



Naučte se s námi pomáhat!

Chcete pracovat v sociálních, charitativních nebo humanitárních službách?

Jste pracovník v pomáhajících profesích a potřebujete si zvýšit kvalifikaci?

Chcete umět dobře pomáhat druhým?

Zajímáte se o sociální problematiku?

Pokud ano, nabízíme vám:

- | **denní formu** studia dvou programů: Charitativní a sociální práce, Sociální a humanitární práce
- | **dálkovou formu** studia oboru Charitativní a sociální práce
- | **další zvyšování kvalifikace** ve Vzdělávacím středisku (kurzy, školení, výcviky, dlouhodobé výukové programy)

Proč byste si měli vybrat právě nás?

Protože zajišťujeme:

- | kvalitní teoretickou přípravu opírající se o nejnovější vědecké poznatky i o nadčasové myšlenky vycházející z křesťanské tradice
- | unikátní příležitost k získání bohatých praktických zkušeností na mnoha pracovištích v České republice i v třiceti zemích světa tří světadílů
- | individuální doprovázení studentů při odborné praxi, která tvoří 1/3 doby studia
- | zisk bakalářského titulu v rámci souběžného studia obou vypsaných oborů s Cyrilometodějskou teologickou fakultou Univerzity Palackého v Olomouci
- | téměř stoprocentní uplatnitelnost absolventů na trhu práce

Škola je řádným členem Asociace vzdělavatelů v sociální práci.

Chcete-li o nás vědět víc, navštivte naše webové stránky nebo nás neváhejte kontaktovat:

CARITAS – VOŠs Olomouc

nám. Republiky 3
779 00 Olomouc

TEL.: +420 585 209 020
FAX: +420 585 209 021

E-MAIL: skola@caritas-vos.cz
INTERNET: www.caritas-vos.cz

SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNÁ PRÁCA 4/2010

ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE

časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci
časopis pre teóriu, prax a vzdelávanie v sociálnej práci

sp

sociální práce sociálna práca

vydává Asociace vzdělavatelů v sociální práci
na vydávání se podílí ZSF JU v Českých Budějovicích

ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ V KONTEXTU SOCIÁLNÍ PRÁCE



4/2010
ročník 10

**SPORT JAKO
PROSTŘEDEK
INTEGRACE**
>>> str. 23

**ZMĚNY
V POSUZOVÁNÍ
INVALIDITY**
>>> str. 41

**TEORIE A MODELY
ZDRAVOTNÍHO
POSTIŽENÍ**
>>> str. 49

Editorial.....	1
 O čem se mluví	
Vyhýbám se tomu, aby mi moje vlastní životní zkušenost byla vodítkem při práci s klientem	4
Aspekty sociální práce u osob s epilepsií.....	8
Komunikační potřeby později ohluchlých lidí	10
 Inspirace pro praxi	
Transformace „Jedličkova ústavu“ v druhé půli devadesátých let minulého století.....	12
„Život na zámku“ v Domově na zámku Bystré.....	16
Hodně důležité pro každou organizaci je mít strategický plán	19
Sport jako prostředek integrace	23
Symbia vyjadruje snahu žít v symbióze s lidmi okolo.....	28
Možnosti pracovního uplatnění občanů so zdravotním postihnutím	30
Jako doma.....	34
Potřeba soustředěných komplexních služeb nabízí užší propojení rehabilitační a sociální práce.....	35
Neziskové organizace se nemohou chovat jako ve vzduchoprázdnu a nebýt aktivní, nebýt podnikem	37
Osobní asistence – inspirace ze Švédska	39
 Fakta, vyhlášky...	
Invalidní důchody – změny v posuzování invalidity od 1. ledna 2010.....	41
 Pohledy na věc	
Změny nepřinesly mnoho dobrého a lidé nebyli o změnách dostatečně informováni.....	44
K provedené duchodové reformě jsem spíše skeptický	46
 Akademické statě	
L. Krhutová: Teorie a modely zdravotního postižení.....	49
J. Šiška: Reflexe deinstitucionalizace – hodnoty, náklady, doporučení.....	60
S. Vávrová: Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením	67
P. Bareš: Priority krajů a obcí pro oblast sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.....	76
V. Janská: Moc jazyka a jeho používání pomáhajícími pracovníky v kontextu duševní nemoci.....	85
E. Procházková: Význam expresivní terapie v rozvoji potenciálu schizofreniků.....	94
L. Foltová: Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami	101
I. Burianová: Role sociálního pracovníka v rámci zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce	111
T. Bañas, T. Hanganon: Sociálne zabezpečenie v ozbrojených silách Slovenskej republiky, motivácia alebo neznalosť.....	120
O. Fischer, P. Jandajsek: Teologicko-filosofické vzdělávání jako cesta ke spojení teorie a praxe v sociální práci	124
H. Pořízková, M. Rákoczyová: Sociální a institucionální prostředí v procesu sociální integrace cizinců v České republice.....	133
 Školy se představují	
Přístupné vzdělávání pro studenty so speciálními vzdělávacími potřebami na Katolíckej univerzite v Ružomberku.....	145
 Recenze	
Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním.....	148
Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky: Praktická reflexe a aplikace.....	149
Proměny výtvarné tvorby jako příznak osobnostního vývoje v arteterapii.....	150
 Akce	
XX. odborná konference Společnosti sociálních pracovníků ČR konaná v rámci Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení.....	155
VII. hradecké dny sociální práce – mezinárodní vědecká konference.....	156

Časopis je zařazen na Seznam recenzovaných a neimpaktovaných periodik vydávaných v České republice, který schválila Rada vlády pro výzkum a vývoj.

Časopis vychází čtyřikrát v roce a publikuje co nejširší spektrum článků relevantních pro sociální práci. Články mohou být zaměřeny na jakýkoliv aspekt praxe, výzkumu, teorie či vzdělávání. Časopis má následující strukturu:

- 1) Editorial
- 2) O čem se mluví
- 3) Inspirace pro praxi
- 4) Anketa
- 5) Fakta, vyhlášky, zákony, dokumenty...
- 6) Pohledy na věc
- 7) Akademické statě
- 8) Studentské práce
- 9) Školy se představují
- 10) Recenze knih
- 11) Akce, zprávy, oznámení

Časopis je zaměřen na publicisticko-praktickou a akademickou část. V částech 7 a 8 jsou publikovány zejména texty, které referují o výzkumu a studentských pracích. V některých rubrikách (viz bod 2 Pokyny pro příspěvky do publicistických rubrik) nabízíme prostor pro publikování textů autorů z praxe (informace o zajímavých projektech, problematických skutečnostech výkonu profese atp.). Nároky na úroveň autorských textů určených pro publikaci v jednotlivých rubrikách jsou odlišné.

1) Pokyny autorům akademických textů
Redakce přijímá příspěvky, které odpovídají profilu časopisu. Zasláný příspěvek musí být určen výhradně pro publikaci v časopise Sociální práce/Sociální práce. Může se však jednat i o přepracovaný a doplněný text, který byl již dříve publikován v jiném časopise. Počet příspěvků od jednoho autora je omezen na dva za jeden rok.

Nabídka rukopisů a recenzní řízení
Akademickým textem se pro účely našeho časopisu rozumí výzkumná, popř. přehledová stať (teoretická, historizující aj.). Předpokladem zařazení příspěvku do recenzního řízení je skutečnost, že v textu autor systematicky pracuje s relevantními prameny, objasňuje výzkumnou metodologii a s ohledem na svůj výzkumný cíl prezentuje také zjištění. Vzhledem k profesnímu charakteru časopisu preferujeme texty, které obsahují vedle zmíněných aspektů také aplikační dimenzi, v níž autor objasňuje relevanci svých zjištění v kontextu sociální práce. Recenzní řízení je oboustranně anonymní a je prováděno dvěma na sobě nezávislými recenzenty. Studentské práce procházejí jedním recenzním řízením. Práce jsou posuzovány po stránce obsahové i formální. V případě potřeby může být práce vrácena autorům k doplnění, či k přepracování. Na základě posudků bude rozhodnuto o jejich přijetí, či odmítnutí. Ve sporných případech rozhoduje předseda redakční rady. Redakci se prostřednictvím e-mailové komunikace zasílají dvě provedení rukopisu. Jedno z nich nesmí obsahovat žádné údaje, které by mohly vést k identifikaci autora. Druhé provedení příspěvátel odešle v kompletní verzi.

Uveřejněná stať se stává majetkem časopisu a přetisknout její část nebo použít ji v jiné publikaci lze jen s citací původu.

Redakce si vyhrazuje právo provádět drobné stylistické úpravy. Nevyžádané rukopisy a přílohy se nevracejí

Rozhodnutí o vydání
O výsledku recenzního řízení je autor vyrozuměn do tří měsíců od data obdržení statí.

Náležitosti rukopisu
Text musí být napsán v souladu s platnými jazykovými normami. Texty žádáme napsané písmem Times New Roman, velikost písma 12, styl písma Normální. Stránky nejsou očíslovány. Poznámky pod čarou lokalizujte výhradně na konec statí.
1. **Titulní strana** obsahuje výstižný a stručný název práce v češtině – nebo slovenský ekvivalent – a v angličtině, jména všech autorů, biografickou charakteristiku (do 50 slov) a v poznámce pod čarou také kontaktní informaci pro korespondenci.
2. Český nebo slovenský **abstrakt** v rozsahu maximálně 200 slov.
3. **Klíčová slova** v češtině (slovenštině). Používejte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení.

4. **Abstrakt** v angličtině v rozsahu maximálně 200 slov.
5. **Klíčová slova** v angličtině. Používejte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení
6. **Vlastní text** (rozsah maximálně 5 000 slov)
7. **Seznam citované literatury:** Autory žádáme, aby zvýšenou pozornost věnovali přesnému a korektnímu odkazování (viz níže). V textu se odkazuje uvedením autorova příjmení, roku publikace (Korda, 2002) a v případě, že se jedná o doslovnou citaci, také strany uvedené za rokem po dvojtečce. Seznam literatury je uveden na konci statě a je v něm uvedena pouze literatura, na kterou se v textu odkazuje. Seznam je uspořádán abecedně podle autorů a v případě, že se odkazuje na více prací téhož autora, jsou jeho práce uvedeny chronologicky. Jestliže se odkazuje na práce autora, které publikoval v tomtéž roce, jsou práce odlišeny uvedením písmena a, b atd. o roku vydání.
8. Tabulky a grafy: Tabulka nesmí být širší než 14 cm a vyšší než 21 cm. Výška písma alespoň 8–10.

Při grafech používejte laskavě **výrazně** kontrastní barvy (upozorňuje-me, že časopis je černobílý).

Citace a odkazy se uvádějí v souladu s ČSN ISO 690 (010197). Vybrané příklady zde uvádíme:

Monografická publikace:
PELIKÁN, J. **Základy výzkumu**. Praha: Karolinum, 1998.

Citace z monografické publikace:
FOUČKOVÁ, M. **Reinkarnace a hlubinná terapie**. In WHITTON, J. L., a FISHER, J. **Život mezi životy**. Brno: Bollingenská věž, 1992, s. 9–14.

Citace z časopisu:
WINTER, J. **Z troskek likvidace signál celé Evropy**. *Českomoravský profit*, 1995, roč. 6, č. 28, s. 10–11.

Internetové zdroje:
www.romove.cz/cz/ [on-line] [17. 11. 2003]

Studentské práce akademického charakteru: Autoři by měli usilovat o stejnou úroveň jako u akademických článků. Předpokládá se pouze částečná znalost a orientace v dané problematice. Použití literatury a citace jako u akademických statí jsou předpokladem pro publikování. Upozorňujeme autory, kteří chtějí zveřejnit zkrácenou verzi své bakalářské nebo diplomové práce, že text nesmí zahrnovat obsah práce.

2) Pokyny pro příspěvky do publicistických rubrik
Příspěvky do rubrik Inspirace pro praxi, O čem se mluví, případně Pohledy na věc v publicistické části časopisu mají stanovený formát v rozmezí 50–150 řádků. Jejich konkrétní podoba bude upřeshována individuálně na základě dohody s redakcí. Redakce si vyhrazuje právo nevyžádané příspěvky odmítnout, či upravit podle svých potřeb. Příspěvky zasílejte bez přednastaveného formátování, bez odrážek a mezer mezi řádky ve formátu doc, či rtf, jednoduchém řádkování, ve formátu písma Times New Roman, velikost písma 12. Stránky nečíslujte. Používejte co nejméně poznámek pod čarou. Fakta, která považujete za důležitá, pište rovnou do textu.

3) Pokyny pro formát knižních recenzí
Rubrika Recenze nabízí prostor všem zájemcům, kteří chtějí seznámit ostatní čtenáře se zajímavými knihami z oblasti sociální práce a příbuzných oborů. Na zveřejnění recenze je nutno se předem domluvit s redakcí. Rozsah recenze je stanoven na 60–150 řádků, další náležitosti jsou stejné jako v případě poslání příspěvku do dalších publicistických rubrik. Recenze musí obsahovat bibliografický údaj o hodnocené knize (Daniela Vodáčková a kol.: Krizová intervence, Portál, Praha, 2002) a jméno autora recenze spolu s kontaktem.

4) Kontaktní údaje:
ASVSP – Sociální práce/Sociální práce
Joštova 10
602 00 Brno
tel.: + 420 549 493 586 (články do akademické i publicistické části)
zdenka.dohnalova@socialniprace.cz
www: http://www.socialniprace.cz

Vážení čtenáři,

číslo našeho časopisu, které se Vám právě dostává do ruky, je věnováno tematice zdravotního postižení v kontextu sociální práce. Snažili jsme se připravit poutavý obsah, jenž by akcentoval různé aspekty či souvislosti života s postižením. Pro sociální práci, zaměřující se na řešení nepříznivé životní situace a předcházení sociálnímu vyloučení těch, kteří se z nejrůznějších důvodů ocitli v pozici klienta, je nezbytným předpokladem uvědomění si toho, že ani lidé se zdravotním postižením, podobně jako jiné reálně i potenciálně znevýhodněné skupiny osob, nejsou homogenní skupinou „zdravotně postižených“. Ani nejsou těmi, kteří jsou závislí na sociální pomoci a očekávají něco, co laická veřejnost vnímá jako benefity. Právě naopak, každý člověk s postižením je jedinečnou lidskou bytostí, která má svou historii, specifické potřeby a možnosti a jejíž situace je ovlivněna škálou zřejmých i méně zřejmých faktorů a souvztažností. Jedním z úkolů sociální práce je, aby lidé s postižením byli v rovnoprávném postavení vůči lidem bez postižení, měli možnost být autonomní v rozhodování o svém životě, mohli uplatnit svůj osobní potenciál a nebyla ohrožena kvalita jejich života. To také akcentuje v roce 2009 Českou republikou ratifikovaná „Úmluva o právech osob se zdravotním postižením (OSN)“, která završuje řadu mezinárodních lidskoprávních dokumentů, vztahujících se k postavení osob s postižením ve společnosti. Koneckonců na světě žije přes 500 miliónů osob s nejrůznějším postižením a na úrovni EU se uvádí řádově desetiprocentní zastoupení v populaci. „Úmluva“ je svým pojetím podnětná i pro sociální práci a navzdory svému názvu nezavádí nějaká nová či jiná práva po osoby s postižením. Klade však důraz na dosažitelnost běžných lidských a občanských práv pro všechny bez rozdílu, na rovné příležitosti a sebeurčující podporu pro lidi s postižením.

Osoby s těžkým zdravotním postižením tvoří v společnosti minoritní skupinu, která je rovnako jako jiné minority ohrožená možným exkludováním až diskriminací. Vo výskume realizovanom Slovenským národným strediskom pre ľudské práva v roku 2007 odpovede respondentov (dospelých osôb v produktívnom veku v slovenskej populácii) potvrdili už známe skúsenosti z iných výskumov, že druhým, najčastejšie sa vyskytujúcim diskriminačným faktorom pri prijímaní do zamestnania je zdravotný stav. Túto skúsenosť potvrdilo 82 % res-

pondentov (prvým faktorom je vek, uviedlo 92 % respondentov). (Zdroj: Záverečná správa projektu Reprezentatívny výskum vnímania ľudských práv a zásady rovnakého zaobchádzania u dospeljej populácie v SR, 2007.)

Zákon SNR SR č. 447/2008, o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia, definuje rozsah a obsah podpory sociálneho začlenenia fyzickej osoby s ťažkým zdravotným postihnutím do spoločnosti za jej aktívnej účasti pri zachovaní jej ľudskej dôstojnosti. Za sociálny dôsledok ťažkého zdravotného postihnutia je považované znevýhodnenie, ktoré má fyzická osoba z dôvodu jej ťažkého zdravotného postihnutia v porovnaní s fyzickou osobou bez zdravotného postihnutia rovnakého veku, pohlavia a za rovnakých podmienok a ktoré nie je schopná z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia prekonať sama.

Zdravotné postihnutie je handicap, ktorý môže, ale aj nemusí človeka sprevádzať počas jeho života. Okrem niektorých zvyčajne najťažších aspektov zdravotného stavu človeka je to stav, ktorý je do určitej miery ovplyvniteľný samotným človekom, ale aj jeho bezprostredným a širším sociálnym prostredím, končiac štátnymi a neštátnymi opatreniami a formami pomoci a podpory.

Aká je realita vedeckého poznania a realizovanej praxe v oblasti tejto pomoci a podpory, zameranej hlavne na podporu a aktivizáciu človeka so zdravotným postihnutím na území Čiech a Slovenska, prípadne iných krajín, je cieľom príspevkov v tomto časopise. Úprimným želaním a snahou redaktorov je tiež nájsť podnety a skúsenosti ako tento cieľ dosiahnuť čo najefektívnejšie, k najväčšej spokojnosti človeka so zdravotným postihnutím.

V tomto čísle se mj. venujeme transformaci a humanizaci rezidenčních služeb, vybraným modelům zdravotního postižení, moci jazyka v pomáhajících profesích atd. V části reflektující praxi sociální práce a služeb přinášíme reportáže a rozhovory o práci státních i nestátních poskytovatelů služeb pro osoby s postižením. Dotkneme se také pohledu člověka se zrakovým postižením na danou problematiku – jedná se o absolventa oboru sociální práce a aktuálních změn v konstrukci českých invalidních důchodů.

Prejeme Vám príjemný a podnetný čtenársky zážitok.

**Libor Novosád, garant,
Anna Žilová, spolugarantka**

Po deseti letech – hodně radosti, starostí ještě více

V roce 2001 jsme do nultého čísla časopisu Sociální práce (později k naší radosti Sociální práce/Sociálna práca) s pocitem nejistoty napsali: „*Příští rok by měla vyjít dvě čísla našeho časopisu. V dalších letech by mohl časopis vycházet častěji. Záleží jen na „psavosti“ autorů a zájmu čtenářů.*“ S odstupem let můžeme konstatovat, že sociální pracovníci píšou tolik, že si můžeme dovolit nekvalitní texty odmítat nebo jejich vydání odložit do doby, než je autoři přepracují. Vycházejí čtyři čísla ročně. Část z nich dostává zhruba šest set předplatitelů, přičemž u některých čísel umožňuje jejich téma „vyprodat“ všech 1 200 výtisků.

Tady ovšem jasná pozitiva končí a do radostné bilance vstupují starosti. Týkají se peněz, personálu redakce a hlavně naší schopnosti poskytnout čtenářům to, co jsme si předsevzali.

Co se týče peněz, nedaří se nám plnit předsevzetí, že budeme „*cenu časopisu udržovat na úrovni, která by při slušném odbytu umožnila fungování na neziskovém principu*“. Odbyt je slušný, přesto však nepokrývá náklady. Výsledkem složitých diskusí je, že si cenu netroufáme zvýšit. Prodejem časopisu tudíž získáme každoročně prostředky na vydání tří čísel, na čtvrté se nám však nedostává. Tento schodek léta pokrývali sponzoři a mimořádné zakázky, to ale překazila ekonomická krize. Našli jsme způsob, jak snížit náklady na tisk, grafické práce a na distribuci. Minimalistické náklady na mzdy však nejsme schopni snížit o potřebných dvacet pět procent. V redakci zpočátku pracovali hlavně dobrovolníci. Se čtyřmi čísly ročně je hodně práce, a je proto těžké, snad nemožné vydávat je dobrovolnický.

Původní dobrovolnickou redakci, kterou profesionálně řídil a lidsky integroval Pavel Navrátil, postupně vystřídal tým Stáni Ševčíkové a tým Pavla Bajera. Tyto tři „generace“ redakčního týmu měly společné dva znaky. Za prvé, vždy dokázaly se železnou pravidelností vydávat plánovaná čísla časopisu, za což jim patří dík a uznání.

Za druhé, jejich vnitřní soudržnost byla přechodná. V době, kdy píšeme tyto řádky, ukončil činnost tým Pavla Bajera a probíhá výběrové řízení na nového šéfredaktora.

Mnohoznačná je odpověď na otázku, zda čtenářům poskytujeme to, co jsme před deseti lety slíbili. Chtěli jsme „*zveřejňovat různorodé, odlišné a vzájemně kritické přístupy a stanoviska*“ a přinášet „*otevřenou a snášenlivou diskusi*“. Výměna názorů sice není převládajícím rysem obsahu časopisu, v posledních letech se však diskuse přece jen objevují. Příkladem jsou třeba reakce Libora Musila a Radky Janebové na pochybnosti Jana Srového o významu akademické sociální práce pro praxi (viz 3/2009 a 3/2010) nebo komentář Jakuba Jinka k tezi Oldřicha Chytila o nedostatečné všímavosti sociálních pracovníků k důsledkům „druhé modernizace“ (viz 4/2007 a 4/2009).

Otazník visí nad přáním, aby diskuse „*umožnila zlepšovat kvalitu pomoci klientům*“. Podle výzkumu Ivy Minaříkové z roku 2009 sociální pracovníci časopis příliš nevyužívají při hledání odpovědi na otázku, jak postupovat při práci s klienty. Spoléhají na rady kolegů a říkají: „*Odborný statí mě kolikrát ani moc nebaví, ani jim nerozumím, tak to přeskočím.*“ Sociální pracovníci ovšem také uváděli, že jim časopis skýtá „*psychický uspokojení, že ty problémy nemáme jenom my*“ a pomáhá jim promýšlet vlastní stanoviska: „*S některýma článkami v duchu polemizuju a říkám si, vždyť já to ze své praxe vidím úplně jinak.*“ Nelze tedy říci, že by časopis neměl pro praxi žádný význam. Současně je ale zřejmé, že máme vůči čtenářům dluh: časopis sice dokáže označit problémy, které sociální pracovníci v praxi prožívají, na jeho stránkách však chybějí texty, které by pomoc při řešení těchto problémů nabízely způsobem, jenž by sociální pracovníky v praxi zaujal.

Libor Musil, Pavel Navrátil

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,

s radostí Vám předkládáme poslední číslo tohoto ročníku a děkujeme za projevenou důvěru v roce 2010. Přejeme Vám klidné a příjemné prožití vánočních svátků a do nového roku hodně štěstí, zdraví a úspěchů osobních i profesních.

Zároveň bychom na tomto místě rády poděkovaly všem, kteří se na přípravě čísla, které právě držíte v rukou, podíleli. Zejména Liboru No-

vosádovi, Olze Cídlové, Anetě Hyrníkové, Elišce Barochové, Ivě Burianové, Vilému Kmuníčkoví, Aloisi Křišťanovi, Martinu Bednářovi, Haně Thielové, Alici Gojové, Liboru Musilovi, Milanu Schavelovi a Anně Žilové.

**Mirka Nečasová, Zdeňka Dohnalová,
za redakční tým**

Ediční plán na rok 2011

- 1/2011 Výzkum pro praxi v sociální práci**, termín vydání: březen 2011
- 2/2011 Psycho-sociální souvislosti u znevýhodněných dětí**, termín vydání: červen 2011
- 3/2011 Individuální plánování v sociální práci**, termín vydání: říjen 2011
- 4/2011 Dobrovolnictví a sociální práce**, termín vydání: prosinec 2011

E-mailové adresy redakce

Redakce: socialniprace@socialniprace.cz

Zástupce vydavatele ASVSP PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D.: necasova@fss.muni.cz

Editorka akademické části Mgr. Zdeňka Dohnalová: zdenka.dohnalova@socialniprace.cz

Ekonomka a správkyňe předplatitelské databáze Olga Cídllová: olga.cidlova@socialniprace.cz

Vyhýbám se tomu, aby mi moje vlastní životní zkušenost byla vodítkem při práci s klientem

Na následujících stranách vám přinášíme rozhovor s Mgr. Radkem Seifertem (1971), který je absolventem oboru sociální práce na FF UK. V současnosti pracuje na katedře matematiky Fakulty jaderné a fyzikálně inženýrské ČVUT v Praze v oblasti studijní podpory určené studentům se zrakovým postižením; je vedoucím pracovního týmu TEREZA. V letech 2000–2001 přispíval do redakce MF Dnes popularizačně-společenskými příspěvky o problematice života beze zraku. Převážně na podkladě příspěvků z tohoto období byla později vydána netradičně pojatá osvětově beletristická příručka „Řízek na severozápadě“ (Praha: Lumeco, 2003) s netypickou vazbou ve tvaru motýla. Je externím poradenským konzultantem občanského sdružení Okamžik (www.okamzik.cz). Radek Seifert ztratil zrak v 25 letech.

Jste absolventem oboru sociální práce na FF UK. Ve kterých oblastech Vy osobně vidíte hlavní přínos této disciplíny pro osoby se zrakovým postižením?

Mám-li být upřímný, nemyslím, že by to byli zrovna sociální pracovníci, kteří by lidem se zrakovým postižením profesně nějak výrazně prospívali. Coby studijní materiál jsou jim totiž ve školách obvykle předkládány informace nepřevyšující svou úroveň osvětově-popularizační letáčky pro základní školy, které se úporně snaží přesvědčit veřejnost, že se veškerá životní realita nevidomých a slabozrakých občanů odehrává okolo přecházení přes ulici, používání několika šikovných kompenzačních pomůcek v kuchyni nebo soužití s vodícím psem. Také bohužel nebývá výjimkou, že se hlavním zdrojem informací pro studenty stává jejich zrakově postižený spolužák, pokud je náhodou nějaký takový po ruce, který se zpravidla velmi ochotně chopí příležitosti prožít si svých „15 minut slávy“. Osobně jsem sice nestudoval sociální práci proto, abych porozuměl diverzitě potřeb lidí se zrakovým postižením, ale nemohl jsem a ani dnes nemohu dost dobře nevnímat onen nebetyčný rozdíl oproti jiným tématům, která má sociální práce rozpracovaná s důkladnou teoretickou i do praxe se promítající pečlivostí.

Příkladem možného, přitom nesmírně žádoucího uplatnění sociálních pracovníků v práci s lidmi se zrakovým postižením je „case management“. Nepřehledným systémem sociálních institucí a služeb totiž propadá celá řada jedinců, které bych neváhal označit za dezorientované, nešťastné a veřejností odmítané. Aby ovšem bylo s takovým člověkem možné účinně pracovat, musela by úroveň alespoň teoretického poznání případového pracovníka v tomto segmen-



Mgr. Radek Seifert s dcerou Radkou

tu sociální reality být taková, na jakou ve škole bohužel nejspíš nedosáhne. Empatie k tomu ani zdaleka nestačí, ta stačí možná tak na kamarádství s klientem a jeho emocionální podporu, ale nikoli na doprovázení tak, jak to případová práce vyžaduje.

Jakým způsobem by podle Vás měli učitelé budoucích sociálních pracovníků seznámit své studenty s otázkami vyvstávajícími před klienty se zrakovým postižením?

Mohu zmínit pouze určité své postřehy, neboť nejsem odborníkem na výukové koncepty a tento problém pochopitelně neumím ani nemohu vyřešit v jediném odstavci. Učitelé by podle mne měli více zasazovat dílčí informace do širšího kontextu, tedy mluvit například o vodícím psu

v souvislosti s prostorovou orientací a pohybem. Nestávalo by se pak, že sociální pracovník poradí nevidomému klientovi, který se mu svěří se svou nechutí chodit s bílou holí, aby si „přece pořídil pejška“, který je ve skutečnosti prokletím pro každého, kdo se s holí chodit nenaučí. Byl jsem mnohokrát svědkem i toho, jak na seminářích putuje třídou ukázka textu v Braillově písnu, aniž by padla zmínka o tom, kolik nevidomých ho vlastně umí číst a jak je informační deficit při ztrátě zraku překonáván dnes. Sociální pracovník, který dohromady neví nic o tom, jak člověk se zrakovým postižením může komunikovat, pohybovat se, studovat, zvládat péči o malé dítě nebo navazovat společenské vztahy, je nutně bezradný a nadělá víc škody než užítu. Záměrně říkám „může“ komunikovat a podobně, abych opět a pořád znovu varoval před přeceňováním individuální zkušenosti a osobní, byť sebeosobitější interpretací. Už jsem se zmínil o tom, že by si učitel neměl myslet, že to nevidomý student nebo známý může za katedrou vzít z fleku za něho, přičemž on se bude hrát pocitem, jak je to úžasné autentické. Emocemi ani autenticitou, natož letáčky bez hlubšího kontextu jednoduše nelze nahradit systematický, objektivní a vyvážený výklad.

Ještě před zahájením studia na FF UK jste začal pracovat na ČVUT v oblasti studijní podpory pro studenty se zrakovým postižením. Jste vedoucím pracovníkem týmu TEREZA. Jaké je poslání a hlavní náplň činnosti Vašeho týmu?

Snažíme se vést naše klienty k vyšší kompetenci a samostatnosti při studiu, a to zejména studiu vysokoškolském. Jsme náležitě hrdí na to, že disponujeme skutečně špičkovým technickým vybavením, založeným na bázi nejmodernějších asistivních technologií, proto můžeme nabízet zcela praktický servis například formou individuálních lekcí počítačové gramotnosti. Kromě toho organizujeme kurzy doplňkové výuky, digitalizujeme a adaptujeme studijní literaturu a v neposlední řadě fungujeme jako prostorové zázemí pro studenty, pro které, vzhledem k jejich specifickým technickým potřebám, nebývá ve standardně vybavených počítačových studijních místech. Pochopili jsme, i když to nezní zrovna systémově, že účinná podpora při studiu vyžaduje od podpůrných pracovníků občas i ochotu vycházet vstříc i ne zcela standardním

potřebám studentů, které rozhodně nelze vykazat jako dopředu naplánované aktivity. A z čeho mám obzvlášť radost, že jsme partnery celé řady organizací, našeho know-how v oblasti speciální techniky využívá například společnost Seznam.cz, pro společnost Scio pro změnu zajišťujeme absolvování Národních srovnávacích zkoušek pro uchazeče se specifickými vzdělávacími potřebami atd.

Co je podmínkou toho, aby student mohl Centrum TEREZA začít využívat?

Je třeba, aby mu bylo alespoň 17 let a prokazatelně při studiu překonával určitý zrakový handicap. Naše centrum je v komunitě studentů se zrakovým postižením poměrně dobře zavedené také proto, že nepodporuje výhradně studenty vlastního ČVUT v Praze. V naší databázi byste našli klienty pražských i mimopražských vysokých škol, odborných učilišť, případně posledních ročníků gymnázií. V programu celoživotního vzdělávání byste dokonce mohli potkat i studenty v důchodovém věku. Limitování jsme samozřejmě tím, co náš poměrně malý pracovní tým zvládne, aniž by byla dotčena preferovaná podpora vysokoškoláků.

S jakými problémy se na Vás studenti se zrakovým postižením nejčastěji obracejí? Řešíte s nimi např. i jejich nesnáze v osobním životě? Které bariéry (nejen) při studiu považujete společně za nejobtížnější?

Pro člověka svým způsobem na technice závislého, který kvůli svému handicapu nemá alternativu, jak mnoho záležitostí vyřídít jinak než jejím prostřednictvím, je počítač víc než jenom šikovná hračka. Mívá k němu osobnější vztah a je motivovanější si s ním porozumět. Stává se, že právě postupné zvládání práce s počítačem bez kontroly zrakem je jedním z prvních skutečných, řekl bych přímo hmatatelných krůčků na předlouhé a nerovné cestě klienta k přijetí zprvu tak drtivě pociťované reality spojené se ztrátou zraku. Když potom nad klávesnicí vyplují emoce na povrch, je nutné všeho nechat, počítač vypnout a například „jenom“ naslouchat. Kdybych takové situace neměl vnitřně ošetřen a neuměl na ně adekvátně reagovat, k čemuž mi mé univerzitní studium nesmírně pomohlo, nemyslím, že bych tuto práci mohl dělat tak dlouho.

Pokud jde o bariéry při studiu, nelze je generalizovat. Individuálně pociťuje každý student jako největší problém něco úplně jiného. Pokud bych ale přesto měl některý z nich, a to poměrně palčivý, zmínit, byl by to poněkud necitlivý, přezíravý až odmítavý postoj některých přednášejících vůči studentům s určitým typem znevýhodnění, který pramení, předpokládám, spíše z neznalosti a možná i nejistoty než z úmyslu ublížit či snížit sebevědomí konkrétního jedince. Jenomže tomuto problému v podstatě nelze čelit, i když se někteří kolegové možná domnívají, že osvětová besídka s nějakým tím adrenalinovým zážitkem v podobě klapků na očích nebo posazení na invalidní vozík udělá své. Neudělá! Zkuste několika prodavačkám ve vašem okolí navrhnout, aby se usmívaly, že tím prospějí kšeftu. Když budou koukat nechápavě, pozvěte je na rychlokurs sebeprezentace, organizovaný uvědomělými zákazníky. Nic tím asi nezkazíte, ale problém zamračených prodavaček (ani neochotných přednášejících) tím nejspíš taky nevyřešíte, neboť tkví mnohem hlouběji než v jejich nepoučenosti.

Náš časopis čtou i pedagogové studentů se zdravotním postižením a možná se někteří z nich ve Vaší odpovědi poznali. Co byste těmto přednášejícím vzkázal, popř. poradil?

Mohu je vlastně uklidnit, protože na rozdíl od právního povědomí veřejnosti, kde platí, že neznalost zákona neomlouvá, je jejich nepoučenost v této oblasti normální a omluvitelná. Není přirozené ani myslitelné, abychom byli odborníky na vše. Nemohu se přece jako nevidomý student zlobit na pedagoga, že neví, jak mi správně „ukázat dveře“. A pokud mi to vadí, je to spíše problém můj než jeho. Trochu jiné je to s nejistotou, kterou mnozí pedagogové prožívají už při pouhém osobním kontaktu nejspíš s jakýmkoli „jiným“ studentem, protože projevy této nejistoty, byť velmi jemné, umějí být opravdu zatěžující pro obě strany. Osvícený pedagog si s vámi sedne, svou nejistotu vám sdělí a ukáže vám tím, že se nejedná například o nepřátelství. Ti ještě osvětenější si najdou nějaké informace nebo kontaktují středisko studijní podpory, pokud na škole existuje. V žádném případě by ale komunikace se studentem neměla naopak euforicky sklouznout tam, kam bohužel někdy sklouzává – totiž že je student v podstatě vy-

zván, aby si studoval podle svého, aniž by mu to pedagog jakkoli „komplikoval“. Takový postoj je ve svých důsledcích škodlivější než ona nepoučenost a nejistota, protože znamená rezignaci učitele na vzdělavatelnost studenta, jehož studium i hodnocení jeho výsledků se stává nutně formálním, čili nedůstojným, nemluvě o nevhodném precedentu, který se tím vytváří a mnohdy táhne s dalšími studenty i celou řadu let.

Spolupracujete s občanským sdružením Okamžik, kde se mimo jiné zaměřujete na oblast individuálního poradenství pro klienty se zrakovým postižením. Domníváte se, že skutečnost, že jste sám beze zraku, může napomoci tomu, že ve Vás a Vaše doporučení mají klienti tohoto sdružení větší důvěru?

Jak asi vyplývá z mých odpovědí, skoro až úzkostlivě se v jakékoli fázi práce s klientem vyhýbám tomu, aby mi moje vlastní životní zkušenost byla zároveň vodítkem či pracovním mustrem pro navrhování dalšího postupu. Samozřejmě, že určité situace, v nichž se klient ocitá, velmi dobře znám a mám je prožité, proto se asi umím lépe do jeho pocitů vžít. Pomáhá to sice při budování našeho vzájemného, důvěrou podepřeného vztahu, nicméně mne to ani v nejmenším nezabavuje odpovědnosti za společné hledání ryzí klientovy cesty, po které by mohl jít on sám, s využitím jeho vlastního originálního potenciálu.

Jste autorem osvětové beletristické příručky „Řízek na severozápadě“, kterou jste, jak jsem se dočetla, charakterizoval jako „sice malý a nevážný, nicméně zcela vážně míněný soubor zamyšlení i praktických rad na téma nevidomí, určený výhradně všem bez rozdílu“. Co Vás vedlo k vytvoření této publikace a co všechno zde zájemci mohou nalézt?

Předně musím upřesnit, co jsem jejím sepsáním sledoval. V žádném případě nešlo o snahu přispět do diskursu vedeného tyflopedy, alespoň ne prvoplánově. Moje motivace byla niternější, možná i trochu introspektivní. Utvořil jsem si totiž hypotézu, že se vydáním tohoto minidílka elegantně přenesu přes první fázi smířování se s osudem, kterou bych s jistotou nadsázkou mohl označit za fázi lingvistickou. Po ztrátě zraku se mi totiž neomylně zvedal žaludek, kdykoli jsem

musel mluvit sám o sobě jako o nevidomém člověku. Součástí této osobní psychoterapie bylo i hledání pro mne přijatelného jazyka, kterým bych mohl nejenom v této knížce, ale i kdykoli v budoucnu o svých prožitcích a realitě pokud možno klidně a bez emocí hovořit. Vznikla tak poněkud pitoreskní, humoristicko-beletristická literatura faktu, stoprocentně svým stylem odpovídající rozpakům a nerozhodnosti, s jakou jsem se tehdy při sebe prezentaci potýkal – a ostatně dodnes do určité míry stále potýkám.

Snažte se nejrůznějšími cestami o to, aby veřejnost byla o problematice života lidí beze zraku informována. Domníváte se, že se mění pohled majority na nevidomé, a pokud ano, kde jsou podle vás příčiny těchto proměn?

Dovolte mi, abych vás poněkud opravil. Nesnažím se aktivně informovat veřejnost, jenom prostě nedokážu zabránit tomu, aby veřejnost vše to, co řekne a učiní nevidomý člověk, nepřipisovala jeho „propagandistickým pohnutkám“. Souvisí to asi s podvědomou potřebou zobecnovat to, s čím nemáme dostatek zkušeností, jako když se vrátíte ze své první cesty do Ameriky a chcete od té doby věřit tomu, že Ameriku přece už znáte. Registruji tuto nejspíš přírodou nezadržitelně poháněnou tendenci na sto honů, obvykle je charakterizována plurálem, k němuž není zjevný důvod. Ptají se vás: „Jak vy nevidomí vlastně...?“ Když někde uvedu postup, který se mi osvědčil v té či oné situaci, je podroben zkoumání, nakolik zapadá do sumy poznatků o řešení podobných situací. Když tak úplně nezapadá, málokdo řekne: „Ty jsi ale kujón,“ obvykle řeknou: „Jak jsi to myslel?“ Jako by se někdo matky na mateřské dovolené ptal, co dělají maminky (všimněte si plurálu) s kočárkem, když jim například upadne kolečko? A nedejbože, aby maminka prohlásila, že jí kolečko ještě neupadlo, protože tady vůbec nejde o tuhle maminku s jejím vlastním kočárkem, ale o všechny maminky s kočárkem a úplně všechna kolečka od kočárků, co jich jen na světě je. A teď mi řekněte, jestli tohle není na zbláznění... Takto „informuji“ o životě lidí beze zraku

už jenom tím, že zde odpovídám na vaše dotazy. Zítřka budu propagovat „naši věc“ prostě tím, že se dám s někým na ulici do řeči. Jenom jednou jsem se stal opravdovou hláskou troubou, trvalo to přesně půl roku a mělo to co do činění s mým působením v Českém rozhlasu u pořadu Handycamping. Jenomže k tomu mě doslova a do písmene ukecala Veronika Žilková, jejíž energii a přesvědčovacímu talentu se nedá čelit, takže to se vlastně nepočítá...

Cítím ale potřebu říct ještě jednu věc. Přiznám se, že nejsem ani trochu přesvědčen o tom, že mění se pohled majority na nevidomé je zásluhou cílených informačních masáží. Informací je všude dost a dost, už skoro dvacet let, a každý, kdo po nich touží, si je najde v dostatečné míře a adekvátní podobě – i kdyby jich bylo méně. Jestli se něco opravdu změnilo, tak proto, že se změnilo všechno – změnila se doba. Je nesmírně příjemné žít ve společnosti, která dnes klade takový důraz na humanitu a lidská práva. Máme nevidomého senátora, nevidomé vědce, prostě nevidomí lidé jsou a hlavně mohou být všude, včetně svých ne vždy dokonale vydrhnutých vodicích psů. Ale že by tím veřejnost věděla něco víc o podstatných, konkrétních aspektech života beze zraku, na podkladě kterých by explicitně měnila své postoje, tomu, odpusťte mi, nemohu věřit. Na to jsem totiž až příliš často v kontaktu s lidmi, i velmi vzdělanými, a až příliš často odpovídám na jejich otázky typu, jak že si to vlastně zvládnou obléknout košili, aniž bych se při tom nezranil a nechodil celý den s knoflíky do zadu...

A jedna trochu osobní otázka na závěr: Co vám v poslední době udělalo v životě největší radost?

Radost mi dělá naše momentálně desetiměsíční dcera Radka, nejkrásnější a nejšíkovnější holčička na světě. Od chvíle, kdy začala lézt a stavět se na nohy, je samozřejmě odhodlaná ke všem myslitelným lumpárnám. Uhlídat ji v tomhle období je pro mne očištec na zemi, ale naštěstí jsme si oba vybrali skvělou maminku, ke které utíkáme, když si s něčím nevíme rady.

Připravila: Zdeňka Dohnalová

Aspekty sociální práce u osob s epilepsií

Jako reakce na stále sílící celosvětový trend specializace pracovníků v sociální i zdravotnické sféře vznikl ve spolupráci s Českou ligou proti epilepsii (ČLPE) projekt farmaceutické společnosti Sanofi-Aventis, který podporuje celonárodní síť sociálních pracovníků specializovaných v epileptologii. Jedná se o projekt, který pacientům/klientům zajišťuje komplexní psychosociální poradenství i přímou podporu v návaznosti na lékařskou péči poskytovanou ve specializovaných zdravotnických zařízeních. V obecné rovině tedy přispívá k pojmu, který se v dnešní době dostává stále více do centra pozornosti – zlepšení kvality života nemocného.

Epilepsie od nepaměti byla a stále bohužel zůstává zahalena nejen spoustou iracionálních mýtů a mylných představ, ale bývá automaticky spojována i s psychiatrickým či mentálním postižením jejích nositelů. Četnost výskytu tohoto chronického neurologického onemocnění činí téměř 1 % populace, v České republice postihuje tedy nezanedbatelnou část obyvatelstva – cca 100 000 osob. Opakovaný výskyt spontánních (neprovokovaných) epileptických záchvatů výrazným způsobem zasahuje do života jedince, stanovení diagnózy mnohdy představuje velmi zásadní zlom. Často celoživotní trvání nemoci ovlivňuje mnoho životních rolí, přináší s sebou řadu přidružených potíží i omezení (nutnost dlouhodobého užívání léků, dodržování pravidelného spánkového režimu, zákaz pití alkoholu apod.). V řadě případů je rovnítkem pro pracovní i další omezení (zákaz řízení motorových vozidel, zákaz práce ve výškách aj.), nezřídka i v dnešní době představuje sociální stigma.

Epileptický záchvat přichází zpravidla neočekávaně. Tento fakt klienty výrazně diskriminuje zejména v rovině pracovní – např. při hledání a udržení si zaměstnání. Jiným problémem je absence viditelných vnějších projevů onemocnění v době mimo záchvat, v jehož důsledku klienti často vypadávají ze systému sociálního zabezpečení. Na invalidní důchod či jiné dávky mnohdy nedosáhnou, ale zároveň jim jejich dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav neumožňuje rovnoprávné postavení na otevřeném trhu práce. Permanentní obavy z možného záchvatu mohou zásadním způsobem limitovat individuální akceptaci onemocnění a působit potíže i v životě soukromém (v kontaktu se společenským prostředím obecně, výrazně např. při hledání partnera).

Problémy nemocných s touto diagnózou se mohou lišit nejen podle toho, jakým typem a frekvencí záchvatů trpí (epilepsie není jedna nemoc, známo je až 40 druhů epileptických syndromů), důležitá je také životní fáze, ve kte-

ré se nemoc objevuje. Podstatnou roli hrají věk, sociální postavení, rodinné zázemí, přidružená onemocnění a další skutečnosti (neuropsychický deficit apod.). S ohledem na specifickou některých potřeb a životních podmínek osob s epilepsií nabyla na důležitosti specializace sociálních pracovníků právě pro tuto cílovou skupinu.

V České republice působí od roku 2006 při epileptologických centrech (Praha, Plzeň, Brno, Ostrava) pět takto specificky zaměřených sociálních pracovníků. Přímá práce s klienty se ale odehrává i mimo tato centra (jejich služeb může využívat široká neurologická obec), sociální pracovníci úzce spolupracují i s pacientskými organizacemi (neziskový sektor) a nejrůznějšími poskytovateli služeb. Často vystupují v roli klíčových sociálních pracovníků, kteří koordinují činnost multioborového týmu a mají přehled o veškeré činnosti svého klienta, zejména pak o jeho celkové životní situaci. Úzká spolupráce neurologa-epileptologa se sociálními pracovníky tvoří významnou složku v péči o pacienty, především s nedostatečně kompenzovanou epilepsií. Systematická psychosociální podpora a pomoc je nedílnou součástí léčby.

Specifikem činnosti sociálních pracovníků pro pacienty s epilepsií je bezesporu orientace na všechny tři úrovně sociální práce, tedy oblast mikro-, mezo- i makrosociální. Individuální sociální práce nabývá podoby základního sociálního poradenství zahrnujícího pomoc při získání náležité podpory z jednotlivých sociálních/pojistných systémů, odborného sociálního poradenství stran pomoci při výběru typu škol, volbě dalšího vzdělávání, následného pracovního uplatnění, celkové sociální integraci pacientů, ale i jednání v zájmu klienta coby primárního držitele problému. Základ pomoci spočívá i ve zplnomocnění a motivaci samotného pacienta, odhalení a posílení jeho silných stránek, poskytnutí pomoci ve formě dopro-

vázení, podpory, provázení, informování. Vzájemná spolupráce může mít charakter jak krátkodobé podpory při řešení konkrétního problému (v rámci jedné či více konzultací), tak dlouhodobé formou opakovaných sezení.

Mezopraxi sociální práce pak charakterizuje participace sociálních pracovníků na vedení a přípravě programů regionálních poboček patientských organizací pro osoby s epilepsií, a spolupodíl na realizaci rekondičních, integračních a volnočasových aktivit (plavání, víkendový pobyt, motokáry aj.). Hlavní myšlenkou je snaha dopřát členům těchto organizací zážitky či zkušenosti, které by si v běžném životě s ohledem na své zdravotní znevýhodnění či mnohdy patrnou hyperprotektivitu pečujících osob dovolit nemohli. Na pomezí mikro- a mezopraxe se nacházejí systemické intervence v rodinném a vztahovém prostředí klienta, neboť velmi často jsou „držiteli problému“ blízcí rodinní příslušníci (typickým příkladem jsou rodiče dítěte, u něhož byla epilepsie diagnostikována), kteří mají potřebu věc řešit nebo jsou k tomu nuceni vnějšími okolnostmi. Aktivita v makropraxi sociální práce jsou orientovány především k široké laické veřejnosti s cílem eliminovat nebo alespoň redukovat přetrvávající předsudky a mýty. Epilepsie je typickým příkladem stigmatizujícího onemocnění s výrazným dopadem na každodenní život pacienta a zátěží v podobě stále zkresleného vnímání nemoci společností. Prohlubování informovanosti majoritní společnosti a šíření osvěty formou přednášek, prezentací či besed jsou cestami, kterými lze významně přispět ke zvýšení kvality života osob s epilepsií a jejich rovnoprávnému postavení ve společnosti.



Ilustrační foto: Jan Dokoupil.

nému postavení ve společnosti. Toto vše by mělo pomoci nejen pacientům samotným, jejich rodinným příslušníkům, ale také lékařům při jejich každodenní zodpovědné práci.

**Za tým sociálních pracovníků
pro pacienty s epilepsií**
Marta Michnová, FNuSA Brno
Mgr. Lucie Valouchová, FN Plzeň
Mgr. Antonín Liška, FN Ostrava

inzerce

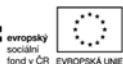


Řešíte v praxi otázky sexuality lidí s mentálním postižením?

Chtete přistupovat kompetentně k problematice sexuality Vašich klientů?

Přihlaste se do vzdělávacích kurzů, které jsou zaměřeny na projevy sexuality lidí s mentálním postižením, role pracovníka, rodiny, sexuální osvětu, sexuální zneužívání apod.

Blíže informace na tel.: 739 244 617 nebo barnasova.plzen@diakoniecce.cz.



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Diakonie
Československá církev evangelická

Komunikační potřeby později ohluchlých lidí

Článek uvádí obecná doporučení, jak komunikovat s později ohluchlým člověkem, s nímž se může (nejen) sociální pracovník v rámci svého pracovního působení setkat. Autorka textu Mgr. **Eva Liberová** je sama osobou se sluchovým postižením, neovládá znakový jazyk a věnuje se tématu zpřístupnění informací, oblasti zaměstnanosti a vzdělávání lidem, kteří ohluchli během života. Pracuje v nestátním neziskovém sektoru s osobami s mentálním postižením.

Jedním z rozšířených omylů je názor, že každý, kdo neslyší, používá znakový jazyk (Strnadová, 2009). Komunikační potřeby osob se sluchovým postižením jsou rozdílné. Pokud osoba ztratila sluch dříve, než se naučila mluvit, pak je pro ni obtížnější naučit se mluvit dobře, a komunikuje převážně ve (svém rodném) znakovém jazyce. Člověk, který však ztratil sluch v pozdějším věku, je obeznámený s češtinou, preferuje písemnou formu češtiny a znakový jazyk neumí.

Je dobré myslet na situaci před zahájením vlastní komunikace. Problém může představovat přístupnost do budovy v tom případě, kdy je používán na dveřích zvukový systém – tzv. elektronický vrátný. Otázkou také je vyvolávání jména dotyčného za dveřmi – osoby s vadou sluchu nemohou slyšet, jsou-li již na řadě, nebo ještě ne.

Přiblížme si, jak usnadníme **ohluchlému člověku komunikaci** s námi.

Odezírání

Významným faktorem této komunikace je řečník a jeho vlastnosti. Způsob, jakým mluví, má vliv na to, jak snadno ohluchlý člověk bude nebo nebude rozumět. Odezírání je náročná činnost a ne každý odezírá dobře. Odezírání také závisí na vnějších podmínkách.

Je dobré mít na paměti, že člověk se ztrátou sluchu potřebuje vidět tvář mluvčího ve chvíli, kdy mluví. Mluvme k němu normálním, mírně pomalejším tempem (ale neslabikujeme). Vyzvěme ho k tomu, aby nám řekl, jak můžeme lépe upravit svůj projev. Nedívejme se kolem a nesklánějme hlavu a nezakrýváme si tvář rukou. Udržujeme oční kontakt – je to signál, že mluvíme k němu. Nemluvíme tehdy, jdeme-li ze dveří nebo z jiné místnosti. Omezme rovněž šum pozadí. Sdělme téma, o kterém budeme hovořit. Řeč těla a výraz obličeje jsou důležité, použijeme proto vizuálních podnětů a gest, která jsou v souladu s obsahem slov. Také není vhodné stát proti světlu – oslňuje.

Člověk s vadou sluchu potřebuje udržet vysokou úroveň koncentrace, aby bylo možné sledovat komunikaci, proto je vhodné vytvořit příležitostné přestávky v řeči na vstřebání informací, případné otázky či zopakování sděleného.

„Papír a tužka“

Pokud máme potíže při komunikaci, nebuďme v rozpacích a netvařme se, že nastal problém. Když si nejme jisti, požádejme ohluchlého člověka o informaci, co můžete udělat pro zlepšení komunikace. Jednáme s touto osobou, a tak se neobracíme o „pomoc“ na případný doprovod.

Pokud ohluchlý člověk řečený výraz neodezře a neporozumí, přeformulujeme řečené trochu jinak, poskytneme vodítka pro to, co máme na mysli, a zapisujeme. Použití přenosného počítače usnadní čtení poznámek či zápis řečeného. Pamatujeme si, že ale není možné, aby ohluchlá osoba ve stejnou dobu odezírala a četla.

Písemně poznamenejme osobě všechny důležité informace, jako jsou data, časy, adresy, potřebné doklady a formuláře potřebné pro vyřízení, jména, umístění jiné kanceláře, čísla dveří, patro apod.

Přepis

Ujistěme se, že jsou k dispozici vhodné komunikační technologie. Poradme se se svým zaměstnavatelem o školení v otázce komunikace s ohluchlými občany. Školení ve znakovém jazyce je sice užitečné, ale jeho použití je vhodné jen u těch, kteří v něm komunikují, nikoliv u ohluchlých osob, které znakový jazyk neovládají a preferují psanou češtinu. Ohluchlí lidé vítají simultánní přepis mluvené řeči, což je doslovný přepis z náslechu v reálném čase.

Od srpna 2010 existuje simultánní přepis mluvené řeči na území všech krajů ČR jako registrovaná terénní sociální služba, kterou je možno využít. Požadavky na zajištění přepisu lze zasílat na **Centrum zprostředkování simultánního přepisu** telefonicky: 222 328 900,

e-mailem: prepis@cun.cz nebo přes webovou adresu www.prepis.cun.cz.

Příklad zajímavého projektu místo závěru

V současné době je zkušebně realizován Projekt eScribe, který umožní sledovat přepis řeči v reálném čase, a to přes internet. Záměrem je vytvoření on-line přepisovacího centra a zpřístupnění služby přes webové rozhraní. Systém funguje tak, že řečník má na sobě bezdrátový mikrofon a řeč je přes internet přenášena k přepisovateli. Po přepsání je text odeslán na server, odkud jej může ohluchlý člověk odkudkoli sledovat. Potřeba je jen mít internetové připojení (O projektu eScribe, 2009). Díky on-line přepisu se zpřístupní kulturní, vzdělávací, spo-

lečenské či jiné akce, kterých by se kvůli komunikační bariéře člověk s vadou sluchu nemohl zúčastnit. Přepis se uplatní také při individuálních jednáních.

Přípravila: Eva Liberdová

Kontakt: eva.liberdova@iex.cz

Použitá literatura:

STRNADOVÁ, V. **10 obvyklých omylů o ohluchlých osobách** [on-line]. Kochlear – webík s vypnutým zvukem [cit. 1. 3. 2010]. Dostupné z: http://kochlear.cz/doc/10_omylu_Strnadova.pdf.

O projektu eScribe [on-line] 2009. [18. 8. 2010]. Dostupné z: www.escribe.cz.

inzerce

Občanská poradna Brno realizuje prostřednictvím Operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost a státního rozpočtu ČR projekt pod názvem „**Kvalifikované dluhové poradenství - prevence a pomoc při řešení sociální exkluze**“.

Cílem projektu je rozšíření odborného protidluhového poradenství poskytovaného klientům Občanské poradny Brno (dále OP Brno) o možnost podpory specialistou dluhového poradenství při řešení obtížných životních situací, do kterých se obyvatelé dostávají nadměrným zadlužováním, tj. např. podporou při komunikaci s věřiteli, podávání insolvenčních návrhů spojených s návrhem na oddlužení, vytváření osobních finančních plánů apod.

Prostřednictvím realizace projektu se OP Brno podílí i na preventivní činnosti. Jelikož jako nejohroženější skupina postižená dluhovou pastí byla identifikována cílová skupina dětí, mládež a mladí lidé, pořádá poradna besedy na školách v oblastech ohrožených sociálním vyloučením. OP Brno rovněž provádí pravidelný monitoring a statistické vyhodnocování dat, jehož vyhodnocení bude k dispozici úřadům veřejné správy, partnerům poradny a dalším zájemcům.

Naším cílem je obecně prospěšnou činností pozitivně působit na cílové skupiny dotčené projektem, aby měly hlubší finančně-právní povědomí v oblasti poskytování úvěrů, půjček apod., uměly si půjčovat obezřetně a k případnému řešení své platební neschopnosti přistupovaly zodpovědně a aktivně. Nejvýznamnějším cílem je motivovat klienty k získání a (nebo) udržení si práce.

Více informací o projektu a potřebné najdete na www.poradnabrno.eu



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Transformace „Jedličkova ústavu“ v druhé půli devadesátých let minulého století

Jedličkův ústav vznikl bezmála před sto lety. Tehdy patřil k velmi moderním zařízením. Je stále spojován především se jménem svého zakladatele a mecenáše, lékaře Rudolfa Jedličky. Vynikající operatér a rentgenolog Jedlička budoval ústav jako zařízení léčebné, sociální a vzdělávací. Převahu klientely tvořili mladí dospělí lidé, tudíž velký prostor byl věnován řemeslným dílnám, kde se klienti mohli rekvalifikovat a kde někteří nacházeli i trvalé zaměstnání. Součástí ústavu byla od začátku škola, byť jen pro menší počet mladších klientů. První ředitel škol František Bakule a pozdější ředitel celého ústavu Augustin Bartoš vtiskli prvorepublikovému ústavu podobu, odbornou úroveň i věhlas.

Pak přišlo období socialismu, kdy byly děti se zdravotním postižením, které v normálních školách nechtěli nebo si neuměli představit, segregovány a vzdělávány z donucení v tomto zařízení, bez možnosti výběru jiné vzdělávací cesty. Navzdory tomu pracovalo v „Jedličkárně“ mnoho velmi obětavých lidí a trávilo svá školní léta mnoho skvělých a statečných dětí.

Proměna ústavu – „Jedličkárný“ – začala velmi záhy po roce 1989 již změnou zřizovatele a sloučením tehdy tří organizací do jedné. Město Praha převzalo v roce 1990 zřizovatelskou funkci od ministerstva práce a sociálních věcí a od ministerstva školství a v roce 1992 vytvořilo z původního „Jedličkova ústavu“, ze „Základní školy při JÚ“ a ze „Středních škol pro tělesně postižené“ jeden celek – Jedličkův ústav a školy (JÚŠ).

Sám jsem přišel do JÚŠ po dvou nepodařených pokusech o koncepční uchopení organizace. Nejprve si ředitelka PhDr. Anežka Krčková kladla za cíl vytvořit z JÚ velmi svobodné a inspirující zařízení waldorfského typu. Pokus se setkal s nepochopením nejen u části klientely, respektive rodičů tehdejších „svěřenců“, ale i u zřizovatele. V roce 1992 se stal ředitelem MUDr. Jan Miklánek. Snažil se navazovat na to, co sám jako „svěřenec“ JÚ v dětství zažíval, hodně podporoval důraz na zdravotnickou funkci JÚ. Ani on nevydržel jako ředitel ve funkci více než zhruba rok a půl.

V polovině devadesátých let jsme spolu s mými kolegy dostali třetí šanci předložit přijatelnou koncepci proměňujícího se ústavu. V té době vznikalo mnoho nestátních neziskových organizací, především občanských sdružení. Ta zakládala školy a stacionáře zejména pro děti s různými typy postižení. Neziskový sektor nabýval na síle a zcela pochopitelně a oprávněně

se vymezoval vůči velkým kamenným zařízením z doby socialismu. Ozývalo se mnoho lidí s postižením i jejich zástupců, kterým dosavadní péče nevyhovovala. V kritice velkých ústavů hrálo nemalou roli i financování. Převažovalo centrální, z jednoho zdroje, které velká kamenná zařízení (tehdy rozpočtové organizace) zvyšovalo. (Zákon upravující sociální služby a způsob jejich hrazení se začal teprve chystat, jeho prosazení trvalo dlouhých dvanáct let a i jeho dnešní podoba zůstává stále spravedlivému financování hodně dlužná.)

Byli jsme přesvědčeni, že Jedličkův ústav a škola dokáže svoje místo obhájit i v měnící se společnosti. Při snaze budovat něco nového hrála svoji roli i naše jistá konzervativnost a nechuť bezhlavě bořit vše staré jen proto, aby vzniklo něco zcela jiného, byť tomu „porevoluční doba“ byla nakloněna.

Místo konfrontace se snažíme jít cestou možné spolupráce „velkých“ a zavedených zařízení s těmi mladými, zdravě dravými, která jistě mají svůj smysl a mohou sehrát důležitou úlohu v péči o lidi s postižením. O tom více v další části.

Pokud jde o situaci uvnitř organizace, pomáhá nám přeformulování otázek. Neptáme se „Jak mají zaměstnanci pracovat, co mají dělat a kolik jich má být?“, ale hledáme odpověď na otázku „Co potřebují děti, které se dnes na JÚŠ obracejí?“. To pokládám za zcela zásadní metodický posun a troufl bych si jej i dnes dalším hledajícím doporučit. (Ministerstvo práce a sociálních věcí chystá velké transformace ústavů sociální péče; kéž by potřeby klientů byly tím prvním, z čeho se vychází.)

V současné době se snažíme řídit třemi základními principy: Maximálně otevřít instituci a podporovat kontakty dětí s okolím. Poskytovat komplexní, vyváženou péči. Podporovat rodiny

a upřednostňovat pobyt dětí v jejich přirozeném prostředí v co možná nejvyšší míře.

Marek Růžička, student Filozofické fakulty UK v Praze, Ústav hospodářských a sociálních dějin, to ve své diplomové práci (Péče o zdravotně postižené v letech 1948–1968, diplomová práce pod vedením prof. PhDr. Zdeňka Kárníka, 2003) shrnul velmi přesně a výstižně.

Proč nezmínit jeho závěry, které jsme tušili již o několik let dříve? „Ústav (v první polovině minulého století) byl veden odborníky, zdůrazňoval komplexnost služeb – vzdělávání, sociální prostředí, zdravotní péče, včetně rehabilitace, s možností i profesního uplatnění. Ústav byl otevřený vůči veřejnosti, což garantovalo jeho zřizování spolkem (povětšinou ‚zdravých‘ osvěcovaných a zajímavících se lidí). Ústav musel, aby získal prostředky na činnost, udržovat a rozvíjet kontakty s okolím. A tím se zároveň dobrovolně vystavoval sledování zvenčí, musel obhajovat úroveň svých služeb, zvyšovat ji. Slovo ústav nebylo nijak pejorativní. Vypovídalo, že se jedná o korporaci ustavenou podle zákona podle jasných a známých pravidel.“

Zřizovateli předkládáme Koncept rozvoje JÚŠ (1996, archiv JÚŠ), která popisuje, jaké služby budeme nabízet a jakým způsobem budeme pracovat.

Snižujeme kapacitu JÚŠ z 220 na 180 dětí. A snižujeme počet zdravotních sester tak, aby byly schopné zajišťovat jakousi zdravotní pohotovost a podávat léky. Dopoledne mají odpovědnost za děti učitelé, odpoledne vychovatelé, a to v plném rozsahu. V průběhu dne s dětmi pracují i další odborní pracovníci (např. fyzioterapeut, psycholog, logoped, sociální pracovník, ergoterapeut a další).

Většinu naší klientely tvoří děti a mladí lidé s vrozeným tělesným, potažmo mentálním postižením (DMO, malformace, progresivní nervové svalová onemocnění). Menší počet našich klientů je po úrazech a poškozeních mozku (protinádorová léčba). Hlásíme se k pojetí rehabilitace prof. MUDr. Jana Pfeiffera, který dlouhá léta na malý úvazek v JÚŠ pracuje a stále nás učí. Praktikuje ucelenou rehabilitaci, do které patří i vzdělávání v našich speciálních školách, všestranný rozvoj osobnosti, sociální zabezpečení, ergoterapie, využívání moderních kompenzačních pomůcek, ale i příprava na zaměstnání, trénink soběstačnosti, podpora při hledání svého místa v komuni-

tě po skončení docházky do speciální školy. To znamená i asistence a pomoc v dopravě. Patří sem také intenzivní sportování zaměřené na zvyšování výkonu ve zvolené disciplíně, což s sebou nese i pozitivní osobnostní růst (sebe-pojetí) i smysluplnou pravidelnou činnost pro ty, kteří nemohou pravidelně chodit do práce. A rozvíjení mnoha zájmových aktivit. Proto zde vzniká řada nových pracovních pozic. Vedle ergoterapeutů – absolventů specializované VŠ – jsou zde pracovní terapeuti v řemeslných dílnách, metodik plavání, rehabilitační inženýr pro zpřístupňování moderních kompenzačních pomůcek z oblasti IT. Pracují u nás klinický lingvista, logopedi, trenéři sportů. Víc asistentů pedagoga i koordinátor dobrovolníků.

Sociální pracovníce (v našem zařízení pracují tři) je prvním člověkem, se kterým se klient setkává, od koho slyší zevrubně o všech nabídkách, dojednáva smlouvu o poskytované službě (domov pro lidi se zdravotním postižením, denní stacionář a odlehčovací služba).

Práce sociálních pracovníků není pro každého lehce srozumitelná. Mnohdy si klienti ani jejich rodiče nemyslí, že spolupráci sociálního pracovníka potřebují. Spokojí se s tím, že je po dobu studia v JÚŠ zajištěno vzdělávání, rehabilitace a volnočasové aktivity, a nemyslí na to, že je potřeba řešit sociální otázky, například důchody, bytovou situaci a v současné době změny vyplývající ze zákona o sociálních službách.

Sociální pracovník je v týmu každého klienta, účastní se pravidelných týmových schůzek a každoročního komplexního hodnocení. Zde může vyjádřit svůj pohled na klienta a svá doporučení pro klienta samotného i pro celý tým. Hlavní těžiště činnosti spočívá v dlouhodobé individuální spolupráci s klienty a jejich rodinami, především pomoc v orientaci v sociální situaci klienta. Velmi důležité je předávání informací, vedení klientů i jejich rodin ke znalostem, kde je možné informace získávat a jak je možné s nimi dále nakládat. Je třeba získat si důvěru ke spolupráci. Ne vždy klienti sami či členové jejich rodin chtějí mluvit o svých starostech. Problémy, které v rodinách vznikají, nejsou vždy tématy, která by chtěly otevírat a řešit s neznámými lidmi. Často také řešení odkládají.

Je žádoucí, aby se rodina sociální situací zabývala právě ještě v období studia, dokud má klient k dispozici odborníky, se kterými může úzce spolupracovat.

Uvědomujeme si, že na všechny potřeby našich klientů nemůže odpovídat jedna organizace. Postupně **iniciujeme vytvoření neziskových organizací ad hoc**, které poskytují následné služby klientům a absolventům JÚŠ. Nově vznikajícím organizacím nabízíme nezbytný prostor pro jejich činnost v rámci areálu JÚŠ na Vyšehradě. Tím vzniká jedinečné volné sdružení několika právních subjektů, které se shodují na přístupu k lidem s postižením, nekonkurují si, ale své služby doplňují.

Postupně tyto „naše“ malé organizace nabízejí služby i dalším potřebným lidem v okolí, respektive **v komunitě**. Článek je o transformaci JÚŠ, proto o ostatních organizacích z Centra služeb Vyšehrad jen jednou dvěma větami. Nadace JÚ pomáhá získávat peníze pro JÚŠ i pro ostatní „naše“ neziskové organizace. Občanské sdružení Borůvka poskytuje dopravu do škol a zaměstnání, rehabilitaci absolventům nad rámec toho, co zajišťují zdravotní pojišťovny, a prezentuje naše činnosti v obchůdku, který jsme si na Vyšehradě zrekonstruovali. Občanské sdružení Asistence rozvíjí tranzitní program pro začlenění absolventů na trh práce včetně programu podporovaného zaměstnávání. Zajišťuje mladým lidem asistenty, učí je řídit si je a shánět na ně peníze. Velmi chutě se Asistence „zakousla“ do bariér v hromadné dopravě v Praze. Sportovní klub JÚ intenzivně pracuje se stovkou mladých lidí s TP, nejen z JÚŠ, ale z celé Prahy a okolí. Výsledky z paralympiády i mezinárodních mistrovství hovoří za vše. O. s. Dílny tvořivosti nabízí termínovaný pobyt v chráněné dílně, programy pro lidi s poškozením mozku. O. s. Tap organizuje hudební aktivity, stojí za úspěšnou hudební skupinou the TAP TAP a rozvíjí projekt STUDEO. (Více na www.jus.cz; Centrum služeb Vyšehrad.)

Centrum služeb Vyšehrad rozmnožuje nabídky, které dnešní „Jedle“ (slangový výraz pro JÚŠ, který nabízíme místo „Jedličárny“) může svým žákům, absolventům i dalším potřebným poskytovat. Vytvoření dalších právních subjektů má i nezanedbatelné „vedlejší“ výhody: každý subjekt, respektive skupina zaměstnanců se musí chovat velmi zodpovědně, protože vystupuje jen za sebe, nese odpovědnost za své hospodaření, snaží se aktivně získávat prostředky pro svoji činnost. Umožňuje nám to „dosáhnout“ na větší spektrum zdrojů, než je k dispozi-

ci pro příspěvkovou organizaci, kterou je dnešní JÚŠ. Tyto zkušenosti se úročí v podobě grantů. Téměř všechny neziskové organizace z Centra služeb Vyšehrad to umějí a daří se jim granty na své projekty získávat. V neposlední řadě tím odpovídáme na stále se znovu vracející debaty, jestli mají nějaký smysl „velké kamenné“ instituce, nebo zda jsou lepší, a tudíž mají jediné právo na existenci malé neziskové organizace typu občanských sdružení a obecně prospěšných společností. Lze pracovat vedle sebe, podporovat se a těžit ze specifík každé organizace. Ale jen je-li vůle u lidí, kteří tyto organizace vedou. Ač věřím, že podobné uspořádání existuje i jinde, naši spolupráci nabízíme jako inspiraci. Na druhou stranu jsme si vědomi, že naše odpověď může být zejména v některých kruzích NNO stále značně nepopulární.

Podporujeme v co největší možné míře ty aktivity, které ukazují, co člověk dokáže. Vzdor svému postižení nebo dokonce právě díky němu. Vystoupení mladých muzikantů z JÚŠ, souboru the TAP TAP pod vedením Šimona Ornesta na mnoha pódiích v České republice, ale i v Českém domě v Bruselu nebo koncem června ve stánku státní filharmonie v Lucembursku k nim patří. Stejně jako před časem divadelní představení Dočasně šejkspirovské společnosti JÚ vedené Evou Slámovou. A stejně jako účast na mnoha mistrovstvích a světových závodech sportovců našeho Sportovního klubu JÚ. (Vlastně zase jen navazujeme na známý soubor Bakulových zpěváků, který před II. světovou válkou proslavil Jedličkův ústav až za Atlantikem.) Naše společnost moc a moc potřebuje, aby byli šikovní a činnorodí lidé s postižením stále vidět. Nestačí, že budou mít skvělé podmínky ve svém prostředí, ať už doma, v denních centrech či v domovech, kde žijí. Byť i o to je potřeba usilovat asi na prvním místě.

Nedílnou součástí transformace je obraz organizace v celé společnosti. Víme, že „Jedle“ je známá. Také víme, že mnozí nevědí přesně, komu slouží a co vše nabízí. Slovo ústav v našem jménu může neznalého mást. Před časem jsme proto začali u loga JÚŠ používat podtitul „neústavní ústav“. Poté, co se v návrhu nového občanského zákoníku začalo zase vyskytovat slovo „ústav“ v neutrálním významu, usoudili jsme, že již můžeme podtitul opustit.

Jsem hluboce přesvědčen, že připravit mladého člověka na život v běžné společnosti, na za-

městnání v otevřeném pracovním trhu, na samostatné bydlení v komunitě, na využívání asistentů a další pro komunitu potřebné dovednosti lze po většině mnohem lépe ve specializovaném – speciálním zařízení než jaksi mimoděk v běžné škole. Proto se „Jedle“ **prezentuje jako dobrá speciální škola, která připravuje člověka k úspěšné integraci.** Opět jsme si vědomi, že náš pohled nesdílejí všichni. Zda vůbec a jak využívat speciálních škol a zařízení, jak minimalizovat vyloučení lidí s postižením z okolní společnosti, jsou otázky široké a nelze je odbýt na několika řádcích. Proto naše poznatky a zkušenosti zmiňujeme v extrémní stručnosti jen jako podnět k zamyšlení a potřebné diskusi.

Se stejným záměrem uvedu ještě další dva rysy, které k přeměně „Jedle“ patří. Snažíme se i architektonicky otevřít areál tak, aby lidé z okolí mohli bez zábran vstupovat, pobýt se svými malými dětmi na hřišti, případně v bazénu a zcela přirozeně potkávat děti na vozíčkách. Jsme si jisti, že to časem přinese ovoce.

Pevně věříme, že „Jedle“ a mnoho dalších zařízení má již díkybohu hodně a nenávrtně daleko k socialistickému ústavu v charakteristice Marka Růžičky, „kdy se vedení ústavů chopili nekompetentní úředníci, financování bylo nadále zajišťováno jen z jednoho zdroje a nedostatečně, bez vazby na úroveň péče, ústavy ztratily potřebu živých kontaktů s okolím, stávaly se uzavřenými, dokonce byly stěhovány z center obcí na okraje a ještě dál, spektrum služeb se redukovalo, přestaly být komplexní a tím účinné, veřejnost ztratila na chod ústavů vliv, přestaly ji zajímat, prohloubila se izolace, život v ústavech se stal nedůstojným, nezávidění hodným“.

To ale neznamená, že je hotovo. Zařízení se stále vyvíjí, může být k potřebám klientů a výzvám okolí otevřenější, nebo také ne, může lépe reflektovat svůj stav, nebo jen velmi slabě. Nám se rozhodně nepodařilo vše, co jsme si v Konceptu rozvoje JÚŠ předsevzali. Největší problém vidím **s týmovou prací.** Jak se to lehce na papír napíše, tak se to v praxi velmi obtížně rodí.

Palčivým dosavadním problémem bylo to, že kolem dítěte působilo mnoho odborníků, třeba

i velmi zdatných, jejichž péče nebyla jednotná. Každá profese zdůrazňovala jiné cíle, případně naplňování stejných cílů, ale v jiný čas či v jiném sledu. Rozhodujeme se jít dál cestou **týmové práce.** Kolem každého dítěte je definován tým odborníků (učitel, vychovatel, fyzioterapeut, ergoterapeut, sociální pracovník, logoped, speciální pedagog), který spolu s rodiči, respektive mladým dospělým klientem definuje potřeby klienta, stanovuje rehabilitační plán, domlouvá a sleduje jeho naplňování. V případě potřeby lze přizvat i další specialisty. Pracovní pomůckou týmu je jednotná dokumentace, u nás tzv. modré desky, které jsou k dispozici všem členům týmu.

Každý klient má tedy kolem sebe svůj tým. Mnohé týmy se překrývají, zdaleka jich tedy není tolik, jako je našich klientů. Všechny týmy ani dnes nepracují ideálně, přesto pokládáme tento způsob práce za velmi užitečný a nechceme jej měnit. Je jedním z konkrétních opatření, jak zajistit, aby péče byla skutečně komplexní.

Ač jsme nepochybně kus cesty urazili, stále narážíme na velmi silné tendence mnoha kolegů uzavírat se za polstrované dveře svých odborných pracoven a nenechat ostatní koukat na svoji práci. Ač by to práci druhých v týmu obohatilo, ač by to zvyšovalo poctivost práce vlastní.

Myslím, že žádná profese v této oblasti není u nás pregraduálně vedena k týmové práci. Psychologové jsou naopak vzdělávání v tom, že jen oni znají ty metaúrovně, kterým ostatní odborníci nikdy neporozumějí. Postupně musíme k týmové práci zacílit vzdělávání pracovníků, velmi nám také pomáhají supervize.

A zatím nedovedeme svoji práci přiměřeně a rozumně hodnotit. Zřizovatel se zajímá především o hospodaření s penězi, kvalitu odborné práce se ani moc posoudit nesnaží, princip nabídky a poptávky zákon o sociálních službách zatím příliš neposílil a inspekce se standardy kvality jsou jistě dobrým nakročením, ale zatím je to víc věc papírů než skutečného objektivního hodnocení a upozorňování na silné a slabé stránky.

PhDr. Jan Pičman,
ředitel Jedličkova ústavu a školy

„Život na zámku“ v Domově na zámku Bystré

„V kvalitě poskytované sociální služby se odráží pro mne nejdůležitější věc, a tou je co možná nejvyšší spokojenost našich obyvatel,“ říká ředitel Domova na zámku Bystré u Poličky Mgr. Ivo Musil. Mluvil nejen o samotném zařízení, ale vyjádřil se například i k otázce posunu v postojích veřejnosti k osobám se zdravotním postižením a připravenosti absolventů oboru sociální práce pro praxi.

Domov na zámku Bystré (DNZ) je příspěvkovou organizací Pardubického kraje. Poskytuje pobytovou sociální službu a zajišťuje nepřetržitou podporu a péči lidem od 3 let s mentálním i kombinovaným postižením. Pobytovou službu sociální péče užívá v současné době 110 lidí převážně s těžším stupněm postižení. Sociální službu chráněného bydlení dnes využívá 9 lidí, kteří žijí v samostatných domácnostech s minimální mírou podpory pracovníků přímé péče.

Více informací: www.dnzbystre.cz.

Vaše zařízení má dlouhou tradici. V čem spočívala transformace dřívějšího ÚSP v nynější domov?

Domov na zámku byl založen v roce 1975 jako chlapecký ústav pro mládež s mentálním postižením. Nevyužité prostory zámku byly tehdy poskytnuty k sociálním účelům. Z původně malých úprav v zámku se po velkém požáru v roce 1978 musela provést celková rekonstrukce zámku, která trvala 10 let.

