezpečie žien a ich posilnenie.

Návodom na dosiahnutie úspechu v koordinovanej spolupráci medzi všetkými inštitúciami a organizáciami priamo poskytujúcimi tieto podporné služby je vytvorenie zmluvného partnerstva medzi nimi, ktoré by na jednej strane zabezpečovalo dodržiavanie štandardov kvality poskytovaných služieb, a na druhej strane odbornú nezávislosť zapojených organizácií.

Stále funkčným predchodcom vznikajúcich bezpečných ženských domov v podmienkach SR sú z legislatívneho hľadiska pravdepodobne najčastejšie zariadenia núdzového bývania. Podľa Zákona NR SR č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách sa v ňom poskytujú sociálne služby obetiam násillia, obetiam obchodovania s ľuďmi, rodičom s deťmi, či seniorom, ktorí nemajú zabezpečené bývanie. Okrem bývania sa tu poskytujú aj ďalšie sociálne služby, ich rozsah a adresnosť vo vzťahu k pomoci a podpore obetiam domáceho násillia sú však nepostačujúce.

Pre bezpečné ženské domy, ako perspektívnu formu poskytovania týchto služieb sú už vypracované špecifické štandardy (Karlovsá – Kokavcová – Králová, 2009, s.14) týkajúce sa počtu klientiek, odborného personálu, bezpečnostných opatrení, poskytovaných služieb, práce s deťmi klientiek, či rešpektovania ľudských práv a slobôd. Ak chceme úspešne implementovať tieto, ako aj ďalšie zmeny týkajúce sa inštitucionalizácie bezpečia žien v podmienkach bezpečných ženských domov mali by sme dodržiavať postupnosť presadzovania zmien v organizácii, kam zaraďujeme (Kotter, 2000) vyvolanie vedomia naliehavosti zmeny, vytvorenie tímu presadzujúceho zmeny a vízie a stratégie, delegovanie a prezentovanie čiastkových úspechov, využitie výsledkov k podpore ďalších zmien a zakotvenie nových postupov do organizačnej kultúry.

Bezpečný ženský dom, ako v našich podmienkach nový druh podpory a ochrany pre ženy im poskytuje okamžité a bezpečné ubytovanie. Úplne prvý bezpečný ženský dom bol založený v roku 1972 v Londýne. V súčasnosti je v Európe viac ako 1.500 bezpečných ženských domov (Karlovsá – Kokavcová – Králová, 2009, s.5). Kreovanie bezpečných ženských domov je súčasťou procesu vzniku inovatívnych foriem poskytovania podporných služieb ženám zažívajúcim násillie a ich deťom. V súčasnosti väčšina bezpečných ženských domov v Európe poskytuje okrem bezpečného bývania aj kombináciu ďalších služieb, ako napr. poradenstvo, vyhľadávaciu činnosť, či obhajobu práv žien a detí.

Postoje k zavádzaniu týchto i ďalších nových metodických postupov smerujúcich ku zvyšovaniu kvality sociálnej práce sa môžu diferencovať v rámci troch diskurzov: krátkodobej dištancie, kritike odboru a euforického prijatia (Bobzien – Stark – Straus, 1996). V kontexte inštitucionalizácie základných metodických postupov uvádzame pre ilustráciu vybrané metodické postupy v poradenskom centre pre ženy (Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násillie a ich deťom, 2015, s.31), ktoré sa členia na prvý kontakt s klientkou (napr. vyhľadávacia činnosť, či telefonický alebo osobný kontakt) a na identifikáciu násillia, odhad nebezpečenstva, plánovanie bezpečia, identifikácia potrieb a dohodnutie druhov podpory a ochrany.

Zoznam citovanej literatúry

APPELT, B. – KASELITZ, V. – LOGAR, R.: *Cesta z násillia. Príručka na zakladanie a prevádzkovanie bezpečných ženských domov*. Viedeň: WAVE, 2008. 134s.

BOBZIEN, M. – STARK, W. – STRAUS, F.: *Qualitätsmanagement*. Alling: Sandmann Verlag 1996, 130s. ISBN 3802954475

BOHONY, B. a kol.: *Štandardy komplexnej podpory a ochrany žien zažívajúcich násillie*. Bratislava: MPSVaR SR, 2015, 189s.

EGGER, R.: *Konať proti násilliu na ženách*. Košice: Pro Familia a Aspekt, 2000. 17 s. ISBN 80-967964-2-9.

GUTIEREZ, L.M.: *Working with Women of Color: An Empowerment Perspective*. In: *Social Work*, 1990, No 35, p.149-153.

HERMAN, J.L.: *Trauma a uzdravenie*. Bratislava: Aspekt, 2001, 342s. ISBN 8085549247

HESTER, M.: Model troch planét. K porozumeniu rozporov v rámci prístupov k bezpečnosti žien a detí v kontexte násilia páchaného na ženách v párových vzťahoch. In: *Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násilie a ich deťom*. Bratislava: IPVPaR, 2015, 153s.

KARLOVSKÁ, D. – KROKAVCOVÁ, N. – KRÁLOVÁ, S.: *Bezpečný ženský dom*. Košice: FENESTRA, 2009, 54s.

KELLY, L. – DUBOIS, L.: *Combating violence against women: minimum standards for support services*. Strasbourg: Council of Europe, 2008, 65s.

KICZKOVÁ, Z. – SZAPUOVÁ, M. a kol.: *Rodové štúdiá. Súčasné diskusie, problémy a perspektívy*. Bratislava: UK, 2011, 512s. ISBN 978-80-223-2934-7

KOTTER, P.: *Vedení procesu změny: osm kroků úspěšné transformace podniku v turbulentní ekonomice*. Praha: Management Press, 2000, 192s. ISBN 80-7261-015-5.

LOGAR, R. – VARGOVÁ MARVANOVÁ, B.: *Effective Multi-agency Co-operation for Preventing and Combating Domestic Violence*. Council of Europe, 2015.

MÁLÍK HOLASOVÁ, V.: *Kvalita v sociální práci a sociálních službách*. Praha: Grada, 2014, 151s. ISBN 978-80-247-4315-8

Metodika k poskytovaniu komplexnej podpory a ochrany ženám zažívajúcim násilie a ich deťom. Bratislava: IPVPaR, 2015, 153s.

OAKLEY, A.: *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál, 2000, 171s. ISBN 80-7178-403-6

Rozvíjanie kapacít v oblasti odhadu nebezpečenstva a manažmentu bezpečia na ochranu žien ohrozených zvlášť závažnými formami násilia. Viedeň: WAVE, 2012, 142s.

PIKÁLKOVÁ, S. – PODANÁ, Z. – BURIÁNEK, J.: Ženy jako oběti partnerského násilí. Sociologická perspektiva. Praha: SLON, 2015, 162s. ISBN 978-80-7419-189-3

ZEIHAML, V. – PARASURAMAN, A. – BERRY, L.L.: *Qualitätsservice. Was Ihr Kunden erwarten – was Sie leisten müssen*. Frankfurt: Campus, 1992, 240s. ISBN 9783593344645

Spirituální senzitivita a spirituální orientace jako filosofická východiska možné transformace sociálních služeb

Spiritual sensitivity and spiritual orientation as the philosophical bases of possible transformation of social services

Jan Kaňák⁴⁴

Abstract

V předkládaném příspěvku odpovídám na otázku: *Jak různě se může dle odborné literatury odrážet v praxi různá aplikace diskursu spirituality jako filosofického východiska sociální práce v sociálních službách?* Vycházím z předpokladu, že sociální práce je v současné době diskursivně utvářena. Diskursy chápu jako struktury znalostí, které nám umožňují některé jednání a jiné nikoliv. Diskursy zároveň chápu jako určitá filosofická východiska práce v sociálních službách. Různá míra akceptace diskursu spirituality pak může vést k rozdílným způsobům transformace sociálních služeb, resp. v nich poskytované sociální práci. Na základě analýzy 74 odborných textů popisují různé intervence, které jsou považovány za adekvátní a to podle míry zapojení diskursu do sociální práce. Obecně lze říci, že pokud je diskurs spirituality vnímán jako zdroj senzitivity k duchovnímu rozměru člověka (spirituálně senzitivní sociální práce) jsou intervence zaměřeny spíše na vliv spirituality / náboženství na sociální fungování, či reflexivní životní zvládání. Pokud je chápán také jako podstata práce s klienty (spirituálně orientovaná sociální práce), pak se intervence zaměřují také na spirituální rozvoj klientů.

Clíčková slova: Spiritualita. Spirituální senzitivita. Spirituální orientace. Transformace. Sociální služby

Abstract

In my contribution, I respond to the following question: How differently, based on bibliography, can various application of the spirituality discourse as the philosophical baseline in the social work reflect in the social services? I assume that the social work is currently established by discourse. I understand the discourses as structures of knowledge that permit us some action and some don't. At the same time I understand the discourses as certain philosophical baselines for work in the social services. Different level of acceptance of the spirituality discourse may then result in different ways of transformation of the social services or the social work provided therein. Based on analysis of 74 expert texts I describe various interventions being considered adequate depending on the discourse involvement level in the social work. Generally speaking, if the spirituality discourse is perceived as a source of sensitivity to the spiritual dimension of a man (spiritual-sensitive social work), the interventions are rather focused on the impacts of the spirituality/religion on the social function or reflective life management. If understood also like a substance for work with the clients (spiritually focused social work), the intervention also focus on the spiritual development of the clients.

Keywords: Spirituality. Spiritual sensitivity. Spiritual focus. Transformation. Social services.

1. Úvod

Vycházím z předpokladu, že je v současné době sociální práce spolu-utvářena mnoha více, či méně rozdílnými diskursy. Tuto mnohost je možné vysvětlit posunem od moderní k post-moderní společnosti, ve které se ztrácí jasná stanoviska a pravdy, které je možné využít pro budování vlastních identit a jednání, neboli vlastní reflexivní plánování a zvládání. Pokud tento předpoklad platí obecně, domnívám se, že stejně tak platí pro konkrétní děláni sociální práce a pro obor jako takový. (Ferguson, 2001; Navrátil, 2014) V návaznosti na teze Badioua (2002, 2005 in Jose, 2010) lze

44 Mgr. Jan Kaňák, HTF UK v Praze, Katedra psychosociálních věd a etiky; Modré dveře, z.ú.; e-mailová adresa: honza.k@mail.muni.cz

pak tyto diskursy chápat jako součást filosofického pozadí oboru. A to pak nikoliv pomocí jejich praktické aplikace, ale základními tezemi, které jsou v diskurzech, jakožto strukturách znalostí, obsaženy (Parton, 1994, in Healy, 2005).

Předpokládám, že se na praktické podobě sociální práce podílí 14 diskursů, které mohou určovat její konkrétní děláni, ale stejně tak i předpoklady a představy, které o sociální práci mají pracovníci a klienti. Specifické postavení mezi nimi má diskurs profesionality, který je některými chápán jako samostatně stojící, jinými pak jako jakési zastřešující pojetí, na jehož konkrétním obsahu se pak podílí kombinace vícero diskursů. Jedním z diskursů (ať již by platila o diskursu profesionality první nebo druhé teze) je také diskurs spirituality a náboženství. Ten je v posledních několika desetiletích v zahraničí, a několika letech u nás, vnímán, některými, jako integrální součást sociální práce. (Kaňák, 2016, v tisku)

V tomto příspěvku se zaměřuji na diskurs spirituality a náboženství a zabývám se otázkou: *Jak různě se může dle odborné literatury odrážet v praxi různá aplikace diskursu spirituality jako filosofického východiska sociální práce v sociálních službách?* Pokud je transformace obecně vnímána jako posun od většinově aktuálně realizované praxe k možným alternativám (Curran, 2010) a pokud budu také předpokládat, v návaznosti na popis vztahu ke smrti Jiráskem a Veselským (2013), že je v současné době spiritualita spíše okrajovou záležitostí, může odpověď na výše položenou otázku nabídnout pohled na možné cesty transformace sociální práce (např. v sociálních službách).

Odpověď na položenou otázku hledám v návaznosti na zjištění ohledně současné typologie souvztažnosti profesionálního a spirituálního diskursu v sociální práci. Typologie vznikla analýzou 74 odborných článků v anglických, českých a slovenských recenzovaných publikacích a periodikách. Více o metodologickém rámci viz Kaňák (v tisku).

2. Diskurs spirituality a profesionální sociální práce

Pokud budu pro zjednodušení chápat profesionální sociální práci v návaznosti na její moderní pojetí jako jak praktickou činnost, tak vědní disciplínu, která se opírá o vědecky podložené poznatky o problematických jevech, na které má reagovat (Evetts, 2014; Musil, 2013), může se zapojování spirituality do takto uchopeného profesionálního oboru jevit jako problematické. Velmi zjednodušeně pak budu předpokládat, že cílem sociální práce je podpořit sociální fungování jedince, resp. jeho reflexivní životní zvládnání (Navrátil, 2014). Historicky se zdá, že ve vývoji sociální práce, zjednodušeně řečeno, převládalo období, které více akcentovalo modernistické pojetí profesionality a exkludovalo spiritualitu, stejně jako období, ve kterém docházelo k postupnému budování mostů mezi profesionální sociální prací a spiritualitou a náboženství jako takovým (Canda, Furman, 2010; Kaňák, 2015). Domnívám se, že spíše než o fázích, které jsou jasně oddělitelné, je možné o vzájemném vztahu obou diskursů uvažovat jako o kontinuálním vývoji, ve kterém je jeden diskurs (z obecného pohledu) více zastoupen než druhý. To ovšem neznamená, že konkrétní realizace děláni sociální práce nemůže být (i při převaze např. profesionálního diskursu) u konkrétních pracovníků realizována v souladu s diskursem spirituality.

U diskursu spirituality (a náboženství) je ovšem nezbytné (pokud chci odpovědět na výše položenou otázku) definovat, z jakého jeho pojetí vycházím. Zdá se, že současná odborná literatura rozlišuje spiritualitu tzv. sekulární (spojenou obecně s hledáním smyslu bez nutnosti víry v Boha, bohy atp.) a spiritualitu tzv. zasvěcenou (pro níž je víra v Boha, či přesažnou existenci, podstatná). Toto členění by bylo možné chápat jako členění podle vztahu (tedy ve vztahu ke komu je spiritualita definována). V soudobé literatuře lze ovšem také nalézt členění podle subjektu, který spiritualitu pro sebe definuje. Spiritualita je pak chápána buď jako tzv. emic pragmatická perspektiva, která se zaměřuje na popis spirituality konkrétního jedince (bez nutnosti zkoumat společné rysy s dalšími

lidmi, či skupinami osob), nebo jako obecná emic perspektiva (kdy jde o zkoumání spirituality u konkrétní skupiny osob – např. křesťané). Kromě toho lze také nalézt tzv. etic perspektivu, která se snaží hledat a popisovat shodné rysy různých spiritualit a následně také transperspektivní pojetí, které kombinuje výše uvedené přístupy. (Bhagwan, 2013; Canda, Furman, 2010; Furness, Gilligan, 2010; Holloway, Moss, 2010)

Pro následující teze budu vycházet z emic perspektivy tzv. zasvěcené spirituality. Diskurs spirituality budu tedy chápat jako vnášení spirituálního rozměru (do sociální práce) a to v situaci, kdy je spiritualita vnímána jako individualizovaný vztah jedince s přesažnou entitou (často Bohem, či bohy) a nikoliv pouze jako hledání smyslu jednotlivých životních událostí, či existence vůbec. Protože se zaměřuji na odbornou literaturu, budu předpokládat, že jednotliví autoři odborných článků definují spiritualitu po svém a nebudu dopředu volit některou z variant zasvěcenosti spirituality (např. křesťanskou).

Z realizovaného výzkumu (limity viz Kaňák, v tisku) jsem vyvodil, že v současné odborné literatuře je možné popsat pět typologií souvztažnosti spirituálního a profesionálního diskursu. Podle jednotlivých typů se texty zaměřují na popsání:

- Spirituálně senzitivního sociálního pracovníka (a)
- Duchovního pracovníka inspirovaného sociální prací (b)
- Spirituálně senzitivní sociální práci (c)
- Spirituálně orientovanou sociální práci (d)
- Teologii senzitivní k sociální práci (e)

První dva typy souvztažnosti popisují možné přínosy a komplikace, pokud se pracovník zakotvený v jednom diskursu více (např. v sociální práci) nechá inspirovat diskursem druhým (např. spiritualitou). Poslední zmiňovaný typ souvztažnosti se pak zabývá především sociální prací jako znamením doby a hledáním vlastní smysluplné alternativy pomoci druhým i v kontaktu se sociální prací. (Kaňák, v tisku) Já se níže v textu budu zabývat především dopadem třetího a čtvrtého typu souvztažnosti v kontextu možné transformace sociálních služeb.

3. Spirituální senzitivita a orientace

Obecně lze říci, že jak spirituálně senzitivní, tak spirituálně orientovaná sociální práce chápe spirituální rozměr jedince jako integrální součást sociální práce. Rozdíl mezi spirituální senzitivitou a orientací je v tom, že u prvně jmenované je spiritualita vnímána v kontextu reflexivního životního zvládnání jako další rozměr vedle sociálního, biologického a psychologického. Kdežto u spirituální orientace je součástí sociální práce také spirituální rozvoj jedince. Pro obě dvě uchopení spirituality je také společné, že jako zásadní považují respekt k výchozím hodnotám klientů. Spiritualita má být vnášena do sociální práce pouze tehdy, když je to v souladu s klientovým přesvědčením a očekáváním. Stejně tak je podstatné, aby byli pracovníci schopni reflektovat vlastní spiritualitu a věnovat se zkoumání vlivu vlastní spirituality na spolupráci s klienty. (Kaňák, v tisku)

3.1 Spirituální senzitivita

V kontextu spirituální senzitivity v sociální práci je na spiritualitu nahlíženo jako na další rozměr lidské existence vedle aspektů bio-psycho-sociálních. Duchovní rozměr jedince je vztahován k cíli sociální práce a to podpořit reflexivní životní zvládnání, či sociální fungování. Obecně by bylo možné říci, že spiritualita pak není, při děláni sociální práce, žitá (alespoň v kontaktu s klienty),

ale je spíše zkoumána a to s ohledem na to životní situaci klienta. Intervence jako modlení se s klienty, či za klienty, jsou vnímány jako neprofesionální. (Kaňák, v tisku) Pokud bychom spolupráci s klienty rozčlenili volně dle Tolsonové, Rieda a Garvina (2003) na fázi přípravnou, f. posouzení životní situace a domlouvání spolupráce, f. vzájemné spolupráce a f. ukončování, bylo by možné intervence, které vycházejí z analyzovaných textů (Kaňák, v tisku) popsat následujícím způsobem.

V přípravné fázi by její podstatnou součástí byla sebe-reflexe pracovníka co do jeho vlastního uchopení spirituality a vztahu ke spiritualitám ostatním. Pracovníci by se měli zabývat otázkami po tom, jak jejich pojetí spirituality ovlivňuje jejich vnímání sociální práce a životní situace různých klientů a klientek. Stejně tak by měli, či mohli, věnovat pozornost výzkumům, které se zaměřují na korelaci spirituality a životní spokojenosti, či copingu. (Kaňák, v tisku)

Ve fázi posouzení životní situace a domlouvání spolupráce by se pak, krom jiného, měli pracovníci zaměřit také na to, do jaké míry a jak pojatá spiritualita je podstatná pro klienta, jeho život a posuzovanou životní situaci. Využívat, dle potřeby, různé formy spirituálního assessmentu. Kontraktovat s klienty, do jaké míry a jak je vnášení spirituality podstatné pro poskytování sociálních služeb. Ověřovat, které aspekty spirituality klienta podporují jeho reflexivní životní plánování a zvládání a které je naopak komplikují. Zvažovat spolu s klienty, jaká různá očekávání plynou z jeho spirituality směrem k jeho chování (a to včetně očekávání, která mohou vyplývat z aktivní participace v náboženských skupinách, komunitách, církvích od duchovních a členů sborů). V kontextu krizových stavů pak také umět rozlišit, zda klienti popisují spíše fenomény psychospirituální krize, nebo zda se jedná spíše o psychotické fenomény a podle toho odkazovat klienty a klientky ke specialistům na jednotlivá témata. (Kaňák, v tisku)

Pro fázi vzájemné spolupráce je možné z textů, jejichž typ souvztažnosti by bylo možné označit jako spirituální senzitivita nalézt pak doporučení, aby kromě zacílení na domluvené kontrakty (které mají být zaměřeny na podporu sociálního fungování a nikoliv spirituálního růstu), domlouvání kroků o vzájemné spolupráci, pracovníci také podporovali klienty v kontaktu s odborníky na duchovní témata (pastor, kněz), doporučovali, pokud je to vhodné pro klienty, četbu duchovních textů. Stejně tak lze využívat duchovních textů (např. ze Starého zákona) jako podkladu pro promýšlení, co nového o životní situaci tyto texty klientům a klientkám říkají. Při hodnocení vhodnosti a možnosti kroků a řešení zvažovat také spirituální rozměr, hodnoty a potřeby. A také podporovat klienty v hledání takových spirituálních aktivit, které jim pomohou reflexivně životně zvládat – v tomto ohledu se doporučuje využívat také studie, které jsou postavené na důkazech založené praxe. (Kaňák, v tisku)

Pro fázi ukončování nenabízejí texty, které jsem analyzoval, konkrétní vodítka, lze ale vyvodit, že stejně jak se hodnotí proces vzájemné spolupráce a míra dosažení cílů, na kterých se klienti s pracovníky domluvili, lze také hodnotit do jaké míry se na dosažení či nedosažení podílela spiritualita. Zda vnášení spirituality spolupráci spíše usnadňovalo, či nikoliv, či nemělo vliv. Či, co nového se klient o vlivu spirituality na životní zvládání při vzájemné spolupráci, objevil. Případně také, jaké kroky a postupy byly ohledně vlivu spirituality na zvládnutí potíží klienta učiněny.

3.2 *Spirituální orientace*

Podstatným rozdílem mezi spirituální senzitivitou a orientací je v tom, že u prvně jmenované jde především o posouzení a následnou aplikaci „*spirituálních vzorců zvládání a adaptace*“ (Canada, Furman, 2010: 85) u druhé je cílem také spirituální transformace klientů a to s očekáváním podpory rozvoje jejich celistvosti (Derezotes, 2006). Zatímco spirituální senzitivita předpokládá, že pro někoho nemusí být spirituální rozměr podstatný (či zatím podstatný), spirituální orientace ve své podstatě považuje spiritualitu za integrální součást lidské existence a její rozvoj za nutný

pro kvalitní život a fungování. Některými autory odborných textů jsou pak postupy práce, který ze spirituální orientace vycházejí, označovány jako IMBS (integrative mind-body-spirit) praxe – tedy praxe, která se snaží o propojení mysli, těla a duše / ducha. Pracovníci jsou ale oprávněni níže uvedené postupy práce realizovat (dle doporučení analyzovaných textů) pouze v takovém případě, že jsou sami vycvičeni ve spirituálních intervencích. Společným etickým vodítkem intervencí je pak to, že mají být vyžádány, či odsouhlaseny klienty (v případě, že je pracovníci nabízejí jako jednu z možností zaměření spolupráce). (Kaňák, v tisku)

V přípravné fázi a ostatně v kontextu celé práce a profesního rozvoje by pracovníci, kteří vycházejí ze spirituální orientace, měli usilovat o vlastní spirituální růst. Ve fázi posouzení životní situace a domlouvání spolupráce by se v kontextu spirituálního rozměru klienta měli pracovníci zaměřovat na jeho posouzení, posouzení spirituálních potřeb, vzájemnou domluvu o možnostech zapojení spirituality do společné práce a v případě potřeby také domluvat možnost sebe-sdílení (či jinak řečeno sebe-odhalení, self-disclosure) pracovníků. (Kaňák, v tisku)

Pro fázi vzájemné spolupráce je v kontextu spirituální orientace doporučováno modlit se s klienty a za klienty (s jejich vědomím), podporovat klienty v meditační a jiné duchovní praxi, která bude podporovat jejich spirituální rozvoj. Stejně tak mohou pracovníci podporovat klienty v uvědomování jejich spirituálních potřeb, hledat možné cesty jejich naplnění a podporovat při naplňování klienty. Pracovníci mohou klienty podporovat v transpersonálním růstu, podporovat jejich vlastní uvědomění si těla a to i skrze spirituální, či duchovní rituály. Mohou s klienty spolupracovat na možnosti odpuštění ostatním, podporovat rozvoj kognitivních dovedností a schopností, kterou jsou potřebné pro zvažování spirituálního rozměru, či podporovat kontakt se Zemí v kontextu eco-spirituality. (Kaňák, v tisku)

Pro fázi ukončování nejsou ani v kontextu spirituální orientace stanovena jasná vodítka (alespoň v analyzovaných textech). Domnívám se, že lze využít postupů, které jsem nastínil výše u spirituální senzitivity v podstatě s tou modifikací, že se ve spirituální orientaci zdá rozvoj spirituálního já (religiózního self) jako jeden z cílů sociální práce. Mimo přímou individualizovanou práci s klienty je pak také v kontextu spirituální orientace doporučováno pracovníkům, aby se zapojovali do komunit, kde pracují s cílem a tendencí podpořit spirituální a duchovní růst, samozřejmě za předpokladu, že je to domluvená zakázka komunity (Derezotes, 2006).

4. Závěr

V předloženém příspěvku jsem se zabýval otázkou: *Jak různě se může dle odborné literatury odrážet v praxi různá aplikace diskursu spirituality jako filosofického východiska sociální práce v sociálních službách?* Pokud bych předpokládal, že se přístup postavený na vědeckém uchopení profesionality projevuje vědomým, či ne zcela uvědomovaným opomíjením spirituálního rozměru klientů, pak by spirituální senzitivita vedla k rozšíření intervencí směrem k mapování spirituality a jejího vlivu na sociální fungování, resp. reflexivní životní zvládnání. Spirituální orientace by pak intervence rozšiřovala i o možnost aktivní participace na spirituálním růstu a naplňování spirituálních potřeb a to do míry, do jaké jsou pro tyto aktivity pracovníci vzděláni. Výše uvedené ne zcela uvědomované opomíjení může být dáno historií postavení spirituality v sociální práci, kdy byla tato vylučována ze sociální práce z důvodu její nevědeckosti (Kaňák, 2015).

Poděkování

Rád bych poděkoval Liborovi Musilovi a Pavlovi Navrátilovi (abecedně seřazeni) za diskuse k článku (a obecně tématu), jehož výstupy jsou zde uvedeny. Stejně tak děkuji oběma recenzentům a editorovi čísla za připomínky k obsahu a formě zmíněného článku.

Reference

- BHAGWAN, Raisuyah. Spirituality in Social Work in South Africa. *International Social Work*, 2013, roč. 56, č. 3, s. 276–289. ISSN 0020-8728.
- CANDA, Edward R., FURMAN, Leola Dyrud. *Spiritual Diversity in Social Work Practice*. NY: Oxford University Press, 2010. ISBN: 9780195372793.
- DEREZOTES, David S. 2006. *Spiritually Oriented Social Work Practice*. Boston: Allyn & Beacon. ISBN 978-0205420407.
- EVETTS, Julia. The Concept of Professionalism. In: BILLET, S., HARTIES, CH., GRUBER, H. *International Handbook of Research in Professional and Practice-based Learning*. New York: Springer, 2014, s. 29–56. ISBN 978-94-017-8902-8.
- FERGUSON, Harry. 2001. Social Work, Individualization and Life politics. *British Journal of Social Work*, 2001, roč. 31, č. 1, s. 41–55. ISSN 0045-3102.
- FURNESS, Sheila., GILLIGAN, Philip. *Religion, Belief and Social Work*. Bristol: Policy Press, 2010. ISBN 9781861349811.
- HEALY, Karen. *Social Work Theories in Context*. London: Palgrave Macmillan, 2005. ISBN 1-4039-1622-5.
- HOLLOWAY, Margaret, MOSS, Bernard. *Spirituality and Social Work*. NY: Palgrave Macmillan, 2010. ISBN 9780230219243.
- JIRÁSEK, Ivo, VESELSKÝ, Pavel. The Understanding of Death in Social Work in the Czech Republic during the Socialist Era and in the Era of Consumerism through Heidegger's Authenticity. *British Journal of Social Work*, 2013, Advance Access published February 18, s. 1–17. ISSN 0045-3102.
- JOSE, Jim. Rethinking social work ethics. *Int J Soc Welfare*, 2010, roč. 19, č. 2., s. 246–252. ISSN 1369-6866.
- KAŇÁK, Jan. Nedefinovaná profesionalita: Vztah diskursů spirituality a profesionality v sociální práci v soudobé odborné literatuře. *Sociální práce / Sociálna práca*, v tisku, roč. 16, č. 5. ISSN 1213-6204.
- KAŇÁK, Jan. Diskursivní paleta sociální práce. In ŠTECH, O., PATYI, P., TRUHLÁŘOVÁ, Z. *Sociální práce v nejisté době*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2016. s. 23–29. ISBN 978-80-7435-648-3.
- KAŇÁK, Jan. Postavení diskursu spirituality v sociální práci. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2015, roč. 15, č. 4, s. 30–46. ISSN 1213-6204.
- MUSIL, Libor. Challenges of Postmodern Institutionalization for Education in Social Work. In MATULAYOVÁ, T., MUSIL, L. *Social Work, Education and Postmodernity*. Liberec: Technická univerzita Liberec, 2013, s. 10–72. ISBN 978-80-7372-032-3.
- NAVRÁTIL, Pavel. 2014. Postmodernita v životní situaci. In NAVRÁTIL, P. *Reflexivní posouzení v sociální práci s rodinami*. Brno: MUNI, 2014, s. 48–90. ISBN 978-80-210-7505-4.
- TOLSON, Eleanor R., REID, William J., GARVIN, Charles, D. *Generalist Practice*. NY: Columbia University Press, 2003. ISBN 0-231-12182-2.

Proč stále není v České republice naplňováno právo všech dětí se zdravotním postižením na rodinný život.

Why is the right of all children with disability to family life still not upheld in the Czech Republic.

Jan Klusáček⁴⁵, Jindřich Racek⁴⁶

Abstract

Príspevok sa venuje tématu práva detí se zdravotním postižením na rodinný život. Většina dětí se zdravotním postižením, včetně těch s jeho těžkými formami, již v České republice vyrůstá v rodině. Cílem příspěvku je vysvětlit, v čem je v případě dětí se zdravotním postižením ochrana jejich práva na rodinný život stále nedostatečná. Příspěvek vychází ze zkušeností Lumos z podpory deinstitucionalizace dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením. Ukázalo se, že platná legislativa má slabé místo spočívající v tom, že je možné dlouhodobé umístění dětí do domovů pro osoby se zdravotním postižením na základě smlouvy se zákonným zástupcem. Dalším problémem je přístup orgánů sociálně-právní ochrany dětí, které často nejednají, tak jak by měly, tedy v zájmu ochrany práva dětí s postižením na to vyrůstat v rodině. Naplňování práva dětí na rodinný život také ohrožuje nastavení finanční podpory sociálních služeb, díky níž je pro rodiče stále nejlevnější variantou ústavní péče.

Klíčová slova: Děti s postižením. Ústavní péče. Deinstitucionalizace. Rodinná péče. Legislativa. Ochrana dětí.

Abstract

The contribution themes to the rights of disabled children for their family life. Most disabled children, including those with severe forms of disability, have already been living in the Czech Republic in their families. The contribution aims at explaining where there are still drawbacks in the protection of right of the disabled children for family life. The contribution is based on experience of Lumos in support of the deinstitutionalization of children in homes for disabled children. It was shown that the legislation has a bottleneck consisting in that long-term placement of children to the homes for disabled children is possible based on an agreement with a legal representative. Another problem is approach of the bodies of the social and legal protection of children, which sometimes do not act as they should, i. e. in the best interest of protection of the right of disabled children to live in their families. The configuration of the financial support of the social services, which makes the institutional care the cheapest option available, threatens claiming of the right of children for their family life.

Keywords: Disabled children. Institutional care. Deinstitutionalization. Family care. Legislation. Protection of children.

45 Lumos, Katedra veřejné a sociální politiky FSV UK; e-mailová adresa: jan.klusacek@wearelumos.org; Tel.: +420-721-141-871

46 Lumos; e-mailová adresa: jindrich.racek@wearelumos.org; Tel.: +420-777-580-587

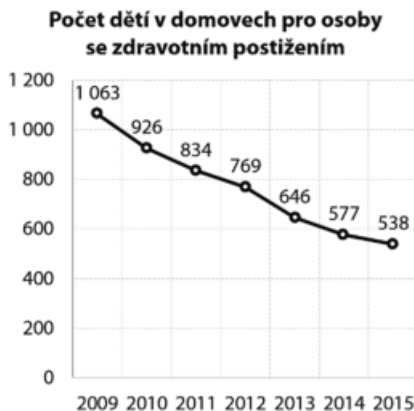
Úvod

Řada zahraničních i českých výzkumů a analýz poukazuje na to, že děti se zdravotním postižením vyrůstající v ústavní péči jsou velmi zranitelnou skupinou dětí, která čelí vysokému riziku zanedbávání nebo zneužívání, na čemž se podílí omezené možnosti dětí se zdravotním postižením se zanedbávání či zneužívání bránit (Sullivan, 1991). U dětí s těžšími formami postižení, které nekomunikují verbálně, je to prakticky nemožné.

Riziko zanedbávání a zneužívání dětí s postižením v ústavní péči, včetně sexuálního zneužívání, zvyšuje praxe časté a silné medikace lidí s postižením (Balogh 2001) a vysoká kapacita zařízení, kdy na jednoho pracovníka připadá pět někdy až deset klientů. V České republice nadto přetrvává praxe umístování dětí se zdravotním postižením do ústavů společně s dospělými. To může být zdrojem dalšího ohrožení dětí, i když bydlí v oddělených pokojích či odděleních. V roce 2009 navštívil ombudsman dvacet pět domovů pro osoby se zdravotním postižením, ve kterých vyrůstají i děti, a jeho zpráva na výše zmíněná rizika poukazuje (Veřejný ochránce práv, 2010).

Počet dětí se zdravotním postižením v ústavní péči v České republice však naštěstí v posledních letech výrazně klesá. Za pouhých pět let se počet dětí s postižením v domovech pro osoby se zdravotním postižením (DOZP) snížil téměř na polovinu – aktuálně jich je tam něco přes 500. V roce 2015 bylo v DOZP pouze 72 dětí do 7 let.⁴⁷

Obr. č. 1: Počet dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením



Zdroj: vlastní zpracování na základě dat MPSV

Jedním z důvodů byl rozvoj komunitních podpůrných služeb pro rodiny s dětmi se zdravotním postižením. Rodinám pomáhají s péčí o dítě sociální služby, jako je raná péče, která poskytuje komplexní podporu rodinám s dětmi do sedmi let věku terénní formou, osobní asistence, odlehčovací služby, nebo denní a týdenní stacionáře. Po celé ČR již působí desítky těchto služeb, ačkoli síť není zdaleka dokonalá a dostupnost v některých regionech špatná.⁴⁸

⁴⁷ Informace poskytnutá MPSV na žádost.

⁴⁸ Viz Registr poskytovatelů sociálních služeb. [online] [cit. 14.6.2016] Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz>.

Velkou roli hraje také příspěvek na péči, který mohou rodiny využít na úhradu výše uvedených podpůrných služeb, nebo jim umožňuje, aby jeden člen rodiny zůstal doma a věnoval se péči o dítě.

V České republice již tak nyní vyrůstá v rodině přibližně 90 % z dětí s nejtěžším postižením (ve stupni IV). Příjemců příspěvku na péči ve čtvrtém stupni je necelých pět tisíc dětí do 18 let (MPSV, 2014: 141). V domovech pro osoby se zdravotním postižením jich vyrůstá pouze pět set, jak bylo uvedeno výše, několik set jich vyrůstá v pěstounské péči,⁴⁹ více než 4 tisíce ve svých biologických rodinách.

Sociální politika státu více podpořila rodiny, které chtějí pečovat o dítě se zdravotním postižením než v dobách minulých. Výsledkem je lepší prospěch a rozvoj dětí, které žijí doma v přirozeném prostředí.

Cíle příspěvku

I přes uvedené úspěchy však práva dětí se zdravotním postižením stále nejsou v České republice chráněna tak, jak by měla být. Cílem tohoto příspěvku je vysvětlit, v čem je v případě dětí se zdravotním postižením ochrana jejich práva na rodinný život stále nedostatečná. Nejprve se budeme věnovat slabým místům platné legislativy, následně problémům v realizaci zákonných povinností ze strany subjektů, které by měly chránit práva dětí, konečně v krátkosti nastavení finanční podpory sociálních služeb, která ohrožuje naplňování práva dětí na rodinný život.

Metodologie a zdroje dat

Příspěvek vychází ze základního hodnotového východiska, že děti se zdravotním postižením mají stejné právo na rodinný život jako ostatní děti. Touto optikou je provedena analýza platné legislativy, praxe orgánů sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) i nastavení finanční podpory sociálních služeb. Příspěvek vychází z provedených analýz a dostupných statistických dat. Analýza praxe OSPOD je primárně založena na zkušenostech organizace Lumos s podporou dětí pobývajících v DOZP.

1. Nedostatečná ochrana práva dětí se zdravotním postižením na rodinný život na straně legislativy

Dle uskutečněných analýz (Kuchařová a kol., 2010) příjmů dětí do domovů pro osoby se zdravotním postižením, je v průměru přibližně polovina z dětí umístěných v těchto zařízeních umístěna na základě dohody mezi rodiči a zařízením a pouze polovina z dětí je umístěna na základě rozhodnutí soudu o nařízení ústavního výchovy nebo předběžného opatření. To, že mohou rodiče legálně odložit dítě do DOZP a nechat jej v něm vyrůstat pouze na základě dohody se zařízením, je jednou z hlavních příčin nedostatečné ochrany práva dětí se zdravotním postižením na rodinný život.

Standardní proces v rámci sociálně-právní ochrany dětí vypadá tak, že rodina vejde ve spolupráci s OSPOD, ten propojuje rodinu s podpůrnými službami, pokud je to třeba provádí komplexní vyhodnocování potřeb dítěte a situace rodiny,⁵⁰ zpracovává písemný individuální plán ochrany dítěte

49 Zde nemáme k dispozici přesný údaj, eviduje se pouze počet dětí s postižením v pěstounské péči bez uvedení stupně postižení. Celkem bylo 551 dětí se zdravotním postižením v pěstounské péči či poručnictví s osobní péčí poručníka k 31.12.2015 (viz Výkaz o výkonu sociálně právní ochrany dětí. [online] 2015. [cit. 14.9.2016]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/25789/SUM_-_Ceska_republika.xls.

50 K tomu viz § 10 odst. 3 písm. c) zákona o sociálně-právní ochraně dětí ve spojení s § 1 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 473/2012 Sb.

te⁵¹ (náležitosti obojího stanovuje vyhláška zákona o SPOD). Výsledkem může být to, že je rodina seznámena a navázána na podpůrné služby pro rodiny s dětmi s postižením, jako jsou například osobní asistence, denní a týdenní stacionář, raná péče, odlehčovací služby a další služby tak, aby dítě mohlo zůstat ve své rodině. Pokud bude umístění mimo rodinu i tak nezbytné, před tím než navrhne umístění mimo rodinu, má OSPOD povinnost uspořádat případovou konferenci za účasti dalších odborníků (ledaže by to bylo zjevně bezúčelné). Občanský zákoník i zákon o SPOD stanovují, že prioritně mají být uplatňována opatření směřující k setrvání dítěte v rodině, pokud toto není možné, tak umístění v náhradní rodinné péči a až jako poslední možnost umístění v ústavní péči.⁵² Naproti tomu v případě smluvního pobytu dítěte v DOZP nemusí dojít ani ke snaze podpořit setrvání dítěte v původní rodině, ani snaze najít umístění v náhradní rodinné péči. Existence smluvních pobytů umožňuje, aby ústavní péče nebyla poslední možností po vyčerpání všech alternativ, ale naopak první možností.

Kdyby byl v případech všech dětí před přijetím do DOZP uplatněn standardní proces v rámci SPOD, jak byl popsán výše, jistě to nezaručí dětem s postižením, že budou vyrůstat ve své nebo náhradní rodině. Některé by určitě i tak skončily v ústavu. Avšak dává dětem s postižením vyšší šanci na rodinný život. Dostupná evidence navíc naznačuje, že část dětí umístěvaných do DOZP na základě dohody s rodiči by v případě poskytnutí podpory rodině mohla v rodině zůstat. 80 % z dětí umístěných rodiči do zařízení má jeden až dva sourozence, o které rodiče zvládají pečovat (Kuchařová a kol., 2010). Vyhodnocení potřeb všech dětí v domovech pro osoby se zdravotním v jedním kraji v roce 2014 ukázalo, že do ústavů skutečně bylo i v posledních letech umístěno několik dětí na základě dohody s rodiči, aniž by byla rodinám nabídnuta podpora. V některých případech by tak nejspíš vůbec nemuselo dojít k umístění dítěte do ústavu, kdyby byla rodině poskytnuta podpora formou komunitních služeb.⁵³ Rovněž bylo zjištěno, že v ústavech je dlouhodobě umístěno několik dětí na základě dohody s rodiči, pro které již dlouho mohly být vyhledávány náhradní rodiče, kdyby byly umístěny na základě nařízení ústavní výchovy.

Zákon o SPOD poskytuje dětem umístěným v ústavní péči na základě smlouvy jistou ochranu, jelikož podle § 6 tohoto zákona se sociálně-právní ochrana zaměřuje i na děti, které pobývají na základě žádosti rodičů déle než 6 měsíců v zařízeních zajišťujících nepřetržitou péči. V případě dětí žijících déle než 6 měsíců na základě smlouvy v DOZP by tedy teoreticky měl OSPOD uplatnit všechna relevantní opatření v sociálně-právní ochraně dětí včetně komplexního vyhodnocení, individuálního plánu ochrany dítěte či návrhu na umístění do náhradní rodiny, pokud taková je. Zkušenosti Lumos z DOZP, kde pobývají děti, bohužel ukazují, že OSPOD svoje povinnosti v případech dětí pobývajících na základě smlouvy často neplní. Často se o dětech vůbec nedozví (zde lze potom hovořit o pochybení zařízení), ale i když o nich ví, nejednají (viz níže). Uvedené ustanovení však z podstaty nemůže zajistit dětem s postižením takovou ochranu, jaká by platila, kdyby bylo možné umísťovat do DOZP pouze na základě rozhodnutí soudu. Jedním ze základních principů sociální práce s rodinou v takových případech je to, že s rodinami, jejichž dítě je umístěno mimo rodinu, je třeba začít pracovat na návratu co nejdříve proto, aby byl reálný. Stávající právní úprava, která *de facto* stanovuje jako začátek práce s rodinou až šest měsíců po umístění dítěte do ústavu, je v tomto ohledu neúčinná a snižuje šance dětí se zdravotním postižením na život v jejich rodině. Umístěním dítěte do ústavu si rodina kromě „oddechnutí“ také odvykne na život s dítětem se zdravotním postižením a čím déle trvá pobyt dítěte v ústavu, tím těžší a méně reálný je návrat domů.

51 K tomu viz § 10 odst. 3 písm. d) a e) zákona o sociálně-právní ochraně dětí ve spojení s § 2 vyhlášky Ministerstva práce a sociálních věcí č. 473/2012 Sb.

52 K tomu viz § 971 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.

53 Jedná se o informaci z interního nepublikovaného materiálu: Vhodné služby a umístění pro děti pobývající v domovech pro osoby se zdravotním postižením v Pardubickém kraji. Závěrečná zpráva z vyhodnocení potřeb dětí. Lumos pro Sociální odbor nejmenovaného kraje. 2015.

Nadto v případě smluvních pobytů absentuje ochrana práva dětí na rodinný život souvisejících s tím, že Občanský zákoník i zákon o SPOD upravují řadu opatření, která by měla v případě nařízení ústavní výchovy směřovat k zajištění zásady subsidiarity ústavní péče z hlediska délky jejího trvání, především povinnost soudu minimálně jednou za šest měsíců přezkoumat, zda trvají důvody pro nařízení tohoto opatření nebo zda není možné zajistit dítěti náhradní rodinnou péči podle § 973 občanského zákoníku a povinnost orgánu sociálně-právní ochrany dětí poskytnout rodiči nebo jiné osobě odpovědné za výchovu pomoc po umístění dítěte do ústavního zařízení podle § 12 odst. 2 zákona o sociálně-právní ochraně dětí.

Konečně také stojí za pozornost, že platná právní úprava, která umožňuje smluvní pobyty dětí v DOZP, je v rozporu s mezinárodními závazky České republiky. Z Úmluvy o právech dítěte, jakož i Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením i Evropské sociální charty,⁵⁴ jednoznačně vyplývá, že i ve vztahu k dětem se zdravotním postižením by jejich institucionalizace měla být až **krajním prostředkem**, plně v souladu se zásadou **subsidiarity ústavní péče**. **Stávající právní úprava v žádném případě není účinným a odpovídajícím opatřením, které by usnadňovalo plné začlenění a zapojení dětí se zdravotním postižením do společnosti**, jak to od České republiky vyžaduje Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. (Článek 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením stanoví, že:)

2. Upozadování práva na rodinný život dětí se zdravotním postižením ze strany ústavů i OSPOD

Pokud by legislativa neumožňovala smluvní pobyty dětí v domovech pro osoby se zdravotním postižením, jistě by se tím zvýšila jejich šance na to, že budou vyrůstat v rodině, jak bylo vysvětleno výše. Právo dětí se zdravotním postižením na rodinný život by však pravděpodobně i tak nebylo naplňováno. Proč? To se pokusíme vysvětlit na příkladu následující kazuistiky:

Monika (jméno je změněno) roky žila v domově pro osoby se zdravotním postižením na základě smlouvy se zákonnými zástupci. S rodiči vůbec nebyla v kontaktu, pravidelně však jezdila na návštěvy za prarodiči. Komplexní vyhodnocení potřeb Moniky provedené Lumos ukázalo, že by pro ni bylo dobré, aby vyrůstala v náhradní rodině. Byla na tom lépe než většina ostatních dětí v ústavu, její potřeby nebyly v ústavu naplňovány. Kraji se dokonce podařilo nalézt pěstounskou rodinu, která měla zájem Moniku převzít do péče. Pracovníci zařízení však odmítali možnosti umístění Moniky do náhradní rodiny vzhledem k jejímu kontaktu s prarodiči. Nenechali se přesvědčit o tom, že kontakt s prarodiči je možné udržovat, i když bude Monika v pěstounské rodině. Zařízení tak povzbuzovalo prarodiče v odmítavém stanovisku k náhradní rodinné péči. OSPOD, který byl kontaktován, aby v této věci jednal a podal návrh soudu na umístění Moniky do pěstounské péče, odmítl konat (ačkoli podle § 6 Zákona o SPOD měl povinnost jednat – viz výše), protože nechtěl jít do konfliktu s prarodiči. Nechtěl něco takového „udělat“ prarodičům, kteří svěřeni Moniky do péče pěstounů odmítali. Primárním hlediskem jednání ústavu i OSPOD byly pocity prarodičů, které nechtěl zranit, nikoli potřeby a zájem dítěte.

Nebyl to jediný případ, kdy jsme se v Lumos setkali s přístupem, který upozaduje právo dětí se zdravotním postižením na rodinný život. Pokud se najdou pěstouni, kteří mají zájem vzít do péče dítě bez zdravotního postižení pobývající v dětském domově, OSPOD tomu nebrání (i když je biologická rodina v kontaktu s dítětem). V případě dětí se zdravotním postižením, kdy udržuje rodina kontakt s dítětem, nicméně vnímá OSPOD situaci tak, že nemůže rodině dítě „vzít“ tím, že

54 Pro vysvětlení viz Information Document prepared by the Secretariat of the ESC. [online] [cit. 14.9.2016], s. 8. Dostupný z http://www.coe.int/T/DGHL/Monitoring/SocialCharter/Theme %20factsheets/FactsheetChildren_en.pdf

ho umístí do pěstounské péče. Chápe situaci tak, že rodina má o dítě zájem, jen nemá kvůli jeho postižení kapacitu o něj pečovat, takže si „nezaslouží“, aby jí bylo „odňato“. Práva a potřeby dětí jsou odsunuty na vedlejší kolej v zájmu toho, aby se dobře cítili dospělí. Zároveň jde o jednání, které je diskriminující ve vztahu k dětem se zdravotním postižením.

To, že byla Monika umístěna v DOZP na základě smlouvy se zákonnými zástupci, mělo vliv na to, že bylo vypracováno první vyhodnocení jejich potřeb a individuální plán ochrany dítěte až v jejich deseti letech, roky po tom, co byla umístěna do ústavu. Avšak vzhledem k tomu, že OSPOD uplatňují popsany přístup, který staví na první místo pocitu rodičů, nehledě na první titul, na základě kterého dítě v zařízení pobývá, není pravděpodobné, že by byla Monika do péče pěstounů svěřena, i kdyby pobývala v DOZP na základě nařízení ústavní výchovy.

Jedná se o problém, kdy implementující subjekty (v tomto případě OSPOD) nejednají tak, jak by dle zákona v zájmu dětí měly. Nástrojem veřejné politiky, který toto může ovlivnit, je vzdělávání. Zároveň tam, kde vzdělávání ke změně stojí a jednání nevede, přichází na řadu standardy, kontrola a inspekce. Je velkým úspěchem, že se v České republice podařilo zavést systém standardů a inspekci OSPOD (jako jediné úřední činnosti). Avšak k tomu, abychom měli systém, který zajišťuje účinnou kontrolu práce OSPOD musíme ujit ještě značný kus cesty. Aktuálně pouze OSPOD dle standardů zpracovávají postupy své práce, které jsou inspektovány, jednání OSPOD v jednotlivých případech není kontrolováno, omezený vliv na práci OSPOD na obcích s rozšířenou působností mají krajské OSPOD a MPSV jako nadřízené orgány.

3. Bohatší finanční podpora ústavní péče ze strany veřejného sektoru oproti alternativám v komunitě

Na naplňování práva dětí se zdravotním postižením na rodinný život v České republice má také vliv to, že veřejný sektor poskytuje bohatší finanční podporu ústavní péči než jejím alternativám v komunitě. V tomto příspěvku není dostatek prostoru věnovat se této problematice do hloubky, realita je nicméně taková, že DOZP jsou příjemci v přepočtu na jednoho klienta výrazně vyšší finanční podpory ze strany krajů než denní a týdenní stacionáře, či osobní asistence. Vyšší finanční podpora je do určité míry pochopitelná vzhledem k tomu, že jednotkové náklady ústavní péče jsou vždy vyšší než v případě jejich alternativ v komunitě. Nicméně podpora ústavní péče je tak vysoká, že si DOZP mohou dovolit účtovat za péči o děti jim svěřené jen minimální, nebo dokonce žádné poplatky (nad rámec příspěvku na péči).

Zaznamenali jsme případy, kdy dokonce i v případě smluvních pobytů si mohly DOZP dovolit neúčtovat za nepřetržitou péči rodičům nic nad příspěvek na péči, nebo velmi nízké částky pohybující se kolem dvou tisíc korun měsíčně.⁵⁵ Z hlediska rodiče se tak paradoxně stává DOZP, které má ze všech typů služeb nejvyšší jednotkové náklady, nejlevnější variantou, jak zajistit péči o své dítě. Další náklady pro rodinu nad rámec příspěvek na péči jsou vyšší v případě využití alternativ ústavní péče, jako jsou denní a týdenní stacionáře či osobní asistence. Aktuální nastavení finanční podpory sociálních služeb tedy ohrožuje právo dětí se zdravotním postižením na rodinný život, protože vytváří finanční pobídky pro jejich rodiče, aby děti umístili do ústavní péče.

55 Viz např. <http://www.dss.cz/images/uhradovnik/uhradovnik.pdf>

Závěry a doporučení

Česká republika ušla značný kus cesty k tomu, aby byla naplňována práva dětí se zdravotním postižením na rodinný život. Díky zavedení příspěvku na péči a rozvoji alternativ ústavní péče v komunitě již přibližně 90 % dětí s nejtěžším stupněm zdravotního postižení vyrůstá ve své nebo náhradní rodině.

I přesto je stále na čem pracovat. Možnost umístit děti do DOZP na základě smlouvy se zákonným zástupcem, vede k tomu, že ústavní péče díky tomu může být první volbou a může dojít k obejití všech mechanismů zajišťujících ochranu práva dětí se zdravotním postižením na rodinný život. Jedná se o neodůvodněnou diskriminaci dětí s postižením. Pobyt v DOZP by měl být možný pouze na základě soudního rozhodnutí jak je tomu u dětských domovů.

Zároveň však bohužel také platí to, že OSPOD nedostatečně hájí právo dětí se zdravotním postižením vyrůstá v rodině nehladě na právní titul, na základě kterého pobývají v DOZP. Zejména je problémem to, že OSPOD nenapomáhají nebo dokonce brání tomu, aby se děti s postižením dostaly do náhradní rodinné péče. V této oblasti je potřeba zajistit intenzivnější vzdělávání, ale i dostatečnou kontrolu a inspekci práce OSPOD.

Dále je právo dětí s postižením na rodinný život ohrožováno nastavením finanční podpory sociálních služeb. Podpora DOZP je ve srovnání s alternativami v komunitě tak velká že si DOZP mohou dovolit účtovat rodičům velmi nízké úhrady. Umístění do ústavu je tak pro rodiny levnější než využívání denních a týdenních stacionářů či osobní asistence. Finanční podpora a regulace týkající se úhrad by měly být přenastaveny tak, aby bylo DOZP pro rodiče minimálně stejně nákladné jako alternativy v komunitě. Zároveň je neustále potřeba pracovat na rozvoji sítě komunitních služeb pro rodiny s dětmi s postižením tak, aby byly služby dostupné geograficky i finančně všem rodinám.

Reference

BALOGH, Richard., et al. Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, roč. 2001, č. 45.3, s. 194–201.

INFORMATION DOCUMENT PREPARED BY THE SECRETARIAT OF THE ESC. [online] [cit. 14.9.2016], s. 8. Dostupný z http://www.coe.int/T/DGHL/Monitoring/SocialCharter/Theme_%20factsheets/FactsheetChildren_en.pdf

KUCHAROVÁ, Věra a kol. *Zhodnocení a optimalizace řízení systému sociálně-právní ochrany (ohrožených) dětí a rodin ve vybraných regionech*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2010.

MPSV. *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí. 2014*: Praha: MPSV, 2015. ISBN 978-80-7421-104-1.

REGISTR POSKYTOVATELŮ SOCIÁLNÍCH SLUŽEB. [online] [cit. 14.6.2016] Dostupné z: <http://iregistr.mpsv.cz>.

SULLIVAN, Patricia M., et al. Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. *Annals of Otology, Rhinology & Laryngology*, roč. 1991, č. 100.3, s. 188–194.

VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. *Zpráva z návštěv domovů pro osoby se zdravotním postižením*. [online] 2010 [cit. 14.9.2016] Dostupné z: http://www.ochrance.cz/fileadmin/user_upload/ochrana_osob/2009/SZ_zarizeni_pro_osoby_s_mentalnim_postizenim.doc

VÝKAZ O VÝKONU SOCIÁLNĚ PRÁVNÍ OCHRANY DĚTÍ. [online] 2015. [cit. 14.9.2016]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/25789/SUM_-_Ceska_republika.xls.

Představy o budoucí profesní identitě sociálního pracovníka očima studentů

Future professional identity of social workers as viewed by students

Eva Křížová⁵⁶, Jaroslava Šťastná⁵⁷

Abstract

Příspěvek seznamuje s tím, jak studenti sociální práce na ETF /JABOK projektují sami sebe v budoucím pracovním výkonu. Naše empirické šetření představ studentů vychází z teoretického rámce tzv. paradigmat v sociální práci, upraveného autorkami. Online dotazník byl rozeslán všem studentům oboru Pastorační a sociální práce na ETF a VOŠ JABOK. Hlavní výsledky vypovídají o tom, že na nejvyšším stupni žebříčku se ocitlo terapeutické paradigma. Tradiční obraz sociální práce, reprezentovaný pomocí potřebným přímo v terénu, problémových prostředích či hromadných neštěstích, získal druhé místo, následovaný činností spadající do duchovního přístupu. Méně podporovány byly sociálně reformní a aktivistické přístupy a na posledních stupních představ jsou poradenství a výzkum. Výsledky ukazují, že může existovat nesoulad mezi představami a přáními studentů a požadavky trhu práce. V souvislosti s probíhající transformací sociálních služeb je důležité věnovat pozornost i ideové/hodnotové motivaci pro profesní výkon a filosofickým východiskům jednotlivých přístupů v sociální práci. Současně je vhodné pečovat o různorodost a rovnováhu mezi uplatňovanými postupy.

Klíčová slova: Sociální práce. Identita. Paradigmata.

Abstract

The contribution informs about how the social work students at ETF / JABOK project themselves in the future working performance. Our empiric investigation of vision of our students is based on the theoretical framework, i.e. paradigms in the social work adjusted by the authors. An online questionnaire was distributed to all students of Pastoral and Social Work at ETF and VOŠ JABOK. The main results indicate that the therapeutic paradigm ranked first. The traditional perception of the social work represented by assistance in need thereof right in the field, delinquent environment, or mass disasters ranked second followed by the activities related to religious approach. Less supported were the social reform and activist approaches, and the counselling and research ranked last. The results show that there may be discrepancy between visions and wishes of the students and the requirements of the labour market. With reference to the ongoing transformation of the social services, it is important to pay attention to idea/value motivation for the occupation, as well as philosophical baselines of each approaches in the social work. Taking care of variedness and balance between the applied approaches is needed as well.

Keywords: Social work. Identity. Paradigms.

1. Úvod – profesní uplatnění očima studentů oboru sociální práce

Častým námětem výzkumu v oblasti sociální práce jsou otázky identity sociálních pracovníků, jejich sociálních i profesních rolí a vlastní sebeprezentace. Předkládanou stať lze začlenit do zmíněného okruhu výzkumu a šetření. Zabývá se otázkou, jak si studenti oboru sociální práce na Evangelické teologické fakultě UK a VOŠ JABOK představují sami sebe v budoucím pracovním výkonu. Provedené empirické šetření představ vychází z teoretického rámce tzv. paradigmat v sociální práci. V návaznosti na hlavní cíle sociální práce uznané Mezinárodní asociací sociální práce, jimiž jsou sociální

56 Katedra pastorační a sociální práce, Evangelická teologická fakulta, Karlova univerzita, Černá 9, 115 55 Praha 1, e-mailová adresa: krizova@etf.cuni.cz

57 Katedra pastorační a sociální práce, Evangelická teologická fakulta, Karlova univerzita, Černá 9, 115 55 Praha 1, e-mailová adresa: stastna@etf.cuni.cz

změna, řešení problémů a osobní emancipace/svobodný růst, se objevují tři základní paradigmatické přístupy, jež např. Payne (Payne, 2012) pojmenoval v termínech terapie, udržování sociálního řádu a sociální transformace ve smyslu spravedlivé společnosti. Vzhledem k tomu, že diskuze o paradigmatech i profesních identitách stále probíhá, jsou nové přístupy nejen tolerovány, ale i vyžadovány v rámci inovace profese. S ohledem na tuto skutečnost a na teologické zázemí naší fakulty jsme rozšířili Paynovu typologii o další dva přístupy (duchovní a výzkumný) a současně jsme do seznamu přidali přístup, který považujeme za jakýsi archetyp a tradiční vzorec sociální práce.

Motiv paradigmát a identit se stal impulsem pro šetření provedené mezi studenty oboru pastorační a sociální práce Evangelické teologické fakulty UK a VOŠ Jabok v Praze, které si kladlo za cíl zjistit, který z přístupů v sociální roli se nejvíce přibližuje představám studentů o jejich budoucím uplatnění.

1.1 Teoretická východiska šetření

Obor sociální práce se vyvíjí nejen jako sféra a praktické činnosti, ale i jako vědecký a teoretický obor s vlastní reflexí a metodologií zkoumání. Proto je i v sociální práci významné téma paradigmát a v návaznosti na ně i otázka profesní identity v sociální práci. Připomínáme, že specifikem diskuze o paradigmatech sociální práce je koexistence více legitimních paradigmát ((Havlíková 2009), jistý eklekticismus daný potřebami praxe, neuzavřenost diskuze o teoretických východiscích oboru vzdělaných sociálních pracovníků. Soubor těchto teorií a metod podrobně rozebírají základní texty oboru (Matoušek a kol., 2013). Vycházíme z Paynovy klasifikace 1. sociální práce jako terapeutické pomoci, 2. sociální práce jako reformy společenského prostředí, 3. poradenského paradigmatu sociální práce (Matoušek a kol., 2001, s. 187–189).

S odvoláním na Kuhna (Kuhn, 1997) též připomínáme, že u určitých oborů (Kuhn říká dokonce méně vyvinutých věd) mohou koexistovat mnohá paradigmatá jako zdroje alternativní konstrukce poznávání a asi i provozování. Také Musil (2008) v této souvislosti upozorňuje na koexistenci rozdílných představ a přístupů ke klientům sociální práce a navrhuje vlastní typologii.

V rámci takto chápaného konceptu alternativních perspektiv jsme zvážily různé přístupy k sociální práci a sledovaly je očima studentů. Zajímalo nás, jaké představy o vlastním budoucím profesním uplatnění se objevují v očích studentů sociální práce, přičemž představou o profesním uplatnění rozumíme „sebe-pojetí, to je představu o žádoucích vlastnostech sebe sama, která jedincům nebo skupinám lidí skýtá prožitek vlastního já“ (Růžičková, Musil 2009, s. 80).

Úběžník úvah tvořily uznávané definice sociální práce, které v různých akcentech zdůrazňují následující charakteristiky (aspekty): sociální pomoc, sociální změnu, vyřešení problémů, posílení (empowerment), osvobození, lidská práva a sociální spravedlnost, solidaritu, sociální fungování (Musil, 2013; Navrátil, 2013; Navrátil, Matoušek, 2013; Payne, 2012).

1.2 Pastorační a duchovní aspekty sociální práce

Při koncipování šetření jsme vycházeli z uvedených skupin definic a charakteristik sociální práce. Zcela podle pravidla „otevřenosti“ paradigmatu (přístupů, forem) jsme s ohledem na specifiku oboru pastorační a sociální práce, tak jak je vyučována na Evangelické teologické fakultě UK v Praze a VOŠ Jabok, zakomponovali též křesťanské pojetí sociální práce. Právě pastorační složka se může stát zdrojem pevného zakotvení v extrémně namáhavých situacích současného světa. Souhrnně lze říci, že duchovní a pastorační dimenze je významná nejen s ohledem na historické kořeny sociální práce. Moderní sociální práce se v procesu profesionalizace odpoutala od křesťanského základu a v podstatě tyto zdroje ignoruje. Vzhledem k rozmanitosti cílových skupin a různě

norodosti problémů, jež sociální pracovníci „řeší“, se duchovní dimenze vynořuje jako významná všude tam, kde je dalším zdrojem či potenciálem pomoci. Jeví se jako přidaná hodnota, něco, co je navíc k jinak profesionálně pojatému výkonu, který může být pojímán jako odborný a profesionální i bez zahrnutí této dimenze. Zatímco sociální práce se orientuje na pomoc člověku obstat v sociálních rolích („napomoci k jeho sociálnímu fungování“), duchovní aspekt sociální práce zdůrazňuje naopak to, že pomoci je asistovat jedinci v tom, jak najít autentickou a jedinečnou podobu svého života a ten naplňovat (Fischer 2008, s. 50–53). Tato pastorační dimenze podporuje odborný a profesionální výkon v kategorii sociální práce, která se odvíjí mj. v rámci platné legislativy a nemůže jít proti ní, pouze nad ni. Duchovní a pastorační dimenze je rovněž zdrojem mentální hygieny a posílení odolnosti sociálních pracovníků, kterým jinak v extrémně zátěžových situacích hrozí zvýšené riziko vyhoření. Pro křesťanskou spiritualitu je významné zasazení sociální práce do širšího konceptu „služby“, což jde opět nad rámec moderně pojaté profese, byť i ta je nesena étosem, ale bez teologického základu.

Duchovními zdroji mohou být i jiné religiozity, než křesťanské. Za samozřejmé se považuje podřízení duchovní dimenze cílům sociální práce a chápe se jako nepřijatelné sledovat jiné cíle, než jaké jsou vytvořeny v zakázce sociální služby (tj. např. získávat lidi pro určité myšlenkové směry a ovlivňovat je určitým záměrem a způsobem v situaci krizí, závislosti, ohrožení, znevýhodnění).

1.3 Manažerské, výzkumné a „archetypální“ aspekty sociální práce

Sociální práce zaznamenává rovněž vývoj akademickým směrem a ve stále větší míře usiluje o realizaci a integraci vědecko-výzkumných aktivit. V praxi rovněž silně přibývá manažerské složky. Celkově lze říci, že obsah sociální práce se inovuje a v souvislosti s tím se proměňují i profesní identity. S přihlédnutím k těmto trendům a s ohledem na praktické uplatnění absolventů jsme rozšířily typologii tří paradigmat tradovaných v odborné literatuře o další tři – pastoračně-duchovní, vědecko-výzkumné a manažerské (řídící a koncepční).

Napříč všemi dimenzemi (paradigmaty) pak prochází v naší úvaze jakési archetypální pojetí sociální práce – nejbližše charakterizované v současnosti terénní sociální prací. Položku, kterou nazýváme „archetypem sociální práce“ nepovažujeme za zcela samostatné paradigma, nýbrž za cosi, co prorůstá všemi paradigmaty a spojuje je ve společném obecném cíli či zaměření profese.

2. Výzkum mezi studenty – metodologie

Cíli výzkumu bylo dozvědět se o tom, jak na profesi sociálního pracovníka nahlíží ti, kteří se na ni připravují, tj. studenti sociální práce. Jednotlivá výše uvedená paradigmata jsme rozpracovali do empiricky sledovatelných položek. Obecné paradigma jsme charakterizovali konkrétní činností a sledovali, zda tato činnost je v souladu s představami studentů o jejich budoucí práci či nikoli. V tomto příspěvku⁸ prezentujeme jen jednu část výzkumné akce (jednu baterii otázek), jež se zaměřila to, jaké jsou budoucí představy studenta o pracovním výkonu sociální práce. Předložili jsme respondentům baterii různých činností v rámci profese a respondenti provedli výběr 1-4 položek těch činností, které si ve své vlastní budoucí sociální práci představují. Hlavním zájmem bylo zjistit, nakolik odpovídá činnost budoucí představě studenta o své práci.

58 Další části výzkumu byly zpracovány v článku předloženém k otištění do časopisu Sociální práce/Sociálna práca

Tabulka č. 1: Operacionalizace

Paradigma	Když si představíte sám/sama sebe jako sociálního pracovníka
Terapeutické	pozorně nasloucháte klientovi, pomáháte mu rozumět jeho problémům a překonávat nepříznivé situace, řešit je, aby se mu vedlo lépe
Poradenské	sedíte v pracovně a radíte klientovi, jaké možnosti dávek existují
Reformní	organizujete sociálně motivované protestní akce, píšete petice, obracíte se s žádostmi na úřady, spojujete se s politiky, občanskými sdruženími pro řešení sociální problémů či v zájmu znevýhodněných
Aktivistické	jste činný /á v oblastech veřejné politiky a státní správy, zasazujete se o koncepční strategické řešení sociálních problémů na úrovni veřejné správy
Pastoračně-duchovní	vyjadřujete hluboké pochopení, vycházející z hodnoty lidského života jako daru, naděje na změnu, víry ve vzájemnou pomoc, lásku a odpuštění
Vědecko-výzkumné	využíváte výzkumu pro ověření své činnosti a stanovení dalších postupů
Archetyp sociální práce	provádíte terénní práci i v problémových prostředích, pomáháte chudým, pomáháte při hromadných neštěstích nebo v rozvojovém světě, pomáháte při místních tragédiích

Zdroj: vlastní zpracování

Pro své šetření jsme zvolili kvantitativní metodu – online dotazníkové šetření. Na základě výše uvedené teorie byl sestaven původní elektronický dotazník a v červnu 2015 zaslán všem studentům denního kombinovaného studia oboru pastorační a sociální práce VOŠ Jabok a ETF UK. Celkem bylo rozesláno 288 dotazníků (155 studentům denního a 133 studentům kombinovaného studia), zpět jsme obdrželi 138 dotazníků (80 od denních a 58 od studentů kombinovaného studia, 15 % mužů a 85 % žen.). návratnost tedy činí zhruba 48 %.

3. Hlavní výsledky

Výsledky uvádíme v jednoduchém přehledu relativních četností (procent) a to dvěma způsoby – jednou jsme odpovědi uvedli s ohledem na skutečný počet respondentů (N=138), podruhé jsme je přepočítali vzhledem k navýšenému celkovému počtu odpovědí (N=421) díky vícečetným odpovědím (studenti mohli volit až 4 položky současně).

Tabulka č. 2

Když si představíte sám/sama sebe jako sociálního pracovníka	volby	N=138	N=421
pozorně nasloucháte klientovi, pomáháte mu rozumět jeho problémům a překonávat nepříznivé situace, řešit je, aby se mu vedlo lépe	120 x	87 %	29 %
provádíte terénní práci i v problémových prostředích, pomáháte chudým, pomáháte při hromadných neštěstích nebo v rozvojovém světě, pomáháte při místních tragédiích	91 x	66 %	22 %
vyjadřujete hluboké pochopení, vycházející z hodnoty lidského života jako daru, naděje na změnu, víry ve vzájemnou pomoc, lásku a odpuštění	71 x	51 %	17 %
jste činný /á v oblastech veřejné politiky a státní správy, zasazujete se o koncepční strategické řešení sociálních problémů na úrovni veřejné správy	50 x	36 %	12 %
organizujete sociálně motivované protestní akce, píšete petice, obračíte se s žádostmi na úřady, spojujete se s politiky, občanskými sdruženími pro řešení sociální problémů či v zájmu znevýhodněných	31 x	22 %	7 %
sedíte v pracovně a radíte klientovi, jaké možnosti dávek existují	29 x	21 %	7 %
využíváte výzkumu pro ověření své činnosti a stanovení dalších postupů	29 x	21 %	7 %

Zdroj: vlastní zpracování

Z odpovědí studentů na dotaz, jak si sami sebe představují v pozdější sociální práci, vyplývá, že nejčastější představou byly aktivity, zaměřené na individuálního klienta, blízké terapeutickému pojetí. Hned na druhém místě se ale ocitá tradiční pojetí sociální práce, tedy, co my jsme nazvali určitým archetypem, pravzorcem, podle něhož je podstatou a specifikem sociální práce oproti jiným (třeba právě psychologii) pomoc lidem v nouzi tam, kde jsou (v terénu). S přihlédnutím k tomu, kam se vyvíjí diskuze o sociálních službách, je nutno brát vážně tuto profesní motivaci a uchovat ji. Archetyp sociální práce tak balancuje mezi psychoterapeutickým postupem a pastoračním, což je asi značně ovlivněno prostředím škol, na nichž se výzkum realizoval, přestože studenti pocházejí jak z věřících, tak nevěřících kruhů. Poměrně vysoká pozice této duchovně orientované sociální práce nás rovněž upomíná na silný proud v sociální práci, jímž je křesťanská či spirituální sociální práce. Kombinace těchto tří profilů (terapeutického, tradičního-archetypálního a pastoračně duchovního) byla absolutně nejčetnější a zvolilo ji 29 % našich studentů. Tento trend se zdá být v souladu s Musilovým (Musil 2008) zjištěním, že pro část sociálních pracovníků je žádoucí změna od zastaralého úřednického pojetí k pojetí, zaměřenému na individuálního klienta. Reformní přístup ve smyslu politických aktivit a makrosociální práce je málo oblíben, ale ještě níže si stojí poradenství, jež upomíná na spíše byrokratickou složku sociální práce. Výzkumné paradigma chápeme jako pouze se vynořující.

4. Diskuze a závěry

Výsledky naší sondy ukazují, že terapeutické paradigma dominuje a je to v souladu i se zjištěními jiných výzkumů, stejně jako s faktem, že sociální práce po r. 1989 byla silně ovlivněna psychologií. Ale tradiční pojetí sociální práce jako pomoci je stále významné a je dobré ho rozvíjet a uchovávat. Ačkoliv je naše škola otevřená i lidem bez vyznání, byla duchovní dimenze našimi studenty jasně rozpoznána, což může být důsledkem celkového zaměření naší školy na teologii

a pastoraci. Sociální práce je obor, kde koexistuje mnoho přístupů a možností a o tuto diverzitu je dobré pečovat jak v praxi, tak ve vzdělávání, aby různá paradigmaty byla vyvážená a vhodně se doplňovala. V představách o budoucí sociální práci převládá práce s jedincem nad kolektivisticky či komunitně zaměřenými strategiemi. Je, podle našeho názoru, úkolem sociologie přiblížit společenské determinanty sociálních problémů, poukázat na zdroje problémů, nikoli jen řešit výslednou situaci na individuální rovině. To by mohlo posloužit posílení reformních přístupů v sociální práci, především ve výuce, ale i v tvorbě sociálních politik. Rozvoj komunitních přístupů v sociální práci již je vlaštvou těchto inovací. Naše sonda rovněž naznačuje, že může existovat nesoulad mezi představami a přáními studentů sociální práce a požadavky trhu práce v sociálních službách. Studenti sice neinklinují k poradenství, ale pravděpodobně zde mnozí najdou své budoucí zaměstnání. Je třeba věnovat pozornost novým identitám, objevovat je a podporovat v zájmu dalšího rozvoje profese. Určitým limitem našich výsledků je malý rozsah dat, získaných pouze na křesťansky orientovaných školách s programem Pastorační a sociální práce. Srovnání s odpověďmi studentů z jiných škol by bylo jistě zajímavé.

Seznam citované literatury

- FISCHER, O. Sociální práce může mít pastorační rozměr nejen v oblasti vztahu ke klientům. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2008, ročník 8(4), s. 50–53
- HAVLÍKOVÁ, J. Koexistence rozdílných pojetí sociální práce uvnitř jednoho zařízení. In: *Sociální práce / Sociálna práca*, 2009, ročník 9 (3). s. 59–78. Dostupné z: <http://socialniprace.cz/soubory/2009-3-130102145944.pdf>. Online. Cit. 8.6.2016
- KUHN, T.S. *Struktura vědeckých revolucí*. Praha: OIKOYMENH, 1997
- MATOUŠEK, O. a kol. *Základy sociální práce*. Praha: Portál 2001, s. 187–189
- MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013
- MUSIL, L. Identita oboru/profese sociální práce. In: MATOUŠEK, O. a kol.. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál s.r.o., 2013. s. 512–514
- MUSIL, L. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2008, ročník. 8 (2), s. 60–79
- NAVRÁTIL, P. Sociální fungování a životní situace. In: MATOUŠEK, O. a kol.. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál s.r.o., 2013. s. 226–231
- NAVRÁTIL, P., MATOUŠEK, O. Sociální práce v době současné. In: MATOUŠEK, O. a kol.. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál s.r.o., 2013. str. 189–195
- PAYNE, M. Paradigms of Social Work: Alternative Perspectives on Social Work Practice Theory. *Sociální práce / Sociálna práca*. Special English Issue, 2012, ročník 12 (5). s.- 3-12. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/index.php?sekce=2&ukol=detail&id=54&clanek_id=318. Online. Cit. 8.6.2016
- RUŽIČKOVÁ, D., MUSIL, L.: Hledají sociální pracovníci kolektivní identitu? *Sociální práce/Sociálna práca*, 2009, ročník 9(3). s. 79–92

Krátký historický exkurz do vývoje sociálních služeb. Od totálních inštitucí k moderným sociálním službám.

Short Historical Guide to Social Services. From Total Institutions to Modern Social Services.

Jana Levická⁵⁹, Katarína Levická⁶⁰

Abstract

Príspevok, ktorý má charakter teoretickej štúdie, približuje sociálno-ekonomické súvislosti ovplyvňujúce zmeny v oblasti sociálnych služieb v historickom kontexte. Štruktúra príspevku je budovaná okolo šiestich základných osí, ktorými sú a) ciele a úlohy sociálnych služieb, b) ekonomické aspekty sociálnych služieb, c) normalizácia a jej význam v sociálnych službách, d) kvalita v sociálnych službách, e) transformácia ako vývojový aspekt sociálnych služieb, f) miesto a význam sociálnej práce v sociálnych službách. Špecifickou témou, pretínajúcou všetkých šesť osí, je človek v sociálnych službách. V závere príspevku autorky krátko referujú o národnom koncepte transformácie sociálnych služieb na Slovensku.

Kľúčové slová: Sociálne služby. Vývoj. Zmeny. Štandardy kvality.

Abstract

The contribution, which is a theoretical study, introduces the social and economic context that influences changes in the field of the social services in the historical context. The structure of the contribution is built around six basic lines that are a) targets and tasks of the social services, b) economic aspects of the social services, c) standardization and its importance in the social services, d) quality in the social services, e) transformation as a development aspect of the social services, f) place and importance of the social work in the social services. A specific theme crossing all the lines is a man in the social services. In the end of the contribution the authors shortly inform about the national concept of the transformation of the social services in Slovakia.

Keywords: Social Services. Development. Changes. Quality Standards.

Úvod

Sociálne služby až do polovice dvadsiateho storočia neboli budované ako služby určené pre široké klientske skupiny. Nástup sociálneho štátu posúva rozvoj sociálnych služieb práve týmto smerom. V sociálnopolitickej rovine sa vo väčšine európskych krajín v tomto období stretáme so zdôrazňovaním sociálnej starostlivosti ako povinnosti štátu, výsledkom čoho bola výrazná finančná podpora sociálnych služieb. Hoci vývoj v jednotlivých krajinách bol rozdielny, mal aj viaceré spoločné črty ako napr. *budovanie veľkokapacitných zariadení* (podporované snahou o finančnú efektívnosť), *nízky počet personálu v pomere k počtu klientov*, *nedostatočná kvalifikácia personálu*, *lokalizácia na okraji miest*, *orientácia na ošetrovateľsko-opatrovateľskú starostlivosť* Birchwood a Tarrier (1992). Vývoj v oblasti sociálnych služieb bol zameraný na kvantitu – na zvyšovanie kapacity celoročných zariadení. Kvalite poskytovaných sociálnych služieb bola venovaná minimálna pozornosť⁶¹. Nespokojnosť s poskytovanými službami napokon vyústila do *transformačného procesu* v oblasti tzv. humánnych služieb v západnej Európe, USA, Kanade atď., čo sa v praktickej rovine prejavilo:

59 Katedra sociálnej práce FZaSP TU v Trnave, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, SR, e-mail: j.levicka@centrum.sk

60 Katedra sociálnej práce FZaSP TU v Trnave, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, SR, e-mail: klevicka@gmail.com

61 V zahraničí, predovšetkým v USA a vo Veľkej Británii, tento trend viedol k vzniku hnutia antiprofesionálov, ktorí sa dožadovali zrušenia požiadavky vzdelania pre výkon odbornej práce v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby. Namiesto toho poukazovali na význam rodinných príslušníkov a iných blízkych osob, ktoré by mohli túto dehumanizovanú starostlivosť nahradiť.

- Hľadáním konsenzu pri novej definícii sociálnych služieb,
- Zmenou cieľov sociálnych služieb,
- Zmenou nosnej terminológie z tejto oblasti (v prvých rokoch sa preferoval termín klient, ktorý bol postupne menený ako objednávateľ, odberateľ až po súčasného užívateľa sociálnych služieb)
- Rozvojom foriem a druhov sociálnych služieb
- Snahou o zvýšenie kvality poskytovaných sociálnych služieb, čo sa najviac spája s úsilím o zhotovenie objektívne merateľných nástrojov kvality v sociálnych služieb.

1. Sociálnopolitický kontext sociálnych služieb

Zmeny v sociálnych službách sa odvíjajú od cieľov, ktoré sledujú ich zriaďovatelia. Vo všeobecnosti až do polovice 20. storočia sa ciele sociálnych služieb na našom území odvíjali od kresťanskej filozofie, konkrétne od potreby poskytnúť pomoc „blížnemu“. Miera a spôsob akým bola pomoc realizovaná záviseli od predstáv poskytovateľov a len minimálne reagovali na potreby tých, ktorým boli služby poskytované. A to aj napriek tomu, že už v roku 1928 na parížskom medzinárodnom kongrese sociálnej služby sa jej účastníci dohodli, že „*Cieľom organizovania sociálnej služby je zabezpečenie a ochrana sociálneho blaha, čiže určitej úrovne kvality života všetkých občanov, ktorá je vyjadrená v oficiálnej sociálnej politike štátu. Prekročenie tejto úrovne znamená nárast klientov závislých na sociálnej pomoci štátu, sociálnych nepokojov, kriminality, zvýšenie chorobnosti atď.*“, čo v konečnom dôsledku vedie k ochromeniu štátu ako politického orgánu a tým aj k ohrozeniu tej časti jeho občanov, ktorí sociálnu službu nepotrebnú.“ (Levícká a kol., 2013: 17). Vývoj v Československej republike po roku 1948 však neprebíhal vždy so závermi, ku ktorým tento, ale aj ďalšie medzinárodné kongresy dospeli. Hlavnou úlohou pre oblasť sociálnych služieb začiatkom 50. rokov bolo poskytnúť službu všetkým, ktorí ju potrebujú, aby sa tak zvýraznila politika orientovaná na pracujúceho človeka.

V 50. rokoch 20. storočia sa najskôr hlavným a neskôr aj jediným zriaďovateľom sociálnych služieb stal štát. Obce, ktoré až do prijatia zákona č. 55/1956 Zb. o sociálnom zabezpečení, boli zodpovedné za realizáciu sociálnej starostlivosti voči svojim občanom, odovzdali túto kompetenciu do rúk štátu. Ako to vyplýva z §50 zákona č. 55/1956 Zb. „*Štát pomáha osobám, ktoré potrebujú jeho pomoc, najmä osobám so zmenenou pracovnou schopnosťou, deťom a občanom starým alebo s ťažko poškodeným zdravím k zlepšeniu ich hmotných pomerov a k rozvoju ich kultúrneho života poskytovaním služieb alebo dávok, a to radou, pracovným umiestnením, ústavným zaopatrením a doplnkovou starostlivosťou*“. Na určité obdobie ešte mohli ústavnú starostlivosť⁶² zabezpečovať aj dobrovoľnícke organizácie, spolky, cirkevné a náboženské spoločnosti. Dozor nad nimi zabezpečoval Štátny úrad sociálneho zabezpečenia. Vzhľadom k tomu, že táto právna úprava sa zo širokej problematiky sociálnych služieb, zaoberala len ústavnou starostlivosťou, bolo potrebné prijatie novej legislatívnej normy, ktorá by riešila iné oblasti života ľudí, ktorí potrebujú sociálne služby. Nová právna úprava (zákon č. 101/1964 Zb.) upravovalo možnosti účasti občanov na spoločnom stravovaní, poskytovaní opatrovateľskej služby a pomôcok k odstráneniu, zmierneniu alebo prekonaniu následkov ich poškodenia, prípadne peňažných príspevkov na ich zabezpečenie. Možnosť poskytovať sociálne služby alebo zriaďovať ústavné zariadenia inými poskytovateľmi už v tomto zákone nebola daná. Napriek posilňovaniu ústavnej starostlivosti však jej

62 Termín ústavná starostlivosť sa používal na označenie sociálnej, zdravotnej a aj pedagogickej starostlivosti realizovanej v rezidenčných (ústavných) formách až do prijatia zákona 195/1998 Z. z., kedy prichádza k zmene pojmu a zavádza sa pojem sociálne služby a postupne sa začínajú presadzovať pojmy „zariadenia sociálnych služieb“ (ZSS) a domov sociálnych služieb (DSS).

kapacity nepostačovali. To bol aj jeden z dôvodov, pre ktoré štát do zákona zapracoval § 66, kde v ods. (2) sa uvádza: „*Novovytvorené socialistické spoločenské vzťahy vyžadujú, aby si občania a v rodine najmä deti a rodičia vzájomne pomáhali. Národné výbory pôsobia sústavnou výchovou občanov na to, aby pomáhali spoluobčanom starým a ťažko poškodeným na zdraví a aby sa upevňovali rodinné vzťahy, najmä aby sa deti podieľali na ďalšom zvyšovaní životnej úrovne svojich rodičov a starali sa o nich, ak takúto starostlivosť potrebujú.*“. V kontexte ďalšieho vývoja sociálnych služieb by bolo možné označiť túto snahu za pozitívnu, ak by na ňu nadväzovali aj ďalšie systémové opatrenia umožňujúce realizáciu sociálnej starostlivosti v domácom prostredí. To však tento zákon a ani nasledovné legislatívne predpisy nesledovali a rovnako nesledovali ani výkon samotnej starostlivosti realizovanej v inštitúciách zriadených pre tento účel. *Za hlavný cieľ ústavnej starostlivosti* pre toto obdobie by sme mohli označiť budovanie veľkokapacitných, celoročných zariadení. K úlohám sociálnych služieb až do konca 80. rokov minulého storočia patrilo zabezpečiť celkovú starostlivosť v kontexte ústavného prostredia. Výnimkou boli detské domovy, keďže vzdelávanie detí a mládeže umiestnených v DeD sa realizovalo v bežnom školskom prostredí. Tento trend u nás zotrval napriek narastajúcej nespokojnosti odborníkov aj tých, ktorým boli služby určené, či ich príbuzných. S novou filozofiou ľudských práv, ktorá bola východiskom pre sociálnu politiku sociálneho štátu, sa slovenská odborná verejnosť oboznamovala postupne už v priebehu 80. rokov, čo napomohlo potom naštartovaniu transformačného procesu začiatkom nasledovného desaťročia. Základnými princípmi sociálnych služieb „sa stali také princípy ako je humanizmus, ľudská dôstojnosť, dostupnosť služby a právo na službu.“ (Levická a kol., 2013: 14). Tieto princípy sú badateľné v sociálnych službách v globálnom rozmere. Z hľadiska sociálnopolitického by bolo možné identifikovať v EU najmä „*nasledovné ciele*“:

- *podporovať a rozvíjať autonómiu klientov sociálnych služieb,*
- *rozvíjať schopnosti a zručnosti klientov a tým im umožniť viesť samostatný život (ak sú toho schopní),*
- *aktívne participovať na odstraňovaní alebo aspoň minimalizácii rizík, ktoré sa viažu na konkrétne skupiny odberateľov sociálnych služieb*
- *podporovať zotrvávanie jednotlivcov v ich prirodzenom prostredí,*
- *rozvoj prirodzených sociálnych väzieb a budovanie sociálneho kapitálu ap.“* (Levická a kol., 2013: 14).

Zmeny v ekonomickom a demografickom vývoji začali od 80. rokov ovplyvňovať rozvoj a smerovanie sociálnych služieb v globálnom rozmere. Naša spoločnosť, ktorá bola až do začiatku 90. rokov výrazne izolovaná od globálneho vývoja sa tak musela v krátkom čase vyrovnávať so zásadnou premenou sociálnych služieb, na ktorú ostatné krajiny mali niekedy viac ako tridsať rokov.

Na Slovensku sa myšlienkový proces transformácie ústavnej starostlivosti začal ešte pred rokom 1989 a to napriek politickej izolovanosti krajiny, ktorá sťažovala aplikáciu nových prístupov do spoločenskej praxe. Pri jeho zrode stáli predovšetkým profesionáli pôsobiaci v priamej praxi v rôznych oblastiach služieb o zdravotne handicapovaných jedincov⁶³, ktorí angažovali iných profesionálov, rodičov a samotných klientov do postupného zavádzania zmien v oblasti starostlivosti predovšetkým o zdravotne znevýhodnené deti. Žiaľ, v tomto období sa nepodarilo získať významnejšiu politickú podporu, aj keď niektorí zamestnanci ministerstva práce a ministerstva školstva na individuálnej úrovni tieto myšlienky podporovali. Na politickej úrovni sa proces transformácie sociálnych služieb prepája s procesom transformácie spoločnosti a jeho začiatok je možné datovať

63 V tejto súvislosti chceme pripomenúť také osobnosti ako napr. Ondrej Matuška, Pavel Kailling ai.

do roku 1990, kedy vznikajú prvé politické rozhodnutia o budúcich zmenách v oblasti sociálnych služieb. Krátko po tom sa začína diskutovať tiež o otázke kvality sociálnych služieb a v súvislosti s tým tiež o otázke ich štandardizácie, teda príprave štandardov pre oblasť sociálnych služieb⁶⁴.

2. Kvalita sociálnych služieb ako spoločenská objednávka?

Procesy, ktoré v oblasti sociálnych služieb nastali po roku 1989 boli často spájané s termínmi ako transformácia, humanizácia, či deinštitucionalizácia sociálnych služieb. Od naštartovania procesu premeny sociálnych služieb sa pritom poukazovalo na potrebu zlepšiť kvalitu poskytovaných služieb. Legislatívne zmeny umožnili vstup nových aj staronových zriaďovateľov (napr. charita) do tejto oblasti. Sociálne služby zažívali obdobie prudkého rozmachu, ktoré bolo spojené so vstupom niekedy odborne nepripravených, ale ľudsky zapálených jedincov, ktorí na základe svojej životnej skúsenosti pociťovali túžbu budovať nové formy sociálnych služieb. Títo „laickí“ zriaďovatelia, ktorí pochádzali prevažne z radov rodičov, sa orientovali na budovanie denných, prípadne týždenných foriem sociálnych služieb, čo zodpovedalo ich cieľu, aby členovia ich rodín, ktorí potrebovali niektorú zo sociálnych služieb, mohli zostať v prirodzenom domacom prostredí.

Zo sociálnopolitického hľadiska tento proces vyústil do prijatia zákona 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci, ktorý je možno chápať ako bazálnu legislatívnu normu pre rozvoj sociálnych služieb. Napriek jeho nespornému prínosu, tento zákon neriešil kvalitu v sociálnych službách. V § 69 upravuje štátny dozor na poskytovaním sociálnych služieb, keď v ods. (1) stojí, že „*Štát vykonáva dozor nad poskytovaním sociálnych služieb, najmä nad dodržiavaním základných ľudských práv a slobôd občanov pri poskytovaní sociálnych služieb prostredníctvom ministerstva (ďalej len „orgán štátneho dozoru“).* Kontrolné oprávnenia iných orgánov podľa osobitných predpisov tým nie sú dotknuté.“

Zriadenie štátneho dozoru samo o sebe nemohlo zabezpečiť zmenu v oblasti kvality sociálnych služieb. Preto sa už pri práci na tejto legislatívnej norme uvažovalo o jej dočasnosti a jej nahradení tromi samostatnými zákonmi v neskoršom období. Potreba prijatia zákona, ktorý by riešil aj otázku kvality sociálnych služieb sa ukázala krátko po prijatí zákona ako nevyhnutná. Na legislatívnu zmenu čakali nielen verejnosprávne orgány, užívatelia, ale aj zriaďovatelia a poskytovatelia sociálnych služieb. Očakávalo sa, že nová legislatívna norma focusovaná výlučne na problematiku sociálnych služieb prinesie výrazné zmeny do tejto oblasti. Najmä po prijatí predmetnej legislatívy v ČR sa časť odbornej verejnosti dožadovala nového zákona, pričom český vzor sa pre väčšinu z nich stal aj slovenskou alternatívou. Napriek skutočnosti, že na „nový“ zákon sme čakali 10 rokov, je možné konštatovať, že transformačný proces v oblasti sociálnych služieb pokračoval. Napokon v roku 2008 bol prijatý zákon o sociálnych službách (zákon č. 448/2008 Z. z.), v ktorom je ukotvená požiadavka pravidelného hodnotenia kvality poskytovanej sociálnej služby. Príslušná časť zákona však nenadobudla účinnosť do dnešného dňa. V priebehu rokov 2008–2016 sa novelizáciou zákona č. 448/2008 Z. z. postupne upravovali podmienky (hlavne Prílohy) hodnotenia kvality poskytovaných služieb tak, aby hodnotenie bolo na ich základe vykonateľné, čo v pôvodnom znení z roku 2008 nebolo možné.

V zmysle tohto zákona si dohľad nad poskytovaním sociálnej služby ponechal štát (§ 79 e). V súčasnosti platnej legislatívnej úprave, v jej 13 časti v § 104 sú uvedené informácie o podmienkach hodnotenia kvality poskytovanej sociálnej služby, ktoré podrobnejšie upravujú tento výkon. V 14 časti zákona v § 110x, (2) sa medzi prechodnými ustanoveniami aj naďalej nachádza nasledovné: „*Povinnosť dodržiavať maximálny počet prijímateľov sociálnej služby na jedného svojho zamestnanca a minimálny percentuálny podiel odborných zamestnancov na celkovom počte zamestnancov*

64 Zdrojom týchto informácií je priama účasť členky riešiteľského kolektívu (Levická, Jana) na tomto procese.

*podľa prílohy č. 1 je poskytovateľ sociálnej služby, ktorý poskytoval sociálnu službu podľa zákona účinného do 31. decembra 2008 a ktorý po 14. decembri 2015 postupuje podľa § 110w, **povinný splniť do 31. decembra 2017**; ak ide o poskytovateľa sociálnej služby v domove sociálnych služieb s celoročnou pobytovou sociálnou službou, povinnosť dodržiavať maximálny počet prijímateľov sociálnej služby na jedného svojho zamestnanca a minimálny percentuálny podiel odborných zamestnancov na celkovom počte zamestnancov sa posudzuje podľa prílohy č. 1 v znení účinnom do 31. decembra 2013.*“

Neustále odkladanie účinnosti zákona v tejto oblasti bolo objasňované dvomi skutočnosťami.

- 1) Tým, že chýbajú odborníci, ktorí by vedeli realizovať hodnotenie kvality poskytovanej sociálnej služby
- 2) Tým, že zariadenia poskytujúce sociálne služby (predovšetkým pobytového charakteru) by nespĺnili štandardy kvality sociálnych služieb tak, ako sú uvedené v prílohách zákona.

Skutočnosť, že aj na úrovni rezortného ministerstva sa t. č. pripravujú odborníci na výkon tejto činnosti, že samosprávne kraje zavádzajú pracovnú pozíciu, ktorú by bolo možné nazvať ako *manažer kvality sociálnych služieb* a že niektoré mestá, predovšetkým krajské, uvažuje o tom tiež, naznačuje, že tento raz by k odloženiu účinnosti zákona prísť nemalo. Na potrebu spustenia hodnotenia kvality poskytovaných služieb poukazujú aj viaceré skutočnosti získané prostredníctvom výskumnej činnosti, ktoré poukazujú na existenciu problémov v tejto oblasti.

Takmer desať rokov odkladané spustenie hodnotenia kvality poskytovaných sociálnych služieb nestranného poskytovateľa vedie k otázkam: *Má štát reálny záujem na pravidelnom a objektívnom hodnotení kvality poskytovaných sociálnych služieb? Alebo je skutočné zavedenie kvality v kontexte európskych štandardov príliš finančne náročné a preto sa účinnosť zákona v tejto časti stále odkladá?*

3. Záverom – človek uprostred transformačného procesu

Hlavnou príčinou, ktorá spustila globálny transformačný proces v oblasti sociálnych služieb bola zmena prístupu k ľuďom, ktorým sú tieto služby určené. *„Z pôvodne dobrovoľnej, charitatívnej aktivity, ktorá sa realizovala prostredníctvom osobnej aktivizácie jednotlivcov, alebo organizácií so silným náboženským kontextom, sa postupne formujú pomoc, starostlivosť ako princípy, ktoré nesmú chýbať v žiadnej humánnej spoločnosti. Na tejto báze sa sociálne služby javia ako morálny záväzok spoločnosti, ktorý spoločnosť dobrovoľne preberá uvedomujúc si zraniteľnosť a krehkosť človeka.“* (Levická a kol., 2013: 16). Podľa Henriksena a Vetelsena (2000: 21) *„... esenciálnymi rysmi ľudskej podstaty sú nepochybne závislosť a zraniteľnosť“*. Všetci sme konfrontovaní s predpokladom, že v určitej etape nášho života sa ocitneme odkázaní na pomoc inej osoby. S touto situáciou sa spája riziko, že naše potreby nebudú akceptované a naplnené, že budeme odmietnutí, či nepochopení práve tými, na ktorých budeme závislí. *Táto závislosť vznikajúca zo zraniteľnosti robí život človeka krehkým. Keďže potreba vzájomnej starostlivosti vyplýva z podmienok, ktoré si nemôžeme sami zvoliť, stáva sa potreba pomoci životnou okolnosťou. Starostlivosť môžeme potom chápať ako odpoveď na zraniteľnosť, teda ako odpoveď na niečo principiálne dané, ako nutnosť. Učíme sa ju tak vnímať ako prirodzenú súčasť nášho života. Je potrebné, aby si ľudia osvojili názor, že na najbazálnejšej úrovni je starostlivosť ochranou života, zároveň „je niečím viac než zachovaním holej existencie – je to podpora dôstojného života. Starostlivosť má úzku súvislosť s kvalitou života: Zodpovedá požiadavkám dôstojnosti.“* (Henriksen, Vetlesen, 2000: 23).

„*Hoci v kontexte sociálnej práce chápeme starostlivosť ako pozitívny prvok, prvok na ktorom je budovaná ľudská spoločnosť, sme si tiež vedomí skutočnosti, že niektoré druhy pomoci sú pre ľudí zjavne neprijemné, čo je spojené s prežívaním skutočnosti, že človek žiadajúci o pomoc je verejnosťou často vnímaný ako neschopný, odlišný, „abnormálny“, menejcenný. Takéto vnímanie spôsobuje stigmatizáciu jedincov, ktorí potrebujú pomoc. Požiadat' o pomoc znamená, vedome prijať túto spoločenskú stigmu. Sociálni pracovníci preto pomáhajú svojim klientom eliminovať pocity vlastnej ne-dostatočnosti, či ne-normálnosti, učia ich chápať pomoc a starostlivosť ako prirodzenú sociálnu kategóriu, ako niečo, čo ľudskú spoločnosť robí kvalitnejšou, lepšou“ (Levická, 2012: 28). Táto pomoc je stále aktuálna a to aj napriek skutočnosti, že počas uplynulého storočia prišlo k významnej zmene, kedy sa postupne zmenilo chápanie pomoci ako kresťanskej povinnosti šľachtnejších a úspešnejších jednotlivcov, ktorá bola nenárokovateľná na právo na pomoc. Pričom k atribútom takto chápanej pomoci patrí dôstojnosť ponuky a realizácie pomoci. V tomto kontexte sa potom očakávanie, že sociálne služby budú budované práve v duchu filozofie starostlivosti, javí ako prirodzené. Sociálna práca v teoretickej aj praktickej rovine venuje primeranú pozornosť práve s tým súvisiacim otázkam. V praktickej rovine vidíme výsledky v rozvoji služieb budovaných v ekosociálnom kontexte, teda služby, ktoré sa v maximálne možnej miere približujú prirodzenému životu človeka v jeho prirodzenom prostredí (Levická a kol., 2012). V teórii je to hlavná problematika rizika, ktoré súvisí aj s rizikom vychádzajúcim zo štruktúry samotných sociálnych služieb, či z vplyvu politiky a ekonomiky na túto oblasť. Sociálna práca venuje aj pozornosť riziku spojenému s individuálnymi aktérmi pohybujúcimi sa v sociálnych službách: teda so zamestnancami aj užívateľmi sociálnych služieb. V súvislosti s tým poukazujeme na rolu advokáta, ktorá v slovenskom prostredí je so sociálnou prácou spájaná len ojedinele. Levická J. a kol. (2012) práve advokátsku rolu najviac spájajú so sociálnymi službami, keďže ako píšú, v kontexte sociálnych služieb ide o dominantnú rolu sociálnej práce. Túto rolu si vyžaduje priamo etický kódex profesie a patrí k najstarším rolám, s ktorými sa v sociálnej práci stretávame. Sociálny pracovník vystupuje ako advokát klienta pri ochrane jeho ľudských práv, alebo pri vykonávaní zložitých byrokratických pravidiel a predpisov. Advokácia ako taká sa zvyčajne spája so zabezpečovaním potrebných služieb, ale môžeme sa s ňou stretnúť tiež pri obrane klientovho **práva na odmietnutie služby** v prípade, že tieto sú pre klienta nevyhovujúce, alebo ak klienta poškodzujú. Napr. ak poskytovaná služba zasahuje do klientovho práva na slobodné rozhodovanie, či na sebaurčenie ap. Cohen, de la Vega a Watson (2001) konštatujú, že hranice advokácie sa len ťažko presne vymedzujú, keďže ide nielen o špecifický výkon práce, ale aj o filozoficko-etický postoj, základom ktorého **je úcta a rešpekt** voči všetkým ostatným ľudským bytostiam. V tomto smere potom advokáciu chápeme ako jeden zo spôsobov, ako pracovať na presadení myšlienky, že práva ľudí a ich prania musia byť rešpektované a to najmä v prostredí celoročných, pobytových služieb, ktoré zároveň preberajú funkciu jediného domova, ktorý klient má.*

Príspevok je výstupom z projektu APVV 0524-12 Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska This paper was prepared as a part of the project The Identity of Social Work in the Context of Slovakia [APVV-0524-12] funded by the Slovak Research and Development Agency.

Zoznam citovanej literatúry

BIRCHWOOD, M., TARRIER, N. *Psychological Management of Schizophrenia. Management and Modification of Residual Positive Psychotic Symptoms*. West Sussex: John Wiley & Sons, 1992.

COHEN, D., de la VEGA, R., WATSON, G. *Advocacy for social justice: A global action and reflection guide*. Bloomfield, CT: Kumarian Press, 2001. ISBN 978-1-56549-131-1

HENRIKSEN, J.O., VETLESEN, A.J. *Blízke a vzdálené*. Boskovice: Albert, 2000. 215 s. ISBN: 80-85834-85-5.

LEVICKÁ, J. a kol.. *Sociálne služby vývoj, súčasný stav a možnosti merania ich kvality*. Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS, 2013, 101 s. ISBN 978-80-8082-738-0

LEVICKÁ, J. a kol. *Ekosociálne prístupy v sociálnej práci*. Trnava: Oliva, 2012, 238 s. ISBN 978880893321144

ZÁKON č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách a o změně a doplnění zákona číslo 455/1991 Zb. o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) v znění neskorších předpisů.

ZÁKON č. 195/1998 Z. z. o sociální pomoci

ZÁKON č. 100/1988 Zb. o sociálním zabezpečení

ZÁKON č. 101/1964 Zb. o sociálním zabezpečení

ZÁKON č. 55/1956 Zb. o sociálním zabezpečení

Kritický pohľad na transformáciu sociálnych služieb v podmienkach SR

A Critical Look at the Transformation of Social Services in Slovakia

Katarína Levická⁶⁵, Jana Levická⁶⁶

Abstrakt

Proces transformácie sociálnych služieb sa v SR zahájil krátko po roku 1990. V odbornej verejnosti je tento proces vnímaný predovšetkým ako smerovanie k novej hodnotovej orientácii sociálnych služieb. Z časového aj obsahového hľadiska je možné tento proces rozdeliť do troch etáp, ktoré do oblasti sociálnych služieb priniesli viaceré nové prvky. Autorky predstavujú jednotlivé etapy, dizajnované v rozdielnych sociálno-politických podmienkach. V centre ich pozornosti stoja ciele a princípy transformačného procesu a skutočne dosiahnuté výsledky v kontexte jednotlivých etáp.

Kľúčové slová: Sociálne služby. Hodnoty. Transformačný proces. Princípy.

Abstract

The transformation process of the social services in Slovakia started shortly after 1990. The expert public considers this process especially as direction towards new value focus of the social services. From the time as well as contents point of view the process can be divided into three phases that brought new elements in the field of the social services. The authors introduce the phases designed under different social and political conditions. They are centred on the targets and principles of the transformation process and the real results in the context of each phase.

Keywords: Social Services. Values. Transformation process. Principles.

Úvod

V snahe budovať efektívne (teda ekonomicky čo najmenej zaťažujúce štátny rozpočet) sociálne služby sa do tejto oblasti investovali väčšie finančné prostriedky len v tých prípadoch, ak zariadenie (ústav) viedol riaditeľ/riaditeľka, ktorý/ktorá túto prácu naozaj vnímala ako svoje životné poslanie. Veľká väčšina inštitúcií poskytujúcich sociálne služby tak bola v zlom technickom stave, mnohé v dôsledku prebiehajúcich politických reštitúcií museli hľadať nové priestory. Aj preto sa jedným z prvých cieľov transformačného procesu stalo zlepšenie materiálnych podmienok sociálnych služieb. Finančné prostriedky boli prioritne využívané na opravu a údržbu existujúcich budov, výmenu zariadenia apod. s cieľom zlepšiť nevyhovujúce životné podmienky klientov. Procesy, ktoré v oblasti sociálnych služieb nastali po roku 1989 boli často spájané s termínmi ako *transformácia*, *humanizácia*, či *deinštitucionalizácia* sociálnych služieb. V súčasnom odbornom aj politickom diskurze sa tieto pojmy používajú odlišne, ako začiatkom 90. rokov minulého storočia. Pričom, hlavne na politickej úrovni, sa stretávame so zásadným rozlišovaním transformačného procesu a procesu deinštitucionalizácie. Repková (2016) poukázala na viaceré snahy precizovať spomínané pojmy, prípadne nájsť v odbornej literatúre prevládajúci konsenzus v terminologických otázkach viažucich sa k sociálnym službám. Ako autorka konštatuje „*Pojem transformácia je od 90. rokov minulého storočia v kontexte sociálnych služieb často zmieňovaný, predstavuje*

65 Katedra sociálnej práce FZaSP Trnavskej univerzity v Trnave, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, SR; e-mail: klevicka@gmail.com

66 Katedra sociálnej práce FZaSP Trnavskej univerzity v Trnave, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava, SR; e-mail: j.levicka@centrum.sk

však skôr isté hodnotové orientovanie významne podporené európskym ľudsko-právnym hnutím zameraným na transformáciu pobytových sociálnych služieb na komunitne orientované. Aj preto sa s ohľadom na doterajšiu skúsenosť s transformačnými procesmi v sociálnych službách v odborných slovenských kruhoch používa pojem transformácia sociálnych služieb synonymicky s pojmom deinštitucionalizácia sociálnych služieb.“ (Repková, 2016: 26).

Nejednotnosť používanej terminológie je len zdanlivo akademickým problémom, ktorý sa len minimálne dotýka praktickej roviny sociálnych služieb. V súlade s konštruktivismom tvrdíme, že jazyk a jeho používanie má zásadný význam nielen pre akademický diskurz, ale významne ovplyvňuje aj každodenný život našich klientov⁶⁷. V nasledujúcej časti nášho príspevku sa pokúsime poukázať na to, ako je možné chápať uplynulých 25 prave v kontexte tohto diskurzu, v ktorom sa rysujú tri relatívne samostatné etapy. Hlavným princípom, na ktorom bola transformácia sociálnych služieb budovaná, bol práve princíp humanizácie. Konečný cieľ procesu bol v tom čase prezentovaný ako deinštitucionalizácia sociálnych služieb. Z tohto pohľadu je potom možné transformačný proces označiť ako jeden proces skladajúci sa z **humanizácie** existujúcich podmienok, **transformácie** existujúcich služieb na služby novej kvality a napokon prechodom od inštitucionálnej formy poskytovanej starostlivosti na **komunitné sociálne služby**. Jednotlivé etapy transformačného procesu nie je možné jednoznačne časovo ohraničiť, nastupovali postupne a navzájom sa prelínali.

1. Nástup transformácie sociálnych služieb v SR

Zhodnotenie prvej etapy transformácie sociálnych služieb nie je možné bez priblíženia celkovej situácie, ktorú by sme mohli označiť za výsledok prístupu k sociálnym službám predchádzajúceho politického vedenia. Stav, v ktorom sa inštitúcie poskytujúce služby sociálnej starostlivosti, je možné hodnotiť ako prekvapivý aj preto, že oficiálna štátna politika sa prezentovala podporou štátu voči občanom odkázaným na sociálnu službu. V zákone 100/1988 Zb. ods. (2) §73 uvádza, že „*V oblasti sociálnej starostlivosti štát zabezpečuje poradenskú a výchovnú činnosť, najmä výchovu k zodpovednému rodičovstvu, k upevňovaniu rodinných vzťahov a k vzájomnej pomoci medzi občanmi, predovšetkým k pomoci občanom ťažko zdravotne postihnutým a starým občanom, a poskytuje ďalšie dávky a služby.* A následne v § 87 (1) je uvedené, že „*Dospelým občanom s ťažkým telesným, zmyslovým alebo mentálnym postihnutím, prípadne pri kombinácii týchto postihnutí, ktorí potrebujú ústavnú starostlivosť, sa v ústavoch sociálnej starostlivosti pre dospelých občanov, takto postihnutých poskytuje najmä bývanie, zaopatrenie, zdravotnícka starostlivosť, rehabilitácia, kultúrna a rekreačná starostlivosť a v prípade potreby osobné vybavenie a umožňuje sa im s príhľadnutím na stupeň postihnutia aj primerané pracovné uplatnenie.*“ Takáto legislatívna úprava vyvoláva oprávnený predpoklad, že ústavná starostlivosť pred rokom 1990 poskytovala široké spektrum odbornej starostlivosti.

Pravdou však je, že zariadenia, v ktorých sa začiatkom 90. rokov minulého storočia poskytovali sociálne služby, boli v zlom materiálnom a technickom stave. Prevažná väčšina zariadení len s ťažkosťami vyhovovala hygienickým štandardom aj preto, že prevyšovali pôvodne určenú kapacitu zariadenia⁶⁸. Nebolo zriedkavosťou, že zníženie stavu klientov na pôvodne stanovenú kapacitu prostredníctvom tzv. prirodzenej úmrtnosti klientov bolo odhadované na 20-25 rokov. Za predpokladu, že do zariadenia nebude prijatý žiadny nový klient/klientka. Pre úplnosť treba dodať,

67 Berúc do úvahy cieľ nášho príspevku a tiež priestor, ktorý máme k dispozícii, neaspirujeme na vykreslenie celého prebiehajúceho diskurzu za ostatné roky v domácom či zahraničnom prostredí. Priblížime však to chápanie týchto troch pojmov, s ktorým sa najviac stotožňujeme, aby tak bolo zrejme v akom zmysle ich v našom príspevku používame.

68 Skutočnosti uvádzané v príspevku sú výsledkom našich osobných pracovných skúseností z rokov 1991-2016.

že na voľné miesta sa čakalo niekoľko rokov, keďže počet žiadateľov o službu niekoľko násobne prevyšoval voľnú kapacitu. Ďalším problémom, ktorý sa spája s týmto obdobím, boli nevyhovujúce personálne štandardy, čo sa priamo odrážalo na kvalite poskytovaných služieb, ktoré sa z tohto dôvodu orientovali prioritne na ošetrovateľsko-opatrovateľskú starostlivosť. Keďže neexistovali minimálne štandardy, služby prekračujúce rámec tejto starostlivosti záviseli od entuziazmu jej zamestnancov. Samozrejme, že sme na Slovensku mali aj zariadenia, ktoré sa svojou kvalitou vyrovnali zahraničným pracoviskám obdobného zamerania. Na druhej strane najmä v zariadeniach, ktoré poskytovali služby ľuďom so zdravotným postihnutím, nebol zriedkavosť nevhodný, niekedy až krutý prístup personálu ku klientom. Nespokojnosť so situáciou v tzv. ústavoch, ako sa v tom čase oficiálne nazývali zariadenia sociálnych služieb, sa prejavila hneď v prvých mesiacoch roka 1990. Rezortné ministerstvo na situáciu reagovalo posílením metodickej starostlivosti o oblasť sociálnych služieb, ktorá sa realizovala aj prostredníctvom organizácie Strediska služieb sociálnej starostlivosti⁶⁹. Prvé zmeny v celom systéme sociálnej starostlivosti, sa začali pripravovať ešte počas existencie spoločného štátu s ČR, teda počas Československa. Pojem transformácie, ktorý sprevádzal toto obdobie, prirodzene nebol novým, ale v tomto období sa spájal s vysokými očakávaniami ako politikov, praktikov tak aj klientov, ktorým boli služby určené. V tomto období sa pojem transformácia takmer jednoznačne používal v zmysle výraznej premeny doteraz platného stavu. Tento stav správne vystihla Repková (2016: 27), keď napísala: „Z tohto pohľadu je potom v procese transformácie potrebné vidieť nielen kontinuálnosť zmeny, ale aj určitú zlomovosť, zásadnosť zmeny, kedy sa zabehnuté spôsoby organizácie a výkonu práce dostávajú do rozporu s potrebami ľudí a znevýhodňujú ich voči bežnej populácii. Transformácia sa tak spája so zlomovými obdobiami, ktoré kvalitatívnym spôsobom menia povahu sociálnych vzťahov ľudí pôsobiacich v rozličných systémoch, vrátane systému sociálnej ochrany a sociálnych služieb“.

1.1 Humanizácia sociálnych služieb – prvá etapa transformácie

Práve Repkovou spomínaná *zlomovosť* je najcharakteristickejšim prvkom **prvej etapy** transformácie sociálnych služieb. Odhalenie niektorých skutočností, týkajúcich sa najmä pobytových sociálnych služieb, poukázalo na vážne rozpory medzi potrebami klientov, ktorí boli poberateľmi sociálnych služieb a prístupom personálu k ich napĺňaniu. Transformačný proces v prvej etape si kládol za cieľ, priblížiť život klientov sociálnych služieb čo najviac životu bežnej spoločnosti. Tento cieľ predpokladal, že príde k celkovej zmene v sociálnych službách, čo by sa premietlo nielen do zmeny v oblasti foriem, druhov poskytovaných služieb, ale aj zavádzanie nových pracovných metód, čo sa vždy spája tiež so zmenou prístupu personálu. V tomto zmysle chápe transformáciu aj O'Brien (1999), podľa ktorého transformácia je komplementárny proces, v ktorom sa na seba zaujímavým spôsobom viažu akcie a reakcie. Akcie sa spájajú s odmietaním niečoho, čo sme vyhodnotili ako nevhodné, prekonané, či nežiaduce. Samotné odmietanie starého však pre vyriešenie situácie nie je postačujúce a preto musí nastúpiť reakcia, ktorá sa zameriava na tvorbu niečoho nového, čo by bolo vhodnou náhradou za to, čo sme odmietli. Podľa O'Briena sa tak transformačný proces v oblasti sociálnych služieb vždy spája s ich reformou. Transformácia sociálnych služieb je zaujímavým spojením požiadaviek praktikov aj akademikov zameraných na dosiahnutie novej kvality v sociálnych službách s prácou politikov, ktorí ich predstavy pretavia do „politického jazyka“, teda do prípravy reformy sociálnych služieb. Idea, predstava o zmene tak dostáva reálnu predstavu podporenú legislatívou aj návrhom finančného krytia (Malley, Fernández, 2010; Fahey, Nolan, Whelan, 2003).

69 Stredisko služieb sociálnej starostlivosti (SSSS) malo riaditeľstvo v Bratislave a pobočku v jednotlivých krajských mestách, aby bolo možné čo najlepšie pokryť územie SR. Organizačne bolo SSSS súčasťou MPSVaR SR.

V tomto kontexte k základným úlohám prvej etapy transformačného procesu patrili:

- humanizácia existujúcich zariadení
- príprava personálu na plánované zmeny (vzdelávanie),
- príprava legislatívy, ktorá by umožnila realizovať očakávané.

Preto, aby v existujúcich zariadeniach prišlo ku skutočnej premene ústavnej starostlivosti MPSVR SR rozhodlo o povinnom vzdelávaní manažmentu, ktorého súčasťou bolo aj vypracovanie projektu humanizácie starostlivosti na konkrétnom úseku a v konkrétnom zariadení. Projekty, ich obhajoba a následne referovanie o ich realizácii, boli jednou zo súčastí **overovania odbornej spôsobilosti**. K nesporne *pozitívnym výsledkom* tejto etapy sú pozitívne zmeny, ktoré sú výsledkom realizácie spomínaných projektov. Medzi negatíva etapy zaraďujeme prílišnú orientáciu na materiálne zmeny a nedostatočná práca na zmenách v prístupe personálu ku klientom. Prijatie princípu humanizácie širokou verejnosťou určite uľahčila skutočnosť, že tento princíp bol často prezentovaný v médiách v súvislosti s transformáciou celkového sociálneho a ekonomického diania po novembri 1989. Prvú etapu by sme mohli ukončiť prijatím zákona 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci.

1.2 Druhá etapa – zavádzanie konkrétnych opatrení potrebných pre dosiahnutie zmeny v oblasti sociálnych služieb

Zákon o sociálnej pomoci (195/1998 Z. z.) upravil legislatívny priestor pre poskytovanie sociálnych služieb. Popri mnohých konkrétnych informáciách však obsahoval viaceré ustanovenia, ktoré prenechávali priestor poskytovateľom sociálnych služieb na vlastný výklad. Neexistencia konkrétnych vysvetlení má však potenciál spustiť návrat k starým spôsobom práce a to aj napriek tomu, že už boli zamietnuté. Takisto sťažuje pracovníkom sociálnych služieb komunikáciu s verejnosťou. Rôzni odborníci ponúkajú verejnosti rozdielne vysvetlenia, čo v konečnom dôsledku vyvoláva nedôveru k plánovaným zmenám. Tvrdenia typu, že sociálne služby potrebujú kvalitatívnu premenu, alebo že prostredie sociálnych služieb potrebuje humanizovať ap., neurčujú, čo konkrétne má byť urobené. Aj v našom prostredí sme sa stretli s používaním fráz, na nevhodnosť ktorých upozornil O'Brien (1999). Ide o požiadavky formulované ako „*snažiť sa najviac ako je to možné*“, alebo „*urobiť pre posilnenie transformačného procesu čo najviac*“. Táto neurčitosť umožňuje akceptovať aj nedostatočné riešenia, ak sú objasňované profesionálmi, že urobili čo bolo možné.

Transformácia sociálnych služieb si v rovine sociálnopolitického projektu vyžaduje, aby boli stanovené konkrétne ciele, opatrenia, či úlohy, s konkrétnym časovým harmonogramom a príslušným finančným krytím.

Paradoxom je, že v čase prípravy koncepcie transformácie sociálnych služieb neboli dostatočne známe všetky potrebné fakty, ale s ohľadom na situáciu bolo potrebné, aby bola transformácia odštartovaná čo najskôr. Išlo o obdobie, v ktorom aktéri pripravujúci reformu sociálnych služieb hľadali inšpiráciu v zahraničí, kde boli skúsenosti s podobnými zmenami. Čo zodpovedá konštatovaniu Repkovej, že „*V rámci procesu tvorby nasleduje fáza formulovania vízie alebo imidžu požadovanej budúcnosti, ktorá by dávala ľuďom so zdravotným postihnutím väčšie príležitosti pre začlenenie, prínos a viac hodnotných sociálnych rolí. Nová vízia usmerňuje transformáciu, špecifikuje, ako by mali zamestnanci/kyne služby pomáhať ľuďom v napĺňaní ich nových životných šancí. Neznamená však ešte samotnú zmenu sociálnej služby, nehovorí, ako to majú organizácie urobiť. Za týmto účelom musí dôjsť k mobilizácii zdrojov (profesionálnych, rodinných, komunitných), ktoré sú, aj keď prevažne nie na ideálnej úrovni, bázou pre riešenie problému*“ (Repková, 2016: 25).

Z časového hlediska je možné situovat druhú etapu medzi dve legislatívne normy, teda medzi rok 1998 (zákon č. 195) a rok 2008, kedy bol prijatý zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Ani táto legislatívna norma sa však nevyhla určitým vágnym formuláciám, ktoré zapríčinili, že najvýznamnejšie zmeny, ktoré mali prispieť ku kvalite sociálnych služieb sa nere realizovali. Máme na mysli spustenie kontroly kvality sociálnych služieb. Prvým predpokladom pre kontrolu kvality je však zafinancovanie minimálnych štandardov a nastavenie celého procesu. V zákone 448/2008 Z. z. sa síce spomína, že bude zavedené hodnotenie kvality poskytovanej sociálnej služby, ale táto legislatívna úprava nemá charakter minimálnych štandardov a nie je možné podľa nej objektívne realizovať predmetnú činnosť.

V období po roku 2008 sme tak v slovenskej spoločnosti svedkami dvojitého smerovania transformačného procesu. Tým prvým je postupná úprava zákona č. 448/2008 Z. z., ktorá je spojená s postupným odďaľovaním spustenia procesu hodnotenia kvality poskytovaných sociálnych služieb. Posledný stanovený termín pre spustenie tejto aktivity je stanovený na 1.1. 2018 a my dúfame, že 10 rokov po ukotvení tejto povinnosti v zákone sa proces skutočne začne realizovať. Tým druhým je reálna snaha zariadení sociálnych služieb pripraviť sa na spustenie procesu hodnotenia kvality poskytovaných služieb. Ako vyplýva z našich zistení, toto úsilie je často chápané praktickými ako formálna nevyhnutnosť, alebo ako vynútené zlo. K podobným záverom prišla aj Repková (2016), podľa ktorej poskytovatelia sociálnych služieb priznávajú, že ak by sa neblížil termín oficiálneho spustenia hodnotenia kvality poskytovaných sociálnych služieb, nere realizovali by v tomto smere žiadne opatrenia. Z uvedeného vyplýva, že k úspešnému zavŕšeniu druhej etapy transformačného procesu je potrebné ďalšie vzdelávanie pracovníkov v sociálnych službách, pretože myšlienka transformácie sociálnych služieb bola síce zriadaťelmi a poskyťovateľmi formálne akceptovaná, ale nebola prijatá ako sociálna hodnota.

V rámci druhej etapy v slovenskom prostredí prebehol *proces decentralizácie sociálnych služieb*, ktorý pokladáme za úspešne zavŕšený. Ak by sme naň upriamili hlbšiu pozornosť, určite by sme našli viaceré nedostatky, ktoré sú spojené práve so spomínaným zákonom 448/2008 Z. z., ale hlavný cieľ bol naplnený. V rámci decentralizácie bolo *hlavným cieľom* prenesenie zriaďovateľskej pôsobnosti zo štátu na samosprávne orgány a posilnenie vstupu neverejných poskyťovateľov do sociálnych služieb. Ďalším krokom, ktorý bol komunikovaný s odborníkmi aj s verejnou, ako súčasť transformačného procesu, mala byť *deinštitucionalizácia spojená s podporou a rozvojom komunitných foriem sociálnych služieb*.

1.3 Tretia etapa transformačného procesu – realita alebo vízia?

Je možné označiť druhú etapu transformácie sociálnych služieb na Slovensku za ukončenú? Bol vytvorený predpoklad pre premenu inštitucionálnej starostlivosti na komunitnú? Zastávame názor, že nie. Transformačný proces v SR nenaplnil ani očakávania druhej etapy. Zriaďovatelia stále preferujú poskytovanie pobytových, celoročných služieb pred ambulantnými. Poskytovatelia (manažment) sociálnych služieb sa usilujú zavádzať nové pracovné postupy s cieľom skvalitniť život klientom v zariadeniach. Popri úsilí otvoriť bývalé „totálne inštitúcie“ voči verejnosti, sú v SR časté trendy realizovať *transformáciu na slovenský spôsob*. Týmto označením máme na mysli skutočnosť, že namiesto úsilia o deinštitucionalizáciu veľkokapacitných zariadení, ktoré by prenieslo život klientov zariadenia do komunity, prenášame komunitu do zariadení. Hlavným dôvodom je nedostatok finančné krytie ambulantných a terénnych sociálnych služieb. Ako ďalší dôvod by sme označili fakt, že viacerí riaditelia zariadení sa na zariadenia sociálnej práce nepozerajú zo životnej perspektívy klientov, ale z perspektívy zamestnancov. Táto perspektíva ešte viac ukotvuje existujúci stav prostredníctvom pozitívnych zmien vo vnútri zariadenia a odsúva zavŕšenie transformácie, ktorým by mala byť deinštitucionalizácia.

Mienkotvorné osobnosti posilňujú tento stav tvrdením, že transformačný proces bol zavŕšený a proces prebiehajúci v súčasnosti je potrebné chápať (a aj nazývať) ako proces deinštitucionalizácie (Krupa, 2007; Cangár, 2015). Repková (2016) v tejto súvislosti varuje pred možným rizikom zjednodušeného pohľadu na transformáciu, ak sa celý proces sleduje len optikou zameranou na síce významný výsek, ale predsa len časť, ktorou sú zariadenia sociálnych služieb, čo sa v slovenskom prostredí spája len so službami pre osoby s postihnutím (prevažne pobytovými).

Záver

Ako sme už naznačili, proces transformácie sociálnych služieb vnímame ako dlhodobý a komplexný proces. Súhlasíme s Repkovou (2016: 28), že „*Transformáciu vzťahujeme k celému sektoru sociálnych služieb (v komplexe jeho systémovej vonkajšej podmienenosti, rôznorodosti druhov a foriem a vzťahu k rôznorodým cieľovým skupinám)*“. Sme však presvedčení, že nie je vhodné uprostred celého procesu prekryvať určité reálne existujúce problémy zmenou terminológie.

Od roku 1992 sa proces transformácie spájal s deinštitucionalizáciou sociálnych služieb, ktorá patrila k najvýznamnejším cieľom celého procesu. Práve preto sa do oboch spomínaných legislatívnych noriem zapracovali nové formy, ktoré sa viažu na komunitnú úroveň a zákon 448/2008 Z. z. priniesol aj výrazné zníženie kapacity pre novovznikajúce sociálne služby pobytového charakteru (40).

Za uplynulé obdobie vzniklo veľa kvalitných sociálnych služieb. Máme však aj poskytovateľov a zriaďovateľov, ktorých služby nespĺňajú požiadavky kvality podľa v súčasnosti platnej slovenskej legislatívy. Ich ďalšiu existenciu umožňuje práve neexistencia externých kontrolných mechanizmov zameraných na kvalitu poskytovaných sociálnych služieb.

Ako určite významný prvok, ktorý pozitívne ovplyvňuje transformačný proces v oblasti sociálnych služieb na Slovenska vnímame aj finančné mechanizmy EU, ktoré v jednotlivých projektových obdobiach umožňujú čerpanie finančných prostriedkov za dodržania štandardov kvality stanovených EU. Jednotliví zriaďovatelia, ktorí tieto prostriedky získali vybudovali nové služby, ktoré sa zameriavajú najmä na ambulantné a terénne sociálne služby a pri pobytových ide o zariadenia s nízkou kapacitou.

Na druhej strane však vidíme aj riziko spojené práve s čerpaním finančných prostriedkov podľa pravidiel nastavených na aktuálne obdobie 2014-2020, kedy nastavené pravidlá pre zriaďovanie nových služieb umožnia síce ich technicko-materiálne vybudovanie, ale budú problémové pre ich financovanie. Financovanie novovzniknutých sociálnych služieb, alebo tých, ktoré budú produktom deinštitucionalizácie, bude musieť riešiť SR. Zastávame názor, že pri negociácii podmienok pre poskytnutie finančných prostriedkov EU pre oblasť sociálnych služieb, mala SR viac presadzovať aj požiadavky na finančnú udržateľnosť ich reálnej prevádzky.

Za ďalšie potenciálne riziko by sme označili práve nedôsledné zaobchádzanie s pojmami *humanizácia, transformácia a deinštitucionalizácia*. Z hľadiska úloh, ktoré sa viažu k makrorovine je pravdepodobné, že užšia skupina odborníkov, ktorá spolu dlhodobo komunikuje si dostatočne rozumie pri narábaní s jednotlivými pojmami. V oblasti praktického výkonu sa však pohybujú tisíce zamestnancov sociálnych služieb. Veľká časť z nich tam pôsobí dlhodobo. Z našich zistení vyplýva, že menenie významu, ktorý je týmto trom termínom pripisovaný v nich vyvoláva pocit zlyhania myšlienky transformácie a následnej potreby zmeny cieľu, teda zameranie na deinštitucionalizáciu. Táto skutočnosť nabúra ich profesionálnu istotu, že svoju prácu robia dobre a strácajú motiváciu pokračovať v nastúpenom procese. Pre zamestnancov v priamej praxi by bolo akceptovateľnejšie vedieť, že proces premeny sociálnych služieb sa posunul do svojej ďalšej fázy a preto je potrebné sa aj naďalej angažovať v snahe o dosiahnutie novej kvality sociálnych služieb,

ako zažívať proces nedokončenej práce. V tomto smere poukazujeme na zistenia zahraničných kolegov, podľa ktorých rozhodujúcim prvkom v procese kvalitatívnej premeny sociálnych služieb je práve pozitívne motivovaný personál pracujúci v sociálnych službách (O'Brien, 1999; Malley, Fernández, 2010; Fahey, Nolan, Whelan, 2003 ai.). Oficiálne ciele a úlohy formulované sociálnou politikou pre oblasť sociálnych služieb by mali byť s praktikmi komunikované tak, aby posilňovali ich motiváciu. Z tohoto dôvodu diskusiu o pojmoch používaných v súvislosti s procesmi prebiehajúcimi v oblasti sociálnych služieb nepokladáme len za zaujímavú akademickú debatu, ale za faktor významne ovplyvňujúci priamu prax v sociálnych službách.

Príspevok je výstupom z projektu APVV 0524-12 Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska This paper was prepared as a part of the project The Identity of Social Work in the Context of Slovakia [APVV-0524-12] funded by the Slovak Research and Development Agency.

Zoznam citovanej literatúry

CANGÁR, M. (ed.). *Riadenie a manažment prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť..* Bratislava: Implementačná agentúra MPSVR SR, 2015. ISBN 978-80-970110-7-9

FAHEY, T., NOLAN, B., WHELAN, CH. T. *Monitoring quality of life in Europe.* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2003. ISBN 92-897-0210-9.

KRUPA, S. a kol. *Transformácia domovov sociálnych služieb s cieľom sociálnej a pracovnej integrácie ich obyvateľov.* Projekt IS EQUAL. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2007.

LEVICKÁ, J. a kol. *Sociálne služby vývoj, súčasný stav a možnosti merania ich kvality.* Trnava: TYPI UNIVERSITATIS TYRNAVIENSIS, 2013, 101 s. ISBN 978-80-8082-738-0

MALLEY, J., FERNANDÉZ, J. L. Measuring quality in social care services: theory and practice. In *Annals of public and cooperative economics*. ISSN 1370-4788, 2010, vol. 81, no. 4, p. 559-582.

O'BRIEN, J. *The Genius of the Principle of Normalization.* Washington, DC.: Department of Education 1999. ERIC Number: ED456601 1999. [On-line]. Dostupné na: <http://thechp.syr.edu/wp-content/uploads/2013/10/Genius.pdf> [cit.2016.05.15]

REP KOVÁ, K. *Kvalita v kontexte transformácie sociálnych služieb.* Bratislava: Inštitút pre výskum rodiny, 2016. ISBN 978-80-7138-146-4

ZÁKON č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona číslo 455/ 1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

ZÁKON č. 195/1998 Z. z. o sociálnej pomoci

ZÁKON č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení

Potreba transformácie sociálnych služieb v kontexte práce s mladistvými delikventami⁷⁰

The Needs for Transformation of Social Services in the Context of Working With Juvenile Delinquents

Peter Patyi⁷¹, Barbora Rajnáková⁷²

Abstract

Príspevok reaguje na aktuálnu situáciu v Slovenskej republike kedy je dlhodobo zaznamenaný len mierny pokles trestnej činnosti mladistvých. Jedným z dôležitých predpokladov zabránenia recidívy je aj kvalitne realizovaná sekundárna a terciárna prevencia, ktorá je úzko spojená so sociálnymi službami. Autori príspevku prinášajú čiastkové zistenia z kvalitatívneho výskumu zameraného na identifikovanie ochranných faktorov, ktoré môžu pozitívne ovplyvniť zmenu postojoov mladistvých páchatel'ov.

Kľúčové slová: Sociálne služby. Transformácia. Delikvencia. Mladiství páchatelia.

Abstract

The contribution responds to current situation in Slovakia where only slight long-term decline in crimes of juvenile people is registered. One of the key assumptions for prevention of relapse into crime is also quality of the secondary and tertiary prevention tightly associated with social services. The authors of the contribution bring partial findings from the quality research focused on identification of the protective factors that may positively influence change to standpoints of juvenile offenders.

Keywords: Social Services. Transformation. Delinquency. Juvenile Offenders.

1. Úvod

Už od 90. rokov sa stretávame s poukazovaním a zdôrazňovaním potreby transformácie sociálnych služieb, ale zastávame názor, že podľa praxe sociálnej práce v trestnej justícii sa takmer nedotýka. Stagnácia v tejto oblasti je však alarmujúca vzhľadom na skutočnosť, že sa podľa dostupných štatistík nestretávame s výrazným poklesom trestnej činnosti mladistvých. Údaje získané z dostupných štatistík, ktoré sú pravidelne vypracované MV SR poukazujú len na mierne poklesy páchanej kriminality, ktorej sa dopúšťa cieľová skupina mladistvých jedincov. Pri sledovaní štatistík sme sa zamerali na časové obdobie rokov 2008–2015 a to na číselné údaje týkajúce sa majetkovej kriminality mladistvých páchatel'ov, ktorá je podľa prezídia policajného zboru najčastejšou doménou u mladistvých a tiež konečné údaje, ktoré zachytávajú celkovú kriminalitu mladistvých jedincov (MV SR, 2016). Tento nepomer, teda nepomer medzi na jednej strane nedostatočnou aktivitou vyvíjanou v prospech transformácie sociálnych služieb v spomínanej oblasti a nedostatočným poklesom trestnej činnosti mladistvých, smeruje k zanedbateľnému znižovaniu hodnôt vychádzajúcich zo štatistík týkajúcich sa rozsahu kriminality mladistvých na území SR. Tento jav poukazuje na potrebu skvalitnenia systémov práce s mladistvými jedincami, najmä s jedincami, ktorí sú ohrození recidívou trestnej činnosti.

70 Príspevok vznikol v rámci projektu APVV 0524-12 „Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska“.

71 Katedra sociálnej práce; Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce; Trnavská univerzita v Trnave; e-mailová adresa: peter.patyi@truni.sk; Tel.: +421-335-939-491

72 Katedra sociálnej práce; Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce; Trnavská univerzita v Trnave; e-mailová adresa: barbora.rajnakova@gmail.com

V súvislosti s mladistvými delikventami by sme do pozornosti chceli uviesť najmä sekundárnu a terciárnu prevenciu páchania trestnej činnosti. Podľa Kopányiovej (2008) by sekundárna prevencia mala byť zacielená na zamedzenie pretrvávania relatívne ľahkých foriem porúch správania a predchádzanie vzniku porúch psychického a sociálneho vývinu, ich identifikáciu už v počiatočných štádiách a okamžité indikovanie vhodných opatrení pre ohrozených jedincov v rámci cieľovej skupiny. Mencerová (2013) sa prikláňa k názoru, že aktivity by sa mali orientovať v prvom rade na depistáž rizikových rodín, v ktorých vyrastajú deti a mladiství, u ktorých sa už prejavuje porucha osobnosti disociálneho typu, poruchy správania, klamanie, krádeže, agresia, odolnosť voči výchove, úteky a i. Podobný názor prezentujú aj Farrington et al. (2013), podľa ktorých pre čo najefektívnejšiu prevenciu trestnej činnosti je potrebné s intervenčnými programami u rizikovej mládeže začať čo najskôr, najlepšie už v rannom veku. Za efektívne metódy považujú také, ktoré sú zacielené nielen na rizikového jedinca, ale na celý rodinný systém. Vyzdvihujú najmä návštevy odborníkov v teréne (v domácnosti), programy zamerané na intelektuálne obohatenie a tréning rodičovských zručností. V súvislosti s terciárnou prevenciou, ktorá je podľa Mencerovej (2013) už súčasťou resocializácie, sa kladie dôraz na zvyšovanie účinnosti pôsobenia na cieľovú skupinu osôb s delikventnými formami správania prostredníctvom zdokonaľovania diagnostických a následne nápravno-výchovných metód a ich diferencovaného používania. Hovoríme o nej vtedy, keď je zacielená na skupinu jedincov, ktorí sa už dopustili trestnej činnosti. Terciárna prevencia je v tomto prípade definovaná, ako prevencia recidívy trestnej činnosti. Podľa kolektívu autorov má účinná terciárna prevencia plniť dve základné funkcie:

1. Ochrana spoločnosti pred dôsledkami konania páchatel'ov trestných činov.
2. Prostredníctvom výchovného podnecovania, súčasťou ktorého je nadobúdanie konkrétnych sociálnych zručností, viesť páchatel'ov k pozitívnej prosociálnej zmene správania, schopnosti odolávať rizikám pôsobenia kriminogénnych faktorov a prevzatiu zodpovednosti za svoje správanie (Černíková et al., 2008).

Tomčíková (In: Hudecová a kol., 2010) v súvislosti s cieľovou skupinou, na ktorú sa v práci orientujeme, doplní, že terciárna (indikovaná) úroveň prevencie prevláda najmä v špeciálnych výchovných zariadeniach – a to: v diagnostických centrách, reedukačných centrách a liečebno-výchovných sanatóriách, prostredníctvom nariadenia ústavnej či ochrannej výchovy. Ide vlastne o rôzne druhy inštitucionálnej (rezidenčialnej) starostlivosti, ktoré na našom území patria ku klasickým formám intervencie. Podľa Levickej (2004), ide ale o formu starostlivosti, ktorá vykazuje vysokú mieru recidívy. Efektívnu prevenciu uvedeného negatívneho trendu podľa Tesařovej (In: Matoušek, 2011) môže byť najmä zvýšená pozornosť venovaná zverenovým pozitívnym stránkam osobnosti, poskytnutie mu dostatku príležitostí k osvojeniu si praktických schopností, samostatnosti a jeho príprave na prepustenie, s čím súvisí aj kooperácia ústavného zariadenia s „civilným“ prostredím. V oblasti moderných foriem intervencie sa rozvíjajú komunitné aktivity, orientácia na pozitívne trávenie voľného času a aktivity mimovládnych organizácií smerujúcich k danej cieľovej skupine. (Levícká, 2004). Pre zvýšenie efektívnosti indikovaných intervencií s mládežou s disociálnymi prejavmi Labáth (2009) o. i. uvádza, že je potrebné uplatňovať a hovoriť o prepojení reedukácie s resocializáciou, a to z dôvodu, že reedukácia sa týka len užšej oblasti práce s klientom a je možné jej prostredníctvom nahradiť/kompenzovať nedostatky vo výchove. Hlavným cieľom práce s uvedenou cieľovou skupinou, je ale pomôcť týmto jedincom opätovne sa začleniť do spoločnosti, teda resocializovať sa, pričom podľa autora ide o proces dlhodobý, počnúc od disociálneho zlyhania až po dosiahnutie samostatnej sebačistej existencie socializovaného jedinca. Zefektívnenie uvedeného procesu je podľa Matouška (2011) možné dosiahnuť prostredníctvom rozvíjania postrezidenčialnych foriem starostlivosti, ktoré sú poskytované zariadeniami typu domov na pol ceste, zriadených pre cieľovú skupinu, ktorá vychá-

dza (nielen) zo spomínaných typov ústavných zariadení. Ich výhodou je, že stierajú ostrý prechod z ústavného do prirodzeného prostredia, riešia významnú existenčnú otázku – poskytnutím bývania a stravy na obmedzenú dobu; možnosť nerizikového trávenia voľného času.

Z pohľadu zamerania témy našej práce sa javí zaujímavé konštatovanie Corcoranovej a Nichols-Caseboltovej (In: Punová, 2012), ktoré uvádzajú, že jednou z výziev, ktoré stoja pred sociálnymi pracovníkmi pri výkone ich profesie, je nutnosť zamerať sa viac na silné stránky klienta, než na tie rizikové alebo patologické. Punová (2012) výzvu úžasne prepája s *tzv. resilienčným prístupom* využitelným v práci s rizikovou mládežou, ktorého prednosť spočíva v tom, že sa v človeku nesnaží hľadať to, čo je slabé, ale naopak, snaží sa v ňom nachádzať to silné, to, čo ho v slabosti dokáže posilniť a urobiť ho odolným. Je tu rovnako badateľná, do popredia vystupujúca neustála a nezmeniteľná potreba uplatňovania individuálneho prístupu k jedincom prejavujúcim sa páchaním trestnej činnosti.

2. Ochranné faktory pozitívne ovplyvňujúce zmenu postojov mladistvých delikventov

V rámci realizácie kvalitatívneho výskumu sme sa zamerali na cieľovú skupinu mladistvých delikventov umiestnených v reedukačnom centre s cieľom identifikovať v ich individuálnych životoch faktory, ktoré majú potenciál motivovať ich k odklonu/upusteniu od trestnej činnosti v budúcnosti. Oblasti (domény), ktorých sa dotýkala naša pozornosť sú: osobná, rodina, škola a vzdelávanie, rovesníci a komunita. Výskum sa nezameriava na identifikáciu príčin spáchanej trestnej činnosti, ale na nájdenie pozitívnych faktorov (silné zdroje), ktoré by cieľovej skupine pomohli neskĺznuť opäť do trestnej činnosti/disociálneho správania (odklon od recidívy).

Pri výbere témy výskumu sme sa inšpirovali poznatkami z oblasti *paradigmy rizikových faktorov (ktorej súčasťou je aj identifikácia protektívnych faktorov)* a *paradigmy upustenia*. Autorom paradigmy upustenia je Fergus McNeil, kriminológ z Glasgow School of Social Work (Škótsko). Upustenie je v kontexte paradigmy upustenia (desistance paradigm) Fergusom Mcneillom (2006) charakterizované, ako proces upustenia od páchania trestnej činnosti u tých, ktorí sa predtým angažovali v trestnej činnosti, pričom do úvahy sú brané aj možné relapsy, pretože podľa autora ide o začarovaný kruh, z ktorého je len veľmi ťažké sa odkloniť. Prístup sa nesnaží analyzovať faktory, ktoré páchatelov motivovali k trestnej činnosti, ale snaží sa priniesť informácie o tom, čo vedie k skorému prerušeniu kriminálnej kariéry a o faktoroch, ktoré by toto prerušenie mohli urýchliť. Výhodiskom pochopenia celej problematiky je podľa autora následne možnosť realizovať *tzv. asistované upustenie* teda začleniť významné systémy a ľudí, ktorí majú potenciál v tomto procese jedincomi pomôcť a poskytnúť mu tak potrebnú podporu či oporu.

Za účelom zberu dát sme si zvolili metódu hĺbkových rozhovorov (*in depth-interview*) so snahou pochopiť a získať vhľad do toho, čo mladiství delikventi umiestnení v inštitucionálnej starostlivosti vnímajú ako reálne možnosti či zdroje pomoci alebo podpory. Metóda pološtruktúrovaného rozhovoru sa nám javila ako najvhodnejšia aj vzhľadom na problematickú skupinu, s ktorou boli rozhovory realizované. Umožnila nám poradenie okruhov meniť, prispôbovať podľa potreby a možnosti tak, aby sme maximalizovali zisky z jednotlivých rozhovorov.

Stanovili sme si o.i. aj nasledovné výskumné otázky:

1. Čo môže v pozitívnom zmysle ovplyvniť rozhodnutie mladistvých delikventov umiestnených v reedukačnom centre, upustiť od trestnej činnosti/disociálneho správania v budúcnosti?
2. Aké protektívne (pozitívne) faktory je možné identifikovať v jednotlivých oblastiach života (doménach) u juvenilného delikventa (umiestneného v RC), ktoré by ho mohli viesť k odklonu od recidívy v trestnej činnosti/disociálneho správania?

Rozhovory boli realizované v prostredí reedukačného centra, v ktorom boli participanti umiestnení, pričom súhlas s rozhovorom bol viazaný na vôľu samotných participantov. Rozhovor sa zúčastnilo s 10 participantov. Vo fáze analýzy a interpretácie dát sme postupovali technikou otvoreného kódovania, ktorá bola vyvinutá v rámci zakotvenej teórie. Pre následnú prácu s vytvorenými kategóriami sme si zvolili techniku vyloženia kariet.

2.1 Výsledky výskumu

V rámci prezentácie čiastkových zistení realizovaného výskumu bližšie priblížime len zistenia viažuce sa k dvom najvýznamnejším doménam zo všetkých sledovaných a to osobná (individuálna) a komunita, ktorú predstavuje prostredie reedukačného centra, v ktorom sú participanti umiestnení.

V procese analýzy sme o. i. identifikovali nasledovné významné oblasti:

1. Ako umiestnenie do RC vstupuje do procesu odklonu od páchania trestnej činnosti/ od disociaľneho správania?
2. Aké vnútorné motívy/vplyvy majú potenciál pozitívne ovplyvniť rozhodnutie mladistvých delikventov umiestnených v RC nepáchať trestnú činnosť v budúcnosti/zmeniť disociaľné správanie do budúcnosti?

Pre prezentovanie čiastkových zistení výskumu, by sme chceli priblížiť identifikované ochranné faktory v rámci 2 domén:

V doméne INDIVIDUÁLNA/OSOBNÁ, ako najvýznamnejšie protektívne/ochranné faktory vystupovali: uvedomenie a zvažovanie následkov. V doméne KOMUNITA, ako protektívny faktor vystupovalo už samotné umiestnenie do RC. Výsledky výskumu tiež poukazujú aj na zjavné prepojenie uvedených dvoch domén a to najmä v tom zmysle, že zlyhanie v živote aj očiach participanta (teda umiestnenie do RC – KOMUNITA) uviedlo do pohybu pre odklon nevyhnutný proces uvedomenia a zvažovania následkov. Proces zvažovania následkov sa ukázal, ako významný a to vo vzťahu k minulosti aj vo vzťahu k budúcnosti. Tzn., že participanti na základe umiestnenia do RC (skúsenosť zlyhania) zvažovali zisky a straty – teda dôsledky, ktoré im prinieslo ich konanie v minulosti, ale na druhej strane zvažovali aj následky, ku ktorým by viedlo ich rovnaké konanie v budúcnosti, keby od neho neupustili (v INDIVIDUÁLNEJ/OSOBNÉJ oblasti/doméne).

Proces odklonu od páchania trestnej činnosti zväčša začína umiestnením mladistvého delikventa do reedukačného centra. Výsledky výskumu poukazujú na fakt, že umiestnenie bolo v tomto smere v konečnom dôsledku participantmi vnímané, ako ponúknutá posledná šanca, príležitosť na ceste odklonu od trestnej činnosti, ktorú pokiaľ nevyužijú alebo by sa im v živote neponúkla, perspektíva ich ďalšieho smerovania by bola nepriaznivá – VTOS. Podľa participantov, umiestnenie má potenciál zabrániť progresu, či prehlbovaniu príčinného stavu. Pre doloženie pravdivosti našich tvrdení uvádzame výpovede niekoľkých participantov:

P1: „Podľa mňa mi aj to pomohlo, že to, čo nemám ako robiť, že tu už nebudem robiť“

P4: „Tak už som nespravil problémové, som už tu...už dosť dlho... už rok... kebyže som doma, tak už voľakde sedím v nejakej base, ale tu som.“

P10: „Keby som bol doma, tak som už dávno v base, hej... a toto viete je už taká príprava, hej...že keď pôjdem domov a sa nepolepším, budem v tom, tak pôjdem sedieť, hej.“

Súčastňou celého procesu motivácie ku zmene teda nie je len zvažovanie benefitov či strát v dôsledku minulých činov, ale aj uvedomovanie a zvažovanie následkov, ku ktorým by nevyhnutne viedla ďalšia riziková, či trestná činnosť v budúcnosti, pokiaľ by „ponúknutú šancu“ nevyužili. Práve prítomnosť, či schopnosť zvažovania následkov v tomto kontexte považujeme za silný protektívny faktor, ktorý má potenciál motivovať participantov k odklonu od trestnej činnosti v budúcnosti. Ako najvýznamnejšie, najsilnejšie motivátory v opisovanej oblasti (zvažovanie následkov vo vzťahu k budúcnosti) boli identifikované *odstrašujúci účinok trestu, riziko odhalenia, a s tým spojené procesné úkony a riziko neuplatnenia sa na trhu práce, spojené so stigmatizáciou po skončení výkonu trestu.*

P2: „*Nechcem ísť do basy, zato.*“

P4: „*...aj kvôli sebe, lebo...keď pôjdem nejakú robotu si hľadať a budem trestaný, tak jak budú pozerat' na mňa, že aha basista a nedajú mu žiadnu robotu.*“

P10: „*...prišli by na to policajti a by som mal, by som chodil po súdoch a také veci, tie procesy.*“

Z uvedeného vyplýva, že umiestnenie do RC sa javí, ako kľúčové, mal by byť preto čas strávený v ňom využitý efektívne, podľa individuálnych potrieb klientov, pretože má potenciál zohrať v procese odklonu významnú rolu. Je preto potrebné počas umiestnenia klienta v RC identifikovať klientove zdroje (či už interné alebo externé), protektívne faktory, ktorých zámerným posilňovaním je možné v konečnom dôsledku pozitívne vplývať na proces odklonu.

Pre úplnosť našich zistení chceme tiež zdôrazniť kontrast vo výpovediach a to, že pohľad participantov na umiestnenie je dvojaký. Čo ovplyvňuje následne aj celý **proces uvedomenia** vo vzťahu k zvažovaniu toho, čo im prinieslo ich konanie v minulosti (zisky a straty) a následne ovplyvňuje ich motiváciu k odklonu v budúcnosti po opustení RC. Pokiaľ participanti prežívali straty, ktoré im prinieslo umiestnenie ako dôsledok vlastného chybného konania v minulosti, teda prijali zodpovednosť za vlastné konanie, tak ich motivácia a nádej k dosiahnutiu odklonu bola výraznejšia, na rozdiel od participantov, ktorí prežívali straty ako vinu umiestnenia do RC, a teda prejavovali pocit ukrivdenosti. Ako podpora pre celý proces uvedomenia pôsobí najmä prežívanie strát, ktoré im prinieslo problémové správanie a konanie, na základe ktorého boli umiestnení do RC. Je preto nutné rozlišovať, či participanti prežívajú umiestnenie do RC ako krivdu alebo ako spravodlivý trest či príležitosť, v ktorej sa chcú poučiť. Ak je umiestnenie participantom vnímané, ako krivda vtedy aj strata je prežívaná, ako dôsledok (vina) umiestnenia, nie ako spravodlivý dôsledok za vlastné problémové správanie. Ako najväčšie straty u participantov vystupovali: odlúčenie od rodiny a blízkych, nemožnosť byť doma a strata voľnosti/slobody v dôsledku umiestnenia. Naše tvrdenia je možné nájsť priamo vo výpovediach participantov:

P1: „*...by som si chcel zmeniť správanie...no...lebo s týmto správaním sa nedostanem nikam, stále som len po reedukačkách... dá sa to, to len ja musím chcieť.*“

P5: „*...už teraz som dlho zavretý...koľko som stratil za ten čas, čo som mohol získať...už budem vedieť, čo som si, čím som si prešiel. A nebudem to chcieť zažívať druhýkrát“ „...som stratil detstvo. Nemôžem sa zabávať tak, ako normálne decká vonku, stratil som voľnosť...“*

P6: „*...Neuvedomoval som si to, hej?...som si myslel, že som veľký frajer... Ale keď sa už človek dostane do takejto situácie, tak inak to už všetko berie... je to tak, že nevidíte svojich blízkych a ták, to je ten problém...“*

Ako najvýraznejšie faktory podporujúce proces uvedenia v prospech odklonu boli identifikované: skúsenosť zlyhania (umiestnenie do RC), prežívanie strát, uvedomovanie rizík, úprimné chcenie, sebakorigovanie.

Spomínaná nádej a motivácia bola identifikovaná v odpovediach na otázku: „čo by mohlo chlapcom pomôcť v tom, aby po opustení RC nespádli opäť do podobných problémov?“, teda čo by im jednotliví účastníci poradili. „Motivovaní“ účastníci zdôrazňovali, že pre odklon je dôležité uvedomiť si, že zmena je žiaduca kvôli nim samotným, je dosiahnuteľná (dá sa to vydržať), a že oni sami nesú zodpovednosť za seba a svoje konanie, a teda inými slovami je potrebné byť sám sebe motivátorom v procese odklonu (musia sami chcieť). Pre doloženie pravdivosti našich tvrdení a poskytnutie priestoru pre utvorenie si vlastného názoru na celú problematiku uvádzame aj výpovede niekoľkých účastníkov viažuce sa ku kontextu.

P2: „*Žiadna myšlienka, musím sám seba... že nemôžem kradnúť!*“

P5: „*Nikto sa nenarodí, ako kriminálnik! Ale viem, že tí chlapci nechcú uvažovať nad iným, ako je toto... „...Proste im už nepomôže nik, ak oni si nevstúpia do svedomia, čo podľa mňa nebude. „...treba to v nich vyvolať“ „...rada treba nakoniec, tam je hlavné človeka nasmerovať.“*

P7: „*...keď budú vedieť oni sa tu zlepšiť, tak budú vedieť aj niekde vonku, keď budú chcieť, tak hej, ale keď nebudú chcieť, tak skončia zle...“*

Z výpovedí účastníkov zjavne vyplýva, že nestačí len podpora zo strany kompetentného personálu aj keď je aj z ich pohľadu nimi samotnými hodnotená, ako významná. Ale je potrebné u účastníkov zmenu vyvolať – podnietiť.

Podľa Marunu (2010) jednou z identifikovaných oblastí, ktoré jedincom pomáhajú v procese upustenia od trestnej činnosti je práve silná motivácia k zmene vlastného života a nádej/ vlastné vnútorné presvedčenie, že je možné to dokázať. U nás „motivovaní“ účastníci tiež okrem úprimného chcenia zdôrazňovali potrebu aktívneho korigovania vlastného správania, aby bolo možné vyhnúť sa „pádom“ v budúcnosti. Za pozitívny faktor v oblasti **uvedomenia** na základe výsledkov považujeme v prospech odklonu *prijatie zodpovednosti* a následné *sebakorigovanie na základe uvedomovania potenciálnych rizík, ktoré by vyplývali z konania* (napr. *stretnutia s minulosťou s delikventnými črtami správania*). V súvislosti s identifikovaným sebakorigovaním, podobné zistenie uvádzajú Simoes, Matos, Batista-Foguet (2008) v doméne osobnosť (individuálna oblasť) ako protektívny faktor – sociálno-kognitívne zručnosti (konkrétne sebaovládanie, schopnosť povedať nie, schopnosť vedieť sa samostatne rozhodovať).

Na základe prezentovaných výsledkov nášho výskumu, ako najvýznamnejšia doména z nášho pohľadu vystupuje práve OSOBNÁ/INDIVIDUÁLNA, pretože sa ukázalo, že pre odklon je potrebné podnietiť úprimné chcenie a motiváciu u každého jedinca individuálne, zasiahnuť srdce mladistvého delikventa a podnietiť tak individuálnu vnútornú túžbu k odklonu od disociálneho správania/trestnej činnosti.

Na jednotlivé ochranné (protektívne) faktory, ktoré sme identifikovali a prezentovali sa podľa našich zistení viažu ďalšie faktory, pozitívne faktory, ktoré s nimi súvisia. Napríklad súčasťou protektívneho faktoru – umiestnenia do RC, je ako pozitívny faktor vnímaný bodovací systém, ktorý je ako metóda súčasťou systému hodnotenia správania v zariadení.

Faktory, ktoré sme identifikovali môžu byť vnímané, ako protektívne (ochranné) v procese odklonu od disociálneho správania/trestnej činnosti a majú potenciál zohrať významnú rolu v celom procese. Je však nutné zdôrazniť, že je potrebné dbať na osobitosť každého jedinca a podľa toho pristupovať aj k práci s jednotlivými faktormi vo vzťahu ku konkrétnym osobám.

3. Závěr

Na vyústění správania a konania až do trestnej činnosti sa podieľa mnoho faktorov v osobnostnej i sociálnej rovine u konkrétneho mladistvého jedinca. To platí aj pre proces odklonu či upustenia od disociálneho správania, prípadne už konkrétne od trestnej činnosti. Na tejto ceste, ktorá je náročná práve tým, že môže byť poznačená viacerými pádmí, do hry vstupuje množstvo faktorov označovaných ako rizikové a ochranné (protektívne). Pri našej snahe o ich nachádzanie u mladistvých umiestnených v inštitucionálnej starostlivosti sme preukázali, že je možné ich identifikovať u danej cieľovej skupiny, aj keď v rôznej premenlivosti, a následne tiež zatriediť ich do jednotlivých domén navrhnutých na základe výsledkov z výskumov realizovaných už pred nami. Problematiku orientácie na protektívne faktory alebo na faktory umocňujúce odklon od páchania trestnej činnosti považujeme (nielen) u zvolenej cieľovej skupiny za nedostatočne prebádanú v našich podmienkach, preto by sme prácou radi prispeli k prehĺbeniu znalostí v tomto kontexte. Predpokladáme, že cieľená profesionálna práca zameraná na posilňovanie jednotlivých, identifikovaných protektívnych, či pozitívnych faktorov u konkrétneho jedinca môže následne ovplyvniť jeho vlastné vnútorné rozhodnutie – upustiť od trestnej činnosti v budúcnosti. V tomto smere by podľa nášho názoru mala postupovať aj transformácia sociálnych služieb v oblasti sociálnej práce v trestnej justícii, (nielen) pri práci s mladistvými delikventami.

Zoznam citovanej literatúry:

ČERNÍKOVÁ, et al. 2008. *Sociální ochrana. Terciární prevence, její možnosti a limity*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. 244 s. ISBN 978-807380-138-0.

EDUKOS. 2008. „Život na slobode“ a *Nový život na slobode*“. [online]. 2008. [cit. 2016-9-13]. Dostupné na internete: <http://www.edukos.sk/index.php?lang=sk&page=show_page&level=12,35,0>.

FARRINGTON, D. P. et al. 2013. *From Juvenile Delinquency to Young Adult Offending. Study Group on the Transitions between Juvenile Delinquency and Adult Crime*. [online]. 2013. Dostupné na internete: <<https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/grants/242931.pdf>>.

HUDECOVÁ, A. a kol. 2010. *Profesionálne kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexii*. Banská Bystrica: PF UMB v BB, 2010. 150 s. ISBN 978-80-557-0112-7.

KOPANYIOVÁ, A. 2008. Terciárna/Indikovaná prevencia v školstve. In: *Prevencia* [online]. 2008, roč. 2008 č. 1 2008 [cit. 2015-5-16]. Dostupné na internete: <<http://www.uips.sk/level2/prevencia-1-08>>. ISSN 1336-3689.

LEVICKÁ, J. 2004. *Sociálna pedagogika pre sociálnych pracovníkov*. Trnava: Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP TU, 2004. 122 s. ISBN 80-968952-2-2.

MATOUŠEK, O. 2011. *Mládež a delikvence*. Praha: Portál, 2011. 344 s. ISBN 978-80-7367-825-8.

MARUNA, S. 2010. Understanding desistance from crime. In *Ministry of Justice: National Offender Management Service*. [online]. 2010, [cit. 2015-8-21]. Dostupné na internete: <<http://www.safeground.org.uk/wp-content/uploads/Desistance-Fact-Sheet.pdf>>.

McNEILL, F. 2006. A desistance paradigm for offender management. In *Criminology and Criminal Justice*. ISSN 1748-8958, 2006, vol. 6, no. 1, n 39-62.

MV SR.. 2016. *Mladistvých páchatel'ov najviac zaujíma majetková trestná činnosť*. [online]. 2012. [cit 2016-9-12]. Dostupné na internete: <<http://www.minv.sk/?tlacove-spravy-2&sprava=mladistvych-pachatelov-najviac-zaujima-majetkova-trestna-cinnost>>.

MV SR. 2016. Štatistika kriminality v SR. [online]. 2016. [cit. 2016-9-13]. Dostupné na internete: <<http://www.minv.sk/?statistika-kriminality-v-slovenskej-republike-xml>>.

PROBAČNÍ A MEDIAČNÍ SLUŽBA ČR. 2014. *Zpráva o realizaci akreditovaných probačních programů v roce 2013*. [online]. 2014, [cit. 2016-9-13]. Dostupné na internete: <https://www.pmscr.cz/download/Zprava_o_realizaci_probacnich_programu_2013.pdf>.

SIMOES, C., MATOS, M. G., BATISTA-FOGUET, J. M. 2008. Juvenile Delinquency: Analysis of Risk and Protective Factors using Quantitative and Qualitative Methods. In *Cognition, Brain and Behavior*. ISSN 1224-8398, 2008, vol. XII., no. 4, p. 289-408.

YOUTH JUSTICE BOARD FOR ENGLAND AND WALES. 2014. Asset documents. In *Part of: Assessment forms: young people in the youth justice system*. [online]. 2014, [cit. 2015-8-28]. Dostupné na internete: <<https://www.gov.uk/government/publications/asset-documents>>.

Trendy institucionálních kontextů v ČR a zahraničí: příklad systémů sociálně-právní ochrany dětí

Institutional contexts of child protection systems in Czech republic and abroad

Lucie Šanderová⁷³

Abstract

Cílem příspěvku je představení současných trendů v rámci systémů sociálně-právní ochrany dětí. Příspěvek vychází z debaty, kterou představila australská profesorka sociální práce Catherine McDonald ve své knize *Challenging Social Work: The Institutional Context of Practice* (2006) a z debaty vedené autory dlouholetého srovnávacího výzkumu devíti systémů sociálně-právní ochrany dětí (Gilbert, Parton a Skivens 2011). Po pojmenování institucionálních kontextů sociální práce je pozornost věnována historickým souvislostem vývoje české sociálně právní ochrany dětí a rizikům, kterým je v dnešní době vystavena.

Klíčová slova: Systém sociálně-právní ochrany dětí. Institucionální kontext. Sociální práce.

Abstract

The aim of this contribution is introduction of the latest trends in the systems of the social and legal protection of children. The contribution is based on the discussion introduced by Australian professor of the social work Catherine McDonald in her book called *Challenging Social Work: The Institutional Context of Practice* (2006) and from the discussion by authors of the long-term comparison research of nine systems of the social and legal protection of children (Gilbert, Parton, and Skivens 2011). Following naming of the institutional contexts of the social work the attention is paid to historical connections in the development of the Czech social and legal protection of children and risks the system currently faces.

Keywords: Social and Legal Protection of Children. Institutional context. Social work.

Úvod

Catherine McDonald přináší zajímavý pohled na to, co se odehrává v posledních letech se sociální prací jako s oborem. Poukazuje na skutečnost, že projekt *moderní sociální práce* vznikl ve specifické době a vycházel ze specifických hodnot té doby. Byl úzce spojen se vznikem sociálního státu (*welfare state*) a jeho sociálně demokratickými hodnotami založenými na myšlenkách o státu jako instituce, která pečuje a ochraňuje své občany na bázi občanských práv. Sociální práce do takové racionality perfektně zapadala. Stala se díky tomu profesí, kterou sociální stát zahrnul pod svá křídla a věnoval se její správě, financování a v neposlední řadě také kultivaci vzdělávání profesionálních sociálních pracovníků. Alespoň v anglosaském prostředí, které *McDonald* popisuje. Éra moderního sociálního státu, který se rozvinul i jako reakce na poválečnou situaci v Evropě, však (nejen podle *McDonald*) dávno skončila. Přibližně od 70. let 20. století se v anglosaském prostředí hovoří o oslabování sociálního státu a jeho myšlenek na úkor kompletně odlišné racionality – racionality založené na upřednostňování svobody trhu nad občanskými právy a prosazující individualismus na úkor kolektivismu. Silně se prosazující racionalita neoliberálního *workfare* státu (tedy státu, který podmiňuje nárok a zejména udržení si státní podpory aktivním plněním požadavků zaměřených na participaci v rekvalifikačních programech, školeních, pracovních stážích apod.) stojí v silném kontrastu vůči racionalitě *welfare* státu – a tedy i v ostrém kontrastu vůči

73 Mgr. Lucie Šanderová, Katedra sociální politiky a sociální práce MU Brno, Joštova 10, 602 00 Brno, email: sanderova@mail.muni.cz

hodnotám moderní sociální práce. *McDonald* se proto ptá, co se stane se sociální prací, setká-li se s protichůdnou racionalitou neoliberalismu? (*McDonald* 2006: 207) Příklady, které autorka uvádí, ukazují, že „*racionalita neoliberálního státu (silnějšího hráče, který kontroluje zejména finanční zdroje) ovládne racionalitu profese (slabšího, na zdrojích závislého hráče)*.“ (*McDonald* 2006: 208) Tím, jak jsme jako sociální pracovníci „nuceni“ v nových podmínkách přemýšlet jinak o našem poslání, mění se výrazně i to, co vytváří a je považováno za dobrou organizační a profesní praxi. Jinými slovy – mění se podoba praxe sociální práce, což je dle *McDonald* obrovskou výzvou pro sociální práci jako obor a zejména pro sociální pracovníky.

Podle *Catherine McDonald* se můžeme v současné angloamerické sociální práci setkat s různými reakcemi na měnící se ekonomické, politické a ideologické kontexty. Vyznačují se například různými pojetími uživatelů sociálních služeb. Můžeme se setkat s vnímáními uživatelů služeb jako *klientů* nebo jako *objektů disciplinace*, které je úzce spjata s neoliberální racionalitou, nebo vnímáními uživatelů služeb jako *občanů*, které vychází z různých hnutí sociální práce zajímajících se o lidi s mentálním či zdravotním postižením. (*McDonald* 2006: 8) V následující kapitole se ponoříme hlouběji do oblasti sociální práce, která se zaměřuje na sociálně právní ochranu dětí. Necháme se trochu zlákat myšlenkou, zda je možné stejnou logiku, kterou *Catherine McDonald* uplatňuje na vztah mezi institucionálním kontextem sociální práce a samotnou praxí sociální práce (včetně způsobu vnímání uživatelů služeb), použít na vztah mezi institucionálním kontextem a sociálně-právní ochranou dětí. Bude nás tedy zajímat, zda a jakým způsobem se v průběhu minulého a současného století sociálně-právní ochrana dětí přizpůsobovala institucionálním kontextům, jakými jsou *welfare state*, *státní socialismus* či *workfare state*.

Bude to možná trochu *nefér* zamyšlení, jelikož pozice sociálně-právní ochrany dětí má v anglicky mluvících zemích i v České republice velmi specifickou pozici v rámci sociální práce. Mnohem častěji je při ní uplatňována *kontrola*, než *pomoc*. V rámci sociálně-právní ochrany dětí se můžeme proto častěji setkat s represivními opatřeními a zejména s tzv. *nedobrovolnými* uživateli služeb – což je samo o sobě pro sociální pracovníky obrovskou výzvou. Zároveň je oblast sociálně-právní ochrany dětí komplikovaná svým zaměřením se na soukromé fungování celé rodiny. Sociální pracovníci nezasahují jako „mediátoři“ vztahů mezi společností a jedincem (či skupinou), ale jako mediátoři vztahů mezi rodiči a dětmi – to je velmi intimní a veskrze soukromá sféra, do které mohou sociální pracovníci vstoupit i návrhem na odebrání dětí z rodiny. Pod vlivem různých institucionálních kontextů tak činí v různé míře a s jinými představami o budoucnosti dětí a jejich rodin. V této kapitole se blíže zaměříme na institucionální kontexty sociálně-právní ochrany dětí v Česku. Abychom mohli lépe sledovat vztah kontext – praxe, podíváme se na vývoj sociálně-právní ochrany dětí z historické perspektivy. Budeme sledovat, jak se v průběhu času měnil přístup k ohroženým dětem (a jejich rodinám) a pokusíme se pojmenovat, na pozadí jakých společenských kontextů se tyto změny odehrávaly.

Institucionální kontexty a jejich dopady na sociálně-právní ochranu dětí

Za posledních 100 let se v české sociálně-právní ochraně dětí událo mnoho změn na pozadí poměrně dramatických proměn v institucionálním nastavení sociální práce a sociální podpory. „Američtí historikové sociálně právní ochrany dětí hovoří o kyvadlu sociálně právní ochrany, které se vychyluje mezi vírou v návrat dětí do původní rodiny a vírou v náhradní rodinnou péči: když se kyvadlo přikloní k biologickým rodinám, jsou upřednostňovány služby sanace rodiny, sociální politika se snaží podpořit ohrožené rodiny a státní orgány odebírají děti se strachem. S kyvadlem vychýleným zpět k víře ve výhody adopce a trvalé pěstounské péče jednají úřady při obvinění ze špatného zacházení s dětmi razantněji a raději odeberou dítě dříve, než aby čekali, zda se dítěti

stane něco vážnějšího. V tomto kontextu dostávají rodiče méně „šanci“ od institucí, a rodičovská práva jsou rychleji pozastavována” (Reich 2005: 27). Kyvadlo vývoje v této oblasti se tak v ČR, i díky minulému vývoji, pohybuje mezi ústavy a vším ostatním. Přitom na straně „všeho ostatního“ nás může čekat mnoho variant, které mohou svými principy a svými filosofickými základy popírat jeden či druhý přístup. Podobně jak je tomu s „kyvadlovou“ vírou v biologickou rodinu či v pěstounskou péči ve Spojených státech.

Po První světové válce se množily snahy podporovat maminky a chudé rodiny tak, aby zvládaly péči o děti samy. V padesátých letech se dosavadní praxe „zapomíná“ a kolektivní ústavní výchova prakticky nahrazuje výchovu v chudém prostředí. V té době se věřilo, že jediné výchova v hromadných ústavech zajistí dětem řádný vývoj a podle některých autorů tento duch minulé doby stále trvá (Maděričová 2008: 6). Situace po sametové revoluci až dosud je opět ve znamení obnovení víry v biologickou rodinu a snah (zejména neziskového sektoru) o de-institucionalizaci systému péče o ohrožené děti a zároveň o profesionalizaci pěstounské péče.

Ukázalo se, že kyvadlo sociálně-právní ochrany dětí se přiklánílo k podpoře biologických rodin v ČR jednak v době silnějšího sociálního státu, ale i v některých momentech *workfare* státu. Byly to momenty, kdy se potkaly snahy některých sociálních pracovníků a výzkumníků upozorňovat na negativa předčasného umísťování dětí mimo původní rodinu s racionalitou *workfare* státu snížit výdaje na nákladný systém péče o děti mimo rodinu. Tento historický exkurz nám také ukazuje, že na praxi sociálně-právní ochrany dětí mají obrovský vliv i jiné kontexty, než je sociální politika státu. Ukazuje se, že významné soudní kauzy, nové výzkumné objevy, či tlak ze zahraničí společně s tlakem profesních skupin mohou výrazně pozměnit podobu přístupu k ohroženým dětem a jejich rodinám bez ohledu na celkovou politickou či ekonomickou institucionální racionalitu.

Mohlo by se zdát, že díky specifickým historicko-politickým okolnostem ve vývoji České republiky od II. světové války, bude ekonomicko-politický kontext u nás výrazně jiný, než v anglosaských zemích. Mnoho akademiků ovšem upozorňuje na to, že se nám podařilo západní státy (oslabené globalizací ekonomiky a podřizující se v mnohém racionalitě upřednostňující principy volného trhu) za posledních 20 let nejen dohnat, ale často i předejít (Bělohorský et al. 2010). Tito autoři poukazují na negativní aspekty neoliberální racionality některých reforem v Česku (zdravotnictví, důchodového systému, vysokého školství, nebo sociálního státu atd.), kde je znát silně filosofie „*workfare state*“. Vše nasvědčuje tomu, že Česká republika není výjimkou a dokázala se velmi rychle přizpůsobit globalizaci světové ekonomiky a přijmout za své neoliberální myšlenky spojené s upřednostňováním volného trhu. Některé systémové reformy posledního desetiletí mohou být vnímány jako znamenitý příklad posunu od pečujícího sociálního státu ke státu založenému na opačných principech, tj. na principech individualizace zodpovědnosti na bedra klientů sociálního státu (Gilbert, Parton, Skivens 2011: 244). Neoliberálním trendům neunikla ani sociální práce v České republice. Tržní principy se do oboru dostávají skrze důraz na „*case management*“, snahu striktně definovat co je možné v rámci sociální práce dělat a co nikoliv (např. podoba Zákonu o sociálních službách), jak je nutné při sociální práci postupovat (uzavírat se zájemci o služby smlouvou a sepisovat individuální plány), jak máme vnímat ty, se kterými pracujeme – jako klienty (kteří si „nakupují“ naše služby) a jak je nutné co nejrychleji prezentovat „úspěšnost“ intervencí sociálních pracovníků (ideálně každé čtvrtletí), jinak nebude možné zaručit finance na další období.

Co se týče vztahu mezi „kontextem“ a praxí sociálního státu, resp. systémem OSPOD, situace by se mohla zdát jednoduchá: že se systém OSPOD přizpůsobuje aktuálnímu politickému a ekonomickému kontextu do stejné míry jako ostatní složky sociálního státu. Pokud McDonald (2006) pro porozumění současnému kontextu používá termín neoliberalismus, který v sobě kloubí mj. individualizaci zodpovědnosti, další financiaci sociálních vztahů, příp. redukci státu jako

takového („škrtání“ státních výdajů), pak by se řešení nedávné ekonomické krize dalo považovat za realizaci neoliberální doktríny proto, že výše uvedené znaky rozvinula tehdejší vláda v bezprecedentní míře. Stát prosazoval zavedení školného na vysokých školách jako „kompenzaci“ stagnujících nebo snižujících se výdajů na vzdělávání – individualizuje, resp. desocializuje tak vzdělání a činí z něj v podstatě „zboží“. Na pozadí financionalizace, individualizace a redukce státu se nesla též tzv. důchodová „reforma“. Není s podivem, že tato „nevyhnutelná řešení“ se dotýkala i „škrtů“ v oblasti sociálního státu, resp. oblasti poskytování sociálních služeb a různých forem finanční podpory lidem v nouzi.

V situaci, kdy se zjevně sociální stát, resp. oblast poskytování sociálních služeb, přizpůsobuje vnějšímu politickému a ekonomickému kontextu, pak působí systém OSPOD jako zvláštní případ. Zdá se totiž jako kdyby systém OSPOD nepodléhal politickému a ekonomickému kontextu do takové míry, jako ostatní složky sociálního státu. Ve smyslu relativně pomalé změny, resp. pomalého reagování na vnější politický a ekonomický kontext se zdá, jako kdyby systém OSPOD vyjadřoval relativně vysokou míru konzervatismu – se vším negativním i pozitivním, co to přináší. Konzervatismus systému OSPOD, resp. jeho rezistence vůči aktuálním politickým a ekonomickým vlivům, pak kontrastuje s tím, jak rychle se systém OSPOD často mění v jiných státech. Ukázkovým příkladem může být zdvojnásobení počtu dětí umístěovaných do pěstounské péče namísto dětí umístěovaných do institucí v USA. V roce 1996 byl pod taktovkou Billa Clintona vyhlášen „úspěšný“ program „Adopce 2002: Bezpečný a stálý domov pro všechny děti“, který obsahoval prohlášení cílů pro systém péče o ohrožené děti. Bylo přistoupeno i k výrazným daňovým úlevám pro adoptivní rodiče spojené s náklady na adopci, se starostí o děti se speciálními potřebami. Český systém OSPOD, jak bylo naznačeno výše, se mění „sám od sebe“ – a to i s ohledem na aktuální společenský, politický a ekonomický kontext, relativně málo, resp. relativně pomalu. Tak se může zdát, že „motorem změny“ systému OSPOD není ani tak jeho vnitřní dynamika, nebo bezprostřední politický a ekonomický kontext, jako spíše „zásahy“ zvnějšku. Zde se jedná často o mimo-státní aktéry, jako např. nestátní neziskový sektor, mezinárodní nevládní organizace, mezinárodní soud pro lidská práva, nebo medializace jednotlivých případů.

Závěr

Ministerstvo práce a sociálních věcí deklaruje mezi hlavními cíli reformy systému péče o ohrožené děti vytvoření kvalitní odborné sítě služeb, která bude moci pracovat individuálně s dětmi a jejich rodinami a snížení počtu dětí umístěných ve všech typech ústavní péče (posílením primární prevence a sekundárních služeb pro rodiny s dětmi) a zamezení velkého přílivu dětí do ústavní péče (viz. cíle transformace systému na webu MPSV). Důrazem na posílení prevence a rozvoje služeb podporujících rodiny s dětmi se reformy v podstatě hlásí k logice sociálního státu. Otázkou proto tedy zůstává, zda budou reformy systému schopny naplnit svá vlastní očekávání a vize podporujícího preventivně zaměřeného systému. Podobně jako hovoří Catherine McDonald o moderní sociální práci jako o profesi, která se může v současném neoliberálním kontextu dostat do pasti, pokud se nějakým způsobem nevyrovná se změnou kontextu, ve kterém dnes působí, může se dostat do pasti i současná reforma sociálně-právní ochrany dětí. Stát totiž klade ve svých prohlášeních velký důraz na podporu rodin s dětmi (a zejména těch ohrožených), ale zároveň ve svých dalších aktivitách přijímá jedno opatření za druhým, jež situaci potenciálně ohrožených (nejčastěji chudých) rodin s dětmi s největší pravděpodobností výrazně zhorší. Je tedy možné, že sociální pracovníci pracující s ohroženými rodinami a jejich dětmi v současných podmínkách „neoliberalizace“ budou stále častěji konfrontováni se situacemi, kdy se kvůli politicko-ekonomickému kontextu workfare state nebude dařit udržet sociálně slabé rodiny mimo ohrožení. Přitom

víme, že v kontextu neoliberalních reforem dochází ve světě k paradoxnímu fenoménu, kterým je expanze systémů péče o ohrožené děti (Gilbert, Parton, Skivens 2011). Nabízí se proto hypotéza, že tento nárůst může být důsledkem neoliberalizace sociálního státu v jiných oblastech. Jinou hypotézu vyslovuje Loic Wacquant (2010). Ve své teorii neoliberálního státu používá přírůstek státu jako *kentaury*. Má tím na mysli situaci, kdy vyšší sociální vrstvy z neoliberalních reforem profitují a nižší sociální vrstvy jsou naopak vystavovány stále intenzivnější sociální kontrole a represím (Wacquant 2010: 217). Přestože Wacquant hovoří o zbytnění vězeňského systému v Západní Evropě a Spojených státech, nabízí se otázka, zda-li podobnou funkci jako vězení neplní do jisté míry i systém sociálně-právní ochrany dětí. To jest, že odfiltrává důsledky destrukce sociálního státu.

Seznam použité literatury

BĚLOHRADSKÝ, V. et al.: Kritika depolitizovaného rozumu: Úvahy (nejen) o nové normalizaci. Praha: Grimmus. 2010.

GILBERT, N., PARTON, N., SKIVENS, M. Child Protection Systems: International trends and orientations. New York. Oxford University Press 2011.

MADĚŘIČOVÁ, V. Spolupráce organizací, které se zabývají sanací rodiny v Brně a faktory vlivu na ni působící. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Brno, 2008. Vedoucí diplomové práce: Mgr. Ladislav Otava.

MCDONALD, C. Challenging Social Work: The Institutional Context of Practice. Palgrave Macmillan, London, New York, 2006.

REICH, J. A. Fixing families: parents, power, and the child welfare system. 1st ed. New York: Routledge 2005. ISBN 0-415-94726-X.

WACQUANT, Loïc. Crafting the Neoliberal State: Workfare, Prisonfare, and Social Insecurity. Sociological Forum, Vol. 25, No. 2, June 2010.

Význam rodiny v rámci péče o člověka se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí

Koordinátor komunitní podpory – jeho význam pro kvalitu života rodin

Community support coordinator – her/his importance for family's quality of life

Pavla Baxová⁷⁴

Abstract

Příspěvek s tématem Koordinátor komunitní podpory popisuje obsah návrhu zřízení zatím neexistující pozice. Jde o pozici terénního pracovníka nejnižšího územně-správního celku, který by měl sehrávat důležitou roli v oblasti individuální podpory příjemců péče – osob se zdravotním postižením a pečujících. Návrh se opírá o výstupy dvou nezávislých pracovních skupin, které se uskutečnily během let 2013 a 2014: pracovní skupina Pečující osoby – jejich role v procesu transformace sociálních služeb a absolventů kurzu „Jak se stát obhájcem práv lidí s postižením“, který byl organizován společností Rytmus – od klienta k občanovi, o.p.s. V příspěvku je zmíněna výchozí situace pečujících osob v České republice, stručně analyzovány potřeby pečujících. Další část tvoří samotný popis navrhované pozice, jsou jmenovány kompetence koordinátora, kvalifikační i personální předpoklady pro výkon této pozice.

Klíčová slova: Koordinátor. Podpora. Sociální služba. Pečující osoba. Sociální práce.

Abstract

The contribution themed to the Community-based Support Coordinator describes the contents of a drafted, still not existing job position. This is the position of a field worker of the lowest territorially administrative unit, who should play an important role in the field of the individual support of the consumers of the care – the disabled persons and the attending persons. The draft is based on outcomes of two independent workgroups organized in 2013 and 2014: Attending Persons Workgroup – their role in the process of transformation of the social services and graduates from the courses “How to be an advocate of rights for disabled persons” organized by Rytmus – od klienta k občanovi, o.p.s. The contribution mentions the baseline situation of the attending persons in the Czech Republic, and the needs of the attending persons are analyzed briefly. The other part is the description of the proposed position; the competencies of the coordinator, qualification and personal requirements for this position are defined.

Keywords: Coordinator. Support. Social service. Attending person. Social work.

1. Koordinátor komunitní podpory

Návrh na zřízení pozice Koordinátor komunitní podpory vzešel ze sdílení osobních zkušeností života s postižením nebo doprovázením těchto osob v roli rodičů a pečujících. Vyzývá ke zřízení nebo spíše snaží se „vzkřísit“ sociální práci terénního sociálního pracovníka obce, který by v souladu s § 92, písm. d, zákona o sociálních službách, měl naplňovat dikci: obec na území svého správního obvodu koordinuje poskytování sociálních služeb a realizuje činnosti sociální práce vedoucí k řešení nepříznivé sociální situace a k sociálnímu začleňování osob.

74 Rytmus – od klienta k občanovi, o.p.s., e-mailová adresa: pavlab@rytmus.org, Tel.: +420 224 251 610

1.1 Kdo je to komunitní koordinátor podpory

Koordinátor podpory je kvalifikovaný sociální pracovník, který působí na úrovni nejnižšího územně – správního celku, na obci. Jeho práce má převážně terénní charakter. V případě potřeby navrhuje a pomáhá zajistit či organizovat pomoc a podporu osobám se zdravotním postižením či rodinám a jednotlivcům, kteří dlouhodobě pečují o blízkého člověka závislého na péči druhé osoby, bez ohledu na to, zda a v jakém stupni příjemce péče pobírá příspěvek na péči. Představuje spojení odbornosti a znalosti místní lokality/regionu. Koordinátor podpory je schopen fungovat jako aktivní průvodce různými fázemi poskytování péče dokáže zmírňovat či předcházet potížím a rizikům, jimž osoby se zdravotním postižením či pečujícími v souvislosti s poskytováním péče mohou být vystaveni.

1.2 Cíle zřízení pozice koordinátora podpory

Koordinátor podpory by měl poskytovat komplexní a včasnou podporu pečujícím rodinám, jednotlivcům i příjemcům péče tak. Aby setrvání člověka závislého na péči jiné osoby v jeho přirozeném prostředí nesnižovalo kvalitu života ani pečujících ani příjemců péče a nevedlo k jejich sociálnímu vyloučení. Koordinátor pomáhá životní situace a životní podmínky pečujících a pečovaných ovlivni tak, aby se tito lidé mohli plnohodnotným způsobem podílet na životě komunity na běžných aktivitách, žít způsobem života, který je obvyklý pro příslušníky dané komunity.

Koordinátor by měl zvyšovat potenciál komunity /obce tak, aby mohla sama aktivně a efektivně podporovat pečující osoby a příjemce péče. Cílem by bylo, aby se jednotlivé subjekty v komunitě naučily v běžných případech vzájemně spolupracovat a komunikovat ve prospěch pečujících a příjemců péče, ideálně postupně i bez aktivního zprostředkování koordinátorem podpory.

Z dlouhodobějšího úhlu pohledu by aktivní a schopný koordinátor podpory mohl přispět ke zlepšení společenského klimatu v komunitě/obci, k větší vstřícnosti a pochopení k lidem s různými typy postižení a i k jejich rodinám, aby docházelo k odstraňování společenských, institucionálních i fyzických bariér.

Koordinátor se účastní a aktivně přispívá k vytváření střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb, přispívá k nastavení optimální skladby a dostupnosti sociálních služeb v dané komunitě/obci.⁷⁵

1.3 Oblasti podpory jednotlivých příjemců péče a pečujících

- Koordinátor se podílí na aktivním vyhledávání osob závislých na péči a jejich pečujících na území dané lokality. Pro získání co nejrelevantnějších a nejúplnějších informací přijímá informace z různých zdrojů – ověřuje a vyhodnocuje je.
- Plánuje a vykonává návštěvy pečujících i příjemců péče v jejich přirozeném prostředí a provádí mapování jejich životní situace a potřeb.
- Je schopen posuzovat a vyhodnocovat potřeby obou skupin odděleně, hledá způsoby, jak sladit uspokojení potřeb pečujících i pečovaných a jak řešit případné konflikty zájmů tak, aby nedocházelo k dlouhodobému či trvalému potlačování potřeb jedné ze stran.⁷⁶
- Ve spolupráci s osobou se zdravotním postižením i s pečujícím vytváří individuální plány intervence a navrhuje jejich organizační zajištění.

⁷⁵ § V3 písm. h), i), zákona 108/2006 v aktuálním znění

⁷⁶ Výstupy pracovní skupiny Pečující osoby, MPSV, 2013 (příklady: osamostatnit se, zlepšit svou pozici v rámci širší rodiny, zlepšit komunikační dovednosti v prosazení svých potřeb; odpočinek, péče o sebe, psychologická odborná podpora, seberealizace, začlenění do společnosti)

- Sleduje vývoj či změny potřeb a osobních cílů u obou skupin a upravuje dle toho individuální plány.
- Informuje obě strany o variantách podpory a řešení situace v oblastech sociální, zdravotní i vzdělávací a je jim nápomocen v případě potřeby s vyřízením příslušných agend.
- Zprostředkovává služby specialistů.
- Zprostředkovává kontakty a spolupráci s neziskovými organizacemi – převážně poskytovateli sociálních služeb, poradenskými zařízeními atd.
- Podporuje využívání přirozených zdrojů (širší rodina, sousedi, skautský oddíl,...)
- Usiluje o prevenci či zmírňování krizových situací.
- Navrhuje a realizuje postupy pro řešení situací, kdy podle jeho poznatků dochází k zanedbávání péče.

Další z oblastí, které by mohly být předmětem činnosti komunitního koordinátora podpory – tentokrát týkající se spíše zvyšování možností komunity/obce kultivovat společenské prostředí a plánování rozvoje sociálních služeb.

- Koordinátor pomáhá nastavit spolupráci mezi důležitými aktéry z oblasti zdravotnické, sociální i školské (významné především u dětí), včetně nastavení způsobu komunikace.
- Organizuje případové konference za účasti specialistů z jednotlivých odvětví.
- Aktivně se podílí na mapování i odstraňování fyzických i společenských bariér, které limitují nebo negativně ovlivňují život lidí se zdravotním postižením v obci.
- Podílí se na provádění osvěty týkající se života lidí se zdravotním postižením i významu přirozené podpory.
- Koordinátor dlouhodobě sleduje nabídku sociálních služeb v komunitě/regionu ve vztahu k potřebám a zájmům lidí – pečujících i pečovaných.
- Shromažďuje informace potřebné pro relevantní dlouhodobé plánování potřebných opatření i služeb v komunitě.
- Předává podklady z terénu osobám a institucím odpovědným za komunitní plánování.

1.4 Kdo může být koordinátorem aneb předpokládané profesní předpoklady pro výkon činnosti komunitního koordinátora podpory:

- Jde o kvalifikovaného, sociálního pracovníka, dle zákona 108/2006 sb.
- S dobrou orientací v dávkových systémech, podmínkách nároků na jednotlivé sociální dávky, podávání a vyřizování žádostí o tyto dávky
- S velmi podrobnou orientací v agendě řízení o příspěvek na péči, v agendě průkazů tp/ztp, dávkách a příspěvcích na kompenzační pomůcky
- S velmi dobrou orientací v problematice sociálních služeb a jejich nabídce v daném správním obvodě/regionu
- S dobrou orientací ve zdravotním a vzdělávacím systému, s nabídkou a dostupností v daném správním obvodě
- Se znalostí principů komunitního plánování sociálních služeb
- Se znalostí a schopností využívat širokou škálu metod sociální práce způsobem, který odpovídá zdravotním, psychickým i sociálním schopnostem a potřebám osob
- Se znalostí principů případové práce a schopností je uplatňovat v praxi

1.5 Jaký je očekávaný přínos

- Setrvání člověka se zdravotním postižením v jeho přirozeném prostředí při zachování dobré kvality života jeho i pečující osoby/ rodiny
- Větší stabilita a zvýšení resilience pečujících rodin
- Možnost zachytit problémy ve chvíli, kdy jsou ještě poměrně snadno řešitelné nebo kdy je možno jim předejít
- Dosažitelná pomoc šitá na míru lidem se zdravotním postižením s respektem k jejich individuálním zvláštnostem, zájmům, potřebám a preferencím
- Prevence sociální exkluze
- Prevence institucionalizace
- Propojení relevantních subjektů a jejich spolupráce na všech úrovních
- Prevence vzájemně nesouvisejících či přímo protikladných postupů jednotlivých subjektů z různých oblastí vůči příjemci péče, pečujícímu/ pečující rodině
- Odstranění duplicitních až xplicitních agend
- Efektivnější hospodaření s časem všech zainteresovaných subjektů včetně pečujícího i příjemce péče
- Zajištění relevantních podkladů pro procesy komunitního plánování a zajištění potřebných služeb
- Efektivnější využívání finančních prostředků jak na úrovni jednotlivých institucí, tak příspěvku na péči poskytovaného příjemci **péče**

1.6 Pár myšlenek nakonec

Navrhované řešení má výhodu, že by mohlo přinést zlepšení situace osob se zdravotním postižením bez „rozdílu původu“ – tam, kde se projevilo v průběhu života, kde je vrozené, vznikne po úraze atd. Vzniklo na základě zkušeností a podobností těch, kteří situaci přímo žijí. Nepředpokládá se, že jde o pozici, jejímž úkolem je „vodit někoho za ruku“, ale dát reálnou oporu v těžké situaci. Významný je fakt, že představuje prevenci „ztráty času“, která může především u samotných osob se zdravotním postižením znamenat propad po všech stránkách.

Reference / Seznam citované literatury

MICHALÍK, Jan. *Kvalita života osob pečujících o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2011, 219 s. ISBN 978-80-244-2957-1.

Pečující osoby – jejich role v procesu transformace sociálních služeb, výstup pracovní skupiny Pečující osoby. MPSV ČR, 2013

Koordinátor podpory – návrh systémového řešení v oblasti sociální, s přesahem do oblasti zdravotnictví a školství, výstup z kurzu „Jak se stát obhájcem práv lidí s postižením“ pořádaného společností Rytmus, 2013.

Zákon 108/2006 o sociálních službách

Podpora neformálních pečujících o lidi s demencí v kraji Vysočina

Informal caregivers support of people with dementia in the Vysočina region

Hana Bohuňovská⁷⁷, Marcela Rýpalová⁷⁸

Abstrakt

Primární rodina se jako přirozená součást společnosti mění a vyvíjí společně s ní. Rodina ovlivňuje a formuje každého svého člena naprosto individuálním a osobitým způsobem. Chronické, smrtelné onemocnění jejího člena vždy zasáhne přímou podstatu rodiny a má vliv na všechny ostatní členy i širší komunitu. Ve svém příspěvku mapujeme obtíže, se kterými se potýkají rodinní pečující, kteří využívají služby odborného sociálního poradenství Alzheimer poradny Vysočina. Cílem příspěvku je představit práci poradny a nabídnout pohled na problematiku domácí péče, pečovatelské zátěže a neformálních pečujících v kraji Vysočina s využitím praktické zkušenosti pracovníků Alzheimer poradny Vysočina. Podělit se o zkušenosti z praxe odborného sociálního poradenství, jehož cílem je zkvalitnění péče o nemocné s kognitivním deficitem.

Klíčová slova: Neformální péče. Rodina. Kognitivní deficit. Poradenství.

Abstract

The primary family as a natural part of the society is being changed and evolved with it. The family influences and forms each family member in an individual and specific way. Chronic, fatal illness of a family member would always strike the fundamental substance of the family with an impact to other family members and a wider community. The contribution maps the difficulties the attending family members have to cope with, who use the service of an expert social counselling by Alzheimer Counselling Centre Vysočina. The contribution aims at introducing of the work by the centre and offering an insight on the home care problems, care burden, and informal attending persons in the Vysočina Region with the use of practical experience of the Alzheimer Counselling Centre Vysočina staff. To share the experience from practice of the expert social consultancy aimed at improving care of cognitive deficient patients.

Keywords: Informal care. Family. Cognitive deficit. Counselling.

1. Úvod

Žijeme v období, které je ve znamení deinstitutionalizace péče, tedy o podpoře rodinných pečujících. O zaměření se na kvalitu života, podporu individuality, rozvoji komunitních a terénních služeb, podpoře života a péči v domácím prostředí.

Institucionální péče je podrobovaná tvrdé kritice a do protikladu s ní je stavěn tradiční model domácí péče včetně deklarovaných hesel: „dožít v domácím prostředí, mezi blízkými, ne anonymně za plentou apod.“. Zároveň jsou prosazovány programy aktivního stárnutí. Senioři jsou motivováni k setrvání v pracovním procesu. Denně se dovídáme o aktivních seniorech zdolávajících vrcholky hor nebo skákajících s padákem.

Dle statistik České Alzheimerovské společnosti žije v ČR aktuálně na 150 000 osob s demencí a počet nemocných neustále stoupá.

77 Mgr. Hana Bohuňovská, Domov Žďirec p.o. Žďirec 43, 588 13 Polná; e-mailová adresa: socialni2@domovzdirec; Tel.: +420 733 539 585

78 Mgr. Marcela Rýpalová, Domov Žďirec p.o. Žďirec 43, 588 13 Polná; e-mailová adresa: rypalova.m@alzheimerporadna-vysocina.cz; Tel.: +420 733 629 018

Alzheimer poradna Vysočina

Alzheimer poradna Vysočina zahájila svoji činnost 1. 1. 2015 jako třetí registrovaná sociální služba Domova Ždírec p. o.

Posláním Alzheimer poradny Vysočina je poskytovat odbornou poradenskou a podpůrnou činnost nemocným Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi. Jejich rodinám, pečovatelům i široké veřejnosti v kraji Vysočina. Naší prioritou je podporovat důstojný a plnohodnotný život těchto osob v přirozeném prostředí. Cílem je poskytovat kvalitní odborné sociální poradenství a naplňovat potřeby rodinných pečujících, profesionálních pečujících, veřejnosti i odborníků po informacích jak pečovat o osoby s Alzheimerovou chorobou a jinými demencemi. Poskytovat informace a rady v oblasti péče o sebe sama rodinným pečujícím a předcházet tak jejich deprivaci a sociálnímu vyloučení, usnadnit jim péči o nemocné. Pomocí, se znalostí místní sítě sociálních služeb, nastavit management péče tak, aby umožnil spokojený život pečujícím a maximální péči nemocným. Neboť jsme přesvědčeni, že kvalita života nemocného je plně odvislá od kvality života pečujících. Služba je určena pro nemocné trpící Alzheimerovou chorobou i jinými typy demence od 26 let. Pro jejich rodinné pečující a profesionální pečovatele od 18 let. Osvětové a vzdělávací akce jsou organizovány pro laickou i odbornou veřejnost. Především s edukačním a preventivním zaměřením. Alzheimer poradna Vysočina využívá ke své činnosti nejen prostory poradny v Domově Ždírec, ale i prostory Senior Pointů v Kraji Vysočina. To zvyšuje dostupnost naší služby pro co nejširší uživatelskou základnu.

2. Kdo jsou neformální pečující?

Rozhodnutí stát se pečujícím ve většině případů spíše vyplývá z aktuální situace, než by bylo výsledkem racionálního rozhodnutí. Často slyšíme vyjádření typu: „ rodiče pro nás tolik udělali, musíme jim to vrátit; starám se přeci o manžela, to je samozřejmě, také bych chtěla dožít doma“. Ale i: „dostali barák, tak ať se starají; stejně nemá práci, co by dělala; takhle sotva vyjdeme – příspěvek na péči posílám dceři na školu...“

Zde bychom vám rády představily jednu pečující manželku z naší poradny:

Paní (75 let) přivedl do poradny její syn (50let). Paní se v té době starala již několik let o manžela s Ach. (78 let). Mimo jiná somatická onemocnění pán trpí i diabetem mellitus II. typu. Což mimo dodržování diety v jeho případě představuje i aplikaci inzulinu 5x denně. Sama již byla velmi unavená, často volala syna na pomoc. Syn přejížděl k rodičům z jiné části města. Pán trpěl inkontinencí, ale odmítal nosit pleny. Časté noční vstávání kelice vyčerpávalo pečující paní, která pak na manželovi neustále se opakující dotazy reagovala podrážděně. Pán se v situaci neuměl orientovat, nerozuměl manželčiným výtkám a reagoval zlostně. Byl hluchý, na manželku verbálně hrubý. Což ona velmi těžce nesla nejen ve vztahu k vlastní osobě, ale především ve vztahu k sousedům v panelovém domě. První volbou pomoci bylo zajištění donášky obědů – což fungovalo cca týden. Pak paní smlouvu vypověděla, že si raději uvaří dle vlastní chuti. Syn domluvil pečovatelku na pomoc s hygienou dva dny v týdnu. Pán ale na cizího člověka v bytě reagoval velmi podrážděně a i paní ji nerada pouštěla domů... Nejdéle fungovalo využívání služeb denního stacionáře. Pán tam chodil rád. Paní si nakoupila, odpočinula. Ale později bylo stále těžší pána na danou hodinu ustrojít a nachystat. Pán se v noci často budil, byl neklidný, vyžadoval pozornost. Paní byla nevy spalá, vyčerpána a ve stresu. Pán nerozuměl situaci a odmítal se obout a vyjít z bytu.... Aktuálně pán na oddělení dlouhodobě nemocných, rodina zoufale čeká na místo v domově se zvláštním režimem. Paní má značné somatické obtíže. Syn se nastěhoval k ní. Nyní pečuje o maminku a nadále využívá služeb poradny.

3. Nejčastěji řešené problémy

Z naší poradenské praxe vystupuje jako nejpalčivější problém přijetí nastalé situace.

Blízcí se velmi obtížně smířují se stavem nemocného. Se změnou jeho životních rolí nejen v rodině ale i v širší komunitě. Kdy nemocný zde stále ještě je fyzicky přítomen, ale jeho schopnosti ubývají, mění se jak chování, tak jednání, omezuje se slovní zásoba i potřeba verbální komunikace. Nemocný se dostává do pro něj neobvyklé, závislé pozice. A přes veškeré nasazení pečujících, přes jejich snahu a péči se zdravotní stav nemocného nelepší. Naopak postupuje progrese onemocnění.

Dalším častým problémem je neporozumění mechanismu onemocnění. Kdy některý den je pro nemocného lepší a zvládně zadaný úkol nebo je šikovnější v sebeobsluze. Pak zas ale nastane útlum a pečující lamentují: „On mi to dělá schválně, když chce, tak to zvládně... ona byla celý život tak pořádná, čistotná, ale teď... já jí to stále říkám, ale to ona jen když se jí chce... včera si tu košili oblékl sám a dneska jsem mu jasně řekla, že si má vzít ty modré kalhoty, sportovní košili a tu novou mikinu a zrovna jsem tolik spěchala....“

Primárním problémem pečovatelské praxe bývá narušená komunikační schopnost lidí s demencí. Pečující si velmi obtížně osvojují nové komunikační strategie, které jsou nezbytné pro usnadnění dorozumění s nemocným.

Pečující také velmi negativně nesou tlak na potlačení vlastních potřeb. Absence sociálního ocenění i izolace pečujících jsou častou příčinou jejich frustrace. Únava, stres, vyčerpání vedou k neshodám v pečovatelském týmu. Místo spolupráce dochází ke vzájemnému obviňování: „ty se málo staráš a maminka jen křičí; čím jí to krmiš, že nestihne dojít na toaletu? Kdybys jí tolik neposluhovala, určitě by to zvládla sama; to jsi celý ty, maminka pískne a letíš, ale co já a děti?“

Obtížná je i interakce v komunitě. Někteří pečující dokáží velmi citlivě a empaticky informovat blízké a známé nemocného o jeho aktuálním stavu i nutnosti přizpůsobit komunikaci jeho potřebám. Nemocný tak zůstává součástí komunity, která více či méně dokáže respektovat jeho specifické potřeby a může nabídnout i pomoc. A nemocný není ochuzen o sociální kontakt i potřebné stimuly. Byť mohou být i negativní: „požádala jsem na výletě autobusem o častější přestávky na toaletu. A jedna paní se hned nechala slyšet, že takoví lidé nemají nikam jezdit, že jen zdržují... Mrzelo mě to, ale přestávky využívala většina účastníků...“

Někteří pečující sdělí problémy nemocného jen vybraným blízkým.

V některých rodinách se stav nemocného úzkostlivě tají. Odmítají přiznat podstatu zdravotních obtíží. To ale zase bývá příčinou sociální izolace rodiny a nepochopení ze strany okolí. Což pečujícím situaci neulehčí. S nemocným nevycházejí ven a selektují i možné návštěvy. I poradenskou pomoc využívají anonymně – „co by tomu řekli lidé? Manžel byl ředitelem, každý ho tu zná, stále někoho potkáváme, lidé se k němu hlásí a on vůbec neví, s kým mluvím... je to trapné...“

Z naší zkušenosti je pro nemocného nejvýhodnější první model aktivního zapojení do sociální interakce se zohledněním jeho aktuálního zdravotního stavu. Nemocní jsou celkově aktivnější a progrese onemocnění pomalejší.

Mnozí pečující postrádají základní informace o tom, na koho se mohou obrátit, na jaké dávky mají nárok, jaké sociální služby mohou využívat, jaké pomůcky mohou dostat. Omezená počítačová gramotnost, případně dostupnost internetu výrazně limituje využívání veškeré podpory. A děsivě často slyšíme, že po žádosti o radu byli odkázáni na internetové stránky bez dalšího zájmu, zda mají k počítači přístup, či si požadované zvládnou vyhledat. A to některým uživatelům v naší službě dělá obtíže i obsluha mobilního telefonu.

K některým prohlášením pečujících snad ani není třeba nic dodávat:

- Já jsem tak strašně unavená, že si připadám až líná... moje sestra jezdí jednou za měsíc a dává mi vše za vinu, že nejsem dost vstřícná, že přeháním a matka je v pohodě...ne, nikdo mi nepomáhá, já přeci беру ten příspěvek na péči
- Ne, o žádné peníze jsem nežádala, starám se o manžela a to je samozřejmě... jen to chodítko kdyby bylo, já už ho neudržím...
- Ven nechodíme, jen po zahradě, on manžel byl vždy velmi aktivní ve veřejném životě, hodně lidí ho tu zná a lidé ho oslovují a on je nepoznává...
- On rád chodí ven, chodíme i na cvičení, všichni to tam vědí, tak případně pomohou... jen tuhle jsme marně hledali druhou ponožku a on měl dvě na jedné noze...
- Ale docela to zvládám, jen když mi maminka jedno období začala vykat a oslovovat mě v ženském rodě, to bylo hodně divný... Ted už mě nepozná vůbec, tak jí pokaždé povím, že jsem její syn...
- „Maminka mi říká Jirko, ale to byl táta a ani si nejsme podobní...“

4. Specifika podpory neformálních pečujících

Ze zkušenosti dosavadní poradenské praxe v Alzheimer poradně Vysočina bychom na prvním místě jednoznačně umístili zásadu individuálního přístupu, při maximálním respektu rodinných specifík. Tak, jako je člověk s demencí naprosto jedinečná bytost s naprosto osobitým prožíváním onemocnění, tak i rodiny a pečující týmy mají naprosto jasná specifika. Aneb co jedna rodina bez obtíží respektuje, je pro druhou zcela nepřijatelné. Řešíme tak často potřebu pomoci v rodině, kdy ale vstup cizího člověka, byť by šlo o profesionální pečovatelku, je pro rodinu značným problémem. A navíc v situaci, kdy by byl pravděpodobně nebyl skvěle uklizen a paní by měla pomoci s hygienou a vidět tatínka v nedůstojné pozici? Co by si pečovatelka pomyslela?

Přijetím nemocného do pobytového zařízení často nastupují u pečujících pocity selhání. Úzkostně prožívají adaptační proces nemocného – což nemocný velmi citlivě vnímá a situaci mu to rozhodně neusnadní. Dále bedlivě sledují průběh péče a velmi často přicházejí s nereálnými požadavky: „doma maminka nechodila, ale tady chodit bude, je tu krásná zahrada. Doma nemluvila, ale vy to s ní tak pěkně umíte, určitě to půjde. A bude maminka chodit cvičit? To by se jí určitě líbilo, chodívala do Sokola. Máte tu krásné prostředí, tak zase bude všechno dobré...“ Ale očekávaný zážitek přijít prostě nemůže. Proces onemocnění nezadržitelně pokračuje a pečující přicházejí s výčitkami – „kdyby měl jiného spolubydlícího, kdyby ta postel byla u okna, kdybychom si ho nechali doma...“

Respektovat nemocného v jeho nemoci, v jeho omezeních. Přijmout jeho aktuální stav a náladu a vžít se do jeho potřeb je pro pečující nesmírně obtížné. Často slyšíme: „chceme, potřebujeme, požadujeme a musíte...“ Ale ani my neumíme zázraky. A jen část pečujících se dokáže s daným stavem smířit, přijmout nemocného i v jeho nemoci a užívat si s ním společné chvíle dle jeho možností – třeba jen v tichém posezení, laskavém doteku.

5. Závěr

V naší poradenské praxi se nám opakovaně naplňuje sousloví: Kvalita života nemocného plně zrcadlí kvalitu života pečovatele.

To znamená, že pro zajištění ideálního modelu péče je prvořadá včasná a profesionálně sdělená diagnostika. Zdůraznila bych slovo profesionálně, neboť se až hrozivě často setkáváme s výroky typu: „co byste chtěl, ve vašem věku, to je přeci normální, já taky zapomínám, kupte si něco v lékárně... Včasná – nejen pro včasné zahájení léčby, ale především proto, aby nemocný i jeho rodina měli dostatek času přijmout situaci a rozhodnout se, jak zajistit péči, jak budou nadále postupovat. Tedy koho si

nemocný zvolí jako opatrovníka, jak by si přál prožít dny, kdy už bude jeho zdravotní stav vyžadovat trvalou péči. Kdo mu tuto péči zajistí. Ale i jaké zdravotnické výkony si už nejlépe podstoupit. Případně jaké pobytové zařízení by si vybral, pokud by už domácí péče nebyla možná.

Pro tento ideální model nám ale v praxi chybí dostatek osvětlených obvodních lékařů, psychiatrů i neurologů. Dále dostatečně hustá síť kvalitních a cenově dostupných sociálních služeb spolu s odpovídajícím finančním zabezpečením nemocných, aby mohli ony služby maximálně využívat. A v neposlední řadě dostatek lůžek v odlehčovacích a pobytových zařízeních. Neboť právě nedostatek odlehčovacích a pobytových lůžek způsobuje pečujícím značný stres. Nemožnost odpočinout si, vyjet na dovolenou, užít si bez obav volný čas a velká nejistota: „co když onemocním, kdo se postará?“

Schválení Národního akčního plánu pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná onemocnění na léta 2016-2019 a především očekávané naplnění jeho úkolové části představuje významnou naději na zlepšení kvality života i péče pro nemocné, tak pro pečující. Kladně lze jistě hodnotit zvýšení příspěvku na péči od letošního srpna i možnost zrychlení přiznání této dávky dlouhodobě hospitalizovaným klientům.

Plánované vzdělávání neformálních pečovatелů z naší zkušenosti není pečovateli příliš hledávané. Pečující se soustavně potýkají s nedostatkem času a jejich účast na námi pořádaných vzdělávacích akcích je sporadická. Pokud projeví zájem o doplnění znalostí, požadují konkrétní radu k danému problému. Literaturu je ochotné akceptovat malé procento pečujících, většinou jde o beletrii s tematikou kognitivních poruch.

Také myšlenka svépomocných skupin se u našich uživatelů nesešla s pozitivním ohlasem. Důvody jsou opět převážně časové. Ale je zde i jistá nechuť ventilovat často intimní potíže před větším počtem lidí. Je pravdou, že nejpalčivější témata nepřichází k řešení zpravidla na první poradenské schůzce, ale spíše v průběhu poradenské práce, kdy je již vytvořen důvěrný vztah mezi poradcem a pečujícím.

Jistá forma svépomoci dobře funguje v zachovalých generačních komunitách, kde senioři staví na letitých známostech a jsou schopni a ochotni si vzájemně pomoci – paní zajde za nemocnou sousedkou, obstará drobný nákup nebo jen nakoukne, zda je vše jak má být. V našich vzdělávacích programech se snažíme podporovat právě tyto aktivity. Učit seniory, jak nemoc probíhá, jak správně komunikovat s nemocným a předcházet nedorozuměním. Snažíme se je zbavit obav a ostychu aby dokázali vzájemnou pomoc nabízet i přijímat. Pro nemocného s kognitivním deficitem je vždy přijatelnější, pokud s ním posečká někdo známý, než když má přijmout přítomnost naprosto cizího člověka ve vlastním bytě. Což je přijatelnější i pro pečujícího a všichni se zbaví nepřijemného stresu, neboť ví, že dnes pomohu já tobě a zítra ty mně. Mohou si být vzájemně prospěšní, což přináší tolik potřebný pocit užitečnosti a bezpečí. Sousedská komunita v některých případech nahrazuje zázemí širší rodiny, která v dnešní době bývá rozptýlená a není schopna plnit tuto svoji funkci.

Dlouhodobá péče o člověka s kognitivním deficitem vyžaduje nejen kvalitní a smysluplnou provázanost zdravotních a sociálních služeb v domácí péči, ale i komplexnost a dostupnost v institucionální péči. Máme na mysli stav, kdy akutní zhoršení zdravotního stavu nemocného vyžaduje komplexní intervenci. V nemocnicích často narážíme na bariéru specializace: „ale tady je interna, až vyřešíme tento problém, nechte pána přijmout na neurologii apod.“ Ale proč složitě přemisťovat těžce nemocného seniora, když potřebný lékař pracuje na dalším patře?

V našich poradenských sezeních velmi často proznívá obava pečujících ze ztráty zaměstnání v předdůchodovém věku. Nikdo nedokáže odhadnout, zda potřeba péče o nemocného bude v období týdnů, měsíců nebo i let. A nejistota pečujících je značně stresující. Zde bychom navrhovali zavedení dávků obdobné odstupnému ve standardním zaměstnaneckém poměru. Pečující by tak získal nejen čas vyrovnat se se ztrátou blízkého člověka, ale i zorientovat se v aktuálních pracovních nabídkách a nastartovat další životní etapu.

Při práci s rodinou je třeba pracovat velmi empaticky a citlivě vnímat její specifika, zažité rituály, zvyklosti i strukturu. I pečující potřebují odpočinek, volný čas a prostor pro relaxaci. Domácí péče rozhodně není řešením pro každou rodinu.

Pokud se nám však podaří vytvořit funkční síť terénních, ambulantních a pobytových služeb se vzdělaným a vysoce profesionálním personálním obsazením za dostupné úhrady pro uživatele. Zajistíme odpovídající ocenění neformálním pečujícím a eliminujeme nejpálčivější stresové faktory domácí péče. Pak jistě zvládneme, i přes nepříznivý statistický vývoj rozvoje kognitivních onemocnění v populaci, zajistit důstojné a klidné stáří většině nemocných a plnohodnotný život pečovatelům.

Rakovina jako sociální událost zasahující rodinu a blízké

Cancer as a social event affecting families and loved ones

Michaela Čadková Svejková⁷⁹, Šárka Slavíková⁸⁰

Abstrakt

Příspěvek chce poukázat na aspekty a souvislosti v celku běžné situace, které je vystaveno mnoho jednotlivců a rodin. A sice co se děje, pokud do života vkročí chronické, život ohrožující nebo zkracující onemocnění, jakým rakovina je. Popisu napomohou statistické údaje, klientské kazuistiky z Centra Amelie v Praze, popis události z psychosociálního pohledu a popis současné péče onkologicky nemocné a její dosažitelnosti (na základě dotazníkového a osobního šetření). Příspěvek také poskytne typologii klientů a rodin z hlediska jejich rizikovitosti a tedy i náhled na možnosti sociální práce s onkologicky nemocnými a jejich blízkými, zejména v oblasti prevence. Cílem příspěvku je napomoci sociálním pracovníkům v identifikaci možného budoucího problému, který se ze sociální události lehce stává a nasměrovat je k preventivním opatřením. Ty mohou zásadním způsobem ovlivnit sociální a zdravotní dopady jak na jednotlivce, tak i na společnost jako celek (zejména ve snižování nákladů na péči o jednotlivce i rodiny).

Klíčová slova: Onkologické onemocnění. Psychosociální péče. Sociální práce. Prevence.

Abstract

The contribution intends to point out the aspects and connections in case of a common situation many individuals and families have to face to. What happens when a chronic, life-threatening or life-shortening disease like cancer enters to their lives? The description is supported by statistical data, client case histories from Centrum Amelie in Prague, characterization from the psycho-social point of view, and description of current care of the cancer patients and its accessibility (based on the questionnaire survey and personal investigation). The contribution also provides typology of the clients and families with respect to their risk level, and hence the insight in the possibilities of the social care with the cancer patients and their relatives particularly in the field of the prevention. The contribution aims at assisting of the social workers in identification of any future problem that happens easily from a social event, and guide the same towards the preventive measures. They may principally influence the social and health consequences both on the individual as well as the society as a whole (particularly in reduction of costs for care of the individuals and families).

Key words: Cancer disease. Psychosocial care. Social work. Prevention.

1. Rakovina jako sociální událost

Rakovina či onkologické onemocnění je v současné chvíli řazena mezi chronická onemocnění – tzn. nelze ji v podstatě vyléčit, její průběh je dlouhodobý a mnohdy i opakující se. Jedná se o onemocnění, které je život ohrožující a také život zkracující. Jeho léčba je vysoce nákladná, specializovaná a její průběh mnohdy přesahuje půl roku i déle, s vysokou pravděpodobností zakládá na pobírání invalidního důchodu. Léčba sama produkuje mnohdy další zdravotní omezení. V ČR je jí ročně diagnostikováno okolo 80 tisíc osob, vzhledem k úspěšnosti včasné diagnostiky a léčby vzrůstá doba života s tímto onemocněním. Někdy v průběhu svého života tímto onemocněním onemocní každý třetí Čech. Jedná se o druhou nejčastější diagnózu vedoucí k úmrtí.

79 Amelie, z.s.; e-mailová adresa: amelie@amelie-zs.cz; Tel.: +420-608-458-282

80 Amelie, z.s.; e-mailová adresa: info@amelie-zs.cz; Tel.: +420-608-458-304

1.1 Sociální rozměr nemoci

Nemoc vnímáme v rovině somatické, psychické, sociální a také spirituální. Všechny roviny se v průběhu nemoci prolínají a ovlivňují kvalitu života nemocného. Není možné nemoc vydělovat, protože je spojená s konkrétním individuem, jako potřebami, životní fází, zkušenostmi, rodinnou a momentální situací. Onkologické onemocnění má mnoho aspektů, které přesahují individuální událost. Z aktivního pracujícího se během chvíle stane nemocný, čeká ho kromě léčby a individuálního procesu vyrovnávání se s dopady nemoci do života i snížení vlastních kompetencí v oblasti vztahové, rodičovské a pracovní, pravděpodobná psychiatrická péče, dlouhodobá nemocnost, snížení příjmů, změna socioekonomického statusu, invalidní důchod, omezení možností uplatnění, časté snížení možnosti návratu do práce.

Onkologické onemocnění představuje pro pacienta i jeho rodinu značnou psychickou zátěž, která může ovlivnit řadu oblastí v osobním, partnerském i rodinném životě. Může ovlivnit nastavení ke zvládnutí léčby, přijetí omezení v důsledku rozvoje nemoci, ale i využití nemoci jako nové možnosti a zkušenosti.

Z výzkumů jasně vyplývá efektivnost včasné pomoci nemocným. Měřitelné dopady jsou zejména ve zdravotnickém systému, kde se například prokazatelně snižují výdaje na léčbu bolesti a nespavosti. Prevence v oblasti snižování stresu napomáhá předcházení mnoha dalším zdravotním obtížím, ale například i snižuje zánětlivost, proto je efektivní v léčbě samotné. V ČR doposud podobný výzkum nebyl realizován a ani nejsou jasné výdaje na léčbu onkologických onemocnění (zveřejnila jen VZP a to před čtyřmi lety).

V sociálním systému včasná intervence brání nemocnému v propadání se do sociální potřeby, a zvyšování výdajů do následné péče, případně do života se zdravotním postižením. Nehledě na vliv na rodinu a sociální souvislosti jejího života.

V poslední době se také měří kvalita života nemocného a v této oblasti je vliv včasné pomoci zcela zásadní. V pojetí nemoci se totiž celý svět posouvá od pojímání od na nemoc zaměřené péče na péči o nemocného. Tím se vyjadřují humanistické ideály naší kultury, které ovšem naráží na ekonomické aspekty léčby a poskytování pomoci.

1.2 Rodina

Rodina se jako socioekonomická jednotka v posledních desetiletích výrazně mění (Šulová, L., 1998). Lze sledovat zaměřenost na jednotlivce, upřednostňování vlastních potřeb před zájmy celku, důraz na materiální hodnoty. Nízké očekávání trvalosti vztahu, odsouvání rodičovství, snižující se porodnost. Stírání rozdílů mužské a ženské role a dvoukariérová rodina anebo naopak ženy pracující obvykle na celý úvazek stejně jako muži, ale péče o domácnost a děti jim zůstává. Mezigenerační soužití se omezuje na nukleární rodiny. Specifickou situací je tzv. sendvičová generace dnešních pracujících již téměř šedesátníků. Sami pracují, ale mladé rodiny jejich dětí očekávají, že pomohou s vnoučaty a zároveň na ně spadá péče o staré rodiče. Hrají zde roli ještě další faktory jako je zvyšující se průměrný věk dožití mužů i žen a prodlužující se odchod do starobního důchodu.

Je třeba si uvědomit, že onkologické onemocnění může v rodině zasáhnout (více či méně) kteréhokoliv člena – děti, rodiče, prarodiče.

1.3 Rodina s nemocným

Kapacita rodiny v případě onkologického onemocnění je zpravidla nasměrována na řešení a zatížení vede ke spolupráci. Zatížení rodiny plyne z následujících aspektů spojených s rakovinou:

- Náhlost, časová tíseň, váha situace – onemocnění přichází často bez předchozích známek
- Emocionální dopad – situace má mnoho krizových aspektů a práce s emocemi je velmi důležitá v průběhu celého vyrovnávání se se situací
- Potřeba specifických informací – variabilita nemoci a jejích stadií, ale i přístupů k její léčbě a různost přístupů v rámci lékařských týmů i nemocnic
- Konfrontace se smrtí a smrtelností – praktické setkání s tabu a stereotypy spojovanými s onemocněním (zcela rozdílný přístup oproti jiným chronickým onemocněním), přináší do života nemocných i jejich blízkých nečekané emoce, situace a mnohdy i izolaci
- Potřeba péče a pomoci sobě či svému blízkému a to i po dlouhou dobu – přináší změny rolí do vztahů (muž potřebuje pomoc ženy či dětí, žena nezvládne péči o dítě), ale i čistě praktické úkony jako doprovody a dovozy na vyšetření nebo péče o umírající
- Změna výše příjmů – dlouhodobé pobírání nemocenské nebo dávek hmotné nouze, případně invalidního důchodu jako jediného příjmu působí obtíže zejména osamělým osobám, rodinám s dětmi či jinou závislou osobou na péči a v dnešní době, kdy je běžné splácet bydlení může být poměrně zásadním omezením
- Potřeba změny rolí a fungování v běžném denním chodu – nároky na nemocného (a tedy i jeho blízké) se mění několikrát – v období léčby, ale znovu po ní a ještě jednou při návratu do běžného života. Stejně tak je třeba dojednat změny, které souvisí s pojetím člověka jako celistvého, pokud dochází k chirurgickým výkonům. Sama léčba produkuje nároky na blízké např. Hlídkání dětí při léčbě rodiče či zajištění péče při výpadku pečovatele. Obtíže v komunikaci před onemocněním se v partnerstvích a rodinách obvykle prohlubují.
- Omezená možnost plánovat – např. Plánování dovolených, ale třeba i účasti na běžných činnostech je omezené – nemocní nikdy nevědí jak jim bude, mnohdy jsou jim plánovány návštěvy lékařů bez možnosti výběru, jsou omezeni vycházkami na neschopence.
- Změna atraktivity a fertility – zejména u chirurgických zákroků a u žen (ale nejen u nich), může být zásadním problémem v hodnocení atraktivity partnera. Podle výzkumů čím kratší je partnerství před vznikem onemocnění, tím je ohroženější rozpadem. Až ¾ nemocných udávají obtíže v sexuální oblasti. Rozvodovostí jsou více postiženy nemocné ženy než muži (20 % oproti 3 %), více mladší než starší a čím horší diagnóza, tím méně se partnerství rozpadají.
- Změna hodnot a individuálního směřování – dochází k přehodnocování života – postojů, hodnot, plánování, to může zásadním způsobem člověka měnit. Může dojít k pozitivní změně, která však paradoxně není adekvátně přijímána partnerem a vede k neporozumění. Např. Člověk mění své profesní směřování, již nechce být tolik zatížen časově a chce se věnovat rodině, sobě a svým zálibám.

Můžeme se setkat s názorem, že nemoc otce se v rodinách zvládá o něco lépe, než nemoc matky, i když to obvykle znamená větší ekonomické těžkosti. Zároveň platí, že rodina při setkání s vážnou nemocí obvykle nemá vyzkoušenou strategii nebo ji pro danou situaci nelze použít. Nebo že nemocný i rodina se s nemocí vyrovnávají tím hůř, čím rychleji a neočekávaněji onemocnění vzniklo. Rodina se mobilizuje a všichni chtějí pomoci. Také omezí své sociální kontakty až na ty, kdo by nemocnému mohli pomoci. Pomoc nemocnému ovšem nemusí být ze strany nemocného vždy vítána. Hyperprotektivita nemusí být ze strany členů rodiny vědomá, vzniká častěji s ohle-

dem na závažnost onemocnění. Onkologicky nemocný by mnohdy raději jinou pomoc než zrovna dostává. A rodina ho pak může mít za nevděčníka. Cesta k úspěchu je přes otevřenou oboustrannou důvěru a komunikaci. (Matoušek, O., 1997).

1.4 *Kazuistika I.*

Žena, 32 let, na rodičovské dovolené s prvním dítětem, kterou bude končit v listopadu 2016. Dlouhodobě žije s otcem dítěte, cizincem, bez přechodného pobytu. Ten onemocněl před 2 lety – v té době podnikal jako OSVČ, neplatil si sociální pojištění nad limit. V době příchodu klientky do služby Amelie byl akutně hospitalizován, byl bez příjmů a neplatil ani zdravotní pojištění. Žena se s partnerem nastěhovala ke své matce, která pomáhala v péči o dítě. Do pomoci se mírně zapojil i bratr klientky.

Klientka byla bezradná, unavená, trpící chronickým nechutenstvím s minimem financí a omezenou možností plánovat. Dítě nebylo přijato do školky, klientka musí odmítnout nástup do práce. Chce pečovat o partnera až do konce, ale nevládně celou péči sama, potřebuje i odbornou pomoc. Neví na koho se obrátit, jak je to s úhradami, zda má partner dluhy za úhrady zdravotní péče, neví co s jeho živností. Nemá jasné informace o stavu a prognóze onemocnění a postupu léčby. Má mnoho otázek okolo budoucnosti – úmrtí partnera, potenciálních dluhů, financí na dceru a vypořádání do cizí země.

V poradenství proběhla informativní část – vysvětlení systémů, podání informací o možnostech péče a pravděpodobném dalším postupu. Také vysvětlení možností dalšího směřování po hospitalizaci, doporučení dalších kroků, podání kontaktů. Současně však probíhala krizová intervence, která vedla ke snížení emočního tlaku situace a zklidnění. Během tří konzultací se snížila úzkost, obavy z budoucnosti a zvýšila se kompetence k jednání, ale i schopnost oddělení péče o sebe a partnera.

1.5 *Nemoc jako sociální událost a jako negativní jev*

Onkologické onemocnění a jeho znaky z pohledu sociálního pracovníka:

- Překvapivá událost a časová tíseň, klade velké nároky na adaptabilitu jedince i rodin
- Ztráta pracovní schopnosti, omezení příjmu
- Potřeba léčby – priority v jiných oblastech než zdraví jsou potlačené
- Snížení kvality života
- Léčba a změna rolí nemocného omezuje a izoluje
- Zasažení sociální sítě (blízcí, rodina, škola, práce) potřebou změny rolí

Nemoc sama není negativní jev, ale může do ní přerůst, pokud dochází ke snížení kapacity či dalším dopadům, měřitelným zejména ve finanční oblasti.

Onkologické onemocnění a jeho potenciál z pohledu potřeby prevence:

- Ohrožení osob s nižší adaptační schopností tzn. ohrožení lidí
- Následky a dlouhodobost onemocnění produkují ohrožení v uplatnitelnosti na trhu práce a možnosti návratu do práce – podle výzkumů z Holandska byly 6 let po onemocnění schopny pracovat ¾ z výzkumného vzorku 273 osob, 7 % z nich se setkala s diskriminací v zaměstnání. Dlouhodobost léčby onemocnění produkuje mnoho obtížných situací pro nemocného – říci o svém onemocnění a důchodu?, potřeba zvládnutí pochybností o své kompetenci, zvládnutí následků léčby a přijetí omezení atd.

- Díky snížení příjmu dochází k sekundárnímu efektu zadlužování – rodiny, které žijí na hraně zvládnání finanční situace se mohou snadno dostat do nezvladatelné situace.
- Priorita léčby snižuje včasnost intervence negativních jevů onemocnění v jiných oblastech život – vyhledávání pomoci v jiných než zdravotních otázkách je obtížné jak pro nemocné, tak pro jejich blízké, proto je odkládají a potenciální problém se prohlubuje.
- Rozpad běžných kontaktů, vztahů, sociální izolace – vliv stigmatu, ale i čistě praktické životní situace jako dlouhý pobyt na nemocenské, omezení vycházek, snížení příjmu, zhoršení plánování a změna možností trávení volného času podle své volby, to vše uvádí nemocné a mnohdy i jejich blízké do vzdálení se běžnému životu a izolace.
- V makropohledu je dlouhodobost a četnost onemocnění společensky zatěžující ne-li přímo ohrožující. Nejsou vyčíslené náklady na léčbu ani další související dopady do sociálního systému. Mnoho nákladů se překládá na rodiny. V USA se například zavádí měření distresu jak u nemocných, tak u jejich blízkých jako součást standardní péče a to proto, že se až u 50 % osob distres dosahuje hodnot, které zasluhují zdravotní péči. Distres má nepochybně zdravotní dopady.

1.6 Ohrožení lidí

Z hlediska prevence je možné identifikovat rizikové osoby či rodiny, kde potenciálně může vznikat ohrožení. Jedná se o:

- Osoby se souběžnou vážnou zdravotní diagnózou (např. Psychiatrický pacient, rs nebo diabetes)
- Osoby osaměle žijící (bez rodiny či s rodinou nějak konfliktní či v konfliktu)
- Rodič osaměle pečující o nezaopatřené děti, osoba pečující o partnera či rodiče
- Osoby s nižším příjmem (bez práce, důchodce) či vysokými závazky (hypotéka, dluhová problematika)
- Rodina se členem cizincem

Přináležitost k některé kategorii nemusí na nic poukazovat. Rodiny, které jsou stabilní a zvládají komunikační tlaky, obvykle celou situaci zvládnou jako výzvu, která je stmelí. Pokud však nemocný spadá do více kategorií, pak se násobí pravděpodobnost potřeby intervence. Ptejme se.

Co se děje pokud se neptáme a intervence není včasná? Potřebný člověk není rozpoznán, není kapacita pro včasnou intervenci, nastává oddalování pomoci. Včasné rozpoznání potřebnosti napomůže předcházení mnoha dalším obtížím. Konkrétně v oblasti sociálních služeb dochází k tomu, že nemocný a jeho rodina propadne sítím až na dno, kde je již dostatečně potřebný a začne využívat nabízených sociálních služeb. Mezi důvody, které k užívání služeb vedou však již onkologické onemocnění není, je nahrazeno sociální či psychickou potřebou (až 50 % onkologicky nemocných trpí poruchami nálad), které původní onemocnění spolu s působením poměrně dlouhého časového období spustilo či prohloubilo. Včasná a cílená intervence, počítající s komplexitou problematiky by přitom mnohemu předešla či by výrazně ulevila a to nejen klientovi samému.

1.7 Kazuistika II.

Žena, 55 let, rozvedená, žije na vesnici s dospívajícím synem. Před 5 lety podstoupila kompletní onkologickou léčbu – operaci, chemoterapii a ozařování. Několik let byla v invalidním důchodu 3. stupně, následně v invalidním důchodu 1. stupně. Ten jí byl před více než rokem zcela odebrán, přičemž pokles výdělečné schopnosti byl stanoven na 25 %. Má zdravotní omezení – velká únava, hormonální nestabilita, bolesti v oblasti jizev a nesmí zvedat těžká břemena. Podala odvolání proti

rozhodnutí, které bylo zamítnuto a přihlásila se do evidence uchazečů o zaměstnání na Úřadu práce (ÚP). Oddělení hmotné nouze ji hradilo příspěvek na živobytí a doplatek na bydlení. Od ÚP dostala nabídku práce jako pokojská v hotelovém zařízení. Zaměstnavatele navštívila a po rozhovoru s ním a po zjištění délky dojíždění a s vědomím svých zdravotních možností, zaměstnání odmítla. Zaměstnavatel ji v rozhovoru upozornil, že se nebude jednat pouze o práci pokojské, ale při nastalých pauzách ji neprodleně převede na jinou práci.

Sociální poradenství Amelie vyhledala ve chvíli, kdy ji ÚP oznámil, že bude sankčně vyřazena, protože odmítla pracovní nabídku. Pro pracovníci ÚP nebylo dostatečným vysvětlením ani předložení lékařských zpráv, ani posudku o invaliditě, kde sice je ID 1. stupně odebrán, ale pokles výdělečné schopnosti ve výši 25 % popsán. ÚP kontaktoval praktického lékaře s otázkou zda-li klientka smí vykonávat práci pokojské. Lékař konstatoval, že ano. Klientka byla zoufalá a díky vyřazení z ÚP i bez finančních prostředků z hmotné nouze. V rámci sociálního poradenství bylo sepsáno odvolání proti rozhodnutí ÚP s důrazem na zdravotní stav, jednání se zaměstnavatelem a odkazem na skutečnost, že klientce nikdo nedoporučil žádost o status osoby zdravotně znevýhodněné (OZZ) a praktický lékař neměl přesné informace o kumulované pracovní pozici. Zároveň byla klientce neprodleně doporučena žádost o OZZ. Při následující konzultaci klientka sdělovala, že byla pozvána k osobnímu jednání společně se zaměstnavatelem, kde se snažila vysvětlit skutečnosti a také doložila podání žádosti o OZZ. Nyní čeká na rozhodnutí o odvolání.

1.8 S čím může sociální práce pomoci

Sociální práce a sociální pracovníci přitom mají nástroje, které k pomoci nemocným i jejich blízkým jsou dostatečné a mohou značně ulehčit. Jsou to zejména dovednosti v následujících oblastech:

- Komunikace s nemocnými, jejich blízkými, rodinami i komunitami
- Seznámení, vysvětlení systémů (zdravotní, sociální, vzdělávací)
- Postupy v sociálním a zdravotním pojištění, posudkovém lékařství, dávky a příspěvky
- Preventivní postupy (dluhová problematika, péče o dítě...). U dluhové problematiky je jednou z jejich příčin i nízká informovanost o nároku na sociální dávky při vniku onemocnění. Dříve to byl obvykle praktický lékař, kdo měl přehled a informoval nemocného o nároku na invalidní důchod a byl aktivní v jeho řešení, nyní se většina z nich tímto nezabývá, žadatelem o důchod je nemocný sám. Množství lidí, kteří se nedozví o možnosti podání žádosti nebo je zjištěno, že na invalidní důchod nemají splněnou podmínku potřebné doby sociálního pojištění je stále více.
- Přímá intervence spolu s klientem či v jeho prospěch (pomoci napsat či přímo podat žádosti, doprovázet klienta situaci) – hájit jeho práva a zájmy v podobě odvolání proti rozhodnutí nebo zajištění právního zastoupení. Například odvolání proti nepřiznání nebo snížení stupně invalidního důchodu nebo zajištění právníka pro rodinné spory v oblasti majetku.
- Komunikace problémů odzvola nahoru, zastupování zájmů cílové skupiny, vyjednávání.

Cílem pomoci je klient, který je nejenom informovaný, ale i samostatný ve svém rozhodování, lépe komunikující o svých potřebách s odborníky (lékaři, sestrami, sociálními službami), ale i se svými blízkými. Takový je totiž ochotný spolupracovat a podílet se na léčbě, uvědomuje si a přijímá i omezení, která jsou s nemocí spojena, lépe se orientuje v dané situaci a nereaguje pod vlivem šoku či velké emoční tísně. Ideálně je to tedy takový klient, který je informovaný, napřeny ke spolupráci a vědomý si své cesty v léčbě i onemocnění.

Nejčastější témata se kterými se na sociální pracovnice obracejí nemocní a jejich blízcí:

- Zajištění hospicové péče – lůžková + domácí
- Zajištění domácí zdravotní péče
- Sociální poradenství – dávky a příspěvky
- Zajištění kompenzační pomůcky
- Zajištění sociální služby – pečovatelská, asistenční a další služby

1.9 Dosažitelnost sociální práce

V současné chvíli se ocitá nemocný (a ještě více jeho blízký) v roztržitém prostředí množství služeb z oblastí zdravotní a sociální, soukromé či svépomocné péče a pomoci. V tomto prostředí za situace silného časového tlaku měl zorientovat a najít adekvátní pomoc. Je to velmi těžké až nereálné.

Kde najdeme sociální práci s onkologicky nemocnými:

- Ve zdravotnictví – otázka dodržování doporučeného standardu počtu sociálních pracovnic na lůžko – na jednu sociální pracovnici či pracovníka by se mělo jednat o max 250 akutních lůžek nebo 100 lůžek u LDN a nebo 50 akutních psychiatrických lůžek. Dle zkušeností sociální pracovnice pro onkologii jako jediné oddělení není a to ani u komplexních onkologických center, kde by se to dalo očekávat. V praxi sociální pracovnice až na výjimky nedochází na ambulanci – na to nemají kapacitu. Přitom většina léčby onkologických onemocnění probíhá ambulantně. Specifickým a nejen českým problémem je týmová spolupráce v rámci zdravotnického prostředí.
- V sociálních službách – nemocný není v době léčby sociálně potřebným z definice, musí se najít v jiné kategorii (v krizi, s dluhovou problematikou, senior), tím dochází ke zhoršení identifikace problému a není přihlíženo ke specifickým potřebám této cílové skupiny (je opomíjena zdravotní část – např. Jedním z nejčastějších témat je komunikace se zdravotníky a ve zdravotnictví).
- V neziskových organizacích – problém odbornosti na pomezí zdravotní a sociální, zaměstnání a udržení odborníků (financování služeb, které nejsou jen a nebo vůbec sociální). Nedůvěra neziskovému sektoru zhoršuje ochotu odborníků doporučit jej a spolupracovat v péči.

Z výzkumu, který realizovala v roce 2015 Amelie, z.s. vyplývá následující dostupnost sociální práce pro onkologicky nemocné ve zdravotnictví:

- Všechna Komplexní onkologická centra a Hematoonkologická centra mají sociální pracovnici
- Sociální pracovnice až na výjimky (MOU Brno) nemá na starost pouze onkologickou kliniku, ale další oddělení v nemocnici
- Počet lůžek, která musí sociální pracovnice obhospodařit, se pohybuje mezi 100–250
- Zároveň onkologicky nemocní jsou i na dalších klinikách (chirurgie, plicní, gynekologie, ORL)
- Dochází obvykle na lůžka, ambulanci spíše zřídka (výjimka MOU, FN Hradec Králové)
- Sociální pracovnice nejčastěji kontaktuje lékař a příbuzní (ostatní personál či sám nemocný méně často)
- Ne všechna menší zařízení a nemocnice mají sociální pracovnici
- Pokud ano, obvykle je 1–2 na celé zařízení
- Ambulantním pacientům se nelze věnovat
- Samostatné ambulance (např. Mama Centra) nemají sociální pracovnici

2. Závěr

Podporovat onkologicky nemocné a jejich blízké od počátku onemocnění tak, aby nedošlo k velkému zhoršení kvality života, sociálnímu propadu a dalšímu ztížení jejich situace umožňuje do určité míry již současný systém péče. Zhoršená je však spolupráce v předávání případů a téměř neexistuje depistážní práce. Přitom prevence je levnějším řešením, ke kterému se ve velké míře přiklání celosvětové trendy.

V ČR neexistuje koncepce, která by umožňovala spolupráci mezi zdravotním a sociálním systémem. Dlouhodobě diskutovaný záměr Komplexní rehabilitační péče je pozastaven, o dění v záměru Dlouhodobé péče není mnoho slyšet. Sociální pracovníci však mohou mnohé zvládnout sami, pokud budou nastaveni k vyhledávání rizikových osob a rodin a budou ovládat nástroje, které mají k dispozici, což není samozřejmostí vzhledem k potřebě specifických znalostí (krizová komunikace, přesahy do zdravotnictví).

Závěrem lze říci, že psychosociální podpora rodinám s onkologicky i jinak dlouhodobě nemocným zahrnuje velkou škálu oblastí a je velmi potřebná. Můžeme v tom jako sociální pracovníci mnoho pomoci.

Reference / Seznam citované literatury

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Sociologické nakladatelství, 1997, 144 s. Studijní texty. ISBN 80-85850-24-9.

Aplikovaná sociální psychologie I. Vyd. 1. Praha: Portál, 1998, 383 s. ISBN 80-7178-269-6.

Postoje veřejnosti k zabezpečení péče o seniory⁸¹

Public attitudes to elderly care provision

Eva Dragomirecká⁸²

Abstrakt

Práce prezentuje výsledky dotazníkového šetření zjišťujícího postoje veřejnosti k péči o seniory. Respondenty byly osoby ve věku 35-60 let a jejich rodiče (61– 91 let). Byly zjišťovány názory na optimální prostředí pro seniory se sníženou soběstačností, optimální péči a odpovědnost státu či rodiny za zajištění péče. Výsledky ukázaly přetrvávání modelu rodinné solidarity i silné přesvědčení o odpovědnosti státu, a to u obou generací. Pozorované rozdíly souvisely ve vyšší míře se vzděláním než s věkem

Klíčová slova: Péče o seniory. Postoje veřejnosti. Dotazníkové šetření. Odpovědnost.

Abstract

The paper presents the results of the questionnaire survey focused on public attitude to care about the seniors. The respondents were people from 35 to 60 years old and their parents (61 to 91 years old). Opinions of interest were the optimum environment for seniors with reduced self-containedness, optimum care, and responsibility of the state or family for provision of the care. The results showed the persisting model of the family solidarity as well as strong conviction about responsibility of the state in both generations. The differences related to a higher level with the education and not age.

Keywords: Care of seniors. Attitude of public. Questionnaire survey. Responsibility.

1. Úvod

Stoupající životní úroveň a rozvoj medicíny mění priority a charakter zdravotní a sociální péče. Jedním z velkých úkolů současnosti je zabezpečení péče o seniory, kteří v důsledku zhoršujícího se funkčního stavu ztrácejí soběstačnost. Základní principy pro plánování a realizaci péče byly formulovány již v r. 1982 na 1. světovém shromáždění OSN o problematice stárnutí a stáří ve Vídni a zahrnují čtyři procesy změny: demedicinalizaci, deinstitucionalizaci, deskretorizaci a defederalizaci.

V našich podmínkách nastaly předpoklady pro systematické změny až po r. 1990 a v současné době jsme, po etapě diskusí a mapování, ve fázi postupného zavádění komunitních služeb. Zatímco na vládní úrovni byla přijata koncepce podpory transformace pobytových služeb v jiné typy sociálních služeb pro uživatele všech věkových kategorií, z médií snadno získáme dojem, že se starých lidí deinstitucionalizace netýká a hlavním úkolem péče o seniory je postavit dostatek nových pobytových zařízení. Tradičně byla u nás péče o seniory zajišťována rodinou a chápána jako projev rodinné solidarity, vedle toho v 50. letech vznikl jednotný koncept domovů důchodců, jejichž zřizování a provoz zajišťoval stát a deklaroval jistotu občanů na hmotné zajištění na stáří (Haškovcová, 2010, s. 214). Od roku 1990 se věnuje úsilí jak modernizaci ústavů a posílení práv jejich obyvatel, tak rozvoji terénních služeb a podpoře rodinných pečujících, která však nedosahu-

81 Tato práce byla podpořena projektem Grantové agentury České republiky č. 16-07931S Hodnocení potřeb rodinných příslušníků pečujících o seniory a Programem rozvoje vědních oblastí na Univerzitě Karlově (PRVOUK) č. 7 Psychosociální aspekty kvality lidského života, podprogram Sociální aspekty stárnutí obyvatelstva.

82 PhDr. Eva Dragomirecká, PhD., Katedra sociální práce Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, e-mailová adresa: eva.dragomirecka@ff.cuni.cz, Tel: +420 221 619 943

je úrovně vyspělých evropských, především skandinávských zemí. Rozhodování o zajištění péče o starého člena rodiny je dosud složitou a někdy i traumatizující rodinnou zkušeností.

V zemích západní Evropy se vyvinulo několik typů modelů podle míry odpovědnosti, kterou má rodina či stát za financování a poskytování dlouhodobé péče (Pohl a Šplíchalová, 2014). Vedle skandinávského (státní odpovědnost, preference komunitní péče, malý podíl neformální péče), jihoevropského (důraz na neformální péči s omezenou pomocí státu), reziduálního (odpovědnost primárně na jedinci a rodině, testované poskytování sociální péče z veřejných zdrojů) či modelu subsidiarity (odpovědnost rodiny, financování je zajištěno veřejným sektorem, služby poskytovány na místní úrovni) se uvádí také typ východoevropský, charakteristický delegováním odpovědnosti na stát, důrazem na ústavní péči a vysokým podílem neformální rodinné péče s malou podporou z veřejných zdrojů.

Zajímalo nás, jak vnímá odpovědnost státu a rodiny za zajištění péče o seniora veřejnost. Dosavadní výzkumy byly zaměřeny především na pečující, např. výzkumy mezigenerační solidarity (Jeřábek, 2005, 2013) nebo pečovatelské zátěže (Jarolímová, 2014).

Oslabení osobní odpovědnosti u české populace sledoval výzkum Institutu pro výzkum veřejného mínění z r. 1997. Zatímco odpovědnost za zdraví, vzdělání nebo životní úroveň přičítali respondenti v první řadě sami sobě, odpovědnost za důstojné stáří byla podle každého druhého respondenta věcí státu, pouze čtvrtina ji považovala za vlastní odpovědnost a jen desetina za odpovědnost rodiny (Srnc, 2002).

Názory seniorů starších 60 let a jejich dětí publikovala Veselá (2002; Veselá a Janata, 1999). Zjišťovala představy seniorů a jejich dětí o optimálním zabezpečení vlastního stáří, přípravu na stáří i ochotu dětí se starat o své rodiče v domácím prostředí. Respondenti se také vyjadřovali k výrokům o roli rodiny a státu a ústavní péči. Potvrdila se převaha názoru, že odpovědnost za péči nese stát, i negativní konotace označení „domov pro seniory“ v porovnání s „penziony pro seniory“. Rozhodli jsme se s odstupem 15 let provést podobné dotazníkové šetření dvou generací a zjistit, jaké jsou současné názory na optimální péči o seniory dnešní střední a starší generace a jaké sociodemografické charakteristiky tyto názory ovlivňují.

2. Názory na zabezpečení optimální péče o seniory – srovnání dvou generací

2.1 Základní informace

Dotazníkové šetření proběhlo v r. 2016 v rámci předmětu Terénní výzkum pod vedením autorky. Tazateli bylo 24 studentů prvního ročníku magisterského oboru sociální práce na Katedře sociální práce FF UK, jejichž úkolem bylo získat data od respondentů ve věku 45-60 let a jejich rodičů podle předem stanovených kritérií (stejný počet mužů i žen, polovina bez VŠ vzdělání, polovina žijící mimo velkoměsto). Skupina rodičů respondentů střední generace byla zvolena proto, aby výsledky mohly ukázat případné rozdíly mezi generacemi a zároveň byla omezena variabilita mezi soubory „střední generace“ a „starší generace“ co se týče socioekonomických a hodnotových proměnných.

2.2 Metoda

Jednorázové dotazníkové šetření. Dotazníky byly administrovány převážně v domácnosti respondentů, případně na jejich pracovišti nebo emailem. Asistenci tazatele (předčítání nebo vysvětlení) využili někteří příslušníci „starší“ generace, většina respondentů vyplnila dotazník samostatně. Anonymita při odevzdávání dotazníku byla zaručena možností vložit vyplněný dotazník do obálky a zalepit.

Dotazník s názvem „Zabezpečení optimální péče o seniory“ byl vytvořen pro účely šetření. Část otázek byla převzata z výzkumného šetření (Veselá, 2002), část upravena na základě focus group a předvýzkumu. Dotazník má celkem 25 položek; 9 položek zjišťuje relevantní sociodemografické charakteristiky respondenta, 5 položek názory na optimální péči o seniory, 9 výroků se týká odpovědnosti za péči a ústavní péče. Výsledky lze vyjádřit třemi dílčími skóry: odpovědnost státu, odpovědnost rodiny a preference ústavní péče.

2.3 Popis souboru

Byla získána data od 267 osob, z toho 115 mužů (43 %). Průměrný věk činil 60,8 let (SD ± 13,5) s rozsahem od 35 do 91 let.

Vysokoškolské vzdělání měl každý pátý respondent souboru (19 %), více než třetina respondentů (39 %) absolvovala středoškolské vzdělání s maturitou a zhruba stejný počet (40 %) absolvoval střední nebo učňovskou školu bez maturity. Pouze 5 respondentů uvedlo jako nejvyšší dosažený stupeň základní vzdělání (2 %).

Co se týče bydliště respondentů, výzkumné šetření nebylo úmyslně zaměřeno na velkoměstskou populaci. Třetina respondentů (32 %) žila v obcích do 10 tisíc obyvatel, 20 % v menších městech od 10 do 50 tisíc obyvatel, 11 % ve větších městech od 50 do 100 tisíc obyvatel a 37 % ve velkoměstě nad 100 tisíc obyvatel.

Dále bylo zjišťováno, zda měli respondenti osobní, případně profesní zkušenost se zajišťováním péče o seniora. Osobní zkušenost uvedlo 119 osob (45 %), profesní zkušenost 10 osob (4 %) a osobní i profesní zkušenost 30 osob (11 %). 107 respondentů (40 %) odpovědělo, že dosud neměli žádnou zkušenost s péčí o seniory.

Jak už bylo uvedeno, cílem práce bylo srovnat postoje a názory střední generace s generací jejich rodičů. Respondenty jsme proto rozdělili do podsouboru „střední generace“ ve věku do 60 let (137 osob, průměrný věk 49 ± 5,6, rozsah 35 až 60) a podsouboru „starší generace“ nad 60 let (130 osob, průměrný věk 73 ± 6,5, rozsah 61 až 91). Srovnání sociodemografických charakteristik obou podsouborů uvádí tabulka 1.

Tabulka 1: Charakteristiky podsouboru střední a starší generace (N = 267)

	střední (N = 137)		starší (N = 130)		test	p
	abs.	%	abs.	%		
pohlaví						
muž	65	56,5	50	43,5	$\chi^2=2,196$	0,138
rodinný stav						
žije s partnerem	94	69,1	68	52,3	$\chi^2=7,888$	0,005
bydliště						
velkoměsto	53	38,7	46	35,4	$\chi^2=0,312$	0,577
vzdělání						
s maturitou nebo vyšší	101	73,7	53	40,8	$\chi^2=29,674$	<0,001
osobní zkušenost						
ano	74	54,0	75	58,1	$\chi^2=0,459$	0,498
profesní zkušenost						
ano	29	21,2	11	8,5	$\chi^2=8,309$	0,004

Zdroj: vlastní data

Není překvapivé, že se starší generace od generace středního věku významně lišila v rodinném stavu (třetina respondentů v podsouboru starších byla ovdovělá) a ve vzdělání. Zajímavý je vyšší podíl osob s profesní zkušeností péče o seniory v podsouboru střední generace.

Co se týče bydliště, oba podsoubory se nelišily podílem osob žijících ve velkoměstě (více než 100 tisíc obyvatel) v porovnání se sídly menšími než 100 tisíc obyvatel. Významný rozdíl nebyl ani v podílu osob střední nebo starší generace žijících v obcích a menších městech do 50 tisíc obyvatel v porovnání s lidmi žijícími ve větších městech nad 50 tisíc a ve velkoměstě.

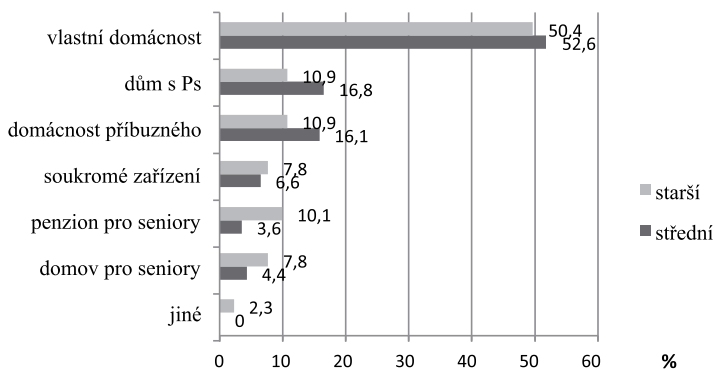
3. Výsledky

3.1 Prostředí pro život ve stáří v případě nesoběstačnosti

Respondenti se vyjadřovali k tomu, co považují za nejlepší a nejhorší prostředí pro život ve stáří v případě nesoběstačnosti. Zhruba každý druhý respondent zvolil jako optimální možnost život ve vlastní domácnosti s pomocí rodiny nebo sociální služby, ostatní volby byly méně četné.

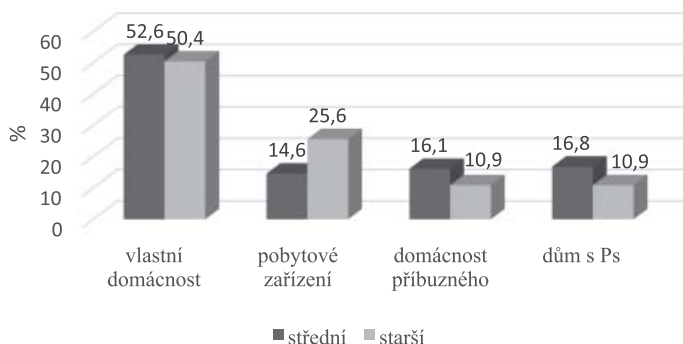
Zařazení tří různých názvů pobytových zařízení pro seniory, a to „penzion pro seniory“, „domov pro seniory“ a „soukromé rezidenční zařízení pro seniory“ mělo odhalit konotace těchto názvů pro veřejnost. „Domov pro seniory“ je registrovanou sociální službou řídicí se standardy kvality, se státní dotací. „Penzion pro seniory“ či „rezidenční zařízení“ většinou nebývá registrovanou službou a jejich kvalita může být velmi rozdílná, od kvalitních zařízení poskytovaných nestátními subjekty, např. církevními, přes luxusní soukromá zařízení až po otřesné případy neregistrovaných ubytovacích zařízení, která se klamavě prezentují jako sociální služby pro seniory, ale ve skutečnosti jsou pouze výdělečným podnikem využívajícím situace lidí v nouzi, bez jakékoli garance kvality. Obrázek 1 ukazuje, že zejména starší respondenti preferovali „penzion pro seniory“ před „domovem pro seniory“.

Obrázek 1: Optimální prostředí pro život ve stáří (N = 267)



Zdroj: vlastní data

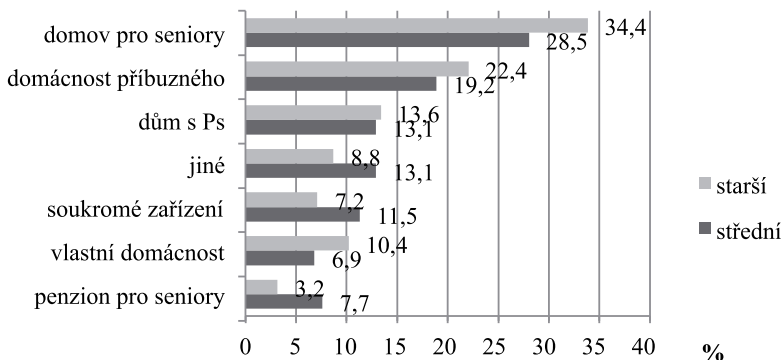
Pokud vezmeme celkovou preferenci pro pobytová zařízení, vyjádřila se pro ni čtvrtina respondentů podsouboru starších (25,7 %) a pouze 14,6 % respondentů střední generace (obrázek 2). Naopak domy s pečovatelskou službou zvolilo více respondentů střední generace než jejich rodičů, starší generace také méně často preferovala domácnost příbuzného. Střední a starší generace se shodovala pouze v názoru na život ve vlastní domácnosti – jako optimální prostředí jej zvolil každý druhý respondent.

Obrázek 2: Optimální prostředí pro život ve stáří – sloučené kategorie (N = 267)

Zdroj: vlastní data

V souhrnu polovina respondentů (52 %) považuje za nejlepší prostředí pro život ve stáří (se sníženou soběstačností) vlastní domácnost, ostatní jsou pro dům s pečovatelskou službou (14 %), domácnost příbuzného (14 %) nebo pobytové zařízení pro seniory (13 %). Dílčí rozdíly mezi oběma podsoubory jsou ve vyšší preferenci života v domácnosti příbuzného nebo v domě s pečovatelskou službou a nižší preferenci pobytových zařízení u respondentů střední generace v porovnání s jejich rodiči.

Dobrou či špatnou reputaci pobytových zařízení pro seniory osvětluje volba „nejhoršího prostředí pro život ve stáří v případě nesoběstačnosti“ (obrázek 3). Každý třetí respondent podsouboru starší generace považuje za nejhorší prostředí domov pro seniory, zatímco soukromé zařízení nebo penzion pro seniory byl jako nejhorší možnost volen zřídka. Za druhou nejhorší možnost byl považován pobyt v domácnosti příbuzného a na třetím místě se ocitl pobyt v domě s pečovatelskou službou. V nejméně případech byl staršími respondenty považován za špatné prostředí penzion pro seniory, respondenti střední generace málokdy považovali za špatné prostředí život ve vlastní domácnosti.

Obrázek 3: Nejhorší prostředí pro život ve stáří (N = 267)

Zdroj: vlastní data

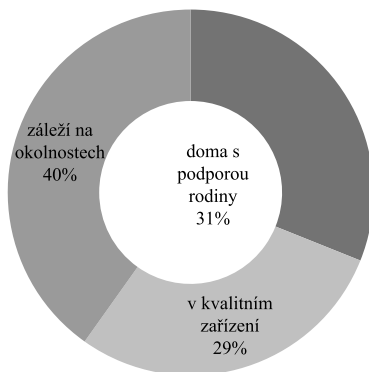
Po sloučení různých typů rezidenčních zařízení do jedné kategorie lze shrnout, že za nejhorší prostředí považuje téměř polovina respondentů pobytové služby (46 %), pětina život v domácnosti příbuzného (20 %). Méně často volili jako nejhorší prostředí dům s pečovatelskou službou (13 %) nebo vlastní domácnost (9 %). Volba „jiné“ umožnila respondentům připsat možnost v dotazníku neuvedenou. Nejčastěji (9 %) uvedli jako nejhorší prostředí pro život LDN, případně nemocnici. Dalším opakovaně zmiňovaným prostředím byl život doma, bez pomoci rodiny, o samotě nebo bez prostředků na pomůcky usnadňující život nesoběstačného seniora. Názory respondentů střední a starší generace na nejhorší prostředí pro život ve stáří se významně nelišily (proto obrázek se sloučenými kategoriemi nejhoršího prostředí není prezentován).

a) Typ péče

Respondenti se k otázce života v domácím prostředí nebo v zařízení vyjadřovali ještě jednou, když volili, zda považují za optimální typ péči v domácím prostředí, v kvalitním zařízení nebo zda nepreferují jedno řešení a výběr by záležel na okolnostech.

Z výsledků je zřejmé, že žádná z těchto možností není jednoznačně preferována a nejvíce respondentů se přiklonilo k volbě „nepreferuji jeden typ, záleží na okolnostech“. Respondenti střední a starší generace se v této položce zcela shodovali, výsledky jsou proto prezentovány pro celý soubor (obrázek 4).

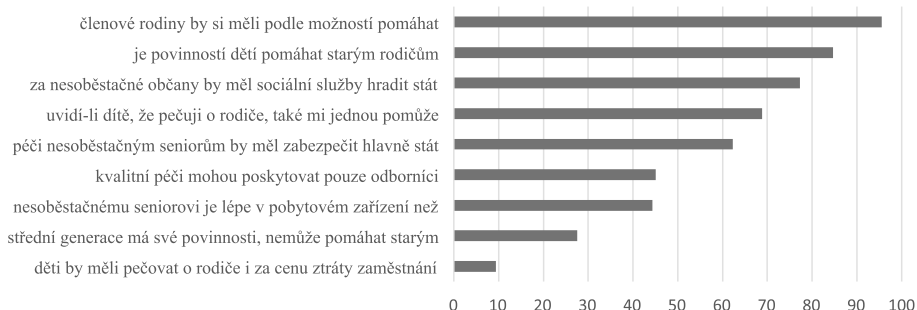
Obrázek 4: Optimální typ péče o nesoběstačné seniory (N = 267)



Zdroj: vlastní data

3.2 Odpovědnost státu a rodiny

Kromě toho, jak si respondenti představují kvalitní prostředí a péči pro život ve stáří, nás zajímalo, do jaké míry považují zajištění péče o nesoběstačné seniory za odpovědnost státu nebo odpovědnost rodiny. Respondenti vyjadřovali svůj souhlas či nesouhlas s výroky, které se týkaly odpovědnosti státu či rodiny a ústavní péče (obrázek 5).

Obrázek 5: Pořadí výroků podle % respondentů, kteří souhlasili (N = 267)

Zdroj: vlastní data

Více než polovina respondentů souhlasila s výroky vyjadřujícími rodinnou solidaritu i s výroky o odpovědnosti státu za péči o seniory.

Respondenti starší generace ve vyšší míře než střední generace souhlasili s výroky, že by péči nesoběstačným seniorům měl zabezpečit stát, že kvalitní péči nesoběstačným seniorům mohou poskytovat pouze odborníci ve specializovaných zařízeních a „střední generace má v současné době dostatek svých starostí a povinností, a proto starým rodičům pomáhat nemůže“.

3.3 Vztah charakteristik respondentů k odpovědnosti státu, rodiny a preferenci ústavů

Výroky prezentované v obrázku 5 lze sloučit do tří dimenzí (výsledek faktorové analýzy, podklady nejsou prezentovány), které můžeme nazvat odpovědnost státu, odpovědnost dětí a preference ústavů⁸³. Výsledné skóry těchto dimenzí (součet hrubých skóre odpovědí) jsme srovnávali u skupin respondentů rozdělených podle různých charakteristik.

Co se týče odpovědnosti dětí, výsledky neukázaly „generační rozdíl“ mezi oběma podsoubory. Respondenti starší generace však ve vyšší míře souhlasili s odpovědností státu a s ústavní péčí než střední generace.

Položili jsme si otázku, jak si zjištěné rozdíly mezi podsoubory vysvětlit, jaké další sociodemografické charakteristiky jsou rozhodující.

S *odpovědností dětí* významně více souhlasili respondenti, kteří měli osobní zkušenost s péčí o seniora. Souhlas s odpovědností dětí stoupal se vzděláním; významným předělem bylo absolvování SŠ s maturitou. Pohlaví, počet dětí, bydliště, profesní zkušenost s péčí nebo rodinný stav⁸⁴ s názorem na odpovědnost dětí nesouvisel.

S *odpovědností státu* za zabezpečení péče se více ztotožňovali ti, kteří neměli osobní nebo profesní zkušenost s péčí o seniory. Významný vliv mělo vzdělání – míra souhlasu s odpovědností státu se rovnoměrně snižovala s každým dosaženým stupněm vzdělání a podobná souvislost byla zjištěna u finanční situace: respondenti s lepším hmotným zabezpečením méně souhlasili s odpovědností státu za zabezpečení péče. Přesvědčení o odpovědnosti státu významně stoupalo s věkem respondentů. Názor na odpovědnost státu nesouvisel s pohlavím, bydlištěm (velikostní kategorie obce), rodinným stavem nebo počtem dětí.

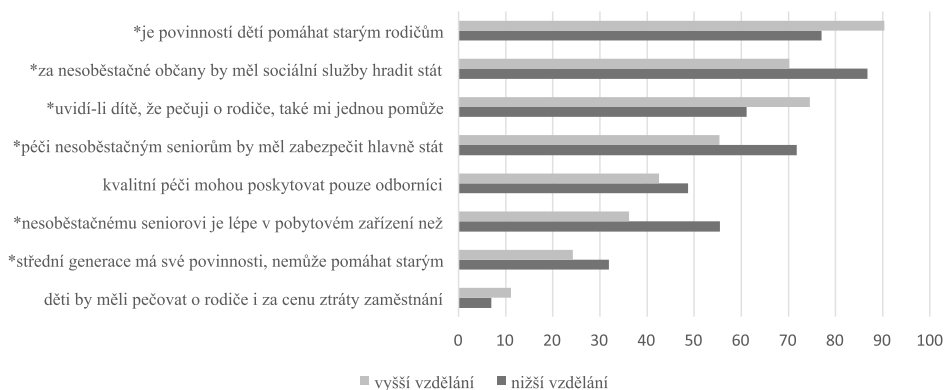
83 Výrok „členové rodiny by si měli podle možností pomáhat“ byl z této analýzy vyloučen pro nízkou diskriminační schopnost.

84 Rodinný stav byl překódován na kategorie „s partnerem“ a „bez partnera“.

Poslední sledovanou dimenzí byl souhlas s ústavní péčí⁸⁵. Tu častěji vyjadřovali respondenti s nižším vzděláním, bez osobní nebo profesní zkušenosti s péčí o seniora, nežijící ve velkoměstě, s jedním dítětem. Názor na ústavní péči nesouvisel s pohlavím, finanční situací, rodinným stavem nebo věkem.

Zdá se, že výraznější roli než věk respondentů hraje jejich vzdělání (obrázek 6). Rozdíly dosahující statistické významnosti jsou označeny hvězdičkou. Nižší vzdělání znamená, že nejvyšším dosaženým stupněm vzdělání respondenta je základní škola, učňovská nebo střední škola bez maturity; vyšší vzdělání znamená dosažení maturity, případně VOŠ nebo VŠ.

Obrázek 6: Míra souhlasu s výroky o péči podle vzdělání respondentů (N = 267)



Zdroj: vlastní data

Respondenti s vyšším vzděláním se více ztotožňují s odpovědností dětí za péči o rodiče, respondenti s nižším vzděláním se kloní k odpovědnosti státu a k ústavní péči.

4. Shrnutí a závěr

Výsledky výzkumného šetření neukazují na výraznou proměnu názorů veřejnosti v posledním desetiletí. V souladu s výzkumem z r. 1999 preferuje každý druhý respondent život ve vlastní domácnosti s podporou rodiny či služeb a v tomto postoji se střední a starší generace neliší. Odpovědi respondentů se zdály spíše podložené realitou běžného života než odrážející stereotypy „špatného“ nebo „správného“ řešení, co se týče péče o nesoběstačného seniora, jak ukázal mimo jiné vysoký podíl odpovědí, které nevolí jako optimální typ péče ani zařízení, ani péči v domácnosti, ale preferují zvážení okolností.

Z odpovědí respondentů starší generace lze usuzovat na snahu nezatěžovat rodinu – ve vyšší míře preferují pobytová zařízení a v nižší domácnost příbuzného ve srovnání s respondenty střední generace (jejich dětmi). Starší respondenti také připomínali, že jsou horší alternativy pro stáří, než jaké jim byly předloženy, a to pobyt v LDN nebo ve vlastní domácnosti o samotě, bez pomoci.

⁸⁵ Dimenze je sycena výroky „je-li starý člověk nesoběstačný, je mu lépe v pobytovém zařízení než doma“, „kvalitní péči nesoběstačným občanům mohou poskytovat pouze odborníci ve specializovaných zařízeních“ a „střední generace má v současné době dostatek svých starostí a povinností, a proto starým rodičům pomáhat nemůže“

Zajímavá je přetrvávající špatná reputace domovů pro seniory v porovnání s penziony či soukromými zařízeními, což může být v současné době rizikové, vzhledem k líbivě nazvaným neregistrovaným zařízením, orientovaným na zisk.

Zdá se, že myšlenkově přetrvává model vysoké rodinné solidarity, a to bez generačního rozdílu. Starší respondenti ve vyšší míře souhlasili s odpovědností státu a preferencí ústavní péče, ale další analýzy ukázaly, že rozhodující proměnnou není věk, ale vzdělání a zkušenost s péčí v tom smyslu, že s ústavní péčí a větší odpovědností státu se více ztotožňují respondenti s nižším vzděláním, bez osobní nebo profesní zkušenosti s péčí. Zajímavé je, že nehraje roli pohlaví ani velikostní kategorie obce, byť je role žen a mužů v péči o rodiče odlišná, stejně jako síť podpůrných služeb v malých obcích nebo velkoměstě.

Literatura

Expectation α aspiration: public attitudes toward social care. Dostupné na http://www.ippr.org/files/images/media/files/publication/2011/05/expectations_and_aspirations_1697.pdf?noredirect=1

GEISSLER, Hana et al. *Výstupní analytická zpráva o současné situaci a potřebách pečujících osob a bariérách pro poskytování neformální péče v ČR*. Fond dalšího vzdělávání, 2015. Dostupné na <http://www.ofdv.cz/neformalni-pecovatele>

HAŠKOVCOVÁ, Helena. Fenomén stáří. Vyd. 2., podstatně přeprac. a dopl. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. ISBN 978-80-87109-19-9

JEŘÁBEK, Hynek et al. *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, 2005.

JEŘÁBEK, Hynek. *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2013. Studie (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-7419-117-6

POHL, Michal a ŠPLÍCHALOVÁ, Eva. *Dlouhodobá péče ve vybraných zemích EU*, 2014. Dostupné na <http://www.dustojnestarnuti.cz/res/data/003/000439.pdf>

SRNEC, Jan. *Situace staršího obyvatelstva v postkomunistické České republice z pohledu psychologa*. *Demografie*, 2002, roč. 44, č. 1, s. 41–42.

VESELÁ, Jitka a JANATA, Zdeněk. *Sociální služby ve světle připravovaných reforem*. II. díl, *Postoje občanů důchodového věku k připravovanému zákonu o sociální pomoci*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 1999. 28. iv s. ISBN 80-238-4098-3.

Využití tréninku mindfulness v péči o osoby s demencí

Mindfulness training in care for people with dementia

Miroslav Kappl⁸⁶, Ondřej Štěch

Abstrakt

Cílem příspěvku je představení možností využití tréninku mindfulness při péči o osoby s demencí. Demence ve svých různých podobách je fenoménem čím dál většího významu. Neexistuje žádná terapie, která by mohla demenci vyléčit nebo zastavit. Trénink mindfulness je jedním z postupů, který může některé příznaky zmírnit nebo zpomalit jejich nástup, a zároveň přispívá k celkově lepšímu životu pečovatелů i osob s demencí. Prezentace popisuje dosavadní výzkum a dále možnosti této metody při psychohygieně pečovatелů, kteří se starají o svého rodinného příslušníka. Uvedeny jsou i možnosti využití tréninku mindfulness pro samotné osoby s demencí.

Klíčová slova: Trénink mindfulness. Demence. Domácí péče.

Abstract

The contribution introduces the opportunities from the mindfulness training in taking care of dementia patients. The dementia in its various forms is the phenomena of growing importance. There is no a therapy to either cure or stop the dementia. The mindfulness training is one of the approaches, which may either moderate or slow down onset of some symptoms, and it also contributes to generally improved life of the caretakers and the dementia patients. The presentation describes the research to date and possibilities of this method for mental hygiene of the persons taking care of their family member. Listed are also the possibilities to use the mindfulness training for the dementia patients.

Keywords: Mindfulness training. Dementia. Home care.

1. Úvod

Domácí péče o seniory se syndromem demence je trendem, který se nevyhýbá ani České republice. V současnosti zhruba jen třetina osob trpících tímto syndromem pobývá v některém ze zařízení ústavního typu (domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, léčebny dlouhodobě nemocných, psychiatrické léčebny, atd.), zbývající dvě třetiny pacientů (přibližně 100 tisíc osob) zůstávají v péči rodiny. (Kolářová, 2015) Rodinní příslušníci pečující o seniora s demencí mohou využít řadu podpůrných zdravotních a sociálních služeb, přesto zůstává zřejmé, že péče o pacienta s demencí zůstává obrovskou zátěží pro celý rodinný systém. Není proto překvapivé, že jsou hledány různé strategie a metody, které by měly pečovatелům i jejich nemocným příbuzným pomoci zvládat tuto obtížnou situaci. V současné době jsou již některé z těchto strategií a metod aplikovány v praxi a jsou zaváděny různé specializované programy a typy intervencí, které jsou přímo zaměřeny na podporu pečovatелů i pacientů v domácí péči. (Coogle, Brown, Hellerstein a Rudolph, 2011) Stále větší pozornosti se přitom dostává metodě tréninku mindfulness, která je vnímána jako nadějný nefarmakologický způsob intervence, který oběma zmíněným skupinám pomáhá adaptovat se na změněný kontext rodinného soužití.

86 Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce; e-mailová adresa: miroslav.kappl@uhk.cz; Tel.: +420-493331544

V tomto příspěvku shrnujeme některé závěry výzkumných studií, které zjišťovaly možný vliv pravidelného cvičení tréninku mindfulness na osoby pečujících i na osoby s demencí. První část příspěvku připomene některá fakta o syndromu demence, ve druhé části představíme samotný trénink mindfulness, třetí část textu seznámí čtenáře s nejdůležitějšími výsledky studií, které se tématu využití tréninku mindfulness v péči o osoby s demencí věnovaly.

2. Demence jako zdravotní, sociální a ekonomický problém

Demence představuje podle Světové zdravotnické organizace (WHO) problém, kterému by zdravotní politika jednotlivých států měly prioritně věnovat pozornost. Na celém světě je podle statistik WHO v současnosti postiženo syndromem demence 47,5 milionů lidí, přičemž se odhaduje, že v budoucnosti bude každým rokem k této sumě přibývat přibližně dalších 7,7 milionů nových případů. Tento syndrom, postihující paměť, myšlení, chování a schopnost provádět každodenní aktivity, způsobený některými nám dnes již známými onemocněními (zejména Alzheimerovou chorobou, která je příčinou demence v 60 – 70 % případů) či závažnými zraněními hlavy, není v současnosti léčitelný standardními způsoby léčby a představuje tak nejen problém zdravotní, ale taktéž sociální a ekonomický. (WHO, 2016)

Demence je dnes jednou z hlavních příčin zdravotního postižení v seniorské populaci, které takto postiženým osobám znemožňuje vést normální život, tak jak byli zvyklé, a způsobuje jejich závislost na nejrůznějších systémech sociální péče. To pochopitelně znamená zátěž jak pro celou společnost, tak pro rodiny těchto jedinců. Nejvíce jsou potom postiženy rodiny, které si ponechají staršího člena rodiny s tímto syndromem ve své péči, kdy její členové musí většinou přizpůsobit svůj denní režim péči o nemocného a musí se dále stále učit, jak dobře pečovat o jeho osobu v situaci, kdy její stav není příliš stabilní a může se někdy i progresivně zhoršovat. Rodiny pečující o osobu s demencí potom musí čelit ekonomickým, psychickým a sociálním dopadům, které pro ně mohou být na samotné hranici únosnosti. (WHO, 2016) U jedinců s demencí i u členů jejich rodiny se nezdáka objevují deprese, chronický stres, úzkosti a neustálé napětí, což samozřejmě vede k tomu, že odborníci na tuto problematiku hledají a formulují různé strategie, které takto ohroženým lidem pomáhají těmto stavům čelit.

Jednou z metod, kterou někteří výzkumníci pacientům i členům jejich rodiny nabízejí jako užitečnou při zvládání těchto negativních stavů, je trénink mindfulness. V současnosti existuje již několik studií, které dokazují, že pravidelné cvičení tréninku mindfulness pomáhá osobám s demencí i jejich pečovateli zachovat si pozitivní životní postoje a taktéž posílit jejich některé adaptační mechanismy pro zvládání stresu. (viz např. Coogle, Brown, Hellerstein a Rudolph, 2011; Khalsa, 2015; Robertson, Leader, Litherland, Mason, Pilchick a Sansom, 2013; Hemmesch, 2015; Paller et al., 2014; atd.)

3. Trénink mindfulness a jeho účinky na cvičící osobu

Trénink mindfulness je jednoduchým behaviorálním cvičením vědomé pozornosti. (Goleman, 2014) Cílem tohoto cvičení je posílit schopnost člověka věnovat pozornost přítomné situaci, bez rozptylování vnořujícími se automatickými soudy. (Siegel, 2014) Zároveň se jedná o velmi účinnou formu mozkové hygieny, využívající přirozený biologický proces, který má pozitivní vliv na duševní zdraví cvičící osoby. (Siegel, 2014) V praxi trénink mindfulness má obvykle podobu cvičení, kdy je úkolem cvičící osoby soustředit se na jedinou věc (např. na vlastní dech, mantru, symbol apod.), u které se snaží svojí pozorností po určitou dobu setrvat.

Podle dosavadních neurovědních výzkumů se účinky tohoto cvičení projevují i na úrovni neuronální architektury mozku, projevující se vznikem nových neuronových spojení mezi jeho jednotlivými částmi. Realizované výzkumné studie mluví zejména o dopadech cvičení mindfulness na následující oblasti mozku:

1. Posílení neuronálních systémů ve fronto-parietální kůře, které jsou odpovědné za naši schopnost koncentrovat se na zvolený objekt myslí. (Goleman, 2014) Tyto neuronální systémy mají důležitou úlohu v procesech učení, kdy užívání soustředěné pozornosti aktivuje nervové vzrušky v příslušných oblastech mozku a stimuluje růst nových spojů mezi neurony. (Siegel, 2014)

2. Snížení dráždivosti systému bloudivého nervu. Tento nerv ovládá některé fyziologické funkce, které ve stresové situaci reagují zvýšenou aktivitou. Díky snížené úrovni dráždivosti tohoto nervu je člověk schop zadržovat v emočně náročné situaci vyšší míru rozvahy. (Goleman, 2014)

3. osílení funkce zrcadlových neuronů. Tyto neuronální okruhy jsou odpovědné za naši schopnost empatie, čili schopnost vcítit se do druhé osoby, která je důležitá při navazování a udržování našich sociálních vztahů. (Siegel, 2014)

Výše popsané změny v architektuře mozku samozřejmě ovlivňují i jeho funkce. Posílení uvedených oblastí mozku se v každodenním životě může projevovat odlišnou intenzitou prožívání mnoha duševních stavů a v rozvoji některých duševních schopností. Např. Hick uvádí následující benefity tohoto cvičení: jasně vědomí myšlenek a emocí; získání schopnosti užívat nové způsoby, jak zvládat bolest; posílení schopnosti vyrovnat se s emocionálním rozrušením; rozvoj kreativního myšlení; rozvoj sebeuvědomění a pozitivního vnímání sebe sama; větší pocit pohody; schopnost reagovat efektivněji na stres; či schopnost rozhodovat s větší jasností a uvědoměním. (Hick in Hick a kol., 2009) Jiní autoři jako např. Ellen Langer a Mihnea Moldoveanu zdůrazňují účinky tréninku mindfulness na proces učení, kdy cvičení mindfulness podle všeho posiluje schopnost koncentrace a podporuje paměť. (Langer a Moldoveanu 2000) Za zmínku určitě stojí i posílení imunitního systému či snížení fyzických dopadů stresu na tělo.

4. Trénink mindfulness v péči o osoby s demencí

V diskursu péče o osoby trpící demencí se již nějakou dobu objevují příspěvky, které popisují dopady cvičení tréninku mindfulness na samotné pacienty i na jejich pečovatele. Dosavadní realizované výzkumné studie k tomuto tématu potvrzují některé výše uvedené pozitivní dopady pravidelného cvičení této metody, které má tu nespornou výhodu, že ho lze snadno praktikovat i v domácím prostředí. Za zmínku patří např. studie Cooglové, Browna, Hellersteinové a Rudolphové (2011), Kena Pallera a jeho výzkumného týmu (2014), Dharma Singh Khalsy (2015), Giny Hemmeschové (2015) či Guy Robertsona a jeho kolegů (2013), které byly realizovány s oběma stranami rodinného systému osoby s demencí, čili s pacienty i s jejich pečovateli. Mezi výzkumem potvrzené účinky patří především tyto následující:

4.1 Redukce stresu

I když běžný krátkodobý stres obvykle aktivizuje naši schopnost zvládat některé každodenní situace, kterými musíme v životě procházet, a lze ho považovat za pozitivní mobilizátor našeho jednání, v případě chronického stresu je tomu jinak. Opakovaný stres, kdy náš organismus nemá čas vypořádat se s jeho fyziologickými účinky, má příčinnou souvislost se vznikem rizikových doprovodných symptomů některých typů demence, jako jsou deprese, úzkost, nespavost, výskyty různých zánětů, poruchy regulace vápníku, kardiovaskulární onemocnění včetně hypertenze, či cukrovka. Vedle toho

chronický stres urychluje mnoho degenerativních aspektů stárnutí, včetně úbytku paměti (zejména krátkodobé), schopnosti soustředění a některých kognitivních funkcí. Stres je také zodpovědný za výskyt nevědomých nutkavých jednání, ospalosti a pocitů otupělosti. (Khalsa, 2015)

Pozitivním zjištěním prakticky všech realizovaných studií je, že trénink mindfulness může být užíván jako vhodný způsob prevence výskytu většiny těchto stavů, spojených se stresem. Tuto skutečnost ze své zkušenosti potvrdila většina oslovených pečovatелů, tak i samotní pacienti. Podle jejich slov se některé symptomy neobjeví, v případě jejich výskytu se potom zdá, že toto psychosomatické cvičení, navozující celkové zklidnění organismu, zpomaluje či tlumí jejich nástup. (Khalsa, 2015; Paller et al., 2014; Robertson et al., 2013; Hemmesch, 2015)

Bez důležitosti není v této souvislosti poznatek, že chronický stres bývá i jednou z příčin výskytu demence. Objevují se proto často názory, že trénink mindfulness může být spolu s jinými aktivitami vhodnou prevencí proti získání tohoto syndromu. V tuto chvíli je to ovšem pouze jen teorie, která čeká na své potvrzení. (Larouch et al., 2014, in Khalsa, 2015). Nicméně platnost této domněnky naznačují studie, které se týkaly pozitivního vlivu duchovního života na snížení rizika vývoje demence ve stáří, kdy jsou často součástí nejrůznějších typů spirituální praxe různá meditační cvičení, ve kterých je klíčovým prvkem právě trénink pozornosti. (Ryff, Singer, Dienberg Love, 2004; Holt-Lunstad, Smith, Layton, 2010; Kaufman, Anaki, Binns, Freedman, 2007 in Khalsa, 2015)

4.2 Zlepšení kvality života

Prakticky všechny výzkumné studie potvrzují skutečnost, že cvičení tréninku mindfulness má přímý vliv na zlepšení kvality života pečovatелů i pacientů. (Paller et al., 2014; Robertson et al., 2013; Coogle, Brown, Hellerstein a Rudolph, 2011) V souvislosti s chronickým stresem byly již zmíněny některé symptomy či problémy jako např. horší kvalita spánku, pocity únavy či úzkosti, na jejichž odstranění má cvičení tréninku mindfulness přímý vliv. Nesmíme ovšem také zapomenout na interpersonální vztahy (zejména s ostatními členy rodiny), které taktéž tvoří podstatnou složku kvality života seniorů i ostatních skupin populace. Proto si zasluhují pozornost zjištění některých studií, podle kterých bylo pravidelné cvičení tréninku mindfulness vnímáno účastníky výzkumu jako faktor, jenž má pozitivní vliv na komunikaci pečovatele s pacientem. (Paller et al., 2014; Coogle, Brown, Hellerstein a Rudolph, 2011) Potvrdilo se, že vliv tréninku mindfulness na zvýšení schopnosti empatie a na dovednost regulovat negativní emoce (např. hněvu) vůči komunikačním partnerům, což jsou obecně důležité dovednosti pro udržování každé fungující interpersonální komunikace, se projevuje i v komunikaci pečovatелů s osobami s demencí. Vedle výše uvedených zjištění lze potom v neposlední řadě zmínit i zkušenost některých informantů z řad pečovatелů, kteří referují o tom, že trénink mindfulness jim pomáhá zaměřit se na současnost, bez zbytečných starostí ohledně toho, co přinese budoucnost. (Paller et al., 2014)

4.3 Zmírnění stavů deprese

Skutečnost, že trénink mindfulness dokáže tlumit výskyt symptomů deprese u pečovatелů i u osob s demencí, není vlastně zas tak překvapivá. V léčbě deprese má dnes trénink mindfulness stále více příznivců, neboť empirické studie i zkušenosti terapeutů opakovaně potvrzují, že toto cvičení má účinek srovnatelný s léčbou medikamenty. Přesto lze považovat za významné zjištění, že užívání tréninku mindfulness má pozitivní vliv na odstranění příznaků deprese i u osob s demencí, stejně jako u ostatní populace. (Paller et al., 2014)

Běžnou součástí léčby deprese bývá učení klientů rozpoznat vzory negativního myšlení a chování, což může být u pacientů s demencí problematické. Nicméně se ukazuje, že i osoby trpící syndromem demence, které jsou postiženy progresivním úbytkem kognitivních funkcí, dokážou za pomoci bdělé pozornosti zacházet se svými negativními emocemi. Cvičení tréninku mindfulness pomáhá pacientům s demencí udržovat si vůči objevujícím se negativním emocím odstup a přeorientoávat svoji pozornost na pozitivnější duševní obsahy. I oni jsou schopni uvědomit si své momentální emocionální naladění spíše jako pouhý stav myslí, který není adekvátní realitě. (Teasdale et al., 2002 in Sugiura a Sugiura, 2015)

Co naopak dosavadní výzkumné studie neprokázaly, byl předpoklad vlivu tréninku mindfulness na paměť a kognitivní funkce osob se syndromem demence. Nicméně je zde stále předpoklad, že nějaký druh účinku cvičení tréninku mindfulness na kognitivní schopnosti pacientů existuje. Výzkum, který by se cíleně věnoval tomuto tématu je ovšem stále ve velmi rané fázi. (Hemmesch, 2015) Naději ale dávají výzkumy, které potvrdily u osob s mírnou kognitivní poruchou pozitivní účinky tréninku mindfulness na jejich paměť. (Wells et al., 2013)

5. Závěr

Práce s osobami s demencí je s nárůstem počtu lidí v nejstarších věkových kohortách oblastí, která bude získávat na stále větším významu. Vzhledem k povaze stárnutí jakožto procesu nevyhnutelnému a z podstaty věci nikoli patologickému je namísto hledat metody mírnící jeho negativní průvodní jevy a zvyšující kvalitu života jak starých lidí, tak těch, kdo o ně pečují. Je žádoucí, aby tyto metody nezvyšovaly závislost seniorů na expertní pomoci nebo na medikaci; čím více budou záležet na aktivitě samotných pečovaných či pečovatelů, tím více bude posílena též jejich soběstačnost a sebevědomí, že mají svou situaci alespoň částečně ve svých rukách. Trénink mindfulness je metodou, která uvedená kritéria naplňuje. Je to technika mobilizující vnitřní zdroje lidí, a zároveň vykazuje některé měřitelné pozitivní dopady, jak dokládají citované výzkumy. Z hlediska sociální práce usilující o kvalitní život lidí v jejich přirozeném prostředí je proto tato technika velice nadějná, a zasluhuje si pozornost jak praktiků, tak výzkumníků.

Tento text vznikl za podpory grantového projektu SPEV „Přínosy tréninku všímavé pozornosti“ řešeného na Ústavu sociální práce UHK.

Seznam citované literatury

COOGLE, Constance L., BROWN, Kirk Warren, HELLERSTEIN, Jessica M. a RUDOLPH, Allie. Mindfulness-Based Alzheimer's Caregiving: A Randomized Controlled Trial: Replication Report. In: *VCU: Virginia Department for the Aging* [online]. 2016 [cit. 2016-09-22]. Dostupné z: http://www.sahp.vcu.edu/media/school-of-allied-health-professions/virginia-center-on-aging/pdf/center-reports/aoa_reporting.pdf

Dementia. *WHO: Media centre: Fact sheet* [online]. WHO, 2016 [cit. 2016-09-22]. Dostupné z: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/en/>

GOLEMAN, Daniel. *Pozornost*. Brno: Jan Melvil, 2014. ISBN 978-80-87270-94-3.

HEMMESCH, Gina L., Exploring the Use of Mindfulness with Individuals Diagnosed with Alzheimer's Disease. In: *Master of Social Work Clinical Research Papers* [online]. 2015 [cit. 2016-09-22]. Dostupné z: http://sophia.stkate.edu/msw_papers/462

HICK, Steven F. Mindfulness and Social Work: Paying Attention to Ourselves, Our Clients, and Society. In: HICK, Steven F. (ed.) *Mindfulness and Social Work*. Chicago: Lyceum Books, 2009, s. 1–26. ISBN 1933478608.

KHALSA, Dharma Singh. Stress, Meditation, and Alzheimer's Disease Prevention: Where The Evidence Stands. *Journal of Alzheimer's Disease* [online]. 2015, 48(1), 1-12 [cit. 2016-09-22]. DOI: 10.3233/JAD-142766. ISSN 13872877. Dostupné z: <http://www.medra.org/aliasResolver?alias=iospress&doi=10.3233/JAD-142766>

KOLÁŘOVÁ, Zdenka. Péče o lidi s demencí: pro dosažení evropského průměru bychom museli ztrojnásobit kapacity. *Zdravotnický deník* [online]. 2015 [cit. 2016-09-22]. Dostupné z: <http://www.zdravotnickydenik.cz/2015/07/pece-o-lidi-s-demenci-pro-dosazeni-evropskeho-prumeru-bychom-museli-ztrojnaso-bit-kapacity/>

LANGER, Ellen J. a MOLDOVEANU, Mihnea. The Construct of Mindfulness. *Journal of Social Issues* [online]. 2000, 56(1), 1-9 [cit. 2016-09-22]. DOI: 10.1111/0022-4537.00148. ISSN 0022-4537. Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/0022-4537.00148>

PALLER, K. A., J. D. CREERY, S. M. FLORCZAK, et al. Benefits of Mindfulness Training for Patients With Progressive Cognitive Decline and Their Caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* [online]. 2015, 30(3), 257-267 [cit. 2016-09-22]. DOI: 10.1177/1533317514545377. ISSN 1533-3175. Dostupné z: <http://aja.sagepub.com/cgi/doi/10.1177/1533317514545377>

ROBERTSON, Guy, LITHERLAND, Rachel, MASON, Tim, PILCHICK, Terry, SANSOM, Sophie a Gail LEEDER. Mindfulness and Dementia: Report of a pilot study. In: *Positive Ageing Associates* [online]. 2013 [cit. 2016-09-22]. Dostupné z: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/65925762/Med%20Dem%20Report%20v8-%20FINAL.pdf>

SIEGEL, Daniel. *Vnitřní nazírání*. Praha: Triton, 2014. ISBN 978-80-7387-800-9.

SUGIURA, Tomoko a SUGIURA, Yoshinori. Common Factors of Meditation, Focusing, and Cognitive Behavioral Therapy: Longitudinal Relation of Self-Report Measures to Worry, Depressive, and Obsessive-Compulsive Symptoms Among Nonclinical Students. *Mindfulness* [online]. 2015, 6(3), 610-623 [cit. 2016-09-22]. DOI: 10.1007/s12671-014-0296-0. ISSN 1868-8527. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s12671-014-0296-0>

WELLS, Rebecca Erwin, YEH, Gloria Y., KERR, Catherine E. et al. Meditation's impact on default mode network and hippocampus in mild cognitive impairment: A pilot study. *Neuroscience Letters* [online]. 2013, 556, 15-19 [cit. 2016-09-23]. DOI: 10.1016/j.neulet.2013.10.001. ISSN 03043940. Dostupné z: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0304394013009026>

Člověk se zdravotním postižením v rodině a společnosti

The disabled in family and society

Lukáš Karnet⁸⁷

Abstrakt

Příspěvek pojednává o životě člověka se zdravotním postižením v rodině a jeho postupné socializaci, začleňování do vnějšího světa. Nejprve rozebírá problematiku přijetí faktu zdravotního postižení vlastní i širší rodinou. Následně příspěvek prezentuje modely výchovy dítěte se zdravotním postižením, včetně patologických rysů, v návaznosti na komplikace, které tyto patologické rysy výchovy přináší v pozdějším životě. Následně dospívání jedince, odpoutání se od rodičů, psychosexuální vývoj, vztahy s vrstevníky, profesní orientace – období náročné pro každého člověka – je pro zdravotně postiženého ještě komplikovanější. Stejně tak i očekávání společnosti.

Klíčová slova: Zdravotně postižený. Modely výchovy. Dospívání. Socializace.

Abstract

The contribution deals about life of a disabled man in a family and his successive socialization, inclusion into the outer world. First, the contribution analyses the issues of acceptance of the disability by the patient alone and the wider family. The contribution subsequently presents the models for upbringing of a disabled child, including pathological features in relation with the complications associated by the pathological features of the upbringing later in life. Subsequent adolescence of the individual, disconnection from parents, psychosocial development, relation with the peers, job focus – the period demanding for any human – is much more stressful for a disabled man. Including the expectations of the society.

Keywords: Disabled person. Models for upbringing. Adolescence. Socialization.

Úvod

Životní etapy člověka:

- a) narození – právo na zdravé dítě versus moc přírody
- b) rané dětství – velké tápání, akceptace stavu a prognózy
- c) nástup puberty a dospívání – velké tápání, sebepřijetí
- d) mládí dospělí – profesní a životní orientace
- e) střední věk – zakotvení v životě
- f) stárnutí – specifiky ZP

1. Narození – právo na zdravé dítě versus moc přírody

Asi všichni rodiče očekávají během těhotenství narození normálního (zdravého) dítěte. Proto již samotný fakt narození postiženého dítěte představuje pro rodiče velký šok.

Většina lidí se totiž domnívá, že mají „právo“ na zdravé dítě, a v narození postiženého dítěte vidí obrovskou „nespravedlnost“.

Bývá těžké rodičům vysvětlit, že právo na zdravé dítě – bohužel – nikdo uzákonit nemůže a že příroda bývá mocnější než lidská spravedlnost.

87 Klára pomáhá z. s.; e-mailová adresa: lukas.karnet@klarapomaha.cz; Tel.: +420-733-678-819

Pojetí spravedlnosti je totiž lidský konstrukt. Se zákonitostmi či spíše nahodilostmi přírodních procesů nemá naše lidská spravedlnost nic společného.

Reakce rodičů na narození postiženého dítěte je bolestná. Někteří psychologové uvádí, že se jedná o jednu z nejnáročnějších situací, jaká může člověka v životě potkat (Švarcová 2001, s. 132).

Reakce bývá podobná jako u každého jiného traumatu:

- a) šok a popření
- b) fáze přecitlivělosti a smutku, možná i agrese, hledání viníka, možný únik-odložení dítěte
- c) fáze postupné akceptace, hledání cest a informací
- d) fáze realismu (Valenta 2003, s. 238 an.).

Zejména ve fázi přecitlivělosti je časté „hledání viníka“. Člověk je ochoten obvinít kohokoliv, od lékařů v porodnici až po společenský systém. Nedoporučuji příliš „hledání viníka“. Na situaci to nic nemění a příčina narození postiženého dítěte bývá většinou vícefaktorová, a někdy také zcela nahodilá souhra okolností.

Nepřijetí dítěte takového jaké je vede k patologické výchově – zavrhuječí či perfekcionalistické (viz dále).

Pro úspěšné přijetí dítěte je důležitá také akceptace širší rodinou.

2. Dětství – velké tápání, akceptace stavu a prognózy

Výchova dítěte se zdravotním postižením by měla plnit podobné socializační cíle (přizpůsobené možnostem dítěte) jako u dětí zdravých. V praxi by tedy rodiče měli učit děti:

- budovat základní hygienické a sociální návyky,
- rozvíjet prostorovou orientaci, včetně znalostí domácího i venkovního prostředí,
- rozvíjet časovou orientaci,
- manipulovat s předměty denní potřeby.

Je pochopitelné, že na náročné úkoly výchovy a péče o mentálně postižené by rodiče neměli zůstávat osamoceni.

Realita postižení se promítá do každodenního chodu domácnosti. Mnohem častěji než rodiče zdravých dětí volí rodiče dítěte s postižením nesprávné formy výchovy, kterými dítěti v konečném důsledku škodí:

- **Výchova úzkostná** – rodiče se až přehnaně snaží dítě uchránit všech nebezpečí a nebezpečných činností. Brání mu v nejrůznějších aktivitách, „aby si neublížilo“. Dítě se potom stává příliš pasivním a v důsledku toho nesamostatným.
- **Výchova rozmazlující** – rodiče na dítěti až nezdravě lpí, dítě je středem jejich světa, podřizují se jeho přáním a náladám, poslouchají mu. Můžeme za tímto postojem vidět i snahu „vynahradiť“ dítěti jeho hendikep. Následkem tohoto přístupu je dítě stále citově fixováno na rodiče, neosamostatňuje se. I v pozdějším věku je takové, jaké ho rodiče vidí – malé, slabé, nesebevědomé.
- **Výchova perfekcionalistická** – je vlastně opakem úzkosti a rozmazlování. Perfekcionalismus dovedený do extrému se projevuje tak, že se rodiče snaží „vychovat, vycvičit, „vycepat“ dítě tak, aby se co nejméně lišilo od svých vrstevníků“ (Švarcová 2001, s. 134). Dítě je tak vlastně soustavně přetěžováno neúměrnými nároky a požadavky. Velmi často se potom vyskytují (i u rodičů) neurotické příznaky a u dítěte se budují patologické obranné reakce, což je obojí vážnou překážkou rozvoje osobnosti dítěte. Rozvíjí se také komplex méněcennosti
- **Výchova protekční** – rodiče se snaží dítěti vše v životě usnadnit, nadbytečně mu pomáhají a vyřizují za dítě i záležitosti, které by zvládlo vyřídit samo. Z praxe znám případy, kdy rodiče doprovázejí „dítě“ i na přijímací pohovor do zaměstnání. Rodiče tak nedovolují dítěti osamostatnit se a vyspět, přijmout odpovědnost za své činy.

Rysy výchovy úzkostné, rozmazlující a protekční samy o sobě patologické nejsou. Jednoznačně negativní je však:

- **Výchova zavrhuje** – pro postižené dítě jde asi o nejhorší typ výchovy. Projevuje se často i různými skrytými formami, dítěti je naznačováno, že je „méněcenné“, že od něj rodiče nic neočekávají, nemá na různé věci nárok apod. Domnívám se, že i dítě s mentální retardací si uvědomuje záporný postoj rodičů vůči sobě, a trpí tím. K zavrhuje výchově dochází většinou v rodinách, kde se rodiče s postižením dítěte stále nevyrovnali a jsou ve fázi „popření skutečnosti“, tedy vlastně zavrhuje dítě, že se „nepovedlo“. Postižení dítěte je chápáno jako neštěstí (Matějček 2001, s. 29).

2.1 Vztahy v širší rodině a sourozenecká konstelace

Pro každé dítě je velmi důležitá celková atmosféra v rodině, vzájemné vztahy, život rodiny, rodinná konstelace osob. Rozhodující roli v kvalitě rodinného života hraje vzájemný vztah rodičů. Je žádoucí, a pro optimální rozvoj dítěte nutné, aby stejně tak jako rodiče „přijala“ postižené dítě i širší rodina.

Pozitivním faktorem ve vývoji člověka se zdravotním postižením bývá sourozenec. Příznivé vyřešení sourozenecké konstelace má velký vliv v dalším životě člověka se zdravotním postižením. Sourozenec bude doprovázet celým životem. Při pozitivním vztahu tak zdravotně postižený získá partnera, pomocníka, ochránce...

V období dětství začíná „srovnávání s vrstevníky“. Absurdní záležitost – lidé se sobě nemohou vyrovnat. Naše euroatlantická společnost je (bohužel) založená na srovnávání a výkonu.

Edukace

Forma vzdělávání představuje v naší společnosti trvale složitou problematiku. Omezují se zde na stručnou schématickou tabulku.

Školní docházka – potvrzení normality/abnormality

Tab. č. 1: Inkluze x segregace

	Speciální škola	Běžná škola
+	Přizpůsobeno ZP, „stejní spolužáci“	Standardní prostředí jako v okolním světě, běžná sociální interakce
-	Skleníkové prostředí, někdy nižší náročnost	Stresující prostředí, konfrontace s „jinakostí“

3. Nástup puberty a dospívání – velké tápání, sebepřijetí

Puberta je náročné období pro všechny – musí se řešit příliš mnoho problémů současně – vlastní osobnost, tělo, škola, zájmy, vztah k rodičům, spolužákům, cizím lidem.

V pubertě řeší člověk ambivalentní pocity – potřeba „někam patřit“ a zároveň „se odlišovat“.

Pro zdravotně postiženého je všechno několikanásobně těžší! Konfrontace se svými schopnostmi, které jsou jiné než (nepostižených) vrstevníků. Dospívající se orientuje na vrstevníky, ale často naráží na zjevné rozdíly:

- jiné trávení volného času,
- koníčky,
- běžné fungování mimo školu – to vše může být, a často je, veliký problém...

Psychosexuální zrání a dospívání – objekt zájmu bývá často nedostizný, uvědomování si vlastních limitů – dnes detabuizace a informovanost je lepší než dříve.

Výběr střední školy – klíčová otázka kolem 15. roku dítěte. Nutné je hledět nejen na snadnou dostupnost, ale také další perspektivu, uplatnitelnost oboru na trhu práce.

Palčivá je právě otázka další profesní orientace. V posledních letech se často setkáváme s fenoménem „studovat pro studium“. Dítě absolvuje několik učebních oborů, bez perspektivy pracovního uplatnění. Jde jen o odklad vstupu na trh práce. Důležité jsou i ekonomické a psychosociální důvody. Studující je „státně zajištěn“, nestudující nikoliv. Být studentem je příznivý sociální status, dlouhodobě nezaměstnaný nikoliv.

Odpoutání se od rodičů – psychické i fyzické osamostatňování se.

Záleží na typu výchovy a samozřejmě na tom, zda a jakou potřebuje další podporu. Dnes se mohou osamostatnit i lidé s těžším typem postižení. Možnosti je osobní asistence nebo různé formy chráněného bydlení. V praxi toto často naráží na ekonomickou náročnost.

4. Mladí dospělí – profesní a životní orientace

Kolem 20 let je život člověka (normativně) determinován následujícími okolnostmi:

- ukončení střední školy, nástup do zaměstnání/na VŠ,
- stabilní partnerské vztahy,
- osamostatňování od rodičů,
- budování přátelských vztahů, pevnější vazby...
- realizace v oblasti zájmů

Člověk se zdravotním postižením se logicky nachází před stejnými úkoly, ale má objektivně vše ztíženo:

- střední vzdělání často uměle natahováno, nástup na trh práce odkládán,
- partnerské vztahy, zde může, ale nemusí být problém, hodně záleží na osobnosti ZP
- nejvíce ohrožen nezaměstnaností,
- osamostatňování od rodičů, dle typu výchovy a stupně postižení,
- přátelské vztahy a sociální kontakty, opět více záleží na osobnosti ZP než na postižení
- s realizací v oblasti zájmů nebývá většinou problém.

Výjimku představují lidé s mentálním postižením. Jsou jedinou skupinou mladých lidí, kteří se osamostatnit nechtějí.

V ideálním případě se rozdíly mezi nepostiženým a ZP smazávají.

5. Střední věk – zakotvení v životě

V ideálním případě jsou rozdíly mezi nepostiženým a zdravotně postiženým minimální. Život člověka ve středním věku můžeme rozdělit do několika oblastí:

- Bydlení
- Partnerský vztah, rodina
- Pracovní a společenské uplatnění

V ideálním případě jsou všechny tyto oblasti uspokojivě satureovány.

V neideálním případě (nemusí se zdaleka týkat jen lidí se ZP):

Bydlení – zdravotně postižený (s úzkostnou, rozmazlující nebo protekční výchovou) zůstává s rodiči, kteří se o něj „starají“... Problém v pozdější době, kdy rodiče sami potřebují pomoc...

Partnerský vztah, rodina – hodně lidí se ZP nemá s tímto problémem, záleží více na typu osobnosti než typu postižení.

Jsou známy extrémní postoje k výběru partnera:

- přijatelný jakýkoliv partner
- čekání na ideál.

Otázka rodičovství u lidí se zdravotním postižením je velmi choulostivá. Nejdůležitější zde je individuální hledisko.

Pracovní a společenské uplatnění – velmi komplikované, velmi široká problematika. Obecně lze říct, že zaměstnaný člověk je pro stát vždy výhodnější než nezaměstnaný. O výhodách pracovního uplatnění pro samotného člověka netřeba hovořit.

6. Stárnutí – specifika ZP

Zdravotní postižení se ve stáří zvyrazňuje a prohlubuje. V pozdějším věku se rozdíly mezi nepostiženými a zdravotně postiženými opět smazávají...

Jednu výhodu ale lidé se zdravotním postižením mají – přicházející omezení mnohem akceptují mnohem lépe než lidé bez postižení.

Seznam citované literatury

MATĚJČEK, Z. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H a H, 2001. ISBN 80-86022-92-7.

MULLER, O. VALENTA, O. *Psychopedie*. Praha: Parta, 2003. ISBN 80-7320-039-2.

ŠVARCOVÁ, I. *Mentální retardace*. Praha: Portál, s.r.o., 2000. ISBN 80-7178-506-7.

The Changing Work-Family Balance In The Czech Republic: Time Perspective

Magdalena Kotýnková⁸⁸, Alžběta Mullerova⁸⁹

Abstrakt

Příspěvek se zaměřuje na možnosti skloubení profesního a rodinného života českých žen, protože v českých rodinách to jsou většinou ženy, které se starají o malé děti, staré rodiče nebo rodinné příslušníky s hendikepem. Cílem tohoto příspěvku je popsat nejnovejší vývoj českých politik harmonizace a odhadnout nové možnosti rovnováhy mezi profesním a osobním životem v nově se rozvíjejí průmyslové době na základě digitalizace průmyslu a služeb. Očekávané pružné pracovní možnosti by mohly umožnit dosáhnout lepší rovnováhy mezi profesním a osobním životem z hlediska času a lokality. Cílem tohoto příspěvku je ujasnit si, do jaké míry rodinné a pracovní politiky nabízejí ženám příležitosti a zabezpečení, které významně ovlivňují rozhodování žen o mateřství. Analýza rovnováhy mezi profesním a osobním životem tak zahrnuje volby péče o děti a volby domácnosti ve spojení s trhem práce.

Klíčová slova: Rovnováha mezi profesním a osobním životem Rodinná politika. Politika zaměstnanosti. Zaměstnávání žen.

Abstract

The paper focuses on the possibilities for harmonizing professional and family life of Czech women, because in Czech families it is mainly woman who care for young children, elderly parents or people with disabilities. The objective of this paper is to describe the recent development of Czech conciliation policies and estimate new options work-family balance in the emerging industrial era based on digitization of industry and services. Expected flexible work options could allow for better work-family balance in terms of both time and location. The aim of this paper is to clarify to what extent family and employment policies offer women opportunities and security that significantly affects women's decisions regarding motherhood. Therefore the work-family balance analysis covers child care choices and households' labour market related choices.

Keywords: Work-Family Balance. Family Policy. Employment Policy. Female Employment.

1. Introduction

To combine family life and work is often difficult although very important as the quality of personal life is reflected in a business setting, and vice versa job and career satisfaction positively affects family wellbeing. The paper is focused on the evaluation of the trend in combination of paid work with caring for children or other dependent family members, especially in case of women because mainly women take care for young children, elderly parents or people with disabilities in Czech families.

The historical perspective is a powerful tool for understanding today's Czech work-family balance framework. From that reason this paper is organized as follows. The first part is dedicated to work-family balance practices and policies in the time before 1989. The second part is focused on the evolution of the structural determinants of Czech work-family balance schemes since 1989 in their aspects of continuity of the previous period. The third part estimates new options work-family balance in the emerging industrial era based on digitization of industry and services.

88 University of Economics Prague, e-mail address: kotynkov@vse.cz; Tel.: +42-073-459-8113

89 Université Paris Ouest Nanterre La Défense; e-mail address: alzbeta.mullerova@paris1.fr; Tel.: +33 (0)1 40 97 77 93

2. Work-family balance before 1989

The centrally planned economy and the induced labour shortage led to a specific management of the labour force, marked by a strong statist interventionism. In 1955 women count for 42 % of the Czechoslovak labour force (Haskova, 2007). However, massive female employment came along with a fertility decline, which became alarming in the 1960's and marked the beginning of a comprehensive pro-natalist family policy. The total fertility rate recorded a significant decline between 1950 and 1970: from 2.8 to 1.9 (Czech Statistical Office, 2012a), and has fallen below the replacement level since 1955. Concerned by this decline, public authorities began to set up a thorough and progressively more generous family and social policy.

The pro-birth social policy paid special attention to the Czech family via a combination of direct and indirect support: paid maternity leave⁹⁰, marital credits with graduated interest rates depending on the number of children and free school equipment (Haskova and Uhde, 2011). The so-called negative turnover tax (the price of goods was lower than production costs) was applied to staple foods and other goods and services considered as essential, which reduced substantially the cost of households with children, in a clearly pro-natalist way. Thus, concerns about fertility rate led the family policy towards a pro-natalist and interventionist turn (Kocourkova, 2002), focused mainly on two aspects: lengthen the maternity leave, and widen the system of public day care facilities. This second orientation is an important feature of the pre-1989 management of the work-family conflicts, aiming at the creation of a wide and financially affordable institutional child care network. Between the 1950' and the 1980', the part of children attending nurseries moves up from 3 % to 18 % and the part of children attending kindergartens moves up from 26 % to 81 % (Haskova, 2007), in a perspective availability of female labour force. After this acceleration of family policy measures in the 1960's, the fertility rate decline is indeed suspended, even reversed for a decade.

There was the difference in status of kindergartens and nurseries. Nurseries were not included under the Ministry of Education, but under the Ministry of Health. They were not admitted as having an educational purpose, and their management, close to medical facilities, was abundantly criticized. Therefore, the population gave priority to home child care provided by mothers or grand-mothers for children under 3. For this reason among others, additional maternity leave was extended in the next decades, at first to 2 years in 1970 then to 3 years in 1987, still under the conditions of two young children in the household, this trend accelerated in the post-transitional conciliation policies.

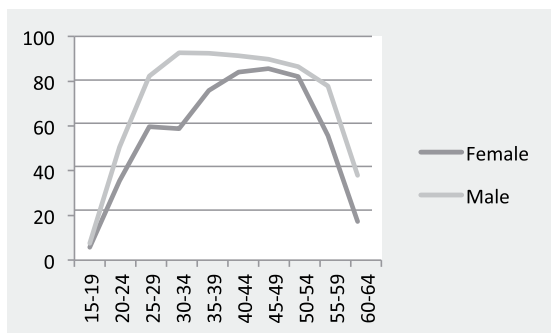
3. Harmonization of work and family life after 1989

At the moment of the political and economic transition, the previously outlined long-term cultural determinants have met western inspirations and pressures, and jointly shaped the changing work-family balance patterns. The labor market has emerged along with the economic transition from a centrally planned economy to a market economy. Unemployment and uncertainty have become a part of labour market. In the first years of the transition, a relatively limited rise of unemployment was recorded. But in the second part of the 1990's the trend accelerated and in 1999 unemployment rate reached 8,7 %: women record 10,3 % and men 7,3 % (Czech Statistical Office, 2012). The labour market pressures were dealt with by withdrawing mothers with young children

90 Its duration is extended to 18 weeks in 1948, then to 22 weeks in 1964 and 26 weeks in 1968. The "additional maternity leave" (future parental leave) is created in 1964, and maternity benefits are extended in 1970.

from the labour market. Conceived as a way to relieve unemployment and withdraw people from the market, these measures were recommended to Czech authorities by the World Bank (Višek, 2006). The combination of a high female employment throughout the active age and a strong tendency to lengthen the period of inactivity through the parental leave produces an “M-shaped” curve of employment rates by age, see figure 1.

Fig. 1: Employment rate by age group and sex in 2011



Source: Czech Statistical Office, 2012b

This curve forms an asymmetric “M”, with extremely low employment for women between 25 and 30, and also a significant increase, compared to other European countries, for women between 40 and 55. For the accuracy of the international comparison, another employment feature inherited from the previous productive force organization should be noted, which is a significant predominance of full time contracts. Therefore, employed women work almost exclusively full time, before and after the maternity, with a very long discontinuity in the middle of the life cycle. An employment gap between women with and without children under the age of 6 exists in the majority of European countries. In the Czech Republic, however, this negative effect of motherhood on employment is noticeably more pronounced than in all the other countries. The average employment rate of women aged 20-49 years according to the number of children under the age of 6 in selected countries with different family policy see Table. 1

Table 1: The average employment rate of women aged 20-49 years according to the number of children under the age of 6 in selected countries with different family policy in the period 2005 to 2010 (in %)

women aged 20-49 years according to the number of children under the age of 6	Czech Republic	Germany	France	Finland	Great Britain	Spain
woman with one child	32,24	65,98	72,52	64,10	66,62	64,26
woman with two children	36,32	58,80	66,22	66,68	59,42	55,56
woman with three children	30,80	40,90	47,34	54,70	39,60	45,68

Source: Eurostat, 2011

The employment gap between women with and without children under the age of 6 in the Czech Republic highlights the shift from a model of joint parenthood and labour, towards an incompatibility of having young children and working simultaneously. These growing work-family tensions are solved by successive stages of activity and inactivity, which in fact bring certain categories of women to a decision between two separate paths, career or motherhood. Therefore, Czech women choose to postpone or even reject childbearing.

Compared to the pre-transition period, the cost of children increased substantially after 1989, since subsidies on essential goods and services, advantageous loans, and other former direct and indirect family supports disappear. Therefore, there were more uncertainty around founding a family, and the danger of unemployment and higher costs of living for households with children led to a more careful planning of the family formation (Sobotka T. et al., 2008).

This growing incompatibility of parental tasks and labour market attachment increased due to the lack of available child care services. The supply of child care services followed the fertility trends in the first years of the transition, and therefore the Czech Republic recorded a steep decline of nurseries, the steepest among all the surrounding countries. The supply of kindergartens decreased in accordance to the fertility trend (the fertility rate decreases substantially in the 1990's and reaches "the lowest low" 1.13 in 1999 (Sobotka, 2008), but the number of nurseries records an unprecedented decline, which got far ahead the declining demand: from 1 700 nurseries before the transition to 60 in 2003 (Kucharova, 2009). This evolution is abundantly exploited as being the major institutional obstacle for reconciling family and work (Haskova, 2007; Kocourkova, 2002; Kucharova, 2009, Scharle, 2007).

Regarding parental leave scheme, additional maternity leave (see Chapter 1) is replaced by parental leave for all the woman with children under 3 years of age without any other conditions in 1990. The aim of this generous evolution of parental leave schemes was the elimination of labour market pressures. Compared to the first years of the transition, the labour market misbalances grow substantially in the late 1990's and unemployment becomes a major economic and social concern. In this context of growing costs of the transition, several reforms tend to reduce labour market tensions by encouraging certain groups of workers to withdraw from labour market. Therefore, when the social support system is restructured in 1995, the parental leave scheme is revised and the payment of parental benefits is extended to 4 years instead of 3. However, this extension is not accompanied by an equivalent extension of the job-protected parental leave. Thus, in practice, receiving allowances during 4 years is synonymous of losing the previous job and getting the risk of unemployment at the end of the parental leave. The postponement of mothers' return to employment is consistent with the priority of public policy to fight unemployment, despite the negative effects on mothers' labour market positions at the end of the leave.

After entering the EU, former conciliation setups are confronted to the Western approaches. The public discourse about conciliation policies gain a new perspective, practically absent until then, which is gender equality and equal opportunities in the labour market. Therefore, the Czech decision-makers receive recommendations from the European commission which assert that "a key challenge concerns the severe difficulties that women with children face when re-integrating into the labour market after maternity leave" (European Commission, 2012, p.4), mostly because of a major shortage of pre-kindergarten childcare facilities. However, since the transition the legislative trend has given priority to more generous conditions of parental leave and thus a longer withdrawal from labour, with less emphasis on providing child care services for children under three.

As to the parental leave scheme, two main reforms occurred in the last years. At first, a significant increase of benefits was implemented in 2007. The second reform, initiated in 2008 and completed in 2012, brings a key change to the parental leave system by establishing a "multispeed"

parental benefit system, which leaves to mothers the choice of receiving the same total amount of benefits during 2, 3 or 4 years. In fact, the choice to receive high benefits over a short period and return quickly to employment is offered to women living in households with a certain level of income, while others remain in the former pattern. In sum, the less the households earn, the less the social security system encourages mothers to return into the labour market, producing cumulative disparities which are likely to impact especially the category of low earning households and single mothers.

Although the multi-speed parental leave reform brings the issue of the availability of female labour force among the Czech public policy concerns, Thévenon (2013) reminds us that on the international level the decisive institutional factor of mothers' employment remains the childcare supply. In the logic of institutional complementarity, we can therefore expect that shorter leave will prove to be an insufficient measure if not accompanied by a larger network of child care facilities, especially for children under 3.

4. The changing work-family balance in the future

The historical perspective is a powerful tool for understanding today's Czech work-family balance framework. The pressing problem is the lack of facilities dedicated to the care of children up to three years in combination with the long duration of providing parental allowance within a reasonable amount. This situation, in combination with the low labour market flexibility, manifested by lack of part-time job opportunities, motivates women to remain outside the labour market. This is the way how the family policy compensates the low flexibility of the labour market. In addition, in the Czech economic conditions, part-time working arrangements may not be fully appreciated by employed women. The reason is the fact that these arrangements are associated with lower wages and do not allow family to reach the normal standard of living in Czech society, which is dependent on the wages of two full time jobs (Kotýnková, 2011).

However, the world of work is undergoing a major process of change. The main force of transforming it is onward march of technology. There's going to be a huge change, comparable to the industrial revolution. Automation in the workplace is set to increase at an unprecedented rate (Platform Industrie 4.0, 2015). Labour and the workplace will change in many areas. If all predictions are correct, economic activity will become more complex and dynamic. This requires a high degree of flexibility and consequently flexible work options could allow for better work-family balance in terms of both time and location.

Pressure to increase labour market flexibility in the rapidly changing environment in which innovation and the rapid changes in production programs were started, begun in the 70's, when rapidly applied scientific inventions and findings helped labour-saving technologies to enter the work process and replace manual workers. But currently, the robots are coming and are becoming more mobile, versatile and affordable in factories and warehouses. It's not just manual labour that's ripe for automation, white-collar jobs are ripe for automation as well: data analysis work in areas such as finance, trade and advertising is being outsourced to computers. Digitisation will massively change work in the future. The organisation of work is becoming more flexible in terms of time and space (Herman et al., 2014).

Increasing digitisation will have an enormous impact on factories, but on societies as well. There are more questions than answers, one of them concerns pros and cons of the future development: Where are the risks of technical innovations – but also where are the opportunities for social innovation and progress? A social innovation is a novel solution to a societal challenge that is more effective or more efficient and sustainable than existing practices. New enterprise organisations

as the result of technological progress could lead to new employment forms and business models which could then open the window of possibility for more social progress: participation and social integration, inclusive growth and improved career compatibility with family and caregiving.

5. Conclusions

Czech households went through an economic transition which provided new opportunities in the labour market. However, the family policy institutions that ensured work-family balance. However, the family policy institutions that ensured work-family balance before the economic transition, have lost public budgetary support, without being replaced by private initiatives. This changing public policy orientation results in insufficient institutional childcare supply, along with longer periods of inactivity and increasing discontinuity of female careers. Although long parental leave “solves” the work-family conflict by putting aside the necessity to combine employment and family responsibilities, it penalizes mothers in the field of employment, career progression, wages and pensions.

The family policy measures adopted between 1989 and the EU accession did not match the European conciliation objective of increasing female employment rates. The recent Multi-Speed Parental Leave and Children Groups Act are consistent with the European orientation, and their effects remain to be assessed. The problem which remains is the lack of facilities dedicated to the care of children up to three years. This situation, in combination with the low labour market flexibility, manifested by lack of part-time job opportunities, motivates women to remain outside the labour market associated with adverse consequences to their careers.

However, the world of work is undergoing a major process of change. The main force of transforming it is onward march of technology. Automation in the workplace is set to increase at an unprecedented rate. Labour and the workplace will change in many areas. It is estimated, that economic activity will become more complex and dynamic. This requires a high degree of flexibility and consequently flexible work options could allow for better work-family balance in terms of both time and location. Women will be able to combine work and family balance better, because they will be able to work from anywhere and anytime. That will make also better use of women, many of whom have expensive educations and training periods with companies.

6. Acknowledgement

The paper resulted from the grant – financial support of the Internal grant agency of the University of Economics, Prague IGS F5/66/2016.

The list of cited literature:

Czech Statistical Office. *Czech Demographic Handbook 2011*. Prague: 2012a. [online]. [25. 6. 2016]. Available from:

www.czso.cz/csu/czso/czech-demographic-handbook-2011-ze615mbr32.

Czech Statistical Office. Women by economic activity, age, sex, and marital status by the 2011 Population and Housing Census. *Focus on Women and Men 2012*. Prague: 2012b. [online]. [30. 5. 2016]. Available from:

www.czso.cz/documents/10180/20556853/141312t2.pdf/04b40643-91bb-430a-9260-5f1a7c1298b1?version=1.0.

European Commission. *Council recommendation on the National Reform Program 2011*. Brussel: European Commission, 2012.

Eurostat. *Labour Force Survey*. Luxembourg: 2011. [online]. [30. 5. 2016]. Available from: ec.europa.eu/eurostat/web/microdata/european-union-labour-force-survey.

HÁŠKOVÁ, H. Doma, v jeslích, nebo ve školce? Rodinná a institucionální péče o předškolní děti v české společnosti 1945-2006, *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, Vol. 8 (2007), No. 2, pg. 15–26. ISSN 1213-0028.

HASKOVA H., UHDE Z. *Women and Social Citizenship in Czech Society: Continuity and Change*, Prague: Institute of Sociology, Czech Academy of Sciences, 2011. ISBN 978-80-7330-150-7.

HERMAN, M., PENTEK T., OTTO B. *Design Principles for Industrie 4.0 Scenarios IEEE Xplore Digital Library*, 2014. [online]. [30. 5. 2016]. Available from:

<http://ieeexplore.ieee.org/xpl/abstractAuthors.jsp?arnumber=7427673&newsearch=true&query-Text=industrie%204.0%20design%20principles>.

KOCOURKOVÁ, J. Leave arrangements and childcare services in Central Europe: policies and practices before and after transition, *Community, Work & Family*, Vol. 5 (2002), No. 3, pg. 301–318.

KOTÝNKOVÁ, M. *Rodina a možnosti harmonizace profesního a rodinného života*, In Langhamerova, J. *RELIK 2011*, Prague: Vysoká škola ekonomická, 2011. ISBN 978-80-86175-75-1.

KUCHAROVÁ A. (2009), *Day care for children of pre-school and early-school age*. Prague: Research Institute for Labour and Social Affairs, 2009. ISBN 978-80-7416-041-7.

Plattform Industrie 4.0. 2015. *Whitepaper FuE Version 2015*. [online]. [5. 7. 2016]. Available from: <http://www.zvei.org/Downloads/Automation/Whitepaper-I40-FuE-Themen-2015-04.pdf>.

SCHARLE, A. *Munka goes to work. Public childcare in the Visegrad countries 1989-2009*. Budapest: Budapest Institute for Policy Analysis, 2010. ISBN 978-963-06-8850-5.

SOBOTKA T. et al. Czech Republic: A rapid transformation of fertility and family behaviour after the collapse of state socialism, *Demographic Research*, Vol. 5 (2008), No. 19, pg. 403–454.

THÉVENON O. *Drivers of Female Labour Force Participation in the OECD*, Geneva: OECD Social, Employment and Migration Working Papers, 2013, No. 145, pg. 15–39.

VÍŠEK, P. *Rodicovsky prispěvek, minulost a budoucnost. Paper presented at a Conference at the Ministry of Labour and Social Affairs*, Prague: Ministry of Labour and Social Affairs 2006, ISSN 11-29-2006.

Podpora rodiny dítěte se sluchovým postižením

The family of child with hearing impairment support

Monika Kunhartová⁹¹, Romana Procházková⁹², Jana Fenclová⁹³

Abstrakt

Příspěvek seznamuje čtenáře se službami Centra pro dětský sluch Tamtam, o.p.s., jež vedou k podpoře dítěte se sluchovým postižením a jeho rodiny v jejich přirozeném prostředí. Centrum pro dětský sluch (dále jen CDS) poskytuje legislativně ukotvené sociální služby – raná péče, sociálně aktivizační služby, odborné sociální poradenství a mnoho jiných nadstandardních služeb. Cílem příspěvku je přiblížit specifika těchto služeb s ohledem na sluchové postižení klientů.

Klíčová slova: Rodina. Dítě se sluchovým postižením. Centrum pro dětský sluch Tamtam.

Abstract

The contribution informs the readers about services of Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s that support the hearing impaired children and their families in their natural habitat. Centrum pro dětský sluch (CDS) provides social services stipulated in laws – early care, social and activation services, expert social counselling, and a lot of other above-than-average services. The contribution provides an insight in the specifics of the services with respect to hearing impairment of the clients.

Keywords: Family. Child with hearing impairment. The Center for child's hearing Tamtam.

Úvod

Narození potomka se sluchovým postižením je jednoznačně zátěžovou situací. Péče o takového potomka může být náročná jak fyzicky, tak psychicky. S příchodem dítěte se sluchovým postižením nastávají v rodině změny. Většina pozornosti se soustředí právě na toto dítě – je nutné pravidelně navštěvovat odborníky z řad lékařů, speciálních pedagogů, příp. psychologů, často je nutné s dítětem pravidelně několikrát denně navčičovat komunikaci. Může se změnit ekonomická situace rodiny – drahé kompenzační pomůcky, dojíždění za odborníky. Sociální status rodiny se může změnit až do extrémní roviny, a to sociální izolace. Rodiče představují žebříček hodnot, mohou ztratit obraz ideálního dítěte, mohou pociťovat nadměrnou zátěž, únavu až depresi.

Z výčtu předchozích problémů je zřejmé, že rodiče musejí projít obdobím, kdy se vyrovnávají s onou zátěžovou situací, kdy se snaží přijmout dítě do rodiny a akceptovat jeho postižení. Dlouhodobě hledáme cesty, jak rodičům prožívání prvotní nejistoty usnadnit, jak rodinu v náročném období podpořit. Aby akceptace proběhla úspěšně, je pro ně připraven systém odborně zajištěných komplexních sociálních služeb v rámci CDS Tamtam, o.p.s. Nespornou výhodou je, že CDS je organizací s celorepublikovou působností. Komplexních sociálních služeb tedy mohou využít i rodiny, jež bydlí daleko od Prahy (či jiného velkého města), kde se soustřeďuje většina odborných služeb.

91 CDS Tamtam, SPC Skuteč; e-mailová adresa: monikakunhartova@seznam.cz; Tel.: +420 721 263 777

92 CDS Tamtam; e-mailová adresa: prochazkova@detskysluch.cz; Tel.: +420 724 832 979 (pouze SMS)

93 CDS Tamtam; e-mailová adresa: reditelka@detskysluch.cz; Tel.: +420 603 710 748

1. Cíl a poslání Centra pro dětský sluch Tamtam

Posláním Centra pro dětský sluch (dále jen CDS) je pomáhat dětem, mladým lidem a dospělým se sluchovým postižením a jejich rodinám řešit nepříznivou životní situaci anebo jí předcházet tak, aby měli rovné šance žít kvalitní život a začlenit se do většinové slyšící společnosti.

CDS si klade za cíl:

- Obhajovat a prosazovat zájmy dětí se sluchovým postižením a jejich rodičů.
- Přispívat k rozvoji péče o děti se sluchovým postižením.
- Pomáhat dětem a jejich rodičům překonávat následky sluchového postižení.
- Usilovat o integraci sluchově postižených do společnosti.
- Zvýšit informovanost odborné i laické veřejnosti o sluchovém postižení.

2. Služby poskytované rodinám jedince se sluchovým postižením

Služby CDS jsou poskytovány rodinám, ve kterých je vychováváno dítě se sluchovým postižením anebo rodinám, ve kterých má jeden nebo více členů sluchové postižení. Rozsah komplexních služeb je zajišťován v rámci celé České republiky.

2.1 Raná péče

Terénní služba rané péče je poskytována rodičům dětí od narození (resp. zjištění vady) do sedmi let, které mají sluchové nebo kombinované postižení. Služby rané péče mohou využít rodiny na základě vlastního rozhodnutí. Kontakt na ranou péči CDS Tamtam rodina může získat od foniatra, pediatra, logopeda, z jiných institucí, v Centrech kochleárních implantací (v Praze, v Brně a v Ostravě), od jiných rodičů, na základě samostudia, na základě informací získaných členstvím ve skupinách na Facebooku.

Principy a cíle rané péče plně korespondují s jejím legislativním vymezením. Cílem rané péče je:

- snížit negativní vliv postižení nebo ohrožení na rodinu dítěte a na jeho vývoj,
- zvýšit vývojovou úroveň dítěte v oblastech, které jsou postiženy nebo ohroženy,
- posílit kompetence rodiny a snížit její závislost na sociálních systémech,
- vytvořit pro dítě, rodinu i společnost podmínky sociální integrace.

Raná péče je rozdělena na ranou péči Čechy a na ranou péči Morava a Slezsko dle územní působnosti. Tým rané péče Čechy tvoří 9 poradkyň rané péče. Tým rané péče Morava a Slezsko tvoří 11 poradkyň rané péče a lektor znakového jazyka.

První konzultace probíhá v rodině klienta a má informační charakter. Se zájemci o službu jsou projednány jeho potřeby a předběžné cíle. V případě zájmu o službu jsou klienti pozváni na první vstupní konzultaci, která probíhá ambulantní formou na pracovišti rané péče. Na vstupní konzultaci se, mimo jiné, provádí i funkční vyšetření sluchu. Každá rodina má svého přiděleného poradce. Na základě závěrů vstupní konzultace se poradce rané péče dohodne s rodinou na potřebách rodiny i dítěte a společně vypracují Individuální plán služby rané péče (IPRP), jehož platnost bývá obvykle jeden rok od podpisu. Konzultace probíhají v prvním půlroce služby v intervalech 2–4 týdnů, dále standardně v rozmezí 4–8 týdnů podle potřeb rodičů a dítěte. Po nástupu dítěte do předškolní-

ho zařízení (v případě pravidelného docházení do mateřské školy nebo jiného zařízení) se intervaly konzultací prodlužují, maximálně do intervalu 12 týdnů. Konzultace obvykle trvá 1,5–3 hodiny. Minimální délka není stanovena, maximální ano.

Obr. 1: Funkční vyšetření sluchu



Zdroj: CDS Tamtam

Do rodin, v nichž jsou rodiče neslyšící, dojíždí poradce, který ke komunikaci může využívat znakový jazyk. Rodiče si sami vyberou, jaký jazyk při konzultacích je pro ně přirozenější a přínosnější. Poskytování služeb rané péče je bezplatné.

Specifické činnosti služby rané péče pro rodiny vychovávající dítě se sluchovým postižením zaměřené na podporu dítěte, jeho optimální vývoj tak, aby se maximálně využilo jeho přirozených dovedností a rozvíjely se jeho schopnosti v oblastech, které jsou ztíženy sluchovým nebo kombinovaným postižením, a to zejména:

- Seznámení s aktuální nabídkou kompenzačních a rehabilitačních pomůcek (sluchadla, kochleární implantáty, BAHA, FM systémy, předměty denní potřeby s vizuální nebo hmatovou zpětnou vazbou) a se způsobem jejich získávání (postup získání, příspěvky pojištěn, možnosti získání finančních příspěvků z nadací).
- Poradenství týkající se užívání sluchadel a kochleárních implantátů (baterie x nabíjení z elektrické sítě, údržba vnějších částí pomůcek, typy k upevnění padajících částí pomůcek).
- Průběžné sledování kompenzace sluchu (přínos kompenzační pomůcky, vedení rodičů ke sledování reakcí dítěte na kompenzační pomůcku).
- Posouzení vývoje dítěte návrh stimulačního programu včetně návrhu vhodných pomůcek v Individuálním plánu služby.
- Zapůjčování navržených pomůcek a hraček (pomůcky k rozvoji sluchového vnímání, řeči, znakové zásoby).
- Funkční vyšetření sluchu dítěte jako behaviorální metody měření reakcí dítěte na sluchové podněty a nácvik vizuálně posílené audiometrie.
- Pravidelné hodnocení pokroků dítěte na základě využití Integrovaných vývojových škál a dalších dostupných metod zjišťování pokroků dítěte. Konzultaci vývoje dítěte s dalšími členy týmu.
- Podpora komunikace s dítětem, seznámení s dalšími komunikačními způsoby (gesta, znaky, obrázky, zástupné předměty apod.). Doporučení aktuálně nejvhodnějšího způsobu komunikace.

- Praktický nácvik a ukázky činností s dítětem v domácím prostředí, které vedou k jeho rozvoji. Instrukce při nácviku a upevňování dovedností dítěte s cílem maximálního možného využití a rozvoje jeho schopností v oblasti kognitivní, sensorické, motorické a sociální.
- Návrh možnosti zařazení dítěte do předškolního zařízení, aktivní účast při jeho vyhledávání.
- Po zařazení dítěte do kolektivu spolupráce s dalšími příslušnými odborníky při jeho adaptaci a sociálním začlenění do kolektivu. Návštěva MŠ.

2.2 Sociálně aktivizační služby

Sociálně aktivizační služby (dále jen SAS) jsou ambulantní i terénní služby poskytované rodinám s dětmi, které se v důsledku sluchového postižení nacházejí v nepříznivé sociální situaci. Cílovými skupinami SAS jsou rodiny s dětmi se sluchovým postižením (anebo sluchovým v kombinaci s jiným) od 0 do 18 let. Rodiny s dětmi od 0 do 18 let, kdy jeden nebo více členů v rodině má sluchové postižení (např. neslyšící rodiče se slyšícím dítětem). Uživatelé SAS se aktuálně (2016) mohou stát výše uvedené rodiny z krajů Hlavní město Praha, Středočeský, Liberecký, Pardubický, Královéhradecký a Moravskoslezský. V případě zájmu o využívání SAS se rodina může obrátit telefonicky, sms nebo e-mailem na jedno z pracovišť (Praha, Pardubice, Ostrava) a domluvit si první osobní setkání.

Specifické činnosti SAS:

- Individuální konzultace (*ambulantní a terénní, provázení rodiny náročným životním obdobím, podpora při uplatňování práv a zájmů, podporu v rodinné komunikaci, podpora při zvládání a řešení sociálně-ekonomické nepříznivé situace aj.*)
- Individuální nácvik rodičovských kompetencí a rozvoj dítěte (*individuální rozvoj sociálních a komunikačních dovedností, rozvoj psychomotorického vývoje dítěte, podpora pozitivních vztahů mezi rodičem a dítětem, rozšiřování znakové a slovní zásoby*).
- Socioterapeutické skupiny pro rodiče a děti (*společné programy zaměřené na vzájemnou interakci rodič-dítě, rozvoj a posílení sociálních dovedností, rozvoj komunikace mezi rodičem a dítětem a na vytváření přirozených vztahů mezi dětmi a rodiči, rozšiřování znakové a slovní zásoby*). Skupiny se může účastnit i sourozenec dítěte se SP.
- Rozvoj komunikačních dovedností s neslyšícím členem rodiny (*učení se základům specifické komunikace s neslyšícími dětmi, základy znakového jazyka, rozšiřování znakové zásoby*) – „Pravidelný trénink komunikačních dovedností s neslyšícím členem rodiny“ v rámci socioterapeutických skupin, – „Úvod do komunikace s neslyšícím členem rodiny“ pro nově přichozí či ostatní členy rodiny uživatelů naší SAS (*blok 4 setkání, kde se mohou účastníci seznámit s problematikou sluchového postižení a naučit se základní zásady komunikace s lidmi se sluchovým postižením, vč. balíčku základních a praktických znaků*) – „Odpolední trénink komunikačních dovedností s neslyšícím členem rodiny“ pro rodinné příslušníky našich uživatelů SAS (1x/14 dní).
- Sociálně právní poradenství.
- Odborné poradenství (*z oblasti rehabilitace a kompenzace sluchové vady*).
- Zprostředkování kontaktu s jinými rodiči.
- Zprostředkování kontaktu s jinými odborníky (*z oblasti logopedie, psychologie a speciální pedagogiky*).
- Podpůrná rodičovská skupina pro uživatele SAS (*sdílení vzájemných zkušeností a hledání odpovědí na své otázky pod vedením psychoterapeuta*).

- Vzdělávací akce (*přednášky, besedy s odborníky – foniatry, psychology, s dospělými neslyšícími či s rodiči neslyšících dětí*). Výběr zajímavých přednášek: Úskalí a výhody integrace, Kochleární implantáty a FM systémy, Psychologie neslyšících a nedoslýchavých, Jak podpořit sebevědomí dítěte a jeho roli v kolektivu.

Obr. 2: Socioterapeutické skupiny pro rodiče a děti (foto 1 z Prahy, foto 2 z Pardubic)



Zdroj: SAS Praha, SAS Pardubice

2.3 Odborné sociální poradenství

Sociální poradna pro osoby se sluchovým postižením a jejich blízké poskytuje odborné sociální poradenství osobám se sluchovým postižením (bez ohledu na věk, rozsah sluchového postižení a druh sluchové vady), jejich rodinám a blízkým z celé ČR. Poradenství je zaměřené např. na poskytování informací, které přispívají k řešení nepříznivé životní a sociální situace uživatele, pomoc při uplatňování práv sluchově postižených. Poradenství je poskytováno ambulantní formou osobně, telefonicky, e-mailem, sms, prostřednictvím skype. Jedinečnost služby spočívá v přizpůsobování komunikace individuálním potřebám jednotlivých uživatelů služby (Český znakový jazyk, mluva doprovázená znaky, psaná forma, či zřetelná artikulace v češtině). Odborné sociální poradenství se zaměřuje především na tyto oblasti:

- dávky státní sociální podpory, příspěvek na péči, výhody a slevy pro osoby se sluchovým či jiným zdravotním postižením,
- kompenzační pomůcky pro osoby se sluchovým postižením,
- pomoc při vyřizování telefonátů, vyplňování formulářů, při sepisování a vysvětlování úřední korespondence,
- pomoc v těžkých životních situacích, např. ztráta zaměstnání, bydlení, týrání, zneužívání či další rodinná a pracovněprávní problematika
- informace o vzdělávacích institucích, metodách, kontakty na další instituce.

2.4 Informační a vzdělávací služby

Nabídka služeb je v této oblasti velmi široká. CDS Tamtam pořádá přednášky, semináře, konference a podílí se tak dlouhodobě na zvyšování povědomí o sluchovém postižení široké laické i odborné veřejnosti.

Prostřednictvím podpůrné organizace Informační centrum rodičů a přátel sluchově postižených z.s. poskytuje služby knihovny, která má v současnosti ve svém fondu cca 4000 titulů ze všech oblastí týkajících se života lidí se sluchovým postižením. Zapsaný spolek také realizuje prodej knih, DVD a pomůcek týkajících se problematiky sluchového postižení.

Obr. 3: Pexeso Znakujte s Tamtmem – školní tematika



Zdroj: CDS Tamtam

Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s. vydává **elektronický měsíční bulletin s názvem INFO-Zpravodaj**. Bulletin INFO – Zpravodaj je primárně určený pro rodiče dětí se sluchovým postižením. Svým obsahem reaguje na aktuální změny v sociálním systému (sociální dávky, příspěvky, atd.) či opakující se dotazy klientů CDS Tamtam. Pomáhá čtenářům orientovat se v problematice sluchového postižení, přibližuje jim služby CDS, informuje o aktuálních či realizovaných akcích, projektech, týmech a poskytuje zejména rodičům dětí se sluchovým nebo kombinovaným postižením široké spektrum informací, které jim mohou pomoci při každodenní péči a výchově jejich dítěte.

Centrum pro dětský sluch vydává 4x ročně odborný magazín Dětský sluch. Přináší názory odborníků, zkušenosti rodičů i informace ze zahraničí na aktuální témata. Je určen především rodičům s dětmi se sluchovým postižením z celé České republiky, ale i odborníky – lékaře, pedagogy, psychology, sociální pracovník a studenty těchto oborů.

Jsmo i na Facebooku: Centrum pro dětský sluch Tamtam.

Obr. 4: Odborný magazín Dětský sluchZdroj: www.detskysluch.cz*Obr. 5: Informační portál pro rodiče i odborníky*Zdroj: idetskysluch.cz

Nedílnou součástí nabídky služeb CDS Tamtam jsou tlumočené **koncerty do českého znakového jazyka**. Na nich se podílejí profesionální tlumočníci, kteří zajistí, že koncert je nejen příjemným estetickým zážitkem pro slyšící návštěvníky koncertu, ale zároveň jsou velmi silným kulturním zážitkem i pro samotné neslyšící. Mezi další pravidelně zpřístupňované kulturní aktivity jsou **tlumočená divadelní představení do českého znakového jazyka**, která vytváří příležitost společného rodinného zážitku v situaci, kdy se v rodině setkávají slyšící a neslyšící rodinní příslušníci, tedy příslušníci s různými komunikačními prostředky, ale zároveň silným citovým poutem. Pravidelně spolupracujeme s Klubem Lávká (představení Jaroslava Duška), s Divadlem Kampa, Divadle Na Jezerce a Uměleckou říší loutek. **Spolupracujeme s nejrůznějšími muzei a galeriemi**. V současné době je to především Národní muzeum, Muzeum hlavního města Prahy, Národní galerie, započatá spolupráce je s Muzeem Kampa a Národním technickým muzeem. S těmito kulturními institucemi zprostředkováváme nejen komentované prohlídky v českém znakovém jazyce, ale zároveň připravujeme na míru workshopy, lektorované vzdělávací programy, procházky městem nebo prohlídky dlouhodobých expozic.

Obr. 6: Tlumočené představení Škola malého stromu

Zdroj: CDS Tamtam

Obr. 7: Čtyři dohody s Jaroslavem Duškem


 Centrum pro dětský sluch
 Tamtam, o.p.s.

Klub Lávka o Centrum pro dětský sluch Tamtam, o.p.s.
 Vás zvou na představení Tlumočené do českého znakového jazyka

ČTYŘI DOHODY

19. června 2016 v 19 hodin

Nehříbe sloven.

Nobene si kv. ozobně.

Novyhólepe si židně domněnky.

Dřevyjn vln kůk, jak nejlepe slovedate.



autor Jaroslav Dušek **přeložila** Dan Mgruel Ruz
hraje Jaroslav Dušek **spoluproducentky** Alena Vítová a Petr La Šár z
hlavní Kateřina Červenáková, Hana Ševčíková, Nikola Hřibová, Dagny

kontakt Novomlýnská 1, Praha 1, 110 00
předprodej vstupenek tel. 221 562 188, fax 221 082 228, e-mail rezervace@lavka.cz
 (uplatíte Místní zájem a šumavské představení do CZ)
doprava namoj. č. 18, 17 (zastávka Karlovy lázně)

www.detskysluch.cz

Zdroj: CDS Tamtam

Konkrétní tlumočená představení a akce

- **Východočeské divadlo Pardubice** – tlumočené představení „Škola malého stromu“
- **Divadlo Lávka** – divadelní představení „Čtyři dohody,“ „Pátá dohoda“ tlumočené do znakového jazyka a přepisované do mluvené řeči
- **Divadlo Kalich** – v roce 2015 představení Mauglí simultánně tlumočené do znakového jazyka a uměleckého znakového jazyka
- **Divadlo Na Jezerce** – představení Manželské vraždění tlumočené do znakového jazyka
- **Říše loutek** – představení O pejskovi a kočičce; O nezbedných kůzlátkách; Kašpárek v pekle, O Koblížkovi a o Budulínkovi tlumočené do znakového jazyka
- **Tlumočené koncerty** – Tříkrálové večery
- **Tlumočené výstavy, vernisáže a prohlídky muzeí** (Národní galerie, Národní muzeum, Pražská muzejní noc, Muzejní den, Muzeum hlavního města Prahy, Muzeum Kampa)
- **Noc s Andersenem**

2.5 A ještě něco navíc

Pobyt

Každý rok je realizován týdenní pobyt pro rodiny s dětmi se sluchovým postižením. V rámci pobytu mají rodiče možnost účastnit se skupinového programu pro rodiče s dětmi, kurzu znakového jazyka, vyprávění pohádek v českém znakovém jazyce, odborných přednášek předních českých foniatrů, logopedů a psychologů, besed s neslyšícími, odborně vedených terapií. Během programů určených pouze pro rodiče jsou děti v péči poradkyň rané péče.

Obr. 8: Pobyt 2016



Zdroj: CDS Tamtam

Interaktivní přednáškové programy pro mateřské a základní školy

Děti se zábavnou formou dozvědí, jak funguje lidské ucho, jaké mohou být vady sluchu, jak je možné vadu sluchu diagnostikovat a následně kompenzovat, seznámí se se znakovým jazykem, jehož prvky si budou moci samy vyzkoušet zapíváním známé písně či přednesením říkadla. Programem v MŠ provází doktorka Oušková, medvěd Čumáček a jeho kamarádi z lesní školky. Cílem těchto programů je přiblížit slyšícím dětem (i dospělým) svět neslyšících a nedoslýchavých lidí a učit je tak uctě a toleranci k lidem, kteří se projevují nezvykle a komunikace s nimi vyžaduje trpělivost a ochotu přijímat druhého člověka i s jeho odlišnými potřebami. Děti a žáci budou připraveni na setkání s vrstevníky s vadou sluchu.

Obr. 9: Znakujeme s medvědy v MŠ



Zdroj: SAS Pardubice

Kladné reakce na program Znakujeme s medvědy

...“chtěla bych Vám napsat, jak moc na nás (děti i dospělě) Vaše vystoupení zapůsobilo. Musím se přiznat, že ani já ani většina z mých kolegyně jsme ještě neměly možnost podobný pořad shlédnout. Máte vše perfektně připravené a velice srozumitelně, poutavě a přehledně dokážete nám všem přiblížit ne zrovna jednoduchý život neslyšících. Díky naší těžce nedoslýchavé kamarádce X a Vašemu pořadu si děti uvědomují, že mezi námi mohou být lidé, kteří jsou na první pohled stejní, ale spoustu běžných věcí se musejí naučit zvládat trochu jiným způsobem, než jsme zvyklí třeba my. S dětmi jsme se k pořadu vraceli a vracet budeme průběžně dle příležitosti. Při vyprávění děti s oblibou používají i některé prvky znakového jazyka, které jste je naučily. Velice mě překvapila, a také potěšila, moje malá 3,5 letá neteř, která Vás viděla u nás ve školce. Po čtyřech dnech z ničeho nic začala babičce vyprávět o medvídcích, a jaké měli potíže s oušky. Přidal se k ní i starší bráška, aby sestřičku doplnil, a společně i znakovali. Myslím si, že asi žádný pohádkový příběh nebo představení v nich, a upřímně ani v nás dospělých, nezanechal tak hluboký dojem.

Budu moc ráda, když si podobný zážitek budeme moci s Vámi zase někdy, třeba v příštím roce, zopakovat. Podobné zkušenosti a vědomosti se nám vždycky hodí a nikdo nikdy nevíme, kdy se nám budou hodit. Možná i pár základních vědomostí široké veřejnosti o tom, jak se máme ke sluchově postiženým spoluobčanům chovat, by někdy neslyšícím mohlo trochu usnadnit bytí v běžných životních situacích.

Neodolala jsem a ten obrázkový materiál, co jste dávala dětem, jsme si samozřejmě okopírovaly a uložíly do pomůcek, a určitě ho použijeme při práci s dětmi.

Nevím, jaká slova chvály bych Vám ještě napsala, bylo to zkrátka PARÁDA...“

Zahradní slavnosti a dětské dny

Každým rokem je na jednotlivých pracovištích pořádána zahradní slavnost, která se nese vždy v určitém duchu. Program, vystoupení, výzdoba, masky i soutěže jsou vyrobeny a sestaveny předem dané téma. Akcí se mohou zúčastnit spolu se stávajícími klienty i zájemci o službu a bývalí klienti.

Obr. 10: Pirátská zahradní slavnost



Zdroj: SAS Pardubice

Mobilní aplikace Znakujte s námi

V této aplikaci naleznete slovník s téměř 1500 slovíčky a větami, které jsou doplněny o videa s jednotlivými znaky. Výuka znaků je členěná do tematických lekcí s různými stupni obtížnosti. Pro testování vašich znalostí je k dispozici kvíz.

Obr. 11: Mobilní aplikace Znakujte s námi



Zdroj: znakovka.frpsp.cz

Závěr

Příspěvek informuje o systému podpory rodiny dítěte se sluchovým postižením a nebo rodin s členem se sluchovým postižením v rámci Centra pro dětský sluch Tamtam. Množství služeb je rodinám poskytováno nezávisle na bydlišti, což ocení zejména mimopražští. Ze sociálních služeb nelze nezmínit ranou péči a sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi až do 18 let. V rámci informačních a vzdělávacích služeb jsou vydávány metodické materiály pro rodiče (např. o rozvoji komunikace, pexesa, aplikace do mobilních telefonů), materiály o integraci, o právní problematice, o zkušenostech z psychologické poradny. Pokud si rodiče neví rady v oblasti sociálně právní, mohou kontaktovat sociální poradnu. Relaxovat ale i získávat důležité kontakty mohou na pobytu, na zahradních slavnostech ale i na kulturních akcích tlumočených do znakového jazyka. Nedílnou součástí práce CDS Tamtam je i projektová činnost (4P pro děti se sluchovým postižením, Rozšíření stávající kapacity rané péče Centra pro dětský sluch, Play audiometry for children hearing impairment early intervention center, Funkční vyšetření sluchu dítěte, První rok je nejtěžší), díky které je možné rozšiřovat a zkvalitňovat poskytované služby.

Reference / Seznam citované literatury

www.detskysluch.cz

idetskysluch.cz

znakovka.frpsp.cz

www.infocentrum-sluch.cz

Absencia etnicky senzitivných sociálnych služieb

Absence of ethnically sensitive social services

Jana Levická⁹⁴, Beáta Danišová⁹⁵, Dominika Uhnáková⁹⁶

Abstrakt

Autorky využili designe prípadovej štúdie (Yin In: Mendl, 2005), aby manifestovali svoje tvrdenie o dvojito znevýhodnení rómskych rodín so zdravotne postihnutým dieťaťom. Pre spracovanie prípadovej štúdie boli použité nasledovné metódy zberu dát: rozhovory, pozorovanie a terénne poznámky. Participantmi boli rómska matka, sociálna pracovníčka, špeciálna pedagogička. Výskumné zistenia poukazujú na absenciu etnicky citlivého prístupu v práci s rodinou so zdravotne postihnutým dieťaťom v kontexte rómskej etnicity

Kľúčové slová: Rómska rodina. Zdravotné postihnutie. Sociálne služby. Etnicita. Sociálna práca.

Abstract

The authors used the design of case study (Yin In: Mendl, 2005) to manifest their claim on double handicap of Roma families with a disabled child. For the processing of case study were used the following methods of data collection: interviews, observation and field notes. Participants were Roma mother, a social worker, a special educator. The research findings point to the absence of ethnically sensitive approach in working with families with a disabled child in the context of Roma ethnicity.

Keywords: Roma family. Disability. Social services. Ethnicity. Social work.

1. Úvod

Sociálne služby sú dôležitou súčasťou života spoločnosti. V slovenských podmienkach sú legislatívne upravené v zákone č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách a predstavujú jednu zo zložiek sociálnej pomoci pre ľudí, ktorí sa ocitli v nepriaznivej životnej situácii. Súčasťou podpory sociálneho začlenenia osôb v nepriaznivej sociálnej situácii je aj problematika sociálne vylúčených spoločenstiev, ktoré sú definované relatívne široko a sú medzi ne zaradované skupiny marginalizovaných občanov žijúcich koncentrovane vo vymedzenom teritóriu. Za takéto skupiny možno považovať rómske mestské getá, či marginalizované rómske komunity (Ministerstvo práce sociálnych vecí a rodiny, 2016) V našich podmienkach sa pre členov rómskeho etnika najčastejšie používajú výrazy ako Róm, či Cigán. Tieto označenia sú považované za synonymá, avšak slovo Cigán v sebe obsahuje negatívnu konotáciu a odráža negatívny spoločenský postoj väčšinovej populácie, kedy sa toto pomenovanie používa tiež ako synonymum pre zlodejov, podvodníkov, či ľudí žijúcich v neporiadku a v špine. Už len toto pomenovanie naznačuje, že Rómovia, čelia diskriminácii častejšie ako nerómske obyvateľstvo a to vo viacerých oblastiach každodenného života. V súčasnosti môžeme byť svedkami toho, že o rómskej komunite kolujú rôzne myty o ich homogenite, kočovníctve, či vrodenej vlastnostiach akými sú napr. lenivosť, agresivita, či nižšia úroveň rozumových schopností. Ich sociálna identita je väčšinou vytváraná okolo ich zobrazovania ako chudobných, žobrajúcich a krádných. Viacerí autori (Thompson, In: Cree 2011, Jones, 2000, Lavalette, Penketh, 2014) tvrdia, že rómska komunita patrí medzi najviac sociálne, ekonomicky i politicky marginalizovanú skupinu obyvateľstva. Ako poukazujú Thompson a Jones diskriminá-

94 Trnavská Univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: jana.levicka@truni.sk

95 Trnavská Univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: beata.danisova@tvu.sk

96 Trnavská Univerzita, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: dominika.uhnakova@tvu.sk

cia Rómov má niekoľko rozmerov. Jones (2000) opisuje jej *vonkajší a vnútorný rozmer*. Tvrdí, že Rómovia si v reakcii na sociálnu stigmatizáciu a diskrimináciu vyvinuli určité sociálne správanie. Jedno z nich zahŕňa vývoj rozličných foriem obranných mechanizmov, vrátane rezignácie alebo obranného správania, ktorým sa snažia neutralizovať negatívne pocity prameniace z negatívnych vzťahov. Niektorí Rómovia sa snažia skrývať svoju rómsku etnickú identitu napríklad tým, že menia svoje rómske priezviská za nerómske, alebo prestávajú používať rómčinu. Druhý rozmer diskriminácie je jej znútorňenie. Ide o situáciu keď si obeť diskriminácie, na základe predsudkov, dlhodobého útlaku či odmietania, vytvárajú o sebe negatívny obraz. Tak sa ľahko môže stať, že obsah predsudkov sa stáva súčasťou ich vlastnej identity a začnú reagovať podľa predsudkov dominantnej spoločnosti. Tento proces Jones označuje ako bludný kruh diskriminácie. Lepšie pochopenie vytvárania diskriminácie nám umožňuje Thompsonov (In: Cree, 2011) trojdimenzionálny model tvorby procesu diskriminácie. Podľa neho sa diskriminácia prejavuje na troch úrovniach: na osobnej, kultúrnej a štruktúrálnej.

Osobná úroveň diskriminácie sa vzťahuje na myšlienky, pocity postoje, postupy či stereotypy jednotlivcov, ktoré naznačujú útlak Rómov na individuálnej úrovni (napr. „Nemám nič proti Rómom, ale radšej nech zostanú kde sú.“ alebo „Otvorte okno. Zasa tu boli tí smradľaví Rómovia.“...).

Kultúrna miera diskriminácie sa vzťahuje na zdieľané spôsoby videnia, myslenia, konania spoločnosti vo vzťahu k Rómom. Kultúrna diskriminácia sa môže prejavovať v etnickom humore a kultúrne zakorenených prísloviach a porekadlách (napr. „Aký je recept na cigánsky koláč? Najprv si ukradni tri vajcia...“) Ako príklad etnický ukotvených predstáv o Rómoch uvádzame príslovie „*Je to u teba ako u Cigánov*“, čím sa vyjadruje vysoká miera neporiadku a špiny.

Štruktúrna úroveň diskriminácie sa vzťahuje na praktiky inštitúcií, predpisy a zákony ktoré spôsobujú diskrimináciu (napr. pasívny postoj praktikov vo verejných inštitúciách). Spomenuté tri dimenzie sú navzájom prepojené a jedna druhú neustále ovplyvňujú. Thompson (In: Cree, 2011) tvrdí, že naše osobné myšlienky sú do istej miery individuálne a jedinečné, ale sú silno ovplyvnené kultúrou v ktorej žijeme a jej štruktúrnymi faktormi. Jones (2000) sa domnieva, že práve inštitucionálna (štruktúrna) úroveň je najvýznamnejšou úrovňou, kde možno zmeniť status quo, pretože dosiahnutie zmeny v tejto úrovni následne ovplyvní zmeny aj na ďalších úrovniach. Významné postavenie je pripisované sociálnej práci, ktorá patrí medzi profesii bojujúce za elimináciu miery sociálnej exklúzie. Avšak starostlivosť zo strany sociálnych služieb a sociálnych pracovníkov nie je vždy dostatočná a nie vždy bojuje proti sociálnemu vylúčeniu či diskriminácii Rómov. Už Mary Richmondová v začiatkoch budovania sociálnej práce upozorňovala na etnické špecifiká jednotlivcov, skupín a komunit v sociálnej práci, a tak položila základy pre uplatňovanie etnicky citlivej praxe sociálnej práce.

2. Etnická citlivosť a kultúrna kompetencia sociálnych pracovníkov⁹⁷

Encyclopedia of Social Work (2014) opisuje etnicky citlivú prax ako antidiskriminačný postoj sociálneho pracovníka, ktorý sa vyznačuje tým, že:

- Chápe dynamiku diskriminácie, jej účinky a viacrozmernosť.
- Rozumie *etnickej realite* marginalizovaných komunit – čo umožňuje sociálnym pracovníkom pochopiť určité typy správania Rómov ako je napríklad konformnosť, pasivita, či nedôvera voči inštitúciám, ktorá je často výsledkom dlhšej skúsenosti s diskrimináciou. Od sociálnych pracovníkov sa očakáva, že budú citliví na všetky druhy diskriminácie, budú proti nim aktívne

⁹⁷ V rámci nášho príspevku používame vždy len jeden ekvivalent označenie sociálnych pracovníkov a pracovníčok v podobách „sociálny pracovník“, „sociálna pracovníčka“, „sociálni pracovníci“, pričom vždy máme na myslí ženy aj mužov, ktorých profesiou je sociálna práca.

bojovať, a upozorňovať na ne. Jones (2000), považuje pochopenie „etnickej reality“ za kľúčový krok k antirasistickej a etnicky citlivej sociálnej práci.

- Používa *etnicky citlivý jazyk*, ktorý umožňujú vyjadrenie rešpektu voči etnickým skupinám. Znamená to tiež, že sociálny pracovník komunikáciu prispôsobuje tak, aby bola zrozumiteľná aj pre negramotných a tých, ktorí majú problémy s učením, a pod.

Sociálny pracovník má okrem posilnenia a povzbudenia jednotlivcov, spolupracovať aj na zmene ich životných podmienok. Preto reaguje nielen na mikro (osobná dimenzia) úrovni, ale tiež uplatňuje svoje vplyvy na makro (kultúrna a štrukturálna dimenzia) úrovni. Thompson (In: Cree, 2011) konštatuje, že na *osobnej úrovni* by sa sociálni pracovníci mali snažiť, aby zrušili svoje osobné predsudky a zároveň posilňovali obeť diskriminácie takým spôsobom, ktorý posilňuje ich sebedomie, učí ich novým sociálnym zručnostiam, podporuje ich nezávislosť, a poskytuje im informácie. Na *kultúrnej úrovni* majú vplývať na zvyšovanie povedomia spoločnosti a na poslednej, štrukturálnej úrovni sa usilujú o etnickú citlivosť a o zrušenie rutinných postupov v organizačnom usporiadaní, a taktiež sa snažia o presadenie pozitívnej diskriminácie v právnych predpisoch.

V zahraničnej literatúre sa často medzi kompetencie sociálnych pracovníkov zaraďuje kompetencia, ktorá sa v slovenskej literatúre vyskytuje minimálne, ale domnievame sa, že by mala byť dôležitou súčasťou sociálnych pracovníkov vykonávajúcich etnicky citlivú sociálnu prácu. Je ňou kultúrna kompetencia, alebo kultúrna spôsobilosť. NASW kultúrnou kompetenciou označuje proces, v ktorom ako jednotlivci tak aj systémy reagujú úctivo a citlivo na ľudí rôznej kultúry, jazykov, triedy, rasy, etnika, náboženstva a ďalších rozdielov a to spôsobom, ktorý si cení hodnotu každého jednotlivca, rodiny a komunity, chráni a zachováva dôstojnosť každého z nich. Na základe uvedeného by sme mohli konštatovať, že kultúrna kompetencia je určitá schopnosť sociálneho pracovníka poskytovať starostlivosť klientom s rozmanitými hodnotami a presvedčeniami, zahŕňajúc uspokojovanie ich kultúrnych, sociálnych a jazykových potrieb (Standards and Indicators..., 2015). Cross (2016) definoval 5 základných prvkov, ktoré prispievajú k zvyšovaniu kultúrnej kompetencie a to nielen konkrétneho sociálneho pracovníka ale aj inštitúcií a sociálnych zariadení. Sú to:

1. Oceňovanie rozmanitostí.
2. Uvedomovanie si vlastného kultúrneho základu, teda existencia osobného kultúrneho povedomia,
3. Poznanie dynamiky a vzájomného obohacovania sa, ktoré prináša stret rôznych kultúr,
4. Disponovanie poznatkami o iných kultúrach,
5. Preferovanie služieb, ktoré odrážajú porozumenie kultúrnej rozmanitosti.

Týchto päť prvkov by sa podľa neho malo prejavovať na každej úrovni poskytovania služieb. NASW zdôrazňuje, že dôležitým aspektom rozvoja kultúrnej kompetencie ale rovnako tak aj profesijnej identity sociálneho pracovníka je tzv. **kultúrna pokora** (*cultural humility*), ktorá napomáha k vlastnému seba rozvoju. Ide o schopnosť interpersonálneho postoja, orientovaného smerom k iným ľuďom vzťahujúci sa ku kultúrnej identite. Ku kultúrnej pokore vedú tri faktory. Prvým je *celoživotný záväzok k sebahodnoteniu a sebakritike*. Základom tohto aspektu je poznanie, že sme stále ešte nedospeli do bodu, v ktorom by sme si mohli povedať, že sme skončili s poznávaním a učením. Preto by sme mali mať odvahu pozrieť sa na seba kriticky s túžbou dozvedieť sa vždy viac a s pokorou uznať, že sme stále v procese učenia sa a rastu. Druhým aspektom je *túžba po odstraňovaní nerovnováhy síl* – základom tohto aspektu je uvedenie si, že každý človek nás môže určitým spôsobom obohatiť, a práve to nám pomáha vidieť jeho hodnotu. Napríklad vo vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom je odborník ten, ktorý disponuje poznatkami, ktoré kli-

entovi chýbajú, avšak klientova sila spočíva v jeho osobnej histórii, ktorú odborník nepozná. Preto k čo najlepšiemu dosiahnutiu výsledkov je nevyhnutná ich vzájomná spolupráca. Tretím a posledným aspektom kultúrnej pokory je *rozvoj partnerstva so skupinami, ktoré pomáhajú iným*. Hoci jednotlivci môžu vytvárať pozitívnu zmenu, spoločenstvá a skupiny môžu vytvárať väčší vplyv na systémy. Preto je dôležité zoskupovať sa v rámci väčších skupín (Tervalon, Garcia, 1998).

Iris Marion Young (In: Amari Luma, 2008) považuje marginalizáciu v súčasnej spoločnosti za jednu z foriem štrukturálnej diskriminácie. Proces vylučovania Rómov na okraj spoločnosti, im znemožňuje zmysluplne sa zúčastňovať na sociálnom, ekonomickom či politickom živote, čoho dôsledkom je ich materiálna deprivácia a chudoba. Barany (In: Encyclopedia of Social Work, 2014) tvrdí, že medzi nepriaznivým zdravotným stavom, etnickou identitou a chudobou existuje korelácia. Zlý zdravotný stav nemusí byť len výsledkom starnutia, ale aj spoločenského postavenia a celkovej nerovnosti, ktoré často krátko vedú ku kríze duševného zdravia, vysokého krvného tlaku či k srdcovým chorobám. Okrem toho ďalej uvádza, že u rómskych detí sú častejšie diagnostikované mentálne poruchy v porovnaní s nerómskymi deťmi. V takomto prípade by sme mohli hovoriť o tzv. *dvojitý marginalizácii*, v ktorej ide o kombináciu sociálneho vylúčenia s priestorovým vylúčením, ktoré tak ešte viac oslabuje možnosti Rómov prekonať ich nepriaznivú situáciu (Jurík, 2008).

3. Teoretické poznatky v kontexte každodennosti⁹⁸

Ako sme už spomenuli, Cross (2016) medzi predpoklady etnicky senzitivnej sociálnej práce patrí aj kvalitné poznatky o etniku, s ktorým pracujeme. Poznatky, s ktorými sociálni pracovníci pracujú, vychádzajú z prác autorov zaoberajúcich sa rómskym etnikom z rôznych perspektív. V úvode príspevku sme poukázali na fakt, že diskriminácia v spoločnosti sa spája aj s používanými prisloviami a porekadlami, ktoré odzrkadľujú postoj majority voči Rómom. Toto negatívne naladenie majoritnej spoločnosti je posilňované aj odbornou literatúrou. V nasledovnej časti príspevku konfrontujeme vybrané tvrdenia nachádzajúce sa v odbornej literatúre s každodenným životom rómskej rodiny.

Kazuistický zlomok 1 – popis rodiny – rómske rodiny majú veľa detí (Vágnerová, 2004, Daňo, 2003 ai.).

Rómska rodina, ktorá žije priamo v rómskej komunite, je tvorená matkou (34 rokov, základné vzdelanie), otcom (36 rokov, základné vzdelanie) a desiatimi deťmi, všetky vo veku do 15 rokov. Štyri deti sú zdravotne postihnuté. Tri deti (dve dievčatka a chlapec) majú sluchové postihnutie a jeden chlapec trpí detskou mozgovou obrnou. Rodina žije v jednoizbovom byte. Matka je na rodičovskej dovolenke. Otec je dlhodobo nezamestnaný. Získaniu trvalejšej práce mu nebráni len jeho rómska príslušnosť, ale aj fakt, že bol vo výkone trestu odňatia slobody, hoci len krátko. Prostriedky (finančné aj nefinančné) na zabezpečenie rodiny pochádzajú z dávok hmotnej núdze, príspevkov na deti, z občasných brigád otca a pomoci zo strany rôznych neziskových a charitatívnych organizácií. Otec rodiny pochádza z veľkorodiny, ktorej väčšina príbuzných žije priamo v spomínanej rómskej komunite. Príbuzní matky pozostávajú len z jej mamy, sestry a brata, ktorý, ale žije so svojou rodinou mimo komunity. V komunite žije tak len sestra a matka našej probantky.

Tento kazuistický zlomok potvrdzuje tvrdenia autorov, že rómska rodina sa od majoritnej líši počtom detí a že rómske rodiny aj dnes majú charakteristické prvky patriarchálnych veľkorodín (Poláková, 2005, Šuhajdová, 2011, Fízík, 2010). Mnohodetnosť za základnú charakteristiku rómskej rodiny pokladá prevažná väčšina autorov (napr. Vágnerová, 2004, Daňo, 2003).

⁹⁸ V tejto časti príspevku sme použili niektoré výsledky z nášho kvalitatívneho výskumu, realizovaného v dizajne prípadovej štúdie, hlavnou výskumnou metódou použitou pri zbere dát bol naratívny rozhovor realizovaný so 4 členmi jednej rómskej rodiny.

Kazuistický zlomok 2 mimoriadne pozitívny vzťah Rómov k deťom

Vysoký počet detí pritom vysvetľujú mimoriadne pozitívnym vnímaním detí v rómskom etniku, hlavne rómskych detí patriacich do komunity. Ako píše Zeman (2006), deti, boli a stále sú pre Rómov šťastím, pýchou, radosťou, bohatstvom. Naša probantka však popisuje jej situáciu v rozpore s týmto tvrdením.

Ľudia z komunity sa k deťom často správajú veľmi odmietavo. Správajú sa tak najmä ku deťom, ktoré trpia jedným z uvedených zdravotných postihnutí. Čo sa týka tohto tu, nemajú to tu moje deti vôbec ľahké. Je tu veľa ľudí čo sa im smejú. Posmievať sa im, že sú hluchí. Jak dospeli, tak aj deti. Akože, nemožem povedať, stane sa, že sa nájdu aj takí, čo keď vidia, že im hovorím nečo nahlas, alebo keď na nich kričím z dialky a oni ma nepočujú, tak títo druhí deti akože tak vedia upozorniť, že kričí na teba manka, alebo tak. Ale takých neni až tak moc. Skôr sa fakt smejú. Hlavne chlapcovi. Už iné to je pri tomto mladšom. Jeho jak keby tí ľudia aj lutujú. Viš, že keď má aj problém s týma nožičkama a je to také, že je to aj videt. Tak to je tak inak. No, ale čo sa týchto čo majú tú hluchotu, tak to né, tým sa ozaj smejú. A kolko krát aj takí čo by si to od nich vôbec nečakala

Kazuistický zlomok 3 – Rómovia sú súdržní, členovia komunity si pomáhajú

V rómskych komunitách pretrvávajú pozitívne vzťahy práve vzhľadom k rodinným väzbám (Zeman, 2006, Šuhajdová, 2011, Fízik, 2010). Skúsenosť našej probantky je v rozpore s predstavou pomáhajúcej si veľkorodiny. Poukazuje na jej osamelosť pri riešení problémov aj napriek veľkému počtu príbuzných v komunite.:

Narodil sa mi predčasne s tým, že mal detskú mozgovú obrnu. Medzi tým muž išiel sedieť. No, bolo to ťažké. Nepomohol mi NIKTO! Čo sa týka jeho rodiny, to akože absolútne nič, nezaujmem... jediné čo môžem povedať, že mi pomohli títo ľudia čo sú aj tu, že tu pomáhajú. Vieš sociálna pracovníčka tu z komunitného alebo z vy z Vášho centra. Či to boli veci na deti, či to boli posteľe, nábytky, vybavovačky, papierovačky. Bolo to zlé. To ti môžem povedať, bolo treba so všetkým troma čo majú tento sluchový postih chodiť po doktoroch. Mala som s nimi chodiť do Bratislavy. Ale jak, kedy, za čo, ako? A čo s týma ostatným? Oni boli malí, volakdo mi ich musel postrážiť.. ale, kto? Keď som si to už aj horko ťažko vybavila a išla som do tej Bratislavy, poslali ma domov, lebo že keď sú dzeci choré, nemôžu s nimi nič robiť. Viš, oni mali také, že nádcha, kašeľ, no a to už bolo pre nich neprijateľné no. A čo sa týka tohto (znovu ukáže na chlapca s DMO, vzdychne si) to je čím ďalej tým horšie. Myslela som, že časom z tho ako vyraste, že bude lepšie. Ale, dze. Neni pravda. Je to čím ďalej tým horšie. Máme s ním starosti. No, ale kolko môžme tolko sa snažíme. Máme ho radi, lúbime ho..no, čo narobiš. To máš tak..

Kazuistický zlomok 4 – rómske deti zaostávajú vo vývoji

Rómske deti vyrastajú v málo podnetnom sociálnom prostredí a preto zaostávajú za vývojom svojich vrstovníkov z majoritnej spoločnosti (Vágnerová, 2004, Daňo, 2003)

*Horšie to bolo keď sa narodili tí čo majú postihnutie. Ako prvý sa narodil chlapec. To bolo nula bodov. Vôbec na nič nám nereagoval. Rozprávať sa mi naučil z televízora. On vyrastal na DVD-čkách. To bolo jeho. Potom došli ďalšie dve dievčatá. To malo velice podobný priebeh. Staršia dcéra do štyroch rokov vôbec nerozprávala. Tá druhá nereagovala ani len na hrkálku. Vieš jak to býva, že deti sa v určitom období aspoň otočia za hrkálkou, za tým keď na nich niekto volá. Ale toto vôbec. Bola som s ňou aj u doktorky a viš mi povedala? **Že, to je normálne.** Jednoducho jej dala diagnózu, že je taká pomalšia jak sa poví, no.*

Kazuistický zlomok 5 – nevzdalanosť Rómov spôsobuje neschopnosť adaptovať sa na požiadavky majority (Fízik 2010, Jurásková, 2004, Daňo 2003, Vagnerová 2004 ai.)