Myslím, že problematika ústavů sociální péče obecně byla vždy silně ovlivňována pohledem společnosti. Ústavní péče si prošla svým vývojem a dnes se může zdát, že je vůle provést zásadní změny. Nevím, jestli můžeme historicky mluvit o transformaci ústavů jako o zásadní přeměně. Důležité bylo, že v průběhu ústavní péče docházelo, i když velmi pozvolna, ke změnám, které znamenaly pro mnoho lidí žijících v dřívějších ústavech zlepšení nejen jejich životních podmínek, ale zejména upevnění jejich postavení ve společnosti. V čem tedy nastaly podle mého názoru velké změny za posledních pár let, je právě v pojetí sociální péče jako sociální služby.

V Bystrém tomu nebylo jinak. Významně se zlepšovaly podmínky pro péči nejen v jednotlivých částech domova, ale začali jsme zajišťovat ubytování i mimo zámeckou budovu, později přímo v městečku Bystré. Dnešní prvky transformace v Domově na zámku Bystré vidím zejména ve vzniku nové pobytové sociální služby – chráněného bydlení k 1. 3. 2010 včetně zajištění bytových prostor pro chráněné bydlení, které užívá celkem 9 lidí.

V sousedství hlavního objektu Domova na zámku Bystré – renesančního zámku – bylo loni otevřeno Integrované centrum pro podporovaný život Domova na zámku Bystré. Nově vytvořené integrované centrum nabídlo prostory pro samostatný život osmi lidem a umožňuje jim vést plnohodnotný život podle standardů kvality sociální péče. V objektu vznikly mimo jiné terapeutické dílny, zázvuková kavárna a přednášková společenská místnost.

Domov na zámku Bystré se dlouhodobě snaží otvírat veřejnosti a integrované centrum přispívá k provázání aktivit domova se životem ve městě. Realizací projektu Integrovaného centra i vznikem nových bytů ve městě dochází k rozvolnění ubytovacích prostor v hlavní budově zámku, což je dlouhodobý záměr vedení domova.

Ze zajímavých projektů mohu uvést například rekonstrukci terapeutické dílny pro práci se dřevem. Tento projekt s názvem „Dejme šanci dalším klientům“ zvýšil pracovní kapacitu dílen o 8 pracovníků domova.

Uskutečnili jsme také dvě mezinárodní výměny mládeže. Jednu dvoustrannou výměnu s partnerským Domovem sociálních služeb v Osadném. Přidal se k nám ještě polský Dom pomoci společnosti ve Slesine a mohli jsme připravit mezinárodní projekt trojstranné výměny mládeže s mentálním i kombinovaným postižením z Čech, Slovenska a Polska „Hranice nás nerozdělují“. Cílem projektu spolufinancovaného z Mezinárodního visehradského fondu bylo posílení vzájemného porozumění mezi mladými lidmi ze zemí Visehradské čtyřky, podpora spolupráce mezi zeměmi v oblasti mládeže a rozvoj solidarity a tolerance mezi mladými lidmi.

Trendem v práci s lidmi se zdravotním postižením je koncept ucelené rehabilitace. Snažte se tento trend naplňovat?

Samozřejmě. Nevím, z kterého konce začít. Je to velmi široká oblast a jen stěží bych hledal činnost v našem domově, která by nepatřila do ucelené rehabilitace. Od základní zdravotní péče k léčebné fyzioterapii, do které zahrnujeme typy fyzikální terapie, např. masáže, magnetoterapii, vodoléčbu,

vířivou a perličkovou lázeň, míčkovou facilitaci, léčebnou tělesnou výchovu, Vojtovu metodu, ballterapii, aromaterapii v pocitové místnosti, bazální stimulaci, klimatoterapii, přes specifickou hipoterapii, pedagogicko-psychologické ježdění, canisterapii polohováním nebo voděním psů, až po zprostředkování lázeňské péče. Součástí tohoto přístupu je také práce nutričního terapeuta ve stravování. Do pracovní rehabilitace zahrnujeme zajišťování profesní orientace prostřednictvím prací v terapeutických dílnách a podporu pro výkon dalších sezónních prací v rámci individuálního plánování. V pedagogické oblasti zabezpečujeme dětem osobní asistenci při docházce do škol. Školní péče má podobu základní povinné školní docházky v Základní škole speciální Bystré. U dětí a žáků školy je využívána poradenská péče Speciálně pedagogického centra pro děti s mentálními postiženími (péče logopeda, psychologa a speciálního pedagoga), dále je to docházka některých talentovaných dětí do Základní umělecké školy v Bystrém, a samostatně domov zajišťuje nabídku vzdělávacích témat v tzv. večerní škole. V oblasti sociální rehabilitace nabízíme nácvik dovedností pro zvládání péče o vlastní osobu, soběstačnosti a dalších činností vedoucích k sociálnímu začlenění, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti a samozřejmě pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí, což nám ukládá naše vyhláška.

Co patří do kompetencí sociálních pracovníků v DNZ?

Rozsah kompetencí v náplni práce dvou sociálních pracovníků v našem domově je velmi pestrý. Jde o klíčovou roli v problematice zavádění SKSS, zahrnuje sociálně právní poradenskou činnost, vykonávají sociální šetření u jednotlivých žadatelů, evidují seznam žádostí o poskytnutí sociální služby a tzv. poradník čekatelů. Jednají se zájemcem o službu i ve formě obrázkové metody VOKS, popř. obrázkovou metodou s využitím souboru fotografií. Zabezpečují sociální dokumentaci našich obyvatel a zjišťují skutečné potřeby a rozsah budoucí sociální služby, který je promítnut do smlouvy o poskytování soc. služby, organizují zjišťování spokojenosti ze strany uživatelů a podílejí se na sociální rehabilitaci obyvatel domova. Sociální pracovníci dále vede tým k zavádění SKSS a předsedá tříčlenné přijímací komisi, která doporučuje přijetí žadatele do DNZ Bystré.

Mohl byste se vyjádřit k standardům kvality?

SKSS přijímám ve své praxi a vnímám je jako důležité pro správné nastavení každé sociální služby. V našem domově se zaváděním standardů intenzivně zabýváme již třetím rokem, je to složitý proces, kterým určitě můžeme ovlivnit kvalitu poskytované služby. Mí kolegové, kteří přijali standardy ve svém myšlení, s jejich zaváděním nemají problém, i když je to pro ně náročné.

Můžete s odstupem času zhodnotit zákon o sociálních službách i jeho silné a slabé stránky? Co byste změnil?

Na to si netroufnu, nás trápí míra odborné způsobilosti pro výkon tak náročné profese pracovníka v sociálních službách. Tato profese klade velké nároky nejen na osobnostní předpoklady, ale také na dlouhodobější přípravu a studium. Rozsah kursů k získání odborné způsobilosti hodnotí sami absolventi často jako nedostatečný a poskytovatel by měl dále zajišťovat formou celoživotního vzdělávání i udržení odbornosti.

Co byste vzkázal chronickým „odmítačům“ rezidenční péče v zařízeních typu DNZ?

Odmítavé názory a postoje mohou pramenit z neznalosti. Vzkázal bych jim, aby se k nám přišli podívat. Zůstat v tíživé situaci, kdy již rodina neposkytne nebo nemůže poskytnout ani základní péči těžce zdravotně postiženému, je bolestné. Hledat východisko z této složité situace, udržet spolupráci s dočasně nefunkční rodinou bychom měli zvládnout nebo se o to alespoň pokusit. Naopak, dočasná či krátkodobá pobytová služba sociální péče může být jistým řešením. Vždy je nejlepší zůstat v rodině, ale ne vždy je to možné.

Monitorujete nějak spokojenost a „pohodu“ uživatelů žijících v DNZ?

Ano, každodenní kontakt s obyvateli domova mi umožňuje je vyslechnout, zeptat se a popovídat si o jejich přáních, zálibách a zájmech. Zjišťujeme také spokojenost s poskytovanou službou nebo péčí formou dotazníkového šetření. Požádali jsme studenty z Integrované střední školy v Moravské Třebové, studijního oboru sociální péče, o pomoc při dotazníkovém šetření u lidí s těžkým mentálním postižením. Mohli bychom se tak dostat k objektivnějším údajům. Pravidelným setkáním je Výbor obyvatel, kterého se účastní vždy neaktivnější zástupci. Přes schránku stížností se ke mně dostávají také dobré nápady a dveře mám stále otevřené.

Předpokládám, že máte zpracovanou vizi dalšího rozvoje DNZ. Co je Vaším snem a co reálnou prioritou?

Těch plánů je hodně, ale všechno má svůj čas. Důležitá je pro nás současnost, udržení provozu našeho domova. Rádi bychom v případě zájmu získali nebo pronajali další byty, ve kterých už se musí vést samostatná domácnost a řešit s minimální mírou podpory všechno kolem, a nabídnout chráněné bydlení dalším zájemcům. Reálnou prioritou však zůstává spokojenost našich obyvatel, zaměstnanců domova a kvalitní profesionální ucelená péče.

Vnímáte pozitivní posuny v postojích veřejnosti k osobám se zdravotním postižením?

Mohu posoudit posun v rámci našeho regionu. V samotném městečku Bystré byly zpočátku, tedy při založení dnešního domova, snad i obavy z umístění ústavu ve městě, které pramenily nejspíše z neznalosti. Situace se však změnila. Domov je dnes přístupný. O dění v něm je velký zájem, naši obyvatelé mají ve městě řadu přátel, často se navštěvují, chodí do kina, na taneční zábavy, mohou si zajet do blízké Poličky. Obyvatelé domova se podílejí velmi aktivně na přípravě různých akcí, na které sami zvou nejen své blízké rodiny, ale i přátele a kamarády z města. Soužití mezi obyvateli domova a města Bystré je podle mého názoru plnohodnotné. Jako důležitý vnímám fakt, že příležitosti k setkávání je dostatek a jsou pro ty, kteří chtějí, velmi přínosné.

Můžete se vyjádřit k připravenosti absolventů oboru sociální práce i jiných pomáhajících profesí na jejich uplatnění v praxi? Na co kladete důraz jak ve vztahu k přímé práci s uživateli, tak ve vztahu k týmové práci v zařízení typu DNZ?

Dostávám se často do kontaktu se studenty středních škol v rámci jejich praxe nebo návštěvy u nás v domově. Úroveň připravenosti absolventů oboru sociální práce do samotné praxe ovlivňuje nepochybně mnoho okolností. V rozsahu požadavků jednotlivých středních škol je vždy získání praxe, která má různou délku, obsah i formu. Pokud vyjdeme z náplně práce a kompetencí sociálního pracovníka v našem domově, budou pro nás nejdůležitějšími kritérii osobnostní předpoklady sociálního pracovníka, jako jsou empatie, rozhodnost, respektování a tolerance, jeho nestrannost, zdatná komunikace, a to včetně alternativních fo-

rem komunikace vhodných pro naši cílovou skupinu, dodržování etiky sociální práce. U nás je to obsaženo v etickém kodexu pracovníka DNZ Bystré. Klíčovou rolí sociálního pracovníka pro nás bude kvalita sociálních šetření, práce s jejich výstupy a závěry, aktivita při řešení situací, obratnost a profesionalita při jednání se zájemci o naši službu, schopnost asertivního jednání a umění řešit konfliktní situace.

U pomáhajících profesí je situace složitá v úrovni požadované tzv. odborné způsobilosti, délce získané praxe zpravidla v rozsahu 75 hodin, která bývá součástí kursů pro pracovníky sociálních služeb. Další zvyšování kvalifikace, odbornosti, je ponecháno na poskytovateli v souladu se Zákoníkem práce. Je tedy obtížnější pro náš domov připravit a požadovat oprávněná kritéria v tom smyslu, že ne všichni zájemci o práci v sociálních službách jsou vybaveni potřebnými předpoklady pro výkon práce pracovníka přímé péče. Na pracovníka sociálních služeb jsou kladeny velké nároky, samotná pomáhající profese je psychicky náročná, proto si myslím, že je často úroveň připravenosti absolventů nedostatečná. Samozřejmě jsou také výjimky.

Věnujeme velkou pozornost všem novým pracovníkům v domově, kterým se snažíme zajistit potřebnou podporu v začátcích jejich praxe, což se nám určitě vyplatí. Důležitým předpokladem, který je společný pro obě profese, jak sociální práci, tak sociální péči, je schopnost týmové spolupráce. Tento předpoklad je velmi důležitý při individuálním plánování sociální služby, při zavádění nových přístupů, kvalitní spolupráce v týmech.

Pokud byste měl možnost se podílet na utváření studijního programu sociální práce se zaměřením na osoby se zdravotním postižením, která témata či okruhy byste určitě zařadil?

Přidal bych co nejvíce kontaktů s lidmi, kterým mají profesně pomáhat, nejen v praxi přímo u poskytovatelů, ale hlavně v situacích, které jsou pro člověka se zdravotním postižením důležité. Treba účasti na akcích, při kterých jsou kontakty bezprostřední, neformální a spontánní. Užitečná by byla rovněž praxe při doprovodech na různé instituce, do škol, na úřady, k lékařům. Podle mého názoru by se měli účastnit pobytových akcí s lidmi se zdravotním postižením a tak poznat a pochopit smysl své práce a její poslání.

**Připravil: Libor Novosád
Redakční úprava: Aneta Hyrníková**

Hodně důležité pro každou organizaci je mít strategický plán

říká Mgr. **Monika Jelínková**, sociální pracovnice ÚSP Kociánka Brno. ÚSP Kociánka poskytuje služby sociální péče a podporu dětem a mládeži s tělesným a druhotným mentálním postižením, které podstatně snižuje normální způsob jejich výchovy, vzdělání a přípravy na povolání. Mezi základní cíle patří dosažení u klientů schopnosti normální sociální funkce tak, aby byly uspokojeny jejich potřeby a práva i maximální účast na společenském životě s cílem jejich sociálního začlenění. Kociánka navazuje na dlouholetou tradici péče o tuto klientelu v daném objektu od roku 1919. Blížší informace jsou k dispozici na www.kocianka.cz.

Mohla byste, prosím, představit ÚSP Kociánka Brno?

Kociánka s platností nového zákona č. 108 Sb. registrovala 4 služby: domovy pro osoby se zdravotním postižením, denní stacionář, sociálně terapeutické dílny a odlehčovací služby. Teď nově od března 2010 máme novou službu, chráněné bydlení. Největší a nejrozsáhlejší službou je právě služba domovy pro osoby se zdravotním postižením, která je určena pro klienty od tří do čtyřiceti let věku. Naši cílovou skupinu tvoří klienti prvotně s tělesným postižením nebo s kombinovaným postižením, nemáme zde klienty s hlubokou mentální retardací. Kociánka je službou ucelené rehabilitace, to si myslím, že je úplně nejvýstižnější termín. Máme zde zastoupeny všechny čtyři složky ucelené rehabilitace (léčebná rehabilitace, lékařská péče, vzdělávání, trénink sociálních dovedností a pracovních návyků – sociálně terapeutické dílny) a to je, myslím, hlavní motivací, proč si nás uživatelé nebo jejich zákonní zástupci vyhledávají. S platností zákona č. 108 Sb., který zavedl příspěvky na péči, jsme zaznamenali i myšlenku klientů, a to hlavně u mladších dětí, což je jen samozřejmě pro ty děti dobře, že se vrátily zpátky do rodin.

Ubýlí i klienti v denním stacionáři?

Spíše naopak. Je stále větší poptávka po ambulantních službách: denním stacionáři, sociálně terapeutických dílnách. Narůstá i poptávka po odlehčovací službě. Co se týče domovů, tam v tuto chvíli máme kapacitu 250 klientů, do budoucna ale plánujeme tuto kapacitu snížit. Při takovém počtu klientů se stále těžším druhem postižení je opravdu hodně obtížné se jim individuálně věnovat, a přitom nepřetěžovat personál. Individuální přístup je přitom nezbytný. Toho jsme si vědomi a chceme do budoucna kapacitu snížit.



Mgr. **Monika Jelínková**

To bude asi náročné i finančně.

Bude to náročné finančně, ale musí se to zahrnout do transformačního plánu a postupnými krůčky k tomu budeme směřovat. Do budoucna chceme maximálně dvouúžlkové pokoje, aby se zkvalitnil život uživatelům. Když to řeknu laicky, poskytujeme spoustu služeb a volnočasových aktivit. Vždy ale máme jednoho pracovního terapeuta a tím je omezena kapacita této aktivity. Klienti se prostřídávají postupně, ale kdyby jich tady bylo méně, byly by aktivity mnohem intenzivnější a častější. I z toho důvodu, aby služba mohla opravdu být poskytována mnohem intenzivněji, se s tím do budoucna bude muset něco dělat.

Je to pěkná vize, ale bude to také dost práce.

Určitě, ale kdo začne, má už půl práce hotové. A jak se říká, když víte, co chcete a kam směřujete, tak je to to nejdůležitější. Já tady vlastně

pracuji od roku 2002. Z toho jsem pět let pracovala jako vychovatelka a poslední tři roky jako sociální pracovnice. Mám výhodu, že jsem byla pět let v přímé péči o klienta, takže vím, kde nás tlačí bota a kde zase je to dobré. A ani ti zaměstnanci už mě nějak neopijí rohlíkem. Kdybychom měli stále tu klientelu, klienty, se kterými se domluvíte, tak je to v pořádku, ale handicapy jsou čím dál tím těžší. Je to opravdu hodně psychicky a fyzicky náročná práce a já bych řekla, že po zaměstnancích se chce čím dál tím víc, a peněz je přitom čím dál tím méně. Je to místy až nemoťující, je to velmi velký nepoměr a ta práce je náročná. Klobouk dolů před všemi zaměstnanci v přímé péči, protože to nemají vůbec jednoduché. Nejen na Kociánce, ale všude.

Říkala jste, že Vás zaměstnanci neopijí rohlíkem. Mohla byste to vysvětlit?

Já jsem to myslela v souvislosti s takovým tím ulevováním, poukazem na to, že to nezvládneme. My tady máme už opravdu dospělé vozíčkáře a zaměstnanci třeba říkají: „Jedeme na výlet, dáme jim [klientům] plínku, protože kde ve městě budeme hledat bezbariérový záchod?“ Já říkám: „Plínku jim nedáte, protože snižujete absolutně úroveň toho klienta. Proč by měl mít ve 30 letech plínku? To není možné, ten uživatel je osobnost, je to prostě osoba a strašně to snižuje toho člověka.“ Naším záměrem je opravdu nepoužívat tady ty pleny. A oni řeknou: „My jsme třeba jen dvě asistentky, a když půjdou dva na záchod, kdo ohlídá další klienty?“ Já říkám: „To je na organizaci, na tom, jak si to zorganizujete a naplánujete. Takže nepojedete dvě, ale pojedete čtyři.“ Je na nás, abychom to nějakým způsobem zorganizovali, ale nevyřeší se to tím, že budeme omezovat klienta, ale tím, že posílíme personál. A nastavit pravidla tak, že se nebudou omezovat výlety, bude se jezdit, ale protože klientela je náročnější, tak se nebude jezdit ve dvou zaměstnancích, ale ve čtyřech nebo v pěti. Je na vedoucích, aby to takto zorganizovali. Pracovníci v sociálních službách, klíčoví pracovníci, mohou přijít s připomínkami a náměty, musí přijít, ale pak je to na nás, abychom to vyřešili. Ale ne na úkor klienta, to v žádném případě.

A daří se, že za vámi pracovníci přijdou a říkají, co by chtěli řešit?

Tedž už ano, zase postupně jsme k tomu museli dospět, dopracovat se. Děláme časté porady a chce-

me po zaměstnancích, aby se vyjádřili přímo na poradách, nebo když mají nějakou připomínku, tak můžou přijít. Ale přijít za tím konkrétním člověkem. Nikdy se nevyplácí chodit a trousit a nadávat po kolezích a nic s tím nedělat. Vždycky se to nějakým způsobem jako bumerang k tomu pracovníkovi vrátí. Aby vše dobře fungovalo, tak je nejdůležitější spolupráce a komunikace. Zjistila jsem, že to je opravdu kámen úrazu, protože pokud vzájemně spolu ti lidé nebudou spolupracovat a každý bude někde na tom svém písečku si řešit to svoje, tak služba nemá takový efekt. A pokud chceme, aby Kociánka jako celek dobře fungovala, tak je potřeba, aby opravdu byly jednotlivé služby provázané a vzájemně jsme si vycházeli vstříc, komunikovali a spolupracovali. Aby nebyla žádná rivalita. Je to těžké, ale myslím si, že se nám to postupně daří.

A čím to, že se to daří? Máte nějaký recept?

Já bych řekla, že hodně důležité je, aby přišel někdo zvenčí a podíval se na naši situaci. Protože my, jak už pracujeme léta, tak přece jen máme – někdo si to přizná méně a někdo víc – takovou tu provozní slepotu. Supervize u nás probíhají a máme s nimi dobré zkušenosti, výborné. Uvědomili jsme si, že supervizorovi se zaměstnanec otevře mnohem víc, než by se třeba otevřel nám. Nám ten pohled zvenčí hodně pomohl – že jsme se všichni chytili za nos, nejen sociální pracovníci, vedoucí nebo vedení, ale jednotliví zaměstnanci v přímé péči si uvědomili, že opravdu to není tak jednoduché. Že i oni na té své pozici ... že každý prostě musí začít u sebe. Já jsem si teď vzpomněla na jedno přísloví, že v druhém oku třísku vidíš, ale ve vlastním trám ne. Tak to bych řekla, že ti lidé, co chodili a poukazovali, kde všude je co špatně, všude viděli, že je to hrůza, děs, běs a co se musí změnit a radili by, ale na svém úseku to až tak nemuselo být nebo si toho až tak nevšimli... Řekla bych, že třeba i díky supervizím si spousta zaměstnanců uvědomila, že se musí začít u sebe a musíme začít táhnout za jeden provaz.

Tedž jsme nově navíc začali spolupraci s organizací, která je otevřená novým trendům, novým směrům. Když potřebujete poradit třeba se standardy, oni pomáhají. Když se chystáte na inspekci, nebo inspekce přišla a vytkla vám nějaké věci, tak si pozvete tu organizaci a oni vám třeba nastaví nová pravidla. Je to takováto podpora zvenčí. Nebo nám poskytují nezávislé konzultace. Např. když tvoříme strategický plán naší

organizace, tak to buď můžeme dělat my, sami zaměstnanci Kociánky, nebo si pozveme nezávislého konzultanta, který nám s tím pomůže. Protože on už má zkušenosti, zatímco my ty zkušenosti teprve sbíráme. Konzultant vám poradí, řekne, ano, toto fungovalo, nebo řekne, tady to, co máte namyšleno, to už tady jednou bylo. Zkoušela to jiná organizace a nevyšlo to. A nevyšlo to z těch a těch důvodů, tak se vyvarujte toho nebo předejděte tomu. Myslím si, že to je hodně důležité. Upozorní na něco, co zase jinde funguje. Co nám by se hodilo, co by nám doporučili, jak to vyřešit a podobně. Teď je spousta nových možností a někdy je to těžké. Protože rozsah služeb Kociánky je opravdu obrovský a je dobré, když nám někdo přijde poradit a přímo ušít na míru, co by se hodilo pro takové zařízení, jako jsme my. Konzultace je dobrá a ušetří se čas a energie. Ušetřit peníze lze na jiných místech, ale toto je opravdu důležité, ta vize, směr, kam směřujeme.

A pak dobrá praxe nám hodně pomáhá. Je hodně důležité, abychom navázali spolupráci i s jinými zařízeními a hlavně tam vysílali naše zaměstnance. Nejen pro sbírání zkušeností a inspirace, ale aby viděli, jak to funguje třeba jinde. Víím, že v minulosti tady probíhaly výměnné pobyty s francouzským zařízením podobné velikosti.

Pojďme se vrátit zpět ke klientům – co podle Vašeho názoru klienti potřebují nejvíc?

Je víc takových oblastí. Co úplně nejvíc, tak to je asi individuální, kdo čemu dává přednost. Teď budu spíš čerpat ze zkušeností jako vychovatelka a ne sociální pracovnice. Já jsem ve skupince měla klienta, jehož snem bylo hrát boccia. Měl kvadruparézu, takže se moc nemohl pohybovat. Jeho hraní boccie hodně motivovalo. Dodávalo mu to sebedůvěru, cítil se nejen jako potřebný, ale také šikovný. Měl svého asistenta a v té hře se úplně našel. Pak jsem měla ve skupince holčičku, co měla takové různé problémy doma. Ona byla hodně uzavřená. A té zase nejvíc pomáhal dramatický kroužek. To bylo úžasné. Ona s tím, co nedokázala tak nějak probrat se mnou nebo s námi, tak vždycky přišla na pódium a tam ze sebe ty emoce dostávala. To bylo moc fajn. Já jsem hodně nakloněná terapiím, ať už je to muzikoterapie, arteterapie, dramatoterapie. To si myslím, že klientům hodně pomáhá a z toho se dá také vyčíst mnoho. Klíčový pracovník má ve skupince pět, šest, sedm dětí. Je pak hodně těžké individuálně s každým něco probírat.

Je tedy důležité mít někoho, komu by se klient mohl svěřit s problémy a kdo by mu pak pomohl dál.

To je úloha pracovníků, aby vytipovali a odhadli, jak s tím dítětem dál pracovat. Od toho jsou individuální plány péče s krátkodobými a dlouhodobými cíli. Je potřeba individuálně přistupovat ke klientovi a probírat s ním, v čem chce pomoci, co potřebuje, čeho chce dosáhnout. Klíčový pracovník opravdu musí s klientem pracovat a musí se to promítnout do individuálního plánu. Nerada bych, abychom sklouzli k představě, že papír sne-se všechno. Opravdu se klientům věnovat, protože oni si to zaslouží a oni si za to také platí.

A jaké máte zkušenosti se sportovním klubem?

Sportovní klub Kociánka je samostatná jednotka, mají tady pronajaté prostory, ale nespádají pod vedení Kociánky. Provozují různé sportovní aktivity a mají sportovce, kteří jsou nejen klienty Kociánky, ale jsou i někteří zvenčí. Do klubu se může přihlásit kdokoli. Já bych řekla, že naše spolupráce je výborná. Jako vychovatelka jsem spolupracovala se sportovním klubem denně. To bylo úžasné, měli jsme harmonogram: ve středu atletika, v úterý boccia, ve čtvrtek závěsný kuželník a děti v tom měly řád a systém a už věděly, co je čeká. Trenér už s námi počítal, takže tam ta spolupráce byla výborná.

Mohla by tato spolupráce mít nějaká úskalí?

Je to vždycky o lidech a o domluvě a lidi, co se chtějí domluvit, tak si myslím, že se domluví. Sama za sebe musím říct, že jsem žádné úskalí nezaznamenala. A když, tak se to spíš týkalo toho, že člověk třeba zapomene nahlásit nějakou akci. Spíš je to o informovanosti a spolupráci. Klientů je tady hodně, zájmových aktivit je tady hodně, takže je hrozně důležité, aby spolu sportovní klub a jednotliví vychovatelé komunikovali.

Narážíte na nějaké problémy ve své vlastní práci?

Já bych řekla, že přibývá administrativy. Toho papírování je opravdu velké množství. V náplni sociální pracovnice není jenom jednání s rodiči a s úřady, ale spolupodílíme se např. na tvorbě standardů, na vytváření vnitřních směrnic, sepsování smluv a hlídání dodatků, je toho opravdu dost. Je to hodně časově náročné, takže vám pak nezbyvá tolik času věnovat se třeba ústavním

dětem – není na to tolik času, kolik já bych si představovala.

To musí být těžké, když jste před tím jako vychovatelka byla s dětmi pořád, a teď se musíte věnovat především administrativě.

Každé má své pro a proti. Já jako vychovatelka jsem po těch pěti letech sama na sobě cítila, že už nemám tolik energie a že už dětem nedávám tolik, co jsem jim dávala předtím. Nastoupila jsem čerstvě po škole – takže plná energie, na každý den jsem měla vypracované, co s dětmi budu dělat. Ony se ani chvíli nenudily, bylo to super. A postupem času najednou zjistíte, že tak intenzivně se jim nemůžete věnovat, že vás to opravdu vycucne. Najednou jsem viděla, že když přijde někdo nový, že dětem dodává spoustu nových nápadů. Viděla jsem, že už nejsem tak aktivní, a řekla jsem si, že si to nezaslouží ani ty děti, ani vás to pak jaksi neuspokojuje, ale cítíte, že máte někde nějaké rezervy. Nechtělo se mi ale odcházet od dětí, takže když se tady uvolnilo místo sociální pracovnice, tak jsem se přihlásila do výběrového řízení. Říkala jsem si, že bych jim teď mohla být nápomocná zase nějak jinak a někde jinde. A myslím si, že v nejlepším se má přestat, tak jsem po těch pěti letech ještě plná energie a dojmů raději odskočila do té administrativy. Teď mně to vyhovuje. Musím říct, že jsem se v sociální práci našla, protože tady mám nakombinované všechno. Je to hrozně fajn, že mám na jednu stranu i kontakt s klientem – můžu se prostě zvednout a jít za ním, když má např. narozeniny, a jít s ním na zmrzlinu. A na druhou stranu jim můžu pomoci, když se vyřizují např. příspěvky na péči, ZTP nebo nácvik, když jsem s klientem šla vyřídit občanský průkaz. Tohle mě baví. Tady to je takové různorodější. A zase když cítím, že nemám svůj den, tak si zalezu do kanceláře a dělám tu papírovou práci a pak, když mám dobrou náladu, energii, tak si zajdu za dětmi a jdeme „někam blbnout“.

Kde dobijíte energii a to naladění na klienty?

Mně pomáhá, že cvičím, a takovéto zklidnění, relaxace a snažit se netahat si práci domů. A samozřejmě naši klienti. Oni jsou úžasní. Někdy si říkám: zkusme si na chvíli, třeba na jeden den, vyměnit roli s těmi klienty. Zkusit prostě jeden den sedět na tom vozíku, abychom si jenom představili, co oni všechno prožívají. To my si ani nemůžeme představit. Já opravdu smekám před těmi klienty. Oni jsou opravdu mnozí úžasní, a když

nejsou úžasní a jsou třeba někdy protivní, já si vždycky říkám, že všechno má svou příčinu a my bychom se vždycky měli zaměřit na tu příčinu a ne na ten následek. Prostě nepeskovat klienta za to, že něco provedl, ale já se vždycky snažím zaměřit na to, proč to udělal. Protože nic se neděje náhodou, a když se pak podíváte, co ten klient prožívá doma nebo co on prožívá, když je v pubertě sám se sebou, hledání nějakého přítele, lásky. Mají to všechno mnohem těžší. Takže pak se nedivíme, že jsou někdy prostě protivní, že po nás chtějí hodně. Ale jak říkám, jeden den vyměnit se, ať si i někteří zaměstnanci v přímé péči zkusí sednout na vozík a teď jenom říct: „Prosím vás, pomůžete mně na záchod?“ Nebo jenom čekat, než někdo přijde na zavolání. Toto když si člověk uvědomí, tak si myslím, že ke klientům přistupuje s takovou ne přímo láskou, ale s takovým porozuměním.

Dobít energii mi pomáhá i supervize. Když jsem si potřebovala ulevit, něco probrat, tak v tom mi ta supervize pomohla hodně. Pořádají se také různé semináře, i proti syndromu vyhoření. Když si vybereme nějaký seminář, tak zaměstnavatel nám na něj přispívá, nebo dokonce celý hradí. Je to taková péče o zaměstnance. Měli bychom si uvědomit, že jsou dva druhy ohodnocení – nejen finanční, ale i práce na našem rozvoji. Teď sice peněz ubývá, ale na druhou stranu, Kociánka jako náš zaměstnavatel se snaží nás ohodnotit v profesním rozvoji, investuje do nás vědomostmi, což je někdy až k nezaplacení, bych řekla.

Co byste vzkázala našim čtenářům na závěr našeho rozhovoru?

Myslím si, že hodně důležité pro každou organizaci je mít strategický plán, aby ta organizace věděla vizi do budoucna. Ne jen přežívat pořád ze dne na den, ale rozvíjet se a otvírat se novým trendům a vědět, čeho chceme dosáhnout a za čím si jít. To si myslím, že bychom si měli uvědomit nejen v životě, ale i v rámci organizace. A pracovat na rozvoji zaměstnanců, protože zaměstnanci tvoří organizaci, takže pokud budeme rozvíjet zaměstnance i klienty, tak tím rozvíjíme i tu naši firmu.

Takže být proaktivní a nenechat se jen vláčet okolnostmi.

Ono jak se říká, když dlouho stojí voda, také to není dobré, takže občas nějaká ta vlnka ... také je to pořádku.

Připravila: Mirka Nečasová

Sport jako prostředek integrace

je jedním z témat diskuse s **Janou Kolkovou**, **Martinem Polášekem** a **Irenou Klimešovou** ze Sportovního klubu Kociánka Brno. Klub zajišťuje sportovní činnost dětí a dospělých s tělesným, převážně spastickým postižením. Spolupracuje jak s ÚSP Kociánka, tak i s handicapovanými sportovci a organizacemi celé České republiky. Sportovní klub je členem České federace Spastic Handicap, která sdružuje tělovýchovné jednoty a sportovní kluby v ČR. Sportovci tak získávají možnost jezdit na závody a měřit síly s dalšími sportovci se zdravotním postižením a v případě dobrých výsledků má sportovec možnost se zúčastňovat i mezinárodních akcí. Klub spolupracuje také na projektech Czech Sports Festival a Setkání bez hranic, které jsou zaměřené na integraci prostřednictvím práce se zdravými i handicapovanými dětmi i dospělými, dětmi s dětských domovů a diagnostických ústavů a dalšími cílovými skupinami. Webové stránky <http://www.skkbrno.webgarden.cz/>.

Mohli byste, prosím, klub našim čtenářům představit?

Jana Kolková (J. K.): Klub byl založen v roce 1983 a založili ho tehdy vychovatelé. Tehdy bývaly v Československé republice pořádány meziústavní hry, přesněji Celostátní hry tělesně postižené mládeže, které většinou pořádaly velké ústavy, jako je Kociánka, Jedličkův ústav Praha, Jedličkův ústav Liberec, Zbůch, jezdilo se i na Slovensko. Třeba já, jako dítě, jsem byla v Košicích na nějakých takových hrách. A těm vychovatelům, protože to byli sportovci, tak jim to připadalo strašně málo, jednou za dva roky. Proto založili klub – Tělovýchovnou jednotu ÚSP Brno. Hrály se hlavně šachy, dělalo se plavání a atletika. Takže oni vlastně založili tělovýchovnou jednotu proto, aby se mohlo více sportovat. No a po revoluci v roce 1990 vznikla Unie zdravotně postižených sportovců a tato Unie se začlenila do ČSTV. Unie se pak dál dělila na různé sportovní oblasti: pro sluchově postižené, mentálně postižené, pro tělesně postižené. Potom vznikl i Spastic Handicap (Česká federace Spastic Handicap), který je naším zastřešujícím orgánem. Je to sportovní svaz, který se hlavně zaměřuje na sportovce postižené dětskou mozkovou obrnou a zaměřuje se také na určité sporty. Samozřejmě to má zase svůj vývoj: dříve to byla třeba hlavně atletika, závažný kuželník, dráhové kuželky, plavání, lukostřelba, střelba ze vzduchovky, stolní tenis. Teď už je to zase jinak, konkrétně náš svaz se zaměřuje na cyklistiku, boccii (pétanque pro lidi s postižením), lukostřelbu, atletiku a curling. Spastic Handicap je členem Českého paralympijského výboru a jeho prostřednictvím je členem Mezinárodního paralympijského výboru.

Znamená to také, že svaz Spastic Handicap činnost klubu podporuje finančně?

J. K.: Ano. Tento rok nám sportovní svaz financuje dva plné úvazky. Když jedeme na nějakou akci, tak také proplatí závodníkům ubytování, stravu a dopravu. Svaz má např. ve svých směrnicích, že by měl jet na boccii vždy jeden sportovec a jeden asistent. Ale máme tady také případy, kdy jezdí i maminka, protože to jsou sportovci, kteří potřebují i péči v noci. To je někdy nad naše síly, a tak žádáme svaz o výjimku, jestli by mohl jet ještě jeden člověk navíc.

Takže problém je v těch financích, že by nemohlo jet více lidí?

J. K.: Je to problém potom s financemi.

Martin Polášek (M. P.): U dalších sportů, jako je atletika nebo kuželky, tak tam už to není tak náročné, protože ta děčka jsou samostatnější. Já s nimi jezdím sám jako vedoucí výpravy a oni se o sebe umějí postarat.

J. K.: Boccia je vlastně sportovní disciplína pro lidi s nejtěžším postižením. A většinou ti lidé opravdu potřebují péči jiné osoby. Potřebují asistenta celých 24 hodin, skoro by se dalo říct.

Takže boccia je hra pro ty, kteří mají největší handicap.

J. K.: No ano, jde většinou o nejtěžší formu DMO, kdy se často ani nedokáží sami najíst, takže potřebují, aby je asistent nakrmil.

Byla jsem se podívat na dvou závodech a musím říct, že jsem hleděla v úžasu, co člověk, který se ani nemůže moc hýbat, a hraje boccii, dokáže.

J. K.: To je právě na tom to nejkrásnější. Začali jsme hrát boccii od roku 1995, takže od tohoto roku se opravdu bocciiu zabýváme – vymýšlíme různé tréninkové metody, pomalounku se to vylepšuje a zlepšuje. Ten vývoj tam je vidět. Ale

to jsem chtěla říct, že tehdy, do toho roku 1995, nebylo tady pro lidi s těžkými handicapy opravdu nic. Pouze šachová disciplína, ale jinak nic, co se týká sportu, ve kterém by se mohli nějak zviditelnit.

Vraťme se ještě na chvíli zpět ke klubu a k financování jeho činnosti.

J. K.: Samozřejmě, ten balíček peněz ve svazu je také omezený. Takže pořád jsme nuceni ty peníze nějak shánět. Třeba reklamou nebo z darů. Je to ale každý rok horší a horší, asi kvůli krizi. A potom píšeme projekty, žádosti o dotace. Ale pořád narážíme na to, že těch peněz je málo. Tento rok máme krizový, ale věříme tomu, že příští rok bude zase o trošičku lepší. Je pravda, že neziskovky vůbec, že vždycky musíte počítat každou korunu a nedělat nějaké velké plány, protože nevíte, jestli ty peníze dostanete, nebo ne. To je vždycky sázka do loterie, jestli to vyjde, nebo nevyjde. Je to celkem problém, protože je nejistota. Já se třeba trochu bojím i toho, že spousta sportovců ten sport vzdá, vzdá i tréninky a všechno, pokud nebudou vůbec žádné peníze. Bojím se toho, že opravdu se tady za x let něco vybudovalo, něco jsme ty děti naučili, a když třeba dva roky se nebude sportovat, tak se může začít od začátku. Už tak se některé akce zrušily. Hlavně ale máme ten problém, že potřebujeme pracovníky, trenéry. Je pravda, že jsou to mladí lidé, že žijí skromně, ale musíme je z něčeho zaplatit. To je třeba pro mne teď největší problém: zajistit trenéry, zaplatit je. A potřebujeme také nějaké dobrovolníky.

Irena Klimešová (I. K.): Myslím si, že by to byla opravdu moc hezká praxe pro studenty.

J. K.: Dneska každý chce studovat a potom vyjet do zahraničí, což chápu. Je ale potřeba, aby si studenti vyzkoušeli praktickou práci. Ono to není jenom o tom sportu, ale i o osobní asistenci, o kontaktu, naučit se s těmi lidmi vůbec hovořit – vykládat si o obyčejných věcech, protože kolikrát klienti nedokáží artikulovat správně. To je také důležité. A oni studenti to třeba vědí, ale jen teoreticky. A potom mám takovou obavu, že celkově jako by ti zdraví lidé, i ti studovaní, jako by těm s postižením nerozuměli, protože s nimi přišli minimálně do styku.

Teoreticky to jde načíst a je to jednoduché, ale prakticky to zvládnout, to není jen tak. Dávala jsem se na webové stránky klubu

a našla jsem tam informaci, že sportovci, kteří mají tělesné postižení, mají možnost závodit společně s těmi zdravými.

M. P.: Je to v cyklistice a v atletice. Ale skrz ty handicapy nemůžeme měřit síly se zdravými sportovci. Takže můžou spolu startovat, můžou spolu sportovat, můžou si pomáhat, můžou si spolu povykládat, říct si svoje zkušenosti a předat nějaký ten svůj um, ale vždycky se bude výkon přepočítávat na koeficienty podle handicapů.

J. K.: Třeba právě ti atleti a cyklisti, to by bylo úplně nejkrásnější, kdyby mohli sportovat nebo trénovat se zdravými, protože tréninkové metody jsou vlastně stejné. A potom samozřejmě společné závody zdravých i závody těch s postižením. To by bylo úplně ideální.

M. P.: My se věnujeme integraci v rámci projektu Czech Sports Festival a Setkání bez hranic s Michaelem Svobodou, kdy jezdíme s dětmi z Kociánky po základních školách, po dětských domovech, diagnostických ústavech. Navštěvujeme je a udělá se nejdřív beseda, povykládáme si. A pak, co bereme vždycky s sebou, je sada boccie a zahrajeme si s nimi. Protože boccii může hrát zdravý i handicapovaný, je to úplně jedno. A to táhne a děcka opravdu hrají s obrovským nadšením. A až u té boccii se úplně seznámí, opravdu. O tom jsme se přesvědčili, ať už jsou to děcka z dětských domovů, diagnostických ústavů nebo ze základní školy, tak to seznamovací kolečko, to je opravdu jenom formalita. Ale pak, jak hrajeme boccii, tak oni si spolu značnou povídat, ta děcka mezi sebou, a už to dál funguje. Ta návaznost a taková ta zpevná vazba je tam až u té hry. A potom ukončíme hru a zase si sedneme a děti už se rozčlení na skupinky, povídají si a ta naše děcka do toho tak nějak zaplují. Jedna naše boccistka, hraje boccii druhou ligu, je toho zářný příklad. Říká: „Toto byla integrace. Toto byla konečně děcka, zdravá děcka, která se se mnou pobavila normálně. Která se na mě nedívala, že mám nějaký handicap – jakoby na výjimku.“ Bylo to perfektní, měla z toho strašnou radost. To jsem byl i já rád, protože málokdo z našich dětí mi to kdy řekl.

J. K.: To je vlastně další činnost našeho klubu, abychom ten sport tady v Brně představili, aby se o nás vědělo. Aby o nás věděli i mladí lidé.

M. P.: Spolupracujeme také s Policií ČR, zvou nás na různé svoje akce. Dělají na školách i preventivní programy. Někdo jim například zavolá ze školy: tady je hrozná šikana, ti učitelé si s tím



Jana Kolková, Irena Klimešová a Martin Polášek při diskusi. Foto: M. Nečasová

nevědí rady, potřebujeme tu policii, aby k tomu něco řekla. Ty dvě policistky, které se tím zabývají, říkaly, že nebudou přece jezdit s notebookem a pouštět nějaké projekty o tom, co ti hrozí, když něco uděláš a tak. To ta děcka nechytne. Takže to berou opravdu jako besedu – budeme si povídat. A pozve nás a zase, zahrajeme si bocciu, povykládáme si. Řekneme jim, že jsme na tom sice hůř, ale můžeme dělat víc. A vlastně ve výsledku, oni se – ne vždycky, někdy ano a někdy ne – oni se chytanou za hlavu a ptají se, kdy budeme mít nějaké závody, že nám přijdou pomoci. Takže v podstatě pro nás je to i taková dobrá věc, že z těch středních škol nebo i základek nám můžou přijít pomoci na bocciu jako dobrovolníci. Toho my si také ceníme, protože tady těch lidí na pomoc je málo.

To je výborné, jak je to oboustranné.

J. K.: A také se pak ví víc, o tom sportu a vůbec o životě handicapovaných.

M. P.: Jak jezdíme do dětských domovů, tak někde – teď už si nevzpomenu, kde – měli třípatrový dům. A teď ta děcka z domova nám chtěla ukázat, jak tady bydlí, chtěla se pochlubit. Bylo hezky, seděli jsme na zahradě a já říkám: „Vezmu chodící děcka a projdeme si to.“ A oni říkají: „Ne, my to chceme ukázat všem, i děckám na vozíku. Jak to uděláme?“ Říkám: „Tak to je musíte vytáhnout nahoru, protože oni to nevyjdou.“ A oni opravdu dřeli jak koně, vytáhli je až do toho třetího patra

a každé to patro jim ukázali – každý pokojíček i každou kuchyňku, prostě všechno předvedli. A teď někdy chtějí zase přijet k nám, na Kociánku. Není to jenom o tom jednorázovém kontaktu, že přijedeme, něco ukážeme, odjedeme a hotovo. Je to o tom, že jsme pořád v kontaktu a že nějakým způsobem to funguje dál.

J. K.: Třeba teď máme v říjnu bocciu a dětský domov tam přijde na závěr zatancovat, přijde tam s programem. Což je také hezké.

M. P.: Když se o turnajích jenom mluví, tak ta děcka si to neumějí představit. Přijedou teď tedy trochu dřív, podívají se na finálové zápasy a zažijí tu atmosféru velkého závodu. Tě hry, co si sami zkusili, a teď uvidí, jak to vypadá opravdu na profesionální úrovni.

Ještě bych se zeptala na spolupráci s ÚSP Kociánka – je tady zřejmě i nějaká pomoc z této strany.

J. K.: Pro nás třeba je pomoc, že nám toho sportovce dovezou na trénink, protože třeba Martin se svým handicapem nemůže běhat po celé Kociánce. Nebo když potřebujeme diagnózu, potvrzení, že může sportovat, tak tady ta spolupráce je. Není problém zavolat, přijít a je to během chvilky vyřízené. Snaží se nám vyjít vstříc a pomoci, když to je v rámci možností.

M. P.: Je také možnost tady ubytovat sportovce, je zde zázemí, stravování. To jsou služby, které můžeme využít, dá se říct, za lidovou cenu.

Zaznamenali jste i nějaké potíže?

J. K.: Pokud ten člověk má blízko ke sportu, tak nás má rád. Ale pokud má radši výtvarnou výchovu nebo něco jiného, tak radši se takto zaměřuje a ten sport jako by nebral vážně. Moje vize ve sportu není sbírat medaile, ale naučit naše handicapované sportovce ten pohyb zařadit do svého života. Toto je moje hlavní vize. Ale je pravda, že někdo je prostě na dramatickou výchovu nebo na hudební a taky je trochu problém škola. Děti na základní škole mají poměrně dlouhou vyučování.

M. P.: Středy mívají volnější, ale jinak mají opravdu do čtvrt na čtyři. Třeba já jsem tady byl od školky až do vyučení. A říkám si, že to jsem tady nezažil za celou tu dobu, co jsem zde studoval, že bych měl školu do čtvrt na čtyři. Jednou, dvakrát do týdne, to ano, už potom v té šesté sedmé třídě, ale každý den ne. Mluvil jsem se zástupcem školy a ten říkal, že rozsah toho, co musejí probrat, narůstá.

J. K.: Myslím si, že spousta dětí nesportuje. Oni by možná i chtěli, ale časově to nejsou schopni zvládnout.

M. P.: Měl jsem jednoho kluka ze základky, který chtěl dělat atletiku, a už to pomalu vyšlo. Rodiče byli nadšení, on byl nadšený, ale pak jsme zkoušeli dát nějak dohromady ten rozvrh a rodiče řekli: To nejde, protože on má do čtvrt na čtyři školu. Takže o půl čtvrté by mohl přijít na trénink, o půl páté skončí, o půl šesté je doma a ještě nějaká ta domácí příprava na vyučování na druhý den a to už prostě, on by to nevládl. Což je pochopitelné a museli jsme od toho ustoupit.

J. K.: Je to ale i věc motivace. Myslím si, že nejmíň sportuje dorost. To jsou kluci 16 let a víc a ti mají takové to smutné období, že se jim nechce nic dělat. Ten pohyb nějak nevyhledávají.

Můžete je nějak motivovat?

M. P.: Můžeme a v tom nám pomáhají vychovatelé. Když mají nějakého uživatele, kterému by vyhovoval sport, tak, protože vědí, jaké sporty děláme, se s námi domluví, nebo ho přímo dovezou a my mu ukážeme ten sport nebo i víc sportů. A on si to nechá rozležet v hlavě a potom třeba přijde a sportuje. Nebo to třeba jenom zkusí a zjistí, že ho to vůbec nebaví, a najde si něco jiného.

J. K.: Osvědčilo se také, že Martin se třeba zaměří na jeden pavilón. A poprosí i paní uklízečky, jestli si chtějí zahrát s dětmi. To má větší úspěch, než kdybychom to udělali pro celou Kociánku, protože každý pavilón má jiný režim a je to náročné skloubit.

Mně se ohromně líbí, že se zapojí i paní uklízečky...

M. P.: Ty lidi tady chodí kolem sebe a vlastně se neznají. Tak jsem vyhlásil turnaj. Říkám: „Pojďme, uděláme to celý měsíc a budeme hrát. Pojďme všichni, kuchařky, provozní pavilónu, vedoucí, uklízečky, i dvě paní z prádelny tam byly, vychovatelé, pracovníci v sociálních službách, pojďme, budeme hrát.“ Jak měli čas a jak měli služby, tak se mně v tělocvičně všichni prostřídali a mělo to fakt obrovský úspěch. A ta děcka najednou zjistila, že ta paní uklízečka, která je peskuje, že jí lítají po mokré chodbě, že je vlastně normální ženská, že si s ní můžou normálně pokecat a tak.

J. K.: My vlastně ty turnaje v rámci Kociánky dělat musíme. Samozřejmě máme sportovce, kteří jezdí na závody po republice. A potom máme další sportovce, kteří jsou buď nezařaditelní, že s tou svou diagnózou třeba do toho sportu nepatří. Třeba je tam kombinované, i mentální postižení, takže víme, že by to nevládli. Ale oni chtějí také sportovat, chtějí také hrát. Takže třeba vymyslíme, že uděláme tady trojboj v boccii, a přijdou děcka z dílen a z jiného pavilónu.

M. P.: Uděláme turnaj, nakoupíme medaile – ty stojí nějakých pár korun, čokoládky a tak. A ta děcka budou mít radost. Teď jsme tady měli v rámci projektu integrace základní školu a hrála se boccia tady na hřišti. Děti si prošly Kociánku, podívaly se, jaká tady jsou zvířátka, kde je jaký pavilón, pan ředitel je přivítal na ředitelství. Takže pro ta děcka to bylo takové pěkné a naše děti potom dostaly medaile. My jsme pak poslouchali ještě dva dny na tréninku, jakou z toho mají radost. Děcka dostanou medaili a celý týden ji nosí na krku.

J. K.: My pořád mluvíme o boccii, ale je fakt, že boccia je nejlepší pro sblížení. To je zas o tom, že když nalákáme to dítě na bocciu, může se pak klidně pustit i do jiného sportu. Můžeme dát nabídku rodičům – vaše dítě má sice handicap, ale mohl by být dobrý v lukostřelbě, protože má zdravé horní končetiny, dobře se učí, dokáže tu techniku pochopit. Záleží to potom pochopitelně na rodičích. Seznámíme je s nějakým sportem a potom se to dál může rozvíjet úplně jiným směrem. Boccia je taková jako vstupní. Mám třeba kamaráda, který hrál bocciu i v domově důchodců se seniory. Opravdu se snažíme učit ten sport jako náplň volného času, zábavu s kamarády. To si myslím, že to je to nejdůležitější.



Z archivu Sportovního klubu Kociánka – hra bocce (pétanque pro lidi s postižením)

Takže nejde až tak úplně o ten výkon.

J. K.: Samozřejmě, když vidíme, že výkony jsou dobré, tak se snažíme. Nebo spíš ten sportovec víc spolupracuje se svazem, kde se mu snaží pomoci z druhé stránky třeba finančně s trenérem. Někdy se nám ale naopak stává, že uvidíme klienta po deseti letech a přibere 10 kg, protože je někde na venkově, na vesnici a tam se nic neděje – tedy pro něj se nic neděje. To by bylo nejlepší, když my ho něco naučíme, tak kdyby potom v místě bydliště se někde začlenil do nějaké pohybové aktivity. To už je ale spíš jen sen.

I. K.: Přesně tak. Když je člověk z nějaké malé vesnice, kde o tom nemají ani ponětí, co to je nějaké postižení a co to obnáší, natož aby se zabýval sportem...

Máte nějaké rady pro toho, kdo by chtěl pracovat na integraci lidí pomocí sportu?

J. K.: Myslím si, že v žádném případě se toho rodiče nemají bát. Mají se přijít podívat, co děláme, jak to děláme, jaké jsou možnosti. To se chce hlavně podívat a vyzkoušet, protože každého baví něco jiného.

Jít se podívat někam, kde to funguje.

J. K.: Ano, přímo osobní kontakt. Jezdí za námi např. maminka z Třebíče, co má syna na vozíku. On sice zkoušel hrát s dospělými basket, ale to je špatně, protože je to žák druhého stupně a po-

trebuje vrstevníky. Tak jezdívá k nám na sportovní odpoledne a je spokojen, protože si vyzkoušel všechno a byl s kamarády.

To se zas ukazuje, že nejde jen o tu hru, ale o to, být s ostatními.

J. K.: Přesně tak, o tu společnost, o ty kamarády. Já si myslím, že hlavně v tom počátku to musí být zábava. Ten pohyb musí být zábava. A všechno je to o té rodině. Protože my tady samozřejmě chodíme, nabízíme, ale pokud klient má rodinu – i když je tady přes týden ubytovaný – a s tou rodinou to rozebere a ona mu jako pomůže: ano, zkus to, tak to si myslím, že je to ono.

I. K.: Je to o té rodině – jestli mu chce pomoci nebo jestli ho bude oprašovat jak kytičku ve skleníku.

M. P.: Spousta rodičů ani neví, že jejich dítě může sportovat. Víím z vlastní zkušenosti, kdy jsem někoho „lanařil“ ke sportu, a byl u toho i ten rodič a říká: „Přece ten můj syn nemůže sportovat, protože má handicap, jaký má.“ A já říkám: „Ale může sportovat, může hrát bocce, může jít do atletiky, tam může zkusit nějakou vrhačskou disciplínu, protože ten jeho handicap není až tak velký.“ Říkám, jde jen o to, prostě přijít, zkusit si to a najít, co mu bude vyhovovat. A rodiče pak jsou překvapení, že opravdu to jde a že najednou ty děti mají úspěchy.

Připravila: Mirka Nečasová

Symbia vyjadruje snahu žiť v symbióze s ľuďmi okolo

Na nasledujúcich riadkoch prinášame rozhovor s PaedDr. **Janou Izraelovou**, ředitelkou Domova sociálních služeb Symbia, který se nachází ve městě Zvolen v Banskobystrickém kraji. Bližší informace o tomto zařízení jsou k dispozici na stránkách www.symbia.sk.

Čo alebo kto sa skrýva pod názvom Symbia?

Prídomek „Symbia“ nosíme od roku 1995 a vyjadruje našu snahu žiť v symbióze s ľuďmi okolo. Sme domov sociálnych služieb pre deti a mladých ľudí do 26 rokov s mentálnym alebo telesným postihnutím. Naše služby poskytujeme prevažne ambulantnou formou. V roku 2009 sme získali registráciu aj ako špecializované zariadenie, kde sú našimi klientmi deti a mladí ľudia s diagnózou autizmus a ostatnými poruchami autistického spektra.

Aká je filozofia Symbie?

Predovšetkým vedíme klientov k aktívnemu spôsobu života, k samostatnému rozhodovaniu o sebe podľa individuálnych limitov. V práci uplatňujeme tímový prístup a klient je tiež súčasťou tímu. Akceptujeme tiež nezvyčajné spôsoby správania klientov, pokiaľ neohrozujú ich zdravie alebo bezpečnosť, či bezpečnosť okolia.

Čo znamená táto filozofia vo vašej praxi konkrétne?

Každý klient má svoj individuálny rozvojový program, ktorý je kompromisom medzi chceným a možným. Potom si vyberá, čo bude počas dňa u nás robiť, vyberá si samostatne alebo s podporou svojho kľúčového človeka. Na výber je mnoho zaujímavých aktivít – tkanie, práca s hlinou, maľovanie, pomoc v kuchyni, pomoc s vozíkmi pri vychádzkach, udržiavanie dvora, rehabilitácia, canisterapia, muzikoterapia, snoezelen... Niektoré aktivity majú pevne stanovený čas a priestor, iné možno robiť hocikedy voľne. Naším klientom vyhovuje určitá miera stereotypu, opakovanie aktivít, ktoré majú zvládnuté a sú pre nich zdrojom istoty a pozitívnej spätnej väzby. Zriedka sa stane, že aktivity odmietnu, častejšie sú situácie, kedy sa musia rozhodnúť, čo si vyberú. U malých detí dbáme predovšetkým o zvládnutie základných sebaobslužných úkonov a nácvik komunikácie.

To, čo hovoríte, je určite veľmi náročné a zložité, ako to zvládáte v každodennej praxi?

Všetky moje kolegyně sú kvalifikované na výkon svojej práce, to je základ. Okrem toho máme dlhé roky zavedený systém priebežného vzdelávania, ktorého obsah si sčasti vopred plánujeme a sčasti reagujeme na aktuálne a akútne veci v procesoch práce s klientmi. Svoje miesto si u nás našla aj supervízia. Niekedy prichádzajú i ťažké chvíle, napríklad keď sa Jozefovi zhorší zdravotný stav, keď sa nám nedarí nájsť spoločnú reč s Ondrovým rodičom, keď Ivanovi rodičia tvrdia, že jeho vozík je ešte OK, ale fyzioterapeutka už dva roky upozorňuje na nevhodné sedenie ... také bežné veci, ktoré nás niekedy vedia rozladiť. Vždy sa nám osvedčilo hovoriť o nich.

Hovoríte o nich aj s rodičmi?

Tak ako v školách má každý rodič iné nároky a predstavy o vyučovaní pre svoje dieťa, tak je to aj u nás. Chodí k nám 36 klientov a väčšina ich rodičov s nami denne komunikuje, hovoríme spolu o pokrokoch i sklamaníach ich detí. I negatívna odozva (keď sa vyskytne) je odozva. Vtedy sa pýtame, čo vedie rodiča k takej reakcii, aký má dôvod byť nespokojný. Je pre nás dôležité komunikovať s rodičom na „rovnakej vlnovej dĺžke“, vtedy je naša spolupráca najlepšia.

V súčasnosti sa často stretávame s „módnou“ diagnózou autizmus. Aký je pohľad z vášho špecializovaného zariadenia?

Niekedy aj moje kolegyně z Regionálneho centra autizmu zo žartu hovoria, že autizmus sa musí šíriť vírusom. Pravda je tá, že s istotou dnes ešte nikto neurčil príčinu tohto stavu, že má mnoho podob, že je často spojený aj s mentálnym postihnutím. Častejší výskyt tejto diagnózy by sme mohli pripísať aj kvalitnejšej diagnostike. V deväťdesiatych rokoch autistické deti boli schované pod mentálne postihnutie.



Ilustrační foto: Jan Dokoupil.

Aké služby poskytujete autistom?

V ambulantnej forme je to celodenná starostlivosť spojená s nácvikom sociálnych zručností, predovšetkým s nácvikom zmysluplnej komunikácie a tiež sebaobsluhy. Autisti majú často problém, ako tráviť voľný čas, tak ich to učíme. Okrem toho poskytujeme špecializované sociálne poradenstvo v rodinách, zariadeniach sociálnych služieb, školách, škôlkach na území Banskobystrického kraja.

Čo je obsahom špecializovaného poradenstva?

Zjednodušene povedané naučiť rodičov, príbuzných, učiteľov porozumieť správaniu autistického dieťaťa a naopak, pomôcť dieťaťu pochopiť, ako okolitý svet funguje, ako vyjadriť, čo chce, prijateľnou formou. Toto poradenstvo prebieha najprv u nás, v Symbii, potom moje kolegyně navštívia rodinu alebo zariadenia a spoločne hľadajú možnosti nápravy.

Robíte poradenstvo i v školách – ako sociálna inštitúcia?

Autizmus je pervazívna vývinová porucha, vyžaduje biodromálny a celostný prístup. Dieťa

a rodina potrebuje pomoc a podporu a v rámci špecializovaného poradenstva akýkoľvek rezortizmus nie je namieste. Preto pomáhame koordinovať aj postupy v školách a škôlkach, odporúčame erudovaných psychiatrov, psychologov, pomáhame hľadať osobných asistentov.

Pani riaditeľka, predstavte si, že máte tri oriešky a v každom z nich je splnené pranie pre Symbiu. Aké sú Vaše prania?

Potešilo by ma, keby sme sa nezabúdali akceptovať i navzájom a nesnažili sa meniť jeden druhého. Keď meniť, tak jedine sám seba. V čase nášho rozhovoru sú pred nami vážne rozhodnutia súvisiace s nepriaznivou ekonomickou situáciou v našom kraji. Bolo by znakom múdrosti netrvať za každú cenu na znižovaní nákladov na sociálne služby, aby sa dosiahnutá kvalita nerozplynula vo všednej kvantite.

A posledné želanie je, aby sme rozdávali a prijímali lásku a starali sa o svoje zdravie, pretože všetky ostatné hodnoty života sú bez nich zbytočné.

Rozhovor pripravila: Anna Žilová
Redakčná úprava: Iva Burianová

Možnosti pracovného uplatnenia občanov so zdravotným postihnutím

V nasledujúcom článku prinášame rozhovory so zástupcami spoločnosti **M-PROMEX, s. r. o.**, so sídlom v Kysuckom Novom Meste. Uvedená spoločnosť sa v praxi od roku 2003 venuje problematike pracovného uplatnenia občanov so zdravotným postihnutím. Spoločnosť prevádzkuje chránenú dielňu a tiež má povolenie na činnosť agentúry podporovaného zamestnávania.

O problematike chránených dielní a chránených pracovísk sme sa rozprávali s PhDr. **Jozefom Paukom**, psychológom (špecializácia na oblasť psychológie práce) s dlhoročnou praxou v oblasti ľudských zdrojov v priemysle a tiež vo verejných aj súkromných službách zamestnanosti. V posledných rokoch pôsobí aj ako externý učiteľ v univerzitnej príprave sociálnych pracovníkov. V spoločnosti pôsobí ako jej konateľ a štatutárny zástupca, ale aj ako poradca, lektor, projektový expert a projektový manažér.

Charakterizujte obsah a rozsah činnosti chránenej dielne (CHD).

Naša spoločnosť M-PROMEX, s. r. o., prevádzkuje chránenú dielňu, ktorá je organizačne rozdelená na dve chránené pracoviská. Prvým je chránené pracovisko textilná výroba. V súčasnosti tu pracuje celkom 8 zamestnankýň so zdravotným postihnutím (ZP), všetky pracujú na 4-hodinový skrátený pracovný úväzok. Okrem toho činnosť a prevádzku pracoviska zabezpečujú 2 zdravé pracovníčky. Pracovisko vzniklo predovšetkým so zámerom výroby pracovného oblečenia na zákazku. Postupne sa sortiment pracoviska rozšíril o výrobu posteľného programu, reštauračného programu a tiež o výrobu drobných darčkových predmetov a propagačno-reklamných výrobkov z textilu.

Druhým pracoviskom chránenej dielne je automatizované spracovanie dát s využitím počítačovej techniky. V súčasnosti je obsadených 7 miest zamestnancami so ZP. Aj tu majú zamestnanci skrátený pracovný úväzok v rozpätí 4 až 5 hodín denne. Na organizovaní a chode pracoviska sa podieľajú aj dve zdravé zamestnankyne. Pracovisko bolo vytvárané predovšetkým so zámerom poskytovať služby s využitím PC pre podniky a organizácie, prípadne aj verejnosť a pôvodne sme predpokladali predovšetkým prácu v oblasti tvorby a udržiavania webových stránok a spracovávaní rôznych údajov (texty, fotografie, videá a pod.). V prvom roku činnosti sa však podarilo získať dlhodobú zákazku od vý-

znamného regionálneho partnera – strojárkeho podniku. Predmetom tejto spolupráce je rutinné nahrávanie údajov o dennej produkcii všetkých zamestnancov do informačného systému podniku. Toto sa stalo hlavnou a vlastne jedinou činnosťou pracoviska.

Podiel občanov so ZP na celkovom počte zamestnancov presahuje 75 % vo fyzických osobách.

Aká je Vaša motivácia k prevádzkovaniu CHD?

Rozhodnutie o vytvorení chránenej dielne sa urobilo v závere prvého polroku 2002. Ja som sa stal konateľom spoločnosti v júli 2004. Prevzatie komplexnej zodpovednosti za spoločnosť bolo spojené aj s prebratím zodpovednosti za dodržanie záväzku voči Okresnému úradu práce v Kysuckom Novom Meste – udržať obsadenosť vytvorených pracovných miest pre občanov so ZP po dobu troch rokov. Podľa mojich informácií značná časť pracovných miest pre občanov so ZP zanikala po splnení záväzku zamestnávateľa voči úradu práce. V našej spoločnosti sme sa rozhodli pre stratégiu trvalej udržateľnosti prevádzky chránenej dielne a jej dvoch chránených pracovísk. Motiváciou pre túto víziu bola jednak sociálna rovina, teda úsilie o udržanie zamestnanosti občanov znevýhodnených na trhu práce, ale zároveň aj určitá miera profesionálnej hrdosti v zmysle dokázať, že je možné prevádzkovať CHD dlhodobo a nie iba účelovo do doby splnenia záväzku za prijatý príspevok.

Aký bol vývoj slovenskej legislatívy upravujúcej vznik a prevádzku CHD?

Na tomto mieste nie je možné urobiť podrobnú analýzu vývoja. Obmedzím sa na niektoré vybrané aspekty. Slovenská legislatíva dlhodobo obsahuje nástroje finančne podporujúce vytváranie nových pracovných miest a príspevok na úhradu prevádzkových nákladov v chránených dielnach a chránených pracoviskách. Negatívom vo vývoji je množstvo čiastkových a nie vždy premyslených



Ilustrační foto: Jan Dokoupil.

a systémových zmien v legislatíve a následne v interných metodikách ústredia a úradov práce, sociálnych vecí a rodiny (ÚPSVaR).

Takéto zmeny prinášajú prinajmenšom dva negatívne dôsledky. Prvým dôsledkom je existencia nástrojov na podporu zamestnávania osôb so ZP, ktoré nie sú dostatočne funkčné a aplikovateľné v praxi. Ako príklad možno uviesť nástroje: príprava na pracovné uplatnenie občana so ZP (§ 55a zákona o zamestnanosti), príspevok na udržania občana so ZP v zamestnaní (§ 56a) alebo príspevok na obnovu alebo technické zhodnotenie hmotného majetku chránenej dielne alebo chráneného pracoviska (§ 57a). V praxi je nedostatočné aj uplatňovanie nástroja príspevok na pracovného asistenta (§ 59).

Za druhý negatívny dôsledok vývoja legislatívy pokladám neustále sa zvyšujúcu administratívnu náročnosť, čo výrazne komplikuje cestu k získaniu príspevkov či už na vytvorenie nových chránených dielní a chránených pracovísk, alebo na získanie príspevkov na prevádzku chránených dielní chránených pracovísk.

V čom vidíte najväčší význam pre osoby so zdravotným postihnutím zamestnané vo Vašej CHD?

Domnievam sa, že hlavný prínos je v ich šanci realizovať sa prostredníctvom práce, pravidel-

ného zamestnania. V prípade našej spoločnosti je to šanca pre dlhodobé zamestnanie. Prínosom je určite aj možnosť spoločenského uplatnenia, byť členom pracovného tímu, ktorý má spoločné ciele, spoločné ťažkosti, radosti aj starosti. V neposlednom rade je to možnosť zlepšiť finančnú situáciu svoju a svojej rodiny.

Ako sa vám darí zabezpečiť prácu pre CHD v súčasnej dobe hospodárskej krízy?

Situácia nebola vôbec jednoduchá. Je však potrebné uviesť, že to spôsobil nielen dopad krízy, ale aj nepochopiteľná zmena pravidiel pre určenie výšky príspevku na prevádzku CHD zo strany ÚPSVaR (čo sa prejavilo v tom čase znížením príspevkov cca o polovicu). Otázka príspevkov sa však pomerne rýchlo vyriešila.

Na prevádzke oboch našich chránených pracovísk sa dôsledky globálnej ekonomickej krízy prejavili predovšetkým poklesom zákaziek a odbytu našich produktov, výrobkov aj poskytovaných služieb. Mesačné výkony chráneného pracoviska automatizované spracovanie údajov sa postupne v roku 2009 znižovali, a to až na neuveriteľných 20 % oproti úrovni pred krízou. V súčasnosti sú výkony na úrovni pred krízou. Horšia situácia je v chránenom pracovisku textilná výroba. Na rozdiel od druhého pracoviska nie je so žiadnym odberateľom uzatvorená dlhodobá

zmluva. Pre zabezpečenie odbytu je potrebné permanentne bojovať o nové objednávky.

Nahrádzajú si niektorí zamestnávateľa prostredníctvom vám zadaných zákaziek povinný podiel zamestnávania OZP?

Áno, niektorí. V SR má každý zamestnávateľ s počtom zamestnancov nad 20 povinnosť zamestnávať 3,2 % občanov so ZP. Pre splnenie tejto povinnosti sa môže rozhodnúť medzi alternatívami: zamestnať občana so ZP alebo zadať zákazku, na ktorej zhotovení sa budú podieľať občania so ZP (napríklad CHD), alebo zaplatiť sankčný odvod štátu za neplnenie povinnosti.

Pri nadväzovaní nových kontaktov so zamestnávateľmi, ktorí neplnia povinný podiel a odvádzajú sankčné odvody štátu, sa stretávame aj s prekážkami. Možno ich zovšeobecniť nasledovne: malý záujem o riešenie problematiky zamestnávania osôb so ZP (zaplatiť odvod je jednoduchšia cesta), neznalosť zákona a alternatívnych možností riešenia, zaužívané zvyky a postupy (nechcú sa pustiť do nových riešení), spokojnosť s doterajšími dodávateľmi.

V ktorej pracovnej pozícii pri prevádzke CHD by pre Vás bola najvhodnejšia pozícia sociálneho pracovníka?

Domnievam sa, že vo väčšej alebo menšej miere každý zamestnanec našej spoločnosti, ktorý sa v rámci svojej práce stretáva so zdravotne postihnutými spolupracovníkmi, sa zapája do sociálnej práce s nimi. Najbližšie k dennému výkonu prvkov sociálnej práce majú bezprostredne nadriadení pracovníci, teda vedúce oboch chránených pracovísk. Tieto riešia praktické otázky zabezpečenia práce a činnosti, jej organizácie, majú na starosti komunikáciu s nimi a ovplyvňujú ich vzájomné vzťahy a atmosféru na pracoviskách. Obe vedúce pracovísk však majú stredoškolské vzdelanie iného zamerania, než je sociálna práca.

Som presvedčený, že priestor pre určité formy sociálnej práce majú aj štatutárni zástupcovia spoločnosti, prokuristka a konateľ. Ja ako konateľ spoločnosti mám priestor pre sociálnu prácu najmä v podobe vytvárania pravidiel vzájomných vzťahov a prístupu ku zdravotne postihnutým, formovania atmosféry, konzultácií, poradenstva, zabezpečovania podmienok pre činnosť chránených pracovísk a príležitostne aj riešenia konfliktov.

Napriek uvedenému pravdepodobne najvhodnejšia pracovná pozícia na aplikáciu sociálnej práce v našich podmienkach by bola pozícia pracovného asistenta podľa § 59 zákona NR SR č. 5/2004 Z. z., o službách zamestnanosti. O vytvorení takýchto pozícií uvažujeme už dlhšiu dobu.

Viem, že participujete na príprave vysokoškolsky vzdelaných sociálnych pracovníkov. Čo by ste ako špecifikum odporúčali do učebných osnov vo vzťahu k pracovnému uplatneniu OZP, resp. iným oblastiam ich života pri príprave tejto profesie?

Podľa mojich informácií majú študenti sociálnej práce počas bakalárskeho a magisterského štúdia predmety, ktoré s problematikou pracovného uplatnenia občanov so ZP aj celkovej kvality ich života súvisia (najmä sociálna práca so zdravotne postihnutými, sociálna práca s nezamestnanými, politika zamestnanosti a pod.). Myslím si, že do učebných osnov by bolo možné zvážiť zaradenie krátkodobých stáží alebo odbornej praxe priamo na fungujúcich chránených dielnach alebo pracoviskách. Tiež sa domnievam, že pre zabezpečenie fungovania chránených dielní je potrebné rozumieť finančnému riadeniu, celkovej ekonomike a prevádzke takýchto zariadení. Určite by neuškodil predmet, ktorý by poskytoval základnú orientáciu v otázkach financovania, finančného manažmentu, prevádzkových nákladov, účtovníctva, a to v rovine štandardných činností ako aj v rovine projektových činností.

Na tému **agentúry podporovaného zamestnávania** v pôsobnosti spoločnosti M-PROMEX, s. r. o., sme sa zhovárali s Mgr. **Jozefom Paukom** ml. Je absolvent študijného odboru sociálna práca. Podieľa sa na činnosti spoločnosti predovšetkým ako organizačný pracovník, lektor, odborný poradca a konzultant. Participuje jednak na zabezpečovaní činnosti chránenej dielne, ale aj na projektoch realizovaných prostredníctvom agentúry podporovaného zamestnávania (APZ).

Čo viedlo vašu spoločnosť k založeniu agentúry podporovaného zamestnávania?

Činnosť APZ podľa zákona NR SR č. 5/2004 Z. z., o službách zamestnanosti, je zameraná na dve cieľové skupiny, a to na dlhodobo nezamestnaných a občanov so ZP. Keďže naša spoločnosť sa dlhodobo venuje problematike zamestnávania

osôb so ZP, konkrétne v chránených dielňach, pokladali sme rozšírenie činností v podobe APZ za logické. Určitým impulzom bolo aj odporúčanie zástupcov ÚPSVaR v Čadci, aby sme založenie APZ zväžili aj v kontexte regionálnych potrieb. ÚPSVaR mal v úmysle nadviazať spoluprácu s APZ, no funkčná APZ v regióne Kysúc ani v blízkom okolí prakticky nejestvovala. Vytvorením APZ sme teda reagovali na regionálne potreby, snažili sa pokryť takýmito aktivitami predovšetkým región Kysúc, prípadne Žilinský kraj, čo sme premietli aj do žiadosti o vydanie povolenia na činnosť APZ.

V čom spočíva konkrétne činnosť vašej agentúry podporovaného zamestnávania?

Povolenie na výkon agentúry APZ bolo našej spoločnosti vydané v decembri 2005. Po zvážení dostupných informácií a regionálnych potrieb sme sa rozhodli vykonávať činnosť APZ v súlade s celkovým rozsahom činností uvádzaných v § 58 zákona NR SR č. 5/2004 Z. z., o službách zamestnanosti. Zameriavame sa na poradenstvo pre dlhodobo nezamestnaných, poradenstvo pre občanov so ZP, poradenstvo pre zamestnávateľov, vyhľadávanie vhodného zamestnania, zisťovanie schopností a vyhľadávanie vhodného zamestnanca.

Už pri navrhovaní APZ, pri spracovaní projektu na jej činnosť sme si boli vedomí problémov súvisiacich s ich činnosťou, a preto sme deklarovali, že chceme vykonávať svoju činnosť predovšetkým na projektovom princípe, čo znamená, že sme neplánovali sústavný výkon činnosti APZ so stálym tímom, ale predpokladali sme navrhovanie projektov a v prípade ich získania výkon činnosti APZ financovaný práve z rozpočtov projektov.

V rokoch 2006 až 2007 boli dobré podmienky pre takto chápanú projektovú činnosť. Realizovali sme viacero projektov pre potreby ÚPSVaR v Čadci, Žiline, Martine a Považskej Bystrici. V roku 2006 sme mali do projektov APZ zapojených celkom 448 klientov, z toho 317 so ZP, v roku 2007 to bolo 151 klientov, z nich 26 so ZP. V nasledujúcich rokoch sme už nemali priamo projekty realizované prostredníctvom APZ, no pri realizácii iných projektov participovala aj APZ s priemerným ročným počtom cca 30 klientov, z toho cca 15 so ZP. V druhom polroku 2010 sme realizovali pre potreby ÚPSVaR projekt Poradenstvo pre znevýhodnených UoZ pre skupinu

20 znevýhodnených UoZ v spolupráci s APZ. Aj v budúcnosti máme v úmysle uchádzať sa o projekty umožňujúce činnosť APZ.

Aké najväčšie problémy sa podľa vás vyskytujú v činnosti vašej APZ?

Základným problémom sú finančné zdroje na činnosť APZ. Podľa platného zákona o službách zamestnanosti je daná možnosť financovania činnosti APZ prostredníctvom dohôd s príslušnými ÚPSVaR. Toto ale znamená príležitostné možnosti a nie trvalú činnosť. Práve poznanie tohto stavu nás viedlo k úsiliu kreovať našu APZ na projektovom princípe. Hoci v súčasnosti nie sú vyhlásené projekty priamo pre agentúry podporovaného zamestnávania, naďalej zostáva činnosť APZ medzi hlavnými činnosťami našej spoločnosti. Sme v štádiu, kedy poskytujeme bezplatné služby tým klientom, ktorí nás o to požiadajú, alebo s ktorými sa kontaktujeme v rámci iných projektov.

Pre zabezpečenie činnosti APZ v budúcom období je potrebné aj zo strany štátu prehodnotiť možnosti a potreby a hľadať prijateľný spôsob na zabezpečenie ich financovania. Riešením môže byť začlenenie projektov realizovaných prostredníctvom APZ do niektorého z národných projektov.

Ako vnímate prienik činnosti APZ a sociálnej práce?