*Teraz jak som bola rodiť, tak sestričky si zo mňa normálne robili na oparčnem sále srandu. No pochopiš toto? Už mali pripomienky, že kedy sa chystám odísť z porodnice, či sa im aj **oplatí nahlasovať pre mňa stravu**. Pri tom dobre vedia, že ja aj keď v tej nemocnici neležím to tak neni za to, že nechcem ale za, že ja si to ozaj nemožem dovoliť. Ša ved moje dzeci chodzá do školy, Treba ich nachystat. Potom tu mám dvojročného chlapca, mám tu chlapca, čo má DMO, dalej ja si musím pre tú maličkú šetko nachystat, aby došla do čistého, do pekného. Alebo, keď sme vypisovali papiere. Keď videli, koľko mám detí, porád prvá otázka či ich mám v starostlivosti, alebo či mám aj ústave. No povedz, **opýtali by sa to aj bielej ženy?** Ja som porodila a okamžite išla po mne sociálka, lebo vraj prečo som odišla z nemocnice. Jak sa na toto možu pýtať? Poznajú nás, vedia koľko mám detí a že sa ozaj musím a chcem o ne starať. Tak som im to musela vysvetlovať. A v tej nemocnici deto. **To si neví bársko predstaviť jak som to cítila, že trebárs na mňa sa inak pozerajú jak na biele ženy.** A za čo? Za to, že sú biele a ja nie, oni sú lepšie? Dalšia vec čo sa mi stala. Minulý týžden som porodila. Tento týžden som mala pre moju malú vybavenú kartičku poistenca a všetko mám na poriadku jak sa patrí. No, doktorka jaká ostala hotová? A prečo? **To aj u bielej ženy, je hotová keď stihne pre svoje malé skoro vybaviť kartičku?** Za to, že sme romáci neznamená, že už musíme byť všetci vo všetkom nezodpovední. To je tak. Volaktorým treba stále dokazovať. Pri tom vidíš, že ja mám teraz všetko jak sa patrí. Malá je v čistom, peknom, je upratané, nachystané. A prečo by nemalo byť?*

4. Záver

Komplexné spracovanie podnetov, ktoré sú obsiahnuté v príbehu našej rodiny, presahuje možnosti konferenčného príspevku. Sústredíme sa preto na najvýznamnejšie podnety pre slovenskú sociálnu prácu. Výber a ich zoradenie odráža naše reflektovanie skúmanej problematiky.

Generalizované tvrdenia o zaostávaní rómskych detí ako následku ich života v rómskej rodine (Vagnerová, 2004, Daňo, 2003 a ďalší) spôsobila, že pediatrička, ktorú matka s deťmi navštívila, preto že sa jej nepozdával vývoj detí, konštatovala, **že je normálne**, ak 4 ročné dieťa nerozpráva a že je normálne ak malé dieťa nereaguje na hrkálku. Až narodenie syna s DMO ju prinútilo poslať matku na odborné vyšetrenie a dodatočne aj so staršími deťmi. Pediatrička neodporučila nepočujúce deti do žiadnej špeciálnopedagogickej starostlivosti, ktorá by pomohla deťom lepšie sa pripraviť do budúceho života.

Správanie sestier v nemocnici je silne diskriminačné a intolerantné. Probantka sa oprávnené pýta, či by sa to **opýtali aj bielej ženy?** Hĺbku sklamaní z rôznych odborníkov vyjadřila probantka hlboko ľudsky: **To si neví bársko predstaviť jak som to cítila, že trebárs na mňa sa inak pozerajú jak na biele ženy.**

Aj keď uvedené príklady sa nevzťahujú priamo len k praxi sociálnych pracovníkov, poukazujú na štruktúralne ukotvené prvky intolerancie, diskriminácie a obávame sa, že aj prvky skrytého rasizmu. A práve toto ako tvrdí Cree (2011) je hlavným dôvodom, pre ktorý je potrebné viac usilovať o presadenie sa etnicky senzitivnej sociálnej práce.

Afiliácia

*Príspevok bol spracovaný v rámci APVV projektu **Identita v kontexte Slovenska (APVV-0524-12)***

Zoznam použitej literatúry

AMARI LUMA – 1. rómska multimediálna encyklopédia: Marginalizácia Rómov. [online]. 2008. [cit. 2016.11.09.] Dostupné na: <http://amariluma.blogspot.sk/2011/10/marginalizacia-romov.html>
CREE, E., V., *Social Work: A reader*. London and New York: ROUTLEDGE, 2011. 242s. ISBN 978-0-415-49973-6.

CROSS, T. Definitions of Cultural Competence, [online]. 2016. [cit. 2016.10.09.] Dostupné na: <http://www.ncccurrucula.info/culturalcompetence.html>

DAŇO, J. 2003. *Pričiny sociálno-patologických javov u rómskych detí a mládeže a ich prevencia*. In: KOLTHOF, W.H, LUKÁČ Marek (Eds.) *Zlepšenie podmienok pre vstup mladých Rómov na trh práce*, SK 0002:01 a grantová úloha VEGA č. 1/0457/03 Kvalita života-kvalitou sociálnej práce a vzdelávania dospelých. Zborník príspevkov z teoreticko-praktického seminára. Prešov: Občianske združenie Potenciál, 2003 51 s. ISBN 80-969073-0-1, s.

Encyclopedia of Social Work: Roma Community, Roma minority. National association of Social Workers Press and Oxford University Press [online]. 2014. [cit. 2016.10.09.] Dostupné na: <http://socialwork.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780199975839.001.0001/acrefore-9780199975839-e-1015>

FÍZIK L. 2010. Etika v sociálnej práci s rómskou rodinou. In PROHUMAN Dostupné na: <http://www.prohuman.sk/rodina-ako-pilier-kultury-u-romov>

IFSW: *Statement of Ethical Principles*, [online]. 2012. [cit. 2016.10.09.] Dostupné na: <http://ifsw.org/policies/statement-of-ethical-principles/>

JONES, P. T., *Levels of Racism: A Theoretic Framework and a Gardener's Tale*. In: American Journal of Public Health. 2000. Vol. 90, No. 8, s.1212-1215 ISSN: 1541-0048

JURÍK, M., *Kontextualizácia biblického myslenia v misijnej práci s Rómami: pokus o biblický pohľad na sociálne vylúčenie*. [online]. 2016. [cit. 2016.11.09.] Dostupné na: https://uniba.sk/fileadmin/ebf/testimonia_theologica/2010/Jurik2-Romovia.pdf

LAVALETTE, M., PENKETH, L.: *Race, Racism and Social Work*. Great Britain: Policy Press. 2014. 312s. ISBN 978 1 44730 707 5

POLÁKOVÁ, E. a kol. 2005. *Postavenie a rola rómskej ženy v spoločnosti*. Trnava: Fakulta masmediálnej komunikácie UCM Trnava, 2005. 204 s. ISBN 80-89220-06-1. *Sociálne vylúčené spoločenstvo*. Interný materiál MPSVR SR. [online]. 2016. [cit. 2016.10.09.] Dostupné na: <https://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/socialne-sluzby/socialne-vylucene-spolocenstva/>

Standards and Indicators for Cultural Competence in Social Work Practice. New York: NASW [online]. 2015. [cit. 2016.10.09.] Dostupné na: <https://www.socialworkers.org/practice/standards/naswculturalstandards.pdf>

ŠUHAJDOVÁ, I. 2011. *Sociálny pedagóg a rómska rodina*. In PROHUMAN Dostupné na: <http://www.prohuman.SK/pedagogika.socialny-pedagog-a-romska-rodina>

TERVALON, M., GARCIA, M., J., *Cultural Humility Versus Cultural Competence: A Critical Distinction in Defining Physician Training Outcomes In Multicultural Education*. In: Journal of Health Care for the Poor and Underserved. 1998. Vol. 9 No. 2, p.117-125. ISSN 1548-6869

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004. 872 s. ISBN 80-7178-802-3

Zákon 448/2208 o sociální pomoci Z.z. v znení neskorších predpisov

ZEMAN, V. 2006. *Výbrané kapitoly z romológie – východiská pre sociálnu prácu*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2006. 151 s. ISBN 80-89185-20-7.

Situace neformálních pečujících v České republice

Situation of informal carers in the Czech Republic

Zdeňka Michálková⁹⁹

Abstrakt

Príspevok se pojednává o problematice neformálních pečujících z řad rodiny. Úvodem představuje různé definice rodinných pečujících, věnuje se tomu, kdo je nejčastěji pečujícím v rodině a možným důvodům, proč pečuje. Dalším tématem je ocenění a podpora péče společností a okolím a možná úskalí a dopady péče. V poslední části prezentace jsou nastíněna možná řešení podpory a ochrany rodinné péče jak akutní, tak dlouhodobé, a to v nemateriální i finanční oblasti. Neméně důležitá jsou opatření pro podporu organizací přátelských k pečujícím a podpora pečujících, kteří péči ukončili.

Klíčová slova: Rodinný pečující. Podpora. Dopad. Řešení.

Abstract

The contribution deals about the issues of informal attending family members. It initially introduces various definitions of the attending family members, specifies who is the attending family member in most cases, including reasons thereof. Another theme is appreciation and support of the care by the society and the surrounding, and potential difficulties and impacts of the care. The last part of the presentation outlines potential solutions for the support and protection of the family care both acute and long-term both in immaterial and financial area. Not less important are the measures for support by the attending persons-friendly organizations, and support for the attending persons who ended the care.

Keywords: Attending family member. Support. Impact. Solution.

Úvod

Ve společnosti všeobecně je uznáváno, že je důležité a potřebné, aby člověk, byť nesoběstačný, měl možnost co nejdéle zůstat ve svém přirozeném prostředí, tedy ve své dosavadní domácnosti nebo v rodině. Populace stárne, lze tedy oprávněně předpokládat nárůst lidí odkázaných na pomoc druhých a nárůst nákladů na tuto pomoc. Bez rodinných pečujících nelze tuto péči zajistit. Zde se jeví jako velmi důležitá ochota, schopnost a možnost rodin pečovat o své závislé členy a s tím související důležitost podpory rodin v této péči.

1. Rodinný pečující

Nejprve bychom si měli ujasnit, koho si pod pojmem „rodinný pečující“ představíme. Jednotná definice tohoto pojmu neexistuje. Pro různé účely najdeme různá pojetí. Například jde o toho, kdo:

- poskytuje nezbytnou osobní péči o fyzickou osobu, která se považuje za osobu závislou na pomoci jiné osoby (108/2006Sb.)
- je osoba neprofesionál, pečující o závislou osobu ve svém bezprostředním okolí, pomáhající s aktivitami denního života, částečně nebo úplně (COFACE 2011).

⁹⁹ Unie pečujících z. s.; e-mailová adresa: zdenka.michalkova@uniepecujících.cz & Klára pomáhá z. s.; e-mailová adresa: zdenka.michalkova@klarapomaha.cz; Tel.: +420-733-678-890

- je osoba, která bezplatně pečuje o někoho, kdo potřebuje z důvodu zdravotního či jiného znevýhodnění dlouhodobou péči a tato péče je poskytována mimo profesionální a formální rámec (Eurocarers, 2015).
- jsou všichni mladí lidé, kteří žijí v rodině, ve které je o někoho pečováno (Britská asociace pečujících).

Rodinný pečující je tedy příslušník rodiny, který dlouhodobě pečuje o člena rodiny potřebujícího péči druhé osoby a to bez nároku na mzdu a je schopen za tuto péči nést zodpovědnost. Péče je dlouhodobá, má různé podoby od organizačního zajištění péče po každodenní celodenní plnou péči.

Typickým rodinným pečovatelem je žena – partnerka, pečující o nesoběstačného manžela, pokud se stará manžel, je jeho péče většinou doplněna například péčí dcery. Pokud jde o péči dětí o rodiče, jsou to nejčastěji dcery, kdo pečuje (Jeřábek, 2005, 2013) a je o péči požádán (Haber Kern, 2015). U dětí jde převážně o péči matek. Často pečuje žena o své rodiče a zároveň o nezletilé děti (sendvičová generace).

Často slyšíme, že si žena péči vybrala, je to její volba. Mnohdy tomu tak je, ale jindy je opak pravdou. Mnohým ženám připadá přirozené a naprosto samozřejmé převzít péči o rodiče, či dítě s postižením, pokud ji potřebuje. O jiných alternativách neuvažovaly a péče jim přináší uspokojení. Jde tedy o naplnění očekávání v souvislosti s rolí ženy. Jiné ženy do péče „vpluly či byly vmanévrovány“, neviděly jinou možnost, i když jim připadá svazující a nestojí o ni. V tomto případě ji vnímají jako povinnost a splnění očekávání společnosti, ve které je péče o druhé považována za práci, ke které je žena předurčena a náleží ženě.

2. Ocenění a podpora rodinné péče

Rodinní pečující nemohou být považováni jen za samozřejmý zdroj péče, ale i oni vyžadují podporu, aby mohli péči poskytovat kvalitně ke spokojenosti a prospěchu opečovávaného i celé rodiny.

Jakou podporu mohou tedy očekávat rodinní pečující v naší republice? Z podpory společnosti lze například uvést možnost využít ošetřovatelskou péči pro opečovávaného indikovanou ošetřujícím lékařem nebo některou ze sociálních služeb definovaných v zákoně o sociálních službách (108/2006Sb.). Vzhledem k tomu, že pečující nejsou uvedeni v zákoně jako cílová skupina, mohou tyto služby využít pouze zprostředkovaně – tedy jako možnost pro svého opečovávaného, ne pro sebe.

Jako podporu společnosti můžeme zahrnout také skutečnost, že doba péče se za splnění určitých podmínek započítává jako doba pojištění pro účely důchodového pojištění a osoba pečující je zdravotně pojištěna. Nárok na dlouhodobé volno ze zaměstnání (ať placené či neplacené) a tím i možnost udržet si stávající pracovní místo, u nás neexistuje. Stejně tak není přímá finanční podpora pečující osoby. Osoba závislá na péči jiné osoby má možnost čerpat příspěvek na péči (PnP). Výplata příspěvku není vázána na osobu pečovatele, ale na osobu opečovávanou. PnP je určen na částečnou úhradu potřebné péče, příjemce PnP si sám určuje komu a kolik zaplatí. Může a nemusí část či celý PnP předat rodinnému pečovateli. Zde pak nastává riziko finanční závislosti pečovatele na příjemci příspěvku.

Sociální podporou pečujících se zabývala ve svém výzkumu Jedlinská (2009). Dotazovanými byla hodnocena podpora od rodiny, přátel, zdravotníků, společnosti a víry. Sociální opora pečujících byla hodnocena jako nedostačující, a to zejména na mezo a makro úrovni. Jako velmi nízká byla hodnocena zejména podpora od společnosti, pouze 3 % respondentů bylo spokojeno. Jde o smutný závěr, neboť podobné závěry byly konstatovány již v obdobném výzkumu z let 1998 až 1999. K obdobným závěrům dospěl ve svém výzkumu týkajícím se podpory pečujících státem i Michalík (2008). Nadpoloviční většina respondentů byla přesvědčena o nízké ochotě a z ní plynoucím i nízkým stupněm faktické podpory této péče ze strany státu – společnosti.

Mnozí pečující se cítí být společností odsunuti na okraj jako nezajímaví, nepotřební, neviditelní. Často je péče v rodině považována za něco soukromého, za osobní záležitost mezi pečujícím a příjemcem péče. Velmi důležitá je podpora pečujícího uvnitř rodiny. Ze své praxe vím, že pokud je pečující podpořen rodinou, lépe se vyrovnává s úskalími a tíží péče.

Důležitá je pro pečující pomoc a podpora některých NNO, které pořádají například svépomocná setkání pečujících (Klára pomáhá, Česká alzheimerovská společnost) či ošetrovatelské kurzy určené pro pečující (Diakonie Brno) nebo poradenství a podporu určenou přímo pečujícím z řad rodiny (Klára pomáhá z.s.). Takto se alespoň částečně může oslabit osamělost pečujících.

3. Úskalí péče

Péče o člena rodiny je náročná psychicky i fyzicky. Ovlivňuje nejen pečující osobu, vztah mezi pečujícím a opečovávaným, ale odráží se v celé rodině. Dopady péče můžeme rozdělit do několika kategorií:

Psychické

Úloha rodinného pečovatele přináší změnu, která ovlivňuje hned několik oblastí života pečujícího a případně i jeho rodiny. Změny mohou působit na osobní růst pečovatele, ale zároveň jsou zdrojem stresu, napětí i úzkosti. Není neobvyklé, že pečující trpí depresí, vykazují známky syndromu vyhoření. Psychicky náročná je vysoká míra odpovědnosti, ale zároveň malá možnost ovlivnit situaci a z toho plynoucí pocit bezmoci. Změny rolí při péči o seniora mohou být také zdrojem nepohody, a to na obou stranách. Malý kontakt s okolím přináší osamělost a vyloučení. Osamělost pečujícího je dána celodenní nutností péče, neodkladností. Nese s sebou nutnost přerušení dřívějších kontaktů s přáteli, opuštění zaměstnání, koníčků. Pečující jsou často měsíce bez kontaktu s ostatním prostředím „tam venku“, mnohdy opomíjeni i širší rodinou.

Zdravotní

Zdravotní problémy pečujících osob jsou dány dlouhodobostí péče, psychickou a fyzickou námahou, přepínáním organismu pečující osoby. Z toho pramení často potíže pohybového aparátu a potřeba léčení a rehabilitace. A zde pak může být problém, protože pečující nemá možnost na léčení nastoupit a pokud není jiná možnost, nastává stresující otázka, kdo se po dobu nezbytné léčby bude starat místo něho? Náročnost psychická může přinášet též potíže psychické, dané stresem a psychickým vypětím při dlouhodobé péči.

Finanční

Pečující osoba je nucena omezit zaměstnání, ale ve většině případů je nucena se svého zaměstnání vzdát úplně. Práce na zkrácený úvazek či flexibilní pracovní doba, tedy způsoby zaměstnání, které by bylo možno využít při péči o méně závislou osobu, nejsou formy u nás příliš rozvinuté. Tak ztratí pečující pravidelný příjem a dostává se do finančních problémů. Dlouhý výpadek z pracovního zařazení má za následek nezaměstnanost a nezaměstnatelnost, později se vše projeví ještě i ve výši důchodu pečující osoby.

Sociální

Sociální dopady s sebou nesou změnu postavení pečujícího ve společnosti související se společenským ohodnocením péče, neexistujícím statusem pečujícího. Z důvodu časové náročnosti péče je pečující osoba nucena omezit kontakty s okolím a důsledkem je osamělost a vyloučení.

Rodinné

Rodinné problémy mohou vyvstat nejen při soužití pečujícího a opečovávaného (hádky mezi oběma, omezení vzájemné komunikace, pocit rutiny, povinnosti na straně pečujícího, frustrace z nesamostatnosti, pocity nepotřebnosti na straně opečovávaného), ale i v rodině pečujícího (například pokud má pečující dospělé dítě již vlastní rodinu), kdy se časem může jeho rodina cítit opomíjena, partner, děti vyžadují pro sebe více času (který ale není). Dopadnou na ni finanční důsledky péče a podobně. Dochází i k ovlivnění sebehodnocení pečující osoby, její péče je vnímána jako méně „hodnotná“ než pracovní zapojení partnera.

Profesní

Vyloučení z práce, ztráta kontinuity s profesí, změna pracovních návyků, snížení sebehodnocení pečující osoby, toto vše má následky i do budoucnosti, kdy již potřeba pečovat o člena rodiny pomine a ukáže se, že pečující po ukončení dlouhodobé péče (v řádu let) jen velmi obtížně hledá práci, na trhu práce je téměř nezaměstnatelný.

4. Možná řešení

Řešení, která by mohla danou situaci pomoci zlepšit, lze rozdělit do tří oblastí. Na podporu nefinanční, finanční a nepřímou. Soudobá řešení jsou pouze nepřímá, přes osobu potřebující pomoc a péči, tedy přes příspěvek na péči, nejsou provázaná a opatření pro pečující stojí mimo hlavní pozornost krajů a obcí. Není definice pečujícího, není status pečujícího, nejsou dostatečná data o pečujících.

Je důležité, v jaké fázi péče chceme rodinnou péči podpořit. Zda v době začátku péče či v době péče již probíhající, dlouhodobé.

4.1 Začínající péče

Zde je důležitý dostatek informací zejména při zahájení péče a částečně i během péče, v návaznosti na změnu potřeb pečujících i opečovávaných. Zařazení pečujících jako cílové skupiny do Zákona o sociálních službách, aby mohly být zřízeny a nabízeny služby cílené přímo na pečující (Například psychologická podpora, supervize, poradenství poskytující potřebné informace, svépomocná setkání pečujících, semináře pro pečující, odlehčovací služby) je důležité jak u péče začínající, tak u péče dlouhodobé. Velkým pomocníkem pro pečující by byl koordinátor péče a volno na péči, jak o jejich zavedení uvažuje MPSV. Tedy u volna na péči placené pracovní volno v délce 3 (6) měsíců s možností střídání více členů rodiny, bez ohledu na společnou domácnost a formu pracovní činnosti, nezávisle na příspěvku na péči. Důležitá by byla nějaká forma překlenovacího příspěvku do vyřízení příspěvku na péči pro krytí nákladů na čerpání některé ze sociálních služeb.

4.2 Dlouhodobá péče

Nefinanční podpora

Opět je důležitý dostatek informací, zde se ukazuje v současné době důležitost praktického lékaře, kam se pečující obrazejí nejdříve. Praktický lékař však nemá dostatek potřebných informací z oblasti nelékařské a ani časové kapacity, aby si je zajistil. Pak je důležité, aby on i pečující věděli, na koho se mohou obrátit. Zde je opět otevřené pole pro působnost koordinátora, v současné době tuto roli plní různá svépomocná sdružení, NNO. Prospěšná by byla i možnost informovat pečující na se-

minářích určených přímo pro ně. I u dlouhodobých pečujících je důležité, aby rodinní pečující byli zahrnuti jako cílová skupina do zákona o sociálních službách. Chybí podpora psychologická, supervize. Z praxe se ukazuje i to, že je nedostatečná péče o zdravé sourozence při péči o děti s postižením, není podpora mladých pečovatелů, matek samoživitelek pečujících o zletilé dítě. Je třeba zajistit vyváženost služeb nejen místně, ale i co se týká postižení a věku. Pečující často deklarují potřebu určité služby, která v místě není či je v nedostatečné kapacitě a dále jsou také typy služeb (např. odlehčovací pobytová péče, služby pro osoby s demencí), které jsou kapacitně nedostačující. Pokud pečující chce využít pobytovou odlehčovací službu, musí být objednána s velkým časovým předstihem, nemluvě o tom, že je pro většinu pečujících rodin i jednotlivců finančně náročná. Pro některé druhy či stupně postižení není dostupná vůbec (ležící klienti, osoby s PAS, osoby s demencí, ...).

Ve Statistické ročenice z oblasti práce a sociálních věcí 2014, vydané MPVS (2015), pobytové odlehčovací služby nejsou odděleně vůbec uvedeny. V tabulce 6.6. (s. 80) uvedené ročenky, kde jsou počty neuspokojených žádostí u jednotlivých pobytových služeb podle krajů, můžeme zjistit, že v počtu neuspokojených žádostí do domovů pro seniory je např. JmK na 1. místě, domovů pro OZP a týdenních stacionářů na místě 2., poradenství na místě 3. Je tedy vidět, že služby, které by případně mohly být využity jako respitní a podpůrné pro pečující jsou kapacitně hluboce nevyhovující.

Je nutné rozlišit respitní péči jako odlehčovací službu pro pečujícího a akutní péči o opečovávaného v případě náhlého výpadku rodinného pečujícího. Tato akutní péče pro opečovávaného není v systému v současné době řešena vůbec. Je třeba zajistit, aby se na tuto péči nepohlíželo jako na „nouzové, přechodné“ řešení a nebyla zanedbána kvalita této péče. Dále je třeba mít na mysli, že jde nejen o péči na úrovni sociální, pečovatelské, ale v mnoha případech i ošetřovatelské respektive lékařské. A to i v případech, kdy dosud v domácím prostředí péče ošetřovatelská či lékařská třeba nebyla (situace, kdy vlivem změny v péči dojde ke zhoršení zdravotního stavu opečovávané osoby).

Je třeba pohlížet na respitní péči a podporu pečujících osob jako na prevenci krizových situací, kdy by mnohé z nich vůbec nemusely nastat, pokud by byl vytvořen podpůrný rámec pro pečující (Např. pečující osoba odkládá lehký lékařský zákrok, protože nemá možnost zajistit péči na dobu nutnou pro opečovávaného tak dlouho, až již nejde o zákrok banální, ale situaci ohrožující život a výpadek pečujícího je mnohem delší a ohrožuje život obou). Či pro stejný důvod nemůže využít souvislého odpočinku jako prevenci vyhoření apod. Repsitní péči je nutné pojímat **jako službu pro pečujícího**. Jejím hlavním smyslem je především umožnit pečujícímu oddech, vlastní volnočasové aktivity, rozvíjení vlastních vztahů mimo vztahy spojené s péčí, postarat se i o sebe atd. Jedním z jejich cílů je tímto eliminovat či redukovat rizika akutních situací – třeba té, že se pečující jednoho dne zhroutí. Repsitní péče by měla být v určitém objemu za rok bezplatná. V žádném případě není únosné, aby se i nadále předpokládalo, že respitní péče bude hrazena z příspěvku na péči.

Jedním z řešení, jak zajistit dostačenou kapacitu této služby by bylo zřízení domácí respitní péče. Tedy domácí péče 24/7 za nepřítomnosti člena rodiny, plně zajištěnou docházejícími pracovníky z instituce. Pozitivem takovéto služby je, že klient zůstává ve známém prostředí, je menší pravděpodobnost zhoršení zdravotního stavu (a z toho plynoucích dodatečných ekonomických nákladů), menší stres ze změny, ... Jde o komfortní řešení pro obě strany, jednoznačně preferováno pečujícími i opečovávanými. Ekonomická náročnost služby je nižší – náklady na lůžko a budovu nejsou žádné. Na druhou stranu je třeba navýšení počtu personálu a jeho proškolení pro zvládání nových situací s klienty v terénu s různými typy postižení.

Finanční podpora (nárok na důstojný život)

Sem lze řadit pečovatelskou dovolenou, domácí respitní péči (dorovnání v případě nedostatečných příjmů, určitý objem péče za rok hrazen z veřejných zdrojů), pečovatelský příspěvek (odstupňovaný např. dle časové náročnosti péče) či změnu výpočtu důchodu (zápočet fiktivního výdělku

pro výpočet důchodu i pro kratší dobu péče než 151 – fiktivní ve výši prům. mzdy v NH nebo PnP).

Pokud by dlouhodobě pečující dostávali finanční ohodnocení své péče (nějakou formu pečovatelského příspěvku), mohli by si zaplatit více sociálních služeb, měli více času na odpočinek, společenské vyžití, dovolenou a nedocházelo by k jejich přetěžování psychickému i fyzickému a nákladům na jejich následnou léčbu. Stejně tak by byl prevencí vyhoření a ztráty schopností pečovat nárok na dovolenou, tedy na placenou péči o opečovávaného v době dovolené pečujícího, či zavedení domácí respitní péče, což by byla jedna z možností, jak vyřešit současný nedostatek této služby.

Nepřímá podpora pečujících

Zde jde například o podporu tvorby pracovních příležitostí na zkrácený úvazek, sdílených míst či práce s domova, aby mohl pečující do zaměstnání docházet třeba jen na pár hodin týdně či pracovat z domova v době, kdy mu to péče umožňuje a neztrácel drahocenný čas například dojížděním do zaměstnání. Neztratil by kontakt s profesí, pracovní návyky a nedocházelo by ke ztrátě kontaktů s kolegy a při návratu na trh práce po ukončení péče by tímto mohly být omezeny problémy s obtížnou zaměstnatelností expečujících.

Z výše uvedených návrhů vyplývá nutnost podpory zaměstnavatelů, aby byli motivováni k tvorbě míst vhodných pro pečující (například nějaká forma dotace na mzdu, sleva na dani.), informační kampaň pro zaměstnavatele (lidé, kteří sami s péčí o druhého nepřišli do styku, nemají představu, co péče obnáší). Důležitá je podpora organizací věnujících se práci s pečujícími, podpora svépomocných sdružení, nebo tvorba opatření zaměřených na pečující vracející se na trh práce (delší podpůrní doba, zvýšená péče, rekvalifikace).

5. Závěr

Příspěvek se věnuje rodinným pečovatelům v České republice. Jejich postavení, podpoře, možným úskalím a dopadům péče v rodině a nastiňuje možná řešení a zlepšení. Zabývá se tím, kdo je rodinný pečující, jakou může očekávat podporu od společnosti, jaká mohou být úskalí a dopady péče v rodině pro rodinného pečujícího a celou rodinu a jaká opatření by mohla postavení pečujících zlepšit.

Dlouhodobá péče je psychicky i fyzicky náročná, dopadá nejen na pečující osobu, ale ovlivňuje i celou rodinu. Pečující se potýkají s různými problémy ať z oblasti psychické, zdravotní, profesní či finanční. Podpora společnosti je samotnými pečujícími hodnocena jako nedostačující.

Příspěvek uvádí opatření pro zlepšení situace rodinných pečujících a rozděluje je jednak na opatření pro podporu začínajících pečujících a na podporu dlouhodobě pečujících, na nefinanční podporu (např. supervize, informace, rozšíření služeb, respitní služby, semináře,...), na finanční podporu (pečovatelská dovolená, pečovatelská dávka, změna výpočtu důchodu pro pečující,...) a nepřímou podporu (podporu zaměstnavatelů přátelských k pečujícím – podpora tvorby míst na zkrácený úvazek, práce na dálku, podpora organizací věnujících se pečujícím,...)

Je jednoznačné, že je důležité podporovat rodinné pečující, podporovat soudržnost a solidaritu v rodině, nepředpokládat, že každá rodina se o svého potřebného člena postará nehledě na podmínky. Přesto, že je pravdou, že většina pečujících neuvažuje o přerušení péče, i když se shoduje v tom, že péče je náročná po všech stránkách a ovlivňuje celou rodinu. A proto je důležité při péči podpořit rodinu jako celek, podpořit a zdůraznit, že člen rodiny, potřebující péči druhého, je stále členem rodiny, má ji stále co dát, byt' by to bylo „jen“ to, že rodina bude schopná a bude ji umožněno se postarat (Ať sama či s pomocí komunity, profesionálů, státu.) a filosofii rodinné péče bude předávat dalším generacím.

Citovaná literatura

COFACE. (nedatováno). *www.coface-eu.org*. Získáno 6.. duben 2015

HABERKERN, K. S. (2015). Gender differences in international care in European welfare states. *Ageing and Society*, 35, p. 298-320, doi:10.1017/S0144686X13000639.

JEDLINSKÁ, M. H. (2009). Psychická zátěž laických rodinných pečujících. *Profese on-line*, II/1(1), ISSN 1803-4330.

JEŘÁBEK, H. (2005). *Rodinná péče o staré lidi*. Praha: CESES FSV UK, ISSN 1801-1519.

JEŘÁBEK, H. (2013). *Mezigenerační solidarita v péči o seniory*. Praha: Slon, ISBN: 978-80-7419-117-6.

MICHALÍK, J. V. (2008). *Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením na území hlavního města Prahy*. Olomouc: Vizp.

Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2014. (2015). Praha: MPSV, ISBN 978-7421-104-1.

Zákon 108/2006 Sb. o sociálních službách. (2016). V ÚZ č. 1124. Ostrava: Sagit.

Jak plánování zaměřené na člověka pomáhá rodinám

How the person-centered planning helps families

Veronika Škopová¹⁰⁰, Milena Němcová¹⁰¹, Lenka Nekolová¹⁰²

Abstrakt

Rodiny, ve kterých žije člověk se zdravotním postižením, se často dostávají do situací, kdy neví kudy kam a trápí je otázky nejisté budoucnosti. Sociální služby neřeší vždy budoucnost člověka a nejsou příliš zvyklé pracovat s tzv. přirozenou podporou (Kocman, 2016). Dopadem toho je například život člena rodiny v instituci. Přítom mnohdy právě kombinace sociální služby a přirozené podpory umožní lidem s postižením zůstat v přirozeném prostředí. Nástrojem, který otevírá pohled do budoucnosti je plánování zaměřené na člověka. Pomáhá rodinám uvědomit si důležité okolnosti v životě člověka, do hloubky popsat jeho životní situaci, identifikovat cíle, potřeby a najít potřebné zdroje k dosažení cílů. Příspěvek tyto skutečnosti ilustruje na příbězích dvou rodin. V prvním příběhu jde o rodinu s dospělou dcerou. Popisuje zkušenosti s využitím nástrojů plánování zaměřené na člověka, které vedlo k tomu, aby jejich dcera mohla žít bohatý život, mohla se věnovat smysluplným činnostem, a to bez využití specializovaných sociálních služeb. Na příkladu druhé rodiny příspěvek ukazuje, jaké šance má člověk s postižením, jehož rodina využívá nástrojů plánování zaměřené na člověka již od jeho dětství.

Klíčová slova: Přirozená podpora. Plánování. Postižení. Budoucnost. Komunita.

Abstract

The families with a health-handicapped family member often end up in a dead end situation and they are concerned about uncertain future. Not always the social service deal with future of a man, and are not used to work with the natural support (Kocman, 2016). The impact thereof is life of a family member in an institution. It is the combination of the social service and natural support that permits the handicapped people to stay in their natural habitat. The tool that opens up the view to the future is a human-focused planning. It helps the families to come to important circumstances in human life, to describe deeply its life situation, to identify the goals, needs, and to find out the sources needed to achieve the goals. The contribution illustrates the facts on stories of two families. The first story introduces a family with one adult daughter. The article tells a story about experience from using of the human-focused planning tools that resulted in that the daughter had lived a rich life, pursue meaningful activities without use of specialized social services. The story of the other family illustrates the chances a disabled man has if the family has been using the human-focused planning tools since childhood.

Keywords: Natural support. Planning. Disability. Future. Community.

1. Úvod

Lidé s postižením a jejich rodiny jsou často v roli bojovníků s větrnými mlýny. O tom, jak jsou jejich boje nelehké, vědí nejlépe oni sami. Plánování zaměřené na člověka (PZČ) je nástrojem, který rodinám dokáže ve zvládnání těchto situací významně pomoci, což tento příspěvek ilustruje na příbězích dvou rodin.

100 Mgr. Veronika Škopová; Quip, z.ú., Karlínské náměstí 12, Praha 8 186 00; e-mailová adresa: veronika.skopova@kvalitativpraxi.cz; Tel.: + 420 775 393 080

101 Ing. Milena Němcová; e-mailová adresa: Nemcova.Milena@seznam.cz; Tel.: + 420 608 467 128

102 Lenka Nekolová; e-mailová adresa: xANNE@seznam.cz; Tel.: + 420 737 570 508

2. Plánování zaměřené na člověka

Plánování zaměřené na člověka je jedním ze způsobů, který lze použít v rámci individuálního plánování v různých typech sociální služby či v rodinách. PZČ jde do velké šířky i hloubky, nepočítá pouze s profesionální pomocí, ale v maximální míře vtahuje do procesu člověka a jeho blízké.

2.1 Historie plánování zaměřeného na člověka

Plánování zaměřené na člověka se utvářelo na různých místech světa postupně od 70. let minulého století. Brien (2016) popisuje, že při pátrání po kořenech tohoto přístupu narazili s kolegy na jedenáct druhů vzájemně propojených metod založených na shodných principech. Z nich pak během času vznikaly další variace. Některé byly postupně téměř opuštěny, jiné se úspěšně rozvíjely, šířily a jsou používány jako ucelené přístupy dodnes. Jedním z důležitých mezníků ve vývoji poskytování podpory lidem se znevýhodněním bylo začít se na člověka dívat ne optikou perspektivy profesionální služby, ale optikou perspektivy vazeb konkrétního člověka, tj. s důrazem na člověka ve vztahu k druhým lidem a k tomu, co tento člověk potřebuje. Do České republiky se PZČ dostalo poprvé už v polovině devadesátých let díky vzdělávání financovanému ze Americkou vládní agenturou pro mezinárodní rozvoj (USAID), díky tomu se mohly některé principy promítnout už i do standardů kvality sociálních služeb z r. 2002. Později se PZČ ukázalo jako koncept, který úspěšně posiluje sociální začleňování zakomponovaný do zákona o sociálních službách z r. 2006.

2.2 Co je plánování zaměřené na člověka

„Plánování zaměřené na člověka je cestou, při níž se ptáme, jak se tento člověk může v běžném životě projevat jako dobrý přítel a přínosný občan“ (BRIEN O', 2008). Lunt (2010) říká, že PZČ znamená zjišťovat, co je pro člověka důležité, přemýšlet, jak žiji jeho vrstevníci a neustále se ptát, jak situaci člověk vnímá. Velice v tomto procesu pomáhá představit si na místě člověka sebe, svoje přátele či někoho ze své rodiny. Sanderson a Lewis (2012) uvádějí, že člověk se svými blízkými mají při plánování dostat silné slovo. Pörtner (2009, s. 15) dodává, že být zaměřen na osobu znamená *„nevycházet z představ o tom, jací by lidé měli být, nýbrž z toho, jací jsou, a z toho, jaké mají možnosti. Pracovat se zaměřením na člověka znamená brát lidi vážně v jejich osobité jedinečnosti, snažit se porozumět jejich způsobu vyjadřování a podporovat je v tom, aby našli vlastní cesty k přiměřenému zacházení s realitou, samozřejmě v rámci jejich omezených možností“*. Výsledkem plánování je pak život podle představ dotyčného člověka. Zkušenosti ukazují, že tento způsob plánování vede ke skutečnému začlenění člověka do společnosti.

b) Nástroje plánování zaměřeného na člověka

K tomu, aby mohly vzniknout plány zaměřené na člověka, jejichž prostřednictvím budou lidé žít životy podle svých představ, je třeba mít k dispozici efektivní nástroje. Takové, které pomáhají zmapovat život a představy člověka, přispívají k odlišení různých pohledů, napomáhají porozumět komunikaci člověka či slouží k zaznamenávání průběhu poskytování podpory a k vyhodnocení realizace plánu (LUNT, 2010). Mezi nejčastěji používané nástroje nástroje PZČ patří¹⁰³:

103 Více informací o PZČ (články, rozhovory, videa, informace o jednotlivých nástrojích i příklady praktického využití PZČ u konkrétních lidí lze najít na stránce www.kvalitavpraxi.cz/dokumenty/planovani-zamerene-na-cloveka/.

- **Kruh vztahů:** pomáhá zmapovat sociální síť člověka a identifikovat důležité otázky v oblasti vztahů.
- **Nadání a schopnosti člověka:** podporuje člověka a lidi kolem, aby se na člověka začali dívat pohledem perspektivy schopností, a odhaluje nadání, dary a schopnosti člověka.
- **Životní příběh:** pomáhá člověku uvědomit si a ostatním zprostředkovat svůj životní příběh, důležité mezníky v životě a otevírá cestu k budoucnosti.
- **Moje sny a přání:** pomáhá lidem přijít na to, co si přejí do budoucna, a to i v situaci, kdy je stávající stav zdánlivě bezvýchodný.
- **Moje rituály:** pomáhá identifikovat důležité rutiny v životě člověka, které přispívají k jeho stabilitě a spokojenosti.
- **Komunikační záznamová tabulka:** pomáhá porozumět tomu, co člověk sděluje svým chováním, zvláště účinná při plánování s člověkem s potíží v komunikaci a s těžkým postižením.
- **Koblihové třídění:** určuje kompetence a hranice jednotlivých lidí, účinný zejména v situacích, kdy lidé neví, jak se v problematické situaci zachovat.
- **Profil na jednu stránku:** shrnuje důležité informace o člověku a pozitivním pohledem představuje člověka ostatním lidem.
- **MAPA:** metoda, která pomáhá ujasnit si stávající situaci, odkrývá obavy zúčastněných a nastiňuje možnou další cestu do budoucna
- **CESTA:** metoda, která se používá v situacích, kdy je jasné, kam se lidé chtějí vydat, ale nevědí jak. S její pomocí se hledají zdroje a formulují konkrétní kroky, které k cíli vedou.

Ve světě i v naší republice se ukázalo, že PZČ je efektivním způsobem plánování pro děti i dospělé, lidí s různým postižením či bez, lidí, kteří jsou sociálně či jinak znevýhodnění. Plánování zaměřené na člověka se dá použít pro jakéhokoliv člověka, který si potřebuje promyslet důležité věci v životě.

3. Jak plánování zaměřené na člověka pomohlo konkrétním rodinám

Příklady uvedené v této kapitole jsou od rodin, které se s PZČ poprvé setkaly na kurzech pro rodiče. Obě rodiny překonaly počáteční obavy a nedůvěru v tento způsob plánování budoucnosti, a pustily se do práce, která jim v poměrně krátké době přinesla pozitivní změny do života.

3.1 Příběh první – Lucie

Lucie je mladá žena a s jejím příběhem jsme se seznámili v roce 2011, kdy jí bylo necelých 18 let. Lucie je nejmladší ze tří dětí a do vínku dostala atypický autismus a mentální postižení. Autismus jí nedovoluje vnímat svět kolem sebe tak, jak to dokáže většina společnosti. Jako dítě chodila Lucie nejprve do mateřské školy v místě bydliště, poté tři roky do speciální školy a pak nastoupila do běžné školy s pedagogickou asistencí. Základní školní docházku Lucie dokončila v červnu 2010 a rodiče zjistili, že pro jejich dceru neexistuje další pro ni rozvíjející možnost vzdělávání. Praktické školy se ukázaly jako nemožné řešení, vrátila by se k nežádoucím sociálním projevům, kterých se několik let po opuštění speciální školy těžce zbavovala. Klasická střední škola nepřipadala v úvahu a vhodné učební obory tu pro Lucii nebyly. V tu dobu byl omezený výběr možností – denní či týdenní stacionář nebo zůstat doma s rodiči. Rodině nezbývalo než vzít situaci do vlastních rukou a nastavit pro Lucii program tak, aby se mohla dál rozvíjet a posilovat svoji soběstačnost.

V době, kdy rodiče řešili, jak to všechno co nejlépe skloubit a jak zařídit vše potřebné do budoucna, absolvovala její máma kurz PZČ pro rodiče. Díky postupným krokům, kterými kurz rodiče provázel, rodina udělala inventuru ve vztazích Lucie. Zjistili, kteří lidé jsou pro ni důležití a jakou roli v jejím životě hrají. Poté vytvořili společně s Lucií její Profil na jednu stránku, pojmenovali její silné stránky i oblasti, ve kterých Lucie potřebuje pomoci. Rodina pro Lucií vypracovala také komunikační záznamovou tabulku, která ohromně usnadňuje pochopit Luciiny reakce. Všichni si také udělali jasno v kompetencích při řešení nejrůznějších situací, což je výborná pomoc pro osobní asistenty, dobrovolníky a vůbec všechny, kteří Lucií životem doprovázejí. Lucie se díky těmto krokům „ukotvila“ ve světě, lépe se začala orientovat ve vztazích, více si začala uvědomovat sama sebe, svoje přednosti a schopnosti.

Máma se po krátkém čase rozhodla uspořádat plánovací setkání, kam by pozvali blízké lidi Lucie a probrali možnosti, které má před sebou. První plánovací setkání se uskutečnilo na jaře 2011 v prostředí, které Lucie dobře znala, cítila se v něm bezpečně. Rodina oslovila všechny, kdo s Lucií v poslední době intenzivně pracovali – osobní asistentky, učitele zpěvu, lektora výtvarné terapie, psycholožku. Lucie zvládla pojmenovat, co je pro ni důležité a s plnou vážností vnímala setkání. Poslouchala vyjádření zúčastněných o tom, co na ni obdivují a čeho si váží. Velmi silně vnímala přítomnost lidí, kteří se ten den sešli PRO NI. Na této první schůzce vznikl plán, jak vše kolem Lucie posunout ještě o kousek dál, co je k tomu potřeba zařídit a kdo se chopí naplánovaných úkolů. Pojmenováním aktuálních potřeb a cílů se povedlo řadu problémů vyřešit přímo na místě. Například tolik potřebný počítač pro Lucií se vyřešil obratem, neboť na škole, kam Lucie docházela, byly nepoužívané počítače, a jeden z nich mohli Lucií zdarma poskytnout. Ukázalo se, že někdy mohou být řešení až překvapivě snadná a minimálně nákladná. Na základě prvního plánovacího setkání se dále povedlo zřídit blog www.svetlucie.wordpress.com, který dokumentuje Luciino „výtvarničení“ jak jde v čase, informace o výstavách, vernisážích a dalších připravovaných akcích. Byl zajištěn plán dalších nových aktivit mimo domácí prostředí a následně byly navázány kontakty s dalšími dobrovolníky, asistenty, kteří pokračovali v nastavených aktivitách. Vznikl také námet a realizace časosběrného dokumentu AŽ do oblak! Veřejné premiéry dokumentu se v říjnu 2013 zúčastnila také Lucie. Do data dalšího plánovacího setkání se uskutečnilo celkem 8 výstav, z toho 3 společně s dalšími výtvarníky. Lucie se účastnila soutěží, mezinárodní internetové výstavy prací autorů s autismem, věnovala dva obrazy do charitativní aukce ve prospěch sdružení, které jí řadu let pomáhalo. Některé z jejích obrazů byly vydraženy, jiné byly zakoupeny jednotlivci či organizacemi. Takto získané prostředky umožňují Lucií pokračovat ve „výtvarničení“. Toto všechno pomohlo upevnit Luciiny vazby ve společnosti, uvědomit si svoje přednosti, schopnosti a přispělo k její celkové pohodě.

V lednu roku 2014 proběhlo druhé plánovací setkání, opět za účasti pro Lucií důležitých lidí. Cílem setkání bylo pomoci Lucií ujasnit si svoji minulost, současnost a budoucnost. Vznikla Mapa – grafický záznam mapující důležité mezníky v životě Lucie a otevírající další možnosti do budoucna. Lucie se opět aktivně zúčastnila, celou řadu informací poskytla do Mapy sama. Pro zúčastněné tak vznikl celkem detailní obraz toho, co se událo v minulosti, jaký vliv to má na současnost a co by bylo dobré udělat pro budoucnost Lucie.

Obr. č. 1: MAPA – Grafický záznam z plánovacího setkání Lucie

Zdroj: Lucie a Milena Němcovy

Třetí setkání zorganizovala rodina za účelem zcela konkrétního cíle: umožnit všem, kdo Lucii aktivně pomáhají a pracují s ní, aby se vzájemně poznali a podělili se o své zkušenosti. Potvrdil se poznatek z prvního setkání, jak důležité je vědět o sobě navzájem, být v kontaktu a sdílet zkušenosti a nápady. Na tomto setkání zúčastnění lidé společně vytvořili komunikační záznamovou tabulku, která popisuje, co znamená Luciino chování v určitých situacích a jakou podporu v danou chvíli potřebuje. Jejím používáním je zajištěno, že všichni lidé, kteří s Lucií pracují, jejímu chování rozumějí stejně a vědí, co mají dělat.

Obr. č. 2: Výňatek z komunikační záznamové tabulky Lucie

Situační kontext:	Lucie dělá:	Znamená to:	Máme udělat:
Dost často na začátku nějaké aktivity	Nechce nic dělat, říká: „nechci“ nebo „nebudu to dělat“	- Nevím, jestli to zvládnu - Setrávám ještě v minulé činnosti - Řeším si nějaké věci v sobě - Něco kolem je v nepořádku	Říct Lucii, co a proč budeme dělat, začít s aktivitou sami a Lucie se k nám přidat, je třeba, abychom jí nechali prostor a čas se přidat.
Když se ozývají rušivé zvuky nebo když se Lucií sekne počítač	Křičí: „Nejděééé“ nebo „Vyhod' to“	Je toho na mě moc (ventil přetlaku)	Zamyslet se nad tím, které zvuky mohou Lucii rušit a pokud možno, tak je odstraníme. Nebo počkáme, až Lucie dokřičí, necháme ji být, samo to odezní.
Kdykoliv	Otáčí věci, hrnky, sošky, knihy	- Nejsem v pohodě - Něco není tak, jak má být - chci, aby to bylo podle mě	Necháme ji být. Zeptáme se Lucie, jestli je všechno tak, jak má být.

Zdroj: Lucie a Milena Němcovy

Povedla se celá řada dalších důležitých věcí. Například Lucie měla první výstavu v Náměšti nad Oslavou, proběhlo natáčení reportáže ČT u příležitosti Světového dne zvýšení povědomí o autismu. Lucie se za pomoci rodiny registrovala do celostátního festivalu Nad oblaky, aneb hvězdou může být každý a následně osobně převzala cenu na slavnostní vernisáži v Olomouci. Rodina v současnosti vytváří Mapu osobních míst v Brně a České republice, která Lucii pomůže v orientaci. Plánují také vytvoření profilu na jednu stránku zaměřený na oblast zaměstnání. Ten využijí při komunikaci s budoucím zaměstnavatelem Lucie.

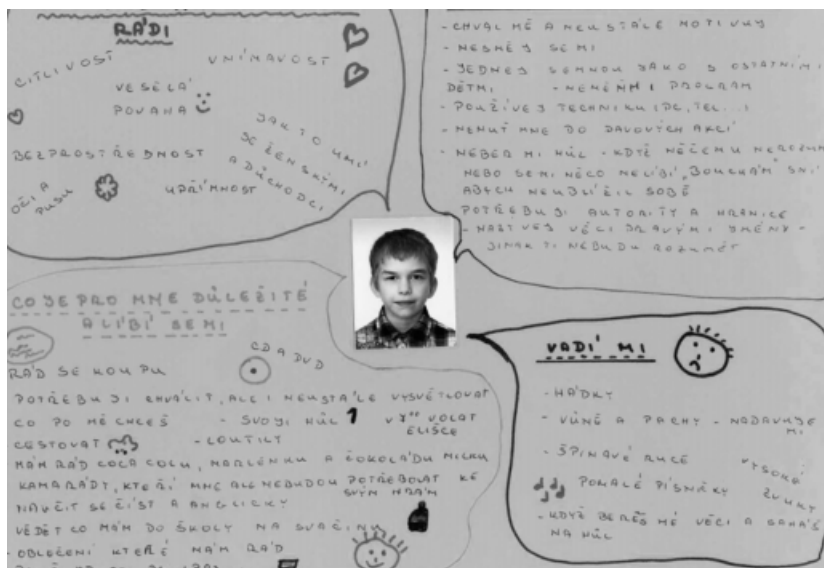
„Nápadů je mnoho a vždy se dá přijít na to, jak je realizovat. K tomuto poznání nám dopomohla možnost účastnit se vzdělávacího kurzu pro rodiny. Přišla doslova v pravou chvíli, kdy jsme byli dost bezradní a plni obav z budoucnosti blízké i té vzdálené. Plánování zaměřené na člověka se dá bez nadsázky přirovnat k Red Bullu – dalo nám křídla a osvobodilo nás ze zajetí strachu.“, uzavírá Luciina máma Milena Němcová.

3.2 Příběh druhý – Toník

Lenka je mámou jedenáctiletého Toníka, který narodil s těžkým postižením. Kurz PZČ pro rodiny absolvovala Lenka v době, kdy bylo Toníkovi 8 let a chodil do druhé třídy speciální školy. Podle mámy to byla spíše hra na školu než škola samotná, neboť Toník se za dva roky naučil poznávat 10 písmenek a sčítat do pěti, navzdory tomu, jak byl zvědavý a chtěl se učit. Toníkovi se ve škole nelíbilo, že se musel každé ráno po příchodu do školy převlékat do tepláků. Chtěl být hezky oblečený a tepláky podle něj patří do lesa či na hřiště. Nebylo však na výběr. Od malička miloval plavání, avšak na školní plavání nechodil. Podmínkou účasti bylo nošení plenek do vody, což Toník striktně odmítal: *„Plenky jsou přece pro malé děti, co se počůrávají a to já nejsem.“* Ve škole se mu také dostávalo od pedagogů posměchu za to, že chodí s holí. Přitom to byla velice důležitou pomůckou, díky které Toník ventiloval stres tak, že holí tůkal a bouchal podle potřeby – daleko bezpečnější způsob než dřívější mlácení hlavou do všeho, co mu přišlo do cesty. *„Poslední kapkou pro mne bylo, když mi paní ředitelka doporučila, ať zajistím Toníkovi léky na zklidnění. Žádný z ošetřujících lékařů tento její názor nepodpořil. Tak jsem si řekla, že tohle dál snášet nechci a rozhodla jsem se pro Toníka sehnat běžnou školu, neboť tato škola by z mého syna udělala pouze adepta na celoživotní pobyt v nějakém ústavu.“* Po velkých peripetiích s obcházením různých škol nakonec rodině vyšli vstříc v malé vesnické škole, byť 20 km vzdálené. Máma společně s Toníkem pro účely jeho nástupu do školy udělala Profil na jednu stránku, který se naučila používat na kurzu PZČ. Profil shrnuje důležité informace o Toníkovi a pomohl novým lidem poznat, v čem je Toník dobrý, co má a nemá rád a s čím potřebuje pomoci.

Toníkův rozvoj v nové škole byl až neuvěřitelný. Za půl roku se naučil všechna písmenka abecedy a sčítal do desíti. Udělal velký pokrok v rozvoji sociálních dovedností a v poznávání nového prostředí a situací. Měl skvělého pana asistenta, který jej naučil rozlišovat do té doby nepřekonatelné tykání/vykání v různých situacích. Dnes už Toník běžně říká: *„Dobrý den, paní učitelko“* místo samozřejmého *„Ahoj“*. Pro upevnění znalostí a dovedností si Toník loni zopakoval první třídu, naučil se mj. odečítat do desíti a číst po slabikách. Když máma přemýšlela, co by mohl dělat Toník ve volném čase, napadlo ji obejít Domy dětí a mládeže a jiné zařízení volnočasových aktivit. Dokud se ptala, zda nemají nějaké kroužky pro děti a autismem, chodila domů s nepořízenou. Když však v jednom DDM nejprve ukázala panu řediteli Toníkův Profil na jednu stránku a ten z něj vyčetl, že je Toník dobrodružně povahy, má rád děti a přírodu, hned řekl, že je to je úplně jasně – pro Toníka tu máme turistický kroužek. Až poté společně řešili, jak to udělat, když Toník potřebuje větší podporu než jiné děti. Na prvních dvou schůzkách byla s Toníkem maminka, a pak už si v kroužku poradili bez ní. Za krátkou dobu jel Toník na výpravu s kamarády sám, poprvé na delší dobu bez mámy.

Obr. č. 3: Tonikův profil na jednu stránku



Zdroj: Lenka Nekolová

Tento rok chodí Toník do druhé třídy běžné základní školy, navštěvuje loutkařský kroužek, kroužek vaření a plavání. Opět na mnoha místech pomáhá Profil na jednu stránku. Toník už umí do školy i kroužků jezdit samostatně bez mámy. V autobuse na něj dohlédne ochotný pan řidič a od zastávky jej doprovází paní vychovatelka z družiny. Není tak potřebná žádná placená odborná pomoc a snížila se i mámina podpora.

Od letošního září mohla Toníkova máma nastoupit po dlouhých letech do práce. Původně byla zdravotní sestrou na specializovaném pracovišti IKEM v Praze, dnes pracuje jako asistentka pedagoga v blízké základní škole. Může tak získané vědomosti a zkušenosti smysluplně zúročit. Ve třídě, kde pracuje, dnes mají Profily na jednu stránku všechny děti včetně jí a paní učitelky, aby se všichni navzájem lépe poznali. Lenka také naučila další rodiče používat komunikační záznamové tabulky pro jejich děti s těžkým postižením. Jsou užitečné například při pobytu dětí v nemocnici. Zdravotníci lépe rozumí tomu, co děti svým chováním říkají a co potřebují. Mohou tak lépe předcházet nepohodě dětí a chápu specifické projevy dětí jako způsob jejich komunikace, ne jako podivné chování.

Význam plánování zaměřeného na člověka pro svoji rodinu Lenka shrnuje takto: „Byl to pro mne obrovský mezník, kdy jsem si poprvé položila otázku, kde jsem v tom celém kolotoči starostí o Tonika já. Stalo se to při tvorbě „Životního příběhu“ Tonika, který jsme dostali jako úkol z kurzu pro rodiče. Úplně spontánně se mi promítla moje životní cesta a uvědomila jsem si, jak chci, aby můj život vypadal, a kde se vidím za pár let. Začala jsem tedy hledat cestu jak pro sebe, tak i pro Tonika. A chtěla jsem, aby naše životy směřovaly tam, kde nám bude dobře a budeme moci nejlépe využít to, co nám bylo od života dáno. Plánování zaměřené na člověka nás nasměrovalo k hledání cest pro nás oba.“

Obr. č. 4: Ne teplákům...



Zdroj: Lenka Nekolová

Seznam použitých zdrojů

BRIEN O', John. *Kořeny plánování zaměřeného na člověka*. 2016. [online zdroj]. Quip.. [cit. 2016-09-20]. Dostupné zde: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/013/001593.pdf?seek=1273675649>

BRIEN O', John. *Plánování zaměřené na člověka* (seminář pořádaný organizací Quip – Společnost pro změnu 16. 1. 2008). Praha: Quip – Společnost pro změnu, 2008.

Kocman, David. 2016. *Přirozená podpora a nezávislý život lidí s postižením*. 2016. [online zdroj]. Quip. [cit. 2016-09-21]. Dostupné zde: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003833.pdf?seek=1459414041>

PÖRTNER, Marlis. *Na osobu zaměřený přístup v práci s lidmi s mentálním postižením a s klienty vyžadujícími trvalou péči*. Praha: Portál, s.r.o., 2009, 175 s. ISBN 978-80-7367-582-0

SANDERSON, Helen. LEWIS, Jaimee. *A Practical Guide to Delivering Personalisation: Person-centred Practice in Health and Social Care*. London: Jessica Kingley, 2012. ISBN 978 1 84905194 1

Vzdělávání a kvalifikace sociálních pracovníků v pozdně moderní společnosti

Sociální pracovník jako archetyp postmoderního superhrdiny?¹⁰⁴

Social Worker as an Archetype of a Postmodern Superhero?

Elichová Markéta¹⁰⁵

Abstrakt

Sociální pracovník je díky nárokům a očekáváním k němu se vztahujícím vřazen do role superhrdiny, v přijetí a naplnění této role mu ale brání mnoho překážek: od současného stavu společnosti a sociální práce, po něj samotného, proto jsme z hlediska hrdinského eposu stále na začátku, ve fázi zrození hrdiny a na hrdinské skutky je třeba si počkat. Nápomocní cestě hrdinově mohou být vzdělavatelé. Právě popsání je podloženo výsledky celorepublikového výzkumného šetření mezi sociálními pracovníky.

Klíčová slova: Superhrdina. Sociální pracovník/pracovnice. Krize sociální práce. Současná společnost. Professionalita. Vzdělavatelé. Epos.

Abstract

By virtue of demands and expectations associated to him/her, a social worker is pronounced to a role of a super hero; however, there are many obstacles that hinder from accepting and performing this role: from current status of the society and social care for the worker alone, we are still in the beginning in the hero epos, in the nascent of the hero, and we still need to wait for some time for the heroic acts. Educators may assist in the hero's journey. The description above is supported by results of the nationwide research among the social workers.

Keywords: Super hero. Social worker. Crisis of social work. Current society. Professionalism. Educators. Epos.

1. Úvod

Jak lze odlišit z názvu předkládané statě: „Ano, mám ráda komiks, ano, jsem vášnivá čtenářka SCI-FI.“ V tomto žánru totiž čtenář potká mnoho superhrdinů majících superschopnosti, kteří vše znají, umí, vědí a dokážou. Ač odolávají velkému množství nástrah a nepřátel, tak mnohdy za pomoci nových vynálezů a dalších spolupracujících super/hrdinů zvítězí a vše dopadne dobře. Zde právě nalézáte odpověď na to, proč se věnuji sociální práci. Mohu být totiž jednou z aktérek hrdinského eposu odehrávajícím se teď a tady, jak se pokusím objasnit na dalších řádcích.

1.1 „Ted' a tady“

Sociální pracovníci¹⁰⁶ v ČR se na své profesní pouti, jak tomu ve správném hrdinském eposu bývá, rovněž střetávají se silnějšími protivníky. V jejich případě se ocitáme na počátku eposu, ve fázi zrození hrdiny/ů (Wikipedie, 2016), poněvadž jsou v situaci, kdy jim situaci být obecně vnímání okolím za sociální pracovníky superhrdiny komplikuje:

104 Název statě je inspirován titulem článku Barákové, Kaczora a Elichové, který vyšel v č. 5 časopisu Sociální práce/Sociálna práca v tomto roce.

105 Teologická fakulta Jihočeské univerzity, Katedra etiky, psychologie a charitativní práce, Kněžská 8, 370 01 České Budějovice; e-mailová adresa: elichova@tf.jcu.cz; Tel.: +420-389-033-526

106 V textu používám generické maskulinum „sociální pracovník/sociální pracovníci“ pouze z důvodu snazší srozumitelnosti textu a ušetření znaků z důvodu stanoveného rozsahu statě.

- Současný stav sociální práce jako takové. V odborném diskurzu, i na poli české sociální práce, se dnes hovoří o krizi sociální práce, nejasnosti její identity, ztrátě její společenské prestiže atd., ale i o ovlivnění jejího faktického výkonu nekvalifikovanými a nedostatečně připravenými pracovníky (Elichová, 2016).
- Současná nejistá a individualizovaná společnost. Jsem přesvědčena, že soudobá krize sociální práce je v základu odrazem současné společnosti (Elichová, Urbánek, 2016). Nynější postmoderní doba klade na sociální práci velké nároky a vyžaduje transformaci tohoto oboru, který byl pracovním nástrojem moderny, která připravila lidi o tradiční sociální opory. Proto si nyní „zastaralá“ sociální práce neví rady se skutečností, že hrozby a rizika v postindustriální moderně jsou produkovány sociálně, zatímco nutnost vyrovnat se s nimi je přísně individualizována, když teoretické ukotvení sociální práce nepřekračuje rámeč industriální moderny a stále setrvává ve schématu – sociální problémy mají příčinu ve společnosti/jednotlivci (Chytil, 2007: 64-66). Problémem je také ekonomizace, která může směřovat podporu znevýhodněných klientů k zaměření se na jejich výkon a efektivitu, z čehož vyplývá pro sociální práci nebezpečí naplňování cíle ekonomického sektoru – vše převádět na kapitál (Keller, 2011; Laan, 1998) a zisk (Chytil, 2007: 70). Na hraně tak proto může být pohlížet na klienta pouze optikou sociálních služeb, za které je pak sociální práce v ČR často zaměňována (Vrbický, 2014). A nejen to, skrze systém sociálních služeb a jejich financování je to totiž především stát nebo téměř výlučně stát, kdo sociální pracovníky přímo či nepřímou zaměstnává a více či méně činí ze sociální práce nástroj své sociální politiky a ze sociálního pracovníka svého úředníka (Opatrný, Flídrová, 2014).
- Takto se nám do příčin nepřijímání sociálních pracovníků jako superhrdinů zapojují i samotní sociální pracovníci, kteří jsou rovněž členy oné tekuté společnosti. Právě popsané u nich nakonec může vést k pocitu, že sociální práce již není tím, za co ji sami považují. (Sociální pracovníci např. konstatují, že je pro ně stresující administrativní agenda a kontext, ve kterém musí pracovat, více než životní situace a osoba klienta (Cree, 2002: 26).) Navíc organizace se obávají obhajoby svých klientů, protože jsou závislé na těch, kdo o financování sociálních služeb rozhodují (Baláz, 2014: 56). Nicméně práce s příčinami problémů a ovlivňování podmínek prostředí, ve kterém klienti žijí, i když je to součástí mise sociální práce, u nás není zvykem obecně, důsledkem čehož může být i „mlčení“ sociálních pracovníků, kteří vlastně obhajobu práv klientů ani nemusí považovat za součást poslání své profese (Janebová a kol., 2013: 68). Následně vychází práce sociálních pracovníků s klientem, který má příčinu problémů primárně ve svém prostředí, vně (Musil, 2013: 10). Sociální pracovníky to logicky vede k frustraci a ztrátě jistoty chápání poslání a identity sociální práce (Pajmová, Elichová, 2014: 104).

Za této situace pak někteří sociální pracovníci své „nadání“ (viz definice superhrdiny) nevnímají, nebo ho nevyužívají. Aktuálně na sebe často nahlíží způsobem, který trefně znázorňuje obrázek č. 1, který se opakovaně šíří mezi sociálními pracovníky přeposiláním přes e-mail. Na sociální práci nahlíží optikou terapeutického paradigmatu a přitom se cítí být tlačeni k administrativnímu pojetí sociální práce. Toto potvrzují i data z celorepublikového výzkumného šetření¹⁰⁷ mezi sociálními pracovníky realizovaného v roce 2014 v rámci řešení projektu GAJU *Pojetí kvality sociální práce v souvislosti se sebedefinováním sociálního pracovníka a jeho pomáhající profese*:

107 Na základě výsledků předvýzkumu, jehož cílem bylo zmapovat subjektivní pohled sociálních pracovníků na sociální práci, její kvalitu a postavení ve společnosti, byl koncipován podkladový arch pro strukturovaný rozhovor pro kvantitativní část šetření. Pro vytvoření reprezentativního souboru dotázaných se využila metoda kvótního výběru. Oporou pro vytvoření výběrového plánu byly údaje MPSV. Celkem bylo osloveno 984 respondentů v celé ČR. Dotazování probíhalo v květnu až září 2014. Šetření zohlednilo podíly sociálních pracovníků reprezentativně zastupujících jednotlivé kraje, typy zařízení, věkové a vzdělanostní skupiny, velikost sídla, kde dotázaný působí. Do konečného zpracování bylo zahrnuto 962 dotazníků. Reprezentativní soubor za ČR tvořilo 679 respondentů.

- 45 % dotázaných uvedlo, že typickou činností sociálního pracovníka v jejich organizaci jsou administrativní úkoly (nejméně naopak uváděli prosazování zájmů svých klientů a naplňování práv znevýhodněných (2 %)),
- 82 % uvedlo, že na pracovišti dokáže plně kvalifikovaně využít administrativu a
- 36 % uvedlo, že se prestiží profese sociální pracovník nejvíce blíží administrativní pracovníci, druhá profese v pořadí byl se 30 % psycholog (Pojetí kvality..., 2015), což vnímám jako projev terapeutického pojetí pomoci sociálními pracovníky, které je sociálním pracovníkům zprostředkováno vzdělávacími institucemi v sociální práci v ČR, které neuvažují o iniciaci změn na straně sociálního prostředí klienta, resp. o jiném než terapeutickém pojetí sociální práce. Jak dále uvádí Janebová a kol. (2013: 81), důkazem je i Encyklopedie sociální práce – poslední velkonákladová kniha sociální práce na českém trhu, která preferuje terapeutické pojetí sociální práce, nebo i má x-letá zkušenost ze seminářů se studenty, pro které je lákavější, přijatelnější a uchopitelnější pomoc jednotlivcovi, která má v jejich pojetí mnohdy parametry kontroly.

Obr. č. 1: Náhled na sociálního pracovníka



Zdroj: Bez mozek.

Byrokratického terapeuta, který navíc neprošel žádným sebezkušenostním terapeutickým výcvikem, bychom v převleku superhrdiny asi nechtěli potkávat..., nicméně na druhou stranu se právě od takového sociálního pracovníka mnoho očekává, je poptávka po superkompetentním sociálním pracovníkovi (Baráková a kol., 2016).

1.2 Požadavky na sociálního pracovníka

Sociální pracovník má splňovat mnoho očekávání a požadavků nejen osobnostních a odborných. Uvedu opravdu jen příklad, poněvadž dané téma je obsáhlé a je k němu zpracováno mnoho odborných textů. Např. Musil (2013: 64) uvádí, že sociální pracovník by měl vyjednávat svou vlastní roli, přesvědčit ostatní, že je správné mít na výkon pomoci v sociální práci monopol, pro-

tože to je cesta k profesionálnímu oboru (Musil, 2013: 513). Otava (2016: 108) cituje Rothmana (1999) požadujícího sebezkušenost sociálních pracovníků pro rozvoj identity profesionální sociální práce, kterou spojuje s vědomou integrací osobních a profesních hodnot. Tuto oblast záměrně pro názornost konkrétněji rozvedu, aby bylo patrné, co může jeden požadavek na sociálního pracovníka znamenat prakticky, i když právě zde jde o jeden z nejdůležitějších:

- Sociální pracovník nepotřebuje jen znalosti a dovednosti, proč a jak dělat sociální práci, ale musí umět vlastní i převzaté (profesní) hodnoty reflektovat a uvědomovat si, jakým způsobem a jaké hodnoty ho ovlivňují, poněvadž jsou to především osobní hodnoty, které nejvíce ovlivňují pracovníkův pohled na klienta, rámec pracovních postupů a strategií a jeho hodnocení, zda práce s klientem byla či nebyla úspěšná, teprve pak je schopen se při výkonu sociální práce správně rozhodovat. A nejen to, pokud dojde k souladu osobních hodnot s profesními ideály, který vede k aktivnímu přijetí jednotlivých profesních hodnot a k jejich snaze aplikovat je do své praxe, jsme na cestě ke stabilnější profesi. Samotný proces aplikace profesních hodnot se odvíjí především od pracovníků a jejich eticky podložených rozhodnutí. Proto by součástí přípravy sociálních pracovníků měly být i praktické tréninky orientované na trénink morální volby, ale také na rozvoj zručností orientovaných na kritickou sebereflexi jako zdroj poznávání a porozumění vlastnímu hodnotovému systému. Pouze pokud je sociální pracovník jistý ve svých osobních hodnotách, v hodnotách profese i ve způsobech, jak je naplňovat, dokáže reflektovat, identifikovat etická dilemata, rozpoznat, jak vznikají, a převádět svá etická rozhodnutí do praxe (Elichová, 2016).

Pojďme tedy porovnat očividný a očekávaný potenciál pro superhrdinství sociálních pracovníků s vymezením superhrdiny.

2. Sociální pracovník superhrdina

Superhrdina je muž či žena obdařený schopnostmi, které jsou buď důkladnějším propracováním lidské síly a nadání, anebo se tyto jeho schopnosti zásadně odlišují od normálu. Tyto schopnosti superhrdina užívá v boji za pravdu, spravedlnost a ochranu nevinných (Moravcová, 2013: 28).

Co mají tedy tito dva aktéři, superhrdina a sociální pracovník, společného? To blíže rozepisuje Baráková, Kaczor a Elichová (2016):

Mj. boj za spravedlnost (je základním východiskem sociální práce, jak dokazují její definice), pravdu a rovnost, ochranu a podporu „slabých“, reformu prostředí. V uvedeném definování superhrdiny lze navíc sledovat mnoho podobností s osobností sociálního pracovníka. Je bezpochyby obdařen právě oněmi schopnostmi, které jsou hlubším propracováním lidského nadání. Už jenom fakt, že jeho znalosti jsou kompilací poznatků různých dalších oborů (Kopřiva, 2013; Jankovský, 2007; Rezníček, 1994), která je nutným předpokladem efektivní intervence v procesu pomoci, je neopomenutelný. Přidáme-li další „ingredience“, nezbytné pro výkon sociální práce, jako umění efektivní komunikace, naslouchání, bezprostřední zájem o člověka, ochota pomáhat druhým v životních nesnázích, připravenost poskytnout svoji sféru prožívání, resp. projevovat patřičně emoce, být citlivý, otevřený, vnímavý, empatický, tolerantní, slušný, sdílet s ostatními a mnohé další, nelze pochybovat o tom, že sociální pracovník by měl oplývat osobnostními rysy, které nejsou zcela specifické pro každého jedince, ale jsou naopak určitým „darem od přírody“ (Géringová, 2011; Jankovský, 2007). Od sociálního pracovníka je tedy ze strany společnosti očekáváno prosociální jednání, které se, ve stručnosti řečeno, projevuje otevřeným a vřelým vztahem k druhým lidem a jakousi spontánní ochotou být tady pro druhé, tedy poskytovat jim službu (Jankovský, 2007). Ostatně i v definicích cha-

rakteru superhrdiny se vyskytuje informace o tom, že poslání superhrdiny se vyznačuje nesobeckou, prosociální misí a mimořádnými schopnostmi (Coogan, 2006). „Představitelé pomáhajících profesí investují do své práce mnohem více než znalosti a dovednosti; nasazují také část své osobnosti (...)“ (Honzák, 2013:55). Coogan (2006) uvádí, že mise superhrdiny je charakteristická tím, že je šampiónem pro utlačované, je k dispozici těm, kdo ho potřebují – tzn. je zde pro lidi.

Dá se tedy říci, že úkolem sociálního pracovníka je, stejně jako v případě superhrdiny, být bojovníkem za lepší svět a realizovat životy jedinců v míře rovnosti (Baráková a kol., 2016).

V ČR si svůj superhrdinský potenciál uvědomují jen někteří ze sociálních pracovníků a zatím o tom komunikují v úzkých okruzích, jak je patrné i z výsledku následujícího pokusu. Po zadání hesla „sociální pracovník superhrdina“ do internetového vyhledávače google.com nenaleznete žádný text či obrázek, který by odpovídal zadanému heslu. V zahraničí je ale situace jiná, viz např. obrázky 2a, b, které vyhledávač nalezne po zadání hesla „social worker superhero“.

Obr. č. 2 a, b: Social worker superhero



Zdroj: Cafe press.

3. Budoucnost

Jaká je vize rozvoje superhrdinství/zrození superhrdinů a posunutí se do dalších fází eposu sociální práce? Výsledky našeho celorepublikového šetření na toto téma přinesly následující zjištění:

- 45 % sociálních pracovníků říká, že k vytvoření podmínek pro dobrou sociální práci mohou nejvíce přispět oni sami svou profesionalitou,
- 57 % sociálních pracovníků si uvědomuje, že se málo angažují ve společnosti při posilování pozice sociální práce ve společnosti (Pojetí kvality..., 2015).

Jak je patrné, již nyní si sociální pracovníci uvědomují svůj potenciál v této oblasti a přijímají i roli nositele změny situace sociální práce. Jsme na cestě „zrození hrdinů“, jejich hrdinské činy (Wikipedie, 2016) máme tedy teprve před sebou, víme, že je to náš boj hodný superhrdinů, ale domnívám se, že bude velmi nelehký, poněvadž soupeřem je samotná společnost a my sami, což jsou jednoznačně silní protivníci. Ale snad nám pomohou, tak jako ve správním eposu, nadpřirozené síly, nebo bohové (Wikipedie, 2016), nebo alespoň vzdělavatelé, abychom dokázali v rámci pomaturitního i celoživotního vzdělávání přijmout svou roli, vyjednat o ní a své pozici ve společnosti a hájit své oborové zájmy, poněvadž, jak uvádí Elichová (2016), vzdělávání má v procesu změny

nyňější situace v oboru zásadní úlohu, jelikož je mostem mezi teorií a praxí¹⁰⁸ a současný způsob výuky sociální práce ani neumožňuje sociálním pracovníkům získat společenské uznání, poněvadž se dostatečně nevěnuje problémům v interakci (jediné výlučné odbornosti sociální práce) a tak dochází i k špatnému pojetí témat identita oboru a role sociální práce (Musil, 2011). Nastavení optimálního vzdělávání v sociální práci je proto důležité pro rozvoj kvality sociální práce, identity oboru a role sociální práce a sociálních pracovníků a tak i profesionalitu sociální práce, přijetí jejích hodnot atd., na což navazuje zvýšení její prestiže a zlepšení postavení mezi ostatními obory i v očích veřejnosti, tím pádem pak optimálně nastavené vzdělávání vzhledem k oboru sociální práce může být jednou z cest z krize sociální práce (Elichová, 2016).¹⁰⁹

Seznam citované literatury

BALÁŽ, Roman. Možnosti dosahování oborových zájmů sociální práce v organizacích zaměstnávajících sociální pracovníky. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2014, roč. 14, č. 3, s. 42–60. ISSN 1213-6204.

BALÁŽ, Roman. Využití výzkumu v praxi velkých organizací, *Sociální práce/Sociálna práca*, 2011, roč. 11, č. 1, s. 17. ISSN 1213-6204.

BARÁKOVÁ, Martina, KACZOR, Michal, ELICHOVÁ, Markéta. Sociální pracovník jako archetyp postmoderního superhrdiny?, *Sociální práce/Sociálna práca*, 2016, roč. 2016, č. 5, s. 122–131. ISSN 1213-6204.

Bez mozek. Sociální pracovník [online]. [cit. 15. září 2016]. Dostupné na WWW: <http://bezmozek.vseznamu.cz/socialni-pracovnik_132>.

Café press. Social Work Buttons, Pins, & Badges [online]. [cit. 15. září 2016]. Dostupné na WWW: <<http://www.cafepress.co.uk/+social-work+buttons>>.

COOGAN, Peter. *Superhero: The Secret Origin of a Genre*. Austin: Monkeybrain, 2006.

CREE, Vivieni E. The Changing Nature of Social Work. In: ADAMS, R., DOMINELLI, L., PAYNE, M. (ed.) *Social Work: Themes, Issues and Critical Debates*. Hampshire: Palgrave, 2002, s. 26.

ELICHOVÁ, Markéta. Závěr. In ELICHOVÁ, M. a kol. *Sociální práce*. Praha: Grada, 2016, s. xxx-xxx. (v tisku)

ELICHOVÁ, Markéta, URBÁNEK, Lukáš. Důsledky postmoderny ve výkonu sociální práce. In ELICHOVÁ, M. a kol. *Sociální práce*. Praha: Grada, 2016, s. x-xx. (v tisku)

GÉRINGOVÁ, Jitka. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton, 2011.

HONZÁK, Radkin. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad, 2013.

CHYTL, Oldřich. Důsledky modernizace pro sociální práci. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2007, roč. 7, č. 4, s. 64–71. ISSN 1213-6204.

JANEBOVÁ, Radka, HUDEČKOVÁ, Marcela, ZAPADALOVÁ, Romana, MUSILOVÁ, Jana. Příběhy sociálních pracovníků a pracovník, kteří nemlčeli – Popis prožívaných dilemat, *Sociální práce/Sociálna práca*, 2013, roč. 13, č. 4, s. 68–83. ISSN 1213-6204.

108 Nápomocná tomuto propojení je i oblast výzkumu, který může přinášet důležité podněty a přispět k rozšíření jasné představy o sociální práci. Je to jedna z cest, jak mít vliv na sociální práci. Bez srozumitelných podkladů a argumentů to ale půjde jen obtížně, jak říká Dufek (Baláž, 2011).

109 Více k tématu staté a dalším v publikaci Elichové, M. a kol. *Sociální práce*.

JANKOVSKÝ, Jiří. Proměny povolání sociálního pracovníka. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2007, roč. 7, č. 4, s. 42–44. ISSN 1213-6204.

KELLER, Jan. *Nová sociální rizika a proč se jim nevyhneme*. Praha: SLON, 2011. ISBN 978-807419-059-9.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál, 2013.

MORAVCOVÁ, Barbora. *Antika a komiks* [online]. Bakalářská práce. Brno: Masarykova univerzita. Filozofická fakulta. Ústav klasických studií. Vedoucí práce Mgr. Katarina Petrovičová, Ph.D. 2013 [cit. 12. 10. 2016]. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/382400/ff_b/antika_a_komiks.pdf>.

MUSIL, Libor. Identita oboru/profese sociální práce. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013.

MUSIL, Libor. Challenges of Postmodern Institutionalisation for Education in Social Work. In: MUSIL L., MATULAYOVÁ T. *Social Work, Education and Postmodernity: Theory and Studies in Selected Czech, Slovak and Polish Issues*. Liberec: TUL, 2013, s. 10–72.

MUSIL, Libor. *Pozdněmoderní institucionalizace oboru a výzvy pro vzdělávání v sociální práci*. (přednáška) Praha: VOŠ Jasminová, 11.11.2011.

OPATRŇNÝ, Michal, FLÍDROVÁ, Monika. Člověk v síti standardů a kodexů, aneb sociální pracovník jako „Sales Consultant“ sbalíčky služeb. In: *Sociální práce v kontextu lidských práv: Sborník z konference XI. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014, s. 141–146.

OTAVA, Ladislav. Institucionalizace sociální práce a sebezkušenost sociálních pracovníků, *Sociální práce/Sociálna práca*, 2016, roč. 16, č. 3, s. 105–116. ISSN 1213-6204.

PAJMOVÁ, Martina, ELICHOVÁ, Markéta. Role osobnosti a edukace pro kompetence sociálních pracovníků, *Sociální práce/Sociálna práca*, 2014, roč. 14, č. 4, s. 101–109. ISSN 1213-6204.

Pojetí kvality sociální práce v souvislosti se sebedefinováním sociálního pracovníka a jeho pomáhající profese. Projekt GAJU 117/2013/H. Hlavní řešitel: Mgr. Markéta Elichová, Ph.D. 2015.

ROTHMAN, Juliet C. *The Self-Awareness Workbook for Social Workers*. Boston: Allyn & Bacon, 1999.

ŘEZNÍČEK, Ivo. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1994.

VAN DER LAAN, Geert. *Otázky legitimity sociální práce: pomoc není zboží*. Boskovice: Albert, 1998. ISBN 80-85834-41-3.

VRBICKÝ, Jan. O nevyjasněnosti vztahu sociální práce a sociálních služeb. *Listy sociální práce*, 2014, roč. 2, č. 1, s. 23. ISSN 2336-2332.

Wikipedie. Epos [online]. Poslední aktualizace 18. 8. 2016 [cit. 15. září 2016]. Dostupné na WWW: <<https://cs.wikipedia.org/wiki/Epos>>.

Starostlivosť o seba u sociálnych pracovníkov¹¹⁰

Self-care with social workers

Magdaléna Halachová¹¹¹

Abstrakt

Príspevok približuje snahu o identifikáciu základných podôb starostlivosti o seba (Self-care) v pracovnom prostredí u sociálnych pracovníkov ako primárnej cieľovej skupiny. Koncept vykonávania Self-care aktivít v práci je imanentnou zložkou celkovej starostlivosti o seba, ktorá môže byť chápaná ako prvok prevencie pred negatívnymi javmi, ktoré výkon pomáhajúcich profesií prináša v zmysle prevencie najmä pred syndrómom vyhorenia, syndrómom nudy, únavy z empatie, či ďalších negatívnych javov v pracovnom prostredí. Príspevok prezentuje prvú, ukončenú fázu z autorského výskumu približujúcu charakter starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov. Starostlivosť o seba je dôležitým prvkom určujúcim spôsoby fungovania každého jedinca, a preto je dôležité zamerať sa na jeho vedomé ovplyvňovanie i ďalším vzdelávaním sociálnych pracovníkov. Práve na to nadväzuje ďalšia fáza výskumu, v rámci ktorej bude cieľom navrhnúť a overiť možnosti eliminácie negatívnych dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií vybranými formami starostlivosti o seba, v rámci takto orientovaných výcvikových programov zameraných na vzdelávanie samotných sociálnych pracovníkov.

KLúčové slová: Starostlivosť o seba. Sociálny pracovník. Pomáhajúce profesie. Prevencia. Vzdelávanie sociálnych pracovníkov.

Abstract

The contribution explains the attempts to identify the basic forms of the self-care in the work environment of the social workers as the primary target group. The concept of the self-care activities at work is an integral part of the total self-care, which may be understood as a prevention element against negative phenomena intrinsic to the assisting professions in the sense of the prevention, particularly the burn-out syndrome, boredom syndrome, empathy-related fatigue, or other negative phenomena in the work environment. The contribution presents the first and completed phase of the author's research that explains the nature of the self-care of the social workers. The self-care is an important element that defines how each individual performs and therefore, it is necessary to focus on intentional influence through further education of the social workers. This is followed up by the next research phase aimed at proposing and validating of the possibilities for elimination of the negative impacts from the assisting professions through selected self-care forms within the training programs oriented thereto and focusing on education of the social workers.

Keywords: Self-care. Social worker. Assisting professions. Prevention. Education of the social workers.

110 APVV-14-0921 Starostlivosť o seba ako faktor vyrovnávania sa s negatívnymi dôsledkami vykonávania pomáhajúcich profesií.

111 Katedra sociálnej práce, Filozofickej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach; e-mailová adresa: magdalena.halachova@gmail.com

Úvod

Starostlivosť o seba je stavebný prvok pre každého človeka. Je súčasťou samoregulácie, sebakontroly, svojpomoci, sebavedomia, sebauvedomenia. Ovplyvňuje fyzické i psychické procesy, ktoré utvárajú stav rovnováhy či nerovnováhy. Pomáhajúce profesie sú na túto oblasť obzvlášť citlivé. Napriek dôležitosti, mnoho odborníkov pomáhajúcich profesií sa jej nevenuje na dostatočnej úrovni a už vôbec by si nevedeli predstaviť vzdelávať sa v rámci tejto oblasti. Ich práca spočíva v pomoci iným a preto často krát zabúdajú na to, aké dôležité je starať sa aj o seba. Ak nie sú so sebou spokojní, resp. ich niečo trápi, rovnako tým trpia aj ich klienti. Sociálni pracovníci na základe starostlivosti o seba môžu výrazným spôsobom posilniť rôzne oblasti života a tým skvalitniť svoju profesionálnu činnosť.

1. Starostlivosť o seba

Stratégie starostlivosti o seba poskytujú dostatočnú pozornosť nielen fyzickej ale i psychickej pohode človeka a to takým spôsobom, že sú schopní realizovať svoje potreby a očakávania. Sú podnetom pre vytváranie stavu, v ktorom sa človek cíti v dobrej fyzickej kondícii a psychickej pohode. (Beauchamp, Childress, 2001) Na základe využívania správnych Self-care stratégií môže dôjsť nielen k zvyšovaniu spokojnosti s vlastným životom ale v značnej miere dochádza i k ovplyvňovaniu spoločnosti, v ktorej sa nachádzame. (Sapienza, Bugental, 2000)

Psychoterapeuti Sapienza a Bugental (2000), zaoberajúci sa humanizmom a existencializmom poukazujú na starostlivosť o seba z pohľadu sebeckosti človeka. Hovorí o tom, že mnohí sa nikdy naozaj nenaučia, ako si nájsť čas na starostlivosť o svoju vlastnú osobu, pretože Self-care nás robí sebeckými. Ani väčšina psychológov, sociálnych pracovníkov, pedagógov a iných pomáhajúcich profesionálov nevenuje dostatok času sebarozvoju, a to i skrz svojho zamestnania, ktoré si to nevyhnutne vyžaduje. Norcross (2000) popisuje zásady pre vlastný rozvoj. Existuje mnoho techník starostlivosti o seba zameraných na seba a osobný rozvoj. Dôraz sa kladie na využívanie širokého spektra stratégií, ktoré si potom jedinec prispôsobuje svojej vlastnej situácii a preferencii. Aj Skovholt et al. (2001) uviedli, že osobný rozvoj odborníka v oblasti pomáhajúcich profesií, vo veľkej miere závisí od nepretržitého a sústavného vzdelávania. Mnoho odborníkov kladie relatívne malú pozornosť starostlivosti o seba samého, s čím súvisí aj následná znížená miera sebahodnotenia alebo emocionálnej nestability.

1.1 *Starostlivosť o seba v kontexte kompetenčného a vzdelávacieho rámca pomáhajúcich profesionálov*

Vymedzenie kompetencií vychádza z premisy, že pre kvalitné vykonávanie praxe sociálnych pracovníkov je potrebné identifikovať a pracovať následne na osobných spôsobilostiach, vhodných charakterových vlastnostiach a adekvátnom rozsahu kompetencií. (Grejtáková, Vorobel) Podľa Průchu a Vetešku (2014) kompetencie zahŕňajú tak vedomosti, spôsobilosti, schopnosti, ako aj postoje a hodnoty, ktorých špecifickosť kombinácií v danej súvislosti umožňuje kompetentný výkon. Je nesporné, že práve sociálni pracovníci by mali disponovať širokým komplexom nielen odborných, ale aj sociálnych a personálnych spôsobilostí, na základe ktorých sú oprávnení vykonávať svoje profesionálne činnosti a poskytovať odborné služby na erudovanej báze (Veteška, 2011). Vymedzenie profesionálnej hodnoty sociálnej práce ukotvenej v inštitucionálnom rámci na organizačnej úrovni je nastolené v etickom kódexe (Matoušek, 2013). Kompetencie z perspektívy akou sociálni pracovníci vstupujú do interakcie môžu byť členené na:

- Kompetencie vo vzťahu ku klientom,
- Kompetencie vo vzťahu k pracovnej organizácii a pracovnému kolektívu,
- Kompetencie vo vzťahu k širšiemu sociálnemu systému. (Kubicová)

Belz a Siegrist (in Hudecová, 2010: 9-10) formulovali kľúčové kompetencie, ktoré sú navzájom závislé, súčasne sa prelínajú a dopĺňajú: „schopnosť komunikovať a kooperovať – schopnosť vedome komunikovať a aktívne tvorivým spôsobom prispievať v skupinových procesoch, riešiť problémy a kreativita – schopnosť poznávať problémy a zodpovedajúcim spôsobom ich tvorivo riešiť, samostatnosť a výkonnosť – schopnosť samostatne plánovať, realizovať a kontrolovať priebeh práce a jej výsledky, schopnosť prijať zodpovednosť – schopnosť prijať v primeranom rámci, spoluzodpovednosť, schopnosť premýšľať a učiť sa – schopnosť ďalej rozvíjať proces vlastného učenia a myslieť v súvislostiach a systémovo, schopnosť zdôvodňovať a hodnotiť – schopnosť vecne posudzovať a kriticky hodnotiť vlastné, spoločné a cudzie spôsoby práce a výsledky.“

Ital a Knöferl (2001, in: Veteška, 2009) ku sociálnym kompetenciám ešte priradujú skupinu odborných a osobnostných kompetencií. Medzi odborné kompetencie radia rozpoznanie a hodnotenie špecifických situácií ako celku, vnímanie, zachovanie a rozvíjanie vlastných zdrojov i zdrojov iných, rozpoznanie a predpovedanie zmeny situácie, stanovovanie priorít, prijímanie rozhodnutí, iniciatívnosť, vyhodnocovanie dôsledkov správania, prístupnosť zmenám, sebamotivovanosť k učeniu. V rámci osobnostných kompetencií rozoznávajú vnímavosť v oblasti zachovania a rozvoja zdrojov vlastných i zdrojov iných, akceptácia hraníc, prijatie/ poskytnutie pomoci, stanovenie priorít, vyhodnocovanie účinkov vlastného správania, vyvíjanie iniciatívy, rozvoj základných etických postojov, prístupnosť zmenám a novinkám. I keď boli sociálne kompetencie definované a diferencované vyššie, títo autori ešte okrem spomenutého považujú za potrebné v rámci nich dosahovať schopnosti ako zaobranie sa konfliktami a ich následné riešenie, striedanie účasti, angažovanosti a zákazu vstupu do medziľudských vzťahov, zachovávanie a ukončovanie medziľudských vzťahov.

2. Výskumné zistenia

Príspevok prezentuje prvú, ukončenú fázu z autorského výskumu približujúcu charakter starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov. Základným cieľom stále prebiehajúceho výskumu je overiť predpoklad, podľa ktorého je starostlivosť o seba prediktorom prežívania negatívnych dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií. Na tento cieľ nadväzuje overenie predpokladu možnosti eliminácie negatívnych dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií zmenou starostlivosti o seba ľudí vykonávajúcich pomáhajúce profesie. Súčasťou overovania uvedených hypotéz je zistenie aktuálneho stavu starostlivosti o seba ľudí vykonávajúcich pomáhajúce profesie v zariadeniach sociálnej starostlivosti a súčasného výskytu negatívnych dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií, ako je prežívanie stresu, vyhorenie, trauma v zastúpení, nespokojnosť s vykonávanou prácou. Práve na to nadväzuje ďalšia fáza výskumu, v rámci ktorej bude cieľom navrhnúť a overiť možnosti eliminácie negatívnych dôsledkov vykonávania pomáhajúcich profesií vybranými formami starostlivosti o seba, v rámci takto orientovaných výcvikových programov zameraných na vzdelávanie samotných sociálnych pracovníkov.

2.1 Obsahová validita položek dotazníka starostlivosti o seba v pracovním prostředí

Prvá fáze výskumu zahrňuje vývoj dotazníka týkajícího sa starostlivosti o seba v pracovním prostředí pomáhajících profesí. Vycházela z potreby vytvorenia nového dotazníka zameriavajúceho sa na problematiku starostlivosti o seba ako komplexu vykonávaných aktivít. Faktorovou analýzou odpovedí umožnila identifikáciu troch základných faktorov týkajúcich sa starostlivosti o bezpečnosť a zdravie, starostlivosti o telesnú pohodu a kondíciu, starostlivosti o vzhľad a hygienu. Následne vznikol Dotazník VSS (vykonávanej starostlivosti o seba) obsahujúci 26 položiek zisťujúcich frekvenciu vykonávania aktivít popísaných v jednotlivých položkách na základe 5 bodovej Likertovej škály (1-nikdy, 5-stále). Dotazník dosahoval vnútornú konzistenciu 0,851. (Lovaš a kol., 2014)

Obsahová validizácia bola realizovaná po prvotnej, kvalitatívnej fáze prípravy jednotlivých dotazníkových položiek, prostredníctvom ktorej boli identifikované najdôležitejšie premenné vyjadrujúce mieru starostlivosti o seba pomáhajúcich profesionálov v ich pracovním prostredí. Táto časť validizácie bola realizovaná v spolupráci s 5 supervízormi – ako odborníkmi aktívne pracujúcimi so samotnými pomáhajúcimi profesionálmi, pre ktorých je vyvíjaná metodika určená. Prostredníctvom spomínanej obsahovej analýzy a analýzy jednotlivých položiek bolo definitívne identifikovaných 13 položiek, ktoré vyjadrujú komplex starostlivosti o seba v pracovním prostredí, ktoré môžu byť prediktorom pre ďalšiu starostlivosť o seba v sociálnom prostredí pomáhajúcich profesionálov (Lichner, Lovaš, 2016). Jednotlivé rozširujúce položky sú zamerané na pozitívnosť vo styku s pracovníkmi, rešpektovaní nastavených rolí, utváraní dobrej atmosféry na pracovisku, dodržiavani jasných hraníc medzi pracovním a súkromným životom. V rámci položiek sú zahrnuté stratégie zvládania pracovnej záťaže kladenej organizáciou ako i záťaže pri samotnej práci s klientmi. Za dôležitú položku bola v rámci rozhovorov faktorovo označená nemonotonosť práce, dodržiavanie kompetenčného rámca zamestnania, ako i príprava na prácu. V neposlednom rade taktiež zahrňuje využívanie supervízie, ďalšieho vzdelávania a profesionálneho rastu pre zvládanie pracovnej záťaže. Ako ďalšia fáza bude nasledovala validizácia a reliabilizácia zostaveného dotazníka na výskumnej vzorke pomáhajúcich profesionálov.

2.2 Analýza súvislostí medzi vykonávanou starostlivosťou o seba v pracovním prostredí, syndrómom vyhorenia a pracovnou pohodou u sociálnych pracovníkov

Výskumnú vzorku tvorilo 405 respondentov – sociálnych pracovníkov (muži = 76; ženy = 329), ktorí participovali na výskume vyplnením dotazníka; priemerný vek bol 40,25 rokov (SD = 0,525, Min-Max = 18-65). Z hľadiska typu dosiahnutého vzdelania, 340 respondentov malo vysokoškolské vzdelanie (spoločenskovedný smer = 269; technický smer = 71), 64 stredoškolské vzdelanie (odborná škola = 59, gymnázium = 5) a 1 respondent neuviedol svoje vzdelanie. U respondentov bola zisťovaná i dĺžka praxe, ktorá dosahovala priemernú hodnotu 10,36 roka (SD = 9,416; Min-Max = 0-40). Výskumná vzorka bola zložená zo slovenských sociálnych pracovníkov pracujúcich v rôznych typoch zariadení ako aj s rôznymi klientmi. Jediným kritériom bol denný výkon sociálnej práce a denný kontakt s klientom. Administrácia dotazníka prebiehala osobne, sociálni pracovníci vyplňali dotazníky v zamestnaní po dohode s vedením zariadenia, alebo organizácie. Vyplnenie dotazníka nebolo honorované.

Pre výskum bola zvolená batéria dotazníkov *MBI, UWES a VSSv.2*. Dotazník *MBI* – Maslach Burnout Inventory (1981) je 22 položková metodika, v rámci ktorej respondenti na škále (0=vôbec; 7=veľmi silno) hodnotia intenzitu pocitov, ktoré v nich vyvoláva najčastejšie práca, či pracovné prostredie. Reliabilita prostredníctvom Cronbachovho koeficientu alfa dosahovala hodnoty 0,782

(osobné uspokojenie z práce), 0,803 (depersonalizácia) a 0,904 (emocionálne vyčerpanie). UWES – Utrecht Work Engagement Scale je v origináli 17 položková metodika kvantifikujúca mieru pracovnej zaangažovanosti, či pohody v práci. Tak ako pôvodná metodika dosahovala dobrú vnútornú konzistenciu v jednotlivých faktoroch, i v našom výskume dosiahla reliabilita uspokojivé hodnoty (faktor elán 0,75-0,83 v pôvodnom dotazníku, 0,784 v nami realizovanom výskume; faktor obetavá oddanosť 0,86-0,90 v pôvodnom dotazníku, 0,913 v našom výskume; faktor zaujatie/absorbovanosť 0,82-0,88 v pôvodnom dotazníku, 0,799 v našom súbore). VSSv.2 – Dotazník vykonávanej starostlivosti o seba v pomáhajúcich profesiách (validizácia tejto metodiky je popisovaná vyššie).

Autorským zámerom bolo okrem popisu úrovne jednotlivých konštruktov starostlivosti o seba, vyhorenia a pracovnej pohody i analýza vzájomných súvislostí medzi týmito premennými. V prvom rade sme sa orientovali na vzťahy vo vnútri jednotlivých konštruktov. Na základe analýzy súvislostí medzi starostlivosťou o seba, pohodou v práci a vyhorením je možné konštatovať, že vzájomné vzťahy vo vnútri jednotlivých konštruktov svedčia o ich oprávnenom použití v súlade s tým, ako boli jednotlivé výskumné metodiky pôvodne konštruované a validizované. Najsilnejšie vnútorné korelácie sme zaznamenali v prípade metodiky identifikujúcej pohodu v práci (UWES; $r=0,716-0,932$). Osobitne sme sa zaujímali o vzájomné súvislosti v autorsky navrhnutom dotazníku vykonávanej starostlivosti o seba v pracovnom prostredí, ktorú sme identifikovali na vzorke slovenských sociálnych pracovníkov. Tu boli identifikované tesné, pozitívne štatisticky významné vzťahy na strednej a vysokej úrovni, pričom najsilnejšie korelovalo celkové skóre s jednotlivými faktormi. Celkové vzťahy medzi subškálami v metodike VSSv.2 však môžeme ohodnotiť ako uspokojivé ($r=0,336-0,803$). Korelačnou analýzou sme identifikovali vzájomné súvislosti medzi starostlivosťou o seba, pohodou v práci a syndrómom vyhorenia u oslovených sociálnych pracovníkov. Podľa vykonanej analýzy sme identifikovali vzájomné štatisticky významné súvislosti medzi jednotlivými meranými konštruktami v predpokladaných smeroch. Namerané súvislosti naznačujú, že vyššia úroveň starostlivosti o seba môže pôsobiť pozitívne na prežívanie pracovnej pohody ($r=0,405-0,490$ medzi celkovým skóre starostlivosti o seba a subškálami dotazníka pracovnej pohody). Zároveň môže pôsobiť preventívne pred syndrómom vyhorenia ($r=0,297-0,441$ medzi celkovým skóre starostlivosti o seba a jednotlivými subškálami vyhorenia podľa dotazníka MBI).

Dôležitým zámerom analýzy bola identifikácia vzťahov medzi starostlivosťou o seba, vyhorením a pracovnou pohodou. Podľa predpokladov, starostlivosť o seba, a rovnako i pracovná pohoda môžu pôsobiť vo vzťahu k negatívnym pracovným javom (napríklad k vyhoreniu) preventívne. Rovnako, pracovná pohoda môže byť indikátorom dobrej úrovne vykonávaných aktivít starostlivosti o seba v pracovnom prostredí. Podľa analýzy (Tab. č. 1) sme identifikovali štatisticky významné pozitívne tesné vzťahy medzi celkovým skóre vykonávanej starostlivosti o seba a pracovnou pohodou v celkovom skóre i v jednotlivých dimenziách ($r=0,405-0,491$). V prípade vykonávanej starostlivosti o seba, a rovnako i pracovnej pohody sme namerali podobné vzťahy v kontexte s vyhorením (pozitívne štatisticky významné korelácie v prípade subškály osobné uspokojenie z práce a negatívne štatisticky významné korelácie v prípade emocionálneho vyčerpania a depersonalizácie).

Tab. č. 1: Úroveň pohody v práci u respondentov

Úroveň	Pohoda v práci – celkové skóre		Pohoda v práci – elán (VI)		Pohoda v práci – obetavá oddanosť (DE)		Pohoda v práci – zaujatie (AB)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
veľmi nízka	8	2,0	12	3,0	13	3,2	5	1,2
nízka	40	9,9	54	13,3	54	13,3	36	8,9
priemerná	242	59,8	247	61,0	216	53,3	212	52,3
vysoká	98	24,2	73	18,0	87	21,5	132	32,6
veľmi vysoká	17	4,2	19	4,7	35	8,6	20	4,9

*Zdroj: vlastné spracovanie***Záver**

Prezentovaný príspevok priblihuje snahu o identifikáciu základných podôb Self care v pracovnom prostredí u pracovníkov pomáhajúcich profesií. Koncept vykonávania Self-care aktivít v práci je imanentnou zložkou celkovej starostlivosti o seba, ktorá môže byť chápaná ako prvok prevencie pred negatívnymi javmi, ktoré výkon pomáhajúcich profesií prináša, v zmysle prevencie najmä pred syndrómom vyhorenia, syndrómom nudy, únavy z empatie, či ďalších negatívnych javov v pracovnom prostredí. Je preto nevyhnutné zvyšovať mieru aktívnej starostlivosti o seba u pracovníkov, ktorí sú v každodennom kontakte s mnohými problémami, ktoré majú klienti najmä v oblasti sociálnej práce, ale i psychológie, či v zdravotníckej oblasti. Je vhodné rozširovať najmä vzdelávacie, supervízne, ako i sociálno-psychologické aktivity počas výkonu praxe, ale i počas odbornej prípravy v rámci vysokých škôl. Predpokladom pre rozširovanie týchto aktivít je fakt, že iba kvalifikovaný pracovník, ktorý má dobrú úroveň starostlivosti o seba je dostatočne pripravený na výkon práce v prospech iných osôb – klientov. Predkladaný príspevok by mohol podnietiť širší odborný diskurz a výskum týkajúci sa jednak podmienok vykonávania pomáhajúcich profesií, jednak prípravy na vykonávanie psychicky náročných a rizikových profesií v širších súvislostiach.

Cieľom celého výskumu je vytvoriť model starostlivosti o seba u pomáhajúcich profesií, a to cestou overenia teoretického modelu použitím empirických dát s využitím multivariačnej štatistickej analýzy. Takýto model podľa dostupných literárnych zdrojov nie je vytvorený doposiaľ v celosvetovom kontexte. Výskum vyústi do procesu overovania vzdelávacích programov zameraných na dosahovanie a udržanie starostlivosti o seba, s cieľom remediácie a prevencie negatívnych sprievodných javov pri samotnom vykonávaní sociálnej práce.

Zoznam citovanej literatúry

BEAUCHAMP, T. L., CHILDRESS, J. F. *Principles of Biomedical Ethics*. Oxford University Press, 2001. ISBN 0-19-514332-9

GREJTÁKOVÁ, I. a J. VOROBEL. Požadované kompetencie sociálneho pracovníka pri komunitnej práci v organizácii. *People in need na Slovensku*. Dostupné z: [file:///C:/Users/Dana %20Rosov %C3 %A1/Downloads/grejtakova.pdf](file:///C:/Users/Dana%20Rosov%C3%A1/Downloads/grejtakova.pdf)

HUDECOVÁ, A., a kol. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, Banská Bystrica, 2010. ISBN 978-80-557-0112-7.

KUBICOVÁ, A. K problematice sociálních a spirituálních kompetencí sociálních profesí. Dostupné z: http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Matulayova2/pdf_doc/15.pdf

LICHNER, V., LOVAŠ, L. Model of the Self-care Strategies Among Slovak Helping Professionals – Qualitative Analysis of Performed Self-care Activities. *Humanities and Social Sciences Review*, 2016, 5(1), s. 277–285. ISSN 2165-6258.

LOVAŠ, L a kol., *Psychologické kontexty starostlivosti o seba*. Košice: UPJŠ, 2014. ISBN 978-80-8152-196-6.

MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN: 978-80-2620-366-7.

NORCROSS, J. C. Psychotherapist self-care: Practitioner-tested, research-informed strategies. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2000, 3, 1, s. 710–713. ISSN 0735-7028

PRÚCHA, J., VETEŠKA, J. *Andragogický slovník*. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4748-4.

SAPIENZA, B. G., BUGENTAL, J. F. T. Keeping our instruments finely tuned: An existential-humanistic perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2000, 31, s.458-460. ISSN 0735-7028

SKOVHOLT, T. M. *The resilient practitioner: Burnout prevention and self-care strategies for counselors, therapists, teachers, and health professionals*. Needham Heights: Allyn & Bacon, 2001. ISBN 978-02-0530-611-4.

VETEŠKA, J. a kol. *Teorie a praxe kompetenčního přístupu ve vzdělávání*. Praha: EDUCA Service, 2011. ISBN 978-80-87306-09-3.

VETEŠKA, J. *Nové paradigma v kurikulu vzdělávání dospělých*. Praha: EDUCA Service, 2009. ISBN 978-80-87306-04-8.

Komparácia predmetov poznania sociálneho poradenstva a psychologického poradenstva¹¹²

Comparison subjects of knowledge of social counseling and psychological counseling

Barbora Holíková¹¹³, Alena Novotná¹¹⁴

Abstrakt

Príspevok sa venuje predmetu poznania sociálneho poradenstva a psychologického poradenstva z pohľadu vybraných odborníkov z oblasti sociálnej práce a psychológie, so zameraním na identifikáciu prelínania sa sociálneho poradenstva a psychologického poradenstva. Cieľom príspevku je poukázať na predmet skúmania poradenskej činnosti odborníkov z praxe a výskumných teoretikov. V súčasnosti je už dobudovaný systém poskytovania sociálneho poradenstva a psychologického poradenstva, ktorý je uzákonený v platnej legislatíve. Napriek tomu sa neustále venuje tejto oblasti skúmania veľká pozornosť, a to najmä v snahe poukázať na nedostatky, ktoré sa v súčasnej praxi objavujú a v snahe zlepšenia realizácie poradenského procesu. Identifikované boli zistenia ako prínos sociálneho aj psychologického poradenstva v rezorte zdravotníctva, prelínanie činností jednotlivých poradenstiev v praxi a nutnosť rozvoja praktických spôsobilostí v procese vzdelávania.

Kľúčové slová: Sociálne poradenstvo. Psychologické poradenstvo. Komparácia. Výsledky výskumov.

Abstract

The contribution deals with awareness of the social counselling and psychological counselling from the point of view of the selected experts from the area of the social work and psychology, with focus on the identification of mingling of the social counselling and psychological counselling. The contribution intends to point out the subject of research of the counselling activity of the practitioners and research theorists. The system of provision of the social counselling and psychological counselling has already been finished and enacted in the applicable laws. Despite that, attention is paid to this area of research, in particular in an attempt to point out the shortages being currently seen in the practice, and in an attempt to improve the counselling process. The findings were identified as assets to the social as well as psychological counselling in the health care resort, mingling of activities of each counselling in practice, as well as the necessity of developing of the practical capabilities in the process of education.

Keywords: Social counselling. Psychological counselling. Comparison. Results of the researches.

1. Úvod

Problematike sociálneho poradenstva a psychologického poradenstva sa venuje veľká pozornosť, a to najmä z dôvodu jeho čoraz častejšieho využívania. Poradenstvo bolo využívané vo vybraných odboroch už od začiatku poskytovania pomoci aj napriek tomu, že táto pomoc nebola označovaná ako odborná poradenská činnosť. V súčasnosti je už dobudovaný systém poskytovania sociálneho poradenstva a psychologického poradenstva, ktorý vychádza z teoretických prác domácich aj zahraničných odborníkov. Pri poskytovaní poradenských služieb je možné využiť množstvo metód a techník uľahčujúcich a humanizujúcich poradenský proces. Vykonávanie pora-

112 2/34./2016, GAPF.

113 Mgr. Barbora Holíková, Ústav sociálnych vied, Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, Hrabovská cesta 1, Ružomberok, e-mailová adresa: barborka.holikova@gmail.com.

114 doc. PhDr. Alena Novotná, PhD., Katedra sociálnej práce, Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, Hrabovská cesta 1, Ružomberok, novotna.a@gmail.com.

denskej činnosti v odbore sociálna práca a psychológia je zakotvené v platnej legislatíve¹¹⁵. Rovnako vznikli stavovské organizácie, ktoré združujú a usmerňujú vykonávanie poradenskej činnosti v snahe ochrániť práva klienta a poradcu. Aj napriek tomu, môžeme vidieť, že sa problematike poradenskej činnosti venuje významná pozornosť v snahe zlepšenia realizácie samotného poradenského procesu.

2. Predmet skúmania poradenskej činnosti v sociálnom poradenstve a psychologickom poradenstve

Výskumné zistenia a odborné práce, na ktoré je nasmerovaná pozornosť sa venujú širokému spektru problematik, v snahe zlepšiť poradenskú prax. Cieľom príspevku je poukázať na niektoré predmety skúmania odborníkov z praxe a výskumných teoretikov. Teoretickou analýzou vybraných výskumných prác sme identifikovali oblasti, ktorým bola venovaná pozornosť výskumníkov. Medzi najvýznamnejšie oblasti patrila legislatíva, vzdelávania, prelínania práce sociálnych poradcov a psychológov, práca vo vybraných cieľových skupinách a rezort zdravotníctva, ktoré bližšie prezentujeme vybranými štúdiami. Tieto zistenia môžu dopomôcť k porozumeniu stavu sociálneho a psychologického poradenstva na Slovensku a zahraničí, ktoré považujeme za kľúčové pre orientovanie sa vo vybranej problematike a rovnako umožňujú skvalitnenie poradenskej praxe.

2.1 Predmet skúmania poradenskej činnosti psychologického poradenstva na Slovensku

Psychologické poradenstvo prešlo od jeho začiatku až po súčasnosť mnohými zmenami. Na jednu zo zmien poukazuje Matula (2011) vo svojom príspevku s názvom Sedem smutných rokov právnej regulácie psychologické činnosti na Slovensku, ktorý poukazuje na aktuálny stav vykonávania psychologické praxe. Matula (2011, s. 54) ukazuje na zmenu pôvodného zákona č. 119/1999 o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov k 31.12.2004, kedy psychologická činnosť v zdravotníctve bola legislatívne i organizačne zastrešená príslušnou sekciou Slovenskej komory iných zdravotníckych pracovníkov, asistentov, laborantov a technikov. Táto zmena, okrem iného, priniesla možnosť ďalšieho kvalifikačného rozvoja psychológov pracujúcich v rezorte zdravotníctva, ktorí po absolvovaní potrebného obdobia praxe v zdravotnom zariadení môžu získať atestáciu v oblasti klinickej, školskej aj poradenskej psychológie. Vykonávanie praxe v zariadení inom ako zdravotníckom (napr. školstvo, v ktorom pracuje veľká časť psychológov na Slovensku), bez dodatočného absolvovania praxe v zdravotnom zariadení, neumožňuje získať atestáciu v školskej alebo poradenskej psychológii. Matula dodáva, že takto dochádza ku „kompletnej klinizácii“ všetkých psychologických odborov. V príspevku autor navrhuje tézy právnej úpravy vykonávania a regulácie v špecializačnej oblasti odbornej psychologické činnosti. Právna úprava zákona č. 578/2004 Z. z. o poskytovaní zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve na význam aj preto, aby psychológovia mohli zastupovať pracovnú pozíciu poradenského alebo školského psychológa aj bez praxe v zdravotníctve.

Rovnako Matula (2004) v článku s názvom Psychologické poradenstvo na rázcestí? poukazuje na problematiku využívania poradenskej činnosti v rezorte školstva, v ktorom poradenstvo má významné miesto. Jeden z problémov vidí v tom, že činnosť psychológov v školstve je skôr

115 Zákon 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Zákon 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

usmerňovaná pedagogickým a administratívnym riadiacim charakteristikám, namiesto prihladiania na potreby detí a mládeže. Možno aj z tohto dôvodu je pozícia psychológa pedagógmi nie vždy pozitívne prijímaná. Matula (2004) pripomína nutnosť vytvorenia poradenskej koncepcie práce v školstve, ktorá by umožňovala dlhodobú koncepčnú činnosť. Poukazuje na spojitosť poskytovania psychologického poradenstva so sociálnym či špeciálno-pedagogickým poradenstvom. V príspevku autor upozorňuje na fakt, že v priebehu posledných rokov sa veľmi úzko **prelína práca jednotlivých vedných disciplín** až tak, že získavame z toho „teoreticko-metodologický chaos“. Uvádza pracovné a obsahové zameranie menovaných profesií (napr. máme poradenstvo pedagogicko-psychologické, špeciálno-pedagogické a špeciálno-sociálne, klinicko-psychologické, liečebno-sociálne apod.). Poukazuje na potrebu vytvorenia „*systému synergicky prepojenej kooperácie všetkých zúčastnených profesií za predpokladu konsenzuálneho vymedzenia jednak špecificky autonómnych a jednak vzájomne prekrývajúcich sa oblastí*“ (Matula, 2004, s. 3). Na tento problém **rozdrobenosti poradenských služieb a nejednoznačné zameranie** na cieľové skupiny, ktorým sú jednotlivé typy poradenstva poskytované, poukázal aj Zelina (2005). Na výhody a nevýhody práce psychológa v centrách pedagogicko-psychologického poradenstva a prevencie a v školách upozorňuje Ilnacík (2012). Rovnako vidí problém v nejasných kompetenciách psychológa a **konflikt odbornej činnosti a legislatívy**. Je možné vidieť, že v oblasti poradenskej práce je čoraz väčšia nejednoznačnosť poskytovania poradenstva, a to nielen na interdisciplinárnej úrovni, ale aj v rámci vednej disciplíny. Legislatíva definuje za akých okolností môže psychologický a sociálny poradca vykonávať sociálne alebo psychologické poradenstvo. Vymedzenie jednotlivých typov poradenstva je v legislatíve odlišne definované. V praxi sa môžeme stretnúť so zlievaním psychologickéj poradenskej činnosti s inou činnosťou práve z dôvodu reagovania na aktuálne potreby klientely. Ako uvádza Matula (2004), pri definovaní koncepcie práce a zahrnutia týchto princípov do legislatívy je nevyhnutné vychádzať práve z požiadaviek klientov tak, aby im bola poskytnutá táto pomoc a súčasne zákon umožňoval a uľahčoval zamestnať na túto profesiu kvalifikovaného odborníka. Mnohé inštitúcie (napr. školy) nie sú motivované zamestnať školského psychológa na škole, a tak túto činnosť nahrádzajú učiteľia v pozícii výchovných poradcov alebo špeciálni pedagógovia. Aj tu môžeme vidieť splyvanie viacerých profesií do jednej, čím potvrdzujeme, že je prínosné sa venovať odlišeniu jednotlivých typov poradenstva, tak aby nedochádzalo k ich prelínaniu.¹¹⁶ Prelínanie rôznych druhov vzdelávania prostredníctvom kurzov a výcvikov sociálnych a psychologických poradcov rozširuje kompetencie a vedomosti poradcov až na úroveň interdisciplinárnu. Tento fakt nepovažujeme za negatívny. Odborní poradcovia následne majú možnosť disponovať rozsiahlymi poznatkami, ktorými môžu klientovi pomôcť jednak riešiť problémovú situáciu a rovnako odporučiť mu navštíviť špecializovaného odborníka, nakoľko počas kurzov získajú tiež poznatky o poskytovaní služieb v rôznych oblastiach pomoci. Dôležité je však, aby ani psychológ a ani sociálny poradca nezabudol čo je kľúčovou oblasťou jeho pomoci a hlavnú časť svojej práce venoval práve jej. Rovnako aj Prevendárová (2001) poukazuje na tento problém a prináša diskusiu s tvrdeniami Shulmana (1984), v ktorej oceňuje iniciatívnosť a kreativitu tých poradcov, ktorí sa usilujú učiť sa nové veci a rozvíjať sa profesionálne aj osobnostne. Je však dôležité uvedomiť si etické princípy práce poradcov, zaujať k nim zodpovedný prístup a dodržať kompetencie ich odbornej kvalifikácie.

116 K prelínaniu kompetencií sociálnych, psychologických a iných poradcov môže dochádzať aj z dôvodu nedostatočného počtu zamestnancov v inštitúciách.

2.2 *Predmet skúmania poradenskej činnosti psychologického poradenstva v zahraničí*

Výskumy zrealizované v zahraničí sa venujú najmä overovaniu efektívnosti a prínosu jednotlivých metodík, foriem teoretických prístupov a iných súčastí poradenstva pri riešení problému klienta terapeutickou, poradenskou alebo inou odbornou činnosťou. Prínos týchto výskumov je najmä v identifikovaní predmetu pozornosti poradenskej činnosti mnohých odborníkov. Aj štúdium týchto výskumných zistení môže pomôcť sa lepšie zorientovať a uvedomiť si aké kompetencie sú významné pre samotný poradenský proces v sociálnom a psychologickom poradenstve.

Dang, Wang, Li a kol. (2014) zisťovali účinky skupinového poradenstva na sebavedomie a sociálnu adaptáciu pacientov s popáleniami počas rehabilitácie. Participanti boli rozdelení do kontrolnej a skúšobnej skupiny. Obom skupinám bola poskytnutá rehabilitácia s rozdielom, že skúšobnej skupine bolo poskytnuté aj psychologické poradenstvo. Zaznamenaný bol celkový stav pacientov pred aj po liečbe prostredníctvom Rosenberg's Self-Esteem Scale (zaznamenáva zmeny na úrovni sebavedomia) a The Abbreviated Burn-Specific Health Scale (zaznamenáva mieru fyzických funkcií, psychických funkcií, sociálnych vzťahov, zdravotného stavu). Výsledky poukázali, že u skúšobnej skupiny bola zaznamenaná vyššia miera hladiny sebavedomia a komplex menejcennosti sa znížil z 53,1 % na 18,8 %. Tak isto aj psychické funkcie, zdravotný stav a sociálne vzťahy sa významne zvýšili po liečbe. Výskumné zistenia Danga, Wanga, Li a kol. (2014) dokazujú, že **výber formy pomoci** má významný efekt na samotnú liečbu klienta.

Na zlepšenie poradenskej práce dopomáha supervízia, kurzy a výcviky, ktoré poskytujú poradcom a terapeutom získanie spätnej väzby a usmernenie pri výkone svojej práce. Na významnosť **využívania školení poradenskej činnosti** poukázali vo svojej práci Minieri, Reese, Misericchi a Pascalle-Hague (2015). Prínos vidia práve v odovzdaní si praktických poznatkov založených na skúsenostiach, čím môžu prispieť k sociálnej spravodlivosti. Avšak aj poradca môže svojim subjektívnym prežívaním nevedomo ovplyvniť poradenský proces a jeho priebeh. Ich cieľom bol predstaviť The Partners for Change Outcome Management System, ktorý je užitočným tréningovým nástrojom usmernenia poradenskej činnosti. V oblasti poradenskej práce sa vo svete čoraz viac budujú rôzne aplikácie a systémy, ktoré majú za cieľ zlepšiť poradenskú prácu. Treba sa zamyslieť, či samotný kontakt so supervízorom či lektorom neprináša so sebou aj ďalšie kvality využiteľné v samotnej poradenskej praxi. Súčasne si však uvedomujeme, že pre lepšiu prehľad v problematike poradenskej činnosti je nevyhnutné byť informovaný o **inovatívnych prostriedkoch**, ktoré sa stávajú súčasťou práce poradcov.

Za nevyhnutnú **súčasť liečby** onkologických pacientok považujú Lawson, Klock, Pavone, Hirshfeld-Cytron, Smith a Kazer (2015) psychologické poradenstvo. Vo svojej práci poukazujú na väčší záujem pacientok o zachovanie plodnosti po absolvovaní gone – do toxikkej terapie. Zdôrazňujú, že zdravotná starostlivosť a zachovanie plodnosti bola dostatočne zdokumentovaná. Malý priestor sa však venoval emocionálnym problémom, ktoré boli spojené s otázkami zachovania plodnosti. Autori navrhujú zoznam dôležitých otázok, ktorým treba venovať pozornosť počas psychologického poradenstva (napr. reagovanie na už existujúci psychických stres pacientok, aké možnosti by pacientka využila v prípade neplodnosti, rozhodnutie o využití darcovstva vajíčok / spermíí, očakávania ohľadne liečby v tehotenstve či potrate, etické otázky súvisiace s liečbou a pod.). Autori svojou prácou bližšie špecifikujú prácu s vybranou cieľovou skupinou, ako aj potrebu venovať sa **aktuálne- mu prežívaniu klientov** s dôrazom na zodpovedanie si otázok z obáv z budúcnosti.

2.3 Predmet skúmania poradenskej činnosti sociálneho poradenstva na Slovensku

V oblasti sociálnej práce sa čoraz viac dostáva do popredia potreba **tvorby študijného programu** sociálnej práce zameraného na rozvoj poznatkov a skúseností s poradenstvom. Postupne sa poradenstvo stáva súčasťou zamerania niektorých programov vysokých škôl v odbore sociálna práca. Na nutnosť venovať zvýšenú pozornosť poradenstvu v procese vzdelávania budúcich sociálnych pracovníkov upozornila Lubina (2012), ktorá vníma poradenstvo ako modernú formu sociálnej podpory. V príspevku poukazuje na to, že študenti sú na poradenskú činnosť **pripravení najmä teoreticky**, čo preukázala najmä supervízia a analýza ich skúseností. Väčší priestor má byť venovaný najmä praktickým skúsenostiam a osobnému rozvoju pracovníkov v pomáhajúcich profesiách, a to napríklad zážitkovou formou alebo demonštrácie poradenského procesu vyučujúcim. S opodstatnením demonštrácie poradenského procesu vyučujúcim sme sa stretli aj na konferencii s názvom „Nové poznatky v poradenskej psychológii“ (2016), napriek tomu, nemôžeme tvrdiť, že je to v súčasnosti bežnou praxou. Samotné vykonávanie poradenstva si vyžaduje široké spektrum vedomostí, ktoré si študenti osvojujú počas výučby. Pri vykonávaní profesie poradcu je nevyhnutné, aby pracovník dokázal pracovať so svojimi vnútornými bariérami, dokázal ich pomenovať a pracovať s nimi v prospech poradenského procesu.

V oblasti **rozvoja nových druhov sociálneho poradenstva** poukazuje Machalová (2015) na edukačné sociálne poradenstvo. Zámerom Machalovej (2015, s. 1) je „*vytvoriť inovatívny druh, obsah a metódu celoživotného poradenstva na základe uplatnenia výchovných a vzdelávacích procesov v poradenskej činnosti, s tým, že človeka chápeme ako permanentne sa rozvíjajúci systém*“. Aj tu môžeme vidieť, že v sociálnom poradenstve sa postupne vytvárajú koncepcie práce ďalších poradenských činností sociálnych pracovníkov (napr. edukačné sociálne poradenstvo, kariérne poradenstvo a ďalšie (Mayerová, 2011, Markovič, Markovičová 2014 a iní). Obsahové zameranie jednotlivých druhov poradenskej činnosti sociálnych poradcov nás usmerňuje pri definovaní si potrieb, na ktoré reaguje súčasné sociálne poradenstvo. **Na potrebu edukačného sociálneho poradenstva** poukázala Machalová (2010) prieskumnou sondou názorov študentov externého štúdia na vysokej škole. Výsledky poukázali, že o odbornú individuálnu konzultáciu s poradcom by mali záujem viac ženy ako muži. Až 71 % respondentov odpovedalo, že by sa snažili svoj problém riešiť sami, a to najmä prostredníctvom internetu, rozhovoru s blízkymi, kníh, rozhlasu a na poslednom mieste televízie. Človek v akomkoľvek veku prekonáva sociálne, psychické, fyzické a iné problémy, pri riešení ktorých sa usiluje hlavne získať čo najviac informácií potrebných na správny intervenčný postup.

V súčasnosti odborné články a príspevky v oblasti sociálneho poradenstva sa venujú tiež skúmaniu **poradenskej činnosti s rôznymi cieľovými skupinami**. Matel (2009) zrealizoval výskum v sociálnom zariadení **pre ženy** kde sledoval efekt sociálneho poradenstva u žien, ktoré boli **obetami násillia**. Z výskumu vyplýva, že takmer pätina žien sa vrátila po čase k násilnému partnerovi práve pre neschopnosť zabezpečiť si bývanie a ekonomickú samostatnosť. Čo potvrdzujú aj výskumné zistenia autora, ktoré preukazujú, že 80 % žien bolo ekonomicky neaktívnych. Príspevkom zdôrazňuje potrebu venovať pozornosť nielen psychickým a sociálnym aspektom, ale zamerať sa aj na pomoc pri hľadaní finančných zdrojov, bývania a práce, a tým viesť klientov k svojpomoci. Autor rovnako navrhuje zlepšiť aj politiku štátu a samosprávy, a to v oblasti poskytovania finančnej podpory obetiam násillia, tvorbu programov na podporu bývania a zmapovania dôsledkov ekonomického násillia na území Slovenskej republiky.

Na naliehavosť venovať pozornosť tejto problematike poukazuje aj Húsková (2014), ktorá zdôrazňuje naopak nutnosť intervencie špecializovaného sociálneho poradenstva pri psychickom **týraní obetí**. Autorka zdôrazňuje najmä **hranice pomoci sociálneho pracovníka**. Pripomína, že sociálny poradca by mal disponovať základnými psychologickými a právnymi znalosťami a zruč-

nosťami. Je nevyhnutné však v prípade potreby osloviť odborníkov z psychológie, psychoterapie, psychiatrie či práva a distribuovať klienta k špecialistovi. Autorka poukázala na to, že hoci pri poskytovaní poradenstva disponuje poradca interdisciplinárnymi poznatkami, je nevyhnutné sledovať hranicu kompetencií a neváhať distribuovať klienta k špecialistovi. Drexerová (2010) poukazuje na špecifické kompetencie sociálnych poradcov a zacielenosť pomoci **zadĺženým rodinám**. Autorka poukazuje na to, že dlhy sa stávajú aktuálnou problematikou, s ktorou sa môžeme stretnúť v práci s rodinami. Jedny z hlavných príčin zadĺženosti vidí v strate zamestnania, prepadnutí závislosti, pri chorobe, rozvoze či strate partnera. Autorka zdôrazňuje, že pracovníci pomáhajúcich profesií majú disponovať schopnosťou rozpoznať u rodiny potrebu poskytnutia poradenstva v dlhoch a vo svojej práci sa zamerať tiež na informovanosť širokej verejnosti o príčinách a dôsledkoch zadĺženia rodín. Aj tu autorka poukazuje na **podmienky práce s cieľovou skupinou** platiace nielen pre **sociálnych pracovníkov**, ale aj poradcov z iných vedných disciplín, kde môžeme zaradiť aj **psychológov**. Pre pomoc obetiam násilia sa vytvárajú aj krízové centrá kde je im poskytovaná komplexná sociálna, psychologická, právna aj krízová pomoc. Mišovičová (2011) vo svojom príspevku poukazuje na krízové centrum s názvom ŽENA V TIESNI vzniknuté v roku 2006 v Martine. „*Od začiatku činnosti Krízové centrum poskytlo pomoc 652 ženám zažívajúcim násilie a zaznamenalo 6 061 kontaktov od žien, ktoré násilie zažívajú. Preventívnych aktivít sa zúčastnilo vyše 7 000 študentiek stredných, vysokých škôl a verejnosť.*“ Tu vidíme, že rozvoj sociálneho poradenstva sa postupne dostáva čoraz viac do praxe najmä prostredníctvom vzniku rôznych občianskych združení ako je Žena v tiesni, IPčko, UNICEF a mnohé ďalšie, kde práca sociálnych a psychologických poradcov je v úzkom prepojení.

2.4 Predmet skúmania poradenskej činnosti sociálneho poradenstva v zahraničí

Rovnako, ako bolo spomenuté v psychologickom poradenstve, zahraničné štúdie poukazujú, okrem iného, na **význam sociálneho poradenstva** v rezorte zdravotníctva. Yarlagadda, Hatton, Huettig a Deschler (2012) vo svojej práci poukázali na prínos vstupného sociálneho poradenstva a koordinácie u pacientov podrobujúcich sa liečbe rakoviny a chirurgickému zákroku. U týchto pacientov bolo preukázané psychické rozrušenie a zhoršenie sociálneho fungovania (v oblasti finančnej pomoci, prepravy a starostlivosti po akútnej hospitalizácii). Získané výsledky skúšobnej skupiny boli porovnané so skupinou pacientov, ktorým vstupné sociálne poradenstvo nebolo poskytnuté. Výsledky naznačujú, že vstupné poradenstvo **umožnilo lepšiu orientáciu klientov** v oblasti prepravy, finančných zdrojov, zníženie úzkosti pacientov a zlepšenia boli identifikované aj v oblasti včasného riešenia problematiky zneužívania látok. Nakoľko na Slovensku nie je vždy bežná odborná poradenská pomoc pri prekonávaní úzkosti, zmätenia, šoku a pocitu neistoty v období pred operáciou, považujeme výsledky tejto práce za významne prínosné. Výsledky výskumu utvrdzujú v tom, že samotný rozhovor má nenahraditeľnú úlohu v poradenskom procese.

Ako bolo už spomenuté, **prínos poradenstva u onkologických pacientov** je významný. Prieskum Kowalskeho, Ferencza, Weisa, Adolpha a Wesselmanna (2015) poukazuje na to, že v Nemecku je neoddeliteľnou súčasťou poskytované sociálne poradenstvo v onkologických centrách. Výsledky prieskumu naznačujú, že najčastejšie je sociálne poradenstvo poskytované onkologickým pacientom **pri liečbe prsníka a hrubého čreva** a najmenej u pacientov liečiacich sa na rakovinu kože. Autori dodávajú, že odchýlky medzi centrami sú vysoké. Vyššie uvedené výskumy nás vedú k tvrdeniu, že mnohé výskumy z oblasti sociálneho poradenstva sú zamerané najmä na rezort zdravotníctva.

Výskumné zistenia, poznatky a skúsenosti vyššie menovaných autorov nám dopomohli na lepšie zorientovať v predmete pozornosti výskumníkov z oblasti sociálneho poradenstva a psychologického poradenstva. Uvedomuje si, že spomenuté výskumy sú široko a interdisciplinárne orientované. Napriek tomu sú tieto zistenia pre nás dobrým východiskom pre porozumenie hlavnej zameranosti odborníkov z poradenskej praxe.

3. Záver

Príspevok poukázal na niektoré predmety poznávania výskumníkov a odborníkov zo Slovenska aj zahraničia. Mnohé z nich poukazujú na nedostatky, ako aj efektívne formy pomoci klientom počas poskytovania poradenskej činnosti. Zaujímavým zistením bolo, že výskumy potvrdzujú, že práve v oblasti zdravotníctva je poradenstvo výrazne prínosným prvkom, aj napriek tomu, že pri mnohých zákrokoch je pacientom poskytnuté skôr len usmernenie lekárom. V príspevku bol prezentovaný aj stav psychologického poradenstva na Slovensku, ako aj čoraz viac rozvíjajúce sa sociálne poradenstvo v procese vzdelávania. Príspevok ponúka široké zameranie výskumnej činnosti a pozornosti odborníkov z oblasti poradenstva, čo nám dopomáha k lepšej orientácii vo vybranej tematike.

Zoznam citovanej literatúry

ČEREŠŇNÍK, M. *Základy poradenskej psychológie*. Nitra: UKF, 2012. 120 s. ISBN 978-80-558-0073-8.

DANG R., WANG Y., LI N. a kol. Effects of group psychological counseling on self-confidence and social adaptation of burn patients. In *Zhonghua Shao Shang Za Zhi = Zhonghua Shaoshang Za zhi = Chinese Journal Of Burns* [Zhonghua Shao Shang Za Zhi] 2014 Dec; Vol. 30 (6), pp. 487-90.

DREXLEROVÁ, B. Sociálne poradenstvo pre zadlžené rodiny v medziach „nového“ Zákona o sociálnych službách. In *Prohuman*, 2010, ISSN 1338-1415.

FF KU. (2016) *Konferencia: „Nové poznatky v poradenskej psychológii“* Filozofická fakulta, Katolícka univerzita v Ružomberku.

GABURA, J. *Teória a proces sociálneho poradenstva*. Bratislava: IRIS, 2013. ISBN 978-8-89238-927.

HVOZDÍK, J. a kol. *Psychologické výchovné poradenstvo v teórii a praxi*. Košice: Psychologická výchovná klinika – Východoslovenské vydavateľstvo, 1971.

HVOZDÍK, S. *Úvod do poradenskej psychológie*. Košice: Univerzita Jozefa Šafárika, 2011. ISBN 978-80-7097-796-5.

HÚSKOVÁ, E. Psychické následky násilia páchaného na ženách a možnosti pomoci špecializovaným sociálnym poradenstvom. In *Prohuman*, 2014, ISSN 1338-1415.

IHNACÍK, J. Školský a poradenský psychológ pri pomoci deťom a mládeži. In *Psychologie pro praxi*, ISSN 1803-8670. 2012. vyd. 1-2, 47, s. 65-77.

KOŠČO, J. kol. *Poradenská psychológia*. 1. vyd. Bratislava: Slovenské pedagogické nakladateľstvo, 1987.

KOWALSKEHO, CH. a kol. Social Service Counseling in Cancer Centers Certified by the German Cancer Society. In *Social Work in Health Care*. Apr2015, Vol. 54 Issue 4, p307-319. 13p.

LAWSON, A. K., a kol. Psychological Counseling of Female Fertility Preservation Patients. In *Journal Of Psychosocial Oncology* [J Psychosoc Oncol] 2015; Vol. 33 (4), pp. 333-53.

LUBINA, E. Poradenstvo v sociálnej práci – ako pripraviť študentov na moderné formy sociálnej podpory. Balogová, B., Klimentová, E. (Eds.) In *Výzvy a trendy vo vzdelávaní v sociálnej práci*. Prešov: Prešovská univerzita, 2012. 286 s. ISBN 978-80-555-0613-5

MACHALOVÁ, M. Rola celoživotného učenia sa a edukačné sociálne poradenstvo. In *Prohuman*. 2015, ISSN 1338-1415.

MACHALOVÁ, M. Sociálno-andragogické poradenstvo a sociálne problémy. In *Andragogika: čtvrtletník pro rozvoj a vzdělávání dospělých*. Roč.14, č.3, 2010, s. 11–12.

MARKOVIČ, D., MARKOVIČOVÁ, K. Propagácia pracovísk kariérového poradenstva na vysokých školách. In *Kariérové poradenstvo v teórii a praxi*, 2014. Roč. 3, č. 5.

MÁTEL, A. Sociálne poradenstvo a pomoc ženám, ktoré prežili domáce násilie In Hejdiš, M., Kozoň, A. (eds.): *Sociálna a ekonomická núdza – bezpečnosť jedinca a spoločnosti*. Zborník príspevkov, 22.-23.5. 2009, VŠZaSP sv. Alžbety, Bratislava 2009, s. 454–464. ISBN 978-80-89271-63-4.

MATULA, Š. Lepšia teória horšej poradenskej praxe ako naopak? In Áno psychologickému poradenstvu! Radšej osobnosť rozvíjať ako liečiť. Zborník z celoštátnej odbornej konferencie pri príležitosti 45. výročia založenia prvej Psychologickej výchovnej kliniky. Bratislava: VEDA pre KPPP a CVPP Bratislava, 2002, s. 60–65.

MATULA, Š. Psychologické poradenstvo na rázcestí. In *Prevenia* 2. Bratislava: ÚIPŠ, 2004. ISSN 1336-3689.

MATULA, Š. Sedem smutných rokov právnej regulácie psychologickej činnosti na Slovensku. Vendel, Š. (Ed.). In *Psychologické poradenstvo na celoživotnej ceste človeka*. Prešov: Prešovská univerzita. ISBN 978-80-555-0369-1.

MAYEROVÁ, T. Potrebujú učitelia poradenstvo v ďalšom vzdelávaní. Vendel, Š. (Ed.). In *Psychologické poradenstvo na celoživotnej ceste človeka*. Prešov: Prešovská univerzita, 2011. ISBN 978-80-555-0369-1.

MIŠOVIČOVÁ, M. Žena v tiesni. In *Prohuman*, 2011. ISSN 1338-1415.

MINIERI, A. a kol. Using client feedback in training of future counseling psychologists: An evidence-based and socialjustice practice. In *Counselling Psychology Quarterly*. Sep2015, Vol. 28 Issue 3, p305-323. 19p.

OLÁH, M., SCHAVEL, M. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. 3. vyd. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2009. 233 s. ISBN 8080684871.

PREVENDÁROVÁ, J. *Rodinná terapia a poradenstvo*. Bratislava: Humanitas, 2001. 148 s. ISBN 80-968053-6-3.

SHULMAN, L. *The Skills of Helping Individuals and Groups*. 2. vyd. F.E. Peacock. Publ. Inc Itasca Illinois, 1984.

SMITKOVÁ a kol. *Kapitoly z poradenskej psychológie*. Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2014. 340 s. ISBN 978-80-223-3525-6.

YARLAGADDA B. B. a kol. Patient and staff perceptions of social worker counseling before surgical therapy for head and neck cancer. In *Health & Social Work* [Health Soc Work] 2015 May; Vol. 40 (2), pp. 120-4.

Zákon 199/1994 o psychologické činnosti a Slovenskej komore psychologov.

Zákon 578/2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon 448/2008 o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

ZELINA, M. Poradenstvo v školách na rózcestí? In *Prevencia*. Bratislava: Ústav informácií a prognóz školstva. ISSN 1336-3689, 2005, č. 2.

Profesionalita sociálního pracovníka v kontexte zásahu prostřednictvím nenásilné komunikace.

Professional social workers in the context intervention through non-violent communication.

Stanislava Hunyadiová

Abstrakt

Vzdelávanie prostredníctvom psychosociálnych výcvikov sa zameriava rovnako ako samotná supervízia na proces, jeho formovanie a v ňom sa nachádzajúce možnosti poučiť sa. Zabezpečuje učenie v skupinových procesoch. Flexibilné výcviky so zameraním na sebareflekciu a orientáciu sa na učenie nie prostredníctvom inštrukcie ani teoretického školenia, ale podporou učenia jednotlivcov, skupín v rámci interaktívneho procesu hľadania seba samého.

Cieľom príspevku je upozorniť na dôležitosť významu spirituality a religiozity v procese realizácie a zefektívňovania prípravy pomáhajúceho profesionála na proces práce s klientom v troch tematických a paradigmálnych rovinách: 1. reformnej, usilujúcej o posilnenie statusu spoločenského povedomia o sociálnej práci, 2. poradenskej, vychádzajúcej v ústrety individuálnym potrebám klientov a 3. terapeutickej, starajúcej sa o psychické a duchovné zdravie pomáhajúceho profesionála.

Kľúčové slová: Sociálny pracovník. KILT. Komunikácia. Zručnosti. Vzťahy.

Abstract

The education through the psychosocial training as well as the supervision alone focuses also on the process, forming thereof, and the possibilities for learning therein. It provides education in the group processes. The flexible training with focus on the self-reflection and learning neither through the instructions nor theoretical training but through the support of learning of individuals, groups within the interactive process of self-knowledge. The contribution draws attention to importance of the spirituality and religiousness in the process of the implementation and streamlining of training of the assisting staff to the process of working with the client in three themed and paradigm areas: 1. reform one, attempting to reinforce the status of social awareness about the social work, 2. counselling one, accommodating the individual needs of the clients, and 3. therapeutic one, taking care of the mental and spiritual health of the assisting staff.

Keywords: Social worker. KILT. Communication. Skills. Relations.

Úvod

Počas štúdia sociálnej práce študenti absolvujú psychosociálne výcviky zamerané na sebazpoznanie, komunikáciu, sociálne poradenstvo a supervíziu. Ich cieľom je pozitívne ovplyvniť hodnotovú orientáciu, postoje a správanie sociálnych pracovníkov a prispieť k osobnostnému a sociálnemu rozvoju. Dôraz je kladený na formatívne prvky, orientuje sa na subjekt i objekt, na praktické využitie v bežnom živote a pri práci sociálneho pracovníka. Reflektuje osobnosť jednotlivca, jeho individuálne potreby a zvláštnosti. Zmyslom je utváranie vlastných predstáv a názorov získaných na základe praktických životných spôsobilosti/zručnosti, hľadanie vlastnej cesty k životnej spokojnosti založenej na dobrých vzťahoch k sebe samému i k ľuďom a k svetu. Získať poznatky z efektívnej komunikácie, predchádzaní konfliktov, komunikácie, ktorá pomáha vytvárať vzťah medzi sociálnym pracovníkom a klientom.

Špecifikom osobnostného a sociálneho rozvoja je skupina, ktorá konfrontuje jednotlivca v situáciách bežného života. Rozvíjanie komunikácie a sociálnych zručností s terapeutickým účinkom a/alebo prežívanie dramatického napätia je prostriedkom, sekundárnym účinkom.

Zameranie

Rozvíjať emocionálnu (personálnu) inteligenciu a sociálno-emocionálne kompetencie sociálnych pracovníkov a naučiť uplatňovať ich v rodinnom, partnerskom, manželskom a pracovnom živote.

Emocionálna inteligencia v sebe nesie vysokú úroveň zručností: emocionálnych (identifikovanie citov, prejavovanie citov, ovládanie emócií a impulzov, redukovanie stresu, uvedomovanie si rozdielov medzi citmi a činmi), behaviorálnych (poznávanie verbálnej a neverbálnej komunikácie, používanie techník aktívneho počúvania, konštruktívne reagovanie na kritiku, efektívne riešenie konfliktov a asertívne presadzovanie svojich názorov, odstraňovanie predsudkov a stereotypov v smere tolerancie odlišností), kognitívnych (sebauvedomenie, zdravé sebahodnotenia a sebadôvera, chápanie postojov a názorov iných ľudí, chápanie noriem správania, používanie konštruktívnych postupov pri riešení problémov, efektívne riešenie konfliktov, pozitívny postoj k životu, využívanie správnych hodnôt a morálky).(1)

Eminentný dôraz sa v predmete Psychosociálny výcvik kladie na formovanie a rozvíjanie komunikačných a kooperatívnych zručností nevyhnutných pre rozvíjanie dobrých medziľudských vzťahov v partnerstve, v rodine a na pracovisku zabezpečením efektívnej sociálnej komunikácie a spoločenského správania, vyjednávaním, výberom vhodných stratégií na riešenie konfliktov, vytváraním konsensu pri vysokej empatii, akceptácii a tolerancii názorov, postojov a hodnôt druhého človeka.

Poslaním je rozvíjať sociálno-emocionálne kompetencie sociálnych pracovníkov a naučiť ich uplatňovať v bežnom živote na základe praktických c. Emocionálna inteligencia v sebe nesie vysokú úroveň zručností, emocionálnych cvičení a spätnej väzby. Súčasťou spätnej väzby je aj identifikovanie citov, prejavovanie citov, ovládanie emócií a impulzov, redukovanie stresu, uvedomovanie si rozdielov medzi citmi a činmi.

Poznávanie štruktúry sociálnej komunikácie a druhov a foriem komunikácie medzi ľuďmi a skupinami

Získanie informácií o sociálnej komunikácii na makroúrovni – v širokom kontexte spoločenských vzťahov, sociálnej komunikácii na mezoúrovni – v užšom kontexte sociálnych skupín, sociálnej komunikácii na mikroúrovni – v úzkom kontexte elementárnych komunikačných aktov v rodine, partnerstve, manželstve a pri výchove detí, vedení klienta. Sociálno-psychologický pohľad na verbálnu a neverbálnu komunikáciu pomáha pri príprave dobrého vedenia rozhovoru využitím techník aktívneho počúvania, aktívnou účasťou a štrukturovanému rozhovoru.(3)

Eminentný dôraz sa v predmete na formovanie a rozvíjanie komunikačných a kooperatívnych zručností nevyhnutných pre rozvíjanie dobrých medziľudských vzťahov zabezpečením efektívnej sociálnej komunikácie a spoločenského správania, vyjednávaním, výberom vhodných stratégií na riešenie konfliktov, vytváraním konsenzu pri vysokej empatii, akceptácii a tolerancii názorov, postojov a hodnôt druhého človeka. Sociálni pracovníci tak získavajú základnú orientáciu a zručnosť pri vedení pomáhajúceho rozhovoru tak, aby čo najúspornejším, bezbolestným a príjemným spôsobom pre všetky zúčastnené strany viedol k čo najväčšiemu úžitku pre klienta. Pre pomáhajúceho pracovníka prináša „poriadok“ a štruktúru, oporu, ktorá predchádza bremenu expertnosti a „burn-out“ syndrómu (syndrómu vyhorenia), tým, že podnecuje a prehodnocuje kompetencie svoje a schopnosti a zdroje klienta k nachádzaniu si vlastných a teda pre neho tých najlepších riešení svojich problémov.

Prostredníctvom supervízie má možnosť vidieť situáciu aj z pohľadu klienta. Supervízora Kamil Kalina privoľnáva supervízora k človeku, ktorý hľadá z vrchu na krajinu, vidí súvislosti, má širší uhol pohľadu ako ten, kto krajinou kráča, ako ten, kto vedie a sprevádza klientov na ich ceste ich vlastnou životnou situáciou, ich údolím. Pohľad supervízora „z hora“ neznamená, že ide o lepší pohľad. Ide jednoducho o pohľad z nadhľadu, o iný pohľad, ktorý môže pomôcť sociálnemu pracovníkovi orientovať sa v procese práce s klientom.

Rozvíjaním tolerance v interpersonálnych vzťahoch v skupine počas psychosociálnych výcvikov dochádza k akceptácii a tolerancii druhého človeka aj s odlišnými postojmi, názormi, životnými hodnotami. Uvedenie si, čo prinášajú predsudky, stereotypy v našom reagovaní a správaní do medziľudských vzťahoch na pracoviskách, vedieť si priznať, že som sa mohol myliť a že moje stanovisko nemusí byť správne. Pochopenie nebezpečenstva vytvárania a existencie stereotypov a odstraňovanie svojich predsudkov a stereotypov a kritiky. Dochádza tak k rozvoju emocionálnych zručností potrebných v personálnej práci.

Pri sebazpoznaní sa rovnako kladie dôraz na osvojovanie si základných noriem a pravidiel správania sa, je zameraný na efektívne formy učenia, tvorbu a rozvíjanie vlastného vedomostného potenciálu a profesijnej orientácie a rovnako zameraný na aktívnu prevenciu sociálnopatologických javov v súčasnej spoločnosti s cieľom vytvoriť u jednotlivcov žiaduce postoje voči negatívnemu vplyvu drog a iných závislostí.

Sebazpoznanie pomáha osobnosti získať lepšiu orientáciu v interakciách s inými ľuďmi podľa potrieb a osobnostných predpokladov, dáva možnosť naučiť sa posúdiť samých seba, adaptovať sa na zmeny a poznať cestu k informovanosti. Pomáha rozvíjať kompetentnosť aktívne manažovať svoju kariéru, získať poznatky o vzťahu kariéry a rozvíjať zručnosti potrebné pre uplatnenie sa na trhu práce, úspešný profesionálny štart.

Odhadnúť emocionálny stav a spôsoby reagovania druhého človeka (jeho pocity, city, temperamentálne črty, spôsoby riešenia krízových situácií a i.) napomáhajú v komunikácii a predchádzaní konfliktov. Vcítiť sa do polohy iného človeka, vedieť čo prežíva, ako pociťuje preňho stresovú situáciu, byť empatický, asertívny, prosociálny, tolerantný, poznať a uvedomiť si svoje osobnostné vlastnosti, temperament, reagovanie a správanie v bežnej situácii, ale aj v situácii záťaž, stresu, krize. V supervízií je snaha o uvedomenie si, ako sa ja sám, ale aj iní okolo mňa správajú, reagujú v konfliktovej situácii ako takej, ale aj v konkrétnom konflikte (únikové, agresívne a konsenzové spôsoby riešenia). Naučiť sa efektívne riešiť bežné konflikty, ktoré súvisia so životom v súčasnej spoločnosti (s jedincami rôzneho veku, pohlavia, vzdelania, osobnostných čŕt) a rozpoznať unikové, agresívne a asertívne prejavy správania a reagovania u iných osôb a sám byť schopný reagovať neagresívne aj v situácii záťaž, stresu, krize pri práci s klientmi.(2)

Prostredníctvom komunikácie sa naučiť presadzovať svoje požiadavky, návrhy, názory, postoje asertívne, tak aby som druhých nezraňoval. Aktívne uplatňovať techniky počúvania druhých s dôrazom na vypočutie si druhých a naučiť sa predchádzať.

Spätnú väzbu na svoje pôsobenie získavame v psychosociálnom výcviku zameranom na supervíziu. Podľa zamerania supervízneho kontraktu uvádzajú (4) rôzne druhy supervízie, využitá je výuková supervízia, v ktorej má supervízor predovšetkým rolu, v ktorej sprevádza supervidovaného novým učením a prácou s klientmi a výcvikovou supervíziou, v ktorej supervízor sprevádza supervidovaného výcvikom alebo procesom praxe.

Výcviky sú zamerané na poskytovanie priestoru, v ktorom môžu supervidovaní uvažovať o obsahu a procese svojej práce, praxe. Rozvíjanie a porozumenie zručnosti vo svojej práci, získavať informácie a inú perspektívu týkajúcu sa vlastnej práce, spätú väzbu o obsahu aj o procese, byť sebaistý a mať oporu ako človek, aj ako pracovník. Potrebné je v supervízií sa snažiť zaistiť, aby ako človek, aj ako pracovník nebol jedinec nútený zbytočne niesť ťažkosti, problémy a projekcie sám, ale aby mal dostatok priestoru k preskúmaniu a vyjadreniu osobných trápení, vracajúcich sa podnetov, prenosu, i protiprenosu, ktoré môže prináša práca.

Vo výcviku je nevyhnutné využívať osobné, aj odborné zdroje účastníkov, aktivitu a reakcie, ktoré môžu byť prínosom pre zvyšovanie kvality práce sociálneho pracovníka.

Používané supervízne modely tak nachádzajú svoje uplatnenie aj v rozvoji ľudských zdrojov a pri reflexii pracovných postupov a vzťahov medzi, študentmi, pracovníkmi aj v oblastiach, kde

sa doposiaľ neuplatňovali. Prostredníctvom supervízie získavajú účastníci ďalší nástroj rozvoja vo svojej profesii. S tým súvisí aj orientácia na cieľovú skupinu s ktorou prichádza supervidovaný do priameho kontaktu.

Oboznamujú sa s predstavou konkrétnych postupov a pozícií, ktoré môžu v organizáciách nachádzať, rôzne potreby a objednávky využité prostredníctvom supervízie. Vzdelávanie, výcvik pracovníkov v špecifických zručnostiach, objednávku na zvyšovanie odbornosti a profesionality, kvality práce, objednávku na riešenie konfliktov a rozporov v tíme, objednávku na riešenie problémov manažmentu organizácie ktorá poskytuje služby nielen sociálnej práce, ale má aj výchovnú, edukačnú, prípadne inú profesionálnu zodpovednosť.

Edukačný proces vzdelávania projektom KILT

1. Učebný plán vzdelávania v osobnostnom rozvoji prostredníctvom supervízie

Bio – psycho – sociálne – spirituálne východiská
/Prezenčne 8 hod./

Supervízia, ako jedna z najúčinnějších metód práce s ľuďmi predstavuje jeden z hlavných zdrojov vnútorných hodnôt, záujmu v procese zmeny. aktívny dynamizmus zahŕňa všetky vedomé a slobodné činnosti človeka. Činom nazývame v supervízii aj tie činnosti, ktoré človek vykonáva ako vedomý a slobodný subjekt, tvorca hodnoty. Iba v čine sa človek prejavuje ako osoba, je subjektom, ktorý vedomo a slobodne o sebe rozhoduje, a ktorý „sám seba prežíva ako subjekt“. Supervízia predstavuje prevenciu riešenia problémov a syndrómu vyhorenia, je príležitosťou pre všetkých, ktorí sú ochotní učiť zvládať seba a investovať do posilnenia samého seba.

Cieľ vzdelávania:

Získať komplexný prehľad o možnostiach introspekcie, zážitkom a sebareflexiou. Formou sociálno-psychologického nácviku, modelovania získať rozšírenie praktických sociálnych zručností, komunikácie a spôsobilostí človeka, pracovníka v pomáhajúcich profesiách.

Špecifikácia cieľa:

1. Teória sebapoznania, sebaobrazu, sebaistoty a sebavedomia.
2. Kritický a nekritický pohľad a nadhľad na vlastnú osobnosť, riešenie vlastného problému.
3. Sebahodnotenie a sebahodnotenie.
4. Introspekcia na pocity nadradenosti ako prirodzenej ľudskej emócie.
5. Chyby pre sebapoznávaní a sebahodnotení.
6. Spätná väzba.

Východiská cieľov

Účastníci sa dozvedia a naučia riešiť a prechádzať k jadrú problému
Zmeniť veci, pohľad na problém ako aj pozíciu voči problému
Hľadať a nachádzať svoj najlepší záujem
Investovať v dlhodobom horizonte do sebarozvoja

Názov čiastkovej témy	Počet hodín	Teória	Prax
Úvod do problematiky, pravidiel skupiny, zoznámenie účastníkov, spoločenské vymedzenie pojmov a psychologické odôvodnenia metodických postupov Osobnostné kvality účastníkov, nastavenie, ciele, očakávania od vzdelávania	1,5	0,5	1
Sebapoznanie pomocou 4 pilierov vnútornej rovnováhy	2,5	1	1,5
Chyby v posudzovaní ľudí, sebareflexia	1	0,5	0,5
Johari okno	1	0,5	0,5
Komunikácia dospelých a vzťahová psychológia	3	1,5	1,5
Analýza výnosov a nákladov	1	0	1
Spolu	10	4	6

Učebné osnovy modulu

Forma vzdelávania

Skupinová tematická diskusia, nácvik a tréning sociálnych zručností, resp. skupinová tematická diskusia s využitím videonahrávky.

Obsah tematického celku

Frekventanti vzdelávania sa v osobnostnom rozvoji prostredníctvom supervízie získavajú na osobnú situáciu nadhľad a učia sa preberať zodpovednosť za ňu. Stávajú sa „podnikateľmi vlastnej duše, hraním rolí, modelovaním a ďalšími metódami sa trénujú v základnom hospodárení sociálnymi úlohami v rozvoji osobnosti, a tak aj zodpovednosť voči rozvoju našej spoločnosti. Získavajú bezpečné vnútorné prostredie, ktorému môžu dôverovať, väčšiu viditeľnosť pri rozhodovaní, myšlienkach a konaní, vynikajúcu príležitosť rozšíriť svoju sieť tým, že stretávajú nových priateľov, zdroje sociálnej opory, priestor pre sebareflexiu, prostredníctvom ktorej priaznivo ovplyvňujú okolie, pocitom spolupatričnosti a hrdosti na svoje rozhodovanie.

Úvod do problematiky,

Po privítaní účastníkov zadávanie pravidiel skupiny, zoznámenie účastníkov, spoločenské vymedzenie pojmov a psychologické odôvodnenia vzdelávania
/Prezenčne 1,5 hodiny/

- Nastavenie settingu, atmosféry v skupine, prostredníctvom privítania, predstavenia sa skupiny
- Teoretické kompetencie účastníkov v pravidlách skupiny
- Didaktické metódy v praxi, súčasne uplatňovanie ďalšieho vzdelávania v praxi a schopnosť sebareflexiou pracovať na sebe a snažiť sa na seba pozrieť objektívnou optikou

- Očakávania a vyjasňovanie cieľov, vonkajšia a vnútorné faktory ovplyvňujúce kvalitu procesu vzdelávania a procesné podmienky skupinovej formy.
- Vklady a výnosy, čo od vzdelávania očakávam a čo do neho vkladám.

Prax: Zoznámenia sa prostredníctvom dvojíc účastníkov a vzájomné predstavenie sa spoluúčastníka. Vyjasňovanie a polarizácia v pravidlách, cieľoch od vzdelávania. Sledovanie svojho nastavenia v komunikácii, neverbálne prejavy a pocity pri prezentovaní.

Sebapoznanie pomocou 4 pilierov vnútornej rovnováhy
/Prezenčne 1 hodina/

Skupinu účastníkov rozdelíme na 5 menších skupín (cca 3–5 účastníci, podľa počtu frekventantov výcviku), jednotlivé skupiny budú rozoberať východiská jednotlivých pojmov, sebahodnota, sebaapresadenie sa, sebaistota, sebaobraz a sebavedomie a odpovedať pri spoločnej prezentácii:

- Ako sa vyvíja?
- Čo ju ovplyvňuje?
- Aké znaky rozlišujeme pri hodnotení objektu?
- Aké prejavy sú človeka, ktorý je sebavedomý?
- Etické normy slušného správania sa, bontón, kódex ako súbor všeobecne uplatňovaných morálnych noriem, ideálov a princípov v správaní sa človeka.
- Zásady verbálnej a neverbálnej komunikácie, akceptácia, empatia a kongruencia

Prax: Diskusia v 5 skupinách, rozobratie jednotlivých pojmov, spoločná diskusia a predstavenie postoja a názorov za jednotlivé skupiny.

Vyvodenie zámeru a tvorby vnútornej rovnováhy 4 pilieroch:

- Spolupatričnosť
- Jedinečnosť
- Mať moc, rozhodnúť sa
- Modely a vzory

Chyby v posudzovaní ľudí, sebareflexia
/ Prezenčne 1 hodina/

Východiská z predchádzajúcej témy sú náčrtom ďalšej časti. Predstavenie modelu osobnosti z pohľadu Ega a prejavov správania.

- Osobitosti a jedinečnosť osobnosti
- Analýza a identifikácia potrieb jedincov vzhľadom k sebareflexii
- Reflexia prostredníctvom – správania, pocitov a prežívania
- Reflexia obsahu a základné normy cez etiku a zodpovednosť voči sebe, kolegom, organizácii a uplatňovanie moci.

Prax: Riadená skupinová diskusia na tému, (škatuľkovanie, Haló efekt, prvý dojem, atď.)

Johari okno

/Prezenčně 1 hodina/

Testovanie pomocou nástroja a psychologicko sociálne vymedzenie vo vzťahoch vzhľadom k otvorenosti a uzavretosti.

- Význam a všeobecná charakteristika sebazpoznania a sebareflexie
- Verejná, skrytá, slepá a neznáma oblasť
- Transendencia vo vzťahoch, poznávaní a metakomunikácii
- Hodnoty človeka, prejav v postoji, názore, ego

Prax: Testovanie, skupinová naratívna diskusia k téme.

Komunikácia dospelých a vzťahová psychológia

/Prezenčne 2.5 hodiny/

Rozdelenie účastníkov na podskupiny a diskusia v skupinách na témy:

1. Cestné správanie
2. Kultúrne tradície
3. Životná bilancia
4. Index kvality života

Prínos skupinovej diskusie:

- Identifikácia hlbších príčin spoločenských javov, šablón v myslení a posudzovaní ľudí
- Tréning schopnosti sebaapredstavenia sa a vyjadrenia vlastného názoru
- Tréning schopností formulovania otázok a vyvodzovania záverov a odpovedí
- Analýza zameraná na skupinovú dynamiku, roly v skupine, interakciu v skupine.

Prax: Tematický okruh a obsah vzdelávacieho nástroja a aplikácia jednotlivých pedagogických metód sú upravované vo vzťahu k potrebám účastníkov. Analýza zameraná na argumentáciu účastníkov pri presadzovaní názoru.

Analýza výnosov a nákladov

/ Prezenčne 1 hodina/

Záverečná spätná väzba účastníkov vzhľadom k naplneným potrebám aj k účastníkom, posilňovanie hodnôt a presadzovania sa v skupine.

- Prínosy vzdelávania, manuál pre zadefinovanie témy a formulovanie otázok
- Špecifické ciele a ich naplnenie,
- Stanovisko k danej téme, tenzii a kohézii skupiny
- Očakávania, naplnenia/nenaplnenia, neočakávania vzhľadom k cieľu
- Identifikácia významu a analyzovanie konkrétnych cieľov pre skupinu a výber vhodnej vzorky respondentov
- Hodnotenie štruktúry cieľa a metodiky, techniky spracovania a podania

Prax: Vypracovanie spätnej väzby, prezentácia práce v skupine.

Záver

Vzdelávanie prostredníctvom psychosociálnych výcvikov sa zameriava rovnako ako samotná supervízia na proces, jeho formovanie a v ňom sa nachádzajúce možnosti poučiť sa. Zabezpečuje učenie v skupinových procesoch. Učenie v skupinách a samo štúdiom sú dopĺňujúcimi súčiastkami. Ťažiskom vzdelávania je zacvičenie v supervízii prostredníctvom učebnej skupiny a vo vlastnej profesijnej činnosti – praxi, ktorá ponúka možnosti ku emocionálnemu uvoľneniu jednotlivca, ku zvýšeniu pracovnej spokojnosti v tíme, ku personálnemu rozvoju celkovej organizácie – a tak ku stupňovaniu výkonnosti pri práci.

Výcviky sú flexibilné so zameraním na sebareflekciu a orientáciou sa na učenie nie prostredníctvom inštrukcie ani teoretického školenia, ale podporou učenia jednotlivcov, skupín v rámci interaktívneho procesu hľadania seba samého.

Zdroje

- 1) HUNYADIOVA, S. FERENČÍKOVÁ, I., Rozvoj osobnosti, zručností, vedomostí, osobitostí, jedinečnosti. VŠZaSP sv. Alžbery.n.o. BEKI desing s.r.o. Bratislava. 2013. ISBN 978-80-8132-075-0
- 2) SCHAVEL, M., HUNYADIOVÁ, S., KUZYŠIN, B., Supervízia v sociálnej práci. Bratislava. 2013. ISBN 978-80-971445-0-0
- 3) GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. *Poradenský proces*. Slon. Praha 1995.
- 4) NANDO BELARDI. *Supervision, Grundlagen, Techniken, Perspektiven*, Beck – Verlag, 2. 2005. Auflage.
- 5) ONDRUŠEK, D. *Efektívna komunikácia v terénnej sociálnej práci*. PDCS. 2007.
- 6) SCHERPNER, M. *Sprevádzanie v praxi (vedenie), poradenstvo a učenie: princípy sociálnej práce*. Dolný Kubín 1999.

Písemná zpětná vazba jako nástroj celoživotního vzdělávání pracovníků a pracovníc na Lince bezpečí

Written peer-review as a tool for lifelong learning at the Safety line

Jan Kaňák¹¹⁷

Abstrakt

Ve stati se zaměřuji na písemnou zpětnou vazbu na dokumentaci o poskytování sociálních služeb jako na nástroj celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníc. V textu si kladu dvě na sebe navazující otázky: *Jaká je struktura písemné zpětné vazby na poskytované služby v organizaci Linka bezpečí?* (na žádost organizace není anonymizována) a *Do jaké míry vnímají tyto písemné zpětné vazby pracovníci a pracovníce jako užitečné?* V teoretické části nejprve představuji písemnou zpětnou vazbu jako nástroj celoživotního vzdělávání. Vycházím přitom z uchopení celoživotního vzdělávání dle Jivanjee a kol (2016), kteří jej spojují s podporou znalostí, dovedností a reflexivitou. Výsledky výzkumu (který probíhal ve dvou fázích: manifestní obsahová analýza a explorativní dotazníkové šetření) naznačují, že pracovníci a pracovníce vnímají tento nástroj celoživotního vzdělávání jako středně užitečný. Vnímání není ovlivněno délkou praxe ani počtem měsíčně odpracovaných hodin. Samotná písemná vazba se v organizaci skládá zejména z ocenění dobré praxe, nabídek informací a možných dalších postupů, či z komentářů k formálnímu zpracování dokumentace.

Klíčová slova: Zpětná vazba. Písemné komentáře. Celoživotní vzdělávání.

Abstract

In the article I focus on written peer-review as a tool for lifelong learning for social workers. In the text I ask two questions: *What is the structure of written peer-review in the Safety Line* (at the request of the organisation is not anonymized)? and *To what extent social workers perceive written peer-review as helpful tool in longlife learning?* In the theoretical part of the paper I present written peer-review as a tool for lifelong learning. I use Jivanjee et al (2016) conceptualisation of lifelong learning as support of knowledge, skills and reflexivity in practice. Result of research (took place in two phases: the manifest content analysis and explorative survey) suggest that workers perceive this tool lifelong learning as a moderately useful. This perception is not correlated with length of practice of workers nor with numbers of hours which workers provide service in one month – the correlation coefficients are moving between weak and moderate strong of relationship. Written peer-review in the organisation consist mainly of highlight of good practice, offer of information or possible methods of providing service or comments related to formal aspect of documentation.

Keywords: Written peer-review. Lifelong learning. Reflective practice

1. Úvod

Sociální práce je realizována v podmínkách, které jsou značně proměnlivé. To je dáno jak změnami v klientských systémech, tak v politikách zemí, kde je sociální práce realizována, tak s ohledem na rostoucí množství výzkumu profese samotné a tendencí tyto aplikovat. Jako jeden z nástrojů adaptace na proměnlivost podmínek je zmiňováno i celoživotní vzdělávání. Jakkoliv bývá často spojováno s časově ohraničenými kurzy poskytovanými institucemi, které pracovníci absolvují po dokončení pregraduálního vzdělání, je možné jej chápat také jako individuální proces podpory reflexivity a posilování dovedností a znalostí. Ve druhém významu můžeme jako jeho součást chápat i jasně ohraničené zpětné vazby pracovníkům od kolegů a kolegyň. (Congrees, 2012; Jivanjee et al, 2016; Nissen et al, 2014)

¹¹⁷ Mgr. Jan Kaňák, HTF UK v Praze, Katedra psychosociálních věd a etiky; Modré dveře, z.ú.; e-mailová adresa: honza.k@mail.muni.cz

Právě na tuto oblast celoživotního vzdělávání v rámci reflexivní praxe se ve stati zaměřuji. Písemnou zpětnou vazbu (dále PZV) představuji jako nástroj celoživotního vzdělávání a na výzkumu realizovaném na Lince bezpečí¹¹⁸, ukazují její možnou strukturu a vnímanou užitečnost pracovníky a pracovnicemi. Pro tuto stať si kladu dvě na sebe navazující otázky: *Jaká je struktura PZV na poskytované služby v organizaci Linka bezpečí?* a *Do jaké míry vnímají tyto PZV pracovníci a pracovnice jako užitečné?*

2. PZV jako nástroj celoživotního vzdělávání

V anglicky psané literatuře můžeme pro koncepci celoživotního vzdělávání nalézt dva užívané termíny a to „lifelong education“ (LE) a „lifelong learning“ (LL). První zmíněné označení je spojováno se vzděláváním, které praktikům nabízí instituce, druhé pak s osobním, celoživotním procesem reflexivity vlastní praxe. Obě formy mají vést k podpoře rozvoje pracovníkových dovedností a znalostí (tedy k učení se novému a stabilizaci známého) a dobré praxe. LL se ale jeví, co do metod (oproti LE), jako značně širší, protože úzce souvisí s reflexivitou a podporou reflexivity vlastní praxe, včetně akceptování a vyžadování zpětné vazby na vlastní praxi od kolegů a kolegyň. (Nissen et al., 2014: 387) S reflexivitou je LL spojováno především proto, že je reflexivita chápána jako vědomá aktivita „přezkoumávání práce“, která má vést k takovému náhledu na praxi, která umožní ovlivnit „výstupy a v tomto duchu se učit ze své vlastní praxe“ (Mishna, Bogo, 2007: 531)

Domnívám se, že právě do oblasti LL může patřit také PZV, kterou je možné předběžně definovat jako proces, který vytváří a usiluje o dosahování dobré praxe pomocí konstruktivní písemné zpětné vazby, či reflexe, od jednoho sociálního pracovníka druhému, který je realizován jako reflexe záznamů přímé praxe toho pracovníka, kterému je reflexe předkládána, a jež je tvořen po ukončení jednoho, či více kontaktů s klientem a jeho záznamu v dokumentaci. Podstatné je, že tvorba komentáře je realizována bez přítomnosti pracovníka, který dokumentaci vytvořil. Obecně se PZV zaměřuje buď na formu psané dokumentace o poskytovaných službách, či na obsah, tedy písemný záznam spolupráce pracovníka s klientem, případně na obojí. Zpravidla je PZV poskytována uvnitř organizace a jejím poskytováním je pověřen jeden pracovník, či předem určený okruh pracovníků. Doporučuje se také, aby (kromě stanovení konkrétních pracovníků) byl jasně definován kontrakt a zaměření PZV a aby bylo jasně pojmenováno, zda je PZV využívána také jako nástroj kontroly odváděné práce, či zda je chápána pouze jako LL. (Beets et al., 2012; Foster et al., 2008; Hogan, 2001; Kagle, Kopels, 2008; Moreland, Racke, 1991; Sidell, 2011)

Téma PZV je ale stále spíše okrajovým, nejen v kontextu celoživotního vzdělávání, a poměrně málo se ví o tom, jak může vypadat její praktická realizace a jestli je vůbec vnímána pracovníky jako užitečný nástroj vlastního profesního rozvoje v rámci LL. Tímto článkem chci nabídnout pohled na realizaci PZV na Lince bezpečí a její hodnocení pracovníky organizace v kontextu celoživotního vzdělávání pracovníků.

3. Metodologické ukotvení výzkumu

Výzkum, který byl realizován v červnu až září 2013, se skládal ze dvou částí (v návaznosti na položené výzkumné otázky): manifestní obsahové analýzy komentářů v organizaci (PZV), které byly napsány v prvním pololetí 2013 a dotazníkového šetření zaměřeného na vnímanou užitečnost PZV. Manifestní obsahová analýza byla realizována na 100 náhodně vybraných komentářích

118 Více o organizaci na www.linkabezpeci.cz. Výstupy výzkumu jsou odanonymizovány na žádost organizace. Možnost prezentovat data ve spojení s organizací byla ověřována jak před zahájením výzkumu, tak v srpnu 2016.

(z celkového počtu 1081). Dotazník vznikl operacionalizací tezí Beets a kolegů (2012), využito bylo vizuálního analogového škálování. Dotazník se zaměřoval na a) nové informace, které PZV přináší; b) ocenění za práci; c) posílení vlastního vědomí pracovníků ohledně toho, co dělají; d) podpory jistoty ve výkonu profese; e) vnímaného respektu z komentářů a f) z hlediska informací o dodržení formální stránky. Tyto položky tvořily škálu Míry užitečnosti (dále šMU), jež dosahovala hodnot od 0 (naprosto neužitečné) po 600 (zcela užitečné). Cronbachova alfa: 0,797. Dotazník obsahoval také položky deskriptivní povahy (délka praxe, míra čtení komentářů atp.). Anonymní dotazník byl distribuován mezi 84 pracovníků organizace s návratností 85 %.¹¹⁹

4. Výstupy výzkumu

Níže v textu bude nejprve základně představen vzorek, na němž byl výzkum realizován. Následně budou prezentovány výstupy manifestní obsahové analýzy a výsledky dotazníkového šetření.

4.1 Charakteristika respondentů

Z hlediska délky praxe se jedná o pracovníky, kteří v organizaci pracují průměrně více jak tři roky, přičemž v pomáhajících profesích působí zhruba pět let. Pracovníci zpravidla pročitají tři čtvrtiny PZV vytvořených k jimi vedené dokumentaci a na více jak polovinu pracovních směn si pročitají také některé PZV k zápisům kolegů. Zhruba čtvrtina pracovníků pročítá všechny PZV ke své práci a skoro na každé směně se věnují i PZV, která vznikla jako reflexe práce kolegů. V organizaci jsou i pracovníci, kteří ve sledovaném období komentáře nečetli vůbec. Obecně jsou pracovníci organizace spíše nakloněni tomu PZV číst (průměrná hodnota škály 69 bodů ze 100).

Nečtení PZV nesouvisí s délkou praxe pracovníků ($r=0,16$), ale spíše s vnímaným respektem k nim a jejich práci v PZV ($r=0,46$), případně s podobností PZV mezi sebou ($r=0,44$). Je možné, že se na neochotě číst PZV podílí i osobnostní nastavení pracovníků, či vnímaná zátěž práce v organizaci – to ovšem nebylo dotazníkem sledováno.

4.2 Obsah PZV

PZV je v organizaci vkládána elektronicky jako další část dokumentace k poskytovaným službám. Dokumentace obsahuje tematické určení hovoru, deskriptivní charakteristiky klientů, pokud jsou známy a popis společné práce. PZV vytvářeli ve sledovaném období tři pracovníci organizace. Průměrná délka PZV je 62 slov. Manifestní obsahovou analýzou bylo ve sledovaných PZV určeno sedm tematických celků:

- Oslovení pracovníka, který dokumentaci vytvořil (a)
- Ocenění práce s klientem (b)
- Sebe-sdílení pracovníka, který vytváří PZV (c)
- Poukázání na nejasnosti v dokumentaci (d)
- Nabídka informací, či postupů k přímé práci s klienty (e)
- Komentáře k formálnímu zpracování dokumentace (f)
- Podpis pracovníka, který PZV vytváří (g)

¹¹⁹ Podrobnější informace o metodologickém zakotvení výzkumu lze získat od autora na výše uvedeném e-mailu.

Řazení tematických celků se zpravidla objevuje v pořadí, které je výše uvedeno od (a) do (g) s tím, že některé tematické celky se objevují v PZV vždy (např. (a), (b) a (g)), některé jsou zastoupeny méně. Oslovení pracovníka, který dokumentaci vytvořil a podpis pracovníka, který PZV vytvářel, se objevovalo ve všech PZV. Stejně tak poděkování a ocenění za práci je prakticky integrální součástí PZV (objevovalo se v 97 % PZV). Na PZV v organizaci lze tak nahlížet jako na primárně podpůrnou a oceňující, tak jako v následujícím krátkém poděkování: „*to se nedivím i ze zprávy to vypadá náročně, moc díky, jak jsi to zvládla a že jsi si zajistila oproru*¹²⁰ *pro sebe...*“ (K_110)¹²¹. Zpravidla se v ocenění objevuje také zdůraznění metod práce v kontextu krizové intervence: „*díky za věnování se tomu, co se teď děje, jak klientce je aj za mapování jejích [...]. Díky taky za hledání nějaké opory pro klientku, za započítí mapování copingových strategií. Díky za to*“ (K_220).

Daleko řídkěji zastoupenými tematickými celky jsou pak (c) sebe-sdílení pracovníka, či pracovnice, kteří PZV vytvářejí (v 9 % sledovaných komentářů), (d) poukázání na nejasnosti v dokumentaci / analýze z kontaktu s klientem / klientkou (8 %), (e) nabídka informací, či postupů a pohledů na popisovanou práci s klientem / klientkou (12 %) i (f) komentář k formálnímu zpracování dokumentace (11 %). Pod sebe-sdílením se obvykle v komentářích objevuje buď pojmenovaný prožitek pracovníka: „*ten konec je mi líto...*“ (K_189), nebo vyjádření vlastního zaujetí: „*Hodně mě zaujalo to, že chce pomoc od srdce a ne od organizace*“ (K_598).

Poukázání na nejasnosti slouží v komentářích především jako nástroj upozornění, že se v dokumentaci objevuje nejasnost, která může poukazovat na takový způsob práce, který se nezdá vhodný s ohledem na zvyklosti v organizaci, či s ohledem na znalosti vztažené k dané cílové skupině. Příkladem je upozornění na možné dvojí uchopení domluvy o neublížování si v kontextu práce s lidmi, kteří se sebepoškozuji. Jedno z takových uchopení je, podle zpráv odborníků dlouhodobě působících v oblasti péče o lidi, kteří se sebepoškozuji, kontraproduktivní: „*Nevím, co přesně je schovaný pod antisebepoškovací dohodou: jestli jde o domluvu na tom, že v případě tenze zkusí zavolat, tak super. Jestli to je o tom, že se nebude řezat, či si jinak ublížovat (tako formulované), tak dle lidí, kteří dlouhodobě se sebepoškozováním pracují, je to na ty sebepoškozující se nepřiměřená zátěž, že to nejsou s to dodržet.*“ (K_575) Často jsou pak takto formulované nejasnosti využity pro nabídnutí adekvátnějších postupů.

V nabídkách (e) je často zdůrazňováno, že se jedná o reakci na text dokumentace, nikoliv na samotnou přímou práci s klienty. Ke zdůraznění jistého odstupu mezi textem o a přímou práci s klienty bývá ještě využíváno zdůraznění možnosti jiného názoru pracovníka, který komentář píše. Pracovníci tak zdůrazňují, že reagují na základě textu a „*kdybych ho slyšel, možná bych mluvil jinak.*“ (K_229). Pracovníci v PZV často využívali odkazování k externím autoritám, tak jak je uvedeno u K_575, či v následujícím úryvku: „*Lukasová popsala jev, kdy se lidi zaměřujou jen na to, co je teď špatně, co se jim špatného děje [...] jako "hyperreflexi". [...]. Podle Lukasové se tedy vyplatí aplikovat něco, čemu říká "střídavá diagnostika" (tedy střídání zaměřování se na problém se zaměřováním se na to, co je fajn, co funguje, co klienty baví atp.)*“ (K_31)

Tematický celek (f) komentář k formálnímu zpracování dokumentace – analýzy z hovoru, je často označován jako technická poznámka. Tento stavební blok se nejvíce blíží kontrolní funkci PZV v kontextu kontroly formálních náležitostí dokumentace.

120 Znění komentářů jsou ponechány i s případnými překlepy a gramatickými chybami. V případě, že by z textu bylo možné vyvodit část příběhu klienta, či klientky, je tato část komentáře vyjmuta tak, aby v co největší míře bylo možné naplnit jednu ze zásad organizace a to důvěrnost sdělených informací klienty a klientkami.

121 Označení K_číslo (např. K_101) je označením konkrétního komentáře, ze kterého je text vyjmut a využit pro dokreslení popisovaného obsahu. Komentáře byly nejprve všechny očíslovány v chronologickém pořadí podle data vzniku a následně z nich bylo náhodně (za využití randomizéru) vybráno 100 komentářů k manifestní obsahové analýze.

4.3 Užitečnost PZV

Výše popsané komentáře pak byly hodnoceny co do jejich užitečnosti pracovníci a pracovníky organizace, kteří vytvářejí dokumentaci k přímé práci s klientkami a klienty. V Tab. č. 1 jsou uvedeny základní deskriptivní statistiky ke Škále míry užitečnosti (hodnoty 0 až 600¹²²), ke všem jejím šesti sub-škálám (hodnoty 0 až 100) a k samostatné položce celkového dojmu užitečnosti PZV. Při rozdělení škály míry užitečnost na nízkou, střední a vysokou (po 200 bodech) by bylo možné říci, že pracovníci organizace hodnotí PZV jako středně užitečnou až užitečnou. Těto interpretaci by odpovídali i hodnoty prvního a třetího kvartilu (298, resp. 464). Sedm procent respondentů ve škále skórovalo pod 200, 34 % pak nad 401 bodů. Délka celkové praxe ($r=-0,14$; $R^2=1,96$), délka praxe v organizace ($r=-0,003$; $R^2<0,01$) a počet měsíčně odpracovaných hodin ($r=-0,18$; $R^2=3,24$) má slabý až žádný vliv na vnímanou užitečnost. Záporné hodnoty Pearsonova koeficientu spíše naznačují, že pro pracovníky s delší celkovou praxí a větším počtem odsloužených hodin je PZV v této podpůrné podobě méně užitečná než pro pracovníky s menším počtem praxe.

Tab. č. 1: Základní deskriptivní statistika

Název položky dotazníku	Průměr	Sm.o.	min.	max.	q25	q75
ŠKÁLA MÍRY UŽITEČNOSTI	371,7	112,1	30	576	298	464
Užitečnost z hlediska nových informací	44,7	26,2	3	96	21	69,5
Užitečnost z hlediska ocenění za práci	70,3	25,5	4	100	55,3	93
Užitečnost z hlediska zvědomování práce	61,4	28,6	3	100	37	88
Užitečnost z hlediska podpory jistoty výkonu	69,3	26,9	1	100	53	95
Užitečnost z hlediska vnímaného respektu	79,9	23,1	8	100	65	99
Užitečnost z hlediska formální stránky dokumentace	51,1	28,6	0	100	24	74
DOJEM CELKOVÉ UŽITEČNOSTI	69,5	14,6	10	100	51	90

Zdroj: vlastní zpracování v SPSS 16.0

Z hlediska jednotlivých položek je jako nejméně užitečné na PZV vnímáno přinášení nových informací. Průměrná hodnota z hlediska užitečnosti je 44,7 ze 100 bodové škály. Navíc, poměrně logicky, čím delší praxi pracovníci měli, tím méně jim informace v PZV připadaly pro ně samotné užitečné ($r=-0,36$; $R^2=12,96$). Stejně tak se pracovníkům jeví jako méně užitečné (v porovnání s ostatními sub-škálami) upozorňování na formální nedostatky. Za nejpřínosnější z hlediska užitečnosti v rámci jednotlivých položek označují respondenti vnímaný respekt (25 % skórovalo v rozsahu 99 až 100) a ocenění za realizovanou práci (průměrná hodnota 70,3). Na základě realizace PCA¹²³ (rotace: Varimax) je možné v PZV rozlišit a) podpůrné a b) inovativní komponenty. Mezi podpůrné patří vnímaný respekt, ocenění za práci a podpora jistoty, stejně jako pomáhání zvědomování vlastních postupů práce. Mezi inovativní pak patří upozorňování na formální stránku dokumentace a nabízení nových postupů. Podpůrné komponenty jsou statisticky významně lépe hodnoceny, než komponenty inovativní ($t=7,5$; $df=64$; $p<0,001$). Předpokládaný rozdíl v populaci¹²⁴ mezi položkami (na základě 95 % CI) je 16,6 až 28,8 (na 100 bodové škále).

122 Čím vyšší hodnota, tím vyšší míra vnímané užitečnosti.

123 Byl se jedná o malý počet škál, $KMO=0,775$ a test sféricity ($c2(15)=132,218$, $p<0,001$) naznačují možnost použití PCA (analýza primárních komponent).

124 Jsem si vědom toho, že se nejednalo o náhodný výběr vzorku a proto jak údaje u PCA, tak u intervalů spolehlivosti mají spíše charakter dokreslení a prvotní interpretace.

5. Závěr

Na PZV lze, dle mého soudu, nahlížet jako na jeden z nástrojů celoživotního vzdělávání sociálních pracovníků. Zdá se, že pro pracovníky organizace, je to nástroj středně užitečný a spíše oceňují ty části, které jsou podpůrné. Inovativní části (upozorňování na formální nedostatky a nabídka postupů) je vnímána jako méně užitečná. To může být dáno také tím, že PZV je veřejně přístupná všem pracovníkům (tedy i těm, kterým primárně není určena), což může negativně ovlivnit vnímanou užitečnost takových částí PZV. Stejně tak to ale může být dáno tím, že má PZV z povahy nedialogický charakter a proto neumožňuje vyjasňování a zvažování aplikace nabídnutých postupů. V tomto ohledu se pak jeví PZV jako problematická, protože součástí postupů LL je také tendence po aplikaci nového do praxe. Zároveň je ale možné předpokládat, v návaznosti na teze Sidell (2011), že pokud by PZV byla přístupná jen tomu pracovníkovi, který dokumentaci, která je komentována, vytvořil, mohli by obecněji pracovníci vnímat i inovativní části PZV jako přínosné a užitečné pro praxi.

Poděkování

Rád bych poděkoval za spolupráci při realizaci výzkumu všem z Linky bezpečí, kteří se na něm podíleli.

Reference

- BEETS, Anne et al. Supporting reflective practice and connection between social workers. *Aotearoa New Zealand Social Work*, 2012, roč. 24, č. 2, s. 3–7, ISSN 1178-5527.
- CONGREES, Elaine P. Continuing Education. *Journal of Social Work Education*, 2012, roč. 48, č. 3, s. 397–401, ISSN 1043-7797.
- FOSTER, Michele. et al. Practitioners' Documentation of Assessment and Care Planning in Social Care: The Opportunities for Organizational Learning. *Br J Soc Work*, 2008, roč., 38, č. 3, s. 546–560, ISSN 0045-3102.
- HOGAN, Fergus. 2001. Letter Writing and Collaborative Note Making in Social Work Practice. *Irish Social Worker*, 2001, roč. 19, č. 2-3, s. 11–15, ISSN 0332-4583.
- JIVANJEE, Pauline et al. Lifelong learning in social work. *Advances in Social Work*, 2016, roč. 16, č. 2, s. 260–275, ISSN: 1527-8565.
- KAGLE, Jill, KOPELS, Sandra. *Social Work Records*. Long Grove: Waveland Press, Inc., 2008. ISBN 1-57766-546-5.
- MISHNA, Faye., BOGO, Marion. Reflective practice in Contemporary Social Work Classrooms. *Journal of Social Work Education*, 207, roč. 43, č. 3, s. 529–541, ISSN 1043-7797.
- MORELAND, Michel, RACKE, Rolf. Peer review of social work documentation. *Quality review bulletin*, 1991, roč. 17, č. 7, s. 236–239, ISSN 0097-5990.
- NISSSEN, Laura et al. Lifelong Learning in Social Work Education. *Journal of Teaching in Social Work*, 2014, roč. 34, č. 4, s. 384–400, ISSN: 0884-1233.
- SIDELL, Nancy. *Social Work Documentation*. Washington: NASW Press, 2011. ISBN: 0-87101-404-1.