Agentúru podporovaného zamestnávania pokladám za určitú špecifickú formu sociálnej práce práve s dvomi konkrétnymi cieľovými skupinami – dlhodobo nezamestnanými a občanmi so ZP, pričom súvisiacou cieľovou skupinou sú predstavitelia zamestnávateľov zaoberajúcich sa otázkami zamestnávania uvedených dvoch cieľových skupín občanov. Prostredníctvom APZ je možno vykonávať sociálnu prácu v podobe skupinového aj individuálneho poradenstva, určitej formy diagnostiky pracovného potenciálu (zisťovanie schopností), poradenstva a orientácie v problematike trhu práce a sveta práce a tiež poskytovať služby, ktoré môžeme súhrnne označiť ako pomoc pri sprostredkovaní zamestnania. Môžem konštatovať, že nami realizované projekty prostredníctvom APZ dávali veľký priestor pre uplatnenie metód a postupov sociálnej práce v praxi.

Rozhovory realizovala: Anna Žilová
Redakčná úprava: Iva Burianová

Jako doma...

se mají podle slov Bc. **Vladimíry Řáhové** cítit klienti Domova pro mentálně postižené v Liberci-Harcově, obecně prospěšné společnosti, jejímž cílem je poskytovat sociální služby dospělým lidem s mentálním a/nebo kombinovaným postižením. Hlavní snahou všech zaměstnanců Domova je umožnit lidem s postižením vést v maximální možné míře samostatný život srovnatelný s vrstevníky bez postižení. Na následujících řádcích vám Domov Harcov krátce představíme, bližší informace mohou zájemci nalézt na www.domov-harcov.cz.

Domov Harcov vznikl z iniciativy rodičů dětí s mentálním postižením, kteří se obávali o budoucnost svých dospělých dětí poté, co jim již nebudou moci sami poskytovat náležitou péči. Tento Domov je určen právě dospělým (tj. od 18 let věku), kteří z důvodu svého mentálního postižení potřebují pomoc jiné osoby při zvládnutí nepostradatelných každodenních úkonů. Služby však nejsou určeny těm, kteří jsou schopni za pomoci v místě dostupných terénních sociálních služeb zůstat ve svém domácím prostředí, ale ani těm, jejichž zdravotní stav vyžaduje péči v lůžkovém zdravotnickém zařízení. „*Chceme, aby naši uživatelé žili s pomocí svých vlastního život,*“ shrnuje filozofii Domova jeho ředitelka Vladimíra Řáhová.

V Domově Harcov jsou klientům nabízeny tyto služby: Domov pro osoby se zdravotním postižením, Chráněné bydlení a Chráněné zaměstnání a centrum denních služeb – chráněné dílny.

Domov pro osoby se zdravotním postižením má kapacitu 25 míst a primární snahou této služby je zajistit důstojné podmínky k životu lidem s těžkým mentálním postižením. Klientům je zde zabezpečen prostor pro vlastní seberealizaci a názor a také místo k životu utvořené podle potřeb jednotlivce; každý z nich má vytvořen svůj individuální plán, s jehož pomocí zaměstnanci usilují o to, aby se zde všichni obyvatelé cítili dobře, jako doma...

Možnost bydlet ve skupinkách umožňuje Chráněné bydlení Harcov. Snahou služby je pomoci lidem s mentálním postižením žít s individuální podporou týmu samostatným a zodpovědným životem. Služba podporuje uživatele v samostatném rozhodování, zachovává mu sebekontrolu nad vlastním životem. A to jak v oblastech běžného každodenního rozhodování (např. co jíst, co si obléci...), tak i ve sféře závažných životních rozhodnutí (kde a s kým

bydlet, kde pracovat...). Přičemž každý klient má zajištěnou podporu svého klíčového pracovníka. Z předchozí charakteristiky je zjevné, že zaměstnanci Domova nijak neomezují přátelské a milostné vztahy svých klientů. Nenásilnou formou vedou partnerské dvojice k sexuálně odpovědnému chování, a vyskytne-li se ve vztahu problém, neváhají své klienty motivovat k návštěvě manželské a rodinné poradny. V chráněném bydlení již mají zaměstnanci zkušenosti s tím, jak bolestně klienti prožívají rozpad svého vztahu; mnohdy je nezbytná, stejně jako u osob bez postižení, intervence odborníka. V Domově již zažili situaci, kdy po rozchodu partnerů, kteří společně bydleli, se tito lidé nemohli domluvit, který z nich se z chráněného bytu odstěhuje a který zůstane (zůstat totiž chtěli oba dva). Nakonec si sami uvědomili neudržitelnost stávajícího stavu a dohodli se, za podpory svých klíčových pracovníků, na přijatelném kompromisním řešení.

Prostřednictvím chráněného zaměstnání a centra denních služeb (chráněných dílen) je pro klienty, jejichž zdravotní stav to umožňuje, zajištěn životní styl a rytmus srovnatelný s vrstevníky na otevřeném trhu práce. Pro klienty je zde zajištěna odpovídající práce v prostředí, které respektuje odlišné dovednosti a tempo. Chráněné zaměstnání nabízí nová pracovní místa pro osoby se zdravotním znevýhodněním, které pobírají částečný nebo plný invalidní důchod, a to s mentálním nebo kombinovaným postižením. V současnosti zde pracuje 52 osob s mentálním postižením, přičemž pracovní úvazek je přizpůsoben každému jednotlivci podle jeho možností (10, 20, 30 hodin týdně). Program chráněných dílen je určen zájemcům o zaměstnání, kteří potřebují dlouhodobě chráněné prostředí a asistenci přímo na pracovišti.

Připravila: Zdeňka Dohnalová

Potřeba soustředěných komplexních služeb nabízí užší propojení rehabilitační a sociální práce

Středisko ucelené rehabilitace při dětské mozkové obrně (DMO) je občanským sdružením sídlícím v Klimentské ulici v Praze, které nabízí komplexní služby pro osoby postižené dětskou mozkovou obrnou a jejich rodinám. Ze zdravotnických služeb nabízí především rehabilitační programy a poradenství, dále sociálně aktivizační služby a psychologické poradenství společně s metodou EEG – biofeedback (metoda sebe-učení mozku pomocí tzv. biologické zpětné vazby). V říjnu 2010 se uskutečnil první rekondiční pobyt. Donedávna Středisko ucelené rehabilitace poskytovalo také sociální službu rané péče, ale vzhledem k chybějícímu personálnímu obsazení byla tato služba dočasně pozastavena. Dále však Středisko pokračuje v poskytování poradenství rodinám s dětmi postiženými nebo ohroženými DMO.

„Dětská mozková obrna je specifická tím, že se nedá specifikovat,“ snažila se mi popsat postižení svých klientů sociální pracovnice Jaroslava Kasalická na dni otevřených dveří Střediska ucelené rehabilitace při dětské mozkové obrně, který se uskutečnil ve čtvrtek 30. září 2010. Středisko se věnuje zajištění komplexních služeb pro postižené dětskou mozkovou obrnou.

Dětská mozková obrna označuje trvalé poruchy vývoje hybnosti a držení těla, které mají za následek omezení aktivity. Ty jsou často provázené poruchami smyslového vnímání, kognitivními poruchami, poruchami komunikace a v některých případech i chování.

DMO se nedá vyléčit, avšak vhodně zvolenou a cílenou léčbou lze příznivě ovlivnit kvalitu života lidí s touto diagnózou, rozvíjet jejich schopnosti, kompenzovat následky a působit preventivně proti vzniku sekundárních obtíží.

Vzhledem k šířce postižení, jež dětská mozková obrna zasahuje, je příhodná pro postižené koncentrace všech potřebných aktivit do jednoho zařízení. Takovým zařízením je právě i bezbariérové Středisko ucelené rehabilitace při DMO.

Středisko ucelené rehabilitace své služby nabízí klientům bez věkového omezení. V současnosti je nejvíce klientů ve skupině od 15 do 35 let. Druhou početnou skupinou jsou senioři, kteří využívají především sociálně aktivizačních služeb. Do Střediska docházejí také lidé bez DMO nebo tělesného postižení, kteří jsou nějakým způsobem sociálně vyloučení. Za první pololetí roku 2010 mělo Středisko ucelené rehabilitace 25 klientů docházejících na různé aktivity.

Nově ve spolupráci s Nadací VIA se Středisko zapojilo do projektu Darujme.cz. Jedná se

o dárcovský portál založený na přímém finančním darování. Výhodou jsou nulové náklady na zřízení služby stejně tak jako na provoz. Proces dárcovství je touto formou spojený s prezentací služby, cílovou skupinou klientů i projektů, které jsou pro ně realizovány. Na druhou stranu služba Darujme.cz zajišťuje předání osobních dat dárce neziskové organizaci, která tímto získává možnost dále s dárce pracovat. Na přelomu srpna a září proběhla pilotní fáze, ve které se kontrolovala průchodnost tohoto kanálu. V říjnu byl portál otevřen všem neziskovým organizacím, které se do projektu budou chtít zapojit.

Komplexnost a soustředění zdravotnických, sociálních, psychologických a poradenských služeb má i další výhodu – lidé s postižením se dozvědí o službách, ke kterým by jinak nenašli přístup. Klienti převážně vyhledávají služby léčebné rehabilitace. Dlouhodobá a pravidelná individuální fyzioterapie je k udržení celkové kondice nezbytná.

Oproti tomu volnočasové aktivity ve Středisku využívají klienti již méně často. Proč tomu tak je? Podle Jaroslavy Kasalické, sociální pracovnice Střediska ucelené rehabilitace při DMO, je důvodem především časová zaneprázdněnost klientů. Zatímco klienti docházející do školských zařízení využívají volnočasové aktivity přímo tam, lidé, kteří již pracují, končívali pozdě odpoledne a nabízené aktivity třeba nestihnou. Přesto jsou ale kapacity Fotokroužku, Klubu, Arteterapie a Kursu tvůrčího psaní téměř naplněné.

Jednou ze sociálně aktivizačních služeb je podpora při hledání zaměstnání, tzv. Job klub. Ačkoli Středisko nevyhledává přímo zaměstnavatele, kteří by osoby s DMO zaměstnali,

pracují s klienty při procesu hledání a oslovování zaměstnavatelů. Podle Kasalické se nedá říci, že zde není zájem zaměstnávat lidi se zdravotním postižením. Často se toho ale zaměstnavatelé bojí, zejména kvůli bezbariérovým úpravám, které by museli udělat. „Chyba je ale na straně informovanosti, protože zas tolik vozičkář nepotřebuje. Často se setkávám s tím, že klienti chtějí pomoc při hledání zaměstnání. Mnoho z nich má nějakou školu, ať už střední školu, často vysokou, ale chybí jim sebevědomí. Důležité je dodávat klientům odvalu, postrčit je. Například klientům říkáme, aby se nebáli zatelefono- vat, znovu poslat e-maily s životopisem, aby se nebáli zaměstnavatele znovu oslovit. Ačkoli někteří klienti vypadají, že mají ostré lokty, protože je odmalička ostré potřebují mít, tak na tomto poli se ve své kůži necítí. Naši klienti mají také problém se stresem. Stres se nepříznivě projevuje na celkovém stavu klienta, zvýrazní se svalové spasmy, zhoršuje se koordinace pohybů, zvyšuje se četnost mimovolných pohybů, atd. Čím je rychlejší tempo práce, tím hůř se jim pracuje.

Také se setkávají s problémem, že ačkoli mají kvalifikaci, tak se dostávají například do funkce skartujícího člověka na tři hodiny denně za nedůstojný plat, ačkoli by mohli třeba kontrolovat webové stránky.“

S postižením, jako je dětská mozková obrna, je spojená závislost na pomoci druhých, a to především u lidí s vážnějšími projevy. Jaroslava Kasalická konstatuje, že je přirozené chtít žít úplně normální život, s partnerem, bydlet samostatně od rodičů. „Ta závislost, se kterou se naši klienti potýkají, je jednoduše hrozná. Strašně rádi by měli bezbariérové bydlení, kde by byli sami, nejlépe s nějakým partnerem, ale mnoho z nich potřebuje celodenní asistenci, na kterou ale nemají peníze. A jsme v začarovaném kruhu. Aby si člověk s postižením mohl dovolit zaplatit celodenní asistenci a zároveň aby to nebyl někdo z rodiny, tak na to prostředky nemá. Osamostatnit se, stát na vlastních nohou a být nezávislý, sebevědomý člen většinové společnosti, to je, s čím v současnosti bojují nejen naši klienti, ale asi všichni lidé s postižením.“

Připravila: Eliška Barochová

inzerce



Vzdělávací centrum I.E.S., Sdružení Podané ruce, o.s. vás zve na vzdělávací akce a konferenční seminář

Kontrakt a individuální plánování 8.–9. 12.

Lektor: PhDr. Jiří Libra / Cena: 3 450,- Kč

Manažerská komunikace pro vedoucí pracovníky NNO II 9. 12.

Lektor: Mgr. Klára Laurová Kazelleová,
Mgr. Tomáš Zdechovský / Cena: 2 250,- Kč

Zvládání agrese – OLOMOUC 14.–15. 12.

Lektor: Mgr. Veronika Vymětalová
Cena: 2 280,- Kč

Krizová intervence v praxi 16.–17. 12.

Lektor: PhDr. Ludvík Běťák / Cena: 3 450,- Kč

Krizová intervence 24.–25. 2. 2011

Lektor: PhDr. Ludvík Běťák / Cena: 3 450,- Kč

Navazujeme na tradici Konference komunitní spolupráce a **13. 12. pořádáme Seminář o komunitní spolupráci**. Tématem letošního ročníku je zejména práce se sociálně vyloučenými skupinami obyvatel v jejich přirozeném prostředí. **Příhlášku** naleznete na naše webu ies.podaneruce.cz, kde najdete i podrobný program.

Zároveň bychom vás rádi upozornili, že na přelomu roku 2010 a 2011 vypíšeme nové kurzy, které budou probíhat na jaře roku 2011. Sledujte proto náš web.

Nabízíme také vytvoření kurzů „na klíč“ podle potřeb Vaší organizace.

I.E.S.
Hapalova 22
621 00 Brno

tel.: 541 225 188
mobil: 777 916 277
email: ies@podaneruce.cz

www.ies.podaneruce.cz
www.facebook.com/ies.podaneruce

Neziskové organizace se nemohou chovat jako ve vzduchoprázdnu a nebýt aktivní, nebýt podnikem

V předchozí reportáži jste se mohli dozvědět množství informací o Středisku ucelené rehabilitace při dětské mozkové obrně, které bude v příštím roce slavit dvacet let od svého založení. Na následujících stranách vám přinášíme rozhovor s MgA. **Liborem Nováčkem**, který je od dubna 2010 novým ředitelem Střediska.

Pane Nováčku, jak jste se k této pozici ředitele dostal?

Byl jsem výkonným hudebníkem, koncertoval jsem po celém světě, vyučoval jsem na Pražské konzervatoři, ale prodělal jsem vážnou nemoc a svoji profesi jsem musel opustit. A jelikož mně bylo šedesát v loňském roce, říkal jsem si, že chci dělat něco smysluplného.

Jako pracovník Centra pro studium vysokého školství jsem se zúčastnil projektu Leonardo da Vinci, který podporovala Evropská unie. Tam jsem se zabýval problematikou vysokoškolských poradců a studentů s handicapem. Navštívil jsem Dánsko, Anglii, Slovensko, Rakousko a tato problematika mě začala zajímat. Rozhodl jsem se na závěr své aktivní činnosti využít své zkušenosti z marketingu, PR, fundraisingu ve prospěch organizace pomáhající osobám s postižením.

Na základě upozornění současného předsedy výboru Sdružení ucelené rehabilitace Dr. Libora Novosáda jsem se zúčastnil výběrového řízení. Věřím, že svými zkušenostmi a odpovědnou soustředěnou prací pomohu Sdružení pro komplexní péči při DMO v naplňování jeho poslání a cílů. I když nejsem odborník v oblasti sociálních služeb ani ve zdravotnictví, vynasnažím se se stávajícím kreativním kolektivem najít prostředky na další činnost.

Středisko ucelené rehabilitace svým klientům nabízí komplexní péči. Spolupracuje s jinými organizacemi nebo institucemi k rozšíření svých služeb?

V současné době poskytujeme prostory absolventům Jedličkova ústavu, kteří se tu setkávají každé pondělí. Do budoucna bych rád navázal spolupráci s Univerzitou Karlovou v Praze a jejími fakultami. Věřím, že tato aktivita přinese užitek nejen nám, ale také studentům. První praxe a setkání uskutečňujeme již začátkem listopadu. Samozřejmě i naši organizaci taková spolupráce přinese vážnost.



MgA. Libor Nováček

Jaké jsou vaše vize do budoucna?

Vize Střediska jsou pevně dané a přístup je téměř neměnný. Máme řadu nových služeb, jako například přednášky a kurzy muzikoterapie, arteterapie, logopedie. Teď se nám podařilo zapůjčit antikubitní terapeutickou matraci v kombinaci s fyzikálními terapiemi od společnosti Biosynchron, kterou můžou využívat naši klienti.

Klienti se pak díky tomu budou na následné rehabilitaci cítit lépe. I to je drobný způsob, jak můžeme pomoci. Rádi bychom vytvořili multismyslovou místnost Snoezelen, ve které je vytvořeno prostředí pro účely senzorické stimulace, relaxace a prožití osobní zkušenosti. Jedná se o místnost plnou hudby a barevných a světelných efektů. Ta by umožnila zážitek, se kterým se osoby s dětskou mozkovou obrnou nesetkají... Ale to stojí 350 až 400 tisíc.

Prioritou je tedy získat finance...

Finanční otázka je v současné době hlavním kritériem. Snažíme se ušetřit na provozních nákladech, jako na telefonu, energiích, ale na klientovi bychom neměli šetřit. Proto naší strategií je nečekat na peníze pouze od státu, které ostatně budou kráceny. Pronájem prostor, ve kterých sídlíme, včetně režie nám ubere čtvrtinu našeho rozpočtu. Žijeme v nejistotě, tak jako všechny neziskové organizace – do konce března ani nevíme, jestli budeme mít na mzdy. Rád bych zajistil pro všechny zaměstnance stabilní zaměstnání a důstojné ocenění jejich kvalifikace, znalostí a zkušeností. Věřím, že si stát konečně uvědomí, jak důležitá je činnost takových organizací, jako je naše Sdružení.

Co je potřeba k tomu, aby nezisková organizace získala peníze? Jaký bude váš směr k získání peněz od firem?

Mám příslibenou pomoc profesionálního fundraisera a profesionálního manažera PR. Věříme, že se nám podaří najít mediálně známou osobnost zapálenou pro věc (stejně tak jako například Zdeněk Svěrák podporující Centrum Paraple), která pomůže zviditelnit naši práci a naše výsledky. V první fázi jsem se zaměřil na zprůhlednění hospodaření, uveřejnění výročních zpráv a prezentaci na webových stránkách, kde jsou seriózní informace také pro další partnery. Samozřejmě se ucházíme o granty, nadační příspěvky a podáváme žádosti o dotace institucionálních i soukromých organizací. náš pracovník sleduje uzávěrky všech žádostí o granty. Ale musíme mít i další zdroje, chceme pořádat benefiční koncerty, aukce, máme privátní sponzory.

Vaše sdružení se také hodně zajímá o filantropii a společenskou odpovědnost. Co podle vás přivádí firmy k tomu, aby se věnovaly podpoře neziskových organizací, jako jste vy?

Chyba neziskových organizací a mnohých příspěvkových organizací v této zemi je, že mají pouze otevřenou dlaň. Ať už je to Národní divadlo, nebo Česká filharmonie – všichni čekají od státu peníze. Podobné instituce v zahraničí mají místo přebujelé administrativy tým fundraiserů a soukromých dárců. Na jedné straně by měl stát věnovat zejména do sociální oblasti velké peníze. Na druhé straně se však neziskové organizace nemohou chovat jako ve vzduchoprázdnu a nebýt aktivní. Stručně řečeno, jsme podnikem, a pokud

chceme prosperovat, musíme se také adekvátně chovat. Proto jsem zprůhlednil vše, co zprůhlednit šlo.

Co tím máte na mysli?

Jedna věc je zamyslet se nad vlastními výdaji, telefon, topení. Druhá věc je zprůhlednit organizaci tak, abyste pro potenciálního sponzora měli zcela přesná čísla. Když já budu chtít někomu něco věnovat, tak si přečtu jeho výroční zprávu. Řadě neziskových organizací bych po přečtení nepřispěl. Další věc jsou webové stránky. Návštěvníci stránek musí mít dostatečné informace o organizaci, musí se dozvědět o její struktuře, cílech, poslání, ale také získat informace o své nemoci, legislativě, problémech ostatních, aktualitách.

O našich službách informujeme také formou letáků, zejména v osobní rovině. Tak např. jsem navštívil všechny městské části Prahy a upozornil na naše služby osobám s DMO včetně nabídky o přijímání klientů na rehabilitaci. Sociální pracovníci by měli leták mít jak v papírové, tak i elektronické podobě. Myslíme, že by tato forma měla fungovat.

Středisko ucelené rehabilitace je zapojeno do dvou benefičních projektů. Jedním z nich je Darujme.cz od Nadace VIA, druhým je aukce ArtForum. Jak je do nich Sdružení zapojeno? A jak přispívají k prezentaci vašich služeb?

Situace v dárcovství v Praze není příznivá. Kontraproduktivní je, když vás každých 100 metrů zastaví jiná organizace s kasičkou v ruce se slovy darujte... Existuje také řada dárcovských DMS. My zkoušíme podobné darování přes internet, které jsme aktivovali díky Nadaci VIA a projektu Darujme.cz. Zapojili jsme se do pilotní fáze, která teď skončila. Dárcovský server funguje perfektně a ty první příspěvky již přišly.

Aukce ArtForum/ICZ je založená na dlouholetých kontaktech spolupracovníků a členů výboru. Společnost ICZ je firma nabízející integrovaná softwarová a síťová řešení. A výtěžek z aukce je věnován na dobročinné účely. Nám pomáhá pokrýt náklady zejména těch položek, na které se přidělené dotace nevztahují.

Ale je to samozřejmě něco jiného, když děláte benefiční akci v létě a když ji uděláte v době vánoční – ve vánočním čase jsou lidé citlivější, a nemusí znát nikoho postiženého ve svém okolí.

Připravila: Eliška Barochová

Osobní asistence – inspirace ze Švédska

Autorka následujícího textu Mgr. **Renata Morávková** pracuje jako sociální pracovnice a v rámci svého zaměstnání se dlouhodobě věnuje problematice začleňování lidí se zdravotním postižením do většinové společnosti. Cílem článku je seznámit čtenáře se službou osobní asistence v jedné ze severských zemí, ve Švédsku.

Ve Švédsku existuje velmi rozsáhlý systém sociálních služeb, přičemž největší pozornost je věnována poskytování podpory seniorům a lidem se zdravotním postižením. Postavení lidí se zdravotním postižením ve švédské společnosti se výrazně zlepšilo díky reformě v roce 1994. Handicap je zde definován jako problém interakce mezi jednotlivcem a prostředím, v němž žije. Lidé se zdravotním postižením jsou ve Švédsku přijímáni jako občané, kteří se těší stejným právům a povinnostem jako „zdraví“ občané. Veškerá podpora lidí s postižením je směřována na podporu života v domácích podmínkách, a proto byla v zemi postupně rušena všechna „ústavní“ zařízení. V současné době žijí i lidé s velmi těžkým tělesným postižením ve vlastních či nájemních bezbariérových bytech v běžné občanské zástavbě, a to díky službě osobní asistence, která jim umožňuje žít sebeurčujícím způsobem života. Na sociální služby se ve Švédsku nečeká – od vzniku nepříznivé situace do zahájení poskytování sociální služby zpravidla neuplyne více než jeden týden. Každý občan s postižením má „svého“ sociálního pracovníka, který zná jeho možnosti i potřeby, řeší s ním případné problémy, vede jej k samostatnosti a monitoruje jeho životní situaci.

Osobní asistence je od reformy v roce 1994 upravena v zákoně o podpoře a službách pro osoby s určitým funkčním postižením (LSS), který si klade stejné cíle jako Standardní pravidla OSN pro vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením – tedy plnou účast na společenském životě a rovnost životních podmínek (Blomberg, 2001). Zákon má umožnit i lidem s velmi těžkým zdravotním postižením svobodnou volbu poskytované pomoci a zajistit důstojnost, rovnost a plnou účast na životě většinové společnosti. Zákon o podpoře a službách pro osoby s určitým funkčním postižením poskytuje lidem se zdravotním postižením právní nárok na deset různých druhů podpory a služeb, včetně osobní asistence. Všechny služby jsou poskytovány bezplatně a bez ohledu na majetkové poměry příjemce služby i jeho rodiny, ale je důsledně kontrolováno, zdali

poskytnuté služby či finanční dávky slouží ke svému účelu (Berg, 2003).

Oprávněné osobě je přidělen určitý počet hodin asistence, který plně zohledňuje situaci, ve které se nachází. Zákon přesně vymezuje, kdo je oprávněnou osobou a kdo má zodpovědnost za osobní asistenci a asistenční dávky. Financování osobní asistence je také ustanoveno v zákoně o náhradách za asistenci (LASS). Tento zákon přesouvá zodpovědnost za financování služby z místní samosprávy na ústřední správu, která je zastupována Úřadem veřejného sociálního pojištění, a to v případech, že oprávněná osoba má potřebu osobní asistence vyšší než 20 hodin týdně. Zabezpečení 20hodinové či nižší potřeby nebo potřeby zvláštní osobní asistence je v kompetenci místních úřadů, na kterých je ponecháno i rozhodnutí, zdali budou oprávněné osobě poskytnuty finanční prostředky na obstarání služby, či služba v naturáliích. Asistenční dávku potom mohou obdržet lidé, kteří potřebují osobní asistenci k zajištění základních potřeb ve více než 20 hodinách týdně. Z finančních důvodů je také vymezena horní věková hranice příjemců asistenčních dávek (The Assistance Benefit Act, 2006).

Financování služby osobní asistence je založeno na pevné hodinové sazbě, která může být ve zvláštních případech navýšena. Přidělené asistenční dávky je třeba využít v určité lhůtě, přičemž neexistuje žádná horní hranice, která by určovala maximálně možný počet přidělených asistenčních hodin. I lidé s celodenní potřebou osobní asistence mohou tedy žít ve svém přirozeném prostředí bez nutnosti obstarání dalších potřebných finančních prostředků. Zákon rovněž umožňuje příjemci asistenční dávky samostatně si zvolit, jakým způsobem a u koho si službu sjedná, a dokonce mu poskytuje podmínky pro případ, kdy by se chtěl stát samotným zaměstnavatelem svých asistentů. Osobní asistenci mohou poskytovat i blízké osoby příjemce služby. Zaměstnavatelem těchto osob se však může stát pouze místní úřad, družstvo, jiná soukromá společnost nebo organizace zabývající se touto službou, nikoliv samotný příjemce služby. Toto opatření má nejen zamezit zneužívání asistenčních dávek, ale je významné i z ekonomických

důvodů. Všechny výše popsané možnosti a jejich případné kombinace jsou vítané, neboť podporují svobodnou volbu příjemce služby a přispívají ke „zdravé“ konkurenci. Zajímavé je i to, že úhrada za službu je stejná bez ohledu na to, kdo ji poskytuje (Personal Assistance, 2006).

Nestátní svépomocné organizace mají legislativně zabezpečený příjem podle počtu svých členů a realizovaných aktivit. Podílejí se na řízení kvality sociálních služeb i řešení místních problémů osob se zdravotním postižením. Jsou partnerem pro místní správu, ostatní poskytovatele služeb i vzdělávací instituce v pomáhajících profesích, přičemž poradenský servis jim poskytují informační a metodická centra, která pracují na regionální úrovni (Novosád, 2007). Většinu poskytovatelů sociálních služeb však tvoří orgány místní správy, které mají v zemi velkou tradici (Blomberg, 2001).

Výdaje na asistenční dávky jsou ve Švédsku závislé na třech faktorech: na počtu příjemců služby, množství přidělených asistenčních hodin a stanovené hodinové sazbě. V porovnání s náklady na „ústavní“ péči jde však o službu mnohem levnější a efektivnější. S vynaložením stejného množství finančních prostředků totiž může člověk se zdravotním postižením dosáhnout mnohem vyšší kvality života, a to buď zakoupením služby osobní asistence na trhu, nebo vlastní organizací této služby.

Existuje mnoho názorů na právo na osobní asistenci ve Švédsku, a to pozitivních i negativních. Nicméně je zřejmé, že díky službě osobní asistence došlo ke zkvalitnění života lidí, kteří potřebují ke svému životu pomoc druhé osoby, neboť právo na osobní asistenci je jednou z nejlepších cest, jak uplatnit své nároky vyplývající z občanství. Je to rovněž způsob, jak dělat všechno, co ostatní lidé běžně dělají (Berg, 2003). Cílem uzákonění osobní asistence ve Švédsku bylo umožnit lidem se zdravotním postižením, aby dosáhli nejen dobré kvality života, ale i mohli být více nezávislí na svých rodinách, odstěhovali se z institucí a stali se produktivními občany.

Osobní asistence tedy umožňuje lidem se zdravotním postižením zaujmout své místo v rodině, v práci i ve společnosti, a to se všemi právy a povinnostmi, které běžná populace považuje za samozřejmé. S pomocí osobní asistence již není člověk s postižením tak závislý na své rodině či jiných blízkých osobách a jejich rodiče či partneři s ním již nemusí zůstat doma a „obětovat“ své zaměstnání i volný čas. Člověk s postižením může převzít svůj podíl na výchově dětí i péči o domácnost. Může na-

vštěvovat vzdělávací či jiné instituce i vstoupit na trh práce a přispívat tak k ekonomickému rozvoji dané společnosti (Ratzka, 2004).

Švédská sociální politika nám ukazuje, že země nemusí být bohatá k tomu, aby umožnila občanům se zdravotním postižením žít v běžné společnosti. Kvalita života těchto lidí je jen částečně vysvětlitelná celkovými ekonomickými zdroji státu. Důležité je, jak jsou tyto zdroje využity a jaké je celospolečenské klima ve vztahu k lidem se zdravotním postižením. I dnes žijí v některých zemích lidé, kteří nemají stejné příležitosti jako většinová společnost. Ne však kvůli svému postižení, ale kvůli podmínkám, ve kterých jsou nuceni žít. První krok, který společnost musí učinit, aby došlo ke změně, je naučit se dívat na lidi s postižením jako na rovnoprávné občany, kteří mají stejnou potřebu uznání, respektu a lásky jako ostatní lidé.

Přípravila: Renata Morávková

Kontakt: renata.moravkova@seznam.cz

Redakční úpravy: Zdeňka Dohnalová

Použitá literatura:

BLOMBERG, B. **Občanská pozice a postižení.**

Sborník příspěvků přednesených na konferenci Handicap 2001/2002. Liberec: Technická univerzita, 2001. s. 5–9.

BERG, S. **Personal Assistance in Sweden** [on-line]. 20. 5. 2003 [cit. 10. 11. 2007]. Dostupný z <http://www.independentliving.org/docs6/berg20030520.html>.

The Assistance Benefit Act [on-line]. 2006, July [cit. 10. 1. 2008]. Dostupný z <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/B6689B8E-860D-4DA1-AD15-C79E9766E574/5787/200611430.pdf>.

Personal Assistance and Assistance Benefit [on-line]. 2006 [cit. 12. 11. 2007]. Dostupný z <http://www.socialstyrelsen.se/NR/rdonlyres/F0B0139C-B302-43C7-A8B2-C8E75672F344/6124/200611421.pdf>.

NOVOSÁD, L. **Postřehy a podněty ze studijní cesty do JV Švédska do oblasti Vaxjo kommun a Ljungby kommun, resp. hrabství Kronoberg, z hlediska podpory osob s tělesným postižením** [on-line]. 16. 2. 2007 [cit. 15. 11. 2007]. Dostupný z <http://www.dmoinfo.cz/modules.php?name=News&file=article&sid=144>.

RATZKA, A. **The Swedish Personal Assistance Act of 1994** [on-line]. 23 June 2004 [cit. 18. 12. 2007]. Dostupný z <http://www.independentliving.org/docs6/ratzka20040623.html>.



Invalidní důchody

Změny v posuzování invalidity od 1. ledna 2010

Co se mění

Od 1. ledna 2010 existují tři stupně invalidity a invalidní důchod ve třech dávkových pásech. Zavádí je zákon č. 306/2008 Sb., který novelizuje současný zákon o důchodovém pojištění č. 155/1995 Sb. To vše v rámci I. etapy důchodové reformy. Nový právní předpis stanoví, že pojištěnec je invalidní, jestliže mu kvůli dlouhodobě nepříznivému zdravotnímu stavu poklesla pracovní schopnost nejméně o 35 %. Na míře poklesu pracovní schopnosti závisí stupeň invalidity:

- 1. stupeň se týká pojištěnců, jejichž pracovní schopnost poklesla nejméně o 35 %, nejvíce však o 49 %.
- Invalidita 2. stupně znamená pokles pracovní schopnosti nejméně o 50 %, nejvíce však o 69 %.
- Nejtěžší, tj. 3. stupeň invalidity se týká těch pojištěnců, kterým poklesla pracovní schopnost nejméně o 70 %.

V souvislosti s třístupňovou invaliditou 1. ledna 2010 nabývá účinnosti vyhláška č. 359/2009 Sb., která nově stanoví procentní míry poklesu pracovní schopnosti a náležitosti posudku o invaliditě. Nahrazuje v oblasti posuzování invalidity 15 let starou legislativu – vyhlášku č. 284/1995 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Proč ke změně došlo

Podstatou změny bylo zajistit klientům systému důchodového pojištění a posudkové službě sociálního zabezpečení adekvátní přístup, který respektuje pokroky v medicíně. Stejně jako není dnes možné diagnostikovat a léčit podle poznatků lékařské vědy z roku 1995, nebylo možné posuzovat zdravotní stav a pracovní schopnost na základě 15 let starých znalostí.

Smyslem třístupňové invalidity je cílenější směřování invalidních důchodů podle jednotlivých stupňů poklesu pracovní schopnosti. Zákon o důchodovém pojištění také nově od 1. ledna 2010 zavádí transformaci invalidního důchodu v důchod starobní při dosažení 65 let věku a rov-

něž chrání stávající poživatelé invalidních důchodů v případě, že při první kontrolní lékařské prohlídce invalidity konané po 1. lednu 2010 dojde ke změně stupně invalidity. Podle právních předpisů účinných do 31. prosince 2009 se bude nadále posuzovat invalidita za dobu před 1. lednem 2010.

Posuzování v praxi

Vyhláška č. 359/2009 Sb. k zákonu o důchodovém pojištění upravuje proces stanovení procentní míry poklesu pracovní schopnosti a posuzování invalidity. Rovněž vymezuje náležitosti posudku o invaliditě. Procentní míry poklesu pracovní schopnosti jsou uvedeny v příloze vyhlášky. Na přípravě tohoto předpisu se s lékaři Ministerstva práce a sociálních věcí ČR podíleli odborníci z jednotlivých oblastí medicíny České lékařské společnosti J. E. Purkyně tak, aby hodnocení odpovídalo nejnovějším poznatkům v diagnostice a léčbě jednotlivých chorob. V případě zdravotního postižení, které je příčinou dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu a není uvedeno v příloze, stanoví se pokles pracovní schopnosti podle takového zdravotního postižení uvedeného v příloze, které je s ním funkčním dopadem nejvíce srovnatelné.

Nové termíny

Pokles pracovní schopnosti

Nově se od 1. ledna 2010 při posuzování invalidity hodnotí pokles pracovní schopnosti v důsledku omezení tělesných, smyslových a duševních schopností ve srovnání se stavem, který byl u pojištěnce před vznikem dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (DNZS). Pokud je příčinou DNZS více zdravotních postižení, pak se za rozhodující příčinu DNZS považuje takové zdravotní postižení, které má nejvýznamnější dopad na pokles pracovní schopnosti pojištěnce. Ustanovení § 3 vyhlášky o posuzování invalidity umožňuje při stanovení míry poklesu pracovní schopnosti za určitých podmínek zvýšit horní hranici stanoveného procentního rozmezí dané položky až o 10 procentních bodů. Obdobně

v souladu s ustanovením § 4 citované vyhlášky lze dolní hranici míry poklesu pracovní schopnosti snížit až o 10 procentních bodů. Při navyšování nebo snižování procentní míry poklesu pracovní schopnosti je rozhodující:

- a) přítomnost více příčin DNZS,
- b) dosažené vzdělání, zkušenosti a znalosti,
- c) schopnost pokračovat v předchozí výdělečné činnosti,
- d) schopnost rekvalifikace,
- e) příznivá stabilizace DNZS nebo adaptace pojištěnce na své zdravotní postižení.

Stabilizovaný zdravotní stav

Považuje se za něj zdravotní stav ustálený na úrovni, která umožňuje pojištěnci vykonávat výdělečnou činnost, aniž by tato činnost jeho zdravotní stav zhoršila. Udržení stabilizace zdravotního stavu může být podmíněno dodržováním léčby či pracovních omezení.

Adaptace na zdravotní postižení

Pojištěnec je adaptován na své zdravotní postižení, jestliže nabyl, případně znovu nabyl schopností a dovedností, které mu spolu se zachovanými tělesnými, smyslovými a duševními schopnostmi umožňují vykonávat výdělečnou činnost bez zhoršení zdravotního stavu vlivem takové činnosti.

Hodnocení invalidity podle jednotlivých stupňů

Zachování pracovní schopnosti u invalidity

1. a 2. stupně

U invalidity 1. a 2. stupně se nově hodnotí využití zachované pracovní schopnosti. Stanovuje se, zda je pojištěnec schopen vykonávat výdělečnou činnost jen:

- s podstatně menšími nároky na tělesné, smyslové nebo duševní schopnosti,
- s podstatně menšími nároky na kvalifikaci a
- v podstatně menším rozsahu a intenzitě.

Za podstatně menší nároky, rozsah nebo intenzitu se u invalidity 1. stupně považuje snížení alespoň o třetinu, u invalidity 2. stupně alespoň o polovinu.

Pokud není pojištěnec schopen pokračovat v předchozí výdělečné činnosti, není schopen využít dosaženého vzdělání, zkušenosti a znalosti z předchozí výdělečné činnosti, pak se posoudí, zda je schopen rekvalifikace na jiný druh výdělečné činnosti.

Zcela mimořádné podmínky a invalidita

3. stupně

Při uznání invalidity třetího stupně, tzn. v případě poklesu pracovní schopnosti nejméně o 70 %, je lékař referátu lékařské posudkové služby povinen stanovit, zda je pojištěnec schopen výdělečné činnosti za zcela mimořádných podmínek.

Zcela mimořádnými podmínkami se rozumí zásadní úprava pracovních podmínek, pořízení a využívání zvláštního vybavení pracoviště, zvláštní úpravy stávajících strojů, nástrojů, používání zvláštních pracovních pomůcek nebo každodenní podpora nebo pomoc na pracovišti formou předčitatelských služeb, tlumočnických služeb nebo pracovní asistence. V posudkové praxi to znamená zvážit, zda pojištěnec invalidní ve 3. stupni je za uvedených zcela mimořádných podmínek schopen pracovat.

Invalidní důchod v mimořádných případech

Invalidní důchod v mimořádných případech upravuje § 42 zákona o důchodovém pojištění. Na invalidní důchod pro invaliditu 3. stupně má nárok také osoba, která dosáhla aspoň 18 let věku, má trvalý pobyt na území ČR a je invalidní pro invaliditu 3. stupně, jestliže tato invalidita vznikla před dosažením 18 let věku. Rovněž tato osoba nebyla účastna pojištění po potřebnou dobu (podle § 40 zákona o důchodovém pojištění). Za invaliditu 3. stupně se v tomto případě považuje rovněž takové omezení tělesných, smyslových nebo duševních schopností, které má za následek neschopnost soustavně připravovat k pracovnímu uplatnění.

Transformace dříve přiznaných invalidních důchodů

Od 1. ledna 2010 nedochází v souvislosti s novou právní úpravou k odnětí ani ke změně výše dosavadních plných a částečných invalidních důchodů. Mění se pouze označení, a to následujícím způsobem:

- plný invalidní důchod, na který vznikl nárok před 1. lednem 2010, ve výši, v jaké náležel k 31. prosinci 2009, se od 1. ledna 2010 považuje za invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně,
- částečný invalidní důchod, na který vznikl nárok před 1. lednem 2010, se ve výši, v jaké náležel k 31. prosinci 2009, považuje od 1. ledna 2010 za invalidní důchod pro invaliditu druhého stupně, byl-li důvodem částečné

invalidity pokles schopnosti soustavné výdělečné činnosti nejméně o 50 %,

- za invalidní důchod pro invaliditu prvního stupně se považují ostatní částečné invalidní důchody, které nejsou v předchozím bodě.

O změně označení invalidního důchodu budou lidé, kteří ho pobírají, informováni. Plátce důchodu je povinen jim nejpozději do 31. ledna 2010 poslat písemné oznámení o tom, zda jim náleží invalidní důchod pro invaliditu třetího stupně, pro invaliditu druhého stupně nebo pro invaliditu prvního stupně.

Námitkové řízení

Od 1. ledna 2010 se zavádí institut námitek s cílem umožnit přezkoumání rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ) ještě před soudním přezkumem podle soudního řádu správního. Řízení o námitkách je správní řízení zahajované na základě podání písemných námitek jako řádného opravného prostředku proti rozhodnutí orgánu sociálního zabezpečení ve věcech důchodového pojištění. Námitky se podávají orgánu sociálního zabezpečení, který rozhodnutí vydal do 30 dnů ode dne jeho oznámení. Posuzování zdravotního stavu pro účely tohoto řízení je v pravomoci ČSSZ. Řízení o námitkách musí být vedeno odděleně od rozhodování orgánu sociálního zabezpečení v prvním

stupni. Institut námitek v důchodových věcech nenahrazuje přezkum rozhodnutí ve správním soudnictví. Před případným podáním žaloby je třeba tento řádný opravný prostředek vyčerpat.

Lidé mají k dispozici informace

Vyhláška o posuzování invalidity v § 7 vymezuje náležitosti posudku o invaliditě. Pojištěnci to umožní být informován o výsledku posouzení zdravotního stavu, poklesu pracovní schopnosti a invalidity. Okresní správa sociálního zabezpečení totiž posuzovanému v souladu se zákonem č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, ve znění zákona č. 479/2008 Sb., předá nebo pošle do 7 dnů stejnopis posudku o invaliditě.

Kontakty

Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR
Na Poříčním právu 1, 128 01 Praha 2
tel.: +420 221 921 111, fax: +420 224 918 391
web: <http://www.mpsv.cz>

Česká správa sociálního zabezpečení
Křížová 25, 225 08 Praha 5
tel.: +420 257 062 860, fax: +420 257 063 360
web: <http://www.cssz.cz>

Vydáno v listopadu 2009.

inzerce

Socioterapie – akreditovaný výcvik 400 hodin

Dvouletý komplexní výcvik socioterapie obsahuje teorii, metody a praxi, dále supervizi a výcvikovou sebezkušenost.

Pokud hledáte terapeutické vzdělání a zároveň chcete zůstat zaměřeni na sociální oblast, pak je toto pro Vás.

Garant výcviku **Mgr. Ivan Úlehla** autor *Umění Pomáhat*

Pořádá **GI s.r.o.**, přihlášky a podrobnosti: <http://g-i.cz/cz/>

Cena: 48.000 Kč

Místo konání: GI, Ke Kamýku 2, Praha 4

Zahájení: Leden 2011

Změny nepřinesly mnoho dobrého a lidé nebyli o změnách dostatečně informováni

1. ledna 2010 vešly v platnost změny v důchodovém pojištění dotýkající se také invalidních důchodů. Systém byl přestavěn z dvoustupňového na třístupňový, upravila se též posuzovací kritéria a posílila tzv. léčivá moc papíru. Podle JUDr. **Jana Hutaře**, ředitele legislativního odboru Národní rady osob se zdravotním postižením, se mělo o změnách více a lépe komunikovat s veřejností.

Novelizovaný systém invalidních důchodů je v platnosti téměř rok. Co změny přinesly?

Pokud jde o lidi se zdravotním postižením, tak si nemyslím, že by přinesly mnoho dobrého. Zavedením prvního stupně invalidity dojde u nově přiznávaných důchodů, nikoli při převodu z těch starých, k tomu, že pokud vycházíme z průměrné výše důchodu tak, jak byly při částečném invalidním důchodu do konce roku 2009, potom bude velké množství lidí, kteří budou pobírat právě tento druh důchodu, ve stavu hmotné nouze. To je jedna velice nepříjemná změna.

Další taková změna je, že byla zkrácena doba započítávání doby z evidence uchazečů o zaměstnání do důchodového pojištění u lidí do 55 let ze 3 let na 1 rok. V důsledku toho přišlo mnoho lidí o dva roky pojištění, což může ovlivnit i nárok zejména na invalidní důchody vyššího stupně v případě, že nějaký důchod mají, nebo způsobit i zánik nároku nejen na invalidní, ale i na vdovský, vdovecký a sirotčí důchod. To je druhá nepříjemná věc a lidé, kterých se změna dotkla, nedostali rozumnou možnost proti tomu se bránit. Myslím si, že by bylo na místě, kdyby se využil letošní Evropský rok boje proti chudobě, aby byli informováni o tom, co by ztráta dvou let mohla znamenat, eventuálně aby měli šanci si chybějící dobu doplatit.

Vidíte ve změnách důchodového pojištění také pozitivní změny?

Určitou světlou stránkou je to, že se podařilo, a to už platí od poloviny loňského roku, zlepšit důchodové zabezpečení pečujících osob. Pečující osoby měly důchody vyměřovány i pod životní minimum. To je jedna velice důležitá věc, která se povedla a která byla bezesporu kladem této nové úpravy.

Jedním z uváděných důvodů k zavedení změn je vytvoření přístupu respektujícího pokrok v medicíně. Odpovídá nyní úprava zákona lépe na nové poznatky v medicíně?

Nemohu posoudit, do jaké míry změny odpovídají medicíně. Faktem je, vezmu-li bodové hod-

noty, které jsou uváděny u nejzávažnějších typů postižení, tak dochází k jejich výraznému snížení. V případě onkologického onemocnění je například doba stabilizace snížena ze 2 let jen na půl roku a nejvyšší hodnoty ztráty pracovní schopnosti jsou kolem 70 až 80 procentních bodů. Obdobně je to při kvadruparézách, kde dochází rovněž ke snížení bodového hodnocení, a nezdá se mi, že bychom tyto stavy uměli léčit. Stejně tak při chorobách oka, např. postižení sítnice, i u progresivních onemocnění se nyní uznává invalidita pouze do druhého stupně. Takže opravdu si nemyslím, že medicína pokročila u těchto onemocnění a u dalších tak, aby to bylo adekvátní ohodnocení.

V čem se tyto změny nejvíce dotkly lidí se zdravotním postižením?

Jednou z důležitých změn je odpadnutí dřívějších indikací k přiznání invalidního důchodu podle písmene b) paragrafu 39 zákona o důchodovém pojištění, které umožňovaly lidem s vybranými diagnózami práci za zcela mimořádných podmínek. Jednalo se o lidi, kteří měli např. amputační nebo funkční ztráty dvou končetin, lidi odkázané na invalidní vozík, osoby prakticky nebo úplně nevidomé, s duševní nemocí, některé formy mentálního postižení, s kombinací zrakového a sluchového postižení od určitého stupně. Tyto jednoznačné diagnózy byly opuštěny. V současné úpravě pouze zůstává ustanovení, že při stanovení posudku nad 70 % invalidity je třeba uvést, zda je pojištěnec schopen práce za zcela mimořádných podmínek. Nyní může docházet k tomu, že i lidé po úrazu páteře, kteří dříve byli zařazováni zcela jednoznačně pod písmeno b) paragraf 39 jako schopní práce za zcela mimořádných podmínek, tam zařazeni nejsou, a není to uvedeno ani v posudku. To má pro ně řadu dopadů. Nemohou být evidováni jako uchazeči o zaměstnání na úřadu práce. Evidence neznamená pouze nárok na peněžitou podporu, ale je také důležitá z hlediska započítávání doby pojištění potřebné pro nárok na invalidní důchod po vzniku invalidity.

Došlo tedy ke zmnožení a znejistění u těch případů, kdy předcházející úprava byla jednoznačná. Je faktem, že výklad zákona je upraven v metodickém pokynu, který vydalo MPSV, ale ne vždy je tento pokyn respektován.

Jaké konkrétní změny nastanou po finanční stránce invalidních důchodů?

Procentní výměra invalidního důchodu prvního stupně je o třetinu nižší oproti tomu, jaká byla před rokem 2010 procentní výměra částečného invalidního důchodu. Změnil se i způsob výpočtu invalidních důchodů. Můžu ilustrovat na příkladě, který, myslím, bude všem srozumitelný. Mějme případ maminky, která 4 roky pečovala o dítě, a bylo jí 27 let, když se stala plně invalidní. Důchodový věk této maminky, řekněme, bude – aby se to lépe počítalo – 63 let. Kdyby k invaliditě přišla do konce loňského roku, pak by měla za dobu od 27 let do důchodového věku započítáno 36 let a k tomu by se ještě připočetly 4 roky, které získala před vznikem invalidity. Celkem by tedy měla 40 let pojištění, což by odpovídalo 60 % výpočtového základu. Pokud by to, opět zjednodušeně, bylo 10 000 Kč, pak by 60 % tvořilo 6 000 Kč.

Když se stane tatáž maminka invalidní ve třetím stupni ve stejném věku od letošního roku, tak už zápočet doby pojištění do 63 let (důchodového věku) bude pouze v tom poměru, v jakém je doba pojištění k době, která uplynula od 18. roku do vzniku invalidity. Od 18 let do 27, kdy invalidita vznikla, je 9 let; pojištěné jsou 4 roky, takže i ta doba pojištění 36 let bude započítávána pouze v rozsahu 4/9. Získaná poměrná doba pojištění je 16 let, ke které se připočtou 4 pojištěné roky. Doba pojištění je celkem 20 let a po vynásobení procentní výměry 1,5 maminka dostane 30 % z částky 10 000 Kč, takže procentní výměra nebude činit 6 000 Kč, ale 3 000 Kč.

Tedy to je další dopad, který nová koncepce a nový způsob výpočtu invalidního důchodu přináší, a já se obávám, že invalidita bude u nás stále častější příčinou chudoby.

V zákoně jsou vymezené hlavní pojmy, jsou jimi tzv. stabilizovaný zdravotní stav a adaptace na zdravotní postižení. Jak je možné těmto užitým termínům s použitím v novém zákoně rozumět?

Stabilizace a adaptace byly použity ve znění zákona o důchodovém pojištění téměř od začátku. V podstatě se přihlíží k tomu, zda je zdravotní

stav stabilizován, jak je pojištěnec na své postižení adaptován. A případně bylo možné snížit dolní hranici postižení až o 10 %. Tato možnost v podstatě zůstala. Změna je v tom, že se nyní adaptace a stabilizace vztahuje k výdělečné činnosti bez zhoršení zdravotního stavu. To je problematický bod, který vede k tomu, že se lidé bojí výdělečnou činnost vykonávat, aby jejich přívýdělek nebyl prohlášen za důkaz adaptace na postižení, v jehož důsledku by se snížil stupeň invalidity i výše invalidního důchodu. Ono to zní logicky. Ale postižený člověk se tak může dostat do situace, kdy snížení stupně invalidity z třetího na druhý nebo první stupeň sníží také zaměstnavateli částku ze slevy na dani z 60 000 Kč na 18 000 Kč. To je o 42 000 Kč ročně při plném úvazku. V případě zaměstnavatele, který je povinen zaměstnat určitý počet lidí se zdravotním postižením, se navíc zvýší částka odvodu, neboť, pro účely zápočtu do povinné kvóty zaměstnanců, se mu místo tří pracovníků započítá pouze jeden. Ve finančním vyjádření jde o dalších cca 120 000 Kč ročně. Velice pravděpodobný výsledek: ukončení pracovního poměru, zhruba poloviční důchod a podstatně menší šance na získání, než je u jiných skupin populace. Neboť ztráta pracovních míst pro tyto lidi není ničím kompenzována, naopak se spíše stále zvyšuje míra nezaměstnanosti lidí se zdravotním postižením, se všemi z toho vyplývajícími negativními důsledky.

Jaký směr novelizace tohoto zákona přinesla do sociální politiky zdravotně postižených osob?

Dochází k tomu, že na lidi se zdravotním postižením je nahlíženo jako na zdroj úspor ve výdajové stránce státního rozpočtu. To se projevuje nejen v oblasti důchodové, ale také v dalších oblastech. V sociálních službách se to například projevuje na příspěvku na péči: dochází k podstatnému navýšení případů, kdy je příspěvek snížen o jeden stupeň, a při odvolání snížen i o dva stupně. Na nás, na Národní radu osob se zdravotním postižením, se v poslední době lidé obracejí o pomoc právě v této oblasti. Od ledna příštího roku dojde také s velkou pravděpodobností ke snížení příspěvku na péči u prvního stupně závislosti z 2 000 na 800 Kč. Když si to shrneme, tak do budoucnosti podle mne přibude chudých lidí, kteří jsou zdravotně postižení, a invalidita se stane jednou z hlavních příčin chudoby v této zemi. Bohužel.

Připravila: Eliška Barochová

K provedené důchodové reformě jsem spíše skeptický

Luboš Zajíc se narodil v roce 1974 v Pardubicích. Hned po narození mu byl diagnostikován šedý zákal, v jehož důsledku je zcela nevidomý. Studoval na Konzervatoři pro mládež s vadami zraku v Praze na Maltézském náměstí, kde nejen odmaturoval, ale složil i absolventskou zkoušku, a je tedy diplomovaným specialistou v oboru hudba, se zaměřením na klarinet. Dodnes se věnuje pedagogické činnosti na základní umělecké škole. V současné době dokončuje studium na Právnické fakultě Univerzity Karlovy, obor právo a právní věda. Již dva roky působí jako pracovník Sociálně právní poradny Sjdnocené organizace nevidomých a slabozrakých.

V čem se podle Vašeho názoru změny v systému invalidních důchodů nejvíce dotkly lidí se zdravotním postižením?

Domnívám se, že drtivá většina osob se zdravotním postižením, které jsou zároveň poživateli invalidního důchodu (dále ID), zatím reformu zaznamenala pouze ve formě oznámení České správy sociálního zabezpečení, jímž jim bylo sděleno, že jejich dosavadní částečné či plné ID byly transformovány v ID pro invaliditu I. až III. stupně. Novela zákona o důchodovém pojištění přinesla poměrně liberální přechodná ustanovení, která v podstatě zajistila, že se dosud nikomu nezměnila výše výplaty ID. Poněkud jinak je tomu s těmi, kteří zažádali o ID v tomto roce, protože tito žadatelé již byli posuzováni podle nyní platných předpisů. Pro skupinu osob se zrakovým postižením, která je cílovou skupinou Sociálně právní poradny Sjdnocené organizace nevidomých a slabozrakých, v níž pracuji, však nedošlo k žádné revoluční změně. Reforma se bude dotýkat zatím pouze těch osob, které trpí lehkými postiženími zraku a dříve by se mohly stát poživateli částečného invalidního důchodu, podle nyní platných pravidel by však byly uznány invalidními v I. stupni. Zařazení do I. stupně by s sebou samozřejmě neslo výplatu nižší částky, než na kterou by stejně postižené osoby dosáhly dříve. Tento dopad může být velmi tíživý, když si uvědomíme, jak obtížná je situace na pracovním trhu i pro zájemce o zaměstnání bez zdravotního postižení. A přitom do I. stupně invalidity jsou zařazeny osoby, u nichž činí pokles jejich pracovní schopnosti 35 až 49 %, jaké šance na pracovním trhu tedy tyto osoby mají?

Vidíte ve změnách důchodového pojištění také pozitivní změny?

Za dosud uskutečněnými kroky reformy je zřetelně cítit, že jde o snahu uspořít na výdajové

stránce státního rozpočtu, což je v zásadě zřejmě dobrá zpráva pro všechny občany, otázkou zůstává, zda snížení životní úrovně některých osob, byť s lehkým zdravotním postižením, je adekvátní cenou. Vláda také argumentovala zastaralostí vyhlášky, podle níž byla invalidita dosud posuzována, jednalo se o předpis z roku 1995, byl však postupně novelizován. Dalším argumentem vlády bylo zneužívání ID, ale domnívám se, že faktickým rozdělením dříve částečné invalidity do dvou stupňů ke zmenšení zneužívání nedojde.

Zákon č. 306/2008 Sb. zavádí nové pojmy, vedle poklesu pracovní schopnosti také tzv. stabilizovaný zdravotní stav a adaptaci na zdravotní postižení (mj. ještě pokles pracovní schopnosti). Jak těmto termínům prakticky rozumíte?

Termín „pracovní schopnost“ nahradil dosud užívaný pojem „schopnost soustavné výdělečné činnosti“, domnívám se, že jde spíše o kosmetickou úpravu, v praxi půjde o totéž. Jinak je tomu s pojmy „stabilizovaný zdravotní stav“ a „adaptace na zdravotní postižení“. Domnívám se, že za oběma těmito termíny je cítit snahu, s jakou byla reforma týkající se ID provedena, tedy „šetření“. Z teoretického hlediska jsou myslím tyto termíny pochopitelné, jde o to, co budou pro pojištěnce znamenat v praxi, na posouzení jejich dopadu je ještě brzy.

Změnily se také možnosti souběhu výdělku a invalidního důchodu? Jak se na tuto změnu díváte Vy?

V tomto ohledu reforma žádnou výraznou změnu nepřinesla. Souběh výplaty ID a jiných příjmů není nikde zákonem omezen, nicméně samozřejmě zde pojištěnci hrozí v případě, že je schopen si zajistit příjem ať už závislou či nezávislou

výdělečnou činností, že pokles jeho pracovní schopnosti bude přeposouzen.

Jistý pokles právní jistoty přinesl fakt, že určitá zvlášť závažná zdravotní postižení, která dříve byla prováděcí vyhláškou taxativně vyjmenována, automaticky znamenala udělení statusu „schopnosti soustavné výdělečné činnosti jen za zcela mimořádných podmínek“. Mezi tato zdravotní postižení patřila úplná i praktická nevidomost obou očí. Tento „status“ přináší jeho nositelům praktická zvýhodnění, mezi jinými i možnost neomezeného příjmu bez hrozby přeposouzení poklesu pracovní schopnosti, určitá

zvýhodnění podle zákona o zaměstnanosti, atd. Dnes je „přidělení tohoto statusu“ součástí posouzení invalidity pojištěnce.

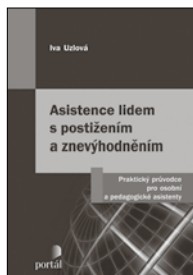
Celkově jsem tedy k provedené reformě spíše skeptický, ačkoliv pokud by se na jedné straně podařilo ušetřit prostředky státního rozpočtu, a to na úkor osob, které dávky ID zneužívaly, pak budu velmi potěšen, ovšem pokud na straně druhé nebude tato úspora „vyvážena“ snížením životní úrovně invalidních osob, které budou jen se značnými obtížemi či zcela bezúspěšně hledat práci.

Připravila: Zdeňka Dohnalová

inzerce

www.facebook.com/nakladatelstvi.portal

www.portal.cz



I. Uzlová

Asistence lidem s postižením a znevýhodněním

Praktický průvodce pro osobní a pedagogické asistenty

Základní informace o současném legislativním zajištění asistence, možnostech financování, organizaci, komunikaci a náplni práce asistenta, praktická doporučení týkající se přípravy a samotné práce, příklady z praxe.

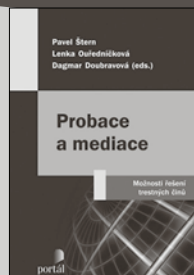
brož., 136 s., 229 Kč

T. Brumovská, G. Seidlová
Mentoring

Výchova k profesionálnímu dobrovolnictví

Publikace ukazuje mentoring v jeho historickém vývoji, identifikuje osvědčené modely jeho realizace, současný stav poznání v oblasti výzkumu efektivit mentoringových programů. Prezentuje výsledky zahraničních zkušeností z projektů evaluace mentorin-
gových programů a ukazuje konkrétní postupy i metodologické přístupy realizované v českém prostředí.

brož., 152 s., 269 Kč



**P. Štern, L. Ouředníčková,
D. Doubravová (eds.)**

Probace a mediace

Možnosti řešení trestných činů

Publikace seznamuje se vznikem probačních a mediačních činností v ČR a s vývojem této oblasti v zahraničí. Zabývá se prací s klienty, ozřejmuje postupy a metody sociální práce, které přibližuje prostřednictvím příběhů z praxe.

brož., 216 s., 359 Kč

Pro Česko: Portál, s. r. o., tel. 283 028 203, e-mail: obchod@portal.cz
Knihkupectví Portál: Jindřišská 30, Praha 1; Dominikánské nám. 8, Brno; Prokopova 19, Plzeň
Pro Slovensko: portalslovakia@stonline.sk, tel. 00421 910 995 655, www.portalslovakia.sk

portál

AKU PUNK TURA I.



POMŮŽEME TI

LINKA PSYCHOPOMOCI

224 214 214

podpora v psychické krizi
pomoc při orientaci v nepříjemné situaci
informace, které vám pomohou najít východisko
kontakty na odborníky a zařízení
z oblasti problematiky psychického zdraví
kvalifikované odpovědi na otázky
z oboru psychologie a psychiatrie



KAŽDÝ VŠEDNÍ DEN OD 9 DO 21 HODIN

Projekt zajišťuje Česká asociace pro psychické zdraví,
Klánova 62/300, 147 00 Praha 4,
tel. 224 212 656, info@capz.cz, www.capz.cz.

Teorie a modely zdravotního postižení

Theories and Models of Disability

Lenka Krhutová

Mgr. Lenka Krhutová, Ph.D.,¹ je odbornou asistentkou na katedře sociální práce Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity. Absolvovala obory speciální pedagogika, sociální práce a patnáct let praxe v institucích služeb sociální práce a speciálního školství. Zabývá se tématy zdravotního postižení v kontextu sociální práce, komunikace a disability studies. Působí v Odborné skupině Vládního výboru pro zdravotně postižené občany pro vzdělávání.

Abstrakt

Cílem přehledové stati je deskripce teorií a modelů zdravotního postižení pro potřeby české sociální práce. Studie vychází z obsahové analýzy teoretických zdrojů sociologie zdravotního postižení a disability studies. Nastiňuje aktuální teoretický diskurs sociální práce v kontextu zdravotního postižení, uvádí typologii definic, členění paradigmat a teorií zdravotního postižení, představuje vybrané modely zdravotního postižení relevantní pro sociální práci. Závěrem nabízí možné aplikace teoretického obsahu studie pro praxi sociální práce.

Klíčová slova

sociální práce, zdravotní postižení, teorie zdravotního postižení

Abstract

The aim of survey article is to describe theories and models of disability for the purposes of Czech social work. The study is based on content analysis of theoretical resources from the sociology of disability and disability studies. This article outlines the current theoretical discourse of the social work in the context of disability, also presents typology of definitions, paradigms and theories of disability and theoretical disability models which are relevant to social work. In conclusion, it offered a possible application of the theoretical content of the study for the practice of social work.

Keywords

social work, disability, theoretical disability models

Úvod

Lidé se zdravotním postižením jako celek jsou přirozenými uživateli služeb sociální práce a zdravotní péče. V souvislosti s demografickými výhledy stárnutí populace, které je zpravidla spojeno i se změnou zdravotní kondice, se v sociální práci zvyšuje potřeba znalosti témat zdravotního postižení včetně dovedností rozlišovat mezi obecnými tématy zdraví a nemoci a specifickými tématy zdravotního postižení.

V tomto smyslu lze aktuální otázky sociální práce situovat do roviny: Co sociální práce znamená či může (nebo nemusí) znamenat pro konkrétní jednotlivce a skupiny lidí s postižením? Jaké modely zdravotního postižení jsou či mohou být uplatňovány v intervencích sociální práce?

V důsledku vývoje oboru sociální práce v ČR a násilného přerušení kontinuity jejího vysokoškolského vzdělávání (v letech 1953–1989) lze současnou českou odbornou literaturu cíleně zaměřenou na sociální práci s lidmi s postižením, kotvenou relevantním teoretickým zázemím, charakterizovat etapou počátečního rozvoje. Publikace Kolářkové a Kodymové (2005), Hruškové, Matouška a Landischové (2005), Probstové (2005), Mahrové a Venglářové (2008), Novosáda (2000, 2009) ad. zpravidla obsahují vybraná obecná témata sociální práce s aplikací na zdravotní postižení, ucelenější teoretické koncepty zde však chybějí. Jedním z cílů statě je proto snaha přispět k nastavení teoretického základu pro tuto oblast české sociální práce včetně výzkumu a vzdělávání v sociální práci.

Zahraniční odborné prameny představují práce autorů Oliver, Sapey (1999), Gilson, De Poy (2002, 2008), Rothman (2003), May (2005), Yuen, Cohen, Tower (2007), Buckles, Brewé, Kerecman (2008), Depti, Soffer, Hernandez (2009) ad. Zpravidla obsahují dva modely zdravotního postižení / disability – medicínský a sociální, ucelenější teoretické přehledy však neuvádějí.

Z důvodu absence teoretické opory v odborných zdrojích sociální práce jsme při zpracování studie vycházeli primárně z teoretických zdrojů sociologie zdravotního postižení² a disability studies³ z děl anglicky píšících autorů. Jsme si vědomi (1) že vycházíme z teoretického rámce, který v současné době není v odborných kruzích v ČR příliš rozšířen, (2) úskalí, kdy modely a teze relevantní v prostředí anglo-americkém nelze bez dalšího překlápet do prostředí české reality, (3) limitujícího faktoru statí, jímž je absence komparace dalších cizojazyčných zdrojů německé, francouzské ad. odborné provenience. Přesto věříme, že teze a zdroje zde uvedené budou či mohou být předmětem kritické diskuse zainteresovaných a inspirací pro rozvoj témat zdravotního postižení nejen v oblasti sociální práce v ČR.

1. Kdo je „zdravotně postižený“?

V běžném společenském prostředí bývá existence člověka s postižením zpravidla vnímána jako ne-normální jev. Tzv. kvalifikované odhady uvádějí desetiprocentní výskyt zdravotního postižení v populaci. Příležitost blízkého kontaktu s realitou zdravotního postižení tedy nemá každý. Existence lidí s postižením je však přirozeným, běžným, a tedy i normálním jevem, který se vždy vyskytoval, vyskytuje a vyskytovat bude ve všech obdobích, společnostech a ve všech úrovních stratifikační pyramidy. Pomineme-li snahy eugeniky o „optimalizaci genetického kódu lidstva“ a přes nesporné úspěchy lékařských a technických věd je zřejmé, že patrně nikdy nevymizí nemoci a úrazy působící trvalé zdravotní postižení a s výjimkou vědomého vzdání se potomstva nelze ani zdaleka ve všech případech zabránit vzniku vývojových vad.

Ptáme-li se, kdo je „zdravotně postižený“, resp. „co je“ zdravotní postižení, odpověď má smysl jen ve spojitosti s účelem otázky – proč nás to zajímá?, jaký je cíl definování těchto pojmů? Jednotná definice zdravotního postižení, která by zahrnovala vše typické, vyhovovala všem a byla univerzálně platná pro všechny situace, neexistuje a v zásadě ani existovat nemůže. Jaká-

koliv snaha o univerzalistickou definici totiž nutně předpokládá kritickou míru redukce rozmanitosti aspektů a důsledků postižení, přičemž právě rozmanitost, různost je jedním z určujících atributů zdravotního postižení. Při hledání odpovědi je proto nezbytné přistupovat k otázce ve smyslu: Kdo se ptá? Za jakým účelem?

Laické vnímání je zpravidla spojováno, či spíše překrývá se s nemocí a „zdravotně postižený“ je zpravidla vnímán jako „nemocný“.⁴

Odborník nebo vědec s tímto náhledem nevystačí a v popředí se ocitá zmíněný účel otázky – proč a jak „přesně“ to potřebuji vědět? Zde se cesta větví. Odborníka (sociálního pracovníka, úředníka na ministerstvu dopravy, pracovníka IT technologií) bude zajímat jiné definiční vymezení než vědce, a sice – jak je zdravotní postižení vymezeno pro účely jeho konkrétní profesní intervence, kdo patří a kdo již (nebo ještě) ne do okruhu (které) cílové skupiny lidí s postižením, koho se týkají opatření stanovená legislativou apod. Příkladem je resort práce a sociálních věcí, v němž nalézáme řadu zcela rozdílných účelově formulovaných definic jednoho a téhož pojmu, které jsou navíc odlišné od definic užívaných v resortu školství nebo zdravotnictví.

Badatele bude při zkoumání odpovědi zajímat konceptuální dimenze pojmů s možností využití jak směrem „od teorie k praxi“, tak „od praxe k teorii“. Odborné a vědní definice zdravotního postižení a jeho nositele jsou tedy nutně a přirozeně diferencovány podle účelů zaměření otázky a jsou velmi rozmanité. Odrážejí se v nich rovněž historické, sociokulturní, psychosociální, ekonomické, politické, environmentální aj. aspekty. A nutno zdůraznit, že v každé zemi jinak.

Důležitá je rovněž osobní perspektiva – v jaké situaci je ten, kdo se ptá? Laik, odborník nebo vědec bez osobní či blízké zkušenosti postižení bude na téma zpravidla nahlížet optikou „o něčem“ (postižení) a „o někom“ („postiženém“). Sám „zdravotně postižený“ může být laikem nebo odborníkem i vědcem v jednom. V závislosti na žité zkušenosti postižení u něj může jít o odpověď jak v rovině „o něčem a o někom“, tak v rovině „o své součásti a o sobě“ a jejich kombinaci.

Zdánlivě jednoduchá tautologická odpověď na otázku, kdo je „zdravotně postižený“, zní – ten, kdo má zdravotní postižení. Tato odpověď však de facto rozkládá jeden výraz „zdravotně postižený“ na dvě kategorie: (1) člověk jako bytost a (2) fenomén zdravotního postižení. Nejen v našich ze-

měpisných šířkách je pravidlem, že „zdravotně postižený“ člověk je definován postižením, člověk a postižení splývají v jedno. Máme-li se však seriózně zabývat definicemi, je oddělení těchto kategorií na teoretické úrovni zcela klíčové.

Úskalí konceptualizace zdravotního postižení jsou v zásadě známa. Je však potřebné dodat, že (v ČR) více méně jen některým z části odborné veřejnosti v oboru speciální pedagogiky.⁵ Uživatel Slovníku sociální práce se může dočíst, že „zdravotní postižení, disability, je postižení člověka, které nepříznivě ovlivňuje kvalitu jeho života, zejména schopnosti navazovat a udržovat vztahy s lidmi a schopnost pracovat“ (Matoušek 2003: 271). Psychologický slovník uvádí: „Postižení zdravotní (handicap) je dlouhodobý nebo trvalý stav, který nelze léčbou zcela odstranit, lze však (jeho) nepříznivý dopad zmírnit soustavou promyšlených opatření.“ (Hartl, Hartlová 2000: 442.)

Z první definice lze nabýt dojmu, že tím, co nepříznivě ovlivňuje kvalitu života člověka, je *postižení samotné* (vývojová vada, získané onemocnění apod.) a dále, že jde *zejména o schopnost (tohoto člověka)* navazovat vztahy, udržovat je a *schopnost (tohoto člověka)* pracovat. Formulace definice jednostranně staví problém na stranu jedince a pomíjí situaci, kdy problémem kvality života není postižení samotné či osobní dispozice člověka, nýbrž (například) fyzické bariéry pro člověka na vozíku, které mu znemožňují chodit do práce, navazovat a rozvíjet vztahy, přesto, že jde o člověka mimořádně *schopného*.

Co tedy je zdravotní postižení a *kdo je* „zdravotně postižený“? Kde postižení začíná (*kde je bod „nula“*) a kde končí? V obou definicích se objevují synonyma k „postižení“, jednou jako „disability a (ne)schopnost“, podruhé jako „handicap a stav“. Jaký je mezi těmito pojmy rozdíl? Diskusi uvedeme nástinem různých definičních přístupů.

2. Typologie definic zdravotního postižení

Historicky nejstarší definice pocházejí z medicínského prostředí a z logiky věci se vážou se k nemocem a diagnózám. Tradičním definičním vymezením je víceúrovňová klasifikace funkčních schopností podle WHO, viz dále. Nejde však v pravém slova smyslu o definici, nýbrž o soubor měřitelných komponent, a ani zdaleka není jediným definičním typem.

Zdravotní postižení je kromě zdravotnických oborů a speciální pedagogiky tematickým předmětem zájmu psychologie, sociální práce, antro-

pologie, jeho aspekty se zabývá také politologie, kulturní, genderová a mediální studia, studia informačních technologií, technické vědy aj. Tyto obory disponují teoretickými systémy a výzkumy, které ze své vlastní perspektivy nahlíží na témata spojená s postižením.

Brenchin a Lidiard (in Oliver, Sapey, 1999: 35) uvádějí, že „k řešení různorodých podmínek života lidí s postižením může být zapojeno až dvacet tři odlišných profesí“. Je přirozené, že si každá z nich k tématu postižení nevytváří, resp. nepotřebuje vytvářet vlastní specifické profesně-teoretické zázemí, nýbrž využívá některého z jí nejbližších vědních oborů nebo pracuje s různými koncepty napříč obory.

Townsend (tamtéž: 35–37) rozlišuje pět typových kategorií definic zdravotního postižení: (1) abnormalita nebo úbytek, (2) klinický stav – diagnózy, (3) funkční limity – omezení v každodenních aktivitách (hygiena, příjem potravy, oblékání, nakupování), (4) disability jako deviace (odchylka) – buďto od obecně přijímané tělesné nebo zdravotní normy, nebo od jednání či chování odpovídajícího sociálnímu statusu jednotlivce nebo skupiny, (5) disability jako znevýhodnění.

Altman (2000) rozlišuje typy definic na legislativní a administrativní, klinické a vědecko-výzkumné. Další definiční pohledy nabízejí kulturní a genderové teorie (Snyder, Mitchell, 2006, McRuer, 2006), politologicky orientované teorie (Baird, Rosenbaum, Toombs, 2009), teorie umění (Eco, 2007) ad.

Společným znakem různorodých definic zdravotního postižení je tak či onak snaha popsat ono „specifické“. Zpravidla je každá definice dříve či později konfrontována s tradičním problémem normality, tj. „co je norma a kdo ji určuje? [...] co je normální a přípustné a k čemu se ‚normální‘ vztahuje? Jde o normalitu ve vztahu ke ‚schopnému‘ tělu, nebo normalitu v rámci ‚postiženého‘ těla?“. (Townsend in Oliver, Sapey, 1999: 36.)

Podobně se zamýšlí Jesenský (2000: 57): „Abnormalita je [...] stav, který má mnoho přechodných stupňů vzhledem k normalitě, a proto se někdy nerozlišuje mezi modalitami normálního chování zdravotně postižených a modalitami abnormalního chování příslušného osobám [...] těžce sociálně deviantním. Specifické, zdravotním postižením podmíněné projevy zdravotně postižených ve společenských, partnerských, rodinných, pracovních nebo jiných vztazích se pak někdy nesprávně interpretují jako abnormalita.“

Při srovnání uvedených autorů je zřejmé, že oba rozlišují „dvě normality“. Jednu ve vztahu k lidem bez postižení, tedy to, co je ab/normální při porovnání s lidmi tzv. zdravými, a druhou ve vztahu k lidem s postižením, tedy to, co je v rámci projevů a jednání lidí s postižením potřebné považovat za normální, tj. zdravotní dispozicí podmíněné projevy. Například příslušný řečový projev lidí se spasticitou mluvidel nebo typ chůze a pohybu nevidomých lidí apod. Abnormalitou jsou pak ty projevy, které nejsou „normální“ uvnitř projevů a jednání v rámci skupin lidí s postižením.

3. Disabilita jako lingvistický problém

Dosud jsme se v textu setkali s pojmem „disabilita“ jako synonymem k pojmu „zdravotní postižení“. Překlad (nejen do češtiny) a vymezení obsahu disability je však velmi komplikované. Podle Hiranandani (2005: 76) „v jednotlivých kulturách neexistuje rozdíl mezi ‚disabled‘ a ‚disability‘. Termín nemá v mnoha jazycích ani překladové ekvivalenty, přesto, že v nich existují termíny pro osoby s postižením zraku, sluchu atd.“. Uvádí (tamtéž), že přetrvávající nedostatečné vyjasnění obsahu pojmu napříč historií implikuje vztahy napětí mezi jednotlivci s postižením a společností. Dokladem jejího tvrzení je, že se tento i nadále poměrně kontroverzní pojem stal klíčovým spouštěcím mechanismem rozsáhlé rekonstrukce klasifikačního modelu WHO platného v letech 1980–2000 (viz dále).

Prerekvizitou dis/ability je „ability“ (schopnost, dovednost, zdatnost, způsobilost), kterou Jesenský (2000: 59–60) ve vztahu k postižení vymezuje jako „schopnost vykonávat nějakou činnost způsobem a v rozsahu, jaký je u člověka považován za normální“. Pojmem „disabilita“ pak Jesenský rozumí „snížení, omezení nebo nedostatek schopností vykonávat běžné lidské činnosti“.

Disabilita je v řadě společenskovědních disciplín definována často jako snížení výkonu z *úrovně vlastních možností/schopností jedince* (směrem dovnitř). Průlomovou je definice v Mezinárodní klasifikaci funkčních schopností, disability a zdraví WHO z roku 2001 (MKF, angl. ICF), která zahrnuje kromě faktoru těla nově také faktor společenských podmínek (směrem ven): „Disabilita je snížení funkčních schopností na úrovni *těla, jedince* nebo *společnosti*, která vzniká, když se člověk se svou *zdravotní kondicí* setkává s *bariérami prostředí*.“

Pojem tak zcela změnil svoji původní konotaci a lze jej volně přeložit výrazem „překážka“, která

může být výsledkem nejen vnitřních, ale také vnějších dispozic na člověku nezávislých.

Je potřebné uvést, že pojem „disability“ má v interdisciplinární perspektivě oborů mimo zdravotní, sociální a vzdělávací oblast širší kontexty než úzce chápané „zdravotní postižení“ a zahrnuje i jiné aspekty, které nutně nejsou nebo nemusí být spojeny s tím, co v češtině a z nedostatku jiného verbálního vyjádření označujeme jako „postižení“.⁶

S ohledem na výše uvedené ponecháváme v další části textu na příslušných místech původní jazykovou verzi s upozorněním, že při čtení a reprodukci pojmu je zapotřebí určité opatrnosti a znalosti, v jakém kontextu (umístění pojmu v čase a příslušnost k vědnímu oboru) je používán.

4. Teorie zdravotního postižení

Zdravotní postižení je fenoménem multiparadigmatickým. Žitá zkušenost postižení působí na jedinou. Nelze ji dělit na části, které odborníci různých disciplín zkoumají, relativně izolovaně, ze svého úhlu pohledu, přičemž ostatní úhly pohledu mohou a mnohdy i musí „zanedbat“.

V průběhu vývoje vznikala řada různorodých přístupů a pojetí zdravotního postižení včetně pokusů o jejich klasifikaci. Pole teorií, modelů a paradigmat je značně rozmanité podle zaměření jednotlivých vědních oborů. Orientaci v něm znesnadňuje terminologická nejednotnost stran úrovně teoretického třídění – tam, kde jedni hovoří o teorii, jiní užívají u téhož obsahu označení model, paradigma, koncept, definice. S ohledem na stanovený cíl a rozsah stati uvádíme pouze rámcový přehled teorií vybraných vědních oborů.

Sociologie zdravotního postižení disponuje rozvinutou badatelskou základnou. Ke zkoumání fenoménu postižení přistupuje z mnoha hledisek a úrovní sociologické perspektivy. Tabulka 1 ilustruje možné aplikace různých sociologických přístupů analýzy.

Sociologickou perspektivu lze představit přehledem teorií a modelů, například v členění podle Kasnitz a Shuttleworth (2003): (1) Fenomenologické teorie disability (Hughes, Paterson). (2) Postmodernistická teorie disability (Scott-Hill, Shakespeare). (3) Ekologické teorie disability (Seekins, Kasnitz). (4) Sociopolitické modely disability (De Jong, Hahn, Oliver). (5) Sociokulturní model (Kasnitz a Shuttleworth).

Sociologická literatura uvádí zpravidla dva modely zdravotního postižení – medicínský

Tab. 1 Úrovně sociologické analýzy zdravotního postižení / disability				
úroveň		téma	sociologická perspektiva	
individuální	mikro	zkušenost disability a impairment	Fenomenologie, (symbolický) interakcionismus	každodenní život
sociální	mezo	socio-kulturní kategorie disability, identity politics	Sociální konstruktivismus, teorie středního dosahu (teorie rolí, labellingu)	most ↑↓
společnost	makro	sociální systémy (welfare), politics disability	Funkcionalismus, politická ekonomie, neomarxismus	globální společenská explanace
Zdroj: Barnes, Mercer, Shakespeare 1999: 35, upraveno autorkou stati				

a sociální (Barnes, Mercer, Shakespeare, 1999, Shakespeare, 2006, Silvers, Wasserman, Mahovald, 1998, Swain, French, Cameron, 2003, a další), popřípadě individuální a sociální (Hiranandani, 2005, Oliver, 1996, Oliver a Sapey, 1999, ad.).

Antropologickou perspektivu představují podle Kasnitz a Shuttlesworth (2003) přístupy a teorie: (1) Fenomenologický přístup (Frank). (2) Osobnostní přístup (Ingstad, Whyte). (3) Přístup Disablement Process (Luborsky). (4) Semiotický přístup (Stiker). (5) Teorie sociální komplexity disability (Scheer and Gross). (6) Teorie stigmatu (Goffman). (7) Teorie liminality (Turner, Murphy). (8) Teorie anomaly (Douglas).

V ČR je teoretická báze v důsledku historického institucionálního vývoje rozvinuta v oblasti speciálněpedagogické. V posledních letech se stále intenzivněji objevuje reflexe potřeby její transformace. Podle Jesenského (2000: 32, 2005: 32) v soudobé české speciální pedagogice „nemáme [...] na uspokojivé úrovni propracovanou ucelenou (integrovanou) teorii člověka se zdravotním postižením. [...] Přes poměrně značný rozsah poznatků [...] nejsou [...] v pozici systémového zpracování.“.

Jesenský (2000: 112–124, 2003: 11, 2004: 61) analyzuje biologické, rehabilitační, integrační a další paradigmaty speciální pedagogiky, zvláštní pozornost věnuje antropologickému paradigmatu speciální pedagogiky. Formulaci potřeby transformace teoretických konceptů a paradigmatu české speciální pedagogiky nacházíme rovněž u Valenty (2003), Michalíka (2003) a dalších autorů.

Perspektivu disability studies lze představit například Pfeifferovým tříděním paradigmat do dvou linií: (1) tzv. staré paradigma orientované na medicínské, individualizované a negativně vymezované aspekty postižení a (2) novo-

dobé paradigma, označované jako „paradigma disability“ (Pfeiffer 2005: 26, 27). Základem novodobého paradigmatu je teze, že disability je produktem interakce mezi charakteristikami jedince (například zdravotní stav, postižení, funkční schopnost, kvalita osobnosti) a charakteristikami přírodního, architektonického, sociálního a kulturního prostředí. Paradigma disability akcentuje celkové fungování jedince v jeho prostředí. Podle Pfeiffera má nejméně devět interpretačních verzí: (1) sociálně konstruktivistický model – preferovaný v USA; (2) sociální model – britská verze; (3) model impairment; (4) politický model – oprese minorit; (5) model Independent Living; (6) postmodernistický model; (7) kontinuální model; (8) variantní model; (9) diskriminační model disability.

5. Modely zdravotního postižení

Následně představíme vybrané modely jak v rámci Pfeifferova schématu, tak mimo něj, o nichž se domníváme, že jsou či mohou být relevantní pro sociální práci. Každý z nich má své zázemí vzniku, způsob využití, své zastánce i kritiky.⁷

5.1 Klasifikační model WHO

Dřívější medicínské definice zdravotního postižení vycházely z pojetí nemoci a primární orientace na samotné orgánové nebo funkční postižení – vadu, nedostatek. Současné pojetí sleduje holisticky orientovanou linii zdraví jako „stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nikoliv jen absence nemoci nebo vady“ (World, 2008).

Účelem klasifikačního modelu WHO je měřit, tzn. kvantifikovat určité komponenty funkčních schopností konkrétního jedince. Soudobému modelu ICF 2001⁸ předcházela model ICIDH 1980⁹ – v něm se přestaly zdůrazňovat vady a nedostatky a postižení bylo představeno zcela novým

Tab. 2 Změna pojetí klasifikačního modelu WHO

Znění 1980 (ICIDH)	Komponenty	Znění 2001 (MKF)
Impairment	Tělesná rovina poškození tělesné / mentální aj. funkce	Impairment
Disability	Personální rovina schopnosti, limity / aktivity, možnosti	Activity
Handicap	Sociální a ekologická rovina znevýhodnění / spoluúčast, zapojení	Participation
Zdroj: Pipeková 2006: 100, upraveno autorkou stati		

způsobem pomoci tří dimenzí: (1) Impairment, tj. samotné poškození orgánu nebo funkce těla; tato dimenze umožňuje deskripci a účelovou klasifikaci kategorií zdravotního postižení na tzv. postižení motorických, smyslových, mentálních, řečových aj. funkcí. (2) Disability – snížení schopnosti individuálního výkonu; v kontextu ICIDH se jím rozuměl aspekt postižení zaměřený na osobní rovinu, tj. schopnosti jedince, jeho možnosti, resp. omezené možnosti – limity. (3) Handicap¹⁰ – sociální dimenze postižení.

Zatímco v pojetí ICIDH byl handicap dáván do přímé souvislosti se zdravotní dispozicí, následkem zdravotního stavu, řada autorů (Barnes, Mercer, Shakespeare, 1999: 22–27, Altman, 2000, Jesenský, 2000: 60, ad.) definovala handicap jako funkci vztahu mezi člověkem s postižením a jeho okolím. Podle Vysokajové (2000: 24) „handicap se nemusí vždy projevit. Záleží na kulturních a společenských normách, které dotýknou osobu obklopují, neboť handicap je v podstatě nesoulad mezi stavem nebo výkonem člověka a tím, co od něho očekává společenství, do něhož patří.“¹¹

V roce 2001 došlo k zásadní rekonstrukci modelu ICIDH. WHO redefinovala pojmy „impairment – disability – handicap“ na „impairment – activity – participation“. Jedním z určujících důvodů změny byla ostrá kritika lidí s postižením hovořících anglicky na orientaci definičního rámce ICIDH v linii: poškození (impairment) vede (jen) k negativním → odchylkám od norem výkonu, neschopnosti (disability), které uvádějí do pohybu → proces vyřazování (handicap). Soudobý přístup a užívání slovníku v klasifikaci ICF má akcentovat pozitivní perspektivu: do jaké míry *může* člověk s postižením (impairment) → provádět činnosti (activity) → k zapojení do životní situace, účasti na společenském životě (participation). Obsahový posun znázorňuje tab. 2.

VICF (MKF)¹² je celá řada dalších významných změn, zejména pak rozšíření klasifikace o komponenty v rodině medicínských klasifikací do té doby nesledovaných, o tzv. spolupůsobící faktory – faktory prostředí a osobní faktory. Vzájemné interakce těchto a dalších komponent znázorňuje schéma 1 (Mezinárodní, 2008: 30).

5.2 Medicínský model

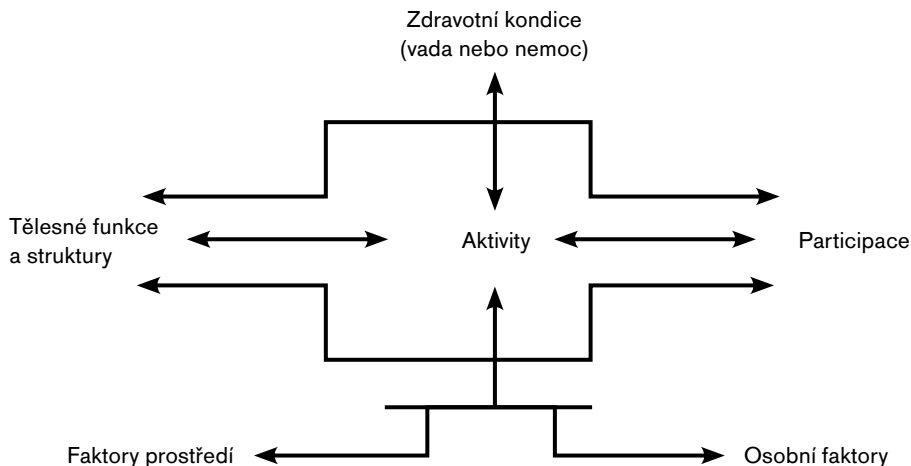
je základem tzv. starého paradigmatu (viz výše). Člověk s postižením je vnímán jako „nemocný a nezdravý“ jedinec, je definován postižením. Model je založen primárně na vadě, postižení, funkčním limitu, patologii, předjímá závislost člověka s postižením na rozhodnutí jiných bez možnosti jeho přímé účasti či podílu na rozhodování. Charakteristickým principem je *rozhodování z pozice moci*, paternalistický a protektorský postoj. Z hlediska jazykového jsou signifikantními pojmy diagnóza, posouzení, hodnocení, léčba, nařízení, dozor, péče, neschopnost, atd. (Brading, Curtis, 1999, Hiranadani, 2005, ad.).

Fundamentální je náhled – jestliže má člověk trvalé postižení vyžadující například používání vozíku, pak tento člověk nemůže být nikdy „v pořádku“ a bude již navždy v roli závislého, nemocného, nezdravého (Pfeiffer 2005: 27). Původ modelu dává autor do souvislosti s funkcionálním determinismem (a jeho konceptem normální/abnormální funkce) a doktrínou biologické normality.

5.3 Model osobní tragédie

vychází z předchozího modelu (Oliver, 1996: 34, Swain, French, Cameron, 2003: 22, Hiranadani, 2005, ad.). Základem je perspektiva vnímání *člověka s postižením jako „oběti“*. Postižení je vnímáno jednostranně optikou sociálně patologické situace a automaticky jako životní tragédie. Lidé s postižením a jejich okolí „mají jen problémy“.

Schéma 1 Interakce komponent funkční schopnosti a disability, ICF 2001.



V postojích vůči nim se mísí paternalismus s výrazným emotivním akcentem. Typické je používání jazykových výrazů jako ubožák, trpící, chudák, mrzák, izolace, závislost, utrpení, soucit, charita, ale i statečnost, hrdinství atd.

5.4 Disabilita jako deviace (odchylka)

Model vychází z teorie sociální deviace¹³ a teorie sociálních rolí. Zdůrazňuje aspekt odlišnosti od „normy“, *odchylky nad rámec nepsaného tolerančního limitu ve společnosti*. Podle Sibilski (2000: 60) „perspektiva disability jako deviace implikuje proces labellingu (etiketizace) a tomu odpovídající přístupy a jednání vůči lidem s postižením [...] Být ‚označen‘ (mít nálepku) znamená současně ‚být vyloučen‘, ‚odmítnut‘ společností.“. Nálepka „handicapovaný“ tak podle něj brání participaci člověka s postižením ve všech sférách sociálního života. Labelling úzce souvisí se stigmatizací, která má za následek izolování se do skupiny „my jini“ a zvýraznění pozic „my a oni“ (Freiová, 1996: 759).

5.5 Disabilita jako sociální a kulturní konstrukce
Ústředním konceptem modelu je „identita“. Zjevná odlišnost lidí (s postižením) je stigmatizuje. Jejich vlastnosti, schopnosti a dovednosti jsou posuzovány nikoliv na základě konkrétní zkušenosti s člověkem (či skupinou), nýbrž a priori skrze toto stigma.¹⁴ *Formou jazyka je konstruována negativní „identita postiženého“ jako méněcenné osoby. „Tím, co sehrává nejdůležitější roli při konstrukci identity disability, není individuální postižení jako takové, ale environmentální fakto-*

ry.“ (Hayashi 2005: 47.) Hiranandani (2005: 75) zmiňuje koncept kulturní konstrukce disability, Charlton (2000: 8) uvádí příklad – všichni neslyšící lidé jsou považováni lidmi bez postižení za zdravotně postižené, přestože se část neslyšících nepovažuje za „postižené“, ale za kulturní a jazykovou menšinu.

5.6 Sociální model disability

Klasická verze modelu klade důraz na rozlišení impairment (poškození) a handicap (sociální znevýhodnění) a na *potřebu porozumění disability*. Ústřední tezí je, že problémy, s nimiž se lidé s postižením potýkají v každodenním životě, jsou důsledkem *organizace společnosti* – společnost je postavena/organizována pro intaktní (bez postižení). Lidé s postižením jsou tak systémově znevýhodněni existencí bariér, a to jak individuálních, tak strukturálních (architektonické bariéry, doprava, vzdělávání, zaměstnávání atd.), což je příčinou sociálního vyloučení (Pfeiffer, 2005, Shakespeare, 2006).

Sociální model zaznamenal ve svém vývoji dvě odlišné verze. Vedle klasické verze se rozvinula radikální politická verze modelu, která má původ ve Velké Británii a souvisí s vysokou mírou politické aktivizace lidí s postižením v UK.¹⁵ Rozlišení obou verzí uvádíme v tabulkách 3 a 4.

5.7 Model Independent Living

je založen na tezi, že lidé s postižením jsou *příslušníci a odpovědní činitelé rozhodnutí*. Mají fundamentální právo volby a výběru, a na tytéž příležitosti a možnosti jako ostatní lidé. Stejně jako ostatní

Tab. 3 Klasická verze sociálního modelu disability

Medicínský model – problém	Sociální model – řešení
Bolesti rukou. Neschopnost otevřít sklenici, dveře	Vhodnější konstrukční návrh víček, instalace automatických dveří
Neschopnost dlouhodobě stát. Problémy s mobilitou – hole, s páteří	Více míst k sezení na veřejných místech
Neschopnost vyjít z domu nebo „uvěznění na vozíku“	Nevhodně navržené domy (bariéry) – potřeba instalace nájezdových ramp, výtahů, zpřístupnění dopravy, parkovacích míst
Zaměstnavatelé nedají člověku s postižením práci, protože si myslí, že by ji nemohl/a dělat	Vzdělávání zaměstnavatelů ke schopnosti vnímat znalosti a dovednosti lidí s postižením – spíše než zaměřenost na vyhledávání problémů
Nemožnost slyšet nebo vidět	Uznání a použití znakové řeči a Braillova písma
Zdroj: Disability Wales 2009	

musí nést odpovědnost za své životy včetně odpovědnosti za svá rozhodnutí, mají právo mluvit za sebe a vyjadřovat se k nim.

Ústřední myšlenkou je „nic o nás bez nás“¹⁶ (Pfeiffer, 2005: 32). Odborníci mohou nebo nemusí být lidmi s postižením dotázáni/požádáni o expertní poznatky nebo asistenci. Problémy, s nimiž se potýkají, souvisí s pozicí moci a kontroly části odborníků a ostatních, neadekvátním zabezpečením služeb a se subjektivními, architektonickými, poznávacími, ekonomickými aj. bariérami. Řešení problémů spočívá v *sebe-obhajobě, systému advokacie*, eliminaci bariér a dalších opatřeních podle výběru lidí s postižením. Model charakterizuje užívání pojmů sebeurčení, sebeúcta, rovná práva.¹⁷

6. Možnosti aplikace modelů zdravotního postižení v praxi sociální práce

Vycházíme-li z rozlišení sociální práce jako (1) praktické činnosti s klienty; (2) samostatné profese s profesními standardy; (3) vědního oboru s vlastní teoretickou a výzkumnou základnou; (4) vzdělávací disciplíny – pak každé bude mít svou vlastní rovinu praxe. Všechny roviny se pak protínají v intervenci sociální práce (na mikro/mezo/makro úrovni) směřující k podpoře a/nebo pomoci při řešení podmínek života lidí s postižením, v případech, kdy je podpora/pomoc potřebná. Z uvedeného rozlišení je zřejmé, že způsob využití modelů, resp. obsahu statí se bude lišit v závislosti na konkrétně rovině praxe.

Pro badatelskou praxi má význam rámcové ukotvení teoretického základu, od něhož lze rozvíjet výzkumná témata, včetně kritické reflexe teorií a modelů zdravotního postižení, jejich doplnění apod.

Z pohledu profesní zaměstnavatelské praxe lze některé modely aplikovat při specifikaci či doplnění profesních standardů v zařízeních služeb sociální práce se zaměřením na klienty s postižením.

Pro praktickou činnost s klienty lze některé modely aplikovat do roviny přístupů sociálních pracovníků vůči lidem s postižením a naopak – lidí s postižením vůči sociálním pracovníkům a snahy o vědomou reflexi vlastních postojů ve vzájemných interakcích.

Praxi vzdělávání v sociální práci charakterizuje prolínání všech uvedených rovin s podporou didaktických postupů. Teorie a modely postižení včetně praktických příkladů lze začlenit ke kurikulárním tématům studijních předmětů zaměřených na sociální práci s lidmi se zdravotním postižením nebo příbuzných předmětů či oborů.

Tab. 4 Radikální verze sociálního modelu disability

Individuální model	Sociální model
teorie osobní tragédie	teorie sociálního útlatku
osobní problém	sociální problém
individuální zacházení	sociální akce
medikalizace	self-help
dominance profesionálů	individuální a kolektivní odpovědnost
expertiza	zkušenost
individuální identita	kolektivní identita
předsudky	diskriminace
péče	práva
kontrola	volba
politika	politika
individuální adaptace	sociální změna
Zdroj: Oliver 1996: 34	

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: lenka.krhutova@osu.cz.
- 2 Srov. Barnes, Mercer, Shakespeare, 1999, Albrecht, 2002, Thomas, 2007, Jesenský, 2000: 110, Novosád, 2000: 14, ad.
- 3 Disability Studies se zdravotním postižením zabývá primárně ve smyslu společenského, kulturního a politického fenoménu. Tím se liší od tradičních klinických, medicínských, pedagogických či terapeutických přístupů. Srov. Albrecht, 2000, Johnstone, 2001, Barnes, Oliver, Barton, 2002, Siebers, 2008, ad. Za první systematické texty s rysy nového vědního oboru lze v ČR považovat části prací Jesenského (např. 2000: 23–44, 108–124, 134–135, 2003: 6–11), přestože v nich autor pojem „disability studies“ přímo neužívá. K teoretickým základům a vývoji oboru srov. dále Krhutová, 2008: 21–22, 24–25.
- 4 Je vrozeně nevidomý člověk, který nemá zdravotní problémy a žije běžným rodinným, pracovním a společenským životem, nemocný?
- 5 Příslušné heslo v Defektologickém slovníku (Edelsberger a kol., 2000: 272) je zastaralé a neodpovídá současnému stavu poznání; při studiu speciální pedagogiky se předpokládá jeho rozsáhlá kritická analýza.
- 6 Například diskurs odlišného těla a genderové linie v Disability Studies, srov. Kolářová, 2010a, 2010b.
- 7 Další modely uvádí Altman, 2000, Williams, 2000, Sibilski, 2000, ad.
- 8 Angl. International Classification of Functioning, Disability and Health.
- 9 Angl. International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps. Více viz Mona, Cameron, Fuentes, 2006.
- 10 Pojem „handicap“ se nevztahuje pouze ke zdravotnímu postižení, bývá s ním však často spojován a mnohdy ztotožňován.
- 11 Například člověk na vozíku nebude postižen v bezbariérovém prostředí, nevidomý člověk není postižen při telefonování apod. „Postižení“ je zde nahlíženo perspektivou ekologicko-sociálních přístupů.
- 12 ICF se týká všech lidí a jejich funkčních schopností i v plném zdraví, „neklasifikuje osoby, ale popisuje a klasifikuje situace každého člověka v řadě okolností vztahujících se ke zdraví“ (Švestková, 2008: 9).
- 13 Sociologické pojetí deviace je podstatně širší než pojetí právní nebo etické a může být odchylkou i v pozitivním slova smyslu.
- 14 Viz Goffman, 2003.
- 15 Britský sociální model je kritizován za to, že „zcela opomíjí existenci impairmentu a psychologických a sociologických aspektů zdravotního postižení. [...] Přes čtyřicet let mnoho sociálních vědců a lidí s postižením v řadě zemí pohlíželo na disabilitu v sociálním kontextu a upozorňovalo na znevýhodnění lidí s postižením, sociální exkluzi a opresi, kterou lidé v různých zemích zakoušeli, ale jen britský model redefinoval disabilitu nikoli v kontextu bariér, ale přímo jako opresi a lidi s postižením jako systematicky utlačované.“ (Shakespeare, 2006: 9–10). Způsob prosazování modelu v UK označuje autor jako „tvrdý, ideologický a bojovný“ a britský model považuje za „extrémní politickou verzi zatíženou ideologií, místy hraničící až s fanatismem“.
- 16 Viz Brown, 1994.
- 17 Nabízí se otázka k zamyšlení – kdo koho více potřebuje? Lidé s postižením odborníky, nebo odborníci lidí s postižením?

Seznam literatury:

- ALBRECHT, G. L., SEELMAN, D. K., BURY, M. **Handbook of Disability Studies**. London: Sage Publications, 2000.
- ALBRECHT, G. L. **American Pragmatism, Sociology and the Development of Disability Studies**. In BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. **Disability Studies Today**. Cambridge: Polity Press, 2002, s. 19–37.
- ALTMAN, B. M. **Disability Definitions, Models, Classification Schemes, and Applications**. In ALBRECHT, G. L., SEELMAN, D. K., BURY, M. **Handbook of Disability Studies**. London: Sage Publications, 2000, s. 97–122.
- BAIRD, R. M., ROSENBAUM, S. E., TOOMBS, S. K. **Disability, The Social, Political and Ethical Debate**. New York: Prometheus Books, 2009.
- BARNES, C., MERCER, G., SHAKESPEARE, T. **Exploring Disability. A Sociological Introduction**. Cambridge: Polity Press, 1999.
- BARNES, C., OLIVER, M., BARTON, L. **Disability Studies Today**. Cambridge Polity Press, 2000.
- BRADING, J., CURTIS, J. **Disability Discrimination. A Practical Guide the New Law**. London: Cogan Page Limited, 1996.
- BROWN, S. E. **Independent Living: Theory and Practice**. Las Cruces: Institute on Disability Culture, 1994.

- BUCKLES, B., BREWER, E., KERECHAN, J. **Beyond Stigma and Discrimination: Challenges for Social Work Practice in Psychiatric Rehabilitation and Recovery.** *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 2008, roč. 7, č. 3/4, s. 232–283.
- DEPTI, S., SOFFER, M., HERNANDEZ, B. **Corporate Culture and Employment of People With Disabilities: Role of Social Workers and Service Provider Organizations.** *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 2009, roč. 8, s. 171–188.
- Disability Wales 2009. **The Social Model of Disability.** www.disabilitywales.org/social-model,3 [on-line] [6. 8. 2010]
- ECO, U. **Dějiny ošklivosti.** Praha: Argo, 2007.
- EDELSBERGER, L., a kol. **Defektologický slovník.** Praha: Nakladatelství H&H, 2000.
- FREIOVÁ, E. **Patologie sociální.** Heslo ve slovníku. In Kol. autorů. **Velký sociologický slovník.** Praha: Karolinum, 1996, s. 758–759.
- GILSON, S. F., DE POY, E. **Theoretical Approaches to Disability Content in Social Work Education.** *Journal of Social Work Education*, 2002, roč. 38, č. 1, s. 153–165.
- GILSON, S. F., DE POY, E. **Social Work Practice with Disability: Moving from the Perpetuation of a Client Category to Human Rights and Social Justice.** *Journal of Social Work Education*, 2008, roč. 5, č. 3. www.socialworker.com/jswe/content/view/103/66/ [on-line] [6. 8. 2010]
- GOFFMAN, E. **Stigma. Poznámky k problému zvládání narušené identity.** Praha: SLON, 2003.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. **Psychologický slovník.** Praha: Portál, 2000.
- HAYASHI, R. **The Environment of Disability Today: a Nursing Home is not Home.** In GARY, E. M., RASKE, B. M., (ed.). **Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers.** Boston: Pearson & AB, 2005, s. 45–70.
- HIRANANDANI, V. S. **Rethinking Disability in Social Work: Interdisciplinary Perspectives.** In GARY, E. M., RASKE, B. M., (ed.). **Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers.** Boston: Pearson & AB, s. 2005, s. 71–81.
- HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E. **Sociální práce s lidmi s mentálním postižením.** In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.). **Sociální práce v praxi.** Praha: Portál, 2005, s. 111–132.
- CHARLTON, J. I. **Nothing About Us, without Us. Disability Oppression and Empowerment.** California: University of California, Press, 2000.
- JESENSKÝ, J. **Andragogika a gerontagogika handicapovaných.** Praha: Karolinum, 2000.
- JESENSKÝ, J. **Jinakost a integrace. Filozofie a východiska integrace.** In VALENTA, M. a kol. **Přehled speciální pedagogiky a školská integrace.** Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003.
- JESENSKÝ, J. **Změny paradigmat a jejich konsekvence ve speciální pedagogice.** In IV. mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami. **Sborník, 1. část.** Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2004.
- JESENSKÝ, J. **Dimenze člověka se zdravotním postižením, jeho handicap a diskriminace.** In I. konference o stavu lidských a občanských práv osob se zdravotním postižením v ČR. **Sborník.** Praha: Národní rada zdravotně postižených, 2005.
- JOHNSTONE, D. **An Introduction to Disability Studies.** London: David Fulton Publisher, 2001.
- KASNITZ, D., SHUTTLEWORTH, R. **A Socio-cultural Model of Impairment ↔ Disability.** Berkeley: University of Kalifornia, 2003. www.disabilitystudies.net/dsaconf2003/fullpapers/kasnitz_shuttleworth.ppt [on-line] [6. 8. 2010]
- KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. **Sociální práce se zdravotně znevýhodněnými.** In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.). **Sociální práce v praxi.** Praha: Portál, 2005, s. 89–110.
- KOLÁŘOVÁ, K. 2010a. **Gendered Metaphors of Disability: On Intersections of Gender and Disability.** *Ročenka genderových studií FHS UK 2007/2008.* Praha: FHS, 2010a: 129–149.
- KOLÁŘOVÁ, K. 2010b. **Performing the Pain: Opening the (Crip) Body for (Queer) Pleasures.** *Review of Disability Studies. International Journal.* Vol. 6., Is. 3, 2010b: 44–52.
- KRHUTOVÁ, L. **Diskriminace z důvodu zdravotního postižení v kontextu vzdělávání v sociální práci.** Disertační práce. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, 2008.

- MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M. **Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním**. Praha: Grada Publishing, s. r. o., 2008.
- MAY, G. E. **Disability Content in Social Work Education**. In GARY, E. M., RASKE, B. M. (eds.). **Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers**. Boston: Pearson & AB, 2005, s. 86–89.
- McRUER, R. **Cultural Signs of Queerness and Disability**. New York: The University Press, 2006.
- Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO**. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2008. První české vydání překladu anglického vydání **International Classification of Functioning, Disability and Health, World Health Organization**, 2001. Přeložili O. Švestková a J. Pfeiffer.
- MICHÁLÍK, J. **Proces transformace ve speciální pedagogice**. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol. **Speciální pedagogika**. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, s. 71–83.
- MONA, L. R., CAMERON, R. P., FUENTES, A. J. **Broadening Paradigma od Disability Research to Clinical Practice: Implications for Conceptualization and Application**. In HAGGLUNG, K. J., HEINEMANN, A. W. **Apple Disability and Rehabilitation Research**. New York: Springer Publishing Company, 2006, s. 75–102.
- NOVOSÁD, L. **Základy speciálního poradenství**. Praha: Portál, 2000.
- NOVOSÁD, L. **Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním**. Praha: Portál, 2009.
- OLIVER, M. **Understanding Disability. From Theory to Practice**. London: Macmillan Press Ltd., 1996.
- OLIVER, M., SAPEY, B. **Practical Social Work**. Hampshire: MacMillan Distribution Ltd., 1999.
- PFEIFFER, D. **The Conceptualization of Disability**. In GARY, E. M., RASKE, B. M. (eds.). **Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers**. Boston: Pearson & AB, 2005, s. 25–44.
- PIPEKOVÁ, J. **Uvedení do speciální pedagogiky**. In PIPEKOVÁ, J. (ed.). **Kapitoly ze speciální pedagogiky**. Brno: Paido, 2006, s. 95–102.
- PROBSTOVÁ, V. **Sociální práce s duševně nemocnými**. In MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (eds.). **Sociální práce v praxi**. Praha: Portál, 2005, s. 133–162.
- ROTHMAN, J. **Social Work Practice Across Disability**. Berkeley: University of California, 2003.
- SHAKESPEARE, T. **Disability Rights and Wrongs**. Oxon: Routledge, 2006.
- SIBILSKI, L. **Social Aspects of Disability. Social Movements, Social Organization and Legislative Action**. Katowice: Slask, 2000.
- SIEBERS, T. **Disability Theory**. Michigan: The University of Michigan Press, 2008.
- SILVERS, A., WASSERMAN, D., MAHOVALD, M. **Disability, Diference, Discrimination. Perspectives on Justice in Bioethic and Public Policy**. Oxford: Roman & Littlefield Publisher, Inc., 1998.
- SNYDER, S. L., MITCHELL, D. T. **Cultural Locations of Disability**. Chicago: University of Chicago Press, 2006.
- SWAIN, J., FRENCH, S., CAMERON, C. **Controversial Issues in a Disabling Society**. Buckingham: Open University Press, 2003.
- ŠVESTKOVÁ, O. **Předmluva**. In **Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví WHO**. Praha: Národní rada osob se zdravotním postižením, 2008, s. 7–11.
- THOMAS, C. **Sociologies of Disability and Illnes**. New York: Palgrave MacMillan, 2007.
- VALENTA, M. **Měníci se paradigma české speciální pedagogiky a alternativní přístupy k edukaci žáků se speciálními potřebami**. In RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L., a kol. **Speciální pedagogika**. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2003, s. 47–69.
- VYSOKAJOVÁ, M. **Hospodářská, sociální, kulturní práva a zdravotně postižení**. Praha: Karolinum, 2000.
- WILLIAMS, G. **Theorizing Disability**. In ALBRECHT, G. L., SEELMAN, D. K., BURY, M. **Handbook of Disability Studies**. London: Sage Publications, 2000, s. 123–144.
- World Health Organization. 2008. **Definition of Health**. <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> [on-line] [6. 8. 2010]
- YUEN, F., COHEN, C., TOWER, K. **Disability and Social Work Education. Practice and Policy Issues**. New York: Haworth Press, 2007.

Reflexe deinstitutionalizace – hodnoty, náklady, doporučení

Reflection of Deinstitutionalization – Values, Costs, Recommendations

Jan Šiška

Doc. PhDr. Jan Šiška, Ph.D.¹, docent na katedře speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Univerzity Karlovy v Praze. Člen výboru odborné sekce pro mezinárodní komparaci sociálních politik při International Association of Scientific Studies of Intellectual Disability (IASSID), národní expert pro Českou republiku v Academic Network of European Disability Experts (ANED), člen odborné skupiny pro vzdělávání při Vládním výboru pro zdravotně postižené občany. Odborný zájem orientuje na aspekty podpory osob s mentálním postižením a jejich organizací.

Abstrakt

Příspěvek se zabývá problematikou rezidenčních služeb pro osoby s postižením². V reflexi prací Goffmana (1961) uvádíme základní hodnotová východiska deinstitutionalizace. Shrnujeme vybrané výstupy z analýzy pobytových služeb v 28 evropských zemích, na které se autor podílel. Nabízíme retrospektivní pohled na proces deinstitutionalizace v evropském kontextu a předkládáme doporučení vyplývající z analýzy procesu deinstitutionalizace v Anglii, Německu a v Itálii.

Klíčová slova

deinstitutionalizace, postižení, sociální služby, náklady, kvalita

Abstract

The paper is focused on residential services for persons with disabilities. In reflection of Goffman's work the principals and initiatives are deinstitutionalization are analyzed. The outcomes of the study conducted in the residential services in 28 European countries are summarized. A retrospective view on the process of deinstitutionalization in the European context is presented together with lessons learnt during deinstitutionalization in England, Germany and Italy.

Keywords

deinstitutionalization, disability, social services, costs, quality

Historický exkurs

Příspěvek se zabývá problematikou rezidenčních služeb pro osoby s postižením. V reflexi prací Goffmana uvádíme základní hodnotová východiska deinstitutionalizace (1961). Shrnujeme vybrané výstupy z analýzy pobytových služeb v 28 evropských zemích, na které se autor podílel. Nabízíme retrospektivní pohled na proces deinstitutionalizace v evropském kontextu a předkládáme doporučení vyplývající z analýzy procesu deinstitutionalizace v Anglii, Německu a v Itálii.

V tomto příspěvku chápeme deinstitutionalizaci jako proces nahrazování segregujících pobytových sociálních služeb takovými službami, které umožní lidem s postižením účastnit se života

běžné společnosti (komunity). Motivy k přijetí myšlenky deinstitutionalizace můžeme nalézt v Goffmanových teoriích o mentálním postižení a ústavní péči. Podle Goffmana (1961) je mentální postižení sociální konstrukt, nikoliv interní stav jedince. Tato Goffmanova teorie se stala základem pro tvorbu nových a široce přijímaných definicí postižení zdůrazňujících roli vnějšího prostředí a moci. Goffman a další autoři rovněž popsali destruktivní účinky ústavů na život jak postižených, tak personálu (Goffman, 1961). Skandinávské země, Velká Británie přijaly ve svých sociálních politikách sociální teorii známou jako „normalizace“. Autoři teorie „normalizace“ a později „valorizace sociální role“ Nirje

(1992) a Wolfensberger (1972) postulovali nové cíle sociálních služeb. Podle nich musí sociální služby reflektovat skutečnost, že člověk s postižením je plnohodnotná lidská bytost jako každý jiný. Proto musí být prostředky a cíle sociálních služeb založeny na podmínkách běžného života. Architekti komunitních služeb tak měli před sebe postavený obtížný úkol – uzavřít ústavy a služby poskytovat v přirozených podmínkách. Přes všechna úskalí je tento úkol v Anglii považován za splněný. V roce 2004 Emerson hovoří o blízkém ukončení deinstitutionalizace ve Spojeném království. Pro ilustraci, v roce 1960 žilo v ústavěch v Anglii a Walesu 65 000 osob s postižením. Do roku 2003 se tento počet snížil na 1 500. Někteří autoři jako Hamlin a Oakes (2008, 47) k tomu namítají: „Pro ty, kdo plánují a poskytují služby, nové úkoly teprve přicházejí. Aby bylo možno tyto úkoly splnit, je nutné proces deinstitutionalizace analyzovat.“

Je nutné se zabývat tématy, jako je moc, volba, plánování a rozhodování, a chápat život v podmínkách, které určují běžné společnosti, jako lidské právo a nikoliv jako módní trend. Právo člověka s postižením na život v běžném a nesegregujícím společenství je obsaženo v Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením OSN, 2006. Článek 19 uvádí: „*Státy, které jsou smluvní stranou této úmluvy, uznávají rovné právo všech osob se zdravotním postižením žít v rámci společenství, s možnostmi volby na rovnoprávném základě s ostatními, a přijmou účinná a odpovídající opatření, aby osobám se zdravotním postižením usnadnily plné užívání tohoto práva a jejich plné začlenění a zapojení do společnosti, mimo jiné tím, že zajistí, aby: a) osoby se zdravotním postižením měly možnost si zvolit, na rovnoprávném základě s ostatními, místo pobytu, kde a s kým budou žít, a nebyly nuceny žít ve specifickém prostředí;...*“

Ratifikační proces této úmluvy byl v České republice ukončen v září 2009, nicméně uvedené ustanovení je vzdálené realitě a většina lidí s postižením je stále odkázána na tradiční formu ústavní péče. Na nepříznivou situaci v pobytových službách i v dalších evropských zemích způsobující sociální vyloučení osob s postižením poukazuje zpráva ad hoc expertní skupiny o přechodu z ústavní ke komunitní péči a doplňuje: „*Současná ekonomická krize by neměla být vnímána jako důvod prodloužení v deinstitutionalizaci. Finančně náročné zlepšování fyzických podmínek*

v existujících ústavech je problematické, neboť nevede ke změně ústavní kultury a z dlouhodobého pohledu se tak deinstitutionalizace stává obtížnější.“ (Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care, 2008, 7.)

V tomto příspěvku shrnujeme výstupy a nabízíme závěry a doporučení z výzkumného projektu zaměřeného na analýzu deinstitutionalizačního procesu v evropských zemích s názvem „*Deinstitutionalisation and community living: outcomes and costs*“ (Deinstitutionalizace a život v komunitě: výstupy a náklady, období realizace 2005–2007). Záměr projektu spočíval ve shromáždění dostupných kvantitativních informací o lidech s postižením žijících v ústavních zařízeních v 28 evropských zemích, kvalitativní hloubkové analýze deinstitutionalizace v Anglii, Německu a Itálii a dále ve vytyčení strategií pro nahrazování ústavů službami v komunitě.

Teoretická východiska deinstitutionalizace

Zadání projektu vycházelo z následujícího postulu: podstatu služeb pro lidi s postižením je nutné spatřovat nikoliv v poskytování určitého typu bydlení nebo služby, ale v opatřeních proměnlivého a flexibilního rozsahu, podpory a zdrojů, které lze shromáždit s cílem umožnit všem lidem s postižením prožívat život tak, jak si sami přejí, a to současně s podporou a ochranou, kterou potřebují. To se vyznačuje následujícími principy:

- **oddělení budov a podpory (služby)**

Nastavení podpory a pomoci pro osoby s postižením není určeno typem budovy, ve které žijí, ale potřebami jednotlivce a tím, co tito lidé potřebují k tomu, aby žili na místě a způsobem, které si sami zvolí. I vysokou míru podpory lze poskytovat v běžném bydlení v rámci komunity.

- **dostupnost příležitostí, jaké mají všichni ostatní**

Namísto například určení, že lidé s postižením mají žít v zařízeních určitých typů (např. chráněného) bydlení, je třeba politiku služeb koncipovat tak, aby měli tito lidé přístup ke stejnému rozsahu příležitostí, jaké mají všichni ostatní, pokud se týče místa, kde bydlí, a způsobu, jakým se jim dostává podpory, kterou potřebují.

- **volba a rozhodování o službě**

Podpora se organizuje na principu maximální kontroly osoby s postižením (příjemce služby)

nad svým životem. Služby jsou organizovány a doručovány tak, aby vyhovovaly osobním aspiracím a volbě jednotlivce. To znamená podporovat rozhodování člověka tak, aby bylo dosaženo té nejlepší rovnováhy mezi jeho právními a zároveň zodpovědností společnosti za péči.

Toto východisko se někdy označuje jako „podporované bydlení“ nebo „nezávislé bydlení“. Takové služby pomáhají lidem k tomu, aby žili jako plnoprávní občané, spíše než aby byli „zaškatulkováni“ do předem určených modelů nebo struktur.

• život v komunitě předmětem lidských práv

Podporovat osoby s postižením bydlet ve společenství jako rovnoprávní občané je předmětem lidských práv. Segregace postižené osoby je samo o sobě porušováním lidských práv. Ústavní péče má často nízkou kvalitu a představuje vážné porušení mezinárodních lidskoprávních norem. Výstupy z výzkumů alternativ vůči ústavní péči rovněž podporují přechod ke službám v rámci komunity. Tam, kde byly ústavy nahrazeny komunitní službou, byly výsledky obecně pozitivní. Nicméně zkušenost také ukazuje, že pouhý přechod od komunitní služby není samo o sobě zárukou lepších výsledků: je totiž možné přesunout praxi ústavní péče do „nových“ služeb.

Cíl projektu

Cíl projektu spočíval v inicializaci posunu v oblasti přerozdělování finančních zdrojů tak, aby bylo možné co nejlépe reagovat na potřeby a preference osob s postižením a zároveň podpořit přechod od velkých ústavů k pružnému systému služeb v rámci komunity a k nezávislému bydlení.

Výzkumné zaměření a metoda

Po účely výzkumného projektu vymezila Evropská komise rezidenční ústav jako instituci, ve které žije více než 30 obyvatel. Přitom nejméně 80 % z celkového počtu obyvatel má postižení. Výzkumníci shromáždili dostupné kvantitativní informace o ústavech, které slouží postiženým osobám, což umožnilo zkoumat současný poměr mezi institucionální péčí a komunitními službami. Studie pokryla všechny věkové skupiny a všechny kategorie postižení.

Hlubkové kvalitativní šetření provedené v Anglii, Německu a Itálii analyzovalo a porovnávalo zejména informace a zkušenosti s pře-

chodem od institucionálních služeb ke službám v rámci komunity s popisem procesů a výsledků. Pozornost byla věnována také komparaci ekonomických ukazatelů u stejného typu služby, kdy se brala v úvahu hloubka postižení obyvatel, rozsah a úroveň kvality služeb, které bylo dosaženo, stejně jako se porovnávaly náklady a rentabilita. I v České republice jsou patrné snahy o změnu³. Proto se zaměříme na zkušenosti s deinstitucionalizací v Anglii, v Německu a v Itálii a na vazby mezi náklady, mírou potřebné podpory a její kvalitou. Domníváme se, že zkušenosti a dobrá praxe v těchto zemích může být pro Českou republiku inspirativní.

Vybrané výstupy z hloubkové analýzy

procesů a změn v Anglii, v Německu a v Itálii

Spolupráce jednotlivých subjektů veřejné správy se ukázala pro rozvoj pobytových služeb ve všech třech zkoumaných zemích, v Anglii, Německu a v Itálii, jako klíčové významná. Za zásadní předpoklad úspěšné deinstitucionalizace byla vyhodnocena dobrá spolupráce všech akterů veřejné správy. Proces deinstitucionalizace však probíhal v uvedených zemích různým tempem. Zdá se, že rozdíl v intenzitě deinstitucionalizačního procesu mezi Německem na jedné straně a Anglií a Itálií na straně druhé byl zapříčiněn rozdílnou mírou veřejné nespokojenosti s ústavami podpořené zjištěními a v médiích zveřejňovanými skandály. V Itálii a v Anglii ovlivnila proces změn také jasná vize o možných alternativách ústavní péče a mediální odkrývání neutěšených životních podmínek v ústavech.

Zkušenosti z Anglie a Německa také potvrzují důvod, proč zapojovat osoby s postižením do procesu rozvoje služeb, proč jim naslouchat a pružně reagovat na jejich názory a preference. Zkušenosti z Německa a Anglie rovněž naznačují, že byla-li lidem s postižením dána příležitost se rozhodovat, sledovali při plánování svého života podstatně ambicióznější cíle, než se původně očekávalo, a to ve smyslu nezávislého nebo podporovaného bydlení, organizované jako „samosprávné služby“, které vycházejí z individuálních rozpočtů, resp. příspěvků na péči.

Z analýzy průběhu deinstitucionalizace v Anglii, Německu a Itálii také vyplynul význam koordinace a plánování. Přechod od ústavů ke službám v komunitě by měl být podpořen co nejširším politickým konsenzem. Na místní či regionální úrovni by proto neměl existovat jen návrh

Obr. 1 Vliv přechodu do dobrých komunitních služeb na náklady a kvalitu života Období po přechodu do komunitních služeb			
Méně finančně nákladný ústav	Náklady	Kvalita života	Rentabilita
Osoba méně postižená	Stejně nebo nižší	Stejná nebo vyšší	Stejná nebo lepší
Osoba více postižená	Vyšší	Vyšší	Stejná nebo lepší
Více finančně nákladný ústav			
Osoba méně postižená	Nižší	Stejná nebo vyšší	Lepší
Osoba více postižená	Stejně nebo nižší	Vyšší	Lepší

či usnesení o uzavření ústavu. Je třeba stanovit plán s konečným a pevným termínem uzavření ústavu. Plán by měl také obsahovat jasnou a podrobnou vizi o budoucím systému služeb. Do konzultací by se měli zapojit i uživatelé služeb a jejich rodiny.

Ekonomický pohled – náklady, zdroje, potřeby a výstupy

Analýza vazeb mezi náklady, potřebami a výstupy podpořila silný ekonomický argument pro přechod od ústavů k službám v komunitě. Z této analýzy vyplynuly následující klíčové závěry: v dobrém systému služeb jsou náklady na podporu lidí s těžším postižením zpravidla vysoké, ať tito lidé žijí kdekoli (v ústavu, či využívají služeb v rámci komunity). Nelze proto předpokládat, že náklady na službu poskytovanou v rámci komunitního modelu budou nižší. Stejně tak levné ústavní služby skoro vždy přinášejí nekvalitní péči. Neexistuje důkaz, podle kterého jsou modely péče v rámci komunity nákladnější než ústavní, a to tehdy, pokud je komparace provedena u srovnatelné míry potřeb uživatele a ve srovnatelné kvalitě. Systémy služeb v rámci komunity, pokud jsou řádně nastaveny a řízeny, by měly vykazovat lepší výsledky než ústavy.

Náklady na služby v komunitě jsou rozmanité a mají přesah do různých odborných i administrativních agend jako reakce na rozmanité potřeby osob s postižením. Je proto důležité zabezpečit, aby všichni ti, kterých se to týká (angl. stakeholders), si byli vědomi potřeby změn nebo plánu, či ještě lépe, aby s těmito změnami souhlasili.

Zdroje slouží ke krytí nákladů na poskytování služby, což je reakce na individuální potřeby uživatelů, a k dosahování stanovených cílů. Z toho důvodu nelze srovnávat náklady mezi dvěma sy-

stémy služeb, aniž by byly vyhodnocovány individuální potřeby příjemců služeb.

Potřeby lidí, jejich preference a životní okolnosti se mění, a mění se i jejich požadavky na služby. Z toho plyne, že je nepravděpodobné, aby zůstávaly náklady na služby v rámci skupiny lidí v průběhu času stejné. Tento postulát má nejméně dva velmi důležité důsledky: potřeby jednotlivců se časem mění, a to zejména v počátečních několika měsících po přemístění z ústavu do komunity. Systém služeb proto musí být schopen pružně reagovat na měnící se potřeby a preference uživatelů služeb, neboť dlouhodobí obyvatelé ústavů mají malé zkušenosti v době, kdy se stěhují a kdy se utvářejí jejich potřeby v rámci komunity.

Zpravidla je dobré zvážit rozsah nákladů nejen podle symptomů či individuální míry závislosti jedince na službě, ale také podle toho, zdali změna posílí kompetence jedince a povede k tomu, že tento jedinec bude vykonávat určitou činnost (například se vrátí do zaměstnání nebo začne znovu budovat společenské vztahy) a zvýší se tak kvalita jeho života. To je obecný příklad, kdy vyšší výdaje na podporu lidí s postižením vedou k lepším výsledkům, ale tento vztah není jednoduchý a subjekty řízení by měly zvážit (společně s lidmi s postižením), na které výsledky uvnitř systému péče budou klást větší důraz.

Nový systém služeb by mohl být nákladnější než ta opatření, která má nahradit, ale pořád ještě je nákladově efektivnější, protože vede k lepším výsledkům, co se týče uživatelů služeb a možná také jejich rodin. Tyto lepší výsledky dostatečně ospravedlňují vyšší náklady.

Pro subjekty řízení, které zvažují politiku změny od ústavů ke službám v komunitě, lze některé klíčové efekty shrnout následovně (obr. 1): pokud je existující ústavní péče relativně méně nákladná, subjekty řízení mohou očekávat, že

přemístění méně postižených obyvatelů do dobrých služeb v rámci komunity bude dosaženo při stejných nebo nižších nákladech, a to na stejné nebo vyšší úrovni kvality. Rentabilita v komunitě bude tedy stejná nebo vyšší.

Na služby pro více postižené obyvatele v méně nákladných ústavech budou mít v dobrých komunitních službách vyšší náklady, ale kvalita života bude vyšší, a tak i rentabilita v komunitě bude stejná nebo vyšší. V „drahých“ ústavech lze očekávat, že přemístění méně postižených obyvatel do dobrých služeb v rámci komunity bude dosaženo při nižších nákladech a ve stejné nebo vyšší kvalitě, a rentabilita v komunitě bude proto vyšší. Obyvatelé s těžším postižením v nákladných ústavech budou mít v dobrých službách v komunitě stejné náklady, ale kvalita bude vyšší, a tak bude i rentabilita v komunitě vyšší.

Personál

Častou překážkou rozvoje systému pobytových služeb v komunitě je nedostatek odborně připraveného personálu. Přesun zaměstnanců z ústavů do komunity je jednou z možností, ale ne každému tato změna vyhovuje. Není také pravidlem, že to jsou vždy ti praví lidé. Vyšší finanční ohodnocení, které přitáhne kvalitnější zaměstnance do komunitních služeb, je jedním ze způsobů, jak nedostatek personálu vyřešit, ale zřejmě zvýší celkové náklady. Je také potřeba zahájit přijímání a vzdělávání personálu pro služby v komunitě ještě před tím, než se lidé s postižením začnou stěhovat z ústavů. Plánování budoucích personálních potřeb by mělo být klíčovou součástí jakéhokoliv místního či regionálního plánu rozvoje a národní politiky.

Místní a regionální ekonomický vývoj

Uzavření velkého ústavu může negativně ovlivnit místní či regionální zaměstnanost. Vybudování jiných pobytových zařízení pro lidi s postižením ve stejné lokalitě, jako byl původní ústav, tak, aby bylo možné nabídnout náhradní zaměstnání, však nemusí být dobrou volbou. Obyvatelé původního ústavu totiž mohou pocházet z různých částí země a mohli by si přát vrátit se zpět. Nicméně místní ekonomickou realitu a předpokládaný vývoj je potřeba respektovat.

Alternativní finanční zdroje

Řada objektů, ve kterých ústavy sídlí, má nízkou tržní hodnotu, pokud jde o jejich alterna-

tivní využití. Tyto objekty jsou často starší nebo v havarijním stavu. Někdy pozemek, na kterém nemovitosti stojí, nepatří do vysoké poptávky na realitním trhu. Uzavření ústavu tak nemusí přinést dostatek finančních prostředků do investic na služby v komunitě.

Zároveň platí, má-li pozemek nebo na něm stojící ústavní objekt velkou tržní cenu vzhledem k alternativnímu využití, příjem z jeho prodeje nelze zpravidla využít, dokud není ústav zcela uzavřen. Proto bude nutné mít k dispozici určité finanční prostředky na investice do nových komunitních zařízení tak, aby mohla začít fungovat. Bude tedy potřeba dvojnásobných finančních zdrojů na krytí nákladů spojených s provozem jak starého, tak i nového modelu služeb současně po několik let, dokud se ústav zcela neuzavře.

Uváděná doporučení svědčí o potřebě komplexní a dlouhodobé vize, v rámci které se zvažují všechny náklady a výhody procesu změny. Zdůrazňují význam kreativity při hledání řešení širokého spektra realizačních problémů, které se mohou objevit při snaze poskytovat dobré služby v rámci komunity. Z důkazů získaných z komparace srovnatelných potřeb obyvatel a v podobné kvalitě péče vyplývá, že není důvod se domnívat, že služby v komunitě budou nákladnější než služby poskytované v ústavech. V závěru shrnujeme vybraná doporučení vyplývající z provedené studie.

Shrnující doporučení

- Přijmout politiku ve prospěch sociálního začleňování.
- Deklarovat, že osoby s postižením by měly být začleněny do života společnosti a že pomoc, která se jim dostává, musí vycházet z principů úcty ke každému, z práva na sebeurčení a z maximální samostatnosti.
- Zavázat se k ukončení budování nových ústavů nebo nových objektů v nynějších ústavech a věnovat dostupné prostředky na rozvoj služeb v rámci komunity.
- Stanovit plán a harmonogram přechodu od ústavů ke službám v komunitě.

Vytvořit legislativní podporu pro sociální inkluzi

- Přijmout a implementovat legislativní opatření, která podporují nezávislé bydlení a sociální začleňování.

- Implementovat Úmluvu o právech osob s postižením, OSN, 2006.
- Zakázat diskriminaci lidí s postižením v pobytových službách a v zařízeních.
- Podporovat hlasy postižených osob, rodin a jejich právní zástupců v politice.
- Podporovat skupiny, které se zavázaly k začleňování a nahrazení ústavů službami v rámci komunity.
- Zajistit vzdělávání pro lidi s postižením a jejich rodiny, jak se oni sami mohou zapojit do politiky sociálního začleňování a jak ji mohou ovlivňovat.
- Otevřít pobytová zařízení nezávislým šetřením.
- Požadovat od ústavů, aby umožňovaly veřejnosti, nevládním organizacím a sdělovacím prostředkům je navštěvovat a setkávat s obyvateli, jejich rodinami, sebeobhájci a zaměstnanci.
- Motivovat ústavy k tomu, aby podporovaly svoje nahrazení komunitními službami.

Ustanovit inspektoráty (zahrnují osoby s postižením a další odborníky), jejichž zástupci by navštěvovali služby, setkávali se s jejich obyvateli, rodinami, sebeobhájci a zaměstnanci a sledovali jejich životní podmínky a kvalitu života.

Vyžadovat od profesních sdružení realizovat svoji činnost v souladu s podporou inkluze

- Požadovat, aby instituce, které vzdělávají či akreditují odborné vzdělávání či odbornou praxi zaměstnanců, jež pracují s lidmi s postižením, se zavázaly podporovat ve své práci politiku inkluze lidí s postižením. To by mělo zahrnovat jak odborné pracovníky, již přímo pracují s lidmi s postižením, tak i ostatní, kteří mohou při své práci poskytovat služby lidem s postižením (např. policie, zdravotnický personál apod.).
- Zajistit, aby opatření ve vzdělávání (včetně systematického odborného rozvoje i počátečního školení) byly založeny na principu inkluze.

Podporovat zájem sdělovacích prostředků o inkluzi

- Pomocí médií podporovat politiku nahrazování ústavů službami v komunitě.
- Pomáhat organizacím, které poskytují dobré služby v komunitě, propagovat svoji dobrou praxi.

Učit se z nejlepší praxe v jiných zemích

- Podporovat návštěvy lidí s postižením, rodin, sebeobhájců, poskytovatelů služeb a subjektů řízení, aby se poučili z dobré praxe služeb v rámci komunity v jiných zemích, namísto recipročních návštěv pracovníků ústavů.
- Podporovat účast v mezinárodních organizacích (jako např. **European Coalition for Community Living**), které zprostředkují informace o příkladech dobré praxe.
- Požadovat, aby odborná příprava pracovníků, kteří pracují s lidmi s postižením, zahrnovala seznamování se s nejlepší praxí služeb v rámci komunity v ostatních zemích.

Prosazovat srovnávání kvality života

- Podpořit takový způsob popisu životních podmínek a kvality života obyvatel v ústavech, kterých vychází ze srovnání s (I) nepostiženými občany a s (II) občany na podobné úrovni závislosti na péči, kterým se dostává služeb v rámci komunity (někde jinde ve stejné zemi nebo v jiných zemích); namísto srovnání ústavu se stejným ústavem v minulosti nebo s jiným ústavem někde jinde.

Zavádět novátorské služby

- Financovat vznik služby nezávislého a podporovaného bydlení v komunitě, s využitím běžného bydlení s poskytováním flexibilní podpory.
- Zajistit, aby demonstrační projekty odrážely tu nejlepší praxi plánování a řízení.
- Zajistit, aby demonstrační projekty přiváděly lidi z ústavů zpět domů a sloužily místním lidem.
- Sledovat kvalitu a náklady nových služeb.
- Zapojit každého od počátku.
- Neopomenout zahrnout do plánů od začátku vývojového procesu lidi s těžším či kombinovaným postižením.

Hledat nové možnosti financování

- Vytvořit mechanismy pro individuální rozpočty, aby lidé mohli plánovat svůj nový život způsobem upraveným jim na míru.
- Vytvářet příležitosti pro nové organizace zapojit se do poskytování služeb v komunitě mimo současný rámec ústavní péče a propagovat nové modely potřebné podpory.
- Podmiňovat financování nových služeb kvalitou.

- Zabezpečit, aby byly nové služby financovány pouze tehdy, pokud dosahují dobré kvality. Kvalitu hodnotit (pomocí zkušeností lidí s postižením s podporovanou službou jako primární míry kvality) a financování zastavit, jestliže služby nedosahují požadovaných standardů.
- Odolávat tlaku rekonstruovat ústavy nebo budovat nové stavby k nim jako stavby dočasné.

Závěr

Pobytové sociální služby pro osoby s postižením prošly od svého vzniku významnými změnami. Tvůrci ústavní péče (např. Sequin, Howe aj.) zdůrazňovali zejména vzdělávací poslání ústavů. Ústavy však začaly v první polovině dvacátého století plnit úlohu místa pro segregaci těch, kteří se stali pro okolní společenství nepohodlnými. Ve světle lidských práv vyspělé demokratické státy v šedesátých a sedmdesátých letech zpochybnily opodstatněnost ústavní péče. Vlády těchto států s podporou nevládních organizací započaly s realizací procesu deinstitucionalizace – uzavírání ústavů se zaváděním podpůrných sociálních služeb v přirozeném prostředí. Proces deinstitucionalizace však probíhal v různých zemích různým tempem. Do tohoto procesu vstupovaly specifické faktory, rozdílné sociálně-kulturní a ekonomické tradice, lišila se i míra znepokojení laické veřejnosti nad životními podmínkami v ústavních zařízeních, a tudíž i politická vůle ke změně. Nicméně ve většině evropských zemí, které přijaly myšlenku deinstitucionalizace, je tento proces ukončen.

V příspěvku vycházíme z evropské studie o situaci v pobytových sociálních službách v evropských zemích a přinášíme vybrané závěry a doporučení. Vzhledem k patrné snaze o deinstitucionalizaci v České republice a časovému kontextu zdůrazňujeme zejména aspekt financování – porovnávání rentability poskytované služby (v ústavu a v komunitě) vzhledem k nákladovosti služby a k individuálním potřebám uživatele – osoby s postižením. Takto chápané posuzování rentability vzhledem k nákladům na službu a individuálním (a měnícím se) potřebám neposkytuje žádný důvod pro tvrzení o vyšších nákladech na službu poskytovanou v komunitě ve srovnání se službou poskytovanou tomu samému uživateli v ústavním prostředí.

Poznámky

- 1 Pedagogická fakulta UK, M. D. Rettigové 4, 116 39, Praha 1, jan.siska@pedf.cuni.cz.
- 2 V textu používáme termín osoba s postižením jako ekvivalent angl. person with disability.
- 3 Hlavní teze transformace pobytových sociálních služeb zpracované např. v dokumentu MPSV ČR *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti 2007*.

Seznam literatury:

- EMERSON, E. **Housing and support for people with intellectual disabilities in England.** <http://valuingpeople.gov.uk/dynamic/valuingpeople148.jsp> [on-line] [20. 4. 2010]
- GOFFMAN, E. **Asylums. Essays on the social situation of mental patients and other inmates.** Hermondsworth, Penguin Books, 1961.
- HAMLIN, A., OAKES, I. **Reflections on Deinstitutionalization in the United Kingdom.** *Journal of Policy in Intellectual Disabilities.* Vol. 5, No. 1, March 2008.
- MANSELL, J., KNAPP, M., BEADLE-BROWN, J., BEECHAM, J. **Research Report: Deinstitutionalisation and community living: outcomes and cost.** Tizzard Centre. 2007.
- European Commission Directorate-General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities. **Report of the Ad Hoc Expert Group on the Transition from Institutional to Community-based Care.** February 2009.
- NIRJE, B. **The Normalization Principle Papers.** Uppsala, Centre for Handicap Research, 1992.
- ŠÍŠKA, J., VRÁNOVÁ, J., VANN, B. **Deinstitutionalisation and community living: outcomes and cost – National Report Czech Republic, 2007.**
- Úmluva o právech osob se zdravotním postižením OSN, 2006.* Dostupné na <http://www.nrzp.cz/userfiles/file/text-umluvy-cj.doc> [on-line] [15. 4. 2010]
- WOLFENBERGER, W. **The principle of normalization in human services.** Toronto: National Institute of Mental Retardation, 1972.

Institucionalizace jako překážka sociální inkluze osob se zdravotním postižením

Institutionalization as a Barrier to Social Inclusion of People with Disabilities

Soňa Vávrová

Mgr. Soňa Vávrová, Ph.D.,¹ vystudovala obor sociologie a andragogika na Filozofické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci a doktorský obor sociální práce na Zdravotně sociální fakultě Ostravské univerzity v Ostravě. V současné době působí jako ředitelka Ústavu pedagogických věd Fakulty humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Zabývá se především problematikou totálních institucí a otázkami životní dráhy a konečnosti života.

Abstrakt

V předkládaném příspěvku² se autorka zabývá institucionalizací, ke které postupem času dochází u osob žijících v tzv. totálních institucích, které jsou dlouhodobě izolované od běžného každodenního života ostatních členů společnosti. Typologii totálních institucí ve svém konceptu popsal americký sociolog kanadského původu Erving Goffman. V sociální oblasti autorka považuje za totální instituce ústavní pobytová zařízení, ke kterým řadí pobytová zařízení sociálních služeb, diagnostické ústavy, dětské domovy, psychiatrické léčebny, věznice apod. Právě v institucionalizaci spatřuje hlavní překážku sociální inkluze a potažmo efektivní sociální práce. Prevenci institucionalizace vidí v podpoře terénních a ambulantních sociálních služeb a především v podpoře rodin a posilování přirozených sociálních vazeb a sítí.

Klíčová slova

institucionalizace, totální instituce, ústavní péče, sociální inkluze, sociální exkluze

Abstract

The paper deals with institutionalization which gradually appears in persons living in the so-called total institutions isolated for a long time from ordinary everyday life of the other members of the society. A typology of total institutions was given by the American sociologist of Canadian origin Erving Goffman. According to the author of the paper, in the social area total institutions include residential care institutions such as residential institutions of social services, diagnostic institutions, children's homes, mental hospitals, prisons, etc. It is institutionalization that is considered by the author as the main obstacle to social inclusion and effective social work. Prevention of institutionalization is seen by her in support of field and outclient social services, and primarily in support of families and in the strengthening of natural social links and networks.

Keywords

institutionalization, total institution, residential care, social inclusion, social exclusion

„Až budete mít chvílku, zkuste si představit svět bez ústavů ukrývajících lidi, bez kterých jsou neústavní lidé ve svých životech dezorientováni.“

Milan Cháb

Sociální politika našeho státu se před rokem 1989 zaměřovala především na praceschopné obyva-

telstvo, kterého byla většina. Jako svých nástrojů používala zejména finančních dávek a subvencí. Uvedený přístup ignoroval osoby, které se ocitly mimo zaměstnanecký svět. Z centra pozornosti tak byly vytěsněny především osoby se zdravotním postižením, ať už se jednalo o ireparabilní (ne však neměnné) postižení tělesné, mentální, duševní,

Tabulka č. 1: Počet osob žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb v ČR (stav k 31. 12. 2008)

Druh pobytového zařízení sociálních služeb	Počet zařízení	Celková kapacita zařízení (celoroční pobyt)	Počet uživatelů sociální služby (celoroční a týdenní pobyt)
Domovy pro osoby se zdravotním postižením	225	15 113	14 604
Domovy se zvláštním režimem	150	7 396	7 016
Domovy pro seniory	452	37 733	35 945
Celkem	827	60 242	57 565

Zdroj: Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008.

smyslové či kombinované. Částečně opomíjeny zůstávaly také osoby požívající starobního důchodu. Tento přístup měl za následek stagnaci sociálních služeb, které by právě zmínovaným skupinám pomáhaly žít co možná nejnornějším způsobem života v přirozeném sociálním prostředí. Výše popsaná situace přispívala k sociální exkluzi osob se zdravotním postižením, a to společně s fungováním rodin, které stále častěji svěřovaly péči o závislé členy ústavním zařízením.

Ve společnosti probíhá již několik desetiletí diskuse o krizi rodiny, jež se projevuje v její flexibilizaci a nestabilitě. „Narušení stability rodiny má řadu příčin, na jednom z předních míst ovšem figuruje poněkud paradoxně právě dopad politiky sociálního státu.“ (Keller, 2006: 30.) Podle Kellera (2006) spočívala dosavadní strategie sociálního státu v poskytování sociálních služeb, čímž měla kompenzovat ztrátu dřívějších funkcí rodiny. „V osmdesátých letech (minulého století) mohl sociální stát podle názoru svých kritiků především za nárůst sociálního vyloučení (exkluze) a za rostoucí nestabilitu rodiny.“ (Keller, 2006: 9.) Uvedené tendence byly však pozorovatelné v naší společnosti již od konce 2. světové války, kdy instituce zřizované státem stále častěji zasahují do fungování rodin a pozvolna usurpují mnohé z jejich funkcí, které byly v tradičních rodinách považovány za privátní záležitosti. K uvedeným funkcím, které pomalu přecházely do rukou státu, patřila i péče o závislé členy rodiny, tedy děti, osoby přestárlé a zdravotně znevýhodněné. Stát tak pomalu přebírá zodpovědnost i za péči o osoby se zdravotním postižením, kterou organizuje a institucionalizuje. „V tradičních evropských společnostech byla na místě dnešní nukleární rodiny obvyklá vícegenerační domácnost...“ (Možný, 2008: 258), kdy se „...s nástupem modernity rozvolnila některá významná pouta, jimiž společnost drže-

la pohromadě rodinu jako mezigenerační společenství i manželský pár. Poklesla především síla ekonomického tlaku na udržení rodiny; rodina už není především společenstvím majetku a sdíleným hospodářstvím, jehož základem byla domácnost vlastníci dům... To drželo pohromadě generace, které se v něm postupně střídaly.“ (Možný, 2008: 275). Ve společnosti již není typický model vícegeneračního soužití, kdy členové mladší generace automaticky doopatrovávají členy generace předcházející a závislé členy rodiny, čímž předkládají vzorce chování generacím nastupujícím.

Keller (2006) hovoří o krizi solidarity uvnitř společnosti, která se nevyhýbá ani rodině. Desolidarizace rodiny koresponduje s proměnami rodinných vztahů, kdy především jejich křehkost nezaručuje trvanlivost rodinných struktur a vazeb nezbytných pro mezigenerační solidaritu. Rodiny se naučily při péči o své závislé členy využívat nabídky sociálních služeb, a to především služeb pobytových, čímž přesouvají část své zodpovědnosti na poskytovatele. Počty osob žijících v České republice v některém typu pobytového zařízení sociálních služeb zachycuje tabulka č. 1.

Využití pobytové sociální služby je vždy spojeno se změnou bydliště člena rodiny, který opouští stávající síť sociálních vztahů a vazeb a mnohdy dokonce mění lokalitu, ve které doposud žil. Rieger (2009) hovoří o odlučování obyvatele ostrova rodiny do instituce. „Aktem zařazení nebo odebrání či odeslání odloučeného obyvatele ostrova rodiny do instituce začíná jeho odloučení.“ (Rieger, 2009: 19.)

Přístup k osobám se zdravotním postižením se začal v naší společnosti pozvolna měnit před dvaceti lety, kdy se pomalu začaly odemykat brány ústavů sociální péče a hledat alternativní sociální služby pro uvedenou cílovou skupinu. Velkou změnu do života mnohých osob žijících

v ústavech sociální péče a jejich rodin přinesl i zákon o sociálních službách č. 108/2006 Sb., který nabyl účinnosti 1. ledna 2007. Například jenom fakt, že o umístění občana do pobytového zařízení sociálních služeb není rozhodováno ve správním řízení a následně vydáváno rozhodnutí, které můžeme považovat za jednosměrný akt úřední moci, ale je uzavírána smlouva, jako partnerský dvoustranný úkon, nasvědčuje změně v přístupu a smýšlení. Nejen na výše uvedeném příkladu můžeme vysledovat odklon od paternalistického modelu k modelu partnerskému, který se projevuje také v dalších oblastech souvisejících s ochranou lidských práv.

Sociální inkluze versus institucionalizace

Stávající legislativní úprava v podobě zákona o sociálních službách (dále jen „zákon“) vymezuje základní rámec potřebné podpory a pomoci pro osoby, které se ocitly v nepříznivé sociální situaci, tak, aby nedocházelo k jejich sociálnímu vyloučení. Předcházení sociální exkluzi můžeme považovat za jeden z hlavních a nejdůležitějších principů zákona. Dalšími z deklarovaných cílů, k jejichž naplnění legislativní úprava směřuje, je vytvoření podmínek vedoucích k uspokojování přirozených potřeb lidí v přirozeném sociálním prostředí a podpora procesu sociálního začleňování a sociální soudržnosti společnosti. Z uvedeného vyplývá, že sociální začleňování jde ruku v ruce s předcházením sociálnímu vylučování.

Sociálním začleňováním, tzv. sociální inkluzí, rozumí zákon o sociálních službách „...proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitosti a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný“. Kompatibilní složkou sociální inkluze je tzv. sociální exkluze, kdy zákon definuje sociální vyloučení, jako „...vyčlenění osoby mimo běžný život společnosti a nemožnost se do něj zapojit v důsledku nepříznivé sociální situace“. Na tomto místě je jistě zajímavé dodat, že koncept sociálního vyloučení byl poprvé použitý ve Francii v 70. letech minulého století pro popsání situace specifických skupin obyvatel žijících na okraji společnosti. Tito lidé zůstali odloučení od pracovních příležitostí a záchrané sociální sítě.

S typickým modelem sociální exkluze se můžeme v oblasti sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením setkat u lidí využívajících

pobytové sociální služby. Lidé dlouhodobě žijící v rezidenčních zařízeních (domovech pro osoby se zdravotním postižením a domovech se zvláštním režimem – dříve ústavech sociální péče) jsou mnohdy odříznuti od přístupu k vzdělávacím, pracovním a sociálně kulturním institucím, čímž jsou vyloučeni z přirozených sociálních vazeb a sítí.

K sociálnímu vyloučení může dojít také v mnoha dalších situacích, a to např. při dlouhodobé nezaměstnanosti nebo závislosti na sociálních dávkách, špatném zdravotním stavu, nebo rozpadu rodiny, zkrátka v situacích, ve kterých dochází k zpretrhání přirozených sociálních vazeb, čímž se člověk dostává do tzv. sociální izolace. „Jako adaptace na podmínky sociálního vyloučení se často vytvářejí specifické hodnoty a normy, mezi něž patří například důraz na přítomnost, neschopnost plánovat do budoucna, pocity beznaděje a bezmocnosti či přesvědčení, že člověk nemůže ovlivnit vlastní sociální situaci.“ (www.forint.cz/portal/co-je-to-socialni-exkluze/) Také v oblasti pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením implikuje proces sociální exkluze vytváření specifických hodnot, norm a forem chování, které bývají identifikovány jako institucionalizace.

V sociálních vědách bývá institucionalizace označována za proces, ve kterém se sociální role, hodnoty, představy a způsob chování jednotlivce stávají pevně spojené s organizací, sociálním systémem nebo společenstvím. Jde o proces, kdy se člověk stává postupem doby závislý na organizaci, která mu chtěla pomoci řešit jeho tíživou životní situaci. Jako synonymum k institucionalizaci bývá užíván také pojem hospitalismus. Hospitalismus jako syndrom vzniká tam, kde jsou lidé izolováni od vnějšího světa. Hospitalizovaní se postupem času stávají na organizaci závislí a ztrácejí schopnost žít přirozeným způsobem života sami v běžných sociálních interakcích. Goffman (2007) popisuje institucionalizaci jako odpověď pacientů na byrokratické struktury a umrtvující procesy totální instituce. Ve shodě s Goffmanem můžeme u uživatelů pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením často vysledovat symptomy institucionalizace, která bývá zásadní překážkou při jejich návratu zpět do přirozeného sociálního prostředí. Z praxe víme, že institucionalizovaní lidé, v důsledku dlouhodobého pobývání v ústavním zařízení, zapomínají žít běžným způsobem života v každodenních interpersonálních vztazích a sítích. A pokud jsou,

bez předchozí přípravy, navrácení do přirozeného sociálního prostředí sídelní komunity, nemusí novou životní situaci vždy zvládnout. Institucionalizovaní lidé bývají často ze života vně totální instituce traumatizováni, neboť jim schází dosavadní řád a přesná pravidla. Uvedenou situaci velmi věrohodně zachycuje např. vězeňské drama natočené podle novely Stephena Kinga *Výkoupení z věznic Shawshank*, nebo film *Přelet nad kukaččím hnízdem* v režii Miloše Formana, časosběrný dokument Heleny Třeštíkové *René*, či kniha Joanne Greenbergové *Neslibovala jsem ti procházku růžovým sadem*. Na tomto místě můžeme konstatovat, že institucionalizace může být považována za jednu z hlavních překážek při dekarceraci a návratu osob se zdravotním postižením zpět na „osrov rodiny“. Pojmem dekarcerace bývá v sociologické literatuře označováno hromadné propouštění lidí z ústavních zařízení. Uvedený termín je odvozen od karceru, tedy kázeňského trestu, kdy žáci středních škol zůstávali za své přestupky proti školnímu řádu uzavřeni ve školách. Karcer, jako kázeňský trest, ještě nalezneme v našem školském řádu z roku 1922. Následně byl zrušen školským řádem z 12. 8. 1936 (Klimeš, 2002).

U lidí dlouhodobě žijících v pobytových zařízeních sociálních služeb je třeba při transformaci pobytových sociálních služeb v jiné typy služeb, které budou poskytovány v přirozené komunitě, počítat se syndromem institucionalizace (hospitalismu). Uvedenou zkušenost získali také mnozí reformátoři, kteří se po 2. světové válce pokusili o změnu v životech institucionalizovaných lidí s duševním onemocněním. První vlna dekarcerace byla realizována v západních zemích v 50. a 60. letech 20. století, kdy léčbu duševně nemocných ovlivnil, vedle filozofie dekarcerace, také rozmach psychoterapeutických metod a objev nových léků. V důsledku nastíněných změn začaly prudce klesat počty dlouhodobě léčených pacientů v psychiatrických léčebnách a nemocnicích, kdy domácí péče měla začít nahrazovat péči ústavní. Motivy uvedené reformy byly nejen humanitární, ale také finanční. Mnozí reformátoři tímto opatřením chtěli předcházet účinkům dlouhodobé hospitalizace duševně nemocných a přispívat k jejich integraci do běžného života. Druhá vlna dekarcerace nastoupila v 80. letech minulého století. Jejím ústředním heslem se stala teze, že duševně nemocní mají právo na svobodný a nezávislý život. Určitou latentní roli i tentokrát sehrály otázky finanční. Paradoxem však zůstává, že mnozí klienti se často

ocitali v situaci, kdy se o ně v domácím prostředí neměl kdo starat nebo se nikdo starat nechtěl. Stali se tak bezprizorními a dalo by se polemizovat o tom, zda se jejich životní situace zlepšila.

Na rozdíl od většiny západních zemí byla situace u nás naprosto odlišná. Vzhledem k uzavřenosti společnosti před rokem 1989 a předlistopadové sociální politice zůstávali lidé se zdravotním postižením až do doby celkem nedávné „uzavřeni“ v ústavech a psychiatrických léčebnách. Ústavy sociální péče i léčebny se mnohdy nacházely v prostorách starých zámků a klášterů, tedy v budovách, které byly primárně určeny k jiným, např. reprezentativním účelům. Z uvedeného jednoznačně vyplývá, že takto přestavěné ubikace nemohly vyhovovat, ani svým architektonickým řešením, ani lokalizací, potřebám uživatelů sociální služby. Společnost uvedeným způsobem vytěšňovala ze svého zorného pole osoby, které měly být v jeho středu. Ve shodě s celospolečenským přístupem i masové sdělovací prostředky zdravotně znevýhodněné skupiny obyvatel upozadovaly. Běžně jsme se tak v každodenním životě nesetkávali s osobami se zdravotním postižením.