Sociální práce s oběťmi trestných činů jako specifická oblast vzdělávání sociálních pracovníků

Social Work with Victims of Crime as a Specific Area of Training of Social Workers

Daniela Květenská¹²⁵, Kateřina Jechová¹²⁶

Abstrakt

Neprávem opomíjenou oblastí působení sociální práce je pomoc a podpora obětem trestných činů. Stať se zaměřuje na forenzní sociální práci a její přenesení do vzdělávání sociálních pracovníků. Oblast sociální práce s oběťmi trestných činů rozšiřuje v posledních letech uplatnění sociálních pracovníků v České republice. Zvláštní cílovou skupinu působení sociální práce tvoří děti jako oběti mravnostní trestné činnosti páchané prostřednictvím virtuálních sociálních sítí. V příspěvku je vyhodnoceno vzdělávání sociálních pracovníků v rámci vysokoškolského studia v oblasti sociální práce s oběťmi trestných činů v České republice.

Klíčová slova: Sociální práce. Vzdělávání. Oběti trestných činů. Forenzní sociální práce. Ohrožené dítě.

Abstract

Unfairly unheeded area of the social work is assistance and support to victims of crime. The article focuses on the forensic social work and its transposition into education of the social workers. The area of the social work with victims of crime has been extending the usability of the social workers in the Czech Republic over past years. A special target group for the social work is the children being victims of the vices through virtual social networks. The contribution evaluates education of the social workers within the bounds of the university studies in the field of the social work with victims of crime in the Czech Republic.

Keywords: Social work. Education. Victims of crime. Forensic social work. Endangered child.

1. Úvod

Sociální práce jako profese i aplikovaný vědní obor zahrnuje širokou oblast působení. Zjednodušeně řečeno, snahou sociální práce je předcházet sociálnímu vyloučení a minimalizovat rizika s ním spojená. Tento příspěvek se zaměřuje na možnosti uplatnění sociálních pracovníků v oblasti pomoci a podpory obětem trestných činů. Zvláštní cílovou skupinu tvoří dětské oběti mravnostní trestné činnosti páchané v kyberprostoru a to pro svoji zvláštní zranitelnost. Práce s těmito oběťmi vyžaduje podle názoru autorek příspěvku prohloubené vzdělání v oblasti kriminologie, viktimologie, trestního práva a dalších souvisejících oborů, které se v zahraničí zahrnuje pod pojem forenzní sociální práce. V závěru stati je vyhodnocen systém vzdělávání sociálních pracovníků v rámci vysokoškolského studia v oblasti sociální práce s oběťmi trestných činů v České republice a stanovena doporučení pro oblast vzdělávání sociálních pracovníků.

1.1 Specifika sociální práce s oběťmi trestných činů

Optikou restorativního přístupu v justici je na zločin hleděno především jako na poškození lidí a lidských vztahů. Primárními oběťmi jsou ti lidé, kteří byli zločinem bezprostředně ovlivněni, ovšem za oběti je nutné pokládat i rodinné příslušníky primárních obětí, rodinné příslušníky pachate-

125 Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové; e-mailová adresa: daniela.kvetenska@uhk.cz

126 Ústav sociální práce Univerzity Hradec Králové; e-mailová adresa: katerina.jechova@uhk.cz

lů, svědky a lidi patřící do komunity, která byla zločinem ovlivněna. Náprava zločinu (restoration) má být především reakcí na potřeby a poškození obětí. Úlohou státu je prostřednictvím vhodných programů vytvářet příležitost k tomu, aby zainteresované strany (oběť, pachatel, komunita) mohly společně jednat o příčinách vniku trestného činu i o způsobech nápravy jeho důsledků, a to především s ohledem na potřeby obětí. (Matoušek et al, 2014)

V roce 2013 vešel v platnost zákon č. 45/2013 Sb., o obětech trestných činů a o změně některých zákonů, který upravuje mimoprocenální práva obětí tak, aby nebyla nadále roztržena do několika právních předpisů. Zákon o obětech trestných činů (Zákon č. 45/2013 Sb., <http://www.zakonyprolidi.cz>) má za úkol zlepšit práva obětí, zejména aby s nimi bylo zacházeno s respektem k jejich osobnosti, citlivě s ohledem na situaci, ve které se nachází a způsobem, který jim nepřivodí další újmu. Cílem je dosažitelnost pomoci (nejen právní) pro oběti trestných činů, v případech, kdy to potřebují, v některých případech i bezplatně. Podstatné je snižovat rizika sekundární viktimizace i poskytováním dostatků informací v průběhu trestního řízení obětem o svých právech i o případu. Každá oběť má možnost v trestním řízení vyjádřit svůj názor na dopad trestného činu na její život. Tento úhel pohledu je důležitý pro sociální pracovníky, kteří mohou pracovat s obětí trestného činu v průběhu přípravného řízení, tedy kdy probíhá vyšetřování trestného činu, ve fázi soudního procesu a v následné fázi adaptace obětí na běžný život, nezatížený trestným činem.

Nejvíce ohroženy sekundární viktimizací jsou oběti násilných trestných činů, skutků ponižujících lidskou důstojnost či trestných činů sexuálního motivu. Zvláštní skupinu tvoří oběti, které nemusí rozumět průběhu trestního řízení, což má vliv na jejich sníženou psychickou odolnost či další přetrvávající psychické problémy. Jsou to zejména děti, lidé vyššího věku, lidé s mentálním postižením či s demencí, lidé psychicky nestabilní. Sekundární viktimizace vzniká na základě nevhodného zacházení s obětí, zejména v případech, pokud není oběti věnován dostatek času na vysvětlení průběhu trestního řízení, není volena vhodná terminologie, je předkládáno příliš mnoho informací najednou, jsou vyžadovány podpisy na materiálech, které oběť nemá čas prostudovat, atd. (Květenská, 2012)

Sociální práce s oběťmi trestných činů nabývá na významu. Obětem trestných činů pak mohou sociální pracovníci nabídnout především základní a odborné poradenství (viz zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb.) a sociální služby zaměřené na danou cílovou skupinu. Podle *Registru poskytovatelů sociálních služeb* je v České republice 234 poskytovatelů sociálních služeb, mezi jejichž cílové skupiny patří oběti trestných činů. Zveřejněn je i *Registr poskytovatelů pomoci obětem trestných činů*, který zahrnuje subjekty poskytující sociální služby, akreditované subjekty, advokáty a střediska probační a mediační služby. Dále může být doménou sociálních pracovníků role důvěrníka či zmocněnce (viz zákon o obětech trestných činů). Pro minimalizaci rizik primární a sekundární viktimizace je důležitá včasná intervence (Vodáčková, 2007) poskytovaná obětem trestných činů, pro kterou platí základní zásady a principy krizové intervence. Určitá specifika má podle Čírtkové a Vitoušové (2007) tzv. viktimologická intervence, tj. intervence poskytovaná obětem trestného činu. Vychází z předpokladu, že pokud nejsou psychická zranění včas a správně ošetřena, mohou v dalším životě obětí vzniknout různé tělesné, psychické i sociální potíže či poruchy.

1.2 Děti jako oběti mravnostní trestné činnosti páchané prostřednictvím virtuálních sociálních sítí

Specifickou cílovou skupinu zvláště zranitelných obětí tvoří děti, které se staly obětí trestného činu zasahujícího intimitu, lidskou důstojnost a jsou případně motivované sexuálním podtextem. Internetové prostředí svou snadnou dostupností bohužel rekrutuje dětské oběti mravnostní trestné činnosti, tedy kybernásilí se sexuálním podtextem, při kterém jsou zneužity intimní snímky dítěte. Připomeňme, že dítětem i v tomto případě rozumíme osobu mladší 18 let.

Zneužití intimních fotografií dítěte je trestné, v Trestním zákoníku (Trestní zákoník, www.zakony-online.cz) jsou vymezeny následující trestné činy:

- Sexuální nátlak,
- Výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií,
- Zneužití dítěte k výrobě pornografie,
- Svádění k pohlavnímu styku,
- Navazování nedovolených kontaktů s dítětem,
- Obchod s lidmi.

Dítě je v trestním řízení zvláště chráněno, má zvláštní práva, která jsou stanovena v Zákonu o obětech trestných činů č. 45/2013 Sb. Prověřování a vyšetřování této trestné činnosti je složité a s ohledem na dítě je potřeba vést je velmi citlivě.

Zneužití intimních fotografií dítěte není v současné době rozvinutého kyberprostoru složité záležitostí, pachatelé čerpají z nové dimenze komunikace mladé generace – virtuálního dorozumívání. Jedná se o stručnou konverzaci, kdy dítě nabyde velmi rychle důvěru k neznámé osobě. Pachatel se může vydávat za osobu, kterou dítě zná a má k ní důvěru. Pachatel také neoslovuje pouze jednu osobu a zkouší různé kontakty, různé konverzace. Pak se může stát, že oběti jednoho pachatele mohou být desítky i stovky. Jak již bylo uvedeno, sociální pracovníci mohou pracovat s obětí trestného činu ve čtyřech fázích. První fáze je prevence, kdy sociální pracovník vzděláváním, poradenstvím a dalšími procesy, působí na možné oběti trestných činů se zaměřením na zvláště zranitelné oběti (dětí, senioři, lidé s handicapem) a předchází skutku.

Příklad z praxe:

Na sociálního pracovníka nízkoprahového centra se obrátila šestnáctiletá dívka o radu: chodí s chlapcem, se kterým se seznámila přes internet a ten jí prosí o „odvážnější“ fotografie, aby se lépe poznali. Ještě se osobně nesetkali, ale v komunikaci přes sociální síť Facebook si velmi rozumějí. Dívka neví, co má dělat, zasílat intimní fotografie se jí nechce, ale chlapce nechce ztratit. Sociální pracovník by měl v tomto případě rozpoznat riziko a vysvětlit dívce zásady bezpečné komunikace na Internetu.

Druhou fází je práce sociálního pracovníka s dětskou obětí mravnostního trestného činu v průběhu přípravného trestního řízení. Sociální pracovník by měl rozumět průběhu toho řízení, měl by mít přehled o roli státního zástupce, policistů, soudního znalce a dalších. Sociální pracovník by neměl být zaskočen dobou a rozsáhlostí prověřování u těchto závažných skutků. Především však by měl mít kompetence k vymezení možností vlastního působení, jak bylo popsáno výše (1.1). Třetí fází je soudní řízení, které je obdobou přípravného trestního řízení. Fáze čtvrtá – závěrečné spolupráce sociálního pracovníka s dětskou obětí sexuálně motivovaného kybernásilí je vhodná pouze při vyhodnocení potřeby této spolupráce dítětem, jeho zákonnými zástupci a případně kompetentními pomáhajícími profesionály. Tato poslední fáze má napomoci ukotvení dítěte v jeho přirozeném prostředí a v podpoře jeho vlastních kompetencí.

1.3 Vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti forenzní sociální práce

Z výše uvedených důvodů je důležité vzdělávání sociálních pracovníků zaměřené na působení v oblasti trestní justice. Inspiraci hledáme v zahraničí, kde je v této souvislosti zmiňována specializace sociálních pracovníků – forenzní sociální práce.

Podle Ptáčka a Pemové (2012) je forenzní sociální práce specializací oboru sociální práce. Jde o aplikovaný vědní obor, který se zabývá propojením klinické sociální práce, tzn. přímé práce s klienty, s právními aspekty konkrétních životních situací klientů, a to jak v oblasti civilního, tak trestního práva. Ve spojených státech amerických a Velké Británii se tato specializace vyvíjí již od samého začátku existence sociální práce. V těchto zemích je forenzní sociální práce charakteristická specializačním postkvalifikačním vzdělávacím systémem, standardy dobré praxe a svěbytnými metody práce postavenými především na komplexní sociální diagnostice.

Jak bylo zjištěno na základě pilotních rozhovorů s experty (policie, pracovnice OSPOD), počet dětských obětí mravnostních trestných činů obětí trestných činů páchaných prostřednictvím Internetu (sexuálně motivované kybernásilí), dramaticky stoupá. Počet obětí roste s rozvojem internetové sítě. Tento trestný čin byl kodifikován poměrně nedávno, v roce 2009 v novém trestním zákoníku. Pro práci s dětskými oběťmi mravnostní trestné činnosti je potřebné náležité vzdělání sociálních pracovníků. V České republice dosud není systematická koncepce postkvalifikačního vzdělání v oboru sociální práce, proto autorky vyhodnotily stávající přípravu vysokoškolsky vzdělaných sociálních pracovníků se zaměřením na působení v oblasti pomoci zmíněným dětským obětem.

2. Vyhodnocení systému vzdělávání sociálních pracovníků v rámci vysokoškolského studia v oblasti sociální práce s oběťmi trestných činů v České republice

Hlavním cílem následujícího vyhodnocení je zjistit, zda se některá z vysokých škol v České republice programově zaměřuje na přípravu sociálních pracovníků na sociální práci v trestní justici.

Z tohoto důvodu jsme podrobily analýze studijní plány oborů sociální práce na jednotlivých vysokých školách v České republice. Zaměřily jsme se na předměty bakalářských i navazujících magisterských oborů sociální práce. Z důvodu vyšší objektivity jsme věnovaly pozornost primárně předmětům vyučovaných v rámci bloku povinných předmětů. Je však nutné zmínit, že některé vysoké školy nabízejí vcelku rozmanitý výběr volitelných a povinně volitelných předmětů, jenž spadají do oblasti sociální práce s oběťmi trestných činů.

Do vybrané oblasti sociální práce jsme zařadily předměty dotýkající se práva, a to především práva trestního a rodinného. Spadaly sem mimo jiné předměty zaměřené na krizovou intervenci, sociálně psychologický výcvik, sociální patologii, nebo na sociální práci s oběťmi trestné činnosti. Do oblasti sociální práce s oběťmi trestných činů byla v neposlední řadě zařazena také probace a mediace, jež se této problematice značně dotýká. Souhrn zvolených předmětů zobrazuje následující tabulka.

Tab. č. 1: Jednotlivé předměty vysokých škol

	UK	MU	UP	OU	JCU	UJEP	TUL	UHK
Úvod do práva	A	A	A(3)	A	A(2)	A(3)	A(2)	A
Rizikové skupiny a rizikové chování	A							
Lidská práva v kontextu sociální práce	A							
Základy kriminologie a trestní politiky	A							
Sociální práce s oběťmi domácího násilí		A						
Sociální práce s ohroženými dětmi a rodinami		A						
Krizová intervence			A		A		A	A
Rodinné právo			A					
Krizy rodinného soužití			A					
Psychosociální krizová spolupráce				A				
Rodinné právo a sociálně právní ochrana dětí					A	A	A	
Sociální patologie					A		A	A
Trestní právo					A			
Sociálně psychologický výcvik							A	
Kriminologie a penologie								
Základy forenzní psychologie								
Základy viktimologie							A	
Probace a mediace							A	
Sociální práce s „rizikovými skupinami“								A

Zdroj: vlastní zpracování (studijní plány VŠ)

Legenda:

- UK – Univerzita Karlova Praha
- MU – Masarykova univerzita Brno
- UP – Univerzita Palackého Olomouc
- OU – Ostravská univerzita Ostrava
- JCU – Jihočeská univerzita České Budějovice
- UJEP – Univerzita Jana Evangelisty Purkyně Ústí nad Labem
- TUL – Technická univerzita Liberec
- UHK – Univerzita Hradec Králové

Z výše uvedené tabulky je patrné, že vzdělávání sociálních pracovníků ve vybrané oblasti není na vysokých školách zcela pokryto. Na oblast sociální práce s oběťmi trestných činů je nejméně zaměřen studijní plán Ostravské univerzity a Univerzity Jana Evangelisty Purkyně v Ústí nad Labem. Studijní plán Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a Technické univerzity v Liberci je naopak nejvíce zaměřen na tuto oblast.

Studijní plán oboru sociální práce Technické univerzity v Liberci pokrývá vybranou oblast sociální práce nejširěji. Studentům nabízí vzdělání nejen v oblasti práva, krizové intervence, sociální patologie, či sociálně psychologického výcviku. Své studenty vzdělává také v oblasti forenzní

psychologie, viktimologie, probace a mediace.

Celkově lze říci, že vzdělávání sociálních pracovníků v oblasti práce s oběťmi trestných činů není dostačující. Přesto se ale zdá být na poměrně dobré cestě, vzhledem k studijní náplni oborů sociální práce na některých vysokých školách.

3. Závěr a doporučení pro praxi

Sociální práce je širokým polem uplatnění pro své příznivce, kteří zvolili tuto profesní dráhu. Dostáváme se k jednomu z dilemat sociální práce – je potřeba vzdělávat sociální pracovníky v širokém spektru či jejich vzdělávání zaměřit na vybranou oblast? Z potřeby praxe v oblasti práce s dětskými oběťmi mravnostních trestných činů páchaných v kyberprostoru vyplývá, že pro tuto oblast je potřeba specificky vzdělané odborníky z řad sociálních pracovníků.

Na základě vyhodnocení hlavních programů oboru sociální práce vysokých škol v České republice vyplývá, že pro tuto oblast žádná z vysokých škol své studenty – budoucí sociální pracovníky nevychovává. Domníváme se, že by bylo užitečné pro výkon praxe, aby se minimálně jedna z českých vysokých škol specializovala na přípravu sociálních pracovníků – profesionálů, kteří se budou specializovat na sociální práci v trestní justici, respektive forenzní sociální práci. Tato oblast je velmi široká a vhodný studijní program s cílenými předměty by zaplnil mezeru ve vzdělávání českých sociálních pracovníků zaměřujících se na podporu obětí trestného činu vedoucí ke stabilizovanému životu v jejich přirozeném prostředí.

Afiliace

Příspěvek vnikl v rámci Specifického výzkumu 2016, vyhlášeného Ústavem sociální práce univerzity Hradec Králové. Název projektu je Dítě ohrožené sociálními sítěmi.

Reference / Seznam citované literatury

ČÍRTKOVÁ, Ludmila; VITOUŠOVÁ, Petra et al. *Pomoc obětem (a svědkům) trestných činů*. Praha, Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-2014-2.

KVĚTENSKÁ, Daniela. Pomoc obětem mravnostních a násilných trestných činů v praxi. In *Poškozený a oběť trestného činu z trestněprávního a kriminologického pohledu*. Praha: Leges, 2012. s. 130–140. ISBN 978-80-87576-39-7.

MATOUŠEK, Oldřich et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

PTÁČEK, Radek; PEMOVÁ, Terezie. Forenzní sociální práce a její význam pro praxi. *Právo a rodina*, 2012, roč. 14, č. 8. s. 1–5. ISSN 1212-866X.

Registr poskytovatelů sociálních služeb. [Cit. 20. 8. 2016]. Dostupný také z WWW: http://iregistr.mpsv.cz/socreg/_ID=1435679203019_6.

Registr poskytovatelů pomoci obětem trestných činů. [Cit. 20. 8. 2016]. Dostupný také z WWW: <http://portal.justice.cz/Justice2/MS/ms.aspx?o=23&j=33&k=6115&d=330753>.

VODÁČKOVÁ, Daniela et al. *Krizová intervence*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-262-0212-7.

Odborný rast a zvyšovanie profesionálnych kompetencií sociálneho kurátora

Professional development and increasing professional competencies of parole officer

Lýdia Lešková¹²⁷

Abstrakt

Sociálny kurátor je v každodennom kontakte so svojimi klientmi a očakáva sa od neho plné nasadenie pri riešení ich problémov. Práca sociálneho kurátora si vyžaduje neustále prehlbovanie svojich odborných vedomostí, zvyšovanie profesionálnych kompetencií a celkové zabezpečovanie svojho odborného rastu. V tejto oblasti je žiaduce sa zamerať nielen na odbornú prípravu v rámci školského a rezortného vzdelávania, ale aj na samoštúdium, čím môže dôjsť k postupnému upevňovaniu statusu profesie sociálneho kurátora.

Kľúčové slová: Sociálny kurátor. Odborné vedomosti. Odborný rast. Profesionálne kompetencie. Školské a rezortné vzdelávanie.

Abstract

A social guardian daily contacts his/her clients and full enthusiasm expected from him/her in dealing with problems of his/her clients. The work of the social guardian requires continuous improvement of its expert knowledge, improvement of the professional competencies, and general expert growth. It is desirable in this area to focus not only to the expert training in the school and branch education but also to the self-study in order to successively reinforce the social guardian job status.

Keywords: Social guardian. Expert knowledge. Expert growth. Professional competencies. School and branch education.

Úvod

Určujúcim faktorom sociálneho statusu človeka sa postupne stáva profesia. Základným predpokladom kvalitného výkonu a profesionalizácie sociálneho pracovníka je odborná príprava, pričom práve systém vzdelávania sa odvíja od vzdelávacích potrieb sociálnych pracovníkov, ktoré by mali obsahovať jeho vzdelanostnú spôsobilosť na sociálnu činnosť, ktorá vyplýva z požiadaviek spoločenskej praxe, z požiadaviek na zvládnutie teoreticko-praktickej vybavenosti, ako i zvládnutie rozvoja teórie a výskumu. O. Chytil (2007: 66-67) v súvislosti so vzdelávaním v sociálnej práci uvádza, že možno konštatovať nereflektovanie modernizačných tendencií, nakoľko vzdelávanie je stále viac podriadené ekonomickým imperatívom, keď namiesto širokého spektra odovzdaných hodnôt získava škola jedinou určujúcou funkciu – sprostredkovať ekonomické zhodnotenie ľudského kapitálu.

Sociálna práca je súčasťou spoločenských potrieb tretieho milénia v rozvoji terciárnej sféry spoločenského života. Ide pritom o veľmi dôležitú súčasť sociálnej pomoci jedincom, pričom pod sociálnou prácou rozumieme systematickú činnosť v prospech tých osôb, ktoré si nedokážu pomôcť sami (Kotradyová, 2015: 33). Sociálny pracovník potrebuje pri výkone svojej profesie disponovať nielen komplexom teoretických poznatkov z rôznych vied a disciplín, ale aj isté praktické zručnosti, ktoré sú taktiež dôležitým predpokladom efektívneho vykonávania jeho práce v prospech klientov. Aj podľa Flexnera (2001) žiadna profesia sa nemôže vykonávať len s akademickým teoretickým vzdelaním. Profesionál v oblasti sociálnej práce musí mať aj praktické skúsenosti, nadobudnuté v procese učenia z praktickej činnosti.

127 Katolícka univerzita v Ružomberku, Teologická fakulta Košice, Hlavná 89, 041 21 Košice; lydia.leskova@ku.sk; Tel.: +00421-55-6836-155

1. Vzdelávanie v odbore sociálna práca – odborný rast sociálneho kurátora (teoretické východiská)

Teoretické vedomosti i praktické zručnosti môžeme získať štúdiom v odbore sociálna práca. Aby sociálny pracovník dobre zvládol svoju profesiu, musí tomu predchádzať náležitá teoretická príprava. Ako problém môžeme vnímať skutočnosť, že štúdium v tomto odbore je často zamerané viac na získavanie teoretických vedomostí než na osvojovanie si praktických zručností a skúseností. Vzdelávanie v tomto odbore môžeme vnímať vo viacerých líniiach. Školský systém, rezortné vzdelávanie, supervízia, samoštúdium i prax – to všetko sú oblasti, ktoré ponúkajú sociálnemu kurátorovi priestor na získavanie potrebných poznatkov, schopností a kompetencií na výkon svojej profesie.

1.1 Stredoškolské vzdelávanie

V rámci *stredoškolského*, resp. pomaturitného vzdelania sa môže získať kvalifikované vzdelanie na vykonávanie činnosti v sociálnej oblasti v rámci stredných škôl, stredných odborných škôl, akadémií a spojených škôl (štátnych a súkromných) v troch študijných odboroch, a to: *Sociálno-právna činnosť (6851 6)* – pomaturitné štúdium v dĺžke 2 rokov, *Sociálno-právna činnosť (6851 7)* – pomaturitné štúdium v dĺžke 3 roky, *Sociálno-výchovný pracovník (7661 6)* – úplné stredné odborné vzdelanie v dĺžke štúdia 4 roky. V týchto študijných odboroch môžu absolventi získať vzdelanie, ktoré je podľa Základných pedagogických dokumentov Ministerstva školstva SR podrobnejšie popísané v dokumentoch: *Základné pedagogické dokumenty študijného odboru 6851 6 sociálno-právna činnosť*, *Základné pedagogické dokumenty študijného odboru 7661 6 sociálno-výchovný pracovník*.

1.2 Vysokoškolská príprava sociálnych pracovníkov v študijnom odbore sociálna práca

Vzdelávanie a výchova sociálnych pracovníkov sa riadi národnými a medzinárodnými právnymi predpismi. Vzdelávanie prebieha v súlade s odporúčaniami Medzinárodnej organizácie práce a smernicami Európskej únie.

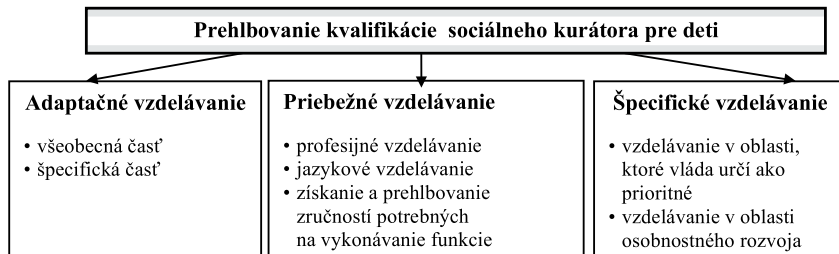
Sociálna práca je študijný odbor zo sústavy študijných odborov (3.114), spravovaných Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu SR, ako oblasť poznania, v ktorej absolvent študijného programu nadobudne profesionálnu spôsobilosť vykonávať svoje povolanie alebo sa pripraví pokračovať v nadväzujúcom vysokoškolskom štúdiu. Odbor sa študuje v 3 stupňoch, a to: I. stupeň (Bc.) so štandardnou dĺžkou 3 roky, II. stupeň (Mgr.) so štandardnou dĺžkou 2 roky, III. stupeň (PhD.). Sociálna práca ako študijný odbor reaguje nielen na dynamiku spoločenských zmien, ale aj na najnovšie trendy ponímania sociálnej práce vo svete, ktoré implementuje do systému odbornej prípravy absolventov sociálnej práce.

1.3 Rezortné vzdelávanie

Sociálny kurátor (ďalej len „SK“) pri výkone svojej profesie si musí neustále rozširovať svoju kvalifikáciu a má využívať najnovšie poznatky vedy a postupovať v súlade so súčasnými poznatkami vedy (lege artis), čo vyplýva aj z ustanovení viacerých zákonov. Zákon č. 400/2009 Z. z. o štátnej službe v § 60 ods. 1 písm. k) uvádza, že štátny zamestnanec je povinný prehľbovať si svoju kvalifikáciu. Taktiež v zákone č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele v § 3 ods. 1 je uvedené, že opatrenia sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately sa vykonávajú pre dieťa najmä prostredníctvom sociálnej práce, metódami a technikami

a postupmi zodpovedajúcimi poznatkom spoločenských vied a poznatkom o stave a vývoji sociálno-patologických javov v spoločnosti. SK je štátny zamestnanec, na ktorého sa vzťahuje zákon č. 400/2009 Z. z. o štátnej službe. Ustanovenia § 76 ods. 1 – ods. 5 špecifikujú vzdelávanie štátnych zamestnancov. Z ustanovení je zrejmé, že Služobný úrad vytvára podmienky na vzdelávanie štátnych zamestnancov prehlbovaním kvalifikácie (Diagram 1) a zvyšovaním kvalifikácie.

Diagram č. 1: Prehlbovanie kvalifikácie sociálneho kurátora pre deti



Zdroj: Vlastné spracovanie podľa zákona č. 400/2009 Z.z. o štátnej službe.

Rezortné vzdelávanie je súčasťou ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov v oblasti sociálnej práce. Jeho cieľom je rozvíjať získané profesionálne kompetencie a má tiež nasmerovať sociálnych pracovníkov na to, aby neustále aktivizovali svoj osobnostný potenciál, má napomáhať ich seberealizácii, rozvíjať ich sebaopoznanie, podporovať vlastný rozvoj a individualitu.

1.4 *Supervízia – metóda kontinuálneho zvyšovania profesionálnej kompetencie*

Supervízia ako metóda kontinuálneho zvyšovania profesionálnej kompetencie vedie sociálneho pracovníka k samostatnému vykonávaniu profesie, chráni klienta pred nekompetentnými a jatrogenizujúcimi intervenciami pracovníka a súčasne chráni status profesie alebo profesijnej skupiny. Zahŕňa v sebe integráciu osobnostných vlastností sociálneho pracovníka, jeho teoretické znalosti a praktické skúsenosti (Gabura, 2005: 212). Zároveň pomáha k profilácii a profesionalizácii profesie, prostredníctvom nej dochádza k zvyšovaniu profesionálnej kompetencie, čo možno považovať za vysoko aktuálne aj vo vzťahu k sociálnej práci s deťmi a mládežou (Vaska, 2007; Havrdová, 1999). Supervízia je považovaná za metódu profesionalizácie sociálnej práce, čo je priam nevyhnutné pre prácu SK. Pomáha mu pri riešení problémov a pri rozhodovaní, taktiež pomáha pri syndróme vyhorenia i pri lepšom porozumení klientom. Supervízia je pre SK povinná a pravidelne sa uskutočňuje na ÚPSVaR pre pracovníkov orgánu SPODaSK.

1.5 *Samoštúdium a prax*

Dôležitou súčasťou získavania profesionálnych kompetencií SK je *samovzdelávanie*, ktoré je nevyhnutnosťou ku skvalitňovaniu práce a k výkonu činností. Rozvíjať vlastné schopnosti a pracovať na odstraňovaní profesionálnych nedokonalostí a chýb je povinnosťou každého sociálneho pracovníka. Samoštúdium je podľa Schavela (2008) druhom celoživotného vzdelávania a je základným predpokladom ku zvyšovaniu profesionálnych kompetencií.

Mnohé kompetencie sociálnych pracovníkov sa nedajú jednoducho naučiť z kníh a prednášok, ale len prostredníctvom vlastnej skúsenosti. Po školskej príprave by teda mala nasledovať celoživotná profesionálna príprava v praxi (Oláh, 2005; Lešková, 2010). V oblasti samoštúdia sa od SK vyžaduje pochopenie významu samoriadenia – selfmanagementu. Jeho efektívne uplatňovanie s neustálym sebarozvojom a sebazvedávaním prispieva ku zvyšovaniu profesionálnych kompetencií, ktorých využívanie a kvalitné ovládanie zvyšuje efektívnosť ich práce vo vzťahu k cieľovej skupine klientov.

2. Kvantitatívny výskum

2.1 Výskumný súbor

Výskumná vzorka nebola náhodná, ale skúmali sme celú populáciu SK pre deti v rámci SR, teda sme realizovali cenzus. Pri stanovení skúmanej populácie sme vychádzali z oficiálnych údajov zo štatistických výkazov V(MPSVR SR)12-01, ktoré uvádzajú počet pracovníkov orgánu sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately s podrobným rozčlenením na sociálnych kurátorov pre deti a pre dospelých a uvádzajú ich vzdelanie.

Na výskume participovalo 126 respondentov (ďalej len „R“) – 101 žien (80,2 %) a 25 mužov (19,8 %).

2.2 Výskum, jeho ciele a vyhodnocovanie získaných dát (parciálne výsledky)

Zistiť vhodnosť ukončeného odboru štúdia v školskom systéme a využiteľnosť dosiahnutého vzdelania v školskom systéme pre výkon práce sociálneho kurátora bolo čiastkovým cieľom 1. Vyžiteľnosť dosiahnutého vzdelania v jednotlivých vzdelávacích systémoch pre prax sociálneho kurátora bolo čiastkovým cieľom 2.

V rámci výskumu sme využili dotazníkovú metódu, pričom respondenti (pracovníci sociálnej kurately úradov práce, sociálnych vecí a rodiny) sa k jednotlivým položkám vyjadrovali hodnotením na ponúkanej hodnotiacej škále od 0 do 10. Výskum sme realizovali prostredníctvom elektronického dotazníka, ktorý fungoval ako webová stránka. Pri riešení čiastkových cieľov sme použili základné štatistické výpočty. Taktiež sme zisťovali silu asociácie medzi premennými.

2.3 Univariačná analýza

V súvislosti s cieľom 1 sme zisťovali u respondentov ZS odbor ukončeného školského vzdelania a ktoré študijné odbory sú najvhodnejšie pre výkon profesie SK. V našom skúmanom súbore SK bolo zistené, že až 72 R má ukončený odbor štúdia sociálna práca. Za povšimnutie stojí ešte pedagogické vzdelanie (pedagogika – 15 respondentov a sociálna pedagogika 8 respondentov). Zastúpenie ostatných ukončených odborov vzdelania je z hľadiska početnosti nepodstatné. Respondenti označili odbor sociálna práca ako najvhodnejší odbor štúdia pre výkon funkcie SK, pričom priemerná hodnota vhodnosti bola 9,3 B. Ďalšími vhodnými odbormi s pomerne vysokým bodovým ohodnotením bola psychológia (8,15 B) a právo (7,09 B). Za najmenej vhodný odbor pre výkon práce SK pre deti bola označená andragogika (5,17 B). Výsledky poukazujú na skutočnosť, že SK využívajú najviac vedomostí zo svojej osobnej praxe (priemerná hodnota 9,02 B). Za dosť podstatné považujú SK získavanie vedomostí, schopností a zručností vlastným samoštúdiom (priemer 7,84 B) a vzájomnou supervíziou (priemer 7,37 B). Na poslednom mieste z pohľadu využiteľnosti v praxi sa nachádza školský systém (priemer 5,22 B).

2.4 Bivariačná analýza

To, ako súvisí dosiahnuté vzdelanie respondentov s vhodnosťou odboru štúdia pre výkon práce SK, vyjadruje Tab. č. 1.

Tab. č. 1: *Vhodnosť odborov štúdia pre výkon SK podľa dosiahnutého vzdelania*

Vzdelanie	Odbory štúdia						
	0 – úplne nevhodné; 10 – ideálne						
	Sociálna práca	Sociológia	Sociálna Pg	Pg	Andragogika	Právo	Psychológia
SO	9,50	1,00	3,00	5,00	1,00	7,00	8,50
G	10,00	4,33	4,00	3,67	2,67	6,33	7,33
VŠ I. st.	9,40	5,68	6,00	5,45	4,47	6,20	7,80
VŠ I. st.	9,25	5,47	6,80	5,48	5,42	7,26	8,21
VŠ I. st.	9,50	8,00	7,50	5,50	6,50	9,50	9,50
Spolu	9,30	5,48	6,58	5,42	5,17	7,09	8,15
Eta	0,092	0,221	0,249	0,111	0,254	0,227	0,143

Zdroj: vlastné spracovanie

Na to, ako respondenti vnímajú vhodnosť odborov štúdia podľa ich skutočného odboru štúdia, poukazuje Tab. č. 2.

Tab. č. 2: *Vzťah medzi ukončeným odborom štúdia a vhodnosťou odboru štúdia pre výkon sociálnej kurately*

Ukončený	Odbory štúdia						
	Vhodný						
	Sociálna práca	Sociológia	Sociálna Pg	Pg	Andragogika	Právo	Psychológia
Majster OV	10,00		8,00	10,00		3,00	10,00
Pedagogický (Pg)	9,14	5,57	7,86	7,07	7,07	7,29	8,36
Právo	9,00	5,67	5,33	3,67	2,67	9,33	8,00
Psychológia	5,00	3,00	2,00	1,00	0,00	8,00	8,00
Sociálna Pg	9,00	4,83	8,86	6,00	7,00	6,57	8,29
Sociálna práca	9,64	5,72	6,57	5,43	4,96	7,23	8,36
Sociológia	10,00	7,00	6,50	6,00	3,00	5,50	7,00
Verejná správa	10,00	6,25	4,75	4,00	5,50	9,50	9,50
Total	9,30	5,48	6,58	5,42	5,17	7,09	8,15
Eta	0,514	0,285	0,376	0,390	0,383	0,379	0,374

Zdroj: vlastné spracovanie

SK pri svojej práci s detským klientom využívajú získané vedomosti a zručnosti nielen prostredníctvom vzdelávacích systémov, ale aj supervíziou, i zo svojej odbornej praxe a vlastným samoštúdiom. Tab. č. 3 poukazuje na preferované zdroje, z ktorých SK získavajú svoje vedomosti a zručnosti podľa pohlavia.

Tab. č. 3: *Využitie získaných vedomostí a zručností z rôznych zdrojov podľa pohlavia R*

Zdroje vedomostí a zručností (využívanie)	Pohlavie		Spolu	Eta
	Muži	Ženy		
0 – vôbec nie; 10 – vždy				
V školskom systéme	5,48	5,16	5,23	0,051
V systéme rezortného vzdelávania	6,24	5,69	5,80	0,089
Supervíziou s kolegami	7,63	7,31	7,37	0,057
Supervíziou s nadriadenými	5,42	5,90	5,80	0,077
Vlastným samoštúdiom	7,83	7,85	7,84	0,003
Z praxe sociálneho kurátora	9,60	8,88	9,02	0,183

Zdroj: vlastné spracovanie

V rámci nášho výskumu sme sledovali aj vzťah medzi ukončeným odborom štúdia a zdrojom vedomostí a zručností. Tieto skutočnosti sú popísané v Tabuľke 4, pričom sme sa sústredili predovšetkým na respondentov s ukončeným odborom štúdia sociálna práca.

Tab. č. 4: *Vzťah medzi ukončeným odborom štúdia R a zdrojom získaných vedomostí a zručností*

Ukončený odbor štúdia	Zdroj vedomostí a zručností získaný					
	Školský systém	Rezortné vzdelávanie	Vzájomná supervízia s kolegami	Supervízia s nadriadenými	Vlastné samoštúdiom	Prax sociálneho kurátora
Majster OV	9,00	9,00	9,00	5,00	8,00	9,00
Pedagogický	4,33	6,07	7,79	5,71	7,93	9,27
Právo	4,33	5,33	6,00	3,67	8,33	6,33
Psychológia	4,00	3,00	8,00	9,00	7,00	3,00
Sociálna Pg	5,83	6,75	7,50	5,57	8,25	9,14
Sociálna práca	5,69	5,59	7,59	5,93	7,84	9,15
Sociológia	3,50	7,00	3,00	4,00	7,50	9,00
Verejná správa	5,75	7,75	6,25	6,25	9,00	7,00
Total	5,23	5,80	7,37	5,80	7,84	9,02
Eta	0,343	0,259	0,332	0,302	0,374	0,518

Zdroj: vlastné spracovanie

Na skúmané vzťahy medzi zdrojmi vedomostí a zručností s vekom a praxou respondentov poukazuje Tab. č. 5.

Tab. č. 5: *Využívané vedomosti a zručnosti z rôznych zdrojov a ich vzťah s vekom a praxou respondentov*

Pearsonova korelácia	Vek	Prax so	Prax sk
Zdroj vedomostí a zručností			
Školský systém	-0,26	-0,15	-0,23
Systém rezortného vzdelávania	0,11	0,08	0,05
Vzájomná supervízia s kolegami	-0,13	-0,10	-0,18
Supervízia s nadriadenými	-0,07	-0,08	-0,08
Vlastné samoštúdium	-0,02	0,07	-0,01
Prax sociálneho kurátora	0,13	0,17	0,27

Zdroj: vlastné spracovanie

Záver

Čiastkovým *cieľom 1* bolo zistiť vhodnosť ukončeného odboru štúdia a využiteľnosť dosiahnutého vzdelania v školskom systéme pre výkon práce sociálneho kurátora. Skúmali sme druh ukončeného štúdia, ale aj vhodnosť odborov školského vzdelávania na prácu sociálneho kurátora.

V skúmanom súbore SK až 72 respondentov (57,1 %) má ukončený odbor sociálna práca, pričom tento odbor štúdia označili ako najvhodnejší pre výkon funkcie sociálneho kurátora (9,30 B). Priemerné hodnotenie vhodnosti odboru sociálna práca je u žien o 0,74 B vyššia ako u mužov (Ž – 9,44 B; M – 8,70 B). Pri odbore sociálna práca bol rozdiel medzi R rôznych typov dosiahnutého vzdelania s maximálnym rozdielom 0,75 B, ale pri ostatných odboroch bol rozdiel podstatne väčší. Pomerne vhodnými odborami sú podľa R základného súboru aj psychológia (8,15 B) a právo (7,09 B). Andragogika bola označená za najmenej vhodný odbor pre výkon práce SK (5,17 B). V preferovaní odborov štúdia pre výkon práce SK z pohľadu poradia ich významnosti sa nevykytol podstatný rozdiel medzi pohlaviami. Pri skúmaní vzájomného vzťahu medzi ukončeným odborom štúdia a vhodnosťou odboru štúdia pre výkon práce SK môžeme konštatovať, že väčšina R podľa ukončených odborov štúdia postavili odbor sociálna práca na prvé miesto vo vhodnosti, s výnimkou respondentov končiacich odbor štúdia právo (N = 3) a odbor psychológia (N = 1), ktorí si označili svoj ukončený odbor školského vzdelania za najvhodnejší. Vzhľadom k tomu, že počet respondentov týchto odborov nebol významný, výsledky nijako neovplyvnili skutočnosť, že sociálna práca je najvhodnejším odborom pre výkon funkcie SK, čo vidieť aj zo zisteného koeficientu Eta = 0,514, čo predstavuje veľkú závislosť medzi vhodnosťou sociálnej práce pre výkon sociálnej kurately.

Čiastkovým *cieľom 2* bolo zistiť, aká je využiteľnosť dosiahnutého vzdelania v jednotlivých vzdelávacích systémoch pre prax SK. Zameranie sledovalo štyri základné oblasti, a to: školský systém, rezortné vzdelávanie, odbornú prax a samoštúdium.

Vedomosti zo svojej odbornej praxe využívajú SK najviac pri svojej práci (9,02 B). Za dost podstatné považujú R získavanie vedomostí a zručností vlastným samoštúdiom (7,84 B) a vzájomnou supervíziou (7,37 B). Školský systém sa nachádza na poslednom mieste z pohľadu využiteľnosti v praxi (5,22 B), pričom najmenej tento systém preferovali R so stredoškolským vzdelaním (SO – 1,5 B; G – 4,33 B) a najviac R s vysokoškolským vzdelaním II. (5,45 B).

Pri skúmaní vzťahu medzi zdrojmi vedomostí a zručností zo školského systému s vekom a praxou respondentov bola zistená negatívna stredná závislosť, čo poukazuje na to, že so zvyšujúcim sa vekom a praxou znižuje využiteľnosť vedomostí a zručností získaných zo školského systému. Naproti tomu výsledky poukázali na malú, ale pozitívnu závislosť medzi zdrojom vedomostí z praxe SK a jeho vekom ($r = 0,13$) i praxou ($r_{\text{prax so}} = 0,17$; $r_{\text{prax sk}} = 0,27$). Taktiež pri sledovaní vzťahu medzi jednotlivými odbornými štúdiá a zdrojom vedomostí a zručností respondenti označili prax SK za najpodstatnejšiu, pričom korelácia medzi skúmanými ukazovateľmi dosiahla hodnotu veľkej závislosti – $Eta = 0,518$.

Sociálny kurátor pre deti je profesionál ÚPSVR, ktorého hlavným poslaním je zabezpečiť predchádzaniu vzniku krízových situácií, prehlbovaniu a opakovaniu porúch vývinu detí, zamedziť nárastu sociálnej patológie prostredníctvom vykonávania opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. K tomu, aby tieto úlohy a ciele mohli adekvátne naplňovať je nevyhnutné zabezpečovať jeho permanentné vzdelávanie a odborný rast. Na základe zistených skutočností je žiaduce pristúpiť k nasledovným krokom:

- Zvyšovanie odbornej kvalifikácie,
- Zvyšovanie prístupu k získavaniu praktických zručností,
- Zvyšovanie a praktické využitie profesionálnych schopností a zručností sociálneho pracovníka,
- Podpora a zvýšenie využívania ďalšieho rezortného vzdelávania,
- Vytvorenie systému celoživotného vzdelávania,
- Prijatie samoštúdia ako formy celoživotného učenia sa,
- Podpora supervízie a jej efektívne využívanie v oblasti sociálnej práce.

Zoznam citovanej literatúry

FLEXNER, Abraham. Is Social Work a Profession? In *Research on Social Work Practice*. 2001, vol. 11, no. 2, p. 152-165. ISSN 1049-7315.

GABURA, Ján. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2005. ISBN 80-89185-10-X.

HAVRDOVÁ, Zuzana. *Kompetence v praxi sociálnej práce*. Praha: OSMIUM, 1999. ISBN 80-902081-8-5.

CHYTIL, Oldřich. Důsledky modernizace pro sociální práci. In *Sociální práce / Sociální práca*, 2007, roč. 6, č. 4, s. 64–71. ISSN 1213-6204.

KOTRADYOVÁ, Katarína. *Sociálna práca so seniormi a zdravotne znevýhodnenými*. [elektronický zdroj] Ružomberok: VERBUM, 2015. 1 elektronický optický disk (CD-ROM), 107 s. ISBN 978-80-561-0309-8.

LEŠKOVÁ, Lýdia. Využití teoretických poznatků v praxi sociálního kurátora pro děti v Slovenské republice. In *Rizika sociální práce*. Hradec Králové: Pedagogická fakulta, 2010, s. 425–431. ISBN 978-80-7435-086-3.

NR SR. *Zákon č. 400/2009 Z. z. o štátnej službe v znení neskorších predpisov.*

NR SR. *Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele v znení neskorších predpisov.*

OLÁH, Michal. *Supervízia v sociálnej práci.* Prešov: PBF PU, 2005. ISBN 80-8068-307-7.

SCHAVEL, Milan. Niektoré otázky edukácie sociálnych pracovníkov. In *Dni sociálnej práce*. Nitra: FSVaZ UKF, 2008. s. 45–49. ISBN 978-80-8094-231-1.

VASKA, Ladislav. Význam supervízie v odbornej praxi študentov sociálnej práce. In BRNULA, P. – KOSCUROVÁ, Z. *Nové trendy v príprave a uplatnení sociálnych pracovníkov.* Bratislava : PF UK, 2007, s. 267–275. ISBN 978-80-89185-27-6.

Starostlivosť o seba ako súčasť vzdelávania v sociálnej práci¹²⁸

Self-care as a part of social work education¹²⁹

Soňa Lovašová¹³⁰

Abstrakt

Príspevok pojednáva o starostlivosti o seba ako o možnosti skvalitňovania práce a eliminácie negatívnych dôsledkov výkonu povolania sociálnych pracovníčok a pracovníkov. Autorka ponúka pohľad na starostlivosť o seba ako na ucelený koncept. Zaoberá sa možnosťami jej využitia v sociálnej práci a predkladá výsledky autorských výskumov ako empirických ukazovateľov využitia a dôsledkov starostlivosti o seba. Poukazuje na možnosti využitia predloženého konceptu a predkladá komparáciu zahraničných skúseností s programami starostlivosti o seba a ich dôsledkami na výkon práce v oblasti sociálnej práce.

KLúčové slová: Starostlivosť o seba. Negatívne javy v práci. Vzdelávanie v sociálnej práci. Koncept starostlivosti o seba.

Abstract

The contribution deals with self-care as an option for improving quality of the work and elimination of the negative impacts of the jobs by the social workers. The author offers an insight in the self-care as a comprehensive concept. She pursues the possibilities of its use in the social work, and submits results of the author researches as empiric indicators of the use and consequences of the self-care. It points out to the possibility of deployment of the submitted concept, and submits a comparison of the abroad experience with the self-care programs and their consequences in the social work job.

Keywords: Self-care. Negative work impacts. Education in the social work. Self-care concept.

Úvod

Starostlivosť o seba je v súčasnosti multidimenzionálne vnímaným konceptom, ktorým sa zaoberajú rôzne vedné disciplíny. Každá z nich využíva, hodnotí a skúma starostlivosť o seba zo svojej perspektívy. V tomto príspevku sú prezentované aspekty viacerých vedných disciplín z pohľadu sociálnej práce. Psychologický, ktorý predstavuje odpoveď na otázku ako starostlivosť o seba funguje. Manažérsky, ktorý napovedá ako starostlivosť o seba realizovať v rámci organizácie. Sociálny rozmer sa zaoberá napr. sociálnou oporou a jej využívaním ako jednou z významných zložiek konceptu starostlivosti o seba. Medicínsky, ktorý zastupuje zložku fyzického zdravia, či filozofický, ktorý sa zaoberá zmyslom života a udržiavaním duchovnej pohotovosti a sviežosti.

1. Súčasný pohľad na starostlivosť o seba

Už v období antiky sa filozofi zaoberali témou starostlivosti o seba. Xenofón ju vnímal ako vzťah tela a duše. Dušu a telo chápe ako dve súčasťi jednej ľudskej prirodzenosti. Pritom duša má podľa neho nad telom nadradený vzťah, avšak na to, aby duša fungovala dobre, je potrebné udržiavať telo v dobrej kondícii a celkovej pohode (Wollner, 2010).

128 APVV 14-0921

129 APVV 14-0921

130 Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Filozofická fakulta, Katedra sociálnej práce, Mozesova 9, Košice 04001, e-mailová adresa: sona.lovasova@upjs.sk

Zámerom tohto príspevku je predstaviť model starostlivosti o seba v sociálnej práci a navrhnuť možnosť jeho začlenenia do systému vzdelávania v sociálnej práci.

Starostlivosť o seba v súčasnosti zahŕňa rôzne oblasti a predstavuje komplex vykonávaných aktivít – to je jej podstatou. Jej cieľom je udržiavanie fyzickej a psychickej pohody a je vykonávaná z vlastnej iniciatívy jedinca. V minulosti dominoval v starostlivosti o seba faktor starostlivosti o zdravie. Godfrey a kol. (2010) analyzovala 139 definícií starostlivosti o seba, výstupom bolo sedem hlavných aspektov, ktoré sa najčastejšie objavovali v skúmaných definíciách a týkali sa oblasti zdravia, cieľavedomého vykonávania aktivít, či preventívnych aktivít.

Dnes je situácia iná a hoci starostlivosť o seba stále predstavuje jednu z najdôležitejších domén tejto problematiky, je doplnená o ďalšie zložky, napr. psychologickú (Rehwaldt et. al., 2009), spirituálnu (Ellisová, 2000). Z pohľadu sociálnej práce sú najčastejšie rozlišované z hľadiska vykonávaných aktivít 4 zložky (Figley, 2002; Newell, Nelson-Gardell, 2014; Moore et. al., 2011; Aguilar, 1997): fyzická, psychologická, sociálna, spirituálna.

Priekopníčkou v problematike starostlivosti o seba je Dorothea Oremová, ktorá predstavila Deficitnú teóriu starostlivosti o seba (Orem, 2001). Podľa jej teórie ide o realizáciu aktivít vykonávaných v určitom čase. Deficiencia spočíva v tom, že v živote človeka existujú situácie, kedy je zvýšená pozornosť venovaná starostlivosti o seba nevyhnutná. Podstatou je podpora a udržanie pohody, zdravého fungovania a pokračujúceho vývinu počas života. Veľmi dôležitým poznatkom vyplývajúci z tejto teórie je fakt, že je starostlivosť o seba je výsledkom učenia. Oremová (2001) používa pojem „self-care agency“, ktorý predstavuje určitú schopnosť jedinca, či potenciál, starať sa o seba.

2. Starostlivosť o seba v sociálnej práci

Hlavnou náplňou sociálnej práce je orientácia na pomoc a starostlivosť o druhých. Zaujímavé je, že profesionáli v pomáhajúcich profesiách svojich klientov učia aké je dôležité venovať čas a priestor starostlivosti o seba, avšak sami sa o seba nestarajú (Williams et. al., 2010). Dôvodov je niekoľko, ale najčastejším je nedostatok času pre vykonávanie aktivít spojených so starostlivosťou o seba. Pritom dennodenná konfrontácia s problémami iných ľudí by mala znamenať nevyhnutnosť nájsť si čas pre seba. Starostlivosť o seba predstavuje okrem iného možnosť eliminácie negatívnych dôsledkov výkonu pomáhajúcej profesie, ktorou sociálna práca jednoznačne je.

Tab. č. 1: Model starostlivosti o seba v sociálnej práci

	Hľadisko osobnosti	Hľadisko organizácie
Ako self-care funguje	sebauvedomenie sebaučinnosť sebaregulácia	fungovanie organizácie manažment organizácie tvorba psychologicky zdravých pracovísk
Aké aktivity vykonávať/ zložky	fyzická psychologická sociálna spirituálna	supervízia pracovná pohoda vzdelávanie

Starostlivosť o seba je z pohľadu sociálnej práce na Slovensku dosiaľ nevyužívaným konceptom. Aj keď jej jednotlivé zložky sú súčasťou profesionálneho výkonu či prípravy naň (supervízia, celoživotné vzdelávanie, výcviky), v celostnom podaní sa s ňou nepracuje.

Pri štúdiu self-care v rôznych štúdiách je možné rozlíšiť dva pohľady na túto tému. Prvý sa dá označiť ako psychologický – zaoberá sa tým, ako starostlivosť o seba vnútorne funguje, na akom pozadí, aké javy v rámci nej prebiehajú. Na druhej strane štúdie z oblasti sociálnej práce, sociológie, ale aj medicíny, ponúkajú koncepty zamerané na konkrétne aktivity, ktoré je vhodné/potrebné vykonávať. Spojením pohľadu psychológie a sociálnej práce je možné predstaviť určitý koncept (tab. 1), vhodný pre celkové vnímanie konštruktu self-care ako vykonávanej činnosti z pohľadu sociálnej práce.

Predložený model ponúka dva aspekty self-care. Prvým je rozlíšenie toho, ako self-care funguje, čo predstavuje psychologické hľadisko osobnosti a stratégie osobnosti. A toho, aké konkrétne aktivity je vhodné vykonávať. Druhý pohľad rozlišuje starostlivosť o seba ako aktivity vykonávané jedincom a aktivity zabezpečované organizáciou.

3. Starostlivosť o seba vo vzdelávaní v sociálnej práci

Ak by sa ako paralela pre starostlivosť o seba zobrala supervízia, ktorá je tiež jednou z oblastí vykonávanej starostlivosti o seba, dá sa poukázať na niekoľko zaujímavých súvislostí. Mnohé výskumy potvrdili negatívnu súvislosť medzi supervíziou a výskytom negatívnych javov v práci (Cohen-Katz et. al. 2005; Shapiro et. al. 2007; Moore, Cooper 1996). Na Slovensku pojem supervízia začali používať v deväťdesiatych rokoch Gabura a Mydlíková. Od roku 2005 dané zákonom č. 305/2005 Z.z. o sociálno-právnej ochrane detí a sociálnej kuratele, že subjekt má povinnosť vytvoriť podmienky na supervíziu. Neprešlo veľa času a supervízia sa v podmienkach SR v oblasti sociálnej práce udomácnila. Zaujímavé sú výsledky výskumov, ktoré preukazujú, že pracovníci, ktorí absolvujú supervízne konzultácie častejšie o nich majú väčší záujem, než tí, ktorí ich realizujú menej často (Lovašová, 2015). Na základe toho to vyzerá tak, že supervízia obsahuje veľmi dôležitý faktor – schopnosť naučiť sa prijímať a realizovať ju.

Preto existuje predpoklad, že tak ako pri supervízii, aj pri starostlivosti o seba je možné predpokladať, že ak sa ju profesionáli naučia vykonávať, ich dopyt po nej a záujem cieľavedome, no dobrovoľne vykonávať aktivity v tomto smere bude rásť, zvlášť ak bude podporený aj organizačne.

Záver

Výskumy potvrdzujú, že vykonávanie starostlivosti o seba (aj v jej jednotlivých zložkách) redukuje výskyt negatívnych javov v pomáhajúcich profesiách (Cohen-Katz et. al., 2005; Shapiro et. al., 2007; Moore, Cooper, 1996). Zo zahraničných štúdií je pritom zrejmé, že prvým krokom v zlepšení vykonávanej starostlivosti o seba by malo byť zaradenie problematiky do študijných plánov pomáhajúcich profesií (Napoli, Bonifas, 2011; Shannon et. al., 2014; Newell, Nelson-Gardell, 2014). Túto cestu vidí pre uplatňovanie konštruktu starostlivosti o seba aj autorka. Pri spätnom pohľade na to, ako sa v relatívne krátkej dobe rozvinula supervízia, by sa pri systémovom opatrení dali očakávať v pomerne krátkej dobe želiteľné výsledky, napr. v podobe eliminácie negatívnych javov v práci.

Zoznam citovanej literatúry

AQUILAR, M., A. Re-engineering social works approach to holistic health. *Health and Social Work*, 1997, roč. 22, č. 2, s. 83–85. ISSN 1545-6854.

COHEN-KATZ et al. The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, part II: A quantitative and qualitative study, *Holistic nursing practice*, 2005, roč. 19, s. 26–35. ISSN 1877-0428.

ELLIS, L. Have you and your staff signed a self care contract? *Nursing Management*, 2000, roč. 31, č. 3, 47–48.

FIGLEY, C., R. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology*, 2002, roč. 58, č. 11, s. 1433–1441. ISSN 1097-4679.

GODFREY, C.M., HARRISON, M.B., LYSAGHT, R., LAMB, M., GRAHAM, I.D., OAKLEY, P. Care of self – care by other – care of other: the meaning of self-care from research, practice, policy, and industry perspective. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 2010, roč. 9, s. 3–24. ISSN 1744-1609.

LOVAŠOVÁ, S. *Sociálna práca s agresívnym klientom. Aplikovaná sociálna práca – od teórie k praxi*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 2015, s. 91–110. ISBN 978-8081-52-333-5.

MOORE, K., COOPER, C. Stress in mental health professionals: A theoretical overview. *International Journal of Social Psychiatry*, 1996, roč. 42, s. 82–89. ISSN 1741-2854.

MOORE, S. E. et. al. Social work students and self-care: A model assignment for teaching. *Journal of Social Work Education*, 2011, roč. 47, č. 3, s. 545–553. ISSN 1741-2854.

NAPOLI, M., BONIFAS, R. From theory toward empathic self-care: Creating a mindful classroom for social work students. *Social Work Education*, 2011, roč. 30, č. 6, p. 635-649. ISSN 0279-5479.

NEWELL, J., M., NELSON-GARDELL, D. A Competency-Based Approach to Teaching Professional Self-Care: An Ethical Consideration for Social Work Educators. *Journal of Social Work Education*, 2014, roč. 50, č. 3, p. 427-439. ISSN 0261-5479.

OREM, D.E. *Nursing concepts of practice*. (6th ed). St. Louis: Mosby Year Book, 2001. ISBN 978-0-13-513583-9.

REHWALDT, M., WICKMAN, R., PURL, S., TARIMAN, J., BLENDOWSKI, C., SHOTT, S., LAPPE, M. Self-care strategies to cope with taste changes after chemotherapy, *Oncology Nursing Forum*, 2009, roč. 36, s. 47–56. ISSN 1538-0688.

SHANNON, P., J. et. al. Developing Self-Care Practices in a Trauma Treatment Course. *Journal of Social Work Education*, 2014, roč. 50, č. 3, p. 440-453. ISSN 0261-5479.

SHAPIRO, S., L. et. al. Teaching Self-Care to Caregivers: Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on the Mental Health of Therapists in Training. *Training and Education in Professional Psychology*, 2007, roč. 1, č. 2, s. 105–115. ISSN 1931-3926.

WILLIAMS et al. Symptom monitoring and self-care practices among Filipino cancer patients. *Cancer Nursing*. 2010, roč. 33, č. 1, s. 37–46. ISSN 1538-9804.

WOLLNER, U. Starostlivost' o seba v Xenofóntovom diele Memorabilia. *Acta Facultatis Philosophicae Universitatis Prešovensis*, 2010, roč. 11, č. 2, s. 32–78. ISSN 1335–1702.

Očekávané profesní kompetence sociálních pracovníků

Expected professional competence of social workers

René Pastrňák¹³¹

Abstrakt

S vývojem společnosti na společnost konzumní či služeb se mění i očekávání na pracovní náplň a kompetence sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách. V současnosti kompetence a kvalifikace výše jmenovaných pracovníků upravuje zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tato úprava však není dostatečná, protože se v dle zákona o sociálních službách poskytuje jen částečná sociální pomoc. V textu autor popisuje postavení sociální práce i sociálních služeb, k deskripci použil vlastní obrázek. Nedostatečnost definovaných kompetencí a kvalifikací si uvědomuje i odborná veřejnost, a proto je v přípravě zákon o sociálních pracovnících a profesní komoře, který důsledněji bude definovat očekávané profesní kompetence sociálních pracovníků.

Klíčová slova: Sociální práce. Kompetence. Sociální služby. Vzdělání.

Abstract

Changing society to the consumerist or service society adjusts the expectations of the job description and competencies of the social workers and social service workers. The competencies and qualification of said employees are now defined in the Social Services Act No. 108/2006 Coll. However, the legal regulations are not sufficient because only partial social assistance is provided in the clauses of the social services act. The author describes position of the social work and social services in the text, and own figure was used for the description. Even the expert public is aware of the insufficiency of the defined competencies and qualification, and therefore a bill on social workers and the professional chamber is in the pipeline to define more thoroughly the forecasted professional competences of the social workers.

Keywords: Social work. Competencies. Social services. Education.

1. Úvod

Problematika profesních kompetencí pracovníků sociálních služeb a sociálních pracovníků je stále aktuální především se zřetelem na vývoj konzumní společnosti a probíhající transformací sociálních služeb, jejíž součástí je i aplikace zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který určuje kvalifikaci a profesní náplň pracovníků, ty jsou definovány v § 110 a 116 zákona č. 108/2006 Sb. Definovaná kvalifikace a kompetence sociálních pracovníků je však nedostatečná, proto se pro sociální pracovníky připravuje samostatný zákon o sociálních pracovnících a profesní komoře. Připravovaný zákon předpokládá, že na sociální práci lze nahlížet jako na aplikovanou společensko-technologickou disciplínu i jako na aplikovaný obor sociální práce a praktické pomoci poskytované lidem nejen ve formě legislativou podložené sociální služby. Autor v textu využil vlastní koncepcí vizualizace sociálního systému v ČR.

131 Ústav veřejné správy a regionální politiky, Fakulta veřejných politik, Slezská univerzita v Opavě; e-mailová adresa: rene.pastrnak@fvp.slu.cz; Tel.: +420-553-684-130

2. Kompetence

Vývoj sociálních služeb vede odbornou společností k nutnosti integrovat teoretické a praktické vzdělávání. Stoupenci integrativního přístupu ve vzdělávání sociálních pracovníků deklarovali, že znalosti jsou vodítkem pro profesní jednání a mají významnou hodnotu, samy o sobě však nejsou dostačující. Vedle znalostí jsou nutné rovněž dovednosti, soubor schopností, které pomáhají realizovat profesní povinnosti. Tyto dovednosti je nutné nejen získat, ale také udržet.

Kompetenci lze vykládat jako oprávnění či pravomoc jednotlivce činit rozhodnutí. Užítí tohoto pojmu vyjadřuje sociální pozici jednotlivce, jeho postavení ve společnosti. Jak hovoří autor Veteška a Tuřeckiová (2008), s oprávněním rozhodovat by se měla pojit odpovědnost za výsledek rozhodnutí. Podle tohoto autora je kompetence specifickým souborem znalostí, dovedností, skutečností, metod a postupů, ale také například postojů, které jednotlivec využívá k úspěšnému řešení nejrůznějších úkolů a životních situací a jež mu umožňují osobní rozvoj i naplnění jeho životních aspirací ve všech hlavních oblastech života, tj. rovněž v kontextu trhu práce, a sice ve formě profesního uplatnění a zaměstnatelnosti. Kompetenci tedy pojímají jako soubor rozhodovacích pravomocí.

2.1 *Teoreticko-koncepční pozadí sociální práce*

Sociální práce je široký pojem, který je možno chápat různě, především však jako:

- vědeckou disciplínu s vlastním výzkumem a teorií,
- profesi s vlastní historií a vztahy k dalším profesím,
- praktickou činnost realizovanou jako pomoc potřebným s dopadem na kvalitu jejich života,
- obor studia na vyšších odborných a vysokých školách (Paulík, 2004).

Podle definice schválené Mezinárodní federací sociálních pracovníků sociální práce podporuje sociální změnu, řešení problémů ve vztazích mezi lidmi a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich lidských potřeb a rozvinutí jejich lidských možností (socialnirevue.cz).

Matoušek definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (např. chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti) (Matoušek, 2011).

Vašutová vymezuje sociální práci v širším a užším slova smyslu. V užším smyslu chápe sociální práci jako přímý, předem připravený a záměrný kontakt sociálního pracovníka s jednotlivcem či skupinou, jež má za účel stanovit sociální diagnózu a následně provádět sociální terapii. V širším pojetí pak sociální práce zahrnuje spolupráci s dalšími odborníky v oblasti péče o člověka (Paulík, 2004).

Činnosti v sociální práci lze obecně rozdělit na práce případové, práce s rodinami a malými skupinami a práce se skupinami velkými, s organizacemi, s komunitami. Podstatou případové práce neboli vedení případu je individuální podpora klientových schopností vyrovnat se s problémy, které mohou vyplývat z prostředí, být vnitřní či mezilidské, zejména rodinné. Základní činností v této práci je poradenství a tento přístup je uplatňován zejména v problematice duševního zdraví, vývojových poruch, v oblasti dlouhodobé péče, v sociální rehabilitaci.

Práce s rodinou má podobu aktivit organizovaných pro jednu rodinu nebo skupinu rodin, které spojuje stejný problém, či se jedná o rodinnou terapii s obecnějšími cíli jako např. zlepšit komunikaci rodiny a její fungování. Obecně jsou podnětem k sociální práci s rodinou více problémy dětí a dospívajících, než problémy dospělých.

Práce se skupinou nabízí možnosti, které práce individuální poskytnout nemůže. Skupiny sdružují jednotlivce, kteří mají podobné nebo stejné zájmy, cíle nebo problémy, a posilují je zjištěním, že nejsou ve své situaci sami. Skupina může svým členům také pomoci s překonáváním komunikačních bariér, poskytnout jim prostor pro výměnu názorů či pro získání nových přístupů k řešení jejich problémů.

Komunitní práce je formou sociální práce, pomocí které lze řešit místní problémy v oblasti sociálních služeb a zdravotní péče, etnického napětí, vzdělávání, ale také třeba sousedských vztahů. Jejím cílem je řešení těchto problémů nebo naplnění určité místní potřeby, tedy navození změny v místním společenství (Matoušek, 2011).

V současném sociálním státě je sociální práce nutností. Zaměřuje se na bariéry, nerovnosti a nespravedlnosti v tržním prostředí. Obecně ji lze tedy charakterizovat jako snahu řešit problémy lidí, kteří se nacházejí v obtížných či nepříznivých životních situacích, a sice na profesionální úrovni. Problémy jedince přitom chápe nejen jako obtíže ovlivňující jeho samotnou integritu, ale působící na celé jeho sociální okolí. Snaží se o předcházení problémům klientů v rámci preventivní péče, zmírňování, zlepšování nebo změnu stavu v rámci kurativní péče a kompenzování a předcházení zhoršování stavu tam, kde již nelze problém napravit, a to v rámci péče paliativní. Je nutné však připomenout, že kvantita i kvalita aplikované sociální práce je v přímé úměře s veřejnými financemi, a ty s efektivitou národní ekonomiky vybrané země.

3. Sociální služby

Sociální práce, chápána v dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, se realizuje v registrovaných sociálních službách a jejich prostřednictvím. V zákoně je sociální služba vymezena jako činnost nebo soubor činností, jimiž se zajišťuje pomoc osobám, které jsou v nepříznivé sociální situaci. Rozsah a forma této pomoci musí zachovat lidskou důstojnost, působit na osoby aktivně a motivovat je k takovým činnostem, které neprodlužují nebo nezhoršují jejich nepříznivou sociální situaci. Účelem pomoci je sociální začlenění nebo prevence jejich sociálního vyloučení.

Matoušek konstatuje: „Sociální služby jsou poskytovány lidem společensky znevýhodněným, a to s cílem zlepšit kvalitu jejich života, případně je v maximální možné míře do společnosti začlenit, nebo společnost chránit před riziky, jejichž jsou tito lidé nositeli. Sociální služby proto zohledňují jak osobu uživatele, tak jeho rodinu, skupiny, do nichž patří, případně zájmy širšího společenství“ (Matoušek, 2011).

Sociální služby a sociální práce jsou jedny z nejdůležitějších nástrojů sociální politiky, která je součástí sociálního systému každé vyspělé společnosti. Je to cílevědomá činnost státu, organizací a institucí, usilující o vytvoření podmínek, které omezují příčiny sociální nerovnováhy ve společnosti. Zasahuje tam, kde se lidé dostávají z objektivních důvodů do takových situací, které nejsou schopni řešit vlastními silami a prostředky, nebo kde je tato společenská pomoc žádoucí (Paulík, 2004).

3.1 Sociální péče

Sociální péče napomáhá k uspokojování sociálních potřeb občanů, které jsou objektivně uznávány společností. Jejimi současnými formami jsou dávky a služby sociální péče, které jsou poskytnuty občanům, kteří splňují podmínky pro jejich přiznání. Snaží se o stimulaci a integraci občanů do společnosti. Moderní sociální péče se neomezuje pouze na zásahy do hmotné oblasti jednotlivců a skupin, ale také do oblasti psychické, biologické, sociální a kulturní. Rozsah jejich forem je ovlivňován zejména ekonomickou situací konkrétní společnosti a možnostmi organizací a institucí, které ji poskytují (Paulík, 2004).

3.2 *Kategorizace sociálních služeb*

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, přinesl závaznou kategorizaci sociálních služeb. Podle zmíněné, právní úpravy se sociální služby dělí na služby:

- sociální péče,
- služby sociální prevence,
- sociální poradenství.

Tyto služby mohou být poskytovány formou:

- pobytovou (spojené s ubytováním v zařízeních sociálních služeb),
- ambulantní (součástí služby není ubytování),
- terénní (poskytované v přirozeném sociálním prostředí klienta).

3.3 *Služby sociální péče*

Služby sociální péče napomáhají osobám se stabilizovaným zdravotním stavem k zajištění jejich fyzické a psychické soběstačnosti, s cílem umožnit jim zapojit se do běžného života společnosti, a zajistit jim v případech, kdy to jejich stav vylučuje, důstojné prostředí a zacházení. Mezi služby sociální péče patří osobní asistence, pečovatelská služba, tísňová péče, průvodcovské a předčitatelské služby, podpora samostatného bydlení, odlehčovací služby, centra denních služeb, denní a týdenní stacionáře, domovy pro osoby se zdravotním postižením, domovy pro seniory, domovy se zvláštním režimem, chráněné bydlení a sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních ústavní péče.

3.4 *Služby sociální prevence*

Tento druh služeb napomáhá zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou jim ohroženy z důvodu krizové sociální situace, životním návykům, způsobu života vedoucího ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňujícího prostředí a ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby. Jejich cílem je pomáhat osobám k překonání těchto nepříznivých sociálních situací a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích jevů v ní. Službami sociální prevence jsou raná péče, telefonická krizová pomoc, tlumočnické služby, azylové domy, domy na půl cesty, kontaktní centra, krizová pomoc, noclehárny, služby následné péče, sociálně terapeutické dílny, terapeutické komunity, terénní programy, sociální rehabilitace, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi, sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením, nízkoprahová denní centra a nízkoprahová zařízení pro děti a mládež.

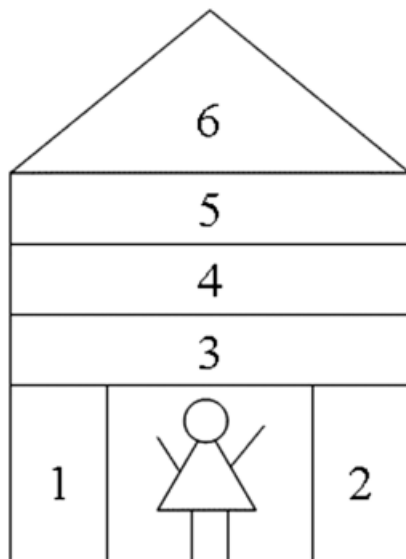
3.5 *Sociální poradenství*

Sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace, které přispívají k řešení jejich nepříznivé situace. Zahrnuje základní a odborné sociální poradenství. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství se zaměřuje na potřeby sociálních skupin osob v občanských, manželských a rodinných poradnách, v poradnách pro oběti trestných činů a domácích násilí, v poradnách pro seniory a pro osoby se zdravotním postižením. Jeho součástí je i půjčování kompenzačních pomůcek. S platností zákona č. 202/2012 Sb., o mediaci, lze do systému poradenství přijmout i mediační intervenci.

4. Shrnutí

Pozice a role sociální práce, politiky a služeb lze např. vizualizovat pomocí následného obrázku v podobě domečku na palisádách, který zastřešuje jedince jako nositele sociálního problému.

Obr. č. 1: Vizualizace sociálního systému v České republice



Zdroj: vlastní zpracování

- 1: Aplikovaná sociální práce
- 2: Aplikovaná sociální služba
- 3: Teoretická sociální práce
- 4: Institucionalizace sociální služby
- 5: Sociální politika
- 6: Veřejné finance

Sloupce či svislé obdélníky představují aplikovanou sociální práci či službu, tedy přímý kontakt či interakci pomáhajícího s jedincem, skupinou jako nositeli sociálního problému. U těchto aplikací se očekávají určité role a funkční náplně.

Ad. 1: Aplikovaná sociální práce – do sféry aplikované sociální práce v kontextu času, kultury a ekonomiky společnosti lze řadit: sociální terapii, tak aby se změnil exkludovaný stav klienta, odborné poradenství, stimulace a integrace do společnosti pomocí hmotných či nehmotných stimulů, dále pak odhalování a diagnostika sociálních problémů a projektové řízení filantropických a donátorských projektů.

Ad. 2: Aplikovaná sociální služba – Z definovaného znění jednotlivých služeb viz. § 39–70 zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, vyplývají činnosti a funkční náplně pracovníků sociálních služeb, tedy přímá aplikace sociální služby u registrovaných poskytovatelů sociálních služeb na místně příslušných krajských úřadech. Jednotlivé služby definované v § 39–70 zákona č. 108/2006 Sb., zaštiťují definice a rozdělení sociální služby v § 32, podle něhož sociální služba zahrnuje:

- Poradenství (poradenství jasně definuje § 37)
 - (1) Sociální poradenství zahrnuje:
 - a) základní sociální poradenství,
 - b) odborné sociální poradenství.
 - (2) Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Sociální poradenství je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit.
 - (3) Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností.
- Služby sociální péče (§ 38)
 - (1) Služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.
- Služby sociální prevence (§ 53)
 - (1) Služby sociální prevence napomáhají zabránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tímto ohroženy pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí a ohrožení práv a oprávněných zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby. Cílem služeb sociální prevence je napomáhat osobám k překonání jejich nepříznivé sociální situace a chránit společnost před vznikem a šířením nežádoucích společenských jevů.

Sociální pomoc jako přímá interakce s nositelem problému či uživatelem služby nebo sociální péče, zahrnuje základní činnosti definované v § 35 odst. 1 tyto:

- pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu,
- pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,
- poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,
- poskytnutí ubytování, popřípadě přenocování,
- pomoc při zajištění chodu domácnosti,
- výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,
- sociální poradenství,
- zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,
- sociálně terapeutické činnosti,
- pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,

- telefonická krizová pomoc,
- nácvik dovedností pro zvládnání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění,
- podpora vytváření a zdokonalování základních pracovních návyků a dovedností.

Vodorovné obdélníky, které představují strop či pozednici, můžeme chápat jako institucionální či teoretické, zastupují aplikovaně sociální práce či služby.

Ad. 3: Nejnižší strop obsahuje teoretickou a vědeckou sociální práci. Na sociální práci lze nahlížet jako na určitou teoretickou základnu – tj. vytváří teorie, paradigmaty, dilemata, metodologie, metodické postupy, analýzy, sociologické sondy, vědecké a studijní programy na vyšších odborných a vysokých školách akreditované Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy, podle platných právních předpisů, programy celoživotního vzdělávání akreditované Ministerstvem práce a sociálních věcí podle platného právního předpisu. Dále se očekávají v teoretické rovině sociální práce znalosti a dovednosti aktuálních společenských problémů, legislativy a schopnost formulovat návrhy na změny jak na místní, tak i na národní úrovni formou lobbingu, znalost stavu veřejné ekonomiky a více-zdrojového financování sociální práce. Matoušek (2013), Chytil (2007) a Keller (2006) se shodují, že s ústupem sociálního státu z důvodu nízké ekonomické efektivity globální ekonomiky se stále větší část sociálních služeb bude poskytovat na komerční bázi, což znamená vedení takových organizací na principu manažerismu. To klade na sociální pracovníky nové požadavky na profesní kompetence.

Ad. 4: Prostřední strop se týká institucionalizovaných sociálních služeb. Teoretická východiska společenských elit legislativně zakotvil zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., v platném znění, a jasnou definici sociální služby v § 2, odstavce 2:

- (1) Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace, a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Sociální pomoc lze chápat jako přímou interakci poskytovatele služby, tj. pracovníka a uživatele služby, tedy osoby, která osobní životní stav považuje za nepříznivou životní situaci v rámci srovnání s vrstevníky. Zákon o sociálních službách definuje pomoc a špatnou životní situaci v § 3 odst.

a) a b) takto:

- a) sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,
- b) nepříznivou sociální situaci oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.

Definice sociální pomoci v § 2 je jasně zpřehledněna ve 3 formách poskytování v § 39–70 zákona o sociálních službách, a sice:

- rezidenční,
- ambulantní,
- terénní.

I na pojem sociální služby lze nahlížet tímto úhlem pohledu jako na instituci, která je registrována na místně příslušném krajském úřadě a organizuje poskytování určité sociální služby v určitém ekosociálním prostředí. Opět tedy zastupuje aplikovanou sociální službu.

Ad. 5: Nejvyšší strop (vodorovný obdélník) obsahuje systém sociální politiky, která je multidisciplinárním oborem s mnoha teoretickými východisky, pro potřebu tohoto textu uvádím definici: „Sociální politika je politikou, která se primárně orientuje k člověku, k rozvoji a kultivaci jeho životních podmínek, dispozic, k rozvoji jeho osobnosti a kvality života“ (Krebs, 2005). Sociální politiku můžeme chápat také jako soubory různých institucionalizovaných opatření – např. systémy sociálního, nemocenského, důchodového pojištění, podpory v nepříznivých sociálních událostech např. nezaměstnanost či invalidita – tedy statusy jedince dle platné legislativy do různých úrovní sociální funkčnosti. Tomu odpovídají i očekávané profesionální kompetence, znalosti tvrdých dat z profesně blízkých oborů a metodologii, diagnostiky a anamnézy.

Ad. 6 Veřejné finance. Celý sociální systém, který se skládá z teoretických a aplikovaných dílčích částí, zastřešují veřejné finance v podobě státního, krajského, městského či obecního rozpočtu, nelze opomenout rozpočet evropské unie. Výkonnost národních ekonomik omezuje velikost finančních rozpočtů jmenovaných municipalit, a ty ovlivňují kvalitu a kvantitu poskytované sociální pomoci. S ústupem sociálního státu na základě snížení výkonnosti národních ekonomik lze předjímat i snižování kvality a kvantitativy sociálních služeb, v první fázi těch, které nejsou v přímé interakci s uživateli služeb jako je např. celoživotní vzdělávání, což je v rozporu s vizí Evropské unie do roku 2020.

S ustupujícím sociálním státem lze předpokládat rozvoj sociálních služeb na komerční bázi, a to jde ruku v ruce s manažerismem, jak se na tomto východisku shodují Matoušek (2013), Chytil (2007), Keller (2006). Od toho se odvíjí i další kompetence sociálního pracovníka, především v oblasti aplikované ekonomiky, inkluzivního podnikání, účetnictví, obchodu, marketingu. Interakce v přímé péči se přenáší na pracovníky sociálních služeb. Práce bude stále objektivněji rozdělována dle vzdělání na vysokoškolské vzdělání (sociální pracovníci) a středoškolské či základní vzdělání (pracovníci sociálních služeb v přímé interakci s uživateli). Od obou pozic se očekávají vybrané profesní kompetence, které odpovídají dosaženému vzdělání.

Toto východisko se odráží i v připravovaném zákoně o sociálních pracovnících a profesní komoře, který bude zaštiťovat nejen sociální pracovníky spadající v současné době pod zákon č. 108/2006 Sb., ale i pracovníky veřejné a místní správy spadající pod dikci zákonů, např. zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, apod.

Připravovaný zákon definuje kompetence sociálních pracovníků takto (azylovedomy.cz, 2014): sociální pracovník je osoba, která:

- (a) identifikuje podmínky a události, které v rámci životní situace konkrétního jedince, rodiny, skupiny nebo komunity vyvolávají nesnáze v interakcích se subjekty v sociálním prostředí na „mikro“, „mezzo“ a „makro“ úrovni, a to ve všech aspektech dalších systémů společnosti, v nichž se jedinec pohybuje (model sociálně ekologické niky a pojetí problémů vznikajících z dané situace);
- (b) rozpoznává potřeby jedince, rodiny, skupiny nebo komunity, jejichž uspokojování je ohroženo v interakci se subjekty v sociálním prostředí;
- (c) na základě komplexního posouzení životní situace jedince, rodiny, skupiny nebo komunity koncipuje, realizuje a vyhodnocuje pomáhající intervenci;
- (d) vytváří předpoklady pro soulad mezi soužitím jednotlivců, skupin, komunit a společnosti s využitím metod sociální práce a komunikace mezi subjekty v rámci multidisciplinární spolupráce s cílem dosáhnout co nejkomfortnější kvality soužití a života;
- (e) účastní se přípravy, tvorby i zkoumání efektivitu systémů a nástrojů sociální podpory osob, které tvoří součást institutů sociální ochrany, tj. sociální pracovník se zabývá ovlivňováním problémových interakcí osob s jejich sociálním prostředím a napomáhá jejich sociálnímu začleňování vytvářením rovnováhy mezi osobou a jejím sociálním prostředím, a to jak na úrovni legislativní, systémově-koncepční a odborné, tak na úrovni praktické činnosti a přímé sociální práce;
- (f) je kvalifikovaným odborníkem, který vykonává komplexní agendy nebo zajišťuje intervence v systémech, které jsou upraveny ve speciálních právních předpisech včetně podmínek upravujících nároky na jeho speciální odbornost. Za speciální odbornost se považuje zaměření na konkrétní cílovou skupinu při výkonu činností zejména v těchto pozicích: sociální kurátor, kurátor pro mládež, sociální pracovník sociálně-právní ochrany dětí, protidrogový koordinátor, koordinátor pro romské a národnostní záležitosti, sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení, sociálních službách, ve vězeňství a v rámci výkonu agendy sociálních dávek tam, kde se provádí sociální šetření a posuzování sociální situace osob; bližší vymezení typových pozic stanoví prováděcí právní předpis;
- (g) vykonává dohled při výkonu činností sociální práce „asistenta sociálního pracovníka“ (v tuto chvíli § 116 odst. 1 písm. d) zákona č. 108/2006 Sb.)
- (h) je povinen prokázat způsobilost k výkonu profese zaměstnavateli i případné kontrole výkonu přenesené působnosti.

Seznam citované literatury

AZYLOVEDOMY,CZ. 2014. Pracovní dokument odborného kolegia pro tvorbu věcného zákona o sociálních pracovnících a profesní komoře – profesní zákon [online]. [09. 09. 2016]. Dostupné z: http://www.azylovedomy.cz/soubory/548_Pracovni_dokument_profesni_zakon_FINAL.pdf

CHYTIL, Oldřich. Důsledky modernizace pro sociální práci, *Sociální práce / sociální práce*, 2007, roč. 6, č. 4, s. 64–71. ISSN 1213-6204.

KREBS, Vojtěch. *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer, 2005. ISBN 978-80-7357-585-4.

KELLER, Jan. *Soumrak sociálního státu*. Praha: SLON, 2006. ISBN 80-86429-41-5.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-80-262-0041-3.

MATOUŠEK, Oldřich a kol. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0213-4.

PAULÍK, Karel. *Psychologické poradenství v sociální práci II*. Ostrava: Filozofická fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě, 2004. ISBN 978-80-704-2642-5.

SOCIALNIREVUE.CZ. 2005. Definice sociální práce [online]. [08. 09. 2016]. Dostupné z: <http://socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace>

VETEŠKA, Jaroslav, TURECKIOVÁ, Michaela. *Kompetence ve vzdělávání*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1770-8.

Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 435/2004 Sb. o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 202/2012 Sb., o mediaci, ve znění pozdějších předpisů

Muzikoterapie – specifika a nároky na vzdělávání v kontextu profese sociální práce

Music Therapy – specifics and demands of education in the context of the social work profession

Jitka Pejřimovská¹³²

Abstrakt

V první části text přibližuje svébytnost oboru muzikoterapie. Poukazuje na širší možného užití muzikoterapie v oblasti sociální práce.

Druhá část je věnována třem vybraným nosným momentům hudební povahy, které spoluutvářejí bezpečné muzikoterapeutické prostředí, minimalizují iatrogenní poškození klienta a mají nezastupitelné místo ve vzdělávacích programech systémové muzikoterapie.

Ve třetí části je diskutována a navrhována struktura vzdělávacího programu a výcviku muzikoterapie pro profesi sociální práce.

Klíčová slova: Sociální služby. Muzikoterapeutická změna. Hudební projev. Vzdělávací programy.

Abstract

The first part of the text explains the distinctiveness of the music therapy. It points out to the width of potential use of the music therapy in the field of the social work. The second part deals with three bearing moment of the music nature that co-create safe music therapy environment, minimize iatrogenic injury of the client, and have an irreplaceable position in the education programs of the system music therapy. The third part discusses about and proposes the structure of the education program and music therapy training for the social work job.

Keywords: Social services, music therapy change, music expression, education programs.

Úvod

Uzákonění muzikoterapie navrhované aktuálně MPSV v rámci „uměleckých terapií“ představuje závažný krok. Text chce přispět tomuto snažení směřováním k pojetí muzikoterapie jako „vědomé, strukturované a záměrné intervence, která vědecky dokládá význam interakcí mezi muzikoterapeutem a klientem“. Jednotlivé kapitoly se věnují svébytnosti muzikoterapie jako oboru, nosným hudebním momentům systémové muzikoterapie a povaze vzdělávání a výcviku v muzikoterapii. Nečiní si nárok na zcela vyčerpávající popis. Omlouvám se za obtížnost mezioborového jazyka.

1. Specifika a svébytnost muzikoterapie, potřeba teorie muzikoterapie a nástin širě jejího uplatnění v sociálních službách

Specifika muzikoterapie¹³³ se významně odvíjejí od fenoménu hudby. Práce se zvukem a hudbou stojí v samém středu působení muzikoterapie. Celistvost a komplexita člověka (1), které se projevují v široké plejádě organických i psychických funkcí, dílčích i složitých, s velkou svou rozmanitostí,

132 Mgr. et Mgr. Jitka Pejřimovská, Ph.D. Muzikoterapeutický institut ČR, z. s. , Junácká 1630/12, 169 00 Praha 6, e-mailová adresa: guta.pelegrim @seznam.cz Tel.: 776 745 951

133 Vybraná specifika muzikoterapie jsou v závorkách očíslována, kdy pod č. 10 je uvedeno pracovní definování muzikoterapie.

jsou napříč fenoménem hudby oslovovány, uchopovány, vyjadřovány a proměňovány.¹³⁴ Hudba svým fyzikálním působením i svým symbolickým jazykem na člověka niterně působí.¹³⁵ Komplexita člověka a hudby spolu korespondují. Hudba (2) vynáší do psychického prožitkového proudu člověka svým symbolickým jazykem personálně čitelné významy, které známe z lidské, resp. mezilidské komunikace. Proto může být užita jako medium ke spoluutváření kvality vztahování se člověka k sobě, druhým, světu i k utváření kvality jeho vzhledu a pochopení životních osudových zvrátů. Funkčně (3) lze muzikoterapii užít v primární prevenci, v léčbě – v sekundární prevenci s cílem návratu ke zdraví, i v rehabilitaci, terciární prevenci, s cílem navrácení k původnímu stavu. Muzikoterapie (4) ovlivňuje člověka v aspektech fyzických a fyziologických, psychogenních, sociogenních i v přesahování člověka k jeho existenciální transcendenci. A to tak (5), že i když pouze některý z aspektů se stává primárním cílem konkrétní muzikoterapeutické intervence, ovlivňují se současně i aspekty ostatní, jako sekundární působení. Avšak i o nich, sekundárních vlivech muzikoterapie na klienta, „muzikoterapeut ví“. Pracuje se de facto s člověkem v jeho komplexitě a ucelenosti. Na tuto skutečnost reaguje systémová muzikoterapie přijetím principů systémové teorie, kdy „člověk“ a „hudba“ jsou pojímány jako dva interagující otevřené systémy s kooperujícími subsystemy – bio – psycho – socio – spirituálním uvnitř systému. Hudba (6), v kontextu muzikoterapie, je užívána v receptivní či aktivní formě, kde nejčastěji klient v elementárních hudebních improvizacích zpředměťuje své prožívání a své vzorce vztahování se. Zvuk a hudba v muzikoterapii je psychikou člověka uchopována specificky, mírně odlišně, než v hudební výchově či v hudbě umělecky ztvárněvané (Pejřimovská 2016). Muzikoterapeut (7) rozvrhuje vztahový rámec muzikoterapeutického procesu. Akcentuje buď kooperaci mezi bio – subsystemem a psycho – subsystemem, nebo stimuluje a podporuje osobnostní rovinu, plnější „sebeuskutečnění“ osobnosti klienta a kvalitu jeho „soubytí“.¹³⁶ V muzikoterapii se rovněž využívají pohyb, dramatizace a výtvarná ztvárnění, ale vedoucími liniemi „sebevnímání, sebeinterpretace, sebevyjádření a sebeuskutečnění“ se jedince, v jeho vztazích k sobě, vnějšímu světu i vztahů „světa“ a „osudových zlomů života“ k němu, jsou linie rozhovoru a práce se zvukem a hudbou. Muzikoterapii (8) pak lze realizovat mezi muzikoterapeutem a klientem – v individuální formě, velmi často se ale odehrává v terapeutické skupině a je možná i v terapeutické komunitě. Hudba (9) v muzikoterapii je nonverbálním médiem, ale to neznamená, že může působit nekontrolovaně bez racionálního vzhledu a uchopení. Hudba v kontextu muzikoterapie je fenoménem, který sleduje hudební zákonitosti a vyhovuje fyziologické i psychické výbavě člověka (srovnej Kresánek 1977, Pejřimovská 2015). Naopak, nerespektování fyziologických a psychických dispozic a potřeb jedince v užití zvuků a hudby, může působit v rámci muzikoterapie iatrogenní poškození (Pejřimovská, Zeleiová 2011).

Specifika (1.–9.) muzikoterapie tvarují její svébytnost jako oboru. Jak v jejím působení na klienta v muzikoterapeutické realitě, tak i v utváření svébytnosti a samostatnosti její vlastní teorie a výzkumné činnosti. Teorie muzikoterapie si vyžaduje definování muzikoterapie. Uvádím pracovní v parafrázi na definování psychoterapie (srovnej Vymětal a kol. 2004): „*Muzikoterapie (10) je vědomou, strukturovanou a záměrnou intervencí, která vědecky dokládá význam interakcí mezi muzikoterapeutem a klientem s využitím terapeutického vztahu, rozhovoru, zvuku a hudby, jako terapeuticky působícího média a agens, terapeutika. Terapeutická intervence je realizovaná v muzikoterapeutickém procesu s vrcholem muzikoterapeutické změny, která navozuje žádoucí změnu na úrovních od fyziologických reakcí až k utváření osobnostní identity ve všech typech prevencí (primární, sekundární a terciární).*

134 Hudba ovlivňuje např. fyziologické procesy, motoriku, kinestézi, vnímání, představivost, paměť, plánování, ale i individuální prožívání svého životního příběhu, poznávání a rozhodování člověka v složité proměnlivosti spleť změn a proměn jeho lidského života.

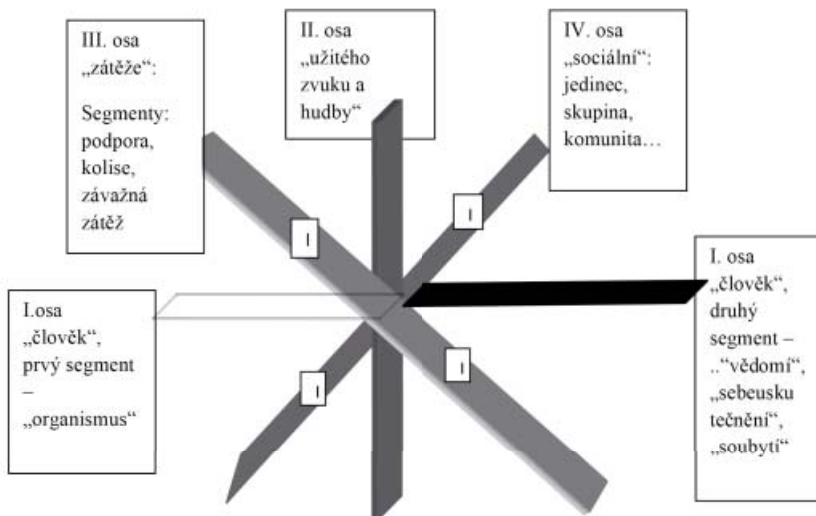
135 Niternost člověka je vnímána jako funkční kooperace a porozumění tělesnému i psychickému.

136 „Soubytí“ je chápáno jak mezi lidské vztahy, kterými lidé utvářejí lidské soukromí, intimitu, přátelství a solidaritu, ale i vztah ke společnosti, kultuře i k „bytí“, k minulosti, budoucnosti a k osudovým zvrátům.

Praktické užití muzikoterapie v množině oblastí sociálních služeb je rámcově znázorněno pomocí „integrativní mapy muzikoterapie dle systémové muzikoterapie“ (Pejřimovská 2015a). Šíře oblastí užití muzikoterapie a sociálních služeb se významně překrývají a ve schématu „integrativní mapy“ jsou označeny barevnou výplní os (viz schéma č. 1). Na „integrativní mapě muzikoterapie“ jsou vyznačeny 4 osy, které se dále dělí na segmenty.¹³⁷ Prvý segment I. osy – „člověk“, s označením „organismus“ zachycuje oblast terapie zdravotních, organických podmíněných potíží. Segment není vyznačen barevně, protože neznázorňuje dominující cíle činnosti sociálních služeb. Navazující segment druhý, na I. ose – „člověk“, je segment znázorňující funkce lidského vědomí vztahujících se k „já“ a k identitě osobnosti člověka. Zde, kromě podpory volních a kognitivních funkcí při jejich oslabení, jsou nejvýznamnějšími procesy „sebeuskutečnění“ a „soubytí“ vyjadřující osobnostní integritu. Tento segment zahrnuje sledování kvality vztahování se: „já“ k sobě samému, „já“ k vnějšímu prostředí – k druhým, společnosti, ale také k budoucnosti a k osudovým zvratům, kde „já“ jedince usiluje o to, aby v tomto „soubytí“ nesehalo, dokázalo – jej předvídat, řídit i přijímat – a „uhájit“ význam sebe sama. Tento segment je nosný i pro oblast sociálních služeb. Zde se připravuje jednání a chování člověka. Souběžně ale v této oblasti niterného prožívání „já“ člověka působí i to, jak „já“ vnímá druhé, vlivy světa a osudových proměn. III. osa znázorňuje sociální dimenzi člověka, kde pro oblast sociální práce jsou významné segmenty reprezentující vztah jedince k sobě, rodině, skupině, komunitě. IV. osa znázorňuje míru zdravotní, psychické či sociální zátěže, s kterou se jedinec vyrovnává. I tato osa je pro sociální práci vytěžena – v depistáži, primární prevenci, sekundární a terciární prevenci. II. osa pak znázorňuje sedm segmentů zvukových a hudebních kvalit, se kterými se v systémové muzikoterapii pracuje.¹³⁸ Znamená to, že šíře možných muzikoterapeutických cílů, kromě I. segmentu na I. ose – je plně využitelná i v sociálních službách. Čtyři osy jsou číslovány římskými číslicemi a jejich dělení na jednotlivé segmenty číslicemi arabskými. Toto číselné označení čtyř os, s dalším jejich dělením a číselným označením jejich jednotlivých segmentů, umožňuje znázornit nejen popisem, ale i číselným kódem počáteční stav klienta, vstupujícího do muzikoterapeutického procesu, a jeho výsledný stav v závěru muzikoterapeutického procesu, a to kombinací římských a arabských číslic. Doplnění pak, takto dosažených číselných kódů počátečního a výsledného stavu klienta, dalším číselným kódem segmentů II. osy, zvukových a hudebních kvalit, zpřehledňuje, jakými hudebně – muzikoterapeutickými prostředky byl zamýšlený terapeutický cíl dosažen, popřípadě nedosažen. Mapa se tak stává i nástrojem vyhodnocení muzikoterapeutického procesu a jeho evaluace.

137 Na schématu mapy v tomto textu nejsou detailně vyznačeny

138 Zde nejsou detailně uvedeny

Schéma: „Integrativní mapa muzikoterapie“, dle systémové muzikoterapie

Legenda ke schématu: 1. segment I. osy je naznačen pouze obrysem, není pro sociální služby dominujícím, dělení III. a IV. osy na segmenty je pouze naznačeno „I“. Dělení II. osy na 7 segmentů není znázorněno.

Po tomto rámcovém představení praktického možného užití muzikoterapie ve srovnání s širšími cíli sociální péče, je možné přejít k uvedení základních principů systémové muzikoterapie, aby se stal zřejmější princip užití muzikoterapie v sociálních službách a bezpečnost muzikoterapeutických postupů pro klienta.

Nosné momenty systémové muzikoterapie

V systémové muzikoterapii lze zvolit „primární“ cíle v různosti uvedené šíře. Množinu cílů je ale možné pro přehlednost shrnout do dvou oblastí.

Cíle neuropsychologické (optimalizace kooperace bio a psycho – subsystému): *zvýšení součinnosti autonomních a vědomých procesů, diferenciacie a integrace dílčích funkcí při neuropsychických oslabeních, v rehabilitaci poúrazových stavů či jiných zdravotních postižení CNS. Podpora motorických, kinestetických a kognitivních procesů, vnímání, představivosti, pozornosti, paměti, myšlení a rozhodování.*¹³⁹

Cíle s narativní perspektivou (srovnej Chrz 2007), podporou kooperace všech subsystémů: *muzikoterapeutickými postupy lze mapovat a optimalizovat prožívání a chápání „životního příběhu“ jedincem, v propojení a s využitím verbální, dramatické a hudební podoby. „Životní příběh“ vyjadřuje životní zkušenost individuální i kulturní. Niterná zkušenost člověka s „životním příběhem“ je nesena*

¹³⁹ Kromě uvedených cílů lze muzikoterapeuticky v systémové muzikoterapii dosahovat pozitivního vlivu na organické funkce, kde v popředí práce stojí práce se soustavou respirační, opěrnou a pohybovou.

dramatickým obloukem, který je doprovázen pozitivními emočními prožitky, pokud je dramatický oblouk ucelený, nebo prožitky tísnivými až trýznivými, pokud je dramatický oblouk roztržtý. Narativní transformace směřuje k odstranění „trhlin v životním příběhu“ spojených s negativními emočními prožitky. (srovnej Chrz 2007). Narativní rozměr hudby znamená její vlastnost vyjadřovat dramatický oblouk příběhu se směřováním k ucelenosti dramatického oblouku. Tím navozuje možnost redefinování a reintegrace „jáských“ funkcí, které jsou těsně provázány s niterným prožíváním a vnějším utvářením sociálních, kulturních a existenciálních hodnot (Pejřimovská, Zeleiová 2011). Lze užít tzv. „přímou cestu“ (muzikoterapii psycho – terapeutickou) nebo postup „na půl cesty“ (muzikoterapii edukačně či rehabilitačně – terapeutickou). Muzikoterapie významně podporuje i osobnostní stabilitu jedinců se zdravotním, tělesným, smyslovým i sociokulturním znevýhodněním.

Vrcholné směřování k ucelenosti dramatického oblouku na úrovni práce s hudbou je vyjádřeno v tzv. *autentickém hudebním projevu*. Ten představuje první nosný moment. Podporuje nový vzhled klienta na svůj život ve výkladu minulosti i perspektiv. Druhým nosným momentem je respektování osobnostní kapacity jedince na psychosociální změnu. Na hudební úrovni reprezentuje tuto kapacitu jedince tíhnutí jeho hudební kreace k tzv. *hudební uspořádanosti*. Současně *hudební uspořádanost* je projevem minimalizace rizika iatrogenního poškození, směřování k bezpečnému muzikoterapeutickému prostředí pro klienta. Třetí nosný moment je *princip integrity „hudebního celku“*, který spadá do pojetí hudebního celku jako otevřeného systému. Navozuje anticipaci pozitivních emocí v závěru hudebního celku (srovnej Roth 2003). Zmírňuje i negativní jevy, které se objevují v terapeutickém procesu, např. tzv. *přenos a odpor*. Tyto tři uvedené nosné momenty mají oporu jak v teorii, tak jsou podloženy empirickou zkušeností i výzkumně. Stávají se součástí vzdělávání v systémové muzikoterapii (Pejřimovská 2015).

2. Otázky k diskuzi o vzdělávání v muzikoterapii

Ve vzdělávacím programu a výcviku muzikoterapie vnímám nutnost neustálého propojování muzikoterapeutické teorie a aplikace a důraz na dovednost frekventanta (výcviku a vzdělávacího programu) samostatné stavby terapeutika a vlastních modulů.¹⁴⁰ Pro oblast sociální práce je tento požadavek potřebný, vzhledem k šíři potřeb a problematik uživatelů sociálních služeb. Je nutné, aby byl absolvent vybaven kompetencí vytvářet vlastní úroveň modulů muzikoterapeutických strategií s relevantní úrovní. Muzikoterapeutický výcvik by neměl obsahovat pouze přehled o jednotlivých přístupech muzikoterapie a zážitkový rozměr muzikoterapeutických technik a postupů, protože v takovémto pojetí absentuje oblast zabezpečující dovednost tvorby vlastních relevantních muzikoterapeutických modulů.

Systémová muzikoterapie předkládá, ve shodě s výše uvedenými dvěma oblastmi, dva moduly nejvyšší úrovně, z kterých se odvíjejí moduly specificky zaměřené k potřebám a problematice klientů. Dva moduly nejvyšší úrovně jsou modul zaměřený na sanaci a terapii potíží spojených s neuropsychickým oslabením a na modul narativní. Tyto základní dva moduly jsou doplněny tréninky, kde mají místo i tréninky pečující o emoční stabilitu a regenerační potenciál samotných sociálních pracovníků. Ke konkretizaci náplně vzdělávacího programu, výcviku v systémové muzikoterapii si dovoluji uvést zamýšlený projekt bloků, předmětů a oblastí:

1. Blok historického exkurzu: všeobecně vzdělávacích předmětů a oblastí, včetně historického vzniku muzikoterapie a vývoje humanitní péče o člověka v různých dobách a společenských uspořádáních.

¹⁴⁰ Modul zde znamená ucelený postup systémové muzikoterapie zaměřený na potřeby klientů se shodnou problematikou.

2. Blok teorie psychologie osobnosti, sociálního chování člověka, kulturních a existenciálních hodnot jedince, oblasti psychopatologie a sociopatologie, včetně všech druhů prevencí.
3. Blok moderních konceptů humanitní péče ve vyspělých státech, měření jejich efektu a evaluace.
4. Blok hudební – orientace v hudební teorii a dosažení elementárních hudebních dovedností.
5. Blok muzikoterapeutický s muzikoterapeutickými předměty a dovedností stavby muzikoterapeutického terapeutika, vypracování muzikoterapeutické diagnostiky, volby terapeutických postupů, realizace, jejich zápisu, vyhodnocení a evaluace.
6. Blok sebezkušenostní.
7. Blok praxe frekventanta má zpětnovazebný význam a utváří kompetence pro samostatnou tvorbu modulů frekventantem.
8. Blok supervize: intervize, individuální supervize, balintovské skupiny.
9. Blok péče o sociálního pracovníka, frekventanta výcviku, absolventa, péče o komunitní práci a supervize.

Vzdělávací koncept v systémové muzikoterapii je teoreticky připraven, co do obsahu výuky v publikaci *Dimenze muzikoterapie* (Pejřimovská, Zeleiová 2011), koncipované jako odborná kniha, kde jsou podrobně rozpracovány rozměry: *definování muzikoterapie, principy konstituování integrity osobnosti, diagnostické a terapeutické postupy, interakce, komunikace, metakomunikace a utváření existenciálních hodnot člověka*. Vzdělávací koncept v systémové muzikoterapii včetně supervizního je doposud představen ve vzdělávacích programech systémové muzikoterapie akreditovaných MŠMT s určením pro speciální pedagogu a psychology.

Domnívám se, že praktické podobě práce ve vzdělávacím programu a výcviku poslouží příklad bloku 7: samostatné tvorby modulů frekventantem. Tvorba modulu frekventantem je garantem vzdělávacího programu podpořena podrobným popisem, z kterého frekventant vychází. Dovolují si uvést výňatek, jako ukázkou.

Exemplifikace:

Téma první

Psychické zrání a utváření osobnostní identity dítěte v narativní perspektivě (Chr 2007)

Zdůvodnění:

Přirozenou činností pro dítě je poslouchání a převyprávění pohádkových fiktivních příběhů, nebo jejich tvorba ve věku od 5 do 9 let, fiktivních příběhů do 15 let (kdy věková kategorie a sociální problematika bude blíže určena), které z narativní perspektivy znamenají strukturaci prožívání dítěte do podoby životní zkušenosti, která je organicky spojena i s chováním a jednáním dítěte v sociálním prostředí. Příběh se účastní a spoluutváří reálné chování dítěte, a tak i utváření jeho osobnostních vlastností. (Chr 2007)

Cílem je zjištění podob dramatického oblouku ve vyprávění a hudebních ztvárněních, kdy srovnání obou modů zpředmětnění přispěje k rozpoznání povahy narativní transformace v příbězích jedinců a rozpoznání způsobů její stimulace a optimalizace pomocí cílené práce s hudebními kreacemi, resp. s autentickým hudebním projevem a hudební uspořádaností.

Téma druhé

Význam práce s hudbou v narativní gerontologii

Zdůvodnění:

Narativní reflexe v modu vyprávění životního příběhu a v modu hudebního ztvárnění u seniorů od 65 let výše je hudebním ztvárněním obohacena.

Cílem je sledovat, popsat a kvalitativně analyzovat povahu dramatického oblouku, narativní transformaci, v modu vyprávění a v modu hudebního sebevyjádření u seniorů nad 65 let, kdy hudební celek je vnímán jako narativní žánr podporující narativní otevřenost (Chrz 2016), tím i sebevědomí, sociální včlenění a samostatnost seniora. Na hudební úrovni bude sledována přítomnost autentického hudebního projevu a hudební uspořádanosti.

Závěr

Text v základních tezích orientačně seznamuje s muzikoterapií jako oborem a provází i zaměřením, obsahem a nárokem na dovednosti frekventantů vzdělávacích programů, výcviků v muzikoterapii, které pro oblast systémové muzikoterapie konkretizuje. Je potvrzena potřeba dovedností samostatné tvorby muzikoterapeutických modulů, vzhledem k širší potřeb klientů sociálních služeb. Je třeba, aby vzdělávací program byl uceleným, s provázáním teorie, diagnostiky, volby terapeutických postupů, realizace a jejich evaluace.

Text je předložen jako základní, orientační informace k podpoře rozhovorů a spolupráce se sociálními pracovníky. Děkuji čtenáři za pozornost.

Seznam citované literatury:

CHRZ, Vladimír. *Možnosti narativního přístupu v psychologickém výzkumu*. 1. vyd. Praha: Psychologický ústav AV ČR, 2007. 152 s. ISBN 9788086174112

CHRZ, Vladimír. *Resilience ve stáří: žánry narativní konstrukce*. Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi, Vol. 60, no. suppl. 1 (2016), s. 53–63

KRESÁNEK, Jozef. *Základy hudobného myslenia*. Bratislava: Opus, 1977, 349 s.

PEJŘIMOVSÁ, Jitka. *Význam muzikoterapie v hudobnej edukácii*. Dizertačná práca. Ružomberok, KU Ružomberok, Pedagogická fakulta 2015a

PEJŘIMOVSÁ, Jitka. *Systémová muzikoterapie a tri zajímavosti hudby*. in: *Muzikoterapie č. 2*, Muzikoterapeutický institut ČR 2016, ISSN: 2464-5761, dostupné na: <http://www.mi-cr.cz/products/cislo-2-brezen-2016/>

PEJŘIMOVSÁ, Jitka. ZELEIOVA, G. Jaroslava. *Dimenzie muzikoterapie*. Trnava: PF Trnavskej univerzity, 2011. 220 s. ISBN 978-80-8082-331-3

PONĚŠICKÝ, Jan. *Úvod do moderní psychoanalýzy*. 1. vyd. Praha: Triton, 2003. 195 s. ISBN 80-7254-426-8

ROTH, Gerhard. *Aus Sicht des Gehirns*. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 2003

VYMĚTAL, Jan a kol. *Obecná psychoterapie*. 2., rozšířené a přepracované vydání, Praha. Grada 2004. 339 s. ISBN: 80-247-0723-3

Problematika středního vzdělávání žáků se SVP z pohledu sociální práce

Students with Special Educational Needs in Secondary Education from the View of Social Work

Bohumil Stejskal¹⁴¹

Abstrakt

Příspěvek je zaměřen na absolventy základních škol praktických (dříve zvláštních škol) především pak na žáky s lehkou mentální retardací a žáky se speciálním znevýhodněním. Zabývá se příležitostmi pro jejich další vzdělávání, schopnostmi a předpoklady pro další studium a skutečnou realizací záměru dosáhnout výučního listu ve vybraném oboru a tím i možností získat kvalifikované zaměstnání.

Příspěvek navazuje na upozornění z minulé konference. Tento příspěvek nabízí zhodnocení konkrétního nástupu žáků do odborných učilišť v Ústeckém kraji a předkládá příčiny nenaplnění těchto škol. Na celostátních údajích poukazuje na ztráty v této oblasti v důsledku benevolentního poskytování sociálních podpor v rodinách těchto žáků.

Klíčová slova: Výuční list. Získání kvalifikace. Sociální dávky.

Abstract

The contribution focuses on the graduates from practical elementary school (formerly special schools), in particular on the pupils diagnosed with light mental retardation and specially disadvantaged pupils. It deals with the opportunities for their further education, abilities, and assumptions for continued study, and the real intention to get a vocational certificate in a selected branch to get a qualified job. The contribution follows up the reminder from the past conference. The contribution offers a review of a specific admission of the pupils to the vocational schools in the Ústí Region, and gives the reasons why the schools remain unfilled. Using the national data, it emphasized the loss in this field due to benevolent social allowances to families of these pupils.

Keywords: Vocational certificate. Getting a qualification. Social benefits.

Úvod

V minulém roce jsem informoval účastníky konference o případech, kdy někteří rodiče svým 15letým dětem, jež splnily povinnou školní docházku, brání pokračovat ve vzdělávání na středním stupni, např. na středních odborných učilištích typu „E“ (dříve tzv. odborných učilištích) a získat tak úspěšným zakončením studia výuční list v jednom z více než 60 učebních oborů. Takto získaná kvalifikace jim umožňuje lepší uplatnění na trhu práce a vyšší výdělků než při pracích pomocných. Konkrétně jde o děti, které nezvládaly běžnou základní školu, a proto plnily povinnou školní docházku v základní škole praktické (dříve tzv. zvláštní škole). Jde tedy o děti s lehkou mentální retardací a děti sociálně znevýhodněné. Je to největší skupina v kategorii žáků se speciálními vzdělávacími potřebami a činí dnes přibližně 90 % ze všech handicapovaných. Tato možnost poskytovat osobám s postižením (kterých je v ČR jeden milion dvě stě tisíc) příležitost získávat vyšší než jen základní vzdělání nás řadí mezi vyspělé země světa. Přesto tato možnost přes úsilí resortu školství i ekonomické i personální zajištění speciálními pedagogy není plně využívána. Ubývá studentů a tím i učebních oborů.

Studenti dálkového studia, kteří na těchto školách učí, mne upozorňovali na případy, kdy si rodiče nepřejí, aby jejich děti po splnění povinné školní docházky ještě dále pokračovaly ve vzdě-

141 doc. PhDr. Bohumil Stejskal, CSc., Technická univerzita v Liberci, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, Studentská 2, 461 17 Liberec 1, e-mail: bohumil.stejskal@tul.cz

lávání. Domníval jsem se, že rodiče nebyli dostatečně informováni o výhodě výučního listu pro další život dítěte, nebo že jejich nezáměr vyplývá z nevzdělanosti jich samých. Některé případy však naznačovaly, že může jít i o vypočítavost. Proto jsem se před rokem obrátil na terénní sociální pracovnice s žádostí o pomoc v případech, jestliže rodiče rozhodují proti zájmům dítěte. V diskusi mi vysvětlily, že nemohou stačit ohlídat další postup všech 15letých školáků a pokud jde o vypočítavost rodičů, nemohou více než sledovat dodržování zákonů. Bohužel jsem měl v příspěvku jen jednotlivé příklady, které neprokazovaly, jak je negativní postoj rodičů častý, nebo zda se dokonce vyskytuje obecně. Proto jsem po návratu z konference přemýšlel o tom, jak získat více informací, které by mohly prokázat nebo vyvrátit podezření z vypočítavosti rodičů, případně umožnily nalézt skutečné příčiny. Rozhodl jsem se pro spolupráci se studenty, kteří se připravovali na své závěrečné práce. Jednou z nich byla studentka Helena Hergetová, která měla vlastní zkušenosti z práce na tomto druhu škol a měla si nyní zvolit téma bakalářské práce. Proto jsem jí vyzval, aby si vybrala právě tento problém a že převzmu povinnost učitele – vedoucího práce a budu jí pomáhat radami v postupech a metodách při zpracování výzkumné části práce. Rozhodli jsme se, že provede výzkum na vzorku celého jednoho regionu na všech základních školách praktických a odborných učilištích. Provedený výzkum byl podrobně analyzován v praktické části práce.

Bylo zjištěno, že v časovém rozmezí let 2010–2016 z celkového počtu absolventů základních škol praktických, kteří podle vyjádření učitelů měli předpoklady pro pokračování ve studiu na odborných učilištích, této možnosti využilo pouze 74 %. Z nabídky oborů byl chlapci i děvčaty nejžádanější obor kuchař, dále pak zedník, atd. a na posledním místě obor švadlena. Nás však zajímala především otázka, kdo nejvíce ovlivnil rozhodování absolventů praktické školy o volbě dalšího studia. Samozřejmě to byla samotná škola, která je na studium připravovala. Také se ukázalo, že někdy ani sám absolvent neměl vlastní názor a hlásil se na obor, který mu byl doporučen. Většina rodičů v této etapě zpravidla s vybraným oborem jejich dítěte souhlasila, malá část rodičů (13 %) nesouhlasila a podílů 20 % rodičů bylo jedno, jaký obor si jejich dítě vybere a zda ho vystuduje, či nedokončí. Důležitým zjištěním byla úspěšnost studia a získání výučního listu (pouze 40 % absolventů). Zbývajících 60 % neúspěšných ovšem nebylo jen důsledkem nevládnutí studijních nároků, ale také z jiných důvodů. Individuálními rozhovory bylo zjištěno, že sice uváženým důvodem je nevládnutí učiva, ale v podstatě hlavním cílem byl únik ze studia. Někteří zájem o studium předstírali, ale ve skutečnosti hledali cesty, jak se mu vyhnout. Při pohovorech se vytvořily tři skupiny:

1. ti, kteří se přihlásili, ale vůbec nenastoupili,
2. ti, kteří se sice přihlásili a nastoupili, ale bezprostředně po zahájení studia ho zanechali,
3. ti, kteří zahájili studium a odstoupili až v průběhu studia s odůvodněním, že je to nebaví, případně že na to nestačí.

Všichni museli být oficiálně vyloučeni ze školy z důvodu neomluvených hodin. Proto bylo důležité zjistit důvody především nerealizovaného studia. Ukázalo se, že zde sehrává nejdůležitější roli sociální prostředí a z toho především rodina (včetně sourozenců), dále pak kamarádi, parta, u dívek jen v ojedinělých případech předčasně těhotenství.

Nás však zajímal především postoj rodičů k předčasnému ukončení studia dítěte. Většina rodičů s ukončením souhlasila, třetině rodičů to bylo jedno, neboť neměli zájem o dosažení vzdělání svého dítěte. Není divu, když ve většině případů sami často nemají ani úplné základní vzdělání, dnes nemají žádné zaměstnání a každý měsíc si dojdou „na úřad“ pro peníze. Proč by jejich děti měly studovat? Vždyť je to zbytečné. A proto často brání také svému dítěti k dalšímu přístupu ke vzdělání. Takto žák základní školy praktické, ale zejména pak student odborného učiliště podléhá vlivu sociálního prostředí. Proč by se měl jít vyučit, když stejně o žádnou práci nemá zájem. Vždyť jeho

kamarádi říkají: „Hele, vo.., proč chodíš do školy, když už nemusíš? Přijď raději na hřiště (k rybníku, na kopec...), tam hráme fotbal, děláme blbosti, je tam sranda.“ Vždyt' tito kamarádi se nemusí učit a stejně jako jejich rodiče si docházejí „na úřad“ pro peníze. Šokovaly nás některé odpovědi žáků základní školy praktické na otázky: „Čím bys chtěl být?“, „Co bys chtěl dělat po ukončení povinné školní docházky?“, odpovídali bez rozpaků: „Půjdu „na úřad“ jako táta a máma.“

Průzkum ukázal alarmující výsledky k dotazu na výdělečnou činnost respondentů. Ze skupiny studentů se sociálním znevýhodněním se žíví poctivou prací a je spokojeno se svým životním stylem pouze 14 %. Velice úspěšně se zapojili do společenského a pracovního života, získali si i respekt a uznání spoluobčanů, někteří dokonce získali živnostenské oprávnění. Bohužel je jich tak málo. Přitom denní tisk je plný inzerátů na přijetí kvalifikovaných dělníků v řemeslných oborech. I jedinci s lehkou mentální retardací si dokázali najít práci, která je uspokojila. Velký podíl vzorku výzkumu však prokázal, že naprostá většina této sledované kategorie žáků a studentů v současné době pobírá sociální dávky a další částečný zdroj jejich příjmu tvoří brigády a práce na černo. Dokonce někteří naznačili, že mezi zdroje příjmu patří i nezákonné činnosti např. krádeže v samoobsluhách, drobné loupeže atd. a poté prodej získaných předmětů. Existují i rodiče, kteří je k tomu přímo navádějí. Jde o kategorii mladých lidí, kteří přebírají předlohu stylu života svých rodičů, těch je 67 % ze sledovaného vzorku absolventů. Když se ohlédneme několik let zpátky a pohovoříme s tehdejšími absolventy, zjistíme, že jejich postoj k budoucímu životu a ve vztahu k povolání byl odlišný. Společnost netolerovala, aby byl někdo zbytečně „na pracovním úřadě“, na „sociálních dávkách“. Děti se snažily pokračovat ve studiu, a pokud studium předčasně ukončovaly, tak většinou ze závažných důvodů.

Dnes je situace vážná tím, že nahrává osobám se sklonem ke zneužívání nastaveného systému. Výzkum prokázal, že chyba je v systému státní sociální podpory, který je natolik výhodný, že dokáže uspokojit velkou většinu rodin, které mají záměr poskytované výhody zneužívat. A je o to vážnější skutečnost, že v současné kategorii občanů produktivního věku se vedle pracujících a nezaměstnaných (hledajících práci) vytváří zcela nová skupina, a to nezaměstnaných spoluobčanů, kteří však nechtějí pracovat. Nebezpečí spočívá v tom, že právě nejučinnější výchovnou metodou, kterou je předloha vychovatele, vedou právě své děti k téměř způsobu života.

Přestože celostátní statistiky v důsledku pohybu počtu žáků vlivem demografického vývoje dosud tento jev nedokázaly zachytit, současná školská praxe se s ním stále více setkává.

Závěr

Stojí před námi obtížná otázka jak tuto situaci řešit. Rozhodně mi nejde o to, jak sebrat peníze chudým, kteří je potřebují, spíše jde o záruku, aby příspěvek na péči o dítě směřoval k prospěchu dítěte, jeho vzdělávání a přípravě na budoucí povolání (na dojíždění do vzdálenější školy, případné ubytování a stravování v internátě školy, na školní potřeby atd.).

To by vyžadovalo zásah do nastavení zákonů nebo alespoň prováděcích předpisů, tedy úkol pro vzájemnou spolupráci MŠMT a MPSV.

Druhou možností spatřuji v zavedení funkce školního sociálního pracovníka, jako je tomu v některých jiných vyspělých zemích (např. v USA), který je jakýmsi ombudsmanem sociálně znevýhodněných žáků, fundovaným poradcem rodičům i učitelům se zkušenostmi ze sociální práce. To by však bylo podmíněno dalšími finančními prostředky.

Zbývala by i třetí možnost spojit funkci školního sociálního pracovníka se stávajícím výchovným poradcem dosud zaměřeným na řešení kázeňských problémů, neprospěch a profesionální orientaci. To by bylo podmíněno rozšířením jeho znalostí zásad a metod sociální práce zejména ve vztahu k rodině.

Seznam citované literatury

HERGETOVÁ, Helena. Účast absolventů základních škol praktických v dalším vzdělávání. Bachelářská práce na FP Technické univerzity v Liberci, 2016.

MATOUŠEK, Oldřich, a kol. *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-002-X.

MATULAYOVÁ, Tatiana. Školská sociální práce: analýza legislativy Slovenskej a Českej republiky. *Sociální práce*, 2014. ISSN 1213-6204.

Současné výzvy a otazníky pro vysokoškolské vzdělávání sociálních pracovníků v ČR

Current questions and challenges for tertiary education of social workers in Czech Republic

Zuzana Truhlářová¹⁴², Alena Vosečková¹⁴³

Abstrakt

V současné době se ukazují jako velmi aktuální pro vzdělavatele budoucích sociálních pracovníků problémy, které mohou, při jejich neřešení, ve svém důsledku vést k minimalizaci vzdělavatelů v oboru sociální práce ve vysokoškolském prostředí. Nedostatečné financování výuky sociální práce na vysokých školách začíná kriticky ohrožovat profesní přípravu sociálních pracovníků a pracovníků. Sociální práce se díky dlouhodobému podfinancování stává pro vysoké školy ekonomicky nezajímavou až ztrátovou, takže do budoucna může být ohrožena její existence v celé České republice. Nedostačuje ani kapacita absolventů, kteří každoročně absolvují obory sociální práce, pro zajištění potřeb trhu práce a praxe. Tento příspěvek popisuje současnou situaci realizace studijních programů na vysokoškolských pracovištích z hlediska zajištění obsahových a finančních podmínek.

Klíčová slova: vysokoškolské vzdělávání, sociální pracovník, sociální práce, profesní příprava

Abstract

At present there are some troubles being very acute for the educators of the future social workers that may, if neglected, consequently result in minimizing of the educators in the field of the social care in university environment. Insufficient funding of teaching of the social work in the universities begins to critically endanger the professional preparation of the social workers. Due to long-term under-funding the social work becomes economically uninteresting and almost loss-making for the universities so in the future, its existence may be threatened across the Czech Republic. Neither the amount of graduates, who graduate from the social work branches, is sufficient for the labour market and practice needs. This contribution describes current situation in the study programs in the universities with respect to provision of the contents and financial conditions.

Keywords: university education, social worker, social work, professional preparation

1. Úvod

K prioritám vysokoškolského vzdělávání v rámci EU patří příprava odborníků pro zvládnutí nároků kladených praxí. Hlavním ukazatelem v tomto směru má být míra získaných dovedností a vědomostí požadovaných praxí. Vysokoškolské vzdělávání není samoučelné. Jeho hlavním cílem je právě příprava budoucích absolventů na pracovní uplatnění a potřeby praxe. (Truhlářová, 2013, 2015)

Při přípravě sociálních pracovníků na půdě českých vysokých škol dochází ke spojení tzv. univerzitního vzdělávání s požadavky, které přinesl Boloňský proces, o požadavky klasifikačních standardům české Asociace vzdělavatelů v sociální práci, které se promítají do akreditačních požadavků pro obory sociální práce. Asociace vzdělavatelů v sociální práci vyvíjí snahu v našem prostředí v rámci vysokoškolské přípravy sociálních pracovníků více propojit aspekty univerzitního (akademického) vzdělávání – tedy zacílení na získávání univerzálních kompetencí (kreativita, flexibilita, inovativnost, týmová práce atd.) s aspekty profesionálního (odborného) vzdělávání – tedy zaměřením na získávání kompetencí směřujících k výkonu profese sociální práce. (Musil, L., Bareš, P., Havlíková, J., 2011, Truhlářová, 2013)

142 Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D., Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, emailová adresa: zuzana.truhlarova@uhk.cz

143 Doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc., Ústav sociální práce, Univerzita Hradec Králové, emailová adresa: alena.voseckova@uhk.cz

Současný stav vysokoškolského vzdělávání v oblasti oborů sociální práce se vyznačuje značným podfinancováním nákladů na realizaci těchto studijních oborů na akademické půdě, což v praxi způsobuje utlumování rozvoje a stagnaci takto zaměřených vysokoškolských pracovišť, snižování počtu studentů oborů sociální práce a s tím spojený i úbytek počtu absolventů sociální práce. Tento trend má za následek chybějící počty sociální pracovníků se vzděláním a odbornou vysokoškolskou přípravou v praxi. Stávající počty absolventů bohužel nestačí ani na generační obměnu sociálních pracovníků v oblasti výkonu profese. Což je v situaci, kdy na základě novelizací a nových právních norem v sociální oblasti je sociální práce jako profese vnímána jako jedna z nosných a potřebných při realizace sociální pomoci a podpory, alarmující stav.

Výzvy a Tabulka 1: počty absolventů oboru sociální práce v ČR v roce 2013, 2014, 2015¹⁴⁴

	absolventi Bc.	absolventi Mgr.
2012		
2013	977	505
2014	921	566
2015	773	509

2. Otazníky a výzvy pro vysokoškolské vzdělávání v sociální práci z hlediska financování

Studijní programy Sociální práce, Sociální politika a sociální práce z pohledu financování ze strany MŠMT jsou ohodnoceny koeficientem ekonomické náročnosti studia (KEN) 1. Částka, která je MŠMT alokována na jednoho studenta v programech, které mají KEN 1, bohužel nedostačuje vzhledem k nákladovosti studia v oborech sociální práce. Dochází dlouhodobě k podfinancování tohoto oboru, univerzity finanční zajištění tohoto oboru velmi často dofinancovávají v rámci volných zdrojů (viz. realizace oboru na pedagogických fakultách (Palackého univerzita), technické fakulty (Liberecká univerzita, Univerzita Ústí nad Labem), zdravotně sociální fakulty (České Budějovice, Ostrava). Což z pohledu rektorátu a fakult jednotlivých univerzit znamená, že tyto obory jsou finančně nerentabilní a dochází v lepším případě ke stagnaci, v horším případě k utlumování realizace těchto oborů. Tento stav vzhledem k situaci financování univerzit a vysokých škol je neudržitelný a ohrožuje existenci vysokoškolských pracovišť vzdělávajících sociální pracovníky. **Od roku 2011 dochází na všech vysokých školách ke snižování limitů profinancovaných studentů v oborech sociální práce, což má za následek ubývání absolventů oborů sociální práce, jejichž společenská potřebnost stoupá.** Nárůst počtu sociálních pracovníků se očekává v souvislosti s připravovanými změnami v systému sociální ochrany ČR (např. sociální bydlení, dlouhodobá péče, posilování sociální práce na úřadech, tj. ve výkonu sociální práce ve veřejné správě).

Finanční náročnost realizace studia oborů sociální práce vyplývá primárně z akreditačních požadavků stanovených pro tento obor. Jedná se o požadavek realizace odborných praxí v rozsahu nejméně 1/3 studia (což přibližně 380 hodin) na odborných pracovištích v oblasti výkonu profese. S tím je spojen požadavek na zavedení supervize a psychosociálních výcviků. Další požadavek, který výrazně prodražuje vzdělávání v oborech sociální práce je požadavek zapojení externistů do přednáškové a seminární vzdělávací činnosti a to v rozsahu 20 % vyučovaných předmětů.

- Vyučující praxe musí být akademický pracovník (asistent, odborný asistent, docent, profesor), který má nejméně 3 roky zkušeností z praxí sociální práce, absolvovaný výcvik v oblasti vzdělávací supervize nejméně v rozsahu 150 hodin.
- Školy musí studujícím v obou formách studia zajistit supervizi praxí, která má být reflexí zkušeností z praxe a má být realizována v rámci k tomu určeného semináře, jehož doba výuky se nezapočítává do doby praxe. Velmi často tak školy musí hledat jako supervizory externí osoby mimo vysokou školu, které mají požadované zkušenosti z praxe. Cena kvalitních supervizorů na hodinu se v českém prostředí sociální práce pohybuje mezi 500,- až 1500,- Kč na hodinu. Student by měl absolvovat minimálně 4 hodiny supervize k jednomu typu prací, tedy nejméně 20 hodin supervize za studium v bakalářském oboru, 10 hodin supervize za studium v magisterském oboru bez ohledu na formu studia.
- Požadavkem na supervizi praxí v obou formách studia je, aby měl vzdělatel „na pracovištích, kde se vykonává praxe zajištěny tutorý praxí, které může jmenovitě uvést v dokumentaci a je schopen doložit jejich způsobilost k vedení studentů.“ To v praxi znamená, že školy musí hradit na řadě pracovišť odbornou pracovní sílu, která vede praxe studujících.
- Garanti a vyučující předmětů teorie a metod sociální práce musí být zároveň v přímém výkonu praxe sociální práce.
- Další nákladovou položkou je administrativní práce s databází praxí – tzn. tisk smluv, organizace pojištění pro studenty na praxi, kontrola vhodnosti pracovišť pro praxi. Administrativní práce s žádostmi o uznání praxe.
- Komunikace a spolupráce s odbornými pracovišti praxí (řešení požadavků na praxi studentů ze strany pracoviště, vyjasňování náplní praxe, kontrola studentů na praxích, apod.).
- K realizaci partnerství a aktivní participace všech zúčastněných stran (studující – škola – pracoviště) je doporučeno využít trojstranný kontrakt s vymezením podmínek spolupráce. Kontrakty s fakultními pracovišti požadují po těchto pracovištích řadu úkolů spojených s garancí praxí a v řadě případů pracoviště požadují po školách hrazení nákladů spojených s výkonem praxí.

Lze tedy konstatovat, že resortní ministerstva MŠMT a MPSV velmi dobře a účelně nastavili obsahovou kvalitu vysokoškolské přípravy sociálních pracovníků, bohužel však přidělené prostředky nejsou adekvátní k nákladovosti takto realizovaného studia v oblasti profesní přípravy. Nelze předpokládat, že stávající univerzitní pracoviště ponесou náklady, které vznikají z výše uvedených požadavků. Také nelze předpokládat, že pracoviště a vysokoškolští pedagogové budou chybějící finanční prostředky pro studijní agendu dofinancovat z finančních prostředků získaných vědeckou výzkumnou činností. Sociální práce je aplikovaným praxeologickým oborem, podobně jako pedagogické obory, s velkým důrazem na demografickou příslušnost samotného výkonu.

3. Potřebnost absolventů sociální práce z hlediska praxe

Od roku 2011 dochází na všech vysokých školách ke snižování limitů profinancovaných studentů v oborech sociální práce, což má za následek ubývání absolventů oborů sociální práce, jejichž společenská potřebnost stoupá. Nárůst počtu sociálních pracovníků se očekává v souvislosti s připravovanými změnami v systému sociální ochrany ČR (např. sociální bydlení, dlouhodobá péče, posilování sociální práce na úřadech, tj. ve výkonu sociální práce ve veřejné správě).

V praxi je nedostatek absolventů sociální práce a tato poptávka se bude v dalších letech zvyšovat jako důsledek reformy, jejichž cílem je nahradit ústavní péči jinými typy sociálních služeb, které podporují život člověka v běžném prostředí. Reformy se týkají těchto oblastí (weihsova, Zajacova, 2016):

- Ze Strategie sociálního začleňování 2014-2020 vyplývá, že základním nástrojem sociálního začleňování osob sociálně vyloučených nebo sociálním vyloučením ohrožených je sociální práce. Počet sociálních jevů, které je potřeba odborně řešit stoupá, zatím co v některých lokalitách je sociální práce z důvodu nedostatečného personálního zajištění, nedostupná. K dosažení cílového stavu bude dle Strategie potřebné až 50 % navýšení počtu sociálních pracovníků. Cílovým stavem je počet 2 500 sociálních pracovníků v rámci ORP. K 31. 12. 2015 činí počet sociálních pracovníků na ORP 1 167, tj. plánované navýšení je o 1 333 sociálních pracovníků.

Postupné zvyšování počtu úvazků sociálních pracovníků na obcích II. a III. typu je podpořeno příspěvkem ze státního rozpočtu určeným přímo na výkon sociální práce. V roce 2016 o příspěvek požádalo 154 obcí II. typu (29 žádost nepodalo) a 227 obcí III. typu (žádost podaly všechny).

- V souladu se Strategií reformy psychiatrické péče 2014-2023 jsou v nově vznikajících Centrech duševního zdraví plánovány pozice sociálních pracovníků v počtu 10 sociálních pracovníků na 100 tis obyvatel. Ve vztahu k celkovému počtu obyvatel je tedy plánováno navýšení počtu sociálních pracovníků o 600 sociálních pracovníků.
- V souladu s připravovaným zákonem o sociálním bydlení, jehož významnou součástí je výkon sociální práce s poživateli sociálního bydlení se odhaduje potřebné navýšení počtu úvazků sociálních pracovníků o 600.
- V souladu s přípravou novely zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, zejména s přípravou personálního standardu sociálních služeb, je kvalifikovaně odhadnuto navýšení počtu sociálních pracovníků o 2 366.
- V souladu s reformou péče o děti, konkrétně s redukcí ústavní péče ve prospěch života v rodinném prostředí a ve znění vyhlášky č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona

o sociálně-právní ochraně dětí, respektive v souladu se standardy kvality musí být sociálně-právní ochrana dětí dostatečně personálně zajištěna. Počet zaměstnanců je přiměřený spádovému obvodu orgánu sociálně-právní ochrany a je zohledněno kritérium ovlivňující náročnost výkonu sociálně-právní ochrany dětí ve správním obvodu. Základním výchozím kritériem je nejméně 1 pracovník na 800 dětí (osob do 18 let věku), které jsou hlášeny k trvalému pobytu ve správním obvodu orgánu sociálně-právní ochrany. Personální standard musí být naplňován od 1. 1. 2015 a v souladu s tímto požadavkem se předpokládá navýšení 400-600 sociálních pracovníků.

- S ohledem na rozsah svěřených agend lze předpokládat koncepční rozvoj sociální práce a s tím související nárůst počtu úvazků sociálních pracovníků také v rámci Úřadu práce.

Ze stávajícího počtu sociálních pracovníků vyplývá, že počet absolventů sociální práce, které každoročně ukončují studia na univerzitních pracovištích v České republice, nedostačuje ani na generační výměnu vzhledem k výkonu profese. Generační výměna se předpokládá v rozsahu 15-20 %.

Dle údajů získaných z výkazů MPSV bylo k datu 31. 12. 2014 ve výkonu praxe sociální práce zařazeno (zdroj Faltysová, Zajacová, 2016):

Oblast působení sociálních pracovníků	Evidovaný počet sociálních pracovníků
Krajské úřady, statutární města, obce s rozšířenou působností, ústavy sociální péče zřízené MPSV	1 873
Počet zaměstnanců orgánů sociálně-právní ochrany dětí (SPOD)	2 299
Počet kurátorů pro mládež v rámci orgánů SPOD	580
Počet sociálních pracovníků vykonávajících koordinační činnost sociální práce a poradenství	670
Počet sociálních pracovníků vykonávajících činnosti sociální práce se zaměřením na konkrétní cílové skupiny	413
Sociální kurátoři	583
Sociální kurátoři pro mládež	
Zaměstnanci náhradní rodinné péče	423
Veřejní opatrovníci*	208
Protidrogoví koordinátoři*	19
Romští poradci*	21
Pracovníci sociální prevence*	75
Sociální pracovníci v sociálních službách (přepočtené úvazky)	6 205
Sociální pracovníci na Úřadech práce ČR (ÚP) údaj aktuální k 30. 11. 2015	1 538
CELKEM	14 907

* Tyto funkce/pozice nemusí být obsazovány sociálními pracovníky, v rámci kumulace funkcí k tomuto však často dochází. Z výkazu nelze jednoznačně identifikovat, zda jsou vykazováni pouze sociální pracovníci na těchto funkcích/pozicích či nikoli.

4. Závěr

Z důvodu dlouhodobého podfinancování oborů sociální práce a snižování limitů proplacených studentů v letech 2011-2015 a celkové koncepce financování vysokých škol preferující přírodovědné a technické vzdělávání vysokoškolská pracoviště vzdělávající sociální pracovníky stagnují či velmi utlumují svou vzdělávací činnost. Dochází k ubývání počtu absolventů vysokoškolských studií v oborech sociální práce a to ve všech typech vzdělávání (bakalářské, magisterské, doktorské). Pracoviště jsou personálně poddimenzovaná, vysokoškolští pedagogové zajišťují agendu nad rámec jejich úvazků a odborné profilace. Vzhledem k povinnosti i vědeckovýzkumné a publikační činnosti dochází k výrazné fluktuaci kvalitních pedagogů či jejich přetíženosti i s ohledem na požadavek jejich praxe v oblasti výkonu profese v praxi. Výkon odborných praxí, místo, aby se rozvíjel, tak se v procesu edukace minimalizuje.

Na základě těchto objektivních skutečností, které jsou shodné na všech vysokoškolských pracovištích vzdělavatelů v oblasti sociální práce v České republice, dochází k jednáním s resortními ministerstvy MŠMT a MPSV o hledání možných východisek ze stávající situace. Do stávajících jednání se aktivně zapojují nejen zástupci jednotlivých vysokoškolských vzdělávacích pracovišť, ale i Asociace vzdělavatelů v sociální práci v ČR, která tuto problematiku vnímá jako jednu z priorit v oblasti vzdělávání sociálních pracovníků.

Jaké jsou možné návrhy?

- Na základě potřebnosti praxe je nutné zvýšit počet proplacených limitů studentů oborů sociální práce nejméně v bakalářských formách studia.
- Najít způsob dofinancování studia těchto oborů s ohledem na jeho nákladovost (náklady na výkon odborných praxí během studia – v rámci realizace na škole a v rámci realizace na samotném pracovišti praxe).
- Podpořit grantové systémy, které umožní větší propojení vysokoškolských pracovišť s pracovišti praktického výkonu sociální práce v oblasti vzdělávání studentů sociální práce.

Lze tedy konstatovat, že v době, kdy ve společnosti narůstá počet obyvatel v seniorském věku závislých na pomoci společnosti, systémově se řeší procesy sociální pomoci, problematika inkluze, situace s integrací migrantů a uprchlíků a jiné sociální problémy, by bylo velmi smutné, pokud by dobře nastavený systém sociální pomoci nerealizovali vzdělaní a profesně kompetentní pracovníci.

Seznam citované a použité literatury:

FALTYSOVÁ, A., ZAJACOVÁ, M. *Predikce počtu sociálních pracovníků*. 2016, 5s., zdroj MPSV Akreditační požadavky oboru Sociální práce.

http://www.akreditacnikomise.cz/attachments/221_pozadavky_ak_soc_prace.pdf

MUSIL, L., BAREŠ, P., HAVLÍKOVÁ, J., (Eds.). *Výkon profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR, závěrečná zpráva o řešení veřejné zakázky ZVZ 217. Analýza výkonu profese sociální práce v systémech sociální ochrany ČR podle formálního ukotvení a podle reálných potřeb v jednotlivých systémech sociální ochrany. Identifikační číslo projektu HC 186/10, Praha: VÚPSV, v.v.i., 2011, 494 s.*

TRUHLÁŘOVÁ, Z. *Reflektování profesionálních kompetencí sociálními pracovníky v přímé praxi*. Revue sociálních služeb. Trnava: Oliva, 2013. 12s. ISSN: 1338-1075.

TRUHLÁŘOVÁ, Z. *Odborné praxe v kontextu pregraduální přípravy sociálních pracovníků*, Hradec Králové: Gaudeamus, 109 s. 2015 ISBN 978-80-7435-412-0

Pes-asistent psychosociální rehabilitace – nový trend ve vzdělávání sociálních pracovníků

Dog assistant psychosocial rehabilitation – a new trend in education of social workers

Andrea Tvrdá,¹⁴⁵ Klára Palme,¹⁴⁶ Kateřina Thelenová¹⁴⁷

Abstrakt

Příspěvek nabízí základní vhled do oblasti sociální práce, která využívá k poskytování efektivní sociální služby léčebného a sociálního potenciálu zvířat. Představuje zejména specifické metody, které slouží lidem (klientům) k dosažení jasně definovaných cílů. Text je věnován metodě Asistence zvířete v sociálních službách (AASW) s důrazem na nezbytné kompetence poskytovatele takové služby.

V ČR se otázka zvířat v praxi sociálních služeb diskutuje s narůstající intenzitou od devadesátých let minulého století, a přesto není dosud dostatečně systémově řešena. To ve svém důsledku ohrožuje nejen kvalitu služby, ale přímo také její účelnost a dopad.

Nepříznivý stav AASW vnímá naše organizace dlouhodobě. Reflexe zkušeností z terénu v kombinaci s rozvíjejícími se znalostmi a dovednostmi v tomto oboru vyústila v realizaci konkrétního inovačního přístupu, jehož cílem byla radikální změna v konceptu služby asistenčních psů prostřednictvím nové sociální služby „Pes-asistent.“ Dílčím cílem tohoto textu je seznámit čtenáře s inovací Pes-asistent – psychosociální rehabilitace a v neposlední řadě popsat nezbytné požadavky na vzdělávání poskytovatelů služeb, kde zvíře (spolu)působí na cestě k potřebnému cíli.

Klíčová slova: Inovace. Kompetence. Vzdělávání. Pes-asistent. Zvíře. Kvalita služby. Účelnost služby.

Abstract

The contribution brings an essential insight in the area of the social work that uses the curative and social potential of animals for provision of the effective social service. It particularly presents specific methods used for people (clients) to achieve the clearly defined goals. The text is devoted to the Animal Assistance in Social Work (AASW) method with emphasis on the required competencies for provider of that service. The matter of animals in practical social work has been increasingly discussed in the Czech Republic since 1990s and despite that, no system solution exists so far. In consequence, the quality of the service as well as its effectiveness and impact is threatened thereby. Our organization perceives the adverse situation regarding AASW in long-term run. The reflection from the field combined with the emerging knowledge and skills in this branch resulted in creating of a new specific innovation approach aimed at radical change to the concept of the assistance dog services via the new “Dog-Assistant” social service. A sub-goal of the contribution is informing the readers about the Dog-Assistant – Psychosocial Rehabilitation innovation, and last but not least, describing of the necessary qualification requirements of the service providers where the animal (co)works on the way to the required goal.

Keywords: Innovation. Competencies. Education. Dog-Assistant Animal. Quality of service. Effectiveness of service.

145 Bc. Andrea Tvrdá, ELVA HELP z.s., Palachova 504/7, 460 01 Liberec; e-mailová adresa: andreabaja@seznam.cz; Tel.: 607 725 304

146 Mgr. Klára Palme, ELVA HELP z.s., Palachova 504/7, 460 01 Liberec; e-mailová adresa: palme@elvahelp.cz; Tel.: 604 703 643

147 Kateřina Thelenová, PhD., ELVA HELP z.s., Palachova 504/7, 460 01 Liberec; e-mailová adresa: thelenova@elvahelp.cz

Úvod

Lidé – v tomto textu také ve smyslu klienti, uživatelé služby – intuitivně vnímají pozitivní vliv zvířat na své životy. Proto často sami vyhledávají službu, ve které zvíře, jako tzv. nástroj služby, pomáhá dosáhnout potřebného cíle. V sociální práci se snažíme o zlepšení kvality života, o podporu sociální integrace. Obor „*Zvíře v sociálních službách*“ (dále AASW) je založen na lidstvu dávno známém využití vzájemného pozitivního působení člověka a zvířete. Konkrétně cílí na zlepšení fyzického a psychického stavu, např. paměti, komunikace, na zmírnění stresu, zvýšení motivace, asistenci. Specifické metody zde významně ovlivňují sociální začleňování, mají vliv na chování, osobní a sociální dovednosti, režim, využití volného času a mnoho dalšího. Poskytování kvalitní služby tohoto typu je podmíněno erudovaným pracovníkem, který musí splňovat náročné požadavky nejen ve vzdělávání a speciálních dovednostech, ale také svou osobností. Pokud nespĺňuje, je riziko pro klienta velmi vysoké.

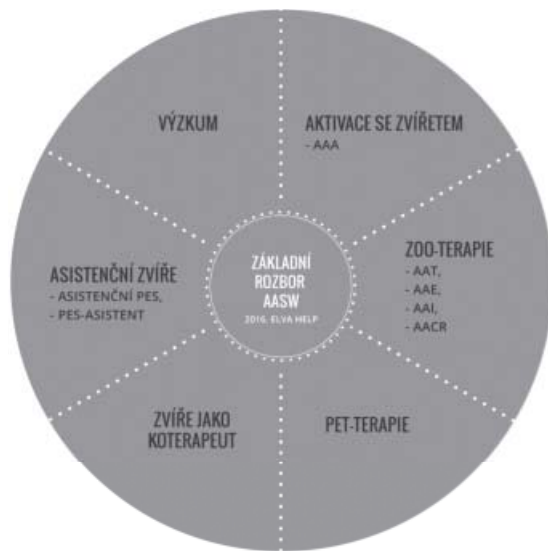
Od druhé poloviny 80. let 20. století začínají u nás do sociálních služeb pronikat aktivity, které cíleně užívají potenciál pozitivních vlivů zvířat na život člověka. Nejprve díky osvíceným ředitelům organizací sociálních služeb (zejm. pobytových služeb) a zdravotnických zařízení tzv. „na zapřenou.“ Následně si již pojem „terapeutické,“ či „asistenční zvíře“ nachází cestu přímo ke klientům. Chybí však systémovost, služby vznikají živelně. V ČR v současnosti převažuje způsob poskytování těchto služeb formou dobrovolnictví s významným vlivem kynologie (nejznámější je tzv. canisterapie). Tento stav nese mnoho rizik, neboť nevychází z odborné sociální práce. To ve svém důsledku ohrožuje příjemce takové služby a také snižuje kredit kvalitních sociálních služeb. Praxe ukazuje, že se příliš často míjí cíl klienta s cílem kynologa s terapeutickým psem. Proto se současně, vedle tzv. kynologického systému, postupně vyvíjí směr založený na profesionální sociální práci, jehož základní filozofií je respekt k podmínkám nastaveným odbornými sociálními službami (dle zák. č. 108/2006 Sb.). Takovou službu může poskytovat pouze sociální pracovník či pracovník v sociálních službách se specializací v oboru AASW.

V zahraničí, např. University of Denver, Michigan State University, je obor AASW již tématem vysokoškolského vzdělávání v resortu sociálním či sociálně-zdravotním. Důraz je kladen na identifikované skutečné potřeby klienta a jeho právo na kvalitní profesionální služby.

V ČR jsou kroky k rozvoji tohoto směru pomalé. Tým organizace Elva help tento stav reflektuje, naše inovace Pes-asistent je příkladem dobré praxe, jak uchopit potenciál spolupráce zvířete a pomáhajícího profesionála. Protože rozvoj myšlenky, resp. služby AASW, potřebuje podporu systémovou, vznikla také pracovní expertní skupina pro oblast zooterapie v ČR (PESPOZ), jejímž hlavním cílem je podpořit změny v systému a v legislativě tak, aby se tento moderní obor mohl plně rozvinout ve prospěch klienta, neboť potenciál rehabilitace, ale i prevence je zde skutečně nedocenenelný.

1. Zvíře v sociálních službách (AASW)

AASW představuje ucelený obor, který v současnosti nabízí pět základních oblastí.



1.1 Pasivní aktivace se zvířaty (AAA)

Pasivní aktivace se zvířaty (Animal Assisted Activities – AAA) je v praxi realizována zejména dobrovolníky nebo pracovníky sociálních služeb v rámci aktivace klienta. Přesahuje také do hraničních oborů, pokud ve svém působení nechávají přistupovat terapeutické zvíře ke klientovi (či pacientovi). Služba probíhá zejména v pobytových zařízeních, denních centrech, MŠ, ZŠ atd. Nejčastěji má podobu ukázek zvířete a jeho dovedností, jeho pouhou pasivní přítomností (která již sama o sobě má pro klienta přínos), možnost dotýkat se zvířete, hru se zvířetem, krmení zvířete, vyprávění o zvířeti až edukační program na téma týkající se zvířete. Můžeme si představit osobu s jezevčikem, která pravidelně jednou za čtrnáct dní navštíví domov pro seniory na 40 minut, kde je ve společenské místnosti personálem doprovázena skupina seniorů, kteří se budou účastnit „aktivačního sezení“. Pes je klientům k dispozici na pohlázení, házení míčku, krmení granulami, povídání co nového, možná ukáže veselý kousek, který se nedávno naučil.

1.2 Cílená intervence se zvířaty

Cílená intervence se zvířaty má podobu zoo-terapie, kdy odborník dochází za klientem (nejčastěji se svým zvířetem). Dále může být služba poskytována metodou pet-terapie. Ta představuje službu postavenou na využívání potenciálu zvířete žijícího v rodině (pet = mazlíčka), která je příjemcem služby. Služba nabízí odborné vedení rodiny a blízkých klienta v jeho přirozeném sociálním prostředí ku prospěchu klienta za asistence stávajícího zvířete. Intervence se týkají těchto směrů: terapie, edukace, intervence, krizová intervence v rámci interních metod. Aplikace těchto

metod probíhá v sociálních službách v různých typech zařízení i v domácnosti klienta. V kooperaci s klientem sestavíme plán, formulujeme cíle, plánovaný výstup a podoby intervence se zvířetem. Vše má charakter procesuální, kdy součástí je redefinice plánu a cílů klienta. Významná je zde úzká spolupráce s dalšími odborníky, minimálně na úrovni klíčových pracovníků kmenové sociální služby. Cílená intervence je často jedinou aktivní sociální službou pro klienta, to klade na pracovníka velký díl zodpovědnosti zejména v procesu sociálního šetření. Můžeme si představit pracovníka sociálních služeb s labradorem. Pracovník, zoo-terapeut, přichází do domova pro seniory, navštíví seniorku po náhlé mozkové příhodě, spolu s klientkou a jejím klíčovým pracovníkem formuluje cíle a plán, zoo-terapeut pracuje se seniorkou cíleně, individuálně, prostřednictvím psa.

1.21 Zoo-terapie

Zoo-terapie představuje obor speciálního vedení zvířete a soubor úkonů a dovedností terapeuta s cílem využít pozitivního vlivu zvířat na bio-psycho-sociálně-spirituální rovnováhu člověka. Tato služba patří do ucelené rehabilitace jako součást sociálních služeb, vzdělávacího procesu, je to součást ozdravného procesu i krizové intervence.

Zoo-terapii může aplikovat zoo-terapeut se svým terapeutickým zvířetem jako tým. Tato oblast má své metody, techniky a formy. Pevným bodem je zoo-terapeut, na kterého je kladena zodpovědnost za vedení procesu, kvalitu procesu, jeho směr, zahájení, volbu metod, technik a forem, průběh,... až po zakončení. Zvíře je zde významným partnerem, který ale do procesu vnáší limity a typické znaky podle druhu zvířete. Jinak bude probíhat zoo-terapie s delfinem a jinak s papouškem. Shodným znakem je tu socializace s lidmi a prostředím, kde se s lidmi zvíře setkává a jasně ukotvený, bezpečný, zdravý vztah mezi zoo-terapeutem a terapeutickým zvířetem.

V ČR se nejčastěji setkáváme s následujícími typy terapií (dělení dle druhů zvířat):

- Canisterapie (psi)
- Felinoterapie (kočky)
- Hippoterapie (koně)
- Caviaterapie (morčata)
- Ornitoterapie (ptáci)
- Lamaterapie (lama)
- Farmaterapie (hospodářská zvířata na farmě – koza, ovce, drůbež, skot)
- Delfinoterapie (delfini)

Zooterapie má k dispozici tyto základní metody:

AAA	– Animal Assisted Activities	(zvíře asistující aktivitám)
AAE	– Animal Assisted Education	(zvíře asistující výuce)
AAT	– Animal Assisted Therapy	(zvíře asistující terapii)
AAI	– Animal Assisted Interventions	(zvíře asistující intervencím)
AACR	– Animal Assisted Crisis Response	(zvíře asistující krizové intervenci)

Hippoterapie se v ČR vymanila z oboru AASW a přiklonila se, již z podstaty svého značného fyziorehabilitačního efektu, k resortu zdravotnímu. Z tohoto důvodu se v příspěvku dále hippoterapii nevěnujeme.

1.22 Pet-terapie

Oblast pet-terapie klade velké nároky na znalosti a praxi pet-terapeuta, který zde nepracuje se svým terapeutickým zvířetem, ale při zodpovědnosti popsané v bodě 1.21. by měl správně analyzovat stávající domácí zvířata/zvíře klienta z hlediska metod zoo-terapie, indikovat je vč. technik a forem a celou tuto dovednost zejména předat neformálnímu pečovateli. S touto službou souvisí dostupnost poradenství, minimálně v počátku je nezbytné facilitovat intervence klienta s jeho zvířetem tak, aby služba pomáhala naplňovat cíl. Jde o terénní sociální práci, která rodinu, jako neformálního pečovatele o osobu blízkou, zmocňuje a umožňuje rehabilitaci pro klienta. K výkonu pet-terapie je nutná specializace v oboru AASW a současně praxe v zoo-terapii. Můžeme si představit zoo-terapeuta, který bez svého terapeutického zvířete navštíví rodinu pečující o dítě s autismem. V rodině je akvárium s mazlivým morčetem. Zoo-terapeut provede šetření, do kterého zahrne i rodinné morče a vazby rodiny s morčetem a jeho vlastnosti. Výstupem je plán a cíl s klientem (dítě s PAS) a analýza morčátka coby terapeutického zvířete – zoo-terapeut edukuje rodinu a dále ji provází ve vlastních intervencích s dítětem prostřednictvím vlastního morčátka za účelem sledování stanoveného cíle.

1.3 Asistenční zvíře

Další oblastí AASW je asistenční zvíře, kde probíhají v podstatě ojedinělé experimenty s různými druhy zvířat, jako jsou papoušek, miniprase, malpa kapucínská nebo minikůň. Nicméně pes se pro tuto oblast osvědčil nejvíce a díky možnosti volby z více než 300 psích plemen, jde o pestrou škálu možností k výběru. V ČR v současnosti existují dva hlavní směry. Směr tzv. kynologický, jehož cílem je vycvičit asistenčního psa a směr sociální s cílem rehabilitovat klienta prostřednictvím psa-asistenta (autorem metody pes-asistent je tým ELVA HELP).

1.31 Asistenční pes

Pes nebo fena, kteří jsou zdravotně a povahově prověřeni, žijí v prostorách organizace cvičící asistenční psy a jsou vycvičeni kynologem ke standardizovanému souboru úkonů za účelem pomoci osobě s handicapem. Pes musí projít zkouškou, kterou skládá kynolog psa cvičící a jejíž úspěšnost posuzuje jiný kynolog. Pokud pes dosáhne ve zkoušce stanovený počet bodů, získává status asistenčního psa a je předán osobě s handicapem k užívání.

1.32 Pes-asistent

Pes nebo fena, kteří jsou zdravotně a povahově prověřeni, žijí u klienta, je klientem spolu s pracovníkem organizace trénovaný k předem stanovenému, individuálnímu souboru úkonů, za účelem pomoci osobě s handicapem. Pes musí projít atestem, který skládá klient a posuzuje odborník na diagnózu klienta. Pokud klient obhájí dovednosti a účelnost psa, potom pes získává status pes-asistent.

1.4 Zvíře jako koterapeut

Pozitivní potenciál zvířete dovedně využívají odborníci resortu sociálního i mezirezortů, které v ucelené rehabilitaci klienta nechybějí. Jde například o psychoterapeuta, jehož působení je přítomno jeho vlastní terapeutické zvíře (tzv. koterapeut), nebo logoterapeuta, socioterapeuta, ergoterapeuta, atp. Odborník sleduje metody a techniky svého kmenového oboru, nikoli zoo-terapie. Vstupy zvířete jsou buď spontánní, intuitivně řízené odborníkem, nebo v náznaku aktivace se zvířaty, jak je popsáno v bodě 1.1 Můžeme si tedy představit psychologa, který vede rozhovor s dítětem a do své hovorny umístí ubikaci se zakrslým králíčkem a akvárium s rybičkami do čekárny. Rybičky se chovají spontánně, podporují uvolnění a uklidnění pacientů v čekárně. Na králíčka občas psycholog upozorní, například vyzve dítě k tomu, aby si ho pohladilo, dále vede hovor a nepřímou tak těží ze spontánního pozitivního vlivu krotkého, milého králíčka na dítě – rychlejší nástup důvěry, větší motivace ke komunikaci, uvolnění atmosféry, nástup spontánnosti, atd. Odborník stále aplikoval svou kmenovou odbornost, nedošlo k aplikaci zoo-terapie.

1.5 Výzkum

Další významnou oblastí je zde výzkum. Téma animálně-humánních vlivů může posunout sociální práci do jemnějších nuancí forem prevence sociálně-patologických jevů, snižovat fenomén závislosti na službě, účelně pracovat s dopadem traumatu na člověka, či podpořit inovace v sociálních službách. Multidisciplinární výzkum se může věnovat oblasti speciálních pachových prací psů, zejména pak diagnostice za pomoci tohoto fenoménu.

Právě díky výzkumu v této oblasti můžeme nyní jasně definovat předchozí oblasti oboru AASW a můžeme jen tušit, že díky výzkumům odhalíme další možnosti podpory a pomoci lidem prostřednictvím zvířete.

2. Asistenční pes vs. Pes-asistent

Tato kapitola nabízí čtenáři informace, které vysvětlují podstatu rozdílu ve výcviku asistenčních psů tzv. kynologickým způsobem, který je v ČR rozšířen od 90. let 20. století a v tréninku psa-asistenta, který představuje systém sociální. Ten byl pilotně ověřen v projektu¹⁴⁸ podpořeném z ESF a rozpočtu ČR sociálních inovací v letech 2014–2015. Výstupem je mj. metodika této nové služby.¹⁴⁹

2.1 Kynologický systém – výcvik asistenčního psa

Klient objedná službu a **pasivně čeká**. Výcvik psa je v režii organizace a provádí jej kynolog. Organizace se v tomto systému orientuje primárně na psa a jeho výcvik. Organizace nevnímá klienta v jeho individuálních potřebách. Klient je majitelem psa až po splnění všech podmínek organizace, případně nikdy.

148 Projekt „Pes asistent – psychosociální rehabilitace“ CZ.1.04/3.102/B7.00025; www.pes-asistent.cz

149 TVRDÁ, A., PALME, K., THELENOVÁ, K. Výstup inovačního projektu „Pes-asistent“ 2015.

Dostupné z: <http://elvahelp.cz/wp-content/uploads/2015/11/metodika-elvahelp-1.pdf>



1. **Klient.** Osoba se zdravotním znevýhodněním uvažuje o možnosti získání psa, který bude schopen poskytovat specifickou konkrétní pomoc.
2. **Organizace specializující se na výcvik psů pro poskytování asistence.**
 - Klient osloví organizaci. V prostorách organizace proběhne konzultace představ a potřeb klienta a o možnostech a limitech organizace.
 - Organizace má vstupní požadavky na klienta (např. ZTP, ZTP/P). Vyžaduje návštěvu v sídle organizace pro podpis smlouvy. Některé organizace využívají služeb psychologa nebo sociálního pracovníka. Nenavštěvují však přirozené prostředí klienta. Nezjišťují parametry prostředí, do kterého po výcviku pes přejde.
3. **Smlouva.** Podpis smlouvy. Organizace vycvičí psa dle předem stanoveného univerzálního seznamu dovedností, které pes musí umět. Klient má pasivní roli, čeká na kynologem vycvičeného psa.
4. **Výběr psa.** Organizace vybere vhodného psa a začne s jeho výcvikem. Štěně žije v hostitelské rodině, následně v koticích organizace, kde probíhá výcvik psů. Klient se této fáze vůbec neúčastní.
5. **Výcvik psa kynologem.** Pes se učí předem stanovené dovednosti, které musí zvládnout, aby mohl podstoupit závěrečné zkoušky.
6. **Zkouška.** Zkoušku se psem vykonává kynolog.
7. **Předání psa klientovi.**
 - Kynolog domluví s klientem 1-2 týdny na předávání psa, kdy učí klienta v jeho přirozeném prostředí, jak psa ovládat, aby poskytoval naučené dovednosti.
 - Pes stále není majetkem klienta.
8. **Test sžití.** Po několika měsících musí klient podstoupit se svým psem tzv. test sžití – prezentovat svou schopnost ovládat psa zejména na veřejných prostranstvích.

2.2 Sociální systém – trénink psa-asistenta

Klient je od počátku do konce služby aktivně účasten na procesu výcviku psa-asistenta. Získá dovednost – trénuje si psa-asistenta sám a naučí ho dovednosti, které potřebuje dle svých individuálních potřeb. Klient je majitelem psa od jeho předání, organizace nemá žádné požadavky (průkaz ZTP/P apod.). Od prvního kontaktu po předání psa uběhnou průměrně 3 měsíce. Klient je aktivní, vtažen do procesu, je realizátorem služby. Klient je majitelem psa ihned po předání, obvykle si pořizuje klient psa sám, případně pracujeme se psem, který již v rodině žije.



1. **Klient.** Osoba se zdravotním znevýhodněním uvažuje o možnosti získání psa, který bude schopen poskytovat specifickou konkrétní pomoc.
2. **Organizace – registrovaný poskytovatel sociálních služeb.**
 - Klient osloví organizaci. Proběhne oboustranná konzultace o představách a potřebách klienta a možnostech a limitech organizace.
3. **Šetření v sociálním prostředí klienta.**
 - Zástupce organizace navštíví klienta v jeho přirozeném prostředí.
 - Anamnéza – zejména specifika zdravotního postižení.
 - Sociální systém (rodina, zaměstnavatel, pečující osoba, sousedé, poskytovatelé služeb.).
 - Potřeby klienta.
 - Možnosti a limity psa jako nástroje poskytování specifické služby.
4. **Individuální plán, smlouva.**
 - Individuální plán je sestaven ve spolupráci s klientem a obsahuje:
 - cíle služby,
 - časový harmonogram,

- výběr psa,
- úkoly pro klienta a pro poskytovatele služby,
- motivační prvky,
- předcházení rizikům.
- Plán je „živý“, proměnlivý v čase dle potřeb klienta i psa.
- Podpis smlouvy.

5. Klient a pes – trénink psa klientem.

- Pořízení psa a jeho okamžité předání klientovi.
- Nejdelší fáze procesu.
- Klient se učí specifické dovednosti a to VYTRÉNOVAT SI SÁM PSA-ASISTENTA.
- Provázení, edukace profesionálem (poskytovatelem služby).
- Není striktní časové ohraničení služby.

6. Zkouška – atest.

- Závěrečnou zkoušku – atest absolvuje KLIENT se svým trénovaným PSEM.
- Atest posuzuje zejména prizvaný odborník na zdravotní postižení klienta.
- Výstupem je potvrzení o úspěšném tréninku psa-asistenta.
- Cílem je klient, který získal atestaci k vedení psa-asistenta.

3. Kdo může poskytovat AASW v sociálních službách?

Otázku „Kdo může poskytovat výše popsané specializované metody sociální práce?“ si pokládají nejen zájemci, kteří chtějí takovou službu nabízet, ale také poskytovatelé sociálních služeb, kteří takové služby nakupují. Například vedoucí pobytového zařízení, který chce svým klientům rozšířit služby o canisterapii, potřebuje vědět, jaké požadavky má klást na poskytovatele takové služby, aby byla kvalitní, bezpečná, účelná.

Požadavky na poskytovatele služby AASW nejsou v systému sociální práce státem nikdy výslovně uvedeny. Následující výčet vychází z dlouholeté zkušenosti a zejména z inovace „Pes-asistent“ týmu Elva help.

Pokud hovoříme o službách, které patří svým charakterem, metodou a cíli do sociálních služeb dle zákona č. 108/2006 Sb., je v první řadě nezbytné, aby pracovník poskytující některou z metod oboru AASW splňoval požadavky kladené právě tímto zákonem. To znamená, že je buď sociálním pracovníkem, nebo alespoň pracovníkem v sociálních službách. Tento požadavek je nezbytný, neboť se jedná o sociální službu, kdy klademe důraz na profesionální službu a na vztah pracovníka a klienta, kdy je pro splnění individuálních cílů možné využít metod, kde pomáhá zvíře. Pracovník využívá znalosti teorie a metod sociální práce. Potřebuje dobré komunikační dovednosti, respektuje etické imperativy sociální práce, má rozsáhlé znalosti v práci s cílovou skupinou osob se zdravotním postižením.

Dále potřebuje znalosti z teorie oboru AASW. Sem patří mj. znalosti z etologie svého terapeutického zvířete, znalost komunikačních technik se zaměřením na konejšivé signály, znalost individuálních limitů přímo daného terapeutického zvířete (je odborníkem specialistou na své terapeutické zvíře). Pro metodu pet-terapie potřebuje navíc dovednost analyzovat cizí domácí zvíře a aplikovat analýzu domácího zvířete klienta v kontextu služby pet-terapie a nebo Pes-asistent (např. znalost-dovednost metod a technik tréninku zvířat).

V přístupu ke klientům se osvědčuje holistický přístup, funguje metoda systemické práce (pracujeme s celým sociálním okolím klienta).

Pro efektivní službu je nezbytný přesah do mezioborové spolupráce. Sociální práce zde využívá mnohé ze znalostí dalších oborů, např. speciální pedagogiky. V případě AACR, tzn. krizové intervence, je účinná spolupráce s IZS (integrovaným záchranným systémem).

Znalosti oboru AASW patří do souboru informací, kterými by měl každý sociální pracovník poskytující základní sociální poradenství disponovat. Není tedy třeba stát se odborníkem na poskytování služby, je vhodné umět službu indikovat a klienta, pro kterého je služba vhodná, do takové služby nasměrovat. Naučit indikaci AASW zejména u klíčových pracovníků je jedním z dílčích cílů týmu Elva help. Již nyní se snažíme o vytvoření sítě tzv. „Case manažerů“ pro obor AASW.

Pro zájemce, který by v současnosti chtěl v ČR získat znalosti a dovednosti v oboru AASW, zatím není k dispozici žádný ucelený vzdělávací systém, zejména chybí specializace vysokoškolské přípravy odborníků na sociální práci. Dílčí vzdělávání poskytuje ELVA HELP z.s. Podrobné informace získáte na stránkách www.elvahelp.cz, či na emailové adrese elvahelp@elvahelp.cz.

Závěr

Cílem tohoto příspěvku bylo seznámit zájemce o specifické zaměření profesionální práce, které odborná literatura označuje zkratkou AASW a v Česku hovoříme o sociální práci s užitím zvířat.

Rozsah příspěvku neumožňuje zahrnout veškeré expertní znalosti a popis dovedností získaných mnoha lety praxe a longitudinální spoluprací s mnoha klienty, uživateli služeb Elva help. Na druhou stranu považujeme za vysoce zajímavé a současně potřebné prezentovat základní rámce jednotlivých profesionálně realizovaných aktivit, které na půdě sociální práce umožňují pomáhat lidem s využitím potenciálu zvířat.

Je nutné neustále zdůrazňovat, že zde nehovoříme o pouhé přítomnosti zvířete, nejčastěji psa, v zařízení sociálních služeb nebo v procesu realizace sociální práce. I taková situace má svůj význam. Je však nutno podtrhnout, že naším cílem je ukázat profesionální sociální práci a profesionální sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří současně vysoce expertním způsobem pracují s přítomností zvířete a umí ji využít k adekvátním cílům sociální intervence s klienty sociální práce, s uživateli služeb. Současně tím nastolujeme otázku kontroly kvality v dané oblasti. S tím souvisí rostoucí zodpovědnost vedoucích pracovníků, kteří často nemají dostatek informací o možných indikacích a kontraindikacích služeb AASW. V neposlední řadě se AASW týká neformálních pečujících, kteří věnují svůj čas a energii péči o své blízké.

Možnosti využití AASW jsou široké, je však třeba jasně stanovit možnosti, limity a nároky, které mohou a musejí z AASW učinit vysoce profesionální aktivitu. I k tomuto cíli jsme chtěli našim textem přispět.

Zdroje:

ODENDAAL, J. *Zvířata a naše mentální zdraví*, Praha: Brázda, 2007. ISBN: 978-80-209-0356-3

TVRDÁ, A., PALME, K., THELENOVÁ, K. *Výstup inovačního projektu „Pes-asistent“ 2015*. Dostupné z: <http://elvahelp.cz/wp-content/uploads/2015/11/metodika-elvahelp-1.pdf>

VELEMÍNSKÝ, M. a kol. *ZOoterapie ve světle objektivních poznatků*, České Budějovice: Dona, 2007. ISBN: 978-80-7322-109-6

Otázky odbornej prípravy sociálnych pracovníkov so zameraním na problematiku rodičovstva ľudí so zdravotným postihnutím

Questions of training of social workers focusing on the issues of parenthood of people with disabilities

Klaudia Vidová,¹⁵⁰ Miriam Slaná,¹⁵¹ Michaela Hromková¹⁵²

Abstrakt

Problematika zdravotného postihnutia prechádzala zložitým historickým vývojom, ktorý najmä v časovom horizonte uplynulých 25 rokov viedol k deinštitucionalizácii a k celkovému zlepšeniu životných podmienok ľudí s postihnutím. V kontexte sociálnej práce však stále prevláda zameriavanie pozornosti prevažne na oblasť služieb a príspevkov, pričom absentuje diskusia o partnerstve a rodičovstve ľudí s postihnutím, ktoré však jednoznačne taktiež patria do kontextu integrácie. Príspevok je výsledkom teoretickej štúdie, ktorá vznikla s cieľom reflektovať aj tento rozmer života ľudí s postihnutím a zdôrazniť tak potrebu vzdelávania a profesionálnej prípravy sociálnych pracovníkov pracujúcich s osobami s postihnutím na oblasť partnerstva, no v tejto súvislosti najmä rodičovstva ľudí s postihnutím a priniesť tak odporúčania pre rozšírenie vzdelávania sociálnych pracovníkov v tomto smere.

Kľúčové slová: Postihnutie. Partnerstvo. Rodičovstvo. Sociálna práca. Vzdelávanie. Profesionálna príprava.

Abstract

The issues of a health disability went through difficult historical development in particularly last 25 years, and resulted in de-institutionalization and general improvement of the life conditions of disabled people. In the context of the social work, however, the focus is mainly targeted to the field of services and allowances while discussion about partnership and parenthood of disabled people, which is clearly a part of the context of the integration, is absent. This contribution is the result of a theoretical study created in order to reflect also this dimension of life of disabled people, and to emphasize the need for education and professional training of the social workers working with the disabled persons in the field of partnership, however, particularly in this regard the parenthood of the disabled people, and bring some recommendations to expand the education of the social workers in this regard.

Keywords: Disability. Partnership. Parenthood. Social work. Education. Professional training.

Úvod

Zdravotné postihnutie je javom, ktorý spoločnosť sprevádzal už od nepamäti vo všetkých ľudských spoločnostiach. Problematika zdravotného postihnutia však prechádzala zložitým historickým vývojom vyznačujúcim sa variabilnými postojmi voči ľuďom s postihnutím a rozličnými spôsobmi zaobchádzania s nimi.

Pre pochopenie súčasného postavenia ľudí s postihnutím na Slovensku je kľúčové najmä obdobie od 20. storočia, konkrétne obdobie začínajúce krátko po roku 1945, ktoré je spájané najmä s inštitucionálnou starostlivosťou. Repková (2005) toto obdobie nazýva rozkvetom ústavnej starostlivosti, ktoré nadväzovalo na kresťanskú tradíciu a zároveň bolo odpoveďou na dopyt po ústa-

150 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: klaudia.vidova@tvu.sk; Tel.: +421 33 5939 426

151 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: miriam.slana@truni.sk; Tel.: +421 33 5939 446

152 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: michaela.hromkova@truni.sk; Tel.: +421 33 5939 446

voch pre ľudí zmrzačených vojnou, bez rodinného zázemia a komunitnej podpory. Tieto ústavy síce poskytovali potrebnú zdravotnícku starostlivosť, avšak boli budované mimo komunity na okrajoch miest a neexistovala ku nim alternatíva, ktorá by prispela ku integrácii ľudí s postihnutím do majoritnej spoločnosti.

Po roku 1956 sa intervenčné opatrenia starostlivosti postupne stávali súčasťou celkového systému sociálneho zabezpečenia, čo znamenalo napríklad zavádzanie invalidných a čiastočných invalidných dôchodkov a počiatky sociálnych služieb v domácom prostredí (Repková, 2005). Faktom však zostáva, že aj v tomto období nepomerne prevládala starostlivosť v ústavných zariadeniach, dôsledkom čoho toto obdobie naďalej zostáva predmetom kritiky viacerých autorov. Brichtová a Repková (2009) ako zásadný problém tohto obdobia vidia predovšetkým rozpornosť ústavnej formy starostlivosti so základnými možnosťami uspokojovania práv a potrieb ľudí s postihnutím. Levická (2003) zároveň konštatuje, že ústavný typ starostlivosti znamenal najmä izolovanosť ľudí s postihnutím od rodiny a bežného života a zároveň zamlčovanie existencie týchto ľudí pred majoritnou spoločnosťou.

V období medzi rokmi 1976 a 1988, ktoré Repková (2005) nazýva aj ako „obdobie humanitárnej starostlivosti“ môžeme vidieť počiatky snáh o rozklad inštitucionálnej starostlivosti vo veľkokapacitných zariadeniach a plánovanie jej postupnej transformácie na ambulantly a komunitné formy pomoci, čo bolo do veľkej miery dôsledkom snáh svojpomocných organizácií zahrnúť otázku postihnutia do kontextu ľudských práv. Tieto snahy sa podarilo uskutočniť v porevolučnom období nazývanom obdobím „občianskeho prístupu k otázkam sociálnoprávnej ochrany ľudí s postihnutím“, nakoľko do všetkých sociálnych intervencií začali postupne prenikať princípy uplatňovania ľudských a občianskych práv a antidiskriminačné praktiky, zakotvené v rôznych dokumentoch, medzinárodných zmluvách či všeobecne záväzných predpisoch štátu.. V praxi sa ustanovenia vychádzajúce z týchto dokumentov prejavili napríklad v decentralizácii sociálnych služieb, v podpore neštátnych subjektov pri vykonávaní služieb, v podpore aktívnej účasti samotných ľudí s postihnutím vo všetkých rozhodovacích procesoch týkajúcich sa verejnej sféry na národnej a regionálnej úrovni. Okrem toho (nielen) tieto dokumenty viedli ku snahe podporiť emancipáciu ľudí s postihnutím v ovplyvňovaní okolností ich vlastného života a o preberaní zodpovednosti za ich vzdelávanie, prácu a voľnočasové aktivity organizované v prirodzenom prostredí. Išlo predovšetkým o zvyšovanie povedomia o ľudskej rôznorodosti a o uznanie, že problémy ľudí s postihnutím nie sú spôsobené iba ich funkčnými limitmi, ale aj bariérami v ich životných podmienkach budovaných počas dejín (Repková, 2005).

Uvedený prehľad významných medzníkov pri formovaní súčasného postavenia ľudí s postihnutím v spoločnosti síce nie je detailným a komplexným prehľadom, zdôrazňuje však pre súčasnosť významný posun od rezidenčnej starostlivosti smerom ku deinštitucionalizácii a k postupnej integrácii ľudí s postihnutím do bežného života.

Zostáva faktom, že bežná prax nie vždy zodpovedá týmto ustanoveniam a celková integrácia ľudí s postihnutím do majoritnej spoločnosti má ešte mnoho limitov, ktoré budú ešte dlhodobo predstavovať výzvy pre ich prekonávanie, avšak napriek viacerým „problémovým“ oblastiam konštatujeme, že vývoj v uplynulých desaťročiach do veľkej miery prispel ku zlepšeniu životných podmienok ľudí s postihnutím, pre ktorých je viac ako kedykoľvek v minulosti bežné študovať, pracovať, fungovať v partnerských vzťahoch a v manželstvách, zakladať si rodiny či vychovávať deti. Otázkou však zostáva, do akej miery tento fakt odrážajú pomáhajúce profesie, vrátane sociálnej práce a do akej miery tieto profesie prispôbujú svoju intervenciu aktuálnym potrebám a problémom ľudí s postihnutím.

1. Úloha sociálnej práce so zameraním na partnerstvo a rodičovstvo ľudí s postihnutím

V časoch, keď väčšina ľudí s postihnutím žila v inštitúciách a v izolácii od majoritnej spoločnosti, nebolo bežné, aby ľudia s vrozenými, alebo včasne získanými postihnutiami nadväzovali iné partnerské vzťahy, ako vzťahy navzájom medzi sebou v rámci inštitúcie, ktoré však na jednej strane pravdepodobne neboli želaným javom, a na druhej strane iba vo veľmi ojedinelých prípadoch vyústili do naplnenia, či už vo forme manželského zväzku alebo založenia rodiny. Deinštitucionálna a integrácia ľudí s postihnutím do bežného života však mala okrem iného za následok, že pre ľudí s postihnutím, či už vrozeným alebo získaným je čoraz bežnejšie fungovať v partnerských vzťahoch, uzatvárať manželstvá a zakladať si rodiny, či už s partnermi s postihnutím, alebo zdravými partnermi bez postihnutia.

Fungujúce partnerské vzťahy sú zároveň zvyčajne veľmi dôležitým predpokladom šťastného života každého človeka, nevnímajúc osoby s postihnutím, pre ktoré často predstavujú veľký zdroj opory, spolupatričnosti, emocionálnej blízkosti a potvrdenia vlastnej hodnoty. Mať fungujúci partnerský vzťah je však na druhej strane pre osoby s postihnutím „výhodné“ z praktického hľadiska, pretože v prípade osôb s vrozeným postihnutím sú to práve partneri, ktorí zvyčajne nahrádzajú primárnu rodinu, a to nielen v poskytovaní potrebnej starostlivosti, ale aj vo vytvorení zázemia a umožnení relatívne samostatného života. Čo sa týka osôb s postihnutím získaným už počas existujúceho vzťahu, sú ich partneri zvyčajne najbližšími osobami, ktoré im môžu pomôcť prekonať problémy s prispôsobovaním sa novej životnej realite a s nadobúdaním novej identity. Oblasť partnerských a manželských vzťahov je navyše veľmi úzko previazaná s otázkou rodičovstva, ktoré je zvyčajne prirodzeným vyústením týchto vzťahov a zároveň je právom a slobodným rozhodnutím každého človeka, vrátane ľudí s postihnutím.

Taktiež pokladáme za dôležité poukázať na fakt, že podľa nášho názoru sú partnerské vzťahy, manželské vzťahy a rodičovstvo ľudí s postihnutím veľmi dôležitým ukazovateľom integrácie, a to nie len vo formálnej, ale aj v praktickej rovine bežného života. Rovnosť je totiž často iba teoretickým konceptom vychádzajúcim z dokumentov odvolávajúcich sa na ľudské práva, avšak pre intaktnú populáciu je zvyčajne ešte aj v súčasnosti veľmi ťažké prijať ľudí s postihnutím ako „rovnocenných partnerov“, a preto veľmi často napríklad páry tvorené osobou s postihnutím a osobou bez postihnutia vychovávajúce dieťa ešte aj dnes vzbudzujú začudované pohľady, nepochopenie alebo odsúdenie.

Partnerstvo a rodičovstvo ľudí s postihnutím sú dve dôležité, no najmä aktuálne oblasti, ktoré podľa nášho názoru vzhľadom ku zmeneným životným podmienkam ľudí s postihnutím vyžadujú, aby ich začala reflektovať aj súčasná sociálna práca, v ktorej ešte stále prevláda tradičný prístup orientujúci intervenciou pri práci s osobami s postihnutím prevažne na oblasť sociálnych služieb a príspevkov. V súčasnosti totiž na Slovensku neexistujú odborníci alebo organizácie, ktoré by dokázali poskytovať osobám s postihnutím špecializované poradenstvo zamerané práve na oblasť partnerských a manželských vzťahov a na oblasť rodičovstva, pričom faktom zostáva, že ani profesionálna príprava sociálnych pracovníkov v súčasnosti ešte neodráža tento rozmer života ľudí s postihnutím. V nasledujúcich častiach príspevku sa preto zameriame predovšetkým na potenciálne východiská profesionálnej prípravy sociálnych pracovníkov najmä so zameraním na otázkou rodičovstva ľudí s postihnutím a následne uvedieme odporúčania pre potenciálnu orientáciu sociálnej práce v tomto smere.

2. Východiská profesionálnej prípravy sociálnych pracovníkov so zameraním na otázku rodičovstva

Rodičovstvo a výchova detí sú podľa zákonnej definície uznávaným poslaním muža a ženy, pričom majú prebiehať pod ochranou spoločnosti, ktorá má rodičom okrem iného poskytovať aj hmotnú podporu a pomoc pri výkone rodičovských práv a povinností (Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine). Na rodičovstvo je taktiež kladený dôraz v antropológii, ktorá vníma celkovú inštitúciu manželstva ako kultúrnu interpretáciu ľudskej biologickej reprodukcie. Antropologické chápanie manželstva síce pripúšťa aj možnosť, že reprodukčný predpoklad manželstva nemusí byť aktualizovaný, čo však nemení nič na tom, že rodičovstvo je vo všeobecnosti spoločnosťou očakávaným poslaním manželského zväzku (Skupnik, 2010).

Rodičovstvo je zároveň spoločenským konštruktom, čo v praxi znamená, že spoločnosť určuje, ako a kedy má byť realizované, aby formovalo hodnoty a normy, ktoré sa stanú základom pre jeho hodnotenie a ktoré budú pripravovať jednotlivcov k tomu, aby sa stali rodičmi a aby tak naplňali svoje rodičovské povinnosti. Rodičovstvo sa ako sociálny sústreďuje okolo 'modelu ideálneho rodičovstva', ktorý súvisí s očakávaniami kladenými na rodičov, že budú úspešne naplňovať svoje spoločenské a genderové role. Splnenie „noriem ideálneho rodičovstva“ závisí od troch sfér komplexných determinantov, ktorými sú nielen detské potreby, ale aj rodičovská schopnosť tieto potreby naplňovať a širší spoločenský a ekonomický kontext, v ktorom rodičia fungujú (Parchomiuk, 2014).

Podľa Parchomiukovej (2014) sa uvedená perspektíva stala základom pre komplexné pochopenie otázky rodičovstva ľudí s postihnutím, nakoľko literatúra podľa nej ponúka trochu nesúrodý diskurz o rodičoch so zdravotným postihnutím, točiaci sa okolo troch perspektív, ktorými sú (1) *perspektíva rizika*, (2) *funkčná perspektíva* a (3) *perspektíva bariér*, ktorým však nie je venovaná dostatočná odborná a vedecká pozornosť. Prvá perspektíva súvisí s deťmi rodičov s postihnutím a diskutuje najmä o biologických a psychosociálnych rizikách vo vzťahu k deficitom rodičov. Druhá, funkčná perspektíva, sa zameriava na dopad špecifických postihnutí na oblasť rodičovstva a väčšinou sa zameriava na ťažkosti, s ktorými sa stretávajú rodičia. Tretia perspektíva sa od predchádzajúcich líši najmä v tom, že sa zameriava na faktory prostredia, ktoré determinujú kvalitu rodičovstva ľudí s postihnutím, ako sú napríklad spoločenské postoje a bariéry, ktoré sú výsledkom nedostatočnej podpory okolia v realizovaní rodičovských rolí.

Práve uvedené tri perspektívy sú pre nás hlavnými teoretickými východiskami, od ktorých by sa podľa nášho názoru mala odvíjať profesionálna príprava sociálnych pracovníkov zameraná na oblasť rodičovstva ľudí s postihnutím a ktoré by podľa nás mali byť kľúčom špecializovaného sociálneho poradenstva orientovaného na túto oblasť.

2.1 *Perspektíva rizika*

Perspektíva rizika súvisí s deťmi rodičov so zdravotným postihnutím a jej cieľom je hľadať biologické a psychosociálne riziká, vo vzťahu k deficitom rodičov. Jedným z najzávažnejších rizík, ktoré sa priamo dotýkajú otázky rodičovstva ľudí so zdravotným postihnutím je riziko dedičnosti, ktoré veľmi úzko súvisí s „eugenicou teóriou“, ktorá v minulosti spočívala v presvedčení že selektívnym výberom partnerov je možné odstrániť genetické ochorenia a zlepšiť celkovú ľudskú dedičnosť (Hubbard, 2013), no zároveň predstavuje hlavný bod, okolo ktorého sa sústreďujú predsudky spoločnosti voči rodičovstvu ľudí s postihnutím. V súvislosti s rodičovstvom ľudí s postihnutím v postojoch spoločnosti primárne nebýva problémovou oblasťou rodičovstvo ako také, ale skôr možná dedičnosť ochorení, a to aj napriek tomu, že genetická prax potvrdila, že nie všetky ochorenia, ktoré majú za následok telesné postihnutie, sú dedičné, a v prípade že sú, ich genetický

prenos na potomka nemusí byť pravidlom. Genetické riziko však v mnohých prípadoch existuje, no rozhodnutie ľudí s postihnutím stať sa rodičmi je na ich vlastnom zvážení a ich právo stať sa rodičmi je garantované európskou a medzinárodnou legislatívou. Navyše, ako uvádza Krhutová (2010), ani vedomé vzdanie sa potomstva v prípade ľudí s genetickým ochorením ešte nie je predpokladom pre zabránenie vzniku vývojových a genetických väd, čoho dôkazom je, že väčšina detí so zdravotným postihnutím sa zvyčajne narodí rodičom bez postihnutia.

Okrem dedičnosti však perspektíva rizika súvisí taktiež s reprodukčným zdravím žien s postihnutím a s tromi hlavnými oblasťami, ktorými sú tehotenstvo, pôrod a popôrodná starostlivosť, (Lee – Oh, 2015). Posúdenie zdravotného stavu ženy si vyžaduje komplexné lekárske vyšetrenie, pretože v závislosti od rôznych typov ochorení a postihnutí, môže tehotenstvo zhoršiť celkový zdravotný stav ženy, alebo sa môže odraziť na prípadnom ďalšom úbytku síl, či celkovej progresii. Žena však napriek tomu môže úspešne zvládnuť tehotenstvo a privesť tak na svet zdravé dieťa, no tento fakt však žiaľ nie je pravidlom a preto by každá žena mala byť oboznámená s komplikáciami, ktoré môžu tehotenstvo sprevádzať (Rogers, 2005; Wahl – Labbe – Davidson, 2010). Z praxe tak vyplýva nutnosť individuálneho posúdenia zdravotného stavu matky a komplexné posúdenie situácie a rodinného zázemia, ktoré zahŕňa nielen konzultáciu s lekármi, ale aj inými odborníkmi. V tomto smere sa však stotožňujeme s názorom Parchomiukovej (2014), že rodičovstvo by nemalo byť považované za bezpodmienečný indikátor 'normálneho života' ľudí s postihnutím, ale ako jeho aspekt, ktorý je záležitosťou vedomého rozhodnutia na základe zváženia všetkých možných rizík a ich dobrovoľného podstúpenia.

2.2 Funkčná perspektíva

Funkčná perspektíva, zameriavajúca sa na dopad špecifických postihnutí na oblasť rodičovstva, väčšinou diskutuje o ťažkostiach, s ktorými sa stretávajú rodičia, ktorí majú zdravotné postihnutie. Tieto ťažkosti môžu súvisieť s celkovým zdravotným stavom, no môžu odrážať aj sekundárne problémy, ktoré vznikajú následkom fyzického postihnutia a môžu zahŕňať nielen funkčné, ale aj rôzne psychické alebo sociálne problémy.

Rozhodnutie žien s postihnutím stať sa rodičkami bolo podľa výskumných zistení ovplyvnené množstvom obáv vo vzťahu nielen ku fyzickým kapacitám (ako napríklad výdrž a energia vychovať dieťa, starosti o bezpečie dieťaťa a schopnosť matiek reagovať v prípade potreby), ale aj ku emocionálnym a finančným dopadom postihnutia na dieťa (McNary, 1999 In Glover-Graf, 2012). Medzi ďalšie problémy rodičov však môžu patriť aj problémy s prístupom ku službám, doprave alebo celkovej starostlivosti o dieťa, no nielen kvôli finančným problémom, ale aj bariéram, súvisiacim napríklad s nedostatkom rodičovského vybavenia pre osoby s postihnutím, ako sú či už pre vozík prístupné detské postieľky, alebo detské zdvíhaky (Glover-Graf, 2012). Myslíme si, že v tejto súvislosti preto zohráva dôležitú úlohu aj zváženie potreby pomoci v činnostiach, ktoré sama matka nebude zvládať, ktorú môže poskytnúť partner, rodičia, alebo osobná asistencia.

Funkčné problémy rodičovstva však nemusia súvisieť iba s praktickými a fyzickými otázkami, ale môžu sa týkať aj sociálnych kompetencií alebo psychosociálneho fungovania rodičov, ktoré môžu byť v niektorých prípadoch postihnutím negatívne ovplyvnené (Parchomiuk, 2014).

2.3 Perspektíva bariér

Perspektíva bariér je poslednou z perspektív, z ktorých býva diskutovaná oblasť rodičovstva ľudí so zdravotným postihnutím, a ktorá podľa nášho názoru súvisí s množstvom relatívne nedávnych zmien, ktoré vzišli z presvedčenia, že problémy ľudí s postihnutím (vrátane možných rodičovských problémov) sú pravdepodobne výsledkom nedostatku podpory a dostupných služieb,

a ktoré súvisia aj ekonomickými problémami (neschopnosť nájsť si zamestnanie, vysoké náklady na liečbu) v dôsledku ktorých rodičia s postihnutím, a tým pádom aj celé rodiny, často zažívajú chudobu, ale aj sociálnymi problémami, ako sú limitovaná participácia vo verejnom živote, spoločenská izolácia alebo limitovaný prístup k informáciám, ktoré sa môžu negatívne odraziť aj na interakcii dieťaťa s prostredím (Glover-Graf, 2012; Parchomiuk, 2014).

Perspektíva bariér je preto veľmi úzko prepojená so sociálnym modelom, a znamená, že odborníci by nemali byť sústredení na identifikáciu dôvodov, pre ktoré by osoby s postihnutím deti nemali mať, a rovnako by sa nemali zameriavať iba na riziká a deficity rodičov, spojené s ich postihnutím. Svoju pozornosť by mali zamerať na odstraňovanie bariér, vytváranie príležitostí pre bezproblémové rodičovstvo ľudí s postihnutím a poskytovanie pomoci a podpory.

Rodičovstvo ľudí s postihnutím je totiž rovnako, ako akýkoľvek 'iný druh' rodičovstva zdrojom rozličných skúseností, rovnako pozitívnych, ako aj negatívnych, čoho dôkazom je aj tvrdenie O'Tooleho (2002, In Glover-Graf, 2012), že mnoho ľudí s postihnutím je úspešnými rodičmi, a to aj napriek spoločenským bariéram a viacerým možným problémom.

Je preto dôležité uviesť si, že aj rodičia, ktorí potrebujú podporu, sú stále kompetentnými rodičmi a dokážu dieťaťu vytvoriť šťastné detstvo a budúcnosť. Ľudia s postihnutím totiž podľa niektorých výskumných zistení zvyčajne detí chcú mať a starostlivosť o dieťa vnímajú ako možnú s príslušnou sociálnou pomocou a podporou (Parchomiuk, 2014; Lee – Oh, 2015).

Záver

Na základe uvedených troch perspektív, z ktorých možno diskutovať o tematike rodičovstva osôb so zdravotným postihnutím sme poukázali na možné problémy, s ktorými sa osoby s postihnutím počas svojho rodičovstva môžu stretnúť, no pokladáme za dôležité poznamenať, že aj napriek možným rizikám rodičovstvo pre nich nemusí predstavovať žiaden problém, obzvlášť ak sa týka manželských, alebo partnerských dvojíc, v ktorých má postihnutie iba jeden z partnerov a tým pádom býva primárnym zdrojom opory a praktickej pomoci zdravý partner.

V súčasnosti sme na Slovensku nezaznamenali žiadnych odborníkov, ktorí by sa zameriavali, alebo ktorí by boli vzdelávaní, resp. do vzdelávania pre prácu s partnerskými a manželskými dvojicami, v ktorých má jeden alebo obaja partneri zdravotné postihnutie a ktorí plánujú rodičovstvo. Odhliadnuc od medicínskeho hľadiska predpokladáme, že psychosociálna dimenzia tejto problematiky je rovnako dôležitá a je potrebné, aby aj v týchto otázkach existovali odborníci, na ktorých by sa mohli ľudia s postihnutím v prípade potreby obrátiť. Predpokladáme, že medzi týchto odborníkov by mohli patriť sociálni pracovníci, nakoľko osoby s postihnutím už dlhodobo patria medzi cieľové skupiny sociálnej práce, ktorá by sa mala zameriavať na riešenie ich aktuálnych problémov.

Vychádzajúc z bližšie diskutovaných troch perspektív konštatujeme, že rola sociálneho pracovníka pri riešení otázok rodičovstva ľudí s postihnutím by mala spočívať najmä v:

- Spolupráci s ďalšími odborníkmi v otázke rodičovstva (genetik, neurológ, gynekológ, psychológ a ďalší)
- Sprevádzaní partnerských dvojíc v procese prehodnocovania prípadných genetických rizik potvrdených genetikom a v procese zvažovania ochoty tieto riziká podstúpiť
- Pomáhání a sprevádzaní pri hľadaní rovnováhy medzi emocionálnymi potrebami mat' dieťa a prípadnými racionálnymi dôvodmi dieťa nemať
- Sprevádzaní pri plánovaní rodičovských rolí
- V následnosti na odporúčania lekárov pri sprevádzaní v zvažovaní rizik súvisiacich s reprodukčným zdravím žien s postihnutím

- Posudzovaní individuálnej situácie klientov a rodinného zázemia
- Sprevádzaní pri posudzovaní kapacít ku výchove a starostlivosti o dieťa
- Hľadanie možností kompenzácie pri činnostiach, ktoré osoby s postihnutím v roli rodičov nemusia sami zvládať, či už vo forme špeciálneho vybavenia (napr. Pre vozík prístupná detská postieľka, detský zdvíhák a pod.) Alebo ľudských zdrojov (osobná asistencia, pomoc rodičov a pod.)
- Prehodnocovaní sociálnych kompetencií a psychosociálneho fungovania a hľadanie možností odstraňovania prípadných bariér
- Poskytovaní potrebnej pomoci a podpory
- Vytváranie podmienok pre úspešné zvládnutie rodičovských rolí

Kompetencii sociálnych pracovníkov v riešení otázok rodičovstva ľudí s postihnutím by však podľa nášho názoru mala predchádzať kvalitná profesionálna príprava a vzdelávanie, ktoré by mali:

- Prebiehať v spolupráci s ďalšími odborníkmi v rámci interdisciplinárneho tímu (lekári, genetici, psychológovia, sociálnymi pracovníkmi špecializovanými na sociálne poradenstvo, kompenzácie ťažkého zdravotného postihnutia a ďalšími)
- Byť súčasťou postgraduálneho vzdelávania, ďalšieho špecializovaného vzdelávania alebo následného do vzdelávania sociálnych pracovníkov pracujúcich s osobami s postihnutím napr. v rámci špecializovaných kurzov

Neposlednou dôležitou otázkou je, kto by mali byť sociálni pracovníci špecializujúci sa na otázku rodičovstva ľudí s postihnutím, resp. do kompetencie ktorých sociálnych pracovníkov by mohla táto oblasť zapadať. Podľa nášho názoru by sa mohlo jednať napríklad o:

- Sociálnych pracovníkov v zdravotníctve
- Sociálnych pracovníkov v organizáciách pracujúcich s osobami s postihnutím
- Sociálnych pracovníkov v organizáciách špecializovaných na konkrétne typy ochorení a postihnutí
- Špecifickú formu včasnej intervencie, ktorá by však nebola primárne zameraná na rodiny s dieťaťom s postihnutím, ale orientovala by sa celkovo na rodiny s členom s postihnutím v zmysle „prevencie“, vytvárania podmienok pre úspešné zvládanie rolí ľudí s postihnutím (vrátane rodičovských rolí) a v neposlednom rade by sa včasne zameriavala na deti rodičov s postihnutím a od raného veku dieťaťa by predchádzala prípadným problémom a rizikám

Myslíme si, že bližšie zameranie sociálnej práce na praktické oblasti života ľudí s postihnutím, ktorými sú partnerstvo a rodičovstvo ľudí s postihnutím, ktorému by predchádzala kvalitná odborná príprava sociálnych pracovníkov by do veľkej miery pomohli nielen k zlepšovaniu životných podmienok ľudí s postihnutím, ale taktiež k maximalizácii participácie ľudí s postihnutím v bežnom živote a k úspešnému fungovaniu ľudí s postihnutím či už v partnerských, alebo v rodičovských rolách.

Afiliácia

Príspevok vznikol v rámci projektu APVV-14-0646, Analýza potrieb sociálnej služby v oblasti včasnej intervencie v podmienkach Slovenska

Zoznam citovanej literatúry

BRICHTOVÁ, Lýdia a Kvetoslava REPKOVÁ. *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vybrané aspekty*. Bratislava: Epos. 2009. ISBN 978-80-8057-797-1.

GLOVER-GRAF, Noreen M. Sexuality and Disability. In MARINI, I., N. M. GLOVER GRAF a M. J. MILLINGTON, eds. *Psychosocial Aspects of Disability*. New York: Springer, 2012, s. 195–234. ISBN 978-0-8261-0602-5.

HUBBARD, Ruth. Abortion and Disability: Who Should and Should Not Inhabit the World? In DAVIS, L, eds. *Disability Studies Reader*. 4th edition. Abingdon: Routledge, 2013, p. 74-86. ISBN 978-0-415-63051-1.

KRHUTOVÁ, Lenka. Teorie a modely zdravotního postižení. In *Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 4, s. 49–59. ISSN 1213-6204

LEE, Eun-Kyoung Othelia a Heykyung OH. A Wise Wife and Good Mother: Reproductive Health and Maternity among Women with Disability in South Korea. In *Sexuality and Disability*, 2015, vol. 23, no. 3, p. 121-144. ISSN 1573-6717

LEVICKÁ, Jana. Zmeny postihnutia v čase. In CHMELÍK, B. a J. LEVICKÁ, eds. *Ochrana života IV*. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 2003. 199 s. ISBN 80-89104-44-4.

PARCHOMIUK, Monika. Social Context of Disabled Parenting. In *Sexuality and Disability*, 2012, vol. 32, no. 2, p. 231-242. ISSN 1573-6717.

REPKOVÁ, Kvetislava. Rozkvet ústavnej starostlivosti. Sociálne zabezpečenie zdravotne postihnutých po roku 1945. In *Historická revue*, 2005, roč. 5, č. 5, s. 28–30. ISSN 1335–8316.

ROGERS, Judith. *The Disabled Women's Guide to Pregnancy and Birth*. New York: Demos Health, 2005. ISBN 978-193-260-308-8

SKUPNIK, Jaroslav. *Antropologie příbuzenství: Příbuzenství, manželství a rodina v kulturně antropologické perspektivě*. Praha: SLON, 2010. ISBN 978-80-7149-019-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 3. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

WAHL, M., A. LABBE a M. DAVIDSON. *Great Expectations – pregnancy and Childbirth with Neuromuscular disease*. [online]. 2010. [cit. 2016.10.09.] Dostupné z: https://www.mda.org/sites/default/files/publications/Quest17-3_Pregnancy_Series_revised_0.pdf

Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Social Inclusion from the International Perspective

Main Challenges of Social Inclusion in Slovakia

Ondrej Botek¹⁵³

Abstrakt

Příspěvek se zaměřuje na aktuální situaci v oblasti sociální inkluze na Slovensku. Chtěli bychom představit hlavní oblasti implementace Národního plánu v kontextu hlavních rizikových skupin, zejména těch, u kterých hrozí chudoba, dlouhodobá nezaměstnanost, osob s poruchami, seniorů a ostatních. Rovněž bychom chtěli pohovořit o současných trendech a výzvách ve výše uvedených oblastech z víceúrovňové vládní perspektivy, ale i z hlediska národních specifických znaků. Příspěvek uvádí různá statistická data, ale i pojednává o jejich dopadu na poskytnuté strategie a nástroje v oblasti sociální inkluze na Slovensku.

Klíčová slova: Sociální inkluze. Národní plán. Rizikové skupiny. Sociální vyloučení.

Abstract

Paper focuses on current situation in field of social inclusion in Slovakia. We would like to present main areas of implementation of National plan in context of main at-risk groups, particularly those at-risk of poverty, long-term unemployed, people with impairments, seniors and others. We would also like to discuss current trends and challenges in over mentioned areas from multi-level-government perspective as well as perspective of national particularities. Paper would provide of various statistical data as well as discussion of its impact on provided strategies and tools in field social inclusion in Slovakia.

Keywords: Social Inclusion. National Plan. At-Risk Groups. Social Exclusion.

1. Social Inclusion in Slovakia

Social inclusion strategy in Slovakia followed the trends in the EU. National Plan of Employment and Social Inclusion was realized between 2007–2013 with main focus on increasing employment and adaptability, reducing unemployment; reinforcement of integration of persons at risk of social exclusion or socially excluded and support reconciliation of work and family life and finally improving the quality of human resources and their management in the public policy area. The main objectives were aimed at preventing and solving major problems in the labour market. Their mutual synergy and continuity is presented in five priority axes (Report on Social Situation, 2015):

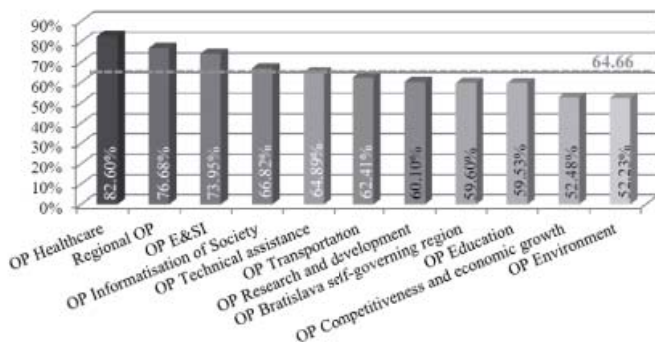
- support of employment growth
- support of social inclusion
- support of employment growth, social inclusion and capacity building in the Bratislava region
- capacity building and improving the quality of public administration
- technical assistance

The whole strategy was strongly focused on employment and working conditions. This focus could be understood in context of relatively long-lasting problem of Slovakia – unemployment and especially long-term unemployment that for many years belong to the highest in Europe. Why

¹⁵³ Trnava University in Trnava, Department of Social Work; e-mail address: ondrej.botek@truni-sk; Tel.: +421-903-718-016

especially employment and not housing policies, education and other areas. The answer could be found in particularities of post-socialism countries, where education policies resulted to very low level of illiteracy, housing policies resulted to relatively high level of own property ownership and so on. On the other hand, democratic changes in 1989 brought new phenomenon – unemployment. These reasons led employment to be the main area of focus in field of Social Inclusion. This is also one of the reasons, why National Plan of Employment and Social Inclusion was replaced in 2014 by National Employment Strategy of Slovak Republic until 2020, funded by the European Social Fund (ESF) under the Operational Programme Employment and Social Inclusion.

Fig. 1: National Strategic Reference Framework spending as of 31 December 2014



Source 1 Report on Social Situation of the Population of the Slovak Republic for 2014

2. National Employment Strategy

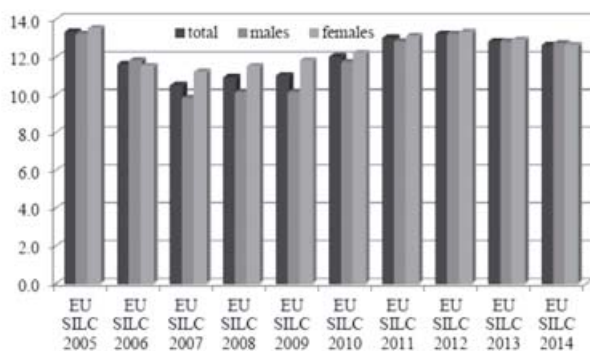
The employment strategy in certain areas builds on the already adopted strategic documents such as, for example, promotion of economic growth, the national regional development strategy, the national reform programme, the national programme for the development of living conditions of persons with disabilities, strategic framework for the protection of labour, active aging, gender equality, lifelong learning and counselling, Roma integration, report on search and fight against illegal work and employment, or the upcoming strategy documents, for example, for poverty reduction, development of universities and etc. (National Employment Strategy 2020). This strategy identifies increase of participation of the working age population in employment, respectively the growth of employment, and especially of disadvantaged people, and their continuance in the labour market as a major protection against poverty and social exclusion and thus one of the main tools of social inclusion. Current monitoring of poverty and social exclusion in Slovakia is carried out in the context of the Open Method of Co-ordination (OMC), created at the level of European Union for the joint coordination of Member States' policies on fighting poverty and social exclusion. Conjunction of concept of poverty and concept of social exclusion was adapted also in Slovakia by accepting the EU strategy, where poverty is understood as followed: *“People are said to be living in poverty if their income and resources are so inadequate as to preclude them from having a standard of living considered acceptable in the society in which they live. Because of their poverty they may experience multiple disadvantages through unemployment, low income, poor housing, inadequate health care and barriers to lifelong learning, culture, sport and recreation. They are*

often excluded and marginalised from participating in activities (economic, social and cultural) that are the norm for other people and their access to fundamental rights may be restricted” (Joined Report, 2004). As poverty was ideologically abolished during period of socialism, monitoring of poverty and social exclusion in Slovakia is relatively young. One of the first attempts to explore poverty was realized in 1994 by Statistical Office of Slovak Republic in collaboration with French Statistical Office (INSEE) and focused on social situation of families, especially those with low income. Data on financial situation and social exclusion were collected for the first time after a long period. Income inequalities were later predominantly explored by means of data from Micro-census, realized in Slovakia in 1997 (data from 1996) and 2003. Poverty research after 2000 shifted the focus to particular groups in risk of poverty and social exclusion, human rights, different understandings of poverty and analysis of causations of poverty (Ivančíková, 2014). Current monitoring of poverty and social exclusion in Slovakia is carried out in the context of the Open Method of Co-ordination (OMC). Based on EU SILC data there were 19.8% of the total population of Slovakia at risk of poverty or social exclusion in 2013 (below EU28 average – 24.5%), compared to the previous year the value of the cluster of indicators decreased by 0.7 pp (2012 – 20.5%). A significant decrease was observed in 2014 (18.4%) – picture 2

Fig. 2: Development of cluster indicator of at-risk-of-poverty or social inclusion and indicators it consists of, in% (Statistical Office of SR, 2014)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
At-risk-of-poverty rate	10,9	11,0	12,0	13,0	13,2	12,8	12,6
Severe material deprivation	11,8	11,1	11,4	10,6	10,5	10,2	9,9
Very low work intensity	5,2	5,6	7,9	7,7	7,2	7,6	7,1
At-risk-of-poverty or social exclusion rate	20,6	19,6	20,6	20,6	20,5	19,8	18,4

*Fig. SEQ Picture * ARABIC 3: At-risk-of-poverty rate development in SR 2005 – 2014*



Source 3 EU SILC 20153.

3. Risk Groups

Within the studied population it is possible to identify the groups which are at the greater extent affected by the poverty. One of the most significant factors influencing the degree of poverty threat is the household type. The highest values of at-risk-of-poverty or social exclusion rates are reached in incomplete families with children – 43.7% in 2013 (below EU28 average – 49.9%) and 39.0% in 2014; families with more than three children – 37.6% in 2013 (above EU28 average – 32.2%) and 32.0% in 2014 and also single adults – 26.4% in 2013 (below EU28 average – 33.3%) and 26.1% in 2014.

Fig. 4: Comparison of risk of poverty by household type 2010-2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Household without dependent children	8,1	7,9	9,0	7,5	8,6
Households with dependent children	15,0	16,8	16,5	16,3	16,0
One adult – man	22,2	23,7	23,5	19,6	20,6
One adult – woman	17,9	16,8	17,5	14,0	13,3
One adult, aged <65 years	23,4	25,1	24,1	21,3	20,4
One adult, aged 65+	15,2	12,4	14,7	10,0	11,1
Two adults, both aged < 65	7,8	7,4	9,1	8,8	9,9
Two adults, at least one aged 65+	4,6	3,2	4,6	3,8	4,9
Single parent with at least one child	25,0	26,4	27,5	30,1	30,6
Two adults with one dependent child	12,0	13,2	12,4	10,0	13,2
Two adults with two dependent children	11,0	13,1	14,3	13,2	11,4
Two adults with three or more dependent children	29,8	32,6	35,1	29,9	28,4

Source 4 Statistical Office of Slovak Republic, 2015

Fig. 5: At-risk-of poverty rate by age groups 2010–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
All					
Working	5,7	6,3	6,2	5,7	5,7
Unemployed	41,1	42,6	44,6	43,8	48,7
Pensioners	6,7	6,3	7,7	6,6	6,7
Other inactive persons	16,5	18,5	17,9	17,4	16,7
Men					
Working	5,9	6,7	6,6	5,9	6,1
Unemployed	42,3	42,3	45,9	48,5	53,6
Pensioners	3,9	3,6	5,8	4,4	5,3
Other inactive persons	15,1	17	15	16	14,7
Women					
Working	5,4	5,9	5,6	5,5	5,3
Unemployed	39,7	42,9	43,2	39	43,7
Pensioners	8,2	7,7	8,8	7,8	7,5
Other inactive persons	17,6	19,7	20,3	18,4	17,9

Source 5 Statistical Office of Slovak Republic, 2015

The most jobseekers within the disadvantaged groups are those who have been registered at the Labour office for more than 12 months. The long-term unemployed group represented 54.32% of the total number of jobseekers. The second most vulnerable group is represented by unemployed jobseekers older than 50 years in 2014. Within the total number of jobseekers, job seekers older than 50 years represented 24.43%. To the group of the disadvantaged job seekers we can also include graduates to whom it is difficult to succeed in the labour market due to the lack of the practical experience. This group represented 7.19% of all job seekers in 2014 (Report on Social Situation, 2015).

4. Tools and Programs

We would like to present some of the main strategies to support social inclusion in Slovakia through employment. Activation works were introduced particularly for those who require assistance in poverty. As currently there is an obligation for these people to attend and perform activities for at least 32 hours per month, these activities had to be extended. Main principles of extension of the activation activities are:

Provided not only the self-government region, but any business or natural entity (public services)

- Extension of the activities, for example forestry activities, help in household, waste management, building maintenance and roads, security service, tourism, etc.
- Cancellation of existing time limits (6+12 months)
- Extending of claim to the subsidies for the organizer (transport), an increase of the subsidy
- Cancellation of voluntary service, simplification of the system
- Competition of Employment Services (non-public services) (Botek, 2014)

Intermediate labour market is another strategy that focus on increase of possibilities to enter labour market for long-term unemployed citizens, who are recipient of the material need benefit and significantly disadvantaged citizens, who is recipient of the material need benefit (Botek, 2014)

Last program we would like to mention is “Inclusive enterprises”. This program replaced previous program of “Social Enterprises”. Inclusive enterprises are characterized by implementation of exclusively selected state contracts (only guarantee of orders); separate market specific services that has to be approved by the Commission; employing of mostly inclusive employees (at least 75% of employees) who should obtain of job skills that helps them integrate to an open labour market. At least 80% of employer net profit is used for creation of new jobs, improving of work conditions or community.

Other programs and tools are used to improve the possibilities for other disadvantaged or at-risk groups. For example, implementation of projects from the sources of the ESF focusing on promotion of job creation in the private and public sector for the unemployed up to 29 years. As of 31 August 2014 there was supported through the projects the creation of more than 11.5 thousand jobs for young people. Success of the project solutions is confirmed by the current results, where nearly 7 thousand young people were involved in the project, which as of the 31 August 2014 completed the mandatory and supported employment, and 80% remain employed. National implementation plan of guarantee for young people in the Slovak Republic contains a timetable of reforms (legislative changes) and initiatives (programs and projects) for support of youth employment. Strategically the guarantee is addressed exclusively to young people who are not employed, do not continue in education, or do not participate in training (not in employment, education or

training – NEET) up to 29 years, while in the age group 25-29 years it covers in particular long-term unemployed (over 12 months) or young people unemployed over 6 months.

Roma people from excluded Roma villages are another risk group. Based on the survey of the FRA and the UNDP, the World Bank and the European Commission, less than 30% of household members of the Roma in Slovakia aged 20-64 years, had paid employment and less than 35% considered themselves unemployed. Long-term unemployment among certain groups may be associated with discrimination in the labour market (49% of the Roma have experienced discrimination when looking for work for the last 5 years) (National employment strategy 2020)

Special attention is also paid to older workers and workers with children. These areas in Slovakia still remains in beginnings.

Social inclusion is definitely one of the major topics of current debates in Europe and their importance is visibly stressed in Strategy Europe 202. This strategy also creates a framework for all European countries and Slovakia is not an exception.

Acknowledgments:

This paper was prepared as a part of the project The Needs Analysis of Early Intervention Social Services in the Context of Slovakia [APVV 14 – 0646] funded by the Slovak Research and Development Agency.

Sources:

BOTEK, O. 2014. 20 Years of Transformation of Social Policy in Slovakia. *Procedia – Social and Behavioral Sciences* 08/2014; 143. DOI:10.1016/j.sbspro.2014.07.489

EU SILC 2015 Vývoj chudoby a životných podmienok v SR 2009-2014

IVANČÍKOVÁ, Ľ. 2014. Minulosť, prítomnosť a budúcnosť merania chudoby na Slovensku (stručný pohľad na štatistické meranie chudoby). In: *Nerovnosť a chudoba v Európskej únii a na Slovensku. Zborník statí z 2. medzinárodnej vedeckej konferencie*. TU v Košiciach, Košice 2014. ISBN 978-80-553-1909-4

Joined Report on Social Inclusion 2004. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004. ISBN 92-894-7989-2

National Employment Strategy of the Slovak Republic until 2020. Available at: <https://www.employment.gov.sk/files/slovensky/praca-zamestnanost/podpora-zamestnanosti/national-employment-strategy-slovak-republic-until-2020.pdf>

Report on the Social Situation of the Population of the Slovak Republic for 2014. 2015. Ministry of Labour, Social Affairs and Family of the Slovak Republic. Bratislava.

Promoting Human Well-Being and Environmental Justice through Social Work: A Deep Ecological Perspective

Edward R. Canda¹⁵⁴

Abstrakt

Tento příspěvek má za úkol poskytnout přehled současných inovací v teorii sociální práce a praxe, které řeší prosperitu člověka a spravedlnost v rámci kontextu našeho vzájemného vztahu s přirozeným prostředím. Pozorování probíhá z hlediska hlubinné ekologie, jejíž koncept představil norský filozof Arne Naess, a který se týká současných společenských otázek prosperity, jako například řešení destrukce a znečišťování životního prostředí u chudých a menšinových populací, vytvoření přirozených spojení ke zlepšení zdraví starších dospělých a terapeutické aktivity pro osoby s hendikepem spojením s přírodou a vztahem se zvířaty.

Klíčová slova: prosperita, ekologická spravedlnost, hlubinně-ekologická perspektiva

Abstract

This contribution is intended to give an overview of current innovations in social work theory and practice that address human well being and justice within the context of our interrelationship with the natural environment. It draws on the perspective of deep ecology, developed by the Norwegian philosopher Arne Naess, and applies it to current social welfare issues such as addressing destruction and pollution of environments for poor and marginalized populations, creation of health promoting natural environment connections for older adults, and therapeutic activities for people with disabilities engaging nature and relationships with animals.

Key words: well-being, environmental justice, deep ecological perspective

Introduction

This paper offers an overview of ways that insights from environmentalism, deep ecology, and ecofeminism are generating innovations in social work within an American context, and to some extent internationally. This is an attempt to extend the traditional person-in-environment perspective of professional social work to include all people, especially those who are marginalized and oppressed, to include all beings, especially those who are endangered, and to include the earth as a whole.

The paper begins with examples of urgent issues of social and environmental injustice in order to make the relevance to social work clear. Then it summarizes the history of development of ecological social work and major theoretical insights.

The topic of environmentalism involves a wide range of opinions and political controversy in the USA and many other countries. Further, the social work profession varies widely in form and function across countries. Therefore, this paper is intended to stimulate reflection and dialogue among social work scholars about possible relevance in the context of their particular countries and for our international collaborations. On a personal note, all my ancestors originated from Bohemia south of Prague. For example, my great grandfather, František Čanda, and his parents, immigrated to Cleveland, Ohio about 1872. They came from the small village of Orlické Zlákovice in a valley beneath the Orlík Castle. That village and many others were flooded when the Orlík Dam was built. That dam is of course well known as a major source of hydroelectric power, which re-

154 Edward R. Canda, M.A., MSW, Ph.D., Professor, The University of Kansas School of Social Welfare, Lawrence, Kansas, USA; email: edc@ku.edu; website: <http://spiritualdiversity.ku.edu>

placed a significant amount of more polluting coal based power. The Vltava river there is also popular for tourism, boating, fishing, and scuba diving. Like all power development projects, there can be great benefits for human beings. But there are also losses to the people displaced and otherwise effected as well as to the ecological niches and nonhuman beings destroyed in the process. This dilemma drives much of the concern about environmental justice in contemporary social work.

During my visit to Orlik Castle in 2014, I stood on the water edge and waved hello to the underwater village of my ancestors. It happened that nearby there was a wooden statue of the green man or water man (vodník). My Czech guide and interpreter told me that this green man is a legendary water spirit who sometimes drags people underwater and drowns them but also can help people such as fishermen, who treat them properly. I imagined that this is a good metaphor for the benefits and risks that often are combined when humans exploit nature for their own benefit.

Ecological social work is driven by practical concerns related to the intersection of damage to nature and the rebounding damage to humans. It is also driven by a hope to expand the worldview of professional social work. The words of Václav Havel from a 1995 Commencement address at Harvard University capture this well:

We must divest ourselves of our egotistical anthropocentrism, our habit of seeing ourselves as masters of the universe who can do whatever occurs to us. **We must discover a new respect for what transcends us: for the universe, for the earth, for nature, for life, and for reality.** Our respect for other people, for other nations and for other cultures, can only grow from a humble respect for the cosmic order and from an awareness that we are a part of it, that we share in it and that nothing of what we do is lost, but rather becomes part of the eternal memory of being, where it is judged... It will certainly not be easy to awaken in people a new sense of responsibility for the world, an ability to conduct themselves as if they were to live on this earth forever, and to be held answerable for its condition one day. Who knows how many horrific cataclysms humanity may have to go through before such a sense of responsibility is generally accepted. (See <http://www.humanity.org/voices/commencements/vaclav-havel-harvard-university-speech-1995>).

There are indeed very urgent and current environmental issues that are demanding the attention of American social workers. Here are a few examples.

The city of Flint, Michigan has experienced a public health disaster due to lead contamination in drinking water. (For an overview, see <http://www.npr.org/sections/thetwo-way/2016/04/20/465545378/lead-laced-water-in-flint-a-step-by-step-look-at-the-makings-of-a-crisis>). This began in 2014 when the city government decided to switch its water supply in order to save money. Unfortunately, this resulted in leaching of lead from supply pipes and the poisoning of much of the population. In 2016, President Obama declared a state of emergency there. Flint's population is majority African American and 40 % of the population lives in poverty. This remains unresolved.

There is presently an ongoing protest in North Dakota of the Dakota Access oil pipeline that is proposed to cut through the land of the Standing Rock Sioux people, among others. (<https://thinkprogress.org/native-communities-stand-up-to-proposed-oil-pipeline-this-is-keystone-3-dddca372971e#.s8ajnbyct>). Many Indigenous peoples, environmentalists, and social justice advocates oppose this plan, as it could threaten the water and land on which Indigenous people depend and which they traditionally regard as sacred. In fact, some social work students from the University of Kansas and Haskell Indian Nations University, both in my city of Lawrence, went there recently to join the protest.

On September 3, parts of Kansas and Oklahoma experienced shaking from a 5.6 magnitude earthquake that originated in Oklahoma. Up until 2008, this region of the country used to be considered rather stable geologically. But now the number of earthquakes per year even exceed those in California. The US government Geological Survey has warned that this dramatic increase is largely due to the practice of oil and gas extraction called hydraulic fracturing (or fracking). This pattern is occurring in other parts of the country as well.

On a global scale, most climatology scientists agree that human impact on the earth's ecosystem is hastening the process of climate warming, causing melting of icecaps in polar regions and high mountains, increasing droughts and weather extremes in many places, and risking inundation of coastal cities and islands. On September 3, the Presidents of the United States and China certified to the United Nations that they support the Paris Accord for reducing carbon emissions. Together, those two countries produce 38 % of human-made carbon dioxide emissions.

These examples illustrate why social workers are increasingly concerned with the natural environment. Several points summarize major concerns for professional social work:

- 1) Human degradation of the natural environment both destroys nature and has rebounding destructive impacts on human beings.
- 2) These damaging impacts have a disproportionately high impact on peoples of color, low income communities, and others who experience marginalization or harmful discrimination.
- 3) The world's largest national economies have been benefitting, in the short term, from many environmentally damaging economic and military practices while other countries are experiencing damage and drains on their social development.
- 4) The quality of life, and even the long term survival, of everyone on the planet is impacted by these social and environmental injustices. These are all matters of human well-being and social justice which the social work profession has committed to address.
- 5) In addition, some social workers are not only concerned about the impacts on humans. Many who are influenced by deep ecology, ecofeminism, and Indigenous worldviews are motivated toward ecological social work because they value and respect the intrinsic worth of all animals, plants, other beings on earth, and the earth itself as a living organism.

Historical Background

The profession of social work has long been influenced by insights from various social systems and general systems theories that shaped an interest in how individual behavior is shaped by membership and interactions in and between social systems from micro to macro levels. Conceptual models such as the Life Model and Ecological Social Work by Germain and Gitterman (1980) were very influential since the 1980s. Many derivative assessment and practice approaches resulted, such as use of family genograms and social ecomaps to help service users to identify the key systems and dynamics that influence their situations and goals and targets for change. Eventually, these were complemented by empowerment oriented theories that focus on multisystemic forces of social stratification and oppression together with strategies for empowerment and liberation. This kind of thinking is often called person-in-environment.

But insights from the environmental protection and Green movements began raising many questions about why social workers almost exclusively considered only the human-social aspects of environment, as though the physical, biological, and natural ecological contexts are irrelevant. This common neglectfulness seems absurd considering that all human beings are completely in-

terdependent with all other beings and cannot exist without the environment. As evidence of the interacting harms of environmental damage and social injustice grew, and as more cultural perspectives that honor nature as sacred influenced social work, such as from Indigenous peoples and Eastern philosophy, the concept of person-in-environment underwent challenge. Since the 1990s, a more comprehensive paradigm for social work has been gaining influence, in various forms, sometimes referred to as ecological social work, deep ecological social work, ecofeminist social work, sustainable social work, and social work that promotes environmental justice and challenges environmental racism. Especially in the past 10 years, relevant English language books and articles have been more widely produced by social work scholars in Australia, Canada, the United Kingdom, and the United States.

This commitment of the profession of social work to environmental justice is now embedded in various documents such as the US National Association of Social Workers (NASW) 2007 Environmental Policy; the 2015 Educational Policy and Standards of the US Council on Social Work Education (competency 3: Advance Human Rights and Social Economic, and Environmental Justice); and on an international level, in 2010, the International Association of Schools of Social Work along with partner international social work organizations identified 'Four Pillars' of a global agenda for social work and social development, this third pillar being 'Promoting Environmental and Community Sustainability'. However, despite these advances, education of social workers for engaging environmental issues is not yet mainstream in any country. Fortunately, environmental consciousness and activity are likely to grow as these documents are more fully disseminated and implemented in social work education.

Now professional social work is engaged in a wide range of environmental issues and environmentally based practices.

For example, in clinical or micro level practice: bringing youth with behavioral problems on wilderness retreats to learn group cooperation skills, increase sense of self-efficacy, and enjoy the beauty of nature; bringing pet animals into residential and nursing settings for elders to provide companionship and stimulation; helping people to process the trauma and grief resulting from natural disasters and human inflicted environmental destruction and warfare; addressing the impacts on individuals and families of environmental racism; promoting restorative justice (rather than punitive justice) approaches in legal settings that attend to possible restoration of harmony for both humans and nature.

In organizational and community level practice: revising human service organizations' culture to reflect concern for impact of operations on the natural environment, creation of sustainable practices, and attention to recycling and energy efficiency; development of food distribution patterns, especially in low income neighborhoods and for homeless people, that focus on healthy food and sustainability; assisting urban neighborhoods to develop organic gardens; protesting environmental racism in particular communities; designing residential communities for older adults that incorporate the benefits of living in places of natural beauty.

In macro level practice and policy: advocating for policies on national and international levels that promote both social and natural environmental sustainability; promoting food and water security in every country; allying with Indigenous communities around the world for environmental justice; responding to conditions of war that destroy people, their places of living, and force mass relocation and refugee flight.

Shallow versus Deep Ecology

The expansion of social work discourse and practice to embrace the full environment and planetary ecology is an innovation with major implications. However, there remains a debate about the conception of relationship between humans and nature embedded in these various initiatives. It can be summarized well by the distinction between shallow and deep ecology drawn from deep ecology.

The term ‘deep ecology’ was developed by the Norwegian mountaineer and philosopher, Arne Naess (lived 1912-2009) in 1972. (For a helpful summary, see www.deepecology.org) Deep ecology is an approach to environmentalism that contrasts with conventional ‘shallow ecology’. Shallow ecology focuses analysis of environmental problems regarding impacts on humans, not in terms of the intrinsic worth of non-human beings and the earth as a whole. Problem solving emphasizes short term fixes and use of human technology, such as preventing and cleaning up oil spills or promoting recycling based on economic incentives. It does not question or try to change deep aspects of worldview, life style, and socio-political structures that underlie patterns of environmental damage. So the fixes are not likely to have significant long term results. Since priority is placed on human comfort, other beings and ecosystems can be exploited and destroyed in order to achieve short term human goals.

In contrast to shallow ecology, deep ecology principles include: valuing the intrinsic worth and flourishing of human and non-human life; appreciating diversity of life forms; commitment to change policies, ideologies, and practices that damage the flourishing of human and non-human life; promotion of nonviolent peaceful change efforts. Another significant concept is the ecological Self. The ecological Self (spelled with a capital ‘S’) refers to the true deep nature of the human being, that is, interdependency with all. When this realization goes beyond a mere intellectual awareness to a deep transformation of one’s consciousness, a person can develop a profound sense of oneness with all, interconnection with all, and empathy with particular beings and places as well as the earth as a whole. This is a transcendence of an egoistic self that is limited by an individual body and personality and selfish mentality. Thus deep ecology is often connected with social work approaches that are spiritually sensitive (e.g. Canda and Furman, 2010) and that seek to integrate body, mind, and spirit in holistic practice (e.g. Lee et al., 2009).

Another major influence on ecological social work is ecofeminism, a term coined by French feminist writer Françoise d’Eubonne (lived 1920-2005) in 1974. Ecofeminism shares deep ecology’s concerns about human-centeredness, overly rational technical fixes, human alienation from nature, and destruction of nature. The deep questioning employed here emphasizes analysis of links between the oppression of women, the oppression of all marginalized groups, and the oppression of nature.

Most social work scholars who write on environmentalism draw on common values and insights of deep ecology, ecofeminism, and other nature affirming worldviews. Some utilize deep questioning and critical analysis to challenge the tendency of professional social work to limit itself to shallow ecological kinds of human-centered problem analysis and practices that are short term fixes rather than challenges to underlying causes and ideological and structural patterns.

This kind of debate within social work can spur further innovation in our research, theorizing, and practices. There is certainly urgent need for various ecological approaches, whether so-called shallow or deep, for addressing human well-being at all system levels from the local to the global. Given our profession’s primary commitment to promote individual well-being and social justice, it is not surprising or inappropriate that human welfare would be the primary focus of attention. However, as we know from dynamic systems theory, when a social worker identifies a focal system for helping, such as an individual, a family, or a community, practice is not likely to be effective if

that focal system's interactions with its internal and external systems are ignored. And to be realistic, this must necessarily include non-human beings and ecosystems in which we are embedded and with which we are all interrelated. Prioritizing humans in service delivery does not have to mean being human-centered in the sense of ignoring or dominating over other beings and nature. Deep ecology and ecofeminism remind us to include deep critical analysis and empathy regarding the interdependency of all people with each other, all beings, and the universe. The Vietnamese Buddhist teacher Thich Nhat Hanh calls this 'interbeing'. Insights from deep ecology and ecofeminism might help prevent social workers from inadvertently contributing to the damage of people, other beings, and the earth while we work for the advancement of individual well-being and social justice. These insights also encourage social workers to appreciate and incorporate the beauty and the helping and healing benefits of nature, in order to promote their own well-being, the well-being of service users, and the well-being of all beings with whom we connect in our service.

References and Other Resources

- Bay, Uschi (2015). Ecological social work. In *Encyclopedia of Social Work: Subject: Human Behavior, International and Global Issues, Race, Ethnicity, and Culture, Ethics and Values, Policy and Advocacy*. Online Publication Date: Nov 2015. DOI: 10.1093/acrefore/9780199975839.013.1166
- Berger, R., & Kelly, J. (1993). Social work in the ecological crisis. *Social Work, 38*, 521–526.
- Besthorn, F. H. (2001). Transpersonal Psychology and Deep Ecological Philosophy: Exploring Linkages and Applications for Social Work. *Social Thought, 20* (1/2), 23–44.
- Besthorn, F. H. (2003). Radical Ecologisms: Insights for Educating Social Workers in Ecological Activism and Social Justice. *Critical Social Work, 3*(1), 66–106.
- Besthorn, F. H. (2012). Deep ecology's contribution to social work: A ten-year retrospective. *International Journal of Social Welfare, 21*, 248–259.
- Besthorn, F. H., & Canda, E. R. (2002). Revisioning environment: Deep ecology for education and teaching in social work. *Journal of Teaching in Social Work, 22*(1/2), 79–102.
- Canda, E. R. & Furman, L. D. (2010). *Spiritual diversity in social work practice*. New York: Oxford University Press.
- Coates, J., Gray, M., & Hetherington, T. (2006). An “ecospiritual” perspective: Finally, a place for Indigenous approaches. *British Journal of Social Work, 36*(3), 381–399.
- Council on Social Work Education 2015 Educational Policy and Accreditation Standards: <http://www.cswe.org/file.aspx?id=81660>
- Dominelli, L. (2012). *Green social work: From environmental crises to environmental justice*. Cambridge, U.K.: Polity Press.
- Germain, C. B., & Gitterman, A. (1980). *The life model of social work practice*. New York: Columbia University Press.
- Gray, M., Coates, J., & Hetherington, T. (Eds.) (2013). *Environmental Social Work*. London: Routledge.
- Hoff, M. D., & McNutt, J. G. (Eds.). (1994). *The global environmental crisis: Implications for social welfare and social work*. Brookfield: Avebury/Gower House.
- Hoff, M., & Pollack, R. (1993). *Social dimensions of the environmental crisis: Challenges for*

social work. *Social Work*, 38(2), 204–211.

Lee, M. Y., Ng, S., Leung, P.P.Y., Chan, C. L. W., & Leung, P. (2009). *Integrative body-mind-spirit social work*. New York: Oxford University Press.

National Association of Social Workers. (2007). Environmental policy. Social work speaks: NASW policy statements (7th ed.). Washington, DC: National Association of Social Workers.

Peeters, J. (2012). The place of social work in sustainable development: Towards ecosocial practice. *International Journal of Social Welfare*, 21, 287–298.

Rogge, Mary E. (2013). Environmental justice. In *Encyclopedia of Social Work: Subject: Social Justice and Human Rights, Macro Practice, International and Global Issues, Policy and Advocacy, Populations and Practice Settings*. Online Publication Date: Jun 2013. DOI: 10.1093/acrefore/9780199975839.013.132

Website:

Global Alliance for Deep Ecological Social Work: <http://www.ecosocialwork.org/>

Parents in face of addictive behavior of their children in the Polish outpatient support system – a program proposal of working with family

Ewa Dubiel

Abstrakt

Faktory jako například dynamické změny v rizikových postojích mladistvých a rostoucí informovanost rodičů vytvářejí současnou potřebu podpory rodin. V polském systému existuje skulina týkající se podpěry rodiny v situacích, ve kterých jejich děti vykazují návykové chování, jako například: užívání drog, kompulzivní užívání internetu a videoher. Polské školy využívají preventivní opatření a pedagogické kliniky mají rehabilitační programy pro děti s potížemi ve škole. Nicméně je obtížné najít místa, kde mají rodiče příležitost návštěvy a zjištění, jak předcházet obtížím, kterými rodiče trpí. V tomto příspěvku bude představen příklad programu pro rodiče a děti, kdy nejsou obě strany schopny dosáhnout dohody. Cílem tohoto programu je opakovaná integrace rodinné jednotky, ve které všichni příslušníci změni chování vzájemně vůči sobě.

Klíčová slova: Návykové chování. Reintegrace rodiny. Podpora. Obtíže rodičů.

Abstract

The factors such as dynamic changes in risky attitudes of adolescents and a growing awareness of parents create present need for support operations for families. There is a loophole in the Polish system regarding the support of the family in a situation where their children present addictive behavior such as: drug use, compulsive use of the internet and video games. Polish schools employ preventive actions and pedagogical clinics have rehabilitation programs for children with school problems. However, it is difficult to find places where parents have an opportunity to exercise and to learn how to overcome parenting difficulties. In this article an example of a program for parents and children will be presented where both sides cannot reach an agreement. The aim of this program is the reintegration of the family unit, where all members change their behavior towards each other.

Keywords: Addictive behavior. Reintegration of a family. Support. Parenting difficulties

1. Introduction

The changes in risky behaviour among children and teenagers observed in recent years in Poland and a rise in parenting awareness cause undergoing dynamic changes in the present support system and therapy. First of all, parents seek help much sooner. The therapy is used less by addicted teenagers and more by those who experiment or use in unhealthy way. The difficulties which parents cannot cope with do not only relate to their children using drugs but also include other compulsive behaviour such as the overuse of the internet, computer games, gambling and pornography.

Social campaigns as well as a lot of stress put on prevention against adverse phenomena and civilization diseases including addictions remove the social taboo, which previously stopped parents from searching for help. The modern parent, who I work with, expects an accurate diagnosis of his child's behaviour, an instruction what to do and the support in the process of introducing changes. Of course, the problem of full-blown addiction to chemical substances still affects many young people, however, the work with the family in this case is mostly to motivate parents to place their child in an in-patient unit. If it is successful, further work is focused on preparing the family to reintegrate with the child after the completed treatment.

1.1 Changes in risky behaviour of teenagers

In the last 20 years the situation of a teenager and his attitude towards addictive behaviour have remained in contradiction to his parents' ideas on the subject. Parents often think that if their son/daughter tried drugs that means within a short time they would become terminally ill people, not able to work or learn, demoralised, hurting themselves and the others. Such picture is adequate for people using drugs through injection and relates mostly to opiats. Presently, the pattern of taking drugs by a young man is completely different. Since 2008 the Polish market has been flooded with substances called 'legal highs'. Although since 2010 they were banned from being sold, the market moved to the internet.

The Polish law remains helpless in face of the process of constant change of 'legal highs' content what makes selling them legal. It is common for children and teenagers to get 'legal highs' by purchasing them on the internet. Marihuana and hashish still remain the most commonly used drugs and they are regarded by young people as harmless medicine without addictive potential (Malczewski 2014, p. 154-173).

The following elements constitute a new pattern of using drugs:

- the low price €5-10 per dose. It decreases demand for more expensive and at the same time the most dangerous drugs such as brown sugar, cocaine etc.
- availability and legality –there are no legal consequences for buying drugs on the internet or in a pharmacy and there is no need to contact dealers or 'black market';
- avoidance of being detected by parents and teachers – most of available substances have short-term effects and they are taken orally in a form of pills or smoked. Those forms of taking drugs are not regarded by teenagers as addiction;
- acceptance of ideology based on medicinal value of substances, especially marihuana and hashish (Grondys 2014, p. 14).

The most commonly abused drugs are marihuana and hashish, tranquilizers and sleeping pills, dextromethorphan contained in antitussives, codeine contained in pain relief medicines, benzodiazepines contained in anti-inflammatory drugs, medicines containing ephedrine and pseudoephedrine and 'legal highs'.

The most common reaction of the parent to information or suspicion that his/her child is using some substances is panic, fear or anger expressed in an attempt to completely eliminate the harmful procedure from the child's life. There is a slightly different reaction when it regards overuse of computer including games. In that case, the majority of parents understand that it is not about complete eradication of computer use but to use it reasonably. During my work in the counselling clinic, I also met some parents who perceived computers as redundant and even the source of evil and they were only interested in radical solutions. Working with such parents was the hardest.

Teenagers coming to the clinic are usually in a state of rebellion and deep conflict with their parents. It is difficult for them to spot something worrying in their behaviour, mostly because they have not experienced any difficulties. The parents' perspective is unacceptable to them.

Parents' reactions, who feel mostly fear for their children and the sense of helplessness, stem from the lack of knowledge about the dangers and insufficient skills in dealing with their child during adolescence. Before parents turn to a specialist they tend to use very inefficient strategies, e.g.:

- closing their eyes to the problem and hoping that it will disappear;
- shifting responsibility to others (school, peers, spouse, society and its current trends);
- abusing dominance and control;
- demanding disciplined behaviour of the child despite solving problems in undisciplined and destructive way by other members of the family (Sasin 2010, p.238).

It is apparent in the presented picture that there are clear differences in understanding the problem by parents and children. Yet, what is common for therapeutic work with the child and its parent is the sense of suffering with easing or losing the bond. It is felt differently by parents and children. Formulating presented proposal of a program, I accepted the guidelines in accordance with systemic understanding of the family. I assumed that parents want to:

- have good relations with their child;
- have positive influence on their child;
- see that their child's future will be better than their own;
- hear good news about their child and to find out what it is good at;
- be proud of their child.

Working with teenagers I assumed that they want:

- to express their own opinions and choices;
- to make independent decisions;
- to learn new things;
- to be active and engaged;
- to be acceptable by the group they live in;
- their parents to be proud of them (Labuda 2005; 4-7)

1.2 A proposal of the preventive program for families in which the child demonstrates risky behaviour.

Involving parents in the healing process is a crucial element in working on improvement the quality of life of these teenage recipients. It manifests itself when employing preventive actions with participation of parents and providing them with specialist support in a form of training, therapeutic and developing activities broadening their parenting awareness (Węgrzycka-Giluń, Malczewski 2011, p. 27-32). As I – an addiction specialist in the province counselling clinic-have observed, counselling work with a parent alone or therapeutic work with a child alone do not bring expected results. Therefore, I together with the team of my colleagues decided to create a program based on the parallel group work and individual sessions with children and parents. The aim of the program is not, as it was before, to work in the area of coping with the situation of child's addiction, but to maintain emotional bond, develop parenting effectiveness, change communication patterns – in short – to increase parenting and social competencies with regard to children's behaviour.

The program will consist of 12 weekly group meetings with a possibility of having individual sessions with a certified addiction therapist. During meetings, which will be partly educational and partly workshops, teenagers will have possibility to develop their competencies in communication, assertiveness, stress management, constructive tension release, behaviour in risky situation, better orientation in their own needs, skills and limitations.

Individual and group work with parents intends to develop following issues:

1. Truths and myths regarding addictive behaviour/ addictions. Kinds of behaviour that most often worry parents; actual warning signs.
2. Why do children use addictive behaviour? The child's needs at different stages of its development.
3. Modern trends creating addictive behaviour.
4. Family as a place of meeting – tasks, functions.
5. Conversation with the child about difficulties – strategies of parenting intervention.
6. Styles of communication within the family – what is and what is not a good atmosphere in the family.
7. The support when there are emotional difficulties-breaking the vicious circle of emotional traumas.
8. The constructive support for the child's independence – establishing the boundaries and constructive parenting intervention when they are violated.
9. Mistakes that stem from the wrong interpretation of the child's behaviour by parents and vice versa.
10. The role of the father, the role of the mother – multigenerational awareness – skilful use of one's own childhood experience.
11. Strategies of solving difficulties that the family is going through – directions of help and support.
12. Institutional help for children and teenagers showing addictive behaviour.

Conclusions

I am not able at this stage to present the conclusions regarding evaluation of the program, because it is in the process of being implemented. However, I do hope that the program will initiate changes in communication and mutual respect for both parents' and children's needs, reduce the sense of helplessness in face of destructive behaviour of not only children, but also parents and increase the level of mutual understanding. Ultimately, it will strengthen or rebuild the broken family bonds.

References

- GRONDAS M., O lekach, marihuanie, dopalaczach bez hysterii. Poradnik dla rodziców, Wydawnictwo Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 20014.
- MALCZEWSKI A., Młodzież a substancje psychoaktywne, [w:] Młodzież 2013, Raport Centrum Badania Opinii Publicznej, Wydawnictwo Krajowe Biuro ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2014.
- SASIN P., Rodzice wobec problemu narkomanii dziecka, Wydawnictwo Uniwersytetu Opolskiego, Opole, 2010.
- WĘGRZYCKA-GILUŃ J., MALCZEWSKI A., Europejskie standardy jakości w profilaktyce uzależnień od narkotyków, Wydawnictwo Krajowego Biura ds. Przeciwdziałania Narkomanii, Warszawa 2011.
- LABUDA Krystian, (Współ)praca z rodziną w terapii uzależnień, „Wychowanie na co dzień“, nr. 10-11, październik-listopad 2005.

Benchmarking Retirement Provisions in the East and West with Policy Input and Social Output Indices

Hung-Yang Lin¹⁵⁵

Abstrakt

Pokud jde o vývoj teorií sociálního blahobytu a komparativní studie sociální politiky od druhé světové války, může vytvoření databáze deliktů do velké míry usnadnit vývoj srovnatelných výzkumů v téměř všech oblastech studií sociální politiky. Navzdory neexistenci databáze deliktů k porovnání a analyzování specifických aspektů sociálních politik na východě a západě se tento návrh zaměřuje zvláště na schémata vyplácení důchodů, aby bylo možné zjistit ekvivalentní ukazatele a vyřešit danou situaci před vytvořením databáze deliktů mezi asijskými zeměmi a zbytkem světa jako celku.

Za účelem vybudování vstupního indexu politiky a výstupního indexu sociálního je možné využít přístup povrchového měření celkového výkonu, pak mohou být sekundární statistiky o konkrétní oblasti výzkumu politiky schopny transformovat se do standardizovaných údajů, a tudíž může být proveden srovnávací výzkum. Indikátory, které tvoří indexy, jsou vybrány z indikátorů často používaných pro vyhodnocení politik a opatření prováděných mezi státy Evropské unie na základě koordinace evropského sociálního zabezpečení. Proto tento navrhovaný systém indexů politiky může výzkumníkům pomoci řídit a rozvíjet srovnávací studie i při nedostatku dat o deliktech, stejně jako pochopit obraz společnosti a schémat jako celku.

Klíčová slova: Důchod. Sociální zabezpečení. Povrchové měření celkového výkonu. Typologie. Režimy sociálního blahobytu.

Abstract

Regarding to the development of welfare theories and comparative social policy studies from the Second World War, the establishment of penal database may, to a great degree, facilitate the development of comparative researches in almost all the fields of social policy study. Despite the lack of penal database for comparing and analysing specific aspects of social policies in the East and West, particularly retirement payment schemes focused in this proposal, in order to find out the indicators on equivalent basis and deal with this situation before a penal database is developed among Asian countries and the world as a whole.

For this purpose, to build up policy input index and social output index through the help of Surface Measure of Overall Performance (SMOP) approach so that the secondary statistics on specific field of policy research may be able to be transformed into a standardised data and thus the comparative research can be carried out. The indicators that compose the indices are selected from the indicators frequently applied for evaluating the policies and measures implemented among European Union states on the basis of the European Social Security Coordination. Therefore, this proposed policy index system may help the researchers to manage and develop comparative studies when lack of penal data as well as to understand the picture of the societies and schemes as a whole.

Keywords: Pension. Social security. Surface Measure of Overall Performance (SMOP). Typology. Welfare regimes.

1. Introduction

The research on welfare typology became an hot issue since Esping-Andersen's (1990) published his seminal work – *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Some West researchers, Bamba (2007), Bonoli (1997), Daly and Rake (2003), Ferrera (1996), Korpi (2000), Korpi and Palme (1998) and Leibfried (1993) for instance, contributed efforts in this field of study and carried out fruitful results since then. It has to be pointed out that, developing a database for doing this sort of

155 Department of Social Work, National Pingtung University of Science and Technology (NPUST), Taiwan

studies is necessary because it may not be comparable if the statistics are defined differently, the quality varies, and some information are not available. Evidently, even though Japan's data was included in the OECD database around the mid-1990s for the first time and improved the accessibility of the data, issues such as the unavailability of some sort of statistics may lead to incomplete analysis and evaluation of a society like Japan (Esping-Andersen, 1997). Besides, as Bradshaw (1994) noted, researchers who work on comparative studies may not exactly know what are the messages that the findings convey.

In the East, however, comparative studies on welfare regimes were mostly done with literary discussions (e.g. Holliday, 2000; Jones, 1990, 1993; Kwon, 1998) because of the availability issues of statistics. That is, Asian countries did not establish a database, like the Western counterparts, or the definition of, and the items of, statistics differ from countries to countries. As a result, it is difficult to develop an index system to illustrate welfare regimes in the East. Nonetheless Esping-Andersen (1997) attempted to bring Japan into the de-commodification index system to explore its typology of welfare regimes, he simply concluded that Japan did not fit into the Three World theme well because it emphasised more on informal transfers rather than formal ones. Obviously, researchers may acquire more information and propose further insights about the welfare regimes in the East and West if a better set of index system or database is available.

In order to deal with the availability and quality issues of statistics, Lin (2011, 2012) developed a policy index system on the basis of the Surface Measure of Overall Performance (SMOP) approach to look into the performance of policy input and social output indicators. This index system collects data from official statistics as well as individual academic works and surveys for the purpose of comparing retirement payment schemes. This paper plans to employ the SMOP approach and the policy index system as the methodology and take some Western cases into this system to examine the validity and reliability of it. Accordingly, the retirement provisions of Germany, Sweden, the UK and the US in the West, which represent corporatist, universalist, a mix of corporatist and residualist, and residualist in Esping-Andersen's the Three Worlds, to compare with that in China (divided into urban and rural areas), Hong Kong, Singapore and Taiwan in the East to find out and discuss about the regimes on the basis of performance. The last part of this article concludes the findings and implication of this research.

2. Methodology and Policy Indices

2.1 Methodology: the Surface Measure of Overall Performance Approach

The Surface Measure of Overall Performance (SMOP) Approach was employed for the first time on social science research by Schütz and his colleagues (1998) for developing a policy index for evaluating labour market policy. It was then applied for examining active labour market policies among OECD countries (Mosley and Mayer, 1999), the gender gap in labour market (Mósesdóttir, 2001; Plantenga and Hansen, 2001), the level of de-familisation and de-gendering of social policies (Finch, 2006), and the social outputs of retirement payment systems in four Asian countries (Lin, 2011, 2012).

The SMOP Approach is characterised by its easiness to apply for establishing policy index with, to understand the meaning of, and to read and elaborate the findings with some simple radar charts. In this way, researchers are able to build up an index by calculating the area of the graph on the one hand, and even be capable of comparing the development and performance of single case in different period of time by reading the charts on the other hand (Lin, 2011; Mosley and Mayer, 1999).

Researchers can simply transform raw data into SMOP values in two steps. Firstly, raw data has to be converted into radar chart values, which ranges between zero and one, in accordance with one of the three benchmarking rules: theoretical benchmarks, best performer benchmarks and institutional benchmarks. This research applies the best performer rule for the reason that not every indicators used here has theoretical or institutional maximum values. That is, the system that gains full radar chart score in a specific policy area shows it performs relatively the best among all the selected cases. Secondly, then, researchers apply the formula below for computing the SMOP value:

$$\text{SMOP} = [(I_{1 \times 2} + I_{2 \times 3} + I_{3 \times 4} + \dots + I_{(n-1) \times n}) \times \sin \frac{360^\circ}{n}] \div 2$$

In other words, the SMOP value simply means the size of the geometric area illustrated on a radar chart. However, as Schütz et al. (1998: 40-1) noted, an indicator with a higher value may be offset by a lower value that the neighbouring indicator obtains, which is called a compensating effect, and it might result in different SMOP values of a selected case as the setting of its radar chart changes. In order to deal with this issue and improve the applicability of this approach, this research will calculate the average value of three combinations of indicators for both policy input and social output index systems.

2.2 Policy Input and Social Output Indices

The indicators are chosen from the dimensions for evaluating retirement payment schemes proposed by the ILO (Gillion et al., 2000) and UN Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) (Marin and Zaidi, 2007). Those indicators are categorised into policy input and social output on the basis of the idea of ‘the principles of subsidiary’ (Atkinson et al., 2002). In other words, the regulations of retirement provisions that are employed to accomplish social goals determine the ‘principles of subsidiary’, i.e. policy inputs; while the social goals that the retirement payment systems aim at are the ‘social outputs’.

According to the rules for selecting and classifying indicators mentioned above, the dimensions for evaluating the cases are divided into policy input and social output as follows (please refer to Table 2.1 for the sources of raw data):

- Policy inputs: the arrangement of retirement provision scheme (In-1); status of vested rights (In-2); the coverage rate (In-3 and In-4); system dependency ratio (In-5); replacement rate (In-6); and administration costs (In-7 and In-8).
- Social outputs: poverty reduction (Out-1); level of de-familisation (Out-2); gender inequality (Out-3); redistributiveness (Out-4); the scale of public and private retirement payouts (Out-5 and Out-6); and the evasion of contribution (Out-7).

Some important regulations of retirement provisions are considered and turned into input indicators. For instance, the ratio of pensioners to the whole ageing population illustrated the coverage rate of people in the same cohort (In-3), the proportion of contributors to the whole working population noted the coverage of the working cohort (In-4), and system dependency ratio which measured the portion of pensioners to contributors (In-5). Along with these three indicators, three important coverage rates were thoroughly reviewed. In addition, the replacement rate (In-6) and administration costs (In-7 and In-8) showed the benefit level of average pensioners according to the formula defined by the system as well as the efficiency of the system as a whole. The arrangement of retirement provisions (In-1) and the status of vested rights (In-2) focused on the settings of provisions and the level of protection to pension rights.

The input indicators are closely related to output dimensions. For example, the level of poverty reduction (Out-1) may be affected by the arrangement of the system (In-1) and replacement rate (In-6), while the level of redistributiveness (Out-4) has something to do with the coverage rates (In-3 and In-4) and system dependency ratio (In-5). The level of protection to pension rights (In-2) and replacement rate (In-6) may influence the level of de-familisation (Out-2) for the reason that the financial transfers from household members and relatives may be offset by the level of certainty of being entitled to pension benefits. The payouts from public and private retirement provisions (Out-5 and Out-6) has close relationship with the arrangement of retirement payment systems (In-1), and the level of compliance with the regulations may be associated with the level of coverage rates (In-3 and In-4), system dependency ratio (In-6) and administrative costs (In-7 and In-8). In addition, the level of gender inequality (Out-3) is some sort related to the arrangement of the system (In-1) and coverage rates (In-3 and In-4) due to the reason that the arrangement may show its limitation to female employees as well as the employment rate is taken into account in the coverage of the system.

This research applied the data in 2001 and 2007 for the purpose that, firstly, some of the selected cases had just changed or were during the processes of pension reforms between that period of time and thus the researcher may observe the changes. Secondly, due to the fact that the selected cases, particularly in the East, did not have a database for all, nevertheless, researcher could access all the necessary information about these four countries in 2001 and 2007. Thirdly, this series of research that employed the SMOP approach had just developed, therefore the good quality of, and the accessibility of, statistics were the decisive factors for correctly examining this newly established policy index system. Lastly, further information and discussions about the development of welfare states and retirement payment systems in the world may be available for reviewing the findings, and may help the researcher to modify the parts that do not match the situation in reality. In this way, the capability of describing and anticipating the retirement provision systems may thus be significantly improved, and the policy input and social output index system may be more useful for further evaluation in the retirement payment policies and even other fields of research.

The radar chart scores and the SMOP values were computed in accordance with the approaches abovementioned in the methodology section of this paper. That is, the researcher, in the first step, transformed raw data into radar chart values on the basis of the best performer rules and, in the second, calculated the average SMOP scores from three different settings of indicators on the radar charts. The radar chart and the SMOP values of policy inputs and social outputs were demonstrated in Table 2.2 and Table 2.3 respectively below.

Table 2.1 The Retirement Provisions Covered and Data Sources of the Selected Countries

Country/Region	Code	Retirement Provisions Covered	Sources of Data
China (urban)	CHU	Old-age Pension System, urban Minimum Living Standard Scheme (MLSS), and private annuity insurance.	MHRSS (various years), National Bureau of Statistics of China (various years), China Insurance Regulatory Commission (www.circ.gov.cn), Gustafsson, and Li (2000), Braungstein and Brenner (2007), Demargut et al. (2007), Du and Dong (2009)
China (rural)	CHR	Old-age pension system, rural Minimum Living Standard Scheme (MLSS), Five Protection scheme, and private annuity insurance.	Statistisches Bundesamt (various years), Statistisches Bundesamt (www.destatis.de), Bundesagentur für Arbeit (statistik.arbeitsagentur.de), OECD StatExtracts.
Germany	DE	Old-age Social Insurance Scheme (Rentenversicherung), Social Assistance for ageing people (Sozialhilfe).	MPF Authority (various years), Census and Statistics Department (various years-a, b), OCJ (various years).
Hong Kong	HK	Comprehensive Social Security Assistance (CSSA), Social Security Allowance (SSA), Occupational Retirement Scheme Ordinance (ORSO), Mandatory Provident Fund (MPF), and private annuity insurance.	CPF Board (various years), MCYS (various years), Singapore Department of Statistics (2008), Monetary Authority of Singapore (various years), Reisman (2006), Pai (2006)
Singapore	SG	Central Provident Fund (CPF), Public Assistance (PA), and private annuity insurance.	National Social Insurance Board (2002), Swedish Social Insurance Agency (various years), Statistics Sweden (various years), OECD StatExtracts, Hallberg et al. (2011), Penstons Myndigheten (www.pensionmyndigheten.se), and OECD (2012).
Sweden	SE	Guarantee pension, inkomstpension (IP) and premiepension (PP).	DGBAS (various years), and Taiwan Insurance Institute (www.tii.org.tw).
Taiwan	TW	Labour Insurance (LI) old-age pension scheme, Labour Standards (LS) retirement payment scheme, Old-age Allowance Schemes, Labour Retirement Payment (LE) scheme, and private annuity insurance.	DWP (2008, 2009), Davis et al. (2003), Chapman et al. (2009), National Audit Office (various years), and OECD StatExtracts.
UK	UK	National Insurance (NI), Pension Credit (PC), State Earnings-related Pension Scheme (SERPS), contract-out occupational pension scheme, and private annuity insurance.	Social Security Administration (various years), Bureau of Labour Statistics (www.bls.gov), US Census Bureau (www.census.gov), OECD StatExtracts, US Bureau of Economic Analysis Interactive Database (www.bea.gov), and Mason et al. (2009).
USA	US	Old-age Insurance (OAI), and Supplemental Security Income (SSI).	

Table 2.2 Radar Chart and SMOP Values of Input Indicators, 2001 and 2007

Code	Indicators	China (urban)		China (rural)		Hong Kong		Singapore		Taiwan		Germany		Sweden		UK		USA	
		2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007
In-1	Arrangement of retirement payment schemes	0.87	0.87	0.17	0.17	0.61	0.61	0.35	0.35	0.52	0.52	0.87	0.87	1.00	1.00	0.87	0.87	0.70	0.70
In-2	Indexation system and vested rights	0.83	0.83	0.83	0.83	0.08	0.08	0.17	0.17	0.42	0.42	0.83	0.83	0.90	0.90	0.83	0.83	1.00	1.00
In-3	Pensioners to old-age population	0.53	0.46	0.01	0.03	0.56	0.50	0.88	0.78	0.64	0.70	1.00	0.85	0.96	1.00	0.86	0.86	0.79	0.80
In-4	Contributors to the Employed	0.38	0.44	0.10	0.09	0.79	0.82	0.68	0.74	0.70	0.73	0.67	0.66	0.85	0.92	0.75	0.82	1.00	1.00
In-5	System dependency ratio	0.06	0.23	1.00	1.00	0.11	0.46	0.07	0.21	0.11	0.45	0.03	0.13	0.05	0.22	0.05	0.19	0.10	0.39
In-6	Replacement rate	1.00	0.69	0.30	0.40	0.16	0.17	0.05	0.10	0.13	0.17	0.64	0.64	0.90	1.00	0.52	0.66	0.54	0.66
In-7	Admin. costs to payouts	0.12	0.16	0.08	0.12	0.12	0.22	0.18	0.21	0.43	0.47	0.47	0.58	0.50	0.85	0.50	0.42	1.00	1.00
In-8	Admin. costs to contributions	0.07	0.16	0.12	0.24	0.75	0.86	1.00	1.00	0.29	0.30	0.27	0.37	0.42	0.78	0.40	0.41	0.82	0.88
Avg. SMOP		0.52	0.57	0.17	0.23	0.40	0.57	0.37	0.44	0.43	0.61	0.95	1.04	1.30	1.92	0.96	1.09	1.33	1.81

Notes: 1. % of full radar chart score = (Sum of radar chart score) / 8

2. Avg. SMOP = SMOP = (SMOP)

3. SMOP = (In1 + In2 + In3 + In4 + In5 + In6 + In7 + In8) * Sin (360°/8) / 2

4. SMOP = (In1 + In2 + In3 + In4 + In5 + In6 + In7 + In8) * Sin (360°/8) / 2

5. SMOP = (In1 + In2 + In3 + In4 + In5 + In6 + In7 + In8) * Sin (360°/8) / 2

Sources: Computed by the author.

Table 2.3 Radar Chart and SMOP Values of Output Indicators, 2001 and 2007

Code	Indicators	China (urban)		China (rural)		Hong Kong		Singapore		Taiwan		Germany		Sweden		UK		USA	
		2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007	2001	2007
Out-1	Poverty reduction	1.00	1.00	0.03	0.08	0.40	0.49	0.13	0.22	0.45	0.66	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Out-2	De-familialisation	0.61	0.71	0.14	0.47	0.37	0.39	0.36	0.55	0.53	0.54	0.70	0.72	1.00	1.00	0.99	0.99	0.95	0.95
Out-3	Gender inequality	0.73	0.77	0.00	0.04	0.67	0.80	0.47	0.55	0.61	0.74	0.72	0.96	1.00	1.00	0.75	0.70	0.67	0.83
Out-4	Redistributiveness	0.84	0.97	0.00	0.97	1.00	0.90	0.00	0.00	0.10	0.22	0.61	0.67	0.93	1.00	0.10	0.14	0.33	0.35
Out-5	Public expenditure	0.24	0.22	0.00	0.01	0.10	0.12	0.10	0.09	0.15	0.13	1.00	1.00	0.64	0.67	0.47	0.50	0.53	0.56
Out-6	Private expenditure	0.06	0.09	0.00	0.00	0.45	0.28	1.00	1.00	0.61	0.38	0.03	0.02	0.31	0.27	0.89	0.59	0.86	0.69
Out-7	Compliance of social responsibilities	0.46	0.53	0.00	0.00	0.60	0.69	0.92	0.79	0.79	0.79	0.83	0.82	1.00	1.00	0.82	0.82	0.97	0.98
Avg. SMOP		0.82	0.97	0.00	0.09	0.67	0.69	0.53	0.61	0.60	0.65	1.27	1.42	1.90	1.95	1.40	1.24	1.58	1.61

Notes:

1. % of full radar chart score = (Sum of radar chart score) / 7

2. Avg. SMOP = SMOP = (SMOP)

3. SMOP = (Out1 + Out2 + Out3 + Out4 + Out5 + Out6 + Out7 + Out8) * Sin (360°/7) / 2

4. SMOP = (Out1 + Out2 + Out3 + Out4 + Out5 + Out6 + Out7 + Out8) * Sin (360°/7) / 2

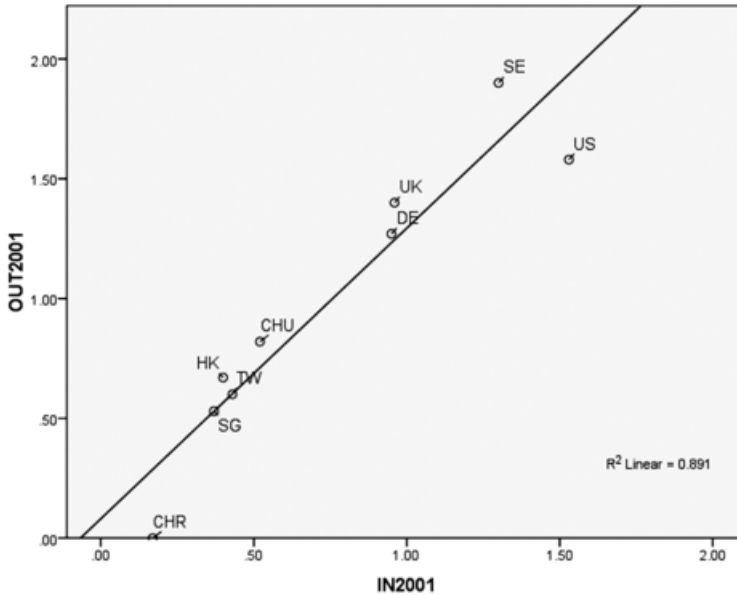
5. SMOP = (Out1 + Out2 + Out3 + Out4 + Out5 + Out6 + Out7 + Out8) * Sin (360°/7) / 2

Sources: Computed by the author.

3. Findings and Discussions

This article transformed the average SMOP values of policy inputs and social outputs into scatter charts in order to find out the performance of selected cases from both dimensions and look into the typologies in terms the performance of retirement provisions among them.

In 2001, the selected cases were turned roughly into four categories (please refer to Chart 3.1). Among them, the rural areas of China (CHR) is an outlier in this set of data in 2001 for the reason that its retirement provisions were underdeveloped at that time and thus it lagged far behind the counterparts. In addition, the urban areas of China (CHU), Hong Kong (HK), Singapore (SG) and Taiwan (TW) were categorised in the same group in terms of performance, but the arrangement of respective systems were different. For instance, CHU and TW's retirement provisions were based mainly on social insurance programmes and supported by the National Insurance scheme, social allowance programmes and private pension plans, even though the private parts might be trivial as a whole. HK and SG's systems were different stories due to the reason that they relied mostly on savings approaches such as the Mandatory Provident Fund (MPF) of the HK and the Central Provident Fund (CPF) of the SG, and some of HK's retirees were supported by social assistance programmes e.g. CSSA and SSA in order to improve old-age income security. Nevertheless, CHU gained the best performance on both policy input and social output among these four cases, while HK, SG and TW lagged a bit in this group. The scatter chart also illustrated that the overall performance of the UK and DE led them in the same cluster. According to Esping-Andersen's (1990) findings of the welfare capitalism, Britain obtained the characteristics of both corporatist and residualist on the basis of the de-commmodification index, while Germany remained its corporatist features. However, along with the amendments of retirement provisions in the UK and Germany, the traditional Bismarckian model started to emphasise on private sources of retirement provisions in order to replace the reduced payment levels of the public pension schemes (Schludi, 2005). It might bring the UK and Germany close with each other on the provisions of old-age income security. It has to be mentioned here that the fourth cluster seems to be composed by SE and the US (please refer to Chart 3.1), but the performance on policy input and social output differed. Obviously, the Sweden gained lower overall score on policy input, but achieved higher performance on social outputs; while the United States operated a system with a bit better efficiency, but retained lower marks on social outputs. For this reason, SE and the US are treated as different clusters in this research.

Chart 3.1: Scatter Chart of Policy Input and Social Output Indices, 2001

This research found the clusters stayed the same on the basis of the statistics in 2007, but the results changed a bit (please refer to Chart 3.2). For example, due to the development of social provisions, particularly on social insurance and minimum level of living programmes, in CHR, its performance was improved slightly in both policy input and social output. The difference on social output among CHU, HK, SG and TW became greater especially between CHU as well as HK, SG and TW. That is, CHU seemed to stand out of the cluster in terms of the performance on social output and was getting much closer to the group constituted by DE and the UK. Nonetheless, this research argued that these four Asian cases would remain in the same cluster for the reason that the performance of policy input stayed in similar level. Besides, according to the performance of DE and the UK between 2001 and 2007, the level of performance on social output between them swapped. This could result from the introduction of Riester Pension scheme in 2001, although some researchers debated its contributions to retirees' income security (Blank et al., 2016; Hagen and Kleinlein, 2012). As for SE and the US, it showed that SE performed better than the US in both policy input and social output in 2007, and the level differed significantly in social outputs. Therefore, this research maintains that SE and the US belong to different cluster.

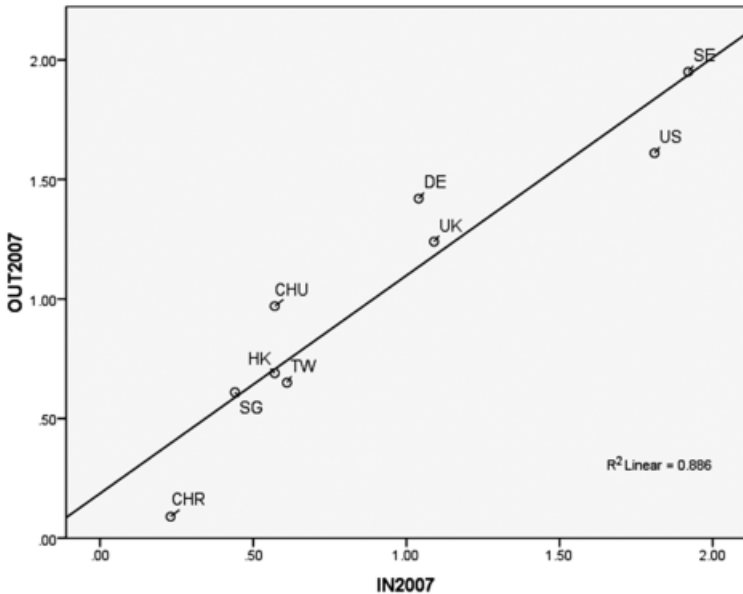
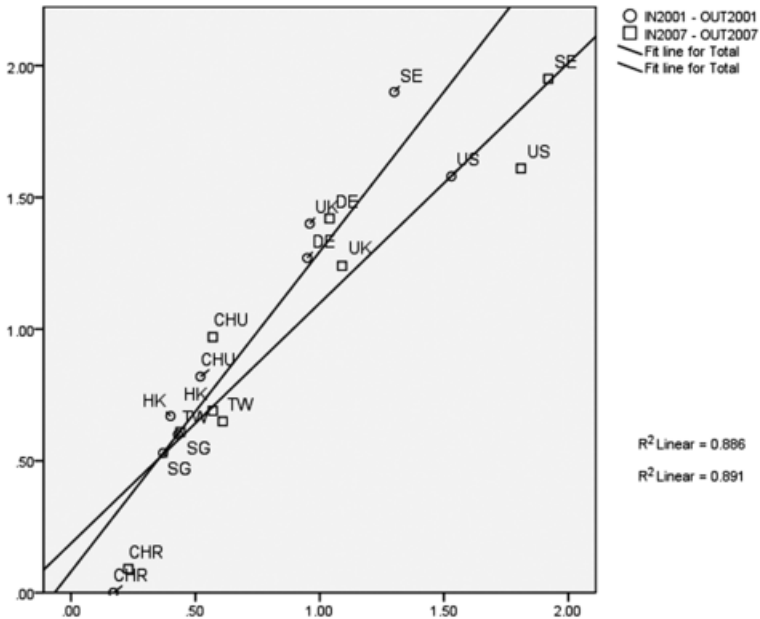
Chart 3.2: Scatter Chart of Policy Input and Social Output Indices, 2007

Chart 3.3 depicts the selected cases in 2001 and 2007 and its fit lines. It illustrated the five clusters suggested by this research well. That is, CHU, HK, SG and Taiwan as well as DE and the UK are categorised into two groups due to their distinct levels of policy input and social output, while CHR, SE and the US were classified individually. Besides, it has to be noted that the fit lines became flatter between 2001 and 2007 due to the overall performance on policy input indicators moved to the right during this period of time while the level of social outputs did not improve proportionately. In other words, the settings of retirement provisions (complementing the public pension schemes with private methods in particular), protection of pension rights, coverage rates, system dependency ratio and the efficiency of administration were more or less improved particularly in SE and the US, but in most of the cases the level of social output were slightly augmented. It to some extent echoed Schludi's (2005) findings that, especially those characterised by its Bismarckian welfare ideologies, in general, the welfare systems moved to the right after the reforms in the past decades, which might not exactly raise its levels of social output. Even if the performance on social outputs were improved, the degree might limit.

Chart 3.3: Scatter Chart of Policy Input and Social Output Indices, 2001 and 2007

4. Conclusion

This research applied the SMOP approach to establish and examine policy input and social output indices that are built up by respective indicators proposed by the reports published by the ILO and the findings stated in the MIPAA meetings. Some implications are concluded as follows.

Firstly, the selected cases in this research are categorised into five clusters. The Asian cases can be divided into two groups according to their performances on policy input and social output; among them, Chinese urban areas gained the best scores on both indices and the other three cases performed moderately in this cluster, while Chinese rural areas were the worst of all and classified alone. The Western counterparts obtained better scores both on policy input and social output indices, and could be categorised into three groups: Germany and the UK performed close to each other, while Sweden and the United States gained different levels of scores and were grouped individually.

Secondly, it was found that these selected cases slightly or greatly modified their own regulations for retirement provisions, but it illustrated that the level of social output were not raised accordingly. As Schludi (2005) argued, during the pension reform processes, some countries had implemented privatised schemes to support existing public retirement provisions, but it did not necessarily lead to higher level of protection or income security which this research measured with some output dimensions. Therefore, it has to rethink about the reforms with privatised strategies as, for instance, Orszag and Stiglitz (2001) as well as Modigliani and Muralidhar (2004) warned.

Lastly, the findings showed that the amendments of retirement provisions might lead to convergence as privatised strategies were gradually considered, discussed and even put into practice as

a part of the reforms. Nevertheless, privatised schemes might not be the main provisions for old-age income security in the future because it leads retirees into greater risks (Cavanaugh, 1996; Simonovits, 2011). Therefore, the convergence of pension provisions in the future means to introduce a basic pension scheme to maintain sufficiency in retirement with a public social insurance system for people with or without employment records, and is topped-up with a compulsory occupational retirement plan. The voluntary pension plan could apply if one is economically capable.

References

- Atkinson T, Cantillon B, Marlier E, Nolan B (2002). *Social Indicators: The EU and Social Inclusions*. Oxford University Press: New York.
- Bambra C (2007). Defamilisation and Welfare State Regimes: A Cluster Analysis. *International Journal of Social Welfare* 16: 326-338.
- Blank F, Logeay C, Türk E, Wöss J, Zwiener R (2016). Why Is Austria's Pension System So Much Better than Germany's. *Intereconomics* 51: 118-125.
- Bonoli G (1997). Classifying Welfare States: A Two-dimension Approach. *Journal of Social Policy* 26: 351-372.
- Bradshaw J (1994). Simulating Policies: An Example in Comparative Method. In: MIRE, ed. *Comparing Social Welfare Systems in Europe*. pp 439-460. Paris, Imprimerie Nationale.
- Braunstein E, Brenner M (2007). Foreign Direct Investment and Gendered Wages in Urban China. *Feminist Economics* 13: 213-237.
- Bureau of Labour Insurance (various years). *Annual Reports*. Bureau of Labour Insurance: Taipei.
- Cavanaugh FX (1996). *The Truth about the National Debt: Five Myths and One Reality*. Harvard Business School Press: Boston.
- Census and Statistics Department (various years-a). *Quarterly Report on General Household Survey*. Census and Statistics Department: Hong Kong.
- Census and Statistics Department (various years-b). *Thematic Household Survey Report*. Census and Statistics Department: Hong Kong.
- Chapman J, Miah S, Semmence J (2009). *The Pensioners' Income Series 2007-08*. Department for Work and Pensions: London.
- Council of Labour Affairs (various years). *Yearbook of Labour Statistics*. Council of Labour Affairs: Taipei, Taiwan.
- CPF Board (various years). *Central Provident Fund Board Annual Report*. Central Provident Fund Board: Singapore.
- Daly M, Rake K (2003). *Gender and the Welfare State: Care, Work and Welfare in Europe and the USA*. Polity Press: Cambridge.
- Davis I, Leigh S, Parry S, Kent C, Nicholls M (2003). *The Pensioners' Income Series 2001-02*. Pensions Analysts Division, Office for National Statistics: Newport.
- Démurger S, Fournier M, Chen Y (2007). The Evolution of Gender Earnings Gaps and Discrimination in Urban China, 1988-95. *The Developing Economies* 45: 97-121.

- Department for Work and Pensions (2008). *First Release: DWP Quarterly Statistical Summary*. Department for Work and Pensions: London.
- Department for Work and Pensions (2009). *The Abstract of Statistics for Benefits, National Insurance Contributions, and Indices of Prices and Earnings*. Department for Work and Pensions: London.
- DGBAS (various years). *The Survey of Family Income and Expenditure*. Directorate-General of Budget, Accounting and Statistics, Executive Yuan, Taiwan: Taipei.
- Du F, Dong X-y (2009). Why Do Women Have Longer Durations of Unemployment than Men in Post-restructuring Urban China. *Cambridge Journal of Economics* 33: 233-252.
- Esping-Andersen G (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Polity Press: Cambridge.
- Esping-Andersen G (1997). Hybrid or Unique? The Japanese Welfare State Between Europe and America. *Journal of European Social Policy* 7: 179-189.
- Ferrera M (1996). The 'Southern Model' of Welfare in Social Europe. *Journal of European Social Policy* 6: 17-37.
- Finch NL (2006). *Equalling the Divide: A Comparative Perspective on Gender Equity, Social Policy and the Family*: PhD Thesis in Social Policy and Social Work, University of York, UK.
- Gillion C, Turner J, Bailey C, Latulipe D (2000). *Social Security Pensions: Development and Reform*. International Labour Office: Geneva.
- Gustafsson B, Li S (2000). Economic Transformation and the Gender Earnings Gap in Urban China. *Journal of Population Economics* 13: 305-329.
- Hagen K, Kleinlein A (2012). Ten Years of the Riester Pension Scheme: No Reason to Celebrate. *DIW Economic Bulletin* 2: 3-13.
- Hallberg D, Lindh T, Öberg G, Thulstrup C (2011). Intergenerational Redistribution in Sweden's Public and Private Sectors. In: Lee R, Mason A, eds. *Population Aging and the Generational Economy: A Global Perspective*. pp 421-433. Cheltenham, Edward Elgar.
- Holliday I (2000). Productivist Welfare Capitalism: Social Policy in East Asia. *Political Studies* 48: 706-723.
- Jones C (1990). Hong Kong, Singapore, South Korea and Taiwan: Oikonomic Welfare State. *Government and Opposition* 25: 446-462.
- Jones C (1993). The Pacific Challenge: Confucian Welfare States. In: Jones C, ed. *New Perspectives on the Welfare State in Europe*. pp 198-217. London, Routledge.
- Korpi W (2000). Faces of Inequality: Gender, Class, and Patterns of Inequalities in Different Types of Welfare States. *Social Politics* 7: 127-191.
- Korpi W, Palme J (1998). The Paradox of Redistribution and Strategies of Equality: Welfare State Institutions, Inequality, and Poverty in the Western Countries. *American Sociological Review* 63: 661-687.
- Kwon H-J (1998). Democracy and the politics of social welfare: a comparative analysis of welfare systems in East Asia. In: Goodman R, White G, Kwon H-J, eds. *The East Asian Welfare Model: Welfare Orientalism and the State*. pp 27-74. London, Rutledge.
- Leibfried S (1993). Towards a European Welfare State? On Integrating Poverty Regimes into the European Community. In: Jones C, ed. *New Perspectives on the Welfare State in Europe*. London, Routledge.

- Lin H-Y (2011). Benchmarking Outputs of Pension Provisions in China, Hong Kong, Singapore and Taiwan: A SMOP Approach. *Asian Journal of Social Science* 39: 332-364.
- Lin H-Y (2012). The Retirement Provisions in China, Hong Kong, Singapore and Taiwan: Perspectives on Policy Inputs and Social Outputs. *Asian Social Work and Policy Review* 6: 163-191.
- Mandatory Provident Fund Authority (various years). *Annual Report of the MPF System*. Mandatory Provident Fund Authority: Hong Kong.
- Marin B, Zaidi A, eds. (2007). *Mainstreaming Ageing: Indicators to Monitor Sustainable Policies*. Aldershot, Ashgate.
- Mason A, Lee R, Tung A-c, Lai MS, Miller T (2009). Population Aging and Intergenerational Transfers: Introducing Age into National Accounts. In: Wise DA, ed. *Developments in the Economics of Aging*. pp 89-122. Chicago, University of Chicago Press.
- MCYS (various years). *National Survey of Senior Citizens*. Ministry of Community Development, Youth and Sports: Singapore.
- Ministry of Human Resources and Social Security (various years). *China Labour Statistical Yearbook*. The Ministry of Labour and Social Security: Beijing.
- Modigliani F, Muralidhar A (2004). *Rethinking Pension Reform*. Cambridge University Press: NY.
- Monetary Authority of Singapore (various years). *Insurance Statistics*. Monetary Authority of Singapore: Singapore.
- Mósesdóttir L (2001). *Evaluating Gender Equality in the Icelandic Labour Market*. Rannsóknarmiðstöð Háskólans í Reykjavík: Reykjavík.
- Mosley H, Mayer A (1999). Benchmarking National Labour Market Performance: A Radar Chart Approach. Discussion Paper FS I 99-202, Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- National Audit Office (various years). *National Insurance Fund Account*. National Audit Office: London.
- National Bureau of Statistics of China (various years). *China Statistical Yearbook*. China Statistics Press: Beijing.
- National Social Insurance Board (2002). *The Swedish Pension System Annual Report 2001*. National Social Insurance Board: Stockholm.
- OCI (various years). *Provisional Statistics on Hong Kong Long Term Insurance Business*. Office of the Commissioner of Insurance: Hong Kong.
- OECD (2012). *Labour Force Statistics 2011*. Organisation for Economic Co-operation and Development: Paris.
- Orszag PR, Stiglitz JE (2001). Rethinking Pension Reform: Ten Myths About Social Security Systems. In: Holzmann R, Stiglitz JE, eds. *New Ideas about Old Age Security: Toward Sustainable Pension System in the 21st Century*. pp 17-56. Washington DC, World Bank.
- Pai Y (2006). *Comparing Individual Retirement Accounts in Asia: Singapore, Thailand, Hong Kong and PRC (SP Discussion Paper No. 0609)*. World Bank: Washington D.C.
- Plantenga J, Hansen J (2001). Assessing Equal Opportunities in the European Union. In: Loutfi MF, ed. *Women, Gender and Work: What Is Equality and How Do We Get There?* pp 273-304. Geneva, International Labour Office.

Reisman D (2006). Payment for Health in Singapore. *International Journal of Social Economics* 33: 132-159.

Schludi M (2005). *The Reform of Bismarckian Pension Systems*. Amsterdam University Press: Amsterdam.

Schütz H, Speckesser S, Schmid G (1998). Benchmarking Labour Market Performance and Labour Market Policies: Theoretical Foundation and Applications. Discussion Paper FS I 98-205, Berlin, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.

Simonovits A (2011). The Mandatory Private Pension Pillar in Hungary: An Obituary. *International Social Security Review* 64: 81-98.

Singapore Department of Statistics (2008). *Yearbook of Statistics Singapore, 2008*. Department of Statistics: Singapore.

Social Security Administration (various years). *Annual Statistical Supplement to the Social Security Bulletin*. Social Security Administration: Washington D.C.

Statistics Sweden (various years). *Statistical Yearbook of Sweden*. Statistics Sweden: Örebro.

Statistisches Bundesamt (various years). *Statistical Yearbook for the Federal Republic of Germany*. Statistisches Bundesamt: Wiesbaden.

Swedish Social Insurance Agency (various years). *Orange Report: Annual Report of the Swedish Pension System*. Swedish Social Insurance Agency: Stockholm.

Social workers training at Russian New University

Liutkene G.V.,¹⁵⁶ Ryblova A.N.¹⁵⁷

Abstrakt

Příspěvek se týká naléhavých problémů školení specialistů v oblasti sociální práce na Nové ruské univerzitě. Při řešení uvedených problémů se autor stručně zabývá tendencemi a progresivními změnami, ke kterým došlo na ruských univerzitách v průběhu posledních pěti let ode dne přechodu na tříúrovňové vyšší vzdělávání. Příspěvek popisuje způsoby zlepšování metodiky a technologie výuky vzdělávacího procesu budoucích sociálních pracovníků. Příspěvek popisuje typické znaky teoretického a praktického vzdělávacího procesu a určuje hlavní směry výzkumu v oblasti sociální práce zaměřené na vypracování inovativních sociálních programů.

Klíčová slova: Vzdělávání sociálních pracovníků. Nová ruská univerzita. Metodika a technologie vzdělávání. Teoretický a praktický vzdělávací proces. Inkluze do sociální sféry. Metody intenzivní výuky Výzkumná aktivity. Inovativní sociální programy.

Abstract

The article concerns the urgent problems of training specialists on social work at the Russian New University. To solve the given problems the author briefly touches upon the tendencies and progressive changes, which took place at Russian universities during last five years since the transition to three-level higher education. The article describes ways of improving teaching methodology and technology of future social workers' educational process. The article presents peculiarities of theoretical and practical educational process and determines the main directions of research in the sphere of social work aimed at the elaboration of innovative social programs.

Keywords: Social workers training. Russian New University. Teaching methodology and technology. Theoretical and practical educational process. Inclusion into the social sphere. Intensive teaching methods. Research activity. Innovative social programs.

Foreword

Socio-economic changes, which took place during the last 5 years in Russia, affected the higher education system too. Russian higher education has passed to three-level higher education. The task of Russian universities is to preserve indivisible educational area of the country taking into account the peculiarities of economic, national and demographic conditions of different regions. The universities functioning on a particular territory and being the most important socio-cultural, scientific and technological elements have to take into account real conditions and specific requirements. At the same time we should orient on the interests of the whole country in the volume and structure of training and retraining specialists necessary for the effective development of economic and social spheres [1].

Today higher education should be oriented on the labor market. The modernization of the educational process is carried out taking into consideration the demand of employers and individual needs of students. Universities have to solve a number of problems: to make education meet the requirements of modern life; to improve the training process by using new educational technologies, intensive methods, teaching and control programs; to decrease the period of students'

156 Liutkene G.V., Head of the Social Work Department of Russian New University, Candidate of Political Sciences, Associated Professor; e-mail: Liutkene@mail.ru; Tel.: 89037124120

157 Ryblova A.N., Head of the Linguistics and Intercultural Communications Department of Russian New University, Doctor of Sciences in Pedagogy, Professor, Academician of the International Teachers' Training Academy of Science, Moscow, Russia; e-mail: alla.r61@mail.ru; Tel.:89998529742

adaptation after graduating from the university and to provide them with fundamental knowledge and professional skills, which will help them to find a job according to their specialty and to take an active part in professional activity.

During the last five years some positive educational changes have taken place in the higher education system, such as:

- transition to three-level education (bachelor-master-doctor);
- continuous training and retraining of specialists has been ensured;
- progressive changes in the formation of the University policy on the educational services market have taken place responding to changes in dynamics of the existing demand for specialists;
- renewing of the contents, methods and facilities of teaching in all specialties has taken place.

Teaching Methodology and Technology

Russian New University (RNU) is one of the biggest classical educational organizations functioning in Moscow. Future social workers are trained at the Humanitarian Technologies Faculty (HTF), which is constantly searching for new ways of improving teaching methodology. New educational technologies are widely used in the educational process of future social workers, which allow turning training process into the student's individual research activity, developing the intellectual potential of a student and forming his/her culture.

On a highly competitive educational market the main task of teaching staff is to give students the opportunity to acquire practical skills in their future profession while studying at the RNU. The system of students' practical training is characterized by:

- orientation of training process towards the continuing students' inclusion into real social sphere (from introduction them into their specialty at junior courses to solution particular social problems when studying special disciplines; from practice provided by curriculum to combining studies and job on specialty at senior courses);
- practical orientation of production practice and before-diploma practice, course-papers and degree research works on employer requirements;
- providing the system of control and stimulating the quality of students' practical training.

The development of new computer technologies and global networks contributed to the increasing the quality of social workers training. The number of computers connected up to the local RNU network is increasing constantly. There appeared modern computer classrooms where future social workers acquire and improve their professional skills with the help of business games, special training and control programs.

Intensive teaching methods are widely used at the RNU. They are: problem and research methods; heuristic methods (discussion/debate, role/business play, case-study); programmed control and evaluation methods and etc. New organizational forms of training are also used: the problem lecture, the lecture-visualization, the binary lecture, the lecture with beforehand planned mistakes, the lecture-press-conference, the seminar–discussion/debate, the seminar–role/business play, the seminar–research (“round table”, “symposium”, “discussion group”), the *professional research lesson* [2] (during which a teacher simulates professional situations for the students and provides conditions for their active professional information processing in groups and individually), the *consultation-testing/correction/diagnosis*) [3] (in the organization process of which the programmed control methods are used and the quality of knowledge and skills is evaluated by means

of tests, questionnaires and control programs. A combination of academic education with practical training is the basis, which enables the graduates to meet the requirements of the labor market and to solve the problem of unemployment rather quickly.

Main Directions of Future Social Workers' Research

In the RNU much attention is paid to the scientific work of future social workers. The main task of it is to form and develop scientific schools to solve social work problems. The purpose of research is to increase the quality of education, to help students to acquire maximum knowledge during the shortest period of time. The range of research has expanded and the structure of scientific works has considerably changed in recent years.

There are different types of students' scientific work at Russian New University. There are problem societies, an intellectual society and laboratories. The best students' works are sent to All-Russian and International Competitions. Annually students' scientific conferences take place. Praise and prizes are given to those students who made the best reports.

Within the system of scientific work Russian New University participates in different research programs connected with the profile of the specialists [4]. The research of future social workers is carried out in various directions: "Elaboration of evaluation technology of social worker activity" and "Projecting of social support of immigrants' families in Russian Federation (RF)", "Designing new system of social organizations for pensioners' support in RF".

The aim of the research is to develop models and methods of cooperation between federal, regional and university systems managing specialist training quality according to requirements of potential employers. The RNU also became actively involved in scientific development within the federal special purpose programs. The grant competition allows supporting the most promising teams of scientists who dynamically work on different scientific directions. Annually 3-4 scientific teams win grants from the Scientific Fund of Russian Federation (RF), the Soros Fund, the Eurasia Fund, and etc.

The future social workers also take an active part in editing and publishing: they issue scientific journals, newspapers, annual journals of scientific works, where the abstracts from reports read at the conferences and scientific articles appear. A considerable part of research finds its application in academic studies that promote intensification of studies and increasing the effectiveness of higher education. The university research plays a great role because it influences the problems of socio-economic and technological transformation in the definite region, in the majority of which it is the basis for technological and social potential.

Conclusion

So the most important task is to form regional innovative social programs, which are the part of national scientific, technical and innovative policy. Besides, if a university wants to effectively influence the social transformation in the region, it should conduct investigations on the evaluation of the labor market, the resource basis of the region, the development of social models of the region's functioning and also marketing research of the region in the sphere of staff training and new educational technologies. Nowadays the main task of the Russian New University is to form and to develop the network of partnership in the region and in certain branches, with which it can have long-term complex programs of mutually beneficial cooperation.

Literature

The Concept of modernizing education in Russia during the period up to 2010, – Moscow: The Ministry of Education of Russia, 2002. -29p.

RYBLOVA A.N. Management technology of educational process in the system of continuing education. – Saratov: Publishing House ‘Saratov Source’, 2009. – 96p. *ISBN 978-5-91879-024-3*

RYBLOVA A.N. Management of educational systems. – Saratov: Publishing Center of Saratov State Socio-Economic University, 2009. – 168p. *ISBN 978-5-87309-835-4*

LIUTKENE G.V. Social partnership as an instrument for solving urgent problems of youth and society //Social partnership as the principle of interaction in social work: the materials of the international scientific and practical conference. – Moscow: Publishing House «ОнтоПринт», 2014 –P.113-126. *ISBN 978-5-9906190-1-2*.

Help for Self-Help in Social Work

Iryna Trubavina¹⁵⁸

Abstrakt

Pomoc ke svépomoci implementuje do sociální práce myšlenku osobního rozvoje jako vytvoření podmínek k realizaci a ochraně lidských práv v sociálních službách, podpoře, pomoci, svépomoci, každá s vlastním účelem a vlastními osnovami. Cíle systému sociální práce zahrnují práci s klienty jako předmětem vašeho života. Zahrnují hlavní složku systému (cíle), cílové složky, které odrážejí strukturu a metody práce (diagnostické, motivační, prognostické, týkající se osnov, provozního řízení a korekční), a komponenty, které odhalují pracovní podmínky (orientační, etické, metodické, organizační). Základem pomoci ke svépomoci je teorie lidských práv a teorie rozvoje člověka.

Klíčová slova: Sociální práce. Pomoc ke svépomoci. Sociální služby. Systém sociální práce.

Abstract

Help for self-help implements in social work the idea of personal development as the creation of conditions for the realization and protection of human rights in social services, support, help, self-help, each with its own purpose and curriculum. The aims of social work's system is to work with clients as subject of your life. It includes main component of system (aim), target components that reflect the structure and methods of working (diagnostic, motivational, prognostic, curriculum, operational control and correctional) and components that expose working conditions (orientation, ethical, methodical, organizational). The basis of Help for Self-help is the theory of human rights and theory of human development

Keywords: Social work. Help for self-help. Social services. Social work system.

1. Main text (chapter)

In elaborating the conceptual basis of social work in Ukraine, we, as a scientific advisor of State Social Service for the Family, Children and Youth analyzed the best world experience on this problem. So, the ideas of the conception "Help for Self-Help" meet the progressive ideas of the world community, the ideas of creating the social state in our country, ethical standards and rates, the aim of social work and its main principles. The "Help for Self-Help" has certain positive experience of realization through the joint project of League of Social Workers of Ukraine and German International Union (supported by TACIS) concerning the work with unhappy families in the system of social services for children and youth. But in 2001 when we elaborated our model of social work, this strategy was not clearly formulated, it had no theoretical basis; it complicated the selection of work content, the choice of methods of work with clients. The German experience required taking into account the peculiarities and tasks of social work in Ukraine; in addition the work with families has not yet been the subject of special attention with the scientists in scientific respect, but it has already become the task of social services.

Let us consider the main provisions of "Help for Self-Help":

1. The attitude of social, pedagogical workers to children, youth, families as to the wholesome subjects of work, as to persons having their own rights, purposes, interests, experience, intentions, resources; they are responsible before themselves for their choice of decisions in their life-activities. It means to propose the variants of services and interaction in solving the family

158 Kharkiv G.S.Skovoroda National Pedagogical University, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor of General Pedagogic and Pedagogic of Higher School Chair, e-mail: trubavina@gmail.com, Tel: 00380675751236

problems, leaning upon personal, family, general human values, upon the rights of a child in society and in a family. It foresees certain duties concerning the members of the family and the society, focus on the formation of life skills and experience.

2. The interaction between a social pedagogue and the child, the family may be carried out only in the interests of the child and in the interests of the family for the preservation of their integrity as a collaboration and a partnership, that reflects different degrees of readiness of individuals and families to solve problems, to overcome difficulties, to install ability for independent life and motivation for interacting. The collaboration assumes the formation of positive motivation for interaction with specialists, for independent solving problems; it also assumes accepting the services proposed, the organization of realizing by the personality and the family the impossibility to solve the problems independently or to eliminate the reasons of these problems, the proper self-estimation of one's resources and possibilities for help, understanding the prospects of interaction in the context "Help for self-help". The interaction foresees the decision concerning the acceptance of services; this decision the personality and the family make independently and search of the ways of solving problems is realized together with the specialist on the basis of diagnostics (including the inspection) and self-estimation, which in their turn are the basis of the general plan of "solving the problem". Aims, requirements, terms, conditions, forms and methods of work are being coordinated, as well as mutual rights and duties, expected results in the case it was found out that the social situation threatens the life or health of the child or other family members. The decision on intruding into the situation and carrying out the corresponding work is made on the basis of legislation and professional ethics.
3. Offering services as a support in performing functions and realizing rights which the family can not carry out independently under present conditions in given time, offering services which provide for the change of the situation and the development of a personality, a family or social changes: the family first gets the support and after the successful interiorization of rights proceeds to self-help. Support means social services that give the possibilities to the family to fulfill their duties, it is carried out in the course of a certain period, it gives the chance to realize their rights in the micro-medium and a society; it foresees rendering temporary shelter, clothes, money assistance, assistance in improving the health of children, social custody over the children; informing the members of the family on the consequences of the problem as well as giving consultations as an advice.

Support may be carried out in the form of tutorship, supervision and inspecting the living conditions and relations between the family members, or in the form of giving advices, facilitation and mutual help in the group, or in the form of involving into activities under different conditions and in accordance with better samples. Support foresees the consumption by the personality and the family certain social services selected by them, minimal independence of the child and the family in solving the problems with their own efforts. But the support shows that it is possible to find the services if one is in search of them; support leads in the direction of ways and variants of solving the problems, stimulates to collaboration in solving the problems, contributes to softening the most complex of them; the limitation of support in time and size leads to the transition of help into participation in solving the problems.

Help is a complex of social services that contribute to solving the problems of the personality and the family together with the former with taking into consideration the peculiarities of this personality, as well as the resources of subjects of the social-pedagogic work, the plan of work with the family; it has as its consequences the renovation or upgrading the social status of the family and its development on the basis of acquiring the life skills and habits. Help is fulfilled in the form of improving health of the children, through contributing to the organization of their leisure, in the form of social custody, social education, giving consultations on solving different problems, information on the resources, ser-

vices, possible problems, difficulties, ways, means of prevention, through participation in the groups of mutual help, facilitator ship, work in the community, etc. Help may be combined with support.

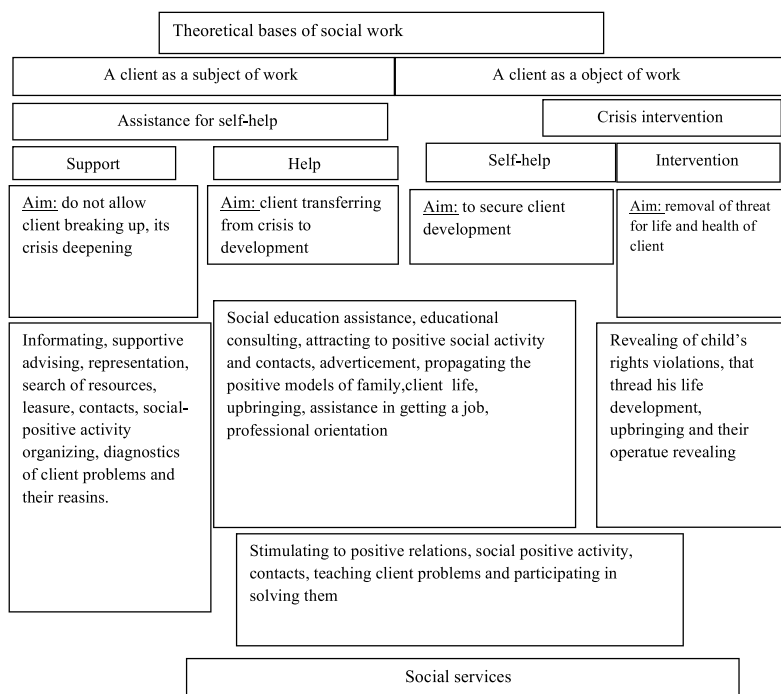
Self-help is a partnership, independent work of the family and groups of families in solving their own problems or the problems of other people similar to their own. It is carried out according to the plan which was elaborated together with a specialist or coordinated with him by way of using one's own resources or resources of those attracted under the supervision or control of a specialist (in case it's he who gives the resources), by way of strict control from the side of families. Partnership provides for the access, participation, making decisions and giving powers. Partnership foresees that social services may be rendered directly by clients/users through self-help groups and groups of similar interests, NSO (non-state organizations), etc. The partnership may be carried out in the following directions: analysis of children groups, youth and family problems; initiating the investigations and projects; studying the needs of the clients of social services; participation in making decisions touching upon groups of users; addressing and lobbying the common interests, information and exchange of resources with the aim of solving the problem; solving the common problem on the basis of responsibility, resources and services division, coordination and cooperation; training of leaders; expert evaluation and control of projects, decisions, actions, supervision of certain directions of work; systematization of experience in solving the problems; self-education, self-upbringing; working out common plans and projects; volunteer-ship. Self-help foresees the independence of a personality and families in solving the problems but reflects their needs and professional incompetence; these factors, in their turn, cause partnership with the institutions of social sphere. The consequence of self-help is the ability of the personality and the family to lead independent life, the ability to solve the problems independently on the basis of acquiring one's own rights and developing life skills through partnership with a specialist, participation in the groups of self-help following the directions or in accordance with one's own initiative, through self-education, through independent practical work or in other ways.

4. Technologies of realization of "Help for self-help" are subject-subjective, they are oriented on the awareness and action of families as subjects of life-activity and social work, reflect the content of support, assistance and self-help. The choice of technologies is performed by specialist dependently on the problem, wishes of the personality and families concerning the choice of ways to solve the problems, professional skill of a specialist.
5. Strategy "Help for self-help" may be realized under the following conditions: using the management of social services, oriented on giving services to concrete person or concrete family;
 - presence of mobile multidisciplinary team of professionals specializing in a certain problem and acting as a conference, elaborated temporarily for rendering services in dependence upon the problems of the personality and the family;
 - readiness of specialists to work on the basis of subjective relations with the personality and the family, mastering corresponding technologies and ethics of work with them;
 - limitation of support in time and size and the information of the personality and the family about it;
 - defining the indices of the efficiency of rendering help and addressed social advertisement; stimulating the personality and the family for receiving support, assistance and transition to further self-help;
 - presence of the alternative variants of solving the problems of the personality and the family as well as forms and methods one chooses himself;
 - giving up the criticism touching upon the personality and the family, leaning upon the experience of the person and the family and everything positive in them in the presence of efforts in solving the problems; tolerance and equality in attitude to wards the clients, availability of certain status, rights and duties necessary for realizing social custody and inspecting the families, etc.;

- coordination, integration and exchange of resources by the subjects for children and family protection; creation of the network of social services;
 - qualitative comprehensive diagnostics of the problem and condition;
 - control, mutual-and self-control following the process of rendering social services and in-time correction.
6. “Help for self-help” may be used in different kinds of social work: social service, prevention and escort as an independent work as well as in the process of rehabilitation after the crisis intrusion. The spheres of realizing the strategy are different, such as public, economic, educational, tutorial, cultural, curative. It should be noted that the leading services among other social ones which transfer the personality and the family from the state of a crisis to the state of functioning and after that to the state of development appear to be the social-pedagogic services, such as teaching the new positive models of solving the problems of socialization and development.

The diagram 1 below shows the scheme for realizing the conception of ‘Help for self-help’ in the social work with the families within the system of centres of social services for the family, children and youth.

The diagram 1.: Help for self-help in social work



App. A. Трубавіна І.М. Теоретико-методичні основи соціально-педагогічної роботи з сім’єю – дис... доктора пед. наук 13.00.05 – соціальна педагогіка – Луганськ:ЛНУ ім. Т.Г.Шевченка.-2009

References

1. Акстманн К. Социально-педагогическая работа с семьей / К.Акстманн // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2002. – № 1. – С. 85-91.
2. Asbjom Eide, Ame Oshaug, Wenche Bartl-Eide. Report on the right to adequate food as a human rights // Конвенція про права дитини: шляхи практичного застосування: Матеріали доповідей та повідомлень семінару Дитячого християнського фонду.–К.:TACIS, 1999.–С. 98.
3. Boldwin Norma Involvement of service users: a key aspect of effective social work planning and practice // Соціальна робота: теорія, досвід, перспективи: Матеріали доповідей та повідомлень міжнародної науково-практичної конференції. – Ужгород: УДУ, 1999. –с.25-31.
4. Нойфельд И. Методы социальной работы / И. Нойфельд // Теория и практика социальной работы: отечественный и зарубежный опыт: [в 2 т.]. – Москва – Тула: МГСУ. – 1993.
5. Пейн М. Сучасна теорія соціальної роботи / [пер. с англ. Петро Майнзюк] / Малколм Пейн. – К.: Наука, 2000. – 456 с.
6. Самородова О. А. Развитие муниципальной системы социально-педагогической поддержки сельской семьи: дис. кандидата пед. наук: 13.00.06 / Ольга Анатольевна Самородова. – Москва ИПСП РАО, 1999. – 192 с.
7. Селевко Г. К. Социально-воспитательные технологии / Г.К.Селевко, А.Г.Селевко. – М.: Народное образование, 2002. – 176 с.
8. Торохтий В. С. Основы психолого-педагогического обеспечения социальной работы с семьей: в 2 ч. / Владимир Свиридович Торохтий. – М.: МГСУ, 2000. – Ч. 2. – 114 с.
9. Трубавіна І. М. Соціально-педагогічна робота з сім'єю в Україні: теорія і методика: [монографія] / Ірина Миколаївна Трубавіна. – Х.: Нове слово, 2007. – 395 с. ISBN 978-966-2046-24-3
10. Трубавіна І. М. Компоненти системи соціально-педагогічної роботи, орієнтованої на розвиток сім'ї (на прикладі мережі центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді) / І. М. Трубавіна // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2006. – № 4. – С. 5-14.
11. Трубавіна І. М. Концепція допомоги для самопомоги в соціальній роботі в Україні / І. М. Трубавіна // Соціальна робота в Україні: теорія і практика. – 2003. – № 2. – С. 44-51.
12. Уоткинс К. Доклад о развитии человека 2006 / К. Уоткинс. – UNDP: Изд-во „Весь Мир”, 2006. – 440 с.

Protection of children and vulnerable families the challenge of inclusion of immigrant families

Hans-Jørgen Wallin Weihe¹⁵⁹

Abstrakt

V posledních letech se do Norska přestěhoval velký počet dětí a rodin imigrantů. Třebaže se většina rodin a dětí snadno na život v Norsku adaptovala, stále existují rodiny, které čelí konkrétním výzvám při jejich začleňování do norské společnosti. Příspěvek se zaměří právě na tyto výzvy a podrobněji dále na výzvu, kterou představují digitální média, rodiny a někdy pouze rodinnými příslušníky, kteří fyzicky žijí v jedné společnosti, ale digitálně patří do jiné a někdy dokonce do digitálně zkonstruovaného světa.

Klíčová slova: digitální média, rodiny, imigranti

Abstract

In recent years Norway has received a large number of immigrant children and families. Even if most of the families and children readily adapt to life in Norway there are a number of families which face particular challenges for inclusion in the Norwegian society. The paper presentation will focus on those challenges with particular focus on the challenge with digital media and families and sometimes only members of families physically living in one society, but digitally relating to another and sometimes even to a digitally constructed world.

Key words: digital media, families, immigrants

Introduction

In the last decades, Norway has a large-scale immigration of work migrants. Of a total population in 2016 of 5,2 million inhabitants 698.500 were immigrants and 149.600 Norwegian-born of immigrant parents. (33 %) as well as refugees (22 %) and family reasons (39 %) (Statistics Norway, 2016). Most of the work-migrants have some kind of qualifications that is in demand in Norway. Within fields like carpentry, mason work and in the labour market for other crafts immigrants are in many areas a substantial part of the work force. The same is true for agriculture and in the fishing industry. Quite some of the work-immigrants choose to have their families in their countries of origin, however increasing numbers settle in Norway. In addition, a number of Roma come to beg, play music and gain a certain income from street-work. The latter regard themselves as work-migrants, but are not accepted as such by Norwegian authorities nor listed in statistics of work migrants. The Roma usually have their children and families in their home countries. Having children participating in street-work and living without proper housing would have resulted in intervention from Norwegian child protection authorities. Thus, the Roma do not dare to bring their children to Norway. Refugees are mostly from countries outside of Europe seeking political asylum. A substantial number of the refugees will not get asylum application accepted. The reason is that they are economic migrants not qualifying for political asylum. Many of those rejected will continue to stay in Norway, as there are not way to make a safe return to their home countries.

159 Hans-Jørgen Wallin Weihe, Professor of Social Work, Lillehammer University College, Box 952 2604 Lillehammer, NORWAY; e-mail: H-J.Wallin.Weihe@hil.no; Tel.: 0047 900 17 623

Obviously many of the refugee families have had traumatic experiences affecting both the children and the parents. Many children do not themselves experience the trauma of the refugee situation and the problems in their home countries and mainly experience trauma through living with their traumatized parents/ or other grown-ups. Most likely, we have some work-migrants with prior traumatic experiences as well. However, I would like to emphasize that most work migrants are resourceful above the average and able to adapt to the situation in Norway without great problems. Still, the competency of reaching out to the migrants that themselves are vulnerable due to a variety of challenges and/or have families/family members with some kind of vulnerability is a challenge.

Regardless of status, many families either come with problems or develop them after coming to Norway. In Norway, we consider that about 1–1,5 % of the population will experience some kind of trauma resulting in post-traumatic (PTS) reactions (Snoek and Engedal, 2011:100). Among refugees, the number is far higher having both the trauma they come from, the experience of coming to another country and the challenge of adopting.

In all situations with PTS the big challenge is being able to follow up patients. PTS reactions can surface after many years of not visible symptoms and is often lifelong. In such cases co-operation with each individual, family and significant others is of great importance. With people from other cultures, symptoms are often interpreted as signs of culture/language problems and not as signs of PTS. The type of trauma will be an additional challenge. Trauma like rape results in a very high rate of PTS reactions. In Norway research indicates around 47 % PTS (Sund et al, 1985). Even in the Norwegian population, it is difficult for victims to talk about sexual assault. Cultural traditions can make it even more difficult and having the additional obstacle of language and culture differences even more difficult.

Even if social workers mostly represent generalized social services, they are among those working in first-line services. Thus, they will often meet symptoms and have to work with people that has had little prior contact with more specialized services. Social workers will often be the first to see the symptoms and to hear about the problems. Thus, social workers can serve as gatekeepers to specialized services and influence the use of more specialized services.

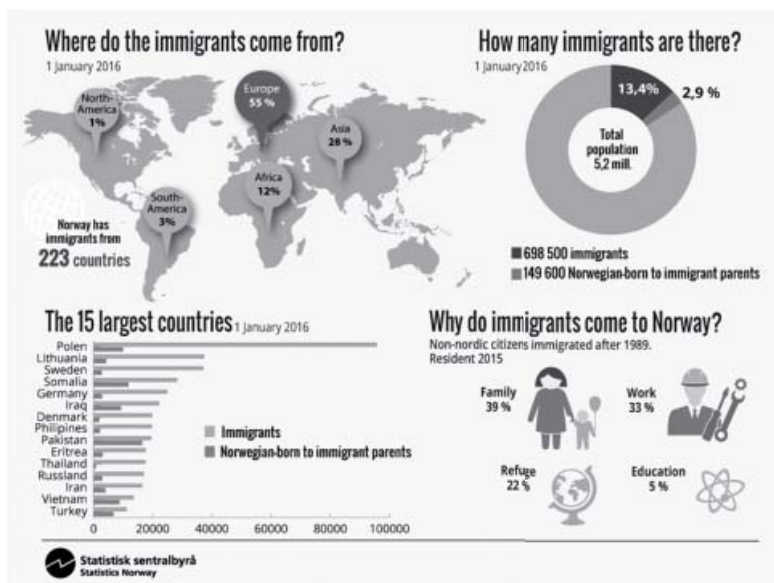
In this article, I will give a brief overview of some of the challenges.

1. Some numbers from the Statistics of Norway (numbers of 1st of January 2016)¹⁶⁰

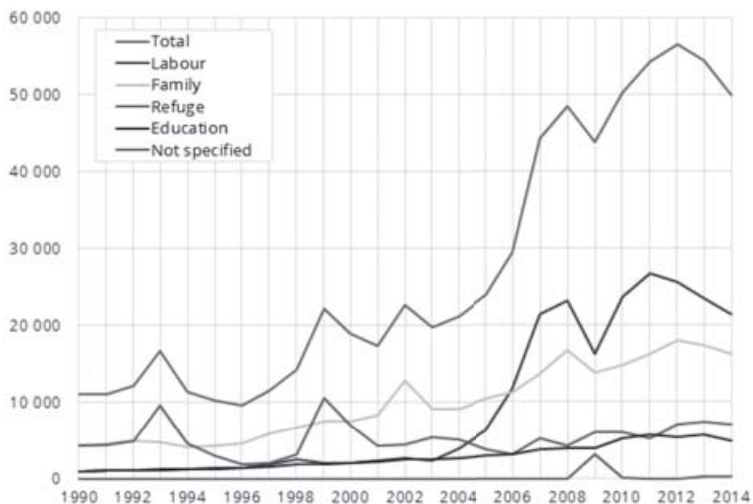
Immigrants have problems like the rest of the population. Immigrants who stay for the rest of their life will have problems related to age as the rest of the population. Many early immigrant groups such as the Czechs that came during the time of communism and Vietnamese that came as boat refugees (picked up by Norwegian ships) have now reached the age where they are in need of specialized services for the elderly. Thus, the new immigrants will represent a number of vulnerabilities related to age and life situation.

¹⁶⁰ Statistics Norway (2016, read 19th of September).

The statistics illustrate the complexity of the challenge for social services as well as for health services. For the young ones the challenges and vulnerabilities of the immigrants are in addition connected to educational services.

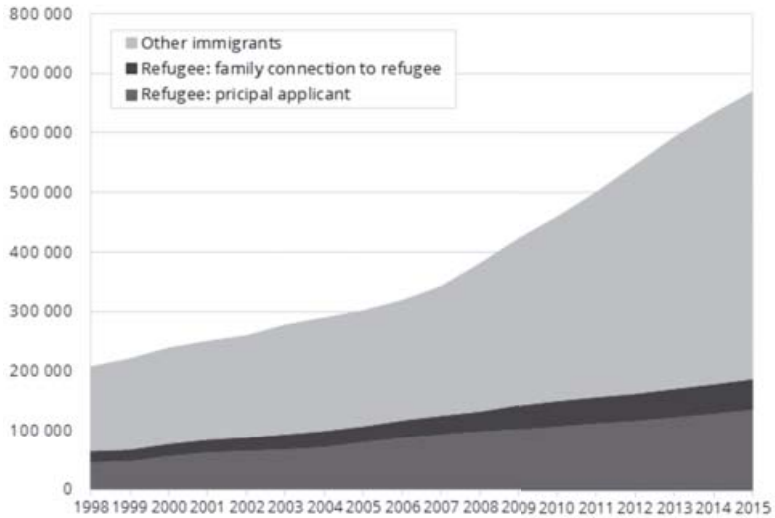


Immigrants by reason for immigration



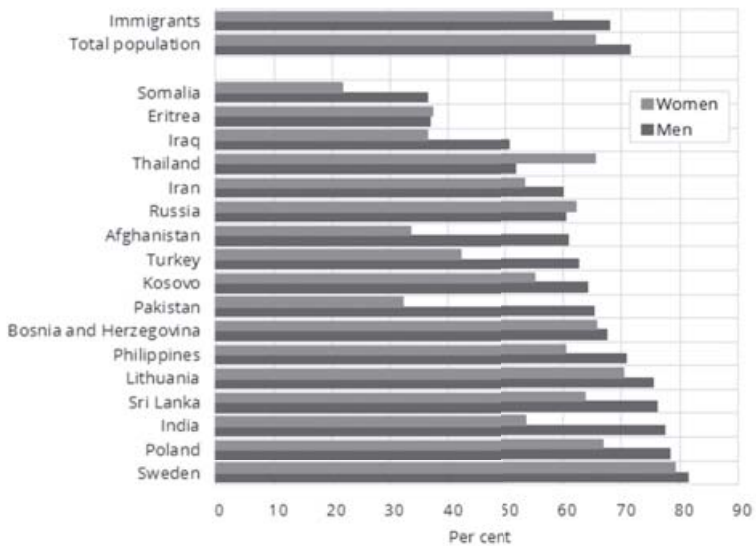
Source: Statistics Norway

No. of refugees and other immigrants



Source: Statistics Norway

Percentage employed, by sex and country background. 4th quarter 2014



Source: Statistics Norway

2. Normal problems

In many cases we find that professionals see cognitive and mental vulnerability as a sign of having another language or cultural background. One example used by a teacher was a Polish child in school who was dyslexic. The child had the same problems in Poland. As teachers had no prior knowledge of the problems with dyslexia and interpreted the lack of progress at school as a sign of problems of language and adapting to a new culture the child did not receive any special education. In the Norwegian schools, special teaching is an additional support for children with such problems. After special teaching was started in combination with additional support in the mother tongue of the child (a teacher with competency in Polish) the child rapidly caught up with class.

The challenge was a minor problem, which could be helped to great relief of both the child and the parents. Still problems due to lack of information and understanding is often a great obstacle to giving help. Particularly that is so with problems that are sensitive and shameful for the family. Mental retardation, mental illness, problems with addiction are typical examples. Learning problems, such as dyslexia, is also to some families and some children a matter of shame. In Norway problems of dyslexia is often used because the Norwegian King Olav V (1903–1991 – King from 1957–1991) was dyslexic. He chose to go public with his vulnerability, which was a great help to make people be open about problems with dyslexia. After the King talked about his dyslexia, his openness made people talk about other kind of vulnerabilities as well.

Since King Olav was an immigrant himself (his father Danish and his mother was English). His history is an example of a resourceful immigrant families and their adaption to a new life in another country. The King was a unique personality with great personal resources. He won the Olympic gold-medal in sailing in 1928, was a gifted ski jumper, the chief of defence for the Norwegian armed forces during the Second World War and was in 2005 by voting elected as the Norwegian of the last century.¹⁶¹

Family counselling

Immigrant families do not use family counselling to the same extent as Norwegian families. Still family problems can be massive in many immigrant families. Conflicts between parents and generational conflicts are common challenges for social workers in family counselling.

Health services

Communicating about problems of health is challenging regardless of the background of the patient. However, diagnosing health problems with patients with another cultural and language background is particularly challenging. Social workers will sometimes work in health services and quite often be in the situation that they initiate the use of health services as well as give feedback to health workers. Such feedback is often of great importance both to adjust diagnosis and in order to give necessary medical help.

161 Langslet (1992); Dahl (1982)

Psychiatric services

Psychiatric services cover a wide range of problems. Particularly challenging is the serious problems such as those of risk of suicide, schizophrenia and various psychotic reactions. Social workers are frequently part of psychiatric teams. Social workers working in street-level services frequently initiate psychiatric help, as they are the first professionals to see the symptoms.

Schizophrenia will affect about 1 % of the population through their life-span. Thus, in a population of nearly 700.000 immigrants about 7000.¹⁶² Most of those will only be harmful for themselves and a burden for their families, but a small minority will also pose a risk to others. A number of episodes with immigrants with schizophrenia illustrate both the problem with diagnosis as well as follow-up with patients from another culture.

Social workers is frequently involved in follow-up after patients finish their stay in treatment facilities. Thus, they have a particular responsibility both for the safety of the patient and others.

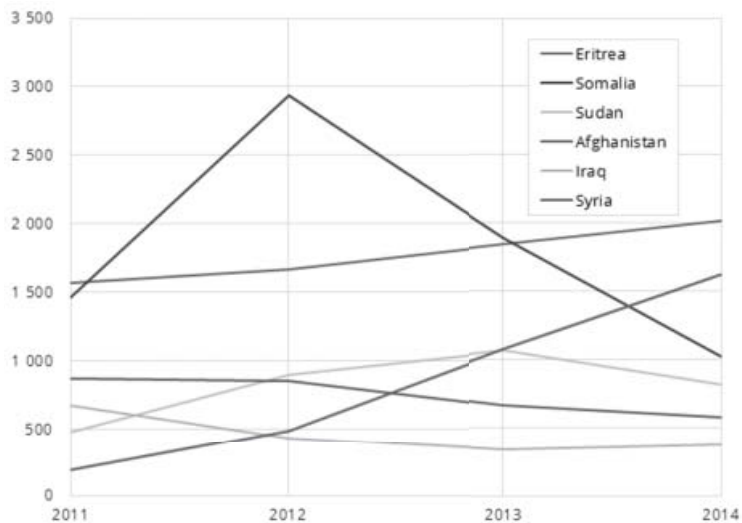
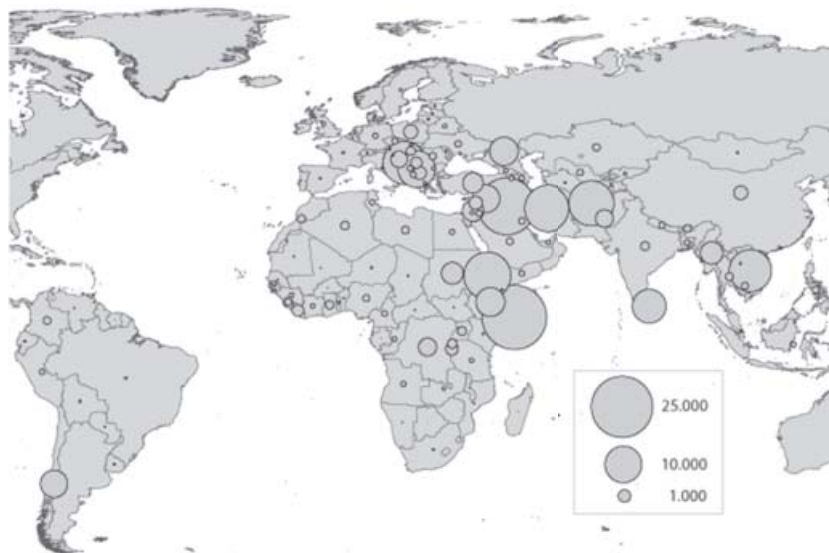
3. The refugee situation (Østby, 2016)

Refugees coming to Norway are both economic and political. A number of asylum seekers are returned to their home countries as refugee status is rejected. A number of them, including minors, in custody situations in prison like conditions. The practice of jailing children is criticized internationally (Foss, 2016). An unknown number of asylum seekers that has had their applications rejected stay in the country illegally. Social workers in towns, such as Oslo, Bergen and Trondheim, sometimes service some of them as part of charity work carried out by private independent services by charities.

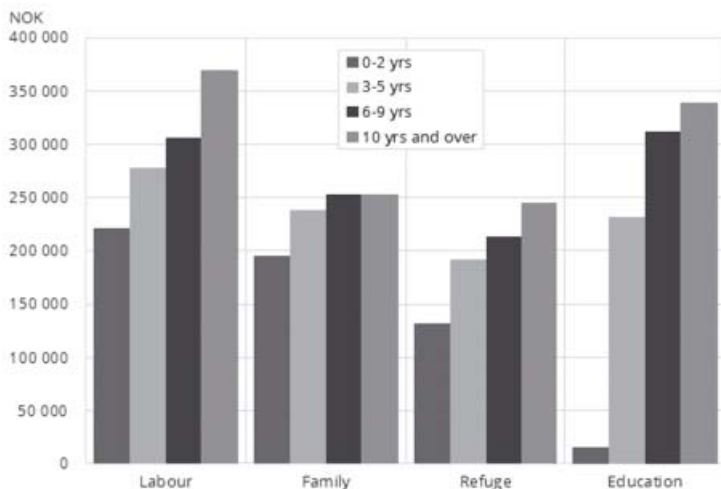
Some social workers often serve as the representatives of refugees acting nearly in lawyer like functions while others very much function as representatives of the system even to the extent of being part of police and correctional services. For many refugees the role of social workers is confusing and different from what they find in their home countries.

Since many refugees, particularly those from outside of Europe, has little or no formal training, they represent a big challenge for the educational system. A large number need some kind of training in order to be of interest for the work market. Many social workers are involved in such work and it is particularly difficult with those with additional problems such as mental problems.

162 Snoek and Engedal (2011:70); Roth and Fongay, 1996).

Gross immigration from a sample of refugee countries*Source: Statistics Norway**Refugees from 169 countries in Norway in 2015**Source: Statistics Norway*

Median income after tax per consumer unit (EU scale), by reason for immigration and length of residence. 2013



Source: Statistics Norway

Monthly breakdown of asylum applications in 2015, in total and for the five countries with the most asylum seekers

	Jan.	Feb.	March	April	May	June	July	Aug.	Sep.	Oct.	Nov.	1-14 Dec
Syria	115	83	76	90	96	178	312	863	2 641	3 403	2 410	191
Eritrea	56	40	56	144	594	227	291	445	409	483	148	31
Afghanistan	70	40	58	60	148	265	324	448	634	2 033	2 545	219
Iraq	24	16	12	11	10	22	28	73	553	1 342	830	44
Iran	5	9	12	13	12	20	7	42	95	403	635	71
Total	601	532	537	582	1 225	1 143	1 391	2 325	4 945	8 666	8 163	

4. Concluding remarks

Norwegian social workers have their work both with decentralized services on the local level, in specialized services organized with family counselling, as part of health-services, child-protection, private organizations, school services and even in the correctional services. Thus, they meet clients in different situations. The local services where the majority of social-workers have their occupation are generalized and many social workers work alone with a limited number of other professionals.

The main obstacle working with vulnerable migrant families is lack of cultural and language competency. Still also problems with vulnerabilities socially difficult to speak about in other cultures while commonly spoken about in the Norwegian culture is a great challenge. Thus, we find that international co-operation is of great importance. Since many social workers have a limited generalized training – a three year BA degree, many of them lack competency to deal with more specialized problems.

Statistically we know that the large immigrant community will have a number of vulnerabilities and challenges we do not uncover and thus they do not get the services they need.

References

- DAHL, Hans Fredrik (1982). *Norge under Olav V*. Oslo: Cappelen. Published in Norwegian, translated title; “Norway under King Olav V”.
- FOSS, Andreas Bakke (2016, 19. September). Slik Jobbet Norge for å unngå forpliktelsen om å aldri fengsle barn. *Aftenposten*, page 6 -9. Published in Norwegian, translated title; “ In this way Norway worked to avoid the obligation of never putting children in prison.”
- LANGSLET, Lars Roar (1992). *Kong Olav V av Norge: Monarki i en brytningstid*. Oslo: Cappelen. Published in Norwegian, translated title; “King Olav V of Norway: monarchy in a time of change”.
- ROTH, A. and FONGAY, P. (1996). *What works for whom?*. New York: The Guilford Press.
- SNOEK, Jannike Engelstad and ENGEDAL, Knut (2011). *Psykatri*. Oslo: Akribe. Published in Norwegian, translated title; “Psychiatry”
- Statistics Norway (2016). *Key figures for immigration and immigrants*. <https://www.ssb.no/en/innvandring-og-innvandrere/nokkeltall/immigration-and-immigrants>. Oslo: Statistics Norway. Downloaded 19th of September 2016.
- SUND, A. et al. (1985). *Ulykker, katastrofer og stress*. Oslo: Gyldendal. Published in Norwegian, translated title; “Accidents, catastrophes and stress.”
- ØSTBY, Lars (2016, January 28th). Refugees in Norway. <https://www.ssb.no/en/befolkning/artikler-og-publikasjoner/refugees-in-norway>. Oslo: Statistics Norway. Downloaded 19th of September 2016.

Zajištění podpory a péče z mezioborového pohledu – dobrá praxe a předávání zkušeností

Kazuistiky sociální práce ve zdravotnictví

Case Studies of the social work in health care

Martina Černá,¹⁶³ Markéta Dubnová¹⁶⁴

Abstrakt

Príspevek je venovaný propojení teorie a praxe ve zdravotně-sociální práci, spolupráci instituce terciárního vzdělávání s aplikační sférou. Cílem je představit vznikající publikaci *Kazuistiky sociální práce ve zdravotnictví*, ve které bude odborné teoretické pojednání doplněno praktickými kazuistikami pacientů z vybraných nemocnic v kraji Vysočina. Jednotlivé kazuistiky nekončí propuštěním pacienta z nemocnice, ale dále popisují jeho život v jeho přirozeném prostředí. Čtenář tak získá představu o možnostech a limitech sociální práce v konkrétních reálných situacích.

Klíčová slova: Zdravotně-sociální práce. Případová studie. Teorie. Praxe.

Abstract

The contribution relates to the interface between theory and practice in the field of health and social work, cooperation of the tertiary education institutions with the sphere of application. It aims at introduction of the emerging book “Case History of Social Work in Health Care”, where the expert theory will be made complete with the practical case histories of patients from selected hospitals in the Vysočina region. The case histories do not end with release of the patients from the hospitals but continue in description of their lives in their natural habitat. The reader can be now aware of the possibilities and limits of the social work in specific real situations.

Keywords: Health and social work. Case study. Theory. Practice.

1. Úvod

Vysoká škola polytechnická je prakticky orientovaná vysoká škola, která nabízí studium v bakalářských i magisterských studijních programech v různých oborech, od roku 2014 také v oboru zdravotně sociální pracovník v rámci bakalářského studijního programu zdravotně sociální péče. VŠPJ klade velký důraz na propojení teorie a praxe. S aplikační sférou úzce spolupracuje nejenom v oblasti studentských praxí, ale i při zpracovávání absolventských prací, pořádání konferencí, workshopů, seminářů a přednášek.

K organizacím, se kterými VŠPJ dlouhodobě kooperuje, patří Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, Nemocnice Havlíčkův Brod a Nemocnice Jihlava. Jedním z výsledků úzké spolupráce je právě tato kniha s názvem *Vybrané kazuistiky sociální práce ve zdravotnictví*. Na vzniku knihy se podíleli jak akademičtí, tak sociální pracovníci. V knize se tedy prolíná a vzájemně doplňuje pohled teoretický s aspektem praktickým.

Knihy je určena nejenom studentům zdravotnických a sociálních oborů, ale i pracovníkům v obou oblastech a široké veřejnosti se zájmem o tuto problematiku.

163 Katedra sociální práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava; e-mailová adresa: martina.cerna@vspj.cz; Tel.: +420-777-478-050

164 Katedra sociální práce, Univerzita Komenského Bratislava, e-mailová adresa: marketa.dubnova@vspj.cz, Tel: +420 773 737 383

2. Základní informace o monografii

Monografie vzniká v průběhu kalendářního roku 2016. Je příkladem dobré spolupráce mezi akademickou institucí – Katedrou sociální práce Vysoké školy polytechnické Jihlava (www.vspj.cz) a aplikační sférou, konkrétně nemocnicí Jihlava (www.nemji.cz), nemocnicí Havlíčkův Brod (www.onhb.cz) a Psychiatrickou nemocnicí Havlíčkův Brod (www.plhb.cz). Kniha obsahuje základní informace o případových studiích jako takových a dále jsou uvedeny jednotlivé kazuistiky. Všechny případové studie jsou zpracovány dle jednotného schématu. Jejich cílem je ukázat na konkrétních příkladech, v čem spočívá práce sociálního pracovníka ve zdravotnickém zařízení, které činnosti vykonává, jak spolupracuje s lékaři, všeobecnými sestrami, rodinou pacienta, ostatními zařízeními a úřady, které hrají důležitou roli v jeho dalším životě. Spolupráce lékařů a sociálních pracovníků je jedno z témat, kterým se KSP VŠPJ zabývá, proto bude část informací získaných v rámci těchto kazuistik dále využita pro tvůrčí činnost katedry.

2.1 Zdůvodnění výběru případových studií

Sociální práce využívá stejně jako jiné obory rozmanité metody a techniky sběru a zpracovávání dat. Případové studie patří k těm nejčastěji využívaným.

Kazuistika neboli případová studie, je kvalitativní metoda spočívající v popisu a výkladu konkrétních příkladů.

Termín kazuistika vychází z latinského slova *casus*, což v překladu znamená pokles, pád, pohroma, případ, událost, příležitost. Kazuistiky jsou využívány často v medicíně, sociální práci, psychiatrii, psychologii, právu, politologii, antropologii, etice. Kazuistiky najdou své uplatnění také jako didaktický postup, v rámci kterého převažuje rozbor praktických případů nad studiem teorií. Přináší popis života lidí v jejich přirozeném prostředí. (Disman, rok, Miovský, 2006, Petrussek 1993). Creswell (2007, s. 73) definuje případovou studii takto:

„Kvalitativní přístup, ve kterém výzkumník zkoumá ohraničený systém (případ) nebo více ohraničených systémů (případů) v čase skrze detailní a do hloubky mířící sběr dat zahrnující více zdrojů informací (např. pozorování, rozhovor, audiovizuální materiál, dokumenty a zprávy) a vytváří popis případu a na případě založených témat.“

V praxi se v rámci kazuistik využívají různé kombinace technik sběru informací, nejčastěji studium dokumentů (např. statistik, historických pramenů), pozorování a rozhovor. S těmito technikami je pracováno tak, aby bylo o jednom nebo malém množství případů nasbíráno velké množství dat. Právě s ohledem na omezený počet případů není možné výsledky statisticky zobecňovat. Yin (2009) uvádí, jaké základní fáze je nutné dodržet při vytváření případové studie:

- Plán
- Projekt
- Příprava na sběr dat
- Sběr dat
- Analýza
- Publikace

Celý proces je procesem lineárním a neustále oscilujícím mezi těmito fázemi.

2.2 *Kazuistika v sociální práci*

V sociální práci patří kazuistika do diagnostické etapy. Cílem této etapy je zjistit příčiny vedoucí k danému sociálnímu problému. Tento cíl je nejčastěji naplňován rozhovorem s klientem nebo šetřením v přirozeném prostředí klienta. Poznatky získané na základě detailního studia jednoho, případně malého počtu případů pomáhají porozumět podobným případům.

Při zpracování kazuistiky v sociální oblasti bývají uváděny následující údaje, které se částečně liší podle typu klienta, např. V závislosti na tom, zda je klientem dítě, nebo dospělý:

- Osobní údaje o klientovi (rok narození, státní příslušnost, rodinný stav)
- Údaje o rodinných poměrech (sourozencích, rodičích, případně širší rodině, převažující výchovný styl, případné patologie v rodinném prostředí, alkoholismus případně jiné závislosti rodičů, závislé dítě, vážná choroba v rodině, vlastní – nevlastní dítě, pořadí sourozenců, počet uzavřených manželství/partnerství, rozvodů, dětství v úplné/neúplné rodině, v ústavní péči, informace o vrstevnících a jejich vlivech především v období dospívání)
- **Údaje o vzdělání** (navštěvovaná, případně absolvovaná škola, prospěch, předměty nebo činnosti, ve kterých je dobrý a ve kterých naopak zaostává, počet absolvovaných/opakovaných tříd, dosažené vzdělání, rekvalifikace, pracovní uplatnění s ohledem na vzdělání)
- Ekonomické poměry v rodině (ekonomicky slabá/silná rodina, v případě ústavní výchovy dítěte výše plateb rodiny za dítě, v případě zdravotně postiženého dítěte výše příspěvku na péči, výše příjmů a výdajů, seznam všech pobírajících sociálních dávek, patologické jevy při získávání peněz, např. lichva, prostituce, krádeže, gamblerství)
- Zdravotní stav klienta (zpracován dle informací od klienta)
- Užívání drog
- Kriminalita klienta (spáchaná provinění, přestupky, udělené sankce, výkon trestu odnětí svobody, typ věznice, propuštění na podmínky)
- Destruktivní zkušenosti klienta (deprivace v dětství, výchova v patologické rodině, úmrtí blízkého příbuzného, týrání, vážná nemoc/úraz, rozvod, změna školy, vrstevníků, ztráta nebo nechtěná změna zaměstnání, obavy a nejistoty vyplývající z politické nebo společenské situace (teroristický útok, válka), ztráta bydlení, ztráta dítěte, nečekané přírodní katastrofy)
- Strategie vedoucí k vypořádání se klienta se situací (jednání a chování klienta, reakce na stávající situaci, např. brání si dalších půjček, šikana, falešná nemocnost, deprese, konflikty s lidmi v nejbližším okolí, alkohol, drogy, automaty)
- Dosavadní postup sociálních pracovníků
- Popis aktivit sociálního pracovníka ve vztahu k danému klientovi
- Prognóza z pohledu sociálního pracovníka
- Nástin pravděpodobného vývoje klientovy situace
- Další navrhované kroky
- Další cíle

Výše uvedené údaje jsou doplněny o zkušenosti a komentáře sociálních pracovníků. Čtenář si po jejich přečtení uvědomí, co ve skutečnosti jednotlivé činnosti znamenají a s jakými problémy a komplikacemi se může sociální pracovník setkat. Pozornost si zaslouží také reflexe sociálních pracovníků ke komunikaci s rodinou, k ochetě, nebo naopak neochetě přijmout nabízenou pomoc.

Závěr

Cílem příspěvku bylo představit vznikající monografii *Sociální práce ve zdravotnictví*. Tato kniha je určena jak studentům sociálních oborů, tak pracujícím v této oblasti a široké veřejnosti se zájmem o danou problematiku. Je dobrým příkladem fungující spolupráce mezi akademickou institucí a aplikační sférou a přináší nejenom teoretické poznatky, ale i praktické zkušenosti.

Afiliace

Tento článek byl financován z prostředků Interní grantové soutěže Vysoké školy polytechnické Jihlava jako projekt č. 1200/4 Vybrané kazuistiky sociální práce ve zdravotnictví.

Reference / Seznam citované literatury

CRESWELL, J. W. *Qualitative inquiry and research design. Choosing among approaches*. London: Sage Publications, 2007. ISBN 978-1412995306.

DISMAN, M. *Jak se vyrábí sociologická znalost. Příručka pro uživatele*. Praha: Karolinum, 2002. ISBN 978-80-246-0139-7.

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

PETRUSEK, M. *Teorie a metoda v moderní sociologii*. Praha: Karolinum, 1993.

YIN, R. K. *Case Study Research. Design and Methods*. London: Sage Publications, 2009. ISBN 978-1452242569.

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA. [online]. 2016 [cit. 2016-07-01]. Dostupné z: <http://www.vspj.cz>

NEMOCNICE JIHLAVA. [online]. 2016 Dostupné z <http://www.nemji.cz>

OKRESNÍ NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD. [online]. 2016 [cit. 2016-07-01]. Dostupné z <http://www.onhb.cz>

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD. [online]. 2016. [cit. 2016-07-01]. Dostupné z <http://www.plhb.cz>

Multioborová spolupráce při integraci osoby po poškození míchy zpět do společnosti (Význam spolupráce mezi státním a nestátním sektorem)

Multidisciplinary cooperation in the integration of persons after spinal cord injury back into society (The importance of cooperation between governmental and non-governmental sector)

Dominika Horáková¹⁶⁵, Hana Sixtová¹⁶⁶

Abstrakt

Získané poškození míchy znamená pro jedince zásadní změnu v jeho životě. Přestože má spinální program v České republice poměrně krátkou historii, poskytuje pacientům vysoce odbornou a komplexní zdravotní péči. Nedílnou součástí úspěšné integrace jedince po poškození míchy zpět do společnosti je komplexní rehabilitace založená na spolupráci lékařů, nelékařských profesí a sociálních pracovníků ve všech fázích ústavní léčby pacienta, včetně spolupráce a kooperace s nestátními subjekty v terciární fázi (v přirozeném prostředí). Z více jak 25 leté zkušenosti může Česká asociace paraplegiků – CZEPA konstatovat, že zvýšená komplexní péče, podpora a pomoc těmto osobám zejména v prvních letech jejich života na vozíku výrazně zvyšuje šanci na úspěšné sociální začlenění. Toho je možné dosáhnout úzkou spoluprací všech subjektů spinálního programu a neziskového sektoru a díky strategiím, projektům a pomůckám, které nově vznikají na území České republiky s cílem podpořit osoby po poškození míchy a jejich rodiny. Autorky popisují a poukazují na příklady dobré praxe při integraci osob po poškození míchy zpět do společnosti díky včasné a navazující mezioborové spolupráci z pohledu sociální práce.

Klíčová slova: Poškození míchy. Integrace do společnosti. Multioborová spolupráce. Státní a nestátní sektor.

Abstract

The acquired spine injury means a principal change to life of an individual. Despite the history of the spinal program in the Czech Republic is rather short, it provides expert and complete health care to the patients. An integral part of successful integration of an individual after the spine damage back to the society is a full rehabilitation based on cooperation of physicians, non-medical professions, and social workers across all phases of the institutional treatment of the patient, including cooperation and liaison with the non-state entities in the tertiary phase (in the natural habitat). Based on the experience for more than 25 years, the Czech Association of Paraplegics (CZEPA) may say that improved full care, support, and assistance to the persons, particularly during the first wheelchair years significantly improves a chance to successful inclusion in the society. It can be achieved via tight cooperation of all stakeholders of the spinal program and non-profit making sector, and with the strategies, projects, and aids being newly established in the territory of the Czech Republic in order to support the paraplegic persons and their families. The woman authors point out and describe the good practice examples in integration of the paraplegic persons back in the society thanks to timely and related inter-disciplinary cooperation from the social work point of view.

Keywords: Spinal injury. Integration in the society. Multi-branch cooperation. State and non-state sector.

165 Mgr. Dominika Horáková, DiS., Česká asociace paraplegiků – CZEPA, e-mailová adresa: horakova@czepra.cz

166 Bc. Hana Sixtová, Česká asociace paraplegiků – CZEPA, emailová adresa: sixtova@czepra.cz

Úvod

Každý týden se v České republice průměrně 3 lidem v důsledku poškození míchy nenávratně a zcela od základu změní život. Ročně přibývá 250–300 lidí s poškozením míchy, z nichž cca 170 usedne doživotně na vozík. Následky poškození míchy ovlivňují nejenom fyzickou, psychickou, sociální, sexuální a ekonomickou stránku každého jedince, ale i jeho rodiny a širšího okolí.

Významnou roli v úspěšné integraci lidí po poškození míchy zpět do života hraje multioborová spolupráce – spolupráce sociálních pracovníků s medicínskými specializacemi a obory nebo spolupráce sociálních pracovníků napříč spinálním systémem v České republice.

1. Koncepce spinálního programu

Od roku 2002 existuje v ČR ucelený spinální program – tj. síť pracovišť a odborností zajišťující péči o spinální pacienty od poškození míchy po návrat do přirozeného prostředí. Po poškození míchy je v první fázi pacient operován na jednom z 15 spondylochirurgických pracovišť a po stabilizaci zdravotního stavu přeložen na specializovanou spinální jednotku (FN Brno, FN Ostrava, KN Liberec nebo FN Motol), kde je hospitalizován 2-3 měsíce. V druhé fázi je pacient přeložen na spinální rehabilitační jednotku (Rehabilitační ústavy Kladruby a Hrabyně, Hamzova odborná léčebna Luže – Košumberk), kde dochází k 4–5 měsíční rehabilitaci a přípravě na návrat do přirozeného prostředí. „Velkou úlohu v terciálním období mají neziskové organizace v různých regionech České republiky, které nabízejí sociální služby, poradenství, osobní asistenci, půjčování pomůcek apod. Zde je třeba uvést tři subjekty, které se orientují výhradně na klienty po poranění míchy, a to Českou asociaci paraplegiků, Centrum Paraple a Paracentrum Fenix.“ (Kříž, 2013: 14(3): 142).

Podle České společnosti pro míšní léze ČLS JEP (2015) je „typickým“ spinálním pacientem ve 2/3 muž v produktivním věku. V posledních letech se ale průměrný věk zvyšuje – na 50 let, zároveň dochází k poklesu úrazových poškození míchy (pády z výšky, auto-, motonehody, sport, skoky do vody) a nárůstu neúrazových poškození míchy (nádory, pooperační komplikace, cévní příhody, záněty, apod.).

1.1 Základní typologie podle výšky poškozeného segmentu míchy

Podle výšky segmentu, u kterého došlo k poškození míchy, můžeme rozlišovat následující typy poškození míchy (Schettler, G., a kol., 1995; Wendsche, P. a kol., 2009; Kolář, P., et al., 2009)

1.2 Paraparéza a paraplegie

Částečné (paréza) nebo úplné (plegie) ochrnutí dolních končetin. Jedná se zpravidla o porušení jak funkcí motorických, senzitivních, tak i vegetativních (citlivost na dotek, tlak, chlad, teplo, bolest), může být postižen trup a různou měrou i funkce vylučovacího systému. Jedná se o poškození míchy v hrudním a bederním segmentu.

1.3 Tetraparéza a tetraplegie (těž kvadruparéza/kvadruplegie)

Částečné (paréza) nebo úplné (plegie) ochrnutí dolních končetin a částečné ochrnutí horních končetin. Jedná se o poškození krční míchy spojené s porušením motorických, senzitivních a vegetativních funkcí. Dochází ke ztrátě pohyblivosti končetin, těla (břícho, hrudník), je postižena jemná motorika rukou, dýchání a kašláni.

1.4 Pentaplegie

Pokud dojde k úplnému přerušení míchy nad segmentem C 4 (C 1–4), dochází nejen k ochrnutí a nepohyblivosti dolních a horních končetin, ale jedinec není schopen spontánního dýchání (postižení funkce bránice a bráničního nervu). V těchto případech je dýchání zajištěno umělou plicní ventilací.

Člověk s poškozením míchy je odkázán na kompenzační pomůcky (vozik) a kromě viditelného fyzického handicapu se potýká i s přidruženými zdravotními komplikacemi. Mezi ty nejzásadnější, které ovlivňují kvalitu života a úspěšnou integraci, patří poruchy močení a vyprazdňování, dekubity (prosezeniny), spasticita (vůli neovladatelné a nekontrolovatelné svalové záškuby v ochrnutých částech těla), poruchy sexuálních funkcí a plodnosti u mužů a autonomní dysreflexie (život ohrožující nekontrolovatelné prudké zvýšení krevního tlaku).

2. Multidisciplinární tým v systému péče o člověka po poškození míchy pohledem sociálního pracovníka

Poškození míchy je zdravotní postižení získané v průběhu života. Člověk se narodí zdravý, vyrůstá v běžných podmínkách společnosti, absolvuje vzdělání, vykonává povolání, založí rodinu. Najednou náhle vlivem úrazu nebo nemoci míchy ochrne. Je v roli člověka závislého na péči druhých. Nemůže stát a chodit, je inkontinentní, upoután na lůžko, ze kterého přeseďá na vozík. Jedinec i jeho rodina před sebou mají řadu otazníků, z nichž alespoň některé může pomoci vyřešit dobrá spolupráce multidisciplinárního týmu napříč spinálním systémem.

Jedinec prochází sítí pracovišť spinálního programu, která mu poskytují komplexní lékařskou, ošetrovatelskou, rehabilitační, psychologickou péči a pomoc sociálního pracovníka. Cílem je stabilizovat zdravotní stav, správně nastavit náhradní způsoby řešení inkontinence; rehabilitace je zaměřena na obnovu poškozených funkcí a trénink využití zbylého funkčního potenciálu, trénink samostatnosti, výběr vhodných kompenzačních pomůcek, dosažení co nejvyššího stupně soběstačnosti. S propuštěním do domácího prostředí začíná takzvaná terciální fáze, jejímž cílem je minimalizovat omezení ve společenských, profesních i volnočasových aktivitách. (Kříž, 2013).

„Porozumění tomu, co se stalo, je pro zúčastněné složité, avšak pro zvládnání nové životní situace zásadní.“ uvádí Faltýnková (2012, s. 7). V primární i sekundární fázi je významný multidisciplinární přístup. Lékaři, ošetrovatelský tým, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, psycholog i sociální pracovník musí pacienta i jeho rodinu adekvátně připravit na následky poškození míchy, nebrat naději na zlepšení stavu, ale vhodně seznámit s možnými důsledky.

Klient i jeho rodina jsou seznámeni se spinálním programem. Vědí tedy, že léčebně-rehabilitační pobyt bude trvat několik měsíců. **Již na spinální jednotce je klient a jeho rodina v kontaktu se sociálním pracovníkem nemocnice**, který mapuje situaci pacienta a jako první v řadě pracovníků sociálního poradenství informuje o možnostech podpory, zejména v oblastech finančního zajištění, vyřízení průkazu osoby se zdravotním postižením, realizací bezbariérových úprav prostředí či zajištěním bezbariérového bydlení, zajištění potřebné péče, kontinuity vzdělání a zaměstnání, podpory zachování přirozených sociálních vztahů a jiné.

Sociální pracovník obvykle vysvětlí, že mezi prvními kroky je třeba podat žádost o invalidní důchod, který bude kompenzovat ztrátu příjmu z výdělečné činnosti. Dále je třeba podat žádost o průkaz osoby se zdravotním postižením a příspěvek na péči, který slouží k úhradě přímé péče ať již od registrovaných poskytovatelů sociálních služeb či od neformálních pečovateli. Sociální pracovník vysvětlí, kam se klient má se svými žádostmi obracet. Dále předává kontakty na organizace působící v terciální fázi, které nabízejí projekty a služby pro osoby po poškození míchy. Není tedy nic neob-

vyklého, že zdravotně sociální pracovníci nemocnic a sociální pracovníci neziskových organizací již v této fázi úzce spolupracují při řešení problematických oblastí klienta a jeho rodiny.

Od podání žádosti do doby vydání rozhodnutí uplyne několik měsíců a člověk s poškozením míchy během této doby mění místo hospitalizace **Sociální pracovníci spinálních rehabilitačních jednotek** poskytují návazné sociální poradenství a mapují, v jaké fázi řízení jsou jednotlivé žádosti o příspěvky. Úkolem multidisciplinárního týmu, primárně ergoterapeutů, je výběr nezbytných kompenzačních pomůcek, zejména vozíku. Ačkoli jsou tyto pomůcky převážně v majetku zdravotní pojišťovny, klient na vozík značnou finanční částkou doplácí. Úlohou sociálního pracovníka je poradenství v oblasti financování pomůcek zejména prostřednictvím podpory nadací a nadačních fondů.

S blížícím se termínem ukončení hospitalizace je aktuálním tématem příspěvek na péči. Úkolem sociálního pracovníka je komunikace s klientem a jeho rodinou nad otázkou, kdo bude zajišťovat nezbytnou péči a z jakých zdrojů bude hrazena. Vhodné je předání kontaktů na poskytovatele sociálních služeb působících v bydlišti klienta. Důležitá je možnost edukace rodinného příslušníka v péči o osobu po poškození míchy. Sociální pracovník intenzivně pracuje také s klienty, kteří žijí osaměle, bez rodiny. Pokud není možné zajistit pobyt v přirozeném sociálním prostředí za podpory terénních sociálních služeb, je tématem hledání, výběr a zajištění pobytových sociálních služeb.

Sociální pracovník také poskytuje poradenství v oblasti pracovního uplatnění a vzdělání. Studenty může zajímat možnost individuálního studijního plánu, finanční stipendijní podpora, podpora center pro studenty se specifickými potřebami, změna oboru studia. Samotnou úpravu pracovního nebo studijního prostředí může konzultovat se školou/zaměstnavatelem ergoterapeut nebo specialista na spinální problematiku působící v terénu ve spolupráci se sociální pracovníci, která poskytne poradenství v oblasti financování úprav pracovního prostředí nebo školy. Zároveň zde může docházet k edukaci zaměstnavatele/školy o specifikách a omezeních osob poškozených míchy a škola či zaměstnavatel je schopen snadněji přijmout osobu s poškozením míchy zpět do pracovního/studijního procesu.

Multidisciplinární tým řeší problematiku mobility. Podle zachovalých funkčních schopností člověk s poškozením míchy v rehabilitačním ústavu pod vedením ergoterapeutů trénuje způsoby přesunů, včetně přesunů z vozíku do automobilu, a seznamuje se s možnostmi úpravy ručního řízení a dalších technických pomůcek (usnadňování nastupování a nakládání vozíku). Sociální pracovník poskytne informace o aktuální legislativě v oblasti financování osobního automobilu a souvisejících úprav.

Důležitým tématem je vnímání sebe sama v kontextu rodiny. Člověk s postižením vnímá zásadní změnu svého života, změnu své role v rodině. Na jedné straně mohou být zachovalé schopnosti péče o sebe sama a zachování rolí. Na straně druhé může být fyzická závislost na pomoci druhé osoby, jejich fyzických a časových možnostech, ochotě k péči, náladě v rodině; ale i schopnosti přijmout nabízenou pomoc, necítit se na obtíž. (Krhutová, 2013). Rodinní příslušníci se stejně jako klient potřebují seznámit s prognózou stavu, udělat si představu nejen o nejbližším období týdnů a měsíců, ale získat i představu o možné realitě budoucího života. Potřebují podporu v adaptaci na novou rodinnou situaci, v případě poškození míchy u rodiče dětí je vhodná psychologická podpora v oblasti zachování rodičovských rolí.

Sexualita je přirozená i pro osoby se zdravotním postižením. (Krhutová, 2013; Drábek, 2013). Je třeba překonat vnímání tohoto tématu jako tabu, poskytnout informace, dostupnou literaturu, kontakty na odborníky i například zprostředkovat laické poradenství na peer úrovni. Souvisejícím tématem jsou i otázky možnosti založení vlastní rodiny, případně možnosti náhradní rodinné péče.

Některá témata mají „svůj čas“ (např. založení rodiny), jiná se v průběhu života člověka s poškozením míchy vrací (mezilidské vztahy, pracovní uplatnění, bezbariérovost, potřeba asistence, zajištění kompenzačních pomůcek a jejich financování, aj.). Je proto vhodné, aby člověk se spinálním poškozením věděl, kam se může v průběhu dalšího života obrátit s žádostí o radu.

3. Příklady dobré praxe práce multidisciplinárního týmu pro úspěšnou integraci osoby po poškození míchy

Problematikou poškození míchy v České republice se zabývá zejména okruh zdravotních a sociálních služeb spinálního programu a návazných nestátních organizací. Úzkou spoluprací, vzdělávacími akcemi, ale i existencí odborných skupin jednotlivých profesí v rámci spinálního systému, jsou si jednotlivá pracoviště vzájemně známa.

Česká asociace paraplegiků – CZEPA, z. s., (dále jen CZEPA) je historicky první organizací neziskového sektoru v ČR, která nabízí komplexní služby lidem ochrnutým po poškození míchy a jejich rodinám. Z aktuálně poskytovaných služeb asociace CZEPA můžeme k mezioborovým službám, podporujícím člověka v jeho přirozeném sociálním prostředí, počítat *depistáž, tvorbu edukačních materiálů, odborné sociální poradenství, odborné poradenství zdravotní specialistiky na spinální problematiku, mapování bezbariérovosti, podporu bezbariérového bydlení i odbornou spolupráci nejen sociálních pracovníků ve věci prosazování legislativních změn.*

Úloha terciálních subjektů v rámci multioborové spolupráce často začíná již na spinálních jednotkách. V této fázi je to převážně rodina a okolí, která žádá a hledá informace, jak nastalou situaci zvládnout. Základní informace ze sociální oblasti poskytuje samozřejmě zdravotně-sociální pracovník nemocnice. Ten však často musí zajistit poradenství pacientům z více oddělení. Příkladem dobré praxe je v této fázi *depistážní činnost pracovníků/specialistů terciálních subjektů* (Česká asociace paraplegiků – CZEPA a ParaCENTRUM Fenix), kteří pravidelně docházejí na spinální jednotky a do rehabilitačních ústavů a mohou s pacientem i rodinou navázat kontakt a být jim průvodcem v nové situaci.

Depistážní pracovník, v případě CZEPA specialista na spinální problematiku, na základě doporučení ošetřujícího týmu nebo zájmu klienta naváže osobní kontakt. Klient a rodina získá *informační desky* s informačními materiály (aktuální legislativa, edukační publikace, letáky spolupracujících organizací) i nabídku návazného odborného poradenství. Zejména pak během pobytu v rehabilitačním ústavu se kontaktovaný klient může zúčastnit interaktivních poraden či tematických setkání.

CZEPA od roku 1997 vydává *edukační publikace* k tématu poškození míchy a tvoří *video-programy* (např. na téma osobní asistence, úpravy bydlení a automobilů, rehabilitace, a jiné). Tyto materiály jsou zájemcům k dispozici, dostupné také v elektronické podobě na internetu a distribuovány na spinální jednotky a do rehabilitačních ústavů.

Odborné sociální poradenství využívají klienti s poškozením míchy i jejich blízcí od počátku změny zdravotního stavu. Dle zpětné vazby klientů jsou pro ně legislativní normy neprehledné, obtížně se v nich orientují. Z pohledu klienta obecně řízení o příspěvcích a dávkách trvá neúměrně dlouho, je pro žadatele administrativně zatěžující, a pokud není rozhodnuto ve prospěch klienta, ten obvykle další opravné prostředky vzdá, protože se nechce svou neúspěšnou situací dále zabývat. Jako příklad dobré praxe proto hodnotíme včasnou edukaci klientů o legislativních mantinelech jednotlivých dávek, jejich právech včetně podpory sociálních pracovníků asociace v rámci opravných prostředků. Podle našich zkušeností je klient s poškozením míchy dlouhodobým klientem odborného sociálního poradenství a nezřídka, je-li se službou spokojen, celoživotním klientem služby.

Hovoříme-li o sociální práci s lidmi se zdravotním postižením, musíme si uvědomit, že pouze klient ve stabilizovaném zdravotním stavu, s patřičnou zdravotní kondicí a vybaven vhodnými kompenzačními pomůckami může být aktivní v sociálních aktivitách a rolích. Pokud například člověk s poškozením míchy užívá nevhodnou kompenzační pomůcku (vozík, sedák), která mu způsobí dekubity, jejichž léčba trvá v řádu měsíců až let, má jen omezené možnosti aktivního studia, pracovního uplatnění a dalšího zapojení do sociálních aktivit a rolí.

Odborné poradenství zdravotní specialistky je pro klienty vítanou službou, zejména individuální konzultace výběru kompenzačních pomůcek, poradenství při řešení správného sezení, při bezbariérových úpravách prostředí, edukace v domácí rehabilitaci atd. Úzká multioborová spolupráce se zdravotní specialistkou je pro sociálního pracovníka u cílové skupiny osob se zdravotním postižením zásadní. CZEPA může jako příklad dobré praxe uvést 80 % úspěšnost při obhajobě oprávněných nároků příspěvku na péči klienta při týmové spolupráci sociálních pracovníků a zdravotní specialistky na spinální problematiku.

Osoba se zdravotním postižením s omezením pohybových funkcí je závislá na bezbariérovém prostředí. Projekty CZEPA v oblasti **mapování bezbariérových míst** nejen na území ČR jsou VozejkMap a dále mapa ambulantní zdravotní péče. CZEPA data pro oba projekty získává nejen od samotných vozíčkářů, ale i poskytovatelů služeb, institucí státní správy a soukromých subjektů.

Příkladem dobré spolupráce CZEPA (specialistky na spinální problematiku a sociálních pracovníků) s pracovníky spinálních jednotek a rehabilitačních ústavů je oblast bydlení. S klientem a rodinou je pracováno kontinuálně ve všech fázích rehabilitace. V případě, že v době propuštění z rehabilitačního ústavu není stávající bydlení upraveno, klient může nastoupit do startovacího bydlení, které provozuje CZEPA, kde může zužitkovat výsledky několikaměsíční rehabilitace. Před spuštěním tohoto projektu se musela osoba po poškození míchy buď vracet do bariérového prostředí, kde byla plně odkázána na pomoc rodiny a uzavřena mezi čtyřmi stěnami, nebo musela jít na dočasnou dobu do pobytových zařízení sociálních služeb či na lůžková oddělení následné péče. Přestože byl projekt **startovací bydlení** pro osoby krátce po poškození míchy spuštěn teprve na začátku roku 2016, již teď zaznamenává příklady dobré multioborové spolupráce a následnou úspěšnou integraci osoby po poškození míchy zpět do života. Pracovníci spinálních a spinálních rehabilitačních jednotek jsou informováni o projektu startovacího bydlení a kontaktují vybrané pacienty, kteří by se po rehabilitaci museli vrátit do bariérového prostředí. Klientům ve startovacím bydlení je poskytováno nejen pravidelné odborné sociální poradenství (zejména se zaměřením na řešení bytové situace), ale i konzultace bezbariérových úprav specialistky na spinální problematiku.

Příkladem dobré praxe je také iniciativa České asociace paraplegiků – CZEPA, která vyzvala ke spolupráci zejména sociální pracovníky spinálních a spinálních rehabilitačních jednotek a nestátních organizací, které poskytují péči a služby lidem s poškozením míchy (s účastí psychologa a právníka je i tato skupina multioborová). V roce 2014 tak vznikla **Expertní skupina v sociální oblasti pro osoby s poškozením míchy**, která svými aktivitami přímo ovlivňuje legislativu ve prospěch osob se zdravotním postižením. Tato expertní skupina například zpracovala legislativní návrh, který byl podkladem pro změnu zákona o sociálních službách ve smyslu provádění sociálního šetření v řízení o příspěvku na péči v rámci dlouhodobé hospitalizace žadatele (změna § 26 od 1. 8. 2016).

Závěr, doporučení, návrhy pro budoucnost

Mezioborová podpora osob se zdravotním postižením v jejich přirozeném prostředí je neopominutelnou součástí sociální práce. Spinální program v České republice zajišťuje pro osoby po poškození míchy multidisciplinární návaznou péči, na kterou navazují nestátní organizace specializované na uvedenou cílovou skupinu. Protože však tyto organizace terciální fáze (Česká asociace paraplegiků – CZEPA, Centrum Paraple, ParaCENTRUM Fenix) sídlí pouze v Praze a Brně, je třeba brát v úvahu osobní dostupnost služby.

Požadavek na přiblížení sociálních služeb k přirozenému prostředí jejich uživatelů potvrzuje mimo jiné studie Odborné sociální poradenství pro zdravotně postižené: „*Konstatujeme, že naměřené výsledky jednoznačně prokázaly potřeby větších či možno říci masivnějších investic do služeb*

odborného sociálního poradenství pro osoby se zdravotním postižením – z hlediska rozšíření jejího teritoriálního působení.“ (Výzkumné centrum integrace zdravotně postižených, 2009, s. 23).

Česká asociace paraplegiků – CZEPA si je vědoma nezbytnosti a přínosnosti dostupných služeb v přirozeném prostředí klienta. Při přímém kontaktu s klientem vnímáme sdělení ve smyslu „tam u nás nikoho neznám, nemá mi kdo poradit, nevím, kam se obrátit“. Proto asociace CZEPA od roku 2013 organizuje tzv. regionální setkání. Pracovníci asociace pravidelně organizují akce v jednotlivých krajích ČR, na kterých se mohou setkávat klienti nejen s míšním poškozením, jejich rodinní příslušníci a poskytovatelé služeb (zástupci sociálních služeb, poskytovatelé kompenzačních pomůcek, sportovních pomůcek, bezbariérových úprav automobilů, asistenčních psů a dalších služeb pro osoby se zdravotním postižením).

Na základě dlouholeté výměny zkušeností se zahraničními poskytovateli služeb lidem s poškozením míchy (členství asociace CZEPA v evropské federaci míšních lézí ESCIF) je ověřeno, že jednou z vhodných aktivit, podporujících rychlou integraci člověka se zdravotním postižením zpět do společnosti, je poradenství „peer to peer“. Jedná se o poradenství mezi lidmi ve stejné životní situaci, kdy osoba s již získanými osobními zkušenostmi podporuje, informuje a motivuje osobu, pro kterou je srovnatelná životní situace nová.

CZEPA peer program podporuje, jednotlivé klienty s poškozením míchy propojuje, vytváří prostor pro vzájemné navázání kontaktů. Současně opakovaně žádá o finanční granty na podporu cíleného peer programu, ve kterém by asociace dlouhodobě odborně proškolila osoby s poškozením míchy, které by následně poskytovaly informace a poradenské služby lidem s míšním poškozením v jednotlivých regionech. Zájem asociace je tak přivést podporu a poradenství do všech regionů České republiky blíže přirozenému prostředí klienta.

Věříme, že multioborová spolupráce, komplexní nabídka programů, edukace klientů, regionální a peer program mohou integraci osob s poškozením míchy výrazně urychlit a usnadnit.

Seznam citované literatury

CESTA K NEZÁVISLOSTI PO POŠKOZENÍ MÍCHY. Praha: Svaz paraplegiků – Centrum Paraple, 2004. str. 7. ISBN 80-239-5555-1.

DRÁBEK, Tomáš. Partnerský a sexuální život osob se zdravotním postižením – publikace pro odborné sociální poradenství. Praha: Svaz tělesně postižených v České republice, 2013. 98 s. ISBN 978-80-260-5282-1

FALTÝNKOVÁ, Zdeňka. Vše okolo tetraplegie. Praha: Česká asociace paraplegiků – CZEPA, 2012. 59 s.

KOLÁŘ, Pavel., ET AL. Rehabilitace v klinické praxi. Praha: Galén, 2009. str. 352-353. ISBN 978-80-7262-657-1.

KRHUTOVÁ, Lenka. Autonomie v kontextu zdravotního postižení. Ostrava: Albert, 2013. 242 s. ISBN 978-80-7326-232-7

KŘÍŽ, Jiří. Spinální program v České republice – historie, současnost, perspektivy. In Neurologie pro praxi, 2013, 14. roč., č. 3/2013. s. 140–143, ISSN 1803-5280.

REHABILITAČNÍ ÚSTAV KLADRUBY, 2015. Výroční zpráva 2014. Kladruby: Rehabilitační ústav Kladruby, 2015. 36 s.

REHABILITAČNÍ ÚSTAV HRABYNĚ, 2016. Program akcí 2015. [online]. Hrabyně: Rehabilitační ústav Hrabyně, 2016. [citované 2016-02-26]. Dostupné na internetu: <http://www.ruhrabyne.cz/program-akci/program-akci-2015/>.

SCHETTLER, Gothard, USADEL, Klaus-Henning, DEPPERMAN, Dieter, FRIEDMANN, Bedřich, ET AL. Repetitorium praktického lékaře. Praha: Galén, 1995. str. 409. ISBN 80-85824-18-3.

VOKURKA, Martin, HUGO, Jan, A KOL. Velký lékařský slovník. Praha: Jessenius Maxdorf, 2007. 1159 s. ISBN 978-80-7345-1.

VÝZKUMNÉ CENTRUM INTEGRACE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÝCH. Odborné sociální poradenství pro zdravotně postižené; Postoje uživatelů a poskytovatelů. Olomouc, 2009, 54s. – dostupné na http://www.vcizp.cz/doc/Pruzkum_odb_soc_porad_ZP_2009.pdf

WENDSCHE, Peter. A KOL. Poranění míchy: ucelená ošetrovatelsko-rehabilitační péče. Brno: NCONZO, 2009. str. 7, 8, 13. ISBN 978-80-7013-504-4.

Kontakty na subjekty spinálního programu v České republice

Česká asociace paraplegiků – CZEPA: www.czepa.cz

Česká společnost pro míšní léze ČSL JEP: www.spinalcord.cz

Fakultní nemocnice Motol: <http://www.fnmotol.cz/kliniky-a-oddeleni/spolecna-pracoviste/spinalni-jednotka-pri-klinice-rehabilitace-a-telov/>

Krajská nemocnice Liberec: <https://www.nemlib.cz/spinalni-jednotka/>

Fakultní nemocnice Brno: <http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/klinika-urazove-chirurgie/spinalni-jednotka/t3570>

Krajská nemocnice Ostrava: <http://www.fno.cz/neurochirurgicka-klinika/luzkova-cast>

Rehabilitační ústav Kladruby: <http://rehabilitace.cz/czech/>

Rehabilitační ústav Hrabyně: <http://www.ruhrabyne.cz/>

Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé: <http://www.hamzova-lecebna.cz/>

Centrum paraple, o.p.s.: <http://www.paraple.cz/>

ParaCENTRUM Fenix: <http://www.pcfenix.cz/>

Sociální bydlení a soukromí majitelé bytů

Social housing and private landlords

Eva Nedomová¹⁶⁷, Alena Vosáhlová¹⁶⁸

Abstrakt

Príspevek popisuje naše zkušenosti se soukromými majiteli bydlení při řešení bydlení u naší cílové skupiny, tj. lidé sociálně vyloučení či sociálním vyloučením ohrožení, a to bez ohledu na jejich etnický původ, kteří mají dostatečné kompetence k bydlení. Článek se v rámci první kapitoly zabývá problematikou nedostupnosti bydlení a jejich příčinou, v následující kapitole se zaměřuje na koncepci řešení bydlení, následující kapitola je věnovaná našemu způsobu řešení bydlení a zjištěných poznatku.

Klíčová slova: Sociální bydlení. Standardní bydlení. Soukromí majitelé. Sociální doprovod.

Abstract

The contribution describes our experience with private housing owners in housing of our target group, i.e. people suffering from or threatened by the social exclusion regardless their ethnic origin, and who have competencies sufficient for housing. In its first chapter, the article deals with the issues of inaccessibility of the housing and root causes thereto; the next chapter focuses on the housing conception, and the next chapter deals with our solution of the housing and the learnings.

Keywords: Social housing. Standard housing. Private owners. Social assistance.

1. Úvod

Bydlení patří mezi čtyři nejčastější zakázky, se kterými uživatelé vyhledávají naše služby. Mnoho z uživatelů našich sociálních služeb bydlí v „dočasných“ typech bydlení, jako jsou například ubytovny či v nevyhovujících prostorách (nelze je přiměřeně vytopit, některé nedisponují tekoucí vodou nebo jsou plné plísní, nachází se ve vyloučených lokalitách se špatnou občanskou vybaveností a dostupností atd.). Při řešení tématu bydlení vycházíme z myšlenky, že zajištění standardního bydlení a jeho přestěhování s následnou realizací sociálního doprovodu po přestěhování vede k upevnění kompetencí k bydlení, a tím k udržení standardního bydlení. Stabilizace v jedné významné životní oblasti (bydlení) umožní uživateli stabilizovat ostatní roviny života, jako je řešení předlužení, zvládání každodenního života, pravidelná školní docházka dětí, realizace na trhu práce (tedy vznik ekonomicky aktivních jedinců).

Príspevek popisuje naše zkušenosti se soukromými majiteli bydlení při řešení bydlení u naší cílové skupiny, tj. lidé sociálně vyloučení či sociálním vyloučením ohrožení, a to bez ohledu na jejich etnický původ, kteří mají dostatečné kompetence k bydlení. Článek se v rámci první kapitoly zabývá problematikou nedostupnosti bydlení a jejich příčinou, v následující kapitole se zaměřuje na koncepci řešení bydlení, následující kapitola je věnovaná našemu způsobu řešení bydlení a zjištěných poznatku.

167 Romodrom, o.p.s., terénní programy – Moravskoslezský kraj, vedoucí sociální služby, e-mailová adresa: evanedomova@romodrom.cz, Tel.: 778 491 144

168 Romodrom, o.p.s., metodik kvality

2. Úvod do problému

Podle odhadů Agentury pro sociální začleňování v současné době žije v ČR na ubytovnách kolem 100 000 lidí. Nedostupnost standardního bydlení je v sociální stále aktuální otázkou, která se dotýká širokého okruhu lidí, mezi které lze zařadit seniory, rodiny s dětmi, matky samoživitelky a sociálně vyloučené osoby či osoby sociálním vyloučením ohrožené. Že se jedná o závažný fenomén, potvrzují i výsledky výzkumu realizovaného Ostravskou univerzitou v Moravskoslezském kraji v roce 2010, ze kterého vyplynulo, že jak starostové malých měst a obcí, tak poskytovatelé sociálních služeb vnímají bydlení, jako jeden ze závažných problémů v tomto kraji (Gojová, 2011a,b).

V rámci strategie sociálního začleňování, je upozorňováno na fakt, že existuje skupina osob, jež jsou znevýhodněni na trhu s byty a to z důvodu, že představují pro pronajímatele riziko. Jedná se zejména o lidi bez přístřeší, lidi žijící v azylových a krizových formách bydlení, domácnosti žijící v sociálně vyloučených lokalitách, vícedětné domácnosti, neúplné rodiny, domácnosti s nejistým příjmem ze zaměstnání, domácnosti některých národnostních menšin (např. Romové) aj. Zároveň dodávají, že ČR zatím nejsou využívány nástroje, které by těmto domácnostem volný trh se standardním bydlením zpřístupňovali. (Strategie sociálního začleňování).

V rámci tohoto článku se zaměřujeme na osoby ohrožené sociálním vyloučením či sociálně vyloučené, které bydlí v nevhodném typu ubytování, přestože mají dostatečné kompetence k bydlení. Podle autorů Luxe, Mikeszové a Sunegy (2010) patří romská menšina do skupiny osob, pro které je které je bydlení, dostupné na volném trhu, bez veřejné pomoci finančně nedostupné a které jsou na trhu bydlení z tohoto i jiných důvodů diskriminovány, přestože mají dostatečnou kompetenci k udržení dlouhodobého nájemního bydlení. Jako příčinu spatřují spíše diskriminaci na volném trhu bydlení, a to z důvodu jejich etnického původu. Důsledkem je pak, že tyto rodiny a osoby bydlí v nevyhovujících podmínkách, které neodpovídají minimálním standardům bydlení v daném kulturním a sociálním prostředí, v komerčních ubytovnách či domovech sociálních služeb, jako jsou azylové domy, domovy na půli cesty aj.

Jedním z nejvýznamnějších faktorů, které ovlivňují přístup sociálně vyloučených osob a sociálním vyloučením ohrožených je kombinace nízkých příjmů s vysokými náklady na vstup do bytu. Tyto náklady se zpravidla pohybují v rozmezí 25–35 000 Kč. Mezi další příčiny lze zařadit zadluženost, absenci zákona o sociálním bydlení, který by jasně definoval parametry sociálního bydlení, dále pak samotnou bytovou politiku obce, nedostatečný bytový fond obcí a uplatňování principu tzv. „Bydlení za odměnu“, tedy přístup, který svými nastavenými podmínkami vylučuje některé již sociálně vyloučené osoby nebo rodiny k možnosti získání standardní nájemní smlouvy v obecním bytě.