Jak jsme již uvedli výše, ke změnám v přístupu k lidem se zdravotním postižením dochází teprve v posledních dvaceti letech. Uvnitř společnosti dochází k posunu ve vnímání těchto osob, které začínají být považovány za plnohodnotné občany. Dále se objevují větší možnosti pro rodiny, které chtějí pečovat o závislého člena v přirozeném sociálním prostředí. Osoby se zdravotním postižením se dostávají nejen do politiky, ale i na televizní obrazovky, stránky novin a časopisů, čímž i masové sdělovací prostředky přispívají k proměně obrazu zdravotně znevýhodněných skupin obyvatel.

Institucionální péče o osoby se zdravotním postižením

Pod pojmem institucionální péče o osoby se zdravotním postižením rozumíme na tomto místě péči poskytovanou v pobytových zařízeních sociálních služeb – domovech pro osoby se zdravotním postižením. Pod zdravotním postižením rozumí zákon o sociálních službách „...tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“. Deklarovaná pomoc může být poskytována jako institucionální péče v rezidenčních zařízeních, kdy se v následujícím textu zamyslíme nad principy jejich fungování.

U všech pobytových zařízení sociálních služeb nalézáme charakteristické znaky organizace s institucionalizovaným vnitřním systémem. Každou organizaci tvoří skupina lidí, kteří určitým způsobem „něco“ dělají. Ustavený způsob chování a jednání, který musí znát všichni členové uvnitř organizace, označujeme jako instituci. „Instituce mají vždy svou historii, které jsou výsledkem. Není možné instituci správně porozumět bez pochopení historického procesu, který vedl k jejímu vzniku. Už ze samotného faktu existence institucí vyplývá, že instituce řídí lidské chování tím, že předem stanovují vzorce chování, které lidskému jednání předurčují jeden směr ze všech teoreticky možných směrů.“ (Berger, Luckman, 1999: 58.)

Každé pobytové zařízení sociálních služeb tvoří lidé z řad poskytovatelů a uživatelů. Poskytovatelé i uživatelé znají nejen svá práva, ale i povinnosti. Znají role, které v organizaci zastávají, a své místo na stratifikačním žebříčku. Všem jsou zřejmá psaná i nepsaná pravidla, obvyčeje panující uvnitř organizace i zvyky jednotlivých členů. Vzhledem ke znalosti chodu pobytových sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením shledáváme ve shodě s Maxem Weberem, že se jedná o organizace byrokratické. Podle Webera mají všechny rozsáhlé organizace byrokratickou povahu a vyznačují se následujícími charakteristikami: existuje v nich jednoznačná hierarchie pravomocí, jednání pracovníků na všech úrovních se řídí psanými pravidly, zaměstnanci pracují na plný úvazek a dostávají plat, úkoly vykonávané v rámci organizace jsou odděleny od soukromého života a příslušníci organizace nejsou vlastníky hmotných prostředků, s nimiž pracují. „Byrokratické formální organizace ovlivňují v moderní společnosti značnou část života všech občanů. Existuje ovšem zvláštní typ organizací, pro které je charakteristické, že ovlivňují prakticky veškerý život jisté části občanů. Do této kategorie náleží mimo jiné ... léčebny, především léčebny pro mentálně postižené jako institucionalizace zdravotní organizace.“ (Keller, 1997, s. 125.)

Každá byrokratická organizace je zákonitě hierarchická s existující statusovou nerovností, kterou dále konzervuje. K demonstraci existujících sociálních nerovností jsou v rámci organizací používány různé nástroje. Jedním z vnějších znaků existující diferenciace může být odlišování se pracovníků od uživatelů na základě specifického oblékání v podobě uniforem. Jde o jeden z nej-

efektivnějších nástrojů manifestace rozdělení rolí a moci uvnitř organizace. Návštěvníci dané organizace jsou tak ihned po svém příchodu informováni o existujícím stratifikačním rozvrstvení členů v organizaci. Podle Keiko Sei (2004) se uniforma stává čistým symbolem moci, technologické nadřazenosti a teritoriální svrchovanosti – na teritoriu, kde lze moc uniformy uplatnit. Nejenom nebezpečí znečištění oděvu při výkonu práce, ale i obava z možné záměny rolí poskytovatelů a uživatelů brání mnohým pracovníkům v nošení civilního oblečení.

Otázkami institucionalizace se zabývá rovněž Giddens (1999), který společně s americkým myslitelem maďarského původu Thomasem Szaszem považuje za samozřejmé, že by každý člověk měl mít právo žít způsobem života, který mu vyhovuje, a svobodně projevovat své náladu, pocity a názory. Pouze ten, kdo má pocit, že potřebuje pomoc, by měl mít možnost vyhledat potřebnou službu.

Koncept totálních institucí Ervinga Goffmana

„Jak společenství, tak organizace teoreticky předpokládají svobodu svých členů, i když praxe tomu tak úplně neodpovídá. Členové mohou samozřejmě odejít nebo jednat proti panujícím očekáváním. V jednom případě však organizace svobodu odejít výslovně upírá a lidé jsou v její pravomoci drženi silou. Jde o případ toho, čemu Erving Goffman říkal ‚totální instituce‘.“ (Bauman, May, 2004: 72.) Kategorie totálních institucí se podle Goffmana (2007) objevuje čas od času v sociologické literatuře pod různými názvy. Asi nejpozoruhodnější je podle něj výklad v zapomenutém článku Howarda Rolanda z roku 1939 *Vyloučené komunity a duševní zdraví*. Goffman dále upozorňuje, že pojem „totální“ v současném významu můžeme najít v článku Amitaie Etzioniho *Organizační struktury „uzavřených“ vzdělávacích institucí v Izraeli* z roku 1957.

Erving Goffman, americký sociolog kanadského původu, rozpracoval roku 1961 podrobný koncept totálních institucí. Totální instituce viděl jako organizace, které vytvářejí pro své členy prostředí, jež se v zásadním ohledu liší od životního světa běžných občanů moderní společnosti. Společně s Goffmanem (2007) můžeme totální instituce označit za specifické sídelní komunity či po vzoru některých autorů, kteří chtějí společnost alarmovat, jako „ghetta“ (viz Cháb, 2004) či určitý sociální experiment. Totální instituce mají přesně vymezený cíl, k jehož naplňování směřuje veškerá

jejich činnost, která zásadním způsobem ovlivňuje nejen chování, ale i životy osob žijících uvnitř. V totálních institucích fungují dvě skupiny osob, mezi kterými existuje velká sociální distance, která je nepopiratelná a nesrovnatelná. Jde o skupinu personálu a skupinu obyvatel. Již pouhý fakt, že personál po skončení pracovní doby sídelní komunitu opouští, na rozdíl od obyvatel, je příčinou rozdílných životních způsobů a zkušeností, což se navenek projevuje v chování, které je u členů obou skupin odlišné a navzájem v některých případech nepochopitelné.

Goffman (in Keller, 1997: 129) rozlišuje 5 typů totálních institucí: „1. Instituce ustavené za účelem péče o ty, o nichž se soudí, že o sebe sami pečovat nedokážou (lidé přestárlí, sirotci, osoby silně tělesně či mentálně postižené atd.). 2. Zařízení pro osoby, které o sebe pečovat nedokážou, a navíc mohou být z různých důvodů pro společnost nebezpečné (např. lidé trpící nakažlivými chorobami, nebezpeční šílenci apod.). 3. Instituce zřízené kvůli ochraně společnosti před nebezpečnými osobami. Zde nejde o blaho chovanců, nýbrž o ochranu druhých (vězení, ústavy pro převýchovu nezletilých, sběrné tábory). 4. Zařízení pro realizaci určitých technických záležitostí souvisejících s provozem společnosti (kasárna, námořní loď, internátní školy apod.). 5. Zařízení, jež mají umožnit svým obyvatelům stáhnout se ze světa (kláštery a azylы nejružnějšího druhu).“

Pobyťová zařízení sociálních služeb, kterými se v předložené práci zabýváme, můžeme řadit k prvním, příp. druhému druhu uvedené typologie. Jde o instituce zaměřené na péči o osoby s různým typem zdravotního postižení, o kterých se společnost domnívá, že nedokážou žít v přirozeném sociálním prostředí samy nebo za podpory svých blízkých.

Domov pro osoby se zdravotním postižením jako jeden z typů totálních institucí

Goffman označoval jako totální instituce organizace, které vytvářejí pro své členy prostředí, jež se v zásadním ohledu liší od životního světa běžných občanů moderní společnosti. Na tomto místě je třeba zdůraznit, že život lidí v pobyťových zařízeních sociálních služeb s celoročním pobytem se podstatným způsobem liší od běžného způsobu života jejich vrstevníků. Jde o uměle zbudované kolektivní zařízení, které má ve společnosti plnit určité poslání – pečovat o osoby se zdravotním postižením.

Totální instituce jsou podle Goffmana typické tím, že jde o místo, které slouží současně jako bydliště i pracoviště a ve kterém větší počet podobně situovaných jedinců, oddílných na delší dobu od vnější společnosti, vede společně navenek uzavřený a formálně spravovaný způsob života. Pod jednou střechou jsou provozovány téměř všechny aktivity (spánek, práce, volný čas), které člověk žijící vně totální instituce vykonává odděleně a na různých místech. Pobyťová zařízení sociálních služeb jsou shodně s totálními institucemi charakteristická absencí soukromého prostoru. Pokoje uživatelů, které bývají jediným privátním prostorem, jsou často sdíleny ve dvojicích či vyšším počtu osob. Nedostatek soukromí je na překážku nejen rodinnému, ale i intimnímu životu.

S absencí soukromého prostoru úzce souvisí následný rys totálních institucí. Veškeré činnosti uvnitř organizace probíhají za přítomnosti druhých osob, a to podle předem stanoveného časového harmonogramu a pod dohledem autorit. Člověku je zabráněno, aby své tělo, jednání, a dokonce i myšlení mohl držet stranou kontaktu s cizími osobami a věcmi. Nikdy není zcela sám, vždy je buď přímo vystaven pohledům druhých, anebo nemůže tuto možnost alespoň vyloučit. Pro pobyťová zařízení, která vykazují znaky byrokratických organizací, je charakteristická jednotná organizace režimu dne pro většinu uživatelů dané služby. V mnoha zařízeních bývá pevně stanovená doba podávání jídla, konání hygienických úkonů, doba vstávání i uléhání, doba volnočasových a pracovních aktivit, které probíhají „pod střechou“ pobyťového zařízení. Většina popisovaných aktivit, které vyplňují průběh dne, se odehrává za přítomnosti druhých osob. Ať už jde o stravování, volnočasové aktivity či rehabilitační cvičení. Pokud chce být člověk žijící v pobyťovém zařízení chvilku sám ve svém rozjímání, má ztížené podmínky najít vhodný prostor a čas, neboť je zde permanentní přítomnost druhých.

Další z charakteristik, které si Goffman povšiml, je postupné zpřetrhání sociálních vazeb. Pobyťová sociální zařízení přispívají k oslabování rodinných, přátelských nebo profesních interpersonálních vztahů mezi obyvateli žijícími uvnitř a vnějším sociálním prostředím. Tím u svých uživatelů latentně podporují sociální smrt. Rinpoče (1996) rozlišuje dvě příčiny smrti. V prvním případě jde o smrt způsobenou vyčerpáním přirozené délky života, ve druhém o smrt zapříčiněnou nehodou či překážkou, která přivede život

k předčasnému konci. Touto překážkou může být zákeřná nemoc jako AIDS nebo rakovina, dopravní nehoda, vražda či sebevražda. Vedle shora uvedeného členění můžeme rozlišovat mezi smrtí sociální a faktickou. Právě při dlouhodobém pobytu člověka v rezidenčních zařízeních, kdy není schopen vnějšího kontaktu se sociálním světem, bývá svým okolím považován za mrtvého dříve, než nás skutečně navždy opustí. Tento stav, kdy biologické funkce zůstávají po nějaký čas zachovány, avšak sociální vazby postupně odumírají, považujeme za sociální smrt. Na místě je tedy otázka, zda z osob se zdravotním postižením, tím, že je izolujeme v pobytových zařízeních, nečiníme předčasně sociální mrtvolu.

Proces transformace pobytových sociálních služeb v ČR

Paralelně s přijetím zákona o sociálních službách se v naší republice objevily také dekarceráčnické snahy. Hlavní priority procesu transformace pobytových sociálních služeb v České republice zachycuje dokument *Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti*, který byl přijat dne 21. února 2007 usnesením vlády České republiky č. 127. Uvedená koncepce byla vypracována v souladu se strategickými materiály z oblasti sociálních služeb v České republice, tj. Národním akčním plánem sociálního začleňování na léta 2006–2008, Bílou knihou v sociálních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, a je vytvořena v souladu s českým právním řádem, a to zejména s Listinou základních práv a svobod.

Z výše uvedeného vyplývá, že také proces transformace sociálních služeb, pod kterým rozumíme „souhrn procesů změny řízení, financování, vzdělávání, místa a formy poskytování služeb tak, aby výsledným stavem byla péče v běžných životních podmínkách“ (Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče, 2009: 5), je jakousi zakázkou občanské společnosti. Pod procesem deinstitucionalizace pobytových sociálních služeb vidíme změnu, která implikuje proměnu instituce, a to jak ve smyslu formalizované struktury pravidel, řádu a filozofie služby, tak ve smyslu sídla. Cílem procesu deinstitucionalizace je humanizace pobytových sociálních služeb s orientací na potřeby uživatelů, kte-

rým je dáována přednost před potřebami formalizované organizace-instituce. Kýženého výsledku má být dosahováno proměnou institucionální péče v péči v „komunitě“ (Kritéria transformace, humanizace a deinstitucionalizace vybraných služeb sociální péče, 2009). Proces deinstitucionalizace směřuje k poskytování sociálních služeb, které by reflektovaly individuální potřeby člověka v jeho přirozeném sociálním prostředí. Sociální služby tak migrují k uživatelům na rozdíl od doby, kdy se uživatelé stěhovali za službami. Mnozí tak byli vedeni ke změně místa svého pobytu, čímž zákonitě docházelo k postupnému přetřhání fungujících sociálních vazeb, jejichž následná sanace vyžadovala nemalé úsilí a mnohdy již nebyla možná.

Je důležité zdůraznit, že přirozené potřeby lidí jsou neoddtělitelně spjaty s přirozeným prostředím, ve kterém jsou naplňovány, a to nejen díky sounáležitosti s druhými lidmi, ale také za jejich podpory a pomoci, což nám právě umožňuje vztahová síť přirozené lokální komunity. Podle zákona o sociálních službách je za přirozené sociální prostředí považována rodina a sociální vazby k osobám blízkým, domácnost osoby a sociální vazby k dalším osobám, se kterými sdílí domácnost, a místa, kde osoby pracují, vzdělávají se a realizují běžné sociální aktivity. Mohli bychom shrnout, že jde o ukotvení jedince v určité lokalitě, která je významná pro jeho život, a to z důvodu určitého citového pouta. Jedinec je spjatý s danou lokalitou prostorově i časově, neboť v ní prožil část svého života, vytvořil si v ní síť sociálních vazeb a sdílí s jejími členy společnou životní historii. V dané pospolitosti není cizincem přicházejícím odněkud z neznáma, ale je jejím legitimním členem, kterého daná skupina bezpodmínečně přijímá, tzn. s jeho silnými i slabými stránkami. Způsob fungování námi popsané komunity bychom mohli analogicky nalézt ve fungování pospolitosti, jak ji popisuje německý sociolog Ferdinand Tönnies ve svém dichotomickém konceptu popsaném v díle *Gemeinschaft und Gesellschaft* (1887). Tönnies rozlišuje dvě základní formy lidského soužití, kdy staví pospolitost (*Gemeinschaft*) do protikladu ke společnosti (*Gesellschaft*). Zde je třeba zdůraznit, že čisté podoby uvedených systémů se ve světě reálně nevyskytují. Pomineme-li Tönnisovo chronologické rozlišení pospolitosti a společnosti, můžeme v základní charakteristice života v pospolitosti nalézt mnohé analogie s životem v komunitě. Základem pospolitosti je skupinová solidarita založená na příbuzenství, sousedství a přátelství.

Komunitu pak můžeme definovat jako specifický sociální útvar, který je charakterizovaný specifickými vazbami mezi členy uvnitř. Jde o místo, ve kterém může její člen bezpečně prožít celý svůj život od narození až do smrti, aniž by byl nucený kontaktovat vnější, „nekomunitní“ okolí.

Pokud však vyjmeme jedince z jeho přirozeného sociálního prostředí a delegujeme plnění některých jeho každodenních povinností na formální organizace, zbavíme ho nejen výkonu dosavadních sociálních rolí, ale také mu předložíme nový životní scénář, kterému se bude muset učit. Tím, že sociální organizace přebírají jedincovy role, odebírají mu společně s nimi také jeho přirozené kompetence, na které je úzce napojena zodpovědnost za chod vlastního života.

Úloha občanské společnosti v transformaci bytových sociálních služeb

Každá fungující občanská společnost je založená na aktivní participaci a zainteresovanosti svých členů na chodu věcí veřejných. Do oblasti věcí veřejných můžeme s určitostí zařadit také sociální služby. Ty si společnost zřizuje jako prostředek pro případ řešení vzniku nepříznivé sociální situace některého z členů svého společenství, kterou není schopen řešit sám či za pomoci svých blízkých. Naše legislativa garantuje každé osobě poskytnutí bezplatného základního sociálního poradenství, v rámci kterého je informovaná o možnostech řešení vzniklé situace. Základní poradenství musejí podle zákona o sociálních službách poskytovat všichni poskytovatelé sociálních služeb, a to bez ohledu na okruh cílových skupin osob, kterým je jejich služba určená.

Přesto, že se s pojmem občanská společnost velmi často setkáváme v hromadných sdělovacích prostředcích, asi málo z nás dokáže tento pojem specifikovat. Jeho obsahové vymezení je i mezi odbornou veřejností nejednotné. I když historie uvedeného pojmu sahá až do starověku (*societas civilis*), v naší společnosti přispěl významnou měrou v polovině 90. let minulého století k jeho popularizaci bývalý prezident Václav Havel, který se zabýval charakterem, rolí a fungováním občanské společnosti v životě jednotlivce i v globalizovaném světě. „Uvážíme-li nedostatky naší společnosti a zřejmý úpadek duchovních a mravních hodnot v nedávných letech, myšlení se stává závažnou otázkou. Nyní ještě naléhavější – snad ze všeho nejnaléhavější –, neboť jde o způsob, jak uvažujeme, rozhodujeme a jednáme v našem stá-

le složitějším světě. Nezačneme-li myslet dobře, je velmi pravděpodobné, že se nakonec sami zničíme.“ (Peck, 2004: 17.)

Podle Baumana a Maye (2004) souvisí občanství s otázkou identity, ke které nás opravňuje naše místo narození. Občanství bývá vždy vztaženo k určitému teritoriu, neboť dobře víme, že bez teritoria není státu. Občanství se však v žádném případě neidentifikuje se státem a jeho zájmy, spíše naopak „...v sobě nese tendenci vzdorovat poručnickému postavení, jež si osobuje stát“ (Bauman, May, 2004: 170). Uvedená snaha pak jde dvěma směry, a to směrem k regionalismu, nebo deterritorializaci. První směr chápe státní správu jako protivníka místní samosprávy, která je blíže občanovi, neboť působí přímo ve vymezeném regionu, čímž dokáže lépe porozumět potřebám místních obyvatel. Uvedený směr zohledňuje specifickou dané oblasti, její historický vývoj a lokální zvyklosti. S trochou nadsázky bychom mohli ve shodě s Václavem Cílkem hovořit o určité formě geografického determinismu. Druhý směr zpochybňuje územní základ státní moci a za daleko významnější charakteristiky než místo bydliště považuje například etnikum, náboženství a jazyk. Pro dobrý vývoj občanské společnosti bychom měli akceptovat oba směry, které se vzájemně doplňují. Při úvahách o způsobech transformace bytových sociálních služeb a při její přípravě bychom měli zohledňovat jak specifika a historii jednotlivých regionů, tak zvláštnosti etnických, náboženských či jazykových skupin. Proces dekarcerace by měl být sestaven pro každého uživatele sociálních služeb individuálně, a to s přihlédnutím k jeho osobnosti a osobní historii. Občanská společnost by pak měla být katalyzátorem a pojistným ventilem prováděných změn, kdy by měla garantovat jejich promyšlenost, připravenost a přínosnost.

Závěr

„Zdá se, že naše sociologie, psychologie a ekonomie, naše civilizace jako taková nedokáže ocenit hodnotu lidí, kteří v ničem nevynikají.“ (James Hillman)

Z praxe dobře víme, že již děti se zdravotním postižením mívají v socializačním procesu problémy, které mohou být způsobeny nejen jejich odlišností od členů dominantní společnosti, ale např. vyšší mírou izolovanosti od vrstevnických skupin. Aby nedocházelo k sociálnímu vylučování osob se zdravotním postižením ze společnosti, měli bychom již od dětství přistupovat k podpoře jejich

začleňování do běžného každodenního života. Na všech stupních škol, ve školských i sociálních zařízeních by měli působit vzdělaní odborníci, kteří budou uplatňovat v praxi nové trendy a přístupy v integraci osob se zdravotním postižením. Uvedení odborníci by měli mít dobré znalosti nejen z oblasti sociální práce, ale i dalších specifických vědních oborů, ze kterých můžeme jmenovat např. speciální pedagogiku, speciálněpedagogickou andragogiku nebo nově se rozvíjející inkluzivní pedagogiku či inkluzivní andragogiku, kdy „...jednou ze základních charakteristik inkluze je heterogenost žáků ve třídách“ (Lechta, 2010: 27).

Na závěr je třeba zdůraznit fakt, že se v současné době rozrůstá nabídka alternativních ambulantních a terénních sociálních služeb pro danou cílovou skupinu, která je vhodnou podporou sociální inkluze. Lidé se zdravotním postižením tak mohou využívat služeb denních nebo týdenních stacionářů, chráněných bydlení nebo osobní asistence, pečovatelské služby, odlehčovací služby, služeb denních center apod. Uvedené služby jsou vítanou variantou nejen pro uživatele sociálních služeb, ale také pro jejich rodinné příslušníky, kteří tak získávají při vlastním pečování podporu a pomoc od profesionálů. Na tomto místě je však třeba upozornit, že doposud není na všech místech naší republiky dostatečně vybudovaná síť alternativních sociálních služeb. K řešení předloženého problému můžeme přispět prostřednictvím aktivního komunitního plánování, v jehož průběhu budeme apelovat na dokrývání abscentujících sociálních služeb v dané lokalitě. „Sociální obslužnosti“ by měla být v rozvinuté občanské společnosti přisuzována stejná míra důležitosti, jaká bývá přikládána obslužnosti dopravní.

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: vavrova@fhs.utb.cz.
- 2 V pozměněné formě byl text publikován in VÁVROVÁ, S. (ed.). Kontext transformace pobytových sociálních služeb. Zlín: Univerzita Tomáše Bati, 2009.

Seznam literatury:

- BAUMAN, Z., MAY, T. *Myslet sociologicky*. Praha: SLON, 2004.
- BERGER, P. L., LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality. Pojednání o sociologii vědění*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999.

- GIDDENS, A. *Sociologie*. Praha: Argo, 1999.
- GOFFMAN, E. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and other Inmates*. New Brunswick / London: Transaction Publishers, 2007.
- HILLMAN, J. *Klíč k duši. Cesta za objevením individuálního životního smyslu*. Praha: Portál, 2000.
- CHÁB, M. *Svět bez ústavů*. Praha: QUIP, 2004.
- KELLER, J. *Sociologie byrokracie a organizace*. Praha: SLON, 1997.
- KELLER, J. *Soumrak sociálního státu*. Praha: SLON, 2006.
- KLIMEŠ, L. *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 2002.
- LECHTA, V. *Základy inkluzivní pedagogiky*. Praha: Portál, 2010.
- MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. Praha: SLON, 2008.
- PECK, M. S. *Nevyšlapaná cesta nekončí*. Praha: Argo, 2004.
- RIEGER, Z. *Návrat k rodině domů. Příprava klientů institucionálních služeb na návrat z odloučení*. Praha: Portál, 2009.
- RINPOČHE, S. *Tibetská kniha o životě a smrti. Nová duchovní klasika předního tibetského buddhismu*. Praha: Pragma, 1996.
- SEI, K. *Konečná krajina*. Praha: One Woman Press, 2004.

Zákony a další legislativní zdroje:

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.**
- Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné typy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti** schválená Usnesením vlády ČR ze dne 21. února 2007 č. 127.

Internetové zdroje:

- Kritéria transformace, humanizace a deinstitutionalizace vybraných služeb sociální péče.** [on-line]. Praha: MPSV, 2009. [4. 9. 2010] URL: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7059/Doporuceny_postup_3_2009.pdf.
- Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí 2008.** [on-line]. Praha: MPSV, 2009. [28. 10. 2010] URL: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7870/ročenka_2008b.pdf.
- www.forint.cz [on-line] [4. 9. 2010]

Priority krajů a obcí pro oblast sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením¹

Priorities of Regions and Municipalities with Regard to Social Services for Seniors and Disabled Persons

Pavel Bareš

Mgr. Pavel Bareš² působí ve Výzkumném ústavu práce a sociálních věcí, v. v. i. Jeho odborným zájmem jsou fungování systému sociálních služeb v ČR a otázky integrace a sociálního začlenění marginalizovaných osob.

Abstrakt

Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb představuje významný strategický dokument obce či kraje, neboť na území, pro něž byl zpracován, stanovuje rozvojové priority v oblasti sociálních služeb. Okruh priorit stanovených v krajských a obecních plánech může nicméně být velmi široký. Priority se zpravidla liší podle jednotlivých cílových skupin, jimž se plán věnuje. Článek se zaměřuje již pouze na priority týkající se sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Obě tyto cílové skupiny patří k nejčastěji tematizovaným cílovým skupinám ve střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb, při jejichž tvorbě se uplatnila metoda komunitního plánování. V textu jsou prezentována zjištění získaná prostřednictvím dotazníkových šetření realizovaných mezi kraji a obcemi s rozšířenou působností v roce 2009, jejichž součástí bylo mimo jiné také dotazování na priority a opatření týkající se sociálních služeb pro tyto cílové skupiny.

Klíčová slova

kraje, obce, osoby se zdravotním postižením, senioři, sociální služby, střednědobé plány rozvoje sociálních služeb

Abstract

Medium term social services development plan is a key strategic document of the municipal authority or regional authority respectively. It defines priorities in the sub-area of social services for the whole geographic area it covers. However, the range of priorities defined in planning documents can be very broad. As a rule they differ according to the groups they target. This paper therefore only focuses on the priorities in social services for seniors and disabled persons. These two groups are the most commonly targeted groups in medium-term social services development plans formulated using the community planning method. The paper presents the findings gained by questionnaire-based surveys conducted among regions and municipalities with extended competence in 2009, which included questions examining priorities and measures concerning social services for these target groups.

Keywords

regions, municipalities, disabled persons, seniors, social services, medium-term social services development plans

Úvod

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (dále jen zákon o sociálních službách), přinesl do oblasti sociálních služeb celou řadu zásadních

změn (Matoušek, 2007; Čámský et al., 2008; Průša, 2008). Tento zákon na straně jedné zavedl nový systém vymezení a klasifikace sociálních služeb i způsob fungování tohoto subsystému

sociální ochrany, na straně druhé také výrazně změnil působnost orgánů státní správy a samosprávy v této oblasti.

Tento zákon krajům stanoví (písmeno d) ustanovení § 95) povinnost zpracovávat krajské plány rozvoje sociálních služeb (dále jen „krajské plány“). Obce podle písmene d) ustanovení § 94 obecní střednědobé plány rozvoje sociálních služeb (dále jen „obecní plány“) mohou zpracovávat.

Nicméně plánování rozvoje sociálních služeb na úrovni obcí a na úrovni krajů se liší poměrně výrazně. Nejen vzhledem k jejich odlišnému postavení vyplývajícimu z legislativy (povinnost, respektive možnost zpracovávat), ale také proto, že každý z těchto aktérů zpracovává **střednědobý plán rozvoje sociálních služeb** (pro označení dokumentů bez dalšího určení, zda jde o plán obecní, či krajský, bude používána zkratka „SPRSS“) pro odlišné území. Zatímco kraje zpracovávají krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb vždy pro celé své území, obce mohou obecní plány zpracovat pro území obce nebo jej ve spolupráci s dalšími obcemi zpracovat pro území správního obvodu obce s pověřeným obecním úřadem, správního obvodu obce s rozšířenou působností nebo mohou v rámci *svazku obcí*³ zpracovávat SPRSS pro území *mikroregionu*, který se nepřekrývá ani se správními obvody obcí s pověřeným obecním úřadem, ani správními obvody obcí s rozšířenou působností. Z uvedeného je zároveň patrné, že obce se mohou zapojovat do přípravy obecního SPRSS, jehož příprava je koordinována jinou obcí.

SPRSS by měl odpovědět především na otázku, jaké typy sociálních služeb je potřebné na daném území dále rozvíjet, jaké typy sociálních služeb by měly být zajišťovány v následujícím období ve srovnatelné míře jako doposud a jaké typy sociálních služeb mohou být utlumeny, neboť stávající kapacity přesahují doloženou potřebu. Nicméně okruh priorit, které by měly SPRSS zohlednit, je přirozeně širší a může se týkat řady dalších obecnějších podmínek poskytování sociálních služeb, koordinace s jinými politikami, metodické činnosti apod. Z uvedeného je nicméně zřejmé, že priority SPRSS v podstatě formulují politiku kraje či obce v oblasti sociálních služeb pro příslušné území. Opatření SPRSS pak specifikují postupy a nástroje, jimiž budou příslušné priority prosazovány.

Zkušenosti s plánováním rozvoje sociálních služeb v ČR z výzkumné perspektivy

V České republice doposud nebyla, patrně s ohledem na relativně krátkou dobu od nabytí účinnosti zákona o sociálních službách, věnována dostatečná pozornost mapování priorit obecních plánů, respektive mapování priorit v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb. Závažnými překážkami bránícími takovému úsilí jsou často značný rozsah těchto dokumentů (ten se odvíjí především od poměrně vysokých požadavků na tyto dokumenty⁴) a odlišnost přístupů ke zpracování těchto plánů (srov. Hubíková, 2007; Bareš, 2008).

V případě obecních plánů je komplikací zajištění také skutečnost, že mohou být zpracovány pro odlišně definovaná území. Obecní i krajské plány se dále mohou, ale nemusí opírat o metodiky pro komunitní plánování (Skříčková, 2007; Bareš, 2008; zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách). Ani jednotlivé kapitoly obecního či krajského plánu, ani jeho jednotlivé priority se také nemusí přímo vztahovat k určitým cílovým skupinám uživatelů sociálních služeb. I tehdy, jsou-li ve SPRSS určité cílové skupiny rozlišeny, mohou se jejich definice a charakteristika mezi různými SPRSS lišit (Bareš, 2008).

Opmenout nelze ani to, že priority, respektive opatření nejsou jediným aspektem, který může být podroben analýze při plánování rozvoje sociálních služeb, respektive při vyhodnocování výsledků tohoto procesu. Okruh oblastí, jež by měla evaluace SPRSS pojmout, shrnuje materiál *Kritéria kvality plánování sociálních služeb* (DC Vision, nedatováno), na jehož přípravě se podílelo Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR (dále jen „MPSV“) ve spolupráci s dalšími odborníky. Na základě těchto kritérií byly například vyhodnoceny komunitní plány⁵ v Kadani, Písku a Žďáru nad Sázavou (Kolářová, 2008). Další podstatnou komplikací je také skutečnost, že SPRSS mohou být (a také jsou) zpracovávány pro odlišná období. To platí pro obecní plány (srov. Kolářová, 2008) i pro krajské plány (srov. Bareš 2008).

Poslední uvedená skutečnost značně komplikuje snahu zajistit *skladebnost* (tj. v podstatě jejich vzájemnou provázanost, více viz Úlehla et al., 2007) obecních a krajských plánů, respektive krajských plánů a národního střednědobého plánu sociálních služeb, který zpracovává MPSV⁶. Právě zájem o zajištění skladebnosti plánů je nicméně jednou z významných motivací

pro širší analytickou aktivitu na tomto poli, byt v takovém případě bude objekt zkoumání omezen pouze na hodnocení skladebnosti plánů obcí nacházejících se na území téhož kraje, respektive na hodnocení skladebnosti krajských plánů s národním SPRSS.

V následujícím textu bude pozornost soustředěna pouze na zachycení priorit a opatření krajských a obecních plánů, neboť ty alespoň v hrubých obrysech mohou naznačit směřování krajské, respektive obecní politiky v oblasti sociálních služeb. Nejedná se přirozeně o ucelenou informaci o tom, jak je politika sociálních služeb na příslušné regionální úrovni realizována, nepostihuje totiž vůbec otázku implementace navržených politik (srov. Winkler, 2002a; Winkler, 2002b). I přesto však jde o velmi důležité indikátory regionální politiky v oblasti sociálních služeb. Omezení se „pouze“ na vyhodnocení priorit a opatření navíc umožňuje věnovat pozornost většímu množství SPRSS. Do analýzy tak mohou být zahrnuty plány s odlišným obdobím platnosti (jsou sledovány priority a opatření platná v určitém časovém okamžiku) i z různých regionů České republiky (není totiž detailněji analyzováno širší prostředí pouze ve vybraném regionu, všechny plány jsou v tomto ohledu ve stejné pozici).

Nicméně i okruh priorit (a tím spíše pak opatření navržených k jejich prosazování) může být velmi široký. Zpravidla je totiž zcela odlišný pro různé cílové skupiny (srov. Bareš, 2008) nebo pro rozličné konceptní činnosti obce či kraje (koordinace aktivit organizací poskytujících sociální služby, metodická podpora, podpora procesů plánování rozvoje sociálních služeb, nástroje podporující implementaci apod.). Je proto vhodné se i při vyhodnocení priorit omezit pouze na určitý okruh opatření.

Následující text se zaměří již pouze na priority a opatření pro oblast sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Obě tyto cílové skupiny patří mezi jedny z nejčastěji tematizovaných cílových skupin ve SPRSS, při jejichž tvorbě se uplatnila metoda komunitního plánování. Často tematizovanými skupinami jsou také rodiny s dětmi, osoby ohrožené sociálním vyloučením, osoby v (přechodné) krizi, osoby v obtížné sociální situaci, etnické menšiny apod. Nicméně definice těchto dalších cílových skupin ve SPRSS jsou často diametrálně odlišné (srov. Bareš, 2009). Také cílové skupiny

seniorů a osob se zdravotním postižením mohou být nahlíženy z různých hledisek, nicméně variabilita způsobů jejich vymezení je již výrazně nižší.

Priority a opatření střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb pro tyto cílové skupiny byly zjišťovány v rámci dotazníkových šetření, která mezi kraji a obcemi s rozšířenou působností realizoval Výzkumný ústav práce a sociálních věcí v roce 2009. Otázky na priority a opatření týkající se sociálních služeb pro tyto cílové skupiny měly v rámci obou provedených šetření spíše dokreslit další otázky týkající se role krajů a obcí při poskytování vybraných typů sociálních služeb (více viz Průša et al., 2010). Nicméně vyhodnocení těchto dvou otázek si zaslouží samostatnou pozornost, neboť odpovědi na příslušné otázky vypovídají o zaměření a charakteru sociální politiky krajů a obcí ve vztahu k uvedeným cílovým skupinám.

Priority a opatření v krajských plánech rozvoje sociálních služeb

V rámci výzkumného šetření mezi vedoucími pracovníky krajských úřadů bylo získáno devět vyplněných dotazníků. Krajské plány rozvoje sociálních služeb jsou dostupné na webových stránkách příslušných krajských úřadů. Nicméně cílem šetření bylo zprostředkovat informace o prioritách a opatřeních krajských úřadů, od nichž byly získány odpovědi i na další otázky sledované v uskutečněném dotazníkovém šetření. Také do analýzy priorit a opatření proto byly i přes veřejnou dostupnost příslušných dat zahrnuty pouze odpovědi devíti respondentů účastnících se šetření. Na odpovědi dotázaných respondentů se omezuje i tento článek, neboť jeho cílem je prezentovat odpovědi platné v době dotazování (plánování rozvoje sociálních služeb je neustále se vyvíjející proces a při porovnávání více plánů, respektive porovnávání krajských a obecních plánů je nutné zachytit informace platné v určitém časovém úseku).

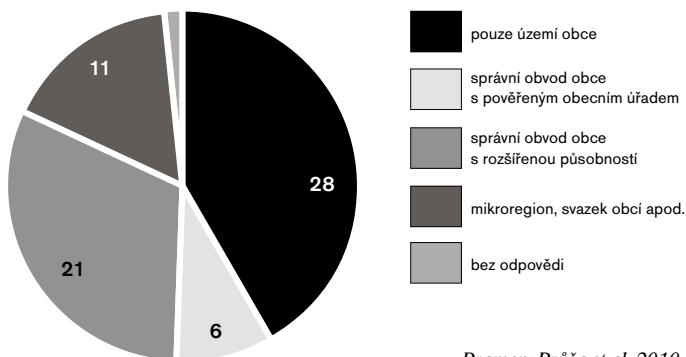
Priority, případně cíle kraje týkající se poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením obsažené v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb specifikovali všichni respondenti. V jednom případě nebyl uveden výčet konkrétních priorit nebo cílů, ale pouze odkaz na krajský střednědobý plán rozvoje sociálních služeb a cíle v něm obsažené. Při zpracování tak bylo v osmi případech využito odpovědi z dotazníku a v jednom případě cíle na

základě příslušného dokumentu shrnul řešitel před vyhodnocením výsledků.

Ve čtyřech krajích byly uvedeny priority či cíle týkající se celé oblasti sociálních služeb (3 respondenti) nebo procesů spojených s plánováním rozvoje sociálních služeb (1 dotázaný). V dalších čtyřech byly uvedeny priority či cíle zvlášť pro skupinu seniorů a osob se zdravotním postižením a jeden dotázaný specifikoval pouze priority týkající se osob se zdravotním postižením.

V případě priorit a cílů týkajících se **celé oblasti sociálních služeb** byl v jednom případě vyjádřen obecný cíl zajistit poskytování sociálních služeb, v dalším byla uvedena konkrétní prioritní sociální služba (týdenní stacionáře) a v dalším bylo uvedeno více priorit zahrnujících např. upřednostnění terénních služeb před službami

Graf č. 1: Území, pro něž je zpracován nebo byl zpracováván střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (uvedeny absolutní počty dotázaných uvádějících příslušnou odpověď)



Pramen: Průša et al. 2010.

rezidenčními, podporu plánování rozvoje sociálních služeb v obcích či podporu vzniku chybějících sociálních služeb.

Mezi prioritami a cíli v oblasti **sociálních služeb pro cílovou skupinu seniorů** byly uváděny stabilizace, případně rozšíření či zkvalitnění stávajících služeb (např. v oblasti nabídky kulturních, zábavných či vzdělávacích aktivit), snaha

Tabulka č. 1: Přehled priorit týkajících se sociálních služeb pro seniory	
Priorita	Četnost
sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	
pečovatelská služba	18
domov pro seniory	17
osobní asistence	10
centrum denních služeb	10
odlehčovací služby	8
denní stacionář	7
domov se zvláštním režimem	6
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	4
dům s pečovatelskou službou	3
jinak specifikované sociální služby (obecnější či naopak konkrétní specifikace)	
pobytové sociální služby	8
terénní služby všeobecně	7
sociální služby zaměřující se na seniory a osoby se zdravotním postižením všeobecně	4
zařízení pro osoby s Alzheimerovou chorobou, oddělení pro osoby s Alzheimerovou chorobou v domově pro seniory	2
ambulantní služby všeobecně	2
stacionář	1
Pramen: Průša et al. 2010.	

Tabuľka č. 2: Priebeh priorit týkajúcich sa sociálnych služieb pro osoby se zdravotním postižením	
Priorita	Četnost
sociální služby podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách	
chráněné bydlení	10
osobní asistence	9
odlehčovací služby	6
služby sociální rehabilitace	5
sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením	5
denní stacionář	4
podpora samostatného bydlení	4
raná péče	4
centrum denních služeb	2
průvodcovské a tlumočnické služby	2
tísňová péče	1
pečovatelská služba	1
jinak specifikované sociální služby či obecnější cíle	
integrace osob se zdravotním postižením všeobecně	3
podpora svépomocných skupin	3
sociální služby zaměřující se na seniory a osoby se zdravotním postižením všeobecně	2
stacionář	2
terénní služby všeobecně	2
ambulantní služby všeobecně	2
pobytové sociální služby	1
Pramen: Průša et al. 2010.	

o zajištění návaznosti mezi jednotlivými typy sociálních služeb, důraz na terénní nebo ambulantní služby či podpora obcí a poskytovatelů. Mezi konkrétními prioritními typy sociálních a zdravotních služeb byly uvedeny např. pečovatelská služba, osobní asistence, domácí hospicová péče, odlehčovací služby, denní stacionáře a v některých případech také pobytové sociální služby.

Také v oblasti **sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením** byly mezi prioritami uváděny stabilizace, případně rozšíření či zkvalitnění stávajících služeb, snaha o zajištění návaznosti mezi jednotlivými typy sociálních služeb či důraz na terénní nebo ambulantní služby. Mezi konkrétními prioritními typy sociálních či jiných služeb byly uvedeny např. chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, sociálně terapeutické dílny, pečovatelská služba, osobní asistence, odborné sociální pora-

denství, odlehčovací služby, půjčování kompenzačních pomůcek či vzdělávání osob se zdravotním postižením.

Zjištěný široký okruh priorit a cílů v obou sledovaných oblastech implikoval také velmi široké spektrum **návrhů a opatření**, které jednotlivé kraje uváděly. Jedním respondentem byl uveden odkaz na krajský plán rozvoje sociálních služeb, další respondent v této otázce odkazoval na odpověď na předchozí otázku. Ostatní respondenti již navrhovaná opatření specifikovali v návaznosti na předchozí otázku nebo samostatně.

Klíčovými uvedenými oblastmi byly otázka transformace pobytových sociálních služeb (jako její součástí byla chápána i snaha o zajištění individualizace a většího soukromí v těchto zařízeních) a přístupy k financování sociálních služeb. Uváděna byla také opatření týkající se rozvoje jednotlivých typů sociálních služeb nebo činnost pracovních skupin pro oblast sociálních služeb

pro seniory, respektive osoby se zdravotním postižením.

Priority a opatření v obecních plánech rozvoje sociálních služeb

Ze 75 dotázaných obcí s rozšířenou působností jich mělo zpracovaný nebo v současnosti zpracovávalo střednědobý plán rozvoje sociálních služeb (případně komunitní plán sociálních služeb před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách) 67, tj. 89 %.

Území, pro něž byl plán zpracován nebo je zpracováván, nespecifikoval jeden respondent. V přibližně dvou pětinach obcí byl střednědobý plán rozvoje sociálních služeb zpracován nebo byl zpracováván pouze pro území obce. V dalších také přibližně dvou pětinach obcí plán zahrnoval území obce s pověřeným obecním úřadem nebo území obce s rozšířenou působností. Jedna šestina obcí měla plán zpracovaný nebo jej zpracovávala pro území mikroregionu či pro území obcí sdružených v rámci svazku obcí (viz graf č. 1).

Priority či cíle obecního střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb neuvedlo 10 respondentů (15 %), další dva respondenti uvedli, že

priority nebyly stanoveny, vzhledem k tomu, že plánování doposud probíhá. Celkově tak priority a cíle uvedlo 55 dotázaných, tj. 82 % z těch, jichž se otázka týkala. Priority byly sledovány zvlášť pro oblast sociálních služeb pro seniory, sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením, jiné typy sociální služeb a priority mimo oblast sociálních služeb.

Priority týkající se **sociálních služeb pro seniory** uvedlo 40 dotázaných (tj. 60 % obcí se zpracovaným plánem nebo jej připravujících). Mezi prioritními službami pro cílovou skupinu seniorů byly nejčastěji uvedeny pečovatelská služba, domov pro seniory, osobní asistence a centra denních služeb (viz tabulka č. 1).

Priority týkající se **sociálních služeb pro osoby se zdravotním postižením** uvedlo 26 dotázaných (39 %). Nejčastěji uváděnými typy sociálních služeb byly chráněné bydlení a osobní asistence (viz tabulka č. 2).

Tři dotázaní uvedli priority týkající se sociálních služeb pro **jiné cílové skupiny** (nizkoprahové zařízení pro děti a mládež – 3x; rodinné centrum – 1x) a devět respondentů priority týkající se sociálních služeb podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, jež nemají jednoznačnou

Tabulka č. 3: Přehled priorit, které se netýkaly konkrétních sociálních služeb	
Priority	Četnost
pokračování plánování rozvoje sociálních služeb, obecně udržení, rozvoj či optimalizace sítě sociálních služeb, zajištění dostupnosti apod.	20
podpora bezbariérovosti na území obce	14
informovanost občanů o sociálních službách	12
bydlení pro seniory, sociální bydlení pro seniory, bytová problematika	6
dietní stravování pro seniory a osoby se zdravotním postižením	2
podpora zaměstnávání znevýhodněných osob, pracovní rehabilitace	4
domácí ošetrovatelská péče	4
doprava pro zdravotně postižené	3
hospicové služby (včetně domácí hospicové péče)	3
komplexní systém sociální pomoci (priority týkající se integrace potřebných osob zahrnující jejich aktivizaci, dostupnost sociálních a zdravotních služeb, dostupnost informací, bezpečnost apod.)	1
podpora rodinné politiky (hlídání dětí)	1
bezpečnost	1
azylové ubytování a následné služby pro seniory	1
vzdělávací programy pro zdravotně postižené	1
Pramen: Průša et al. 2010.	

vazbu k žádné konkrétní cílové skupině (obecně ambulantní, terénní a pobytové sociální služby bez specifikace cílové skupiny – 3x; odborné sociální poradenství – 4x; telefonická krizová pomoc – 1x; informační centrum – 1x).

Mezi prioritami, které se netýkaly konkrétních sociálních služeb či s nimi těsně souvisejících oblastí, byly nejčastěji uváděny priority týkající se procesů plánování rozvoje sociálních služeb (20 dotázaných), podpory bezbariérovosti na území obce (14 dotázaných) a zvyšování informovanosti občanů o sociálních službách (12 dotázaných) – viz tabulka č. 3.

Stěžejní návrhy či opatření pro oblast sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením většinou odrážely snahu podpořit rozvoj prioritních sociálních služeb či oblastí. Návrhy tak převážně kopírovaly předchozí odpověď nebo ji v některých ohledech dále konkretizovaly a doplňovaly. Řada respondentů uvedla

přímo předpokládané dopady chystaných opatření na síť sociálních služeb. Při vyhodnocení odpovědí respondentů proto nebyla pozornost věnována již konkrétní oblasti, jíž se týkala (k tomu viz výše), ale jejich obecnější povaze, předpokládaným dopadům na síť sociálních služeb či realizační formě.

Odpověď na otázku neuvedlo 19 dotázaných (28 % respondentů, jichž se odpověď týkala). V dalších čtyřech případech nebyly návrhy či opatření doposud stanoveny, vzhledem k tomu, že plánování stále probíhalo. Celkově tak odpověď uvedlo 44 dotázaných (tj. 66 % obcí se zpracovaným plánem nebo jej připravujících).

Nejčastějším předpokládaným dopadem měl být rozvoj stávajících sociálních služeb (21 respondentů). Velmi často byla specifikována finanční opatření, okruh prostředků pro financování potřebných opatření či mechanismy a cíle finanční povahy. V řadě případů (17 dotáza-

Tabulka č. 4: Stěžejní opatření střednědobého plánu rozvoje sociálních služeb podle jejich předpokládaných dopadů a realizační formy

Dopady opatření, realizační forma nástroje (kategorie zahrnují všeobecná opatření v oblasti sociálních služeb i opatření vztahující se k prioritním službám)	Četnost
rozvoj stávajících služeb (zvýšení kapacity, rozšíření služby, prodloužení doby poskytování, zkvalitnění poskytované služby), rozvoj sítě sociálních služeb a jejich provázanosti, včetně transformace pobytových sociálních služeb (integrace, humanizace, individualizace)	21
specifikace finančního rámce opatření (podporované oblasti, zdroje prostředků a jejich využívání, stanovený finanční rámec, mechanismy podpory, víceleté financování, nákladnost stávajících pobytových služeb, problematika kvalitního fundraisingu, finanční schémata kraje podporující podle názoru respondenta prioritně krajská zařízení či požadavek spoluúčasti obcí, pro jejichž obyvatele jsou služby poskytovány apod.)	19
obecná formulace priority bez uvedení opatření (důstojné bydlení, podpora života v domácím prostředí, bydlení a zaměstnávání osob zdravotně postižených apod.) nebo uvedení podporovaných služeb bez specifikace účelu jejich podpory (udržení či rozvoj existujících nebo vznik nových služeb)	17
vznik nových služeb	16
zajištění udržitelnosti existujících služeb, zajištění fungující sítě sociálních služeb	14
dosažení bezbariérovosti, usnadnění pohybu v obci (včetně slev v městské hromadné dopravě a parkování zdarma pro osoby se zdravotním postižením)	12
informování občanů, zvýšení informovanosti o sociálních službách (tisk, katalog poskytovatelů, preventivní přednášky Městské policie ke zvýšení bezpečnosti seniorů a osob se zdravotním postižením apod.)	9
rekonstrukce, stavební úpravy	5
zajištění procesů plánování rozvoje sociálních služeb (koordinace aktivit, analýzy, spolupráce s poskytovateli, informování veřejnosti apod.)	5
optimalizace stávajícího uspořádání sociálních služeb (spojení dvou domovů s pečovatelskou službou, efektivní poskytování sociálních služeb)	2
Pramen: Průša et al. 2010.	

ných) byly opětovně uvedeny priority zmíněné již v předchozí otázce bez toho, aby bylo specifikováno zaměření předpokládaných opatření. Šestnáct respondentů uvedlo mezi prioritami vznik nových sociálních služeb a čtrnáct zajištění udržitelnosti existujících služeb. Opakovaně byla uvedena také opatření, která by měla přispět k dosažení bezbariérového prostředí v obci (12) či lepší informovanosti občanů (9) – viz tabulka č. 4.

Závěry

Krajské střednědobé plány rozvoje sociálních služeb obsahovaly ve čtyřech krajích priority či cíle týkající se celé oblasti sociálních služeb nebo procesů spojených s plánováním rozvoje sociálních služeb. V dalších čtyřech byly uvedeny priority či cíle zvláště pro skupinu seniorů a osob se zdravotním postižením a jeden dotázaný specifikoval pouze priority týkající se osob se zdravotním postižením.

Odpovědi respondentů z **krajského šetření** zahrnovaly jak zcela obecné odpovědi (například obecný cíl zajistit poskytování sociálních služeb, jejich stabilizace, rozšíření či zkvalitnění), tak konkrétnější formulace okruhu prioritních služeb či koncepčních aktivit (upřednostnění terénních služeb před službami rezidenčními, podpora plánování rozvoje sociálních služeb v obcích, podpora vzniku chybějících sociálních služeb, zajištění návaznosti mezi službami). Někteří respondenti uvedli přímo prioritní typy sociálních služeb podle zákona o sociálních službách (pečovatelská služba, osobní asistence, odlehčovací služby, denní a týdenní stacionáře, chráněné bydlení, podpora samostatného bydlení, sociálně terapeutické dílny, odborné sociální poradenství). Uvedeny byly také některé důležité činnosti či programy, které svou povahou přesahují vymezení sociálních služeb podle tohoto zákona (domácí hospicová péče, půjčování kompenzačních pomůcek či vzdělávání osob se zdravotním postižením).

V rámci výzkumného šetření mezi pracovníky **obcí s rozšířenou působností** bylo získáno 75 dotazníků z celku všech 205 obeslaných obecních úřadů s rozšířenou působností. Velikostní struktura zkoumaného vzorku odpovídala velmi přesně celkové velikostní struktuře obcí s rozšířenou působností. Ze všech 75 dotázaných mělo zpracovaný nebo v současnosti zpracovávalo střednědobý plán rozvoje sociál-

ních služeb (případně komunitní plán sociálních služeb před nabytím účinnosti zákona o sociálních službách) 67 obcí s rozšířenou působností, tj. 89 %.

Mezi prioritními službami pro cílovou skupinu seniorů byly nejčastěji uvedeny pečovatelská služba, domov pro seniory, osobní asistence a centra denních služeb. Nejčastěji uváděnými typy sociálních služeb pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením byly chráněné bydlení a osobní asistence.

Mezi prioritami, které se netýkaly konkrétních sociálních služeb či s nimi těsně souvisejících oblastí, byly nejčastěji uváděny priority týkající se procesů plánování rozvoje sociálních služeb, podpory bezbariérovosti na území obce a zvyšování informovanosti občanů o sociálních službách.

Z vyhodnocení priorit krajských i obecních střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb vyplývalo určité napětí mezi dvěma odlišnými přístupy. Na straně jedné prioritou některých obcí a krajů bylo rozšiřovat kapacity pobytových sociálních služeb (ty patrně byly hodnoceny orgány kraje či obce, pracovními skupinami či zpracovateli plánu jako nedostatečné, i přesto, že – jak ukázala další zjištění provedeného šetření – údaje o žadatelích o službu a čekací době na přijetí do zařízení disponuje pouze část obcí, respektive krajů). Naopak u dalších obcí byly hlavní prioritou transformace pobytových sociálních služeb a větší podpora ambulantních a terénních sociálních služeb.

Jako pozitivní lze rozhodně vnímat skutečnost, že převážná většina dotázaných obcí s rozšířenou působností má zpracovaný nebo zpracovává obecní střednědobý plán rozvoje sociálních služeb, ačkoli jim to stávající legislativa neklade za povinnost. Jistým omezením v tomto druhém případě může být to, že dvě pětiny dotázaných obcí střednědobý plán rozvoje sociálních služeb zpracovaly nebo zpracovávají pouze pro území obce (tj. bez obcí nacházejících se ve správním obvodu nebo společně s dalšími obcemi sdruženými ve svazku obcí nebo plánujících služby pro území mikroregionu).

Pozitivní je také zjištění, že priority krajů i obcí jsou poměrně důkladně rozpracovány, přičemž v plánech rozvoje sociálních služeb je velice často věnována pozornost nejen samotným prioritám, ale i finančnímu rámci pro jejich uskutečňování.

Poznámky

- 1 V příspěvku jsou prezentována výzkumná zjištění získaná v rámci projektu podpořeného Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR HR181/09 Analýza a prognóza potřeb poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením. Úplné výsledky vyšly v publikaci Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením (Průša et al., 2010).
- 2 Kontakt na autora: pavel.bares@vupsv.cz.
- 3 Srov. ustanovení § 49 a 50 zákona č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení).
- 4 Srov. např. MPSV (2004), Hubíková (2007), Skříčková et al. (2007) nebo DC Vision (nedatováno).
- 5 Pojem používaný před kodifikací pojmu „střednědobý plán rozvoje sociálních služeb“ (srov. Zbožínková, 2007).
- 6 Před dokončením tohoto článku byl Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR vyhotoven dokument *Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009–2012* (MPSV, nedatováno). Tento dokument se od střednědobých plánů rozvoje sociálních služeb svou povahou značně liší, nicméně jsou v něm formulovány klíčové priority pro oblast sociálních služeb na celostátní úrovni, a je proto důležitou oporou pro plánování rozvoje sociálních služeb na národní úrovni.

Seznam literatury:

- BAREŠ, P. **Cílové skupiny v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb zpracovaných v období 2006–2007.** Praha: VÚPSV, v. v. i., 2008.
- BAREŠ, P. **Cílové skupiny osob zakoušejících extrémní sociální vyloučení a jejich reflexe v krajských střednědobých plánech rozvoje sociálních služeb.** *Sociální práce/Sociální práce*, roč. 9, č. 2, s. 80–90, 2009.
- ČÁMSKÝ, P., KRUTILOVÁ, D., SEMBDNER, J., SLADKÝ, P. **Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.** Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008.
- DC VISION. **Kritéria kvality plánování sociálních služeb.** DC Vision. Materiál dostupný on-line: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/6681/kriteria.pdf> [získáno 18. 2. 2010, poslední revize 18. 2. 2010], nedatováno.
- HUBÍKOVÁ, O. **Potenciál procesu komunitního plánování sociálních služeb snižovat rizika sociální exkluze.** In SIROVÁTKA, T. (ed.). **So-**

ciální vyloučení a sociální politika, část CD. S. 89–97. Brno/Praha: Masarykova univerzita / Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007.

KOLÁŘOVÁ L. **Analýza koncepcí komunitního plánování v České republice na příkladu sociálních služeb.** Praha: diplomová práce, katedra veřejné a sociální politiky FSV UK, 2008.

Krajský úřad Středočeského kraje. **Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb 2008–2009.** Dostupné on-line: <http://www.kr-stredocesky.cz/portal/odbory/socialni-oblast/> [získáno 24. 9. 2007, poslední kontrola 22. 3. 2010].

MATOUŠEK, O., et al. **Sociální služby.** Praha: Portál, 2007.

MPSV. **Průvodce procesem komunitního plánování.** Praha, 2004.

MPSV. **Priority rozvoje sociálních služeb pro období 2009–2012.** Dostupné on-line: http://www.mpsv.cz/files/clanky/7759/Priority_rozvoje_soc_sluzeb.pdf [získáno 22. 3. 2010, poslední kontrola 22. 3. 2010], nedatováno.

PRŮŠA, L. **Sociální služby – srovnání ČR a EU.** Praha: Centrum sociálních služeb Praha, 2008.

PRŮŠA, L., et al. **Poskytování sociálních služeb pro seniory a osoby se zdravotním postižením.** Praha: VÚPSV, v. v. i., 2010.

SKŘÍČKOVÁ, Z., et al. **Metodiky pro plánování sociálních služeb.** Praha: Centrum pro komunitní práci, 2007.

ÚLEHLA I., SLABOVÁ, K., MIROVSKÁ, M. **Návrh systému metodické podpory plánování sociálních služeb v ČR.** Materiál dostupný on-line: http://www.kpss.cz/index.php?art=publish&art_id=47&article=126 [získáno 17. 2. 2010, poslední kontrola 22. 3. 2010], 2007.

WINKLER, J. **Implementace. Institucionální hlediště analýzy.** Brno: Masarykova univerzita, 2002a.

WINKLER, J. **Implementace veřejných programů a přístupy k jejich hodnocení.** In Teoretické a metodické otázky analýz veřejných výdajových programů. Brno: Masarykova univerzita, 2002b.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení).

ZBOŽÍNKOVÁ, M. **Komunitní plánování sociálních služeb v krajích.** In SIROVÁTKA, T. (ed.). **Sociální vyloučení a sociální politika**, část CD, s. 120–121. Brno/Praha: Masarykova univerzita / Výzkumný ústav práce a sociálních věcí, 2007.

Moc jazyka a jeho používání pomáhajícími pracovníky v kontextu duševní nemoci

The Power of Language in Use of Helping Workers in Context of Mental Illness

Vlasta Janská

Mgr. Vlasta Janská je doktorskou studentkou na katedře sociální politiky a sociální práce FSS MU. Problematikou duševních onemocnění se zabývala i ve své diplomové práci. Kontakt s lidmi se zkušeností s duševním onemocněním udržuje díky dobrovolnické činnosti.

Abstrakt

Předkládaný text se zaměřuje na jazyk a jeho moc konstruovat realitu, přičemž vychází z konceptu autorek Taylor a White uvedeného v knize „Practicing reflexivity in health and welfare“. Snaží se destabilizovat profesionální rutinu a ideje pokládané za samozřejmé. Cílem textu je přispět k reflexi pomáhajících pracovníků¹; uvědomění si, jak mluví o sobě a svých klientech a jaký vliv mají tyto příběhy na pracovní kulturu a preference.

Klíčová slova

jazyk, duševní nemoc, pomáhající pracovník, reflexe, sociální konstruktivismus, typizace

Abstract

The paper is focused on language and its power in reality construction; it is based on Taylor's and White's concept mentioned in their book called "Practicing reflexivity in health and welfare". The aim is to destabilize professional routine and ideas taken for granted. The goal of this text is to contribute to practitioners' reflection; to make them think of their way of talking about themselves and the clients and the influence of those stories on preferences and occupational culture.

Keywords

language, mental illness, helping worker, reflection, social constructivism, typization

Úvod

Taylor a White (2000) upozorňují na složitou roli pomáhajících pracovníků zejména v oblasti péče o duševní zdraví, jejichž práce je spjata s vysokými požadavky a současně s vysokou mírou nejistoty. Autorky zastávají názor, že se pracovníci neubrání určité míře intuice ve své práci, a proto aktivně konstruují případy svých klientů.

Záměr této práce spočívá v analýze dat² z rozhovorů z hlediska působení a důsledků moci jazyka při popisu klienta té které organizace. Soustředím se tedy na citlivost, s jakou pracovníci o svých klientech hovoří. Cílem textu je zodpovědět otázku: „Jak pomáhající pracovníci ve vybraných organizacích poskytujících služby lidem s duševním onemocněním zacházejí s jazykem při popisu svých klientů a své pracovní pozice?“

Nejprve vymezím výchozí originální koncepci reflexivní praxe autorek Carolyn Taylor a Susan White, na jejímž základu provedu rozbor rozhovorů. Pojmy pomáhající pracovník a člověk s duševním onemocněním se pokusím definovat slovy samotných pracovníků v kontextu organizací, v nichž jsem prováděla dotazování. Závěrem shrnu výsledky mé kvalitativní studie.

„Proces vytváření významů“ podle C. Taylor a S. White jako teoretické východisko

Autorky Taylor a White ve své knize „Practicing reflexivity in health and welfare“ zdůrazňují a dokládají způsoby, jakými konstruujeme fakta za účelem dosažení určitého efektu v dialogu s druhými. Opírají se o teorii sociálního konstruktivismu³.

Konstruktivisté věří, že si konstruujeme, tedy aktivně vytváříme realitu, a to prostřednictvím jazyka (na rozdíl např. od pozitivismu, který se omezuje na fakta a realitu považuje za danou). Jazyk je schopen se stát „objektivním skladištěm ohromného množství nahromaděných významů a zkušeností, které může zachovávat v čase a zprostředkovávat dalším generacím“ (Berger, Luckmann, 1999: 42). Podle Bergera a Luckmanna (1999) svět každodenního života není „jen“ danou realitou, ale je to i svět, který má svůj původ v myšlenkách a činnostech obyčejných členů společnosti, kteří ho svými myšlenkami a činnostmi jako reálný udržují. Naše vlastní zkušenosti jazyk typizuje a umožňuje nám jejich zařazení do kategorií, čímž se svět stává srozumitelnějším, přičemž typizované zkušenosti sdílíme s ostatními lidmi. Tímto procesem se stáváme účastníky na sociální zásobě vědění, která umožňuje „umístění“ jedinců ve společnosti a „zacházení“ s nimi příslušným způsobem. Naše poznání tedy není pouhým zrcadlením, ale vždy interpretací skutečnosti. To, co vnímáme, je ovlivněno kulturními vzorci a je výsledkem interpretace, přičemž reality jsou organizovány a udržovány vyprávěním.

Vydeme-li z předpokladu, že si „svůj svět konstruujeme“, je nasnadě dnes tolik zmiňovaný koncept reflexivní praxe, tedy uvědomování si, jak nové poznatky „tvoříme“. Schön (1983) popsal dva základní přístupy vytváření nových poznatků při práci s lidmi:

- *Reflection-on-action*: neboli reflexe po akci, má věst, např. po setkání s klientem, k tvorbě objektivních znalostí, které lze v podobných situacích využívat standardně, stanou se tedy základem pro určité vzorce, které mohou pracovníkovi usnadňovat práci.
- *Reflection-in-action*: neboli reflexe během akce, umožňuje situační vnímání klienta, pracovník současně vnímá své pocity, včetně nejistoty, a způsob svého myšlení. Podle Schöna sociální pracovník při svém jednání vychází ze svých předem promyšlených úvah, jeho jednání je ovlivněno jeho vnímáním situace, které je determinováno zkušenostmi, hodnotami a poznatky daného pracovníka.

V souladu s Schönem si Fook (2002) všimá, že reflektivita (*reflection-on-action*) zdůrazňuje snahu pracovníků o objektivní přístup k práci s klientem, o snahu potlačit své pocity a o snahu chápat, jak věci fungují. Tento přístup vycházející z pozitivní

smu sám Schön nepovažuje za dostatečný. Fook (2002) proto navrhuje kombinovat ho s *reflection-in-action*. Reflexivita⁴ se projevuje schopností pracovníka vnímat a hodnotit svůj vliv na praktickou činnost. Propojení obou přístupů může být východiskem pro komplexnější vnímání klienta a jeho životní situace v rámci propojení praktických i teoretických poznatků.

Taylor a White (2000) obracejí svou pozornost na profesionály, jejichž roli v procesu porozumění případu (životní situaci klienta) vnímají jako aktivní, všimají si aktivní kategorizace případů, přičemž reflexivitu vidí jako proces uvažování o tom, do jaké míry může zkušenost ovlivňovat naše myšlení. Konkrétně to znamená, že je pracovník při získávání dat o klientovi konfrontován s minimálně dvěma verzemi téhož příběhu nebo situace, nakonec se přikloní k jedné z variant⁵. Proces „vědění o případu“ (*making knowledge*) je ovlivněn řadou faktorů, např. způsobem, jakým je příběh vyprávěn, kým je vyprávěn⁶; přičemž výpověď lidí s atributem duševní onemocnění má často nižší kredit. Naopak zpráva od psychiatra má vysoký kredit, což je podle autorek důsledkem hierarchie mezi profesionály⁷.

Autorky Taylor a White (2000) poukazují na obtížnou roli pomáhajících pracovníků zejména v oblasti duševního zdraví. Proto, aby tito pracovníci „doložili“, že svou práci dělají správně a zdroje využívají efektivně, je jejich nejistota mírněna množstvím technických, procedurálních a byrokratických aktivit. Diagnostický jazyk, který používají k popisu životní situace klienta, často prezentují a vnímají jako nezpochybnitelná fakta o klientovi. Cílem autorek je dokázat, že pracovníci, kteří jsou si „jistí“ svými znalostmi, často své soudy a rozhodnutí o klientech vhodně nereflexují, a proto se častěji dopouštějí chyb. Pracovníci potřebují uznat, že je nejistota, nejednoznačnost a komplexita součástí jejich praxe (Parton, 1998, in Taylor, 2000), neboť v jejich práci často neexistuje špatná nebo dobrá odpověď, převládá nejistota a risk. Payne (2005) nabízí možnost využívat nejistotu kreativně, např. tím, že na klienta můžeme nahlížet z více perspektiv a využít dostupné teorie.

I přesto má většina pracovníků potřebu stabilních a nesporných vědomostí. V některých případech je však třeba jiných vědomostí, např. sociální pracovník musí z různých výpovědí různých lidí sestavit vlastní koherentní profesionální zprávu o tom, co se zřejmě v klientově životě děje.

K tomu potřebuje nejen „stabilní a nesporné“ vědomosti, ale i vlastní „tvorbu vědomostí“ (making knowledge). To, jak pracovník případu porozumí, se odvíjí od věrohodnosti, přesvědčování a morálnosti vetkané do prezentovaného příběhu. Důležitou roli v tomto procesu hraje např. tak zvaná „záhadná argumentace“, kdy dané osobě může být připsán atribut devianta, např. duševně nemocný, což má vliv na pracovníkovo posouzení důvěryhodnosti klientovy verze příběhu.

Sociální pracovníci konstruují svou profesionální identitu tím, jak o sobě hovoří. Posilují ji např. tím, že se prezentují jako experti na danou oblast klientova života, čímž legitimizují svou roli mezi podobnými profesemi. Dynamika různosti identit jednotlivých lidí je udržována a transformována organizační kulturou nebo samotnou profesí, což má zpětně vliv na „vědění o případu“ (knowledge making about cases). Allport výše uvedené vyjádřil slovy: „*Chování člověka se odvíjí bezprostředně od jeho pohledu na situaci, před níž je postaven. Svou odpověď světu přizpůsobuje své definici tohoto světa.*“ (Allport, 2004: 240.)

Metodika výzkumu

Walter Lorenz (2004: 145) v úvodu svého článku píše: „Sociální práce měla vždy nesnadný vztah k výzkumu.“ Východiskem se jeví výzkum v sociální práci provádět jako reflexivní proces, tedy propojit teorii s praxí.

Uvedu zde příklady z polostrukturovaných rozhovorů se 14 pracovníky ze tří neziskových organizací, které poskytují služby lidem s duševním onemocněním, přičemž tři z těchto pracovníků mají sami zkušenost s duševním onemocněním. Otázky byly koncipovány tak, abych zjistila, z hlediska jakých typizací⁸ jsou pracovníci zvyklí interpretovat informace o klientech a zkušenosti s nimi, k jakým hodnotám, cílům nebo zájmům při práci s klienty směřují, podle jakých pravidel jsou zvyklí postupovat a zda by mohla mít vliv jejich životní zkušenost na jejich přístup ke klientovi. Odpovědi jsem si zapisovala formou poznámek, mohlo zde tedy dojít ke zkreslení, proto jsem se rozhodla využít v tomto textu jeden skupinový rozhovor, v němž jsme se zamýšleli nad výsledky a interpretacemi z rozhovorů v jedné z organizací a tento rozhovor už byl nahráván na diktafon. Na základě odpovědí pracovníků zkusím demonstrovat, jak podle mne pomáhající pracovníci konstruují své klienty a svou profesní identitu. Považuji za důležité podotknout, že jsem se zaměřova-

la na problémy spjaté s vykonáváním profese sociálního pracovníka, a proto může text vyznívat, jak řekla jedna z respondentek: „...*je to všechno orientovaný jakoby negativně ... moc nezaznívá ... co je na tom pozitivní...*, když bych si tohle přečetla a nic bych o tom nevěděla, tak bych si řekla, no sakra, sem tedy nechci.“

Konstrukce případu klienta s duševním onemocněním, respektive psychózou⁹

V této části uvedu oblasti, které mi vyplynuly z rozhovorů s pracovníky jako důležité pro definici klienta. Jednotlivé tematické okruhy se mohou prolínat.

• konstrukce osobnosti klientů

Podle pracovníků je jejich klientem člověk, který má psychiatrickou diagnózu, přičemž **vycházejí ze zpráv od doktorů a stanovené diagnózy**. Základním předpokladem pro poskytnutí služby u všech organizací byla u klienta stanovená psychiatrická diagnóza, lidé se schizofrenií, úzkostné poruchy, obsedantní poruchy, s hraniční poruchou osobnosti a lidé, jejichž stav je stabilizovaný, což znamená, že „...*má na nemoc náhled, ... ví, že je nemocný, ... ví, že se chce pracovat, bere léky, nepije, nebere drogy, ví, proč tady je, sám to chce.*“

Někteří pracovníci vycházeli **ze zkušenosti klienta**, které obnáší hospitalizace. „*Lidé, co prošli duševními potížemi, krizí.*“

S představami o nemoci se často mísí představy **o vlastnostech klienta**. Na jedné straně pracovníci tvrdí, že jsou klienti **stejní jako my**: „*Reagují různě. Někdo dokáže být neuvěřitelně silný, jiní neuvěřitelně slabí.*“ „*Jako ostatní lidé, možná zranitelnější, všechny povahy jako u normálních lidí, někteří jsou silné osobnosti, dá se od nich hodně naučit.*“ „*Lidi jako jsme my, dlouhodobě duševně nemocní.*“ Na straně druhé popisují, že jsou **jiní**: „*Někteří, například lidé s poruchou osobnosti, mají problém s kontaktem s lidmi, moc nevnímají společnost, někdy mám problém se s nimi domluvit, jdou si za svým a je těžká spolupráce, mají svůj rigidní systém, nechtějí dělat kompromisy.*“ „*Inteligentní lidé, kteří mají akorát nějaký problém.*“ „*Mentálně postižení a autisté hodně dávají, duševně nemocní více berou, dávají spíše životní zkušenosti, ... berou energii, vysají, ale dobijí zase jinde, ne pocitem štěstí, ale hodnotami, které předávají.*“ „*Mají senzory na otevřenost.*“ „*Rozumní, svěprávní, jen hlasy v hlavě nebo paranoia.*“ „*Je plašší, méně výkonný*

a občas potřebuje přeléčit v léčebně.“ „Všichni hodní, bez záště, tolerantní, bez závisti.“ Někteří vnímají klienty jako **manipulativní**: „Jsou manipulativní, zkoušejí, kde máš hranice.“ „Někteří využívají nemoc jako zbraň.“ Pracovníci měli potřebu **relativizovat představu o nebezpečnosti** svých klientů, což podle mne dokládají výroky: „Není čeho se bát, pokud jsou nebezpeční, tak spíš sami sobě, chodí k nám dobrovolně a mají léčbu pod kontrolou.“ „Žádní masoví vrazi, jsou to moje zlatíčka.“ „Když se rozjede, je třeba ho brát jako nemocného a potom, po atace, i když byly chvíle, kdy se ho pracovník bál, se k němu chovat jako dřív, stejný vztah, jaký byl.“

Různě pracovníci nahlíží na **motivaci** klientů: „Chtějí se něco naučit, upevnit pracovní návyky, aby mohli pracovat.“ „Někdo pomoc odmítá.“ „Jsou hodně nerozhodní, méně motivovaní, neustále potřebují podporu, nevěří si, že to dělají dobře, že to zvládnou.“ „Pro klienta je těžké, když se pracovníci střídají.“

• konstrukce aspektů duševní nemoci

V **akutní fázi** nemoci „přestává rozumět sobě, světu kolem sebe“. „Někdo dokáže popsat, co se v něm děje, nebo je unavený, nemluví jako jindy, je zaražený, vyhýbá se kontaktu s lidmi.“ ... „V atace (akutní vzplanutí nemoci) jejich chování působí asi bizarně.“ ... „Ve špatném psychickém stavu mluví nesmysly“, zatímco „normální člověk ... chce práci po propuštění z léčebny.“ Zde bych chtěla upozornit na poslední výrok, kdy pracovníci, kteří mají vlastní zkušenost s nemocí, své klienty, zdá se, vnímají jako nemocné prakticky „jen“ během pobytu v léčebně. V **remisi** („klidová“ fáze nemoci) popisují klienta slovy: „Nutkavost, výkyvy v náladě, nezvládnání emocí, projevy vedlejších účinků léků, kognitivní deficit (pomaleji myslí), různá míra motivace klientů, více problémů najednou, chtějí radu. Chroničtější klient – chování, které vyčuhuje, divné oblečení, nepřítomný výraz ve tváři, úzkost.“ „Mohou působit nejistě, ale znám taky takové, kteří působí sebevědomě.“ **O projevech nemoci** obecně se vyjadřují jako o „odlišném chování, myšlení, vnímání a prožívání světa, lidí i sebe sama (odlišné ve smyslu odchýlení se od zažité, společenské normy)“, „Ve svém důsledku toto onemocnění může (ale nutně nemusí) ... způsobit ... jistou plachost při pobytu mezi lidmi, ale i určité obohacení (vidění podivuhodných souvislostí, které ostatní nevidí, zvláštní smysl pro humor, citlivost)“ nebo „Někdy stavy,

kdy má deprese, halucinace, ... není schopen pracovat, není to ovlivněno jeho vůlí, je to nemoc, chemická nerovnováha.“

Rozporuplně je vnímán **vliv léků**: „Lidé s širší medikací mají problémy se soustředěním, potřebují podporu při práci, znovu nabývají základy, například dojet na čas nebo se 30 minut v kuse soustředit.“ „Léky a nemoc ovlivní člověka natolik, že pokrok může být pomalý. Jsou více omezení v životě, ale s medikací se dá žít normální život.“ Za zajímavé považují výroky o vedlejších účincích léků a projevech nemoci, protože mi připadá, že je pracovníci svévolně zameňují.