Identifikovat všechny příčiny nedostupnosti bydlení pro tuto skupinu je velmi obtížně vzhledem ke komplexnosti daného problému, kdy je mnohdy obtížné odlišit od sebe důsledky a příčiny. Na toto upozorňují i autoři Bihr, Pfefferkorn (1999), kteří ve své publikaci uvádějí, že sociálně vyloučený člověk se pohybuje v bludném kruhu. Dle těchto autorů, „v důsledku nezaměstnanosti či neplnohodnotné práce dochází ke ztrátě bydlení, což znemožňuje získat nové zaměstnání a udržet se na trhu práce“ (Bihr, Pfefferkorn, 1999: 205). Na to, že je velmi obtížné oddělit příčiny a důsledky jednotlivých aspektů spojených s bydlením upozorňují i autorky Gojová, Gojová a Špiláčková (2014), které se zabývaly zkoumáním rodin chudých a ohrožených chudobou, kdy jednou z částí výzkumu byla i situace ve vztahu k bydlení, kdy uvádějí, že mnohdy je obtížné rozlišit, zda je chudoba a nedostatek příjmů důsledkem či příčinou ztráty bydlení či bydlení v nevhodném typu obydlí (ubytovna, domovy sociálních služeb).

3. Přístupy k řešení bydlení

V souvislosti s řešením bydlení se mluví zejména o dvou konceptech, a to konceptu a to „Housing first“ v česky psané literatuře překládáno jako „Bydlení v první řadě“ či „Bydlení především“ a koncept „Housing ready“, česky přeloženo jako „Bydlení po přípravě“. Na toto upozorňují i autoři Lux, Mikeszová a Sunega, (2010), dle kterých využívají různé státy různé konkrétní strategie, avšak, v obecném principu vycházejí ze dvou výše zmíněných konceptů.

První z těchto konceptů stojí na myšlence, že zajištění bydlení má přednost před řešením jiným problémových oblastí (např. rodinné problémy, práce, dluhy aj.). Tento koncept vychází z předpokladu, že zajištění bydlení vede k odpovědnosti a motivuje lidi k nalezení zaměstnání a řešení ostatních problémů. Ze stejné myšlenky vychází i koncept „Rapid rehousing“, též nazýván „Rapid exit“, rozvíjený zejména v USA, ale i některých státech Evropy, který je mnohdy mylně považován jako totožný s konceptem „Housing first“. Je potřeba zdůraznit, že i když oba koncepty vycházejí ze stejné filosofie, co nejrychleji zajistit rodinám bydlení, odlišují se ve svých postupech, zejména v délce poskytované podpory před i po přestěhování, úrovni poskytované podpory a rizikovosti cílové skupiny. (Lux, M.; Mikeszová, M., Sunega, P, 2010; Špiláčková a kol. 2011, www.endhomelessness.org)

Oproti tomu stojí koncept „Housing ready“ neboli „Bydlení po přípravě“, kdy řešení sociálních, rodinných a jiných problémů předchází samostatnému bydlení. V rámci tohoto přístupu je uplatňován přístup víceúrovňového (prostupného) bydlení. V praxi to znamená, že klient sociální služby postupně prochází jednotlivými typy bydlení, přes noclehárnu, azylový dům, tréninkový byt až do samostatného bydlení, které je chápáno jako „cílový stav“. Na jednotlivých stupních bydlení musí uživatel prokázat dostatečné kompetence k postupu do další fáze. (Lux, M.; Mikeszová, M., Sunega, P, 2010; Špiláčková a kol. 2011).

V rámci nabízených sociálních služeb je otázka bydlení řešena zejména formou azylových domů, domovů na půli cesty, trojstuňového (prostupného) systému bydlení či tréninkových bytů. Azylové domy a domovy na půli cesty představují přechodný typ ubytování, tyto služby jsou poskytovány za úhradu. Úhrady za tyto úkony je definována ve vyhlášce č. 505/2006 Sb. (Zákon č.108/2006 O sociálních službách, vyhláška 505/2006 Sb.) Prostupné (vícestupňové) bydlení či tréninkové bydlení je zajišťováno převážně neziskovými organizacemi. Nezisková organizace je nájemcem bytu (obecního či v soukromém vlastnictví), uživatel podnájemcem a to zpravidla na dobu určitou, nejčastěji dvou let. Poté, pokud uživatel splňuje všechny dohodnuté podmínky, se stává nájemcem. Po dobu dvou let na sebe organizace přebírá práva a povinnosti vyplývající z nájemní smlouvy, přebírá na sebe veškeré rizika. Možnost využívat tuto formu bydlení je zpravidla vázána na trvalý pobyt. (Lux, Mikeszová, Sunega, 2010; Špiláčková a kol., 2011).

Náš koncept vzhledem ke svým postupům se nejvíce blíží konceptu „Rapid rehousing“ či francouzskému modelu prostřednictvím, kdy nezisková organizace pouze zprostředkuje bydlení, nájemní smlouva je však uzavírána přímo mezi majitelem bydlení a uživatelem služby. V rámci našeho projektu bydlení pro naši cílovou skupinu se přednostně zaměřujeme na soukromé majitele bydlení, kteří dle statistik Census z roku 2011 tvoří nejvýznamnější skupinu majitelů bytového fondu (vlastní cca 70 % bytů v ČR, oproti obcím, které v roce 2011 vlastnily pouze 8 % bytů). Tabulka číslo 1 shrnuje počty nepřestěhovaných a přestěhovaných uživatelů.

Tab. č. 1: Počty přestěhovaných uživatelů

Zakázka bydlení	Uživatelů	Rodin
Přestěhováno	36	30
Do standardního bydlení	29	25
Do prostupného bydlení	6	4
Jinam	1	1
Nepřestěhováno	55	55
Spolupráce ukončena	48	48
Spolupráce pokračuje	6	6

Zdroj: vlastní zpracování

4. Náš projekt

Klíčové kroky celé spolupráce se odehrávají ve třech liniích, a to v linii majitelů bydlení, linii uživatele služby a linii poskytovatele sociální služby. K majitelům bydlení i uživatelům je přistupováno jako k rovnocenným partnerům. Majitelům bydlení nabízíme doprovodnou práci s uživatelem služby (= nájemcem) s cílem směřem k majiteli minimalizovat rizika, uživatelům nabízíme doprovod a podporu při celkové stabilizaci jejich situace. Uživatelé jsou od počátku aktivně zapojeni – ve spolupráci s pracovníkem vyhledávají vhodné pronajímatele bytů, účastní se komunikaci s majiteli, prohlídek bytů, participují na vyjednávání podmínek podnájmu/nájmu aj.

V rámci spolupráce se pracovnice společně s klienty soustředí na zvyšování kompetencí uživatele a jeho rodiny v těch oblastech života, které soukromí majitelé bydlení v průběhu zjišťování jejich potřeb označili za klíčové, tedy aby dostali za bydlení včas a pravidelně zapláceno, aby nájemce byt „nevybydloval“ a udržoval ho v přiměřeném hygienickém stavu, a neměl konflikty s okolím (sousedy).

Spolupráce v řešení bytové otázky probíhá v několika na sebe navazujících fázích, které zahrnují:

a) navázání spolupráce s uživatelem, tedy, vyhledávání uživatelů, kteří chtějí změnit své bydlení a ke změně jsou motivováni

b) vytipování vhodného uživatele a jeho „prověření“ – tato fáze zahrnuje práci s rodinným rozpočtem, analýzu příjmů a výdajů, zjišťování dluhů uživatele, nastavení splátkového kalendáře, řešení exekucí, motivace k šetření na poplatky spojené s přestěhováním, kontrolu stavu stávající domácnosti a jejího udržování, sledování vztahů se sousedy a okolím, ověřování uživateli spolupráce a motivace v praxi

c) vyhledání vhodného bydlení a navázání spolupráce s majitelem bytu – zjišťování uživatelských představ ohledně bytu z hlediska lokality, velikosti, nájemného, mapování volných bytů v lokalitách, kontaktování majitelé bytů, sjednání osobní schůzky, prohlídka bytu. Informování majitelů bytů o programu bydlení, o uživatelích, zjišťování podmínek pronájmu, udržování pravidelného kontaktu s majitelem bytu, zprostředkování setkání majitele s uživateli, dohoda podmínek pronájmu, kontrola nájemní smlouvy právním poradcem aj. Na základě diskuzí členů realizačního týmu byla stanovena dvě zásadní kritéria pro výběr majitele bytů, potažmo nabízených bytů. A to, že majitel bytu nesmí být „lichvář s bydlením“ (nemá v lokalitě špatnou pověst, není vysoká fluktuace nájemníků v bytě) a byt nesmí nacházet v sociálně vyloučené lokalitě. Z hlediska technického stavu bytu, byly kladeny požadavky na to, že byt je zkolaudován pro bydlení; je v dobrém

technickém stavu, tj. není zaměřen škůdci, nejsou v něm mokré fleky, či plísně; z bytu jsou běžně dostupné veřejné služby; součástí bytu je kuchyň/kuchyňský kout, WC a koupelna, je zde teplá i studená voda, elektřina, byt je vytápěn, okna lze otevřít jsou těsnící, byt má samostatný elektroměr, plynoměr a vodoměr (s neporušenými plombami).

d) fáze přestěhování uživatele a následná realizace sociálního doprovodu zahrnuje asistenci u přestěhování, provedení odečtu stavu měřičů energií, vypsání předávacích protokolů, fotodokumentaci bytu, seznámení uživatele s domovním řádem, navedení sociálních dávek (doplátek na bydlení, ev. příspěvek na bydlení) přímo na účet majitele (pouze se souhlasem klienta), doprovod uživatele na nezbytné instituce – bytové družstvo, poskytovatel energie, pomoc při vyřízení sociálních dávek, pravidelné návštěvy uživatele v bytě – kontrola realizovaných plateb (nájemné, zálohy na energie), kontrola stavu bytu, počtu osob v domácnosti, vztahů s okolím, spotřeby energií, udržování pravidelného kontaktu s majitelem bytu minimálně 1x měsíc nebo dle domluvy, řešení návazných problémů, např. hledání zaměstnání, zajištění rekvalifikace, řešení dluhů, opětovná spolupráce na rodinném rozpočtu.

Tento model byl pilotován v průběhu necelých dvou let díky realizaci dvou projektů, a to projektu „Z Ghetta na dobrou adresu“¹⁶⁹ a „Příležitost pro osoby vyloučené z bydlení“¹⁷⁰ a v rámci realizace sociální služby – terénní programy.

V průběhu realizace se ukázalo, že jedním z nejvýznamnějších faktorů, které ovlivňují přístup sociálně vyloučených osob a sociálním vyloučením ohrožených je *kombinace nízkých příjmů s vysokými náklady na vstup do bytu*. Tyto náklady se zpravidla pohybují v rozmezí 25–35 000 Kč (zahrnují nájem, 3 měsíční kauci, administrativní poplatky, poplatky realitní kanceláři aj). Jako vhodná strategie řešení se jeví aktivní zvyšování příjmů (zaměstnání), vyjednávání s majiteli bytů o snížení kauce (případně její rozložení do splátek), eventuálně využití externích financí (dávka hmotné nouze, různé nadační fondy aj). Dalším významným faktorem je *zaměstnání*, a to v několika ohledech. Jednak aktivní příjem umožňuje uživatelům šetřit peníze na náklady spojené se vstupem do bydlení, a také v očích majitelů bydlení se zaměstnaný uživatel jeví jako „důvěryhodnější“. Dalším faktorem je poměrně dlouhá doba od definování zakázky po přestěhování. Ta se pohybuje v průměru okolo 3 až 6 měsíců a je ovlivněna jednak časem potřebným k našetření nezbytných financí, a jednak časem, kdy se podaří najít vhodného majitele. Z tohoto vyplynulo, že tento model není vhodný pro ty, kteří se nacházejí v akutní bytové nouzi a potřebují svou situaci vyřešit v krátkém časovém horizontu. Jedná se zejména o situace, kdy hrozí odebrání dětí, rozpad rodiny či ztráta bydlení (např. z důvodu ukončení nájemní smlouvy).

Vyhledávání majitelů bylo realizováno dvěma způsoby. Jednak prostřednictvím zveřejněných inzertních nabídek na internetových serverech a jednak „mapováním“, vyhledáváním majitelů v rámci lokalit, o kterých jsme se dozvěděly zejména od uživatelů či z okolí, případně nás majitelé kontaktovali sami.

Pro majitele bytu, kteří jsou ochotni byt cílové skupině pronajmout je charakteristické, že sami docházejí za nájemci vybírat nájemné osobně a to z toho důvodu, aby si zkontrolovali stav bytu, zkontrolovali soužití nájemce se sousedy, případně vzniklé problémy ihned začali řešit. Na projektu je zaujalo zejména to, že tyto aktivity by zajišťovala pracovnice, jím by tak „odpadla část povinností“ s pojené s péčí o nájemníka. Pro tyto majitele bytu byla právě možnost zajišťovaného sociálního doprovodu, zejména kontrola plateb a stavu bytu, stěžejní, bez ohledu na to, zda je jim poskytována finanční garance.

169 Tento projekt je financován prostřednictvím Nadace Partnerství.

170 Projekt „Příležitost pro osoby vyloučené z bydlení“, reg. č. CZ.1.04/3.102/B7.00050, je financován z Evropského sociálního fondu prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a ze státního rozpočtu ČR.

U majitelů bydlení, kteří nejsou ochotní pronajmout byt cílové skupině, uvádějí, že nepronajímají byty uživatelům z řad Romů, přestože mnozí s nimi nemají předchozí zkušenost. Jako důvod uvádějí strach, že by měli nezaplacený nájem, nájemce by jim byt zdemoloval či na něm způsobil jiné škody, že by vznikly dluhy na energiích. Obavy mají také z toho, že by se jim nepovedlo problémové nájemníky vystěhovat, a jim by pak vznikali dluhy. Obávají se toho, že by „z nich peníze nezískali zpět“. Tyto obavy se objevují zejména v případech, kdy nezaplacení byt jednoho nájmu, je pro vlastníka bytu likvidační. V tuto chvíli musí uhradit jak nájem za podnájemníka, tak i nájem za byt, ve kterém bydlí oni sami, což jim způsobuje nemalé potíže s rodinným rozpočtem. Obavy z neplacení nájmu, či problému s hrazením nájmu se netýká pouze majitelů bydlení ve smyslu jednotlivců, ale i firem, které pronajímají větší počet bytů. Svědčí o tom podmínky některých bytových družstev, které jako jednu ze základních podmínek uvádějí zaměstnání, případně povinnost doložit příjmy při předložení žádosti o byt (např. společnost RPG). Důležitým tématem byla pro majitele bydlení i reakce okolí na to, že by byt pronajali Romům. Toto se ukázalo zejména u těch majitelů, kteří v daném bytě vyrůstali a na sousedy mají citové vazby. Mají obavy zejména z hluku nájemníku, případných konfliktů se sousedy, rušení nočního klidu, nebo že by si nájemníci po čase přistěhovali zbytek rodiny.

5. Závěr

V rámci tohoto článku jsme se zaměřili na využití soukromých majitelů bydlení při řešení nedostupnosti standardního bydlení u osob ohrožených sociálním vyloučením nebo sociálně vyloučení. Pro tyto osoby je dostupnost bydlení na otevřeném trhu s byty obtížná, zejména z důvodu vysokých vstupních nákladů, finanční nestabilitou, ale i bytovou politikou dané obce, diskriminaci na trhu s bydlením aj.

Jak již bylo zmíněno, ochota majitelů bytů pronajmout či nepronajmout byt cílové skupině je ovlivněna obavami z nezaplacení nájmu, devastace bytu, konfliktů k okolí. Zde by tento model mohl sloužit jako jedna z možností redukce těchto obav. Další možnou redukcí obav představuje vytvoření garančního fondu. Jak uvedli sami majitelé, byli by ochotnější pronajmout byt cílové skupině, pokud budou mít jistotu finanční garance, že jim bude uhrazena případná škoda.

Seznam citované literatury

- BIHR, Alain., PFEFFERKORN, Roland *Dechiffre les inegalites*. Paris: Syros. 1999.
- GOJOVÁ, Alice. *Možnosti moderních metod sociální práce při zvládnání nových sociálních rizik. Dílčí zpráva č. 2.: Nová sociální rizika pohledem vedoucích odborů sociálních věcí* Ostrava. 2011a
- GOJOVÁ, Alice. *Možnosti moderních metod sociální práce při zvládnání nových sociálních rizik. Dílčí zpráva č. 3.: Nová sociální rizika z pohledu starostů malých obcí a poskytovatelů sociální služeb*. Ostrava. 2011b
- GOJOVÁ, Alice., GOJOVÁ, Vendula, LINDOVSKÁ, Eliška, NEDOMOVÁ, Eva, ŠPILÁČKOVÁ, Marie, TICHÁ, Iva, VONDROUŠOVÁ, Kamila. Způsoby zvládnání chudoby a ohrožení chudobou domácnostmi rodin s nezletilými dětmi. In BAUM, D., GOJOVÁ, A. *Výzkumné metody v sociální práci*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2014. ISBN 978-80-7464-390-3.
- LUX, Martin.; MIKESZOVÁ, Martina., SUNEGA, Petr. *Podpora dostupnosti bydlení pro lidi akutně ohrožené sociálním vyloučením – mezinárodní perspektiva a návrhy opatření v ČR*. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2010. ISBN: 978-80-7330-176-7

Rapid Re-Housing: Successfully Ending Family Homelessness *National Alliance to End Homelessness* [online].2012. Washington, DC [cit. 2016-09-11]. Dostupné z: <http://www.endhomelessness.org/library/entry/rapid-re-housing-successfully-ending-family-homelessness>.

ŠILÁČKOVÁ, Marie, LINDOVSKÁ, Eliška, NEDOMOVÁ, Eva, PARTIKOVÁ, Katka, KARCHŇÁKOVÁ, Katka. *Možnosti moderních metod sociální práce při zvládnání nových sociálních rizik. Dílčí zpráva č. 4.: Nová sociální rizika a možnosti uplatnění moderních metod sociální práce v Moravskoslezském kraji*. Ostrava. 2011

Zákon č.108/2006 O sociálních službách

Vyhláška 505/2006 Sb.

Spolupráce s obcemi v zájmu asertivního kontaktování lidí s duševním onemocněním v jejich přirozeném prostředí

Cooperation with municipalities with interest of assertive contacting people with mental illness in their natural environment

Lucie Pacovská¹⁷¹

Abstrakt

Tématem příspěvku je mezioborová spolupráce s obecní samosprávou a nestátní neziskovou organizací Péče o duševní zdraví o.s. na Náchodsku a Broumovsku. Řešeným problémem je asertivní kontaktování lidí s duševním onemocněním, možnosti oslovení těchto lidí v jejich přirozeném prostředí na základě spolupráce s obcemi. Cílem je potvrdit na příkladech dobré praxe užitečnost této spolupráce, poukázat na její limity a možnosti ošetření těchto nedostatků a dále demonstrovat nutnost komunitní spolupráce u této cílové skupiny.

Klíčová slova: Obce. Komunita. Duševní onemocnění. Asertivní kontaktování

Abstract

The contribution themes to the inter-disciplinary cooperation with the local government and NGO Péče o duševní zdraví o.s. in the area of Náchod and Broumov. The issue in hands is the assertive contacting of mentally ill people, possibility of addressing of the people in their natural habitats based on cooperation with municipalities. Using the good practice examples, it is aim to confirm usefulness of the cooperation, to point out to its limits and possibilities to clear the shortages thereof, as well as to demonstrate the necessity of the community cooperation for the target group.

Keywords: Municipalities. Community. Mental disorders. Assertive addressing

ÚVOD

Základní ambicí tohoto příspěvku je popsat problém, na který naráží sociální pracovníci při práci s duševně nemocnými lidmi, tedy jak kontaktovat tuto cílovou skupinu v přirozeném prostředí za situace, kdy klient nemá náhled na vlastní onemocnění a pomoc nevyhledává. Příspěvek si klade za cíl popsat tyto situace, na praktických příkladech ilustrovat užitečnost spolupráce s místní samosprávou, zdůraznit její přínos a limity, nejen pro danou oblast, ale i pro celý systém transformace psychiatrické péče. Autorka příspěvku je sociální pracovnící z organizace Péče o duševní zdraví z. s., vedoucí střediska působícího na Náchodsku a Broumovsku. Tato územní oblast je specifická, je zde poddimenzovaná psychiatrická péče, poměrně chudá síť sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu a obecně nízká míra informovanosti zainteresované i široké veřejnosti.

1. Představení organizace a jejich metod práce s cílovou skupinou

1.1 Péče o duševní zdraví, metody práce

Péče o duševní zdraví více než 20 let pomáhá lidem žít s duševní nemocí. Působí v Pardubickém a Královéhradeckém kraji, díky své dostupnosti podpoří bezmála 700 lidí ročně, aby mohli žít spokojeně, samostatně a zvládali běžný život ve společnosti. Cílovou skupinou jsou lidé s vážnými duševní-

171 Bc. Lucie Pacovská – vedoucí střediska Náchod, Broumov, Péče o duševní zdraví z.s.

mi nemocemi, jako je schizofrenie a jiná psychotická onemocnění. Vychází z přesvědčení, že duševní nemoc by neměla být důvodem ke společenskému odmítání a izolaci. Duševně nemocní jsou lidé jako všichni ostatní a je potřeba citlivě vnímat a dodržovat jejich práva. Dle metodiky služeb sociální rehabilitace (Péče o duševní zdraví: Metodika služby sociální rehabilitace_R2015, str. 6) je posláním:

- a) *Pomáhat duševně nemocným lidem rozvíjet jejich dovednosti a vztahy s jejich okolím, aby mohli žít spokojeně a samostatně ve svém prostředí a s minimální nezbytnou mírou odborné pomoci, a*
- b) *Pomáhat duševně nemocným lidem v aktivním trávení volného času, aby nebyli osamělí a vyloučení ze společnosti*

Za tímto účelem jsou základním stavebním kamenem práce metody komunitní a asertivní léčby a metody case managementu.

1.2 Asertivní komunitní péče

Asertivní komunitní péče je model práce převzatý původně z Nizozemí. Jde o způsob práce, kdy péče o potřeby lidí s duševním onemocněním se opírá o vlastní zdroje komunity: „*Z pohledu poslání rehabilitace a komunitních služeb nám ale jde o multidisciplinární týmy, které fungují mobilním způsobem v komunitě a svou činností propojují různé složky péče od psychiatrických lůžkových až po sociálně rezidenční (chráněné bydlení, domy na půli cesty). Takové týmy mají k propojování ostatních složek péče potřebné řídicí kompetence a jejich působení známe např. z Nizozemska, Velké Británie či Finska. Pro práci multidisciplinárních týmů, které intenzivně celodenně pracují s těžkými případy a kombinují metody případového vedení a psychiatrické domácí péče, se vžil pojem asertivní komunitní léčba“ (Phillips, 2001 in Hejzlar, Halíř, Fiala, 2010)*

Z výše zmíněného vychází jeden ze způsobů kontaktování klientů s duševním onemocněním – asertivní nabízení služby. Je několik možností, jak se klienti dostávají do služeb, jak se o službách dozvědí. V první řadě se snaží PDZ spolupracovat s psychiatrickou péčí, tedy s ambulantními psychiatry, psychiatrickými klinikami či odděleními a psychiatrickými nemocnicemi. Snahou PDZ je, aby v těchto zařízeních chápali význam tohoto typu služeb a podporovali potřebné klienty ke spolupráci. Tak kupř. vzniklo pravidelné multidisciplinární sezení v Psychiatrické nemocnici Havlíčkův Brod, kde zástupci PDZ se schází s tamními lékaři, sestrami a soc. pracovníky za účelem nabízení služeb potřebným pacientům. Dalším zdrojem komunity jsou rodiny duševně nemocných, sousedé, přátelé. Ti často zaregistrují, že se s jejich blízkým děje něco „podivného“ a vyhledají pomoc. Buď se snaží motivovat nemocného k osobnímu setkání s pracovníkem, či si přijdou pro informace nejprve oni sami. Posledním nejčastějším zdrojem zprostředkování podpory sociální služby bývá místní samospráva, zástupci sociálních odborů města, nebo např. vedoucí bytových správ, správních oddělení, či Městská policie.

Na Náchodsku a Broumovsku je spolupráce s psychiatrickou péčí velice tristní. Celou tuto oblast pokrývají 3 ambulance psychiatrů a jedno psychiatrické lůžkové oddělení. Psychiatrické oddělení Oblastní nemocnice Náchod v Novém Městě nad Metují nemá žádný zájem spolupracovat se sociálními pracovníky PDZ. Stejně tak další dvě psychiatrické ambulance, přes veškerou snahu pracovníků, nepředávají informace o sociálních službách potřebným pacientům. V místě tedy funguje pouze jedna psychiatrická ambulance plně spolupracující a chápající sociální rozměr duševního onemocnění. Nejenže je tedy zoufale málo psychiatrické péče jako takové, ale i kvalita této péče je mnohdy nekomplexní a často zaměřená jen na biologicko-medicínský přístup k pacientovi. Možnost navázání klienta do služeb a zprostředkování podpory se zákonitě přelévá do ostatních zdrojů, tedy do přirozených komunit.

Specifikem duševního onemocnění je chybějící náhled na onemocnění. Nemoc se může objevit rychle, náhle, nebo naopak velmi pomalu, plíživě a v řádu několika let. Nemocný ztrácí kontakt s realitou, mění se jeho vztah ke světu i k sobě samému. Vágnerová popisuje následující (Vágnerová, 2014: 326): „*u nemocných schizofrenií dochází odtržení od vnějšího světa, v němž nejsou schopni se adekvátně zorientovat. (Např. nepoznávají své rodiče, pacient považuje matku za „tu paní, která tam bydlí“.) Světu nerozumějí, může se jim jevit neznámý a cizí (derealizace). U nemocných schizofrenií se objevují tendence k izolaci od okolního světa a ke koncentraci na sebe samého. Nemocní vnějšímu dění nerozumějí, mají z něj strach, a proto se mu raději vyhýbají. Náhled na vlastní onemocnění obvykle chybí“.* V důsledku toho si v akutní, neléčené fázi nemoci obvykle postižený pomoc sám nevyhledá a je odkázán na vlastní rodinu, či bližší okolí, které je schopno tyto změny rozpoznat.

2. Popis případových setkání, jejich význam

Na Náchodsku a Broumovsku se v rámci projektu Rozvoj dostupnosti a kvality sociálních služeb v Královéhradeckém kraji V začala s měsíční pravidelností organizovat tzv. „Případová setkání“. Probíhají tak, že obec pozve pracovníky místní sociální služby (terénní i ambulantní), pracovníky z vlastních odborů (úřad práce, bytový odbor atd.) a výtupuje občany, kteří jsou ohroženi sociálním vyloučením, či jinak dlouhodobě strádají v důsledku onemocnění. Na společném setkání se poté probírají jednotlivé možnosti pomoci těmto občanům. Výstupy se sepíší v zápise, ke kterému se na dalším setkání jednotliví zainteresovaní pracovníci vrátí. Díky těmto setkáváním se pracovníci Péče o duševní zdraví mohou dozvědět o potenciálních klientech, jejichž rodina není schopna zajistit adekvátní pomoc, nebo vazby s rodinou úplně chybí. Zároveň lze informovat pracovnice úřadů práce, OSPODU a dalších odborů, jak člověka s duševním onemocněním rozpoznat a vhodně s ním komunikovat. Mezi další výhody těchto případových setkání je pravidelnost a kontinuita. Navíc představitelé obce mají dobrou znalost místní komunity, jejich specifik. Dokáží dobře poradit pracovníkovi, jaké zdroje v komunitě lze či nelze využít. Bez tohoto nástroje je spolupráce pracovníků obce s dalšími službami mnohdy roztržštěná, neefektivní, nahodilá. Mezi nejčastější nedostatky systémů poskytujících pomoc lidem s vážnými, nebo dlouhodobými duševními potížemi řadí Stuchlík (2001) především:

- a) *Nerovnováha mezi potřebami klientů a poskytovanými službami*
- b) *Fragmentace služeb, chybění návaznosti v péči*
- c) *Podcenění klíčových služeb*
- d) *Nedostatečné zapojení dobrovolníků a osob blízkých klientovi*
- e) *Problémy v otázkách odpovědnosti*

3. Kazuistika

Autorem kazuistiky je sociální pracovník Péče o duševní zdraví z.s. pobočka Náchod/ Broumov. *Andělský pan S.*

Na pana S. nás upozornila pracovnice Městského úřadu Broumov na případové konferenci. Pracovníci úřadu měli obavy o život pana S. Žije v rozpadajícím se domě, který zaplňuje různými předměty. Dům kdysi patřil jeho sestře, nyní je v exekuci. Pan S. je 48 letý, nezaměstnaný. Žije z dávek hmotné nouze. Při pravidelných návštěvách úřadu práce se svěruje s tím, že v jeho domě, který obývá, jsou andělé, které musí krmít a přinášet jim oběti. Z tohoto důvodu žádá o další mimořádné jednorázové dávky a nerozumí tomu, když mu nejsou přiznány.

Pan S. nemá žádné kontakty s rodinou, od 9 let žil v dětském domově, byl odebrán spolu se svými sourozenci duševně nemocným rodičům, jež nezvládali péči. Každý den odchází z domu a kolem kontejnerů sbírá různé předměty, které pak rozestavuje v domě a jeho okolí jako obětní předměty. Ostatní obyvatelé obce mají z jeho podivného chování obavy, někdy bývá i slovně agresivní.

Kontaktovali jsme ho společně s pracovníci z přestupkové komise – Pan S. má dceru, kterou neměl v péči a neplatil výživné. Pracovnice z přestupkové komise již pána znala a navzájem nás představila. Cílem kontaktování bylo seznámit se, nabídnout naše služby, popřípadě zprostředkovat jiné. Ze strany MěÚ byla zakázka zjistit, zda je pán v péči psychiatra, popř. ho k léčení motivovat, zároveň zkusit motivovat ke změně bydlení.

Při prvním kontaktu byl pan S. nedůvěřivý, byli jsme v jeho očích součástí „vrchnosti“, systému, který ho k něčemu tlačil. Posupně na dalších schůzkách nám začal více důvěřovat. Kontaktování se odehrává zásadně v jeho obydli, ukazuje nám důkazy andělské existence a my nasloucháme.

V průběhu spolupráce se podařilo motivovat klienta k popovídání s duchovním s cílem zapojit jej do místní komunity farníků. Odtud se dá předpokládat podpora nejen spirituální (andělé jsou pro pana S. velice důležité téma v životě), ale i materiální (např. pomoc se střechou před blížící se zimou). Zároveň edukujeme pracovníky Úřadu práce, či sousedy, jak s klientem komunikovat a neuvádět ho zbytečně do rozčilení. Zároveň ale i naopak – učíme pana S. jak o svých prožitcích mluvit srozumitelněji, nebo s kým o nich nemluvit vůbec.

Na výše zmíněné kazuistice jsou, krom jiného, ilustrovány dva důležité přístupy – metody case managementu a práce se zakázkou od jiného subjektu, než je klient sám. Case management, jinak také případové vedení je způsob práce, kdy klíčový pracovník propojuje a provází klienta celým spektrem využitelných zdrojů. Tento termín se objevil v 60. letech 20. století, do ČR se dostal až v r. 1995 v rámci projektu financovaného z holandského grantu MATRA, jako metoda koordinace služeb a způsob práce s lidmi, jimž závažné duševní onemocnění způsobuje potíže v řadě oblastí jejich života. Tato koordinace, zajištění kontinuální, intenzivní a asertivní pomoci, podpory či péče jsou faktory, kterými case management umožňuje, aby komunitní systémy péče o duševně nemocné byly dostatečně efektivní, pro klienty bezpečné. Jeden z důležitých principů case managementu je VZTAH klienta a case managera. Vztah je významnější, než přesný plán intervencí. Pracovník by měl budovat vztah s vědomím, že čím více bude klient v postavení partnera a ne pasivního příjemce pomoci, tím více budou intervence odpovídat skutečným potřebám. Bohužel se case manager (pracovník) často ocitá v situaci, kdy první informace o potřebě pomoci (zakázka) přichází z okolí klienta. Pracovník je pak prvním, kdo klienta konfrontuje s existencí problému, současně mu musí vysvětlit svou roli, možnosti a získat důvěru klienta. (Pěč, Probstová, 2009)

4. Limity v praxi případových konferencí a možnosti jejich ošetření

Případové konference jsou vedeny z aktivity měst a obcí. Pro pracovníky Péče o duševní zdraví jsou velmi důležité, neboť jim mohou pomoci dostat se ke klientům nacházejících se v situaci, kdy jsou ohroženi sociálním vyloučením, mnohdy i spoustu let strádají bez pomoci. Bohužel se však pracovníci často dostávají do situace, kdy potenciální zakázka pracovníků obcí a měst se zaměřuje za zakázku klienta samotného. Jak je uvedeno výše, je pro pracovníka nestátní neziskové organizace při práci s touto cílovou skupinou zásadní důvěra klienta a práce na vztahu. *Práce na vytvoření partnerského vztahu je extrémně důležitá v úvodní fázi, udržování a posilování vztahu s klientem je však zásadní součástí práce s klientem v celém jejím průběhu.* (Pěč, Probstová, 2009). Tomu někdy úředníci, kteří podléhají „politickému“ tlaku vedení, těžko rozumí a jejich představy a očekávání o způsobu pomoci lidem s duševním onemocněním bývají shrnuty do věty: „něco

s nimi udělejte, ať se tu netoulají (ať jim z bytu nesmrdí, ať nejsou vidět atd...)“. Následující kazuistika ilustruje některé nástrahy vzájemné spolupráce mezi službou, jejímž důležitým principem je dobrovolnost, vztah a pracovníky města.

Svéhlavá paní M., 60 let

Na případovém setkání na městském úřadě dostáváme informace o paní, která několik desítek let hromadí ve svém bytě předměty. Je velmi ostražitá a nedůvěřivá. Dlouhodobě dochází k psychiatrovi, ale hromadění věcí, což je důsledek onemocnění, se nedaří eliminovat. Z tohoto důvodu se z jejího bytu šíří nepříjemný zápach, který je důvodem velkých konfliktů se sousedy. V minulosti řešili pracovníci úřadu situaci tím, že zavolali sestře klientky, která přijela a byt vyklidila za pomoci správce domu. Pracovníci úřadu mají obavu z toho, že přirozené zdroje paní M. (sestra, domovník) stárnou. Nebude tedy možné řešit situaci jako dosud. Hrozí ztráta bydlení – vystěhování. Paní M. je pracovnícemi úřadu nabízena možnost bydlení v pobytovém zařízení. Ta vždy souhlasí, ale rychle si to rozmyslí a místo v zařízení odmítne. Finančně je zabezpečena starobním důchodem.

Pracovníci úřadu přichází s očekáváním, že terénní služba Péče o duševní zdraví byt vyklidí a zamezí tomu, aby věci znovu nahromadila. Případně paní namotivují k tomu, aby se přestěhovala do pobytového zařízení, kde by jí hromadění věcí nebylo umožněno.

Na teamové poradě jsme sestavovali možnosti řešení dané situace, jaké jsou zdroje klientky, na kterých můžeme stavět. Mezi ty patří podpora domovníka, který vše na náklady družstva odváží, je trpělivý a chápavý. Významnou podporou je sestra. Ta je však již ve vysokém věku, má závažné zdravotní problémy a bydlí až v Kutné Hoře. Velkou oporou je pro klientku vira v Boha. Každý den navštěvuje kostel. Proto nás napadlo kontaktovat paní přes místního faráře, protože v minulosti jsme zkoušeli opakovaně paní navštívit přímo v bytě, což se bohužel nikdy nepovedlo.

Vzhledem k velké nedůvěřivosti paní M., jejím obavám a poměrně malým zdrojům komunity je jediným možným zprostředkovatelem kontaktu místní farář. S ohledem na principy služby není možné začít spoluprací tím, že klientce vpadneme do bytu a vyklidíme ho.

Tím se však dostáváme do konfliktu s městským úřadem, který očekával rychlé a efektivní řešení situace. Hledání zdrojů v komunitě, popřípadě jejich vytvoření však z hlediska pracovníků úřadu není rychle a efektivní, nicméně pro dlouhodobou spolupráci a dobrý vztah s klientem nutné.

Těmto nereálným očekáváním lze předejít, pokud se hned ze začátku vzájemné spolupráce jasně vydefinují principy práce, jako je dobrovolnost, práce na vztahu, důraz na autonomii klienta. Zároveň lze pracovníky jednotlivých oborů edukovat prostřednictvím seminářů či workshopů. Je velice důležité, aby rozuměli jednotlivým typům duševního onemocnění, průběhu nemoci a celkově specifikům této cílové skupiny.

5. Závěr

V současné době je velkým tématem deinstitucionalizace psychiatrické péče a nový systém péče o lidi s dlouhodobým vážným duševním onemocněním. Základy pro tento nový systém již vznikly (terénní práce, komunitní a asertivní péče), některé teprve vznikají a usazují se v systému nejen zdravotnické péče, ale i státní správy, potažmo obecní samosprávy. Pro funkční model je potřeba spolupráce všech zainteresovaných oborů, které ovlivňují život lidí s duševním onemocněním. Jednotný pohled a kontinuita služeb zajistí efektivitu, aby výsledkem péče byl smysluplnější, aktivnější život dané cílové skupiny a v neposlední řadě i levnější systém péče. Posilování přirozených vazeb v komunitě, flexibilnější zdravotní péče (sociálně-zdravotní terénní týmy), komplexnější pohled na člověka s duševním onemocněním a jeho život se jeví jako dobrý začátek celé transformace psychiatrie.

Případové konference mohou být jedním z kamínek celé této mozaiky změn, která může přispět k větší propojenosti péče, či podpory duševně nemocných lidí. Pokud by se staly nedílnou součástí tohoto systému, bylo by mnohem snazší vyhledat potřebné lidi a pomoci těm, kteří si v důsledku onemocnění pomoc sami nevyhledají. Zároveň umožňují pracovat v komunitě a s komunitou, tedy žítým světem klienta, což je nenahraditelný zdroj neprofesionální podpory. Platí zde ovšem jedna podmínka, která je podmínkou pro celou současnou společnost – demytizovat duševní onemocnění, edukovat zainteresovanou, ale i širokou veřejnost o jednotlivých duševních onemocněních, jejich dynamice a specifikách, možnostech podpory. Upustit od zasetých myšlenkových stereotypů, změnit úhel pohledu. Přestat vidět pouze medicínskou rovinu, podpořit duševně nemocné ve znovu-uschopení a jejich okolí přesvědčit o tom, že návrat duševně nemocného člověka do společnosti není přínosem jen pro něj samého, ale pro celou tuto společnost.

Seznam použité literatury:

HEJZLAR, P., HALÍŘ M., FIALA M. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné, *Psychiatrie*, 2010, roč. 14, č. 3, s. 147. ISSN – 1803-5272.

VÁGNEROVÁ, M. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. 1. Vyd. Praha: Portál, 2004. 816s. ISBN 978-80-262-0696-5

STUHLÍK, J. *Asertivní a komunitní léčba a case management*. Praha: Fokus Praha a Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví 2001.

PĚČ, O. – PROBSTOVÁ, V. *Psychózy. Psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. 1.vyd. Praha: TRITON, 2009. 256 s. ISBN 978 – 80 – 7387 – 253 – 3

Sociální práce s onkologicky nemocnými a jejich blízkými

Social work with oncology patients and their loved ones

Šárka Slavíková¹⁷²

Abstrakt

Obsahem příspěvku je představení sociální práce s onkologicky nemocnými a jejich blízkými a pohled na mezioborovou spolupráci. Příspěvek vychází z dlouholetých zkušeností pracovníků Amelie, z.s., která již 10 let poskytuje psychosociální pomoc onkologicky nemocným a jejich blízkým. Dále z výstupů z konference „I slova léčí I. a II.“ pořádané v letech 2013 a 2015 společně se Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze a zaměřené na psychosociální problematiku onkologicky nemocných a jejich blízkých. A v neposlední řadě ze spolupráce s patientskými organizacemi, a stáže v zahraničí. Cílem příspěvku je zmapovat dostupnost sociální práce pro cílovou skupinu, popsat situaci v mezioborové spolupráci, vymezit limity sociální práce s onkologicky nemocnými v ČR, představit několik zahraničních zkušeností a hledat možnosti do budoucna. Cílová skupina s takto velkým růstem si zaslouží pozornost v sociální a zdravotní politice i v celé společnosti, protože i zde je velkým tématem nákladovost, zároveň se může týkat každého z nás. A současně i s jinými cílovými skupinami i oblast rakoviny je opředena řadou tabu a stereotypů.

Klíčová slova: Onkologicky nemocní. Sociální práce. Spolupráce.

Abstract

The contribution introduces the social work with cancer patients and their relatives, as well as the view on the inter-disciplinary cooperation. The contribution is based on long-term experience of Amelie, z.s. staff that has been providing psychosocial assistant to the cancer patients and their relatives for 10 years. Further, it is based on the outcomes of the “I slova léčí I. and II. (Even words heal, I and II)” conferences held in 2013 and 2015 in cooperation with Všeobecná fakultní nemocnice in Prague, and focused on psychosocial issues of the cancer patients and their relatives. Last but not least, it is based on cooperation with patient organizations and stays abroad. The contribution aims at mapping of availability of the social work for the target group, describing of the situation in the inter-disciplinary cooperation, defining the limits of the social work with the cancer patients in the Czech Republic, introducing some foreign experience, and looking for the opportunities for the future. The target group with the high growth deserve an attention in the social and health policy as well as across the society because costs are the key theme here as well; it may also concern anybody of us. And together with the other target groups, also the cancer area is surrounded by many taboos and stereotypes.

Key words: Cancer patients. Social work. Cooperation.

1. Vymezení cílové skupiny onkologicky nemocných a jejich blízkých

Cílová skupina je velmi široká, řadíme k ní všechny onkologicky nemocné bez rozdílu věku, od mladých lidí až po seniory. Také diagnóza rakoviny – onkologického onemocnění je velmi široká a patří do ní jednak tzv. solidní nádory (ca prsu, ca plic, atd.), ale také hematom-onkologická onemocnění (leukemie, mnohočetný myelom, atd.) Nemocní se nám také pohybují v různých fázích onemocnění – diagnostika, léčba, remise a rehabilitace, recidiva, progresse, terminální stav. V každé z fází mají nemocní jiné potřeby a dominují různé sociální problémy. Už na počátku onkologického onemocnění máme cílovou skupinu s velmi různorodým sociálním zázemím – finanční situace, bydlení, práce, koníčky, rodina, blízcí. Nemocní mají také odlišnou psychickou odolnost a schopnost adaptability vůči zátěžové až krizové situaci, kterou onkologická diagnóza bezesporu

¹⁷² Amelie, z.s.; Šaldova 337/15, Praha 8, 186 00, e-mailová adresa: info@amelie-zs.cz; Tel.: +420 608 458 304

je. Také nesmíme v rámci cílové skupiny zapomenout na rodinu a blízké onkologicky nemocných, kteří mají také své potřeby a to i ti, kteří se stanou pozůstalými.

2. Velikost cílové skupiny

Česká republika patří z hlediska epidemiologie zhoubných nádorů mezi nejzatíženější státy Evropy i světa. Od roku 1995 se daří mortalitu dlouhodobě stabilizovat. Přesto kvůli rostoucí incidenci dochází k setrvalému růstu prevalence. Ročně onemocní onkologickým onemocněním přibližně 80 tisíc lidí v ČR. Výstupy predikčních modelů počtu onkologicky nemocných v roce 2016 jsou dostupné na webových stránkách České onkologické společnosti v tzv. Modré knize. Zde je možné vidět, jak vysoká jsou čísla lidí žijících s onkologickým onemocněním u některých diagnóz: (www.linkos.cz)

Tab. 2: Predikce celkové prevalence vybraných diagnóz zhoubných nádorů pro rok 2016

Diagnóza	Prediktivní odhady celkové prevalence v roce 2016 ¹					
	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV	Klinické stadium neznámo	CELKEM
Karcinom prsu (C50) – ženy	38 844 (38 520; 39 168)	33 469 (33 168; 33 770)	8690 (8537; 8843)	3403 (3307; 3499)	1963 (1890; 2036)	86 369 (85 886; 86 852)
Karcinom tlustého střeva a konečníku (C18–C20)	21 376 (21 136; 21 616)	19 104 (18 877; 19 331)	15 114 (14 912; 15 316)	7083 (6945; 7221)	2654 (2569; 2739)	65 331 (64 911; 65 751)
Nemalobuněčný karcinom plic (C34; 65 % všech ZN plic)	3894 (3791; 3997)	1517 (1453; 1581)	3206 (3113; 3299)	5351 (5231; 5471)	1220 (1163; 1277)	15 188 (14 985; 15 391)
Renální karcinom (C64) (77 % všech ZN ledvin)	19 021 (18 794; 19 248)		3105 (3013; 3197)	1897 (1825; 1969)	831 (784; 878)	24 854 (24 595; 25 113)
Karcinom prostaty (C61)	46 188 (45 834; 46 542)		8199 (8050; 8348)	5525 (5403; 5647)	3512 (3415; 3609)	63 424 (63 010; 63 838)
ZN močového měchýře (C67)	13 856 (13 662; 14 050)	3017 (2927; 3107)	650 (608; 692)	1180 (1123; 1237)	2256 (2178; 2334)	20 959 (20 721; 21 197)

A vzhledem ke snižujícímu se věku vzniku onemocnění i objevující se nádorové duplicitě onemocnění je jasný předpoklad, že bude stále více lidí vracejících se do běžného života a na trhu práce, kteří ovšem mají specifické potřeby a potřebují podporu.

3. Dostupnost sociální práce pro onkologicky nemocné a jejich blízké

Většina onkologické léčby probíhá v Komplexních onkologických a hematomo-onkologických centrech (KOC a HOC), což jsou převážně fakultní a nebo velké nemocnice. Většina pacientů se léčí ambulantně, na lůžkovém oddělení jsou obvykle ti se zhoršeným zdravotním stavem nebo specifickou léčbou. Všechny KOC mají sociální pracovníci, ale až na výjimky (např. Masarykův onkologický ústav v Brně) nemá na starost pouze onkologickou kliniku, ale další oddělení v nemocnici, není tedy na klinice stále přítomna, ale pouze dochází. Počet lůžek, která musí sociální

pracovnice obhospodařit, se pohybuje mezi 150–250. Onkologicky nemocní jsou hospitalizováni i na dalších klinikách než pouze onkologii (např. chirurgie, plicní, gynekologie, ORL.) A to z důvodu operace, komplikace v dané oblasti nebo samostatnému oddělení pro léčbu jako například onkogynekologie. Sociální pracovnice tak prakticky nemá možnost postarat se o ambulanci. Na péči o onkologicky nemocné se podílí i menší nemocnice, kde bývá pacientům například podávána základní chemoterapie. Zde nenajdeme sociální pracovníci vůbec nebo maximálně 1–2 na celé zařízení. Samostatná MammaCentra pro léčbu rakovinu prsu sociálního pracovníka nemají.

Dostupnost sociální pracovnice pro onkologicky nemocné mimo zdravotnictví je snad ještě horší. Registrovaných sociálních služeb s tímto zaměřením je v ČR maximálně 5 (Amelie, zs., Kapka 97 Most) Pacientské organizace (např. MammaHelp, Lymfomhelp, Mnohočetný myelom, Diagnóza CML, České ILCO, atd.) nemají sociálního pracovníka, ale zprostředkovávají emailové dotazy nebo krátkodobé projekty z dotací a darů. Pacienti mezi sebou sdílí informace ze sociální oblasti. Je zde ovšem riziko z nepřesnosti informací, které na celou skupinu nemusí být použitelné.

4. Nejčastější zakázky pro sociálního pracovníka

Mezi nejčastější patří:

- a) Sociální poradenství
Informace o nároku na pracovní neschopnost, invalidní důchod, průkaz ZTP nebo další příspěvky pro zdravotně postižené.
- b) Odvolání proti rozhodnutí při nepřiznání nebo snížení stupně invalidního důchodu, průkazu ZTP nebo příspěvku na péči
- c) Zajištění domácí zdravotní péče, zejména pro aplikaci léků proti bolesti nebo infuzní rehydratační terapie
- d) Zajištění kompenzačních pomůcek – prsní epitézy, stomické pomůcky, atd.
- e) Zajištění sociálních služeb – nejčastěji pečovatelská nebo asistenční služba u starších nebo osamocených občanů
- f) Zajištění domácí nebo lůžkové hospicové péče

Specifika a propojení se závažným onemocněním kladou velký nárok na odbornost sociálního pracovníka. Musí mít znalosti v oblasti legislativy dávek, základy medicíny, práv pacientů, krizové intervencí, paliativní péči.

5. Financování sociální práce

Sociální pracovník ve zdravotnictví nevykazuje body na zdravotní pojišťovnu. Zdravotnická zařízení musí žádat Ministerstvo zdravotnictví o dotaci na sociální pracovníky, která není nároková a ani dostačující na pokrytí nákladů. Nemocnice pak sami rozhodují o počtu sociálních pracovníků, které budou dotovat. Mohou počet sociálních pracovníků omezit, protože neexistuje platný standard o počtu sociálních pracovníků na počet lůžek, navíc se specifikem onkologicky nemocných či pro ambulantní péči. Rozdíly v počtech jsou tedy velké. Jako důkaz potřebnosti by mohla sloužit evidence nebo výzkum kolik finančních prostředků ve zdravotnictví ušetří kvalitní sociální práce, ale nic takového není realizováno a to ani v jiných oborech než je onkologie.

Sociální služby jsou převážně financované z grantů a dotací v návaznosti na komunitní plány sociálních služeb, které se ovšem výrazně liší. V některých regionech jsou pravidla pro zařazení nové služby do plánu příliš přísná, že to mnohdy prakticky není reálné pro začínající službu. Li-

mitující je také krátkodobost, většinou se jedná o jednoleté projekty, jejichž získání se organizace dozví nejdříve v polovině 2. čtvrtletí. Komplikovaná je také definice sociální potřeby, kdy sociální služby pracují s termíny zdravotně postižený, senior, osoba v krizi a onkologicky nemocný jako dlouhodobě nebo chronicky nemocný svoji kategorii nemá.

6. Mezioborová spolupráce v sociální práci u onkologicky nemocných

Hlavními oblastmi spolupráce jsou zejména tyto:

- a) Mezi pracovníky zdravotnického zařízení
- b) Mezi pracovníky zdravotnického zařízení a pacientem
- c) Mezi zdravotnickým zařízením a sociálními službami, neziskovými nebo patientskými organizacemi
- d) S terénním sociálním pracovníkem obce či zdravotní služby
- e) Mezi resorty MZ a MPSV

Lékař onkologické ambulance zřídka kdy kontaktuje sociálního pracovníka. Pokud je sociální pracovník kontaktován na lůžkových částech, pak převažuje potřeba překlady nemocného v preterminálním stavu či zajištění služeb pro možnost propuštění do domácí péče. Sociální pracovník se musí smířovat s tím, že je výrazně v nerovném postavení, protože pouze lékař rozhoduje o propuštění či překlady nemocného a sociální pracovník ani s dobrými argumenty tomu nemůže zabránit.

Častým problémem je také špatná komunikace v otázce sdělování diagnózy a zajišťování následné péče. Jak může sociální pracovník pracovat s nemocným, který nezná svůj zdravotní stav a má mu zajistit hospic? Lékaři onkologických pracovišť se soustředí hlavně na onkologickou léčbu a další potřeby pacienta nesledují. Pacient v částečném šoku, obavách, přetížen velkým množstvím informací a sám sociální problémy často nesdíljuje. Ty pak zůstávají skryté a neřešené.

Více sociálních problémů sdělí pacient zdravotním sestřám, ty občas doporučí organizaci mimo zdravotnictví, zejména v případě dotazů, které neumí zodpovědět a s vědomím, že sociálního pracovníka v nemocnici nezajistí. Lékař obvykle nedoporučí neziskovou či patientskou organizaci. Nemá důvěru a neorientuje se v nabídce služeb a pomoci. V multidisciplinárním týmu kliniky, např. na poradách se o nabídce sociální práce nehovoří.

V ČR je absence onkologické sestry s přesahem do komunitní práce. Přesunem výplaty většiny dávek na ÚP, na některých obcích výrazně poklesla terénní sociální práce a není tedy ani s kým spolupracovat. Jen velmi málo domácích zdravotních péčí má terénního sociálního pracovníka, který by problematiku zachytil. Také je patrná faktická absence komunitního plánování na některých obcích, komunitní plánování se nedělá vůbec nebo jen na oko.

Dlouhodobě chybí hlavní legislativní opora a to zejména zákon o Ucelené rehabilitaci a zákon o Dlouhodobé péči, spolupráce mezi resorty MZ a MPSV se opakovaně nedaří. Aktuální legislativa neodpovídá stavu a potřebám cílové skupiny. Například posuzování invalidních důchodů, průkazů ZTP nebo příspěvku na péči nekoresponduje s dlouhodobou, mnohdy opakovanou velmi zátěžovou léčbou. Ve vyhláškách chybí typické deficity po onkologické léčbě jako je únava, brnění různých částí těla, mnutí kůže či šlach, nespecifické bolesti nebo potíže s pamětí. Také je patrná omezená možnost sociálního pracovníka využít zkušeností a změnit zaměstnání v oborech sociální práce, například mezi prací v nemocnicích a v sociálních službách či na obci. Jiné systémy celoživotního vzdělávání změnu umožňují s velkými obtížemi.

7. Dopady stávajícího stavu sociální práce s onkologicky nemocnými a jejich blízkými

Onkologicky nemocní vyhledávají sociálního pracovníka až při velkých potížích. Protože obvykle nedojde k nabídce včasné pomoci. Obvykle až když jsou ve finančních potížích, dlouhodobě bez práce, s dluhy a exekutory za dveřmi nebo při rozpadu rodiny.

Podpora nemocných je nedostatečná a dochází tak ke zhoršení kvality života a propadu sociální sítě. Změna životního stylu jako prevence recidivy onemocnění je velmi náročná. V důsledku toho resorty MZ a MPSV nesou další sekundární náklady na péči – např. díky psychiatrizaci onkologicky nemocných.

8. Zahraniční zkušenosti

Ve Velké Británii se psychosociální problematikou onkologicky nemocných a jejich blízkých zabývají Meggie's Centra (www.meggiescentres.org) Nabízí pomoc psychologa, sociálního pracovníka a programy aktivizačního charakteru nebo ke zdravějšímu životnímu stylu. Ze stáže v Meggie's a z návštěvy vyplynulo, že Amelie, z.s. pracuje na podobných principech a nabízí velmi podobné služby. Hlavním rozdílem je ovšem jejich finanční nezávislost. Nečerpají jednoleté dotace a granty, ale podporuje je nadace a také s podporou pro ně automaticky počítá státní správa a samospráva. Lékaři nemají problém nemocného jim svěřit. Není zde velká nedůvěra. Také mají tzv. onkologickou sestru, která přesah do komunitní péče zprostředkovává. Za mnohaleté působení se jim již podařilo i přinést důkazy, jak podpora pomáhá a stojí za nimi odborníci.

Polsko je zase zajímavé z jiného pohledu. Pojem psychoonkolog zde není užíván pouze v okleštěné podobě jako v ČR. Když u nás je psychoonkolog pouze klinický psycholog pracující s onkologicky nemocnými ve zdravotnickém zařízení, případně soukromé praxi. V Polsku je psychoonkologem odborník z nejrůznějších oblastí (mimo psychologataké sociální pracovník, terapeut, atd.), který je odborníkem v psychosociální problematice onkologicky nemocných a vystudoval specializaci. Mají zde od roku 2005 obor Psychoonkologie, od roku 2011 speciální certifikát a od roku 2013 2 leté postgraduální studium v klinické psychoonkologii. U nás nic takového nemáme. Pouze výjimečně se objeví předmět, obvykle nepovinný psychoonkologie na katedrách psychologie (např. v UP v Olomouci).

9. Závěr

Je třeba vytvoření koncepce, standardu poskytování sociální péče u onkologicky nemocných a koordinované rehabilitace. Jeví potřebná speciální příprava odborných pracovníků na práci s touto náročnou cílovou skupinou. Problematika by si zasloužila vyšší počet sociálních pracovníků ve zdravotnictví i v návazných službách mimo něj. Pro důkaz je nutné vyčíslení úspory finančních prostředků díky podpůrné psychosociální péči s onkologicky nemocnými. A také zlepšení komunikace mezi zdravotnickou a sociální oblastí a to od ministerstev až po samotné pracovníky v kontaktu s nemocnými.

Zvláštní řízení soudní a jeho význam při ochraně práv nezpůsobilých osob

Specific Court Proceedings and its Significance Reason to the Protection of Rights of Incapable Persons

Olga Sovová¹⁷³

Abstrakt

Příspěvek se zabývá zvláštní procesní úpravou řízení před občanskoprávními soudy. Potřeba nové právní úpravy soudního řízení byla vyvolána rekodifikací soukromého práva. Občanský zákoník, zákon č. 89/2012 Sb., přinesl změny v pohledu na práva nezpůsobilých osob. Nové hmotně právní instituty nalezly vyjádření v právu procesním se zvláštním důrazem na ochranu lidských práv i veřejného zájmu. Příspěvek podává přehled nové procesní právní úpravy a rozebírá její dopad na ochranu osobnosti člověka s důrazem na sociální oblast.

Klíčová slova: Zvláštní řízení soudní. Práva nezpůsobilých osob. Veřejný zájem.

Abstract

The article deals with a specific regulation of the proceedings before civil courts. The re-codification of the civil law caused the need of the new procedural regulation. The Civil Code, Law No. 89/2012 Coll., brought changes in the view to the rights of incapable persons. New substantive concepts reflect in the procedural law with a particular emphasis on the protection of human rights and public interest. The article gives an overview of the new procedural regulation and analyzes the impact on personality and privacy protection, with emphasis on the social sphere.

Keywords: Specific court proceedings. Rights of incapable persons. Public interest.

1. Úvod

Nový občanský zákoník, (OZ), zákon č. 89/2012 Sb., přinesl nové právní instituty a zejména v oblasti ochrany člověka rozšířil jeho práva na sebeurčení. Na tyto změny zareagovalo i procesní právo. Oblast zvláštního řízení soudního se zabývá procesními důsledky nových právních institutů, jako je postavení a emancipace nezletilého, prohlášení za nevěstného, podpurná opatření při zdravotním hendikepu, apod.

Zvláštní řízení soudní, upravené od 1. 1. 2014 zákonem č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních (z. ř. s.), je obvykle nazýváno **řízením nesporným**. Zvláštností procesních postupů, upravených z. ř. s. je totiž odklon od dispoziční a projednací zásady, tedy základních zásad občanského soudního řízení sporného. Většina řízení podle z. ř. s. může být zahájena z moci úřední a řídí se převážně **vyšetřovací zásadou**. Tato zásada znamená, že soud není vázán návrhy účastníků a může opatřovat i takové důkazy, které účastníci řízení nenavrhli. Zákon o zvláštních řízeních soudních obsahuje taxativní výčet všech nesporných a jiných zvláštních řízení a úpravu jejich zvláštností oproti řízení spornému. **Řízení výslovně z. ř. s. neupravená se projednávají podle občanského soudního řádu**, zákona č. 99/1963 Sb., (o. s. ř). Pokud z. ř. s. nemá vlastní procesní postup, použije se o. s. ř. jako podpurný procesní předpis. V řízeních konaných dle z. ř. s. je **účelem upravit vztahy účastníků do budoucna a ochránit slabší stranu v řízení, případně osoby nezpůsobilé**.

Účelem tohoto příspěvku je poukázat na problémy, které musí praxe v rámci řízení upravených z. ř. s. řešit, a jejich dopad do sociální oblasti ve světle práva na spravedlivý proces.

173 Univerzita Hradec Králové, Ústav sociální práce. e-mailová adresa: olga.sovova@uhk.cz; Tel.: +420493331541

Diskuse o nových procesních institutech je velmi významná, neboť soudní praxe upozorňuje na skutečnost, že: „*V nesporných řízeních hraje soud roli jakéhosi skutkového policisty; mnohem více musí pátrat, vyšetřovat, jak se věci ve skutečnosti staly. Typicky je tomu tak v řízení ve věcech péče o nezletilé, v dědickém nebo pozůstalostním řízení, či v omezení svéprávnosti.... nicméně každé speciální řízení má ještě zvláštní část a v ní je upraven speciálně postup soudu při dokazování, při zahajování řízení, při průběhu jednání, forma rozhodnutí, atd.*“ (Jirsa, 2014: 20.6.).

2. Základní pojmy v řízení dle z. ř. s.

Zvláštní řízení soudní má taxativně vymezenou svou působnost v § 2 z. ř. s. Ve vztahu k pojednávanému tématu se jedná o **následující typy řízení**:

- a) o *podpurných opatřeních a ve věcech svéprávnosti,*
- b) *ve věcech přípustnosti převzetí nebo držení v ústavech,*
- c) *ve věcech manželských a partnerských,*
- d) *o určení a popření rodičovství,*
- e) *ve věcech osvojení,*
- f) *ve věcech péče soudu o nezletilé,*

Věcně příslušné pro jednání jsou okresní soudy, pokud z. ř. s. výslovně nestanoví příslušnost krajského soudu pro řízení v prvním stupni.¹⁷⁴

Místní příslušnost nalézacího soudu je dána bydlištěm nebo sídlem osoby, v jejímž zájmu se řízení koná. Ve věcech ochrany fyzických osob – svéprávnost, opatrovnictví, péče o nezletilé – může za řízení dojít k přenesení místní příslušnosti na jiný soud, je-li to v zájmu fyzické osoby.¹⁷⁵

Z. ř. s. rovněž upravuje **ochranu veřejného zájmu**, neboť stanoví zvláštní oprávnění místně příslušného státního zastupitelství, aby do řízení vstoupilo, nebo dokonce podalo návrh na zahájení řízení. Tato oprávnění jsou uvedena v § 8, přičemž významná jsou následující práva:

- (1) *Státní zastupitelství může vstoupit do zahájeného řízení*
 - a) *ve věcech osvojení, a to do části, ve které je rozhodováno o tom, zda je třeba souhlasu rodičů k osvojení,*
 - b) *ve věcech péče soudu o nezletilé, jde-li o uložení zvláštního opatření při výchově dítěte, o ústavní výchovu, o určení data narození nebo jde-li o pozastavení, omezení nebo zbavení rodičovské odpovědnosti nebo jejího výkonu,*
 - c) *o svéprávnosti,*
 - d) *ve věcech vyslovení přípustnosti převzetí nebo držení v ústavu zdravotnické péče (dále jen „zdravotní ústav“) nebo vyslovení nepřipustnosti držení v zařízení sociálních služeb.*

¹⁷⁴ Jde o řízení velmi specializovaná, kde se jedná o kapitálový trh, záležitosti profesních komor, nebo statusové věci právníků osob.

¹⁷⁵ Tento postup je jinak v nesporném řízení i v jiných řízeních dle z. ř. s. vyloučen, neboť základní zásadou je, že místně příslušným je ten soud, který řízení zahájil, pokud v zákonné lhůtě nebyla uplatněna námitka jeho nepřipustnosti.

Obecné oprávnění státního zastupitelství vykonávat na základě zvláštního zákona i jiné úkoly než v trestním řízení nalezneme v § 4 zákona č. 283/1993 Sb., o státním zastupitelství. **Státní zastupitelství** je tak velmi často navrhovatelem přijetí některého z podpůrných opatření pro osoby s narušenou schopností právně jednat dle §§ 45a občanského zákoníku. Možnost státního zastupitelství podat žalobu na neplatnost smlouvy, kterou uzavřela osoba s omezenou svéprávností, nalezneme v § 42 zákona o státním zastupitelství. Zde se však jedná o řízení sporné dle občanského soudního řádu.

Uvedená ustanovení veřejnoprávního předpisu mají značný dopad do sféry soukromoprávní a státní zastupitelství je tak významným účastníkem řízení ve věcech ochrany fyzických osob i jejich okolí. Na tuto skutečnost je třeba poukázat i v souvislosti s diskusí o ochraně veřejnosti před úroky nepřičetných osob, které mohou být předčasně propuštěny z detence nebo léčby. Dle z. ř. s. totiž může státní zastupitelství podat návrh na setrvání v léčebném ústavu i u těch osob, kterým nebylo léčení nařízeno soudem. Z dostupných dokumentů je však patrné, že toto oprávnění není dosud státními zastupitelstvími využíváno, neboť se spíše zaměřují na dozor nad dodržováním právních předpisů a práv osob již umístěných v různých zařízeních, kde se omezuje osobní svoboda.¹⁷⁶

Přes své odlišnosti je zvláštní řízení soudní poměrně blízké řízení dle občanského soudního řádu. Vzhledem k subsidiaritě o. s. ř. se i ve zvláštním řízení soudním uplatní **základní zásady – principy**, kterými se řídí celý postup řízení před občanskoprávními soudy, neboť z. ř. s. neobsahuje, s výjimkou výše uvedených zásad, samostatnou úpravu. Dále uvedené principy, které jsou provedením ústavního **práva na spravedlivý proces**,¹⁷⁷ je tedy třeba dodržovat i v řízení, které není svou povahou kontradiktorní.

Právo na spravedlivý proces obecně definoval Ústavní soud (ÚS) takto: „Právo na spravedlivý proces neznamená, že je jednotlivci zaručováno přímo a bezprostředně právo na rozhodnutí odpovídající jeho názoru, ale je mu zajišťováno právo na spravedlivé soudní řízení, v němž se uplatňují všechny zásady správného soudního rozhodování podle zákona a v souladu s ústavními principy, tedy i předvídatelnost postupu soudu v řízení ve věci samé.“¹⁷⁸

V jiném své nálezu ÚS dospěl k závěru, že **právo na spravedlivý proces je pojmem neurčitým**, nicméně jde: „O právo strukturované, zahrnující více samostatných subjektivních základních práv, formulovaných jak konkrétně (např. veřejnost a rychlost řízení či nezávislý a nestranný soud), tak i obecně (zejména „právo na spravedlivé projednání věci“). Právo na spravedlivé projednání věci je přitom pojmem neurčitým, otevřeným a přesně neohrazeným. Jeho obsah zahrnuje nejen všechny ostatní záruky v Listině výslovně uvedené, ale také ty, které v ní výslovně uvedeny nejsou, ale byly vyvozeny judikaturou.“¹⁷⁹

K zajištění práva na spravedlivý proces jsou obecně uznávané v civilním řízení následující zásady:¹⁸⁰

- **Zásada předvídatelnosti** – soud má v řízení postupovat předvídatelně, což je vyjádřeno povinností soudu poučit účastníka o právech a povinnostech a rovněž ho předem seznámit s úvahami soudu, které povedou k rozhodnutí ve věci.
- **Zásada nezávislosti a nestrannosti soudů a soudců** – toto je vyjádřeno nezávislou mocí soudní v rámci ústavního pořádku.
- **Zásada zákonného soudu a zákonného soudce** – zákon stanoví pravomoc a místní a věcnou příslušnost soudů; rozvrhem práce je dáno, který soudce bude věc projednávat.

176 Srv. Metodické pokyny Nejvyššího státního zástupce ve věcech netrestních, www.nsz.cz.

177 Článek 36 Listiny základních práv a svobod, ústavní zákon č. 2/1993 Sb., LSZP.

178 IV. ÚS 687/06, www.nalus.cz.

179 Pl. ÚS 54/05.

180 Ve výčtu nejsou uvedeny zásady platné pouze pro kontradiktorní řízení dle o. s. ř.

- **Zásada rovnosti stran** – účastníci (strany) mají stejné postavení, a pokud by jejich rovnost byla ohrožena, soud musí učinit potřebná opatření, např. ustanoví opatrovníka.
- **Zásada veřejnosti** – soud jedná veřejně, rozsudek je vždy vynášen veřejně. V řízení dle z. ř. s. nicméně soud musí dbát i ochrany zájmů slabší strany, proto může dojít, v zájmu ochrany veřejného pořádku, mravnosti či oprávněných zájmů účastníků, k vyloučení veřejnosti z jednání.
- **Zásada ústnosti a přímosti** – každý má právo, aby se k soudu mohl osobně dostavit a u soudu vyjádřit. Tato zásada je ve zvláštním řízení soudním posílena tím, že účastnickou výpověď prakticky nelze odepřít – viz dále.
- **Zásada hospodárnosti** – soudní řízení má být vedeno rychle, účinně a tak, aby nevznikaly zbytečné náklady.
- **Zásada volného hodnocení důkazů** – soud posuzuje provedené důkazy jednotlivě a v souvislostech, zjišťuje jejich hodnověrnost tak, aby zjistil co nejlépe **skutkový stav a poté tento děj právně posoudil**.

Význam a vzájemnou provázanost procesních zásad zdůrazňuje i Nejvyšší soud ČR (NS) ve svém rozhodování:¹⁸¹ „*Pravidlo pro určení místní příslušnosti ve věcech péče o nezletilé má zajistit, aby o poměrech dítěte rozhodoval ten soud, který má nejlepší předpoklady pro jejich zjištění, čímž se současně naplňuje i zájem na rychlosti a hospodárnosti řízení. Stejně východisko se pak uplatňuje i pro přenesení příslušnosti, tedy aby nadále o poměrech dítěte rozhodoval soud, který k tomu má nejlepší podmínky, rozuměno zejména z hlediska blízkosti. Tím se současně realizuje i zájem dítěte, aby jeho poměry byly v řízení ovládaném vyšetřovací zásadou upraveny soudem, u něhož se předpokládá, že tak učiní s plnou znalostí věci, bezprostředně, hospodárně a v rozumné době.*“

I v řízeních dle z. ř. s. vedou soudy účastníky ke smírnému řešení. V takovém případě však soud neschvaluje smír, ale **dohodu o předmětu řízení** zapíše do protokolu a účastníci protokol podepíší. Dalším rozdílem oproti řízení kontradiktornímu je i možnost podat odvolání proti dohodě. V řízení dle o. s. ř. nelze proti schválenému smíru podat odvolání, zatímco z. ř. s. upravuje možnost vzdát se odvolání proti dohodě o předmětu řízení.

V řízení soud postupuje z povinnosti úřední, takže může u těch řízení, kde lze zahájit bez návrhu, vydat bez návrhu i předběžné opatření,¹⁸² nebo řízení i zastavit.

Soud nekoná přípravné řízení, ale může před jednáním nařídit jiný soudní rok. **Jiný soudní rok** se nemusí konat přímo v úředních místnostech soudu, takže takto například si může soud zjišťovat bytové poměry účastníků. Účastníci nicméně musí být vždy přítomni, resp. obesláni k jinému soudnímu roku.

V řízení dle z. ř. s. se vždy **koná jednání**, pokud zákon výslovně nestanoví ve své zvláštní části jinak. Účastníci jsou povinni před soudem vypovídat, odmítnout výpověď je možné pouze z důvodu hrozícího trestního stíhání.¹⁸³

Soud rozhoduje v řízeních dle z. ř. s. **usnesením**, pokud nestanoví zákon povinnost rozsudku, např. ve věcech rozvodu manželství. **Rozsudek ve statusových věcech je závazný pro každého a nelze proti němu použít mimořádné opravné prostředky.**

V řízeních nelze uplatnit zásadu koncentrace řízení, což znamená, že až do rozhodnutí soudy ve věci samé mohou účastníci uvádět nové skutečnosti a činit důkazní návrhy.

181 Rozhodnutí NS 30 Cdo 1510/2013, dostupné na www.nsouid.cz

182 S výjimkou pozůstalostního řízení.

183 Viz právní úprava zakotvená v čl. 37, odst. 1 LSZP a §§ 367, 368 zákona č. 40/2009 Sb., trestním zákoníku. Ve sporném řízení je možné odmítnout účastnickou výpověď s rizikem, že soud při nedostatku tvrzení rozhodne v neprospěch odmítajícího účastníka.

Soud také nemůže využít rychlého rozhodování u liknavého účastníka, tedy rozhodnout rozsudkem při zmeškání nebo uznání.

Soudní řízení dle z. ř. s. je **zpoplatněno pouze tam, kde tak stanoví zákon o soudních poplatcích**.¹⁸⁴ O osvobození od soudního poplatku je možné požádat za stejných podmínek jako ve sporném řízení. Stejně tak může účastník řízení požádat o ustanovení právního zástupce. Náklady řízení si nese každý účastník sám, avšak v případech hodných zřetele může soud jejich náhradu přiznat.

Zákon o zvláštních řízeních soudních je rozdělen na tři části. V první části jsou ustanoveni společná pro všechna řízení, druhá část pak zakotvuje zvláštní procesní postupy pro jednotlivé typy řízení. Ve třetí části najdeme ustanovení přechodná a závěrečná.

3. Vybrané typy řízení a ochrana práv nezpůsobilých osob

Za právně nezpůsobilé osoby, jak ve smyslu hmotného práva, tedy především podle občanského zákoníku (OZ), tak v právu procesním, je třeba považovat ty osoby, které nedosáhly zletilosti, tedy 18 let věku, a dále pak osoby, jejichž svéprávnost je buď již omezena, nebo z jejich chování je zjevné, že nejsou schopny samy chápat dosah svého jednání a obstarat plně své záležitosti.

Tyto osoby zároveň považuje praxe za slabší účastníky řízení, kterým je třeba poskytnout zvýšenou procesní ochranu. Ústavní soud v této souvislosti výslovně upozorňuje na skutečnost, že ani osoby právně způsobilé nemusí být schopny hájit v řízení zájmy slabšího účastníka, a je proto vždy úkolem soudu, aby mu ustanovil opatrovníka.

*„Pokud zákonný zástupce nehájí efektivně zájmy nezletilého účastníka řízení, měl by soud nezletilému ustanovit opatrovníka.“*¹⁸⁵

Nejvyšší soud dokonce ustanovení opatrovníka považuje za povinnost v okamžiku omezení svéprávnosti. *„Každá osoba, která by byla zbavena způsobilosti k právním úkonům, aniž by jí byl ustanoven opatrovník, jehož prostřednictvím by mohla nadále právní úkony vykonávat, by mohla důvodně pociťovat citelný zásah do svého práva na důstojnost, neboť by k ní bylo státem přistupováno jako k pouhé věci, nikoli jako k člověku.“*¹⁸⁶

Z hlediska zásahu do osobnostních práv a sociální sféry je tedy nejzávažnějším typem řízení o svéprávnosti dle §§ 34–43 z. ř. s. V tomto řízení se soud i z moci úřední zabývá otázkami omezení nebo naopak navrácení svéprávnosti. Místní příslušnost soudu je dána bydlištěm osoby, o jejíž svéprávnost se jedná. Je-li však osoba umístěna v zařízení zdravotní nebo sociální péče, pak je příslušný soud, v jehož obvodu ústav leží.

Návrh ve věcech svéprávnosti, zejména přiznání plně svéprávnosti, může podat i osoba, již se řízení týká. Z hlediska ochrany práv této osoby je významné, že soud nejen **ustanoví opatrovníka pro řízení**, ale **posuzovaný si může sám zvolit zmocněnce**. V případě rozporu mezi jejich úkony, soud posoudí, které jednání je v zájmu posuzovaného. Náklady řízení, s výjimkou právního zastoupení, které si zvolil posuzovaný, nese stát. Ve věcech svéprávnosti se rozhoduje rozsudkem, kde soud vždy vymezí rozsah omezení. Před omezením svéprávnosti má soud posoudit, zda by nestačilo mírnější opatření dle občanského zákoníku. Tato opatření se projednávají v **řízení o některých podpůrných opatřeních (§§ 31–33 z. ř. s.)**.

V uvedených řízeních schvaluje soud smlouvy o nápomoci nebo zastoupení členem domácnosti. Tato řízení, vzhledem k tomu, že jde o smluvní vztah, nelze zahájit z moci úřední. Soud také

184 Zákon č. 549/1991 Sb., například řízení o rozvod, nebo zrušení registrovaného partnerství.

185 I. ÚS 3598/14

186 NS 30 Cdo 520/2014. Rozhodnutí posuzuje situaci dle předchozí právní úpravy, zbavení způsobilosti k právním úkonům. Je však plně aplikovatelné i na současnou právní úpravu.

rozhoduje o odvolání podpůrce nebo splnění podmínky v předběžném prohlášení či jeho změny.

NS se ve své judikatuře opakovaně zabýval i posouzením vztahu mezi omezením svéprávnosti a využitím mírnějších opatření. Omezení svéprávnosti je nutno považovat za krajní prostředek a soud má vždy zvážit všechny možnosti.¹⁸⁷ „*Při rozhodování o navrácení svéprávnosti člověka je prvořadým úkolem soudu posoudit, zda posuzovanému bez omezení jeho svéprávnosti by vskutku hrozila (i nadále) závažná újma, anebo zda postačí v jeho zájmu přikročit k mírnějším a (ve vztahu k jeho osobě tedy) méně omezujícím opatřením. Soud – jsou-li k tomu splněny podmínky – může přistoupit k navrácení plné svéprávnosti při stanovení mírnějšího opatření (např. jmenování opatrovníka posuzovanému podle § 465 odst. 1 věty první o. z.), nezávisle na tom, zda takové opatření posuzovaný navrhuje či snad brojí proti jeho případnému užití. Užití mírnějších a pro posuzované osoby méně omezujících opatření by mělo být v praxi aplikováno ve všech případech, kdy bude zjevné, že takové opatření bude zcela dostačující z hlediska ochrany jejich zájmů; k posouzení nezbytnosti té které formy ingerence do práv posuzovaného je přitom zapotřebí, aby soud v řízení procesně korektním způsobem soustředil odpovídající skutková zjištění, jež kromě odborných závěrů učiněných soudním znalcem budou obsahovat soudu dostupné informace týkající se posuzovaného (např. výslech svědků, podaných zpráv stávajícím opatrovníkem posuzovaného atd.).“*

Zvláštní úprava ochrany práv se týká osob, které jsou umístěny v zařízení sociálních služeb. V § 84 z. ř. s. je zakotven procesní postup v řízení o vyslovení nepřipustnosti držení v zařízení sociálních služeb. V tomto řízení soudy posuzují vhodnost umístění člověka do zařízení na základě smlouvy, kterou za něj uzavřel jeho opatrovník. V praxi půjde spíše o řízení návrhové, kdy návrh podá buď osoba umístěná v takovém zařízení, její blízcí, nebo samo zařízení, pokud shledá, že daný typ zařízení je nevhodný a s opatrovníkem se nedohodne.

Děti do 15let i nezletilí do 18 let patří k účastníkům řízení, jejichž práva je nutno chránit rovněž zvýšenou měrou. Agenda soudů při péči o nezletilé ve zvláštním řízení soudním je značně rozsáhlá, neboť posuzují jejich poměry při rozvodu manželství, rozchodu rodičů, otázky svěřeni do péče, včetně osvojení, výživné i nakládání s majetkem nezletilého. Soudy rovněž přiznávají nezletilým svéprávnost nebo povolují uzavření manželství, oboje po dosažení hranice 16 let věku. Soudy při svém rozhodování musí být vždy vedeny nejlepším zájmem dítěte ve smyslu Úmluvy o právech dítěte, a nikoli zájmem či přáními rodičů či jiných osob. Vzhledem k širší činnosti soudů, rozbor péče o nezletilé přesahuje rámec příspěvku, jehož úkolem je poukázat na základní problém y zaručení práva na spravedlivý proces osobám právně nezpůsobilým.

4. Závěr

Tento příspěvek si klade za cíl poukázat na procesní instituty, které navazují na rekodifikaci soukromého práva v oblasti ochrany nezpůsobilých osob. Zvláštní řízení soudní je zcela novým procesním nástrojem, se kterým se seznamují jak účastníci řízení, tak veřejné instituce i jednotlivci, kteří mají v řízení za úkol ochranu svých klientů či opatrovanců. Rovněž aplikace zákona a procesní postupy jednotlivých okresních soudů nejsou ještě zcela propracované a jednotné, neboť se teprve objevuje první judikatura odvolacích soudů i Nejvyššího soudu ČR a Ústavního soudu. Nicméně i v této situaci existují vodítka, jakými jsou jak základní právní principy spravedlivého procesu, tak již existující a použitelná judikatura a v neposlední řadě i doktrína, která se těmito otázkami intenzivně zabývá. Článek je rovněž jedním z příspěvků do diskuse i určitým návodem pro praxi, kde najít základní informace o problému.

187 NS 30 Cdo944/2016.

Seznam citované a použité literatury:

JIRSA, J. *Zákon o zvláštních řízeních soudních a procesní úvahy de lege ferenda*. Dostupné na www.pravniprostor.cz. 20. 6. 2014.

VRAJÍK, M. *Judikatura Nejvyššího soudu z pohledu nového občanského zákoníku a zákona o obchodních korporacích*. Olomouc: ANAG, c2014. Právo (ANAG). ISBN 978-80-7263-846-8.

Ústavní zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních práv a svobod (LSZP).

Zákon č. 99/1963 Sb., občanský soudní řád (o. s. ř.).

Zákon č. 549/1991 Sb., o soudních poplatcích.

Zákona č. 283/1993 Sb., o státním zastupitelství.

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (OZ).

Zákon č. 292/2013 Sb., o zvláštních řízeních soudních (z. ř. s.).

Metodické pokyny Nejvyššího státního zástupce ve věcech netrestních, www.nsz.cz.

Nálezy ÚS dostupné na www.nalus.cz.

Rozhodnutí NS dostupné na www.nsoud.cz

Mezioborový přístup – propojení sociální práce a právní podpory

Multidisciplinary approach – combination of social work and legal support

Jan Strnad¹⁸⁸

Abstrakt

Poskytování podpory člověku s potížeři v učení (mentálním postižením) je zpravidla spojeno s nutností pochopit a případně řešit otázky podpory při jeho právním jednání. Jedním ze základních úkolů každé sociální služby je pomoci uživateli uplatnit při řešení situace jeho vůli a preference. Jejich uznání je zároveň jedním z předpokladů naplnění práva na nezávislost a život v komunitě, jak ho chápe čl. 19 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. V prostředí ČR je stále více než hojně využíván institut omezení svéprávnosti. Snaha o naplnění vůle, přání a preferencí člověka proto v praxi velice často naráží na nevhodně či nepřiměřeně nastavené omezení, případně na konflikt mezi opatrovníkem a opatrovancem. Zároveň je právě rozsah a podoba podpory, kterou člověk v různých oblastech života využívá jednou ze základních faktorů, které ovlivňují jeho možnost právně jednat. Je třeba ji důsledně brát v potaz při rozhodování o potřebě využití některého z opatření při narušení schopnosti člověka právně jednat, při volbě konkrétního opatření a jeho rozsahu. Jde tedy o vzájemně provázaný komplex otázek, při jehož řešení v konkrétních případech se v naší praxi velice osvědčila spolupráce sociálních pracovníků a právníků.

Klíčová slova: Autonomie. Vůle a preference. Sociální práce. Právní podpora. Úmluva. Právo na život v komunitě.

Abstract

Supporting of a man with learning difficulties (mental disorder) is usually associated with the necessity to understand and deal with, if any, question related to the support in his/her legal actions. One of the essential tasks of each social service is assisting the user in application of his/her will and preference when dealing with a situation. Their acknowledgement is also one of the assumptions for their right to independence and life in a community as foreseen in Article 19 of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The institute of limitation of the legal capacity is more than abundantly used in the Czech Republic. An attempt to accomplish the will, wishes, and preferences of a man often hits unsuitably or inadequately configured limitations, or a conflict between the guardian and the ward. The extent and the form of the support a man uses in various areas of his/her life is at the same time one of the essential factors having impact on his/her ability to act correctly. It should be consistently considered in decision making on the need of use of some of the measures when man's ability to act legally is impaired while selecting a specific measure and extent thereof. Therefore, it is a complex set of questions and the cooperation of the social workers and lawyers showed to be the most appropriate in specific cases when dealing with them.

Keywords: Autonomy. Will and preferences. Social work. Legal support. Convention. Right for life

1. Rozhodování o vlastním životě

Právo člověka zvolit si místo a způsob života je jedním z úhelných kamenů nezávislého života. Tato skutečnost je reflektována Úmluvou o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva“). Ta je od své publikace v roce 2010 platnou a účinnou součástí našeho právního řádu.

Jeho jádrem je uznání práva volby místa a způsobu života jako jednoho ze základních práv člověka bez ohledu na jeho postižení. Základní chráněnou hodnotou je tedy možnost volby, které předpokládá nejen samotnou existenci alternativ, ale také skutečnou možnost jejich využití. Jako v případě jiných rozhodování, která mají dát vzniknout právům a povinnostem, má pak člověk i při něm člověk právo na odpovídající pomoc a podporu.

¹⁸⁸ Quip, z.ú., Karlínské nám. 12, Praha 8, e-mail: jan.strnad@kvalitavpraxi.cz, tel.: +420-603829711

1.1 Právo na život v komunitě

Článek 19 Úmluvy obsahuje závazky k zajištění tří hlavních dimenzí tohoto práva: jde o právo volby místa a způsobu života, právo na zajištění služeb zaměřených specificky na osoby s postižením a právo na zajištění přístupu ke komunitním službám, tedy službám běžně poskytovaným veřejnosti.

Volba místa a způsobu života je jedním ze základních rozhodnutí, kterými člověk uspořádává svůj život. Možnosti, které má a výsledné uspořádání pak do značné míry vypovídají o míře a možnosti jeho sociálního začlenění, jak je chápe i zákon o sociálních službách.

1.2 Právo rozhodovat se

Realizace každého rozhodnutí o místě a způsobu života je pak v praxi vždy spojeno s nutností uskutečnit v daných intencích různá právní jednání. Může jít o uzavření nájemní smlouvy, smluvní nastavení různých typů služeb a podpory apod. Naplnění práva na život v komunitě je tak úzce spjata s oblastí právního jednání a různých forem podpory nebo zastoupení při něm. Tuto oblast v našem právním řádu upravuje zejména občanské právo, jehož ustanovení je třeba dále vykládat v kontextu článku 12 Úmluvy. Ten garantuje lidem právo na právní způsobilost a podporu, potřebnou při rozhodování a právním jednání.

1.3 Role sociální služby v naplnění těchto práv

Sociální služby mají v systému podpůrných služeb zaměřených specificky na osoby s postižením významné místo. Jejich primárním cílem je poskytovat člověku pomoc a podporu při řešení jeho nepříznivé sociální situace. Ta je definována zejména (hrozcím) sociálním vyloučením, tedy oslabením, nebo ztrátou jeho schopnosti obstarávat si své záležitosti společensky přijatelným způsobem (Zákon o sociálních službách, § 3, písm. a) a b). Důvodů, které k takovému oslabení vedou, může být celá řada a zákon nabízí pouze příkladný výčet těch nejčastějších. Pojem sociálního začlenění tedy v situaci konkrétního člověka získává svůj obsah jedině ve vztahu k jednotlivým oblastem jeho života a k překážkám, na které v nich narazí.

Použijeme-li příklad zdravotního postižení, stává se tedy určitý zdravotní stav postižením jen tehdy, když v jeho důsledku narazí člověk na překážky, na které by jinak nenarazil. Obdobně chápe zdravotní postižení i Úmluva (Preamble, sub. e). Nejde tedy o danost, ale o výslednici nastavení prostředí, stavu člověka a dalších faktorů.

Sociální služba se tak ze své podstaty nemůže zaměřit jen na jeden ze vstupů, ale musí v první řadě dokázat popsat a analyzovat nepříznivou sociální situaci člověka, identifikovat její základní prvky a posoudit, nakolik je možné který z nich ovlivnit jednotlivými činnostmi služby. Jedině analýza situace umožní navrhnout a dohodnout s člověkem obsah podpory, která má k řešení situace vést, plánovat jednotlivé kroky, následně hodnotit výsledky spolupráce a vyvozovat z nich závěry.

Rozpoznání míry a podoby podpory, kterou člověk potřebuje ke svému rozhodování v různých oblastech života je nezbytným prvkem hodnocení jeho situace. Na jeho základě by měla služba být schopna pomoci člověku při zajištění potřebné podpory. Oblasti, v nichž je třeba pomoc a podporu poskytnout rozhodují o tom, jak má být složen tým k jejich zajištění.

Nedílnou a mnohdy nejdůležitější součástí pomoci a podpory v oblasti rozhodování je identifikovat situace, v nichž se rozhodování v záležitostech člověka, včetně realizovaných právních jednání, rozchází s jeho vůlí a preferencemi. Pokud služba v této oblasti selhává, může to pro jejího uživatele mít mimořádně tíživé následky. Nejenže její činnosti pak nevedou k řešení jeho situace, ale naopak samy nežádoucí stav vytvářejí, udržují nebo dále prohlubují.

2. Příklad propojení. Příběh pana M.

Pan M. je senior, žije od roku 2009 v domově se zvláštním režimem (DZR) na okraji Středočeského kraje. Zařízení mu vybral a smlouvu jeho jménem uzavřel opatrovník. V tomto zařízení si dlouhodobě nepřeje být, ale ani jeho opatrovník, ani samotný DZR na jeho trvalé přání po změně nijak nereagovali („*Má tady všechno, co potřebuje.*“). Malý zůstatek příjmu a absence relevantní podpory ze strany DZR neumožňuje panu M. cestovat za využitím dostupných služeb ani do vzdáleného okresního města, i jiný jeho kontakt s okolím je zásadně ztížen. Jeho cíl je jednoduchý – vrátit se do Prahy, kde prožil většinu života.

V květnu 2014 se pan M. obrátil dopisem na sociální pracovníci Quip s prosbou o pomoc při řešení své naléhavé životní situace. Adresovaná prosba byla pro sociální pracovníci překvapivá, protože v letech 2009–2011 již panu M. zprostředkovala podporu na cestě za stejným cílem. Tehdejší spolupráce s DZR byla realizována v rámci projektu ESF Kvalita života jako cíl. Končila po uplynutí projektu a výsledkem byl plán zaměřený na člověka s jasně definovanými cíli pana M. a potřebnými kroky, které měly vést k jejich uskutečnění. Plán zahrnoval i práci s potenciálními riziky a podrobné hodnocení míry podpory, kterou potřebuje v jednotlivých oblastech života. Byla nalezena a předjednána vhodná služba, připravena žádost a posledním zbývajícím krokem DZR bylo zajistit dojednaný podpis opatrovníka a odeslat ji. Po obdržení dopisu se sociální pracovníci Quip s panem M. spojila telefonicky a zjistila, že tento krok již v roce 2011 nebyl učiněn a ani DZR, ani opatrovník se od skončení projektu jeho situací dále nezabývali.

2.1 Rozhodování o poskytnutí podpory, zahájení poskytování služby

Při osobní návštěvě v květnu 2014 sociální pracovníci panu M. v DZR popsala a vysvětlila možnost využívat terénní službu sociální rehabilitace Quip. Prostřednictvím činnosti služby může panu M. opět pomáhat k návratu do Prahy a právník služby se může zaměřit na podporu při řešení svéprávnosti a konfliktu s opatrovníkem, což byl druhý cíl pana M. Výsledkem opakovaného kontaktu s opatrovníkem bylo jen sdělení, že o spolupráci nemá zájem a nepřeje si, aby byl jeho opatrovanec dále „obtěžován“. Čistě odmítavé stanovisko zaujal při opakovaných pokusech o navázání spolupráce i DZR s odvoláním na přání opatrovnice. Tentýž argument použil k vysvětlení několikaleté absolutní pasivity ve vztahu k naplňování jím projevované vůle.

K vysvětlení možností spolupráce, rizik využívala sociální pracovníce různé metody usnadnění porozumění a komunikace a podpory v rozhodování. Výsledkem bylo sjednání smlouvy o poskytování terénní služby sociální rehabilitace. Právník služby připravil argumentaci a postup, neboť smlouva byla sjednána proti výslovné vůli opatrovnice a přes nechuť DZR. Vůle pana M. službu využívat je zřejmá, povaha služby vylučuje možnost poskytování bez jeho aktivní součinnosti. Není také poskytována za úhradu a nevybočuje tak z rámce běžných jednání, ani mu nepůsobí újmu. Postup byl následně beze zbytku obhájen před soudem v rámci opatrovníckého řízení.

2.2 Vzájemná podpora výsledků sociální práce a právních kroků

Cílem pana M. je bydlet v Praze se zajištěnou potřebnou podporou a pracovat na opětovném získání svéprávnosti. Společně s panem M. byl s využitím nástrojů plánování zaměřeného na člověka vytvářen vytvořen plán podpory, který konkrétně identifikuje, v čem potřebuje pomoc a podporu ze strany sociální služby. K vyhodnocení míry potřebné podpory v jednotlivých oblastech jeho života a konkretizaci její podoby byl použit nástroj Škála míry podpory (SIS).

Na základě plánu podpory je a průběžně doplňován seznam možností, které území města Prahy nabízí, a které dokáží naplnit představu a potřeby pana M. Sociální pracovnice při setkáních průběžně informuje pana M. o možnostech a poskytuje mu podporu při rozhodování se mezi nimi. Aby pro něho byly pro něho srozumitelné, využívá různé postupy, např. vizualizaci informací. Hovoří o výhodách a nevýhodách a o rizicích spojených s jednotlivými volbami. Na závěr setkání pan M. prezentuje svoji volbu, následuje zprostředkování kontaktu s vybranými službami, úřady apod.

Aby bylo možno dále pokračovat v sociální práci, směřující k uplatnění vůle pana M. při řešení jeho nepříznivé sociální situace, bylo nezbytně zapotřebí zajistit součinnost opatrovníka v krocích, které je možné činit paralelně s využíváním stávající služby. Jde o vyžádávání informací, podávání žádostí v jiných pobytových sociálních službách, otevření možnosti získání sociálního bydlení s podporou zajištěnou terénní službou apod. Tyto kroky, které neohrožují možnost pana M. využívat stávající pobytovou službu, ale zároveň mu pomáhají otevírat nové možnosti pro budoucí řešení jeho situace.

Přes dosažený pokrok je komunikace s opatrovníkem problematická a je třeba se k urychlení některých odkládaných kroků dovolávat dohledových opatření soudu. Fakt, že pan M. navzdory popsaným obstrukcím nechce situaci řešit změnou opatrovníka, odráží jeho intenzivní snahu udržet sice hluboce narušený, přesto již prakticky jediný existující rodinný vztah.

Ze systémového pohledu je rovněž zřejmé, že nahrazování činností selhávající sociální služby paralelním poskytováním jiné je nouzovým řešením. Nicméně i v takto konfliktním uspořádání může sociální služba při vhodné kombinaci sociální práce a právní podpory aktivně působit na zlepšení situace svého uživatele.

3. Další příklady

Činnost sociální služby a jí připravené podklady mohou zásadně přispět k možnosti využití celé palety nástrojů podpory a zastoupení v právním jednání, a významně napomáhat ke zkvalitnění dokazování a ochrany práv člověka v příslušných řízeních.

Pomoc a podpora při uplatňování práv a oprávněných zájmů člověka má prvotně sledovat maximální uplatnění a zohlednění jeho vůle v konkrétních situacích. Základem je v tomto směru pomoc při zprostředkování komunikace. V rámci pomoci a podpory poskytované člověku sociálním pracovníkem má pak zásadní význam vyhledávání či aktivizace zdrojů podpory v jeho přirozeném okolí. Pomoc při obnově či budování kruhu vztahů se následně promítá do možnosti člověka uplatňovat vlastní vůli v rozhodování, která se ho týká. Kvalitní analýza potřeb podpory v jednotlivých oblastech života pomáhá také odkrýt roli, kterou jednotliví lidé a instituce v rozhodování člověka hrají a následně pro ně hledat odpovídající právní zarámování.

Velký význam v tomto smyslu má i kvalitní vedení osobní dokumentace. Jelikož se činnosti služby dotýkají řady oblastí života člověka, vzniká tak ucelený soubor informací, které do soudního rozhodování o podpůrných opatřeních, opatrovnictví a svéprávnosti nemůže často vnést nikdo jiný. Aktivní doplňování dokazování v těchto řízeních může bránit často přetrvávajícímu posuzování situace člověka primárně na základě zužujícího lékařského posouzení.

Povědomí veřejnosti i řady profesionálů o nástrojích, které v tomto směru nabízí občanský zákoník je bohužel i téměř tři roky po jeho účinnosti stále velmi malé. Zapojení právníka do týmu umožňuje vysvětlit možnosti zapojení do řešení situace člověka. Služba by také měla být schopna pomoci člověku rozpoznat, kdy jeho podpora či zastoupení selhávají, nebo vybočují z mezí svého oprávnění a pomoci mu zjednat nápravu.

Kvalitní podpora tak otevírá možnost pro široké využití méně omezujících opatření při narušení schopnosti člověka právně jednat, zejména smluv o nápomoci při rozhodování, či zastoupení členem domácnosti. Činnost sociální služby může rovněž pomáhat vytvořit podmínky pro vznik opatrovnické rady, která pak může být katalyzátorem řešení řady problematických situací.

4. Závěr – shrnutí zkušeností

Popsaný příběh ukazuje, nakolik může nekorektní výkon opatrovnictví omezovat základní právo člověka s postižením. Ilustruje rovněž, že taková situace může být zásadně prohloubena pasivním přístupem poskytovatele sociální služby. Bez intervence, založené na kombinaci sociální práce a právní podpory by v daném případě velmi pravděpodobně nedošlo k žádnému posunu.

Že tento případ není nijak ojedinělý je zřejmé i z toho, že aktuální legislativa již považuje za nutné stanovit podrobnější postupy, které umožní podobně flagrantní situace odkrývat. Poslední novela zákona o sociálních službách (§ 91a – 91c) přinesla rozšíření ustanovení o uzavírání smlouvy o poskytování sociální služby. Nově tedy zákon upravuje, respektive upřesňuje podmínky, za nichž je možné uzavřít v zastoupení smlouvu o sociální službě bez souhlasu osoby. Upravuje dále i postup poskytovatele v případě, že osoba svůj nesouhlas s poskytováním služby projeví v jejím průběhu. V situaci pana by tento postup zajistil, že o situaci bude soud poskytovatelem sociální informován a v jeho dokumentaci naleznе záznamy, na jejichž základě bude schopen věc posoudit. Návazně pak může vyslovit nepřípustnost dalšího držení ve službě. Může rovněž působit v rámci své pravomoci dohledu nad opatrovnictvím a přijímat opatření. Jde o významné zlepšení, ale není však na místě přílišný optimismus.

Ukončení takto nešťastně rozvrženého smluvního vztahu je z pohledu řešení situace člověka zásadním, ale v zásadě jen prvním krokem. Nemůže však dát odpověď na to, jaké kroky by měly následovat. Podmínkou k realizaci práva na život v komunitě totiž samozřejmě není vyloučení pobytových služeb, nýbrž reálná možnost člověka získat odpovídající míru potřebné podpory k využití běžných služeb (označovaných často jako komunitní), případně (subsidiárně) pak v síti sociálních služeb poskytovaných v rámci komunity. Právě nedostupnost takovýchto forem podpory je základním důvodem nuceného setrvávání lidí v pro ně omezujícím uspořádání.

Reference / Seznam citované literatury

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (sdělení č. 10/2010 Sb. m. s.)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Rodinné vztáhy optikou odsúdených

Family relations from the perspective of the prisoners

Zuzana Valentovičová¹⁸⁹¹⁹⁰

Abstrakt

Účelom príspevku je priblížiť podmienky výkonu trestu odňatia slobody odsúdených žien v oblasti k udržiavania kontaktov s blízkymi osobami. Pozornosť venujeme aj páchaniu trestnej činnosti žien a následne uložených nepodmienečných a podmiennečných trestov odňatia slobody za obdobie rokov 2009 až 2015. Pri zaobchádzaní s odsúdenými osobami je dôležité poznať ich rodinné vztáhy. V akom stave boli pred nástupom do výkonu trestu odňatia slobody a čo sa zmenilo po nástupe do výkonu trestu odňatia slobody priblížime v príspevku. Udržiavanie rodinných vzťahov počas výkonu trestu odňatia slobody je jedným z významných prvkov pri plnení programu zaobchádzania, plynulého výkonu trestu odňatia slobody a kontinuálneho prechodu do civilného života.

Kľúčové slová: rodina, odsúdený, vztáhy, výkon trestu odňatia slobody, zákon o výkone trestu odňatia slobody.

Abstract

The contribution explains the conditions of the service of sentence of the imprisoned women in the field of keeping their contacts with related persons. We pay attention also to criminal behaviour of women and subsequent conditional and unconditional sentences between 2009 and 2015. It is important to know their family relations when working with the sentenced persons. What was their condition before imprisonment and what have changed after the imprisonment is detailed in the contribution. Keeping of the family relations during the imprisonment is one of the key elements of the treatment programme, smooth service of the sentence, and continuous transition to the civil life.

Key words: family, convict, relations, service of a sentence, act on service of a sentence

Úvod

Prostredie výkonu trestu odňatia slobody (ďalej len „výkon trestu“) je špecifickým sociálnym prostredím, v ktorom vykonávajú trest odsúdené ženy, odsúdení muži a tiež odsúdené mladistvé ženy a muži. Človek, ktorý sa ocitne za múrmi väznice má dostatok času premýšľať o svojom živote. Až vo výkone trestu väčšina z nich začne premýšľať o viacerých súvislostiach napr. o skutkoch, ktorých sa dopustili, o tom ako prežívajú výkon trestu ich príbuzní, o tom akým smerom sa bude uberať ich ďalší život a pod. Témy na premýšľanie sú rôznorodé a nevyčerpatelne.

Na základe vlastných dlhoročných skúseností zo zaobchádzania s odsúdenými môžem tvrdiť, že až keď sa ocitli za múrmi väznice si začali uvedomovať dôležitosť jednotlivých životných hodnôt a zo všetkého najviac postoj k rodine, k jednotlivým členom rodiny, priateľom a známym. Rodina je pre odsúdených všetkým: istotou, oporou, nádejou, bezpečím.

V odbornej literatúre nachádzame dostatočné poznatky o sociálno-patologických javoch v rodinách. Komplexnú problematiku vzťahov medzi odsúdenými a rodinnými príslušníkmi počas

189 1. pplk. PhDr. Zuzana Valentovičová, Generálne riaditeľstvo Zboru väzenskej a justičnej stráže Bratislava, Riaditeľka odboru výkonu väzby a výkonu trestu, e-mail: zuzana.valentovicova@zvjs.sk, Telefón: +421/2/208 31 300

190 PhDr. Zuzana Valentovičová, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Trnavská univerzita, Trnava, Slovensko, e-mail: zuzka.valentovicova@gmail.com

výkonu trestu odňatia slobody sme však nezaznamenali. Samostatnú kapitolu k predmetnej problematike nachádzame napr. v knihe od autorov Matoušek, O., Pazlarová, H. a kol. (2014), Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese, na str. 115 s názvom – Rodina s dospělým v výkoně trestu odňatia slobody, kde autori o. i. popisujú hlavné nepriaznivé dôsledky uväznenia:

Pre uväzneného dospelého

- strata slobody a súkromia,
- strata zodpovednosti za všetko, čo za sebou dospelý zanechal vo vonkajšom svete,
- radikálne obmedzenie kontaktov s najbližšími osobami,
- u dospelých s dlhšími trestami je vysoká pravdepodobnosť rozpadu manželstva/partnerstva,
- strata príjmov, prípadne navýšenie dlhov z doby pred uväznením,
- vynútený kontakt s „rizikovými osobami“ a väzenskou subkultúrou,
- stigma „kriminálnika“ po výstupe z väznice s veľmi obmedzenou možnosťou nájsť si prácu.

Pre rodinu odsúdeného

- strata kontaktu a narušenie vzťahov medzi partnermi/ manželov, niektorí dospelí sú tým traumatizovaní,
- strata kontaktov a narušenie vzťahov s deťmi, čo v niektorých prípadoch má traumatizujúci vplyv tiež na deti,
- strata príjmu, pokiaľ predtým uväznený dospelý prispieval do rozpočtu rodiny,
- nové náklady na návštevy uväzneného (doprava, prípadne prenocovanie),
- v niektorých prípadoch idú deti do náhradnej starostlivosti (obvykle do detského domova), čo ich môže traumatizovať,
- stigmatizácia páchatel'a sa prenáša na členov rodiny, najviac v mienke miestneho spoločenstva, u dospelých tiež do zamestnania, u detí tiež do prostredia školy“ (Matoušek, 2014: 115).

Rodina je dlhodobo označovaná ako základná bunka spoločnosti. „Jej význam z hľadiska jednotlivca i celku, teda spoločnosti, sa v jednotlivých obdobiach histórie mení k čomu do značnej miery prispieva celkový vývoj spoločnosti. Týmto zmenám zodpovedajú aj vnútorné premeny rodiny, odrážajúce sa predovšetkým v postavení jednotlivých členov rodiny“ (Levická, 2004:5).

V procese zaobchádzania s odsúdenými sa uplatňujú v súlade s § 16 prostriedky zaobchádzania, kde sa na splnenie cieľov programu zaobchádzania využívajú formy a metódy pedagogického a psychologického pôsobenia, metódy sociálnej práce, ústavný poriadok, disciplinárna právomoc, zaraďovanie do práce, vzdelávanie a kultúrno-osvetová činnosť (zákon č.475/2005, §16). Zákon o výkone trestu upravuje a podporuje o. i. udržiavanie kontaktov s vonkajším svetom.

Podľa § 24 ods. 1 zákona o výkone trestu má odsúdený právo prijímať návštevu blízkych osôb v čase určenom riaditeľom ústavu alebo ním určeným príslušníkom zboru najmenej raz za kalendárny mesiac v trvaní dvoch hodín. Odsúdený má tiež v súlade s § 25 ods. 1 zákona o výkone trestu právo prijímať a na vlastné náklady odosielať písomné správy v listinnej podobe (ďalej len „korešpondencia“) bez obmedzenia, ak sa ďalej neustanovuje inak. Odsúdeným je počas výkonu trestu umožnené udržiavať kontakty aj formou telefonovania najmenej dvakrát za kalendárny mesiac v trvaní najmenej 20 minút najviac piatim blízkym osobám. Riaditeľ ústavu môže v odôvodnených prípadoch povoliť odsúdenému telefonovať aj s inou ako blízkou osobou. Mladistvý odsúdený môže telefonovať s príbuznými denne.

1. Výkon trestu odňatia slobody odsúdených žien

V našom príspevku sa budeme venovať udržiavaniu rodinných vzťahov z pohľadu odsúdených žien zaradených vo všetkých stupňoch strázenia. V súčasnej postmodernej dobe sa pojem rodiny odkláňa od svojho pôvodného poslania. Z uvedeného dôvodu je význam rodiny predmetom odborných diskusií, výskumov, publikácií, štúdií. Rodinné vzťahy sú ovplyvňované rôznymi životnými situáciami a neustále sa vyvíjajú. Jednou zo životných situácií, s ktorou sa rodiny stretávajú je aj páchanie trestnej činnosti jednotlivých členov rodiny. Akými vzťahovými procesmi prechádzajú rodiny keď sa člen rodiny ocitne na hranici zákona a následne vo výkone trestu sme zisťovali formou kvantitatívneho výskumu pri spracovaní empirickej časti dizertačnej práce s názvom „Význam udržiavania rodinných vzťahov pre osoby vo výkone trestu odňatia slobody“, z ktorého uvádzame čiastkové výsledky. Výskumnú vzorku tvorili odsúdení muži, ženy a mladiství odsúdení.

Súdy v Slovenskej republike v období rokov 2009 až 2014 každoročne odsúdili viac ako 30 000 osôb za rôznu trestnú činnosť.

V roku 2015 bolo spolu odsúdených 29 691 osôb čo je o 3 919 menej ako v r. 2014. Na výkon trestu odňatia slobody bolo celkovo odsúdených 4 946 osôb. Z toho bolo k nepodmienečnému trestu odsúdených 401 žien, čo je o 7 menej ako v roku 2014. Z pohľadu spracovania predmetnej problematiky sme pracovali výlučne s údajmi o uložených trestoch odňatia slobody a uložených podmienených trestoch odňatia slobody. Prehľad o počtoch odsúdených žien za uvedené obdobie uvádzame v tabuľke č. 1.

Tabuľka č. 1: – celkový počet odsúdených žien od r. 2009 do 2015

Rok	Celkový počet odsúdených	Nepodmienečný trest odňatia slobody	Podmienečný trest odňatia slobody
2009	1 475	393	3 461
2010	4 600	437	3 538
2011	4 636	439	3 317
2012	5 191	443	3 531
2013	5 267	378	3 608
2014	5 116	408	3 528
2015	4 640	401	3 065
Priemer	4 418	414	3 435

Zdroj: vlastné spracovanie podľa: <http://www.justice.gov.sk/stat/statr.htm>

V roku 2015 vykonávalo trest odňatia slobody celkom 562 odsúdených žien vo všetkých stupňoch strázenia. Najvyšší počet odsúdených žien bol v minimálnom stupni (MSS) v počte 366 odsúdených. V strednom stupni strázenia (SSS) vykonávalo trest 176 a v maximálnom stupni strázenia (MxSS) 18 odsúdených žien. V roku 2015 boli vo výkone trestu 2 mladistvé ženy. V Slovenskej republike vykonávajú trest odňatia slobody odsúdené ženy v ústavoch Nitra – Chrenová, Nitra, Levoča a Sučany. Priemerné počty odsúdených žien v roku 2015 dokumentuje tabuľka č. 2.

Tabuľka č. 2: – priemerný počet odsúdených žien podľa stupňov stráženia za rok 2015

rok	mladistvé	MSS	SSS	MxSS	spolu
2015	2	366	176	18	562

Zdroj: spracované podľa ZVJS

Výkon trestu odsúdených žien podľa zákona o výkone trestu zaradujeme do osobitnej kategórie odsúdených. Odsúdené ženy sú zároveň matkami, manželkami, dcérami a pod. Predmetom nášho záujmu skúmania bola úroveň rodinných vzťahov pred výkonom trestu a úroveň rodinných vzťahov počas výkonu trestu. Tiež sme sa zaujímali či páchali trestnú činnosť s cieľom pomôcť rodine.

Empirickú časť dizertačnej práce tvorí reprezentatívna vzorka v počte 876 respondentov – odsúdených. Počet respondentov sme určili percentuálne vo vzťahu k jednotlivým kategóriám a stupňom stráženia odsúdených umiestnených v penitenciárnych zariadeniach ku dňu 01. 05. 2015. Pre zber údajov sme zvolili kvantitatívnu metódu vo forme dotazníka, ktorý pozostával z 26 otázok. K reprezentatívnej výskumu sme zrealizovali pilotný projekt – pilotný zber údajov na vzorke 100 odsúdených mužov, na ktorom sme verifikovali správnosť položených otázok. Odsúdené ženy boli do výskumu zaradené v počte 57 respondentiek vo všetkých stupňoch stráženia.

Podľa čiastkových výsledkov výskumu ide vo všeobecnosti o odsúdenú:

- slobodnú (29,8 %),
- s ukončenou strednou školou s maturitou (47,5 %),
- vo výkone trestu po prvýkrát (72 %),
- s priemernou dĺžkou trestu v minimálnom stupni stráženia 2,6 roka; v strednom stupni stráženia 6,8 roka a v maximálnom stupni stráženia 12,8 roka,
- vo výkone trestu pre § 221 (podvod), § 172 (nedovolená výroba omamných a psychotropných látok, jedov alebo prekurzorov, ich držanie a obchodovanie s nimi), § 349 (marenie výkonu úradného rozhodnutia) zákona č. 300/2005 Z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov
- pred výkonom trestu zamestnanej (38,5 %),
- vychovávané v úplnej rodine (68,3 %),
- s hodnotením detstva výborné (49 %) a veľmi dobré (28 %),
- v priemernom veku 39 rokov.

Odsúdených žien sme sa pýtali či páchali trestnú činnosť s cieľom pomôcť svojej rodine. 65 % odsúdených žien odpovedalo záporne. Trestnej činnosti s cieľom pomôcť svojej rodine sa dopustilo 21 % žien. Na otázku nevedelo odpovedať 14 % opýtaných žien.

Výsledky udržiavania rodinných vzťahov vo vzťahu k jednotlivým členom rodiny nám dokumentuje tabuľka č. 3. Z výsledkov je zjavné, že najpočetnejšími sú vzťahy s deťmi písomnou a telefonickou formou. Nasleduje intenzita vzťahov s rodičmi a súrodencami. Jedna odsúdená uviedla, že počas výkonu trestu neudržiava žiadny kontakt. Žiadnej z opýtaných odsúdených žien nebolo poskytnuté mimoriadne voľno na opustenie ústavu a vychádzka.

Tabuľka č. 3: – udržiavanie rodinných vzťahov

Vzťah s	Forma				
	Písomne	Návšteva	Telefonicky	Chodím domov na vychádzky	Mimoriadne voľno na opustenie ústavu
Manželom	8	8	7	0	0
Druhom	13	6	5	0	0
Deťmi	35	23	25	0	0
Rodičmi	33	26	24	0	0
Starými rodičmi	11	9	9	0	0
Súrodencami	27	17	14	0	0
Priateľmi	22	4	0	0	0
Inými osobami*	1	0	0	0	0
Neudržiavam kontakt	1	0	0	0	0
SPOLU	151	93	84	0	0

* napr. charita, inzeráty, cirkev, zoznamka a podobne

Zdroj: vlastné spracovanie

Zaujímali sme sa tiež či sa páchaním trestnej činnosti narušili vzťahy medzi odsúdenými a rodinnými príslušníkmi. Spracovaním získaných údajov sme zistili, že páchaním trestnej činnosti sa narušili vzťahy medzi odsúdenými a rodinnými príslušníkmi aj vo viacerých vzťahoch nasledovne:

- 11 odsúdených so súrodencami,
- 9 odsúdených s deťmi,
- 7 odsúdených s matkou,
- 7 odsúdených s priateľmi,
- 5 odsúdených s manželom,
- 3 odsúdené s otcom,
- 2 odsúdené s inými osobami.

33 odsúdených žien uviedlo, že páchaním trestnej činnosti sa ich rodinné vzťahy nenarušili.

Odsúdené ženy hodnotili úroveň rodinných vzťahov pred výkonom trestu v otázke č. 16. Mali možnosť vybrať si zo sedemmiestnej škály.

Tabuľka č. 4: – Rodinné vzťahy pred výkonom trestu boli

Vzťah s	Výborné	Veľmi Dobré	Uspokojivé	Neviem posúdiť	Menej uspokojivé	Chladné	Žiadne
Manželom	7	3	1	1	2	1	1
Druhom	8	4	1	0	0	0	0
Deťmi	26	8	3	1	0	1	0
Rodičmi	26	6	9	2	1	0	1
Starými rodičmi	9	3	6	1	1	1	2
Súrodencami	22	9	9	2	0	0	2
Spolu	98	33	29	7	4	3	6

Zdroj: vlastné spracovanie

Odsúdené mali možnosť označiť viacerých členov rodiny. Najvyššie hodnoty úrovne vzťahov sme zaznamenali vo vzťahu s deťmi a rodičmi v počte 26. Nasledujú súrodenci v počte 22. Veľmi dobré vzťahy uviedli odsúdené ženy vo vzťahu k súrodencom v počte 9 a deťom v počte 8. Celkovo 7 žien nevedelo uviesť hodnotu rodinných vzťahov. Pred výkonom trestu nemali odsúdené ženy žiadne vzťahy v jednom prípade s manželom a rodičmi, v dvoch prípadoch so súrodencami a starými rodičmi.

V úvode príspevku sme uviedli, že odsúdení si silu rodinných vzťahov často krát začínajú uvedomovať až v momente keď sú ďaleko od svojich príbuzných, stratili každodenný kontakt a pod. Čo všetko pre odsúdené znamená rodina? V odpovediach mali možnosť označiť aj viacero odpovedí. Výsledky sú nasledovné:

- a) istotu – 53
- b) bezpečie – 40
- c) podporu – 49
- d) dôveru – 42
- e) lásku – 49
- f) uznanie – 25
- g) finančné zabezpečenie – 22
- h) iné – 3.

Pre odsúdené ženy znamená rodina istotu v 53 prípadoch. Podporu a lásku v 49 prípadoch. Nasleduje bezpečie, uznanie a finančné zabezpečenie. V časti iné odpovedali odsúdené ženy zmysel života, všetko a nádej.

Pravidelný písomný alebo osobný kontakt medzi odsúdenými a rodinnými príslušníkmi významnou mierou prispieva k plynulému a nerušenému výkonu trestu. Ak sú kontakty pravidelné, odsúdení sa dokážu sústrediť na vykonávané činnosti napr. prácu, štúdium, záujmovú činnosť a pod. V prí-

padoch keď sa kontakty prerušia vzrastá u odsúdených napätie, neistota, nesústredenosť. Pri strate, resp. pri prerušení kontaktu sa obracajú o pomoc na sociálneho pracovníka. Z odpovedí na emočne prežívanie straty kontaktu alebo prerušenia kontaktu sme získali nasledovné informácie:

- a) som smutná – 43,
- b) som nervózna – 15,
- c) neviem sa sústrediť – 15,
- d) nič ma nebaví – 20,
- e) som pokojná – 1,
- f) dopúšťam sa disciplinárnych previnení – 1,
- g) mám strach – 27,
- h) iné – 2 – neviem si to predstaviť, nechcem pomyslieť.

Sme presvedčení, že udržiavanie rodinných vzťahov počas výkonu trestu, má významný vplyv na nerušený proces resocializácie odsúdených, ich motiváciu na vytvorenie podmienok k podmienenému prepusteniu a kontinuálny, integrovaný prechod do spoločnosti.

Ako sme naznačili vyššie, pevné rodinné zázemie môže po prepustení odsúdeného na slobodu plniť aj úlohu preventívnu vo vzťahu k páchaniu trestnej činnosti. S intenzívnou podporou rodiny je tu reálny predpoklad k novému začiatku a integrácii do spoločnosti s akceptovaním a rešpektovaním spoločenských noriem, bez kriminálneho správania.

Záver

Sociálna práca v podmienkach výkonu trestu má svoje nezastupiteľné miesto. Sociálny pracovník je pre rodinu odsúdeného kontaktnou osobou. Majme na pamäti, že odsúdené ženy naďalej zostávajú matkami a najčastejšie sa obracajú o pomoc sociálneho pracovníka pri preverovaní rodinnej situácie, o poskytnutie informácií o deťoch, ktoré sú umiestnené v detských domovoch, o výsledkoch v škole a pod. V prípade, že sa odsúdená žena nemá kam vrátiť zabezpečujú ubytovanie po výkone trestu.

Postpenitenciárna starostlivosť o prepustené osoby by nemala byť len snahou Zboru väzenskej a justičnej stráže, ale snahou všetkých zúčastnených. Ide o medzirezortnú súčinnosť, ktorej cieľom je podať prepusteným pomocnú ruku a nasmerovať ich správnym smerom.

Ak ich správne nepodchytíme, dosiahneme iba to, že sa ocitnú na okraji spoločnosti a miesto integrácie dosiahneme sociálnu exklúziu.

Súdržnosť rodiny a silné emocionálne väzby v rodine dokážu zmierniť aj pobyt vo výkone trestu. Sú najvyšším motivačným faktorom pre väznené osoby, ktorý ich posúva k vysnívanému cieľu – podmienenému prepusteniu.

Silné rodinné zázemie, pomoc rodiny odsúdenému po prepustení z výkonu trestu, je významným krokom k úspešnej resocializácii a tiež aj k prevencii kriminality.

Cieľom nášho príspevku bolo poukázať na skutočnosť, že vo väčšine prípadov rodina podporuje svojho člena vo všetkých smeroch aj napriek spáchanej trestnej činnosti.

Zoznam citovanej literatúry

LEVICKÁ, Jana. 2004. Sociální práce s rodinou I. Trnava: Mosty, n. f., Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU. 2004. 177 s. ISBN 80-89074-93-6.

MATOUŠEK, Oldřich., PAZLAROVÁ, Hana. a kol. 2014. Podpora rodiny: Manuál pro pomáhající profese. Vyd. 1. Praha: Portál, 2014. 176 s. ISBN 978-80-262-0697-2.

Štatistická ročenka Ministerstva spravodlivosti Slovenskej republiky. Dostupné na internete online. <http://www.justice.gov.sk/stat/statr.htm>

zákon č. 300/2005 z. z. Trestný zákon v znení neskorších predpisov

zákon č. 475/2005 Z. z. o výkone trestu odňatia slobody a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov

Potreba medziodborovej spolupráce v práci s uživateli drog a osobami pracujícími v sexbiznise

The Need for Interdisciplinary Cooperation in Work with Drug Users and Sex-workers

Martina Žáková¹⁹¹, Daniela Strýčková¹⁹², Pavol Ščasný¹⁹³

Abstrakt

V tomto příspěvku sa venujeme klientom, ktorí sú vytlačaní na okraj spoločnosti a ktorí bývajú často odsudzovaní za ich spôsob života. Práve kvôli svojmu spôsobu života a prístupu spoločnosti k nim potrebujú pre riešenie svojej životnej či sociálnej situácie pomoc od viacerých odborníkov. Medziodborová spolupráca je preto pre klienta veľmi prospešná. Cieľom príspevku je popísať potrebu medziodborovej spolupráce s touto klientelou v konkrétnej organizácii – v Združení STORM. Pracovníci tejto organizácie pracujú ako streetworkeri v teréne – v prirodzenom prostredí ich klientov. Táto organizácia využíva filozofiu harm reduction pri práci s klientmi. Filozofia harm reduction je pri takomto type klientov najvhodnejšia. V príspevku rozoberáme, ktorí odborníci sú potrební v tejto oblasti a zdôvodňujeme ich potrebnosť. Zároveň sa venujeme aj vedomostiam a zručnostiam, ktoré by títo odborníci mali mať. Poslednú časť príspevku tvorí popis medziodborovej spolupráce v Združení STORM, s akými odborníkmi spolupracujú, resp. spolupracovali a tiež aká je to spolupráca. V závere príspevku navrhujeme optimálnu medziodborovú spoluprácu pre užívateľov drog a osoby pracujúce v sexbiznise.

Kľúčové slová: Medziodborová spolupráca. Užívatelia drog. Osoby pracujúce v sexbiznise. Terén. Streetwork. Harm reduction.

Abstract

This contribution deals with the clients being pushed to the periphery of the society and often criticized for their lifestyle. They need assistance from multiple experts to handle their life or social situation right due to their lifestyle and attitude of the society. The inter-disciplinary cooperation is highly beneficial for the clients. The contribution focuses on description of the need for the inter-disciplinary cooperation with the clientele in one specific organization – Združení STORM. The workers of the organization operate as streetworkers – in the natural habitat of their clients. This organization employs the “harm reduction” philosophy for working with the clients. The harm reduction philosophy is the most suitable for the clients. The contribution analyses what experts are needed in this area and their need is substantiated here. At the same time, we also deal with knowledge and skills to be mastered by the experts. The last part of the contribution describes the inter-disciplinary cooperation in Združení STORM, the expert they cooperate or cooperated, and what the cooperation is it. Finally, the contribution proposes an optimum inter-disciplinary cooperation for drug users and persons involved in sex business.

Keywords: Inter-disciplinary cooperation. Drug users. Persons in sex business. Field. Streetwork. Harm reduction.

191 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce; e-mailová adresa: martina.zakova@truni.sk; Tel.: +421-33-5939407

192 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce; e-mailová adresa: daniela.stryckova@tvu.sk; Tel.: +421-33-5939426

193 Združenie STORM; e-mailová adresa: pavol.stormtt@gmail.com; Tel.: +421-905-943-229

1. Úvod

Problematika užívania drog je oblasťou, kde je nevyhnutný medziodborový prístup, nakoľko ide o klientov, ktorí potrebujú pomoc vo viacerých oblastiach života a ktorí majú problém s návševou a vybavovaním si svojich záležitostí na úradoch. Rovnako je to aj s osobami, ktoré pracujú v sex-biznise. Tento článok vznikol v spolupráci s koordinátorom programov Združenia STORM, ktorého pracovníci prístupujú ku svojim klientom v súlade s filozofiou harm reduction. Čo je to vlastne harm reduction? Harm reduction je zameraný na znižovanie rizík či nepriaznivých dopadov spojených s určitým konaním, ktorého prvky možno využiť v mnohých oblastiach sociálnych služieb ale tiež aj v iných typoch služieb. Tento prístup sa orientuje na politiky a programy zamerané na minimalizovanie škôd spojených s užívaním drog. Primárnou charakteristikou týchto programov je, že sa zameriavajú na prevenciu škôd spojených s užívaním drog, ale nie na prevenciu užívania drog per se (Newcombe In Hunt et al., 2003). Newcombe (In Hunt et al., 2003) podotýka, že v prípade harm reduction sa zároveň rozlišujú škody či riziká na rôznych úrovniach (individuálnej, komunitnej, spoločenskej) a tiež rôzne typy škôd (zdravotné, spoločenské, ekonomické).

Ide o súbor praktických stratégií, ktoré v sebe zahŕňajú spektrum stratégií od zdravšieho užívania cez manažovanie užívania až po abstinenciu (Harm reduction coalition, www.harmreduction.org). V prípade tejto filozofie, ide o snahu znížiť nebezpečenstvo, ktoré prináša nielen užívanie drog, ale aj drogová politika konkrétnej krajiny a to celej spoločnosti, čiže ju môžeme vnímať ako komplexný prístup k zneužívaniu drog a drogovej politike (The Drug Policy Alliance, www.scribd.com).

Najčastejšie sa harm reduction spája s programom výmeny ihliel a striekačiek, čiže s modelom intervencie prevencie chorôb. Z hľadiska verejného zdravia predstavuje spoločné používanie injekčných pomôcok jeden z hlavných problémov súvisiacich s injekčným užívaním drog. Ale v prípade harm reduction nejde iba o výmenu injekčného materiálu, ale ide aj o kontaktovanie užívateľov drog v ich vlastnom prostredí s cieľom pochopiť ich potreby, spolu s nimi na ne reagovať a predchádzať tak fyzickým, emocionálnym ako aj sociálnym škodám spojeným s užívaním drog (Zafar In Jirešová et al., 2005).

Jirešová s kolegami (2005) uvádzajú niekoľko modelov intervencií používaných v rámci harm reduction:

- Programy výmeny ihliel a strekačiek (a ďalších pomôcok k injekčnému užívaniu a distribúcia prezervatívov). Zabraňujú šíreniu prenosných vírusov. Ochraňujú užívateľa aj verejnosť pred epidémiou, ktorá by mohla mať zásadný dosah na zdravotnú, spoločenskú a ekonomickú prosperitu krajín a regiónov. Tieto programy znižujú aj iné zdravotné problémy súvisiace s užívaním drog a spoločenskú izoláciu užívateľov drog. Súčasťou je aj zdravotné, právne a sociálne poradenstvo. Programy vychádzajú zo spoločných princípov, aké majú aj nízkoprahové služby v oblasti sociálnej práce: anonymita, vyhovujúci rozvrh práce a umiestnenie, priateľská atmosféra a personál, prístup zameraný na klienta a bezplatnosť. Typy týchto programov závisia napr na tom, či ide o stále miesto výmeny, mobilné miesto výmeny, výmenu v teréne, sekundárnu výmenu, alebo o iné typy výmeny, napr. prostredníctvom lekární. Organizácie užívateľov drog sú zakladané samotnými užívateľmi drog. Venujú sa širokej škále problémov užívateľov drog, i keď väčšinou sa zameriavajú na ľudské práva. Zohrávajú kľúčovú úlohu pri presadzovaní a rozvíjaní iných intervencií.
- Liečba. Programy liečby sú orientované na širokú škálu rizík a škôd spojených s drogami a ich užívaním. Centrá pre liečbu drogových závislostí sa ideálne môžu venovať viacerým komponentom zameraným na rôznorodé potreby a očakávania užívateľov: od úplnej abstinencie (detoxifikácia, sociálne a psychologické poradenstvo a podpora abstinujúceho) až po kontrolované užívanie drog a znižovanie rizika (motivačný rozhovor a peer programy a vzdelávanie).

- Substitučná liečba. Jej hlavným cieľom je nahradiť užívanie nelegálnych látok užívaním náhradných medicínskych látok tej istej triedy, ktoré sú však predpisované lekárom. Aj keď sa závislosť neodstráni, pomôže jednotlivcovi v iných oblastiach. Substitučná látka menej poškodzuje zdravie, pomáha znížiť úmrtnosť v dôsledku predávkovania, zmiernuje kriminalitu a právne problémy jednotlivca, a zlepšuje jeho spoločenské fungovanie a sociálnu adaptáciu.
- Bezpečnejšie miestnosti na injekčnú aplikáciu drog. Ide o zariadenie, ktoré poskytuje priestory pre užívateľov drog, v ktorých môžu pod dohľadom lekára a sociálneho pracovníka užiť drogu a tým znížiť možné zdravotné a sociálne riziká. Poskytované sú aj sterilné pomôcky k užitiu drogy, informačný servis, lekárska pomoc, hygienický servis a sociálne poradenstvo.

Až na posledný z modelov, možno konštatovať, že v SR sú už niekoľko rokov zavedené všetky ostatné intervencie súvisiace s harm reduction. Miera ich rozšírenia a pôsobnosti však nie je veľká vzhľadom k prevládajúcej „politike boja proti drogám“ s dôrazom na úplnú abstinenciu. Téma harm reduction je značne kontroverzná. Mimovládne organizácie venujúce sa prístupu harm reduction sú často nútené čeliť kritike, aj napriek tomu, že bolo preukázané, že nevedie k zvýšenému užívaniu drog, nebráni nástupu na liečenie, nezvyšuje objem injekčných pomôcok na uliciach (Hunt, 2003).

Podľa našich skúseností majú osoby pracujúce v sexbiznise a užívatelia drog mnohokrát zlé skúsenosti s rôznymi službami či s políciou a môžu sa im vyhýbať, dokonca aj keď ich skutočne potrebujú. Z vyššie uvedeného vyplýva, že k tomu, aby bol splnený cieľ harm reduction, je nevyhnutný medziodborový prístup, čiže spolupráca viacerých odborníkov a k takémuto modelu sa prikláňa aj Združenie Storm.

2. Združenie STORM

Združenie STORM bolo zaregistrované v roku 2002 na Ministerstve vnútra, pričom činnosti programov sú akreditované na Ministerstve práce sociálnych vecí a rodiny na vykonávanie opatrení sociálnoprávnej ochrany detí a sociálnej kurately. Združenie STORM sa venuje problematike prevencie v troch mestách (Nitra, Sereď, Trnava) a svojou činnosťou prispieva k riešeniu drogovej problematiky, problematiky pouličného sexbiznisu a problematiky neorganizovaných skupín sídliskovej mládeže.

Spolupracuje s rozličnými organizáciami na Slovensku a v zahraničí s cieľom vytvárať optimálne podmienky pre realizáciu svojich programov. V týchto programoch aplikuje nízkoprahovú filozofiu a filozofiu znižovania rizík, pričom dôraz kladie na dostupnosť a flexibilitu služieb vychádzajúcu z potrieb cieľových skupín, ale aj majoritnej spoločnosti. V súčasnosti prevádzkuje 5 programov, ktoré zastrešujú primárnu a sekundárnu prevenciu v Trnavskom a Nitrianskom kraji (O nás, www.zdruzeniestorm.sk). Tento článok popisuje skúsenosti s medziodborovou spolupracou vo vybraných programoch KROK VPRED s ZÓNA. Program KROK VPRED je terénny program realizovaný v mestách Nitra, Sereď a Trnava (KROK VPRED, www.zdruzeniestorm.sk) a program ZÓNA je kontaktné centrum, ktoré sa nachádza v Sereďi (ZÓNA, www.zdruzeniestorm.sk).

Jedným z hlavných cieľov týchto programov je kontaktovať rizikové skupiny obyvateľov – osoby pracujúce v sex-biznise, aktívnych injekčných užívateľov drog, ľudí bez domova, ľudí v ťažkých životných situáciách a pod. v ich prirodzenom prostredí. Terénni sociálni pracovníci sa snažia minimalizovať riziká spojené so správaním nielen u klientov ale aj v ich sociálnom prostredí (Naše projekty, www.zdruzeniestorm.sk).

V súčasnosti má združenie nakontaktovaných viac ako 900 klientov, ktorí sa správajú rizikovo. Počas jedného roku pracuje v priemere so 150 rôznymi klientmi, ktorí v prevažnej miere využívajú možnosť výmeny použitých injekčných striekačiek za sterilné. Klienti v nemalej miere využívajú

aj služby ako informačný servis, sociálnu asistenciu, poradenstvo (zdravotné, sociálne, právne, poradenstvo smerujúce k liečbe, a iné), ktoré priamo poskytujú pracovníci združenia v teréne alebo v kontaktnom centre (Interná štatistika Združenia STORM). Združenie STORM svojich pracovníkov vždy vyškolí, aby boli adekvátne pripravení poskytovať služby svojim klientom. Ide o absolventov alebo študentov rôznych stupňov vysokých škôl. Títo pracovníci najčastejšie študujú alebo vyštudovali odbor sociálna práca (Výročná správa Združenia STORM 2015). Okrem tohto, podľa nášho názoru, najvhodnejšieho vzdelania pre prácu s danou klientelou, je veľmi dôležité kontinuálne vzdelávanie v rôznych témach, ktoré sú nápomocné pri poskytovaní služieb klientom. Ide o rôzne školenia, tréningy, semináre alebo konferencie, ktoré zabezpečuje združenie ale aj samotní pracovníci po individuálnej línii.

Nízkoprahové sociálne služby pôsobiace v oblasti harm reduction na Slovensku nie sú, podľa nás, štátom dostatočne podporované ako právoplatná a efektívna súčasť riešenia drogovej problematiky, ako je to v prípade liečby závislosti a resocializácie. V súčasnosti tu aktívne pôsobia už len 4 organizácie tohto typu, i keď všetky dlhoročné. Fungujú iba 2 kontaktné centrá (Bratislava a Sereď). Terénne programy sú v súčasnosti v 5 mestách (Bratislava, Trnava, Nitra, Sereď a Košice). Substitučná liečba metadonom je poskytovaná výlučne v Centrách pre liečbu drogových závislostí. Pre porovnanie, susedná ČR disponuje hustou sieťou kontaktných center a terénnych služieb. Spolu je týchto programov takmer sto (ide o 57 kontaktných centier a 43 terénnych programov), t. j. sú aj v okresných mestách. Systém harm reduction služieb v ČR uznali ako súčasť systému prevencie a v súčasnosti sa snažia etablovať pozíciu novej generácie adiktológov ako špecializovanej profesie v systéme služieb týkajúcich sa prevencie a liečby závislosti (Vavrinčíková, 2014). Slovensko si ešte nenašlo cestu k presadeniu harm reduction ako pokrokového zmysľania o užívaní návykových látok.

3. Medziodborová spolupráca

Priama práca streetworkera s klientom sa uskutočňuje formou pešieho, mobilného, či stacionárneho streetworku a formou Kontaktných centier tzv. K-centier. Streetworker je pracovník, ktorý podľa Rhodesa (1999) pracuje v teréne, pričom sa snaží o zmenu správania klienta. Robí to buď priamo, (teda prostredníctvom vzdelávania, osvety a prevencie v komunite), alebo nepriamo (distribúciou klientov, t. j. tým, že odporúča klienta na iné inštitucionálne alebo rezidenčné služby, ktoré poskytujú služby nad rámec streetworku). Kontaktné centrá sú súčasťou streetworku a harm reduction služieb. Sú to nízkoprahové kontaktné centrá, ktoré poskytujú kompletný servis služieb – špecializované sociálne poradenstvo a terapiu, potravinový a hygienický servis, ošetrovanie, rozhovor o problémoch, či možnosť využitia miesta na oddych (Kuchárová, In Mátel et al. 2011).

Za dôležitú súčasť úspešného fungovania služieb považujeme výber vhodných zamestnancov, kultúru organizácie a vedenie a vzdelávanie pracovníkov, pretože tí môžu zohrávať kľúčovú rolu pri podpore a rešpektovaní programu zo strany okolia a tiež pri vzájomnej podpore medzi pracovníkmi (Burrows, 2000).

Pri výbere zamestnancov je potrebné si zvážiť, aký počet zamestnancov je potrebný pre realizáciu programu; či má ísť o platených zamestnancov alebo dobrovoľníkov; a či by medzi nimi mali byť osoby ne/užívajúci drogy, aktuálni/bývalí užívatelia, alebo ich kombinácia. Minimálnou požiadavkou je však pozícia aspoň jedného plateného koordinátora v organizácii (WHO, 2007).

Užitočným postupom je aj jasné písomné vymedzenie pravidiel a rozprávaní pre pracovníkov aj klientov (Burrows, 2000). Všetci zamestnanci by mali byť podporovaní v rozprávaní a diskutovaní prípadných problémov, ktoré nachádzajú vo svojej práci; alebo akýchkoľvek informácií, ktoré si myslia, že by mali ostatní vedieť.

Profesionální rozvoj a udržanie kvality by sa malo budovať ešte aj ďalšími mechanizmami ako napríklad zabezpečením kvalitnej supervízie členov pracovného tímu. Tieto stretnutia by mali byť podporné a preskúmať výkon jednotlivca, a ak je to nutné a potrebné pre zlepšenie alebo ďalšieho vzdelávania. Školenie by malo byť priebežné (WHO, 2007). Manažéri sú tak zodpovední za budovanie svojho pracovného tímu po formálnej aj neformálnej stránke, čo sa odrazí na kvalite poskytovaných služieb.

Združenie STORM sa snaží vždy reagovať na potreby klientov a práve preto už v roku 2005 spustilo projekt Odborníci na ulici (Výročná správa Združenia STORM 2005). Potreba klientov bola vyhodnotená na základe rozhovorov, počas ktorých bol dopyt po právnych a zdravotných otázkach. Zároveň boli identifikované prekážky (objektívne, subjektívne), ktoré bránili klientom navštíviť napr. zdravotnícke zariadenie. Združenie takto ponúklo bezpečnú alternatívu. Externých odborníkov v klientovom prirodzenom prostredí. Táto forma poskytovania poradenstva má rôzne výhody. V prvom rade klienti dostanú pravdivú odpoveď a zároveň môžu získať väčšiu dôveru v ostatných odborníkov, resp. v systém pomoci, ktorí v prípade potreby budú nútení využiť. Projekt s malými prestávkami (nedostatok finančných zdrojov) a obmenami funguje dodnes.

V roku 2005 boli oslovení odborníci (právnik a zdravotná sestra), ktorí spoločne s terénnymi pracovníkmi navštevovali klientov v ich prirodzenom prostredí (parky, ulice, a iné). V súčasnosti projekt Odborníci na ulici je zabezpečovaný v dvoch liniách. Prvú zabezpečuje externý právnik, ktorého služby môžu využívať klienti v meste Nitra (terén) 1 x mesačne. Zároveň 1x mesačne je k dispozícii aj v kontaktnom centre ZÓNA. Klienti sa najviac zaujímajú o témy ako dedenia, exekúcie, ľudské práva a iné (Interná štatistika združenia).

V druhej línii ide o dve kontaktné pracovničky združenia, ktoré majú zároveň zdravotnú prax a vedú pomocť klientom so zdravotnými problémami ako abscesy, flegmóny ap. Združenie spolupracuje aj s externými odborníkmi v rôznych intenzitách. Ide prevažne o klinického psychiatra (Psychiatrická klinika, Fakultná nemocnica Nitra), adiktológa s možnosťou predpisovať substituálnu liečbu buprenorfin-naloxonom (Centrum pre adiktológiu a duševné zdravie, n.o. v Trnave), praktická lekárka v meste Sereď, rôzne resocializačné strediská, krízové strediská pre rodiny s deťmi (Nitra, Trnava).

4. Záver

Nadviazanie spolupráce s potrebnými odborníkmi bolo a stále je veľmi komplikované. Vysvetľujeme si to hlavne z dôvodu zahltenia špecializovaných odborov majoritnou časťou obyvateľstva, čo priamo súvisí s nedostatočným systémom pomoci a podpory, ktorí je momentálne nastavený. Úroveň spolupráce s externými odborníkmi je taktiež limitovaná ich vôľou a voľným časom, ktorý môžu investovať do klientov združenia, klientov, ktorí priamo nespádajú do ich pracovných obvodov.

Veľkou prekážkou je aj vyšší prah, ktorí klienti musia prekonať, no veľakrát im k tomu bránia subjektívne dôvody, pre ktoré nechcú alebo nemôžu využiť taktó nadstavené služby (majú strach z úradov, negatívna skúsenosť ap.). Zároveň ide aj o objektívne prekážky, hlavne nevlastnenie dokladov a existujúce dlhy v zdravotných poisťovniach. Pokiaľ má klient problém splniť, čo i len jednu podmienku poskytovania štátom garantovanej starostlivosti, tak je automaticky odmietnutý, resp. je mu poskytnutá len minimálna, neodkladná zdravotná starostlivosť. Tá je určená len na udržanie životných funkcií človeka. Záverom vidíme veľké nedostatky v prepojení sociálnych a zdravotných služieb, ktoré sú sektorovo ohraničené. Momentálne neexistuje flexibilné riešenie poskytovania sociálno-zdravotných služieb a foriem pomoci všeobecne a to nielen sociálne ohrozeným skupinám obyvateľstva, ako sú užívatelia drog alebo osoby pracujúce v sexbiznise.

5. Poďakovanie a afiliácia

Tento článok bol vypracovaný v rámci projektu APVV-0524-12 Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska.

Referencie / Zoznam citovanej literatúry

BURROWS, D. *Ako začať program výmeny ihiel a striekačiek? Príručka pre krajiny strednej a východnej Európy a štáty bývalého Sovietskeho zväzu*. Bratislava: ETERNA Press pre Nadáciu otvorenej spoločnosti/Open Society Foundation, 2000. 123 s. ISBN 80-968359-3-9.

HUNT, Neil et al. *Prehľad prístupov „harm reduction“ k užívaniu drog založený na dôkazoch. Progresívny pohľad na drogy*. Bratislava: NOS-OSF, 2003. 76 s. ISBN 80-969271-0-8.

Interná štatistika Združenia STORM.

JIREŠOVÁ, Katarína et al. 2005. *Úvod do harm reduction. Príručka pre učiteľa*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti – OSF, 2005. 194 s. ISBN 80-969271-2-4.

JIREŠOVÁ, Katarína – JAVORKOVÁ, Soňa. *Harm reduction v problematike injekčného užívania drog*. Bratislava: OZ Odysseus, 2003. 116 s. ISBN 80-968576-6-5.

The Drug Policy Alliance. Annual Report 2008. [online]. [cit. 2010-01-15]. Dostupné na: <https://www.scribd.com/document/7439613/Drug-Policy-Alliance-Annual-Report-2008#download>

Harm reduction coalition. [online]. [cit. 2016-08-15]. Dostupné na: <http://harmreduction.org/about-us/principles-of-harm-reduction/>

KROK VPRED. [online]. [cit. 2016-08-17]. Dostupné na: <http://www.zdruzeniestorm.sk/projekty/krok-vpred/charakteristika.htm>

KUCHÁROVÁ, Barbora. Prostitúcia a obchodovanie s ľuďmi. In Mátel, A. et. al. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2011. 442 s. ISBN 978-80-8132-009-5.

Naše projekty. [online]. [cit. 2016-08-18]. Dostupné na: <http://www.zdruzeniestorm.sk>.

O nás. [online]. [cit. 2016-08-19]. Dostupné na: <http://www.zdruzeniestorm.sk/onas/onas.htm>

RHODES, T. *Terénne práce s užívateľmi drog – zásady a praxe*. Boskovice: Nakladateľství Albert, 1999. 72 s. ISBN 80-85834-71-5.

VAVRINČIKOVÁ, Lenka. Harm reduction prístup a podoby jeho dozrievania na Slovensku. In *Harm Reduction – Aplikácia filozofie znižovania rizík v pomáhajúcich profesiách*. Nitra: Združenie STORM, 2014. ISBN 978-80-970667-2-7.

Výročná správa Združenia STORM 2005

WHO. 2007. *Guide to starting and managing needle and syringe programmes*. Geneva: WHO, 2007. 64 s. ISBN 978-92-4-159627-5.

Péče o lidi s duševním onemocněním – dobrá praxe a předávání zkušeností

Jak lékaři hodnotí spolupráci s veřejnými opatrovníky při péči o nesvéprávné pacienty¹⁹⁴

How physicians evaluate the cooperation with public guardians when taking care of incapacitated patients¹⁹⁵

Lubica Juričková,¹⁹⁶ Kateřina Ivanová,¹⁹⁷ Radmila Pastorková,¹⁹⁸ Jiří Vévoda¹⁹⁹

Abstrakt

V České republice se přístup k ochraně nesvéprávných osob změnil po ratifikaci Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva je východiskem pro stanovení potřebné míry podpory nesvéprávných osob, aby mohli žít ve svém přirozeném prostředí. Změna paradigmatu náhradního rozhodování na rozhodování s podporou se projevila i ve výkonu funkce veřejného opatrovníka, kterou v praxi často vykonává sociální pracovník. K povinnostem opatrovníka patří dbát i o zdravotní stav opatrovance a spolupracovat s lékaři. V příspěvku jsou prezentovány výsledky z výzkumu (2012–2013), jehož cílem bylo vyhodnotit názory lékařů na spolupráci s veřejnými opatrovníky při péči o zdraví nesvéprávných pacientů. Pro sběr dat byla zvolena technika rozhovoru. První fáze výzkumu byla realizována v ordinacích praktických lékařů a lékařů specialistů (1 200 lékařů), druhá v psychiatrických nemocnicích (48 lékařů). Výsledky byly komparovány s výzkumem z roku 2011, kde byly zjišťovány názory veřejných opatrovníků na spolupráci se zdravotnickými pracovníky. Srovnání ukázalo, jaká je spolupráce pomáhajících profesí. Autoři diskutují o významu multidisciplinárního přístupu k péči o lidi s duševní poruchou.

Klíčová slova: Lékaři. Veřejní opatrovníci. Sociální pracovníci. Duševní poruchy. Nesvéprávní pacienti. Týmová péče.

Abstract

The approach to the protection of legally incapable person has changed in the Czech Republic following ratification of the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The Convention is the baseline for determination of the level of the support needed by the legally incapable persons for them to live in their natural environment. The change to the paradigm from the substitute decision-making to the supported decision-making has reflected also in the position of a public guardian often performed by a social worker. The obligations of the guardian include taking care of health status of the ward and cooperation with physicians. The article presents results from the research (2012–2013) aimed at evaluation of opinions of the physicians on cooperation with the public guardians in taking care of health of the legally incapable patients. The interview technique was chosen for the data collection. The first phase of the research was performed in consulting rooms of GPs and specialists (1,200 physicians), and the second one in hospitals (48 physicians). The results were compared with the research from 2011 where opinions of the public guardians on cooperation with the health professionals were investigated. The comparison showed what the cooperation of assisting professions is. The authors discuss about importance of the multi-disciplinary approach to the care of mentally disabled persons.

Keywords: Physicians. Public guardians. Social workers. Mental disorders. Incapacitated patients. Team care.

194 Příspěvek byl podpořen specifickým vysokoškolským výzkumným projektem IGA Univerzity Palackého v Olomouci, č. LF_2013_021 (RVO 61989592).

195 This study was supported by Palacký University Olomouc (Grant No IGA_LF_2013_021) and RVO 61989592.

196 PhDr. Mgr. Lubica Juričková, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc. E-mailová adresa: lubica.jurickova@upol.cz.

197 doc. PhDr. Kateřina Ivanová, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc.

198 MUDr. Radmila Pastorková, Ph.D., Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví, Lékařská fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc.

199 Mgr. Jiří Vévoda, Ph.D., Ústav společenských a humanitních věd, Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci, Hněvotínská 3, 775 15 Olomouc.

1. Úvod

V České republice (dále ČR) mohou soudy přistoupit k omezení svéprávnosti dospělého člověka jen tehdy „hrozila-li by mu jinak závažná újma a nepostačí-li vzhledem k jeho zájmům mírnější a méně omezující opatření.“ (zákon č. 89/2012 Sb, § 55, odst. 2) Přístup k dospělým lidem s duševní poruchou se výrazně změnil po ratifikaci dokumentu Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (10/2010 Sb. m. s.) a po jejím legislativním zakotvení v novém občanském zákoníku (zákon č. 89/2012 Sb.). Úmluva je východiskem pro stanovení potřebné míry podpory nesvéprávných lidí, aby mohli žít ve svém přirozeném prostředí. Změna paradigmatu náhradního rozhodování na rozhodování s podporou se projevila i ve výkonu funkce veřejného opatrovníka, kterou v praxi často vykonává sociální pracovník. Podle nového občanského zákoníku (§ 466, odst. 1) k povinnostem opatrovníka patří dbát i o zdravotní stav opatrovance a spolupracovat s lékaři. V příspěvku jsou prezentovány dílčí výsledky ze smíšeného výzkumu realizovaného v roce 2012 a 2013. Cílem smíšeného výzkumu bylo zjistit, jak lékaři hodnotí spolupráci s veřejnými opatrovníky při péči o zdraví nesvéprávných pacientů. Výsledky byly komparovány s výzkumem z roku 2011, kde byly zjišťovány názory veřejných opatrovníků na spolupráci se zdravotnickými pracovníky.²⁰⁰

2. Výzkumné otázky a design smíšeného výzkumu

První výzkumná otázka byla formulována takto: „V čem lékaři spatřují největší potíže při péči o zdraví nesvéprávného pacienta?“ Respondenti měli možnost volit více možností z následujících odpovědí nebo doplnit možnost další, pokud by škála jejich postoj nezohledňovala: „1 – opatrovník je při podepisování informovaného souhlasu těžko dostupný; 2 – opatrovník je při vyšetření či léčbě nesvéprávné osoby těžko dostupný; 3 – jsou obtíže v komunikaci s opatrovníkem; 4 – jsou obtíže v komunikaci s nesvéprávným pacientem; 5 – jiné potíže; 6 – nemám zkušenost s vyšetřením či léčbou nesvéprávné osoby“. Druhá výzkumná otázka byla formulována takto: „Jak lékaři hodnotí spolupráci při péči o zdraví nesvéprávných pacientů s veřejnými opatrovníky?“ Pokud lékař spolupracoval s veřejným opatrovníkem, měl možnost vyjádřit se jak slovně, tak i formou pětibodové škály, kde 1 – výborná spolupráce, 2 – velmi dobrá spolupráce, 3 – dobrá spolupráce, 4 – špatná spolupráce a 5 – velmi špatná spolupráce. Odpovědi na výzkumné otázky byly získávány s využitím strategie sekvenčního kombinování kvantitativního přístupu s kvalitativním přístupem (Hendl, 2005). Smíšený výzkum byl realizovaný ve dvou fázích v letech 2012 a 2013.

2.1 První fáze smíšeného výzkumu – kvantitativní výzkum (2012)

Při koncepci první fáze výzkumu byl zvolený kvantitativní přístup – kvantitativní výzkum. Výzkum byl uskutečněný v období od listopadu do prosince 2012. Do výběrového souboru bylo zařazeno 1 200 lékařů z ČR vybraných náhodným výběrem pomoci kvót, z nichž bylo 551 (45,9 %) praktických lékařů a 649 (54,1 %) lékařů specialistů. Z hlediska pohlaví se jednalo o 561 (46,8 %) mužů a 639 (53,2 %) žen. Výsledky z výzkumu jsou reprezentativní pro lékaře ČR z hlediska pohlaví, věku, podle zřizovatele (soukromí a státní) a z hlediska jednotlivých krajů ČR. Sběr dat, kódování dat a jejich analýzu zabezpečil tazatelský aktiv agentury INRES.²⁰¹ Do výzkumu bylo

200 Výzkum z roku 2011 identifikoval potřeby vzdělávání lékařů v oblasti veřejného opatrovnictví, proto byl zahájen v roce 2012 a v roce 2013 další, navazující (smíšený) výzkum.

201 Zadavatelem výzkumu byl Ústav sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Závěrečná zpráva z výzkumu „Lékaři České republiky 2012“ (Praha, 2013) je majetkem Lékařské fakulty Univerzity Palackého v Olomouci.

zapojeno 243 tazatelů z ČR. Pro sběr dat byla zvolena technika strukturovaného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Kódování a vkládání dat do počítače, jejich matematicko-statistickou analýzu a interpretaci dat prováděli pracovníci Agentury INRES (Praha, 2013).

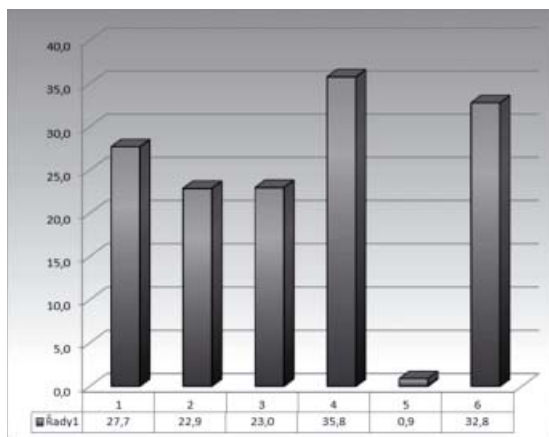
2.2 Druhá fáze smíšeného výzkumu – kvalitativní výzkum (2013)

Při koncepci druhé fáze výzkumu byl zvolený kvalitativní přístup – kvalitativní výzkum (Miovský, 2006; Liamputtong, 2013), který byl zaměřený na zkušenosti lékařů-psychiatrů s poskytováním péče dospělým lidem s duševní poruchou. Kvalitativní výzkum byl uskutečněný v období od června do listopadu 2013 v rámci studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci. Do výběrového souboru bylo zařazeno 48 psychiatrů, z toho bylo 28 mužů a 20 žen. Sběr dat proběhl ve čtyřech psychiatrických léčebnách, a to v Psychiatrické léčebně Bílá Voda (2 muži a 1 žena), v Psychiatrické léčebně Šternberk (3 muži a 6 žen), v Psychiatrické léčebně v Opavě (13 mužů a 5 žen) a v Psychiatrické léčebně v Kroměříži (10 mužů a 8 žen). Pro sběr dat byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru tazatele s respondentem (face-to-face). Tazatelé (4) měli s sebou záznamové archy pro terénní poznámky, které jim posloužily k zapisování myšlenek souvisejících s tématem výzkumu. Rozhovory trvaly přibližně 45 až 50 minut a byly nahrávány na diktafon (14 lékařů s nahráváním na diktafon nesouhlasilo). Před analýzou textů byla provedena doslovná transkripce zvukového záznamu. Rozhovory byly potom kódovány a kategorizovány. Všechny rozhovory proběhly se souhlasem zúčastněných. Účast na výzkumu byla dobrovolná. Při analýze a vyhodnocení dat byl použitý systém kritérií pro hodnocení kvality výzkumu podle Lincolnové a Guby (1985).

3. Výsledky ze smíšeného výzkumu (2012 a 2013)

3.1 Výsledky z kvantitativního výzkumu (2012)

Téměř jedna třetina (32,8 %) lékařů (N = 1 200) uvedla, že nemají s léčbou nesvéprávných pacientů žádné zkušenosti, viz Obr. č. 1. Z těch, kteří tyto zkušenosti mají, jich 35,8 % označilo za největší problém obtíže v komunikaci s nesvéprávným pacientem. Dalším problémem byla skutečnost, že opatrovník nesvéprávného pacienta je při podepisování informovaného souhlasu těžko dostupný (27,7 %). Obtíže v komunikaci s opatrovníkem označilo 23,0 % lékařů a nedostupnost opatrovníků při vyšetření či léčbě nesvéprávného pacienta označilo 22,9 % lékařů. Z aplikovaných testů statistické významnosti nevypluly žádné statisticky významné rozdíly v odpovědích lékařů na otázku, jaké jsou potíže při vyšetření či léčbě nesvéprávného pacienta.

Obr. č. 1: Potíže při vyšetření či léčbě nesvéprávných pacientů (v %)

Legenda: 1 – opatrovník je při podepisování informovaného souhlasu těžko dostupný; 2 – opatrovník je při vyšetření či léčbě nesvéprávné osoby těžko dostupný; 3 – jsou obtíže v komunikaci s opatrovníkem; 4 – jsou obtíže v komunikaci s nesvéprávným pacientem; 5 – jiné potíže; 6 – nemám zkušenost s vyšetřením či léčbou nesvéprávné osoby“. Poznámka: Součet relativních četností převyšuje 100 %, neboť lékaři měli možnost označit více možností.

Zdroj: Lékaři České republiky 2012, Praha: INRES, 2013, s. 16–18.

3.2 Výsledky z kvalitativního výzkumu (2013)

Z analýzy dat vyplynulo, že lékaři-psychiatři (N = 48) ve spolupráci s veřejnými opatrovníky vybrali jako zásadní tyto bezproblémové nebo problémové činnosti, viz Tab. č. 1.

Tab. č. 1: Hodnocení spolupráce lékařů-psychiatrů s veřejnými opatrovníky (2013)

Bezproblémové činnosti – snadná domluva (odpovědi lékařů-psychiatrů)	Problémové činnosti – obtížná domluva (odpovědi lékařů-psychiatrů)
Veřejní opatrovníci se zajímají o zdravotní stav nesvéprávného pacienta.	Veřejní opatrovníci nejsou dostupní při podepisování informovaného souhlasu.
Veřejní opatrovníci nejsou arogantní při konzultaci o zdravotním stavu nesvéprávného pacienta.	Veřejní opatrovníci mají nedostatečné vzdělání ve vztahu k psychiatrickým pacientům.
Veřejní opatrovníci umí lépe hospodařit s penězi a majetkem pacienta než rodinní opatrovníci.	Veřejní opatrovníci by mohli častěji navštěvovat nesvéprávného pacienta v léčebně.
Veřejní opatrovníci jsou vzdělanější a pružnější při zařizování každodenních potřeb pacientovi než rodinní opatrovníci.	

Zdroj: vlastní zpracování

Lékaři-psychiatri (25 ze 48) u veřejných opatrovníků nejvíce oceňovali jejich zájem o zdravotní stav svých klientů. Někteří lékaři-psychiatri (20 ze 48) zdůraznili bezproblémovou komunikaci s veřejnými opatrovníky při péči o zdraví nesvéprávných pacientů, jiní (12 ze 48) zase ocenili veřejné opatrovníky za jejich dobré hospodaření s penězi a majetkem klientů a často jejich náplň práce porovnávali s rodinnými opatrovníky. Lékaři-psychiatri (38 ze 48) se shodli na tom, že spolupráce s veřejnými opatrovníky je v některých situacích lepší než s rodinnými opatrovníky. Z odpovědí respondentů vybíráme: „... protože [veřejní opatrovníci] často mají rychlejší vhled do té problematiky, jsou schopni rozhodovat pružněji a bez nějakých třeba emočních vazeb, takže příklad: když je potřeba zajistit CT vyšetření mozku s kontrastní látkou, tak ti veřejní opatrovníci tu medicínskou potřebu provedení toho vyšetření chápou, řekneme snáz, jsou schopni udělit ten souhlas podstatně snazší cestou; jsou to úřední osoby, které jsou zvyklé na jednání, jsou schopné administrativních úkonů, velice snadno mají rychlejší orientaci v dokumentaci, takže proto hodnotím trochu lépe ty veřejné opatrovníky než ty rodinné.“ Jiná odpověď: „Veřejní opatrovníci ve většině případů se snaží, oni se taky i bojí, protože mají pocit, že skutečně nesou nějakou zodpovědnost za ostatní, čili jsou si vědomi řekneme tíže tady této funkce a jsou opravdu ochotní a snaží se s námi spolupracovat.“ Nebo: „Veřejní opatrovníci jsou většinou více erudovaní než rodinní, více o tom ví a nedovolí si nějakým způsobem zadržovat peníze tomu nesvéprávnému.“

Lékaři-psychiatri (34 ze 48) přemýšleli, proč může být spolupráce s rodinnými opatrovníky obtížnější než spolupráce s veřejnými opatrovníky. Z odpovědí respondentů vybíráme: „Mně se špatně spolupracuje s rodinnými, protože z nich vymáháme někdy obtížně peníze, aby pacient měl nějaké přilepšení ke stravě, aby měl pedikúru, na holiče a už třeba na pleny na inkontinentní pacienty i na oblečení že, na zimu zimní, na léto letní, některé pacienty nelze propustit.“ Nebo: „Ti rodinní opatrovníci většinou nevedou pečlivě účetnictví o hospodaření s penězi pacientů jak ti veřejní.“ Jiná odpověď: „Jsou přibuzní, kteří vyloženě zneužívají hospitalizace pacienta, tady ho odloží a bývají mnohdy velmi arogantní, direktivní, jako nekritičnost té rodiny, ale nelze říct, že všichni opatrovníci se chovají nekorektně.“ Nebo: „S tou rodinou se hůř komunikuje a je obtížné z nich dostat nějaké peníze na potřeby toho člověka v léčebně, jo, oni řeknou, dyť tam má všechno, on nic nepotřebuje, ale třeba opravdu ta strava tady není dobrá moc, a když oni chtějí tomu člověku přilepšit, ten personál to nechce pro sebe ty peníze, ale opravdu mu třeba kupují jogurty, jídlo, nebo něco, oblečení, tak se to musí z něčeho nakoupit, takže v tomto bývají občas problémy.“ Nebo: „Problém je spolupráce s tím rodinným opatrovníkem, jo, že třeba taky už jako nechce se starat doma o opatrovance nebo bojí se možná, že nedokáže zajistit takovou péči, vrací se nám hodně těch alkoholiků.“

Z odpovědí lékařů-psychiatrů (33 ze 48) vyplynulo, že spolupráce s veřejnými opatrovníky by mohla být lepší zejména při podepisování souhlasu s hospitalizací. Někteří lékaři-psychiatri (15 ze 48) si ztěžovali na nedostatečné vzdělání veřejných opatrovníků ve vztahu k psychiatrickým pacientům. Na závěr rozhovoru lékaři-psychiatri měli ohodnotit spolupráci s opatrovníky pomocí pětibodové škály, kde 1 je výborná spolupráce a 5 je velmi špatná spolupráce, viz Tab. č. 2.

Tab. č. 2: Hodnocení spolupráce lékařů-psychiatrů s opatrovníky pomocí škály (2013)

Opatrovníci	Hodnocení spolupráce pomocí pětibodové škály (průměrná známka)
Veřejní opatrovníci	2,14
Rodinní opatrovníci	3,03

Zdroj: vlastní zpracování

Lékařům-psychiatrům (33 odpovědí) se při péči o zdraví dospělých nesvéprávných pacientů lépe spolupracuje s veřejnými opatrovníky než s rodinnými opatrovníky. Někteří lékaři-psychiatři (15 ze 48) se shodli na tom, že kvalita spolupráce záleží také na povaze člověka a na jeho vzdělání.

4. Komparace výsledků z kvalitativních výzkumů (2013 a 2011)

Výsledky z kvalitativního výzkumu z roku 2011 byly publikovány ve vědecké monografii v roce 2014 (Juričková, Ivanová, Filka). Z analýzy dat z obou výzkumů (2013 a 2011) jsme identifikovali tyto základní kategorie: Umístění pacienta pro propuštění z léčebny, Informace o lidech s duševní poruchou, Informace o veřejném opatrovnictví, Informace o zdravotním stavu pacienta, Komunikace, Podepisování informovaného souhlasu a Osobní kontakt s klientem. Komparace výsledků z obou výzkumů je uvedena v Tab. č. 3.

Tab. č. 3: Komparace výsledků z výzkumu z roku 2013 a 2011

Kategorie	Zdravotní péče (co říkají lékaři-psychiatři)	Sociální péče (co říkají veřejní opatrovníci)
Umístění pacienta pro propuštění z léčebny	často není kam	často není kam
Informace o lidech s duševní poruchou	veřejní opatrovníci mají nedostatek informací o psychiatrických pacientech	veřejní opatrovníci si ztěžují na nedostatek vzdělávacích programů zaměřených na psychiatrické diagnózy
Informace o veřejném opatrovnictví	nevyjádřili se	je nutné zvýšit povědomí lékařů o veřejném opatrovnictví
Informace o zdravotním stavu pacienta	veřejní opatrovníci se zajímají o zdravotní stav pacienta	lékaři ochotně poskytují informace a radí při léčbě klienta
Komunikace	snadná domluva s veřejnými opatrovníky	obtížná domluva s lékaři
Podepisování informovaného souhlasu	veřejní opatrovníci jsou nedostupní	lékaři dávají souhlas s hospitalizací podepisovat dodatečně
Osobní kontakt s klientem	nedostačující	dostačující

Zdroj: vlastní zpracování

Z výsledků obou výzkumů vyplynulo, že hlavním problémem, který všem lékařům-psychiatrům a všem veřejným opatrovníkům z výběrového souboru, velmi často ztěžuje jejich práci, je nedostatek zařízení sociálních služeb pro nesvéprávné pacienty, nízká kapacita těchto zařízení, dlouhé čekací doby na umístění v těchto zařízeních a nedostatečná provázanost zdravotnických služeb a sociálních služeb. Z odpovědí vybíráme: „*Ale my [psychiatri] se opravdu snažíme, naše sociální pracovnice opravdu aktivně hledá ty sociální zařízení, ale často to bývá velký problém někam ty pacienty umístit.*“ Jiná odpověď: „*Ted' ty rodiny, oni vám nepříspějí ani na ty pleny, prostě, jo, vy zase máte limity, tak mě potom skutečně připadá pokrytecké od společnosti, kdy na jedné straně lidi v domově důchodců nebo jsou soukromé penziony, kde se platí... a ty rodiny si myslí, že tady v léčebně je poskytován bezplatný servis včetně sociálních služeb, ale tady se platí elektřina, voda, topení, plyn... tak si myslím, že prostě je to diskriminace skupin, no a poslanci, prostě mi připadne ta politická realita, ta sněmovna, že prostě něco schválí, aniž by věděli, jak to funguje v praxi.*“ Veřejní opatrovníci (20 z 25) by uvítali, kdyby jim lékaři-psychiatri v časovém předstihu sdělovali, kdy nesvéprávného klienta propustí z léčebny, aby mohli klientovi včas zajistit ubytování či vyřídit běžné záležitosti, které vyplývají z výkonu funkce veřejného opatrovníka (Juričková, Ivanová, Filka, 2014).

Dalším problémem, na kterém se shodli jak lékaři-psychiatri, tak i veřejní opatrovníci, je nedostatek informací. Lékaři-psychiatri (12 ze 48) si myslí, že veřejní opatrovníci mají deficit ve vzdělávání o psychiatrických pacientech. Veřejní opatrovníci (24 z 25) potvrdili, že neznalost psychiatrických diagnóz jim velmi znesnadňuje práci. Veřejní opatrovníci by uvítali více vzdělávacích kurzů zaměřených na psychiatrické diagnózy (Juričková, Ivanová, Filka, 2014). Veřejní opatrovníci (24 z 25) si myslí, že lékaři neví, kdo je veřejný opatrovník, pletou si je s pečovatelkami a neví, o čem je institut veřejného opatrovnictví. Problémem je také podepisování informovaného souhlasu. Lékaři-psychiatri (20 z 25) by uvítali, kdyby veřejní opatrovníci byli při podepisování informovaného souhlasu dostupní. Veřejní opatrovníci (15 z 25) by zase uvítali, kdyby jim lékaři nedávali podepisovat souhlas s hospitalizací dodatečně (Juričková, Ivanová, Filka, 2014).

5. Diskuse

Z výsledků výzkumů z roku 2013 a 2011 vyplynulo, že spolupráce lékařů-psychiatrů a veřejných opatrovníků při péči o zdraví nesvéprávných pacientů by mohla být v některých situacích lepší. Autoři se domnívají, že při hodnocení vzájemné spolupráce je nutné vzít v úvahu nejen subjektivní charakteristiky, ale i objektivní charakteristiky, které podmiňují rozdíly mezi jednotlivými kraji,²⁰² např. dostupnost péče, počet lékařů, počet veřejných opatrovníků, příp. jejich věk, pracovní vytíženost, informace apod. Autoři článku jsou toho názoru, že při péči o zdraví nesvéprávných pacientů je důležitá nejen kvalitní spolupráce mezi lékaři-psychiatry a veřejnými opatrovníky, ale také soudržnost a rozvíjení meziresortní spolupráce v oblasti zdravotnictví, sociálních věcí, spravedlnosti, školství a dalších. Na meziresortní spolupráci upozorňuje i řada odborníků v ČR, např. Holmerová, Jurašková, Zikmundová, aj. (2007), Kalvach, aj. (2011), Lužný (2012), Raboch, Wenigová, aj. (2012), Höschl, Winkler a Pěč (2012), Dlouhý, aj. (2012).

Dospělí lidé s duševní poruchou mají individuální potřeby, „vyžadují nejen psychiatrickou péči, ale pro jejich uplatnění ve společnosti je třeba usnadnit přístup k využívání sociálních služeb a k dalšímu vzdělávání.“ (MZ ČR, 2013: 33) Multidisciplinární přístup zdůrazňuje MZ ČR (2015) i v dokumentu Akční plán č. 3 – Duševní zdraví. Podle Bernabeiho, aj. (1998) integrace

202 Výzkum z roku 2013 byl realizovaný v Moravskoslezském, Olomouckém a Zlínském kraji a výzkum z roku 2011 byl realizovaný v Moravskoslezském a Olomouckém kraji.

zdravotnických služeb a sociálních služeb spolu s case managementem zlepšuje péči o starší lidi žijící v komunitě. Juričková, Kliment, Ivanová a Filka (2012) uvádějí, že v opatrovnickém procesu vystupují v roli case manažera také veřejní opatrovníci. „Opatrovník jako člen týmu by mohl vnášet do vnějšího životního prostoru opatrované osoby prvek sociální kontroly, což by mohl být významný přínos pro kvalitu života opatrované osoby. Pokud se veřejný opatrovník podílí na týmové péči, vzrůstá jeho angažovanost v procesu pomoci, což podporuje jeho vnitřní motivaci, díky čemuž přístupy ostatních členů týmu mohou být pod jeho supervizí.“

Podporu nutnosti týmové spolupráce napříč odvětvími zdůrazňují i různé instituce, např. Světová zdravotnická organizace (2013), Ministerstvo zdravotnictví (MZ) ČR (2014), Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) ČR (2003) aj. Multidisciplinární přístup je zakotven v řadě právních dokumentů, např. v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva byla implementována do právních předpisů (zákon č. 378/2011 Sb., zákon č. 89/2012 Sb. aj.) a do praxe (reforma psychiatrické péče a transformace sociálních služeb). Specifickým cílem strategie reformy psychiatrické péče v ČR (cíl č. 6) je zlepšit provázanost zdravotních, sociálních a dalších návazných služeb (MZ ČR, 2013). Cílem transformace sociálních služeb je především rozvíjet proces deinstitutionalizace a „zlidšťování“ sociálních služeb (MPSV, 2007). V rámci transformace sociálních služeb je věnována pozornost i ústavní sociální péči pro dospělé lidi s duševní poruchou. Zvýšená podpora bude věnována nejen rozvoji terénních a ambulantních služeb pro lidi s duševní poruchou, ale i poskytování péče v přirozené komunitě uživatele a podpoře sociálního začlenění těchto zranitelných lidí do společnosti. Aby transformace sociálních služeb byla efektivní, je proto nutná úzká spolupráce všech relevantních aktérů celého procesu (MPSV, 2007), tj. i lékařů-psychiatrů a veřejných opatrovníků. Hlavním cílem reforem v ČR a v zahraničí je zvýšit kvalitu života lidí s duševním onemocněním (Qiunn, 2005; Teaster, et al., 2010; Sorel, 2013).

6. Závěr

Celosvětové trendy v oblasti duševního zdraví kladou důraz na poskytování péče lidem s duševní poruchou v co nejméně omezujícím a přirozeném prostředí. Autoři článku jsou toho názoru, že nová role zdravotně-sociální péče o dospělé nesvéprávné lidi by měla účinně odpovídat na specifické potřeby těchto lidí, především modifikací služeb a vzájemnou spoluprací poskytovatelů zdravotnických služeb s poskytovateli sociálních služeb.

Seznam citované literatury

AGENTURA INRES. *Výzkum lékařů 2012*. Reprezentativní sociologický výzkum názorů a postojů lékařů k otázkám zdravotnictví a k problematice zdraví. Část: Některé aspekty práva v práci lékařů ČR. Závěrečná zpráva z výzkumu. Praha, 2013. Údaje obsažené v této zprávě jsou majetkem LF UP v Olomouci.

BERNABEI, Roberto, aj. 1998. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in community. *BMJ*. 316, 1348-1351.

DLOUHÝ, Martin (ed.). *Mental Health Systems in Central and Eastern Europe*. Praha: Professional Publishing, 2012. ISBN 978-80-7431-110-9.

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

- HOLMEROVÁ, Iva, JURAŠKOVÁ, Božena, ZIKMUNDOVÁ, Květa, aj. *Výbrané kapitoly z gerontologie*. Praha: Gerontologické centrum, 2007. ISBN 978-80-254-0179-8.
- HÖSCHL, Cyril, WINKLER, Petr, PĚČ, Ondřej. The state of psychiatry in the Czech Republic. *International Review of Psychiatry*, 2012, 24(4): 278-285. ISSN 0954-0261.
- JURÍČKOVÁ, Lubica, IVANOVÁ, Kateřina, FILKA, Jaroslav. Opatrovnictví osob s duševní poruchou. Praha: Grada Publishing, 2014. ISBN 978-80-7318-895-5.
- JURÍČKOVÁ, Lubica, KLIMENT, Pavel, IVANOVÁ, Kateřina, FILKA, Jaroslav. Veřejní opatrovníci a jejich zkušenosti z praxe. In TRUHLÁŘOVÁ, Z., LEVICKÁ K. (eds.). *Od teorie k praxi, od praxe k teorii*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012, s. 160–168. ISBN 978-80-7435-138-9.
- JURÍČKOVÁ, Lubica, KLIMENT, Pavel, IVANOVÁ, Kateřina. Důvody zbavení způsobilosti k právním úkonům a volba opatrovníka v seniorském věku. In DORKOVÁ, Z., aj. (ed.). *Týmová péče o seniory*. Zlín: Univ. T. Bati, 2009, s. 18–24. ISBN 978-80-7318-895-5.
- KALVACH, Zdeněk, ČELEDOVÁ, Libuše, HOLMEROVÁ, Iva, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, WIJA, Petr, aj. *Křehký pacient a primární péče*. Praha: Grada Publishing, 2011. ISBN 978-80-247-4029-3.
- LIAMPUTTONG, P. *Qualitative Research Methods*. Australia; New Zeland: Oxford Univ. Press, 2013. ISBN 9780195518559.
- LINCOLN, Yvonna S., GUBA, Egon G. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park; London; New Delhi: SAGE publications, 1985.
- LUŽNÝ, Jan. *Gerontopsychiatrie*. Praha: Triton, 2012. ISBN 978-80-7387-573-2.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. 2007. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*. [online]. [cit. 2016-09-18]. http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ ČR. *Bílá kniha v sociálních službách*. Praha: MPSV, 2003.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ (MZ) ČR. *Zdraví 2020 – Národní strategie ochrany a podpory zdraví a prevence nemocí*. Praha: MZ ČR, 2014. ISBN 978-80-85047-47-9.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Akční plán č. 3 – Duševní zdraví*. Praha: MZ ČR, 2015.
- MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: 2013.
- MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1362-4.
- QUINN, Mary Joy. *Guardianships of Adults: Achieving Justice, Autonomy, and Safety*. New York: Springer Publishing Copany, 2005. ISBN 0-8261-2684-7.
- RABOCH, Jiří, WENIGOVÁ, Barbora (eds). Situace v České republice. In RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. (eds.). *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Odborná zpráva z projektu. Praha: Česká psychiatrická společnost, 2012.
- SOREL, Eliot. (ed). *21st Century Global Mental Health*. USA: Jones & Bartlett Learning, 2013. ISBN 978-1-4496-2787-4.

SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE (WHO). *Health 2020: A European policy framework and strategy for the 21st century*. ISBN 978 92 890 0279 0.

TEASTER, Pamela B., SCHMIDT, Jr. Winsor C., WOOD, Erica F., LAWRENCE, Susan A., MENDIONDO, Marta S. *Public Guardianship: In the Best Interests of Incapacitated People?* California: Praeger, 2010. ISBN 978-0-313-37827-0.

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením. Sdělení Ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. In *Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010*, částka 4, s. 66–128.

Zákon č. 372/2011 Sb., Zákon o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). In *Sbírka zákonů České republiky*, roč. 2011, částka 131, rozeslána dne 8. 12. 2011. ISSN 1211-1244.

Zákon č. 89/2012 Sb., Zákon občanský zákoník. In *Sbírka zákonů ČR*. Roč. 2012, částka 33, rozeslána dne 22. 3. 2012. ISSN 1211-1244.

Hodnocení vnímání vlastní kvality života a sociálních vztahů u stárnoucích osob se získanou poruchou řečové komunikace – afázií

Assessment in self-monitoring od quality of live and cocial relationships of elderly people with speech sommunications disorder – aphasia

Lenka Neubauerová^{203,204}, Markéta Rusnáková, Karel Neubauer

Abstrakt:

Obsahem sdělení je problematika adekvátního zhodnocení osob se získanými poruchami řečové komunikace na neurogenním podkladě, se zaměřením na možnost zapojení subjektivního vnímání těchto osob v oblasti kvality vlastního života a sociálních vztahů. Pro realizaci výzkumného šetření bylo využito tři akceptovaných neverbálních testových materiálů, z nichž dva jsou vytvořeny pro anglické jazykové prostředí. Primární srovnávací studie zahrnuje skupinu 15 osob s afázií po cévní mozkové příhodě.

Klíčová slova: kvalita života; sociální práce; poruchy komunikace; afázie; terapeutický program; Token test; BNVR test; VASES škála

Abtract:

The communication deals with the adequate assessment of persons with neurogenic-based acquired defects of speech communication with focus on potential participation of subjective perception of these persons in the field of quality of their own life and social relations. Three accepted non-verbal test materials, two of them for English speaking environment, were used for the research. The primary comparison study includes a group of 15 aphasia patients after brain stroke.

Keywords: quality of live; social work; communication disorders; aphasia; therapeutic program; Token test; BNVR test; VASES scale.

1. Poruchy komunikace a oblast pomoci stárnoucím osobám v oblasti sociálně – zdravotnických zařízení

Mezilidská komunikace je důležitá pro každého z nás. Umožňuje nám sblížovat se, sdílet své pocity, radosti i starosti, či vyjadřovat svá přání. Potřeba komunikace je zásadní v každém věku, nevymáje věk seniorský. Neschopnost adekvátně vyjádřit své pocity a svá přání může u řady seniorů vést k psychologickým obtížím a sociální izolaci. Takový člověk se může uzavřít do sebe a může přestat komunikovat se svým okolím, jelikož mu to v souvislosti poruchy řečové komunikaci činí obtíž. Takovým situacím je, dle mého názoru, třeba v zařízeních zdravotní i sociální péče předcházet. (Rusnáková, Šrobárová 2015) Komunikace je složitý víceúrovňový proces. Poruchy tohoto procesu mohou zasáhnout vzájemně sdělování z více rovin. V rovině psychologické, v rovině sociokulturní, v rovině specifických motorických a jazykových schopností, v každé z těchto oblastí dochází k možné expozici poruch komunikace.

Odborník v oblasti pomáhajících profesí, mezi které patří i sociální pracovník, je při výkonu své profese frekventovaně konfrontován s osobami, které mají z hlediska vzájemného porozumění významné až blokuji obtíže. Práce s osobami, které jsou z natolik odlišného sociokulturního prostředí, že vzájemná komunikace vyžaduje specifické znalosti, je v oblasti sociální práce natolik

203 Katedra sociální práce, Pedagogická fakulta, Katolická univerzita v Ružomberku, lenka.neubauerova@uhk.cz

204 Katedra speciální pedagogiky a logopedie, Pedagogická fakulta, Univerzita Hradec Králové;

známým a preferovaným fenoménem, že je zahrnuta již v studijním profilu tohoto oboru. Znalosti z oblasti kulturní a sociální antropologie a dalších relevantních oborů jsou významnou součástí odborného profilu sociálního pracovníka. Podobně lze hovořit o profilaci znalostí v oblasti psychopatologie i psychopatologie, zabezpečující porozumění poruchám komunikace, plynoucími z poruch psychiky, onemocnění či patologie, spadající do léčebné – terapeutického působení psychiatrie či forenzních oborů. Oblasti specifických poruch řečové komunikace (ŘK), které ztěžují či až znemožňují vzájemnou efektivní komunikaci, je věnována určitá pozornost v rámci výše zmíněných oborů. Především v rámci patopsychologie bývají zahrnuty základní charakteristiky i takových poruch, jako je dysartrie, afázie, poruchy paměti a komunikace u syndromu demence u dospělých a stárnoucích osob. Dominantní oblastí pro terapeutickou pomoc takto postiženým osobám je individuální a skupinová logopedická intervence, prováděná klinickým logopedem, v oblasti hlasových a sluchových poruch je i předmětem péče foniatrem či ORL lékařem. (Neubauerová, Javorská, Neubauer 2012)

Pro praktickou odbornou erudici pracovníků v řadě zařízení a služeb, spadajících do oblasti sociální práce, lze považovat schopnost porozumění přítomným poruchám komunikace za zásadní součást odborných kompetencí. V široké oblasti pracovního uplatnění sociálních pracovníků, týkající se oblasti zdravotnictví, zařízení pro osoby se sníženou soběstačností, domovů pro seniory apod., jsou přítomny frekventovaně osoby, trpící poruchami řečové komunikace, osoby s poruchami sluchu, s afázií, dysartrií, se syndromem demence. Příčiny těchto stavů, které jsou převážně neurogenního charakteru, tedy související s organickým postižením tkáně nervové soustavy, jsou značně různorodé. Podobně různorodé jsou i jejich dopady na oblast duševní činnosti a komunikačních schopností postižené osoby. Tak různorodé, že v praxi zařízení sociální péče pro především stárnoucí osoby se sníženou soběstačností, může (a bohužel často dochází) k malému porozumění komunikačním potřebám těchto osob a podceňování zachovaných duševních schopností osob se specifickými poruchami typu afázie či dysartrie. Ovlivnění tohoto jevu souvisí s uznáním významu znalostí v oblasti především neurogenně vzniklých poruch řečové komunikace, jejich příčin, projevů a dopadů na mezilidskou komunikaci. V oblasti praktických odborných kompetencí tyto poznatky souvisí se znalostí zásad a postupů, vedoucích k maximalizaci vzájemné komunikace s osobou s poruchou řečové komunikace. (Neubauer 2014)

2. Diferenciální syndromy získaných závažných poruch komunikace u stárnoucích osob

Z hlediska etiologicky zaměřeného přístupu je důležitá akceptace rozdělení poruch na bázi postižení motorických řečových modalit, individuálního jazykového systému a kognitivně-komunikačních funkcí. Toto rozdělení je zásadní i pro rozvoj adekvátních postupů intervence v oblasti poruch komunikace a stanovení dominantní oblasti péče. Pokud budeme hovořit o frekvenci vzniku a etiologii získaných neurogenních poruch řečové komunikace, jedná se o fenomén, který se dotýká významné části populace dospělých a stárnoucích osob. Příčina je ve skutečnosti, že frekventovaně vznikající neurogenně podmíněná postižení těchto osob vždy doprovází vysoká pravděpodobnost vzniku komunikačních poruch (Brookshire 2007, Neubauer, Dobias 2014).

Vznik těchto syndromů je u populace dospělých osob spojen především s cévními mozgovými příhodami (CMP), úrazy hlavy, onkologickým či infekčním onemocněním mozkové tkáně. (Neubauer, Neubauerová 2014) Také Parkinsonova nemoc, roztroušená skleróza a jiné degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (CNS), jsou často doprovázeny vznikem, rozvojem či přetrváváním poruchy ŘK. Takto vzniklé postižení komunikace postihuje především:

- Řečové motorické funkce – dysartrie.

Osoba s dysartrií má obtížně srozumitelnou až nesrozumitelnou mluvu, může být i kompletní ztráta schopnosti pohybu mluvidly při snaze o řečový projev. Přesto je postižený schopen se vyjádřit psaným projevem (pokud nemá ochrnuté ruce) a jeho porozumění řeči druhého člověka, rozumění přečtenému textu je plně zachováno.

- Schopnost využití individuálního jazykového systému – afázie.
Osoba s afázií má v různém stupni porušení schopnost rozumění obsahu mluvy, vyjádřit se jazykově správným expresivním projevem i schopnost čtení a psaní. Velmi závažné stavy se projevují až úplným výpadkem všech jazykových schopností, opakováním jediné slovní trosky a ztrátou rozumění mluvě okolí. Přesto je zachována duševní integrita postižené osoby, časté je plné uvědomění si svého stavu při zachovaném úsudku, snaze kompenzovat komunikační bariéru, velmi dobrém porozumění neverbální složce komunikace.
- Kognitivní poznávací a paměťové funkce – parciální amnestické syndromy, syndrom demence.
Komunikační obtíže těchto osob resultují v případech amnestických syndromů především z poruch verbální paměti, při různém stupni zachování duševní integrity osoby a snaze o kompenzaci vzniklých komunikačních obtíží.

Oproti tomu je syndrom demence souborem duševních poruch, které se projevují získaným závažným úbytkem kognitivních funkcí, především paměti a intelektu, ale také poruchami chování při porušené duševní integritě osoby, často se vyskytují psychické poruchy (např. paranoidně – persekční bludy).

3. Afázie

Afázie patří do souboru vyšších kortikálních poruch, k němuž řadíme také agnozie, apraxie, akalkulie, agrafie, alexie, poruchy pravo-levé orientace, poruchy orientace v prostoru atd. Afázie je charakterizována selektivní dysfunkcí jazykových modalit a funkcí, která vzniká při ložiskovém poškození mozku v jazykově-dominantní mozkové hemisféře a zasahuje komunikační a sociální fungování a kvalitu života dané osoby a jejich blízkých.

Organickou příčinou vzniku afázie jsou léze v oblasti mozkové kůry, nejčastěji následkem cévní mozkové příhody při uzávěru mozkových arterií (ischemie), méně často následkem protržení jejich stěny a výletem krve do mozkové tkáně (hemoragie). Příčinou bývají i jiné mechanismy vzniku ložiskových lézí mozku, jako jsou například mozkové nádory, léze mozku v důsledku kranio-cerebrálního traumatu apod. Afázie vzniká nejčastěji při poškození levé mozkové hemisféry, které bývá velmi často spojeno i s postižením hybnosti kontralaterální poloviny těla. (hemiparéza)

Vzhledem k šíři vlivu na centrální nervovou soustavu člověka je afázie vždy vícemodálním jevem, který ovlivňuje percepci mluvního projevu, verbální expresi, lexické a grafické dovednosti i verbálně mnesticke funkce. Dominující bývá zejména nemožnost se srozumitelně vyjádřit verbální řečí, obtíže s vyhledáváním adekvátních výrazů, narušení schopnosti chápat signální význam slov či závažné nedostatky při sestavování souvislých vět a užívání gramatických kategorií. (Neubauer, Dobias, 2014). Základní dělení typů afázií v různých afaziologických diagnostických systémech nejčastěji respektuje dělení na dominantně expresivní a neplynulou nebo senzorickeu a plynulou fatickou poruchu. Mimo tyto dva dominantní typy afázie je rozlišováno dalších 5–6 typů fatických poruch, které vyžadují zacílený afaziologický rehabilitační program.

Motorická afázie zahrnuje dominantní poruchu v plynulosti a expresivní složce řeči. Je přítomno narušení řečové produkce s relativně dobře zachovaným rozuměním. Postižený mluví málo, se značným úsilím, ale s jasným komunikačním záměrem a sdělením informace.

Senzorická afázie postihuje dominantně rozumění, pojmenování a opakování. Časté je snížené

uvědomování si vlastní poruchy řeči, dobrá plynulost řečového projevu. Často postižení produkují množství nejasných a navenek nepřiléhavých výrazů s výrazně akcelerovaným projevem.

Globální afázie je velmi těžkou poruchou s postižením všech fatických funkcí. Špatná je plynulost projevu i možnosti sdělit jakoukoli obsahovou informaci, společně s těžkou poruchou rozumění verbálnímu projevu. Produkce je zcela znemožněna či omezena pouze na opakování jedné slovní trosky, stereotypních spojení, často expresivních vulgarit.

Zhodnocení poruchy jazykových schopností osoby s afázií vychází především ze zpracování dosažených výsledků ve čtyřech základních komponentech – spontánním řečovém projevu, fluence řečového projevu, opakování hlásek, slabik, slov a vět, v pojmenování předmětů i obrazových souborů a v rozumění obsahu řeči od jednotlivých pojmů po jazykové větné struktury. V různých modifikacích je využíváno ve vyhodnocovacím systému neurologických, neuropsychologických a logopedických diagnostických metod a vychází především z expozice specializovaných diagnostických materiálů, zaměřených na výkon ve výše uvedených modalitách (Neubauer, 2014).

4. Výzkumné šetření a užití škály VASES

Realizované šetření bylo vedeno snahou získat soubor zaměřených poznatků, postihujících problematiku zhodnocení dopadu afázie u souboru osob s touto neurogenní poruchou řečové komunikace na oblast sebevědomí a subjektivního hodnocení kvality života a sociálních vztahů takto postižených osob.

Výzkum kvalitativního charakteru zahrnuje soubor 13 osob s afázií, které byly zařazeny v programu specializovaného rehabilitačního zdravotnického zařízení ve Východních Čechách. V jeho průběhu bylo využito třech hodnotících diagnostických materiálů. Prvním z nich je TOKEN test, jež si klade za cíl zhodnotit aktuální stav řečových kompetencí pacientů, dále BNVR test, jež zkoumá schopnost pacientů řešit neverbálně krátké modelové situace z každodenního života a posledním je VASES test, či Vizualně-analogická škála sebehodnocení, kde každý z pacientů subjektivně hodnotí své komunikační schopnosti a sociální vztahy, což významně napovídá o jejich aktuálně prožívanému stavu a kvalitě života.

Všechny výše uvedené diagnostické materiály lze hodnotit jako krátké screeningové zhodnocení, v případě TOKEN testu a BNVR testu, nepřesahující 10–15 minutový úsek, zacílený na oblast rozumění řeči (TOKEN test) a rozhodování při řešení běžných životních situací (BNVR test).

Token Test (TT rev.) zobrazuje rozumění slovním a větným pokynům a úroveň krátkodobé verbální paměti, je založen na poznávání a manipulaci s barevnými kruhy a čtverci. Ve zkrácené revidované verzi s možností jemnějšího hodnocení stupně mírné, středně závažné a těžké poruchy je rychlým (10–15 min.) a velmi oblíbeným diagnostickým nástrojem, do češtiny bylo opakovaně přeloženo zadání i instrukce k testu. (Preiss 1996, Neubauer 2015).

The Butt Non-Verbal Reasoning Test (BNVR, Butt, Bucks 2004), je vysoce inspirativním zástupcem pragmaticky orientované diagnostiky. Forma testu, s užitím dvou sad fotografií umožňuje rychlé (15 min.) a efektivní provedení testu s minimálním verbálním vstupem a vysokou validitou pro multikulturní a vícejazyčné provedení. Jeho užití v českém prostředí jsou věnovány opakované studie (Neubauer 2015) dokládající jeho validní přínos pro zjištění míry orientace osob s těžkými komunikačními, ale i kognitivními deficity v neverbálně vyjádřených, celoživotně se opakujících běžných denních situacích.

VASES – Visual Analogue Self-Esteem Scale pro posuzování sebepojetí, patažmo přítomných

prvků vnímání kvality vlastního života, je klinickou škálou, pocházející z anglosaského prostředí (Brumfitt, Sheeran, 2010), která zahrnuje plně inovativní myšlenku, vyjádření sebepojetí u osob, které nejsou schopné se adekvátně vyjádřit verbální řečí. VASES test nabízí jedinečnou příležitost k neverbálnímu způsobu vyjádření svých pocitů. Hodnotící škála se skládá z deseti dvojic obrázků, jeden z nich je laděn pozitivně, druhý negativně, úkolem hodnotící osoby je ukázat, se kterým z obrázků se ztotožňuje, popř. který je jí sympatičtější. Významnou roli hraje i stupnice pod obrázky, kde má daná osoba za úkol ukázat, do jaké míry se tak cítí. VASES je plně kvalitativním hodnotícím materiálem a není určen k vytvoření diagnostické klasifikace. Z toho důvodu nejsou pro VASES vytvořeny žádné normy. Umožňuje analýzu položek s nízkým sebehodnocením a určení oblastí s negativním sebepojetím. Opačně také umožňuje odhalení sebepojetí, poukazují na nedostatek vzhledu do vlastní komunikační a životní situace. (Brumfitt, Sheeran, 2010).

Z hlediska zhodnocení přítomnosti afázie u souboru hodnocených osob, tíže a typu afázie, poskytují TOKEN test výsledky, které charakterizují jazykový deficit všech osob jako závažný až velmi závažný, významně ovlivňující až znemožňující řečovou komunikaci s komunikačním partnerem. BNVR test, dokončený všemi respondenty, svými výsledky dokládá zachovaný kognitivní vzhled do řešení praktických životních situací. Zároveň i poukazuje na patrnou zhoršenou kognitivní výkonnost, koexistující s afázií u dvou osob s nejnižší úspěšností v tomto diagnostickém souboru. Dokládají tedy adekvátnost výzkumného souboru pro využití škály VASES.

Iniciály	Diagnóza	Token test	BNVR	VASES
D.K.	Motorická afázie	29,5 b.	10/10	44/50
M.V.	Motorická afázie	20,5 b.	10/10	41/50
P.V.	Senzorická afázie	nelze hodnotit	8/10	43/50
P.C.	Motorická afázie	12 b. – nedokončen	10/10	40/50
M.M.	Globální afázie	nelze hodnotit	5/10	29/50
R.M.	Senzorická afázie	5 b. – nedokončen	9/10	40/50
F.T.	Senzorická afázie	nelze hodnotit	9/10	50/50
H.C.	Motorická afázie	29,5 b.	10/10	45/50
V.V.	Senzorická afázie	nelze hodnotit	8/10	48/50
L.T.	Senzorická afázie	nelze hodnotit	7/10	47/50
M.Š.	Motorická afázie	25 b.	10/10	45/50
R.Ž.	Globální afázie	nelze hodnotit	9/10	32/50
N.A.	Motorická afázie	odmítnut	9/10	39/50

5. Analýza užití škály VASES

Výsledky lze vzhledem k rozsahu výzkumného souboru osob s afázií a charakteru škály VASES považovat spíše za vstup do problematiky interpretace užití hodnotícího souboru vzhledem k závažnosti a typu projevů afázie.

6 osob s motorickou afázií, závažně porušenou plynulostí mluvy a pojmenování, méně závažnou ztrátou výkonnosti v porozumění jazykovému kódu. Tyto osoby preferují jako negativně vnímanou modalitu – nejistotu v komunikaci, pocity zmatku v hlavě a to, že nevycházení v kontaktu s ostatními lidmi. Jejich sebepojetí a sebehodnocení vychází se situace realistického vnímání vlastní komunikační a životní situace a vykazuje možnou vysokou hladinu duševního strádání.

5 osob s percepční afázií, plynulým spontánním mluvním projevem a závažnými poruchami rozumění jazykovému kódu. Vykazují značně rozptýlené a paradoxní vnímání vlastní komunikační a sociální situace. 2 osoby udávají pocity frustrace, rozčilení a nevycházení v komunikaci s ostatními lidmi. 3 osoby označily nejvyšší položky, vysokou úroveň psychické pohody či stability. Sebehodnocení je zde suspektně ovlivněno nerealistickým a sníženého vnímáním vlastní komunikační a životní situace a poruch řečové komunikace a paradoxně může být provázáno vysokou hladinou napětí, rozčilení až agrese k okolí.

2 osoby s globální afázií, nejtěžším stupněm poruchy, vykazující ztrátu expresivní mluvy a závažné poruchy rozumění jazykovému kódu, vykazují shodnou tendenci k označení negativních modalit. Obě osoby se cítí být nepochopeny, nevycházení s ostatními a cítí se být v sobě uzamčeny. Sebehodnocení zde realisticky vychází se situace ztráty verbálního kontaktu s okolím bývá provázáno vysokou hladinou duševního strádání, depresivity až rezignace.

6. Kazuistický příklad k užití rTT, BNVR a VASES u osoby s globální afázií

Pan R.Ž., narozen 1949, stavební inženýr, vdovec.

Globální afázie, ztráta verbální komunikace, neverbálně – intonací, gesty – s vysokou mírou snahy o vyjádření.

TOKEN test – nelze provést zadání těžké poruchy již od počátku provedení, barvy a tvary jednotlivě poznává dobře, pán test nezvládá psychicky a pláče.

BNVR test: 9/10, bez potíží, zvládá s výborným porozuměním zadání.

VASES test: 32/50, rozmýšlí odpovědi, plně soustředěný, dává často realisticky nízké hodnocení na 2 bodech,, ale 5 bodů u rozumění úkolům, není rozčilený, prostřednictvím testu popisuje sám sebe jako optimistu a necítí se frustrovaný.

Dosažené závěry:

TOKEN test – provedení komplexního afaziologického vyšetření redukovat, nevystavovat pana RŽ vysoké míře konfrontace se ztrátou např. čtení a psaní

BNVR test – vysoká úroveň porozumění obsahu neverbálního zadání – respektovat při fyzioterapeutickém, ergoterapeutickém a logopedickém programu – pro motivaci / Sociální podpora – vysoký stupeň kooperace.

VASES test – citlivý a přemýšlivý člověk, zachovány intelektuální zájmy a vyrovnaný přístup k nim. Zjištěna záliba v sudoku a hraje dobře šachy...

7. Závěr

Hodnocení kvality života stárnoucí populace zajisté souvisí s vývojem společnosti a celkově s jejím přístupem k osobám, které vyžadují jakékoliv terapeutické působení. Hlavní součástí stárnutí nejsou pouze nemoci, ale objevují se i problémy somatického, psychického a sociálního charakteru. Nemoc tedy primárně nesnižuje pouze fyzické schopnosti člověka, má rovněž vliv velmi významný i na psychiku, tím pádem na kvalitu života jedince. Slovo kvalita je odvozeno z latinského *qualis*, přičemž *qui* znamená *kdo*. V češtině toto slovo navádí k synonymům kýženého, žádaného stavu. Tomuto stavu se bezesporu chce přiblížit každý z nás (Faleide a kol., 2010).

U osob s neurogenními poruchami je hodnocení kvality života výrazně zkomplikováno. Nemožnost srozumitelně se vyjádřit mluvenou řečí, jako tomu bývá u těžších fatických poruch, zcela znesnadňuje jakékoliv hodnocení kvality života takových pacientů. Nemožnost vyjádřit se verbální řečí má dopad i na okolí pacienta, jako první je s pacientem konfrontován zdravotnický personál, dále se přidává rodina. Právě pro rodinné příslušníky je mnohdy střet se symptomy fatické poruchy často prvotní zkušeností, se kterou se dlouhodobě vyrovnávají.

Co se týče partnerských vztahů, u těch velice často dochází ke ztrátě funkční mezilidské komunikace v důsledku fatické poruchy. Ubývá společných zájmů a volnočasových aktivit. Situace v rodinných vztazích o to víc komplikuje fakt, že rodina obvykle vyčerpala svůj potenciál a zdroje. Osamělost a uzavření jsou vyvolány i u osob, které neměly možnost navrátit se do domácího prostředí a byly přesunuty do pobytových zařízení typu LDN, domovů pro seniory či do domů s pečovatelskou službou. V pečovatelském domě je poskytováno mnohé, nicméně nelze zajistit adekvátní péči pro všechny, tím pádem dochází ke smutné realitě toho, v jak bídném stavu někteří staří lidé žijí. „*Celý den, 24 hodin denně, jsou sami, opuštěni. Tak tomu je den co den, rok co rok. Jsou ponecháni svým úzkostem, svému zoufalství a své beznaději a skleslosti. Není divu, že se za těchto podmínek objevuje řada dalších somatických a psychosomatických onemocnění*“ (Faleide a kol., 2010, s. 199). Do nebezpečí vzniku této situace se dostávají velmi často právě osoby se specifickými poruchami ŘK na základě organické neurogenní léze centrální nervové soustavy, které jejich okolí může považovat za neschopné nejen aktivní komunikace, ale i dalších duševních schopností, neadekvátně je podceňovat a zacházet s nimi jako s duševně nesvéprávnými. Rozvoj odborných poznatků i praktických kompetencí v komunikaci s těmi osobami je velmi žádoucím požadavkem pro oblast pomáhajících profesí, tedy i v oboru sociální práce.

Oblasti poruch komunikace, především specifických neurogenních poruch řečové komunikace, ale i získaných poruch sluchového vnímání a kognitivních schopností, nebývá do současnosti v našich podmínkách věnován dostatečný rozsah pozornosti. Přesto jde o frekventovanou oblast, prakticky zasahující všechny pomáhající profese, včetně pro odborníků v oblasti sociální práce. V práci se stárnoucími osobami se sníženou soběstačností, umístěnými v zařízeních sociální péče či využívajících terénní formy sociální pomoci je znalost problematiky zásadních diferenciálních syndromů poruch řečové komunikace u těchto osob a využití zásad a postupů, vedoucích k maximalizaci vzájemné komunikace s osobou s poruchou řečové komunikace, bezesporu významnou, přesto dosud podceňovanou součástí profesních kompetencí.

8. Seznam citované literatury

- BROOKSHIRE, Robert. *Introduction to MeurogenicCommunication Disorders*. St. Louis: Mosby Elsevier, 2007. ISBN978-0-323-04531-5
- BRUMFITT, Shelagh, SHEERAN, Paschal *VASES: Visual Analogue Self-Esteem Scale*. Alston Drive: Speechmark Publishing, 2010. ISBN 978-0-86388-789-5.
- BUTT, Pamela, BUCKS, Romola. *BNVR: The Butt Non-Verbal Reasoning Test*. Alston Drive: Speechmark Publishing, 2004. ISBN 978-08-6388-472-6
- FALEIDE, Asbjorn, a kol. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada Publishing, 2010. 240 s. ISBN 82-450-0127-9.
- NEUBAUER, Karel. *Logopedie a surdologopedie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-500-4
- NEUBAUER, Karel. *Speech-Language Therapy and Neurogenic Disorders of Communication*. Hradec Králové: Pavel Mervart, 2016. ISBN 978-80-7465194-6
- NEUBAUER, Karel, DOBIAS, Silvia. *Neurogenně podmíněné poruchy řečové komunikace a dysfagie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2014. ISBN 978-80-7435-518-9.
- NEUBAUER, Karel. Logopedická diagnostika kognitivních schopností spojených s komunikací. In NEUBAUER, K., SKÁKALOVÁ, T., a kol. *Poruchy komunikace u dospělých a stárnoucích osob*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2015. s. 89–117 ISSN 978-80-7435-640-7
- NEUBAUER, Karel, NEUBAUEROVÁ, Lenka. Memory and Communication Disorders after a Central Nervous System Injury from the Perspective of a Long-Term Rehabilitation Process. In NEUBAUEROVÁ, L., KOCHAN, K., SKOREK, E. *Special Educational Needs in the Perspective of Speech Therapy*. Zielona Góra: Oficyna Wydawnicza Uniwersytetu Zielonogórskiego, 2014. ISBN 978-83-7942-141-2
- NEUBAUEROVÁ, Lenka, JAVORSKÁ, Miroslava, NEUBAUER, Karel. *Ucelená rehabilitace osob s postižením centrální nervové soustavy*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2012. ISBN 978-807435-174-7
- PREISS, Marek. Token test – aplikace zkrácené verze. In: *Klinická logopedie v praxi*. Praha: AKL ČR, 1996, čís. 1, roč. III. 20-24 s. ISSN 1212-1053
- RUSNÁKOVÁ, Markéta, ŠROBÁROVÁ Soňa. *Sociálna patológia v zamerení na sociálnopatologické javy* Ružomberok: Verbum, 2015. ISBN 978-80-561-0291-6

Podporované zaměstnávání – Model IPS

Individual placement support – Model IPS

Jan Stuchlík²⁰⁵, Kristýna Hernová²⁰⁶, Kateřina Szabová²⁰⁷, Iveta Nováková Chmelařová²⁰⁸

Abstrakt

Podporované zaměstnávání je služba určena lidem, kteří duševně onemocněli a kteří chtějí získat a udržet si placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Základem přístupu je přesvědčení, že každý je schopen pracovat, pokud se podaří najít mu správný druh práce a pracovních podmínek a je mu poskytnuta správná podpora. Cílem není změnit klienta, ale najít místo, které odpovídá jeho individuálním dovednostem a zkušenostem. Tuto službu individuálně zajišťují pracovní konzultanti, kteří jsou odborně zaškolení. Podpora je poskytována před nástupem do zaměstnání, zároveň trvá i v době pracovního poměru.

Klíčová slova: Duševní onemocnění. Zaměstnání. Podpora. Rehabilitace. Model IPS.

Abstract

The supported employment is a service for people who became mentally ill and want to retain their paid employment in a normal working environment. The ground idea is that everybody can work if correct type of work and working conditions are found, and correct support is provided. Change to the client is not the aim; the aim is finding a job that corresponds to his/her individual skills and experience. Work consultants with expert training individually provide this service. The support is provided prior to the employment, and continues during the employment as well.

Keywords: Mental disorders. Employment. Support. Rehabilitation. IPS model.

1. Úvod

Naším klientem je člověk dlouhodobě duševně nemocný, který projeví zájem pracovat. Naši cílovou skupinou jsou klienti s diagnostickými okruhy F2, F3, eventuálně F42 a F6.

Důležité je vyjádření klienta přání pracovat. Výzkumy prokazují, že přání pracovatje naprosto nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím perspektivu klienta získat práci. Lidé jsou připraveni pracovat tehdy, když řeknou, že jsou. Tehdy je ta správná chvíle to zkusit. Pokud místo toho prochází dlouhým vyhodnocováním připravenosti na práci a nekonečnou přípravou jako je trénink psaní životopisu a nácvik přijímacích pohovorů, ztratí odvalu to zkusit. Pracujeme na principu „nastup do práce a tam trénuj“, oproti jiným modelům postaveným na logice „natrénuj a pak to zkus v práci“. Práce se hledá rychle – ideálně do jednoho měsíce. Stanovují se reálné, postupné cíle a termíny, které se dodržují. I přesto si svou cestu a tempo určuje klient sám a pracovní konzultant pružně reaguje na nové podněty.

Hlavním cílem je placená práce v běžných podmínkách. Neposkytujeme a nepodporujeme klienta v nelegální práci a práci na černo. Při tomto zjištění informujeme klienta o možných důsledcích.

Je možné podpořit klienta i ve studiu, pokud má zájem, ale není to náš hlavní cíl.

Pracovní konzultanti podporují klienta pouze v pracovních záležitostech. Nezastávají roli case managera.

205 MUDr. Jan Stuchlík; Mladá Boleslav; e-mailová adresa: stuchlik@fokus-mb.cz; Tel.: 608 130 099

206 Kristýna Hernová, DiS.; Cheb; e-mailová adresa: hernova@fokus-mb.cz; Tel.: 778 779 910

207 Kateřina Szabová; Karlovy Vary; e-mailová adresa: szabova@fokus-mb.cz; Tel.: 778 528 290

208 Iveta Nováková Chmelařová; Sokolov; e-mailová adresa: chmelarova@fokus-mb.cz; Tel.: 778 779 913

2. Proč se zabývat zaměstnáváním duševně nemocných?

Chráněná práce nevede k zaměstnání na volném trhu (Martin, 1996; Reker & Eikermann, 1997; Whittington, 1997; Bond et al, 2001a). Předpokládalo se, že lidé získají v chráněných místech dovednosti, které pak uplatní na volném trhu práce, ale přes všechny dobré úmysly se zdá, že toto uspořádání pouze duševně nemocné ubezpečuje v tom, že jsou schopni pracovat pouze v chráněném prostředí.

Dle WHO prostřednictvím práce získáváme kromě příjmu další skryté zisky (společenský status, sociální kontakty, účelné naplnění a strukturaci času, činnost, pocit osobní užitečnosti).

Tři čtvrtiny lidí ve věku do 35 let s duševními problémy, kteří spáchají sebevraždu, jsou nezaměstnaní nebo v dlouhodobé pracovní neschopnosti (Appleby et al, 2006).

Výzkumy prokazují, že duševně nemocní, kteří získají placené zaměstnání, mají nejen vyšší příjmy, ale zlepšuje se jejich sebevědomí, zvyšuje se kvalita života a ubývá příznaků duševní nemoci (Arns & Linney, 1993, 1995; Bond, 2001a; Fabian & Wiedefeld, 1989; Fabian, 1992; Mueser et al, 1997; Van Dongen, 1996, 1998), což se neprokázalo u lidí zaměstnaných v chráněných podmínkách.

Výzkum ukázal, že v roce 2005 bylo 90 % duševně nemocných v Anglii nezaměstnaných. Procento se nezměnilo od roku 1998 (Labour Force Survey, 2005). Zároveň je prokázáno, že 70 až 90 % těchto lidí si přeje návrat do práce (Rinaldi & Hill, 2000; Secker et al, 2001). Navíc většina duševně nemocných vnímá návrat do práce jako měřítko zotavení (Shepherd, 1989).

3. Úspěšnost umístění do práce

V IPS modelu si získá a udrží běžné zaměstnání (za alespoň minimální mzdu) 30-40 % klientů, v jiných modelech 10-12 % klientů (Crowther et al, 2001). Klienti IPS pracují více hodin a vydělávají více.

4. Doba udržení zaměstnání

Průměrná doba zaměstnání v IPS modelech se pohybuje od 2,5 do 8 měsíců (Drake et al, 1996a,b, 1999; Crowther et al, 2001; Mueser et al, 2004). Doba udržení práce se prodlužuje, pokud se počáteční preference klienta shodují se získaným místem a pokud klient vyjadřuje svou spokojenost s místem v hodnocení těsně po nástupu (Xie et al, 1997; Mueser et al, 2001).

5. Výše úvazku

Většina klientů IPS pracuje na částečný úvazek – 17,9 až 69 hodin měsíčně (Crowther et al, 2001). Longitudinální studie ve Spojených státech ukázala, že klienti dávají přednost práci na částečný úvazek, protože je to méně zatěžující a obvykle jim to umožňuje udržet si sociální dávky (Becker et al, 2007).

6. Srovnání modelů zaměstnávání

Cochrane review (Crowther et al, 2001) srovnává 18 studií s hlavním zjištěním, že IPS je signifikantně efektivnější než předpracovní trénink (chráněná práce) nebo jiné modely zaměstnávání. Zásadním zjištěním je, že z hlediska návratu do práce nejsou důkazy, že by předpracovní trénink (chráněná práce) byl efektivnější než standardní psychiatrická péče.

7. IPS Model

Robert Drake říká (přednáška *The Future of Supported Employment*, 17 March 2008, London): Jsem naprosto přesvědčený, že žádný z postupů, jakými jsou farmakoterapie, psychoterapie, rehabilitační programy, case management a všechny další, které používáme, nepomáhá lidem v zotavení z vážné duševní poruchy tak jako podporované zaměstnávání (IPS). To neznamená, že bychom měli úspěch úplně u každého. Chtěl bych, abyste si tohle jasně uvědomovali. Ale jisté je, že u podstatné části klientů, s nimiž jsme pracovali, jsme byli velmi úspěšní ve smyslu pomoci jim dostat se z role psychiatrického pacienta a obnovit smysluplný život.

8. Co je IPS?

Individual Placement Support je varianta podporovaného zaměstnávání vytvořená Drakem a Beckerem v USA. Základem přístupu je přesvědčení, že každý je schopen pracovat, pokud se podaří najít mu správný druh práce a pracovních podmínek a je mu poskytnuta správná podpora. Cílem není změnit klienta, ale najít místo, které odpovídá jeho individuálním dovednostem a zkušenostem. Pracuje se s každým duševně nemocným, který vyjadřuje přání sehnat práci. Neprovádí se žádné zdlouhavé šetření připravenosti k práci. Zájemci nejsou předem vylučováni, protože nejsou „připraveni“, kvůli neuzívání návykových látek nebo psychiatrickým příznakům v anamnése. Jsou respektovány individuální rozdíly týkající se požadavků klientů na práci, na druh a míru podpory a je respektováno rozhodnutí klienta, zda chce či nechce informovat zaměstnavatele nebo spolupracovníky o svém duševním onemocnění. V mnoha literárních zdrojích bývá zmiňováno (s drobnými obměnami) 7 klíčových principů IPS.

9. Klíčové principy IPS modelu

- Hlavním cílem je placená práce v běžných podmínkách.
- Každý klient, který o to stojí, je vhodným příjemce IPS.
- Hledá se práce, která odpovídá požadavkům klienta.
- Práce se hledá rychle – ideálně do jednoho měsíce.
- Pracovní konzultant je členem klinického týmu.
- Podpora (klienta i zaměstnavatele) je individualizovaná a časově neomezená.
- Dávkové poradenství usnadňuje klientovi přechod od sociálních dávek k výdělku z práce.

Placená práce na částečný nebo plný úvazek je realistický cíl u každého klienta, který o ni stojí. Zajištění studia nebo předpracovního tréninku může být účelným startovacím schůdkem například u mladých klientů, ale hlavním cílem služby musí vždy zůstat placená práce.

Každý klient, který o to stojí, je vhodným příjemce IPS. Pokud klient vyjadřuje přání pracovat, neexistují žádná vylučující kritéria. Služba nerespektuje takové věci, jako jsou „připravenost“ k práci, příznaky duševní nemoci, užívání návykových látek, sociální dovednosti nebo agresivní chování v minulosti. Výzkumy prokazují, že přání pracovat je naprosto nejdůležitějším faktorem ovlivňujícím perspektivu klienta získat práci (Grove & Membrey, 2005). Pokud klient věří, že placenou práci zvládne a má zajištěnou podporu, o které si myslí, že ji potřebuje, jeho vyhlídky jsou dobré. Pokud místo toho prochází dlouhým vyhodnocováním připravenosti na práci a nekonečnou přípravou, jako je trénink psaní životopisu a nácvik přijímacích pohovorů, ztratí odvalu to zkusit. Lidé jsou připraveni pracovat tehdy, když řeknou, že jsou. Tehdy je ta správná chvíle to zkusit.

Hledá se práce, která odpovídá požadavkům klienta. Brát v úvahu přání klienta týkající se práce a jeho předchozí pracovní zkušenosti zvyšuje pravděpodobnost, že se mu bude získaná práce líbit a že si ji udrží. Otázky „Chcete pracovat?“ a „Co chcete dělat?“ jsou klíčové a mnohdy vlastně jediné důležité.

Práce se hledá rychle – ideálně do jednoho měsíce. Hledání práce by mělo začít velmi rychle – obvykle do jednoho měsíce od prvního kontaktu. Pozitivní přístup („zvládnou to“ přístup) je od počátku kultivován jak konzultantem, tak klientem. Posilovat naději je jednou z rolí konzultanta (Glover, 2002). Je třeba stanovit jasné cíle a termíny a dodržovat je. Případná příprava na práci je realizována souběžně s hledáním místa.

10. Pracovní konzultant

Pracovní konzultant je členem klinického týmu. Jedním z klíčových aspektů IPS modelu je zapojení pracovního konzultanta do multidisciplinárního klinického týmu. Pracovní konzultant by měl s týmem spolupracovat a ideálně být jeho stálým členem (bez ohledu na to, že může být placen z jiných zdrojů). Měl by se účastnit týmových hodnotících schůzek, aktivně žádat o doporučení klientů k zařazení do IPS a podílet se na rozhodování týmu. To může být složité pro služby, kde je zvykem pracovat konsekvantně (napřed řešit jeden problém klienta, pak druhý), spíše než usilovat o současné řešení více otázek. Pracovní konzultant by měl být plnoprávným členem týmu, ne někdo zvenku či na okraji. Všichni klienti v týmu jsou automaticky i jeho potenciální klienti.

Podpora (klienta i zaměstnavatele) je individualizovaná a časově neomezená. Umístění klienta do placené práce je více začátkem procesu než jeho koncem. Postup je „nastup do práce a tam trénuj“, oproti jiným modelům postaveným na logice „natreňuj a pak to zkus v práci“. Z toho důvodu je klíčovou otázkou podpora klienta v práci, která je poskytována tak dlouho, jak je třeba. Klient dostává takovou podporu, kterou potřebuje vzhledem ke svým potřebám a dovednostem a nárokům pracovního místa. Podporu neposkytuje pouze pracovní konzultant, ale mohou se na ni podílet i case manageri a další kliničtí pracovníci. Pomoci mohou také rodinní příslušníci a přátelé klienta, pokud si to klient i oni přejí. Pracovní konzultant může také poskytovat pomoc a podporu zaměstnavateli klienta. Pracovní konzultant by neměl klienta nutit, aby zaměstnavatele informoval o svém duševním onemocnění. Jeho role je informovat klienta o výhodách a rizicích spojených s informováním/neinformováním zaměstnavatele a podpořit klienta ve strategii, kterou si zvolí.

Dávkové poradenství usnadňuje klientovi přechod od sociálních dávek k výdělků z práce. Podstatné je, aby pracovní konzultant pomohl klientovi získat informace o finančních důsledcích nastupu do práce. Měl by klientovi pomoci řídit proces přechodu od sociálních dávek k příjmu ze zaměstnání a využívat dostupných dávek či finančních zvýhodnění. K tomu je potřeba dobrá znalost dávkové problematiky a také úzká spolupráce s institucemi, které dávky přiznávají či administrují.

Pracovní konzultant by měl být členem multidisciplinárního komunitního týmu, což v praxi znamená, že klient má současně přístup k psychiatrovi, psychologovi, sestřám, sociálním pracovníkům a dalším poskytovatelům péče. Pracovní konzultant pracuje přímo s klientem a zajišťuje, že pracovní cíle klienta mají ve sdíleném plánu vysokou prioritu. Klíčovou aktivitou je sdílení pracovních cílů s ostatními členy týmu. Pracovní konzultant pracuje přibližně s 25 klienty – motivuje je k práci, hodnotí jejich potřeby, pomáhá jim získat a udržet pracovní místo nebo absolvovat vzdělávací kurz a identifikuje jejich potřeby podpory v práci včetně úpravy pracovních podmínek. Pracovní konzultanti tráví asi 70 % času v terénu.

Pracovní konzultant v IPS modelu není koordinátorem péče, čímž se odlišuje od pracovního specialisty v PACT týmu (který je současně case managerem pro své klienty).

Pracovní konzultanti nemívají klinické vzdělání. Většinou jsou to lidé s dovednostmi a zkušenostmi z pracovní rehabilitace, personalistiky, marketingu či pracovní psychologie. Mohou také mít vlastní zkušenost s duševním onemocněním.

11. Klíčové kompetence pracovního konzultanta

- Znalosti a zkušenosti s vývojem pracovních míst, pracovním marketingem a bezpečností práce.
- Schopnost vyjednávat se zaměstnavateli.
- Znalost problematiky duševních nemocí.
- Schopnost rozpoznat osobní zájmy, silné stránky, dovednosti, schopnosti a zvládací strategie klienta.
- Schopnost rozpoznat potřebu dlouhodobé podpory klienta a případně tuto podporu nebo úpravu pracovních podmínek zajistit – Znalost problematiky sociálních dávek.
- Schopnost podpořit klienta ve vyjednávání s ostatními členy týmu, zaměstnavateli a rodinnými příslušníky.

Vytvářet pracovní konzultanty z lidí s klinickým vzděláním se nedoporučuje. Pracovní konzultant by měl věřit, že klient zvládne pracovat, pokud se povede najít správná práce a správná podpora. Neměl by rozhodovat o tom, zda by klient měl či neměl pracovat, zda pracovat může či nemůže.

12. Přehled zaměstnávání klientů

2012

Klasický model podporovaného zaměstnávání

Mladá Boleslav

4 úvazky pracovních konzultantů

134 klientů podporovaného zaměstnávání (z celkového počtu 185 v sociální rehabilitaci)

5 klientů získalo práci na volném trhu

2013

IPS model

Mladá Boleslav

2 úvazky pracovních konzultantů

88 klientů podporovaného zaměstnávání (z celkového počtu 192 v sociální rehabilitaci)

40 klientů získalo práci na volném trhu

2014

IPS model

Mladá Boleslav

2 úvazky pracovních konzultantů

85 klientů podporovaného zaměstnávání (z celkového počtu 228 v sociální rehabilitaci)

32 klientů získalo práci na volném trhu

2015

IPS model

Mladá Boleslav

2 úvazky pracovních konzultantů

102 klientů podporovaného zaměstnávání (z celkového počtu 242 v sociální rehabilitaci)

42 klientů získalo práci na volném trhu

Cheb (září – prosinec)

1 úvazek pracovních konzultantů

21 klientů podporovaného zaměstnávání (z celkového počtu 99 v sociální rehabilitaci)

8 klientů získalo práci na volném trhu

2016 (leden – červenec)

IPS Model

Mladá Boleslav

1,5 úvazku pracovních konzultantů

79 klientů podporovaného zaměstnávání (z celkového počtu 224 v sociální rehabilitaci)

32 klientů získalo práci na volném trhu

Karlovarsko

3 úvazky pracovních konzultantů

118 klientů podporovaného zaměstnávání (z celkového počtu 327 v sociální rehabilitaci)

47 klientů získalo práci na volném trhu

Seznam citované literatury

APPLEBY, L., SHAW, J., KAPUR, N., et al (2006) Avoidable Deaths: Five Year Report by the National Confidential Inquiry into Suicide and Homicide By People with Mental Illness. University of Manchester. <http://www.medicine.manchester.ac.uk/suicideprevention/nci/>

ARNS, P. G. & LINNEY, J. (1993) Work, self, and life satisfaction for persons with severe and persistent mental disorders. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 63.

ARNS, P. G. & LINNEY, J. A. (1995) Relating functional skills of severely mentally ill clients to subjective and societal benefits. *Psychiatric Services*, 46, 260.

BECKER, D. R., WHITLEY, R., BAILEY, E. L., et al (2007) Long term employment trajectories amongst participants with severe mental illness in supported employment. *Psychiatric Services*, 58, 922–928.

BOND, G. R. (2007) Modest implementation efforts, modest fidelity, and modest outcomes. *Psychiatric Services*, 58, 334.

BOND, G. R., RESNICK, S. G., DRAKE, R. E., ET al (2001a) Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 489–501.

BURNS, T., CATTY, J., BECKER, T. et al (2007) The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Lancet*, 370, 1146–1152.

CROWTHER, R., MARSHALL, M., BOND, G., et al (2001) Vocational rehabilitation for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, issue 3. Update Software.

DRAKE R., The Future of Supported Employment, presentation 17 March 2008, London

- DRAKE, R. E., BECKER, D. R., BIESANZ, B. A., et al (1996b) Day treatment versus supported employment for persons with severe mental illness. A replication study. *Psychiatric Services*, 47, 1125–1127.
- DRAKE, R. E., MCHUGO, G. J., BEBOUT, R. R., et al (1999) A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 627–633.
- DRAKE, R. E., MCHUGO, G. J., BECKER, D. R., et al (1996a) The New Hampshire Study of Supported Employment for People with Severe Mental Illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 391–399.
- DRAKE, R.E., MCHUGO, G.J., BEBOUT, R.R., BECKER, D.R., HARRIS, M., BOND, G.R., & QUIMBY, E. (1999). A randomized clinical trial of supported employment for inner-city patients with severe mental disorders. *Archives of General Psychiatry*, 56, 627–633.
- DREBING, C. E., HEBERT, M., MUELLER, L. N., et al (2006) Vocational rehabilitation from a behavioral economics perspective. *Psychological Services*, 3, 181–194.
- ESSEN C., Does Individual Placement and Support really ‚reflect client goals‘?, *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011 Jun 14. doi: 10.1111/j.1365-2850.2011.01769.x.
- FABIAN E. S. & WIEDEFELD, M. F. (1989) Supported employment for severely psychiatrically disabled persons: a descriptive study. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 13, 53–60.
- FABIAN, E. S. (1992) Supported employment and the quality of life: does a job make a difference? *Rehabilitation Counselling Journal*, 36, 84.
- GLOVER, H. (2002) Developing a recovery platform for mental health service delivery for people with mental illness / distress in England. London: NIMHE.
- GOULD, R. A., MUESER, K. T., BOLTON, E., et al (2001) Cognitive therapy for psychosis in schizophrenia. A preliminary meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 48, 335–342.
- GROVE, B. & MEMBREY, H. (2005) Sheep and Goats: New thinking about employability. In Grove, B., Secker, J. & Seebohm, P. (eds) *New Thinking about Mental Health and Employment*. Oxford: Radcliffe Press.
- HOFFMAN, F.L., & MASTRIANNI, X. (1993). The role of supported education in the inpatient treatment of young adults: A two-site comparison. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 17, 109–119.
- ISENWATER, W., LANHAN, W., & THORNHILL, H. (2002). The College Link Program: Evaluation of supported education initiative in Great Britain. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 26, 43–50.
- Labour Force Survey (2005) Labour Force Survey. UK Office for National Statistics.
- LARSON, J. E., BARR, L. W., CORRIGAN, P. W., et al (2006) Perspectives on benefits and costs of work from individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26, 71–77.
- LEHMAN, A.F., GOLDBERG, R., DIXON, L.B., MCNARY, S., POSTRADO, L., HACKMAN, A., & MCDONNELL, K. (2002). Improving employment outcomes for persons with severe mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 59, 165–172.
- LYSAKER, P. H., BOND, G. R., DAVIS, L. W., et al (2005) Enhanced cognitive-behavioral therapy for vocational rehabilitation in schizophrenia. Effects on hope and work. *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 42, 673–682.

LYSAKER, P. H., DAVIS, L. W. & BEATTIE, N. (2006) Effects of cognitive behavioral therapy and vocational rehabilitation on metacognition and coping in schizophrenia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 36, 25–30.

MACDONALD-WILSON, K. L., ROGERS, E. S. & ANTHONY, W. A. (2001) Unique issues in assessing work function among individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 11, 217–232.

MARTIN, M. J. (1996) Employment rehabilitation schemes for people with mental health problems. *Health and Social Care in the Community*, 4, 271–279.

MCGURK, S. R., MUESER, K. T. & PASCARIS, A. (2005) Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. *Schizophrenia Bulletin*, 31, 898–909.

MUESER, K. T., BECKER, D. R. & WOLFE, R. (2001) Supported employment, job preferences, job tenure and satisfaction. *Journal of Mental Health*, 10, 411–417.

MUESER, K. T., BECKER, D. R., TORREY, W. C., et al (1997) Work and nonvocational domains of functioning in persons with severe mental illness: a longitudinal analysis. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 419–426.

MUESER, K. T., CLARK, R. E., HAINES, M., et al (2004) The Hartford Study of Supported Employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 479–490.

MUESER, K.T., CLARK, R.E., HAINES, M., DRAKE, R.E., MCHUGO, G.J., BOND, G.R., ESSOCK, S.H., BECKER, D.R., WOLFE, R., & SWAIN, K. (2004). The Hartford study of supported employment for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 479–490.

MURPHY A., MICHELLE G. MULLEN, AND AMY B. Spagnolo, *Enhancing Individual Placement and Support: Promoting Job Tenure by Integrating Natural Supports and Supported Education*, 2005, *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 8: 37–61

New Hampshire-Dartmouth Psychiatric Research Center, IPS Model Fidelity Scale

REKER, T. & EIKELMANN, B. (1997) Work therapy for schizophrenic patients. Results of a 3-year prospective study in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 247, 314–319.

RINALDI, M. & HILL, R. (2000) Insufficient Concern: The Experiences, Attitudes and Perceptions of Disabled People and Employers towards Open Employment in one London Borough. *Merton MIND*.

RINALDI, M. & PERKINS, R. (2004) Vocational rehabilitation. *Psychiatry*, 3, 54–56.

SECKER, J., GROVE, B. & SEEBOHM, P. (2001) Challenging barriers to employment, training and education for mental health clients. The client's perspective. *Journal of Mental Health*, 10, 395–404.

SHEPHERD, G. (1989) The value of work in the 1980s. *Psychiatric Bulletin*, 13, 231–233.

UNGER, K.V., ANTHONY, W.A., SCIARAPPA, K., & ROGERS, E.S. (1991). A supported education program for young adults with long-term mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 838–842.

VAN DONGEN, C. J. (1996) Quality of life and self-esteem in working and nonworking persons with mental illness. *Community Mental Health Journal*, 32, 535–548.

VAN DONGEN, C. J. (1998) Self-esteem among persons with severe mental illness. *Issues in Mental Health Nursing*, 19, 29–40.

WHITTINGTON, D. (1997) *The Effectiveness of the Industrial Therapy Organisation: The Executive Report on a Three Year Study*. University of Ulster.

WOLF, J., & DIPIETRO, S. (1992). From patient to student: Supported education programs in southwest Connecticut. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 15, 61–68.

XIE, H., DAIN, B. J., BECKER, D. R., et al (1997) Job tenure among persons with severe mental illness. *Rehabilitation Counselling Bulletin*, 40, 230–239.

Sociální práce jako hledání místa člověka v sociálním systému – úspěchy a limity sociální práce s člověkem v přirozeném prostředí (posterová sekce)

Rozvoj služby včasnej intervencie na Slovensku

Development of early intervention services in Slovakia

Andrea Bánovčinová²⁰⁹, Nadežda Kovalčíková²¹⁰

Abstrakt

Narodenie dieťaťa s postihnutím konfrontuje rodinu s mnohými problémami, obmedzenia ale aj novým situáciami, v ktorých je účinná pomoc a podpora veľmi dôležitá. Ak má byť účinná, je dôležité aby bola poskytovaná adresne, včas a bola orientovaná na pomoc v prirodzenom prostredí. Včasná intervencia patrí práve k službám, ktoré poskytujú širokú paletu služieb a pri jej poskytovaní participujú profesionáli z rôznych odborov. Jej poskytovanie v rámci SR je legislatívne ukotvené v zákone o sociálnych službách.

Cieľom príspevku je zmapovanie rozvoja služby včasnej intervencie vo svete, ale špecificky sme sa zamerali aj na jej poskytovanie v rámci Slovenskej republiky.

Kľúčové slová: Včasná intervencia. Rodina. Sociálne služby.

Abstract

Birth of a disabled child confronts the family with many problems, limitations, as well as the new situations where the efficient assistance and support are very important. For the assistance to be effective, it should be provided forthrightly, in time, and focused on assistance in the natural environment. Timely intervention is the service that provides a wide range of services and where professionals from various departments participate in provision thereof. The provision thereof is defined in Slovak act on social services. The contribution aims at mapping of the development of the timely intervention service worldwide, but we specifically focused on provision thereof in Slovakia.

Keywords: Timely intervention. Family. Social services.

1. Rodina s dieťaťom s postihnutím

Narodenie dieťaťa s postihnutím predstavuje pre rodinu podstatnú zmenu. Pre rodičov, očakávajúcich zdravé dieťa je správa o jeho postihnutí či ochorení jednou z najzáťažovejších situácií v živote. Hudcová a Brozmanová Gregorová (2008) poukazujú na skutočnosť, že poznanie rodičov, že s dieťaťom, do ktorého vkladali rôzne nádeje a vidia v ňom naplnenie zmyslu vlastného života či pokračovateľov rodu, nie je ničो v poriadku je vysoko traumatizujúce a bolestné a ovplyvní fungovanie rodinného systému vo všetkých jeho dimenziách. To ako sa rodina dokáže adaptovať na novú situáciu závisí od viacerých faktorov. Ludvigh-Cintulová (2016) medzi ne radí napríklad úroveň vzdelania rodičov, silu vnútornej motivácie, preferenciu copingových stratégií pri zvládaní záťaž, ale tiež silu rodinných väzieb. Významným faktorom je tiež časové hľadisko, to znamená, kedy k postihnutiu, či rozoznaniu ochorenia

209 Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave; banovcinova.a@gmail.com; Tel.: +0421-33-5939-491

210 Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce, Trnavská univerzita v Trnave; nada.kovalcikova@gmail.com; Tel.: +0421-33-5939-407

došlo, druh a stupeň postihnutia, ktorý zásadným spôsobom ovplyvňuje tak osobnosť dieťaťa ako aj intervenčné a rehabilitačné opatrenia (Prevendárová, In Hudecová, Brozmanová Gregorová, 2008).

Starostlivosť o dieťa s postihnutím zasahuje fungovanie všetkých ostatných členov rodiny. Výskumy ukazujú, že rodičia starajúci sa o dieťa s postihnutím majú častejšie skúsenosť so stresom, úzkosťou až depesiou, než rodičia zdravých detí a rovnako sú tiež rozdiely v emocionálnom prežívaní (King et al., 1999), Vágnerová (2004) tiež upozorňuje na riziko zmeny sebahodnotenia zdravých členov rodiny a vyčerpania vedúceho až k syndrómu vyhorenia. Rovnako významný vplyv má prítomnosť dieťaťa s postihnutím aj na rodinu ako celok. Faber a Gath (In Floyd, Gallagher, 1997) poukazujú na skutočnosť, že starostlivosť o dieťa so špeciálnymi potrebami môže práve v dôsledku špecifického stresu spôsobovať signifikantné narušenie rodinných vzťahov a celkové zníženie kvality života rodiny (Bode et al., 2000). Na úrovni manželského subsystému môže prichod takéhoto dieťaťa, či odhalenie diagnózy upevniť a stmeliť vzťah medzi partnermi. Svičeková (2008) tiež poukazuje na vysoké riziko narušenia stability partnerského vzťahu až jeho rozpad v dôsledku prílišnej koncentrácie pozornosti na dieťa a úplného potlačenia partnerskej role. Slaný a Slaná (2014) poukazujú na riziko tvorby aliancií v rodine, kedy sa z rodiča starajúceho sa o dieťa stáva akýsi „odborník na liečbu“, ktorý často obmedzuje ostatných členov rodiny zákazmi a nariadeniami zdôvodňovanými potrebami dieťaťa. Problémy môžu vzniknúť tiež v realizácii rodičovskej role, kedy sa rodičia upriamia na starostlivosť o dieťa s postihnutím, v dôsledku čoho sa u zdravých súrodencov môže prejaviť pocit krivdy, nezáujmu, až nepriateľstvo voči súrodencovi (Hudecová, Brozmanová Gregorová, 2008).

Medzi ďalšie negatívne dopady na rodinu môžeme zaradiť sociálnu izoláciu rodiny, najmä člena, ktorý je najviac zaangažovaný v starostlivosti, taktiež problémy s výchovou a starostlivosťou o dieťa, ale tiež obmedzenia v ekonomickej oblasti. Starostlivosť o dieťa na jednej strane zväčša vyžaduje, aby jeden z rodičov odišiel zo zamestnania, v dôsledku čoho sa príjem rodiny zníži, zároveň tiež narastajú ekonomicke nároky na liečbu a celkovú starostlivosť o dieťa. Všetky uvedené skutočnosti determinujú celkovú psychosociálnu klímu a atmosféru v rodine a tá potom buď v negatívnom, alebo v pozitívnom smere ovplyvňuje prežívanie všetkých členov rodiny a premieta sa aj do prežívania dieťaťa a jeho vývoja.

Práve z toho dôvodu je nevyhnutné, aby sa rodina dokázala primerane adaptovať na samotný fakt postihnutia a tiež je nevyhnutné sa vysporiadať aj so špeciálnymi požiadavkami na starostlivosť o dieťa. Tým rodina môže pozitívne ovplyvniť jeho sociálny a kognitívny rozvoj a minimalizovať negatívny dopad na fungovanie ostatných členov rodiny (Singer In Floyd, Gallagher, 1997). Ludvigh Cintulová (2016) upozorňuje, že pre pozitívnu akceptáciu zdravotného stavu dieťaťa v rodine je dôležité vytvárať podnecujúce prostredie, ktoré umožní rodičom vyrovnat' sa s novou situáciou. Pri redukcii stresu a na uľahčenie novej situácie má podľa Hraboveckej (2015) významný vplyv napr. sociálna opora, ktorej zdrojom je hlavne kvalitná sociálna sieť, v ktorej by mala byť zastúpená nielen širšia rodina, ale tiež komunita a formálne inštitúcie podieľajúce sa na starostlivosti o dieťa a rodinu. Rovnako Singer (In Floyd a Gallagher, 1997) tiež zdôrazňuje, že kľúč k úspešnej adaptácii spočíva v schopnosti rodiny získať prístup k vhodným podporným službám, poskytujúcim pomoc tak pri vyrovnávaní sa so špecifickými potrebami dieťaťa, ako aj pri redukcii problémov dieťaťa aj rodiny spôsobených postihnutím. K špecifickým podporným službám patri okrem iného práve službačasnej intervencie

2. Službačasnej intervencie na Slovensku

Hoci starostlivosť o deti s postihnutím siahá už do 50 rokov minulého storočia, v tomto období nie je možné hovoriť o systémovej a komplexnej starostlivosti. Najmä do roku 1989 sa táto starostlivosť realizovala najmä v špeciálnych a osobitných školách a cieľom bolo segregovať tieto deti od zdravej populácie (Orgonášová, 2014). Postupne sa záujem o deti s postihnutím v predškolskom

veku sústredoval najskôr na deti so zmyslovým postihnutím (Horňák a kol., 2002). V roku 2000 bola vypracovaná Koncepcia špeciálnopedagogického poradenstva, na ktorú nadviazal Program ranného poradenstva zameraný na zdokonalenie systému raného poradenstva pre rodičov detí so zdravotným postihnutím, detí s viacnásobnými postihnutiami a pervazívnymi vývinovými poruchami, vrátane spolupráce praktických lekárov so zariadeniami špeciálnopedagogického poradenstva a na postupné rozširovanie siete zariadení špeciálnopedagogického poradenstva pre rodičov týchto detí. Tento program poukazoval na potrebu komplexnej starostlivosti o deti so zdravotným postihnutím so zapojením rezortu školstva, zdravotníctva a tiež rezortu práce, sociálnych vecí a rodiny a tiež na potrebu zriadiť centrá komplexnej rehabilitačnej starostlivosti o deti s postihnutím v rannom veku zamerané na pomoc matke a dieťaťu (Zariadenia špeciálnopedagogického poradenstva typu DIC, profilovanie už existujúcich špeciálnopedagogických poradní na konkrétny typ postihnutia) (www.statpedu.sk).

1. januára 2014 nadobudla účinnosť novela zákona č. 448/2008 o sociálnych službách, ktorá zavádza službu včasnej intervencie ako jednu zo služieb na podporu rodiny s deťmi. Z ustanovení tohto zákona vyplýva, že služba včasnej intervencie je určená dieťaťu do siedmeho roku veku, ktorého vývoj je ohrozený z dôvodu zdravotného postihnutia a jeho rodine, nakoľko bez potrebnej pomoci dieťaťu a rodine môže dôjsť k ohrozeniu komplexného vývoja dieťaťa a tiež k sociálnemu vylúčeniu tak dieťaťa ako aj celej rodiny (Dôvodová správa, 2013). Ramey a Ramey (1998) charakterizujú službu včasnej intervencie ako širokú škálu činností zameraných na zlepšenie vývoja dieťaťa. Ako zdôrazňujú, v ideálnom prípade skorý zásah začína komplexným posúdením silných stránok a potrieb tak dieťaťa samotného, ako aj rodiny a vyúsťuje do poskytnutia vhodných služieb a foriem podpory odrážajúcich vývojové nároky dieťaťa. *Národní plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením* definuje včasnú intervenciu ako sústavu služieb a programov poskytovaných rodinám detí v rannom veku, ktoré sú zdravotne postihnuté, alebo je ich vývoj inak narušený, či vážne ohrozený (Šándorová, Faltová, 2015). Tichá (2015) definuje včasnú intervenciu ako odborné služby, podporu a pomoc rodinám so zdravotne znevýhodnenými deťmi, alebo deťmi s rizikovým vývinom v ranom veku (0-7). Včasná intervencia stavia na silách a schopnostiach členov rodiny a snaží sa umožniť rodičom podporovať vývin dieťaťa tak, aby dokázalo čo najviac využiť svoje možnosti, schopnosti a predpoklady. Šándorová a Faltová (2015) zdôrazňujú významný preventívny charakter včasnej intervencie, ktorá znížením dôsledkov primárneho postihnutia a zabraňovaním vzniku sekundárnych postihnutí, vytvára podmienky pre úspešnú sociálnu integráciu. Svojou realizáciou priamo v rodine predstavuje dôležitú alternatívu k ústavnej starostlivosti. Je orientovaná na rodinu ako systém a celok a integruje v sebe podporu vývinu dieťaťa, posilnenie kompetencií samotnej rodiny a podporu začlenenia rodiny a dieťaťa do spoločnosti. (Tichá, 2015)

Rôzne kombinácie biologických a sociálno-psychologických podmienok, ktoré sú spojené s vývojovými problémami dieťaťa od najrannejšieho veku, generujú nie iba mimoriadne počty tých, ktorí sú ovplyvnení, ale tiež širokú škálu vývojových vzorcov a vzorcov správania, na ktoré musí systém včasnej intervencie v rámci svojich modelov reagovať (Guralnick, 2008). Medzi deti, ktorým je určená služba včasnej intervencie tak môžeme zaradiť:

- Deti s vývinovým oneskorením oblasti motoriky, adaptívneho správania, kognitívneho vývinu, komunikácie alebo sociálno-emocionálneho vývinu.
- Deti, u ktorých sú diagnostikované také ochorenia, v dôsledku ktorých je pravdepodobnosť odchýlok vo vývine (napr. Downov syndróm, DMO, zrakové, sluchové či viacnásobné postihnutie)
- Deti, ktoré ohrozuje prostredie a životné podmienky predovšetkým v dôsledku nepriaznivej sociálnej situácie (Tichá, 2015)

Ako vyplýva z vyššie uvedených definícií, okrem dôrazu na podporu optimálneho rozvoja schopností dieťaťa, významnú súčasť systému včasnej intervencie tvorí tiež podpora celej rodiny a jej fungovania. Práve fungovanie rodiny a vzorce rodinných interakcií majú zásadný vplyv na rozvoj dieťaťa. Medzi najvýznamnejšie vzorce Guralnick (2008) zaraďujú (1) kvalitu transakcií rodič-dieťa, najmä citovú odozvu zo strany matky; (2) zážitky a skúsenosti, ktoré rodina dieťaťa sprostredkuje a (3) spôsob, ako rodina zabezpečuje starostlivosť o zdravie a bezpečnosť dieťaťa. Optimálne zvládnutie všetkých týchto interakčných vzorcov v rodine, môže byť ohrozené nedostatkom informácií, stresom a napätím medzi členmi rodiny, potrebou zdrojov ale tiež napríklad nedostatočnou dôverou v schopnosť rodičov realizovať rodičovskú rolu.

V rámci služby včasnej intervencie sa ambulatnou alebo terénnou formou poskytuje špecializované sociálne poradenstvo a sociálna rehabilitácia. Zároveň sa vykonáva stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím ako tiež preventívne aktivity (Zákon 448/2008 o sociálnych službách). Ako vyplýva z dôvodovej správy (2013,) cieľom týchto odborných činností, preventívnych aktivít a stimulácie rôznymi metódami a technikami zameranými na senzorické a motorické stimulácie, je v súlade s holistickým prístupom zabezpečiť optimálny vývoj dieťaťa so zdravotným postihnutím. Na naplnenie tohto cieľa je nevyhnutná spolupráca odborníkov z viacerých profesií – lekárov, špeciálnych a liečebných pedagógov, sociálnych pracovníkov, psychológov, fyzioterapeutov a iných, ktorí vytvárajú ucelený systém včasnej intervencie. Na potrebu spolupráce a koordinácie jednotlivých odborníkov upozorňujú aj Šándorová a Faltová (2015), Horňáková, 2010). Táto spolupráca by mala prebiehať na rôznych úrovniach. Jednu úroveň tvorí interdisciplinárne hodnotenie, kde je zvažovaná diagnóza a otázky oprávnenosti; úroveň implementácie hodnotenia určeného pre plánovanie programu; a úroveň plánovania samotnej intervencie. Rovnako nevyhnutná je tiež koordinácia na systémovej úrovni. Nie je však jednoduchá, vzhľadom na množstvo rôznych disciplín a inštitúcií disponujúcich rôznymi perspektívami. Nedostatok koordinácie však môže mať negatívny dopad na efektivitu včasnej intervencie (Guralnick, 2008). Aj v podmienkach Slovenska upozorňujú mnohí autori (napr. Horňáková, 2010) na nedostatok systémového prístupu a zároveň tvrdí, že poskytovanie včasnej intervencie je skôr založené na ochote jednotlivých pracovníkov, chýba podpora vládnej politiky a je tiež nedostatočná podpora realizácie vypracovaných programov. Aj napriek skutočnosti, že túto službu v podmienkach SR garantuje štát, doposiaľ ju poskytujú napr. len organizácie tretieho sektora. (Slaný a kol, 2015)

Na Slovensku je práve preto služba včasnej intervencie poskytovaná iba niekoľkými špecializovanými centrami. Od roku 2009 pôsobí v Bratislave a blízkom okolí nezisková organizácia Ranná starostlivosť, n. o. zameriavajúca sa na podporu integrácie rodín do spoločnosti, stimulácii vývinových možností dieťaťa a zvýšeniu kvality života rodiny (www.ranastarostlivosť.sk). V roku 2014 nadácia SOCIA realizovala projekt „Rozvoj včasnej intervencie na Slovensku“, v rámci ktorého vznikli centrá včasnej intervencie v Bratislave, Žiline a Prešove a Banskej Bystrici a Košiciach (www.socia.sk).

Všetky centrá včasnej starostlivosti poskytujú rodinám s dieťaťom so zdravotným znevýhodnením prostredníctvom interdisciplinárneho tímu komplexnú škálu služieb. Nakoľko je sieť centier včasnej intervencie nedostatočne rozvinutá, zameriavajú sa na všetky typy postihnutia bez bližšej špecializácie. Slaný a kol (2015) však poukazujú na potrebu vytvárania ďalších centier včasnej intervencie zameraných na konkrétne cieľové skupiny, ale tiež na zlepšenie dostupnosti tejto služby pre klientov so špecifickými druhmi postihnutia v rámci všetkých krajov.

Okrem vyššie popísanej siete špecializovaných centier, službu včasnej intervencie poskytujú tiež centrá špeciálno-pedagogického poradenstva, centrá a domovy sociálnych služieb, detské integračné centrá, ale tiež viaceré neziskové organizácie, ktoré získali akreditáciu ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny SR (www.employment.gov.sk).

Afiliácia

Tento príspevok vznikol ako súčasť projektu APVV – 14-0646 „Analýza potrieb sociálnej služby v oblasti včasnej intervencie v podmienkach Slovenska“ podporeného Agentúrou výskumu a vývoja.

Referencie

BODE HARALD et al. Quality of life in families of children with disabilities. In *Developmental Medicine a Child Neurology*. 2000. Vol. 42. Issue 5, pp. 354, ISSN 1469-8749

Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb. 2016. [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <<https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatel-ov-socialnych-sluzieb>>

Dôvodová správa [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <<https://www.nrsr.sk/web/Dynamic/Download.aspx?DocID=389339>>

FLOYD FRANK J. – GALLAGHER, ERIN M., Parental Stress, Care Demands, and Use of Support Services for School-Age Children With Disabilities and Behavior Problems. In *Family Relations*. 1997. Vol. 46, No. 4, pp. 359-371. ISSN 1741-3729.

GURALNICK MICHAEL J., International Perspectives on Early Intervention. A Search for Common Ground. In *Journal of Early Intervention*. 2008. Vol. 30., no. 2., pp. 90–101. ISSN 1053-8151

HORŇÁK LADISLAV – KOLLÁROVÁ EMA – MATUŠKA ONDREJ, *Dejiny špeciálnej pedagogiky*. Prešov: Pedagogická fakulta. 2002. ISBN 80-8068-122-8

HORŇÁKOVÁ, MARTA, *Včasná intervencia orientovaná na rodinu*. Bratislava: Univerzita Komenského. 2010. 260 s., ISBN 978-80-223-291-5-6

HRABOVECKÁ MICHEALA. Kvalita života rodičov detí s autizmom. In *Psychologie. Elektronický časopis ČMPS*. 2015. č. 1, roč. 9. s. 16–28. ISSN 1802-8853

HUDECOVÁ ANNA – BROZMANOVÁ GREGOROVÁ ALŽBETA, *Sociálna práca s rodinou*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta, Univerzita Mateja Bela. 2008. ISBN 978-80-8083-597-2

KING GILLIAN – KING SUSANNE – ROSENBAUM PETER. Family-Centred Caregiving and Well-Being of Parents of Children With Disabilities: Linking Process With Outcome. In *Journal of Pediatric Psychology*. 1999. Vol. 24, Issue 1, pp. 41–53. ISSN 0146-8693

LUDVIGH CINTULOVÁ LUCIA. *Psychické dopady narodenia postihnutého dieťaťa na rodičov*. [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <<http://www.prohuman.sk/socialna-praca/psychicke-dopady-narodenia-postihnutého-dietata-na-rodicov>>

ORGONÁŠOVÁ MÁRIA, *Včasná intervencia – súčasná prax v SR, európske modely a trendy*. [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <<http://www.zpmpvrs.sk/index.php/problematika/vcasna-starostlivost/120-vcasna-intervencia-sucasna-prax-v-sr-europske-modely-a-trendy>>

Program na zdokonalenie systému ranného poradenstva pre rodičov detí so zdravotným postihnutím, detí s viacnásobnými postihnutiami a pervazívnymi vývinovými poruchami, vrátane súčinnosti praktických lekárov pre deti a dorast so zariadeniami špeciálnopedagogického poradenstva a postupného rozširovania siete zariadení špeciálnopedagogického poradenstva pre rodičov týchto detí. [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <http://www.statpedu.sk/sites/default/files/dokumenty/deti-a-ziaci-so-zdravotnym-znevychodnenim/program_zdokonalenia_poradenstva_deti_zp.pdf>

RANNÁ STAROSTLIVOSTĚ. [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <<http://ranastarostlivost.sk/o-nas>>

RAMEY CRAIG T. – RAMEY SHARON LANDESMAN. Early Intervention and Early Experience. In *American Psychologist*. Vol. 53, no. 2, pp. 109-120, ISSN 1935-990X

Rozvoj včasnej intervencie. 2015. [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <<http://www.socia.sk/nase-aktivity/aktualne-aktivity/>>

SLANÝ JAROSLAV – SLANÁ MIRIAM, Chronicky nemocné dítě a emoce. In Rokyta, R. – Höschl, C. (Eds.). *Emoce v medicíně II a III*. Praha: Mladá fronta a. s. 2014. ISBN 978-80-204-3340-4

SLANÝ JAROSLAV – SLANÁ MIRIAM – HROMKOVÁ MICHAELA – LETOVANCOVÁ KATARÍNA, Súčasný stav v oblasti včasnej intervencie v podmienkach Slovenska. In *Revue sociálnych služieb*. č. 2, roč. VII., 2015, s. 30–38, ISSN 1338–1075

SVIČEKOVÁ GABRIELA. Život rodiny s dieťaťom postihnutým NSO. 2008. [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <http://www.parentproject.cz/onas/2008/ppt_08_sk/ppt-12.pdf>

ŠÁNDOROVÁ ZDENKA – FALTOVÁ BARBOR., Služba sociální prevence raná péče – alternativa pro ústavní péči i výzva pro sociální pedagogiku. In *Sociální pedagogika/Social Education*. 2015. Roč. 3., č. 2., str. 51–63. ISSN 1805-8825

TICHÁ ERIKA. Čo je včasná intervencia. [online]. [cit. 18. 09. 2016] Dostupné na internete: <<http://centravi.sk/vcasna-intervencia/co-je-vcasna-intervencia/>>

VÁGNEROVÁ MARIE. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál. 2004. s. 870. ISBN 80-717-8802-3

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách

Medzioborová tímová práca v zdravotno-sociálnej starostlivosti

Interprofessional Teamwork in Health and Social Care

Jana Gabrielová²¹¹

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá medzioborovou tímovou prácou v rámci zdravotno-sociálnej starostlivosti. V posledných rokoch význam zdravotno-sociálnej starostlivosti trvalo narastá, predovšetkým svojím významom pre praktické všeobecné zabezpečovanie služieb potrebným jedincom. Prakticky všade tam, kde je poskytovaná a zaisťovaná zdravotná starostlivosť, je nutné súčasne zaistiť a poskytovať i sociálnu starostlivosť. V úvode príspevku sú vymedzené základné pojmy ako tím, typológia tímov a spolupráca. Príspevok ďalej popisuje faktory ovplyvňujúce tímovú prácu.

Kľúčové slová: Tímová práca. Sociálna práca. Zdravotná starostlivosť.

Abstract

The contribution deals with the inter-disciplinary teamwork within the health and social care. The importance of the health and social care has been constantly growing over last years, particularly due to its importance for practical general provision of the services to the individuals in need thereof. Where the health care is provided, the social care must be provided as well. Opening of the contribution defines the basic terms such as team, typology of teams, and cooperation. The contribution further describes the factors that influence the teamwork.

Keywords: Teamwork. Social Work. Health Care.

1. Úvod

Medzioborová tímová práca je v súčasnej dobe podľa viacerých autorov (Abramson, Mizrahi, 1996, 2003; Payne 2000, Dhooper, 2012) nevyhnutným krokom smerujúcim k zlepšeniu a skvalitneniu poskytovania zdravotno-sociálnych služieb pacientom/klientom.

V zahraničí bolo zrealizovaných viacero výskumov zameraných na túto problematiku (napr. Abramson, Mizrahi 2003; Cowles, Lefcowitz 1992, 1995; Hewstone et al. 1994; Carpenter, Hewstone 1996). Abramson a Mizrahi (1996) zrealizovali kvalitatívny výskum, ktorý bol zameraný na identifikovanie faktorov, ktoré pozitívne alebo negatívne vplyvajú na spoluprácu. Výskumu sa zúčastnilo 53 sociálnych pracovníkov a 50 lekárov pôsobiacich v 12 zdravotníckych zariadeniach. Netting a Williams (1996) pomocou kvalitatívnych metód skúmali profesijné identity a roly sociálnych pracovníkov v zdravotníctve z pohľadu lekárov, sociálnych pracovníkov, sestier a administratívnych pracovníkov.

2. Vymedzenie základných pojmov

Hayesová (2005, s. 58) definuje *tím* ako „skupinu ľudí aktívne spolupracujúcich na dosiahnutí rovnakého cieľa.“

Tímová práca je spôsob organizácie práce založený na spoločnom zapojení, vzájomnej spolupráci a zodpovednosti všetkých členov tímu pri plnení stanovených úloh a dosiahnutí vytýčených cieľov (Reeves et al., 2010).

211 Vysoká škola polytechnická Jihlava, Katedra sociální práce, Tolstého 16, 586 01 Jihlava; e-mailová adresa: jana.gabrielova@vspj.cz; Tel.: +0-420-722.307-806

Pojem „*spolupráca*“ sa používa predovšetkým na pomenovanie ľudí pracujúcich spoločne v rámci rôznych agentúr a služieb s cieľom zlepšiť koordináciu v praxi (Payne, 2000). Podľa D'Amour et al. (2005, s. 116) „*spolupráca* je definovaná ako vzťahy a interakcie, ktoré sa vyskytujú medzi spolupracovníkmi. Je to zložitý, dynamický proces“. Gray (1989, In Levická, Levická, 2013) opisuje spoluprácu ako dynamický proces, ktorý zahŕňa syntézu rôznych perspektív, čo umožňuje lepšie pochopenie zložitých problémov.

Charakteristiky spolupráce:

- Spolupráca je dobrovoľná. Ľudia nemôžu byť nútení používať špecifický štýl v ich interakcii s ostatnými.
- Spolupráca si vyžaduje paritu medzi účastníkmi. Prínos každého človeka je ocenený a rovnako tak aj každý človek má rovnakú právomoc pri rozhodovaní.
- Spolupráca je založená na vzájomných cieľoch. Profesionáli nemusia zdieľať všetky ciele spolupráce, avšak stačí len jeden, ktorý je špecifický a dostatočne dôležitý pre udržanie ich spoločnej pozornosti.
- Spolupráca závisí na spoločnej zodpovednosti pri rozhodovaní. Spolupracovníci musia prevziať zodpovednosť za aktívne sa zapojenie do činnosti rozhodovania.
- Jedinci, ktorí spolupracujú zdieľajú zdroje. Zdieľanie zdrojov času, vedomostí a materiálov môže zvýšiť pocit spolupatričnosti medzi profesionálmi.
- Jedinci, ktorí spolupracujú, zdieľajú zodpovednosť za výsledky. Či už sú výsledky spolupráce pozitívne alebo negatívne, všetky zúčastnení jednotlivci sú zodpovední za výsledky (Friend, Cook, 2009).

Loxley (1997) identifikoval tri sociálne teórie, ktoré podmieňujú proces spolupráce: všeobecná teória systémov, teória sociálnej výmeny a teória kooperácie.

Rozhodujúcim prínosom všeobecnej teórie systémov je vnímanie organizácií ako celkov, skladajúcich sa zo vzájomne prepojených častí (subsystémov), ktoré sú na sebe navzájom závislé. Keď ovplyvníme jednu časť, bude to mať vplyv na všetky ostatné časti vďaka komplexu vzájomne prepojených faktorov (ekvifinalita). Teda komplexnosť znamená, že jedna akcia môže mať mnoho rôznych výsledkov (multifinalita). Systémy a subsystémy vzájomne na seba pôsobia a prispôbujú sa navzájom (Payne, 2000).

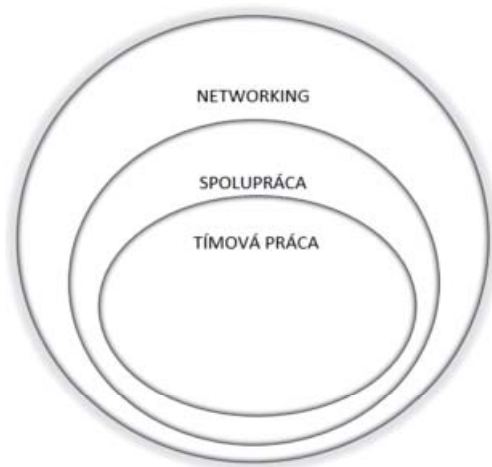
Teória sociálnej výmeny vychádza z hodnotovej dyadickej interakcie, v ktorej sú predmetom výmeny aj psychické stavy (pocity emócie, sympatia) a tiež prvky správania (pomoc i iné druhy prosociálneho správania). Teória sociálnej výmeny vysvetľuje prosociálne správanie na základe ziskov a strát. Ľudia si v interakcii vymieňajú informácie, služby, sympatie, lásku ale aj pomoc a to na základe vynaloženého úsilia a predpokladaného zisku (odmeny). Na rozhodnutie o poskytnutí pomoci vplývajú náklady spojené s pomocou – energia, čas, prekážky; náklady spojené s neposkytnutím pomoci – kritika, sebaobviňovanie; odmena spojená s pomocou – ocenenie iných, sebaocenenie a odmena spojená s neposkytnutím pomoci – zisk z aktuálne vykonávanej aktivity (Páleník, 2008).

Základnou tézou teórie kooperácie je, že lepších výsledkov je možné dosiahnuť tam, kde ľudia spolupracujú ako tam, kde sa jednotlivci správajú individualisticky. Vo vzťahoch medzi účastníkmi musí byť reciprocita a ich vzťahy musia byť trvácne. Účastníci tiež potrebujú disponovať schopnosťou presvedčiť osoby podieľajúce sa na spolupráci, že je že to v ich neprospech, ak nebudú spolupracovať (Payne, 2000).

Kooperácia predstavuje druh prosociálneho správania, ktorý sa vyznačuje bilaterálnym charakterom. Prináša profit oboj zúčastneným stranám – aktérovi i recipientovi (recipientom môže byť jednotlivec alebo skupina jednotlivcov). Široko formulované definície (napr. Nakonečný, 2009) označujú kooperatívne správanie ako také, ktoré sa uskutočňuje na základe perspektívy dosiahnutia spoločných cieľov, prejavuje sa vzájomnou podporou a vzájomnou dôverou.

Sieťovanie je vzťah, v ktorom zdieľaná tímová identita, jasnosť rolí / cieľov, vzájomná spolupráca, integrácia a spoločná zodpovednosť sú menej podstatné. Úlohy sú tiež predvídateľnejšie a menej naliehavé. Siete môžu byť virtuálne v tom zmysle, že žiadny z členov sa nestretáva tvárou v tvár, ale komunikácia prebieha pomocou internetu (Reeves et al., 2010).

Obr. č. 1: Rôzne formy medziodborovej práce



Zdroj: Reeves et al., 2010

Tab. č. 1: Typy zdravotno-sociálnych tímov

Typ	Opis
Multidisciplinárny tím	Členovia tímu sú predstaviteľmi rôznych profesií. Hoci sú súčasťou rovnakého tímu, majú oddelené profesionálne znalosti a používajú rôzne jazyky, t. z. jazyk vlastnej disciplíny.
Interdisciplinárny tím	Členovia tímu reprezentujúci rôzne profesie zdieľajú svoje znalosti a jazyk svojej disciplíny.
Transdisciplinárny tím	Členovia tímu reprezentujúci rôzne profesie vytvorili spoločný jazyk založený na ich jednotlivých odborných jazykoch, poznatkových základniach a teóriách a spoločne vyvíjajú nové metódy a techniky analýzy.

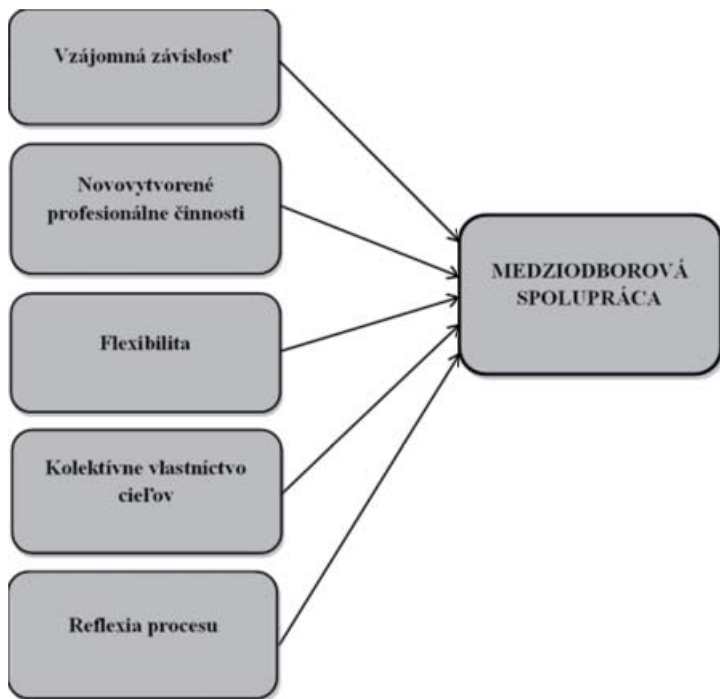
zdroj: Gehlert, 2012

3 Model interdisciplinárnej spolupráce

Bronstein (2003) predstavila model, ktorý obsahuje prvky interdisciplinárnej spolupráce. Model je určený na identifikáciu zložiek úspešnej spolupráce medzi sociálnymi pracovníkmi a členmi iných odborov. Tento rámec sa skladá z interdisciplinárnych procesov v piatich kľúčových oblastiach:

1. **Vzájomná závislosť** – poukazuje na závislosť odborníkov vo vzájomnej interakcii pri tvorbe spoločných cieľov a úloh v procese intervencie.
2. **Novovytvorené profesionálne činnosti** – týkajú sa aktov spolupráce, tvorby programov a štruktúr, ktoré môžu dosiahnuť viac ako by bolo možné dosiahnuť, ak by tí istí odborníci pracovali samostatne.
3. **Flexibilita** – znamená prispôsobivosť všetkých členov odborného tímu meniacim sa podmienkam intervencie.
4. **Kolektívne vlastníctvo cieľov** – vedie ku vzniku spoločnej zodpovednosti za celý proces intervencie a za jeho výsledky.
5. **Reflexia procesu** – vzťahuje sa k spoločnému uvažovaniu spolupracovníkov o procese spolupráce (Bronstein, 2002, 2003).

Obr. č. 2: Model interdisciplinárnej spolupráce



zdroj: Bronstein, 2003

4. Faktory ovlivňující tímovou práci

Bronstein (2003) špecifikovala štyri skupiny faktorov:

- Dokonalá znalosť vlastnej profesijnej role je podmienkou pre výkon každého povolania, tým skôr v pomáhajúcich profesiách.
- Štrukturálne charakteristiky zahŕňujú medziodborovú spoluprácu na riadenie prípadovej práce. Kultúra organizácie podmieňuje jej možnosti, nevyhnutné úradné úkony, autonómiu jednotlivých profesií a celkový čas a priestor venovaný spolupráci na intervencii.
- Osobnostné charakteristiky členov odborného tímu ovplyvňujú medziodborovú spoluprácu tím, akým spôsobom sú profesijné role aplikované v praxi odborníkmi.
- História spolupráce odráža skúsenosť každého člena odborného tímu s medziodborovou spoluprácou v danej organizácii. Bronstein (2003, s. 304) poukazuje na to, že tradícia spolupráce v organizácii je určujúca pre jej ne/využívanie v procese intervencie.

5. Záver

Príspevok sa zameriava na medziodborovú tímovú prácu a faktory, ktoré na ňu pôsobia. Poznanie faktorov, ktoré ovplyvňujú medziodborovú tímovú prácu, môže prispieť k zlepšeniu vzájomných vzťahov a komunikácie medzi odborníkmi pracujúcimi v zdravotno-sociálnych tímoch pri dosahovaní spoločného cieľa – riešenie pacientovej/klientovej situácie.

Pod'akovanie a afiliácia

Tento článok vznikol v rámci Interného grantového projektu VŠPJ s názvom „Konceptualizácia spolupráce lekárov a sociálnych pracovníkov v zdravotno-sociálnych tímoch“.

Zoznam citovanej literatúry

ABRAMSON S. J., MIZRAHI, T. (2003). Understanding Collaboration Between Social Workers and Physicians: Application of a Typology. *Social Work in Health Care*, Vol. 37, No. 2, s. 71–99. ISSN 1541-034X.

ABRAMSON, S. J., MIZRAHI, T. (1996). When Social Workers and Physicians Collaborate: positive and Negative Interdisciplinary Experiences. *Social Work*, Vol. 41, No. 3, s. 270–281. ISSN 1545-6846.

BRONSTEIN, L. (2003). A Model for Interdisciplinary Collaboration. *Social Work*, Vol. 48, No. 3, s. 297–306. ISSN 0037-8046.

BRONSTEIN, L. (2002). Index of interdisciplinary collaboration. *Social Work Research*, 2002, Vol. 26, No. 2, s. 113–123. ISSN 1545-6838.

CARPENTER, J., HEWSTONE, M. (1996). Shared learning for doctors and social workers: Evaluation of a programme. *The British Journal of Social Work*, Vol. 26, No. 2, s. 239–257. ISSN 1468-263X.

COWLES, L., LEFKOWITZ, M. (1995). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting. Part II. *Health & Social Work*, Vol. 20, No. 4, s. 57–65. ISSN 1545-6854.

- COWLES, L., LEFKOWITZ, M. (1992). Interdisciplinary expectations of the medical social worker in the hospital setting. Part I. *Health & Social Work*, Vol. 17, No. 1, s. 57–65. ISSN 1545-6854.
- D'AMOUR, D. et al. (2005). The conceptual basis for interprofessional collaboration: core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 19, Suppl. 1, p. 116–131. ISSN 1469-9567.
- DHOOPER, S. S. (2012). *Social work in Health Care*. London: SAGE Publication, 341 p. ISBN 978-1-4522-0620-2.
- FRIEND, M., COOK, L. (2009). *Interactions: Collaboration Skills for School Professionals*. Boston: Pearson, 402 p. ISBN 978-0-13-715205-6.
- GEHLERT, S. (2012). Communication in Health Care. In GEHLERT, S., BROWNE, T. *Handbook of Health Social Work*. New Jersey: John Wiley & Sons, p. 237–262. ISBN 978-0-470-64365-5.
- HAYESOVÁ, N. (2005). *Psychologie týmové práce: strategie efektivního vedení týmu*. Praha: Portál, 189 s. ISBN 80-7178-983-6.
- HEWSTONE, M., CARPENTER, J., FRANKLYN-STOKES, A., ROUTH, D. (1994). Intergroup Contact between Professional groups: Two evaluation studies. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, Vol. 4, No. 5, s. 347–363. ISSN 1099-1298.
- LEVICKÁ, K., LEVICKÁ, J. (2013). Spolupráce na makroúrovni sociální práce. In JANEBOVÁ, R. (ed). *Spolupráce v sociální práci – sborník z konference IX. Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus. s. 336–342. ISBN 978-80-7435-259-1.
- LOXLEY, A. (1997). *Collaboration in Health and Welfare: Working with Difference*. London: Jessica Kingsley Publishers, 117 p. ISBN 1-805302-394-9.
- NAKONEČNÝ, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: Nakladatelství Academia, 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NETTING, E. F., WILLIAMS, F. G. (1996). Case manager-physician collaboration: Implications for professional identity, roles and
- PAYNE, M. (2000). *Teamwork in Multiprofessional Care*. New York: Palgrave Macmillan, 268 p. ISBN 978-0-333-72977-9.
- PÁLENÍK, L. (2008). Druhy sociálneho správania. In KOLLÁRIK, T. a kol. *Sociálna psychológia*. Bratislava: Vydavateľstvo Univerzity Komenského, s. 384–403. ISBN 978-80-223-2479-3.
- REEVES, S. et al. (2010). *Interprofessional teamwork for health and social care*. Chichester: Wiley-Blackwell, 192 p. ISBN 978-1-4051-8191-4.

Vnímanie sociálnej opory osobami so zdravotným postihnutím

The perception of social support of persons with disabilities

Nadežda Kovalčíková²¹², Martina Šimková²¹³

Abstrakt

Vrodené alebo získané postihnutie výrazne zasahuje do života človeka a jeho rodiny a determinuje kvalitu života vo všetkých oblastiach. Dôsledky zdravotného postihnutia prinášajú mnohé obmedzenia, pri zvládaní ktorých je sociálna opora dôležitá. Človek so zdravotným postihnutím prirodzene očakáva pomoc, ktorú mu poskytnú rodinní príslušníci alebo iní členovia sociálnej siete hlavne vtedy, keď ju potrebuje z dôvodu prekonania záťažovej a problémovej situácie. V tomto prípade hovoríme o anticipovanej sociálnej opore, ktorú chápeme ako vnímanú sociálnu oporu. Príspevok prináša výsledky kvantitatívneho výskumu, ktorého cieľom bolo zmapovať vnímanú sociálnu oporu osôb so zdravotným postihnutím. Zber dát bol uskutočnený pomocou dotazníka MOS. Výsledky potvrdili signifikantné rozdiely vo vnímaní sociálnej opory vzhľadom k pohlaviu, veku, zamestnaneckému statusu a druhu zdravotného postihnutia. Výsledky preukázali pomerne vysoké hodnotenie vnímanej sociálnej opory vo všetkých dimenziách, zaujímavosťou je, že pri premenných prostredie (Zariadenie sociálnych služieb verzus prirodzené domáce prostredie) sa signifikantné rozdiely nepreukázali.

KLúčové slová: Zdravotné postihnutie. Sociálna opora.

Abstract

The congenital or acquired disability significantly affects life of a man and his/her family, and determines quality of life in all areas. The consequences of disability bring many limitations and managing thereof requires the social support. Naturally, a person with disability awaits assistance from the family members or other social network members especially when the assistance is needed to overcome a barrier or a trouble-making situation. In this case we talk about the anticipated social support that can be understood as the perceived social support. The contribution brings results of the quantitative research aimed at mapping of the perceived social support to the persons with disability. A MOS questionnaire was used to collect data. The results confirmed the significant differences in perceiving of the social support with respect to gender, age, employment status, and type of the disability. The results showed rather high review of the perceived social support in all dimensions; a point of interest is that no significant differences were reported in exchange of the environment (a social service facility versus natural home environment).

Keywords: Health disability. Social support.

1. Úvod

Repková (In Žiaková, 2005) definuje zdravotné postihnutie ako určité znevýhodnenie, ktoré má človek s dlhodobou alebo trvalou telesnou alebo duševnou poruchou v štandardne usporiadanom sociálnom prostredí a ktoré je potrebné minimalizovať intervenciami v rámci sociálnej politiky a práce. Vágnerová (2014), zdôrazňuje že v rámci zdravotného postihnutia nie je ovplyvnený len jeden orgánový systém, ale že postihnutie má vplyv na rozvoj osobnosti človeka s postihnutím a tiež na jeho sociálnu situáciu, a cez ňu vplyva i na jeho spoločenské postavenie. Na túto definíciu nadväzuje Šramatá (In J. Levická, A. Mrázová, 2004), ktorá tvrdí, že zdravotné postihnutie je spo-

212 Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave; e-mailová adresa: nadezda.kovalcikova@truni.sk; Tel.: +421335939407

213 Katedra sociálnej práce, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave; e-mailová adresa: martina.simkooa@tvu.sk.sk;

jené s obmedzenou schopnosťou vzdelávania, s obmedzenou pracovnou schopnosťou, zvýšenými nárokmi na zdravotnícku a sociálnu starostlivosť s podstatne zníženou kvalitou života. Svetová zdravotnícka organizácia uvádza, že postihnutie je čiastočné alebo úplné obmedzenie schopností vykonávať niektorú činnosť, či viac činností, ktoré sú spôsobené poruchou alebo dysfunkciou orgánu. (Bruthansová, Jeřábková, 2012) Autori sa zhodujú na skutočnosti, že zdravotné postihnutie a z neho vyplývajúce dôsledky konfrontujú osoby s celým radom problémov a prekážok, ktorých zvládanie je v niektorých situáciách náročnejšie a osoby s akýmkoľvek druhom postihnutia v určitých momentoch potrebujú aj vyššiu mieru podpory okolia – či už užšieho, alebo širšieho, neformálneho, ale aj formálneho. V tejto súvislosti sa čoraz viac používa pojem sociálna opora, ktorá patrí k dôležitým faktorom podieľajúcich sa na udržiavaní a stabilizovaní kvality života ľudí, ktorú zdravotné postihnutie môže, ale aj nemusí znížiť. Sociálnu oporu môžeme chápať ako podporu a pomoc, ktorú jediniec čerpá v rôznych situáciách, ktoré ale nie vždy musia byť záťažové, ale ide aj o bežné, každodenné momenty v živote, v ktorých sa ocitá. (Krpoun, 2012) Sociálnu oporu nachádzame vo vzťahoch v prostredí, (Hartl, Hartlová, 2000), v interpersonálnych interakciách k druhým osobám, skupinám, inštitúciám, ktoré tvoria dôležitý sociálny systém, prostredníctvom ktorého je jednotlivcovi prístupná sociálna opora – sociálny fond, z ktorého je v prípade potreby možné čerpať. (Šolcová, Kebza, 1999, Bendžalová, Vasil'ová) Sociálna opora je podstatným pilierom duševného zdravia, zvyšuje odolnosť voči stresu a zároveň podporuje snahu o prekonanie a zvládanie životných kríz. (Hartl, Hartlová, 2000) Podľa Doeglasa (1994) má sociálna opora dve dôležité funkcie: má priamy vplyv udržanie zdravia a pohody, na strane druhej má nepriamy vplyv na redukciu stresu a dopadu nepriaznivých životných udalostí.

2. Cieľ výskumu

Cieľom výskumu bolo zistiť mieru anticipovanej sociálnej opory u osôb so zdravotným postihnutím. Čiastkovými cieľmi boli zistiť mieru vnímanej sociálnej opory ľudí so zdravotným postihnutím vzhľadom na vek, pohlavie, zamestnanecký status, druh postihnutia a účasť v svojpomocných skupinách. Výskum sa týkal aj zistenia miery vnímanej sociálnej opory ľudí so zdravotným postihnutím vzhľadom na prostredie, v ktorom trvale žijú (domáce/prirodzené prostredie, alebo zariadenie sociálnych služieb).

3. Metodika výskumu a respondenti výskumu

Pre naplnenie cieľa sme sa rozhodli použiť štandardizovaný dotazník Social Support Survey – MOS, vyvinutá skupinou Rand and Medical Outcomes Study. Metóda je určená pre všeobecnú populáciu a je zameraná na zisťovanie sociálnej opory. Pomocou tejto metódy je zisťovaný subjektívny názor jednotlivca na jeho sociálne začlenenie. Pôvodný súbor 50-tich položiek bol zredukovaných na 19 otázok, ktoré zahŕňajú päť dimenzií sociálnej opory a to emocionálnu, informačnú, hmotnú, sociálnu interakciu a náklonnosť. Použili sme upravenú slovenskú verziu dotazníka, tú sme získali z českej verzie, ktorá obsahuje tri dimenzie, z nich praktická intervencia a emocionálna blízkosť zodpovedá faktorom Tangible Support a Affectionate Support americkej verzie, ale položky Positive Social Interaction a Emotional/Informational Support sú reprezentované v českej verzii dimenziou chápaná autorita – rozdelenie v dotazníku sociálnej opory – MOS: Vnitřní struktura nástroje podľa Koženého a Tišanskéj (2003).

Na výskume participovalo 200 respondentov – osôb so zdravotným postihnutím. Z celkového počtu respondentov bolo 53,5 % žien a 46,5 % mužov. Telesné postihnutie malo 42 % respondentov, kombinované postihnutie uviedlo 22 % respondentov, sluchové 16,5 %, 13,5 % má chronické postihnutie, zrakové 3 %, rečové postihnutie uviedli 2 % respondentov a najmenej osôb má duševné a mentálne postihnutie – 1 %. Najviac respondentov uviedlo, že žije v domácom/prirodzenom prostredí, a to 137 osôb (68,5 %) a v zariadení sociálnych služieb žije 63 respondentov (31,5 %).

4. Výsledky a diskusia

Sociálna opora je dôležitým komponentom života. Prítomnosť významných vzťahových osôb, ktorí sú zdrojom sociálnej opory, zabezpečuje pocit istoty nielen pri zvládaní choroby, v našom prípade zdravotného postihnutia (Dobříková, 2010) ale tí, ktorí disponujú silným systémom sociálnej opory sa javia aj lepšie vybavení k zvládnutiu závažných životných zmien, ale aj každodenných bežných problémov. (Křivohlavý, 2001) My sme v našom výskume zisťovali práve spokojnosť s anticipovanou sociálnou oporou, ktorá je chápaná ako pocit človeka, že je prijímaný druhými a vie, že sa má v prípade potreby na koho obrátiť. Ide vlastne o hodnotenie dosiahnuteľnosti pomoci. (Šolcová, Kebza, 1999) Vnímaná sociálna opora môže pomôcť k zvyšovaniu osobnej efektivity, ktorá následne posilňuje individuálnu zásobu prostriedkov k zvládaniu životných ťažkostí. (Pierce, Sarason et Sarason In: Křivohlavý, 2001)

Zistili sme, že v nami skúmanej vzorke má celková sociálna opora priemer 72,28, z celkovej možnej hodnoty 95. V rámci jednotlivých dimenzií boli výsledky pomerne vysoké, u chápacej autority 41,11, pričom celková možná hodnota bola 55. Emocionálna blízkosť mala priemer 15,26 a praktická intervencia 15,92, v oboch prípadoch bola celková možná hodnota 20. Z týchto výsledkov môžeme usúdiť, že miera vnímanej sociálnej opory ľuďmi so zdravotným postihnutím je vysoká, pretože od celkovej možnej hodnoty boli len malé odchýlky. Z odpovedí vyplýva pomerne vysoké hodnotenie vo všetkých otázkach, a pohybuje sa v rozmedzí 3,49 ako najnižšia priemerná hodnota, po 4,44 ako najvyššie priemerné hodnotenie. Najnižší priemer dosiahli otázky č. 3 a č. 13, teda ako často je k dispozícii niekto, kto Vám poradí v kritickej situácii a ako často je k dispozícii niekto, kto Vám pomôže zbaviť sa nepríjemných myšlienok. Tieto otázky patria do dimenzie chápacej autorita. Môžeme teda povedať, že niekto, kto jedincovi so zdravotným postihnutím poradí v kritickej situácii a niekto, kto mu pomôže zbaviť sa nepríjemných myšlienok je k dispozícii málokedy až niekedy. Najvyšší priemer (4,44) dosiahla otázka č. 1, teda ako často je k dispozícii niekto, kto Vám pomôže, keď ste pripútaný na lôžko. Táto otázka patrí do dimenzie praktická intervencia, a týka sa pomoci v prípade choroby, môžeme teda povedať, že niekto koho respondenti v prípade zdravotných problémov potrebujú je k dispozícii väčšinou alebo vždy. Najpočetnejšou odpoveďou na otázky bolo hodnotenie 5, teda že dosiahnuteľná podporujúca osoba, alebo osoby sú vždy k dispozícii, keď to jedinec so zdravotným postihnutím potrebuje.

Ako prvé sme zisťovali, či ľudia so zdravotným postihnutím, žijúci vo svojom prirodzenom prostredí vnímajú vyššiu mieru sociálnej opory ako tí, ktorí žijú v zariadení. Mann-Whitney U Test nám však nepreukázal signifikantné rozdiely ($Z = -0,197$, $p = 0,844$). Celková sociálna opora je u oboch skupín pomerne rovnaká, u ľudí, ktorí žijú v domácom/prirodzenom prostredí (hodnota 72,25), a v zariadení sociálnych služieb (72,35). Výsledky jednotlivých dimenzií sú nasledovné: chápacej autorita (domáce/prirodzené prostredie 41,16 a zariadenie sociálnych služieb 40,98), emocionálna blízkosť (domáce/prirodzené prostredie 15,90 a zariadenie sociálnych služieb 13,87) a pri dimenzii praktickej intervencie sú výsledné hodnoty (domáce/prirodzené prostredie 15,19 a zariadenie sociálnych služieb 17,49) V konkrétnych dimenziách sociálnej opory sme zistili menšie odchýlky, a to pri emocionálnej blízkosti, kde bola miera vnímanej sociálnej opory vyššia

u lidí žijících v domácim/prirodzenom prostredí a pri dimenzii praktická intervencia bola táto miera vyššia u ľudí žijúcich v zariadení sociálnych služieb. Je evidentné, že rodina podľa našich zistení vystupuje ako dôležitý zdroj hlavne emocionálnej podpory a zároveň sa stotožňujeme s tvrdením Davidekovej (In: Ondrušová a kol., 2009), že práve rodina je najsilnejším zdrojom sociálnej opory. Súhlasíme s Vágnerovou (2014), že akákoľvek vážna choroba nie je vecou len chorého človeka, ale vplýva na celú rodinu a jej život. Práve rodina je pre jej chorého člena sociálnou skupinou, ktorá mu pomáha, aby sociálna integrácia bola preňho dostupná a zvládnuteľná a taktiež mu poskytuje emočné zázemie a oporu. Naproti tomu sa nám potvrdilo, že inštitúcia je dôležitým zdrojom hlavne praktickej intervencie, inštrumentálnej pomoci. Křivohlavý (2001) ju charakterizuje ako konkrétnu, hmotnú pomoc napr. finančná pomoc, materiálna pomoc, vybavenie neodkladných záležitostí, ktoré klient nemôže sám urobiť a pod.

Ďalej sme zisťovali, či existujú rozdiely v anticipovanej sociálnej opore z hľadiska pohlavia. Mann-Whitney U test nám preukázal signifikantné rozdiely vo vnímaní celkovej sociálnej opory práve z hľadiska pohlavia. ($Z = -2,047$, $p = 0,041$) S týmto tvrdením sa stotožňuje aj Mareš (2001), ktorý tvrdí, že na anticipovanú sociálnu oporu má vplyv pohlavie, kedy ženy ľahšie získavajú sociálnu oporu a vedia ju aj ľahšie vyhľadať a nechcú byť v prípade problémov v izolácii. (Krpoun, 2012) Podobný názor majú Šolcová a Kebza (2003), ktorí uvádzajú, že ženy bývajú častejšie vyhľadávané ako poskytovateľky opory mužmi aj ženami. Porovnaním výsledkov oboch skupín respondentov sme zistili, že celková sociálna opora je u oboch pohlaví nasledovná: u žien (hodnota 74,07), a u mužov (70,22). Najväčšie rozdiely sme zaznamenali v miere vnímanej celkovej sociálnej opory, v dimenzii chápanúca autorita a praktická intervencia. Výsledky sú pri praktickej intervencii u žien 16,45 a u mužov 15,30. Pri emocionálnej opore sú výsledky pomerne rovnaké u oboch skupín, u žien 15,44 a u mužov 15,05. Pri dimenzii chápanúca autorita sú výsledné hodnoty u žien 42,19 a u mužov 39,86.

Zisťovali sme tiež, či existujú rozdiely v miere vnímanej sociálnej opory vzhľadom na vek. Kruskal-Wallis nám preukázal signifikantné rozdiely vo vnímaní celkovej sociálnej opory. ($H(5) = 26,204$, $p = 0,000$) Najnižšiu mieru sociálnej opory vnímajú respondenti vo veku 62 a viac rokov a rovnako veková kategória 48–61 rokov. Najvyššiu mieru sociálnej opory vnímajú respondenti vo vekovej kategórii 38–47 rokov, kde boli prevažne ľudia s rodinami a preto usudzujeme, že oporu mali v rodinných príslušníkoch. Na tento fakt nadväzuje Mareš (2001), ktorý hovorí, že na anticipovanú sociálnu oporu má vplyv vek, pretože s pribúdajúcim vekom majú jedinci viac problémov v sociálnych vzťahoch, pretože sa zmenšuje počet členov v ich sociálnych sieťach a zriedka nadväzujú nové vzťahy.

Ďalej nás v rámci výskumu zaujímalo, či existujú rozdiely v miere vnímanej sociálnej opory vzhľadom na zamestnanecký status. Kruskal-Wallis nám preukázal signifikantné rozdiely vo vnímaní celkovej sociálnej opory. ($H(5) = 151,431$, $p = 0,000$) Najväčšie rozdiely sa preukázali medzi zamestnanými, ktorí dosahovali najvyššiu mieru vnímanej sociálnej opory a nezamestnanými, ktorých miera vnímanej sociálnej opory bola najnižšia. Výsledok sa stotožňuje s tvrdením Mareša (2001), ktorý uvádza, že socioekonomický status, resp. povolanie má vplyv na anticipovanú sociálnu oporu. Súvisí to s tým, že s postupom v spoločenskom rebríčku narastá aj miera anticipovanej opory. Vágnerová (1999) tiež zdôrazňuje, že práca, pracovný kolektív poskytujú možnosť stať sa členom širšej skupiny, možnosť vytvoriť si vzťahy, z ktorých mnohé sa môžu stať zdrojom sociálnej opory.

Ako predpokladné nás zaujímalo fakt, či je miera vnímanej sociálnej opory vyššia u ľudí so zdravotným postihnutím, ktorí navštevujú svojpomocné skupiny ako u tých, ktorí svojpomocné skupiny nenavštevujú. Predpokladali sme, že sa tento fakt potvrdí, pretože aj Barker (2003) konštatuje, že svojpomocné skupiny sú dobrovoľníckymi združeniami, v ktorých ľudia zdieľajú totožné potreby alebo problémy a pravidelne sa stretávajú s cieľom vzájomnej podpory, výmeny infor-

mácií o aktivitách a zdrojoch, ktoré im pomôžu pri riešení ich situácie. Schavel a kol.(2010) tvrdia, že členovia svojpomocných skupín sú samostatnejší, majú k dispozícii viac sociálnych kontaktov ako ľudia nachádzajúci sa v obdobnej situácii, a tiež výskyt depresívnych stavov je menší. Prekvapil nás preto výsledok nášho výskumu, ktorý nepreukázal signifikantné rozdiely v miere vnímanej sociálnej opory vzhľadom na účasť v svojpomocných skupinách. ($Z = -0,902$, $p = 0,367$)

Ako posledné sme zisťovali, či existujú rozdiely v miere vnímanej sociálnej opory vzhľadom na druh postihnutia. Kruskal-Wallis Test preukázal signifikantné rozdiely v miere vnímanej celkovej sociálnej opory medzi respondentmi rôzneho druhu zdravotného postihnutia ($H(6) = 134,744$, $p = 0,000$). Porovnávali sme mieru sociálnej opory v jej dimenziách podľa druhu zdravotného postihnutia respondentov. Pri dimenzii chápania autorita bol najnižší výsledok 33,00 u respondentov s duševným a mentálnym postihnutím a najvyšší výsledok bol 52,17 u respondentov so zrakovým postihnutím. Emocionálna blízkosť mala najnižší výsledok 13,27 u ľudí so sluchovým postihnutím a najvyšší výsledok 18,83 u jedincov so zrakovým postihnutím. Dimenzia praktickej intervencie mala najnižší výsledok 12,42 u respondentov so sluchovým postihnutím a najvyšší výsledok 18,25 u respondentov s rečovým postihnutím. Ak porovnáme celkovú sociálnu oporu, najnižšiu hodnotu mali ľudia so sluchovým postihnutím a najvyššiu hodnotu mali respondenti so zrakovým postihnutím. Gušťaříková (2010) v tejto súvislosti konštatuje, že u ľudí so sluchovým postihnutím sa vyskytujú problémy predovšetkým v oblasti komunikácie a získavania informácií, ktoré následne narúšajú sociálne vzťahy. V dôsledku sluchového postihnutia vzniká komunikačná bariéra, ktorá pri sociálnej opore zohráva dôležitú úlohu.

Výskum potvrdil, že sociálna opora výrazne koreluje s vekom a pohlavím, tiež so zamestnaneckým statusom. Pre nás prekvapivé boli výsledky, ktoré nepotvrdili existenciu rozdielov vo vnímaní sociálnej opory z hľadiska miesta bývania (rodinné prostredie a zariadenie sociálnych služieb) a tiež konštatujeme neexistenciu rozdielov vo vnímaní sociálnej opory z hľadiska návštevy svojpomocných skupín.

Použitá literatúra:

BARKER, L. Robert. *The Social Work Dictionary*. Washington: DC: NASW, 2003. 493 p. ISBN 0-87101-355-X.

BENDŽALOVÁ, Katarína, VASILOVÁ, Katarína. *Vnímaná sociálna opora a spokojnosť so sociálnou sieťou u zamestnaných a nezamestnaných*. [online]. Dostupné na internete: <http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/23.pdf>

BRUTHANSOVÁ, Daniela, JEŘÁBKOVÁ, Věra. *Možnosti řešení sociálních důsledků zdravotního postižení: synergické efekty a bílá místa současné právní úpravy*. Praha: Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2012. ISBN 978-80-7416-103-2.

DOBRÍKOVÁ, Patricia, LEKÁROVÁ, Lucia. Sociálna opora a jej význam pre onkologicky chorých adolescentov. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*. [online]. 2010, roč. 3, č. 2, s.73–75. [cit. 2016-09-09]

Dostupné na internete: <http://www.solen.sk/pdf/1429a09b5a04ab60c092629be2df9a27.pdf>

DOUGLES, Dirk, SUURMEIJER, Theo, BOUDIEN, Krol,SANDERMAN, Robert et al, Social support, Social disability, and Psychological Well-Being in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis & Rheumatism*. Volume 7, Issue 1, s. 10–15, 1994

GUŠŤAŘÍKOVÁ, Klaudia. Manažment v poradenstve u klientov so sluchovým postihnutím. *TRENDY A NOVÉ VÝZVY V ŠPECIÁLNEJ PEDAGOGIKE*

Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie Bratislava: Univerzita Komenského v Bratislave, 2010. [online]. [cit. 2016-08-21] Dostupné na internete: <http://www.nepocujuci.sk/prispevky/gustafikova.pdf>.

HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X.

KOŽENÝ, J., TIŠANSKÁ, Lydie. Dotazník sociální opory – MOS: Vnitřní struktura nástroje, *Československá psychologie*. 2003, 47(2), 135-143. ISSN 0009-062X.

KŘIVOHLAVÝ, Jaroslav. *Psychologie zdraví*. Praha: Portal. 2001, 252 s. ISBN 80-7178-551-2.

KRPOUN, Zdeněk, Sociální opora: Shrnutí výzkumné činnosti v české a slovenské oblasti a inspirace do budoucnosti – nadané děti. *E-Psychologie, Elektronický časopis ČMPS* [online], 2012, roč. 6, č. 1, s. 42–50, [cit. 2016-08-28] Dostupné na internete: <http://e-psycholog.eu/pdf/krpoun.pdf>. ISSN 1802-8853.

MAREŠ, Jiří a kol, *Sociální opora u dětí a dospívajících*, Hradec Králové: Nucleus, 2001. 152 s. ISBN 80-86225-19-4.

LEVICKÁ, Jana, MRÁZOVÁ, Alžbeta. Úvod do sociální práce. Trnava: Fakulta zdravotnictva a sociální práce TU v Trnave, 2004. 124 s. ISBN 80-89104-35-5.

ONDRUŠOVÁ, Zlatica. a kol, *Základy sociální práce*. Brno: MSD, 2009. 144 s. ISBN 978-807392-109-5.

SCHAVEL, Milan. a kol, *Sociálna prevencia*. Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 267 s. ISBN: 978-80-89271-22-1.

ŠOLCOVÁ, Iva, KEBZA, Vladimír. Prediktory sociální opory u české populace. *Československá psychologie*, 2003, roč. 47, č. 3, s. 221–226. ISSN 0009-062X

ŠOLCOVÁ, Iva., KEBZA, Vladimír. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Československá psychologie*, 1999, roč.43, č.1, s.19-38. ISSN 0009-062X.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, s. r. o., 2014. 816 s. ISBN 978-80-262-0696-5.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese:variabilita a patologie lidské psychiky*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1999. 444 s. ISBN 80-7178-214-9

ŽIAKOVÁ, Eva. *Psychosociálne aspekty sociálnej práce*. Prešov – Akcent Print. 2005. 232 s. ISBN 80-969274-2-6.

Tento príspevok bol pripravený ako súčasť projektu APVV 14 – 0646 Analýza potrieb sociálnej služby v oblasti včasnej intervencie v podmienkach Slovenska.

Letný tábor pre rodiny s deťmi s muskulárnou dystrofiou ako špecifická sociálna služba

Summer camp for families with children with muscular dystrophy as a specific social service

Klaudia Vidová²¹⁴, Andrea Madunová²¹⁵, Miriam Slaná²¹⁶, Michaela Hromková²¹⁷

Abstrakt

Letný tábor pre rodiny s deťmi s muskulárnou dystrofiou predstavuje špecifickú sociálnu službu, ktorú na Slovensku každoročne organizuje Organizácia muskulárných dystrofikov. Deťom pri aktivitách a pri trávení voľného času pomáhajú dobrovoľníci – osobní asistenti a animátori, vďaka ktorým majú rodičia priestor pre oddych, vymieňanie skúseností, svojpomoc a vzájomnú podporu. Okrem toho je rodinám na táboroch poskytované sociálne poradenstvo a zúčastňuje sa ho taktiež psychológ, fyzioterapeut a arteterapeut. Cieľom nášho príspevku je poukázať na význam a prínos tejto služby pre rodiny s deťmi s muskulárnou dystrofiou, no taktiež prezentovať túto aktivitu ako príklad dobrej praxe, ktorá do veľkej miery prispieva ku zlepšovaniu kvality života týchto rodín.

Kľúčové slová: Muskulárna dystrofia. Letný tábor. Rodina. Postihnutie. Sociálna služba. Dobrovoľníctvo.

Abstract

A summer camp for families with kids suffering from muscular dystrophy represents a specific social service organized annually in Slovakia by the Organizácia muskulárných dystrofikov. Volunteers – personal assistants and animators help the kids in their activities and spending their spare time, which allows their parents to have some rest, sharing experience, self-help, and mutual support. In addition, the families in the camps are provided with the social counselling, and a psychologist, physiotherapist, and art-therapist attend the event. The contribution points out to the importance and benefits of this service for the families with kids suffering from the muscular dystrophy, as well as to present the activity as an example of good practice, which contributes to a large extent to improvement of quality of life of these families.

Keywords: Muscular dystrophy. Summer camp. Family. Disability. Social service. Volunteering.

Úvod

Situácia rodiny s dieťaťom s muskulárnou dystrofiou je neštandardná vo všetkých smeroch a pre všetkých členov rodiny. Ich život so sebou prináša mnoho prekážok, ktoré rodina musí každodenne prekonávať a ktoré často ovplyvnia nielen ich psychické prežívanie, ale aj celkové sociálne fungovanie. Existuje viacero sociálnych služieb, ktoré sú zamerané na pomoc rodinám s deťmi s postihnutím, sme však presvedčení, že je dôležité podporovať aj ďalšie činnosti, v ktorých sa rodinám dostane odbornej pomoci, ale zároveň aj pochopenia a ľudského zázemia. Jednou z týchto aktivít je letný tábor pre rodiny s deťmi s muskulárnou dystrofiou, pričom väčšina z týchto detí trpí jej najťažšou formou, ktorou je Duchenneova muskulárna dystrofia. Cieľom nášho príspevku je poukázať na význam a prínos tejto služby pre rodiny s deťmi s muskulárnou dystrofiou, no taktiež

214 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: klaudia.vidova@tvu.sk; Tel.: +421 33 5939 426

215 Organizácia muskulárných dystrofikov v SR, občianske združenie, Bratislava; e-mailová adresa: madunova@omdvrs.sk; Tel.: +421 948 046 671

216 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: miriam.slana@truni.sk; Tel.: +421 33 5939 446

217 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Katedra sociálnej práce; e-mailová adresa: michaela.hromkova@truni.sk; Tel.: +421 33 5939 446

prezentovať túto aktivitu ako príklad dobrej praxe, ktorá do veľkej miery prispieva ku zlepšovaniu kvality života týchto rodín.

1. Duchenneova muskulárna dystrofia

Muskulárne dystrofie patria medzi závažné progresívne nervovosvalové ochorenia, ktoré sú geneticky podmienené a postihujú rovnako mužov aj ženy bez rozdielu veku. Neexistuje štatistika, ktorá by uvádzala presný počet ľudí s týmito ochoreniami, no predpokladá sa, že na Slovensku môže žiť približne 5000 ľudí s nejakou formou nervovosvalového ochorenia (Organizácia muskulárnych dystrofikov, 2016).

Ochorenia, ktoré môžeme klasifikovať medzi muskulárne dystrofie, sú veľmi variabilné, manifestujú v rozdielnych etapách života, postihujú rozdielne svalové skupiny, vyznačujú sa rozdielnym priebehom progresie a obmedzujú rozdielne fyzické a zmyslové funkcie, no ich spoločným znakom je progresívne ubúdanie svalstva a strata fyzickej sily (Mercuri – Muntoni, 2013; Yeole et al., 2014). Zároveň tieto ochorenia vedú k čiastočnej alebo trvalej invalidite, a to práve následkom obmedzenia a straty schopnosti používania rúk, samostatnej chôdze a k s tým spojeným ďalším problémom, ktoré do veľkej miery ovplyvnia celý život človeka, a to od vnútorného prežívania, cez každodenné fungovanie, seberealizáciu, uplatnenie, medziľudské vzťahy až po celkovú kvalitu života, a to nielen jednotlivca s týmto ochorením, ale aj celej jeho rodiny. Medzi najzávažnejšie typy muskulárnych dystrofií patrí jednoznačne Duchenneova muskulárna dystrofia.

Duchenneova muskulárna dystrofia je ochorením, ktoré vzniká následkom mutácie génu lokalizovanom na chromozóme X, ktorý je zodpovedný za tvorbu bielkoviny dystrofin, ktorá je nevyhnutná pre správne fungovanie svalstva (Bednařík, 2004). Pri narodení sa toto ochorenie zvyčajne neprejavuje, pričom u väčšiny chlapcov je diagnostikované až okolo 5. roku, kedy sa ich fyzické schopnosti značne odlišujú od rovesníkov. Pôsobia nemotorne, často padajú, majú problémy s chôdzou, vstávaním zo zeme a behaním. Okolo 8. roku začína byť pre nich typická prirodzená kolísavá chôdza po špičkách, mení sa ich stabilita a držanie tela. Okolo 10. roku veku chlapci strácajú schopnosť samostatnej chôdze a začínajú byť odkázaní na používanie invalidného vozíka. V čase dospievania sa k ťažkostiam zvyčajne pridružujú aj respiračné a srdečné ťažkosti, ktoré spravidla vedú k potrebe pľúcnej ventilácie. Vo väčšine prípadov sa chlapci s týmto ochorením, ktoré v súčasnosti nie je vyliečiteľné, dožívajú maximálne okolo 20-25 rokov (Bushby et al. 2010; Organizácia muskulárnych dystrofikov, 2016).

2. Rodina s dieťaťom s Duchenneovou muskulárnou dystrofiou

Progresívny charakter a závažné fatálne dôsledky Duchenneovej muskulárnej dystrofie u dieťaťa vytvárajú v rodine špecifickú, psychicky náročnú situáciu predstavujúcu obrovskú záťaž. Vplyv ochorenia na rodinu je zvyčajne individuálny a závisí od viacerých faktorov, zvyčajne sa však tento vplyv prejaví v troch rovinách, na ktoré je dôležité prihliadať pri práci s rodinami, a ktoré môžeme vymedziť ako oblasť psychických dôsledkov, oblasť sociálnych dôsledkov a oblasť špecifických potrieb.

2.1 Oblasť psychických dôsledkov

Reakcia na vlastné postihnutie, alebo postihnutie dieťaťa a vyrovnávanie sa s ním je zložitým a psychicky náročným procesom, ktorý je často diskutovaný v kontexte modelu Kübler-Rossovej (2014), ktorý popisuje sled fáz začínajúcich *popieraním*, pokračujúcich *hnevom a agresiou*, *zjed-*

návaním, depesiou a v ideálnom prípade končiacich zmierením. Tento model je však iba orientačný, nie je jednoznačný pre každého človeka, ale je individuálny, má rozličný priebeh a závisí nie len od osobnosti konkrétneho človeka, ale aj od jeho prostredia a opory, ktorú mu poskytuje.

V prípade Duchenneovej dystrofie sú to práve rodičia, ktorí prežívajú šok z potvrdenia diagnózy, a ktorí najintenzívnejšie prechádzajú procesom vyrovnávania sa s dôsledkami ochorenia u dieťaťa. Na základe doterajších praktických skúseností konštatujeme, že tento typ ochorenia veľmi negatívne ovplyvňuje psychiku rodičov, pričom psychické prežívanie dieťaťa je taktiež špecifické, a to najmä z toho dôvodu, že dieťa v relatívne skorom veku začína mať ťažkosti (s chôdzou, vstávaním, padaním), ktorým síce spočiatku nemusí rozumieť, avšak začína vnímať svoju odlišnosť a s postupujúcou progresiou opakovane prežíva tzv. cykly strát, nakoľko tieto deti sú opakovane vystavované adaptácií na stratu niektorej z pohybových schopností alebo telesných funkcií. K závažným problémom taktiež prichádza v dôsledku prežívania fyzickej bolesti a v dôsledku uvedomovania si fatálneho dôsledku ochorenia. Oblasť psychických dôsledkov je preto oblasťou, ktorá sa týka celej rodiny dieťaťa s Duchenneovou muskulárnou dystrofiou.

2.2 Oblasť sociálnych dôsledkov

Dieťa postihnuté Duchenneovou muskulárnou dystrofiou sa postupne počas života stáva závislým na pomoci inej osoby, kompenzačných pomôckach a úpravách prostredia v ktorom žije a pohybuje sa, čo sa spravidla dotkne celej rodiny a ovplyvní taktiež jej vývoj a budúce smerovanie. Závažných problémov, s ktorými sa rodiny s dieťaťom s týmto ochorením stretávajú je veľmi veľa, pokúsime sa však priblížiť iba niektoré z nich.

Medzi závažné problémy, s ktorými sa stretávajú tieto rodiny patria napríklad nedostatočná prístupnosť fyzického prostredia a veľké množstvo architektonických bariér, ktoré sa týkajú či už dopravy, verejných budov alebo verejných priestranstiev, čo ovplyvňuje viaceré oblasti života, vrátane možnosti sebarealizácie, vzdelávania či celkovej účasti na spoločenskom živote.

Ďalším závažným sociálnym dôsledkom muskulárnych dystrofií závislosť na pomoci inej osoby, ktorá taktiež ovplyvňuje rodinné fungovanie a často dokonca mení role jednotlivých členov rodiny. Na jednej strane síce starostlivosť o dieťa alebo iného člena rodiny môže posilňovať súdržnosť rodiny, no na druhej strane môže byť zdrojom záťaž a napätia, a to či už medzi manželmi, alebo medzi rodičmi a dieťaťom. V prípade rodín, ktoré sa starajú o dieťa s postihnutím, zvyčajne jeden z rodičov (najčastejšie matka) preberá celodennú starostlivosť o dieťa, pričom v týchto rodinách môže nastať niekoľko problémových situácií, ako sú napríklad strata trvalého príjmu opatrujúceho rodiča, nadmerné koncentrovanie pozornosti na dieťa s postihnutím, a to na úkor fyzického a psychického zdravia rodiča, manželského vzťahu rodičov či na úkor potrieb zdravých súrodencov.

Rovnako závažným sociálnym dôsledkom ochorenia je riziko sociálneho vylúčenia a obmedzenosti medziľudských vzťahov (Vash – Crewe, 2004). Celkový postoj laickej verejnosti voči ľuďom s postihnutím máva zvyčajne charakter rôznych predsudkov a stereotypov, pričom často býva následkom práve nedostatočnej informovanosti a nedostatku kontaktu majority s ľuďmi s postihnutím

2.3 Oblasť špecifických potrieb

Vzhľadom ku celkovému charakteru ochorenia, akým je Duchenneova muskulárna dystrofia, je podľa nášho názoru nevyhnutné venovať pozornosť špecifickým potrebám týchto rodín, a následne na ich základe týmto rodinám poskytovať potrebnú pomoc a služby. Potreby každej rodiny, avšak medzi spoločné potreby týchto rodín podľa nášho názoru patria:

- **potreba informácií** (o ochorení, prognóze, možnostiach liečby, možnostiach pomoci a podpory, dostupných službách a nárokovateľných dávkach)
- **potreba materiálnych zdrojov** (vzhľadom ku ekonomickej záťaži a zvýšeným výdavkom napríklad na zdravotnú starostlivosť, vybavenie domácnosti alebo dopravu)
- **potreba pomoci pri starostlivosti** (vzhľadom ku riziku psychického preťaženia a vyhorenia; potreba dopĺňania neformálnej starostlivosti profesionálnou starostlivosťou, napr. osobnými asistentmi, profesionálnymi opatrovateľmi, odľahčovacou službou)
- **potreba sociálnej opory** (potreba aktívnej podpory a spoluúčasti pri riešení záťažovej situácie, poskytovaná rodinou, príbuznými, priateľmi, známymi či profesionálmi; význam kontaktu s ľuďmi s podobnými problémami, v rámci individuálneho vzájomného kontaktu, alebo v rámci svojpomocných skupín či občianskych združení)
- **potreba posilňovania copingových stratégií** (ktoré sú dôležitým faktorom pri zabezpečovaní rovnováhy medzi prežívanými ťažkosťami a úrovňou pohody alebo distresu)
- **potreba interdisciplinárneho prístupu** (v rámci case managementu, alebo tzv. koordinovanej rehabilitácie, ktorá je podľa Novosada (2009) komplexom liečebnej, sociálnej, pracovnej, pedagogickej, technickej, technologickej, ekonomickej a právnej rehabilitácie, ktorých jednotlivé polia pôsobnosti do seba často vzájomne presahujú a ich spoločným znakom je, že majú za cieľ pomôcť osobe s postihnutím a jej rodine minimalizovať, kompenzovať alebo odstrániť postihnutím dotknuté oblasti života)

3. Letný tábor pre rodiny s deťmi s deťmi s muskulárnou dystrofiou

Organizácia muskulárnych dystrofikov každoročne usporadúva pre svojich členov množstvo aktivít a integračných pobytov, medzi ktoré patria aj letné tábory, ktoré sú určené pre rodiny s deťmi so svalovou dystrofiou. Cieľom týchto táborov je, nadväzujúc na špecifické potreby detí a ich rodičov, vytvoriť zázemie pre odbornú pomoc, poradenstvo, no taktiež pre oddych a rekreáciu.

Ako uvádza Organizácia muskulárnych dystrofikov (2016), nakoľko sa deti nemôžu zúčastniť bežných detských táborov, tento tábor je jedinou možnosťou, ako môžu deti aktívne stráviť leto v spoločnosti rovesníkov s rovnakým postihnutím, a to v bezpečnom a prispôsobenom prostredí. Deťom je pripravený animačný program, ktorý je prispôsobený ich fyzickým limitom. Navyše každé dieťa má počas celého týždňa prideleného svojho osobného asistenta/osobnú asistentku, ktorý/ktorá mu pomáha pri aktivitách. Do programu sú zapojení aj súrodenci detí.

Táborov sa deti zúčastňujú spolu s rodičmi, pričom cieľom organizácie je pomôcť rodičom s prijatím faktu, že ich dieťa má toto závažné ochorenie, sprostredkovať im čo najviac dostupných informácií, či už o ochorení, možnostiach liečby či kompenzácií dôsledkov ochorenia, no taktiež vzdelávať rodičov, či už v oblasti sociálnej pomoci, domácej fyzioterapie, zdravotnej starostlivosti či psychologической podpory. Na táboroch rodičia zároveň vytvárajú svojpomocnú skupinu, s cieľom vzájomnej opory a kontaktovania počas celého roka. Tieto letné stretnutia sú však taktiež príležitosťou pre rozvíjanie sociálnych a komunikačných zručností všetkých účastníkov (Organizácia muskulárnych dystrofikov, 2016).

Organizácia muskulárnych dystrofikov zabezpečuje každý zo svojich pobytov a táborov tak, aby zodpovedali aktuálnym potrebám detí a rodín. Preto naň každoročne zároveň prizýva odborníkov z viacerých oblastí, ako napríklad psychológa, arteterapeuta, fyzioterapeuta, maséra, no taktiež poradcov z konkrétnych oblastí prispievajúcich ku zlepšovaniu kvality života rodín.

Tábory sú financované predovšetkým z verejných zbierok a sponzorských príspevkov, pričom rodiny za pobyt platia iba minimálny príspevok, čím sa tento tábor stáva prístupným pre všetky rodiny, bez ohľadu na ich ekonomickú situáciu.

Záver

Letné tábory pre rodiny s dieťaťom s muskulárnou dystrofiou môžeme pokladať za špecifickú sociálnu službu, ktorá má za cieľ prispievať ku zvyšovaniu kvality života detí i rodín, poskytovať priestor pre svojpomoc, rozvíjať copingové stratégie a vzdelávať rodičov vo viacerých oblastiach starostlivosti o dieťa s ťažkým zdravotným postihnutím. Zároveň však prispieva k celkovému rozvoju dieťaťa, k vytváraniu sociálnych väzieb a k zlepšovaniu jeho komunikačných zručností. Vzhľadom k tomu, že okrem aktivít, ktoré priamo nadväzujú na potreby jednotlivých rodín, tábor pre rodičov znamená oddych od každodennej rutiny a starostí a pre deti vytvára zážitky, pri ktorých sa môžu cítiť takmer rovnako ako zdravé deti, pokladáme túto aktivitu za príklad dobrej praxe, ktoré môže byť inšpiráciou či už pre ďalšie organizácie pracujúce s osobami s postihnutím, pre rodičov, ktorí majú dieťa s postihnutím, no taktiež pre študentov, ktorí majú možnosť stať sa dobrovoľníkmi – osobnými asistentmi detí.

Afilácia

Príspevok vznikol v rámci projektu APVV-14-0646, Analýza potrieb sociálnej služby v oblasti včasnej intervencie v podmienkach Slovenska

Zoznam citovanej literatúry

BEDNAŘÍK, Josef. Svalové dystrofie. In *Neurológia pre prax*, 2004, roč. 5, č. 3, s. 136–140. ISSN 1337-4451.

BUSHBY, Katherine et al. *Diagnostika a péče u Duchennovy svalové dystrofie*. [online]. 2010. [cit. 2016.10.09.] Dostupné z: <http://www.parentproject.cz/onas/2011/data/dpdsd-2011.pdf>

MERCURI, Eugenio a Francesco MUNTONI. Muscular dystrophies. In *The Lancet*, 2013, vol. 381, no. 9869, p. 845–860. ISSN 0140 – 6736

NOVOSAD, Libor. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. 2009. ISBN 978-80-7367-509-7.

ORGANIZÁCIA MUSKULÁRNYCH DYSTROFIKOV V SR. *Duchennova svalová dystrofia*. [online]. 2016. [cit. 2016.10.09.] Dostupné z: <http://www.omdvrs.sk/index.php/duchennova-svalova-dystrofia/dmd-bmd.html>

ORGANIZÁCIA MUSKULÁRNYCH DYSTROFIKOV V SR. *Letné tábory Organizácie muskulárnych dystrofikov v SR*. [online]. 2016. [cit. 2016.10.09.] Dostupné z: <http://www.omdvrs.sk/index.php/90-kat-aktuality/475-letne-tabory-omd-v-sr-2016.html>

VASH, Carolyn L. a Nancy M. CREWE. *Psychology of disability*. 2nd edition. New York: Springer, 2004. ISBN 0-8261-3342-8.

YEOLE, Manjusha P. et al. Muscular Dystrophy. In *Research Journal of Pharmacy and Technology*, 2014, vol. 7, no. 5, p. 618–620. ISSN 0974 – 3618.

Podpora samostatného rozhodování

Možnosti motivačního rozhovoru při podpoře samostatného rozhodování klienta

The possibilities of the motivational interviewing during supporting of client's individual decision making

Martin Dlabal²¹⁸

Abstrakt

Motivační rozhovor (MR) je využíván v rozličných situacích, v nichž pomáhající profesionálové podporují samostatné rozhodování klienta ohledně probírané problematiky. Během rozhovoru pomáhající probírá s klientem jeho ambivalenci k uskutečnění změny a identifikuje a rozvíjí jeho vnitřní motivaci, přičemž rozhovor je vždy veden v duchu respektu ke klientovi jako jedinečné a autonomní bytosti. Výsledkem MR je samostatné rozhodnutí klienta, zda a jakým způsobem se postaví k daným skutečnostem. Pomáhající mu přitom vyjadřuje porozumění a podporu, ať se již klient rozhodne v dané chvíli jakkoliv.

Záměrem této práce je vyložit základní principy a komunikační dovednosti MR a stručně ilustrovat možnosti jejich využití při práci pomáhajícího profesionála.

Klíčová slova: Motivační rozhovor. Komunikační dovednosti. Rozhodování.

Abstract

A motivation interview (MI) is used in various situations where the assisting professionals support the independent decision-making of a client related to the problems in question. In the course of the interview the assisting person discuss with the client about his/her ambivalence to making a change, and identifies and develops his/her inner motivation, wherein the interview is always kept with respect to the client as unique and autonomous human being. The result of the MR is an independent decision of the client whether and how he/she will face the reality. In doing so, the assisting person expresses understanding and support whatever the client's decision it is. The intention of the contribution is to explain the basic principles and communication skills of MR, and illustrate briefly the possibilities for their use for work of the assisting professional.

Keywords: Motivation interview. Communication skills. Decision making.

1. Teoretická východiska motivačního rozhovoru

MR byl původně vytvořen pro potřeby léčby pacientů trpících závislostí na alkoholu. Tvůrci Miller a Rollnick zaznamenali, že tradiční poradenství nemá vyšší léčebný efekt než předání klientovi příručky jak zvládat závislost. Miller a Rollnick postupně došli k závěru, že nízká úspěšnost poradenství vychází do určité míry z asymetricky vedeného způsobu konverzace a z neshody mezi pomáhajícím pracovníkem a jeho klientem o probírané problematice.

Pomáhající pracovník má tendenci kriticky ohodnotit stav klienta a předložit mu již zformulovaný způsob řešení. Tuto tendenci tvůrci MR nazvali „rightnig reflex“. Klient však většinou snižuje závažnost potíží a poukazuje na odlišná hlediska problematiky, která jsou podle něj potřeba řešit. Tendence pomáhajícího ohodnotit a nabídnout řešení způsobuje u klienta spíše než ochotu spolupracovat defenzivní postoj. Klient začíná na svoji obhajobu vytvářet argumenty, jež poukazují na nemožnost uskutečnit změnu podle představ pomáhajícího. Vzniklý spor a následná klientova obhajoba aktuálního stavu snižuje jeho úsilí zahájit a udržovat změnu.

218 Katedra psychologie, PF UJEP; martin.dlabal@ujep.cz; +420 475 282 286

Místo asymetricky dominantního způsobu konverzace by pomáhající podle MR měl doprovázet klienta při prozkoumávání jeho ambivalence k uskutečnění rozhodnutí o změně chování. Rozhovor by měl být vždy veden v respektující atmosféře a měl by vycházet z níže uvedených principů MR, jež zahrnují vyjadřování empatie, zdůraznění rozporu mezi současným stavem a přáním klienta, vyhýbání se sporům, nezpochybňování výhrad a podporu sebevědomí klienta. Způsob vedení rozhovoru a využívání základních komunikačních dovedností se však může měnit podle fáze, ve které se klient ve vztahu ke změně nachází.

V této práci bude vyložen tzv. duch spolupráce, ve kterém by měl rozhovor probíhat, dále základní principy MR a komunikační dovednosti pomáhajícího. V závěru budou probírány možné formulace použité v jazyce klienta a jejich vztah k rozhodování o změně.

1.1 Atmosféra motivačního rozhovoru

Rozhovor by měl být vždy veden v atmosféře respektu a podpory prospěchu klienta. Bez takového vztahového rámce by se MR mohl stát jen další strategickou manipulací, kterou pomáhající směřuje klienta k „vhodnému“ rozhodnutí. Navození příslušné atmosféry se opírá o čtyři propojené elementy, a to partnerství, soucítění, přijetí a evokaci.

Pomáhající pracovník přistupuje ke klientovi jako k partnerovi, který je odborníkem na žití svého života. Pomáhající bez klienta nedokáže uskutečnit žádnou změnu. Klient totiž v praxi rozhoduje sám o zahájení a následném udržování změny. Pomáhající tak může „jen“ z pohledu své expertízy nabízet rozhovor o možnostech smysluplné spolupráce než vybízet k nějakému rozhodnutí, resp. ke změně chování.

Pomáhající přijímá klienta jako jedinečnou a autonomní bytost. Pomáhající respektuje, že klient je ten, který rozhoduje, jestli a jakým směrem se vydá. Klient je i ten, kdo za toto rozhodnutí a jeho následné provedení ponese odpovědnost. Rozhodnutí nepochybně vzniká i na základě zkušenosti, již si klient osvojuje během rozhovoru s pomáhajícím. Pomáhající pracovník ovlivňuje stanovisko klienta svým uvažováním a hodnocením dané problematiky. Své úvahy by proto měl předkládat neutrálním způsobem výhradně jako nabídku do diskuze.

Soucítění znamená mít na zřeteli prvotně a výhradně klientův užitek. Jestliže pomáhající pracuje pro instituci, která chce ovlivnit rozhodování klienta na základě svého hodnotového systému, měl by si tuto skutečnost uvědomit a také ji v rozhovoru reflektovat. Soucítění totiž vymezuje pomáhajícího od zaškoleného prodejce jakéhokoliv produktu. Pomáhající respektuje rozhodnutí klienta, ať je jakékoliv.

Klient má samozřejmě množství vlastních motivů, schopností a dovedností, které může využít jako základ pro své rozhodování, resp. k uskutečnění změny. Pomáhající se proto potřebuje zorientovat v klientových motivech a schopnostech. Tyto vnitřní zdroje může poté v rozhovoru dále s klientem rozvíjet. Pro klienta je obvykle snadnější a přijatelnější využít své vlastní silné stránky než se učit něčemu zcela novému.

1.2 Základní principy motivačního rozhovoru

MR vychází ze souboru principů, které napomáhají směřovat konverzaci k prozkoumání ambivalence ke změně. Jedním z výsledků takto vedeného rozhovoru je i vlastní rozhodnutí klienta, zda zahájit kroky ke změně či nikoliv. Mezi základní principy patří: vyjadřování empatie, zdůraznění rozporu mezi současným stavem a přáním klienta, vyhýbání se sporům, nezpochybňování výhrad klienta, podpora sebevědomí klienta (Emmons, Rollnick, 2001: 70).

Vyjádřování empatie

Empatie představuje schopnost vidět a chápat svět z hlediska druhého. Pomáhajícímu empatie umožňuje lépe se zorientovat v klientových aktuálních potřebách, motivech a hodnotách. Pro vlastní vyjádření empatie doporučují autoři MR využít v reflexích vlastní řeč klienta. Klient pak spíše získá pocit, že mu pomáhající rozumí a následně má i větší tendenci pokračovat v probírání a řešení svých témat.

Zdůraznění rozporu mezi současným stavem a přáním klienta

Motivace ke změně podle MR vzniká, jestliže si klient uvědomí rozpor mezi svým cílem a aktuálním stavem. Pomáhající by proto měl tento rozpor srozumitelně pojmenovat a postupně v rozhovoru rozvinout nesoulad mezi tím, co v dané chvíli klient dělá, a tím, čeho chce dosáhnout. Pojmenování rozporu musí být sděleno vždy neutrálním tónem bez ironie, poučování či výčitek.

Vyhýbání se sporům

Pomáhající by se měl vyhýbat jakékoliv formě konfliktu s klientem, protože ten nepřímou ohrožuje vzájemný pracovní vztah. Podle MR se proto má vyhýbat rightining reflexu, tzn., že nesoudí, nekritizuje, nemoralizuje, nenařizuje, nepřesvědčuje a neposkytuje bez souhlasu klienta řešení. Problematiku probírá akceptujícím a konstruktivním způsobem.

Nezpochybňování výhrad klienta

Ambivalence ke změně je obvyklá součástí procesu uvažování o potenciálních pro a proti. V případě, že klient projeví výhrady nebo dokonce prezentuje argumenty proti uskutečnění změny, pomáhající jeho připomínky nezpochybňuje, ale zahrne je do rozhovoru. Klient poté již tyto výhrady nemusí obhajovat a zvyrazňovat. Pomáhající se může i postavit na stranu argumentů klienta. Klient se tak dostane dokonce do role toho, který místo oponování sám hledá alternativní pohledy či možnosti řešení.

Podpora sebevědomí

Uvědomění si rozporu mezi požadovanými cíli a aktuálním jednáním neznamená však samo o sobě, že se klient rozhodne něco změnit. Reálné rozhodnutí závisí na víře klienta, že změnu dokáže uskutečnit. Pomáhající proto podporuje klienta ve víře v sebe sama. Tato podpora se orientuje na identifikování a posílení vlastních schopností a dovedností klienta, které mu mohou usnadnit realizaci změny.

1.3 Základní komunikační dovednosti

Na průběh interakce mají podstatný vliv tzv. jádrové komunikační dovednosti, a to reflektující naslouchání, kladení otevřených otázek, přijetí, shrnutí a podávání informací. Tyto komunikační dovednosti směřují interakci k bezpečnému sebevyjádření klienta a k smysluplnému prozkoumávání probírané problematiky.

Reflektující naslouchání

Reflektující naslouchání je účinná komunikační dovednost umožňující co nejpřesněji porozumět klientovu sdělení. V podstatě se jedná o zaznamenání a stručně přeformulování klientova prohlášení.

Reflexe nekritickou formou ověřuje, zda pomáhající přiměřeně chápe význam klientova sdělení. Klient totiž může reflexi pomáhajícího následně upravit anebo pokračovat ve svém sdělení. Reflexe také přispívá k vyhnutí se mnohým komunikačním překážkám, jež mohou narušit plynu-

lé sebevyjádření klienta. Mezi tyto překážky obzvláště patří již zmiňovaný rightning reflex, jež u klienta může způsobit pocit tlaku a nejistoty. Tento pocit samozřejmě nepodporuje samostatné rozhodnutí. Při formulaci reflexe se proto dává přednost výroku před otázkou. Tvrzení méně často než otázka podněcuje obranné argumenty a další prozkoumávání tématu.

Podle MR je prospěšné, když klient slyší a může dále rozvíjet svoje slova vyřčená jinou významnou osobou ve smysluplně vedeném rozhovoru, zvláště když sám mluví o potřebě nějakého rozhodnutí či změny, tzv. „change talk“. „Říkáte, že máte zkušenost s hledáním a dokonce nalézáním zaměstnání přes internetové inzeráty.“

Reflektující naslouchání může však být i aktivní proces, při kterém pomáhající má možnost určit, co ze sděleného v reflexi zdůrazní či nikoliv. Slyší-li například klientův výrok „Při těžší práci nemůžu vůbec dýchat“, může toto sdělení zjemnit: „Takže při náročnější pracovní zátěži se vám hůře dýchá.“ Tato reflexe umožňuje klientovi pokračovat v rozhovoru s pocitem, že pomáhající mu naslouchá a je rovněž na jeho straně. Reflexe současně neklade překážku konverzaci o věnování se lehčím pracovním aktivitám.

Kladení otevřených otázek

Další komunikační dovedností je kladení otevřených otázek. Podle MR se při kladení otevřených otázek otevírají či alespoň neuzavírají dveře určitým směrem. Otázky je proto nutné formulovat raději v pozitivním tvaru: „Co potřebujete, abyste to zvládli?“ Negativně zformulovaná otázka: „Co vám brání?“ by mohla vést až k nekonečnému hledání překážek a podporovala by rezignovanost spíše než odhodlanost. Pozitivní zjišťovací otázky: „Jak to klient dělá, že to funguje alespoň takto?“ „Co ještě potřebuje udělat, aby se to posunulo podle jeho přání?“ mají naopak spíše účinek povzbuzující a mobilizující.

V případech, že klient v počátku setkání vyslovuje negativní postoje vůči jakékoliv změně, je lepší využít otázky, které mapují klientovu kapacitu zdolávat aktuální situaci, např. „Co vám pomáhá, že to zvládáte alespoň takhle?“ nebo „Co vám pomáhá, že jste schopný i přesto tam zase jít?“ Pomáhající se tak stává tím, kdo podporuje klienta v prozkoumávání jeho zdrojů či schopností. Dobrá otázka však není ještě základ úspěchu, důležitější je její načasování. Pomáhající by proto měl před kladením otázek, které se např. dotazují na rozhodnutí či plány o provedení změny zaregistrovat, že klient je již připraven na tuto fázi a využívá rozhovoru „change talk“.

Přijetí

Přijetí zahrnuje podporu, povzbuzení nebo rozpoznání a zvýraznění pozitiv v prohlášení klienta. Napomáhá vytvořit a udržovat terapeuticko-pracovní vztah. Lidé raději tráví čas s těmi, kteří si na nich dokáží všimnout nějakých kladů a v rozhovoru je potvrdit. Navíc vyjádřená pozitivita přijímá klient do určité míry za součást sebe sama, což samozřejmě zvyšuje jeho sebevědomí a víru v příznivý výsledek.

Pomáhající by však měl zvýrazňovat pouze pozitivita, která souvisí s již konkrétně vynaloženým úsilím či činností. Vychází-li totiž z již uskutečněných činů, klient jej vnímá jako toho, kdo jej se zájmem poslouchá a rozpoznává smysluplnost v jeho konání. Navíc dané jednání skutečně proběhlo, takže klient sdělení může přijmout jako objektivní záznam svého úsilí, schopností či dovedností. Projevuje-li však pomáhající důvěru na podkladě víry, že to klient určitě zvládne, dostává se spíše do pastí protiargumentů, které klient jistě může nabídnout.

Pomáhající si může uznání i připravit. Může se totiž klienta zeptat na jeho úsilí či jakékoliv dosavadní pokroky. Tuto skutečnost lze poté náležitě ocenit „Říkáte, že jste minulý rok zvládal chodit na částečný úvazek do zaměstnání. To jste dobrý. Jak jste to tehdy dělal, že jste to dokázal zvládat více než dva měsíce?“

Shrnutí

Shrnutí je soubor reflexí, které spojují vše zásadní, co klient k určitému tématu sdělil. Pomáhající pracovník ve shrnutí může zdůraznit nebo propojit vše podstatné nebo to, co podle něj klienta povzbudí či podpoří v jeho rozhodování. Patrně více motivující se jeví zmínit vše, co klient sdělil pozitivního ohledně změny. Opodstatněné je však zmínit i některé důvody klientova zdráhání či nerozhodnosti. Klient poté již nemusí argumenty proti změně znovu předkládat. Shrnutí klienta také udržuje u daného tématu, ke kterému může ještě něco doplnit nebo pokročit v rozhovoru dále určitým směrem.

Klient například sdělil, že od posledního setkání toho i přes vyvinutou snahu moc pro hledání nového zaměstnání neudělal, že vlastně zašel bez úspěchu jen na jeden pohovor. Podle něj se ani nikam kvůli dvoudenní ledovce a svátkům jít nedalo. Navíc se musel starat o otce, jemuž se zhoršil zdravotní stav. Pomáhající profesionál se nejdříve může připojit k závažnému tématu zdraví otce a poté shrnout další informace se výraznějším dosažených pokroků: „Řikáte, že jste se musel starat o vašeho otce. A také, že jste i přes špatné počasí měl snahu a dokonce jednoho zaměstnavatele kontaktoval. Dobře.“ Klient má možnost v daném sdělení zaznamenat, že pomáhající jej poslouchá a navíc dokáže pojmenovat i dosažený úspěch. Takové shrnutí neklade výraznější překážku k pokračování konverzace o věnování se dalšímu rozhovoru o spolupráci ohledně hledání zaměstnání.

Předávání informací

Klient zpravidla očekává, že mu pomáhající profesionál poskytne informace či rady vycházející z jeho expertízy a zkušeností. Ale klient sám o sobě má nepřeborné množství podnětných informací ohledně probírané problematiky. Pomáhající by proto měl klientovi dát prostor, aby vyjádřil vše, co ho zajímá, co již o problematice ví a co od pomáhajícího požaduje. Teprve pak může pracovník začít poskytovat informace, které klienta přímo zajímají, anebo jako nabídku do diskuze.

Při předávání informací či rad je potřeba minimalizovat tlak na jejich přijetí. Pomáhající by neměl podsouvat, jakým způsobem má být informace hodnocena. Klient se tak spíše může samostatně rozhodnout, zda informaci přijme a bude ji dále prozkoumávat a rozvíjet. Pomáhající se tím také vyhne eventuální neshodě s klientem. V mnohých případech stejně nelze říci, které rozhodnutí je pro klienta skutečně to nejlepší, například, jestli má klient zůstat ve vztahu s konfliktním partnerem či nikoliv.

Vlastní proces předávání informací zahrnuje tři kroky. Tyto kroky lze znázornit schématem: získávání informací – poskytování informací – získávání informací. Nejprve pomáhající se svolením klienta informace získává. Pomáhající může zjišťovat, co všechno již o problematice klient ví, dále co všechno již vyzkoušel a co by o dané problematice chtěl ještě vědět, např. „Jestli se mohu zeptat, jakým způsobem jste již zkoušel zaměstnání hledat?“ Při poskytování informací dostává přednost to, co klienta nejvíce zajímá. Lze také doplnit, samozřejmě se svolením klienta, další informace například o zkušenostech jiných lidí: „Jestli mohu sdělit zkušenost z minulého roku, tak některým lidem se osvědčilo,... a jiným spíše...“. Ve třetím kroku si pomáhající ověřuje, jak klient informace hodnotí. Buď se lze přímo zeptat anebo reflektovat klientovu reakci.

1.4 Fáze změny

Miller a Rollnick chápou změnu jako proces opatrného procházení krajinou ambivalence směrem k požadovanému cíli. Toto procházení má podle nich základní dvě fáze. První fáze zahrnuje budování motivace k rozhodnutí, resp. ke změně a druhá posilování této motivace.

Tvůrci MR spojují proces změny se změnami v řeči klienta. V případě, že klient neuvažuje o změně, zpravidla argumentuje ve prospěchu status quo, tzv. sustain talk. Tento typ řeči zahrnuje výroky o nemožnosti či nechuti změnu uskutečnit. Ve fázi budování motivace k rozhodnutí o změně klient více

využívá řeč, která zahrnuje rozvažování či vyjadřování přání uskutečnit změnu, tzv. preparatory talk. Obvyklá je i řeč, která vyvažuje pocit ambivalence a argumentuje ve prospěch aktuálního stavu. Ve fázi posilování motivace ke změně klient využívá spíše change talk, která argumentuje ve prospěch změny. V případě rozhodnutí klienta změnu uskutečnit se v řeči objevují sebemotivující výroky a vyjádření závazku ke změně. Pomáhající pracovník se podle typu klientových výroků může orientovat o aktuálním postoji klienta ke změně a následně klientovy výroky v rozhovoru reflektovat nebo dále rozvíjet.

Využití výše zmíněného lineárního modelu má však zjevné meze. Proces změny se totiž jeví spíše cirkulárního než lineárního charakteru. Miller a Rollnick proto navrhuji svůj model propojit s cyklickými fázemi transteoretického modelu změny (Prochaska, DiClemente, 1982), který rozlišuje šest fází: prekontemplace, kontemplace, rozhodnutí, akce, udržování, relaps.

Prekontemplace

V této fázi si klient ještě není plně vědom, že by se jej určitý problém týkal. Proto také není motivován něco měnit. Problém však zpravidla registrují osoby z jeho nejbližšího okolí, jež mají tendenci jedince kritizovat, poučovat nebo přesvědčovat o potřebě změny či řešení. Tato tendence, jak již bylo zmíněno, vede jedince spíše k obrannému postoji.

Úkolem pomáhající, jestliže se k němu klient obvykle pod tlakem okolí dostane již v této fázi, je vytvořit a udržovat kvalitní pracovní vztah. Spíše než přesvědčovat by měl pomáhající vést rozhovor o klientově vlastním vnímání situace. Dotaz na jeho vlastní pohled na situaci je vyjádřením zájmu a respektu. Teprve poté pomáhající může nabídnout své úvahy, samozřejmě až po souhlasu klienta, do diskuze. Obvykle shrne vše, co zaznělo a může pojmenovat rozpor mezi tím, co klient či jeho okolí chce, a tím, jaký je aktuální stav. Klient se následně může buď připojit k řečenému anebo pokračovat v objasňování svého pohledu na situaci.

Kontemplace

V této fázi si klient začíná uvědomovat, že určitý problém má. Uvědomění si problému však ještě neznamená rozhodnutí o uskutečnění změny. Klient si totiž rovněž uvědomuje všechny případné překážky, které v uskutečnění změny brání. Důležité je zmínit, že uvažování o všech významných pro a proti, která se vztahují ke změně, je normální krok na cestě k samostatnému rozhodnutí.

Pomáhající by neměl na klienta spěchat. Jestliže bude argumentovat ve prospěch změny, klient začne mít snahu vyvažovat misku vah argumentací ve prospěch statusu quo. Pomáhající by se tedy měl stavět k rozhodování klienta neutrálním způsobem a podporovat ho v samostatném prozkoumávání a řešení jeho ambivalence. Klient má být ten, který podle MR začíná uvažovat či autonomně vyjadřovat přání uskutečnit změnu.

Rozhodnutí

V průběhu této fáze dochází u klienta k rozhodnutí změnu uskutečnit či nikoliv. Toto rozhodnutí může mít v řeči klienta například podobu sebemotivujícího prohlášení či závazku ke změně. V případě sebemotivujícího prohlášení se však klient ještě k ničemu nezavázal, pomáhající by proto měl podněcovat klienta k rozšíření jeho prohlášení i o jím plánované kroky realizace změny. Plán klienta posouvá od přemýšlení a mluvení, jestli a proč změnu provést, k přemýšlení a mluvení o tom, kdy a jakým způsobem změnu uskutečnit.

Pomáhající pracovník má obvykle již představu o potřebných krocích, které je potřeba uskutečnit. Tuto představu by však klientovi měl sdělit jediné jako návrh do diskuze, a to až na vyžádání klienta nebo s jeho svolením. Klient je pak spíše ochotný návrh prodiskutovat a případně přijmout za svůj. Plán by měl být formulován takovým způsobem, aby byl srozumitelný, realistický, měřitelný a pro klienta významný. Obvykle se plánují jednotlivé kroky, jež jsou časově ohraničené.

Akce a udržování změny

Při vlastní akci již klient činí plánované kroky k uskutečnění změny sám. Avšak mnozí jedinci potřebují podporu i během této fáze. Provedení změny totiž zformulováním plánu teprve začíná. Navíc motivace ke změně v průběhu času osciluje a v životě klienta se objevují náročné situace, jež mohou vlastní realizaci změny výrazně omezit.

V průběhu následných setkání pomáhající může i nadále využívat MR k probírání vzniklých překážek a k posilování motivace k plánovaným nebo právě vykonávaným krokům. V případě potřeby lze na základě klientovy zpětné vazby přeplánovat kroky nebo dokonce cíl vzájemné spolupráce.

Závěr

Záměrem této práce je přiblížit MR a možnosti jeho využití při podpoře samostatného rozhodování klienta. Předpokladem pro vedení MR je navázání kvalitního pracovního vztahu. Vybudování vztahu vychází především z respektu klienta jako autonomní bytosti a aktivní podpory jeho prospěchu. Při vedení rozhovoru jsou využívány komunikační dovednosti, jež usnadňují klientovi bezpečně sebevyměření a smysluplné prozkoumávání probírané problematiky. Pomáhající profesionál se během probírání klientovy ambivalence ke změně a identifikování a rozvíjení jeho vnitřní motivace opírá o základní principy MR, a to vyjadřování empatie, zdůraznění rozporu mezi současným stavem a přáním klienta, vyhýbání se sporům, nezpochybňování výhrad a podpory sebevědomí klienta.

Reference / Seznam citované literatury

EMMONS, K. M., ROLLNICK, S. *Motivational interviewing in health care settings – Opportunities and limitations*, American Journal of preventive medicine, 2001, 20 (1): s. 68–74.

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: helping people change*. 3rd ed. New York. Guilford Press, 2013. ISBN 978-14-6250-758-0.

MILLER, W. R., ROLLNICK, S. *Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior*; New York: Guilford Press, 1991.

PROCHASKA, J. O., DiCLEMENTE, C. C. *The transtheoretical approach: Toward a more integrative model of change*, Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 1982, 19, s. 276–288.

Mediace jako nástroj podpory dětí v jejich (ne)přirozeném prostředí po rozchodu rodičů

Mediation as a support tool for children in their (un)native environment after a divorce

Lenka Holá²¹⁹

Abstrakt

Rozchod rodičů a rozpad rodiny má pro dítě za následek rozpad jeho přirozeného prostředí. Dítě se tak ocitá v situaci ohrožení, s níž se obvykle obtížně vyrovnává. Nové sociální uspořádání může být z jeho pohledu vnímáno jako nepřirozené, nežádoucí až odmítané. Dítě, které se ocitá v nouzi, bývá však tradičně vnímáno jako pasivní objekt ochrany a péče. Tento stále převládající protektivní diskurz může podceňovat, nebo dokonce přehlížet vlastní potenciál dítěte – jeho schopnosti a zdroje podílet se na takovém řešení problémů, který je naplňováním jeho nejlepších zájmů. Jedním z moderních konceptů, který lze při tom v sociální práci uplatnit, je koncept zmocnění (empowerment). Dítě v něm není pasivním příjemcem, ale je zmocňováno k reálnému podílu na rozhodování o sobě a vlastním životě. Cílem příspěvku je identifikovat potenciál mediace jako nástroje zmocňující sociální práce s dětmi v situaci rozchodu rodičů.

Klíčová slova: Dítě. Rozchod rodičů. Mediace. Podpora. Participace. Zmocnění.

Abstract

Divorce of parents and family break-up results in demolition of child's natural environment. The child gets in a dangerous situation s/he can hardly cope with. That child may perceive the new social arrangement as unnatural, undesirable up to rejective. A child in danger is traditionally perceived as a passive subject of the protection and care. The prevailing protective discourse may either underestimate or even overlook own potential of the child – his/her abilities and sources to participate in solution of the problems being the doing things in his/her best interest. One of the modern concepts, which may be used in the social work, is the empowerment concept. Here, the child is not a passive receiver but empowered to real participation in decision about himself/herself and about his/her life. The contribution identifies the potential of mediation as an instrument empowering the social work with children under the situation of break-up of parents.

Keywords: Child. Break-up of parents. Mediation. Support. Participation. Empowerment.

1. Zájmy dítěte a jejich ochrana

Je zřejmé, že snaha společnosti o ochranu dítěte nemohla začít dříve, než se zrodilo samotné dětství jako sociální konstrukt. Mezi odborníky v oblasti historie a sociologie dětství sice nepanuje shoda ohledně počátku jeho současného vnímání, převažuje však názor, že 18. století představuje počátek období zásadních změn v oblasti společenské konceptualizace dětství a péče o děti (Lenderová, Rýdl, 2006). Se změnou společenského vnímání dítěte a akceptací skutečnosti, že není pouze „malý dospělý“, přichází v 18. a 19. století nový přístup k vnímání jeho zájmů. Zatímco dříve byly děti a jejich ochrana především věcí rodiny, stávají se nyní věcí státu (*parens patrie*). Na sklonku 19. století označila Ellen Key (1909) nadcházející století jako „století dítěte“ (The Century of the Child). Skutečně se tato doba nesla v duchu ochrany dítěte a jeho práv (Chutná, 1995). Z hlediska historických souvislostí můžeme zjednodušeně říci, že zatímco zpočátku se zájem dítěte objevoval v textech úmluv jako objektivní deklarace, nyní je uváděn již jako obecný princip a základní východisko přístupu k dětem, a to v teorii i praxi (Kornel, 2013). S tím však

219 Univerzita Palackého v Olomouci, Právnická fakulta; e-mailová adresa: lenka.hola@upol.cz; Tel.: +0420-585-637-630

vzniká celá řada teoretických i praktických otázek, např. neurčitost samotného pojmu „zájem dítěte“, otázka konfliktu zájmů dítěte se zájmy rodiny jako celku a dalších jejích členů (např. rodičů a sourozenců), autonomie vůle nezletilého dítěte (Eekelaar, 1994), v neposlední řadě kritéria posouzení životní situace dítěte pro rozhodování o nejhodnějším opatření (Balogová, 2010) a kritéria samotné volby nejhodnějšího opatření. Problémem také zůstává, že není možné vědecky posoudit, jaké řešení je pro budoucnost dítěte lepší než jiné (Kornel In: Lavický, Spáčil, 2010). Jak poznamenal pravidelně citovaný R. Mnookin (1975: 260), rozhodnutí o tom, co je v zájmu dítěte „... klade otázky o nic méně fundamentální, než co jsou základní účel a hodnoty lidského života samotného.“ Nicméně, s tímto konstatováním se nemůžeme spokojit, zejména, jde-li právě o tak zásadní otázku. Zainteresovaní odborníci nemohou rezignovat na tuto snahu a spokojit se s odůvodněním, že konkrétní zvolené řešení je v zájmu dítěte bez dalšího.

Jak tedy zajistit podmínky zdravého a plnohodnotného fungování dětí při rozpadu jejich přirozeného prostředí? A či především je to zodpovědnost? V sociální práci, stejně jako v jiných pomáhajících profesích, byly v dějinném vývoji od starověku do současnosti významně uplatňovány principy paternalismu, filantropie a charity (Janák, 2011). Pro současnou etapu paradigmatického vývoje je charakteristický přechod od paternalismu k participaci (partnerství). V anglosaské sociální práci začíná být koncept participace užíván asi od 90. let 20. stol. To má své kulturní, společenské a historické kořeny. Silící zájem o téma souvisí s bojem za lidská práva, rozvojem pedagogiky osvobození, neformálního vzdělávání dospělých, činností organizací zabývajících se právy dětí a rodičů, rozvojem svépomoci a vzájemné pomoci, dobrovolnictví, hnutím na ochranu uživatelů zdravotnických a sociálních služeb a feministickým hnutím. McNeishová et al. (2002) dokonce hovoří o vývoji participativního diskursu v sociální práci. V české a slovenské sociální práci je uplatňován zhruba o patnáct let později. V sociální práci s rodinou jej zmiňují např. Hudecová, Brozmanová-Gregorová (2009), Levická (2004). Česká sociální práce je podle Navrátila (In: Nosál, Čechovská, 2014) však širšímu uplatňování participace dlužna, zejména při práci s rodinou a zapojování dětí.

2. Psychologická východiska podpory dětí prostřednictvím mediace

Rodičovský konflikt a jeho dopady na dítě jsou předmětem výzkumného zkoumání psychologie již několik desetiletí. První generace výzkumů se zaměřovala na hledání souvislostí mezi rodičovským konfliktem (jeho frekvencí a intenzitou) a různými typy potíží dětí (Emery, 1982). Na ně pak navázaly výzkumy druhé generace, které se specificky zaměřují na zkoumání toho, proč někde rodičovský konflikt znamená zvýšené riziko pro psychosociální fungování dítěte a jinde ne (Cummings, Davies, 2002). Sem spadá i studium komunikace v rodině.

Mnohé studie se zabývají tím, jak vypadají konflikty, které jsou pro dítě nejvíce zraňující. Zaměřují se na frekvenci, intenzitu a obsah konfliktu a skutečnost, zda byl vyřešen (souhrnně viz Sturge-Apple et al., 2012). Čím častější a intenzivnější konflikty rodiče mají, tím větší zdroj stresu pro dítě znamenají, zejména, je-li předmětem konfliktu samotné dítě. Dítě má tendenci vnímat se jako viník a prožívá obavy o budoucnost rodiny (Kotková, Lacinová, 2016).

Avšak skutečnost, že konflikt mezi rodiči probíhá určitým způsobem, nemusí nutně odpovídat tomu, jak rodiče o konfliktu s dětmi hovoří (Kotková, Lacinová, 2016). To samozřejmě velmi úzce souvisí s jejich rodičovskými kompetencemi. Význam komunikace rodičů s dětmi po konfliktu a objasnění situace byl pro míru poškození dětí opakovaně potvrzen výzkumy (např. Grych a Carroza-Fernandesová, 2001; Grych a Fincham, 1993, Gerard et al, 2005).

Podle Grycha a Finchama (1990) závisí dopady rodičovských konfliktů na dítě především na tom, jakým způsobem dítě konflikt samo hodnotí a jaký význam mu připisuje. Způsob, jakým hovoří rodiče s dítětem o konfliktu, má vliv na dětské pochopení toho, co se v rodině děje. Na základě toho, co dítě vidělo, minulých zkušeností a informací, které mu poskytují rodiče, pak situaci interpretuje. Pokud situaci vyhodnotí jako ohrožující, začíná se strachovat o budoucnost své rodiny.²²⁰ Brownová a kol. (2007) shrnují, že rodiče, kteří se svými dětmi komunikují o rodičovských konfliktech a nabízejí porozumění dětským prožitkům, podporují dětskou emoční jistotu a zdravý způsob psychické adaptace na pro ně nepříznivou situaci. Zdá se tedy, že způsob, jakým rodiče mluví se svými potomky a komunikují mezi sebou, hraje velmi důležitou roli v tom, jak situaci rozchodu rodičů děti přijmou a vyrovnají se s ní (Kotková, Lacinová, 2016).

Ve shodě s výzkumem Brownové et al. (2007) lze uvažovat o míře komunikace s dítětem od prosté absence až po velmi detailní komunikaci. V praxi je možné se setkat s kontinuem reakcí, kdy na jedné straně je paternalistický názor, že by děti o neshodách rodičů neměly nic vědět, protože se jich (přece) netýkají a mohly by jim ublížit. Na druhé straně je situace, kdy je dítě do konfliktů rodičů aktivně vtahováno (např. v roli smířčího, soudce nebo spojence). Je zřejmé, že ani jedna z těchto variant není pro zdravý psychosociální vývoj dítěte optimální.

V souvislosti s mediací v situaci rozchodu rodičů se nabízí otázka, jak s dítětem komunikovat tehdy, když předmětem sporu rodičů je také ono samo? Předpoklad Kotkové a Lacinové (2016), že některé způsoby komunikace jsou lepší než jiné (tzn. dítě po nich z krátkodobého i dlouhodobého hlediska vyjadřuje nižší míru potíží), se výzkumně nepotvrdil. Ukázal se však moderační efekt způsobu komunikace, který je závislý na míře rodinného konfliktu. Dítě je náchylnější ke vzniku psychických obtíží ve chvíli, kdy dostává od pečující osoby informace, které jsou nekonzistentní s jeho vlastní zkušeností. Bojuje pak s touto rozporuplností a snaží se o integraci všech informací, které má. To je vzhledem k jejich rozporuplnosti až nemožné.

Inspiraci k podpoře dítěte je možné čerpat ze zdrojů, které se zabývají komunikací rodičů s dětmi v situaci rozpadu rodiny. Leonová a Coelová (2010) uvádí, že mladší děti potřebují méně detailů a stačí jim jednoduché vysvětlení, naopak starší děti a adolescenti mohou vyžadovat důkladnější informace pro pochopení. Obsahem sdělení by neměl být jen popis aktuálního stavu, ale i plán do budoucnosti. U dětí starších či dospívajících může mít podle Leonové a Coelové (2010) pozitivní efekt, když jim oba rodiče společně sdělují, co se v rodině děje. Dítě má pak možnost se doptat na nejasnosti. Právě u dospívajících se jako zásadní jeví, aby s nimi rodiče o konfliktech mluvíli stejně jako o předpokládaném vývoji situace v rodině. To, co je pro děti všech věkových kategorií důležité, je, aby informace od rodičů byly pravdivé (Leon, Cole, 2010). Častou obavou rodičů je, že budou děti informacemi o svých konfliktech traumatizovat. Podle Uholyeva a Hoskovcové (2014) motivem pro neposkytování jasných informací rodiči bývá často skutečnost, že ani oni sami zcela nerozumí tomu, co se mezi nimi děje.

Rozhod rodičů jako poměrně drastická přeměna struktury rodiny je důležitým kontextuálním faktorem, který ovlivní, jakým způsobem bude dítě do konfliktu mezi rodiči zapojeno. Trampotová a Lacinová (2015) se domnívají, že účelné je zkoumat dynamiku zapojování dětí v různých rodinných uspořádáních a proměnné, které tuto dynamiku ovlivňují. Za ty považují motivaci dítěte,

220 K tomu uveďme výsledky zajímavé studie strachů jedenáctiletých českých dětí, který byl součástí mezinárodního výzkumu ELSPAC. Zkoumaný soubor tvořilo 679 dětí (344 chlapců, 335 dívek) ve věku 11 let. Metodou Koláč strachu s výšečmi jejich jednotlivých strachů uváděli chlapci nejčastěji tři a dívky čtyři strachy, které pak byly seskupeny do 22 obecných kategorií. Ve vztahu k našemu tématu byla kategorie „strach vázaný na určité místo, způsob bytí“ 4. nejčastěji uváděná a kategorie „strach ze ztráty někoho, obavy o někoho, o něco“ 5. nejčastěji uváděná bez rozlišení pohlaví respondentů (MICHALČÁKOVÁ, R., LACINOVÁ, L. Strach jedenáctiletých dětí. In SMĚKAL, V., LACINOVÁ, L., KUKLA, L. (Eds.). Dítě na prahu dospívání. Brno: Barrister and Principal, 2004. s. 113–126. ISBN 8086598845. s. 117–119).

chování rodičů a osobnostní faktory rodičů a dítěte. S ohledem na rozsah příspěvku se zde budeme věnovat pouze motivačním faktorům na straně dítěte. Do konfliktů rodičů se dítě může zapojovat záměrně a vědomě. Stane-li si aktivním účastníkem řešení konfliktů, může získat částečnou kontrolu nad situací, kterou dosud nemělo (Fosco, Grych, 2010). Do konfliktu rodičů se může zapojovat i nevědomě s cílem znovuoobnovit svou emoční jistotu a snížit pocit ohrožení (Cummings, Davies, 1996). Třetím způsobem je podle uvedených autorek vytváření aliance s jedním z rodičů, zatímco druhému rodiči se dítě vzdaluje (až k odmítání). Otázkou také zůstává, jaké typy rodičů mají tendenci zapojovat své děti do rodinných konfliktů. To lze vyhodnotit pozitivně (zapojování) i negativně (vtahování). Kotková a Lacinová (2016) se na základě výzkumů domnívají, že pro komunikaci rodičů s dětmi v situaci rozchodu rodičů je důležité dítěti nelhat a nepředstírat, že ke konfliktům nedochází. To považují za zásadní. Vhodné je dát dítěti prostor pro vyjádření svých pocitů a myšlenek, které ho v souvislosti s nastalou situací napadají. Dítě ujistit, že není viníkem, zejména v předškolním věku, kdy je tendence k sebeobviňování větší. V přiměřené podobě přibrat dítě k řešení nastalé situace. To vše formou, která odpovídá kognitivní a emocionální zralosti dítěte. K tomu Grych a Fincham (1990, s. 267) dodávají: „Dopady rodičovského konfliktu jsou mediovány dětským pochopením konfliktu, které je ovlivněno kontextem, kognitivními a vývojovými charakteristikami dítěte“.

3. Další teoretická východiska podpory dětí prostřednictvím mediace

Otázkou tohoto příspěvku je, jaké možnosti podpory dětí jsou dány jejich aktivním zapojením do řešení věcí, které se jich bezprostředně týkají. Kdy sociální práce hledá efektivní nástroje k podpoře zdravého sociálního fungování prostřednictvím posilování jednotlivců, skupin a komunit, aby byli více schopni zvládat či konstruktivně tvořit svou životní situaci cestou vlastních aktivit. Jedním z takových nástrojů je mediace. Teoretická a empirická východiska k takové možnosti nalzáme v oblasti psychologie (viz výše), práva, sociální práce a mediace.

Princip nejlepšího zájmu dítěte byl ve své původní podstatě projevem státního paternalismu. V současnosti je třeba vyřešit jeho střet s právem dítěte vyjádřit svůj názor a právem dítěte na to, aby byl jeho názor při rozhodování o něm brán v potaz. Jisté východisko nabízí Campbell (1992) příklonem k hledání společných, propojujících znaků. Podle něj je nedílnou součástí všech zájmů dětí autonomie a participace dětí. Děti mohou participovat na rozhodování o otázkách, které se jich dotýkají, v zásadě čtyřmi způsoby. Na nejnižší úrovni je pouhé informování dítěte. Ve druhém stupni je mu přiznáno právo vyjádřit svůj názor. Třetím stupněm je možnost dítěte svým názorem rozhodnutí ovlivnit. Nejsilnější je pozice dítěte tehdy, kdy jeho vyjádření je určující pro rozhodnutí o něm (Alderson, 2008). Pětistupňovou škálu participace dětí předkládá Shier (2001), kdy 1. dětem je nasloucháno, 2. děti jsou podporovány k vyjadřování svých názorů, 3. názory dětí jsou brány v úvahu, 4. děti jsou zahrnuty do rozhodovacích procesů, 5. děti sdílejí moc a zodpovědnost při rozhodování. Právo tak hovoří o participačních právech dítěte. Právě s ohledem na participační práva dítěte Eekelaar (1994: 46) doplňuje svůj model rozhodování o otázkách týkajících se dítěte o prvek „dynamického sebeurčení“. V zásadě to znamená, že dítě by mělo být během svého vývoje povzbuzováno k tomu, aby míru vnějších vlivů na svou osobu spoluurčovalo. Dynamika modelu spočívá v tom, že rozhodnutí nejsou konečná a je možné je měnit.

Idea participace přináší v současné době velmi podstatné náměty k sociální práci s dětmi, mládeží a jejich rodinami (Navrátil In: Nosál, Čechovská, 2014). Její aplikace však není jednoduší. Komplikovanější je navíc mnohovýznamovostí samotného pojmu. Participaci lze definovat jako účast, účastenství či podíl spolu s ostatními (Kraus, 2006). Jádrem participace je dialog, diskuze, vzájemné naslouchání a ovlivňování. Boyden a Ennew (1996) pak vysvětlují, že existují přinejmenším dvě základní pojetí participace. Podle prvního je pojem participace synonymem prostě

účasti, přítomnosti na nějakém místě či aktivitě. Je relativně snadno dosažitelná. Druhé pojetí chápe participaci jako formu zmocnění, které umožňuje účastníkům reálně se podílet na rozhodování. Toto druhé pojetí integruje koncept participace s konceptem zmocnění a vyžaduje mnohem sofistikovanější přístup k aplikaci.

Participativní sociální práce je chápána jako posilování jednotlivců, skupin a komunit k aktivitě a zapojení do konstruktivního tvoření své životní situace (upr. dle Navrátila, 2003). Dítě, které se ocitá v nouzi, bývá však tradičně vnímáno jako pasivní objekt ochrany a péče. Tento stále převládající protektivní diskurz může podceňovat, nebo dokonce přehlížet vlastní potenciál dítěte – jeho schopnosti a zdroje podílet se na takovém řešení problémů, který je opravdu naplňováním jeho nejlepších zájmů. Z toho vyplývá úkol současné sociální práce s rodinou – hledat možnosti zavádění participační praxe tak, aby součástí a výsledkem bylo zmocnění dětí k reálnému podílu na rozhodování o sobě a vlastním životě. Takové přístupy činí z participace základní mechanismus pomoci a podpory.

A konečně mediační východiska pro podporu dětí jejich aktivním zapojením. V rámci účasti dítěte na rodinné mediaci mohou nastat dvě situace. První je spojena s pozicí dítěte jako jednoho z účastníků konfliktu (např. v otázce správy jeho majetku, dědictví po jednom rodiči), kdy do sporu vstupuje s jedním nebo oběma rodiči. Dítě je přímým účastníkem konfliktu, který bude spoluurčovat výsledné řešení. Ve druhém případě se jedná o konflikt rodičů, kde jeho předmětem jsou otázky bezprostředně se dotýkající dítěte (např. péče o dítě po rozchodu rodičů, vzdělání dítěte a volba studia, kontakt dítěte s prarodiči). V práci Kornela (2013) je diskutována možnost zjišťování a ochrana subjektivních zájmů dítěte jeho aktivním zapojením. To je také hlavním cílem účasti dítěte na rodinné mediaci. Je to možnost, jak zájmy dítěte zjistit, v rodičovském rozhodování uplatnit a tím také podpořit a chránit. Dítě není jen tím, kdo přijímá rozhodnutí rodičů. Jeho názor, je-li schopno jej vyjádřit, berou rodiče při hledání nejlepšího řešení v potaz.

Téma identifikace a ochrany zájmů dítěte uzavřeme Doporučením Rady Evropy No R (98)1 k mediaci v rodinných věcech, kde je uvedeno, že mediace by měla být používána ve všech sporech mezi členy téže rodiny, tvořené buď pokrevním příbuzenstvím, nebo vzniklé uzavřením sňatku, a mezi osobami, které žijí nebo žily v rodinných vztazích podle předpisů národního práva (v ust. I, odst. a). Tedy i mezi rodiči a dětmi. Mediátor by měl postupovat zvláště ve prospěch dětí a do mediace přinášet jejich perspektivy (ust. III, odst. h). Taktéž český zákon o mediaci (zák. č. 202/2012 Sb.) ve svém § 8 odst. 1 b) konstatuje, že mediátor je povinen respektovat názory stran konfliktu a vytvářet podmínky pro jejich vzájemnou komunikaci a v případě, kdy se předmět konfliktu bezprostředně dotýká práv nezletilého dítěte, zohledňuje zájem dítěte. Znovu se tak dostáváme k zásadní otázce, jak může rodinný mediátor podporovat zájmy dítěte, když potřeby konkrétního dítěte nezná či informace o nich má jen zprostředkované?

Děti by tedy neměly být stavěny do role „zranitelných obětí vlastní situace“, ale do role jedinců, kteří přinášejí jedinečnou a důležitou perspektivu přenesenou z jejich rodinného prostředí na proces rozhodování. Výzkumy ukazují, že děti jsou spolehlivými svědky událostí a jsou způsobilé vyjádřit se k rozhodnutím, která budou ovlivňovat jejich životy (Kaltenborn, 2001). Stejný názor zastávají i jejich rodiče (Cashmore a Parkinson, 2008).

Zajímavé výsledky výzkumu účasti dětí na rodinné mediaci přináší Bellová et al. (2013), kdy byly mezi sebou porovnávány výsledky ve dvou skupinách. Skupina A zahrnovala 14 rodičovských párů, které přizvaly své děti do rozvodové mediace, skupina B 19 rodičovských párů, které procházely rozvodovou mediací, aniž by byly jejich děti zapojeny. V obou skupinách byly zaznamenány pozitivní přínosy mediace. Nicméně, na zlepšení partnerského vztahu nebo vyřešení konfliktů rodičů účast dětí vliv neměla. Pouze 5 rodičovských párů ve skupině A se domnívalo, že jim mediace pomohla vyřešit všechna, nebo část témat, ve srovnání s 13 rodičovskými páry ze

skupiny B. Jen 4 rodičovské páry ve skupině A, ve srovnání s 11 páry ze skupiny B, si myslelo, že se jejich vztahy s partnerem zlepšily ve důsledku mediace. Zapojení dětí do mediace by mohlo vést ke zklamání, že nepřineslo, co od něj bylo očekáváno. Rodiče skupiny A však viděli výhody ze zapojení svých dětí jiné, než ve výsledku mediace. Oceňovali především samotný průběh mediace, zkušenosti, nové informace od dětí a zlepšení vztahů s dětmi. To do jisté míry koresponduje s výzkumem Krinské a Rodriguezové (2006), které zjistily, že když děti dostanou přiměřenou příležitost podílet se na hledání řešení v záležitostech, které se jich týkají, mají potenciál zvýšit své sebevědomí, pocit síly a rozvíjet dovednosti ke zvládnání problémů.

Jako příklad podpory sociálního fungování dítěte v situaci rozchodu rodičů slouží praxe Mediačního centra Olomouc (MC), které se zaměřuje na rodinnou mediaci. Pracoviště jako jedno z prvních v ČR přistoupilo k vědomému a odborně koordinovanému zapojování dětí do mediace. Do prvotního kontaktu s klienty přichází sociální pracovníce. Nejprve telefonicky, pak i osobně se setká s každým z rodičů a objasní vše, co je potřebné před začátkem vlastní mediace. Jedním z důležitých témat rozhovoru je i otázka zapojení jejich dětí. Vytvoření prostoru pro děti je podmínkou poskytnutí mediační služby rodičům v MC. Děti od šesti let mají v rozhovoru se sociální pracovnící možnost vyjádřit své názory, pocity a přání. Ty pak sdělit rodičům na mediaci nebo „vzkázat“ prostřednictvím sociální pracovníce. Vše je odborně metodicky ošetřeno s ohledem na zájmy, potřeby, možnosti a práva dětí. Praxe je praktikována od 1. 1. 2016, kdy dosud jen ve dvou případech z asi 80ti rodiče zapojení svých dětí odmítli.²²¹

Zdá se, že není pochyb o možnosti zapojení dětí do rodinné mediace. Co dosud zůstává nezodpovězeno, je, do jaké míry, k jakému účelu, kdy a v jaké podobě by děti měly být procesu účastny (Dennison, 2010). V tomto dosud nepanujícím shoda je potřebné vést další multidiscipinární diskusi odborníků z oblasti psychologie, sociální práce, práva, pedagogiky a sociologie.

Rodinná mediace je zaměřená na rodinu, tedy i na děti. Jejich aktivní zapojení do mediace máme za jednu z významných možností ochrany jejich práv a podpory jejich zájmů. Je to výzva profesionálům v oblasti vývoje a potřeb dítěte a odborníkům z oblasti řešení konfliktů zabývat se otázkou zapojení dětí do rodinné mediace. Zákonné podmínky, stejně jako soudobé trendy v sociální práci jsou tomu nakloněny. Nezbyvá než projevit zájem a osobní odvalu k přechodu od paternalismu k participaci a zmocňování dětí a jejich rodin. V tom však současně hledat vhodnou míru a podobu s ohledem na zájmy a možnosti dětí.

Reference / Seznam citované literatury

ALDERSON, P. *Young Children's Rights: Exploring Beliefs, Principles and Practice*. London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2008. ISBN 1843105993.

BALOGOVÁ, B. Model posúdenia životnej situácie rodiny. In: NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. et al. *Reflexivita v posudzovaní životní situace klientek a klientů sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. s. 157–195. ISBN 978-80-7435-038-2.

BELL, F. et al. Outcomes of Child-Inclusive Mediation. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 2013, Vol. 27, Issue 1, pp. 116-142.

BOYDEN, J., ENNEW, J. (Eds.). *Children in Focus: A Manual for Experiential Learning in Participatory Research with Children*. Stockholm: Rädda Barnen, 1996.

221 Informace byly získány z konzultace s vedoucí Mediačního centra Olomouc (www.mcol.cz) PhDr. Lenkou Polákovou dne 21. 9. 2016.

BROWN, A. M. et al. Children's expectations of parent-child communication following interparental conflict: Do parents talk to children about conflict? *Journal of Family Violence*, 2007, 22, 407-412.

CAMPBELL, T. The Rights of the Minor: As Person, As Child, As Adolescent and As Future adult. *International Journal of Law, Policy and the Family*, 1992, roč. 6, č. 1, s. 1-23. ISSN 13609939.

CASHMORE, J., PARKINSON, P. Children's and Parent's Perceptions on Children's Participation in Decision Making After Parental Separation and Divorce. *Family Court Review*, 2008, 46(1), 91-104.

CUMMINGS, E. M., DAVIES, P. T. Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process-oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2002, 43(1), 31-63.

CUMMINGS, E. M., DAVIES, P. T. Emotional security as a regulatory process in normal development and the development of psychopathology. *Development and Psychopathology*, 1996, 8, 123-139.

DENNISON, G. Is mediation compatible with children's rights? *Journal of Social Welfare & Family Law*, 2010, Vol. 32, Issue 2, pp. 169-182.

Doporučením Rady Evropy No R (98)1 k mediaci v rodinných věcech

EKELAAR, J. The Interests of the Child and the Child's Wishes: The Role of Dynamic Self-Determinism. *International Journal of Law, Policy and Family*, 1994, roč. 8, č. 3, s. 42-61. ISSN 13609939.

EMERY, R. E. Interparental Conflict and the Children of Discord and Divorce. *Psychological Bulletin*, 1982, 92, 310-330.

FOSCO, G. M., GRYCH, J. H. Adolescent triangulation into parental conflict: Longitudinal implications for appraisal and adolescent-parent relations. *Journal of Marriage and Family*, 2010, 72, 254-266.

GERARD, J. M. et al. In the eyes of the beholder: cognitive appraisals as mediators of the association between interparental conflict and youth maladjustment. *Journal of Family Psychology*, 2005, 19, 376-384.

GRYCH, J. H., CARDOZA-FERNANDES, S. Understanding the impact of interparental conflict on children: The role of social cognitive processes. In GRYCH, J. H., FINCHAM, F. D. (Eds.). *Interparental conflict and child development: theory, research and applications*. New York: Cambridge University Press, 2001.

GRYCH, J. H., FINCHAM, F. D. Children's appraisals of marital conflict: Initial investigations of the cognitive-contextual Framework. *Child Development*, 1993, 64, 215-230.

GRYCH, J. H., FINCHAM, F. D. Marital conflict and children's adjustment: A cognitive-contextual framework. *Psychological Bulletin*, 1990, 108, 267-290.

HUDECOVÁ, A., BROZMANOVÁ GREGOROVÁ A. et al. *Sociální práce s rodinou*. Banská Bystrica: PF UMB a OZ Pedagog, 2009. 249 s. ISBN 978-80-8083-845-4

CHUTNÁ, M. Geneze práv dítěte v mezinárodním měřítku. *Časopis pro právní vědu a praxi*, 1995, roč. 3, č. 4, s. 147-160, ISSN 12109126

JANÁK, D. *Kapitoly z dějin sociální práce*. Opava: Slezská univerzita v Opavě, 2011. 125 s. Dostupné z <http://docplayer.cz/1235071-Kapitoly-z-dejin-socialni-prace.html>, cit. 2. 3. 2016.

KALTENBORN, K. Individualization, Family Transitions and Children's Agency. *Childhood: A Global Journal of Child Research*, 2001, 8, 463-498.

- KEY, E. *The Century of the Child*. New York and London: Putnam, 1909. 339 s.
- KORNEL, M. Soudce a rozhodování o nezletilém dítěti. In LAVICKÝ, Petr; SPÁČIL, Jiří (eds.). *Macurův jubilejní památník*. Praha: Wolters Kluwer Česká republika, 2010, s. 231–237. ISBN 788073575427.
- KORNEL, M. *Nejlepší zájem dítěte*. Disertační práce. Brno: Masarykova univerzita, 2013. 168 s.
- KOTKOVÁ, M., LACINOVÁ, L. Rodičovský konflikt a adaptační potíže dětí: Význam komunikace s dítětem po konfliktu. *Československá psychologie*, 2016, roč. 60, č. 3, s. 292–305. ISSN 0009-062X.
- KRAUS, J. et al. *Nový akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia, 2006. 879 s. ISBN 8020014152
- KRINSKY, M., RODRIGUEZ, J. Giving a voice to the voiceless – Enhancing youth participation in court proceedings. *Nevada Law Journal*, 2006, Vol. 6, pp. 1302-1314.
- LENDEROVA, M., RÝDL, K. *Radostné dětství? Dítě v Čechách devatenáctého století*. Litomyšl: Paseka, 2006. ISBN 80-7185-647-9.
- LEON, K., COLE, K. Helping children understand divorce. *MU Extension, University of Missouri, GH 6600*, 1-6.
- LEVICKÁ, J. et al. *Sociální práce s rodinou*. Trnava: Mosty, n.f a FZSP TU, 2004. 102 s. ISBN 80-88774-20-9.
- McNEISH, D. et al. *What works for children?* Buckingham: Open University Press, 2002. 196 s.
- MICHALČÁKOVÁ, R., LACINOVÁ, L. Strach jedenáctiletých dětí. In SMÉKAL, V., LACINOVÁ, L., KUKLA, L. (Eds.). *Dítě na prahu dospívání*. Brno: Barrister and Principal, 2004. s. 113-126. ISBN 8086598845.
- MNOOKIN, R. H. Child-custody Adjudication: Judicial Function in the Face of Indeterminacy. *Law & Contemporary Problems*, 1975, roč. 39, č. 3, s. 226–293. ISSN 00239186.
- NAVRÁTIL, P. et al. 2003. *Romové v české společnosti*. Praha: Portál, 2003. 223 s. ISBN 80-7178-741-8.
- NOSÁL, I., ČECHOVSKÁ, I. (Eds.). *Participace a nové přístupy k práci s ohroženými dětmi a rodinami: studie inspirované zkušenostmi ze Švýcarska*. Brno: Česko-britská, 2014. ISBN 978-80-9055-981-3.
- SHIER, H. Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. *Children & Society*, 2001, Volume 15, Issue 2, pages 107–117. ISSB 09510605
- STURGE-APPLE, M. et al. Impact of parental conflict and emotional abuse on children and families. *Partner Abuse*, 2012, 3, 379-400.
- TRAMPOTOVÁ, O., LACINOVÁ, L. Vtahování dětí do konfliktu mezi rodiči: Porovnání a kritické zhodnocení současných koncepcí. *Československá psychologie*, 2015, roč. 59, č. 1, s. 57–70. ISSN 0009-062X.
- UHOLYEVA, X., HOSKOVCOVÁ, S. Předivo vztahů po rozvodu. *E-psychologie*, 2014, 8, 44-53. Zákon č. 202/2012 Sb. o mediaci a o změně některých zákonů

Podpora při rozhodování a svéprávnost jako podmínky (zachování) autonomie *Support in decision-making and Legal Capacity – Conditions for (Keeping) Autonomy*

Dana Kořínková²²²

Abstrakt

Možnost rozhodovat o svém životě je základem autonomie člověka. V důsledku zdravotního postižení může být schopnost člověka rozhodovat se snížena. To může mít dopady i do jeho schopnosti nebo možnosti právně jednat (svéprávnosti). Sociální práce sleduje cíl sociálního začlenění a naplňování základních práv a svobod znevýhodněných lidí. Musí být proto schopná poskytnout kvalitní podporu právě v oblasti rozhodování – o každodenních věcech i o zásadních životních změnách a pomáhat lidem využívat právo na svéprávnost. Příspěvek vymezuje obsah a rozsah konceptu svéprávnosti založeného na podpoře při rozhodování, jeho zakotvení mezinárodní i vnitrostátní. Sdílí úvahy a zkušenosti se zaváděním konceptu do praxe sociální práce a při využívání příslušných právních nástrojů. Cílem je bezpečné uplatnění svéprávnosti, bez ohledu na míru postižení, nebo způsob komunikace člověka.