Jedna z pracovníků řekla, že je **potřeba naučit se žít s nemocí**: „Je to nemoc, se kterou se mají učit žít dál, jsem mrzák jako oni, tak je přesvědčuji, příkladem, že to jde. Já mám bolesti, oni hlasy, máme na to prášky.“

Pracovníci vnímají **stigmatizaci klientů**: „Duševně nemocní jsou jedna velká záhada pro veřejnost a média.“ „Když řeknu, kde pracuji, známí a kamarádi se vyplaší a ptají se: A to se nebojíš? Tak začnu vysvětlovat, o čem to vlastně je... Lidé si často pletou mentální a psychické onemocnění ... vysvětlují, že mají normální IQ.“ „Všude vysvětlují, že nenapadají děti, nikde nezvoní, jsou to normální lidé, zlatíčka, berou mě takovou, jaká jsem.“ „Častá otázka, a překvapivá obzvlášť od VŠ vzdělaných je, jestli se jich nebojíme.“ „Nemůžou za to. Jsou nejvíce stigmatizovaní. Pořád jsou to pro veřejnost nepřijatelní blázni. Říkají si, kdo ví, co nám může udělat, přitom jsem se nikdy nesetkala s agresí klienta. Dříve býval obecní blázen, potom nastala éra velkých léčen. Obavy veřejnosti vyplývají z toho, že se daný člověk chová jinak. Mladší je přijímají lépe. Moc lidí neví, co znamená schizofrenie.“ „Mám známé, kteří mají psychické potíže, ale nejsou léčeni, protože mají dojem, že to zvládají bez léčen a léků, nemají pocit, že jsou psychiatrickými pacienty. Nechtějí mít tu nálepku, že berou psychiatrické léky a chodí za psychiatrem.“ „Je to o tom, že ti lidi ubližují převážně sami sobě, když se člověk podívá na detektivku, vrahem je schizofrenik, když se člověk podívá po této dílně, téměř každý má za sebou pokus o sebevraždu.“ „Co uvádějí filmy, média, to jsem neviděla ani v realitě, přitom jsem zažila lidi v atace.“

• konstrukce v oblasti potřeb klientů

Většinou představy o potřebách klientů úzce souvisejí s cíli jednotlivých organizací. Klienti se potřebují **naučit** komunikovat, pracovat ve

stresu, dodržovat pravidelný režim, mívají obtíže se vstáváním, napsat životopis, orientovat se při hledání práce na internetu, znát svá práva, zrychlit tempo, spolupracovat při práci, umět si rozdělit práci, pracovat bez přestávky určitou dobu a při co největší samostatnosti. „Používám příklad MUDr. Příbyla: *„Před atakou kuchař uměl udělat výborný guláš a po atace ví, co tam patří, ale neví postup. A my těm lidem pomáháme „krokovat“ – naučit se znovu ten postup.“* Většina pracovníků se shoduje, že je nezbytná ve vztahu pracovníka a klienta **důvěra**: „*Důvěra k organizaci, k poradci, ve vlastní život a možnosti, to je asi zvlášť důležité u klientů přímo v léčebně. Pociť porozumění. Pociť nejsem v tom sám, dostanu se z toho.*“, „*Chci, aby mně důvěřovali, aby věřili tomu, že to nedělám kvůli sobě, ale kvůli nim, vše je postavené na důvěře, bez ní se nedá ničeho dosáhnout, jak začneme bojovat, tak je to špatné.*“, „*Držet je nad vodou, aby zase nespadli do té nemoci.*“, „*Můžu něco radit, ale pokud mi ta osoba nevěří, nemusí mou radu přijmout, nenadchnu ho, nevyužije tu radu.*“, „*Je potřeba ... vědět, co si mohu dovolit uživateli říci, umění rozhodovat se.*“, „*...být v kontaktu s tím, kdo má důvěru pacienta, abychom táhli za jeden provaz a neříkali mu každý něco jiného.*“ Jedna pracovnice v tomto kontextu použila výraz, že svou práci vnímá jako „*víc než jen povolání*“. Pracovníci vnímají klientovu potřebu **seberealizace** např. ve smyslu splnit přání klienta o obnovení pracovních dovedností, vydělání si peněz, pomoci k otevřenému trhu práce, najít přátel, dokázat rodičům, partnerům, že zvládnou pracovat, chráněnou dílnu prezentují jako zaměstnání, být prospěšný. „*Ideální by bylo zařadit klienty na otevřený trh práce, ale někteří jsou zde dlouhodobě a dál už nepostoupí, dílna je pro ně cíl.*“ Dále identifikují potřebu vztahů a zájmu: „*...nasměrovat na lidi, kteří jsou s ním ve vztazích, a zapojit ho do sítě mezilidských vztahů, pak je ta účinnost vyšší, když pomáhá více lidí, s tím souvisí komunikace s rodiči, lékařem, ... s tím, kdo má důvěru klienta.*“ Jedna z pracovnic si všímá potřeby **adekvátní služby**: „*hodně lidí je mezi, nepatří ani tam, ani tam, člověk neví, jak je umístit, lidé v dírách, ... například člověk trochu duševně nemocný, ale neléčí se, chráněné bydlení je jen na rok a samostatně bydlet se bojí.*“

Pracovníci se snaží být **důslední**: „*je potřeba být přísný, důsledný, ... například když uživatel přijde pozdě do práce ... aby věděl, že je tu zaměstnaný, ... i s ohledy i s povinnostmi...*“ Dalším

pracovníkům se osvědčuje **chválit, podporovat a respekt**: „*Hodně chválit, spíše nekritizovat vůbec, hodně se věnovat novému klientovi, aby se tu cítil bezpečně.*“, „*Respektovat přání člověka.*“, „*Věřím tomu, co mi ten klient povídá.*“, „*Mít rovnoprávný vztah.*“ Jako další důležitý aspekt spolupráce se objevuje **trpělivost**: „*Je potřeba být více trpělivý, zvolit pomalejší tempo.*“ A **zpětná vazba**: „*...aby věděl, co mu jde, co nejde, aby měl zpětnou vazbu.*“

• konstrukce v oblasti pracovního uplatnění

Jedna z pracovnic vnímá klienty v kontextu práce v chráněných dílnách jako schopné: „*Jsou šikovní, jsou schopní pracovat dost samostatně.*“ nebo „*Ctižádostiví lidé, nechtějí sedět doma a brát jen invalidní důchod ... zájem o seberealizaci, tak jdou pracovat k nám, do chráněné dílny.*“, ale co se týká uplatnění na volném trhu práce, má o lidech, které v dílně vede, zřejmě pochybnosti: „*Nemají dostatek schopností k tomu, aby obstáli na otevřeném trhu práce, odvykli si pracovnímu režimu.*“, „*Těžko se rozhodují k dalšímu kroku, neradi jdou do nejistoty.*“ Jiná pracovnice vyjmenovává rodinu, předchozí pracovní zkušenost, dobu, kdy „*ho nemoc potkala*“, a diagnózu jako určující faktory, kdy „*se asi pravděpodobně bude dostávat lépe na otevřený trh práce ... s mániemi, s depresemi ... většinou ty lidi jsou schopní, nejsou tam třeba tak velké kognitivní deficity, dokáží se více zapojit*“, zatímco „*paranoidní schizofrenie, to je ... jakoby hůř*“. Zároveň dodává: „*Myslím si, že to je vědecky dokázané ... to není, co bych já extra vyzorovala, já jsem jen ověřila zkušenostmi z praxe, co jsem vyčetla nebo mi bylo předávané.*“

Z výše uvedeného se domnívám, že pracovníci používají psychiatrické diagnózy normativně. Nezpochybňují diagnózu a její projevy, jako by nevnímali proces stanovení diagnózy, kdy i lékař musí volit mezi více variantami a „vměstnat“ konkrétního člověka do určité kategorie, tedy diagnózy. Většinou nepřipouštějí, že by se člověk mohl vyléčit, pracují s diagnózou, jako by ji měl člověk na celý život, čímž zpochybňují podle mého názoru i své možnosti a úspěchy v práci s těmito lidmi. Kognitivní funkce (paměť, pozornost apod.) lze natrénovat. Pracovnice tímto potvrzuje, např. když se odvolává na vědecky dokázaná fakta, východiska teorie sociálního konstruktivismu: objektivita světa institucí je objektivitou, kterou vytvořil a vymyslel člověk, ačkoli se může jevit jako

velice přesvědčivá. Instrukce disponují vědění, které definuje, řídí a předurčuje chování a vytváří role. Toto vědění je souborem obecně platných pravd o realitě, přičemž radikální vybočení z institucionalizovaného řádu může být označeno jako morální poklesek, duševní choroba nebo prostá nevědomost. „*To, co je ve společnosti považováno za dané vědění, se stává totožné s tím, co je poznatelné, či v každém případě poskytuje rámec, v němž všechno dosud nepoznané bude poznáno v budoucnosti.*“ (Berger, Luckmann, 1999: 68–69.)

Konstrukce profesionální identity pomáhajícího pracovníka

Pracovní pozice jednotlivých respondentů se ve svých názvech různily – asistent, poradce, pracovní terapeut, proto je zahrnuji pod společný a obecnější název pomáhající pracovník.

V této kapitole uvedu nejprve ukázkou ze skupinového rozhovoru, která demonstruje rozdíl mezi kategorií nezpochybnovanou a flexibilní; poté následují oblasti, které jsem identifikovala jako důležité v kontextu konstrukce profesionální identity pomáhajících pracovníků.

Reflexivita spočívá ve snaze popsat a reprezentovat, jakým procesem bylo popisu případu dosaženo (Fox, 1999, in Taylor, 2000). Chce-li být pracovník ve své praxi reflexivní, klade si například otázku: Jaký vliv má biologická psychiatrie na mé smýšlení o duševních nemocech a jejich léčbě? Jak praxi tvoříme vztah mezi klientem a pracovníkem? Jaký to má vliv na koncept klientových potřeb? (Taylor, 2000.)

Během skupinového rozhovoru jsme diskutovali o kategorizaci klientů, na následující ukázce se, podle mého názoru, jasně ukazuje míra schopnosti reflexe v závislosti na tom, jak pracovníce jednotlivé „škatulky“ vnímají:

R1 „*No pokud zařadím někoho jako, introverta ani ne, ale pokud ho vezmu jako extroverta a on mi povídá, třeba že má spoustu přátel, že chodí se bavit a všechno, já si to neověřím a při pozdějším kontaktu zjistím, že to tak vůbec není, tak to může tomu člověku i ublížit, ale ublížit jako tím způsobem, že už jsem s ním za tu dobu mohla pracovat na něčem úplně jiným, úplně jinak, jiným způsobem, takže tak to vnímám já.*“

R2 „*Maminčin mazánek, třeba někteří chodí s maminkou na první schůzky a tak ... člověk si řekne: můžu říct (mumlá) to je jasný, ten není schopný si udělat nic sám a už k němu třeba tak přistupuji a můžu o tom informovat třeba ostatní*

a ten člověk pak jako nemá šanci se projevit, protože už je ubíjený otázkami nebo směřován někam, kam vůbec nemá, to jsou takový ty podle mě chybný, ale takový ty co se týče léků a diagnózy, to je něco hmatatelného, čeho se může člověk chytout, jakože paranoidní schizofrenie má ty a ty příznaky, jasný tohle může být společný, tenhle lék způsobuje to a to, tak jasný, že když ho bere tak asi je pravděpodobný, že ty podobnosti bude mít, je tam ta pravděpodobnost a je to hmatatelný, že to tak může být, kdežto tady u toho ... to už je strašně o těch představách, není to ničím podložený na základě nějakých skutečností ... to si myslím, že je to škatulkování omezující, chybný.“

Následující oblasti vyplynuly jako důležité při formování profesionální identity dotazovaných pomáhajících pracovníků.

• nižší statut, než má lékař

Sociální pracovníci, kteří se účastnili mého šetření, podle mého názoru většinou udržují v profesní hierarchii lékaře nad sebou. Odvozují to z následujících výpovědí: „*...v nejkrajnějším případě předstírám, třeba když mluvím s psychiatry, držím si dekor, nemůžu s nimi mluvit jako s lidičkami tady. S psychiatrem mluvím hodně jako profesionál, používám cizí slova, aby si nemysleli, že jsem jejich pacient.*“ Z tohoto výroku lze usuzovat i na to, že pracovníce vnímá klienty jako méněcenné, protože se s nimi nechce ztotožnit a záleží jí na tom, aby nebyla jako oni. Jiná pracovníce na klientovi pozoruje, že má rozšířené zorničky, nereagující mimiku, z toho usuzuje, že je klient „*pod medikamentama ... přišel z léčebny ... je teď třeba krátce po atace*“. Svou domněnku si ověří z dokumentace a potvrzení ambulantního psychiatra. Další pracovníce uvádí příklad, kdy ji spolupráce s psychiatrem nebyla nápomocná, zdá se, že nenaplnil její očekávání, že ví více, než ona sama: Klient „*jde za psychiatrem, ... ať ti poradí, ale psychiatr napíše do zprávy to, cos věděla nebo mu řekla, z toho mám pocit bezmoci*“.

Na druhou stranu někteří vnímají svou pracovní pozici jako prestižní (domnívám se, že to může mít i souvislost s názvem pracovní pozice – asistent, sociální pracovník, pracovní terapeut): „*...proč tu práci dělám? Je příjemné být s lidma ... svoboda, možnost si věci řídit, ... víc přirozenosti, ... sepětí s přírodou, ... je to o vztazích, hodnotách, o prestiži, pracovní terapeut versus prodávání CD, ... člověk se do toho vyprofiloval, ... pocít, že to*

umím.“ Naopak jiná pracovnice vnímá vystudovaného sociálního pracovníka pejorativně, jako stroj: „...když s nimi (klienty) budu mluvit jako stroj, neboli robot, neboli sociální pracovnice, nebyla by ta důvěra, například, *„Je vám dobře? Jste unavený? Chápu, jak vám je, běžte si odpočinout“ – to je strojové, neví, jak tomu člověku je. Nejsem naučený sociální pracovník, který vystudoval nějakou školu, snažím se to dělat přirozeně: „Jak se cítíte, jste v pohodě?“* kdyby řekl, že ne, tak řeknu *bežte dom, do dušen a odpočivejte ... mluvím tak, jak mi huba narostla, cítím, že ke mně mají důvěru.*“

• vysoké nároky na pracovníka, vyhoření

U všech pracovníků se objevilo téma nejistota. Někdo ji vnímal z hlediska nejasnosti pracovní pozice, nejistoty financování, vysoké fluktuace pracovníků či legislativy. Další oblast nejistoty se zaměřovala na práci s klientem: „*Klient mi řekne, že má doma problém, ale já to na nich nepozoruji*“, „...musím vycítit, že člověk řekne, že je v pohodě, přitom není.“, „*Sociální práce ... je prostě o tom, co je ten člověk schopen zvládnout sám.*“, „*Někdy je člověk zoufalý, že pomoci nechtějí. Někteří sociální pracovníci chtějí pomoci více, než daná osoba chce – ne všem lze pomoci, někdo pomoc odmítá, spásitelský syndrom – bojí se přijmout život takový, jaký je, proto vyhoří.*“, „...*neschopnost říkat ne, nenastavení si hranic*“, „...*špatný systém odpočinku, ... příběhy lidí, ... není vidět, že by se to nějak hýbalo*“. Někteří zmínili finanční ohodnocení jako nemotivující a administrativní zátěž jako ubírající prostor pro přímou práci s klientem.

• pracovní pozice spjatá s moci

Pracovníci si většinou uvědomují a hovoří o moci, kterou ze své pozice mají, někteří v tomto ohledu vnímají klienta jako pasivního: „...*jedna sociálka může ... život zkazit, druhá udělat hezčí, ... každý případ by se mohl v některých věcech vyvíjet jinak, ... člověk nemůže mít pocit, že všechno spasí, ale měla jsem pocit, že někteří pro to nedělají všechno... Někdy přijde stav, kdy nechci rozhodovat někomu o životě.*“, „*Snažím se je tlačit tam, kam já chci, tak, aby si mysleli, že si to tak sami přejí ... pochopí, že život, který vede, je zahozený, pochopí, že s tím chce něco dělat, ale neví, že jsem mu to podsunula.*“ Na druhou stranu: „*Vlastní zkušenost s psychickými potížemi mi dává daleko větší empatii, ... že věřím tomu, co mi ten klient povídá, protože bych dřív tomu tolik nevěřil ... tak jako ti zdraví, ... budu dávat větší váhu jeho potížím*

a problémům, což je dáno zkušeností, že ty problémy existují, s tím souvisí, že budu více trpělivý, ... budu tomu klientovi dávat čas, který bych mu dříve nemohl věnovat.“

Někdo vnímá i moc klienta: „...*někteří využívají nemoc jako zbraň.*“, „...*jsou manipulativní, zkouší, kde máš hranice.*“

• víc než jen povolání, jsou důležité vztahy a důvěra

„...*je to práce, kterou musíš žít, jinak nevydržíš*“, „...*díky práci tady mám vyšší sebevědomí*“, „...*[klienti] ... berou mě takovou jaká jsem*“, „...*[někteří spolupracovníci] nechtěli dělat nic navíc, pak nemají chodit pracovat do sociálních služeb, musí být zainteresovaný, nese to vztahovou rovinu, ti lidé [klienti] to poznají.*“ Jak jsem uvedla dříve v textu, vzájemnou důvěru mezi pracovníkem a klientem považuje naprostá většina dotazovaných za stěžejní.

Závěr

Rojek (1988 in Taylor, 2000) poukazuje na principy sociální práce, která by měla obsahovat soucit, respekt, důstojnost atd., ale tyto charakteristiky se spontánně nevynoří od klienta, naopak jsou konstruovány v diskursu (rozhovoru). Nejedná se o otázku lepšího uplatňování těchto principů v praxi, ale o prozkoumání, JAK jsou uspořádány v praxi a do jaké míry. Na základě získaných dat soudím, že pracovníci tyto principy uplatňují, domnívám se, že jinak by si nezískali klientovu důvěru, kterou považují za základ své práce.

Reflexivní praxe otevírá možnosti větší nejistoty, nejednoznačnosti a komplexnosti světa, nemůžeme však eliminovat nejistotu prostým odmítáním její existence. Je to něco, s čím se je třeba v praxi konfrontovat. Nelze se vyhnout tvorbě „vědění o klientech“, ale v dobré praxi je nezbytné jim lépe porozumět (Taylor, 2000). V tomto ohledu, usuzuji z vysoké míry nejistoty, o níž pracovníci hovořili, a z ukázky ze skupinového rozhovoru, lze předpokládat, že pracovníci svou práci reflektují. Přesto v zásadě platí upozornění Taylor a White (2000) o tom, že ne všechno „vědění o případu“ pracovníci nepovažují za nezpochybnitelné.

Cílem předloženého textu bylo zodpovědět otázku: „Jak pomáhající pracovníci ve vybraných organizacích poskytujících služby lidem s duševním onemocněním zacházejí s jazykem při popisu svých klientů a své pracovní pozice?“

Pracovníci podle mého mínění zacházejí s informacemi od psychiatra příliš normativně, považují je za dané, což se odráží i v chápání jejich profese jako „méně významné“ oproti lékařům. Na druhé straně svou profesi někteří vnímají jako prestižní a prominentní, zejména co se týká nároků a osobního nasazení. S mocí, kterou s sebou profese přináší, nakládají různě, někteří své moci zneužívají v rámci „expertního postoje“ pro dobro klienta, neboť mají pocit, že vědí, co klient potřebuje. Podle Knott (2007) naše domněnky pramení z jazyka, který jsme přijali jako součást naší profesionální kultury, např. můžeme uživatele služby pro rodiny nazývat „pečovateli“ nebo „lidmi, kteří užívají službu“. Jednoznačně panuje shoda v „identifikaci“ klienta; klient je ten, kdo má stanovenou psychiatrickou diagnózu a byl hospitalizován. V souvislosti s organizacemi, v nichž jsem kvalitativní data získávala, bychom se mohli setkat s klienty „psychotiky“, „zlatičky“, „co prošli duševními potížemi“ apod. Tedy od lékařských termínů, přes familiární (mnou vnímané jako diskreditující a infantilizující označení „zlatička“) k popisu zkušenosti daného člověka. Myslím si, že někteří pracovníci projevy nemoci volně mísí s charakterovými vlastnostmi klientů. Navíc potřeby mít vztahy, zpětnou vazbu, cítit zájem od druhých, být respektován, seberealizovat se např. v práci považují za zcela legitimní potřeby každého člověka. Velmi často jsou výroky pracovníků ambivalentní, např. „*Lidi jako jsme my, dlouhodobě duševně nemocní.*“. Někteří pracovníci si na jednu stranu klientů váží a obdivují jejich sílu nebo citlivost, na druhou stranu někteří zmiňují obtíže klientů s motivací, připouštějí, že někteří mohou být manipulativní, a shodují se na tom, že jsou klienti stigmatizováni, a vinu přičítají zejména obrazu duševně nemocného prezentovaného v médiích. Z výpovědí mám dojem, že většina pracovníků považuje své klienty za chronicky nemocné, nevěří v jejich úplné vyléčení, a proto může mít na klienty i menší nároky, nižší očekávání např. ve smyslu smíření se s nemocí, setrvávání v chráněné dílně apod.

Za nejvýznamnější limit svého výzkumu považují své vlastní typizace a očekávání, které vystihuje věta: většinou vidíme to, co vidět chceme (Gilbert, 1984, in Taylor, 2000).

Poznámky

- 1 Pojem pomáhající pracovník používám jako zastrěšující; pracovní pozice jednotlivých respon-

dentů byla nazývána různě (např. terapeut, asistent, poradce apod.), ačkoli pracovní aktivity odpovídaly sociální práci.

- 2 V rámci získávání dat pro projekt „Nová sociální rizika na trhu práce a potřeby reformy jejich politické regulace v ČR po vstupu do EU“ jsem v roce 2008 provedla rozhovory se čtrnácti pracovníky ze tří neziskových organizací zaměřujících se na práci s lidmi s duševním onemocněním, respektive s psychózou. Reforma sociální politiky a zavedení individuálních akčních plánů směřuje k individualizaci služeb, která mimo jiné předpokládá vyšší nároky na spolupráci profesionála a klienta.
- 3 Představitel sociálního konstruktivismu zastává názor, že nelze přistupovat k realitě neutrálně; člověk v procesu poznávání světa konstruuje a rekonstruuje svou představu o něm a interpretuje si události pod vlivem stanoviska, které zaujímá. Oproti tomuto názoru stojí pozitivismus, který tvrdí, že existuje stabilní, nezávislá realita, kterou můžeme popsat prostřednictvím určitých technik.
- 4 Navrátil (2009) rozlišuje následující tři typy reflexivity, přitom vychází z D'Cruz (2007):

- *Reflexivita jako tvorba životních projektů* je spjata problematikou pozdně moderní společnosti (Giddens, 2003), která je spojována s nejistotou a s nestabilitou. Pro roli sociálního pracovníka to může znamenat zvýšenou potřebu podpory rozhodování klientů, kteří nemusejí mít dostatek zdrojů a dovedností k budování si vlastního životního plánu a tím se dožívají do obtížných životních situací.
- *Reflexivita jako kritika poznání* je nástrojem kritického hodnocení profesní praxe, kdy si všímáme, jak se tvoří poznatky a jakou roli v této tvorbě hrají mocenské vlivy. Pozornost obrací i na osobu výzkumníka, který má různé předpoklady, jež mohou být sociálně konstruovány. Navrátil (2009: 84) vzhledem k sociální práci uvádí: „Reflexivita je zde formulována jako způsob, kterým lze zpochybnit samozřejmé představy, kulturní artefakty a formy myšlení, které tvoří zázemí praxe sociálního pracovníka.“
- *Reflexivita jako emoční introspekce* dnes zahrnuje uvědomování si vlastních emocí pracovníka, jeho vztahu ke klientovi. Tato témata byla dříve (Thompson, 2008) zavrhována a preferovala se technická stránka intervence, zvládání emocí a snaha o objektivitu. Přitom Repper (2002) vztah mezi člověkem se schizofrenií a profesionálem považuje za základ úspěchu jakékoli psychosociální intervence.

- 5 Není v našich silách, abychom se nepřiklonili k jedné z nabízených variant klientova příběhu, protože si tímto způsobem uspořádáváme realitu tak, abychom jí porozuměli. Tento proces přiřazování objektu k určitému pojmu, jenž umožňuje předjímat informace, které nelze bezprostředně vnímat, se nazývá kategorizace (Hartl, 2004). Kategorizace je nezbytným způsobem organizace světa v našich myslích, neboť mysl neustále otevřená by byla mysl neustále prázdná (Russell in Allport, 2004). Typizační schémata z kategorizace vycházející slouží především k praktickému zvládnutí rutinních činností.
- 6 Vychází přitom z předpokladu, že je řada úsudků a rozhodnutí založena na profesionálově posouzení věrohodnosti předkládané verze, přičemž tento proces bývá často intuitivní, neboť je možné si řadu okolností vykládat různými platnými způsoby. Vliv profesionála se uplatňuje například: ve způsobu, jakým předáváme kolegovi či kolegyni informaci o klientovi, neboť tak můžeme ovlivňovat interpretaci životní situace daného klienta; v psané dokumentaci, která má schopnost „zmrazit“ události a přenášet je do budoucnosti; v nutnosti konfrontace různých verzí a okolností jedné události, kdy se profesionál rozhoduje, k jaké verzi se spíše přikloní.
- 7 Podle autorem (Taylor, 2000) navíc existuje hierarchie mezi profesionály. Medicínská dominance je podle Etzionyho (1969, in Taylor, 2000) výsledkem lékařského monopolu, protože jen lékař může předepsat medikaci, stanovit diagnózu apod. Tato dominance může být udržována např. tím, že zůstávají jiné verze případu nevyřešené, což ovšem neznamená, že jsou lepší. Pracovníci mohou dominanci lékařů udržovat např. tím, že bezpodmínečně respektují lékaře, a přestože mají s klientem jinou zkušenost než lékař, nesnaží se svůj pohled prosadit. Někteří autoři (Fook, 2002) v tomto kontextu zdůrazňují kritickou reflexivitu pracovníků. Kriticky reflexivní je ten pracovník, který nevnímá existující mocenský řád definitivně a neměnně, naopak eliminuje mocenské nerovnosti, mimo jiné i snahou o rovnocenný vztah s klientem.
- 8 Typizace jsou představy o klientech.
- 9 V organizacích, v nichž jsem rozhovory prováděla, byla nejpočetnější skupina klientů s diagnózou z okruhu psychotických onemocnění. Lze tedy předpokládat, že tato skutečnost významně ovlivňuje „konstrukci klienta“.

Seznam literatury:

- ALLPORT, G. W. **O povaze předsudků.** Praha: Prostor, 2004.
- BERGER, P. I., LUCKMANN, T. **Sociální konstrukce reality: Pojednání o sociologii vědění.** Praha: CDK, 1999.
- D'CRUZ, H., GILLINGHAM, P., MELENDEZ, S. **Reflexivity, its Meanings and Relevance for Social Work: A Critical Review of the Literature.** *Br J Soc Work*, 2007, roč. 37, č. 1, s. 73–90.
- DISMAN, M. **Jak se vyrábí sociologická znalost.** Praha: Karolinum, 2000.
- FOOK, J. **Social Work: critical theory and practice.** London: Sage, 2002.
- GIDDENS, A. **Důsledky modernity.** Praha: SLON, 2003.
- HARTL, P. **Stručný psychologický slovník.** Praha: Portál, 2004.
- JANÍK, A. **Veřejnost a duševně nemocný.** Praha: Avicenum, 1987.
- KNOTT, CH., SCRAGG, T. **Reflective Practice in Social Work.** Learning Matters Ltd., 2007.
- LORENZ, W. **Research as an Element in Social Work's Ongoing Search for Identity.** In LOVELOCK, R., LYONS, K., POWEL, J.: **Reflecting on Social Work – Discipline and Profession.** Ashgate, Aldershot – Burlington 2004, pp. 145–162.
- NAVRÁTIL, P. **Reflexivní využití teorie v procesu posouzení. Problémy posouzení životní situace v pozdně moderní době.** Habilitační práce. Brno: MU FSS, 2009.
- PAYNE, M. **The Origins of Social Work: Continuity and Change.** Basingstoke, Palgrave Macmillan, 2005.
- REPPER, J. **The helping relationship.** In HARRIS, N., WILLIAMS, S., BRADSHAW, T. **Psychosocial Interventions for People with Schizophrenia: A Practical Guide for Mental Health Workers.** Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2002.
- SCHÖN, D. A. **The Reflective Practitioner: How Professionals Think In Action.** London: Temple Smith, 1983.
- TAYLOR, C., WHITE, S. **Practicing reflexivity in health and welfare: making knowledge.** Buckingham, Philadelphia: Open University Press, 2000.
- THOMPSON, S., THOMPSON, N. **The Critically Reflective Practitioner.** New York: Palgrave Macmillan, 2008.

Význam expresivní terapie v rozvoji potenciálu schizofreniků

The Importance of Expressive Therapy in Development of the Potential of Schizophrenics

Eva Procházková

Mgr. Eva Procházková, DiS.,¹ je studentkou PGS na katedře sociální politiky a sociální práce FSS MU v Brně. Zabývá se alternativními přístupy ve studiu a výkladu schizofrenie, čerpajícími z jiných vědních oborů, např. kulturní antropologie, mytologie, transpersonální psychologie apod., a snaží se je aplikovat do sociální práce s duševně nemocnými. Praktické poznatky získává prostřednictvím osobního kontaktu se skupinou schizofreniků.

Abstrakt

Dlouhodobě se zabývám definováním pozitivního potenciálu osob s diagnózou schizofrenie a možnou souvislostí s kreativním nadáním a duchovně orientovanými zájmy těchto klientů. Jednou z dostupných možností, jak umělecký potenciál rozvíjet, může být vhodně zvolená forma expresivní terapie, vycházející z předpokladu, že tvůrčí vyjádření pozitivně ovlivňuje proces léčby. Z pohledu sociální práce považuji za přínosné obeznámit sociální pracovníky pracující s danou cílovou skupinou s touto alternativou. Porozumění významu sebeexprese v životě schizofreniků může motivovat sociální pracovníky, aby ve spolupráci s psychiatry doporučovali vhodnou formu expresivní terapie klientům. V tomto příspěvku bych tedy nejprve chtěla objasnit otázku důležitosti nonverbální sebeexprese psychotických klientů a následně vysvětlit, jakým způsobem jim může být expresivní terapie nápomocná v ozdravném procesu a rozvoji potenciálu.

Klíčová slova

schizofrenie, potenciál, sebeexprese, expresivní terapie

Abstract

I have been focusing on a definition of positive potential of people diagnosed as schizophrenics and a possible connection with creative talent and spiritually oriented interests of these clients for a long time. One of available options how can be a positive potential developed is properly chosen form of an expressive therapy, supposing that creative expression positively influences course of treatment. From social work perspective I consider beneficial to familiarize social workers, working with this specific target group, with this alternative. Understanding the importance of selfexpression in schizophrenic's life can motivate social workers to cooperate with psychiatrists and recommend a suitable form of expressive therapy to clients. In this article I would like to clarify the question of importance of nonverbal selfexpression of psychotic clients first and consequently to explain how can be expressive therapy helpful in recovery process and development of potential.

Keywords

schizophrenia, potential, selfexpression, expressive therapy

Úvod

Schizofrenie se obecně řadí mezi psychotická onemocnění, tzn. že v psychóze je pozměněn způsob prožívání reality; vztah k sobě samému a vnějšímu světu. Abychom alespoň zdánlivě pochopili, co psychotický člověk prožívá, pou-

žiji několik výstižných deskripcí známých badatelů, kteří se profesně zabývali změnami stavu vědomí, tedy i psychózami. Na počátku psychózy je úzkost, plíživá, rostoucí, postupně prostupující a stravující celou osobnost. (Syřiš-ťová, 1974: 64). Mytolog Campbell nazývá toto

období počátkem cesty, kde bývá obvykle pocit rozštěpení. Svět se rozděluje vedví, jedna část se vzdaluje a on zůstává na té druhé. Psychotik propadá do minulosti, zpět do dětství a prenatálního období, prochází děsivou zkušeností vědomí zvířat i dalších nižších živočišných forem včetně rostlin. (Campbell, 1998: 240). Perry symbolicky přirovnává počátek schizofrenní psychózy k pádu do smrti nejen do stavu smrti, ale také prostoru smrti – prostoru „po životě“, „říše předků“, „země mrtvých“, „ducha světa“. V takovém stavu spočívá běžná zkušenost člověka v tom, že se rozhlédne kolem a myslí, že polovina lidí okolo něho je mrtvých také. I když v tomto stavu bývá velmi těžké udělat si úsudek, jestli je někdo živý nebo mrtvý (Perry, 2005). Praško hovoří o tzv. převráceném vnímání v psychóze, kdy sny, bludy, halucinace a fantazie vnímá jako realitu a skutečný svět je pro něj zmateným, nepochopitelným snem. Psychóza však člověka zároveň zbavuje *schopnosti to rozpoznat* (Praško, 2005). Pod vlivem duševní nemoci dochází k proměně subjektivního chápání smyslu věcí, událostí a vůbec všeho. Psychologové označují tento jev jako „abnormální vědomí významu“ (Vágnerová, 1999: 183).

Schizofrenik je méně schopen přizpůsobit svou mysl vzorcům, ve kterých nás socializace naučila myslet, a tak je svobodnější ve spojování zdánlivě nespojitelného. Jeho mysl pracuje jako u všech ostatních, jeho myšlenky se objevují v asociacích. Normální mysl je socializovaná do té míry, že asociuje pouze určité myšlenky v závislosti na osobní zkušenosti a širším sociálním kontextu. Na rozdíl od schizofrenní mysli, která spojuje zdánlivě nespojitelné (Sass, 1998).

Z toho všeho vyplývá, že nejen pochopení, ale i samotná komunikace se schizofrenní osobností se ve většině případů stává pro lékaře, ošetřující personál, rodinu i sociální pracovníky „noční můrou“. Schizofrenikova mluva, plná neologismů, je pro okolí cizím jazykem a jeho chování je nevyzpytatelné, bizarní a nepochopitelné. To v nich vyvolává onen strach z neznámého, ne nepodobný xenofobii vůči odlišným kulturám. Rovněž pacient je plně pohlcen myšlenkami ze svého světa a není schopen udržovat nadále sociální vztahy na obvyklé úrovni. Vznikající propast mezi pacientem a jeho sociálním okolím se nadále rozšiřuje a tím se zvyšuje jeho úzkost a pocit osamocení a ohrožení v neznámém nepřátelském světě. Předchází sociální vazby se

většinou vlivem nemoci zpřetrhaly a nové není schopen sám navazovat. Verbální komunikace s vnějším světem se u některých komplikovaných případů stává obtížnou až nemožnou, proto se specialisté uchylují k analýzám nonverbálních způsobů komunikace, za pomoci kterých se snaží rozpoznat případná symbolická vyjádření klienta. Může být proto přínosné zařadit nonverbální způsoby terapie, kam patří expresivní terapie, do komplexní léčby klienta. Nonverbální terapie napomáhají navázat komunikaci s psychotickým klientem, zlepšují sociální vztahy a zejména umožňují jiné způsoby sebeexprese klienta a jeho nitra, což může mít celkově ozdravný účinek.

V kontextu sociální práce považují za velmi důležité a přínosné seznámit sociální pracovníky pracující s danou cílovou skupinou s případnou potřebou a způsoby sebevyjádření psychotických klientů a možnostmi, jaká řešení jim v dané situaci nabídnout. V sociální práci během 20. století vykristalizovaly tři odlišné přístupy, které Payne označuje jako tzv. malá paradigma. Odlišují se jak svými filozofickými východisky, tak praktickými důsledky (Navrátil, 2001: 14). Jedná se o terapeutické, reformní a poradenské paradigma, z nichž každé chápe sociální práci z jiného úhlu. Vzhledem k tomu, že se zabývám rozvojem potenciálu klientů s diagnózou schizofrenie, budu interpretovat svůj záměr nastíněný v tomto příspěvku z perspektivy terapeutického paradigmatu. Za hlavní faktor sociálního fungování je zde považováno duševní zdraví a pohoda člověka. Sociální práce je v tomto pojetí chápána jako pomoc prováděná zejména formou psychoterapie a cílem je zajistit psychickou a následně i sociální pohodu. Prostředkem k obnově duševního zdraví nebo vnitřní rovnováhy osobnosti je podpora rozvoje a uskutečnění osobnosti klienta. Profesní výbava sociálního pracovníka je zde postavena na znalostech psychologie a terapeutickém výcviku (Navrátil, 2001).

Mnozí sociální pracovníci, kteří nemají patřičné znalosti, často alespoň uskutečňují cíle své intervence pomocí služeb, které neposkytují, ale pouze zprostředkovávají. Někdy se i podílejí na realizaci záměrů jiných specialistů (Musil, 2004). Porozumění významu sebeexprese v životě schizofreniků může motivovat sociální pracovníky, aby v úzké spolupráci s psychiatry, psychology a therapy informovali klienty

o možnosti expresivní terapie a doporučovali jim vhodnou formu této terapie, která by byla přínosná v jejich ozdravném procesu.

Sebeexprese psychotických klientů změnou vzhledu

Pro schizofrenní klienty je nonverbální forma sebevyjádření a řeč symbolů často jediným jazykem, prostřednictvím kterého jsou schopni navázat komunikaci se svým okolím. Vnější vyjádření nitra člověka může odrážet mimo jiné také jeho vzhled. Studujeme-li vzhled některých schizofreniků, nelze si nepovšimnout jistých zajímavých rysů. Na toto téma byla realizována případová studie (A Campo, Nijman, Frederikx, Merckelbach, 1998), která se zaměřila na souvislosti mezi změnami vzhledu a psychózou. Tato studie vycházela z několika dřívějších výzkumů, které potvrdily hypotézu, že mnoho schizofrenních pacientů si drasticky pozmění vizáž poté, co jsou hospitalizováni na psychiatrické klinice. Autoři tvrdí, že tento jev je velice významný, jelikož odráží psychický rozklad pacienta a je spjat s psychotickými symptomy. Jiní se přiklání k názoru, že pacient chce tímto způsobem demonstrovat svoje niterné pocity a prožitky z bludů a halucinací, respektive buduje jistou symbolickou ochranu proti nepřátelským hlasům z halucinací, které je v některých případech mohou podněcovat k násilným činům vůči sobě i svému okolí. Mezi nejčastější změny patří manipulace s vlasy. Příznačné je úplné oholení hlavy, vytváření bizarních účesů, nošení nejrůznějších paruk či barvení vlasů do téměř psychedelických odstínů. Kromě změn v účesu byla zaznamenána i další patrná manipulace vzhledu. Týká se způsobu oblečení schizofrenních pacientů, které v některých případech vykazuje podobné znaky. Jedná se např. o nošení nadbytečného oblečení, které si pacient obléká ve vrstvách a nosí je nejčastěji v teplém období, naopak v zimě chodí bos apod. Někteří schizofrenici se vyžívají ve zdobení svého zevnějšku nejrůznějšími ozdobami a netradičními věcmi, které pro ně mají symbolický či ochranný význam. Jiní dávají přednost „batůžkům“ plným svých věcí, které neustále nosí všude s sebou.

Drastičtější variantou změny vzhledu je nutková potřeba některých pacientů praktikovat na sobě „plastickou chirurgii“. Pacient se např. snaží zbavit některých orgánů či údů svého těla, poněvadž je považuje za mrtvé, nebo vrývá do kůže

ostrými předměty či formou tetováže nejrůznější ornamenty či nápisy, které reflektují jeho halucinacní prožitky. V psychiatrické terminologii se takové počínání u některých klientů označuje jako dysmorfofobický blud, který se týká jejich domnělé fyzické vady. Touto formou bludu jsou stíženi zejména adolescentní schizofrenici. Dysmorfofobie² jsou obvykle zpočátku vázány na určitý nedostatek vzhledu. U nemocných jde zprvu jen o kritické nazírání na svůj vzhled, které později nabývá až bludného přecenění, kdy nemocný má pocit, že musí omezit styk s ostatními lidmi pro svou kosmetickou vadu. Mladiství se urputně snaží své domnělé vady odstranit, je-li jim odmítán chirurgický výkon, nezřídka „operují“ sami sebe (Malá, 2005: 55).

Sebeexprese psychotických klientů tvůrčí činnosti

Dalším pokusem o vyjádření vnitřních pocitů a napětí lze chápat tvůrčí činnost schizofreniků, která u některých propuká spontánně a individuálně. Zaměřím se zde na výtvarný a literární projev, i když je pravděpodobné, že zahrnuje široké spektrum uměleckých oblastí. Podle Syřišťové mají výtvary schizofreniků obrovskou spontaneitu. Psychotický prožitek si sám najde výrazový prostředek, který je často vysoce originální, expresivní a může mít někdy i vysokou uměleckou hodnotu. Některým nemocným se podaří v průběhu psychózy realizovat díla umělecké hodnoty, která by nebyli nikdy jako zdraví jedinci vytvořili. Někteří autoři uvažují o zrodu talentu v psychóze (Syřišťová, 1974: 130). Drvota zdůrazňuje, že nemocný začne kreslit, jako by byl veden snahou sdělit svému okolí všechny změny, které prožívá. Někdy je kresebný projev naprosto rozbitý, roztržštěný, podobá se primitivní čmáranici. Časté jsou v akutním stadiu choroby nápadné, šokující deformace kreslených figur. U mnoha schizofreniků naopak vidíme tendenci ke geometrizaci, pravouhlému schématu krásy. Schizofrenik může geometrickou stylizací tlumit instinktivní a afektivní neklid. Magické myšlení schizofrenika vede často k alegoricko-symbolickému zpodobování. Jiní kreslí na úrovni dětské exprese (Drvota in Smetáček, 1968). Když vlivem psychofarmak motorický neklid ustává, začíná být pacient schopen volných aktivit a v té době může začít i umělecky tvořit. U disponovaných jedinců můžeme jejich tvorbu srovnat s budováním nového vlastního světa, bezpečnějšího

než ten, který selhal. Prinzhorn (1995) v této souvislosti píše, že schizofrennímu kreslíři nejde v první řadě o to, aby zobrazil předměty, ale o to, aby zpřítomnil zvláštní významy, které pro něj tyto předměty mají. Symbolika se projevuje nejen ve výběru obsahových motivů, ale skrytý význam mají i barvy. Některé expresivní a symbolické kresby schizofreníků, spontánně odrážející jejich denní sny, halucinatorní nebo bludné vnímání skutečnosti, by mohly být zařazeny mezi surrealistické výtvořky, jelikož surrealismus těží z autonomních psychických procesů, z volné hry prožitkových a fantazijních impulsů.

Způsob, jakým schizofreník uchopuje a zpracovává svět okolo něj, svět uvnitř jeho mysli a zkušenosti z psychózy můžeme vysledovat i v literární tvorbě. Existuje mnoho poetických i prozaických děl schizofrenních autorů, která jsou unikátní svým výrazivem, což je na jednu stranu řadí mezi velice složitý, leč originálně cenný literární žánr a na druhé straně jsou chápána jako nesmyslné bláboly pomatených jedinců. Často bývá poukazováno na zvláštnosti schizofrenního jazyka a způsobu komunikace vůbec. V běžné popisné psychiatrické literatuře se většinou dočteme, že v důsledku poruchy myšlení je řeč schizofreníků doprovázena tvorbou neologismů, nesmyslných sousloví a zkomolených výrazů. Psycholog Jaroslav Stuchlík se v 50. a 60. letech věnoval řečovým novotvarům u dětí a psychicky narušených jedinců. Podle jeho teorie vznikají neologismy u schizofrenních pacientů z vnitřní potřeby označit něco, co dosud nemá jména. Halucinující člověk například chce nějak označit obsah své halucinace a nemůže to udělat jinak než novotvarem. Druhá možnost vyplývá ze situace, jejíž podstatou je snaha po oproštění se od běžné, všední skutečnosti denního života, únik do mimořádnosti života neskutecného, vysněného, bájněho (Stuchlík, 2006). Ratcliff (2002) objasňuje, že schizofreníkovo psaní nevychází ze zajetých stylů předešlé literatury a nesleduje určité literární formy. Kvůli zdánlivému nedostatku logické návaznosti jedné věty na druhou a obsahové souvislosti textu jako celku se může čtenáři jevit jako složité čtení. Psaní ovšem není nahodilé. Mysl nemůže pracovat úplně nahodile, poněvadž myšlenky přicházejí v asociacích. Tyto asociace se patrně mohou zdát jako nesouvislé. Každá věta má gramaticky smysl a jasně něco oznamuje. Ovšem ta následující oznamuje něco úplně jiného. Naho-

dilost v tomto případě chápeme jako nástroj pro vyjádření abstrakce.

Expresivní terapie v ozdravném procesu psychotických klientů

Umělecké sklony schizofreníků začaly zajímat ošetřující lékaře, kteří se je snažili analyzovat a využít v léčebném procesu. Z historie víme, že umění bylo využíváno k léčebným účelům již od starověku, poněvadž tvořivá činnost pomáhá mimo jiné udržovat svěží mysl a duševní rovnováhu (Šímanovský, 2001). Již starí Egypťané nabádali duševně nemocné k umělecké činnosti (Fleishman, 1981) nebo starí Řekové využívali prvky dramatu a hudby kvůli jejich hojivým účinkům (Gladding in Malchiodi, 2003), nemluvě o léčebných praktikách přírodních národů, jejichž šamanské tance v transu pomáhaly přivádět zbloudilé duše zpět do těla nemocného (Eliade, 1997). V západní společnosti se myšlenka použít umění jakožto doplňku medicíny zrodila až s rozmachem psychiatrie koncem 19. století a počátkem 20. století. V té době začalo působit hnutí za humánnější léčbu duševně nemocných pacientů, zahrnující angažování těchto pacientů v umění (Prinzhorn, 1995). Tzv. terapie uměním, jak se tehdy tato metoda označovala, vešla ve známost během 30. a 40. let, kdy psychoterapeuti a umělci zjistili, že sebeexprese prostřednictvím nonverbálních metod může pomoci lidem s těžkým duševním onemocněním. Expresivní terapie jsou v psychologii definovány jako „akční terapie“ (Weiner, 1999), které vybízejí klienta k aktivní participaci na ozdravném procesu. Zastánci expresivní terapie se pokoušejí vnést akci do psychoterapie, která byla donedávna založena pouze na verbální výměně, interpretaci prožitků či vyprávění příběhu. Zdůrazňují, že každý člověk má jiný styl vyjadřování, který vyhovuje jeho přirozenosti. Někdo inklinuje k vizuálnímu znázornění, jiný je orientovaný na dotek či pohybové ztvárnění situace. V každém případě mu expresivní terapie poskytne prostor pro vyjádření svých myšlenek a niterných pocitů, které by nebyl schopen vyjádřit verbálně. Tato skutečnost je velmi důležitá u psychotických pacientů, kteří jsou pohlceni svým vnitřním světem a mají potíže s verbální komunikací se svým okolím. Crawford (2006) to vysvětluje tím, že v psychotickém stavu prožívají skutečnost odlišně a je obtížné o těchto prožitcích hovořit. Lidé se pak stanou izolovanými, jelikož je nikdo

neposlouchá. Pokud tedy terapeut poskytne klientovi v rámci expresivní terapie prostor pro jeho individuální osobitý projev, může efektivněji zlepšit komunikaci. Pokud probíhá terapie ve skupině, posilují se tím zároveň i sociální vazby a oslabená motivace klienta.

Obecně lze expresivní terapie definovat jako využití umění, hudby, pohybu, divadla, literatury a her v rámci psychoterapie, poradenství, rehabilitace a zdravotní péče. Jsou považovány za specifickou oblast psychoterapie, v rámci které se rozvinulo několik individuálních přístupů.

Rozlišujeme arteterapii³, muzikoterapii⁴, dramaterapii⁵, taneční či pohybovou terapii⁶, biblioterapii⁷, terapii hrou⁸ a terapii hrou s pískem⁹, z nichž každá napomáhá klientovi v rozvoji odlišných schopností a je třeba zvažovat, která bude podle potřeb klienta nejúčinnější. Odborníci doporučují určité kombinace několika přístupů nebo jejich metod. Zaměřujeme-li se na využití expresivních terapií u schizofrenních klientů, jejichž verbální projev i motorické schopnosti mohou být psychózou a vedlejšími účinky medikamentů potlačeny, lze jako nejvhodnější terapii aplikovat arteterapii a muzikoterapii. Obě terapie lze provádět individuálně nebo skupinově a rozlišujeme aktivní a pasivní přístup, kdy aktivní znamená participaci na tvorbě a pasivní obnáší vnímání a prožívání uměleckého či hudebního díla. Z hlediska sebeexprese klienta se může jevit vhodnější aktivní přístup, ovšem i vnímání uměleckého díla napomáhá člověku v sebepoznávání, kdy „konzument díla“ promítá do díla své vlastní emoce a vcítuje se do pocitů tvůrce díla (Šicková, 2002). Cílem arteterapie u schizofreniků je prostřednictvím sebevyjádření, prožití a zpracování vymořujících se obsahů dosáhnout zmírnění klientových obtíží. Neverbální vyjádření svých prožitků formou symbolu pomáhá ventilovat negativní obsahy a dojít určitého uvolnění. Strossová podotýká, že i hluboce autistický schizofrenik, schopný jen minimální slovní komunikace, se někdy dokáže velmi bohatě vyjadřovat ve svých kresbách, jejichž prostřednictvím ho lépe poznáváme a můžeme s ním posléze navázat hodnotnější verbální kontakt hovorem o tom, co nakreslil (Strossová, 1984).

Teglbjærg (2009) ve své studii zjistil, že největší přínos arteterapie pro schizofreniky je v posílení pojetí sebe sama, jelikož v důsledku psychózy dochází ke „ztrátě hranic ega“¹⁰. Toho

bylo docíleno klientovým zapojením do tvůrčího procesu a zpětným estetickým působením díla na klienta. Arteterapie pomáhá schizofrenikům zvyšovat jejich oploštělé emoční prožívání, snižuje úzkost a neklid, vyvolává pocit radosti a uvolnění, posiluje schopnost řešit problémy a celkově zvyšuje sebevědomí. Každý psychotický klient ovšem reaguje na tuto terapii individuálně v souvislosti s celou řadou faktorů a jinak hodnotí její přínos na zlepšení svého stavu. Jedna klientka podotkla, že umění pomáhá lidem vynést na povrch, co skrývají ve svém nitru a o čem nejsou schopni hovořit. „*To vše bylo potlačeno uvnitř mne. Prostřednictvím kresby jsem to přenesla na papír, byla jsem schopna se vyjádřit. Bylo to něco, co jsem vytvořila a co jsem si mohla ponechat. Bylo to skutečně krásné, něco přímo ze srdce, jako modlitba.*“ Jiný pacient hovoří o určité osobní harmonii, kterou pociťuje při vytváření svých obrazů.

Kromě arteterapie se začíná rozvíjet i tzv. artefiletika¹¹. Artefiletika se na rozdíl od čistě terapeutického účelu umělecké tvorby zaměřuje také na estetickou hodnotu díla a celkový rozvoj tvořivého potenciálu pacientů. Bažantová (2007), zabývající se artefiletikou pro mladé lidi po prodělané psychóze, zdůrazňuje význam procesu sebepoznávání a osobnostního rozvoje skrze tvorbu. Předpokládá u mladých lidí po prodělané psychóze existenci tzv. „zdravého jádra“, tj. adaptivní složky udržující integritu osobnosti a schopnost rozvoje pozitivních rysů osobnosti. Také poukazuje na to, že člověk s psychotickou zkušeností prožívá situace zvláštním způsobem pod vlivem své zkušenosti a je schopen esteticky ozvláštňené exprese pod vlivem specifického prožívání. Cílem artefiletiky je poskytnout člověku příležitost k odhalení vlastních psychických možností a mezí, dát mu šanci nalézt jeho místo v lidském společenství, vybavit ho citlivostí, připravit ho k osobnostnímu růstu a k nalézání životního smyslu. To vše s oporou v lidské kultuře, zejména v umění.

Podobných ozdravných účinků lze dosáhnout i při muzikoterapii. Už Aristoteles si uvědomil, že poslech hudby nabízí možnost katarze, tedy uvolnění a odplavení zátěžových faktorů za doprovodu emocí (Šimanovský, 2001). Vymětal (2003) zdůrazňuje, že hudba uspokojuje lidskou potřebu po specifickém estetickém zážitku a po sebevyjádření. Muzikoterapie zahrnuje hudební interakci jakožto způsob komunikace

a vyjádření. U schizofrenních klientů může muzikoterapie vést ke zlepšení adaptačních schopností a sociálního fungování, jelikož se rozvíjí uvědomování sebe sama, druhých a okolí a dochází k navazování sociálních vazeb. V současné době probíhají mnohé výzkumy v této oblasti, snažící se osvětlit účinky muzikoterapie na schizofrenní klienty. Crawford a kol. (2006) vypracovali studii zaměřenou na vliv muzikoterapie na zdravotní stav klientů se schizofrenií. Během několika sezení byli klienti vyzváni k hudební improvizaci prostřednictvím nástrojů, které si sami zvolili. Zkušený terapeut zaznamenával jejich emoční stav. Výsledkem je určité zlepšení některých symptomů nemoci, například úzkosti, deprese nebo emočního stažení, u skupiny klientů, kteří se sezení zúčastnili. Crawford podotýká, že pro klienty, kteří mají těžkosti se slovním vyjádřením, může být interakce prostřednictvím hudby kreativní a zábavná. Muzikoterapie rovněž pomáhá tlumit vedlejší účinky medikamentů, jako je neklid, nutkavé pohyby, tiky apod. Jeden chronický schizofrenik vyprávěl, že poslech hudby mu pomáhá umlčet hlasy, které se i po léčbě někdy vracejí. „...vždy, když si pustím svou hudbu, tak zmlknou, jako by chtěly poslouchat se mnou...“ Psychóza rovněž ovlivnila jeho žánrový výběr hudby. „Dřív jsem poslouchal věci na pohodu, spíš takové pomalé funkové variace, reggae a tak, jenže teď dávám víc kytar, protože ten rachot tak nějak víc odráží moje rozpoložení a zbavuje mě takové té nahromaděné agrese a zlosti, kterou mám na ulici, když na mě furt někdo čumí a posuzuje ... když třeba hraju na basu, cítím se být svobodnej, sem to já a nemusím hrát žádný sociální hry...“ V jiném výzkumu se Ceccato a kol. (2006) zase snaží prokázat účinky muzikoterapie na zlepšení narušených kognitivních funkcí schizofreniků, zejména paměti a pozornosti.

Podle Fredericka J. Frese (1993) je samotná skutečnost sebevyjádření se nejvíce terapeutická. Termín, který byl přijat pro tuto aktivitu, je „woodshedding“¹². Tento termín pochází z jazzu, kde muzikant odchází od ostatních do kůlny a experimentuje s různými zvuky, dokud se zvuky nezformují do variací, které ostatní ocení. Pro schizofreniky jsou tyto „woodsheddingové“ aktivity, ať už se týkají umění, hudby či poezie, metodou pro přemostění se zpět do světa normality. Gladding (in Malchiodi, 2003) charakterizuje několik aspektů role sebeexpresy v terapii. Sebeexpresy prostřednictvím kresby, hudby, pohybu či básně může rekapitulovat minulé zážitky a být

pro mnohé klienty očišťující. Hlavně se ovšem využívá sebeexpresy jakožto zásobárny pocitů a vjemů, které se mohou prohloubit do většího sebeporozumění či mohou být transformovány a vést k emoční nápravě, vyřešení konfliktů a pocitu duševní i tělesné pohody.

Závěr

V tomto příspěvku jsem se pokusila objasnit význam nonverbální sebeexpresy u klientů s diagnózou schizofrenie, kterým prožívání v psychóze znesnadňuje běžnou slovní komunikaci a zabraňuje přijatelnému sociálnímu fungování. Sebeexpresy psychotiků se může mimo jiné odrážet v radikální změně vzhledu či spontánní tvůrčí činnosti. Obě varianty jsou interpretovány jako demonstrace psychického stavu klienta a pokus o navázání komunikace s okolním světem jinými než řečovými prostředky. Těchto poznatků využívají odborníci aplikující expresivní terapii v rámci práce s psychotickými klienty. Přínosná je zejména arteterapie, artefiletika a muzikoterapie, které používají sebeexpresi klienta v ozdravném procesu. Terapie působí pozitivně na smysly, ovlivňuje emocionální stránku klienta a jeho estetické vnímání, tlumí negativní projevy nemoci a celkové pozvedá sebevědomí. Motivuje klienta k aktivitě, čímž napomáhá i rozvíjet jeho umělecký potenciál. Patrně lze využít i některých metod ostatních expresivních terapií s přihlédnutím na specifika psychotických klientů. Z praxe také vím, že mnozí klienti upřednostňují osobní umělecké zájmy, tvoří si jen tak pro sebe a nemají potřebu jakékoli interpretace svého díla. Naopak na jiné působí estetická stránka tvorby, jsou povzbuzeni obdivem diváků a chtějí svá díla prezentovat na výstavách. Obecně tedy platí, že i v rozvoji uměleckého potenciálu schizofreniků prostřednictvím expresivních terapií je nutno dbát individuálního přístupu ke každému klientovi a pečlivě mapovat jeho aktuální psychický stav a potřeby a přání v dané oblasti.

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: clarissa.bell@seznam.cz.
- 2 Strach z vlastní ošklivosti.
- 3 „Léčba uměním“, využívá malby, kresby, sochařství, koláže, tvorby keramiky a dalších výtvarných technik jako prostředku komunikace, sebeexpresy a sociální interakce.
- 4 „Léčba hudbou“, využívá prožitků a imaginace při poslechu či tvorbě hudby, patří sem i voice

- therapy, analýza textů, skládání písní, relaxační techniky, improvizace s hudebními nástroji apod.
- 5 Využívá dramatických postupů, verbální i neverbální komunikace, gestikulace, improvizovaného hraní rolí atd. v léčebném procesu.
 - 6 Vychází z předpokladu, že tělo a mysl jsou vzájemně propojeny, můžeme sem zařadit masážní metody, opakující se pohyb, tanec, improvizaci apod.
 - 7 Využívá poezie i jiných literárních forem k léčebným účelům a osobnímu růstu.
 - 8 Rozvíjí komunikaci, psychické i fyzické schopnosti formou her, soutěží.
 - 9 Formou stavění miniaturních figurek do písčoviště a vytvářením „pískových obrázků“ umožňuje prozkoumávat hlubší vrstvy psyché.
 - 10 Ztráta autonomie myšlenek, pocitů, tělesného schématu.
 - 11 Reflektivní, tvořivé a zážitkové pojetí vzdělávání a výchovy, které vychází z vizuální kultury nebo jiných expresivních kulturních projevů (www.artefiletika.cz).
 - 12 Z angl. woodshed – kůlna.

Seznam literatury:

- A CAMPO, J. M. G., FREDERIKX, M., NIJMAN, H. L. I., MERCKELBACH, H. L. G. J. **Schizophrenia and changes in appearance.** *Journal of Clinical Psychiatry*, 1998, č. 59, s. 197.
- BAŽANTOVÁ, M. **Artefiletika pro mladé lidi po prodělané psychóze.** 2007. Dostupný z: www.artefiletika.cz/modules/articles/article.php?id=50 [on-line] [26. 10. 2009]
- CAMPBELL, J. **Mýty, legendy dávných věků v našem denním životě.** Praha: Pragma. 1998.
- CECCATO, E., CANEVA, P., LAMONACA, D. **Music therapy and cognitive rehabilitation in schizophrenic patients: A controlled study.** *Nordic Journal of Music Therapy*, 2006, roč. 15, č. 2, s. 111–120.
- CRAWFORD, M. J., TALWAR, N., MARATOS, A., NUR, U., McDERMOTT, O., PROCTER, S. **Music therapy for in-patients with schizophrenia.** *British Journal of Psychiatry*, 2006, č. 189, s. 405–409.
- ELIADE, M. **Šamanismus a nejstarší techniky extáze.** Praha: Argo. 1997.
- FLESHMAN, B. **The arts in therapy.** Chicago: Nelson-Hall. 1981.
- FRESE, F. J. **Coping With Schizophrenia.** *Innovations & Research*, 1993, roč. 2, č. 3, s. 1–6.
- MALÁ, E. **Schizofrenie v dětství a adolescenci.** Praha: Grada Publishing, a. s. 2005.
- MALCHIODI, C. A. **Handbook of art therapy.** New York: Guilford Press. 2003
- MUSIL, L. **„Ráda bych Vám pomohla, ale...“ Dilemata práce s klienty v organizacích.** Brno: Marek Zeman. 2004
- NAVRÁTIL, P. **Teorie a metody sociální práce.** Brno: Marek Zeman. 2001.
- PERRY, J. W. **The far side of madness.** New York: Spring Publications. 2005.
- PRAŠKO, J., et al. **Léčíme se s psychózou.** Praha: Portál. 2005.
- PRINZHORN, H. **Artistry of the Mentally Ill: A Contribution to the Psychology and Psychopathology of Configuration.** London: Springer. 1995.
- RATCLIFF, J. S. **Rites of Passage: My schizophrenic youth in mosaic.** New York: Universe. 2002.
- SASS, L. A. **Madness and Modernism: Insanity in the light of modern art, literature and thought.** London: Harvard University Press. 1998.
- SMETÁČEK, V., a kol. **Psychologie umění.** Praha: Svoboda. 1968.
- STROSSOVÁ, I. **Skupinová psychoterapie psychotiků v praxi.** 1984. Dostupný z: www.plo-pava.cz/SKUPPST.htm [on-line] [6. 11. 2009]
- STUČHLÍK, J. **Neofatické polyglotie psychotiků.** Praha: Triton. 2006.
- SYŘIŠTOVÁ, E. **Imaginární svět.** Praha: Mladá fronta. 1974.
- ŠICKOVÁ, J. **Základy arteterapie.** Praha: Portál. 2002.
- ŠIMANOVSKÝ, Z. **Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi.** Praha: Portál. 2001.
- TEGLBJÆRG, H. S. **Art therapy in psychiatric treatment with special focus on schizophrenia.** *Danish Medical Bulletin*, 2009, roč. 56, č. 2, s. 103.
- VÁGNEROVÁ, M. **Psychopatologie pro pomáhající profese.** Praha: Portál. 2000.
- VYMĚTAL, J. **Úvod do psychoterapie.** Praha: Grada. 2003.
- WEINER, D. **Beyond talk therapy. Using movement and expressive techniques in clinical practice.** Washington DC: American Psychological Association. 1999.

Posouzení životní situace adolescentů s psychickými poruchami

Life Situations Assessment of Adolescents with Mental Disorders

Lucie Foltová

Mgr. Lucie Foltová¹ vystudovala obor sociální práce na Fakultě sociálních studií MU v Brně, kde rovněž dokončuje studium oboru psychologie. Je doktorandkou Lékařské fakulty MU v oboru Hygiena, preventivní lékařství a epidemiologie. V rámci tohoto studia se věnuje problematice rizikového chování adolescentů. V letošním roce nastoupila do výcviku Integrace v psychoterapii. Pracuje na Výzkumném pracovišti preventivní a sociální pediatrie LF MU jako výzkumná psycholožka.

Abstrakt

Práce se zabývá posouzením životní situace adolescentů s psychickými poruchami. Základní výzkumnou otázkou je: V čem se liší životní situace adolescentů s psychickými poruchami od adolescentů bez diagnóz (běžné populace)? K tomuto posouzení byl použit autorkou práce upravený model obsahující čtyři základní dimenze potřeb (původně podle Navrátil, Musil, 2000), v rámci nichž byly srovnávány další subdimenze prostřednictvím konkrétních indikátorů. Práce má kvantitativní charakter. Soubor, tvořený 15letými adolescenty sledovanými v rámci projektu ELSPAC, je rozdělen na výzkumnou část (adolescenti s psychickými poruchami; N = 447) a kontrolní skupinu (adolescenti bez diagnóz; N = 2 838). Pomocí statistických metod (parametrické, neparametrické testy) byly testovány nulové hypotézy, tedy hypotézy o shodě rozložení ve sledovaných skupinách. Z výsledků vyplynulo, že v praxi často užívané posuzování pouze základních, fyziologických potřeb není vhodné, neboť sledovaná skupina vykazuje významnější potíže v dimenzích psychických a především sociálních. Naopak pozitivní zjištění byla nalezena v noogenní dimenzi, která tak může být považována za jeden z resilienčních prvků skupiny adolescentů s psychickými poruchami.

Klíčová slova

životní situace, sociální fungování, posouzení, adolescence, psychické poruchy

Abstract

The paper focuses on the assessment of life situations of adolescents suffering from mental disorders. The author deals with the question: How are life situations of adolescents with mental disorders different from adolescents without diagnosis (common population)? For this assessment, a model consisting of four main dimensions of needs, was constructed (originally by Navrátil, Musil, 2000; adapted by author). Within those needs, other subdimensions by means of specific indicators were compared. The work has a quantitative structure. A studied sample is represented by 15 year-old adolescents who participate in ELSPAC project (European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood). The sample is divided into an "experimental" part (adolescents with mental disorders; N = 447) and a control group (adolescents without diagnosis; N = 2 838). Null hypotheses were tested by statistical methods (parametric and nonparametric tests). Based on the results, we came to conclusion that in practice, frequently used assessment of basic or physiological needs is not appropriate, because the observed group show more significant difficulties in psychological dimensions, especially social. On the contrary, a positive finding was found in noogenic dimension, which can be considered one of resilient components of adolescents with mental disorders.

Keywords

life situations, social functioning, assessment, adolescence, mental disorders

Úvod

Životní situace adolescentů není jednoduchá. Jsou na ně kladeny vyšší nároky ze sociálního prostředí, než tomu bylo v předchozím vývojovém stadiu, mění se jejich tělo i psychika, hledají své místo v životě. Jejich situace však může být mnohem složitější, pokud do jejich života vstoupí navíc psychické potíže.

Pro tuto práci je nutno nejprve vymezit koncept životní situace. Životní situaci z hlediska sociální práce můžeme definovat jako vztah (resp. předivo vztahů) mezi vzájemnými očekáváními člověka a jeho prostředím, přičemž konkrétně může vzít toto očekávání na sebe podobu nároku, úkolu, touhy či přání. Každá životní situace každého konkrétního jedince má velmi kontextuální rysy a odvíjí se mimo jiné od životního cyklu člověka a dalších obvykle zcela specifických prvků (Navrátil, 2003). Životní situace je v tomto pojetí individuální konfigurací bariér a předpokladů k sociálnímu fungování (Navrátil, Musil, 2000). Termín sociální fungování je s termínem životní situace neoddelitelně, konceptuálně spjat, respektive pojem sociální fungování charakterizuje podstatnou vlastnost každé životní situace (Navrátil, 2003). Životní situace je nároky prostředí velmi ovlivňována. Termín sociální fungování je možno vymezit jako popis nepřetržitého průběhu interakcí mezi požadavky prostředí a mezi jednotlivými lidmi a jejich individuálními schopnostmi tyto situace zvládat (Bartlettová, 1970). Z předchozího vyplývá, že se sociální fungování dotýká možnosti naplňování individuálních potřeb, ovšem také v kontextu vztahů s okolním prostředím jedince.

Na sociální fungování lze tak nahlížet jako na dynamickou část životní situace, tvořenou napětím v určitém čase a prostoru. Další součástí životní situace je její statická stránka, kterou tvoří jednotlivé prvky a systémy. Navrátil s Musilem (2000) rozlišují u životní situace čtyři základní dimenze – fyziologickou, psychologickou, sociální a noogenní. Podobné aspekty jmenuje i Barker (2003). Kovařík (2003) upozorňuje, že posouzení životní situace klientů má zahrnovat jak prostředí fyzické, tak sociální, jak vlivy a faktory negativní (ohrožení, rizika), tak pozitivní (vlohy, silné stránky, zdroje). Jelikož však zatím neexistuje jednotný systém posuzování životní situace, zvolila jsem pro tuto práci ve výzkumné části právě model Navrátila s Musilem, poněvadž se mi jeví jako přehledný a srozumitelný, navíc dobře známý v českém prostředí problematiky sociální práce.

Jak bylo řečeno, životní situace se odvíjí mj. i od životního cyklu, je tedy nutné vymezit i období adolescence. Ovšem ani tento termín není jednoznačný. V našem sociokulturním prostředí lze vysledovat dvě základní dělení. Středoevropská literatura, zastoupená např. autory Langmeierem, Krejčířovou (2006) ad., hovoří o období dospívání, které dělí na období pubescence (dále rozlišeno na fázi prepuberty a fázi vlastní puberty) spadající zhruba do věku 11–15 let a období adolescence v rozmezí 15–22 let věku. Můžeme se však setkat i s dělením, které vychází z angloamerické tradice, kterou u nás reprezentuje např. Macek (2003), jenž o celém období dospívání hovoří jako o adolescenci, kterou dělí na ranou, střední a pozdní. Existují samozřejmě i jiná vymezení a časová ohraničení. Kromě toho je nutno si uvědomit, že je to dělení umělé a vývoj jedinců je značně individuální. Pro zjednodušení v následujícím textu budu užívat slovo adolescence (podle Macka), které se event. může překrývat s termínem dospívání (podle Langmeiera).

Langmeier (2006) uvádí, že v celém období dospívání dochází k novému stupni socializace jedince, jelikož se mění společenské očekávání ohledně jeho chování a výkonů a zároveň se také proměňuje role jedince a jeho celé sebepojetí. Všechny tyto změny probíhají víceméně současně a jsou vzájemně závislé. Tedy slovy sociální práce – mění se požadavky prostředí; mění se role jedince pozměňuje jak očekávání z prostředí, tak očekávání jeho samotného; tato očekávání jsou ve vzájemné interakci. Základními vývojovými úkoly tohoto období jsou podle Langmeiera odpuštění ze závislosti na rodičích a na straně druhé navazování nových, významných vztahů ke svým vrstevníkům. Tento propojený proces osamostatňování a zároveň rozšiřování sociálních vztahů je klíčovým pro správné převzetí budoucích společenských rolí. Další autoři hovoří o adolescenci jako o období vývojových přechodů, což jsou období významných změn v biologické či sociální sféře života. Tyto změny vedou k nové životní situaci, ve které se jedinec musí zorientovat, porozumět jí a akceptovat ji. Tyto přechody mohou být vnímány jako výzva, ale také jako stresující událost (Macek, 2003).

Přesah pomocí pojmů sociální práce vidím jednoznačný. Období adolescence lze považovat za období, kdy se jedinec v ideálním případě za pomoci a podpory sociálního okolí snaží dosáhnout dobrého sociálního fungování. Zde

přisuzujeme sociální práci významnou roli. Jelikož psychické poruchy mohou nastavit parametry životní situace jako velmi obtížné a mohou jedince případně až paralyzovat v jeho sociálním fungování, je potřeba pomoci širšího sociálního okolí (psychiatrů, psychologů, ale také právě sociálních pracovníků).

Pojem porucha se v textu vyskytuje v souladu s MKN-10, kde je užíván namísto zastaralého onemocnění pro veškerou klasifikaci (Hartl, Hartlová, 2000). Hartl (2004: 52–53) definuje duševní poruchu (disorder, defect, disturbance) jako „*klinicky prokazatelnou změnu duševní činnosti, která vyřazuje člověka z práce, společenského života či zodpovědnosti při právních úkonech; šířeji znamená změnu některých psychických procesů projevující se v myšlení, pocitech a chování člověka, které znesnadňují jeho adaptaci, interakci se sociálním prostředím*“. Pro tuto práci je relevantní, jak porucha tím, že znesnadňuje člověku interakci s prostředím, zasahuje do jeho sociálního fungování. Psychické potíže tedy často vedou k problematickému sociálnímu fungování. Dochází k maladaptaci, což je „*nesoulad potřeb, hodnot a norem jedince vůči prostředí*“, resp. „*narušená, nepřiměřená nebo nedostatečná adaptace jedince*“ (Labáth, 2001: 45). Psychické poruchy mohou vznikat z biologických příčin, ale také vlivem psychogenním či sociálním. Nejčastěji se jedná o kombinaci několika faktorů. Obecný model psychických poruch představují Rahn, Mahnkopfová (2000), kteří uvádějí, že na člověka působí současně faktory tělesné (genetické, vrozené), psychosociální (rodina, výchova, učení) a ochranné (k nim bych přiřadila resilienci) spolu s dispozicemi a vulnerabilitou. Vulnerabilita znamená schopnost snášet a zvládat stresové situace. Je závislá na tom, že v každém člověku je různá míra zranitelnosti či stability a zároveň je každý jedinec různě silnou osobností (podle Mahrová, 2008).

O psychosociálních příčinách vzniku psychických poruch hovoří i Golightley (2008), podle něhož spolupůsobí tři základní faktory: 1. predispozice, faktory vulnerability; 2. sociálně-kauzální faktory; 3. psychologické faktory. Z jeho modelu vyplývají určité stereotypy, proto jej přijímám jen s výhradami, nicméně jeho propojení predispozic (genetických faktorů, rodinné historie), psychologických faktorů (životní události, vztahy, sociální síť, sociální opora) a stupně resilience shledávám jako přínosné.

Jak bylo řečeno, práce se zabývá skupinou adolescentů s psychickými poruchami. Abych ilustrovala, proč se touto skupinou v rámci sociální práce zabývat, odkazuji na Přehledovou zprávu WHO (2003) o zdraví dětí a adolescentů v Evropě, která upozorňuje, že až 10–20 % dětí má jeden nebo více psychických problémů či problémů s chováním. Shrnutí z Evropské konference duševního zdraví WHO (2005) dále uvádí, že v evropském regionu trpí téměř dva miliony mladých lidí psychickými poruchami v rozmezí od depresí po schizofrenii, a navíc se mnohým z nich nedostává potřebné péče a léčby. Podle mého názoru má sociální práce k této problematice co nabídnout. Předkládaná studie má kromě jiného za cíl posloužit jako námet pro sociální pracovníky v praxi, na co se mohou zaměřit.

Základní výzkumnou otázkou je: V čem se liší životní situace adolescentů s psychickými poruchami od adolescentů bez diagnóz (běžné populace)?

Soubor a metody

Výzkumný soubor tvoří adolescenti sledovaní v longitudinálním projektu ELSPAC (*European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood*) neboli Evropské dlouhodobé studii rodičovství a dětství. Tato prospektivní longitudinální studie probíhá v několika evropských zemích a sleduje vybrané soubory dětí a jejich rodiny od těhotenství matky, přes porod, šestinedělí a kojenecké období až po období od nejméně 19 let věku dítěte. V České republice zahrnuje výzkumný soubor všechny děti, které se narodily od 1. 3. 1991 do 30. 6. 1992 (asi 5 000 rodin) s trvalým bydlištěm matek v městě Brně. Základní výzkumné údaje jsou získávány prostřednictvím dotazníků, které vyplňují ve stanovených termínech rodiče zkoumaných dětí. První kontakt se sledovaným souborem zajistil ženský lékař, který respondentkám vysvětlil celý výzkum. Ženám, které byly ochotny se studie zúčastnit, byly (a jsou) poštou zasílány dotazníky na uvedenou adresu. Údaje o zdravotním stavu, o vývoji dítěte, apod. jsou získávány i z pediatrické zdravotnické dokumentace. Od osmého roku věku sledovaných dětí vstupuje do hry škola jako další důležité prostředí, ve kterém se dítě pohybuje. Dotazníky vyplňuje nejčastěji třídní učitel. Od 11. roku věku jsou připravovány dotazníky i pro dítě. Obsah dotazníků je koncipován mezinárodně, každý z nich projde nejprve pilotním sběrem k ověření srozumitelnosti pro

respondenty a pro eliminaci zkreslení následně získávaných dat. Vyplněné dotazníky jsou respondenty zaslány zpět v přiložené obálce, anonymita je zajištěna díky přiděleným kódům jednotlivým rodinám, pod kterými jsou všechna data následně zpracovávána. Při každém sběru dat je matkou (rodiči, resp. i od sledovaného adolescenta) podepsán informovaný souhlas.

Pro tuto práci byly použity dotazníky, které vyplňovali adolescenti o sobě v 15 letech věku, jejich matky v tomtéž období jednak o sobě, jednak o sledovaném adolescentovi, učitelé a pediatri o sledovaném adolescentovi. Z nich byly po operacionalizaci vybrány konkrétní otázky (data).

Výzkumný soubor tvoří adolescenti, kterým byla diagnostikována psychická porucha (jedná se o častěji se vyskytující poruchy, které nezasahují do života jedince zvláště závažným způsobem: hyperkinetické poruchy, poruchy chování, specifické vývojové poruchy řeči a jazyka, specifické vývojové poruchy školních dovedností, poruchy příjmu potravy, poruchy nálady), event. více těchto poruch (komorbidita). Celou skupinu Mentální retardace a dále pervazivní vývojové poruchy ze skupiny Poruch psychického vývoje záměrně ze sledování vynechávám, jelikož do života takto postižených jedinců zasahují velmi výrazně a specificky – existují již dostupné práce věnující se těmto jedincům. Tento výběr byl uskutečněn z dat z pediatrických dotazníků. Celkový počet výzkumného souboru adolescentů s psychickými poruchami (výzkumný soubor) je $N = 447$.

K této skupině byla ke statistickému porovnávání vytvořena skupina „kontrastní“, neboli soubor adolescentů bez diagnózy psychické poruchy (toto kritérium bylo splněno od narození po 15 let jejich věku). Celkový počet adolescentů bez diagnóz (kontrolní skupina) je $N = 2\,838$.

Z hlediska vymezení adolescence spadají tito jedinci do období střední adolescence (vymezeno 14–16 let; podle Macek, 2003), šetření je provedeno z dat získaných v jejich 15 letech.

Dotazníky se kódují podle předem stanovených propracovaných kódovacích instrukcí a následně se pořizují do počítače, celý tento proces je na několika výstupech pečlivě kontrolován. Posléze byla data zpracována v programu SPSS standardními statistickými metodami. V souladu s výzkumným cílem bylo provedeno primární ošetření dat a klasická frekvenční analýza dat. Dále byla data testována pomocí parametrických testů. Pokud byla při zpracovávání dat porušena některá z podmínek pro parametrický test, byl použit test neparametrický. Byly tak testovány nulové hypotézy, tedy hypotézy o shodě rozložení ve sledovaných skupinách, případně o shodě středních hodnot tam, kde to vyžaduje povaha dat.

Výsledky

Pro zhodnocení rozdílů mezi sledovanými skupinami byl použit upravený model obsahující čtyři základní dimenze, které jsou na obecnější úrovni (Navrátil a Musil, 2000) – fyziologické, psychologické, sociální a noogenní potřeby – ty však byly dále rozpracovány na další subdimenze, které byly testovány pomocí konkrétních indikátorů. Vzhledem k rozsahu sledovaných indikátorů bude uveden jen jejich výčet a konkrétní výsledky popsány jen u statisticky významných zjištění.

1. Fyziologické potřeby

Tato část je dále členěna na subdimenze stravování, bydlení, péče o zdraví a finanční situaci.

V sekci stravování byly zvoleny tyto indikátory – kolikrát denně jí; držení diety; věková průměrnost výživy. V prvních dvou indikátorech nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly. Z vyjádření pediatriů o věkové průměrnosti výživy adolescentů nicméně vyplynul rozdíl mezi sledovanými skupinami. Z jejich údajů vyplývá, že 5,8 % adolescentů s psychickými poruchami nemá průměrnou výživu, v kontrolní skupině je to 3,6 %. Tento rozdíl je statisticky významný na hladině $p < 0,05$. Dá se také říci, že adolescenti s psychickou

Tabulka č. 1 Neshody adolescentů s rodiči

Důvod	p	Adolescenti s diagnózou			Adolescenti bez diagnózy		
		Často	Někdy	Nikdy	Často	Někdy	Nikdy
Svolení jít ven	< 0,01	6,6 %	57,4 %	36,1 %	11,0 %	45,9 %	43,0 %
TV pořady	< 0,05	5,9 %	29,7 %	64,3 %	2,6 %	29,9 %	67,5 %
Pití alkoholu	< 0,05	5,0 %	43,3 %	51,7 %	1,5 %	32,2 %	66,4 %

p = hladina významnosti

poruchou mají 0,61krát méně přiměřenou výživu než adolescenti bez diagnózy (OR = 0,612; interval OR = /0,390; 0,961/, $p < 0,05$).

V sekci bydlení byly hodnoceny indikátory stěhování a vlastní prostor adolescenta. Rozdíly mezi skupinami nejsou statisticky významné.

V oddílu péče o zdraví byly sledovány indikátory spánků (pravidelný režim, průměrná délka spánku, jeho subjektivní dostatek); návštěvy lékaře (kurativní a preventivní) a subjektivní hodnocení vlastního zdraví. Žádný z výsledků nebyl statisticky významný.

Subdimenze finanční situace testuje indikátory příjem rodin; kapesné adolescentů; vlastní výdělky adolescentů. Ani v této oblasti nebyly shledány rozdíly jako statisticky významné.

2. Psychické potřeby

Tato dimenze je opět rozdělena na podkategorie popisující konkrétnější aspekty souboru psychologických potřeb, a to sebedůvěru, životní zkušenosti a styl výchovy v rodině.

Sebedůvěra byla posuzována pomocí dotazníku sebehodnocení (RSES – Rosenbergova škála), ve které obě porovnávané skupiny dosáhly v průměru shodných výsledků.

Životní zkušenosti jsou hodnoceny pomocí Inventáře životních událostí, v němž je obsažen výčet možných událostí, o kterých se sledování adolescenti vyjadřují, zda se jim staly v období posledních čtyř let. Byly jednak zmapovány konkrétní jednotlivé události a v dalším kroku též celkový součet těchto událostí (jakožto zhodnocení míry prožitého stresu). Jako statisticky významný byl zjištěn rozdíl pouze v oblasti vztahových problémů. Adolescenti s psychologickými poruchami mají 1,53krát častěji problémy ve vztazích s partnerem než adolescenti bez diagnóz (tyto problémy uvedlo 42,4 % a 32,4 % adolescentů), a to na hladině významnosti $p < 0,01$ (OR = 1,533; interval OR = /1,115; 2,106/, $p < 0,01$). V celkovém součtu událostí nebyl zjištěn rozdíl mezi skupinami.

Výchova v rodině byla mapována pomocí indikátorů – přehled rodičů o činnosti adolescen-

tů; povídání s rodiči; neshody s rodiči (frekvence, důvody); domácí pravidla a povinnosti; odměny (frekvence, způsoby); tresty (frekvence, způsoby). Statisticky významné rozdíly nebyly nalezeny mezi indikátory přehled rodičů o činnosti, povídání s rodiči, domácí pravidla a povinnosti a odměny. Signifikantní rozdíly se ukázaly v důvodech neshod s rodiči² a způsobech trestání³.

Jako statisticky významné tedy vyplynuly rozdíly u tří důvodů neshod mezi rodiči a adolescenty:

- *svolení jít ven* – adolescenti s psychologickými poruchami mají 0,6krát často (resp. tedy méně časté) spory o to, zda mohou jít někam ven než adolescenti z kontrolní skupiny, a to na hladině významnosti $p < 0,01$ (interpretace podle relativního rizika: RR = 6,6/11 = 0,6; $p < 0,01$)
- *výběr televizních pořadů* – adolescenti s psychologickými poruchami mají 2,26krát častěji spory ohledně toho, na co se dívají v televizi, než adolescenti z kontrolní skupiny, a to na hladině významnosti $p < 0,05$ (interpretace podle relativního rizika: RR = 5,9/2,6 = 2,26; $p < 0,05$)
- *pítí alkoholu* – adolescenti s diagnostikovanými psychologickými poruchami mají 1,85krát častěji spory týkající se jejich konzumace alkoholu než adolescenti bez diagnóz, na hladině významnosti $p < 0,05$ (OR = 1,847; interval OR = /1,061; 3,213/; $p < 0,01$)

Jako statisticky významné rozdíly mezi skupinami byly odhaleny následující dva způsoby trestání adolescentů:

- *zákaz něčeho, co bylo předtím dovoleno* (výlet, kino apod.) – tímto způsobem jsou trestáni adolescenti s psychologickými poruchami 1,66krát častěji než adolescenti bez diagnóz, a to na hladině významnosti $p < 0,001$ (OR = 1,657; interval OR = /1,257; 2,184/; $p < 0,001$)
- *odmítnutí komunikace* – adolescenti s psychologickými poruchami jsou 1,68krát častěji trestáni tak, že s nimi rodič nemluví, než adolescenti bez diagnóz, na hladině významnosti $p < 0,01$ (OR = 1,677; interval OR = /1,141; 2,467/; $p < 0,01$)

Tabulka č. 2 Způsoby potrestání

Způsob	p	Adolescenti s diagnózou	Adolescenti bez diagnózy
Zákaz předem slíbeného	< 0,001	51,3%	38,8%
Odmítnutí komunikace	< 0,01	16,3%	10,4%
p = hladina významnosti			

3. Sociální potřeby

Tato část je rovněž rozdělena na subdimenze, týkající se složení rodiny a domácnosti, sociální sítě, sociální opory, vzdělávání a rizikového chování.

V kategorii složení domácnosti byly testovány následující indikátory – úplnost rodiny; počet partnerů matky; složení blízké rodiny. Nebyly shledány signifikantní rozdíly.

Dimenze sociální sítě byla mapována pomocí počtu blízkých kamarádů; typologie kamarádů; věkové přiměřenosti kamarádů. V udávaném počtu blízkých kamarádů nebyl shledán rozdíl mezi skupinami. Signifikantní rozdíly naopak byly nalezeny v dalších dvou indikátorech.

Adolescenti s psychickými poruchami vyhledávají společnost stejně starých vrstevníků 0,84krát méně než adolescenti bez diagnóz (interpretace podle relativního rizika: $RR = 62,6/74,1 = 0,844$; $p < 0,05$) a naopak se cítí nejlépe se staršími osobami, než jsou oni sami, 1,5krát častěji než adolescenti kontrolní skupiny (interpretace podle relativního rizika: $RR = 31,9/20,8 = 1,534$; $p < 0,05$).

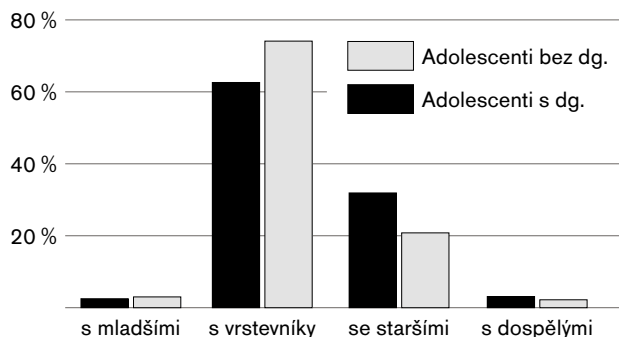
Byly sledovány rizikové charakteristiky blízkých kamarádů adolescentů (kuřáci, často se opíjející jedinci, osoby užívající drogy). Bylo tak zjištěno, že adolescenti s psychickými poruchami mají 1,48krát častěji kamarády, kteří užívají i jiné drogy než alkohol a cigarety ($OR = 1,480$; interval $OR = /1,047; 2,091/$; $p < 0,05$).

Dále byla hodnocena sociální opora sledovaných adolescentů, a to pomocí Dotazníku sociální opory u dětí a dospívajících (CASSS – Child and Adolescent Social Support Scale). Bylo provedeno zhodnocení celkového skóre četnosti (frekvence), celkového skóre vnímané důležitosti sociální opory a dále jednotlivé zdroje poskytované opory. Žádný rozdíl mezi sledovanými skupinami však oproti předpokladu nebyl shledán statisticky významným.

V subdimenzi vzdělávání byl mapován zájem rodičů; problémy ve škole; školní výsledky; počet škol (jejich změny); typ navštěvované školy. Žádný z indikátorů však rovněž nevykázal statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Část rizikového chování sledovala projevy adolescentů jako výbuchy vzteku; rvačky; lhaní; podvody; krádeže; záškoláctví; pohlavní styk. Výbuchy vzteku spojené s neovládáním sebe sama u sebe

Graf č. 1 Věková přiměřenost kamarádů (počet adolescentů v %)



pozoruje 58,2% adolescentů s poruchami oproti 49,6% adolescentů bez diagnóz. Tento rozdíl je statisticky významný, a to na hladině významnosti $p < 0,05$. Dá se říci, že adolescenti s poruchami se 1,4krát častěji neovládou než adolescenti kontrolní skupiny ($OR = 1,412$; interval $OR = /1,030; 1,935/$; $p < 0,05$). Zajímavé jsou výsledky zjištěné ohledně pohlavního styku. 15,6% adolescentů s poruchami a 10,0% adolescentů bez diagnóz uvedlo, že již mělo pohlavní styk (připomeňme si, že se jedná o data do 15 let věku⁴). Tento rozdíl je statisticky významný, a to na hladině významnosti $p < 0,05$. Dá se říci, že adolescenti s poruchami mají 1,67krát častěji pohlavní styk před patnáctým rokem než adolescenti kontrolní skupiny ($OR = 1,665$; interval $OR = /1,062; 2,608/$; $p < 0,05$).

4. Noogenní potřeby

Tato dimenze není dále dělena, v jejím rámci jsou posuzovány dva indikátory – návštěva bohoslužeb; modlitba.

V návštěvách bohoslužeb nebyl shledán signifikantní rozdíl mezi skupinami.

Adolescentů s psychickými poruchami se pravidelně nebo někdy modlí 30,5 %, ze skupiny kontrolní je to jen necelých 22 %. Tento rozdíl je statisticky významný, na hladině $p < 0,05$. Dá se říci, že se modlí 1,59krát více adolescentů s psychickou poruchou než bez ní ($OR = 1,586$; interval $OR = /1,162; 2,166/$; $p < 0,05$).

Diskuse

Z hlediska sociálního fungování je vhodné se mj. zabývat tím, jak jedinci využívají formální zdroje, kam se řadí kromě jiného lékařská péče (Navrátil, 2003; CAF, 2009). Náš výzkum ukazuje,

že adolescenti s psychickými poruchami lékařské péče využívají stejně jako kontrolní skupina. Haavet a kol. (2005)⁵ ve svém výzkumu prokázali, že adolescenti, kteří prožili negativní životní události, častěji vyhledávají péči lékařů. Životní události tato práce rovněž sleduje (ačkoliv nebyla hodnocena provázanost se spotřebou péče). V našem vzorku obě porovnávané skupiny adolescentů prožily přibližně stejné události i velmi podobný počet těchto událostí. Lze tak uvažovat nad tím, že jelikož spotřeba lékařské péče je také téměř shodná, není v tomto směru psychická porucha zatěžující intervenující proměnnou.

Jako zásadní rizikový faktor se často uvádí chudoba. Jak uvedl Šrajter a Musil (2008), mj. zdravotní stav a ekonomická situace patří do charakteristik jedinců, které ovlivňují jejich zvládání životních úkolů. Finanční situace rodiny (Navrátil, 2003; Vrtbovská, 2006; Golightley, 2008; Hollandová, 2004) je považována za jeden ze základních posuzovaných znaků, jelikož zásadním způsobem ovlivňuje zabezpečování primárních potřeb jedinců (bohužel velmi často se v praxi posouzení zaměřuje právě jen na tyto materiální aspekty – viz např. Ševčíková: Bajer, 2006). Z výzkumu Hurtiga a kol. (2007)⁶ zaměřeného na rodinné prostředí adolescentů s ADHD a komorbiditou vyplynulo, že tito adolescenti žijí signifikantně častěji v rodinách s nízkými příjmy. V této práci však nebyly očekávané rozdíly mezi skupinami potvrzeny. Jako jeden z možných důvodů se nabízí širší vzorek sledovaných psychických poruch v experimentální skupině. Eventuálně můžeme zvažovat kulturní, resp. sociokulturní rozdíly.

Kauzální vztah mezi nízkým sebehodnocením a depresí prokázal výzkum Steinhausena a kol. (2007)⁷. Naš soubor adolescentů však vykazuje téměř shodnou míru sebehodnocení jako kontrolní skupina. Možnou příčinou může být širší rozmezí sledovaných poruch v rámci experimentálního souboru adolescentů.

Macek (2003) upozorňuje, že pokud souběžně s vývojovými změnami v adolescenci působí

i další markantní nečekané změny (události, jako např. úmrtí v rodině, rozvod ad.), může pak tato konstelace vyvolávat silný stres. Dovolila jsem si odvodit, že stejně tak může zesilovat toto riziko právě psychická porucha. V této práci sledovaná intervenující proměnná událost „psychické poruchy“ ovšem neprokázala zvýšení rizika v dalších životních událostech. Je však na místě zvažovat, že ačkoliv obě skupiny adolescentů zakusily téměř stejný počet událostí, může právě na adolescenty s poruchami prožitý stres působit silněji, a je třeba tomuto aspektu věnovat zvýšenou pozornost.

Z výzkumu Hurtiga a kol. (2007) zaměřeného na rodinné prostředí adolescentů s ADHD a komorbiditou vyplynulo, že rodiče těchto adolescentů signifikantně častěji věnují jen malý zájem aktivitám adolescentů. Naše práce tyto výsledky v žádném případě nepotvrdila, spíše naopak. Můžeme zvažovat, zda je důvodem širší záběr psychických poruch ve sledované skupině adolescentů, nebo intervenuje např. charakter celého vzorku participujícího v projektu ELSPAC⁸.

Probstová (2005) uvádí, že u rodinných příslušníků jedinců s psychickými poruchami se mohou často objevit negativní reakce, kromě jiných zmiňuje i neustálý dohled, ignoraci a zvýšenou kritičnost. Neustálý dohled výsledky naší práce nepotvrdily, přehled o činnostech adolescentů je podobný v obou sledovaných skupinách. O mírných projevech ignorace zde však můžeme uvažovat, jelikož z dat vyplynulo, že adolescenti s psychickými poruchami jsou signifikantně častěji trestáni odmítnutím komunikace. Tento způsob trestu považují z psychologického hlediska za poněkud problematický, jelikož může vyvolávat v adolescentech pocity odcizení, odmítání jejich osoby, a tím tak snižovat jejich sebehodnocení i narušovat vývoj jejich osobní identity.

S jistou obezřetností doporučuji sledovat konkrétní osoby zahrnuté do sociální sítě adolescentů. Vrstevníci totiž znamenají pro mládež důležitý prvek jejich života. „Řada z nich hledá právě mezi

Tabulka č. 3 „Riziková“ kamarádi adolescentů

Kamarádi	p	Adolescenti s dg.	Adolescenti bez dg.
Kuřáci	–	71,2 %	70,5 %
Často se opíjející	–	34,5 %	31,5 %
Užívající drogy	< 0,05	32,2 %	24,3 %
p = hladina významnosti; dg. = diagnóza			

svými vrstevníky referenční osoby, skupiny, v nichž hledají a utváří svou vlastní identitu.“ (Šišláková, 2006: 46; též podobně např. Langmeier, 2006; Lerner, 1985; Macek, 2003.) Tato práce zjistila závažné údaje o sledovaných adolescentech, neboť vyplynulo, že skupina adolescentů s psychickými poruchami signifikantně častěji vyhledává společnost starších vrstevníků a také se mezi jejich blízkými kamarády nachází více „rizikových“ osob.

Výsledky mapující zdroje sociální opory poskytované adolescentům jsou v souladu s výzkumem Snopka a Hublové (2008), kteří rovněž uvádějí nejvyšší skóry u kamarádů/kamarádek, následované rodiči a spolužáky, což podle autorů koresponduje i s předchozími studiemi. Dále vyplynula poměrně vysoká vnímaná opora poskytovaná od učitelů. Tento fakt můžeme považovat za pozitivní, v souladu s vyjádřením Šišlákové (2006), že podporující učitelé jsou resiličním (protektivním) prvkem spadajícím do mezosystému adolescenta, stejně jako dobré vazby mezi spolužáky, které byly rovněž v této práci potvrzeny.

Nižší míru problémovosti ve škole, která také vyplývá z předložených výsledků, lze opět interpretovat na základě předchozích zjištění o dobrých vztazích mezi spolužáky a podporou ze strany učitelů, jakožto protektivních faktorů (srov. Šišláková, 2006).

Z teoretických úvah dále na základě konceptu resilience vyplynulo, že adolescenti s psychickými poruchami obecně mohou mít resilienci snižovou, navíc období adolescence je citlivé na rozvoj rizikového a problémového chování (Šišláková, 2005). Výsledky této práce zčásti tento předpoklad potvrzují – bylo prokázáno snížené sebeovládání, a především pak lze sledovat ohrožení v sexuálních aspektech – dřívější zahájení pohlavního života; navíc s přihlédnutím k určité rizikovosti u blízkých kamarádů – alkohol, kouření, drogy.

Na druhé straně, vztah adolescentů s psychickými poruchami k náboženství je poměrně kladný. Zdá se dokonce, že své noogenní potřeby naplňují o něco více než adolescenti bez diagnózy. Nabízí se tak prostor pro sociální pracovníky, aby se nebáli otevírat témata náboženství, smyslu života apod. při práci s touto klientelou, neboť mohou působit jako jeden z resiličních prvků v životní situaci adolescentů.

Považuji za potřebné zamyslet se rovněž nad tím, zda se samotné diagnostické kategorie příliš nepromítly do získaných výsledků. Tak např. mentální anorexie má jistě přímý vztah ke způsobu

stravování apod. Domnívám se však, že tento vliv by bylo možno spatřovat tam, kde sice rozdíly mezi sledovanými skupinami jsou, avšak nejsou natolik velké, aby byly významné statisticky (těchto rozdílů bylo nalezeno větší množství, některé byly pro názornost v textu uvedeny). Aby však mohly být rozdíly významné statisticky, musí je vykazat větší počet jedinců, tzn. i s jinými poruchami.

Závěr, doporučení

Práce posuzovala životní situaci sociální skupiny s určitým znakem (psychická porucha – sociální kategorie, která má vliv na role, očekávání ze sociálního prostředí i na schopnost jedinců situace zvládat). Hodnocení situace probíhalo na samém počátku adolescence, kdy ještě mohou hrát větší roli rodiče (o kterých se dá předpokládat, že mají vyšší zájem o své děti než naprosto „běžná“ populace, vzhledem k jejich nezištné participaci na longitudinálním projektu). Může se stát, že větší problémy přinese další životní úsek zkoumaných jedinců, a bylo by vhodné tento předpoklad dále výzkumně ověřit v navazující práci. Také lze rozšířit sledované proměnné, případně zvolit jiný způsob posouzení nebo je možné použít k tomu jiný model (obsahu životní situace).

Jak bylo uvedeno, adolescenti s psychickými poruchami jako posuzovaná skupina nevykázali příliš mnoho rozdílů v sociálním fungování ve srovnání s běžnými adolescenty. Svoji roli může hrát i vysoká heterogennost zahrnutých poruch. Je samozřejmé, že jednotlivci budou vykazovat široké rozpětí obrazu své životní situace. Nicméně i přesto se domnívám, že se na předložených zjištěních dají stavět následně vhodné intervence. Není totiž nutné se této skupiny klientů nějak „obávat“ a případně je odesílat jinam (k jiným odborníkům, např. psychologům), ale je možno s nimi pracovat i v rámci kompetencí sociální práce, pokud se adolescenti se svými problémy na pracovníky obrátí pro pomoc.

Na základě předložených výsledků si dovoluji zformulovat následující doporučení – zaměřit se více při své práci s adolescentními klienty na psychické a sociální potřeby. Tradičně se v praxi posuzují nejvíce ty fyziologické (základní, materiální zabezpečení). Práce však prokázala, že je nutno obrátit pozornost sociálních pracovníků i jinam (samozřejmě pokud klient není v ohrožení života, kdy mají fyziologické potřeby přednost). Posouzení životní situace by tak nemělo u fyziologických potřeb končit, ale naopak pouze začínat.

Následné intervence je možno mj. stavět na noogenních otázkách (smysl života, logoterapie apod.), taktéž silným resilienčním potenciálem se jeví sociální opora, která je adolescentům poskytována (zde však znovu upozorňuji na potřebu zjistit více informací o konkrétních kamarádech – z hlediska rizikovitosti).

Dále doporučuji zabývat se otázkami partnerství, chození, sexuálního života apod. Z výzkumu vyplynulo, že není vhodné brát tyto otázky na lehkou váhu, a to ani u velmi mladých adolescentů, jelikož se prokázalo, že intimní vztahy mají, prožívají a dokonce v nich vykazují hodně potíží.

Je však samozřejmé, že v praxi je nutno přistupovat ke každému klientovi zcela individuálně. Vedlejším cílem práce bylo pokusit se přispět ke zmírnění možných obav či předsudků vůči této kategorii klientů.

Tato práce byla napsána s podporou grantu IGA MZ ČR č. NS 9669-3/2009.

Zkratky

ELSPAC	European Longitudinal Study of Parenthood and Childhood (Evropská dlouhodobá studie rodičovství a dětství)
WHO	World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí (International Classification of Diseases – ICD)
RSES	Rosenberg Self-Esteem Scale (Rosenbergova škála sebehodnocení)
CASSS	Child and Adolescent Social Support Scale (Dotazník sociální opory u dětí a dospívajících)
CAF	Common Assessment Framework (Posuzovací dotazník)
ADHD	syndrom deficitu pozornosti a hyperaktivity

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: VPPSP LF MU, Bieblova 16, 613 00 Brno, tel. 549 494 887, e-mail: luciefoltova@mail.muni.cz.
- 2 Byly sledovány následující důvody: složení stravy, příprava do školy, známky, nepořádnost, pomoc v domácnosti, svolení jít ven, doba návratu domů, pozdní návraty, čas u PC, TV pořady, na-

kládání s penězi, výběr partnera, kouření cigaret, pití alkoholu.

- 3 Byly sledovány následující způsoby trestů: zákaz TV, PC, zákaz oblíbené činnosti, zabavení něčeho oblíbeného, zákaz něčeho předem slíbeného, zadání práce, postavení do kouta, „domácí vězení“, příkaz učit se, plesknutí či uhození, výprask, vyhubování, promluva do duše, odmítání komunikace.
- 4 První pohlavní styk měli tito adolescenti: před dvanáctým rokem 3,8 % (2,9 %); ve 13 letech 0 % (9,6 %); ve 14 letech 96,2 % (87,5 %). Tyto rozdíly nejsou statisticky významné.
- 5 Výzkumníci zkoumali, zda prožití negativních událostí (rozchod rodičů, smrt blízké osoby, šikana, násilí, sexuální zneužití a velký tlak na výkon) zvýší počet návštěv lékařů (praktičtí i odborní lékaři). Prokázali zde souvislost; na rozdíl od neprokázané souvislosti zvýšené spotřeby péče s nízkou finanční situací, stejně jako s nezaměstnaností rodičů.
- 6 Jedná se o finský výzkum, z jehož výsledků plyne, že adolescenti s ADHD a komorbiditou častěji žijí v neúplných rodinách, v rodinách s nízkými příjmy, jejich matky jsou nespokojeny se svým životem a rodiče jeví malý zájem o aktivity adolescentů. Výzkumníci shrnují, že tito adolescenti žijí v rodinném prostředí, které jim neposkytuje dostatečnou podporu pro jejich optimální vývoj.
- 7 Autoři zkoumali více proměnných (životní události, coping, výchovný styl rodičů, rodinné vztahy, školní prostředí ad.) v longitudinální studii ve Švýcarsku. Prokázali kauzální vztah mezi nízkým sebehodnocením, vnímaným mateřským odmítáním a internalizačními problémy s depresí.
- 8 Dá se předpokládat, že v projektu ELSPAC, tedy longitudinální studii, participují především zangažovaní rodiče (a jejich rodiny), kterým není osud jejich potomků lhostejný, ale naopak jeví o své potomky (sledované ve studii) všeobecný zájem.

Seznam literatury:

- BAJER, P. V posouzení životní situace se upřednostňují materiální podmínky před hodnotou rodiny. *Rozhovor s H. Ševčíkovou. Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, č. 1, s. 3–5.
- BARKER, R. L. *The Social Work Dictionary*. Washington: National Association of Social Workers (NASW), 2003.
- BARTLETT, H. M. *The Common Base of Social Work Practice*. Washington: National Association of Social Workers (NASW), 1970.

Children's and Adolescents' Health in Europe. 2003. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0203e.pdf> Přehledová zpráva WHO [on-line] [18. 1. 2010]

Common Assessment Framework: Managers' and Practitioners' Guides. 2009. <http://www.dcsf.gov.uk/everychildmatters/resources-and-practice/IG00063/> Příručka britské vlády [on-line] [25. 2. 2010]

GOLIGHTLEY, M. **Social Work and Mental Health.** Exeter: Learning Matters, 2008.

HAAVET, O. R., et al. **Do Negative Life Experiences Predict the Health-Care-Seeking of Adolescents? A Study of 10th-year Students in Oslo, Norway.** *Journal of Adolescent Health*, 2005, Vol. 37, p. 128–134.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. **Psychologický slovník.** Praha: Portál, 2000.

HARTL, P. **Stručný psychologický slovník.** Praha, Portál, 2004.

HOLLAND, S. **Child and Family Assessment in Social Work Practice.** London: SAGE Publications Ltd., 2004.

HURTIG, T., EBELING, H., et al. **ADHD and Comorbid Disorders in Relation to Family Environment and Symptom Severity.** *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2007, Vol. 16, No. 6, p. 362–369.

KOVAŘÍK, J. **Posuzování potřeb ohroženého dítěte.** In MATOUŠEK, O. (ed.). *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál, 2003.

LABÁTH, V., a kol. **Riziková mládež. Možnosti potenciálních změn.** Praha: Sociologické nakladatelství, 2001.

LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. **Vývojová psychologie.** Praha: Grada, 2006.

LERNER, R. M. **Adolescent Maturational Changes and Psychosocial Development: a Dynamic Interactional Perspective.** *Journal of Youth and Adolescence*, 1985, Vol. 14, No. 4, p. 355–372.

MACEK, P. **Adolescence.** Praha: Portál, 2003.

MAHROVÁ, G., VENGLÁŘOVÁ, M., a kol. **Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním.** Praha: Grada Publishing, 2008.

Mezinárodní klasifikace nemocí. Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize. MKN-10. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky, 1992.

Mezinárodní klasifikace nemocí MKN-10. Aktualizovaná elektronická verze (platnost od

1. 1. 2009). <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html> [on-line] [24. 2. 2010]

Mental Health of Children and Adolescents. <http://www.euro.who.int/document/MNH/ebrief14.pdf> Shrnutí z evropské konference duševního zdraví WHO, Helsinky, 2005. [on-line] [18. 1. 2010]

NAVRÁTIL, P., MUSIL, L. **Sociální práce s příslušníky menšinových skupin.** *Sociální studia: Sborník prací fakulty sociálních studií*, 2000, č. 5, s. 127–163.

NAVRÁTIL, P. **Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka.** *Sociální práce/Sociálna práca*, 2003, č. 2, s. 84–94.

PROBSTOVÁ, V. **Sociální práce s duševně nemocnými.** In MATOUŠEK, O., a kol. *Sociální práce v praxi. Specifika různých cílových skupin a práce s nimi.* Praha: Portál, 2005, s. 133–162.

RAHN, E., MAHNKOPF, A. **Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi.** Praha, Grada, 2000.

SNOPEK, M., HUBLOVÁ, V. **Sociální opora a její vztah k životní spokojenosti, sebehodnocení a osobnosti u adolescentů: rodové rozdíly.** *Československá psychologie*, 2008, č. 5, s. 500–509.

STEINHAUSEN, H. C., HASLIMEIER, C., METZKE, C. W. **Psychosocial Factors in Adolescent and Young Adult Self-Reported Depressive Symptoms: Causal or Correlational Associations?** *Journal of Youth and Adolescence*, 2007, No. 36, p. 89–100.

ŠIŠLÁKOVÁ, M. **Resilience jako východisko pro sociální práci s rizikovou mládeží.** In SMUTEK, M. (ed.). *Možnosti sociální práce na počátku 21. století.* Hradec Králové, Katedra sociální práce a sociální politiky, Univerzita Hradec Králové, 2005, s. 110–117.

ŠIŠLÁKOVÁ, M. **Využití resilience v sociální práci s rizikovou mládeží.** In TRUHLÁŘOVÁ, Z., SMUTEK, M. (eds.). *Riziková mládež v současné společnosti.* Hradec Králové, Katedra sociální práce a sociální politiky, Univerzita Hradec Králové (Gaudeamus), 2006, s. 43–51.

ŠRAJER, J., MUSIL, L. (eds.). **Etické kontexty sociální práce s rodinou.** Olomučany, Finaltisk, s. r. o. (nakladatelství ALBERT), 2008.

VRTBOVSKÁ, P. **Moderní pojetí sociální práce s rodinami a dětmi v obtížné rodinné situaci.** *Sociální práce/Sociálna práca*, 2006, č. 1, s. 37–45.

Role sociálního pracovníka v rámci zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce

The Role of the Social Worker in the Field of Employment of Disadvantaged People on the Labour Market

Iva Burianová

Mgr. Iva Burianová¹ působí téměř deset let v oblasti sociálních služeb. Je inspektorkou kvality sociálních služeb. Vyučuje na Vyšší odborné škole sociální Brno, Kotlářská 9.

Abstrakt

Příspěvek poukazuje na působení sociální práce realizované nestátními neziskovými organizacemi (NNO) v oblasti zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce. Jeho cílem je nastínit roli sociálního pracovníka a kontext sociálních služeb, v rámci kterého je realizována. Text doplňují dílčí výsledky analýzy rozhovorů realizovaných na jaře 2010, kterou byly mj. identifikovány hlavní činnosti a úkoly sociálních pracovníků NNO působících v této oblasti ve městě Brně.

Klíčová slova

sociální práce, role, osoby znevýhodněné na trhu práce, zaměstnávání, NNO, sociální služby

Abstract

This report points out the impact of the social work which is realized by non-governmental non-profit organizations (NGO) in the field of the employment of the people who are disadvantaged at the labour market. Its aim is to outline the role of the social worker and the context of social services within which this role is realized. The text is supplemented by the partial results of the analysis of the interviews realized in spring 2010. Part of this analysis was the identification of the main activities and tasks of the social workers of NGO employed in the city Brno who work in this area.

Keywords

social work, role, people disadvantaged at labour market, employment, NGO, social services

Úvod

Současná společnost klade na člověka zcela jiné nároky, než na které byl zvyklý reagovat ve společnosti tradiční. Keller (2009: 9) upozorňuje, že bytí jsme „ujišťováni, že žijeme ve světě čím dál více racionálnější, výkonnější a efektivnější“, tak nás „obklopuje stále více nejistoty“. Tato nejistota se týká různých oblastí našeho života, tedy i oblasti pracovní. Obavy o práci a s tím související strach o udržení či vůbec zajištění životní úrovně jsou aktuálním problémem vzešlým ze zvyšující se nezaměstnanosti. V České republice navíc problémem poměrně novým, vzešlým až

ze společenských změn nastalých po roce 1989. Nezaměstnanost nepřináší obtíže jen v ekonomické oblasti. Někteří autoři poukazují na skutečnost, že pokud si nezaměstnaný nenajde práci včas, nejlépe do šesti měsíců, dochází k takovým změnám v osobnosti, motivaci a psychologickém stavu, které ztěžují znovuzapojení do pracovního procesu (Buchtová, 2002).

Nezaměstnaní lidé tvoří zcela homogenní skupinu. Postupně byly identifikovány okruhy osob, jejichž přístup k zaměstnání je více ohrožen (osoby znevýhodněné na trhu práce), kterým by měla být věnována zvýšená péče při

zprostředkování zaměstnání (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, § 33)². Patří mezi ně lidé se zdravotním postižením, ženy s malými dětmi, lidé mladší 20 let či naopak starší 50 let, dlouhodobě nezaměstnaní, lidé potřebující zvláštní pomoc (osoby společensky nepřizpůsobené, osoby po ukončení výkonu trestu odnětí svobody atd.; srov. zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti). Nejvíce jsou ohroženy skupiny, které trpí kumulací několika znevýhodňujících faktorů (srov. např. Dudová, R., ed., 2008). Marginalizace na trhu práce je v dnešní době považována za „jednu ze základních forem sociální exkluze“ (Mareš, 2000: 288).

Společnost se prostřednictvím centrálně i lokálně nastavených vyrovnávacích strategií přijatých na rovině Evropské unie i v rámci jednotlivých členských států³ snaží na problém zvyšující se nezaměstnanosti reagovat. Přesto v „ekonomicky nejvyspělejších zemích narůstají počty těch, kdo jsou víceméně trvale vyloučeni z trhu práce a klesají pod práh chudoby. Jejich počty se zvyšují bez ohledu na fázi, ve které se právě nachází ekonomický cyklus“ (Keller, 2010: 58).

Instituce a organizace působící v oblasti zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce

V rámci zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce se uplatňují organizace státní i nestátní, které se dají také rozdělit na instituce a organizace napomáhající návratu na trh práce a organizace zaměstnávající osoby znevýhodněné na trhu práce (např. chráněné dílny). Tento příspěvek je zaměřen na zaměstnávání ve smyslu návratu na trh práce. Pozornost bude tedy věnována institucím a organizacím napomáhajícím návratu znevýhodněných osob na trh práce.

Významnou úlohu v této oblasti mají úřady práce realizující nástroje aktivní politiky zaměstnanosti, mezi které patří např. rekvalifikace, příspěvek na zapracování atd. (srov. zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti). Výstupy některých v praxi realizovaných projektů však poukazují na skutečnost, že mnoha znevýhodněným osobám nepostačují k nalezení pracovního místa nástroje aktivní politiky zaměstnanosti. Bez individuálního využití intervencí a metod sociální práce (nejen v rámci úřadů práce, kde to vzhledem k narůstajícímu počtu klientů často není možné) nejsou schopni nalézt pracovní místo, případně si ho udržet, a vracejí se zpět

do evidence úřadů práce (srov. např. Burianová, I., a kol., 2007, Plesník, V., a kol., 2004).

Při návratu na trh práce mohou těmto osobám pomáhat vedle úřadů práce i nestátní neziskové organizace poskytující sociální služby a zejména sociální pracovníci v nich působící. Jejich role v této oblasti zatím není vymezena a příspěvek se na základě zjištění vzešlých z rozhovorů realizovaných se sociálními pracovníky působícími v této oblasti ve městě Brně snaží na tuto situaci reagovat. Ještě předtím bude stručně přiblížena sociální práce realizovaná nestátními neziskovými organizacemi v kontextu sociálních služeb.

Sociální práce a role sociálního pracovníka v kontextu sociálních služeb

Podle definice Mezinárodní federace sociálních pracovníků⁴ sociální práce „podporuje sociální změnu, řešení problémů v mezilidských vztazích a posílení a osvobození lidí za účelem naplnění jejich osobního blaha ... sociální práce zasahuje tam, kde se lidé dostávají do kontaktu se svým prostředím“ (socialnirevue.cz).

Navrátil (2000: 7) vychází při definování sociální práce z konceptu sociálního fungování a říká, že „cílem sociální práce je podpora sociálního fungování klienta v situaci, kde je taková potřeba buď skupinově, nebo individuálně vnímána a vyjádřena. Sociální práce se profesionálně zabývá lidskými vztahy v souvislosti s výkonem sociálních rolí.“. Úkolem sociálního pracovníka je podpořit klientovo sociální fungování – tj. pomoci při obnově či získání takových dovedností, informací apod., jež klientovi umožní zvládat požadavky prostředí nebo naopak ovlivňovat ty nároky prostředí, které jsou nepřiměřené či jinak problematické.

Sociální pracovník je samostatný profesionál vzdělaný v oboru, který se řídí etickým kódexem své profese. Měl by se pohybovat v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy (Matoušek, 2003).

Kontext sociálních služeb

Před reformou sociálních služeb a vstupem zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v účinnost, probíhaly dlouhodobé diskuse o roli organizací (služeb) určených lidem znevýhodněným na trhu práce v rámci nově definovaných (typů) sociálních služeb. V oblasti přímého za-

městnávání byla diskutována otázka chráněných dílen⁵, v oblasti návratu na trh práce pak otázka podporovaného zaměstnávání⁶, jakožto služby, která by mohla být zařazena do typologie sociálních služeb v nově vznikajícím zákoně.

Zákon nastavil nová pravidla poskytování sociálních služeb. Vymezil užívaný pojmový aparát, přičemž sociální služba je definována jako „činnost nebo soubor činností podle tohoto zákona zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 3). Sociální služby mají pomáhat lidem žít běžným, jejich vrstevníkům podobným životem. Poskytovatelé mají povinnost se registrovat na příslušném krajském úřadě (a přitom zvolit konkrétní typ sociální služby vymezené v zákonu a cílovou skupinu, které je určena) a dodržovat povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, mezi které např. patří dodržování standardů kvality sociálních služeb (viz § 88, bod h).

Zákon také vymezil předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, který v oblasti sociálních služeb „vykonává sociální šetření, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence atd.“ (ÚZ č. 702 Sociální zabezpečení, 2009, § 109). Aby mohl sociální pracovník vykonávat své povolání, musí být způsobilý k právním úkonům, bezúhonný, zdravotně a odborně způsobilý. Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je absolvování některého vzdělávacího programu vymezeného zákonem, např. vyšší odborné vzdělání v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku atd., dále vysokoškolské vzdělání získané studiem v bakalářském, magisterském nebo doktorském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku atd. (více srov. § 110, odst. 4).

Konkrétně na pomoc osobám znevýhodněným na trhu práce či obecněji nezaměstnaným žádá ze sociálních služeb vymezených v zákoně zaměřena není. Nestátní neziskové organizace zaměřující se na tuto oblast (napomáhající znevýhodněným osobám při návratu na trh práce) mohou mít (a většinou mají) zaregistrovanou poměrně obecně vymezenou službu sociální rehabilitace. Sociální rehabilitace je „soubor spe-

cifických činností směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvojem jejich specifických schopností a dovedností, posilováním návyků a nácvikem výkonu běžných, pro samostatný život nezbytných činností alternativním způsobem využívajícím zachovaných schopností, potenciálů a kompetencí“ (srov. zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 70).

Pohled do praxe (ilustrace dané problematiky)

V rámci výzkumu⁷ realizovaného v první polovině roku 2010 byly provedeny rozhovory s 19 sociálními pracovníky z 8 brněnských neziskových organizací poskytujících služby lidem znevýhodněným na trhu práce při hledání a získání zaměstnání. Z těchto organizací jich 6 poskytuje služby v rámci zaregistrované sociální služby a 2 organizace registraci sociální služby připravují (mají však již registrovány jiné sociální služby a i v rámci dosud neregistrované služby pracují „v kontextu sociálních služeb“ a dodržují povinnosti poskytovatelů). Jedním z cílů výzkumu bylo zjistit, „jaké klíčové úkoly a hlavní povinnosti má sociální pracovník NNO v rámci zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce“.

Výzkumný vzorek nebyl tvořen graduální konstrukcí, ale tzv. „komplexním sběrem“. Na začátku výzkumu bylo zjištěno, kolik nestátních neziskových organizací pomáhajících znevýhodněným lidem zpět na trh práce v Brně působí. Všechny organizace (deset) byly osloveny s žádostí o umožnění provedení rozhovoru s jejich sociálními pracovníky, kteří se podílejí na dané službě. Do výzkumu se nakonec zapojilo již zmíněných osm organizací a 19 sociálních pracovníků v nich působících.

Vzdělání sociálních pracovníků – konverzačních partnerů odpovídalo požadavkům na odbornou způsobilost podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (viz výše). Byli mezi nimi zastoupeni absolventi všech vzdělávacích forem (vyšší odborné školy, bakalářského i magisterského studia) včetně jejich kombinací (např. absolvent vyšší odborné školy a nyní student či již absolvent vysoké školy). Nejčastějšími vystudovanými obory byly obor sociální práce a sociální pedagogika.

První realizované rozhovory byly narativní, aby se mohlo „vynořit, co je v této oblasti

významné“ (srov. Strauss, A., Corbinová, J., 1999) a odpovědi nebyly předem zkresleny, následně doplňující byly uskutečněny pomocí měkkého schématu rozhovoru.

Vzhledem k rozsahu článku neseznamuje se všemi závěry, ale s některými zásadními výstupy. V rámci analýzy získaných dat byly identifikovány tři základní oblasti vzájemně souvisejících činností, které vykonávají sociální pracovníci působící v této oblasti. První oblast se týká práce s uživatelem služby, druhá úkolů pro zajištění služby a třetí se týká spolupráce se zaměstnavateli a dalšími organizacemi či institucemi.

Práce s uživatelem služby

Výpovědi konverzačních partnerů ukázaly, že práci s uživateli služby lze rozdělit na práci přímou a nepřímou. V rámci *práce přímé*, realizované v průběhu poskytování služby, byly identifikovány dvě klíčové fáze, a sice počáteční kontakt a individuální práce směřující k naplnění osobních cílů. V rozhovorech byl zdůrazňován význam počátečního kontaktu s člověkem, při kterém se mimo jiné zjišťuje, zda zájemce o službu patří do cílové skupiny. Pokud ne, tak je mu doporučena jiná organizace.

Např. KP 6 k tomu uvedl: *„Pokud třeba někdo nespadá do naší cílové skupiny, ale řeší třeba problém nezaměstnanosti nebo problém vzdělávání, kterej bejvá dost často spojenej dohromady, tak já je třeba odkazuju na další neziskový organizace tady v Brně, který pomáhají nezaměstnaným.“* Také KP 2 uvedl, že *„...první, co mám jakoby za úkol prověřit na těch dokumentech klienta, nebo tehdy ještě zájemce, jestli k nám skutečně spadá...“*.

Pokud patří do cílové skupiny, pak je informován o službě (o podmínkách poskytování služby, o právech a povinnostech) a dochází k mapování jeho potřeb.

Např. KP 2 uvedl, že *„...potom projednávám nějak ty podmínky té služby, to znamená, že ho seznámuji se všema pravidlami, jak to tady funguje [...] ptám se ho na jeho představu, s čím přichází, co by rád, jaký jsou jeho potřeby...“*. Důležitost prvního kontaktu vnímá i KP 10: *„...prvokontakt, tam jde hlavně o to, zmapovat, co ten člověk všechno umí v této oblasti, jak on se sám orientuje na trhu práce, jak zvládá různé techniky vyhledávání, jestli je schopný napsat si životopis, motivační dopis, takové vyložení praktické dovednosti k tomu získání zaměstnání [...] taky tam dochází na představení služeb...“* Podobný názor prezento-

vala i KP 12, která uvedla, že *„když klient přijde, tak ho musím informovat o službě, jakým způsobem služba probíhá, jaké jsou jeho práva, povinnosti vzhledem k zákonu o sociálních službách [...] je třeba ujasnit si představu co od nás chce, na čem chce spolupracovat, snažíme se mapovat jeho zájem o práci, v čem má silné stránky, v čem slabé, kde by chtěl pracovat...“*.

Po vyjasnění podmínek spolupráce, zmapování potřeb (pracovníci sdělovali, že mapování potřeb trvá různě dlouho, u některých uživatelů i několik prvních schůzek a v některých případech se prolíná i plánováním) nastává individuální práce s uživatelem, jejímž cílem je pomoci uživateli najít práci, resp. zvýšit jeho dovednosti potřebné pro uplatnění se na otevřeném trhu práce. V tu dobu je již uzavřena smlouva o poskytování sociální služby.

Tuto etapu popsal KP 2: *„...poté, co je podepsaná smlouva, tak už je ze zájemce uživatel a začíná se rozvíjet normální spolupráce a ta je založená na pokračování v tom mapování, člověk se na té první schůzce úplně neotevře, takže se začíná rozjíždět mapování, který se prolíná s plánováním té služby.“* Nastavení individuálního plánování s uživatelem služby popsala KP 9, která uvedla, že *„v rámci toho individuálního plánu máme to rozdělený obvykle na dlouhodobý cíl, což je nalezení práce, a pak jsou průběžný, krátkodobý cíle, to může být cokoli, třeba právě napsání životopisu, trénink pracovních pohovorů, trénink pohybu po městě...“*.

Mezi aktivitami, které jsou uživatelům nabízeny, jsou zejména aktivity zvyšující jejich počítačovou gramotnost (počítačové kurzy s individuální mírou podpory), komunikační dovednosti (návuk rozhovoru, telefonického rozhovoru, modelová výběrová řízení), psaní životopisů, motivačních dopisů atd.

Např. KP 9 sdělil, že: *„...pracujeme na rozvoji jejich sociálních dovedností, jako třeba učíme je komunikovat s širším okolím, učíme je komunikovat s těmi zaměstnavateli, připravujeme je na pracovní pohovory, učíme je komunikovat s úřadem práce atd. ... dále třeba naučit toho člověka aspoň základy na počítači, pokud je neumí, děláme s ním životopis, motivační dopis...“*

Lidé nejsou schopni reagovat na nové „způsoby a pravidla“ na trhu práce, které se týkají už vstupu na trh práce a hledání zaměstnání.

KP 14 uvedla, že *„někdo opravdu přichází s tím, že vůbec neví, jak se na ten otevřený trh práce*

dostat, takže tam pomáhám s podporou od psaní životopisů, motivačního dopisu až vlastně k nácvi-ku různých dovedností, jako je schůzka se zaměstnavatelem, telefonický kontakt, dále i jakoby takové osobní jednání s lidmi, protože občas se vyskytují i tyhle problémy, že člověk opravdu neví, jak navázat rozhovor, jakým způsobem se vůbec uvést, jak mluvit o tom svém handicapu...“.

Některí sociální pracovníci (resp. některé organizace) nabízejí uživateli i např. doprovody na pohovory či na pracoviště, pokud je přijat do zaměstnání a má zájem o podporu při zaškolení. Jedná se o podporu uživatelů s větším znevýhodněním.

Podle KP 1 „...někdo uvítá i tu pracovní asistenci, že tam su prostě na tom pracovišti, pomáhám klientovi se zorientovat, kde co je, na koho se má obracet, jako pochválit ho prostě, že pracuje, že zvládá a tak, říct mu prostě ano, teď jste to udělal dobře, v pořádku, pokračujeme dál, nestresujte se, všechno je dobré...“. Také organizace (služba), ve které pracuje KP 15, nabízí „...u některých klientů taky pracovní asistence [...] podle potřeby klienta přítomnost pracovního konzultanta přímo na pracovišti může být jeden dva dny, ale může být intenzivně třeba po dobu dvou tří týdnů, kdy nacvičujeme to, jak má zamést schody, jak má vynést koš apod.“.

Nalezením zaměstnání práce s uživatelem zcela nekončí. I u uživatelů, kterým neposkytují podporu při zapracovávání, sociální pracovníci sledují, jak se jim v zaměstnání vede, zda zvládají zapracování či jak by zvládli situaci při případné opětovné ztrátě práce.

Podle vyjádření KP 4 je „...naším smyslem a nějakým principem nejen to, aby si zaměstnání našel, ale aby si ho i udržel. Podporujeme lidi během třech měsíců zkušební doby a nějakou limitou pro mě je, že člověk zvládl tři měsíce, že se ho na konci zeptám třeba na to, co by dělal, kdyby o zaměstnání znova přišel, jakmile on mi řekne, přijdu za váma, tak to považuju za špatně, ale když mi řekne, jo, já bych si tohle sestavil, podíval bych se, posílal bych, volal bych...“.

Podobně reagovali i ostatní sociální pracovníci. Zmiňovali, že podstatné je naučení se či zdokonalení se v kompetencích potřebných pro úspěšný návrat na trh práce a schopnost uživatele využít je znovu, pokud v budoucnu o práci přijde.

Sociální pracovník pracuje v týmu, který je vyjma sociálních pracovníků v některých organizacích tvořen např. psychologem a lektory

kursů. Při mapování potřeb je u některých osob zjištěno, že např. potřebují využít také služby psychologa či psychoterapeuta.

KP 2 uvedl, že jedním z cílů jejich služby je „je psychická stabilizace klienta, a to na to jdeme tím, že tady máme naši vlastní paní psychologku...“. Podobně reagoval i KP 4, který sdělil, že „pracovní konzultanti mohou využít navazujících aktivit. Ty jsou různorodější. Do toho spadají kurzy, psycholog s nějakým poradenstvím...“. Také KP 5 uvedla, že uživatelé jejich služby „kolikrát mají [...] psychické problémy [...] někdy to už jakoby fakt musí zvládnout nějaký terapeut, opravdu třeba dva roky terapie, už to není jen na naučení se sociálním dovednostem, někdy je to fakt těžké a dlouhé a nezvládneme to jen tady...“.

Významnou roli hraje sociální pracovník v oblasti motivace uživatele, v oblasti nalezení naděje a nové životní energie.

KP 2 k tomu dodává: „Klienti často říkají, že jsou unavení a vyčerpání, vyhořelí dalo by se říct, už po té dlouhé době, co jsou pořád odmítání a svoji situaci vnímají jako bezvýchodnou [...] Když ten člověk to aspoň může někde vyventilovat, dostane nějakou zprávu, zpětnou reflexi toho pracovníka, jak na něho působí, jaký schopnosti má anebo nemá. Ten člověk získá zase takový zdravější sebeobraz, získá chuť něco dělat. Zjistí, že někdo se o něho fakt zajímá, že asi teda je pořád nějak užitečněj a smysluplněj v té společnosti, a zase třeba po nějaký době chytne ten drajv a tu chuť opravdu se s tím životem nějak porvat.“

Sociální pracovník je pro uživatele klíčovou osobou, provází ho službou a spolupracuje s dalšími odborníky podílejícími se na službě.

Nastavení své role popsal KP 2: „...jsme vlastně pro toho klienta takoví styční důstojníci, když cokoli bude potřebovat řešit, neví si s tím rady, když mu třeba nebude z nějakýho důvodu vydán certifikát, on tomu nerozumí proč, přichází na schůzku za mnou, řekne mi, co se stalo, co by potřeboval, a já to můžu dojednat s tím lektorem ty okolnosti“. Sociální pracovníci jsou zodpovědní také za pravidelné hodnocení služby a přenos informací. KP 3 k tomu uvedl: „...když děláme zhodnocení nějaký aktivity s klientem, tak on nám řekne spoustu věcí třeba o kursu, jaký to tam bylo a co by si představoval jinak. [...] zodpovídáme za ten proces přenesení těch informací kolegyni, která ty kurzy dělá nebo vzhledem k jakýkoliv jiné aktivitě navazující [...] přenášíme tady ty náměty, připomínky...“.

Mezi nepřímou prací s uživatelem patří podle sdělení konverzačních partnerů zejména administrativa. Jejich úkolem je především vedení dokumentace o uživateli služby.

Jak uvádí např. KP 9: „*Vedeme samozřejmě dokumentaci, v písemné formě i na počítači, musíme samozřejmě dodržovat nějaké standardy, vnitřní pravidla...*“ Podobně přiblížila administrativní stránku své práce KP 14: „*...klientovi musím vést složku, která musí mít určité náležitosti od nějakých dokumentů až po zápisy těch schůzek. V tom vidím přínos, že klient za a) se do té složky může podívat, kdykoliv by byla nějaká nesrovnalost, chtěli bychom se k něčemu vrátit, tak tohle je přínos v té dokumentaci, za b) pro mě je to jakoby návrat do té schůzky a já si můžu dát zpětnou vazbu, jestli to bylo správně, co jsme třeba neřekli, co je potřeba více probrat, a je to pro mě i taková příprava na další schůzky...*“

Mezi nepřímou prací můžeme zařadit také účast na supervizi, o které se zmínila většina sociálních pracovníků. Supervize umožňuje sociálním pracovníkům hovořit o případných vzniklých obtížích či problémech.

KP 13 zmínil, že „*na těch supervizích se nám občas něco nasadí do hlavy za otázku, tak o tom diskutujeme...*“.

Úkoly pro zajištění služby

K povinnostem sociálních pracovníků patří i úkoly, které se netýkají úplně tak uživatelů služby (byť s ní samozřejmě souvisí), ale práce v organizaci. Je to např. účast na poradách a plnění z nich vzešlých úkolů, tvorba výstupů pro donátory, podíl na psaní projektů atd.

KP 2 uvedl, že se „*...pak jako celkově spolupodílíme na té službě, máme nějaký porady, ze kterých třeba vychází nějaký úkoly, které je třeba zvládat...*“.

Velmi důležitým úkolem je zajištění financování služby, na kterém se někteří sociální pracovníci také podílejí.

Např. KP 12 uvedla, že: „*...klíčovou kompetencí je zajistit i finance na poskytování té služby, takže psaní různých projektů, grantů, abychom mohli podporovat klienty při hledání práce, tak nejprve na to musíme získat peníze.*“

Spolupráce se zaměstnavateli a dalšími organizacemi či institucemi

Z rozhovorů vyplynulo, že spolupráce se zaměstnavateli je považována za důležitou. Většina or-

ganizací se aktivně snaží oslovovat zaměstnavatele, informovat je o možnostech osob, se kterými pracují, a motivovat je k zaměstnání osoby znevýhodněné na trhu práce.

Např. KP 1 uvedla: „*...vyhledávám ty zaměstnavatele, čili jednání se zaměstnavateli, vysvětlování jim vlastně té problematiky naší cílové skupiny, to je hodně podstatný, protože oni málo mají přehled o tom, co je to teda toto onemocnění [...] pro zaměstnavatele je velmi podstatné, aby znali, jak by se ten člověk v tom zaměstnání projevil, jaký by bylo to znevýhodnění, v čem by potřeboval třeba upravené podmínky...*“

Se zaměstnavateli se snaží pracovat i KP 10, která uvádí: „*...snažím se jim zkrátka vycházet vstříc, když se třeba nějak podaří rozjednat spolupráce, tak zjednodušit jim třeba tu agendu s tím přijmutím toho pracovníka atd. Vyskytují se různé obavy na straně těch zaměstnavatelů, takže i tyhle se snažíme jakoby rozptýlit...*“

Sociální pracovníci také spolupracují s dalšími organizacemi a institucemi, např. s úřady práce. Účastní se také neformálních schůzek organizací poskytujících podobné služby ve městě Brně, v rámci kterých si vyměňují zkušenosti. Zástupci organizací se účastní také schůzek komunitního plánování města Brna.

Jak zmínila např. KP 10: „*...spolupracujeme s dalšími organizacemi, setkáváme se v rámci setkávání neziskovek s organizacemi, který dělají podobnou službu, jako děláme my ... taky komunitního plánování...*“ Podobně se vyjádřila i KP 12: „*...účastním se neformálního setkávání s pracovníky jiných neziskových organizací, vyměňujeme si zkušenosti a snažíme se nějak dopracovat toho, jak tuto službu poskytovat co nejlépe ... účastním se komunitního plánování atd.*“

V současné době v komunitním plánování sociálních služeb neexistuje skupina zaměřená na pomoc nezaměstnaným či osobám znevýhodněným na trhu práce. Sociální pracovníci se účastní setkání skupin zaměřených např. na řešení potřeb osob se zdravotním postižením či osob v krizi.

Na otázku, zda vnímají potřebu skupiny zaměřené na oblast jimi řešené problematiky, KP 2 odpověděl: „*Já to tak teda vnímám, že je to legitimní skupina, i když zatím se to zdálo, jako by nezaměstnaní nebyli vhodní pro sociální práci, nebyli potřební pro sociální práci. Trošku jsem to vnímal, že to nastavení společnosti, či nastavení, jaký je, že to, že je někdo nezaměstnaný, ještě*

samo o sobě nedefinovalo jeho potřebnost využít sociální služby. To si myslím, že by se mělo změnit, protože máme jak těm lidem pomoci, jak jim být užiteční a potom se to tomu státu zase vrátí. Já to považuju za důležitou věc.“

Sociální pracovníci vidí svůj úkol do budoucna také ve snaze o ovlivnění celospolečenského mínění vůči osobám znevýhodněným na trhu práce, prostřednictvím různých PR aktivit informovat o možnostech jejich uživatelů a zmírňovat předsudky.

KP 15 k tomu uvedla: „...co se týká úkolů, jak bych to řekla, směrem ke společnosti, tak asi bychom měli nějakými PR aktivitami se zviditelňovat, že bychom se měli snažit o změnu uvažování společnosti i zaměstnavatelů, aby prostě zaměstnávání člověka se znevýhodněním bylo prostě běžné a ne pořád nějakou výjimkou...“

Kontext sociálních služeb

Za zmínku stojí kontext sociálních služeb (a s ním souvisejících standardů kvality), který má významný vliv na podobu služby, zejména na práci s uživatelem služby (srov. standardy kvality sociálních služeb, jejich jednotlivá kritéria a z nich vyplývající požadavky na podmínky realizace služby, např. jednání se zájemcem, uzavírání smlouvy, individuální plánování atd.).

Na úřadu práce se mohou registrovat všichni nezaměstnaní, nejen osoby znevýhodněné na trhu práce. Pokud chce NNO poskytovat sociální služby, musí ve „veřejném závazku“ vymezit, který druh sociální služby poskytuje a jakému okruhu osob (*dříve cílová skupina*). Konkrétně na pomoc osobám znevýhodněným na trhu práce či obecněji nezaměstnaným žádá ze sociálních služeb vymezených v zákoně zaměření není. Nezaměstnaní nefigurují ani mezi okruhy osob, pro které jsou sociální služby určeny. Na tuto situaci někteří z konverzačních partnerů reagovali.

Např. KP 5 sdělila, že „nezaměstnaní nejsou žádná cílová skupina pro zákon [...] existují jiné cílové skupiny a spousta nezaměstnaných se tam jakoby ‚vecpe‘ do těch jiných skupin, ať už jsou to zdravotně znevýhodnění, lidi v krizi...“. Výhrady k této situaci vyjádřil KP 2, když v rozhovoru uvedl, že „...pro mě jako sociálního pracovníka je to nepřijemná situace v tom, že vlastně dělám sociální práci s někým, s kým bych ji možná dělat neměl [...] je to takový prapodivný. Ale ty lidi potřebuji tu sociální práci. Úřad práce sám o sobě nemá

ty nástroje, aby těm lidem skutečně pomohl ... prostě mě to zlobí, připadá mi to jako chybný krok, že tahleta cílovka vypadla z tohoto systému...“.

V rozhovorech zazněly návrhy na znovuootevření diskuse týkající se této otázky, vedoucí k revizi zákona o sociálních službách.

Např. KP 4 sdělil: „...zákon by měl projít nějakou revizí s odbornou veřejností, s neziskovkami, kterých se to týká, nejenom se státníma zařízeníma...“

Na druhou stranu bylo zmíněno také pozitivum, které zákon přinesl. Týkalo se zakotvení povinnosti vzdělávání sociálních pracovníků.

KP 15 zmínila, že: „...určitě je mou povinností a i velkým přáním nějaké další vzdělávání, což nám teda trošičku pomohl zákon o sociálních službách s povinnou dotací hodin na vzdělávání, i když si myslím, že těch 24 hodin ... no, ale aspoň něco. Aspoň mám pocit, že se ví o tom, že to vzdělávání je důležité...“

Diskuse a závěr

Záměrem příspěvku bylo poukázat na působení sociální práce realizované NNO v oblasti zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce. Jeho cílem pak nastínit roli sociálního pracovníka a kontext sociálních služeb, v rámci kterého je realizována. Byly přiblíženy tři základní oblasti vzájemně souvisejících činností, které vykonávají sociální pracovníci působící v této oblasti. První oblast se týká přímé a nepřímé práce s uživatelem služby. Druhá úkolů pro zajištění služby a třetí pak spolupráce se zaměstnavateli a dalšími organizacemi či institucemi.

S odkazem na výše zmíněný koncept sociálního fungování lze obecně shrnout, že sociální pracovník NNO působící v dané oblasti napomáhá svým klientům zvládat obtíže v jejich sociálním fungování, a to obtíže způsobené jak nedostatečnou (*oslabenou*) kapacitou klientova zvládání, tak obtíže způsobené nepřiměřeností nároků okolí (*trhu práce*). S obtížemi způsobenými nedostatečnou (*oslabenou*) kapacitou klientova zvládání vzniklé situace sociální pracovník pomáhá v roli průvodce službou NNO. Informuje klienta o požadavcích trhu práce (*zprostředkovává je ve srozumitelné podobě*) a umožňuje mu na ně prostřednictvím aktivit zvyšujících pracovní kompetence lépe reagovat. Poskytování služby probíhá v souladu s klientovými potřebami a jeho aktuálními možnostmi a schopnostmi. Souběžně se sociální pracovník NNO snaží reagovat

na nepřiměřené nároky kladené na klienta jeho okolím (trhem práce). Tyto aktivity realizuje prostřednictvím informování o reálných možnostech a schopnostech těchto osob a snahou o negování předsudečných postojů. V ideálním případě je dosaženo rovnováhy mezi zvládáním klienta (zvýšením jeho kompetencí) a požadavky okolí (zaměstnavatelů).

Za důležité považují věnování pozornosti negativům týkajícím se zákona o sociálních službách. Otevírá se otázka legitimního působení sociální práce (sociálních pracovníků) neziskových organizací v této oblasti. Pokud se má sociální pracovník pohybovat v rámci práv a povinností definovaných právním systémem, zaměstnavatelem a profesními standardy, je třeba, aby bylo zcela jasně zřejmé, že cílová skupina, které poskytuje služby, je v souladu s nastaveným systémem (v tomto případě se systémem sociálních služeb). Pro zaměstnavatele (*zřizovatele a provozovatele neziskových organizací*) je tato otázka také aktuální, např. vzhledem k financování sociálních služeb.

Sociální službou se podle zákona o sociálních službách rozumí činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení. Sociální začleňování je podle zákona „proces, který zajišťuje, že osoby sociálně vyloučené nebo sociálním vyloučením ohrožené dosáhnou příležitostí a možností, které jim napomáhají plně se zapojit do ekonomického, sociálního i kulturního života společnosti a žít způsobem, který je ve společnosti považován za běžný“ (zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění, § 3). Nemožnost participace na trhu práce je považována za jednu z hlavních příčin sociálního vyloučení. Lidé, kteří se díky ztrátě práce dostali do nepříznivé sociální situace a jsou ohroženi sociálním vyloučením, by měli být legitimními žadateli o sociální službu a měli by mít možnost využít pomoci sociálních služeb.

Poznámky

- 1 Kontakt na autorku: iva.buri@seznam.cz.
- 2 Je třeba zmínit, že ne všichni lidé spadající do skupiny osob znevýhodněných na trhu práce mají obtíže při nalezení zaměstnání.
- 3 Cíle Evropské strategie zaměstnanosti (plná zaměstnanost, kvalita práce a sociálního začleňo-

vání) formulované Evropskou komisí jsou reflektovány národními akčními plány zaměstnanosti jednotlivých zemí (portal.mpsv.cz/sz/politikazamest/evropskastrateg [on-line] [1. 11. 2009]). Česká vláda schválila Národní akční plán sociálního začleňování ČR (NAPSI) na léta 2008–2010 (www.mpsv.cz/cs/1098 [on-line] [1. 11. 2009]), který klade důraz na podporu zaměstnanosti, která je považována za nejlepší ochranu před sociálním vyloučením.

- 4 Mezinárodní definice sociální práce přijatá Generálním shromážděním Mezinárodní federace sociálních pracovníků v Montrealu v Kanadě v červnu 2000.
- 5 Před reformou sociálních služeb byly chráněné dílny součástí typologie sociálních služeb. Pokud splňovaly kritéria typologie, mohly žádat o dotace také ze systému sociálních služeb (např. dílny zaměstnávající osoby s těžkým zdravotním postižením vyžadující vysokou míru podpory). Od 1. 1. 2007 v typologii sociálních služeb nejsou. Dá se říci, že v jednom aspektu se ukazuje správnost tohoto kroku. V rámci sociálních služeb je člověk v souladu se zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, uživatelem služby a je s ním uzavřena smlouva o poskytnutí sociální služby (srov. Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele, 2008), zatímco v rámci služeb zaměstnanosti (v organizaci zaměstnávající osoby znevýhodněné na trhu práce i ve firmě na otevřeném trhu práce) je zaměstnancem s řádnou pracovní smlouvou. Nabízí se však otázka, zda a v jakém rozsahu budou tyto organizace zaměstnávat sociální pracovníky, kdo bude garantovat dodržování vhodných pracovních podmínek atd.
- 6 Podporované zaměstnávání je časově omezená služba určená lidem, kteří hledají placené zaměstnání v běžném pracovním prostředí. Jejich schopnosti získat a zachovat si zaměstnání jsou přitom z různých důvodů omezeny do té míry, že potřebují individuální dlouhodobou a průběžně poskytovanou podporu poskytovanou před i po nástupu do práce (www.unie-pz.cz).
- 7 Výzkum realizovaný autorkou při zpracovávání disertační práce zaměřené na dané téma.

Seznam literatury:

BUCHTOVÁ, B., a kol. **Nezaměstnanost: psychologický, ekonomický a sociální problém.** Praha: Grada, 2002.

- BURIANOVÁ, I., a kol. **PRAPOZA PRAxe – Podpora – ZAměstnání. Zaměstnávání osob znevýhodněných na trhu práce: příklad z praxe.** Opava: Charita Opava, 2007.
- DUDOVÁ, R. (ed.). **Nové šance a rizika: Flexibilita práce, marginalizace a soukromý život u vybraných povolání a sociálních skupin.** Praha: Sociologický ústav Akademie věd ČR, v. v. i., 2008.
- KELLER, J. **Nejistota a důvěra aneb K čemu je modernitě dobrá tradice.** Praha: Sociologické nakladatelství, 2009.
- KELLER, J. **Na pokraji trhu práce – ke sporům o příčinách chudoby.** *Sociální práce/ Sociální práce*, 2010, roč. 10, č. 1, s. 57–63.
- MAREŠ, P. **Chudoba, marginalizace, sociální vyloučení.** *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 2000, roč. 36, č. 3, s. 285–297.
- MATOUŠEK, O. **Metody a řízení sociální práce.** Praha: Portál, 2003.
- NAVRÁTIL, P. **Úvod do teorií a metod sociální práce.** Brno: Marek Zeman, 2000.
- Standardy kvality sociálních služeb: Výkladový sborník pro poskytovatele.** Praha: MPSV ČR, 2008.
- PLESNÍK, V. **Integrace dlouhodobě nezaměstnaných osob se zdravotním postižením zpět do pracovního procesu.** Krnov: Reintegra, 2004.
- STRAUSS, A., CORBINOVÁ, J. **Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie.** Boskovice: Albert, 1999.
- ÚZ č. 702 Sociální zabezpečení**, 2009.
- Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti.**
- Internetové zdroje:**
www.socialnirevue.cz/item/definice-socialni-prace [on-line] [20. 6. 2010]
www.unie-pz.cz/index.php/pz [on-line] [20. 6. 2010]

Sociálne zabezpečenie v ozbrojených silách Slovenskej republiky, motivácia alebo neznalosť

Social Security in the Armed Forces of Slovak Republic – Motivation or Ignorance

Tomáš Bañas, Tomáš Hangoni

Ing. Tomáš Bañas¹, doktorand sociálnej práce na VŠZaSP sv. Alžbety v Bratislave. Profesionálne pôsobí na Akadémii ozbrojených síl gen. M. R. Štefánika v Liptovskom Mikuláši. Predmetom jeho vedecko-výskumnej činnosti je problematika sociálneho zabezpečenia v ozbrojených silách.

PhDr. Tomáš Hangoni², PhD., odborný asistent Katedry kresťanskej antropológie a sociálnej práce Pravoslávnej bohosloveckej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove. Vo svojej pedagogickej a vedecko-výskumnej činnosti za zaoberá problematikou teórie a metód sociálnej práce so zameraním na rizikové skupiny občanov ako aj manažmentom sociálnej práce.

Abstrakt

Príspevok analyzuje súčasný systém sociálneho zabezpečenia v Ozbrojených silách Slovenskej republiky so zameraním na orientáciu vojakov v ňom. Sociálne zabezpečenie v ozbrojených silách je tým významným motivačným prvkom pre jednotlivca, ktorý ovplyvňuje jeho vstup do ozbrojených síl SR. Zároveň ponúka náčrt riešenia systému sociálneho zabezpečenia v ozbrojených silách, ktorý by mohol byť efektívny, pružný, reagujúci na potreby pri riešení sociálnych udalostí vojakov a ich rodinných príslušníkov a ktorý by bol v súlade so sociálnym zabezpečením členských štátov NATO.

Kľúčové slová

ozbrojené sily, profesionálny vojak, sociálne zabezpečenie v armáde, sociálna služba, sociálny servis, informačný systém

Abstract

The analysis of the current social security system in the armed forces with a focus on the orientation of the soldiers in it. Social security in the army is the major motivation for the individual, affecting their entry into the armed forces of the Slovak Republic. It also offers an outline of solutions to the social security system in the army, which could be flashy, flexible, responsive to the needs in addressing the social incidents of soldiers and their families and who would be in accordance with the Member States' social security NATO.

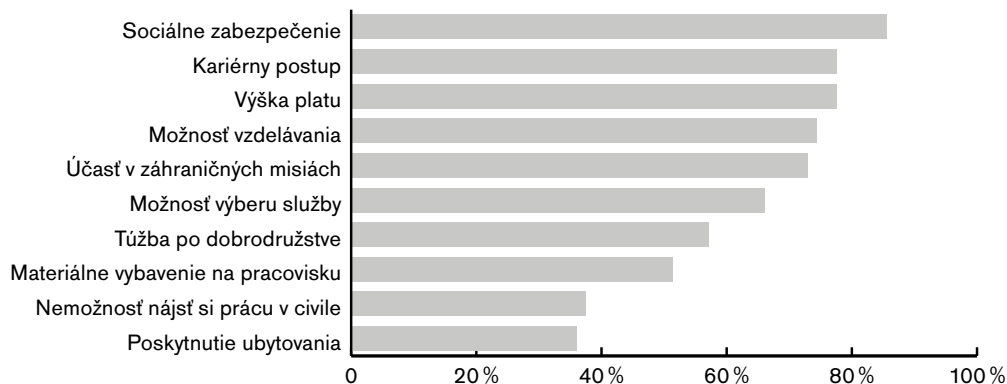
Keywords

armed forces, a professional soldier, in the army welfare, social service, social service, information system

V súčasnej dobe sa Ozbrojené sily Slovenskej republiky nachádzajú v etape reorganizácie. Na konci tohto procesu sa očakávajú flexibilné, optimalizované, vycvičené, vyzbrojené a **zabezpečené** ozbrojené sily, ktorých chrbtovou kosťou by mali byť do budúcnosti mladí, vzdelaní a pripravení ľudia, profesionálni vojaci. Po 22. de-

cembri 2005, keď ozbrojené sily opustil posledný vojak povinnej služby a nábor spomedzi civilných uchádzačov o službu začali naberať na intenzite, ozbrojené sily na trhu práce sa dostali do úplne inej pozície. Na jednej strane ubúdajúci počet vojakov, ktorí boli pripravovaní a profilovaní vojenským prostredím a školstvom, a pre

Graf č. 1. Čo Vás motivovalo k vstupu do OS SR? (procento uchádzačov; zdroj MO SR)



ktorých služba v ozbrojených silách bola, a je, celoživotným povoláním, a na druhej strane profesionálni vojaci, ktorí len reagovali a reagujú na ponuku trhu práce a na vstup do služby ich motivovali rôzne faktory (možnosť zárobku, sociálne istoty, zbrane, riziko a iné). Samotný trh práce reaguje na ponuku a dopyt, čo platí aj pre budúcich vojenských odborníkov. Ozbrojené sily, tak ako každý iný subjekt, žiadajú od trhu práce uchádzačov o službu, ktorí budú schopní prejsť zložitým výberom a budú spĺňať určité podmienky, a na druhej strane im ponúkajú určité možnosti a výhody.

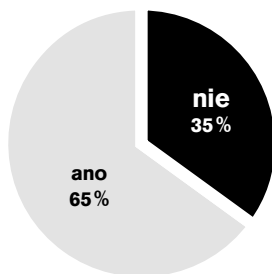
Podľa štúdií, ktoré boli publikované v roku 2005, graf č. 1, 85,6 % všetkých uchádzačov o službu v ozbrojených silách zaradilo na prvé miesto motivácie pre vstup do služby sociálne zabezpečenie, čo poukazuje na vysokú mieru uvedomovania si sociálneho bezpečia. Bezpečnosť, ako taká, má podľa viacerých svetových aj domácich sociológov a psychológov, ako napr. Maslowa, Linhart-Vodakovej, Spurného, priamy súvis s pocitom istoty, v našom prípade **sociálna bezpečnosť** ako garancia naplnenia určitých sociálnych miním, ktoré sú nevyhnutné pre optimálne fungovanie ozbrojených síl ako organického celku, je s týmto pocitom spojená.

Je ale paradoxné, že pre tých, ktorí neodslúžia v ozbrojených silách väčší počet rokov (v terajšej úprave 15 rokov), je sociálne zabezpečenie len o niečo málo nadštandardné od špičkových civilných inštitúcií (Čukan, 2005). Skúsenosti z posledných rokov ukazujú, že aj keď je sociálne zabezpečenie v ozbrojených silách vzhľadom k vyplácaným dávkovým systémom v celku dostatočné, nie je schopné svojím záberom pokryť celú škálu sociálnych problémov, ktorým musia príslušníci profesionálnych ozbrojených síl a ich rodinní príslušníci počas služby čeliť. Jedná sa hlavne o sociálne fluktuácie jedincov vo vnútri sociálnych skupín prameniace z častej zmeny sociálneho prostredia, dlhodobým odlúčením od rodín, a čo je hlavné, pocitom „odvrhnutia“ v prípade reorganizačných a iných personálnych zmien.

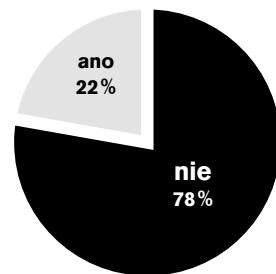
Tieto zistenia ponúkajú otázku, či sa naozaj jedná o tak dobré a motivujúce sociálne zabezpečenie, alebo len ukazujú na určitú neznalosť respondentov orientovať sa v tom, čo organizácia ponúka. Pre ilustráciu uvedieme príklad: V roku 2005 sa už spomínaného prieskumu zúčastnili aj uchádzači o štúdium na Akadémii ozbrojených síl, takže by sme mohli usúdiť, že znalosť sociálneho systému ozbrojených síl im aspoň čiastočne nebola cudzia. V roku 2009 sme sa v rámci výskumu tých istých respondentov spýtali: „Je podľa Vás systém sociálneho zabezpečenia dostatočný?“, graf č. 2, a „Sú Vám známe všetky zákonné náležitosti, na ktoré máte nárok v priebehu činnosti služby, po jej ukončení, alebo Vaša rodina v prípade vašej smrti?“, graf č. 3.

Z odpovedí je zjavné, že medzi nimi vzniká disproporcia a respondenti nemajú dostatočný prehľad o možnostiach sociálneho zabezpečenia, aj keď to bol jeden

Graf č. 2



Graf č. 3



z hlavných motivačných činiteľov pred vstupom na kariéru profesionálneho vojaka (lídra).

V súčasnej dobe je sociálne zabezpečenie v ozbrojených silách upravené zákonom Národnej rady Slovenskej republiky č. 328/2002 Z. z., o sociálnom zabezpečení vojakov a policajtov, v znení neskorších predpisov. Tento zákon upravuje podmienky sociálneho zabezpečenia pre vojakov a policajtov, čím zastrešuje obidva silové rezorty. Dá sa povedať, že zákon vytvára základnú sociálnu platformu pre „Bezpečnostnú komunitu štátu“, pričom člení sociálne zabezpečenie do štyroch častí:

- nemocenské zabezpečenie,
- úrazové zabezpečenie,
- výsluhové zabezpečenie,
- služby sociálneho zabezpečenia.

Posledná časť, „Služby sociálneho zabezpečenia“, predstavuje jednu z významných polí sociálnej práce a zároveň je aj jedným z hlavných motivačných prvkov pri vstupe do služby v ozbrojených silách, pričom obsahuje len oblasť rekreačnej starostlivosti, kúpeľnej starostlivosti a zabezpečenie pohrebu. Pričom rekreačná a kúpeľná starostlivosť je priamo zviazaná s dobou služby, resp. s účasťou na zahraničných misiách.

Keď opomenieme vyplácané finančné náležitosti, nemocenského a úrazového zabezpečenia, ktoré mimochodom vyplácajú aj inštitúcie v civilnom sektore, a výsluhové zabezpečenie, na ktoré majú nárok len tí príslušníci ozbrojených síl, ktorí odslúžili najmenej 15 rokov, tak vyvstáva otázka: Čo motivuje a do budúcnosti bude motivovať mladých a kvalitných ľudí k tomu, aby vstúpili a slúžili v ozbrojených silách? A to hlavne vzhľadom k súčasnému trendu mladých ľudí, z ktorých len 21 % prejavuje záujem o veci verejné a len necelých 6 % (5,8 %) reálne zvažuje myšlienku stať sa vojenským profesionálom (Čukan, 2005). Táto skutočnosť môže v budúcnosti v armáde spôsobiť nedostatok kvalitného personálu.

Je jasné, že budovanie novodobých ozbrojených síl, ako zamestnaneckej organizácie, kde motiváciou nie sú len vzdialené benefity, ale hlavne momentálny finančný profit, možnosť pôsobenia v zahraničí atď., je nezvratným procesom, ktorý len kopíruje budovanie takzvanej „postvojenskej“ spoločnosti (Vogt, 1992). No zatiaľ aj najnovšie výskumy o celkovom zabezpečení ozbrojených síl, ako napr. OMNIBUS 2008, poukazujú na nemeniace sa postavenie sociálneho

zabezpečenia v procese **regrutácie**, t. j. v procese získavania dobrovoľníkov pre výkon profesionálnej služby, a **retenzie**, t. j. v procese udržiavania najschopnejších príslušníkov ozbrojených síl v službe. Na základe týchto faktov môžeme konštatovať, že sociálna bezpečnosť vytváraná sociálnym zabezpečením zohrá aj v budúcnosti dôležitú úlohu v živote a práci vojenských profesionálov.