Klíčová slova: Autonomie. Rozhodování s podporou. Svěprávnost. Změna paradigmatu. Vůle a preference. Úmluva. Formy podpory.

Abstract

The right to decide about own life is the foundation of human's autonomy. The ability of the human to decide may be limited owing to the disability. It may result in his/her ability or possibility to act legally (legal capacity). The social work monitors the goal of the social inclusion and meeting of the basic rights and freedoms of the disabled people. Therefore, it should be able to provide quality support in the area of the decision-making – about daily matters and cardinal life changes, and assist people in employing their right for legal capacity. The contribution defines the contents and extent of the legal capacity concept based on the support in decision-making, and its inclusion at the international and domestic level. It shares ideas and experience with inclusion of the concept to the social work practice and when using the relevant legal instruments. The goal is safe application of the legal capacity regardless the disability level or the way the human communicates.

Keywords: Autonomy. Assisted decision-making. Legal capacity. Change to paradigm. Will and preference. Convention. Forms of support.

1. Právo rozhodovat se

Možnost rozhodovat o svém životě je základem autonomie člověka. Některé druhy zdravotního postižení mohou vytvářet překážky pro možnost nebo schopnost rozhodovat se v běžných i závažných věcech. To pak má dopady i do možnosti nebo schopnosti právně jednat (svěprávnosti). Je zřejmé, že omezení, nebo dokonce ztráta možnosti rozhodovat o svém životě má fatální důsledky. Omezuje člověka v naplňování řady základních práv. Je překážkou pro získávání nebo udržení kompetencí, včetně odpovědnosti za své jednání a za svůj život. Může vést ke ztrátě motivace – pro každodenní aktivity, pro řešení své nepřiznivě sociální situace, pro život vůbec. Nebo může vést naopak ke vzpouře, tedy k „problémovému chování“.

²²² Quip, z.ú., Karlínské nám. 12, Praha 8, e-mailová adresa: dana.korinkova@kvalitavpraxi.cz, Tel.: +420-737274494

Sociální práce, která sleduje cíl naplňování práv člověka a jeho sociálního začlenění (tzn. dosáhnout příležitosti žít způsobem života, který je ve společnosti považován za běžný), musí být schopná poskytnout kvalitní podporu právě v této klíčové oblasti – při rozhodování o každodenních věcech i o zásadních změnách v životě.

1.1 Právo na právní způsobilost (svěprávnost)

Důvodem anebo důsledkem rozhodování se o nějaké věci je často právní jednání (dříve právní úkon). Ať už jde o každodenní záležitosti jako je nakupování v obchodě, cestování veřejnou dopravou, vyřizování věci na úřadech, nebo věci zásadní, jako je např. změna bydliště (nákup, prodej, nájem bytu), nebo uzavření manželství. Podle zkušenosti nejen v ČR omezení možnosti právně jednat (svěprávnosti) vede k omezení možnosti člověka rozhodovat se, s výše zmíněnými negativními dopady na jeho život. Ústavní soud ČR opakovaně vyslovil, že *omezení způsobilosti k právním úkonům je vždy závažným zásahem do osobnostní integrity omezovaného* (I. ÚS 557/09). V nálezu dále uvádí, že *při soudním rozhodování o omezení způsobilosti k právním úkonům je ve hře potenciální porušení klasických základních práv vážících se k samotné podstatě „lidství“, jako je právo na lidskou důstojnost, právo na garance komplexně pojímané právní osobnosti aj.* (ibid). I podle Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením je způsobilost právně jednat *nepostradatelná pro naplnění občanských, politických, hospodářských, sociálních a kulturních práv a je klíčovou podmínkou pro skutečné a účinné zapojení a začlenění člověka do společnosti* (Komentář, odst. 8). Tyto zkušenosti a závěry byly důvodem zakotvení práva na svěprávnost v čl. 12 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením (dále jen „Úmluva“), kterou Česká republika ratifikovala v r. 2009. Tím se Úmluva stala součástí našeho právního řádu. Podle čl. 10 naší Ústavy mají ustanovení ratifikované Úmluvy dokonce přednost před vnitrostátní právní úpravou, pokud by s ní byla v rozporu.

1.1.1 Změna paradigmatu

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením zakotvuje zcela nový přístup k problematice zdravotního postižení, který stojí na zásadách respektování přirozené důstojnosti člověka s postižením, jeho autonomie vč. svobody volby, nezávislosti, nediskriminace a plného a účinného zapojení a začlenění do života ve společnosti, které jsou základními východisky Úmluvy (čl. 3). Přísný respekt k autonomii každého člověka, i člověka s vysokou mírou potřebné podpory, se zásadním způsobem promítá také do problematiky právního jednání (svěprávnosti). Úmluva zaručuje plnou svěprávnost každému, bez ohledu na druh a míru postižení.

1.1.2 Konec omezování svěprávnosti

Právní úprava zakotvená v čl. 12, která garantuje lidem s postižením právo na plnou právní způsobilost (svěprávnost), znamená především konec institutů omezování svěprávnosti (konceptu „náhradního rozhodování“). Podrobné vysvětlení, co je míněno v čl. 12 Úmluvy – jaký je jeho obsah a rozsah problematiky, kterou tento článek upravuje, poskytuje Všeobecný komentář č. 1 vypracovaný Výborem OSN pro práva osob se zdravotním postižením právě k čl. 12 (dále jen „Komentář“). Komentář jasně deklaruje, že garantovaným právem na právní způsobilost se rozumí nejen právo být nositelem práv (právní subjektivita), ale i právo vstupovat do právních vztahů s ostatními, využívat svá práva a nakládat s nimi (svěprávnost). Právní způsobilost je podle Komentáře vrozeným právem každého člověka, již z podstaty jeho „lidství“. Aby bylo naplněno právo lidí s postižením na právní způsobilost, musí zahrnovat obě jeho součásti – způsobilost být nositelem práv a povinností a způsobilost právně jednat. Tyto dvě složky právní způsobilosti od sebe nelze oddělovat.

Komentář dále vychází z toho, že je naopak potřeba rozlišit a oddělovat koncept „duševní způsobilosti“ od konceptu „právní způsobilosti“. Duševní způsobilost se odvíjí od schopnosti či dovednosti činit rozhodnutí. Ta se přirozeně liší u různých lidí i u jednoho člověka v různých situacích, v závislosti na mnoha faktorech, vč. společenského prostředí. *Čl. 12 Úmluvy zakotvuje jasně, že žádná diskriminující nálepka, jako např. „duševní porucha“, nemůže být legitimním důvodem pro odepření právní způsobilosti. Předpokládané ani skutečné snížení duševní způsobilosti nelze použít jako ospravedlnění pro omezení svéprávnosti* (Komentář, odst. 13.). V opatrovnických systémech jsou obě koncepce, právní a duševní způsobilosti, promíseny. Pokud je schopnost člověka rozhodovat se považována za sníženou, obvykle z důvodu duševního postižení, je člověku následně na základě „odborného“ posouzení duševní způsobilosti odňata příslušná část způsobilosti právně jednat (tzv. funkční přístup k omezování svéprávnosti). Tento přístup je nepřijatelný ze dvou důvodů. 1) Prvním důvodem je, že je diskriminačně aplikován pouze na lidi s postižením. 2) Dále je založen na předpokladu, že je možné odborně vyhodnotit (např. znaleckým posudkem) uvažování člověka, a pokud člověk neprojde testem duševní způsobilosti, že je možné mu na základě toho odepřít základní, zcela ústřední lidské právo.

1.1.3 Svěprávnost s podporou

Česká republika se v Úmluvě zavázala, že právo na svěprávnost lidí s postižením uznává a přijme odpovídající opatření, aby každý mohl toto své právo bezpečně využít. Přijetí Úmluvy znamená závazek k přechodu od klasického opatrovnického systému založeného na omezování svéprávnosti, tedy tzv. náhradního rozhodování, k modelu rozhodování s podporou. Model svéprávnosti založený na podpoře při rozhodování znamená především, že lidé s postižením musí mít přístup k takové podpoře, kterou mohou potřebovat pro uplatnění své právní způsobilosti (Úmluva, čl. 12 odst. 3). Dalším nezbytným prvkem tohoto modelu je zajištění bezpečí při využívání práva na svěprávnost.

1.1.3.1 Právo na individualizovanou podporu

Podpora při právním jednání má člověku zajistit možnost přijmout vlastní rozhodnutí, které je základem právního jednání. Podle Komentáře má pojem „podpora“ podle čl. 12 široký obsah. Může být zajištěna prostřednictvím formálních i neformálních opatření, v celé škále druhů a intenzity podle míry potřeb konkrétního člověka. Podpora při právním jednání musí být dostupná všem. Ani vysoká míra potřebné podpory (vysoká míra postižení), ani nekonvenční způsob komunikace, byť mu rozumí jen omezený okruh lidí (nebo jen jeden člověk) nesmí být překážkou pro využití těchto opatření.

Lidé tedy mají mít možnost zvolit si jednoho nebo více lidí, kterým důvěřují, jako podpůrci pro různé typy rozhodování a právního jednání. Podpůrci musí mít k dispozici odpovídající právní nástroje formálně uznávající jejich postavení. K tomu více v kap. 1.141

Do systému podpory při právním jednání patří také pomoc při komunikaci – rozvíjení různých, nekonvenčních způsobů komunikace zejména pro lidi nekomunikující verbálně, včetně využití prostředníků při komunikaci a tlumočnicků. Dále sem patří nástroje individuálního plánování, např. plánování budoucnosti, budování a posilování sítě osobních vztahů, vyhodnocování rizik a míry potřebné podpory a její plánování (viz kap. 1.3) Rovněž sem patří různé asistivní technologie. V neposlední řadě sem patří opatření vedoucí k zajištění přístupnosti všech služeb určených veřejnosti formou univerzálního designu a poskytování přiměřených úprav (Úmluva, čl. 2).

O zajištění podpory při právním jednání zároveň platí, že někteří lidé nemusí chtít uplatnit své právo na podporu (Komentář, odst. 19). Může jim jít jen o uznání jejich práva na svěprávnost a podpora jim k tomu nemůže být vnucována.

1.1.3.2 Právo na bezpečí při právním jednání

Součástí práva na svéprávnost jsou i odpovídající a účinné záruky zamezující zneužití (Úmluva, čl. 12 odst. 4). Jejich smyslem je chránit práva člověka a zajistit respekt k jeho vůli a preferencím. Přičemž respektování vůle se vztahuje i na právo člověka brát na sebe riziko a dělat chyby. Záruky bezpečí musí člověka chránit i před konfliktem zájmů a před nevhodným ovlivňováním.

Komentář dává vodítko, jak postupovat v případech, že nelze s jistotou zjistit vůli nebo preference člověka. Zavádí princip „nejlepšího porozumění vůli a preferencím“. Zároveň jasně uvádí, že princip jednání „v nejlepším zájmu“, který je klíčovým principem konceptu „náhradního rozhodování“ není v souladu s čl. 12 a musí být principem „nejlepšího porozumění vůli a preferencím“ plně nahrazen. Podpora při právním jednání nesmí nikdy, ani fakticky, sklouznout zpět k „náhradnímu rozhodování“.

1.14 Zajištění podpory při právním jednání v zákonech ČR

1.1.4.1 Občanský zákoník

Nový občanský zákoník (OZ) přinesl lepší možnosti pro poskytování podpory při právním jednání. Směru danému čl. 12 Úmluvy nejvíce odpovídá *nápomoc při rozhodování* (§ 45 a násl. OZ). Umožňuje člověku s postižením uzavřít dohodu s jednou nebo více osobami, které mu pak poskytují podporu při právním jednání. Šetnější možnost zastoupení poskytuje nový institut *zastoupení členem domácnosti* (§ 49 a násl. OZ). Dává člověku možnost, aby jej blízcí lidé zastupovali při právním jednání. Také je potřebám lidí s postižením lépe přizpůsoben institut opatrovnictví bez omezení svéprávnosti (§ 469 OZ, případně § 465 OZ), který bylo možné využít již za předchozí právní úpravy, ale v praxi se využíval jen okrajově. Kromě „nápomocí“ však nejde primárně o podporu při právním jednání, ale o zastoupení. Jejich výhodou ve smyslu Úmluvy je tedy hlavně to, že při jejich využití nedochází k soudnímu omezování svéprávnosti.

Nový OZ klade na opatrovníka (bez i s omezením svéprávnosti) více požadavků ohledně respektování vůle opatrovance, než tomu bylo v minulosti. Kultivovaný výkon opatrovnictví bez omezení svéprávnosti člověka či zastoupení členem domácnosti se tak může blížit požadavkům článku 12.

Další novinkou OZ je *předběžné prohlášení* (§ 3 písm. e)). Jde o opatření, jímž člověk předem stanovuje, kdo a jak má jednat v případě, kdy by v budoucnu nebyl schopen sám spravovat vlastní záležitosti. Může jej však pořídit jen ten, kdo nejedná tzv. „v duševní poruše“. I k této věci zaujímá stanovisko Komentář, který uvádí, že ani využití tohoto institutu nelze zakládat na „testování duševní způsobilosti“ (odst. 17).

Výše uvedené zákonem uznané formy podpory při právním jednání dávají formální postavení člověku poskytujícímu a poskytují tak jistotu třetí straně, se kterou člověk vstupuje do právního vztahu (úřady, banky, lékař, sociální a jiné služby).

1.1.4.2 Zákon o sociálních službách

Zákon o sociálních je založen na modelu podpory. Sociální služba je v zákoně definována jako soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo předcházení sociálnímu vyloučení (§ 3 písm. a)). Sociální začlenění spočívá v tom, že člověk má příležitost a možnost plně se zapojit do ekonomického, sociálního a kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný (§ 3 písm. e)). Podpora je v sociálních službách poskytována v jakékoli oblasti a míře, kterou člověk potřebuje podle své individuální situace. Běžnou součástí sociálních služeb je pomoc při obstarávání nákupů, cestování, vyřizování osobních záležitostí, které jsou často právním jednáním. Podle našeho třídění (viz kap. 1.2) jde o profesionál-

ní podporu, obvykle neformální, tedy poskytovanou profesionální organizací, která nemá postavení oficiálního podpůrce pro právní jednání. V poslední době se však již setkáváme i se situacemi, kdy poskytovatel sociální služby postavení oficiálního podpůrce podle občanského zákoníku má.

1.2 *Různé druhy a formy podpory při rozhodování podle jejího obsahu, statusu podpůrce a míry potřebné podpory*

Na základě zkušeností naší organizace považujeme za praktické rozlišovat různé druhy a formy podpory při rozhodování, které mají svá specifika.

1.2.1 *Podpora při rozhodování / při právním jednání*

Rozhodování se o něčem může nebo nemusí vést k právnímu jednání, ale právní jednání vždy obsahuje proces rozhodování. Podpora při právním jednání má pravidla v OZ, zatímco podpora při rozhodování obecně u nás pravidla nemá (na rozdíl např. od Anglie, Mental Capacity Act, 2005). Ke znázornění vztahu rozhodování a právního jednání se nám osvědčil model ledovce. Nejzásadnější část problematiky leží pod hladinou, opatření pro právní jednání jsou jen jejím završením.

Obr. č. 1: *Ledovec*



Zdroj: Petra Šmídová

1.2.2 *Přirozená / profesionální podpora*

Přirozenou podporu při rozhodování využívá většina lidí. Když promýšlíme rozhodnutí, od banálních až po nejzávažnější, hovoříme o nich s lidmi v našem okolí. Ziskáváme od nich zkušenosti a informace o různých aspektech a alternativách řešení. Obracíme se na rodinu, přátele, kolegy, nebo odborníky na danou oblast (lékaře, úředníky, prodejce příslušného zboží, právníky, atd.). Význam přirozené podpory je v ČR zatím bohužel podceňen (srov. Kolektiv autorů, 2013; Kocman, 2016).

O profesionální podpoře hovoříme, pokud je poskytována placeným „odborníkem na podporu“, např. sociální službou, nebo veřejným opatrovníkem. Pro poskytovatele profesionální podpory v tomto smyslu plynou pravidla ze zvláštních právních předpisů, např. ze zákona o sociálních službách. Zvláštní právní úprava veřejného opatrovnictví však zatím chybí.

1.2.3 Formální / neformální podpora při právním jednání

Podle statusu osob, které podporu poskytují, rozlišujeme podporu „formální“, poskytovanou osobou oficiálně ustanovenou např. soudem, nebo úřadem a podporu poskytovanou „neformálně“, např. blízkou osobou, nebo sociální službou. Formální podpora je upravena v nových opatřeních OZ (viz kap. 1.141). Neformální podpora může být poskytována kýmkoli – lidmi z přirozeného okolí, profesionály, lidmi v obdobné situaci („peer support“), sebe-obhájci, organizacemi lidí s postižením, atd. Neformální podporu využívají často lidé každodenně. Formální podporu potřebují obvykle jen zřídka.

1.2.4 Tři stupně samostatnosti při rozhodování / míry podpory

Při poskytování podpory při rozhodování považujeme za důležité zamyslet se vždy nad tím, jakou míru podpory člověk pro konkrétní rozhodnutí potřebuje, nebo zda vůbec, a z toho pak vycházíme.

1.2.4.1 Vlastní samostatné rozhodnutí

Nějakou podporu běžně využívá pro své rozhodování každý člověk. Přitom jde o vlastní „samostatné“ rozhodování, které nevyžaduje žádnou zvláštní (dodatečnou) podporu.

1.2.4.2 Vlastní rozhodnutí s dodatečnou podporou

Jde o situace, kdy se člověk rozhoduje osobně, ale využívá přitom zvláštní pomoc někoho jiného, často s využitím odpovídajících metod. Pomoc při rozhodování je záměrně uspořádána. Může jít např. o využití tzv. kruhu podpory, vytvořeného podle přání člověka, o grafické znázornění variant řešení, o pomoc při komunikaci, při porozumění situaci nebo vyjádření vůle. Člověk s využitím takové podpory pak může dát jednoznačně najevo svou vůli a preference.

1.2.4.3 Rozhodnutí na základě nejlepšího porozumění vůli a preferencím

V tomto případě hraje důležitou roli již zmíněný kruh podpory – skupina blízkých lidí, kterým člověk důvěřuje. Úkolem členů skupiny je identifikovat vůli a preference člověka na základě podrobného porozumění člověku, pokud možno s využitím znalosti jeho životního příběhu a s porozuměním jeho chování, jeho reakcím. Díky takovému porozumění jsou lidé ve skupině schopni porozumět a vůli člověka interpretovat ji třetí straně, i pro potřeby právního jednání.

Pro situaci lidí, u kterých se i přes veškeré úsilí zatím nedaří zjistit jejich vůli nebo preference, jsme si zavedli princip „presumpce vůle“. Považujeme za důležité, aby nikdy neskončilo úsilí o navázání komunikace, a tím i zjišťování vůle, v jakékoli formě.

1.3 Osvědčené postupy využívané pro poskytování podpory při rozhodování

Existují postupy, jak poskytovat podporu při rozhodování splňující náročné požadavky plného respektu k právům, vůli a preferencím člověka, bez ohledu na míru postižení, nebo způsob komunikace. Jde např. o tyto metody:

1.3.1 Pomoc s porozuměním a vyjadřováním

Možnost porozumět a vyjádřit se je klíčová podmínka pro rozhodování. Člověk s postižením v duševní oblasti může potřebovat více pomoci při porozumění situaci, možnostem volby, jejich důsledkům a také při vyjádření se. Pomocí může vysvětlení nebo překlad do jednoduché formy řeči. Mnoho lidí používá neverbální způsoby komunikace, kde prostředkem pro sdělení jsou různé zvuky, gesta, mimika, doteky, oční kontakt, znaky, symboly a obrázky, fotografie, předměty, písmenkové tabulky, klávesnice, počítač atd. Zkušení praktici z oboru bazální stimulace tvrdí, že pro komunikaci lze využít i změnu svalového napětí. Podle Úmluvy má člověk právo zvolit si svůj způsob komunikace i pro úřední jednání (čl. 21 písm. b)).

1.3.2 Budování a posilování sítí osobních vztahů

Pro každého je důležité mít kolem sebe dostatek blízkých lidí, kteří nás dobře znají, mají nás rádi, na které se můžeme obrátit s důvěrou, poradit se. Pro člověka s postižením v duševní oblasti je to obzvlášť důležité. Mohou být nenahraditelní pro zprostředkování komunikace a také pro zajištění kontroly proti zneužití člověka. Lidé s postižením často nemají v důsledku letité izolace žádné blízké, osobní vztahy založené na vzájemné důvěře, společných životních zážitcích a osobním poznání s druhými lidmi. Je proto potřeba takové vztahy posilovat nebo vytvářet.

1.3.3 Plánování osobní budoucnosti

Obsah a smysluplnost každodenních rozhodnutí souvisí s celkovým směřováním života člověka. Vědomá představa o budoucnosti je důležitá jak pro přijetí samostatného rozhodnutí, tak zvlášť pro rozhodování činěná kruhem blízkých lidí na základě „nejlepšího porozumění vůli a preferencím“ člověka (viz. kap. 1.24.3). Pro pochopení a vyjasnění životního směru lze úspěšně používat některé komplexní způsoby plánování zaměřeného na člověka (PZČ), např. „plánování základního životního stylu“, nebo „MAPY, CESTY“.

1.3.4 Uspořádání podpory při rozhodování

Pro bezpečné rozhodování a využívání svéprávnosti může hrát klíčovou roli dobře uspořádaný systém (plán) podpory. Ten může být zaměřen na různé oblasti a mít různých obsah. Standardně by ale měl obsahovat přehledně uspořádané informace o tom, jak má podpora vypadat, s jakou frekvencí, za jakých okolností a v jakém rozsahu se podpora poskytuje a kdo ji poskytuje. Pro jeho vytváření lze úspěšně používat a kombinovat různé nástroje PZČ.

1.4 Současná úskalí poskytování podpory při rozhodování a právním jednání

Nový model podpory při rozhodování a právním jednání přináší řadu nových věcných, etických a právních otázek, jejichž řešení se věnují různé disciplíny a odborníci po celém světě.

Nejvíce otázek a pochybností obvykle vyvstává ohledně lidí s největší mírou potřebné podpory (největší mírou postižení): jak spolehlivě zjistit jejich vůli anebo preference, když to není možné, jak dosáhnout alespoň „nejlepšího porozumění“ jeho vůli a preferencím, co když není možné dosáhnout jakéhokoli porozumění vůli člověka? Dalším dilematem je, jak reagovat v právní úpravě

na právo člověka podporu odmítnout – bude zřejmě potřeba nově promyslet institut neplatnosti právního jednání. Dalším problémem, na který narážíme, je nedostatek zdrojů podpory, zejm. přirozené, ze které lze zajistit podporu formální. Přitom na ni má člověk nárok. Problém je také v nedostatečcích právní úpravy v OZ – současná opatření neposkytují dostatečné záruky proti zneužití, některá diskvalifikují lidi s vyšší mírou postižení, nepokrývají všechny relevantní situace, stále existuje možnost omezení svéprávnosti a značný prostor pro „náhradní rozhodování“. Chybí instituce, která by poskytovala konzultace a možnost mediace pro podporované i podpůrce, zajišťovala dobrou praxi a šířila povědomí.

Dalším velkým tématem jsou střety zájmů u podpůrců: veřejný opatrovník je pod tlakem různých zájmů veřejné správy a samosprávy, jejichž je součástí (přidělování obecních bytů, zřizování sociálních služeb, politické zájmy, vztah podřízenosti, je jím starosta, atd.). Do střetu zájmů se ale dostávají i blízcí lidé, když jsou osamocenými podpůrci, nebo pokud má člověk pro „nápomoc“ jen sociální službu.

Zásadním a nepřekonatelným limitem práva rozhodovat o svém životě je bohužel i sám systém sociálních služeb. Ukazuje se zejména ve vztahu k právu na život v běžném prostředí. Mnoho rozhodnutí nelze vůbec učinit nebo realizovat, protože není dostupná terénní služba a sociální práce tam, kde člověk žije, nebo žít chce. To pak např. tlačí i opatrovníky k tomu, že nejednají v souladu s vůlí „opatrovance“, byť ji znají.

Skutečnost, že neznáme odpovědi na všechny otázky, samozřejmě není důvodem nevydat se na cestu, naopak, je třeba ji začít prošlapávat. Quip hledá odpovědi společně se všemi, koho se problematika týká a chtějí se zapojit (podpůrci, podporovanými, blízkými i profesionály) m. j. v projektu Černá a bílá v rámci Aliance 12, která si klade za cíl dosažení plné implementace čl. 12 Úmluvy v ČR.

Reference / Seznam citované literatury

KOCMAN, David. Sociální služby a práce se zdroji přirozené podpory: kvalitativní studie tří komunitních služeb. Získáno 18. 9. 2016, z www.kvalitavpraxi.cz: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003834.pdf?seek=1459414077>

KOLEKTIV AUTORŮ. *Dobrá praxe opatrovnictví a poskytování podpory při právních úkonech a při rozhodování*, Praha: MPSV, 2013

Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (sdělení č. 10/2010 Sb. m. s.)

Ústavní zákon č. 1/1993 Sb., Ústava ČR

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník

Nález I. ÚS 557/09 z 18. 8. 2009 (N 188/54 SbNU 325)

Convention on the Rights of Persons with Disabilities, General comment No 1 (2014), United Nations, Committee on the Rights of Persons with Disabilities, Eleventh session, 31 March – 11 April 2014 (Komentář)

Intervencie v procese pozitívnej zmeny a samostatného rozhodovania užívateľov drog

Interventions in the Process of Positive Change and Own Decision-making of Drug Users

Daniela Strýčková²²³, Martina Žáková²²⁴

Abstrakt

V sociálnej práci v rámci prístupu harm reduction dávame často dôraz na budovanie pomáhajúceho vzťahu, na spoznávanie klientových vzorcov správania, na formovanie klientovho správania a postojov, či budovanie motivácie k zmene v užívaní drog. Sociálny pracovník má k dispozícii niekoľko metód, ktoré môže využiť pri práci na klientovom samostatnom rozhodovaní alebo na pozitívnej zmene. V príspevku sa venujeme vybraným metódam, ako je napríklad využitie motivačného rozhovoru, či tzv harm reduction psychoterapie pri práci s užívateľmi drog. Motivačný rozhovor považujeme za dôležitú metódu používanú v práci s touto klientelou. Podľa nás je nevyhnutné sociálnu terapiu s užívateľom drog zasadiť do kontextu motivačných intervencií podľa Prochasku a DiClementeho, ktoré narábajú s fázami zmeny, ktorými klient prechádza. Tak, ako to vnímame v harm reduction psychoterapii, v prípade užívateľov drog je abstinencia jedným z mnohých možných cieľov a nie jediným. Postupné dosahovanie menších cieľov pôsobí na klienta motivačne a posilňujúco.

Kľúčová slova: Harm reduction. Fázy zmeny. Motivačné intervencie. Psychoterapia. Užívatelia drog.

Abstract

In the social work under the harm reduction approach we often emphasize the development of an assistance relation, getting know the client's patterns of behaviour, forming of behaviour and standpoints of the client, or building a motivation to change in drug abuse. A social worker has some methods applicable for work in independent decision or positive change of the client. The contribution describes the selected methods, for example use of a motivation interview or so-called harm reduction psychotherapy for working with drug consumers. We consider the motivation interview as an important method used for working with the clientele. In our opinion, it is inevitable to put the social therapy for the drug consumers in the context of the motivation interventions according to Prochaska and DiClement that operate with the phases of change the client undergoes. As we can perceive it in the harm reduction psychotherapy, the abstinence for the drug users is the one of many potential goals and not the only one. Successive achieving of smaller goals motivates and strengthens the client.

This article was prepared as a part of project The Identity of Social Work in a Context of Slovakia [APVV-0524-12] funded by the Slovak Research and Development Agency.

Keywords: Harm reduction. Phases of change. Motivation interventions. Psychotherapy. Drug users.

1. Sociálna práca s aktívnymi užívateľmi drog

Nízkoprahové programy považujeme za dôležitú súčasť systému sociálnej starostlivosti o užívateľov drog. Vďaka princípu nízkoprahovosti terénni pracovníci efektívne zasiahnu u ťažšie dostupnej populácie aktívnych užívateľov drog, pre ktorých sú často prvými odborníkmi, s ktorými sa dostanú do kontaktu. *“Nízkoprahové programy predstavujú komplex stacionárne alebo terénne poskytovaných služieb, ktoré sú pre klienta ľahko dostupné a nekladú na neho vysoké nároky.”* (Herzog, Klíma, In: Šandor, 2005: 13). Tieto vysoké nároky sa často stávajú pre klientov prekážkou pri hľadaní pomoci u odborníka, hoci služby potrebujú a majú na ňu nárok. Cieľová populácia nízkoprahových programov podľa Klímu

223 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce; daniela.stryckova@tvu.sk; Tel.: +421-33-5939426

224 Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce; martina.zakova@truni.sk; Tel.: +421-33-5939407

(In ČAS, 2007), vzhľadom ku svojej životnej situácii, často nevie, prečo a ako by mala usilovať o zmenu, či všetky svoje možnosti a schopnosti vyčerpala, prípadne stratila nádej, rezignovala a odmietla o akýkoľvek obrat usilovať. Potenciálni klienti nízkoprahových programov môžu byť v odpore voči ponuke pomoci všeobecne. Nerozumejú, alebo odmietajú si pripustiť, že by im služba mohla byť prospešná.

Cieľom kontaktu streetworkera s klientom je vytvorenie priestoru na uskutočnenie zdravotných či behaviorálnych zmien. Jedným z prvých krokov je akceptovanie klientovej definície problému ako platného počiatočného bodu pre intervenciu. Tým sa streetworker snaží nájsť to, čo motivuje klienta k tomu, aby hľadal pomoc a snaží sa výjsť v ústrety jeho potrebám. Okolo tejto motivácie posiluje pozitívne liečebné spojenectvo (alianciu). Vzťah je teda kľúčovým komponentom práce s klientom (Tatarsky, 2003).

Medzi konkrétnejšie ciele patrí podľa Janíkovej (In Kalina a kol., 2008) zvyšovanie informovanosti klientov o účinkoch drog, znižovanie počtu predávkovania, obmedzenie šírenia infekčných ochorení a zvyšovanie motivácie klientov k menej rizikóvemu správaniu a k zmene životného štýlu smerom k abstinencii.

Pri dosiahnutí cieľov je dôležitý prístup a schopnosti samotných streetworkerov. Okrem prijímajúceho postoja a dodržiavania pravidiel etiky, streetworker potrebuje ovládať aj niektoré z metód používaných v sociálnej práci.

Harm reduction filozofia presadzuje humanistické princípy, čo možno vnímať aj v šiestich kľúčových ideách, ktoré načrtol Tatarsky (2003). Pre harm reduction model je charakteristické:

- Stretnúť sa s klientom ako s individualitou.
- Je dôležité začať tam, kde sa klient nachádza – akceptovať jeho ciele a stupeň motivácie k zmene, s ktorými za nami prichádza.
- Predpokladať, že klient disponuje vnútornými silami, ktoré môžu byť podporujúce.
- Akceptovať malé postupné zmeny ako kroky, ktoré idú správnym smerom.
- Nelipnúť na abstinencii (alebo na iných predpokladaných predstavách) ako nevyhnutnom predpoklade terapie, pred tým, než skutočne spoznáme jednotlivca (resp. jeho individualitu)
- Rozvíjanie spolupracujúceho, zmocňujúceho vzťahu s klientom.

Harm reduction prístup a jeho filozofia sa vďaka svojej pragmatickosti, snahe o čo najefektívnejší zásah a aj dobrými výsledkami v mnohých krajinách, uplatňuje aj pri iných cieľových skupinách a v myslení praktikov rôznych pomáhajúcich profesií.

1.1 Harm reduction psychoterapia

Filozofia harm reduction bola a je vo svete akceptovaná stále narastajúcim počtom vedcov, praktikov, odborníkov z oblasti drogovej politiky, verejného zdravotníctva, sociálnych a zdravotných služieb a aj psychoterapie. Sme názoru, že psychoterapeutický výcvik, resp. terapeutické schopnosti a skúsenosti sú pri sociálnej práci s užívateľmi drog, nesmierne cenné a môžu výrazne pomôcť v smere budovania samostatného fungovania a motivácie k uskutočneniu zmeny v živote klienta. Za inšpiratívny pokladáme Tatarskyho *model integratívnej harm reduction psychoterapie* (ďalej HRP), ktorý uverejnil v roku 1998. Ide o intervenciu využívanú v USA (Kellogg, Tatarsky, In Fischer, Roget, 2009).

Základy tohoto psychoterapeutického prístupu stoja na dielach autorov ako Andrew Tatarsky, Anan Marlatt, Patt Denning, či Frederick Rotgers a vychádzajú z príspevkov psychodynamickej, kognitívno-behaviorálnej a humanistickej tradície. V ideálnom prípade, človek vykonávajúci HRP by mal ovládať práve psychodynamické, kognitívno-behaviorálne a zážitkové techniky, ktoré sú používané v integratívnej psychoterapii.

Podľa Kellogga a Tatarskeho (In Fischer, Roget, 2009) je HRP zaujímavým doplnkom ostatných nástrojov starostlivosti v oblasti závislosti, pretože je dostupnejšia a flexibilnejšia než tradičné formy starostlivosti. Rozširuje pohľad na to, kto môže byť klientom, pretože si kladie za cieľ prijať klienta kedykoľvek bude mať záujem o vstup do starostlivosti. Klienta podporuje v procese pozitívnej zmeny, pričom abstinencia je jedným z mnohých možných cieľov. Dôležitou súčasťou je porozumenie užívaniu drog a vzťahu človeka k nim.

Samotný terapeutický proces zahŕňa, podľa Kellogga a Tatarskeho (2009; In Fischer, Roget, 2009) niekoľko dôležitých okruhov, a to:

- *Terapeutickú alianciu.* Poukazuje na kľúčový význam vzájomného vzťahu pre klientovo/pacientovo a terapeutovo úsilie. Aj pri klientoch, ktorí majú problematickú citovú väzbu (attachment), by mal byť terapeutický vzťah vedený niekým, kto je naladený na klienta a je potvrdzujúci.
- *Hodnotenie.* Terapeut by sa nemal zaujímať iba o užívanie drog samotné, ale aj o to, ako je užívanie prepojené s inými osobnými a sociálnymi zážitkami. Terapia by mala viesť k hlbšiemu objasneniu podstaty užívania drog a to vo vzťahu k širšiemu osobnému kontextu.
- *Psychoterapeutické ciele.* Plán starostlivosti by mal byť rozvinutý na základe terapeutovho hodnotenia, ale zároveň aj na tom, čo klient od terapie očakáva. Na základe týchto oblastí by mali byť stanovené ciele a stratégie pre ich dosiahnutie. Cieľom môže byť napr.:
 - a) pokračovať v príslušnom vzorci (správania), ale so sledovaním problémov;
 - b) uskutočniť zmeny zacielené na redukciu škôd;
 - c) postupovať smerom k umiernenosti;
 - d) prijať abstinenciu ako cieľ.
- *Motivačné intervencie* – harm reduction prijalो tzv. model fáz zmeny od Prochasku a DiClementeho (1986; viď nižšie), ktorý hovorí o obdobiach, ktorými človek prechádza z hľadiska pripravenosti na zmenu. Pre každú z týchto fáz sú typické seba vlastné terapeutické ciele.

Máme za to, že vzhľadom na spoločný prístup, mnoho zo základných terapeutických zásahov harm reduction psychoterapie je obsiahnutých aj v každodennej praxi streetworkerov, i keď možno intuitívne. Pre streetwork je však typický časovo krátky a nepravidelný kontakt s klientom, pri ktorom treba vyberať techniky efektívne.

1.2 *Motivačné rozhovory*

Motiváciu možno chápať ako proces usmerňovania, udržiavania a energetizácie správania, proces zvýšenia alebo poklesu aktivity jedinca. Vplyvom drog sa táto základná osobnostná dimenzia mení. Klesá záujem o iné záležitosti než drogy a vytráca sa energia potrebná k rastu, a prosperite človeka. Motivácia je jedným z faktorov úspešnosti liečby. Pri závislosti proti motivácii stojí zvyk, ktorý je ustáleným prežívaním a správaním (Kalina a kol., 2001). Tradičný model závislosti a jej liečby presadzoval presvedčenie, že závislý človek nie je dostatočne motivovaný, pokiaľ sa nedotkne svojho dna. V súčasnosti sa na motiváciu môžeme pozrieť aj z iných hľadísk. Práca s motiváciou je už bežnou súčasťou intervencií v rámci liečby závislosti (Dobiášová, Broža, Kalina, In Kalina a kol. 2008).

Z nášho pohľadu, rozhodujúcimi faktormi pre voľbu vhodných techník sociálnej terapie a sociálneho poradenstva je napríklad aktuálna fáza procesu uvažovania o zmene v užívaní drog, v ktorej sa klient nachádza. Model fáz zmeny od Prochasku a DiClementeho (In Jirešová a kol., 2005) nám pomáha porozumieť motivačným intervenciám a úlohám terapeuta pri práci s klientom. Prvou úlohou je pochopiť, v akej fáze sa klient nachádza a následne sa otvára priestor adekvátne klientovi pomôcť:

- *V prvej, prekontemplačnej fáze, človek nezvažuje zmenu.* Nemá vedomosť o tom, že by mal s užívaním drog nejaké problémy. Úlohou v tejto fáze je teda rozvoj terapeutického vzťahu, ktorý rozvíja sebareflexiu a sebahodnotenie, čo vedie k identifikovaniu problematických dôsledkov užívania. Sociálny pracovník sa snaží nachádzať cestu k tomu, ako klienta zaangažovať. Používa počúvanie, empatiu a indentifikuje bariéry. Zameriava sa na klientove silné stránky a ochranné a rizikové faktory. Zároveň by mal umožniť klientovi prístup k ochranným pomôckam, ako je napr. sterilná injekčná striekačka.
- *Vo fáze zvažovania* je klient ambivalentný ohľadne užívania drog. Sociálny pracovník by mal mať za cieľ pomôcť vyriešiť klientovu nerozhodnosť. Pomôže, ak zvýši vieru vo vlastné schopnosti, poskytne emocionálnu podporu a vytvorí rozpory. Sociálny pracovník môže ohodnotiť škálu dôvodov pre zmenu a zároveň riziká pri nevykonaní žiadanej zmeny.
- *Vo fáze prípravy* sa klient pripravuje a odhodláva na zmenu. Rozhodnutie pre zmenu už urobil a má pocit, že jeho problém je vážny a nie s ním musia urobiť. Sociálny pracovník by mal pomôcť klientovi zúžiť svoj záväzok k zmene a pomôcť vytvoriť si vhodný plán, či zvoliť ďalší postup. Pri tom je dôležité stanovenie cieľa, ocenenie pripravenosti a povenovanie podpory od druhých osôb.
- *Fáza akcie* je typická začiatkom procesu zmeny. Klient realizuje svoj plán svojim správaním. V tejto fáze klient potrebuje pomoc v podnikaní krokov smerom k zmene. Sociálny pracovník poskytuje stimul kontroly, emocionálnu podporu a znovuupevnenie pozitívneho správania. Túto fázu mnoho klientov ukončí predčasne. Vtedy potrebujú pomoc s vytvorením nového plánu.
- *Fáza udržiavania* je charakteristická tým, že klient si udržiava behaviorálnu zmenu, ktorú dosiahol. Dôležitým zásahom je umocňovanie tejto zmeny, aby nedošlo k relapsu, napr. pomocou pri identifikovaní a využívaní stratégie v prevencii relapsu, poskytovaním emocionálnej podpory, pomáhaním v riešení interferencii, či sprostredkovaním účasti v svojpomocnej skupine.
- *Fáza relapsu* prichádza často v období stresu či krízy. Niekedy je relaps súčasťou procesu. Ak nastane, klient potrebuje od sociálneho pracovníka podporu a spoluúčasť. Pracovník by mal poukazovať na silné stránky a úspechy klienta, a skúmať to, čo doposiaľ fungovalo. Pracovník by mal rozlišovať medzi lapsusmi a veľkými relapsami, a mal by pomôcť klientovi obnoviť proces zvažovania zmeny.

Ako uvádza DiClemente (In Miller, Rollnick, 2002), úlohou terapeuta je čo najlepšie správať klienta procesom zmeny. V tomto procese sa totiž terapeut môže stať pomocou, ale aj prekážkou. Najviac nápomocný sa stáva tým, že porozumie celému procesu zmeny (tzv. koleso zmeny, ang. *wheel of change*) a naučí sa podnietiť jeho skýté súčasti. To je úlohou tzv. motivačného rozhovoru vo vzťahu ku kolesu zmeny.

Motivačný rozhovor je tiež dôležitým teoretickým a referenčným rámcom pre zástancov prístupu harm reduction a pre ľudí, ktorí pracujú s užívateľmi drog vo všeobecnosti, pretože poskytuje teoretické zdôvodnenie humánneho prístupu zameraného na klienta (Hunt, 2003). Za tvorcov tejto metódy sú považovaní Miller a Rollnick. Za okolnosťami jej vzniku stála „reakcia na konfrontačnú terapiu, ktorej cieľom bolo, aby si klient priznal svoju závislosť.“ (Pavelová a kol. 2014: 16). Základným cieľom motivačného rozhovoru je však zmena prejavená v tzv. sebamotivujúcom prehlásení človeka. Takúto zmenu možno dosiahnuť posilňovaním motivácie (Pavelová a kol. 2014). Filozofia tohto prístupu predpokladá, že ľudia sú v skutočnosti celkom motivovaní, ibaže ich stav pripravenosti k zmene je kolísavý a ovplyvnený množstvom vnútorných faktorov a vonkajších podmienok (Dobiášová, Broža, Kalina, In Kalina a kol. 2008).-

Metóda motivačných rozhovorov (resp. motivačný tréning) má danú vlastnú štruktúru. Podľa Rotgersa (1999) vychádza z dvoch základných konceptov:

- a) *Pripravenosť*, t.j. ľudia sa nachádzajú v rôznych štádiách pripravenosti k zmene;
- b) *Ambivalencia*, t.j. ambivalencia je normálna a pochopiteľná.

Rollnick a Allison (In Pavelová a kol. 2014) uvedené koncepty dopĺňajú o *odpor*. Jedná sa o faktory, ktoré vplývajú na rozhodovací proces a vnímanie intervencie klientom.

Na koncepty plynulo nadväzujú *zásady/princípy motivačných rozhovorov*, ktorými sú:

- a) *Vyjadrenie empatie*. Základnou zložkou poradenského procesu je primeraná empatia, kedy pracovník prejaví porozumenie a akceptáciu. Prijatie ambivalencie znižuje odpor na strane klienta.
- b) *Vytváranie rozporu*. Pracovník by mal v klientovi vytvoriť rozpor medzi jeho súčasným správaním a osobnými cieľmi alebo predstavami o sebe. Ku zmene by malo dôjsť, ak rozpor začne byť citelný. Cieľom klienta je dosiahnuť stav sebakonfrontácie a získať dôvody k zmene.
- c) *Vyhýbanie sa sporu*. Spory sú kontraproduktívne a zvyšujú úroveň odporu.
- d) *Práca s odporom*. Najdôležitejšou funkciou motivačných intervencií je zníženie klientovho odporu. K tomu sa využíva reflexia či prerámčovanie. Energia klientovho odporu je považovaná za pozitívne znamenie niečoho, čo je potrebné preskúmať.
- e) *Podpora sebadôvery*. To, ako klient vníma svoje schopnosti konať s dosahovať ciele, vplýva na pravdepodobnosť, že sa mu podarí uskutočniť zmenu v správaní. Preto mu treba vštepiť dôveru vo vlastný plán a v dosiahnutie výsledku (Rotgers, 1999).

Miller a Rollnick (2002) píšú o *piatich počiatočných zručnostiach terapeuta*, ktoré sú vlastne technikami či metódami využívanými v motivačných rozhovoroch. Zaraďujú sem otvorené otázky, reflexívne počúvanie, potvrdzovanie a oceňovanie, a zhrňovanie. Poslednou zručnosťou je vyvolanie sebamotivujúceho prehlásenia, ku ktorému smerujú práve predchádzajúce techniky. Sebamotivujúce prehlásenia môžu mať rôzne podoby. Klient v nich môže priznať problém, vyjadriť sa k danému problému, priamo alebo nepriamo verbalizovať zámer alebo zmenu, či vyjadriť optimizmus týkajúci sa budúcej zmeny.

Podľa nášho názoru, sociálny pracovník môže v rámci sociálno-terapeutickej činnosti venovanej klientom aktívne užívajúcim drogy čerpať inšpiráciu aj z iných oblastí, ako napr. kognitívno-behaviorálnych techník, rodinnej terapie, krátkych intervencií, arteterapie, či rogeriánskej psychoterapie a iných. Samotný motivačný rozhovor však pokladáme za jednu z najvyužívateľnejších intervencií v sociálnej práci s užívateľmi drog, ktorú môže terénny sociálny pracovník či streetworker uplatniť. Spomínané intervencie sú overenými nástrojmi s rukách streetworkera, i keď bez hlbokého pochopenia procesu liečby, pochopenia celkovej situácie klienta, a bez osobnostných predpokladov a kompetencií sociálneho pracovníka, sa stávajú nepoužiteľnými.

1.3 Záver

Cieľová skupina klientov s aktívnym užívaním drog je takou klientelou, ktorej sa na Slovensku venujú predovšetkým intervencie z oblasti harm reduction. Sociálna terapia v rámci terénnej sociálnej práce s užívateľmi drog dáva dôraz na budovanie terapeutického, pomáhajúceho vzťahu, na spoznávanie klientových vzorcov správania a na aktívne formovanie klientovho správania a postojov, či budovanie motivácie k zmene v užívaní drog. Motivačný rozhovor zároveň považujeme za najdôležitejšiu metódu sociálnej terapie používanú v práci s touto klientelou, ktorá vhodne dopĺňa harm reduction filozofiu. Sociálny pracovník má ako streetworker v harm reduction službách limity v poskytovaní sociálnej

terapie, které vyplývají ze samotného místa výkonu a času, který může strávit v společnosti klienta. Preto pokladáme za důležité, čerpať inšpiráciu aj z oblasti harm reduction psychoterapie ako aj iných psychoterapeutických smerov, či adiktológie a psychológie pre čo najefektívnejšiu intervenciu.

1.4 Pod'akovanie a afiliácia

Tento článok bol vypracovaný v rámci projektu APVV-0524-12 Identita sociálnej práce v kontexte Slovenska.

Zdroje citovanej literatúry

DOBIÁŠOVÁ, Dana – BROŽA, Jiří – KALINA, Kamil. Poradenství a práce s motivací. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 121-131 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

HERZOG, Aleš – KLÍMA. Petr. Cieľová skupina nízkoprahových programov pre deti a mládež. s. 39–45 In Šandor, J. *Nízkoprahové programy pre deti a mládež*. Bratislava: Nadácia mládeže Slovenska, 2005. 130 s. ISBN 80-969348-0-5.

HUNT, Neil. *Pokrokové zmysľovanie o drogách*. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti/Open Society Foundation, 2003. 76 s. ISBN 80-969271-0-8.

JANÍKOVÁ, Barbara. Metody předléčebné intervence, léčby a následné péče. In Kalina, K. a kol. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 2008. 99-144 s. ISBN 978-80-247-1411-0.

JIREŠOVÁ, Katarína. et.al. Úvod do harm reduction: Průručka pro učitele. Bratislava: Nadácia otvorenej spoločnosti, 2005. 191 s. ISBN 80-96-9271-2-4.

KALINA, Kamil. a kol. *Mezioborový glosář pojmů z oblasti drog a drogových závislostí* [online] Úřad vlády České republiky: Filia Nova pro Radu vlády ČR – Meziresortní protidrogovou komisi, 2001. ISBN 80-238-8014-4. Dostupné na internete: <http://www.drogy-info.cz/publikace/glosar/>.

KELLOGG, Scott. – TATARSKY, Andrew. Harm Reduction Psychotherapy. In FISCHER, G. L. – ROGET, N. A. *Encyclopedia of substance abuse, prevention, treatment, and recovery*. USA: Sage, 2009. 444–449 s. ISBN 978-1-4129-5084-8.

MILLER, William. R. – ROLLNICK, Stephen. *Motivační rozhovory: Příprava lidí ke změně závislého chování*. Tišňov: SCAN. 2004. 332 s. ISBN 80-86620-09-3.

PAVELOVÁ, Ľuba. a kol. *Profil klienta pri vstupe do resocializačného strediska*. Bratislava: Iris, 2014. 176 s. ISBN 978-80-89238-96-5.

BELL, Alison. – ROLLNICK, Stephen. Motivační rozhovor v praxi: Strukturovaný přístup. In Rotgers, F. a kol. *Léčba drogových závislostí*. Praha: Grada, 1999. 264 s. ISBN ISBN: 8071698369.

TATARSKY, Andrew. Harm reduction psychotherapy: Extending the reach of traditional substance use treatment, *Journal of Substance Abuse Treatment*, 2003, roč. 25, č. 4, s. 249–256. ISSN 07405472.

Systémové a institucionální překážky začlenění do běžného života společnosti a způsoby jejich překonávání

Systémové překážky na cestě z ústavní péče *Systemic obstacles on journey from institutional care*

Milena Johnová²²⁵

Abstrakt

Na dvou příbězích ukazují překážky bránící lidem s postižením žít nezávislý život v běžné komunitě. Toto právo jim výslovně dává čl. 12 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením a mělo by být respektováno i transformačními projekty zaměřenými na ústavní péči. Mechanismy a systémy zřízené za účelem pomoci chránit zájmy lidí v praxi mohou velmi účinně bránit uplatňování práv: zejména omezování svéprávnosti, opatrovnictví, odborná lékařská vyšetření. Příběhy ukazují i možná východiska: koordinace pomoci a podpory, nové nástroje občanského zákoníku, přirozená podpora, přiměřená úprava.

Klíčová slova: Lidé s postižením. Ústavní péče. Právo na nezávislý život.

Abstract

I use two stories to show the barriers that prevent the persons with disability to live an independent life in a normal community. They have the right explicitly from Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, and it should be respected by the transformation projects focused on the institutional care as well. The mechanisms and systems established to assist in protecting interest of people in practice might effectively obstruct application of the rights: especially limitation of the legal capacity, guardianship, and expert medical examinations. The stories also show possible ways out: coordination of the assistance and support, new instruments in the Civil Code, natural support, and adequate provisions.

Keywords: People with disabilities. Institutional care. Right for independent life.

1. Úvod

V příspěvku ukazují na autentických příbězích dvou lidí, kteří se rozhodli opustit ústav, s jakými překážkami se lidé musí vypořádávat a co jsou možné příčiny rostoucího počtu lidí v pobytových sociálních službách.

2. Příběhy

2.1 *Paní Barbora*

S výjimkou pěti let prožila Barbora celý svůj dosavadní život v ústavní péči. Podařilo se jí odejít až v šestačtyřiceti letech po tříletém vyčerpávajícím souboji s hydrou zvanou systém:

Rok 2013: Barbora žije a pracuje jako uklízečka v ústavu, jehož služby využívá jen pro přesouvání a stravování. Její zájmy jsou chráněny velmi špatně: nemá platné doklady, nikdo se nestará o její zdraví ani o pořádek ve finančních prostředcích. V prosinci nastupuje do sociálního podni-

225 Milena Johnová: Quip z. ú., Karlínské nám 12, Praha 8; e-mailová adresa: milejo12@gmail.com; Tel.: +420 605 121 350

ku jako pradelna. Místo jí pomohli sehnat přátelé, kteří pro ni také zajišťují veškerou další pomoc s výjimkou právního jednání, které podle rozhodnutí soudu musí vykonávat veřejný opatrovník. Barbora se na konci roku definitivně rozhoduje odejít z ústavu a podává žádost o městský byt.

Rok 2014: Barbořiní přátelé zakládají opatrovnickou radu na ochranu jejich zájmů a svolávají jednání na městském úřadě, povolávají na pomoc sociální pracovnice a právníky Quipu a SPMP. V dubnu vzniká první individuální plán podpory v samostatném životě po opuštění ústavu. Na setkání za účasti všech stran Barbora formuluje svůj hlavní cíl: *Aby vyšlo bydlení a jak se naučit to všechno zvládnout.* Obec – vlastník bytů a opatrovník v jednom – opakovaně odmítá akceptovat Barbořinu žádost o městský byt. Ústav objednává psychiatrické a psychologické vyšetření. Obě končí závěrem: Barbora má bydlet v chráněném bydlení. V prosinci soud zahajuje soudní řízení o opatrovnictví a přezkoumání omezení svéprávnosti.

Rok 2015: Barbora zmocňuje právničku Quipu k zastupování v soudním řízení. Soud stanovuje soudního znalce v oboru psychiatrie. Znalec dospěl mj. k závěrům, že Barbora není schopna rozhodovat o vlastní léčbě, porozumět smyslu voleb, či pochopit účel a důsledky manželství, a doporučil samostatné nakládání s finančními prostředky do výše 400 Kč týdně. Barbora s pomocí podpůrců hledá vhodný byt v soukromém vlastnictví. Zmocněnkyně pro řízení připravuje kritické stanovisko ke znaleckému posudku, návrh smlouvy o nápomoci a důkazní materiály pro soud. Veřejný opatrovník slibuje podepsat nájemní smlouvu pod podmínkou, že opatrovnická rada převezme výkon opatrovnictví. Poté, co odmítá podepsat v pořadí třetí nájemní smlouvu, najímá pro Barboru malý byt předseda opatrovnické rady. Barbora má byt, ale opatrovník jí nedovolí v něm bydlet. Sociální komise města definitivně zamítá její žádost o městský byt s poukazem na to, že má bydlet v chráněném bydlení.

Rok 2016: Opatrovník vypovídá smlouvu o poskytování ústavní péče pod podmínkou, že Barbora nastoupí do chráněného bydlení, se kterým jedná opatrovnická rada. Probíhají dvě zasedání soudu končící 27. ledna rozhodnutím o plném navrácení svéprávnosti a schválením smlouvy o nápomoci se třemi podpůrci. Barbora opouští 8. února ústav. Oficiálně žije u jedné z podpůrkyň. Rozsudek nabývá právní moci 16. března bez toho, že to soud, který jej vydal, jakkoli zaznamenává. Barbora si užívá svobody, ale stále žije jen z kapesného 400 Kč týdně a z peněz za úctenky, které jí proplácí opatrovník. Ten blokuje její finanční prostředky včetně příspěvku na péči a stále odmítá podepsat nájemní smlouvu. Ani v polovině dubna nelze ověřit právní moc rozsudku, protože na soudě se vyměňuje podlaha. Po čtvrt roce od vynesení rozsudku se Barbora 24. dubna konečně dozvídá, že rozsudek, kterým jí byla navrácena svéprávnost, nabyl právní moci.

2.2 Pan Z

Pan Z žil zhruba rok v domově se zvláštním režimem (dále jen DZR), kam se dostal v důsledku rozsáhlého ochrnutí po mozkové mrtvici. Místo chybějící rodiny mu pomáhal finančně i lidsky zaměstnavatel. Pan Z se chtěl vrátit domů, zaměstnavatel našel pomoc sociální služby:

Mapování zdrojů: Sociální pracovnice začala mapováním situace a zdrojů, které by pan Z mohl použít pro návrat. Pan Z odhadoval, že nemá žádné úspory, jedinou jistotou bylo vlastnictví chaty a staršího auta a jištění ze strany zaměstnavatele (firma za něj platila ústavu povinný měsíční dar ve výši 10.000 Kč). Pan Z odhadoval, že po návratu by mu mohli pomoci také jeden kamarád

z hospody a jeden soused. Právě mu končila nemocenská a ústav navrhoval požádat o starobní důchod. Postupně se vše dařilo rozplétat: Pan Z může si dovolit platit část pomoci ze svého, má i příspěvek na péči. Ukázalo se, že výhodnější bude požádat o invalidní důchod místo starobního.

Péče o zdraví: Pan Z nevěděl jaký je jeho zdravotní stav ani jaké jsou možnosti dalšího zlepšení. Nechodil ani na žádnou fyzioterapii. Sociální pracovnice pro pana Z sehnala doporučení odborného rehabilitačního pracoviště: požádat o rehabilitační pobyt a intenzivně rehabilitovat doma a v rehabilitačním stacionáři, zajistit neurologickou péči a brýle. Odhad odborníků zněl: fyzický stav se v důsledku systematické rehabilitace nejspíš zlepší, pan Z možná začne i chodit.

Součinnost s ústavem: Pan Z společně se sociální pracovníci kontaktovali sociální odd. ústavu. Jednání o spolupráci nikam nevedlo. Ústav nebyl ochoten pomoci panu Z s ničím, ani s podáním žádosti o rehabilitační pobyt. Vyhledání výše příspěvku na péči trvalo doslova měsíce. Zato později ústav přišel s řešením, jak si zajistit platbu povinného daru, když zaměstnavatel odmítl prodloužit darovací smlouvu: navrhl panu Z pronajmout byt a z nájmu platit povinný dar; ústav sehnal i nájemníka.

Rekonstrukce bytu: Sociální pracovnice projednala s panem Z a s ergoterapeuty úpravy bytu, aby jej pan Z mohl používat – zejména šlo o madla na různých místech. S pomocí bývalých kolegů pana Z pak zajistila montáž madel i úklid bytu pro nastěhování.

Veřejná doprava pro osoby na vozíku: Pan Z ještě v době pobytu v ústavu potřeboval cestovat, aby projednal a odsouhlasil bezbariérové úpravy v bytě a navštívil rehabilitační stacionář. Cestování se ukázalo jako problémem: z osmi taxi služeb žádná nebyla ochotna přepravit pana Z, ač jeho vozík lze snadno složit do kufru. Specializovanou dopravu pro vozíčkáře je potřeba objednávat dva týdny předem. Později, když pan Z cestoval tramvají, řidič opakovaně odmítl rozložit nájezdni rampu.

Terénní služby: Sociální pracovnice začala s předstihem jednat s poskytovateli služeb: pečovatelská služba a několik služeb osobní asistence. Všechny byly ochotny udělat vstupní sociální šetření až poté, co se p. Z přestěhuje domů. Sociální pracovnice dojednala termíny sociálních šetření po návratu pana Z domů a udělala si čas, aby mohla sama služby zastoupit, než začnou fungovat. Z deseti poskytovatelů jen jediný měl volnou kapacitu a mohl služby zahájit během dvou týdnů. Po měsíci se ustálily dvě služby. Nedostatek kapacity pečovatelské služby nahradil internetový obchod, díky kterému pan Z dostane nákup až do bytu.

Spolupráce s obcí: V době, kdy sociální pracovnice byla zoufalá z nedostupnosti služeb pro pana Z, obrátila se i na místní odbor sociální péče. Vedoucí odboru navrhla využití obecní pečovatelské služby. Když se ukázalo, že služba nebude mít volnou kapacitu dřív než za dva měsíce, poradila sociální pracovníci, aby pan Z podal žádost do nějakého ústavu.

Spolupráce se sousedy: Po návratu domů pomohla sociální pracovnice dojednat panu Z pomoc lidí z domu, kteří nabídli poskytnout pomoc v případě akutního problému, zařadit nájezdni rampu u vchodových dveří domu apod.

Další plány: Po deseti měsících spolupráce, kdy pan Z měl zajištěny všechny základní sociální i zdravotní služby, je úkolem sociální pracovnice pomoci panu Z obnovit a posílit sociální vazby a samostatně zvládnout koordinaci podpory a pomoci.

3. Smysl, cíl a indikátory transformace

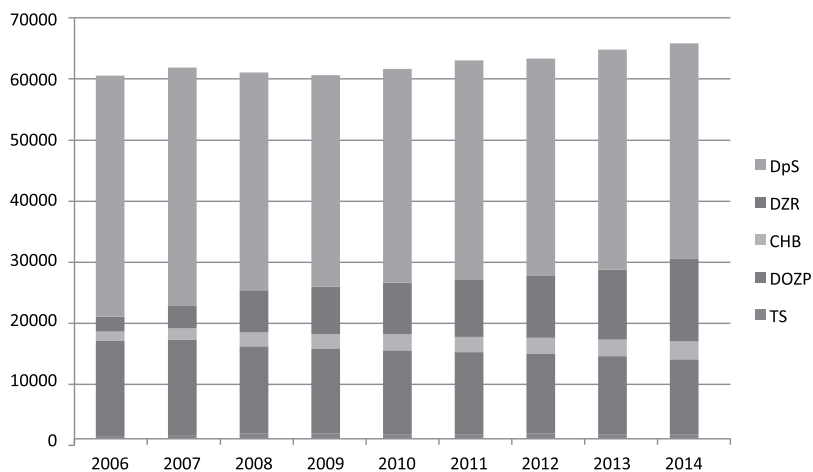
V r. 2009 ČR ratifikovala Úmluvu o právech osob se zdravotním postižením (dále jen Úmluva), kterou nelze při uvažování o smyslu a cílech transformace ústavní péče opomenout. Pro transformaci ústavní péče jsou klíčové zejména články 12 a 19 Úmluvy.

Článek 19 pokrývá tři základní oblasti: právo volby místa a způsobu života, právo na zajištění služeb zaměřených specificky na osoby s postižením a právo na zajištění přístupu ke komunitním službám, tedy službám běžně poskytovaným veřejnosti (Johnová & Strnad, 2013: 23). Volba místa a způsobu života je neodmyslitelně spjata s právním jednáním a potažmo s článkem 12 Úmluvy, který garantuje lidem právo na právní způsobilost a potřebnou podporu při rozhodování a právním jednání.

V transformačních projektech tedy není cílem *zavírat ústavy*, ale umožnit lidem zvolit si na rovnoprávném základu s ostatními kde, s kým a jak chtějí žít, tj. nedopustit, aby lidé byli nuceni žít ve specifickém prostředí pobytových sociálních služeb. Počty lidí v pobytových sociálních službách jsou *indikátorem implementace článku 19 Úmluvy*. Lidé totiž zpravidla nechtějí žít ve specifickém prostředí. Mnozí z nich ani po desetiletích nerezignovali a dokáží na přímou otázku jasně odpovědět, kde chtějí žít. Tak to bylo i v případě 95 lidí, jejichž volba místa pro život se stala předmětem studie mapující systémové překážky deinstitutionalizace už v r. 2013 (Johnová & Strnad, 2013: 29). Ústavní prostředí je ale nesnesitelné i pro lidi s těžkým postižením, kteří se vyjadřují nepřímo, např. chováním.

Indikátory implementace článku 19 jsou obsaženy ve statistických ročenkách z oblasti práce a sociálních věcí MPSV. Poslední dostupná ročenka obsahuje data z r. 2014. Graf ukazuje vývoj od konce r. 2006 (Johnová, 2015).

Graf č. 1: Vývoj počtu osob ve vybraných pobytových sociálních službách



Legenda ke grafu:

- DpS domovy pro seniory
- DZR domovy se zvláštním režimem
- CHB chráněné bydlení
- DOZP domovy pro osoby se zdravotním postižením
- TS týdenní stacionáře

Počet lidí v chráněném bydlení, které je v ČR vnímáno jako alternativa ústavní péče, roste. O tomto typu služby víme, že sice může přinést zlepšení kvality života lidí s postižením, ale zpravidla neumožňuje naplňovat právo lidí s postižením na možnost zvolit si na rovnoprávném základu s ostatními kde a s kým (viz článek 19 Úmluvy). Tuto slabinu ukázala studie 95 individuálních plánů lidí žijících v několika ústavech více či méně zapojených do transformačních projektů: *Místa, kam lidé odešli nebo nyní plánují odejít, jsou určována především nabídkou pobytových sociálních služeb* (Johnová & Strnad, 2013: 35).

Počet lidí v domovech pro osoby se zdravotním postižením (dále jen DOZP) se ročně snižuje o několik stovek tak, jak tomu bylo dávno před zahájením krajských i národních projektů transformace. Daleko rychleji však přibývá lidí, kteří žijí v tzv. domovech se zvláštním režimem: průměrně se ročně zvýší jejich počet o téměř 1.400. Celkový počet lidí v pobytových sociálních službách setrvale narůstá.

Zajímavé je, jak **nijak** se do tvaru křivek promítly krajské i národní transformační projekty. Možná tyto projekty jen korigují zhoršující se pozici sociálních inovátorů v posledních letech, kdy jsou sociální služby udusávány stále větším závalem byrokracie.

Prostřednictvím uvedených příběhů se pokusím identifikovat alespoň některé překážky na cestě ke zlepšení a opatření, která by mohla pomoci.

4. Překážky

Paní Barbora i pan Z byli systémem donuceni žít ve specifickém ústavním prostředí: paní Barbora v DOZP a pan Z v DZR. Situace není výjimečná, autorka textu zná řadu lidí v podobné situaci. Jaké mechanismy držely lidi s postižením proti jejich vůli v ústavech?

4.1 Malá představitost a postoje nepřesahující rámec pobytové služby

Sociální pracovnice DZR projevila aktivitu jedině ve věci zajištění podmínek pro to, aby pan Z zůstal klientem ústavu, aby mohl platit za službu. Nabídla mu pomoc při podání žádosti o starobní důchod a vymyslela zajímavé řešení, jak platit povinný dar ústavu z nájemného za svůj byt – sehnala mu nájemníka.

Pracovníci DOZP aktivně zprostředkovali odborná vyšetření potvrzující jejich názor, že Barbora nemůže žít samostatně. V Barbořině individuálním plánu nebylo nic o její touze opustit ústav.

V obou případech obec žádaná o pomoc při odchodu z ústavního do vlastního prostředí doporučila lidem najít si pobytovou sociální službu, tedy žít ve specifickém prostředí.

4.2 Výkon opatrovnictví nerespektující vůli opatrovance

Paní Barbora měla omezenou svéprávnost, výkonem opatrovnictví byla pověřena obec. Samostatně mohla jednat jen v běžných záležitostech každodenního života, kam nepatří ukončení smlouvy s ústavem ani uzavření nájemní smlouvy. Opatrovník otevřeně ignoroval vůli své opatrovanky. Podle zkušenosti autorky se stejně mohou chovat i opatrovníci z řad rodiny. Že je omezení svéprávnosti systémovou překážkou transformace ústavní péče ukázala i studie z r. 2013 (Johnová & Strnad, 2013: 34, 35).

4.3 Diskriminace z důvodu zdravotního postižení

Zdálo by se, že nízkopodlažní tramvaje budou dobrým řešením pro samostatné cestování pana Z. Chyba lávky: řidič opakovaně odmítal sklopit plošinu. Ani jedna z osmi taxislužeb nebyla ochotna přepravit pana Z s vozíkem složeným v kufru auta. V obou případech jde o odmítnutí přiměřené úpravy, specifický případ diskriminace na základě zdravotního postižení (viz článek 2 Úmluvy).

Diskriminací bylo také jednání bytové komise, která odmítla přidělit obecní byt paní Barboře s poukazem na to, že má bydlet v chráněném bydlení, jak doporučili zdravotničtí experti. (Obec byla navíc ve střetu zájmů: na jedné straně v roli opatrovníka ignorovala Barbořinu vůli odejít z ústavu a na druhé straně v roli správce obecních bytů dlouho odmítala dokonce i přijmout její žádost o městský byt.)

4.4 Malá flexibilita a kapacita terénních sociálních služeb

Paní Barbora měla veškerou pomoc zajištěnou od přátel. Sociální službu nepotřebovala a ani nechtěla. Skutečný problém by nastal, kdyby bývala nějakou terénní sociální službu potřebovala, v jejím městě totiž např. nefunguje služba osobní asistence.

Pan Z měl problém najít terénní sociální službu. S ohledem na těžké fyzické postižení potřeboval od prvního dne po návratu domů osobní pomoc třikrát denně, v rozsahu několik hodin, každý den v týdnu. Přirozenou podporu neměl žádnou. Službu ale nebylo možno začít poskytovat bez sociálního šetření, které nebylo možné provést před příchodem pana Z domů. Navíc kapacita sociálních služeb byla omezená. Standardní zajištění služeb se přes veškeré úsilí podařilo ustálit až po měsíci nejistot.

Problémem terénních služeb je i sešněrování tlakem na přesné definování cílové skupiny. Nejvíce flexibilní osobní asistence, která byla dostupná během pár dní, musela skončit kvůli tomu, že pan Z se *nevešel* do deklarované cílové skupiny

5. Kam napřít síly

Následující náměty vycházejí z přímé zkušenosti z výše uvedených příběhů. Mimo to existují další opatření, zejm. v oblasti alokace veřejných prostředků na zajištění podpory a pomoci.

5.1 Svěprávnost a podpora při rozhodování

Barbořin příběh nabral žádoucí směr až soudním rozhodnutím, které Barboře dalo svobodu uplatnit svou vůli odejít, a současně i formálně ustavilo podporu při rozhodování a právním jednání schválením smlouvy o nápomoci. Provázanost článku 19 Úmluvy s článkem 12 je tady krystalicky čistá a ilustrativní. Pomoc po při rozhodování potřeboval i pan Z.

Je třeba **urychlit přeměnu zakořeněného systému náhradního rozhodování** (omezování svěprávnosti a opatrovnícký systém) **na systém podpory při rozhodování a právním jednání.**

5.2 Dostupné terénních služeb

Implementace článku 19 vyžaduje flexibilní a dostupné terénní služby. Nutnost dojednat terénní služby až po přesunu do přirozeného prostředí je nepřijatelná. Člověk musí přicházet z ústavu do připravené situace. Služby musí mít dostatek svobody se přizpůsobit potřebám lidí a veřejná správa by měla **minimalizovat administrativní zátěž a regulaci, které služby svazují.**

5.3 Přírozená podpora

Oba příběhy ukazují, že přirozená podpora (nikoli jen rodina, ale i přátelé, sousedi, kolegové z práce) mohou hrát klíčovou roli v naplnění práva na nezávislý život. Výsledkem propojování přirozené a profesionální podpory je *synergie* umožňující *dělbou práce* a v procesu individuálního plánování také objevení *netušených možností* (Kocman, 2016: 15, 26, 27). Principy sociálních služeb *posilování samostatnosti uživatelů a podpora dosahování cílů individuálního plánování* nezahrnují koncept přirozené podpory, jak ukázal ve výše citované studii David Kocman (2016, str. 28). **Využívání zdrojů přirozené podpory budeme muset nově začlenit do naší praxe.**

5.4 Koordinace pomoci a podpory

Konce obou příběhů pozitivně ovlivnilo to, že byl někdo, kdo pomohl lidem zkoordinovat potřebnou pomoc a podporu: předseda opatrovnické rady s vydatnou pomocí dalších podpůrců, kteří sami poskytli i přímou pomoc a sociální pracovnice, která zkoordinovala potřebné zdravotní a sociální služby i bývalé kolegy a sousedy (přirozenou podporu), aby se pan Z mohl bezpečně vrátit do svého vlastního prostředí. Koordinace může být důležitá i pro jiné situace, např. pro rodiče děti s postižením (MPSV, 2013: 11).

V českém prostředí formální plánování a koordinace podpory „nad“ službami chybí a nemá tu ani žádnou tradici (Kocman, 2016: 29).

Přirozeným místem pro zajištění koordinace podpory pro lidi, kteří nemají rodinu či přátele, kteří by jim pomohli, je obec. Příběhy ale ukázaly, že postoje sociálních pracovníků obce mohou být v přímém rozporu s vůlí lidí, kteří chtějí odejít. Jak připomíná David Kocman v článku o anglickém systému, pro úspěch se musí *změnit myšlení profesionálů* (Kocman, 2012: 23). Potřebné postoje mohou mít poskytovatelé sociálních služeb, jenže s koordinací podpory v podobě sociální služby je problém. Nejbližší typy služeb sociální rehabilitace a odborné sociální poradenství jsou pro ni úzké. **Pro koordinaci je potřeba upravit prostředí: vzděláváním profesionálů a novelou vyhlášky 505/2006 Sb.**

5.5 Přiměřená úprava

Předpokladem naplnění práva na život v komunitě je dostupnost služeb pro veřejnost. Vstřícnou službou byl v našem případě e-shop, který zajišťuje donesení nákupu až do bytu, špatným příkladem taxi služba. **Veřejná správa musí zvýšit tlak na poskytování přiměřené úpravy. Prvním krokem je osvěta:** např. každý taxikář musí vědět, že neposkytnutí služby člověku na vozíku, který se složený vejde do kufru auta, je diskriminace.

Seznam citované literatury

JOHNOVÁ, M. (2015). *Změna k lepšímu v nedohlednu. Co říká statistická ročenka MPSV za 2014*. Získáno 18. září 2016, z www.kvalitavpraxi.cz: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003823.pdf?seek=1456775496>

JOHNOVÁ, M., & STRNAD, J. (2013). *Hodnocení kvality sociálních služeb a ochrana práv uživatelů. Možnosti využití mezinárodních a vnitrostátních kontrolních mechanismů k ovlivňování transformace ústavní péče a naplňování práv uživatelů sociálních služeb*. Praha: MPSV.

KOCMAN, D. (2012). *Zprostředkování podpory (brokerství) jako nástroj koordinace péče: případ sociálních služeb v Anglii*. *Sociální práce*, stránky 20-25.

KOCMAN, D. (2016). *Sociální služby a práce se zdroji přirozené podpory: kvalitativní studie tří komunitních služeb*. Získáno 18. 9 2016, z www.kvalitavpraxi.cz: <http://www.kvalitavpraxi.cz/res/archive/030/003834.pdf?seek=1459414077>

MPSV. (2013). *Pečující osoby – jejich role v procesu transformace sociálních služeb. Výstupy pracovní skupiny Pečující osoby*. Praha: MPSV.

Překonávání překážek v procesu deinstitucionalizace DOZP Sulická

Overcoming difficulties in the process of deinstitutionalization social service Sulická

Petra Konečná²²⁶

Abstrakt

V rámci příspěvku bude představen poslední rok ze života Domova pro osoby se zdravotním postižením Sulická. V procesu zavádění změn jsme se potýkali s překážkami, na kterých bychom chtěli ilustrovat proces deinstitucionalizace ve velkokapacitním pobytovém zařízení, a jeho možná úskalí. Seznámíme posluchače s těžkostmi, se kterými jsme se potýkali při zavádění přístupu zaměřeného na člověka do institucionálního prostředí, jehož kultura byla naprosto odlišná. Dále budeme hovořit o přístupu zaměřeném na personál a “výchově” externích spolupracovníků a dodavatelů služeb. A v neposlední řadě se dotkneme technických úprav a přizpůsobení prostředí pro uživatele.

Klíčová slova: Uživatel. Sociální služba. Deinstitucionalizace. Změna. Začleňování. Překážka.

Abstract

The contribution introduces the last year of life in the Home for Persons with Disabilities Sulická. We had to cope with barriers in the course of implementation of the changes we'd like to use to illustrate the process of the deinstitutionalization in a large-scale residential facility and potential difficulties. We will inform the audience about the obstacles we had to overcome in introduction of the approach focused on a man in the institutional environment of which culture was quite different. Further, we will talk about personnel-focused approach and “education” of the external co-workers and service providers. Last but not least, we will briefly talk about technical modifications and adaptations of the environment to the users.

Keywords: User. Social service. Deinstitutionalization. Change. Inclusion. Barrier.

1. Úvod

Domov pro osoby se zdravotním postižením Sulická, je velkokapacitní pobytovou sociální službou, jejíž cílovou skupinou jsou osoby s mentálním případně kombinovaným postižením bez věkového omezení. Jedná se o koedukovanou službu, kterou využívají jak ženy, tak muži. Celková kapacita organizace je 151 osob, momentální kapacita je 141 uživatelů. Služba je poskytována na dvou místech a to přímo v sídle organizace v ulici Sulická a rovněž na detašovaném pracovišti v ulici Murgašova.

Historie této organizace sahá do roku 1978, kdy bylo v Sulické ulici čp. 1597/48 otevřeno zařízení pro mentálně handicapované děti ve věku 3-15 let s názvem Ústav sociální péče NVP pro mládež.

Přes veškeré snahy v oblasti humanizace a deinstitucionalizace vykazuje služba stále institucionální ústavní prvky. Tyto prvky se odrážejí zejména v každodenním životě uživatelů, který s ohledem na kapacitu služby nemohou být srovnatelné s životem v běžné společnosti. Na základě rozhodnutí vedení organizace a po schválení zřizovatelem, kterým je Magistrát hlavního města Prahy, se přistoupilo ke strategickému zavádění změn.

V říjnu 2015 byl ve spolupráci se zástupci Centra podpory transformace, o.p.s. vypracován materiál Strategie změny sociální služby Domova pro osoby se zdravotním postižením Sulická. Východiskem pro tento materiál byla zjištění z provedených Hodnocení kvality sociálních služeb,

226 Mgr. Petra Konečná, DiS., – vedoucí přímé obslužné péče, Domova pro osoby se zdravotním postižením Sulická, DOZP Sulická 1597/48, Praha 4 – Krč, 142 00, e-mailová adresa: konecna@dozp-sulicka.cz

kteří byly v DOZP Sulická v sídle služby i na detašovaném pracovišti Murgašova, provedeny v měsících srpen a září 2015 organizací Centrum podpory transformace, o.p.s.

Hodnocení kvality byla provedena s ohledem na podporu uživatelů v běžném životě. Na základě těchto hodnocení a zkušeností pracovníků vznikl tento strategický záměr pro změnu poskytovaných služeb. Organizace v současné době hledá způsoby, jak naplnit účel sociálních služeb z pohledu zákona o sociálních službách (sociální začleňování uživatelů), naplňovat práva uživatelů a poskytovat služby kvalitně a na odpovídající odborné úrovni.

2. Účel strategického záměru a všech zaváděných změn

Účel strategické záměru i zaváděné změny, by se daly rozdělit do dvou kategorií:

1. krátkodobá: **Zlepšit kvalitu života uživatelů – posílit úroveň poskytovaných služeb.** Jedná se o nápravu odstranitelných nedostatků zjištěných zejm. auditem kvality.
2. dlouhodobá: **Nastavit vizi poskytování sociálních služeb podporujících začlenění uživatelů do běžného života,** připravit a realizovat strategii pro její naplnění.

3. Změny poskytovaných služeb v kontextu zákona

Společným znakem obou je snaha naplnit zadání, které mají sociální služby dle zákona:²²⁷

Rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob.

Pomoc musí:

- vycházet z individuálně určených potřeb osob,
- musí působit na osoby aktivně,
- podporovat rozvoj jejich samostatnosti,
- motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace,
- posilovat jejich sociální začleňování.

Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležitě kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

3.1 Vymezení některých pojmů

- a) sociální službou činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám **za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení,**
- b) nepříznivou sociální situaci **oslabení nebo ztráta schopností** z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů **řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením,**

²²⁷ § 2, 3 zákona č. 108/2006, Sb., o sociálních službách, v platném znění

- e) sociálním začleňováním proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené **dosáhnou příležitosti a možnosti, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný,**

4. Běžný život

Pro bližší určení pojmu „žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný“ můžeme použít např. **principy normality** (Dörner, 1999):

- Normální denní režim.
- Normální změna místa z důvodu bydlení, práce, trávení volného času (což znamená, že člověk obvykle bydlí jinde, než kde pracuje a tráví volný čas, zatím co v ústavním typu služby na jednom a tamtéž místě člověk žije, bydlí, pracuje, tráví volný čas, setkává se stále se stejnými lidmi....)
- Normální rytmus roku, např. dovolená, cestování, rodinné svátky.
- Normální průběh života. Respektování vývojové fáze člověka.
- Normální očekávání, přání, volní a emocionální projevy naleznou odpovídající odezvu.
- Normální vztahy k druhému pohlaví.
- Normální ekonomický standard se základní finanční jistotou.
- Normalizace života, v běžných podmínkách

5. Strategické zavádění změn se přímo odráží v mnoha oblastech, změnu budeme ilustrovat na třech:

1. Přístup zaměřený na člověka – v hlavní roli uživatel
2. Přístup zaměřený na personál a výchova externích spolupracovníků a dodavatelů služeb
3. Technické úpravy a přizpůsobení prostředí pro uživatele

5.1 *Přístup zaměřený na člověka – v hlavní roli uživatel*

Veškeré naše aktivity se snaží zlepšit kvalitu života uživatelů a posílit úroveň poskytovaných služeb.

Při zavádění změn jsme se v prvotních fázích u zaměstnanců setkávali s odporem a nepochopením, dalo by se říci, že se jednalo o střet různých kultur. Nová kultura zaměřující se na změnu přístupu k uživatelům a jejich podporu v začlenění do běžného života společnosti, se setkávala s původní kulturou zaměřenou na péči a ochranu. Bylo nutné sjednotit společný jazyk a neustále akcentovat témata, jakými jsou lidská práva lidí s postižením a jejich prosazování, zvyšování nezávislosti na službě, seberealizace, podpora v rozhodování, etika. To vše probíhalo formou diskuzí, metodických sezení, vzdělávání, supervizi a stáží.

Nejvíce změn proběhlo v rámci procesu individuálního plánování, kam jsme zavedli prvky přístupu zaměřeného na člověka. Individuální plán je materiál uživatele a ne organizace. Jeho tvorby a vyhodnocení se nově účastní jak sám uživatel, tak jeho blízcí, opatrovník, klíčový pracovník, vedoucí domácnosti a sociální pracovník. Jednotlivé cíle mají vést k začlenění člověka do běžné společnosti, jak jen to je možné s ohledem na jejich zdravotní stav, schopnosti, dovednosti, sny a přání.

V oblasti podpory uživatelů za nejpodstatnější kroky vnímáme u studentů a žáků změnu stávající školy, jejíž kvalita výuky nebyla dostatečná. Od nového školního roku studenti a žáci navštěvují školy, kde probíhá běžná školní výuka (Modrá škola, ZŠ Růžinovská, MŠ a ZŠ speciální Diakonie ČCE). Studenti a žáci nově věnují čas i přípravě do školy a plnění školních povinností (domácí úkoly). Novinkou je i trénink cestování do školy běžnou městskou hromadnou dopravou.

Další podstatnou změnou je u dospělých uživatelů podpora při hledání práce a pracovního uplatnění, s tím související trénink finanční gramotnosti opět včetně tréninku cestování do práce.

Uživatelé, jejichž zdravotní stav jim nedovoluje pracovat, se nově věnují běžným aktivitám v domácnostech, jako je nácvik úklidu, praní, vaření a nákupů. V rámci změn jsme rovněž upustili od kolektivních aktivit, chceme, aby každá domácnost žila více komunitním a rodinným způsobem života. Uživatelé ze dvou domácností nezávisle na sobě cestovali na dovolenou k moři. Upouštíme od kolektivních nákupů, oslav narozenin a aktivit „besídkového“ typu.

Své síly jsme napjali rovněž ke změnám ve spolupráci s opatrovníky. S opatrovníky se setkáváme na pravidelných setkáních, která jsou realizována v rámci jednotlivých domácností, tedy v úzkém kruhu. Tyto setkání mají komorní přátelskou atmosféru a jejich obsahem jsou všechny novinky z dané domácnosti, informace ke směřování organizace a podstatných změnách, ale rovněž prostor pro vyjádření opatrovníků.

5.2 Přístup zaměřený na personál a výchova externích spolupracovníků a dodavatelů služeb

Se změnou nabídky naší služby klientů vznikla potřeba změny profilů našich pracovníků. Do svých řad jsme přijali specialistu na personální oblast. Personalistka tedy již při výběrových řízeních konkrétně akcentuje oblasti práce a principy práce, které od svých nových zaměstnanců vyžadujeme.

Formou metodická podpory a vedení učíme naše zaměstnance uživatele podporovat v osamostatňování a tento proces mapovat. Učíme se víc než hodnotit uživatele, tak popisovat konkrétní projevy jeho chování a jednání, právě to bývá velkým úskalím.

Za velmi důležitý krok považujeme i to, že se nám podařilo prosadit navýšení personálů o deset nových pracovníků. Díky tomuto kroku bude možné ještě více individualizovat naši službu.

V naší organizaci klademe velký důraz na vzdělávání, mezi pravidelná témata řadíme lidská práva, přístup zaměřený na člověka, odpovědnost, podpora v rozhodování, sexualita a vztahy.

Zavedli jsme koncept setkávání Týmu změny, v rámci kterého pracujeme na strategickém zavádění změn a rovněž zavedení tzv. multidisciplinárního týmu, kde se věnujeme konkrétním uživatelům a případové práci. Zaměstnance ve změně podporujeme rovněž nabídkou stáží a supervize,

Velký důraz klademe na to, aby naši vizi sdíleli i externí spolupracovníci a dodavatelé služeb, součástí smluv externích dodavatelů tedy speciálních pedagogů, supervizorů je podmínka etického jednání a sdílení naší vize ke změně. Pravidelně probíhají vstupní rozhovory a seznámení s naší vizí se studenty na praxi, s dodavateli úklidových služeb, služeb recepce a ostrahy, fyzioterapie, psychiatra, lékaře aj.

5.3 Technické úpravy a přizpůsobení prostředí pro uživatele

V rámci zavádění změn, je nutné věnovat pozornost rovněž technickým úpravám. Všechny vícelůžkové pokoje jsme přestavěli na menší, dnes naši uživatelé bydlí maximálně ve dvoulůžkových pokojích. Snažíme se jim tak zajistit co největší soukromí a pohodlí. S přestavbou jednotlivých domácností souviselo i nové uspořádání domácností, kde jsou nově kuchyně i obývací pokoje a další vybavení pro nácviky běžných dovedností. Ve všech případech, kdy to lze, se snažím uživatele zapojovat do rozhodování o tom, s kým budou bydlet a jak (výběr prvků pro zařízení pokoje).

V rámci projektu Podpora a rozvoj komunikace v DOZP Sulická nově na každé domácnosti spolupracuje komunikační asistent. Ten provádí diagnostiku a nastavuje spolu s uživatelem vhodné komunikační prostředky. Díky tomu lze na domácnostech spatřit prvky alternativní a augmentativní komunikace (alternativní formy jídelních lístků, individuálně sestavné komunikační osy, pasy, komunikační knížky a informace pro uživatele v obrázkovém čtení). Snažíme se, aby se uživatelé ve svém prostředí dokázali zorientovat.

Závěr

V procesu zavádění změn a překonávání překážek, jsme zatím na začátku, přesto jsme urazili v procesu humanizace a deinstitucionalizace naší sociální služby velký kus cesty. Snažíme se zlepšit kvalitu života uživatelů a posílit úroveň poskytovaných služeb, soustředíme se tak nejen na naše uživatele a jejich opatrovníky a blízké, ale rovněž na naše zaměstnance, externí spolupracovníky a našeho zřizovatele.

Ti všichni, jsou cílovými skupinami, které je nutné zapojovat do zaváděných změn a bez kterých by změna ani nebyla možná. Uvědomujeme si, že poskytovat službu ve formě velkokapacitní pobytové služby není neoptimálnější variantou a nedokážeme vždy reagovat na všechny individuální potřeby našich uživatelů, ale snažíme se v daných podmínkách, o co největší kvalitu a partnerských přístup.

Použitá literatura:

DÖRNER, Klaus a Ursula PLOG. *Bláznit je lidské: učebnice psychiatrie a psychoterapie*. Vyd. 1. Praha: Grada, 1999, 353 s. Psyché. ISBN 80-7169-628-5.

Vybraná rizika transformace sociálních služeb z pohledu pracovníků v sociálních službách

Selected risks of social services transformation from the perspective of social services workers

Krejčová Michaela²²⁸, Nádvorníková Lenka²²⁹

Abstrakt

Příspěvek se věnuje problematice transformace sociálních služeb a snaží se poukázat na možná rizika spojená s jejím zaváděním do praxe ve vybrané instituci, s akcentací na personální rizika. V příspěvku jsou prezentována jak teoretická východiska transformace, včetně souvisejících pojmů, tak data z kvalitativního výzkumu uskutečněného v rámci tvorby diplomové práce, který byl proveden technikou polostrukturovaného interview s vybranými zaměstnanci dané instituce. Při sestavování osnovy interview vycházela autorka z Registru rizik Národního centra pro podporu transformace sociálních služeb.

Klíčová slova: Transformace sociálních služeb. Rizika transformace. Personální rizika. Pracovník v sociálních službách.

Abstract

The contribution deals with the issues of the transformation of the social services and tries to point out to potential risks associated with its implementation in a selected institution with an accent to the personal risks. The contribution presents both theoretical baselines of the transformation including related terms, and data from quality research conducted in the course of writing a thesis using the technique of semi-structured interview with selected employees of an institution. When drafting the interview the woman author used the Register of Risks of the National Centre for Support of Transformation of the Social Services.

Keywords: Transformation of the social services. Risks of the transformation. Personal risks. Social services worker.

Úvod

Příspěvek je zaměřen na problematiku transformace sociálních služeb vybraného zařízení, které procházelo procesem transformace a jsou v něm prezentována zjištění, vycházející z diplomové práce Michaely Krejčové, která byla obhájena na Katedře sociálních studií a speciální pedagogiky Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické Technické univerzity v Liberci v letošním roce. Práce vznikla pod odborným vedením Lenky Nádvorníkové. Vzhledem k požadovanému rozsahu příspěvku zde budeme prezentovat jen dílčí výsledky práce, konkrétně se zaměříme na prezentaci námi zjištěných personálních rizik procesu transformace v Jedličkově ústavu, příspěvkové organizaci, v Liberci.

1. Teoretické vymezení problematiky

Transformace sociální služeb je aktuální a hojně diskutované téma, a to zejména v řádu posledních deseti let. Otázka transformace sociálních služeb je vnímána obecně jako mezník v přirozeném vývoji sociální společnosti, ze které vychází potřeba řešit problematiku ústavních služeb,

228 Mgr. Michaela Krejčová, Krajský úřad Libereckého kraje, odbor sociálních věcí, U Jezu 642/2a1 461 80, Liberec 2, e-mailová adresa: michaela-krejцова@seznam.cz, Tel.: +420 608 055 296

229 Mgr. Lenka Nádvorníková, Ph.D., Technická univerzita v Liberci, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky, Studentská 2, 461 17 Liberec 1, e-mailová adresa: lenka.nadvornikova@tul.cz

kteří nejsou v souladu s běžnými životními standardy majoritní populace. V některých Evropských zemích má transformace své místo již od 60. let, v našich končinách se o tomto procesu začíná hovořit po roce 1990, ale za výrazný a prvotní mezník lze považovat až rok 2007, kdy byla vládou ČR schválena „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ (MPSV, 2007).

Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky (dále jen „MPSV“) definuje pojem transformace jako: „souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách.“ (MPSV, 2009: 5). Související pojem hojně se vyskytující v sociální práci je i pojem deinstitutionalizace, kterou např. Čámský (2011: 12) chápe jako „přechod od dominantního poskytování pobytových sociálních služeb směrem k poskytování sociálních služeb zaměřených na individuální podporu života člověka v přirozeném prostředí.“ Z pohledu sociální pedagogiky, resp. z pohledu sociální práce ji lze chápat jako proces, kdy je využíván přístup antiopresivní přístup ke klientům, který vede s pomocí specifických aktivit ke zmocnění klientů a rodin a k řešení nepříznivé sociální situace. Deinstitutionalizace tak svou filosofií vytváří prostor pro zmocňování klienta, tedy pomáhá klientovi osvojit si dovednost, vedoucí ke zvládnutí jeho vlastní situace. Klient v takovém případě získává moc nad svým vlastním životem, a to na základě zmocnění pracovníkem, který mu k osvojení dovednosti pomáhá (Sychrová a kol., 2014).

1.1 Podpora transformace sociálních služeb

Proces transformace byl a je v České republice podporován za pomoci různých projektů a programů, zejména např. za pomoci projektů ESF a MPSV, kam lze zařadit např. projekt Transformace sociálních služeb a Inovace kvality sociálních služeb (MPSV). Ačkoliv byly projekty Transformace sociálních služeb a Inovace kvality sociálních služeb programově již ukončeny, jednotlivé poskytovatele čeká nejtěžší část procesu transformace a to samotný proces změny, k čemuž může napomoci i nejnovější projekt Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb či Život jako každý jiný (TRASS, 2016).

Kromě samotných projektů vedoucích k podpoře transformace sociálních služeb bylo pod záštitou MPSV v roce 2010 zřízeno Národní centrum podpory transformace, které má napomáhat procesu transformace zejména podporou organizací a krajů v oblasti vzdělávání.

1.2 Rizika transformace

Národní centrum podpory transformace sociálních služeb zveřejnilo na konci roku 2011 Registr rizik (nástroj pro řízení rizik), který vznikl jako analýza možných rizik transformace a deinstitutionalizace služeb a jeho cílem byla identifikace rizik, jejich eliminace a zmírnění dopadu těchto procesů. Podklady pro tento Registr rizik byly zkušenosti z praxe vycházející z procesu transformace jednotlivých zařízení, zkušenosti ze zahraničních projektů, rozhovorů s aktéry procesu transformace, zpětná vazba od hodnotitelů procesu, názorů pracovníků a odborníků. (TRASS, 2013)

V rámci Registru rizik je definováno několik základních oblastí, ve kterých by se rizika transformace sociálních služeb mohla objevit. Tyto oblasti jsou například ekonomické, týkající se opatrovníků, středního a vyššího managementu, zaměstnanců, klientů a jejich rodin, komunity, ale také regionu a státu, je zde také mimo jednotlivých rizik zaznamenána i četnost výskytu jednotlivých rizik, jejich váha a náročnost řešení z hlediska času, financí a organizace a také oblast dopadu těchto rizik (TRASS, 2013).

Finálním dokumentem analyzujícím rizika procesu transformace sociálních služeb je dokument ze dne 23. 4. 2012 Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení. Tento dokument vznikl za účelem podpory eliminace dopadu rizik definovaných v Registru rizik, a je systémovým nástrojem managementu rizik pro potřeby transformace sociálních služeb a byl i pro nás výchozím zdrojem informací při definování výzkumných otázek a dílčích cílů v rámci tvorby diplomové práce, tj. v rámci průběhu námi prováděného kvalitativního výzkumu, kdy jsme se zaměřily primárně na personální rizika procesu transformace, tak jak jsou uvedeny v tomto výše uvedeném dokumentu (Brathová, Mach, 2012: 39-40).

2. Metodologie výzkumu

Kvalitativní výzkum probíhal na přelomu roku 2015 a 2016 v Jedličkově ústavu, příspěvkové organizaci, v Liberci, konkrétně v Domu E.

2.1 Výzkumný problém, cíl a výzkumné otázky

Autorka práce vycházela pro realizaci vlastního výzkumu z již existujícího materiálu – Registru rizik (nástroje pro řízení rizik) autorů Brathové, Macha (2012), na základě jehož definovala výzkumné otázky a dílčí výzkumné cíle. Výzkumným problémem byla problematika procesu transformace sociálních služeb a rizika tohoto procesu. Hlavním cílem práce původně bylo zjistit, jaká jsou rizika procesu transformace v konkrétním zařízení, což však nebylo v našich silách a cíl byl zúžen následovně, tj. zjistit, jaká jsou personální rizika procesu transformace v Jedličkově ústavu, příspěvkové organizaci, v Liberci. Na základě dílčího cíle jsme si stanovily dílčí výzkumnou otázku: „Jaká jsou personální rizika procesu transformace v Jedličkově ústavu, příspěvkové organizaci, v Liberci? Tato rizika byla následně rozpracována dle jednotlivých personálních rizik (Brathová, Mach, 2012: 39–40) do následujících 5 dílčích výzkumných otázek:

- Jaké jsou příčiny rizika obav z nového u personálu?
- Jaké jsou příčiny rizika neznalosti právní odpovědnosti a právních norem vůči uživatelům?
- Jaké jsou příčiny rizika špatného odhadnutí schopností a možností uživatelů?
- Jaké jsou příčiny rizika odporu personálu vůči změnám?
- Jaké jsou příčiny rizika zvýšené zátěže u zaměstnanců?

2.2 Metodika výzkumu a způsob zpracování dat

Pro realizaci výzkumu bylo primárně užito metody dotazování, konkrétně polostrukturovaného interview. Za sekundární výzkumnou metodu byla zvolena analýza spisové dokumentace, a to z důvodu doplnění primární výzkumné metody, jejíž výsledky ale nebudou v tomto příspěvku, vzhledem k jeho rozsahu prezentovány. Pro realizaci výzkumu a uskutečnění sběru dat bylo zvoleno zařízení Jedličkův ústav, příspěvková organizace. Výzkumný vzorek byl stanoven na 10 respondentů, výběr těchto respondentů probíhal metodou sněhové koule.

Hlavním východiskem pro stanovení jednotlivých okruhů otázek do polostrukturovaného interview byla personální rizika stanovená Registrem rizik (Bártová, Mach, 2012). Otázky byly rozděleny do pěti tematických celků, skupin, a to na základě konkrétních rizik definovaných jejich příčinami, např. obavy zaměstnanců z „nového“; zaměstnanci nevědí, jakou mají odpovědnost za chování uživatelů, nemají dostatečnou znalost právních norem ve vztahu k jejich práci – odpovědnost za uživatele, za škodu; zaměstnanci špatně odhadnou/odhadují možnosti/schopnosti uži-

vatelů (podceňují nebo přeceňují); zvýšená zátěž (stres) u zaměstnanců, zejména v době přípravy na stěhování, vlastního stěhování a počátku fungování v nových službách a neschopnost či neochota zaměstnanců zvládnout nové pracovní podmínky.

Při zpracování dat bylo vycházeno ze systému analýzy kvalitativních dat Milese a Hubermana (In Miovský, 2006: 212–220). Získaná data byla převedena metodou transkripce do textové formy, dále byla provedena redukce dat, která byla rozdělena do kategoriálních systémů definovaných na základě Registru rizik. Předmětem klasifikace byla rizika uvedená ve výše zmíněném registru, jednotlivé příčiny rizik byly pro zpracování dat využity jako nástroj pro stanovení kódů řazených do kategorií dle popisu rizik. Kódy nalezené v textových dokumentech byly propojovány, identifikovány a přiřazeny dle „klíče“ do příslušných kategorií.

3. Interpretace získaných dat

Na základě výzkumu bylo zjištěno, že u personálu Jedličkova ústavu, příspěvkové organizace byla projevena všechna stanovená personální rizika transformace sociálních služeb. Hlavními příčinami rizika obav zaměstnanců z nového byl nedostatek informací o procesu transformace, absence vzdělávání, ve smyslu chybějících teoretických znalostí v procesu transformace a nemožnost participovat se v tomto procesu v rámci organizace. Pracovníci sami sebe definovali jako vykonavatele pokynů nadřízených pracovníků, tato skutečnost byla také potvrzena analýzou spisové dokumentace, kde bylo zjištěno, že proces plánování a přípravy transformace v zařízení probíhal v rámci setkávání transformačního týmu sestávajícího z řad vedoucích pracovníků organizace.

Riziko neznalosti právní odpovědnosti a právních norem vůči uživateli mělo své vydefinované příčiny v neznalosti právního rámce problematiky transformace a nedostatečného vzdělávání pracovníků v právní problematice obecně. Pracovníci v rámci tohoto rizika projeví také obavy z nové právní odpovědnosti.

V rámci této kapitoly se cíleně více pozastavíme u třetí kategorie zaměřené na špatný odhad schopností uživatelů, kde je zohledněna otázka přeceňování a podceňování uživatelů služby. Důvěra ve schopnosti, znalost uživatele a dobrý odhad jsou základním kamenem pro nastavení efektivní podpory uživatele či vyhodnocení nutnosti péče. Z výsledků výzkumu vyplynulo, že hlavními činiteli rizika špatného odhadnutí schopností a možností uživatele jsou nedůvěra, že uživatelé mohou a dokážou změnu zvládnout, absence pozitivních zkušeností s přesunem uživatele do komunity a mizivé zkušenosti s využíváním podpory komunitního typu. Sami respondenti vyhodnotili jako rizikový faktor špatně odhadnutou míru péče u klienta, objevila se zde obava přeceňování klientů „*Špatně odhadnutá míra péče tam, kde může být třeba, člověk na něj naloží více, než dokáže zvládnout (pozn. na klienta).*“, další z respondentů v souvislosti s otázkou odhadu schopností klienta projevili obavu z přesunu do komunity...z té izolace ústavu se dostane do normální reality, tam je ten kámen úrazu, kde si myslím, že někteří to zvládnou a někteří nemusí, asi bych tam nechala někde zadní vrátka, protože když se to špatně odhadne...“. Respondenti v této kategorii dále uvedli, že si nemyslí, že uživatele sociální služby lze plně připravit na proces transformace a na situace, které mohou v komunitě nastat, respondenti také vnímali schopnosti a možnosti uživatelů jako omezené „Mají možnosti dost omezené, určitě jsou věci, které se dají naučit, ale určitě ne takové, aby mohli někde být samostatně a jít do života...“ zde bylo zajímavým zjištěním, že tento postoj zaujímal zejména respondenti, kteří v organizaci pracují dlouhodobě v rozmezí 5–10 let.

Respondenti subjektivně vyhodnotili, že respektují limity uživatelů a dokážou je objektivně posoudit, avšak na druhé straně z výsledků vyplynulo, že většina respondentů nevěří, že uživatelé mohou změnu zvládnout. Hlavními zdroji nedůvěry jsou, například jak jeden z respondentů uvedl mentální a pohybový hendikep „No oni většinou nejsou schopni se zapojit do samostatného života jako my zdraví jedinci, oni to nedokážou, protože buď mají mentální, nebo pohybový hendikep, spíše ten mentální mají všichni trochu.“, dle výpovědí respondentů by měl být kladen důraz také nejen na otázku schopností zdravotně postižených osob, ale také na mentální schopnosti a psychologické předpoklady jakožto činitele úspěšného přesunu „Myslím si, že by měla být brána v potaz pouze zdravotní stránka věci, ale i ta mentální, psychická.“.

Zajímavým a závažným zjištěním v této kategorii bylo, že většina respondentů je přesvědčena, že transformace nemá přínos pro osoby s vysokou mírou podpory a úspěšní v přesunu do komunity mohou být klienti s nízkou mírou podpory. Přesvědčení pracovníků bylo často vázáno na zkušenost s klienty s kombinovaným či mentálním postižením a náročnosti péče o tyto osoby:

- R1: „Nemá přínos pro uživatele, kteří nejsou schopni žít sami, potřebují stále nějakou pomoc, potřebují mít k tomu spoustu uzpůsobených prostor a tak dále.“
- R2: „Ne, není pro všechny uživatele. Není pro tyhle nejtěžší uživatele. Tam rozhodně, ti potřebují opravdu pomoci, to nejde.“
- R3: „Není vhodné pro, a to je individuální, pro klienta, který vždy bude mít nějakou závislost na druhé osobě v každodenním životě a nebude tam zrovna mít pracovníka a neporadí si se situací“
- R4: „Není vhodná pro klienty, kteří mají kombinovanou poruchu, protože je zde hlavní cílovou skupinou zdravotní postižení, ale je zde i spousta psychicky narušených uživatelů s různými psychologickými poruchami, kteří opravdu, i když jsou soběstační, co se týče fyzické dopomoci, tak nedokážou mentálně rozlišit nebo si uvědomit důsledky samostatnějšího bydlení.“

Ze všech dotázaných respondentů byl vnímán kladný přínos pro osoby s vysokou mírou podpory, pouze jedním respondentem, jednalo se o respondenta, který jako jediný absolvoval Kurz pro pracovníky v přímé péči podporující začlenění lidí s mentálním postižením do běžného života, který probíhal v rámci vzdělávacího projektu realizovaného v rámci projektu Transformace sociálních služeb. V otázce vnímání způsobu života uživatelů jako domácího byl přístup respondentů neurčitý. Polovina respondentů způsob života v organizaci hodnotila jako srovnatelný se životem v běžném domácím prostředí, druhá polovina ne, zejména z důvodu podmínek života, které nejsou srovnatelné s podmínkami života vrstevníků uživatelů, způsobu trávení volného času a z důvodu péče.

V kategorii odporu personálu vůči změnám, z výpovědí respondentů vyplynuly podobné příčiny jako v případě obav zaměstnanců z nového. Respondenti mají odpor vůči změnám z důvodu neznalosti a nevědomosti přínosů transformačních změn, z nedostatku informací a vzdělávání v procesu transformace, v neposlední řadě byla významným činitelem v této kategorii také absence dobré praxe.

Zvýšená zátěž u zaměstnanců v době přípravy na stěhování byla respondenty spojena s příčinami nedostatečné podpory ze strany vedení organizace, respondenti v této kategorii také vedení vytýkaly nedostatečné naplánování procesu transformace a nedostatek informací a jeho průběhu.

Navrhovaná opatření

Na základě výše uvedených zjištění jsme navrhly některá opatření, která by mohla pomoci procesu transformace v Jedličkově ústavu, příspěvkové organizaci, v Liberci v praxi. V oblastech nedostatku informací o procesu transformace, absenci vzdělání a nemožnosti participace zaměstnanců v procesu transformace je, dle autorek potřebné primární doplnění vzdělávání zaměstnanců

v oblasti transformace, například formou workshopů či školicích akcí, zlepšení toku informací uvnitř organizace realizované formou informačních setkávání mezi managementem a zaměstnanci organizace, které by vedlo také ke zlepšení oboustranné komunikace v organizaci. Efektivním opatřením ve výše zmíněných oblastech může být také intervize či supervize procesu transformace uvnitř organizace a stanovení dílčích pracovních skupin procesu transformace sestavených z pracovníků v sociálních službách a ze zástupců vedení organizace.

V oblasti právní zejména opatření zaměřené na vzdělávání v právní oblasti transformace a seznámení pracovníků s právními dopady a důsledky tohoto procesu

Pro zmírnění negativních postojů a skepse pracovníků vůči přínosu procesu transformace pro osoby s vysokou mírou podpory je supervize a předávání dobré praxe supervizorem znalým problematiky transformace sociálních služeb. Supervizor znalý problematiky je vnímán jako klíčovým zejména také pro možnou osvětu v oblasti výsledků transformace a podporu probíhajících procesů.

Odpor personálu vůči změnám by bylo vzhledem ke zjištěným datům možné zmírnit například zapojením pracovníků do tvorby nových služeb a plánů těchto služeb. Výše zmíněné řešení může být také efektivním opatřením zvýšené stresové zátěže zaměstnanců v době přípravy na stěhování, stěhování a v počátcích fungování v nových službách. Pro pracovníky vystavené zvýšené stresové zátěži je možným opatřením a nástrojem podpory individuální supervize.

Závěr

Uvedené výsledky výzkumu nejsou relevantní ve vztahu k jiným organizacím či poskytovatelům sociálních služeb. Rizika procesu transformace je nutné analyzovat v každé organizaci zvlášť. Uvedené výsledky mohou sloužit jako demonstrace organizace, kde byl proces transformace naplánován, byly vypracovány klíčové dokumenty, a přesto byly zjištěny nedostatky. Transformace sociálních služeb je dlouhodobým procesem, který klade vysoké nároky na pracovníky organizace z řad managementu, včetně sociálních pracovníků, ale také na pracovníky v sociálních službách. Právě pracovníci v sociálních službách jsou největšími vykonavateli procesu transformace ve vztahu k uživateli, proto by mělo být pro organizace zapojené do tohoto procesu samozřejmostí personální rizika průběžně analyzovat, vyhodnocovat a efektivně s nimi pracovat.

Seznam citované literatury

BRATHOVÁ, Jana, MACH, Petr, et al., 2012. *Rizika procesu transformace a deinstitucionalizace a systém jejich řízení* [online]. [cit. 14. 9. 2016] Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/14038/rizika.pdf>

ČÁMSKÝ, Pavel, a kol., 2011. *Sociální služby v ČR v teorii a praxi*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0027-7

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

MPSV, 2007. *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti* [online]. [vid. 2007]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/3858/Koncepce_podpory.pdf

MPSV, 2009. *Kritéria transformace, humanizace, a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče* [online]. [vid. 2009]. Dostupné z: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf

TRASS, 2013. *Rizika transformace* [online]. [vid. 14. 9. 2016]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/dokumenty/rizika-procesu-transformace/>

TRASS, 2016. *Projekty MPSV – transformace*. [online]. [vid. 14. 9. 2016]. Dostupné z: <http://www.trass.cz/index.php/transformace/projekty-mpsv/>

SYCHROVÁ, Adriana, a kol., 2014 *Ústavní péče v resocializačním kontextu*. 1. vyd. Univerzita Pardubice. ISBN 978-80-7395-756-8

To jsme nečekali...

We did not expect this

Lenka Skálová²³⁰, Šárka Paříková²³¹

Abstrakt

Jarka žije spokojeně v pronajatém bytě s podporou sociální služby Podpora samostatného bydlení už téměř dva roky. S podporou se stará o domácnost, setkává se se sousedy, jezdí na kole, chodí na výlety, je v kontaktu s rodinou... Ale.

Její svéprávnost je stále omezená. Opatrovníkem Jarky je stále ředitel DOZP, kde po dlouhou dobu žila. Rok a půl po odstěhování z instituce čeká na schválení soudem, že může změnit trvalý pobyt, nemá podepsanou nájemní smlouvu. Díky tomu nemůže například využívat příspěvek na bydlení.

Tento příběh ukazuje skutečné překážky, které jsou spojené s odchodem z instituce. Popisuje, co by Jarce i nám pomohlo v procesu jejího začlenění do společnosti. Dotýká se spolupráce s bývalým DOZP a nové sociální služby při předávání informací o osobní historii, finančních možnostech a/nebo zdraví. Věnuje také pozornost nesprávnému výkladu termínu „podpora“ opatrovníkem při využívání finančních prostředků opatrovance potřebných při stěhování, ale i v běžném životě. Ukazuje realitu v oblasti přístupu člověka s postižením k veřejným službám a učí, jak čelit předsudkům okolí. Uvádí také několik příkladů, které pomohly některé situace řešit.

Klíčová slova: Deinstitutionalizace. Svěprávnost. Podporované bydlení. Začlenění do společnosti. Možnost rozhodování.

Abstract

Jarka has been living in a leased flat with the support of Podpora samostatného bydlení social service for almost two years. She takes care of the household with assistance, meets neighbours, rides a bike, hikes, she is in contact with her family, but her legal capacity remains limited. The director of DOZP, where she lived for many years, remains the Jarka's guardian. One and half years from moving out of the institution she has been still waiting for approval from the court about change to the residential address, no lease contract remains unsigned. This causes she may not apply for the housing allowance. This story shows the real barriers associated with leaving an institution. It describes what would help Jarka in her process of inclusion into the society. It touches the cooperation with former DOZP and the new social service in exchange of information about personal history, financial possibilities and/or health. It pays attention to incorrect explanation of the term “support” by the guardian in use of funds of the ward needed for moving as well as in her normal life. It reflects reality in approach of a person with disability to the public services and learns how to cope with prejudices of the surroundings. It also shows some examples that have helped to resolve some situations.

Keywords: Deinstitutionalization. Legal capacity. Supported housing. Inclusion into society. Possibility of decision-making.

1. Rozhodnutí nestačí aneb, co by se dalo udělat jinak

Jarka je jedna z mnoha žen a mužů, která po dlouhém životě v instituci vyjádřila své přání: „Chci se odstěhovat! Chci mít hezký byt, mít tam svoji televizi a zásuvky. Chci mít klid, aby mi nikdo nebral moje věci. Chci chodit do práce, do školy, ke kadeřníkovi. Chci si nakupovat, jezdit na kole. Mít kamaráda a chodit s ním na procházky...“

Jarka je jedna z mála žen a mužů, které se její přání splnilo.

230 Rytmus – od klienta k občanovi, o.p.s., lenka.skalova@rytmus.org; Tel.: +420 734 441 357

231 Rytmus – od klienta k občanovi, o.p.s., sarka.parikova@rytmus.org; Tel.: +420 737 249 597

1.1 Kdo je kdo?

Rytmus – od klienta k občanovi, o.p.s. pomáhá žít běžný život lidem s postižením už od roku 1994. Sociální službu Podpora samostatného bydlení začal Rytmus poskytovat v Karlovarském kraji v souvislosti se začátkem transformace několika pobytových zařízení. V rámci této transformace se odstěhovalo několik desítek lidí do různých měst Karlovarského kraje.

Nyní služba Podpora samostatného bydlení podporuje více než 30 lidí tak, aby mohli žít v běžných vztazích s rodinou, kamarády, partnery. Aby se dokázali, co nejsamostatněji starat o vlastní domácnost, o své zdraví, samostatně se rozhodovali a plánovali si život podle svých představ, využívali běžné služby, účastnili se dění ve svém okolí a se stali součástí místa, kde žijí.

Lenka a Šárka.

Pracujeme ve službě Podpora samostatného bydlení od počátku. Byly jsme u procesu změny v životě všech těchto lidí, kteří se rozhodli z instituce odejít. Setkaly jsme se s různými překážkami, které při změně bydlení museli lidé řešit.

Spolupracovaly jsme s DOZP při plánech přechodu, potkaly jsme se tam i s paní Jarkou.

Jarka více než 30 let prožila v Domově pro osoby se zdravotním postižením (dále DOZP). Z DOZP se odstěhovala v únoru 2015. Od té doby bydlí sama v nájemním bytě v Dalovicích. S podporou se stará o domácnost, chodí nakupovat. Sama jezdí MHD do práce. Uklízí 3x v týdnu v hotelu Royal Regent v Karlových Varech. Dochází za ní dobrovolnice, se kterou se učí číst a psát. Ráda sleduje televizní seriály a chodí na procházky. Ráda jezdí na kole.

Je to klidná a pracovitá žena. Je pečlivá a je na ní spolehnouti. Má ráda společnost a ráda se hezky obléká. Má tři bratry, se kterými si telefonuje a jezdí k nim na návštěvy.

1.2 Nejistota před odstěhováním a první překážky

Jarka měla v době před stěhováním různé pocity. Vybrala si město, kde chce bydlet a těšila se na nový byt v Dalovicích, vzdálený cca 30 km od DOZP. Ale také se sbíraly obavy:

- „v Dalovicích to vůbec neznám“
- „můžu si vzít sebou kolo?“
- „budu mít práci?“
- „v Dalovicích nikoho neznám, bude tam mít kamarádku?“

Kvůli organizačním ne/možnostem DOZP neprobíhalo původně naplánované postupné seznamování Jarky s novým prostředím. Jarka viděla byt před odstěhováním jen jednou, nezařizený. To když se ve skupině s ostatními obyvatelkami DOZP, které plánovaly stěhování, jely podívat na nabídku volných bytů.

Neuměla si představit, jak podpora v bytě bude vypadat. I vlastní odstěhování bylo neurčité, mnohokrát se změnil termín a Jarka žila 2 měsíce sbalená a čekala, kdy přijde den „D“.

Pomáhaly jsme tenkrát již více než půl roku s plány přechodu u více žen, které se v rámci transformace měly stěhovat. Snažily se z informací odhadnout potřebnou míru podpory po odstěhování.

Při komunikaci s pracovníky DOZP jsme narazily na první překážky.

Probíhalo přehazování kompetencí při předávání důležitých informací mezi opatrovníkem, sociální pracovníci DOZP, zdravotníky a pracovníky v přímé péči. Panovala nejednotnost mezi poskytovanými informacemi. Důvody mohly být různé, někdo si myslel, že informace říct nemůže, někdo je třeba nevěděl. Příběh osobní historie jsme skládaly z drobných útržků.

Většina pracovníků DOZP měla negativní přístup k možnému přestěhování Jarky. Mnohokrát jsme slyšely, že „to“ nezvládne a skončí pod mostem, že na to nemá, že zůstane sama, atd...

Naše doporučení, aby se postupně seznamovala s novým prostředím, bytem a novým personálem, nebylo vyslyšeno. Situaci brzdil celý organizační systém DOZP – nebyl k dispozici personál, který by jí do Dalovic doprovodil, sama cestovat nesměla. Neměla uvolněné peníze na autobus, neměla ani klíče a přístup do bytu...

1.3 Překážky po odstěhování v oblasti zdraví

K informacím o zdravotním stavu v průběhu mapování potřebné podpory jsme se nedostaly. Tyto informace považovali pracovníci zdravotního úseku za lékařské tajemství. Potřebovali jsme si udělat představu, jakou podporu právě v oblasti zdraví, bude Jarka od nás potřebovat. Kdybychom znaly zvláštnosti, Jarčinu „zdravotní historii“ a způsoby řešení, možné spouštěče, které by nás upozornily na její psychické problémy, mohly jsme je bývaly řešit dříve a efektivněji. Pár dní před odstěhování jsme dostaly seznam Jarčiných lékařů, posledních plánovaných kontrol, a seznam léků, které by měla pravidelně užívat. V té době jsme oslovovaly velké množství praktických lékařů (celkem neúspěšně), aby měl kdo další léky předepisovat, abychom se měly na koho obrátit, kdyby bylo třeba řešit zdravotní problém.

Jarce byly preventivně 14 dní před odstěhováním navýšeny psychiatrické léky.

Po přestěhování byla apatická, téměř nekomunikovala.

Povedlo se nám naštěstí v celkem krátkém čase najít praktického lékaře, u kterého se mohla zaregistrovat. Po domluvě s ním a Jarčíným psychiatrem se snížila původní dávka léků. Jarka začala komunikovat, byla aktivnější. Zapojila se do plánování nákupů, úklidu doma, vaření, i hledání práce. Jela sama s kamarádem na výlet...

Asi za měsíc po přestěhování nastal stav, kdy se o sebe přestala starat. Nezvládala jednoduché úkony jako čištění zubů, používání toalety, oblékání. V noci hlasitě křičela, bouchala na zdi... Plánovaná podpora z 3–4 hodin denně vyrostla na 12 hodin. Netušily jsme, jak velké riziko tento stav může přinést. Ani jakou podporu nyní potřebuje. Zůstaly jsme na podporu v této vyhocené situaci sami, bez pomoci odborníků.

Na návštěvě u psychiatra jsme se setkaly s reakcí „Co jste čekaly?“ – lékař upravil medikaci a poslal Jarku domů. Bály jsme se, že si Jarka bez dohledu asistenta ublíží, její reakce se těžko vyhodnocovaly.

V kritický okamžik, kdy asistentka vyhodnotila situaci tak, že jí sama nezvládá, přivolala záchrannou službu. Slyšela jen odmítnutí: „Dokud si neublíží, nemůžeme jí pomoci.“

Doprovodily jsme Jarku na ambulanci oddělení psychiatrie, popsaly její stav a možnost ohrožení v nepřítomnosti asistenta – Jarce byla aplikována depotní injekce a opět navýšeny psychiatrické léky, které způsobily těžký apatický stav a jak jsme se později dozvěděly, mohly vést až k fatálním následkům. Lékař vyhodnotil, že tento stav není třeba řešit hospitalizací a tak Jarka zůstala doma jen za podpory asistentů terénní sociální služby.

Po oznámení tohoto Jarčina stavu opatrovníkovi – řediteli DOZP a žádosti o podporu ohledně případné hospitalizace, jsme se dozvěděly, že: „to Jarka jednou za čas má, tak za 2 měsíce se to uklidní. V DOZP jsme to řešili překladem na oddělení s intenzivnější podporou, a to i přes noc.“

V DOZP již s takovým stavem Jarky měli zkušenost, věděli i o projevech, které na tento stav upozorňují. Jarka tehdy „odfrkává“ a škrábe se v obličeji. Noví asistenti jim nevěnovali pozornost, nevěděli o nich, nevyhodnotili jako zhoršení psychického stavu.

Informace o zdravotním stavu nechtěli zdravotní pracovníci DOZP předávat u nikoho. Přesto, že jsme se snažily vysvětlit, že k plánování potřebné podpory v oblasti zdraví, jsou určité informace důležité.

Všeobecně jsme se setkaly s:

- nedůvěrou v proces začlenění
- neochotou praktických lékařů zaregistrovat člověka z DOZP
- odmítáním „komplikovaných a problematických pacientů“
- snahou lékařů vysvětlit nám, jak velké riziko přináší přestěhování člověka z ústavu
- lékaři se obracejí na doprovod, než přímo na člověka samotného
- chybí zkušenosti lékařů se změnou pobytové sociální služby na terénní službu

1.4 Co jsme zkusili?

Zorganizovaly jsme případovou konferenci, abychom sjednotily přístup při podpoře Jarky, abychom zajistily předání informací z různých zdrojů a posílily se při hledání dalších možností podpory.

Povedlo se setkání za účasti pracovníků přímé péče z DOZP, opatrovníka, psychiatra, nezávislého pracovníka jiné terénní služby (Focusu – zkušenosti s lidmi s psychiatrickým onemocněním, zástupců krajského úřadu, který se aktivně podílel na transformaci, zástupci Rytmsu a Jarky samotné.

Od té doby byla nastavena lepší spolupráce a podpora z různých stran. Dohodli jsme se, jak nejlépe v konkrétních situacích postupovat, včetně spolupráce ze strany psychiatra.

Prezentovaly jsme naši organizaci a sociální služby, které v kraji poskytuje a naše zkušenosti praktickým lékařům v kraji. Chtěly jsme předat informace o novém přístupu a možnostech podpory lidí s postižením v přirozeném prostředí. Byla nám nabídnuta spolupráce ze strany několika praktických lékařů.

1.5 Překážky v oblasti práv

Jarka má stále omezenou svéprávnost. Jejím opatrovníkem je stále ředitel Domova pro osoby se zdravotním postižením. Podle nového občanského zákoníku musí Jarka i opatrovník žádat soud o schválení změny trvalého bydliště.

Přišly otázky: Na koho bude napsaná nájemní smlouva? Na ředitele DOZP nebo na nesevěprávnou Jarku? Na koho bude smlouva o dodávce energií? Kdo smlouvu podepíše a kdy? Na koho bude nově zřízen osobní účet? Kolik peněz může opatrovník uvolnit na výdaje spojené se stěhováním? Kdo zařídí platby za nájem a novou službu?

Neustálý koloběh otázek, dohadů a vyčkávaní. Žádost o změnu opatrovníka se řeší stále. Soud schválil změnu bydliště po roce a půl po přestěhování, ale Jarka nemá platnou nájemní smlouvu. Nemůže tak ani žádat o příspěvek na bydlení, na který by měla nárok.

I dnes s penězi pomáhá Jarce hospodařit stále opatrovník, tedy ředitel DOZP. Jarka drobné nákupy zvládá již téměř dva roky samostatně. Opatrovníkovi řádně s podporou asistenta služby dokládá všechny svoje běžné výdaje, na které má předem určenou částku. Tu vyúčtuje a dokládá sociální pracovníci DOZP 1x měsíčně formou účtenek. Jestliže si chce vybrat třeba jen malou část výplaty (např. kouřit místo 5ti cigaret za den 10), musí zažádat opatrovníka o mimořádný výběr s odůvodněním.

Všeobecně se setkáváme s

- neznalostí kompetencí opatrovníka, jak ze strany rodiny, tak i u samotných veřejných opatrovníků
- nejednotností soudců při rozhodování, např. při schválení změny trvalého bydliště
- neporozuměním rozhodnutí soudu, s kolika penězi může člověk omezený ve svéprávnosti hospodařit
- neznalostí práv člověka s omezenou svéprávností na úřadech, v bance,...

1.6 Co jsme zkusili?

Spolupracujeme s právníky ve snaze využívat jiné možnosti podpory při právních jednáních. Například, aby omezení svéprávnosti bylo jen v konkrétně definované oblasti, nebo aby bylo umožněno opatrovnictví bez omezení svéprávnosti (§ 465 odst.1o.z. i § 469 odst.1o.z.) nebo aby bylo umožněno uzavřít Smlouvu o nápomoci při rozhodování, atd.

Doprovázíme a zastupujeme lidi s omezenou svéprávností na soudních jednáních, poukazujeme na jejich dovednosti, na schopnosti si o svém životě, společně s podporou, rozhodovat.

Jsmo kreativní.

Zorganizovali jsme různé sbírky nádobí a věcí do domácnosti, půjčovali lidem peníze na základní věci při zařizování svých nových bytů, byt měli na svých účtech dostatek finančních prostředků, ale nemohli je využít, protože dlouze čekali na schválení soudem. Jednalo se o zdánlivě maličkosti, které byly v určitý čas velice důležité. Jako například různé nádoby, skříňka do koupelny, koš na prádlo, prkno na žehlení, setobox, světla, záclony...

1.7 Co by pomohlo?

- Spolupráce. Mezi všemi aktéry, v tomto případě, opatrovníkem, sociální pracovníci, pracovníků v přímé péči včetně zdravotníků při realizaci přechodových plánů.
- Informace. Mít k dispozici všechny důležité informace, které tvoří příběh. Navazují a pomohou hlavně těm, kteří budou zajišťovat další podporu. Ze zkušenosti víme, že nám pomáhá, poznat co nejvíc člověka, kterého doprovázíme. Máme pak lepší odhad, jak má vypadat jeho podpora, odhadneme lépe jeho reakce a máme tak větší možnost jim porozumět.
- Systematická příprava člověka na změnu, jeho maximální zapojení do procesu změny.
- Informovanost odborníků a veřejnosti. Předávat informace o nových možnostech podpory lidí s postižením v přirozeném prostředí. Najít způsoby jak dostat informace o právech lidí s postižením k veřejnosti ale i k soudcům, právníkům, vyšším soudním úředníkům, veřejným opatrovníkům, lékařům.

Sdílení dosavadní praxe z transformace pobytových zařízení pro děti se zdravotním postižením

Best Practices and Lessons Learned from Transformation of Residential Institutions for Children with Disabilities

Michaela Svobodová²³², Zlata Bružková²³³

Abstrakt

Príspevek si klade za cieľ predstaviť vznikajúcu publikáciu, ktorá sa zaoberá sdílením dosavadnej praxe z transformácie troch pobytových zariadení pre deti so zdravotným postihnutím. Našou snahou bolo zhromaždiť dostupnú prax v oblasti transformácie pobytových zariadení pre deti s postihnutím a vytvoriť tak materiál pre ďalšie zariadenia či ich zriaďovateľov, ktorý im pomôže prejsť úspešne procesom deinstitucionalizácie. Príspevek sa venuje krátkemu pohľadu do tématu vývoja starostlivosti o deti so zdravotným postihnutím u nás a charakteristike procesu transformácie v podobe desiatich prvkov transformácie, ktorými by sa mal celý proces riadiť. V príspevku shrnujeme hlavné výstupy, dopady zmien na deti a závery z procesu transformácie vo všetkých zariadeniach.

Klíčová slova: Transformace. Deinstitucionalizace. Děti se zdravotním postižením. Dobrá praxe.

Abstract

The contribution introduces a new publication that deals with sharing of the practice from transformation of three residential facilities for children with disabilities. We tried to collect the available practice in the field of the transformation of the residential facilities for children with disabilities, and thereby to create the material for further facility or its founder to go through the deinstitutionalization process successfully. The contribution relates to a short insight in the development of care of the children with disabilities in our country, and characterization of the transformation process in the form of ten elements of the transformation the process should follow. The contribution summarizes the main outcomes, impacts of the changes to children, and conclusions from the transformation process in three facilities.

Keywords: Transformation. Deinstitutionalization. Children with disabilities. Good practice.

1. Úvod

Príspevek si klade za cieľ predstaviť vznikajúcu publikáciu, ktorá sa zaoberá sdílením dosavadnej praxe z transformácie troch pobytových zariadení pre deti so zdravotným postihnutím. Publikácia Sdílení dosavadní praxe z transformácie pobytových zariadení pro děti se zdravotním postižením vznikla díky třem zariadením DOZP, které se vydaly cestou deinstitucionalizace a výsledkem jejich práce byl vznik tří nových malých pobytových služeb pro děti. Publikace představuje komplexní souhrn informací z celého procesu transformace zařízení se všemi pozitivy, překážkami a dopady na všechny zúčastněné na cestě za lepším životem dětí. Prakticky a reálně popisuje průběh procesu transformace v zariadeních, která během procesu spolupracovala s organizací Lumos zejména v oblasti vzdělávání a doprovázení při přípravě dětí a pracovníků na přesun. Později pak i v následné podpoře pracovníků v přímé práci s dětmi či při vyhodnocování reálných změn, které u dětí nastaly po přestěhování.

Publikace se věnuje vzniku domova pro malou skupinku dětí v Medlešicích zřizovaného Domovem sociálních služeb Slatiňany, dále pak vzniku domova pro malou skupinku dětí zřizovaného Domovem pro osoby se zdravotním postižením PATA Hazlov v AŠI a vzniku dvou bytů pro děti,

232 Lumos; e-mailová adresa: michaela.svobodova@wearelumos.org; Tel.: +420-775-002-458

233 Lumos; e-mailová adresa: zlata.bruzkova@wearelumos.org; Tel.: +420-775-002-480

kteří jsou zřizované Centrem sociální pomoci Litoměřice. Byty registrované jako služba Domov pro osoby se zdravotním postižením pod Centrem sociální pomoci uvádíme v manuálu, jako příklad inspirující praxe. S tímto zařízením navázal Lumos spolupráci až při následné podpoře.

Přinášíme vzhled do problematiky péče o děti se zdravotním postižením zaměřené na obecné principy deinstitucionalizace sociálních služeb v propojení s praktickými zkušenostmi. Úvodní část se krátce věnuje nejdůležitějším oblastem v procesu transformace shrnutých do Deseti prvků deinstitucionalizace (Mulheir, 2007). Ve druhé části se věnujeme procesům transformace ve všech třech zařízeních. Závěr publikace shrnuje dopady stěhování na umístěné děti a také tipy jak malou pobytovou službu komplexně přizpůsobit specifickým potřebám dětí a postupně je zapojovat do rozhodování.

Základním předpokladem dobře zvládnutého procesu transformace je fakt, že cílem transformace pobytových zařízení obecně, není jen zlepšení a zmenšení kapacity bydlení, ale že děti v nich umístěné mají právo žít stejně jako ostatní děti. Mají právo se rozhodovat a svobodně se pohybovat. K tomu je nutné změna přístupu všech pracovníků v celé šíři poskytování péče.

1.1 Vývoj péče o děti se zdravotním postižením

Do druhé poloviny dvacátého století bylo umísťování dětí s postižením do ústavů sociální péče běžným postupem. Ve společnosti byla podporována představa, že jde o nejlepší způsob zajištění péče o děti s postižením, a že tyto děti více než rodinu potřebují odbornou péči specializovaného personálu. Společnost je vnímala jako nemocné a slabé a zapomínala, že jsou to především děti. Dnes přicházejí odborníci k poznání, že pobyt ve velkých ústavních zařízeních má v případě dětí se zdravotním postižením obzvláště závažné negativní dopady (Sullivan, 1991, s.188-194). Podle Patricie Sullivan (1991) mají tyto děti například velmi omezené možnosti bránit se případnému zanedbávání a zneužívání. Domovy pro osoby se zdravotním postižením (dále jen „DOZP“), jak dnes tyto ústavy nazýváme, mají často vysokou kapacitu. Na jednoho pracovníka připadá až deset klientů. S ohledem na omezenou prostorovou kapacitu bývají často děti ubytovávány společně s dospělými klienty zařízení. Tyto a další faktory, související zejména s možnostmi a limity velkých a starých budov, mohou být zdrojem dalšího ohrožení dětí (Balogh, 2001). V případech, kdy děti se zdravotním postižením dostaly možnost vyrůstat v prostředí, kde je prostor pro individuální interakce a navázání stabilního vztahu s dítětem, došlo k výrazným pozitivním posunům ve vývoji dětí.

Tab. č. 1: Počty dětí v ústavní péči v ČR

Typ ústavu	2008	2015
Celkem dětí v ústavech	10 388	8 229
Kojenecké ústavy	1 418	1209
Dětské domovy	4 739	4260
Dětské domovy se školou	742	741
Výchovné ústavy	1 546	1089
Diagnostické ústavy	793	392
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	1 150	538

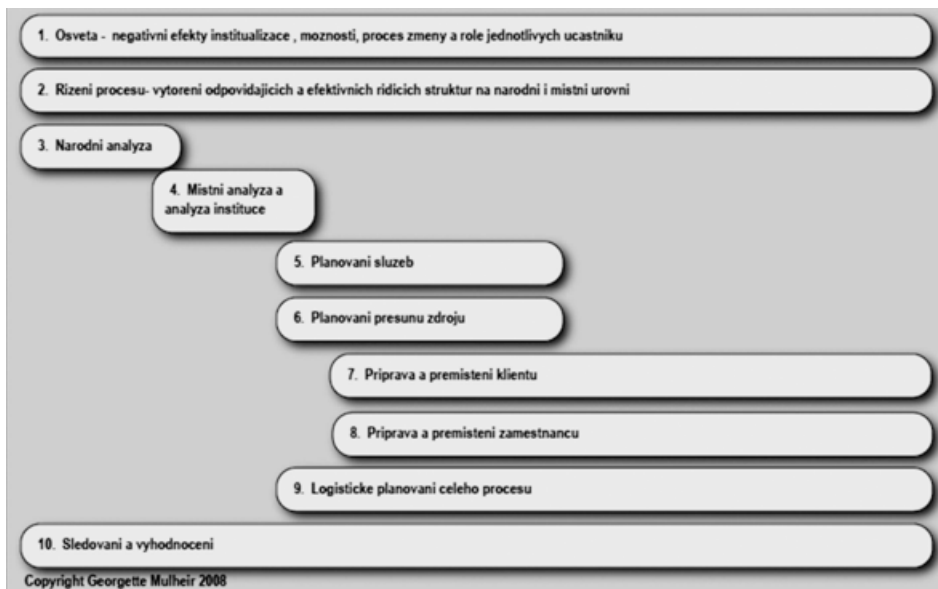
Zdroj: MPSV

Na základě těchto poznatků a zkušeností přicházejí zřizovatelé velkých ústavních zařízení na to, že ústavní péče není vhodným řešením pro zajištění správného vývoje dětí a naplnění všech jejich vývojových potřeb. Předpokladem úspěšného procesu je také to, aby se síť sociálních služeb vytvářela tak, aby děti mohly v co největší míře vyrůstat doma, pokud je to možné. Pouze v případech, kdy rodina nemá dostatečnou kapacitu o dítě s postižením pečovat nebo se své role zřekla a pro dítě se nedaří najít vhodnou náhradní rodinu, která by péči převzala, mají své místo malé pobytové služby, které jsou díky své kapacitě schopny zajistit potřebnou individuální péči svěřeným dětem.

1.2 Deset prvků deinstitucionalizace

Know – how vychází od mezinárodní organizace LUMOS. Jedná se o zobecněný (univerzální) popis procesu deinstitucionalizace, tak, aby se dal použít v různých zemích. Proces je rozčleněn do menších částí, aby se nic neopomnělo, aby se jím dalo snadněji projít a předejít chybám. Jednotlivé části se vzájemně prolínají a nastupují různě v průběhu procesu. Nejde tedy o postupné kroky, ale prvky vzájemně se prolínající. Pro úspěšnou deinstitucionalizaci je také důležité žádný z těchto prvků nevynechat. Dle těchto prvků byl podrobně popsán proces transformace jednotlivých zařízení v již zmiňované publikaci.

Obr. č. 1: Deset klíčových prvků procesu transformace, včetně časové linie



Zdroj: LUMOS

1.3 Zásadní změny v životech dětí po transformaci

Změny u dětí byly sledovány prostřednictvím připraveného dotazníkového šetření spojeného s řízeným rozhovorem s klíčovými pracovníky dětí. První kolo šetření proběhlo před stěhováním dětí pro zajištění základního srovnávacího rámce. Následně byly změny u dětí sledovány ve dvou kolech po třech měsících. U dětí vždy bylo možné sledovat nějaký pozitivní vývoj. Největší změny jsou ovlivněny změnou bydlení. Díky přestěhování získaly děti ve všech sledovaných případech možnost většího soukromí, volného pohybu po domě a zahradě apod. Rozvíjí se slovní zásoba dětí s nižší mírou podpory a zmírnily se konflikty a negativní chování některých dětí. Také se výrazně snížil počet pracovníků, se kterými se děti setkávají, zároveň se však snížil prostor a čas pro navazování intenzivnějšího vztahu dítě – pracovník na individuální úrovni.

Děti už nejsou ubytovány společně s dospělými klienty (kromě jednoho případu, kdy zařízení muselo dodržet podmínky projektu a přechodně je společně s dětmi umístěný i dospělý klient) a vybavení domácnosti a pokojů je více přiměřené věku a potřebám dětí. V případě domků mají děti volný přístup na zahradu a nemusejí čekat, až bude mít pracovníce zařízení čas je na zahradu doprovodit, jako tomu bylo ve staré instituci. Pozitivní vliv na zlepšení a osamostatnění se dětí v oblasti hygieny má také blízkost toalety a koupelny od pokojů dětí.

Výrazně pozitivní posun je u dětí v oblasti stravování. Děti ve všech sledovaných zařízeních mají pestřejší stravu, častěji konzumují ovoce a zeleninu a strava je více přizpůsobována individuálním potřebám dětí. Děti s větší odvahou zkoušejí nová a neznámá jídla. Zvláště u dětí s dietou je možné zajistit mnohem pestřejší a chutnější stravu, takže děti jedí více a s větší chutí.

Vyhodnocení ukazuje, že nedošlo k výrazné změně v zapojování dětí do běžného života ani do rozhodování. Děti mají velmi malou možnost ovlivňovat, co se v jejich životech děje. Nedostávají možnost výběru, jsou málo zapojovány do aktivit v domácnosti. Ve většině situací jsou pouze příjemci, nejsou až na výjimky podporovány ve vlastní aktivitě a individuálním přístupu. Zvýšení míry zapojování do všech oblastí života dětí se projevilo pouze u několika dětí s nízkou mírou podpory, u kterých se ukazuje, že by byly schopné zvládnout s podporou i umístění v běžném dětském domově.

Oblastí, kde došlo prakticky ke zhoršení situace naplňování potřeb dětí především v obou domcích, jsou volnočasové aktivity a sociální kontakty dětí. Děti v domech jsou v kontaktu s dětmi mimo vlastní domov jen minimálně. Lepší je v tomto směru situace dětí umístěných v bytech, kdy se více daří zapojovat je do života komunity.

V oblasti zdraví došlo u dětí s vyšší mírou podpory k mírnému přechodnému zhoršení jejich zdravotního stavu v blízké době po přestěhování, ale po adaptační fázi už byla situace opět stabilizovaná a u některých dětí se dokonce jejich zdravotní stav zlepšil. Přechodné zhoršení orientace a vyšší zmatenost bylo možné vysledovat u dětí s poruchou autistického spektra. U některých dětí došlo ke zlepšení jejich schopností v oblasti mobility. Děti častěji chodí a musí překonávat nové překážky, což je stimuluje k vyšší snaze. Klíčové pracovníce dětí uváděly vlastní dojem, že děti jsou méně náchylné k nachlazení a mají zdravější pleť.

V jednom ze tří sledovaných zařízení došlo díky realizovaným případovým konferencím ke zlepšení komunikace mezi školou a domácností. Učitelka dětí pravidelně jednou měsíčně navštěvuje děti doma a předává si informace s pracovníci zařízení. Žádné dítě nenavštěvuje družinu a minimum dětí chodí na nějaké organizované volnočasové aktivity. Ve dvou zařízeních nechodí děti do školní jídelny, ale obědvají doma po skončení školy. Ze všech zařízení vyplývá, že je věnován minimální prostor pro aktivní podporu identity dětí. Pracovnice z domků uvádějí, že nastavení služby neumožňuje individuální naplňování potřeb dětí. Tyto pracovníce v rozhovorech vysvětlily, že bývají odpodělane samy na celou skupinu 5–6 dětí. Kvůli tomu je prakticky nemožné, aby mohly jednotlivé děti vozit např. na kroužky nebo s nimi chodit nakupovat. Pracovnice, které pracují v bytech, mají naopak možnosti individuální práce mnohem větší, jelikož po většinu dne pracují v poměru 2 pracovnice na 4 děti.

Z dlouhodobého hlediska vnímají klíčové pracovnice u všech dětí zlepšení v jejich celkovém naladění. Děti byly před stěhováním více náladové a konfliktní, často měly záchvaty vzteku. Pracovnice uvádějí, že po přestěhování došlo ke snížení počtu agresivních výpadů dětí vůči sobě navzájem i vůči personálu. U některých dětí sice došlo ke zhoršení chování, pracovnice je ale odůvodňují spíše přicházející pubertou.

V oblasti vztahů se situace změnila minimálně. Děti tráví se svými klíčovými pracovníky v individuálním kontaktu většinou méně času než dříve. Stejně tak se výrazně nezměnila míra fyzického kontaktu dítěte a nějakou blízkou osobou a je stále omezená pouze na kontakt v rámci poskytované péče a několik krátkých pohlazení apod. V oblasti kontaktu se svou rodinou došlo u několika dětí ke zvýšení, díky tomu, že se dítě přestěhovalo blíže ke své rodině. Většina dětí má po přestěhování lepší přístup k vlastním fotografiím a mají možnost ovlivňovat vzhled svého pokoje.

1.4 Závěr

Všechna zařízení zvládla realizaci transformace svoji unikátní cestou a rozhodující zůstává, jak transformace pomohla těm, o které nám jde především – dětem. Měli jsme možnost spolupracovat se všemi zařízeními na procesu mapování dopadu přemístění na naplňování potřeb dětí a jeho následném vyhodnocení. Celý tento proces nás vede ke stěžejní otázce, zda děti pouze stěhujeme do nového, lepšího, klidnějšího prostředí nebo zda také měníme a zlepšujeme způsob poskytování služby spjatý se změnou myšlení lidí, kteří tam pracují.

Měli jsme možnost se seznámit s cestou vzniku dvou domovů pro malou skupinku dětí se zdravotním postižením a dvou bytů. Důležitým aspektem toho, jak se v budoucnu bude dařit v procesu transformace, je lokalita, ve které malá pobytová služba vzniká. Ukazuje se, že pokud je domácnost dětí v místě, kde je nedostatečná dopravní infrastruktura, příliš vzdálená speciální škola případně volnočasové aktivity a sportoviště, je následně mnohem více personálně i finančně nákladné, zajistit dětem adekvátní podmínky pro naplňování jejich potřeb. Dostatečná komunikace a vyjasnění situace s lidmi i organizacemi v komunitě, kde bude nová domácnost umístěna, také zjednoduší zapojení a přijetí dětí v jejich sousedství. Vzhledem k potřebám dětí je třeba důkladně zvážit, zda je třeba být raději v centru, či mít zahradu v klidné zástavbě.

Vznik obou domků byl spolufinancován z transformačních krajských projektů a dotačních fondů. Vznik bytů byl zcela v režii zařízení, které byty zřizovalo. Porovnání realizace malé pobytové služby v bytech a v domech ukazuje, že poskytování služby v bytech je finančně méně náročné a pro děti s nižší a střední mírou podpory přináší širokou nabídku možností zapojení dětí do běžného života. Pro běžné zařízení může být jen samotný „rozjezd“ takové služby velkou finanční zátěží, pokud není realizace podpořena z jiných zdrojů. Zároveň ze zjištěných informací jednoznačně vyplývá, že pokud je zařízení vázané jakýmkoli projektem, má mnohem menší možnosti pro zapojení jak pracovníků, tak samotných dětí při zřizování nové služby.

Právě zapojování dětí do příprav na přemístění bylo jedním ze sledovaných témat. Tato oblast je stále velmi nová, zvláště pokud se jedná o přípravu dětí s postižením. Tento přístup vychází z našich předsudků, že děti s postižením čelí mnoha překážkám v komunikaci a nechápou, co se kolem nich děje. Jako profesionálové bychom se měli ujistit, že jsme udělali maximum, aby každé dítě dostalo potřebné informace ve srozumitelné formě a dostalo alespoň nějakou příležitost se zapojit. Zařízení, která vznikla v rámci velkých projektů, byla bohužel omezena v možnostech zapojování dětí do výběru zařizovacích předmětů a dalšího vybavení pro děti samotné, jelikož tyto procesy podléhaly většinou výběrovým řízením. Zřizování bytů pak představuje mnohem větší prostor pro zapojení dětí i pracovníků do příprav.

Ze zkušeností z jednotlivých zařízení vychází, že pokud je spokojený pracovník, je spokojené dítě. Abychom dokázali zajistit spokojenost pracovníků, musíme se věnovat jejich důkladné přípravě a průběžné komplexní podpoře. Ve všech třech zařízeních se přístupy a realizovaná praxe v této oblasti mírně různí vzhledem k možnostem, podmínkám, motivaci ale i přístupu vedení. Ze zpětných vazeb pracovníků, kteří neprošli rozsáhlou přípravou, je patrné, že sami reflektovali svoji přípravu na nadcházející změny jako nezbytně nutnou. Vcelku pozitivně byla hodnocena vzdělávání zaměřená přímo na práci s dětmi, stáže, předávání vzájemných zkušeností, ale i realizované sebezkušenostní vzdělávání v jednom ze sledovaných zařízení. Nejprve si změnu potřebují zpracovat sami zaměstnanci, zbavit se svých obav, pochopit proč se vše děje. Právě příprava nejen jednotlivých pracovníků, ale budoucího týmu jako celku se ukázala jako klíčová. Pokud je možné pracovat s týmem lidí, kteří budou pečovat o děti v nové službě, již s předstihem, mohou se pracovníci lépe poznat, vzájemně podpořit, nastavit si pravidla pro chod nové služby, soustředit se na sjednocení přístupu péče o děti, zaměřit se na to, jak to dělat jinak. Nehovoříme pouze o přípravě před přemístěním, ale také o kontinuálním metodickém vedení a motivování zaměstnanců v tomto tématu. Pokud do nové domácnosti přicházejí zaměstnanci, kteří mají zkušenost s prací ve velkém zařízení, mají tendenci přenášet si způsob práce i do nového typu služby. Důsledkem toho nedochází k deinstytucionalizaci v pravém smyslu ale jde pouze o zmenšení kapacity.

Ukázalo se, že stále není běžné vyhledávat situace, kdy lze dítě zapojit, ať už do nějaké domácí činnosti, tak do rozhodování o běžných věcech, které jsou součástí života. U dětí s postižením, mají lidé v jejich okolí tendenci přebírat zodpovědnost za vše, co se kolem dítěte děje, protože je to rychlejší a komunikace s dítětem bývá komplikovaná. Pokud u dětí umístěných v zařízení cíleně a aktivně nerozvíjíme dovednost rozhodovat se a nést následky svého rozhodnutí přiměřeně jejich věku a schopnostem, zvykají si tyto děti na svou pasivitu, kterou si přenášejí i do dospělého života. Snižuje se tak jejich schopnost zvládat alespoň část svého života samostatně a jsou daleko více odkázáni na podporu a doprovázení pracovníků služby. S tím souvisí potřeba častěji a intenzivněji zapojovat děti do chodu domácnosti, jako je příprava jídla, péče o domácnost, nakupování apod.

Velkou změnou pro mnoho pracovníků je zjištění, že malá a samostatná pobytová služba neumožňuje zastoupení kolegy z vedlejšího oddělení v případě, že si pracovník potřebuje například něco zařídit. Personál je ve všem odkázán na vlastní kapacity. Pokud tedy zůstane personál ve stejné kapacitě, jako ve velkém zařízení, dojde k takovému navýšení objemu práce, že pracovníkům nezbyvá čas na individuální práci s dětmi, která je pro podporu pozitivního rozvoje nutná. Zároveň pokud děti chodí do školy, je možné po tu dobu snížit personální zajištění a naopak v době, kdy jsou děti doma, se ukazuje jako potřebné, aby na skupinu do šesti dětí byly přítomny vždy minimálně dva pracovníci.

Reference

BALOGH, R., et al. Sexual abuse in children and adolescents with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 2001, 45.3: 194-201.

Mulheir, G., Browne, K., & kol., a. Deinstytucionalizace a transformace služeb pro děti. Manuál pro dobrou praxi. University of Birmingham, 2007.

SULLIVAN, Patricia M., et al. Patterns of physical and sexual abuse of communicatively handicapped children. *Annals of Otolaryngology & Rhinology*, 1991, 100.3: 188-194.

Reflexe překážek a výzev v začleňování lidí s postižením po transformaci sociální služby

Reflection obstacles and challenges in integrating people with disabilities after the transformation of social services

Martina Zemanová²³⁴, Zuzana Černá²³⁵, Pavla Pokorná²³⁶

Abstrakt

V článku se věnujeme představení nově vzniklé – transformované – sociální službě chráněné bydlení Naplno v Jindřichově Hradci. Velký ústav se změnil na službu malého, komunitního typu. Vizi této služby je, pomoci lidem s mentálním postižením začlenit se do komunity, být akceptován, respektován, mít koníčky, přátelé – žít takzvaný normální život.

Službě, která touží být pružná a akceschopná, chce rychle reagovat na potřeby uživatelů stávajících nebo budoucích, se vždy nedaří vizi naplňovat v té míře, která je žádoucí. Naráží na systémové bariéry.

V článku tyto bariéry popisujeme přímo na jednotlivých příbězích klientů.

Klíčová slova: Bariéry. Chráněné bydlení. Běžný život.

Abstract

The contribution introduces the newly established – transformed – social service of Naplno sheltered housing in Jindřichův Hradec. A big institution turned into a service of a small and community type. The vision of the service is to assist the persons with mental disabilities in their inclusion in the community, to be accepted, respected, to have hobbies, friends – to live a “normal” life. The service that desires to be flexible and actionable, to respond quickly to the needs of the existing or future users, is not always successful in achieving the vision at the desirable level. It encounters the system barriers. The barriers are described directly with reference to stories of the clients in the contribution.

Keywords: Barriers. Sheltered housing. Normal life.

1. Chráněné bydlení Naplno

Chráněné bydlení Naplno je mladá sociální služba komunitního typu. Po transformaci domova pro osoby se zdravotním postižením, která se začala realizovat díky projektům transformace sociálních služeb Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, Jihočeskému kraji a úsilí zaměstnanců, se v roce 2016 mohli klienti této služby přestěhovat do nových domků rodinného typu. Chráněné bydlení Naplno poskytuje v tuto chvíli registrovanou sociální službu 60 klientům, mužům i ženám s mentálním postižením. Je součástí Centra sociálních služeb Jindřichův Hradec, které je příspěvkovou organizací zřízenou Jihočeským krajem. Uživatelé této služby bydlí v celkem deseti samostatně fungujících domácnostech v šesti domech v Jindřichově Hradci, Třeboni, Lomnici nad Lužnicí a Lišově.

234 Bc. Martina Zemanová, CSS J. Hradec, Chráněné bydlení Naplno; e-mailová adresa: martina.zemanova@chbnaplno.cz;

235 Zuzana Černá, CSS J. Hradec, Chráněné bydlení Naplno; e-mailová adresa: zuzana.cerna@chbnaplno.cz;

236 Mgr. Pavla Pokorná, CSS J. Hradec, Chráněné bydlení Naplno; e-mailová adresa: pavlajh@seznam.cz;

2. Příběhy

2.1 Paní I.

Paní I. je žena s lehkým mentálním postižením a je jí 41 let. Paní je samostatná v péči o sebe a běžných každodenních činnostech. Potřebuje jen nízkou míru potřebné podpory od okolí. Dlouhou dobu žila v rodinném prostředí s rodiči a sourozenci, navštěvovala zvláštní školu. V roce 2006 byla na žádost rodiny zbavena způsobilosti k právním úkonům a to zejména majetkoprávním úkonům a finančních operacích. Paní I. mohla disponovat jen omezenou částkou 200,- korun na měsíc. Rodina se bála, že by paní I. mohla být zneužita a podepsat nevýhodnou smlouvu nebo půjčku. V roce 2011 začala paní bydlet v Domově pro osoby se zdravotním postižením Pístina. Paní neměla žádné peníze, neměla práci a začala bydlet ve velké sociální službě, kde měla minimum soukromí a přátel, byla uzavřená, plachá a nedůvěřivá.

V roce 2014 se paní I. přestěhovala z běžné domácnosti Domova do tréninkového bytu. Tréninkový byt poskytoval možnost začít se učit žít s menší podporou asistentů a s cíleným tréninkem dovedností, které jsou potřebné k běžnému život. V této době již pracovala v Knoflíkářském průmyslu v Žirovnici a měla pravidelný měsíční příjem. V tréninkovém bytě se ukázalo, že paní má velké zkušenosti s vedením domácnosti, vařením, praním a velice rychle si osvojovala nové věci s tím spojené. Protože si paní I. postupně ušetřila dost peněz, ale neměla žádnou představu kolik peněz má a co to pro ni znamená, začala s podporou asistenta pracovat na tom, aby se lépe orientovala ve svých finančních záležitostech. Začala si zapisovat nákupy do finančního deníku. Díky vizualizaci bankovek a struktuře vedení finančního deníku se paní I. začala více orientovat ve svých financích. Postupně začala hospodařit s větší finanční částkou než 200 korun. Od prosince 2014 žije paní I. v chráněném bydlení Naplno v Jindřichově Hradci s dalšími pěti uživateli. Jak se v průběhu času měnilo prostředí a přístup k paní I. a způsoby práce s ní, změnila se i paní I. Z velice uzavřené ženy, která jen málo důvěřovala okolí, se stala žena, která už dobře komunikuje se známými lidmi, umí říct, co chce a potřebuje, umí vyjádřit svůj názor, umí říct, když se jí něco nelíbí. Stejně tak umí přijít za asistenty a říct si o pomoc.

V tuto chvíli vidí jako jedinou překážku, která jí brání v tom, aby se mohla učit novým dovednostem a žila podle svých představ, omezenou svéprávnost. Její boj o vrácení svéprávnosti začal v roce 2015. Paní I. se rozhodla, že chce být svéprávná, mít svůj účet, kartu do bankomatu, spravovat vlastní peníze sama. Za paní přišel soudní znalec z oblasti psychiatrie a po hodinovém rozhovoru, pokládání otázek a přečtení posudku, který byl vypracován v roce 2006, zhodnotil, že u paní I. se nic nezměnilo a je třeba dbát na její bezpečnost, ochraňovat jí a omezit svéprávnost. Soudní znalec neznal paní I., nikdy před tím se s ní nesešel, a přesto do znaleckého posudku napsal, že není schopna se učit novým věcem ze zkušeností a je tedy ohrožena a bude vždy selhávat mimo známé prostředí. Okresní soud rozhodl ve prospěch paní I., státní zastupitelství se odvolalo ke krajskému soudu a její boj pokračoval. Toto se opakovalo ještě dvakrát. Paní I. dostala přiděleného právníka ex offio, sepsala smlouvu o nápomoci, k soudu byli přizváni asistenti z chráněného bydlení jako svědci. Asistenti popsali paní I. jako člověka, který se nedávno přestěhoval do nového bydlení a v novém prostředí neselhává. Svoje prožité zkušenosti si pamatuje a v podobných situacích na ně vzpomíná a jedná podle nich. Okresní soud opět rozhodl o zrušení omezení svéprávnosti. Státní zastupitelství se znovu odvolalo ke krajskému soudu přesto, že u posledního líčení nebyl nikdo za státní zastupitelství přítomen. Argumentovali stále jen znaleckým posudkem, který sepsal soudní znalec. Paní I. velice rozzlobilo, a svými slovy sepsala vyjádření k tomu, co se o ní píše v odvolání. V něm napsala, že si nepřeje, aby jí posuzoval někdo, kdo ji vůbec nezná a kdo se ani k soudu nedostavil. I před soudem se chování paní I. změnilo. U prvního soudního líčení

se styděla, koukala celou dobu do stolu a neodpovídala na žádné otázky. U posledního líčení již seděla s hlavou vzpřímenou, dokázala již odpovědět na některé otázky. Konečný verdikt krajského soudu vrátil paní I. svéprávnost. V tuto chvíli rozhodnutí nenabýlo právní moci a paní čeká, jestli se státní zastupitelství dovolá k nejvyššímu soudu.

2.2 *Paní J.*

Paní J. je žena ve věku 56 let a potřebuje ve svém životě velkou podporu ve všech oblastech. Pohybuje se pouze pomocí invalidního vozíku. Na krátké vzdálenosti v bytě se na vozíku dokáže pohybovat sama, na delší vzdálenosti a venku potřebuje pomoc druhého osoby, asistenta. Je to usměvavá žena, která má smysl pro humor, je společenská, má ráda péči o sebe, chce být upravená, má ráda společnost mužů a malých dětí. Důležitá je pro ní káva a cigarety, sladkosti, sladká jídla a nápoje.

Do roku 1989 žila paní J. běžný život. Měla rodinu – manžela a dvě dcery. Pak se její osud změnil. Bourala v autě. Autonehoda byla velmi těžká a paní jí přežila z mnohačetnými závažnými poraněními, která velmi ovlivnila její další život ve sférách zdraví, ale i vztahů. Po všech lékařských a rehabilitačních zákrocích zůstala paní s pohybovým a mentálním omezením. Nebylo jí umožněno dále žít se svou rodinou, děti k ní ztratily vztah a rodina se o ní přestala zajímat.

Paní J. má velká tělesná omezení, nechodí, pravou ruku a nohu má nepohyblivou a trpí dost velkými bolestmi. K pohybu používá vozík. Přesun z vozíku a zpět dříve zvládala sama, nyní se její možnosti hodně zhoršily a zvládá to podle svého zdravotního stavu občas sama, většinou je však nutná jí při přesezení pomocí. Často má i potíže zvednout se z polohy vleže do sedu, potřebuje podepřít. Potřebuje pomoc při sprchování a oblékání. Nají se a napije sama, ale protože může používat jen jednu ruku, potřebuje pomoc s přípravou jídla a pití. Kvůli ztíženému pohybu je také třeba dávat pozor na horké jídlo a pití, paní J. se v minulosti několikrát opařila.

Ačkoliv je paní J. společenský člověk, kontakt s okolím, asistenty i jinými lidmi je hodně ztížen tím, že paní J. nemluví a komunikuje pomocí posunků a zvuků. Dokáže ukázat, co jí bolí. Při komunikaci většinou všemu rozumí. Z toho a dalších okolností vyplývají velké komunikační problémy. Paní J. má totiž dost přesné, někdy až detailní představy o tom, jak by věci měly být uspořádány a jak by chtěla, aby jí asistenti pomáhali. Jenže protože je nedokáže sdělit slovně, trvá asistentům často dlouho, než pochopí, co vlastně paní chce. Asistenti spoustu věcí pouze odhadují, dělají je na několikrát, než se najde ten správný způsob. Jenže paní J. to často špatně nese, pokud okolí nedokáže rychle rozpoznat, co potřebuje. Dává najevo své rozčilení, křičí. Ke zjištění přání často pomůže se ptát, ukazovat na věci, a zvláště zachovat vldný a trpělivý přístup. Ale ve špatných dnech, kdy má třeba velké bolesti, je to horší, a když rychle nemůže dostat to, co by potřebovala, bývá podrážděná, a hodně křičí a také pláče. Často nepomůže nic, než odejít, a vrátit se až za chvíli a zkusit komunikovat znovu. Zoufalí jsou i asistenti, kteří se vyhovět snaží, ale často přes veškeré úsilí nejsou schopni uhodnout, co paní J. chce. Tak dochází k začarovanému kruhu, ve kterém si obě strany často neví rady.

Po nastěhování do chráněného bydlení došlo ke změně situace a paní J. začala mít různé tělesné obtíže. Paní nikdy nejedla a nepila ve velkém množství a jídlo si hodně vybírala, ale po nastěhování do chráněného bydlení začala postupně odmítat jídlo a začala mít velké zažívací potíže provázené zvracením. Časem odmítala veškeré teplé jídlo a jedla jen pochutiny a pila hodně silnou tureckou kávu. Protože paní nemluví a spoustu věcí pouze odhadujeme, nevíme vlastně, a možná se nikdy nedozvíme, její pocity a přání. Myslíme si ale, že v novém bydlišti není šťastná, a že se to začalo projevovat na jejím psychickém stavu, který se pak odráží v různých tělesných potížích. Rozpor u paní J. je ten, že ačkoliv svým tělesným postižením patří do domu, kde žijí lidé s nejvyšší mírou podpory, mentálně by potřebovala úplně jinou společnost lidí. V tomto domě nemá žádnou

spřízněnou duši, se spolubydlícími si nerozumí, nekontaktuje se s nimi, nepovažuje je za sobě rovné a spíše jí rozčilují, a odhadujeme, že by ráda žila ve společnosti mužů. Dokud žila v Domově Pístina, byla v domácnosti s lidmi většinou se střední mírou podpory. Další překážkou je napjatá finanční situace paní J., která jí neumožňuje si plnit přání tak často, jak by potřebovala ke zlepšení své nálady. K tomu se přidává fakt, že její rodina s ní nekomunikuje, nejeví žádný zájem. Když k tomu přičteme každodenní bolesti a totální závislost na okolí, je to obrázek života, který by asi málokdo z nás dlouhodobě snášel a vydržel.

2.3 *Paní O.*

Paní O. je 52 letá vesele laděná žena. Poslouchá Tomáše Kluse, sleduje seriály Ordinaci v různých zahradě a Ulice. Je vášnivou fotografkou, nejráději dělá záznam z akcí, které podnikla a moc ráda se jimi pochlubí a vypráví o nich. Důležitá je pro ni růžová barva, ranní káva, být nalíčena a upravena.

Od mládí žila paní O. v ústavních zařízeních, úplně však neztratila kontakt s rodinou, vždy jezdila několikrát ročně na návštěvy k matce nebo sestře. Z výše uvedeného vyplývá, že její život z větší části probíhal jen ve skupině podle pevně stanoveného denního režimu a to za zdi domova pro osoby se zdravotním postižením. Pokud prostor domova opustila, bylo to v jeho okolí.

Během probíhající transformace ústavní péče v souvislosti s individuálním plánováním si začala paní O. osvojovat dovednosti potřebné pro běžný život. V rámci kurzů sociálních a sebe obslužných dovedností se začala učit pečovat o své prádlo, nakupovat a vařit, hospodařit s penězi, samostatně navštěvovat kadeřnici, samostatně cestovat autobusem do nedalekého města. Cíleným nácvikem vše opakovala v rámci domácnosti. Začala pracovat v domově jako uklízečka (se smlouvou a výplatou). V roce 2014 vznikl v Domově Pístina takzvaný tréninkový byt, tam se paní O. spolu se 4 dalšími uživatelkami přestěhovala. Paní O. si své dovednosti upevnila a zdokonalila.

V prosinci 2015 se paní O. přestěhovala spolu s ostatními uživatelkami do rodinného domu v Třeboni, do bytu v patře s 5 spolubydlícími. Zde uplatnila všechny získané dovednosti. Dále pracuje s týdenním plánem. Pořídila si domácího mazlíčka – morče, o které se dobře stará. Rychle si osvojila práci s novými spotřebiči a sžila se s novými spolubydlícími. Poznala město, nyní se pohybuje po Třeboni samostatně, cestuje autobusem do Stráže nad Nežárkou a Jindřichova Hradce. Sama nakupuje. Pravidelně chodí do práce do Českého nadačního fondu pro Výdru. V této záchranné stanici krmí zraněná zvířata.

V květnu 2016 se u paní O. objevily gynekologické potíže. Paní O. již v předchozích letech tyto potíže měla, vždy bylo potřeba gynekologického zákroku v nemocnici. Paní O. se za podpory asistentky objednala u své gynekoložky. Po kontrole se paní O. vrátila rozčilená, předala asistenci lístek od paní doktorky a odešla do pokoje, kde byla několik hodin. Asistentka zavolala paní doktorku, která jí řekla, že je třeba neodkladný zákrok v nemocnici. Paní O. poté co vyšla z pokoje, požádala asistentku ve službě, zda půjde k ní do pokoje. Tam několikrát výkon odmítla, asistentka se paní ptala, zda se bojí, paní odpověděla, že se nebojí, že už to několikrát zažila. Plakala, že do nemocnice nepůjde, Nedokázala jasně, říci proč nechce jít do nemocnice. Asistentka se poradila s ostatními pracovníky, kteří paní znají již déle a přišla na pravý důvod, kvůli kterému odmítá paní lékařský zákrok. Paní O. potvrdila její domněnku. Nebyl problém v podstoupení výkonu, ale v čase. Paní O. již znala opatření, která, následují po výkonu. Nejméně dva měsíce by se musela šetřit, obávala se že, by se nemohla jet na dovolenou, věnovat se sběru borůvek, koupat se v rybníku. Asistentka s paní O. hovořila, řekla jí různé varianty toho, co by se mohlo stát, kdyby zákrok nepodstoupila. Zároveň vyjádřila pochopení, nad plánem letních aktivit. Paní O. se rozhodla, že zákrok podstoupí, ale ne v létě. Pracovníci jí pomohli dohodnout se s lékařkou, která zákrok naplánovala na podzim. Paní O. během několika let překonala řadu překážek. Výborně se naučila praco-

vat s vizuálními pomůckami. Které minimalizovaly nedostatek ve čtení a psaní. Největší podporu jak je zřejmé z události v květnu 2016 potřebuje v oblasti rozhodování, dále v oblasti mezilidských vztahů. Velké obtíže má paní O. pokud se nedaří něco podle jejích představ nebo jí byla podána negativní zpětná vazba. V takových situacích jedná nepřiměřeně a chybu vždy svaluje na druhou osobu. V krizových situacích jedná dle naučených scénářů, které uplatňovala ve velké instituci.

2.4 *Paní L.*

Paní L. je žena ve věku 61 let. Ve svém životě potřebuje vysokou míru podpory a to v pohybu, sebeobsluze a při komunikaci. Doma se pohybuje s oporou druhého člověka. Na delší trasy potřebuje invalidní vozík. Paní je trpělivá, vstřícná a skromná žena, která přesto, že běžně verbálně nekomunikuje, umí dát najevo, co chce a potřebuje. Má ráda společnost a ráda pozoruje dění kolem sebe.

V průběhu transformace sociální služby jsme věděli (bylo to dáno projektem), že jeden dům je určen pro uživatele, kteří potřebují vysokou míru potřebné podpory. Počítalo se s bezbariérovým přístupem, širokými dveřmi, velkou koupelnou tak, aby interiéry vyhovovaly lidem s omezenou hybností nebo lidem, kteří potřebují invalidní vozík. Paní L. se nastěhovala do tohoto domu. Paní se zabydlela skvěle, měla pohovku v obýváku a ta byla jejím záchytným bodem a postupně si zvykala i na ostatní prostory v domě včetně terasy, na kterou vychází z obýváku francouzským oknem. Největší problém pro paní L. je projít hlavními dveřmi ven z bytu na ulici. Tuto skutečnost jsme zjistili záhy po stěhování, když měla jít na kontrolu k novému obvodnímu lékaři. U vchodových dveří se zastavila a křikem nám dala najevo, že dál nepůjde, invalidní vozík také křikem odmítla. Zkoušeli jsme různé motivace, vizualizaci – obrázky jídla, které si může koupit, když půjde nakupovat. Zkoušeli jsme každodenní povídání o tom, že půjde ven jen na chodník a hned zase zpátky, každý den jsme zkoušeli jít s ní ke dveřím. Přemýšleli jsme proč a vymýšleli různé nové motivace. Nakonec jsme zkusili autem zacouvat až ke vchodu, což není vůbec jednoduché, vzhledem k tomu, jak je dům postaven a jak je okolo něj veden chodník. S paní L. jsme dlouho před tím mluvili o tom, že je objednaná k lékaři a jak je pro ní tato kontrola důležitá, vysvětlili jsme jí, jak jí pomůžeme tím, že auto přistavíme až ke vchodovým dveřím a ať to zkusí. Ve chvíli, kdy jsme autem předjeli až ke dveřím, do něj paní v klidu nastoupila, nechala se připoutat, navštívila lékaře a pak se ještě s asistentem zastavila v cukrárně na kávu a zákusek. V tuto chvíli jezdí paní nakupovat jen autem, kterým asistent vždy předjede těsně ke dveřím tak, aby mohla pohodlně nastoupit. V obchodě jí pohyb na vozíku již nevedí.

Myslíme si, že problém není v tom, že by paní nechtěla chodit ven, ač pro ní pohyb na invalidním vozíku mimo známé prostředí byl vždy stresující, ale že nemá jistotu v terénu kolem domu. Myslíme si, že se bojí jít dál a že pro ní, tak jak je ten dům a hlavně exteriér řešen, není bezpečný. Cesta k autu, kterým chce jet je pro ní dlouhá a strmá. Nikomu při stavbě nedošlo, že parkoviště bude zvláště mimo, a pro člověka s omezenou hybností se bude velice náročné k němu dostat.

2.5 *Paní D.*

Paní D. je 46 letá žena introvertní povahy. Má šarm, velmi o sebe pečuje. Paní D. hůř vidí a téměř neslyší. Paní D. znakuje, velmi dobře odezírá a z části se domluví mluvenou řečí. Pokud se komunikace s paní D. nedaří, pomůže obsah sdělení napsat. Paní je samostatná, sama si aplikuje inzulin, měří hladinu cukru v krvi, nakoupí, uvaří, vypere, uklidí. Podporu druhé osoby potřebuje tehdy, pokud jsou pro ni situace, místo nebo činnost nové.

Paní D. žila v Táboře, v úplně rodině, navštěvovala základní a střední školu pro sluchově postižené v Českých Budějovicích. Po škole pracovala jako dělnice v textilní výrobě DITA výrobní družstvo invalidů v Táboře. Po smrti rodičů se paní D. spolu se sestrou přestěhovala do Domova pro osoby se zdravotním postižením v Pístině. Žila v domácnosti pro s patnácti uživatelkami služby.

Během transformace služby, v rámci příprav na samostatnější život v chráněném bydlení, si paní D. začala připravovat léky a opět sama aplikovat inzulin, tablety se postupně přesunuly ze zdravotního úseku na pokoj, inzulin do lednice v domácnosti. Paní D. odmítala všechny jiné formy cílené přípravy na samostatnější život v chráněném bydlení. Paní D. se nechtěla stěhovat v rámci služby, snila o bydlení v Táboře. Přes všechny snahy asistentů a sociálního pracovníka se nepodařilo sen naplnit. Vše skončilo na netečnosti paní D. nebo na finančních limitech. Protože se nepovedlo zajistit paní D. bydlení v Táboře a odmítala si vybrat z možných variant. Byl za ní službou vybrán dům v Jindřichově Hradci, kam se stěhovaly uživatelky, které potřebují v životě menší míru potřebné podpory. Několik dní před stěhováním paní D. vyřkla přání žít v Třeboni.

Od prosince 2016 žije v Třeboni v chráněném bydlení. Nejprve potřebovala podporu asistenta, využívala obrázkových postupů pro nácvik obsluhy spotřebičů. Rychle se zorientovala a získala jistotu. Nyní se již v Třeboni pohybuje sama, sama nakupuje, zvládá péči o domácnost. V červnu 2016 za podpory Klíčové pracovnice odpověděla na nabídku práce v chráněné dílně v Českých Budějovicích. Byla pozvána na pohovor. Odjet na něj však s pláčem odmítla. Dva dny trávila paní D. převážně v pokoji, s nikým nemluvila, při snaze asistentů navázat kontakt vždy jen mávla rukou. Po té sama navázala hovor, vyjádřila své obavy, strach že to nezvládne, že je stará, dlouho už nic nedělala, nikam nechodila sama, nic už neumí. V září 2016 opět vyslovila přání odstěhovat se do Tábora. Podala žádost o zaměstnání DITA výrobní družstvo invalidů v Táboře. Nyní čeká na odpověď.

Jak asi bude vypadat výrobní družstvo DITA po 20 letech?

2.6 Poděkování

Děkujeme klientkám chráněného bydlení Naplno, že souhlasily s tím, abychom o nich napsaly. Děkujeme kolegům chráněného bydlení Naplno za pomoc a dobré rady.

Závěrečné komentáře k vybraným sekcím

Sociální služby jako nástroj podpory člověka v přirozeném sociálním prostředí

Největší diskuse se rozproudila nad neaktuálnějším tématem z hlediska kvality sociálních služeb (první blok dle času), zejména hned první příspěvek Mgr. Capicarové a ThDr. Holečkové z MPSV. Tady je dobře vidět, že posuzování standardů kvality je pro organizace žhavým tématem. Příspěvky Mgr. Baráka (mezigenerační solidarita), dr. Cimrmannové (umírání u osob s mentálním postižením) a Mgr. Mertové (zkušenosti s přípravou osob s mentálním postižením na samostatný život) silně rezonovaly v diskusi a zároveň velmi odrážely i téma konference „Podpora člověka v přirozeném prostředí“.

Všichni prezentující byli dobře připravení, diskuse probíhala důstojně a věcně. Pocitově jsme měli v sekci výbornou atmosféru a snad i příspěvatelé a diskutující byli spokojeni. Mezi konkrétní doporučení pro práci v dané oblasti mohou patřit větší zaměření na analýzu skutečných potřeb uživatelů služeb (nikoli těch, které jsou předpokládány poskytovatelem nebo jeho zřizovatelem) a odlišnost ve vnímání potřeb a vyšší důraz na metodickou správnost používaných metod (například při posuzování kvality služby se zaměřit nejen na subjektivní spokojenost uživatelů, ale také na subjektivní důležitost daného aspektu z hlediska uživatele, autoři článků by se měli zaměřovat nejen na národní, ale i mezinárodní kontext, aby výsledky článků mohly být mezinárodně komparovány).

(doc. Ing. Pavel Bachmann, Ph.D.; Bc. Martin Holub)

Transformace sociálních služeb – filozofická východiska

Ve čtvrté sekci zaznělo celkem třináct příspěvků, které různými způsoby reagovaly na problematiku transformace sociálních služeb. Příspěvky, které v sekci zazněly, by bylo možné rozdělit na akademické a odborné, které vycházely hlavně z praktických zkušeností jejich autorů. Tato kombinace umožnila živou diskusi na referovaná témata, ve které se zajímavě prolínaly akademické a praktické pohledy na otázky transformace sociálních služeb. K tématům, která v sekci opakovaně zazněla a mohla by být námětem na další diskusi, patří: transformace v oblasti sociálních služeb pro seniory, pracovníci v sociálních službách (jejich místo, význam a rizika jejich práce, sociální služby v kontextu Evropské unie.

(prof. PhDr. Mgr. Jana Levická, Ph.D.; Mgr. Jan Vrbický)

Význam rodiny v rámci péče o člověka se zdravotním postižením v přirozeném sociálním prostředí

V rámci sekce pět došlo k obohacujícímu propojení příspěvků akademicky orientovaných a příspěvků reflektujících samotnou praxi péče o seniory a osoby se zdravotním postižením, případně osoby se závažným civilizačním onemocněním. Sekce byla zahájena a otevřena příspěvkem doc. Kotýnkové zaměřujícím se na změny v harmonizaci pracovního a rodinného života v České republice z hlediska času. Následující příspěvky reflektovaly praxi péče o seniory v domácím prostředí i názory veřejnosti na téma péče o seniory v domácím prostředí a v prostředí institucí. Velmi široce bylo na základě přednesených příspěvků diskutováno téma postavení neformálních pečujících a možnosti jeho zlepšení. Jedním z návrhů bylo konkrétně zavedení pozice koordinátora komunitní podpory, včetně zdůvodnění jeho významu

a potřebnosti. Diskutována byla také problematika dostupnosti sociální práce ve zdravotnictví a bylo zkonstatováno, že v rámci zdravotnického systému není postavení sociální práce a sociálních pracovníků dostatečně systematicky řešeno a řadě klientů se nedostává praktické podpory a pomoci. Závěrem lze konstatovat, že zde zásadním způsobem vyzněla potřebnost posílení role terénní sociální práce jako podstatné podmínky ke zlepšení kompetencí a života rodin pečujících o své blízké s handicapem a seniory.

(Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.; Ing. Milena Němcová)

Vzdělávání a kvalifikace sociálních pracovníků v pozdně moderní společnosti

Šestá sekce dospěla k závěru o reálné potřebě tzv. profesního zákona, který by ukotvil profesi sociálního pracovníka v českém legislativním systému, včetně kvalifikačních předpokladů pro výkon profese a systému dalšího vzdělávání (specializačního, celoživotního atd.). Konkrétně byly diskutovány otázky specializací, kdy byly sdíleny poznatky slovenských odborníků. Účastníci viděli možnosti přenosu dobré praxe do českého prostředí. Z jednání v sekci mj. vyplynulo, že podmínkou výkonu profese sociálního pracovníka by mělo být úspěšné absolvování navazujícího magisterského stupně studia sociální práce. V rámci sekce byla zdůrazněna potřeba vysoké kvalifikace sociálního pracovníka při výkonu profese a důraz na oborovou spolupráci. Rovněž byla vedena diskuze o vyšší míře angažovanosti samotných sociálních pracovníků, pracovišť sociální práce, vzdělavatelů v sociální práci a profesních organizací ve veřejném prostoru a o rozvoji profesní identity. Vzhledem k uvedenému účastníci kvitovali možnosti vedení veřejné diskuze na odborných fórech, pro které vytvořila podmínky i konaná konference Hradecké dny sociální práce.

(Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.; doc. Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.)

Zajištění podpory a péče z mezioborového pohledu – dobrá praxe a předávání zkušeností

Osmá sekce byla věnovaná tématu „Zajištění podpory a péče z mezioborového pohledu – dobrá praxe a předávání zkušeností“ byla obsahově poměrně rozmanitá. Početně silně zastoupené bylo téma mezioborové spolupráce sociální práce a zdravotnictví, kde se jako silný motiv diskuse ukázala otázka informovanosti (mimo jiné např. problém nedostatečného povědomí lidí ohrožených chudobou o zdravotnické problematice, neinformovanost psychiatrů o možnostech využívání sociálních služeb komunitního typu v péči o lidi s duševním onemocněním, či naopak pozitivní příklad toho, jak lze seznamovat živou formou studenty sociální práce s různými oblastmi sociálních a zdravotnických služeb). Zastoupeno bylo i téma spolupráce sociálních pracovníků se specifickými typy klientů v kontextu politiky zaměstnanosti, kde zazněly velmi různé názory na to, jak pomáhat těmto osobám najít své uplatnění na trhu práce. Podnětné byly taktéž příspěvky k tématu sociální práce a práva, které zdůraznily důležitost naplňování práv klientů v naší praxi. Prezentace se dočkalo i stále více aktuální téma spolupráce sociálních pracovníků s ženami ve výkonu trestu odnětí svobody v systému vězeňství. Neméně zajímavá byla i poslední přednáška sekce, která seznámila účastníky konference s příklady z praxe, týkající se spolupráce sociálních pracovníků a pracovníků s majiteli bytů a se zaměstnanci reálných kanceláří při hledání bydlení pro lidi ohrožené sociálním vyloučením.

(Mgr. Miroslav Kappl, Ph.D.; Mgr. David Pospíšil)

Péče o lidi s duševním onemocněním – dobrá praxe a předávání zkušeností

V prvním bloku sekce zazněly příspěvky výzkumné, prezentace studie zaměřené na diagnostiku a rehabilitaci osob se získanou poruchou řeči a prezentace studie na vztahy opatrovníků a psychiatrů pečujících o jejich opatrovance. V druhém bloku zazněly prezentace z terénu – zkušenosti organizace Péče o duševní zdraví s prací s FACT boardem v terénních týmech a zkušenosti Fokusu Mladá Boleslav s metodou zaměstnávání IPS. V obou případech se diskuse přenášela od vlastních témat příspěvků k obecně neutěšené situaci v oblasti péče o duševní zdraví v ČR, v níž bude patrně řada debatérů pokračovat na dalších konferencích (zejména patrně v listopadu 2016 na konferenci sociální psychiatrie v Táboře).

(Mgr. Jiří Morávek; Mgr. et Mgr. Martin Fojtíček)

Sociální práce jako hledání místa člověka v sociálním systému – úspěchy a limity sociální práce s člověkem v přirozeném prostředí (posterová sekce)

V rámci posterové sekce bylo vystaveno celkem osm sdělení v českém a slovenském jazyce a jako bonus též pět sdělení v anglickém jazyce z řad hostů – studentů Sangmyung University, Korea. Diskuse s autory se týkaly především praktické aplikace prezentovaných témat. Jmenovitě dr. Myška se vyjádřil k aplikaci tzv. cloudových úložišť, specificky pak služby MS Office 365 pro sociální pracovníky. Diskuse nad propojením sociálních a zdravotních služeb se nesla s autorkou dr. Gabrielovou v duchu prohloubení mezioborové spolupráce až k vizi přímo týmové práce. Závěrečným doporučením sekce je klást důraz na prohloubení prestiže profese sociální práce při spolupráci s jinými profesemi.

(PhDr. Martin Smutek, Ph.D.)

Podpora samostatného rozhodování

Tématem jedenácté sekce byla Podpora samostatného rozhodování. Je to právě možnost samostatně se rozhodovat o otázkách svého života, co činí člověka svobodným. A je to svoboda, kterou chceme jako projev naplňování lidských práv přinést klientům sociální práce. V průběhu trvání sekce jsme se postupně věnovali tématice podpory klientů při rozhodování a svéprávnosti jako podmínky (zachování) autonomie. Seznámili jsme se s možnostmi motivačního rozhovoru při podpoře samostatného rozhodování klienta. V oblasti práce s dětským klientem jsme se věnovali tématice mediace jako nástroje podpory dětí v jejich (ne)přirozeném prostředí po rozchodu rodičů. Práci v sekci jsme zakončili příspěvkem na téma Intervence v procesu pozitivní změny a samostatného rozhodování uživatelů drog. Na konci sekce jsme se shodli, že podpora samostatného rozhodování může probíhat ve velmi široké paletě nástrojů a u široké škály klientů sociální práce, bez ohledu na věk, pohlaví nebo barvu pleti, sociální či ekonomickou situaci.

(Mgr. Petr Hanuš; PhDr. Melanie Zajacová)

Posudky recenzentů

Jedním z cílů sociální práce je nepřetržité úsilí o zajišťování podmínek pro kvalitu života v dané společnosti. V období transformace sociálních služeb je téma podpory člověka v jeho přirozeném prostředí klíčová. Hodnota lidské důstojnosti je základní profesní hodnotou sociální práce. Její každodenní naplňování v životě jednotlivců, rodin a komunit vyžaduje od sociálních pracovníků a sociálních pracovníků na různých pozicích angažovanost a profesionální přístup. Nabízí se mnoho otázek k diskusi zejména v souvislosti s vnímáním role sociálních pracovníků při plánování, poskytování a hodnocení jejich služeb, a to nejenom v systému sociálních služeb. Recenzovaný sborník nabízí určitou reflexi zadaného tématu a poskytuje tak obrázek o aktuálních otázkách, které řeší v každodenní praxi sociální pracovníci. Pozornost je soustředěna zejména na sociální služby jako nástroj sociální politiky a možnosti profese sociální práce.

(doc. PaedDr. Tatiana Matulayová, Ph.D.)

Všechny příspěvky jsou psány z pozice lidí, kteří jsou v dané oblasti odborníky, nebo kteří se daným tématem dlouhodobě zabývají. Příspěvky vykazují dostatečný rozhled, znalosti a odborné ukotvení jejich autorů. Mnohé z nich budou jistě velmi zajímavým zdrojem informací a odborných znalostí pro ty, kteří se rozhodnout ve sborníku číst, nebo jej přímo užívat jako studijní materiál.

Sborník, v němž jsou prezentovány příspěvky účastníků Mezinárodní vědecké v pořadí XIII. konference Hradeckých dnů sociální práce (2016) považuji za důležitou součást prezentace práce jednotlivých odborných pracovišť (fakult, resp. univerzit, institucí, organizací atp.) před odbornou veřejností, studenty i dalšími přítomnými posluchači, jakož i před těmi, kteří se rozhodnou sborník otevřít.

(ThDr. Martin Chadima Th.D.)

Edice Texty k sociální práci

Redakční rada edice texty k sociální práci:

PhDr. Martin Smutek, Ph.D.; Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.;

Mgr. et Mgr. Radka Janebová, Ph.D.

Název: **Podpora člověka v jeho přirozeném prostředí**
Editoři: Mgr. David Pospíšil; Mgr. Lucie Smutková, Ph.D.
Obálka a grafická
úprava: GRAFEX-AGENCY s.r.o.
Rok a místo vydání: 2017, Praha
Vydání: první
Náklad: 475



Vydalo: Ministerstvo práce a sociálních věcí, Na Poříčním právu 1/376, 128 01 Praha 2

Projekt Život jako každý jiný je spolufinancován Evropskou unií.

Registrační číslo projektu je CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_017/0002766

www.mpsv.cz, www.trass.cz

ISBN: 978-80-7421-121-8