K vytvoreniu primeraného prostredia sociálneho bezpečia sociálna práca pozná rôzne nástroje, počnúc sociálnymi pracovníkmi a končiac rôznymi druhmi sociálnej práce, špecifikovanými rôznymi sociálnymi problémami a sociálnym prostredím. Vzhľadom k osobitosti prostredia ozbrojených síl, takzvanej „Bezpečnostnej komunity štátu“, neexistuje ucelená teória, ale ani prax v riešení sociálnych problémov v tejto špecifickej skupine spoločnosti, ktorá je pripravovaná k aplikácii hromadného násillia vo veľkom rozsahu.

Vzhľadom k samotnej teórii sociálnej práce, ktorú na Slovensku reprezentujú najmä Strieženc, Tokárová, Žilová, možno z ich východísk konštatovať, že u ozbrojených síl je aplikovaná iba sociálna práca v širšom slova zmysle, a to na poskytnutie sociálno-technického opatrenia vo forme služieb a dávkových systémov. Sociálna práca v užšom slova zmysle, t. j. priamy kontakt sociálneho pracovníka s vojakom, prípadne so skupinou vojakov, alebo inou skupinou, napr. rodinami vojakov atď., za účelom stanovenia diagnózy a realizácie sociálnej terapie, vzhľadom k atypickosti sociálneho prostredia v ozbrojených silách, prakticky neexistuje. Teda neexistuje sociálna práca ako profesionálna aktivita, ktorá umožňuje jednotlivým vojakom, prípadne sociálnym podskupinám vojakov (dôstojníkom, praporčíkom, poddôstojníkom a mužstvu) identifikovať, eliminovať a riešiť alebo aspoň zmierniť osobné alebo skupinové sociálne problémy alebo vplyvy prostredia alebo samotnej služby, ktoré môžu byť v niektorých prípadoch negatívne, pričom existujú reálne skupiny vo vnútri ozbrojených síl, ktoré sociálnu pomoc vo forme sociálnej práce v užšom slova zmysle reálne potrebujú, a to napr.:

1. skupina vdov a sirôt,
2. skupina vojakov postihnutých alebo trpiacich chorobami z povolania,
3. skupina vojakov, ktorí ukončili činnú službu, s dôrazom na skupinu vojakov, ktorým zo zákona nevznikol nárok na výsluhový dôchodok,

4. dynamická skupina premiestňovaných vojakov,
5. rodiny vojakov, ktorých potreba služby núti opúšťať rodiny na dlhšiu dobu,
6. samotné sociálne skupiny vojakov, vo vnútri aj medzi sebou,
7. skupiny vojakov slúžiacich v krízových oblastiach mimo územia republiky.

Je zrejmé, že aplikovanie sociálnej práce v užšom slova zmysle, prostredníctvom metód sociálnej práce, tak ako ich poznáme a ako sú definované v prostredí, pre ktoré neboli usposobené, nie je možné, no postupný prechod ozbrojených síl z čisto byrokratickej inštitúcie do inštitúcie liberálnejšieho typu umožňuje, a priam vyžaduje implementovanie časti teórie sociálnej práce do ich špecifického sociálneho prostredia, s definovaním sociálnej práce pre prostredie bezpečnostnej komunity štátu ako nového druhu sociálnej práce pre špeciálnu skupinu ľudí.

Takáto sociálna práca by mala byť súborom takých opatrení a procesov, v ktorých kompetentná inštitúcia prostredníctvom sociálnych služieb a sociálnej práce v širšom a užšom zmysle slova zabezpečuje občanovi (vojakovi, zamestnancovi), rodine, komunite, spoločenskej skupine (napr. skupine vojakov s podobným postihom), ktorí sa ocitli v pre nich neriešiteľnej sociálnej situácii, všetky dostupné formy sociálnej pomoci za účelom navrátenia a udržania určitej úrovne sociálneho blaha.

Pri sociálnej práci vo vnútri ozbrojených síl vychádza na povrch ďalší z motivačných činiteľov pre vstup do ozbrojených síl, čo je okamžitá odborná sociálna pomoc. Je ale nutné si uvedomiť, že sociálna práca a sociálne zabezpečenie, tak ako ich poznáme a ako ich upravuje súčasná legislatíva, môžu byť len súčasťami uceleného **sociálneho servisu ozbrojených síl**, pričom tento by mal poskytovať komplexné sociálne zabezpečenie a sociálnu pomoc vojakovi alebo jeho rodinným príslušníkom, ktorí sa ocitli v zhoršenej sociálnej situácii na základe udalostí, ktoré súvisia s výkonom služby³, alebo udalosti, ktorá sa udiala počas plnenia služobných povinností⁴.

Vzhľadom k úlohám, ktoré sú postavené pred ozbrojené sily, t. j. zasahovať kdekoľvek na svete, v rôznych konfliktoch, pri presadzovaní medzinárodných záujmov štátu, NATO a EÚ, a vzhľadom k nutnosti konkurencieschopnosti na trhu práce pri získavaní kvalitného personálu, ktorý bude schopný a ochotný tieto úlohy

plniť, je nanajvýš nevyhnutné zaoberať sa v budúcnosti otázkami sociálnych služieb v ozbrojených silách v ucelenom systémovom rozsahu. Bez takéhoto systémového kroku nemôžeme považovať prestavbu ozbrojených síl za ukončenú. Zároveň si treba uvedomiť aj tú skutočnosť, že aj funkčný sociálny servis posunie a priblíži ozbrojené sily bližšie k vyspelým armádam štátov NATO.

Poznámky

- 1 Kontakt: Ing. Tomáš Bañas, Akadémia ozbrojených síl gen. M. R. Štefánika, Centrum ďalšieho vzdelávania, Demänová 39, Liptovský Mikuláš. E-mail: tomas.banas@gmail.com.
- 2 Kontakt: PhDr. Tomáš Hangoni, PhD., Katedra kresťanskej antropológie a sociálnej práce Pravoslávnej bohosloveckej fakulty, PU v Prešove, Masarykova 15, Prešov. E-mail: hangoni.tomas@gmail.com.
- 3 Premiestnenie, odchod do zálohy, služba v zahraničí a iné.
- 4 Ochranie, úmrtie, choroba z povolania a iné.

Zoznam literatúry:

- ČUKAN, K., POLONSKÝ D., ŠKVRNDA, F. **Sociologické pohľady na úplnú profesionalizáciu armády**. Bratislava: MO SR, 2005.
- CZIRÁK, P., a kol. **OMNIBUS 2008. Záverečná správa zo sociologického výskumu realizovaného v dobe od januára do apríla 2008**. Liptovský Mikuláš: MO SR, 2008.
- VOGT, W. R. **'Warless' or 'Armyless' Society. Dispute About the Appropriate Paradigm of a Peace-(Military-)Sociology for the Post-Military-Era**. *FORUM international*, Band 13. Sozialwissenschaftliches Institut der Bundeswehr, München, 1992.
- STRIEŽENEC, Š. **Teória a metodológia sociálnej práce. Vybrané problémy**. Ostrava: Zdravotně sociální fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2005.
- TOKÁROVÁ, A. **Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce**. Prešov: Akcent print, 2007.
- ŽILOVÁ, A. **Úvod do teórie sociálnej práce**. Babin: Mentor, 2005.
- Zákon NR SR č. 328/2002 Z. z., o sociálnom zabezpečení policajtov a vojakov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, v znení neskorších predpisov.**

Teologicko-filosofické vzdělávání jako cesta ke spojení teorie a praxe v sociální práci¹

Theological-Philosophical Education as a Way to Link Theory and Practice in Social Work

Ondřej Fischer, Petr Jandejsek²

Ing. Mgr. Ondřej Fischer, BD, MA, se zabývá profesní etikou se zaměřením na sociální práci a příslušnými aspekty filosofie náboženství a antropologie.

Mgr. Petr Jandejsek, MA, se věnuje hraniční oblasti mezi sociální prací a systematickou teologií, zejména pak lidským právům v sociálních službách a práci s vinou a smířením.

Oba přednášejí na VOŠ Jabok a na ETF UK na bakalářských oborech PSP a TKT a na navazujícím magisterském oboru KHPP.

Abstrakt

Článek je příspěvkem do průběžně se rozvíjející diskuse o propojení teorie a praxe v pomáhajících profesích se zřetelem k sociální práci. Svou tezí, že vhodně volené teologicko-filosofické kursy v rámci terciárních i celoživotních vzdělávacích programů mohou být významným obohacením tohoto propojení, autoři vstupují do diskusí o smyslu a podobě studia teologie v sociálně a pastoračně zaměřených studijních oborech. Ve své argumentaci vycházejí z předpokladu, že pojem kritické reflektující praxe (Critical Reflective Practice) jako konkrétní výzvy k implementaci teoreticko-praktického přístupu v sociální práci může být studentům i praktikům zprostředkován právě skrze teologicko-filosofické vzdělávání. Jeho přínos dokládají upřesněním vybraných pojetí filosofického a zejména teologického uvažování a doceňují ho i mimo nábožensky orientované prostředí.

Klíčová slova

kritická reflektivní praxe, teologie, filosofie, profesní etika, terciární a celoživotní vzdělávání

Abstract

The article contributes to ongoing discussions about the need of interconnecting Theory and Practice in Social Work. By claiming that carefully tailored theological and philosophical University Degree Courses and Lifelong Learning Programmes can significantly contribute to this end, the authors enter the debate on the appropriate meaning and the form of theological education at socially and pastorally orientated study programmes. Their argument rests on the assumption, that the notion of Critical Reflective Practice (CRP), has gradually become a challenge to implement the combination of theoretical and practical attitudes to professional Social Work. It is shown that some of the requirements of the CRP strategies, e.g. the need for understanding one's own values, or re-description of one's own personal ideal, can be successfully passed on to students and practitioners in their LLL or Degree Programme Courses through Theology and Philosophy studies. The benefit of this strategy becomes apparent when the concepts of Theology and Philosophy are appropriated to the needs of CRP and made meaningful also within non-religiously orientated environment.

Keywords

critical reflective practice, theology, philosophy, professional ethics, university and lifelong learning education

1. Pojem kritické reflektující praxe jako výraz ctnostného života

Spojení teorie a praxe v sociální práci se stalo opakovaně diskutovaným a stále se rozvíjejícím tématem³. Dokládá to zkušenost učitelů a lektorů s výukou a supervizí studentů, kteří se se svou profesí teprve setkávají, a s výukou „praktiků“, působících s obstojnou praxí na nejrůznějších zodpovědných pozicích. Že jde o zkušenosti zásadně odlišné, je výzvou k prvotní úvaze nad rolí teorie a praxe v profesní praxi vůbec.

1.1. Konfliktní zkušenost s rolí teorie a praxe ve vzdělání studentů a praktiků

Na jedné straně se vysokoškolský učitel setkává se zanedbatelným zájmem studentů o přístup k výuce, který by vycházel z praxe. Studenti bývají zvyklí na přijímání spíše teoretických informací. Mnohdy jen díky své trpělivosti, profesnímu očekávání a akademickému motivačnímu prostředí jsou vedeni k tomu, aby teorii vztahovali ke své budoucí praxi. Teoretické znalosti v hlavách studentů, navzdory absolvovaným praxím, teprve čekají na své setkání se skutečnou praxí. Na druhé straně se zkušený pracovník z praxe setká s teorií například až v rámci odborného vzdělávacího kursu. Mnohdy přichází s vědomím, že mu jeho každodenní pracovní zátěž neumožní aplikovat nové teorie do praxe. Vybaven osvědčenou rutinou, i při nejlepší vůli bývá skeptický vůči intelektuálně náročnějším postupům.

Jakkoliv může být tento scénář nadnesený, nepropojenost teorie s praxí se zdá být neodvratně zakotvena jak v pozici začínajícího studenta, tak v pozici zkušeného profesionála. Jde o problém, který se v literatuře pod různými podobami objevuje už u Aristotela – avšak i u něj bez uspokojuvého řešení⁴. Aristoteles sice rozlišuje teoretické a tvořivě-poznávací „vědy“ (*technai* a *poietiké epistémé*) od praktických „věd“ (*praktiké epistémé*), chybí mu však popis ideálu ctnostné jednajícího člověka (*spoudaios*). Aristoteles tento ideál potřebuje, protože jen jeho napodobením v *praxi* se člověk učí jednat ctnostně. Zjednodušeně řečeno: správně jednajícím profesionálem se stanu až jednáním správného profesionála – jenže tím já ještě nejsem!

V následujícím textu se pokusíme přispět k řešení tohoto problému v duchu dvou otázek, které si klade nejen učitel pomáhajících profesí:

1. Jakým způsobem dosáhnout u studentů kritického a praxi i teorii reflektujícího myšlení?

2. Jakým obsahem a jakou metodou by toto kritické reflektující myšlení mělo být vybaveno? Na cestě k řešení nám poslouží určitá pojetí „kriticky reflektující praxe“ a teologicko-filosofického vzdělávání.

1.2. Kriticky reflektující praxe a vztah mezi teorií a praxí

Aniž bychom zkoumali řadu podob a uplatnění, kterých se pojmu „*Critical Reflective Practice*“ od jeho uveřejnění Donaldem Schönem (1983) v angloamerické literatuře dostává⁵, pokusme se na tento trend v odborném vzdělávání nahlédnout za pomoci často zmiňovaného Aristotelova ideálu ctnostného člověka. Na rozdíl od přístupu tzv. etiky ctností, která představuje neo-aristotelskou alternativu k moderním normativním přístupům (Kant, Mill, apod.) tím, že klade důraz na charakter pracovníka, „kritická reflektující praxe“ z Aristotelovy etiky využívá především důraz na praktické reflektující myšlení (Taylor 2006: xxii). Jak uvádí i Banksová (2006: 159), jde o úvahu v konkrétní situaci a o konkrétní situaci (*reflection in and on action*). Přestože šlo původně o intuitivní uvažování nad praktickými zkušenostmi profesionálů na základě intuitivního myšlení v praxi,⁶ dnes je požadavek kritické reflektující praxe sám považován za teoretickou záležitost. I tak je ale blízký Aristotelově pojetí ctnostného člověka, který si *praxí* vybuodoval zvyklost správně jednat, protože, jak později ukážeme, i takovýto člověk musí být schopen sofistikované intelektuální úvahy. Z této podobnosti ve vztahu mezi Aristotelovým přístupem k ctnostnému jednání a přístupem kritické reflektující praxe budeme dále těžit. Především se z něho pokusíme vystihnout ty hodnoty a postoje, které mohou studenti a profesionálové v sociální práci úspěšně získat právě skrze teologicko-filosofické vzdělávání.

2. Vybrané aspekty kriticky reflektující praxe jako výzvy pro teologicko-filosofické vzdělávání

Kriticky reflektující praxe klade na studenty i praktiky nové nároky. Pro stručnost zmíníme dva, které mohou s teologicko-filosofickým vzděláváním zajímavým způsobem souviset.

2.1. Sebe porozumění a sebekritika jako cesty k praxi

Mezi hodnotami, postoji a charakterovými kvalitami, jež jsou ceněny v sociální práci, se nejen

u Banksové (2006: 160) objevuje požadavek na schopnost provázat teorii (informace) a praxi (jednání). Payne (2006: 71–73) například odkazuje na různé zdroje a formy vědění, jež má být vtěleno do praxe, což platí zejména v již zmíněném reflektivním pojetí profese (Hugman 2005: 162), a jistě i tam, kde je běžná mezioborová spolupráce. Právě proto je třeba, aby se pracovník orientoval ve svých hodnotách a postojích a byl vůči nim dostatečně kritický⁷. Měl by prokázat schopnost porozumět jiným hodnotovým východiskům a postojům, a nejen proto, aby snáze vzdoroval autoritativním a byrokratickým trendům v sociální práci, jak naznačuje Banksová (2006: 184). Bude-li si vědom svých hodnot a postojů, snáze je docení a spíše porozumí „jinakosti“ svého klienta či kolegy. Pracovník nebo student se neobejdou bez teoretické výbavy, skrze kterou jsou schopni reflektovat sebe a své postupy i s tím, že jeho dosavadní postoje mohou být těmi novými korigovány.

Alespoň podle naší zkušenosti nelze takového-to „ideálního“ pracovníka jednoduše ztotožňovat se zkušeným praktikem, jak to činí např. Banksová (2006: 160), když tvrdí, že zkušený praktik bude zažívat méně etických dilemat než student sociální práce. Letitou praxi lze považovat, slovy Parrota (2006: 79), za „tichou znalost (*tacit knowledge*)“, o kterou se zkušený sociální pracovník ve své další práci opírá. Jak dále ukážeme, sama účinnost předchozí praxe nemusí však být rozhodujícím kritériem správnosti řešení. Mnohdy to je právě student či začínající pracovník, který díky např. dobré znalosti etických teorií navrhne vhodnější řešení než praktik. Platí to zejména v pojetí sociální práce jako profese, která se stále hledá, neboť je ovlivněna „...sociálními změnami a nakonec i svým vlastním diskursem o povaze sociální práce jako takové“ (Payne, 2006: 2). Lze shrnout, že požadavek kritické reflektující praxe předpokládá, že mezi vlastnostmi sociálního pracovníka nebude chybět zdravá sebe-znalost, sebe-porozumění a sebe-kritika, a že sám bude kriticky otevřen jiným postupům a prostředím.

2.2. Role autenticity, sebereflexe a osobního ideálu

Mezi předpoklady, které má mít kriticky reflektující sociální pracovník, patří úspěšné vyrovnání napětí, které vzniká mezi vlastní osobní reflexí své praxe a obecnými požadavky, které jsou na jeho profesní praxi kladeny. K tomu by měla kritická

reflexe také směřovat (Kilminster, 2010: 2–3). Do jaké míry se má pracovník-profesionál důsledně držet standardů a normativů, aby podpořil *image* profese, minimalizoval rizika či co nejvíce zefektivnil svou práci? A do jaké míry má být „sám sebou“, jako člověk autentický a nerozpolcený? Odkazem na tuto vnitřní rozpolcenost může být Sartrem užitý termín „špatná víra“. Sartre jím chce naznačit, že člověk je svým vědomím, tedy i svým ideálem, „u někoho jiného“, že v duchu směřuje ke „vzdálené realitě“ spíše, než aby zůstal u svého Bytí⁸. Lze si představit pracovníka, který je veden ve své profesi určitým ideálem a naplňuje ho v souladu se svými osobní motivy (Martin 2000: 16–18). Případy takového souznění jsou však vzácné a vděčíme za ně důležitému faktoru: u takto smýšlejícího pracovníka nacházíme stabilní hodnotový ideál, který je dostatečně transparentní a souzní i s příslušnými profesními hodnotami. Zde se nabízí možná jedinečné místo pro teologii. Svým metodickým přístupem může kriticky reflektujícímu pracovníku pomoci tento ideál vystihnout, artikulovat a dovést do praxe. Není nezastupitelná; podobnou roli může sehrát například filosofie, psychologie, spiritualita, ale vůči nim má své přednosti, jež vyplynou z další zmínky.

3. Inspirativní příklady teologicko-filosofického myšlení jako opory pro kriticky reflektující praxi

Vést studenty ke kriticky reflektujícímu přístupu, zaměřenému na konkrétní cílové skupiny, je především záležitostí výuky metod sociální práce. Díky minimálním standardům ASVSP se na obecnější úrovni této průpravy může podílet výuka filosofie a etiky. Lze se však domnívat, že jejich přínos je pro tento účel zanedbatelný, porovnáme-li ho s možností tyto předměty přednášet v bohatší časové dotaci a v kombinaci s výukou vybraných teologických oborů. Aniž bychom požadavek kriticky reflektujícího přístupu v sociální práci blíže specifikovali a chtěli přínos teologie ve spolupůsobení s dalšími obory přecenit, nabídeme příklady filosoficko-teologických přístupů, které mohou standardní výuku obohatit právě ve prospěch kriticky reflektujícího přístupu ke spojení teorie a praxe.

3.1. Život kontemplace a praktický rozum ctnostného člověka

Pro dokreslení smyslu kritické reflektující praxe zmíníme dvě cesty, kterými lze usilovat o efek-

tivní spojení teorie s praxí v práci i osobním životě. Na jednu stranu jde o využití Aristotelova pojetí praktického rozumu, na druhou o využití náboženského pojmu kontemplanace. Oba způsoby staví na odlišné roli rozumu vzhledem k praxi, a proto mohou být přínosem pro kriticky reflektovanou sociální práci z teologicko-filosofického pohledu.

Má se za to, že Aristotelův ideál ctnostného jednání u člověka předpokládá ctnosti, tedy dispozice, jež musí být kultivovány výchovou i nápodobou. Aristoteles zde zřejmě předpokládá „internalizaci“ vzorového jednání. Nemusí zde však jít jen o zvnitřnění norem (Prior, 1991: 157), ale o zvnitřnění *způsobu aplikace* norem na konkrétní případ a *způsobu porozumění* dané situaci. Odporované jednání pak nechápeme jako normativ, ale spíše jako inspiraci pro stanovení způsobu, jak se zkušeností pracovat. Aristoteles dává do souvislosti praktickou moudrost (*frónésis*), jako výraz rozumové stránky ideálně se rozhodujícího člověka pro správné jednání (praxi), a intelektuální moudrost (*sofia*), jako výraz „kontemplativního“ rozumu, který není přímo vázán na jednání, ale na intelekt (teorii). Potřeba kombinace obou těchto aspektů pro rozvahu praktického rozumu nad jednáním v konkrétních případech vyplývá z jeho role při vymezení ctnostného jednání jako „středu“ mezi extrémy (1138b26), či cíle jednání odvozeného z „funkce“ člověka (1097b25). Aristoteles tyto cíle jasně nevymezuje (Joachim, 1985: 69), spíše předpokládá, že *frónésis* spolu se *sofia* dodá ctnostnému člověku důvod pro volbu správného jednání a pro vykonání tohoto konkrétního jednání. To u ctnostného člověka předpokládá kombinaci reflektované odborné zkušenosti a intelektuální zdatnosti. Tím Aristoteles vznáší nárok na kvalitu „profesionála“ jako studenta i praktika (1095a2–11). Klade důraz jak na prakticko-rozumovou, tak na jeho teoreticko-rozumovou schopnost poznání cíle (*telos*) a prostředku svého jednání. Aristoteles naznačuje, že k optimální praxi je třeba oplývat dostatečnou intelektuální schopností. I tento Aristotelův nárok je třeba zahrnout do efektivní kriticky reflektované praxe skrze teorie sociální práce.

Oproti Aristotelovu důrazu na praktickou a intelektuální moudrost můžeme hledat inspiraci ke spojení odborného profesního přístupu k teorii a k praxi i v mnišské tradici a z ní vycházející kombinace kontemplativního života (*vita*

contemplativa) a aktivního činného života (*vita activa*)⁹. Netřeba hned kontemplaci spojovat s modlitbou, jak zjednodušeně naznačí benediktinské „*ora et labora*“. Tato mnišská, zejména křesťanská zkušenost ukazuje, že i aktivní plodný život vyžaduje kontemplaci. Ovšem nikoliv pouze ve smyslu Aristotelovy intelektuální činnosti rozumu, ale především ve formě oddělení času a prostoru potřebného k reflektování (vykonané či zamýšlené) činnosti a k sebereflexi. Je patrné, že jejím konečným smyslem i předmětem je praxe. Kontemplanace přitom nemusí nutně obnášet aktivní intelektuální činnost (studium či teorii), jak by tomu snad bylo s praktickou a intelektuální moudrostí u Aristotela, ale spíše odstup od praxe, umožňující nazírání platónského ideálu, stojícího už mimo realitu, jež známe z praxe. V kontemplaci jde také o cestu k ideálu, který umožní zhodnocení,¹⁰ zobecnění a nový náhled na zakoušenou praxi z takového odstupu, ze kterého lze opět těžit v „očistěné“ praxi. Skrze tuto výzvu k praxi je *vita contemplativa* vítanou alternativou k aristotelské intelektuální reflexi. Lze ji využít k naplnění požadavku na kritickou reflektující praxi i v sociální práci, zejména s ohledem na požadavek osobní reflexe. Dokládá to autobiografický výzkum, prováděný při vzdělávání učitelů a lékařů v Británii, jak o něm informuje West (2010: 68), který **prokázal potřebu bezpečného prostoru pro osobní reflexi a sebepoznání**. V něm by se měli učitelé a pracovníci v pomáhající profesi snáze vyrovnávat se stále rostoucími nároky, které na ně klade intenzifikace každodenní profesní praxe.

Nemusíme se omezit pouze na platónské nebo aristotelské pojetí filosofie či na mysticky zaměřenou teologii, abychom doznali, že obě disciplíny jsou dobrými průvodci teoreticky a prakticky zaměřeným myšlením stejně tak jako kontemplanací, vhodnou pro reflexi nad aktivním každodenním životem. Specifické místo však lze přiznat teologii, která v sobě spojuje jak požadavky na kritické myšlení, tak i na ideál přesahující všední realitu. Svým způsobem teologie předpokládá i umožňuje potřebný odstup od všední praxe pro její ne tak všední reflexi.

3.2. Teologie – pojetí a metoda výuky pro pomáhající profese

Význam přímé teologické průpravy studentů sociální práce podpořili již dříve Opatrný (2004) a Ryšková s Ovečkou (2004). Z jejich příspěvků

je patrné, že je třeba pečlivěji zvážit pojetí a metody nabízené teologie. V kontextu sociální práce rozumí Opatrný teologii jako jedné z podpůrných disciplín, což odpovídá zde navržené instrumentální roli teologie. Autor uvádí, že teologie nemusí být ani zdaleka vyučována jen na teologických fakultách. Pokud se ovšem k výuce teologie vykočí, potom je třeba, aby se s ní jako oborem studenti seznámili v její vnitřní koherenci, a tak z ní mohli smysluplně těžit. Třebaže teologie zůstává podpůrnou disciplínou, zúžení její výuky např. na výuku sociální nauky či sociálního učení církve považuje Opatrný za poněkud problematické. Ohrožení spatřujeme kupříkladu v ideologizaci teologické pozice či v její manipulovatelnosti. Ryšková s Ovečkou ve svém šířejí pojetém příspěvku také plédují za umožnění alespoň částečného studia teologie nejširšímu okruhu veřejnosti, a to nejen na církevních, ani pouze na humanitně zaměřených školách. Vyjadřují důvěru v to, že poctivé akademické vzdělání vytvoří dobré předpoklady pro praxi. „Praktická aplikace [teologie] není možná bez řádného teoretického základu, který je nejdůležitější, i když se může jevit jako velmi akademický a nezáživný. Člověk, který jej má, je schopen praktickou aplikaci provádět sám, a to i v situacích nových a nečekaných. Člověk, který jej nemá, je v nebezpečí, že upadne do mechanické kasuistiky a že bude mít strach ze skutečné teologie kladoucí skutečné otázky i ze skutečné životní praxe plné otázek a pochybností“ (2004). Aniž bychom zpochybňovali význam akademického vzdělání, schopnost provádět takto ambiciózní praktickou aplikaci jako důsledek vzdělání se nám již nejeví zdaleka tak zřejmá. Rovněž postup od teorie k praxi neprobíhá takto lineárně, jak dále ukáže teologie J. B. Metz a hermeneutika E. Schillebeeckxe. Třebaže se tedy hlásíme k myšlence nabídky studia teologie pro sociální pracovníky, jeho obvyklé badatelské či církevní podoby zde nemusí stačit.

V jakém smyslu a pojetí může teologie nabídnout inspiraci pro požadavek účelného spojení teorie a praxe? Mnohé závisí na přístupu, který k teologii zaujmeme. Pokud ji nechápeme nutně jako disciplínu vyžadující osobní zkušenost s Bohem, může být pro vztah teorie a praxe obohacením i pro studenta nepraktikujícího křesťanství. Vezměme si tři teologická místa, která demonstrují uvedenou možnost.

Teologie je nositelkou specifického pohledu na svět jako výsledku smysluplného aktu stvo-

ření osobním Bohem. Ať již s jakýmkoliv účinkem, tento pohled zasahuje nejhlubší místa lidské zkušenosti, kterou interpretuje *sub specie aeternitatis*. Tímto je jednak relativizován požadavek na okamžitou efektivitu v pomáhající profesi, spíše je třeba volit řešení, která ob stojí „v čase“, resp. s ohledem na širší „horizont bytí“. Zároveň tento pohled opatrně vyjadřuje důvěru ve stvořitelství *logos*, řád či rozumnost věcí, a tedy i možnost rozumného uspořádání mezilidských vztahů.

Nicméně „křesťanský Bůh se nezjevuje především v univerzálním posvátném světovém řádu, nýbrž daleko spíše v nepředvídatelném, zcela partikulárním a nikterak slavném příběhu konkrétního člověka“ (Karfiková, 2004). Prosté a působivé biblické líčení o Ježíši z Nazareta, který osvobozoval své současníky slovem i činem, a přestože v lidských dějinách prohrál, vpsledku nezůstal podroben „poslednímu nepříteli“, smrti, to vše se pomáhajícímu pracovníkovi může stát výzvou a oporou. Je to příběh o nepodmíněné Boží lásce k lidem, kterým je darován tento svět, a kteří jsou tímto „v těle příšlým“ Bohem (1J 4,2) ve svých nouzích a malérech zachraňováni.

Na primát praxe v teologii asi nejvýrazněji poukázal Johann Baptist Metz.¹¹ Sama křesťanská myšlenka Boha je myšlenkou praktickou. „Myslet Boha znamená přehodnotit naše bezprostřední k nám samým obrácené zájmy a potřeby,“ píše Metz (1994: 29) a tvrdí, že vlastní poznání Boha se děje v kategoriích *metanoia* (obrácení k novému životu) a *exodus* (odchod do svobodné země). Tímto typem teologie ovlivněné vztahování se ke světu a k možnosti naplnění svého poslání v něm je bytostně praktické, třebaže podpořené starobylými zdroji.

Konfrontován s těmito zdroji může být student bez osobní zkušenosti křesťanské víry. Může být veden k jejímu alespoň částečnému pochopení, a tedy i k docenění východiska křesťanské víry pro interpretaci své vlastní životní zkušenosti. Přijme-li účastník tuto výzvu a pokusí-li se ji aplikovat na paradigma svého způsobu reflexe zkušenosti, vytváří si tím alternativní platformu, ze které může jinak nahlédnout „jinakost“ teologického i svého dosavadního myšlení, svých postojů a ideálů. Tato výzva mu umožňuje vidět své pracovní problémy v jiných souvislostech a naléhavostech. Může se mu stát i osobní výzvou k zásadnější změně vlastního postoje k profesi i k osobnímu životu.

3.3. Přínos teologie mimo náboženský diskurs
Význam teologie v procesu přisvojování si kritické reflektující praxi nespočívá jen v jejím docenění jako cenného pohledu na život či práci. Teologie, ať již v jakékoliv podobě, může mít pro kritické uvažování nad profesní praxí důležitou instrumentální roli. Její význam nám pomůže odhalit Ricoeurova hermeneutika vyprávění, při níž Ricoeur (2000) vychází ze své interpretace Aristotelovy *Poetiky*. Pojmeme-li teologické sdělení jako příběh, *mythos*, se kterým se čtenář nebo posluchač setkává skrze četbu vyprávěného textu, můžeme si dovolit Ricoeurovu úvahu použít pro náš účel. Ricoeur (2000: 39) rozlišuje trojí úroveň interpretačního přístupu čtenáře k textu vyprávění, trojí *mimésis* (napodobení). Čtenář na první úrovni *mimésis* vyjde z praxe, tedy z jednání, které je dějinně a neproblematicky obsaženo v textu. Vlastním setkáním se s textem, jímž čtenář v druhé *mimésis* prochází a je jím osloven, dojde zpět k praxi – tedy k jednání zachycenému v textu, který, tentokrát již v *mimésis* III, již obohatil samotného čtenáře skrze umělecko-literární stránku příběhu. Zdůrazňuje se zde proměňující (re-figurující) zkušenost čtenáře s vyprávěným příběhem, který díky aktivnímu přístupu čtenáře již nezůstává původním textem, ale stane se průsečíkem dvou světů, světa příběhu a světa čtenáře. V něm dochází k aplikaci příběhu (2000: 113) na *skutečné* „aktuální jednání“.

Než se pokusíme zmíněný Ricoeurův postup využít pro vysvětlení přínosu teologie pro mimo-náboženské užití, je třeba zmínit jeho původnější a křesťanskou symbolikou inspirovaný¹² model dvojí *naiveté* (naivity) v postupném procesu poznávání světa (1967: 351). První Ricoeur označuje jako primitivní a kritickou „*naiveté*“, tedy hermeneutickou pozici interpretující svět jako neproblémový a nekomplikovaný daný. Následuje fáze znepokojení, jejímž výsledkem je druhá úroveň důslednějšího pohledu na svět jako symbol. Jde o období Descartova skeptického pohledu na základy všeho poznání, o dekonstruující a zpochybňující pohled na veškerou doposud věřenou symboliku. Kupříkladu pracovník v sociálních službách může být v situaci, kdy svou zkušenost musí při řešení konkrétního problému revidovat poté, co je jeho dřívější metodický postup zcela zpochybněn – například z důvodu nově akceptované strategie etického nebo náboženského pluralismu. Tento pluralismus je

pro našeho pracovníka výzvou zpochybnit všechny pro něho do té doby neproblematicky platné postupy a hodnoty, ztratit svou původní „víru“ a své postoje kriticky přehodnotit jakoby ve stylu Kantovy kopernikánské revoluce. Pevnější krok na této cestě kritického zpochybnění našeho světa podle Ricoeura nastává až v *post-kritické* fázi, v níž se náš sociální pracovník může vrátit zpět ke svým původním etickým hodnotám. Aniž by je nutně opustil, nahlédne je s využitím absolvované kritické fáze, tedy se zkušeností, která ho otevřela pohledu na svět z jiné „platformy“ či jiného diskursu.

Kde hledat místo pro uplatnění teologie v Ricoeurově hermeneutice? Pomiňme jeho osobní zkušenost s křesťanstvím a hledejme onu platformu, na níž může proběhnout hermeneutický exkurs, který by se hodil pro pomáhající profesu. Teologií informovaná interpretace světa, obsažená v té či oné duchovní tradici, může pracovníkům hluboce ponořeným do úzkého světa své pomáhající profese poskytnout hodnotově blízký, ale jiným jazykem vyjádřený dějinný prostor příběhů a osudů. Navzdory vzájemně odlišnému založení obou diskursů, teologického a profesního, východiskem i předmětem obou je lidská zkušenost. Jistě nemusí být účastníky vzdělávání přijata jako jediná možná. Podstatné je, aby byla *využita* k autentickému znovu-uchopení hodnot a k zdravému posunu postojů, které s profesí našeho studenta či pracovníka-praktika souvisí¹³. Není třeba chodit daleko pro smutné případy, které samozřejmě tohoto posunu zpochybňují. Sociální pracovník se kdysi rozhodne pro svou profesi s jasným vědomím, že chce ze svého nejpřírodnějšího soucitu pomáhat těm méně šťastným. Jak bylo zmíněno výše, filosoficko-etická (např. Kant, Nietzsche), psychologická (např. Freud, Jung) nebo teologická (např. Metz, Sobrino) kritika tohoto soucitného motivu v kontextu profese nemusí znamenat zpochybnění hodnoty pomoci či původního ideálu našeho sociálního pracovníka. Leč někteří se přes tuto kritickou reflexi motivu své praxe z pohledu teorie (respekt k osobě, právo na sebeurčení jedince apod.) nepřenesou. Nejsou s to překonat bolesti upouštění od první *naiveté*, aby pak, v přeneseném smyslu řečeno, „znovu přilnuli“ ke svému životodárnému ideálu soucitu a s vědomím řady dalších potřebných souvislostí z něho těžili pro svou již profesně vyzrálou praxi „pomáhání“.

4. Přínos teologicko-filosofického vzdělávání

Výuka se zřetelem na optimální spojení teorie a praxe v kritické reflexi je ambicí řady škol zaměřených na vzdělávání v sociální práci. Svou výhodu pro tento způsob výuky mají především školy nabízející dvouoborové studium, a možná ještě více studium jednooborové s dostatečnou dotací na teologické a filosofické předměty. Působení na integrální vrstvě do kritické reflektující praxe může být na těchto školách komplexnější.

4.1. Zkušenost výuky a nároky na učitele

Jako příklad uvedeme pilotní program VOŠ Jabok ve spolupráci s ETF UK, zaměřený na propojení filosofické a teologické dimenze se škálou specializací v oblasti pomáhajících profesí. Základní metodika je všem kursům společná: relevance pro praxi je východiskem i kritériem vypsání zařazených témat, a zahájení kursů patří výzvě studentům k reflexi kasuistik a formulaci problémů spojených s vykonáváním konkrétní profese. To nebývá u kursů pro profesionály problematické, jelikož o problémy není nouze. Nicméně už sám požadavek na formulaci problému v kontextu konkrétního oboru je prvním krokem k propojování praxe s teorií. Následuje požadavek na zdůvodnění, proč se jedná v daném kontextu o problém hodný zmínky. Na této bázi pak probíhá teoretická výuka v oblasti teologických a filosofických souvislostí. Platí pro ni, že účastníci i lektor musí být v každém okamžiku schopni obhájit, že probírané téma může mít konkrétní dopad na úroveň odborné profesní a životní praxe účastníků.

Jaký úkol se očekává od vyučujícího sociální práce, respektive teoretika těchto oborů? Jemu náleží formulovat kritiku stávající praxe, která se následně stává obohacením teorie. Praxe samozřejmě teorii předchází (předmětem přijímacího pohovoru je dosavadní praxe uchazečů). Nicméně i tato možná ještě nereflektovaná praxe se řídí tím, co Schillebeeckx (1981: 101–102) nazývá spontánní či implicitní „teorie“. Může být zdravá, ale také může, třeba i v dobré víře, obsahovat řadu škodlivých návyků a stereotypů. A právě ona prvotní teorie dávající tvar praxi je předmětem kritické reflexe vyučujících a teoretiků. V tomto ohledu je jejich role nutná a nezastupitelná, třebaže vlastně až následná. Některé zkušenosti s výukou zejména pracovníků v sociálních službách, kteří bývají připravováni formou

krátkých rekvalifikačních kursů, svědčí o testu hodném zanedbání reflexe oné spontánní teorie, kterou si frekventanti kursů přinášejí, ze strany lektorů. Dokonce nedochází ani k metodickému vedení praxe, kterou musí studenti projít. Nelze potom předpokládat, že samo penzum obdržených znalostí povede pracovníka k reflektivnímu přístupu. Legitimita praxe není odvislá ani pouze od ní samotné, ani od nějaké *ex ante* nebo *ex post* formulované teorie. Neboli slovy teologie, za princip správnosti nelze považovat ani pouze *orthopraxi*, ani pouze nedialekticky pojatou *orthodoxii*. Zmíněná kritická reflexe praxe bude v posledku posuzovat, zda je směřování praxe správné ve světle toho, co snad pracovně můžeme nazvat žitá moudrost příslušného oboru. Širokým pojmem „žitá moudrost“ se zde rozumějí např. ty dokumenty, které se staly v dějinách oboru klasickými, které není třeba stále znovu obhajovat, neboť jejich váha se projevila a projevuje v čase.¹⁴ Co vše patří do klasického korpusu české sociální práce? Lze jej opřít například o klíčová lidsko-právní vyjádření? Můžeme do něj zařadit také biblické texty a jejich teologickou interpretaci (pokud ano, role teologie je zde velmi zřejmá)? A co ještě?

4.2. Osobní bonus z pohledu profesní etiky

Nezbývá než nechat některé otázky otevřené. To neznamená, že cíl a smysl kriticky reflektujícího teologicko-filosofického vzdělávání pro pracovníky v pomáhajících profesích je samoúčelný a že v něm nejde o dosažení vyššího standardu jimi poskytovaných služeb. Práce profesně činného člověka totiž nemusí být pouze hodnocena z pohledu úspěšnosti, odbornosti a defenzivně pojaté etické správnosti¹⁵. Dokládá to Martin (2000: 11) příběhem úspěšného podnikatele, který ve svém nejlepším věku umírá na rakovinu. Tváří v tvář diagnóze se mu všechny úspěšné projekty jeho kariéry zdají být bezvýznamné; pouze ten, poslední, v němž obnovou sídliště umožňuje konkrétním lidem důstojněji žít, se mu vrývá do paměti. Na příkladu Alberta Schweitzera Martin pak sugestivně ukazuje, že plnohodnotné profesní jednání předpokládá soulad mezi osobním mravním ideálem a vykonávanou profesí. Jejich průnik, ke kterému došlo u zmíněného úředníka v „hodinu dvanáctou“, provází Schweitzera podstatnou část jeho života a díla. Reálný průnik osobního životního ideálu a požadavků profese je podle Martina pro eticky správný přístup

ke každému povolání nejen možný, ale žádoucí. Že se nejedná o vzácný úděl pouze pro vyvolené, dokládá biblická metafora nerozděleného srdce (srov. Iz 38,3), odkazující na potřebu výhradně autentického přístupu k pomáhání.¹⁶

Jakkoliv by se zdálo, že šťastné setkání teorie a praxe je ve skutečném světě nedosažitelné, vhodně postavené studium teologie v terciárním a celoživotním vzdělávání v oblasti pomáhajících profesí může ve výsledku dopomoci účastníkům našich kursů osvojit si kýžený kriticky reflektující přístup k praxi. Zkušeným pracovníkům může nabídnout prostředek k zaujetí potřebného odstupu od své profese. Může přispět k znovuoobjevení, zrevidování či k autentičtějšímu vystižení svého osobního ideálu, který navzdory rostoucímu manažerismu a byrokratismu se i v pomáhajících profesích zdá být nezastupitelný. V tomto smyslu představuje kriticky založené teologicko-filosofické vzdělání pro pomáhající profese konkrétní, svou formou i obsahem zřejmě jinak nenahraditelný bonus. Specifikem je především jeho metodologie, umožňující pracovníkovi vyjít z praxe a poté, co je ovlivněn prošlou cestou, se k ní zase vrátit. Podstatným přínosem teologicko-filosofického studia pak je jeho hodnotově plný obsah, který ve formě posvátného příběhu, mýtu či běžného lidského vyprávění a navzdory veškerému relativismu nabízí účastníkům pevný základ, umožňující nově nahlédnout svou profesi i místo, které zaujímá v jejich životě.

Poznámky

- 1 Článek byl podpořen grantem RP FRVŠ 14/83 z r 2010.
- 2 Kontakt: fischer@jabok.cz, jandejsek@jabok.cz.
- 3 Viz např. výstižně frustrující konstatování, že závěrem dlouhodobě vedených diskusí ... je tvrzení, že „...teorie je to, co se učí ve školách, a praxe je to, co dělají sociální pracovníci při práci s klienty, s tím, že tyto dvě oblasti sociální práce spolu vůbec nesouvisí“. (Doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D., anotace k SP 3/2010, <http://www.socialniprace.cz/aktuality.php?subkol=1&id=24>, cit 7. 9. 2010.) Dále zmiňme např. publikaci *Beyond reflective practice: new approaches to professional lifelong learning* (eds. Helen Bradbury [et al.], Abingdon; New York: Routledge, 2010).
- 4 Aristoteles. *Etika Nikomachova* (dále EN), hl. I–VI a X. Zejm. srov. EN 1105b5–9.

- 5 V pomáhajících profesích ho rozvíjí řada autorů, mnohdy s užitečným rozlišením na reflektující (*reflective* – kriticky zaměřená na řešené téma) a reflexivní praxi (*reflexive* – kriticky zaměřená na svoji osobu). Srov. např. Banks (2006: 150) a zejména Adams (2002: 87), pro něhož právě schopnost reflektovat umožňuje skutečnou změnu v přístupu sociálního pracovníka.
- 6 Zde se opíráme o pojetí reflektujícího a reflexivního pracovníka podle Brookfielda, jak je zmiňuje Banksová (2006: 159).
- 7 Srov. např. Hugman (2005: 117), který zohledňuje nedůvěru postmoderního přístupu k definitivním řešením.
- 8 Srov. Sartrovo *Bytí a nicota* (I., kap. 2), kde tento pojem obšírně pojednává v návaznosti na filozofii M. Heideggera. Srov. též Banks (2006: 160).
- 9 K spojení filozofického a náboženského pohledu na život kontemplace viz např. Undrehill (2008, 84–106), z jehož pojetí zde především vycházíme.
- 10 Srov. Underhill (2008: 106): „Když zkušenost kontemplace nakonec odloží symbolický jazyk..., filozofie zjistí, že je to v jádře zkušenost hodnoty...“
- 11 Tento autor, žák Karla Rahnera, byl ovlivněn Frankfurtskou kritickou školou a sám se stal inspirací pro latinskoamerickou teologii osvobození. Příznačně a poněkud pateticky definuje křesťanskou víru následovně: „Víra křesťanů je praxe v dějinách a společnosti, jež si rozumí jako solidární naděje v Boha Ježíšova jako Boha živých a mrtvých, který volá k tomu, aby se před jeho tvář stali subjekty.“ (S. 29.)
- 12 Srov. Noble (2004: 39–59).
- 13 Mezi takto ohrožené hodnoty a hodnotové postoje mohou patřit i ty, které pracovníka původně vedly k pomáhající profesi, což se může projevit jeho nedůvěrou např. vůči studiu etiky. Srov. Hugman (2005: 164–165).
- 14 David Tracy definuje „klasky“ jako texty, které utvářejí interpretační komunity a o kterých panuje přesvědčení, že odkrývají stálé možnosti významu a pravdy. Z jeho díla zejména *The Analogical Imagination: Christian Theology and the Culture of Pluralism*. New York: Crossroad Publishing Company, 1981, dále např. *Talking about God* (s J. B. Cobbem). New York: The Seabury Press, 1983.
- 15 Uplatnění kritické reflektující praxe nepřímo souvisí s rozlišením defenzivního a pro-aktivního přístupu k sociální práci, jak je uvádí např. Banksová (2006: 150).

16 Obdobnou metaforu užívají Křišťan a Musil (2008). Jejich zájem je ovšem řešením vztahu odborné kompetence a osobní formace, resp. formace srdce, zatímco zde se věnujeme setkání či míjení osobní představy o smysluplné práci s výkonem profese.

Seznam literatury:

- ADAMS, R., et al. **Critical Practice in Social Work**. Basingstoke: PalgraveMacmillan, 2002.
- ARISTOTELES. **Etika Nikomachova**. Praha: P. Rezek, 2009.
- BANKS, S. **Ethics and Values in Social Work**. London: Macmillan Press, 2006.
- BRADBURY, H., et al. **Beyond reflective practice: new approaches to professional lifelong learning**. Abingdon; New York: Routledge, 2010.
- HUGMAN, R. **New Approaches in Ethics for the Caring Professions**. Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2005.
- JOACHIM, H. H. **Aristotle, the Nicomachean Ethics: A Commentary**. Westport, Conn.: Greenwood Press, 1985.
- KARFÍKOVÁ, L. **Křesťanské pojetí božství. Paradigma „posvátné kontingence“**. *Teologie a společnost*. 2004, č. 2, s. 7–14.
- KILMINSTER, S., et al. **Introduction and overview**. In BRADBURY (2010, pp. 1–9).
- KŘIŠŤAN, A., MUSIL, L. **Nezodpovězené otázky vztahu „pozorného srdce“ a „odbornosti“ v křesťanský zakotvené praxi sociální práce**. *Sociální práce/Sociálna práca*. 2008, č. 4, s. 93–99.
- MARTIN, M. W. **Meaningful work: rethinking professional ethics**. Oxford: OUP, 2000.
- METZ, J. B. **Úvahy o politické teologii**. Praha: ISE, 1994.
- NOBLE, I. **Symbolic nature of a Christian Existence according to Ricoeur and Chauvet**. *Communio Viatorum*. 2001, sv. 43, č. 1, s. 39–59.
- OPATRŇÝ, M. **Zapomenutý drahokam: teologie a sociální práce**. *Teologie a společnost*. 2004, č. 5, s. 9–10.
- PARROTT, L. **Values and Ethics in Social Work Practice**. Exeter: Learning Matters, 2006.
- PAYNE, M. **What is Professional Social Work**. Birmingham: Venture Press, 2006.
- PRIOR, J. W. **Virtue and Knowledge**. London: Routledge, 1991.
- RICOEUR, P. **Čas a vyprávění. I**. Praha: OIKOYMENH, 2000.
- RICOEUR, P. **Symbolism of Evil**. New York: Harper & Row, 1967.
- RYŠKOVÁ, M., OVEČKA, L. **Proč studovat teologii? Smysl studia teologie v současnosti**. *Teologie a společnost*. 2004, č. 5, s. 3–8.
- SARTRE, J.-P. **Bytí a nicota: pokus o fenomenologickou ontologii**. Praha: OIKOYMENH, 2006.
- SCHILLEBEECKX, E. **Ministry. A Case for Change**. London: SCM-Canterbury Press Ltd, 1981, s. 101–102.
- SCHÖN, D. **The Reflective Practitioner. How Professionals Think in Action**. London: Temple Smith, 1983.
- TAYLOR, C. C. W. **Aristotle, Nicomachean Ethics**. Oxford: Clarendon UP, 2006.
- UNDERHILL, E. **Podstata mystiky a jiné esej**. Praha: dybbuk, 2008.
- WEST, L. **Really Reflective Practice**. In BRADBURY (2010, 66–80).

Sociální a institucionální prostředí v procesu sociální integrace cizinců v České republice

Social and Institutional Environment in the Process of Social Integration of Migrants in the Czech Republic

Hana Pořízková, Miroslava Rákoczyová

Mgr. Hana Pořízková je doktorandkou na katedře sociální politiky a sociální práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. V současné době se zabývá problematikou zahraniční zaměstnanosti, integrace cizinců na trhu práce a rolí veřejných služeb zaměstnanosti v procesu integrace cizinců na trhu práce.

Ing. Miroslava Rákoczyová, Ph.D., absolvovala doktorské studium v oboru sociální politika a sociální práce na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně. Od roku 2001 působí jako odborná pracovnice Výzkumného ústavu práce a sociálních věcí, v. v. i. Dlouhodobě se zabývá otázkami politiky pracovního trhu, sociálního vyloučení a sociálního začleňování. V současné době se zaměřuje zejména na výzkum postavení cizinců na českém trhu práce a jejich integrace do české společnosti, přičemž zvláštní pozornost věnuje analýzám příslušných oblastí sociální politiky.

Abstrakt

V této stati se zabýváme vlivem sociálního a institucionálního prostředí na proces sociální integrace cizinců v České republice. Vycházíme přitom z poznatků o významu prostředí, jeho očekávání i podpory, pro sociální fungování jedince. Koncept životní situace a sociálního fungování tak aplikujeme na problematiku sociální integrace migrantů žijících v České republice. Na základě rozhovorů s různými aktéry integrace a analýzy relevantních dokumentů popisujeme sociální a institucionální zdroje podpory prostředí a odkrýváme její různé funkce. Ve stati poukazujeme na jeden z problémů, s nímž se pomáhající profese při práci s imigranty potýkají, a tím je udržování či zvyšování závislosti klientů v důsledku nevyvážené podpory a selhávání zmocňující funkce pomáhajících profesí.

Klíčová slova

životní situace, sociální fungování, sociální integrace, migrant, podpora prostředí

Abstract

In this paper we deal with influence of social and institutional milieu, its expectations as well as support, on the process of social integration of foreigners in the Czech Republic. We use the findings about importance of environment for social functioning of individuals and apply the concept of life situation and social functioning on problems of social integration of migrants living in the Czech Republic. Based on interviews with various stakeholders in the process of social integration and analysis of relevant documents, we identify social and institutional sources of the support of integration and reveal its diverse functions. Among others we pay attention to one of the problems faced up by helping professions, which is maintenance and deepening of clients' dependency as a consequence of unbalanced support and malfunction of empowerment provision.

Keywords

life situation, social functioning, social integration, migrant

1 Úvod

Životní podmínky cizinců, zejména pak zahraničních pracovníků, se v posledním období těší značné pozornosti médií a toto téma stále více proniká do veřejného diskursu. Do popředí v něm vystupují problémy migrantů – například jejich znevýhodněná pozice na trhu práce spojená s nedůstojnými pracovními a životními podmínkami a s rizikem ztráty povolení k pobytu, dále také zneužívání ze strany různých zprostředkovatelů a pracovních agentur, strach z návratu do země původu. To jsou jen některé případy, v nichž se cizinci žijící v České republice dostali do obtížných životních situací. Jejich příčiny, a současně i řešení, se odvíjejí jak od schopností, postojů a strategií přistěhovalců, tak také od očekávání (tlaků, příležitostí) a podpory jejich sociálního prostředí.

V kontextu migrace působí na jedince nejen očekávání ze strany hostitelské společnosti, ale současně často také ta, která mají svůj původ ve zdrojové zemi migrace. Jak ukážeme níže, očekávání vůči migrantům mohou být do značné míry ambivalentní. Schopnost reagovat na ně je spojena s přístupem k informacím, identifikací a vyhodnocením těchto očekávání a se zdroji (materiálními, sociálními, kulturními, institucionálními), které jsou cizincům k dispozici. Způsob vyrovnávání se s různorodými požadavky prostředí pak představuje determinantu úspěšnosti procesu sociální integrace cizince do hostitelské společnosti.

Jak uvádí Bosswick a Heckmann (2006: 11), integrace je interaktivním procesem mezi přistěhovalci a hostitelskou společností; v tomto procesu však má hostitelská společnost větší prestiž i větší moc. Jinými slovy, hostitelská společnost zásadním způsobem ovlivňuje podobu soužití přistěhovalců s majoritní populací. Právě na význam hostitelské společnosti, jejich očekávání a podpory, se zaměřuje předkládaný článek, v němž si klademe následující otázku: „*Jakým způsobem ovlivňuje sociální a institucionální prostředí cizinců proces jejich sociální integrace? Jaká očekávání klade na přistěhovalce a jaké podmínky vytváří pro jejich sociální integraci?*“

Při analýze vlivu sociálního a institucionálního prostředí na sociální integraci cizinců vycházíme z analytického potenciálu konceptu sociálního fungování, který, obdobně jako soudobé pojetí sociální integrace, akcentuje vzájemné působení přistěhovalců, společnosti a veřejných

institucí (Penninx, 2005). V našem textu poukážeme na nerovnováhy v sociálním fungování přistěhovalců a na vliv sociálního a institucionálního prostředí při vzniku těchto nerovnováh. Poukážeme na pozitivní, ale i negativní vliv podpory prostředí v procesu sociální integrace migrantů. Využíváme přitom především empirických dat z vlastních výzkumů sociální integrace přistěhovalců v ČR. Jedná se (a) o kvantitativní šetření reprezentativního vzorku 1 002 zaměstnavatelů zahraničních pracovníků v ČR uskutečněné v roce 2007, (b) o kvalitativní rozhovory s 250 cizinci dlouhodobě pobývajících v ČR, které byly provedeny v průběhu roku 2008, a (c) o rozhovory s pracovníky úřadů práce (30) provedené na počátku roku 2010. Vedle toho prezentujeme také zjištění získaná prostřednictvím sekundární analýzy dat veřejného mínění a analýzy relevantních dokumentů.

2 Sociální integrace jako sociální fungování přistěhovalců

Pojem sociální integrace cizinců poukazuje na úroveň společenské, ekonomické a kulturní participace a začlenění přistěhovalců do hostitelské společnosti. Jedná se o komplexní a permanentní proces vzájemného přizpůsobování všech jeho účastníků, tedy přistěhovalců, většinové společnosti a jejich institucí. Cílem integračního procesu je udržení sociálního smíru a stability společenského systému a maximalizace využití pozitivního potenciálu mezinárodní migrace pro hostitelskou společnost i pro migrující osoby.

Sociální integrace je ovlivňována celou řadou individuálních a společenských faktorů, které působí na různých úrovních sociálních procesů. V mikrosociální rovině se jedná o biologické, psychologické, kulturní a sociální charakteristiky přistěhovalců, které ovlivňují individuální schopnosti přistěhovalců. Makroúroveň procesu sociální integrace utváří politické, právní, ekonomické, sociální a kulturní faktory působící na straně hostitelské společnosti (Drbohlav, 2001), tedy očekávání společnosti a jejich institucí a společenská a institucionální podpora. Asselin et al. (2006: 138–139) hovoří také o mezo-úrovni sociální integrace, která se projevuje vznikem institucí na straně skupin přistěhovalců a v podobě vzájemných vztahů mezi přistěhovalci a institucemi sociálního prostředí. Vztahy mezi přistěhovalci a hostitelskou společností se tedy mohou určitým způsobem institucionalizovat.¹

Jak již bylo uvedeno, sociální integraci přistěhovalců pojmáme v kontextu životní situace a sociálního fungování. Při analýze životní situace přistěhovalců je možné vycházet ze sociálně-antropologického přístupu, který akcentuje kulturní dispozice přistěhovalců. Z této perspektivy je životní situace přistěhovalců vymezena jako výsledek konstelace kulturních dispozic, které si cizinec přináší ze své země původu na jedné straně a lokálních skupinových interakcí v novém prostředí na straně druhé. Na životní situaci přistěhovalců je však možné nahlížet také perspektivou makro-sociologického přístupu, který akcentuje politické a ekonomické podmínky života přistěhovalců v nové zemi, tedy strukturální podmínky integrace (Szaló, 2007: 24). Zkoumání problematiky integrace migrantů optikou konceptů životní situace a sociálního fungování nám umožňuje kombinovat obě výše uvedená východiska.

Navrátil a Musil (2000: 142) definují *životní situaci*² jako individuální konfiguraci předpokladů a bariér sociálního fungování. Individuální životní situaci vytváří unikátní kombinace schopností jedince (migranta) zvládat požadavky prostředí, požadavků tohoto prostředí a dostupné podpory prostředí.³ Konkrétní životní situace jedince vytváří rámec pro jeho *sociální fungování*, které představuje interakci jedince a prostředí v určitém společenském, kulturním a institucionálním kontextu. Sociální fungování lze vymezit také jako „schopnost lidí provádět úkoly denního života a angažovat se ve vztazích k jiným lidem způsobem, který je uspokojivý jak pro ně samotné, tak pro druhé a odpovídá potřebám organizované komunity“ (Carlton 1984: 7, in Musil, Navrátil, 2002).

Schopnosti migrantů představují mikroúroveň procesu sociální integrace. Schopnosti zvládat požadavky prostředí jsou omezeny především ztrátou lokálně uplatnitelných znalostí, schopností a dovedností, které musí být v nové zemi opět získány v procesu resocializace a akulturace. Jedná se zejména o: jazykové znalosti, znalosti kulturních tradic a zvyků, navyklý způsob společenské komunikace, ale také povědomí o zdrojích informací např. o pracovních příležitostech, znalost pracovněprávní legislativy apod. Životní situaci migrantů ztěžuje jednak ztráta lokálně specifického lidského kapitálu a dále pak ztráta podpůrných sociálních sítí.

Výzkum sociální integrace migrantů v České republice (Rákoczyová, Trbola et al., 2009)

ukazuje, že pro začlenění přistěhovalců je podstatný především rozvoj jazykových, sociálních a kulturních kompetencí a schopností získávat, interpretovat a využívat informace. *Jazykové kompetence* jsou předpokladem rozvoje integrace v jejích jednotlivých dimenzích. V rámci strukturální dimenze integrace se uplatňují především při hledání práce, hledání bydlení, jsou předpokladem přístupu k českému školství a potřebné při komunikaci s úřady. Jazykové znalosti dále umožňují navazování sociálních vztahů se členy majoritní populace (interaktivní dimenze) a poznávání a částečné přijímání kulturních vzorců majoritní populace v procesu akulturace (kulturní dimenze). *Sociální kompetence* představují obratnost, kterou jedinec vykazuje v sociální interakci při prosazování svých zájmů (Nakonečný, 1999: 253). Tyto kompetence jsou důležité především při navazování vztahů a budování sociálního kapitálu, jejich úroveň se však promítá také do vyjednávacích schopností jedince. *Kulturní kompetence* zahrnují jak kognitivní systém sdílený všemi členy dané společnosti, tak i jedinečné znalosti a hodnoty, které jsou výsledkem individuální sociální zkušenosti. Kulturní kompetence, obdobně jako sociální, se projevují při jednání lidí v konkrétním prostředí jako individuální komunikační styl. *Schopnost získávat, interpretovat a využívat informace* podmiňuje orientaci v právním systému, možnosti jedince samostatně vyřizovat potřebnou administrativu, samostatně jednat se zástupci veřejných institucí, ale i např. hledání práce, bydlení apod.

Význam výše uvedených schopností a kompetencí pro úspěšnou sociální integraci však závisí na délce pracovní migrace (dočasná, trvalá) a sektoru trhu práce, do kterého se migrant začleňuje (primární, sekundární, terciární). V případě dočasné ekonomické pracovní migrace, při níž migranti obsazují především místa terciárního sektoru trhu práce, nenabývá rozvoj jazykových a kulturních kompetencí takového významu, jako v případě trvalého setrvání v cílové zemi pracovní migrace. Stejně tak u migrace vysoce kvalifikovaných odborníků, kteří obsazují pozice primárního sektoru trhu práce převážně v mezinárodních společnostech, nejsou pro jejich participaci na trhu práce podstatné jejich jazykové a kulturní kompetence. Na druhou stranu však mezi migranty existují kategorie, pro něž je úspěch integračního procesu závislý na rozvoji lokálně uplatnitelných jazykových,

sociálních a kulturních kompetencí. K těmto skupinám migrantů patří např. azylanti.

Požadavky prostředí, respektive očekávání hostitelské společnosti, vytvářejí předpoklady integrace, tedy jakési *úkoľy*, které přistěhovelec musí zvládnout, aby pokročil v integračním procesu. Interakce migranta s prostředím vytváří celou řadu nerovnováh, které jsou způsobeny omezenou schopností migranta zvládat požadavky prostředí; nadměrnými požadavky prostředí a nedostatečnou podporou prostředí. Předpokladem bezproblémového sociálního fungování je tak vzájemné přizpůsobování jedince s prostředím, což je také ústřední téma konceptu sociální integrace.

Vzniklé nerovnováhy v životní situaci migrantů mohou v konečném důsledku vytvářet bariéry úspěšné integrace. Jejich zdrojem mohou být jak jedinci samotní, tak i většinová společnost a její instituce. Je zřejmé, že selhávající podpora prostředí hostitelské společnosti klade přistěhovance do obtížné situace. Úspěšná integrace v takovém případě předpokládá nejen určitou kvalitu lidského kapitálu a schopnosti přistěhovalců, ale také jejich značnou motivaci k úspěšné integraci (Rákoczyová, Trbola, 2009). Nedostatek podpory ze strany hostitelské společnosti a jejich institucí posiluje závislost přistěhovalců na alternativních zdrojích pomoci, které jsou jim ve společnosti dostupné a které mohou zajistit určitou – zpravidla pouze rudimentární – úroveň sociální integrace (například uplatnění na trhu práce nebo zajištění legálního pobytu), avšak často současně působí proti plné sociální integraci ve všech dimenzích tohoto procesu a ve svém důsledku zvyšují zranitelnost přistěhovalců.

4 Očekávání hostitelské společnosti

Požadavky prostředí je možné vymezit jako očekávání a představy majoritní populace o způsobech zapojení migrantů do jednotlivých dimenzí společenského života. Zdrojem očekávání prostředí jsou zejména právní normy, kulturní a sociální normy, zvyklosti a obyčej. V případě migrantů mohou být zdrojem očekávání prostředí také předsudky a generacemi předávané stereotypy. Očekávání prostředí tedy mohou být utvářena **normativně** (legislativou, případně sociálně politickými deklaracemi) nebo **sociálně**, tedy na základě zvyklostí a postojů majoritní společnosti. Chování přistěhovalců, které se výrazně

odlišuje od očekávání majoritní společnosti, bývá zdrojem negativního vnímání cizinců a utváření, případně rozvoje xenofobních postojů.

Sociální prostředí vytváří vůči přistěhovalcům soubor očekávání a požadavků, jejichž naplnění či nenaplnění podmiňuje jejich postavení v hostitelské společnosti. Významné přitom je, že samotná hostitelská společnost je v postmoderní době charakterizována vysokou fragmentací a individualizací lidských osudů (srovnej Bauman, 2005, Sartori, 2005 ad.). Stejně jako je možné klást si otázku, do jakých struktur přijímající společnosti vlastně směřuje sociální integrace přistěhovalců, lze identifikovat různé požadavky směřující k cizincům. Vedle normativních požadavků formulovaných státem, jejichž plnění kontroluje prostřednictvím svých institucí, směřuje k cizincům také pestré spektrum očekávání členů hostitelské společnosti včetně zaměstnavatelů, kteří významným způsobem ovlivňují charakter sociálního začlenění nejen cizinců. V následujícím textu se zaměříme na identifikaci očekávání tří klíčových subjektů hostitelské společnosti: státu, veřejnosti a zaměstnavatelů.

4.1 Stát: přínosnost a nekonfliktnost

Očekávání státu v oblasti sociální integrace jsou na obecné úrovni formulována ve vládním dokumentu Koncepce integrace cizinců, jehož cílem je „předcházet vytváření uzavřených komunit imigrantů, společenské izolaci a sociálnímu vyloučení cizinců“ a „zapojení cizinců do společnosti, jejich spolužití s majoritou“. Za klíčové předpoklady úspěšné integrace cizinců jsou považovány vzájemné vztahy cizinců a majoritní společnosti, znalost češtiny, socio-kulturní orientace cizinců ve společnosti a ekonomická soběstačnost cizinců. Od cizinců se jinými slovy očekává, že se budou schopni sami o sebe postarat po stránce ekonomické, kulturní i sociální; budou dodržovat zákony, pracovat, seznámí se s „místními poměry a řešením každodenních situací“ a s hodnotami společnosti. Dále také, že budou v sociálních interakcích s majoritní populací a tyto interakce budou bezkonfliktní, založené na interkulturním dialogu, dobré vůli a vzájemném přínosu. Předpokladem naplnění těchto očekávání, a tedy předpokladem integrace je zvládnutí českého jazyka.

Některá z těchto očekávání jsou konkretizována v podobě legislativních požadavků vzta-

žených k cizincům. Zejména je ošetřena oblast ekonomické soběstačnosti, tedy oblast pracovního uplatnění a nezávislosti na sociálních dávkách. Z tohoto hlediska je významná především regulace zahraniční zaměstnanosti prostřednictvím institutu pracovního povolení, které cizince ze třetích zemí směřuje na pracovní místa, která *nelze s ohledem na požadovanou kvalifikaci nebo nedostatek volných pracovních sil obsadit jinak* (zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v aktuálním znění)⁴. Pracovní povolení je přitom vydáváno nejdéle na dobu dvou let a je vázáno na konkrétní pracovní místo (případná změna pracovního místa je spojena s novým pracovním povolením). Od cizinců se tedy očekává, že alespoň v prvních letech po příchodu do ČR nebudou na trhu práce konkurovat domácím pracovníkům⁵. Institut pracovního povolení navíc výrazně omezuje případné čerpání sociálních dávek cizinci. V případě ztráty zaměstnání totiž zahraniční pracovní migranti ztratí účel pobytu, a ztrácejí tedy právo pobytu na území ČR. Navíc obecně cizinci s dlouhodobým pobytem v ČR nemají právo zařadit se do evidence uchazečů a pobírat podporu v nezaměstnanosti; ze sociálních dávek mají nárok pouze na státní sociální podporu, a to po 1 roce hlášeného pobytu, a na dávku mimořádné okamžité pomoci podle zákona o pomoci v hmotné nouzi (Čížinský, 2010). Rovný přístup ke všem právům souvisejícím s provozováním výdělečné činnosti a k sociálním právům jako čeští občané mají pouze cizinci s trvalým pobytem v ČR⁶.

Relativně v nedávné době byl kodifikován také požadavek, aby se cizinec naučil česky. Povinnost prokázat znalost češtiny na základní úrovni⁷ mají cizinci, pokud žádají o udělení trvalého pobytu, tedy zpravidla až po několikaletém (nepřetržitým) životě na území ČR.

4.2 Zaměstnavatelé: flexibilita

Analýza dat surveye reprezentativního vzorku zaměstnavatelů, kteří v ČR v roce 2007 legálně zaměstnávali zahraniční pracovníky, ukazuje, že motivace zaměstnavatelů najímat zahraniční pracovníky je do značné míry diferencována. Zatímco poptávka po manuálních pracovnících je dána zejména nedostatkem českých pracovníků, kteří by byli ochotni přijmout práci za nabízenou mzdu, při obsazování nemanuálních pozic se motivace zaměstnavatelů odvíjí zejména od nedostatku českých pracovníků s požadovanou

odbornou kvalifikací. Odlišná situace v jednotlivých segmentech pracovního trhu se následně promítá do přístupu zaměstnavatelů k zahraničním zaměstnancům na různých pracovních pozicích. Survey potvrzuje diverzifikaci strategií zaměstnavatelů uplatňovaných vůči zahraničním pracovníkům a výraznou marginalizaci zahraničních pracovníků na manuálních pracovních pozicích. Statistická data přitom ukazují, že cizinci jsou v ČR koncentrováni právě v manuálních profesích⁸.

Zaměstnavatelé najímáním zahraničních pracovníků typicky uplatňují strategii numerické a časové flexibility, tedy možnosti přizpůsobit množství práce a její časové rozložení výkyvům v poptávce po zboží a službách, a to při minimalizaci mzdových nákladů. Od zahraničních pracovníků je tak často očekávána práce přesčas a práce mimo standardní pracovní dobu, především o víkendech, ale také o svátcích a v noci⁹. Nejedná se přitom pouze o pracovníky v manuálních profesích – z hlediska nároků na časovou flexibilitu patří k vůbec nejnáročnějším zaměstnáním s nepřetržitým provozem, například i oblast sociální a zdravotní péče. Zaměstnavatelé od svých zahraničních zaměstnanců často očekávají, že se budou ochotni přizpůsobit časovým nárokům zaměstnavatelů. Více než 60 % zaměstnavatelů uvedlo jako motivaci pro zaměstnávání cizinců v manuálních profesích právě jejich větší ochotu pracovat přesčas a v nestandardní pracovní dobu. 39 % zaměstnavatelů s manuálními pracovníky ze zahraničí navíc připustilo, že jedním z jejich motivů je také (očekávaná) ochota cizinců pracovat v horších pracovních podmínkách než domácí pracovníci. Kromě toho zaměstnavatelé také očekávají, že cizinci budou akceptovat nižší mzdy než domácí pracovníci. Jako motivaci k najímání cizinců zaměstnavatelé často uváděli nedostatek domácích pracovníků způsobený jejich neochotou nastoupit za nabízenou mzdu (54 % všech zaměstnavatelů). Naopak dobrá znalost českého jazyka zpravidla není pro zaměstnavatele příliš důležitá, a to nejen u zahraničních pracovníků na nejnižších pracovních pozicích (dělníci), ale také na opačném konci hierarchie u zahraničních manažerů.

Jak uvádějí v závěru autoři studie (Ráko-czyová et al., 2007), nízký příjem a nízká prestiž zaměstnání zahraničních dělníků nevytváří pro integraci dobré předpoklady. Tito pracovníci vykonávají práce, při kterých mají jen omezený

Tabulka: Co by měl přistěhovelec naplňovat, aby nebyl vnímán jako cizinec?

	Průměr	Směrodatná odchylka	Neví, %
Hovořit česky	1,49	0,65	0,53
Pracovat v ČR	1,83	0,72	2,81
Mít státní občanství	2,21	0,89	4,48
Žít zde aspoň 10 let	2,35	0,90	6,94
Znát českou historii, kulturu	2,37	0,87	2,99
Účastnit se spol. života v bydlišti	2,47	0,89	6,68
Vzít si Čecha, Češku	2,55	0,91	5,36
Koupit zde dům, byt	2,64	0,86	5,18
Mít světlou barvu pleti	2,90	0,95	4,48

Zdroj: CVVM březen 2009, N = 1 138; in: Leontiyeva (2009)

Poznámka: Průměr byl spočítán z hodnot na škále od 1 – „velmi důležité“ do 4 – „nedůležité“

kontakt s domácími pracovníky. Zaměstnání tak nevytváří prostředí pro rozvoj interakcí s domácí populací, což se následně promítá do omezeného množství vzájemných kontaktů i v mimopracovním životě. Zaměstnavatelé připouštějí, že pracovní místa na sekundárním trhu práce příliš nepřispívají k integraci zahraničních pracovníků do života české společnosti, nevnímají to však jako problém – sociální integraci zaměstnanců totiž řada z nich nepovažuje za významnou.

Očekávání, která mají zaměstnavatelé vůči zahraničním dělníkům, tedy zahrnují ochotu pracovat přesčas, v nestandardní pracovní dobu a za nízkou mzdu. Dočasní zahraniční pracovníci ve snaze o maximalizaci celkového pracovního příjmu (a s vidinou návratu do země původu) vycházejí těmto nárokům zaměstnavatelů vstříc a snaží se maximalizovat svůj pracovní výkon. Významným faktorem je také skutečnost, že v ČR zpravidla nemají rodinné, resp. pečovatelské závazky¹⁰. Proces usazování a sociální integrace může tím, jak se sblíží postoj cizinců a domácí pracovní síly, snižovat takto vymezenou flexibilitu zahraničních pracovníků a ve svém důsledku vést k nižšímu uspokojení očekávání ze strany zaměstnavatelů.

4.3 Veřejnost: domluvit se a pracovat, kde je potřeba

Očekávání domácí populace vůči cizincům lze alespoň do určité míry identifikovat na základě dat z výzkumů veřejného mínění prováděných CVVM¹¹, které dlouhodobě zahrnují také po-

stoje vůči cizincům a národnostním menšinám žijícím v ČR. Podle těchto dat je pro českou populaci charakteristické především očekávání, že se cizinci co nejvíce přizpůsobí místním zvykllostem. V roce 2008 takové očekávání vyjádřilo 68 % a v roce následujícím 61 % respondentů; ostatní pak předpokládají, že se cizinci přizpůsobí alespoň částečně. Tlak na asimilaci je nejvíce patrný u nízkokvalifikovaných osob, u nepracujících důchodců a také u nezaměstnaných. Co je míněno přizpůsobením, naznačují především odpovědi na otázku, co by měl přistěhovelec naplňovat, aby nebyl vnímán jako cizinec.

Je zřejmé, že od cizinců se v první řadě očekává osvojení češtiny a uplatnění na trhu práce. Vysoký důraz na pracovní aktivitu cizinců jde ovšem ruku v ruce s obavami o negativní účinky zahraniční zaměstnanosti na postavení domácí populace na pracovním trhu. Většina respondentů uvedeného šetření totiž věří, že levná cizí pracovní síla ohrožuje zaměstnanost Čechů (78 %) a že *dlouhodobě* pobývajících cizinců zvyšují nezaměstnanost v České republice (72 %). Cizinci by tedy, podle názoru domácí populace, měli být zaměstnáváni pouze v profesích, o které sami Češi nemají zájem (66 %). V regionech, kde je „málo práce“, by pak měla být zaměstnanost cizinců omezována. Česká veřejnost tak vyjadřuje očekávání, že se přistěhovalci naučí česky a budou pracovat, přičemž se spokojí s pracovními místy, o která Češi nemají zájem, tedy jim nebudou na pracovním trhu konkurovat. Přitom právě lidé, kteří na trhu práce obsazují tato neatraktivní pracovní místa, tedy lidé z méně eko-

nomicky vyspělých zemí (Ukrajinci, Číňané, Turci ad.), jsou domácí populací považováni za nejméně sympatické.

Je pravděpodobné, že přijetí cizinců je podmíněno také dalšími očekáváními, spojenými kupříkladu s kulturními zvyky nebo s místem narození, která však nebyla uvedeným výzkumem CVVM zachycena. V této souvislosti Leontijeva (2009: XX) na jiných datech ukazuje, že „i když dotyčný cizinec třeba mluví česky, cítí se být Čechem a dokonce i má české občanství, v očích dvou třetin české populace nebude ‚opravdovým Čechem‘, pokud nemá české kořeny anebo se narodil mimo území“.

5 Podpora prostředí

Podporu prostředí utváří sociální okolí migranta nebo subjekty, jejichž činnost je částečně nebo zcela zaměřena na podporu integrace cizinců. Podpora prostředí tak může být bezprostřední, spontánní, anebo záměrná, institucionální.

V našem příspěvku rozlišujeme několik funkcí podpory prostředí. *Socializační funkce* prostředí spočívá v tom, že skrze společenské instituce (rodina, škola, práce apod.) si přistěhovalci osvojují nové vzorce chování a společenské a kulturní normy, které pomáhají naplňovat očekávání prostředí. Jak uvádí Nakonečný (1999), podstatnou úlohu v procesu socializace přistěhovalců hrají socio-kulturní činitelé, např. příslušnost k etnické skupině, národnosti, společenské vrstvě apod. Tito činitelé však mohou, v případě vytvoření vlastní uzavřené subkultury, působit spíše proti procesu začleňování. *Sociální funkce* podpory prostředí spočívá v tom, že prostřednictvím sociálních interakcí si přistěhovalec postupně rozšiřuje sociální síť, omezuje pocit osamění a dochází k uspokojování sociálních potřeb, jako je potřeba sounáležitosti, sdílení společenství a uznání. Sociální funkce prostředí podstatným způsobem ovlivňuje psychickou pohodu migranta a zvyšuje jeho kapacity k naplňování požadavků prostředí. Sociální a institucionální podpora prostředí pak plní významnou funkci informační, neboť snižuje informační deficit, který se ukazuje jako významný znevýhodňující faktor např. při hledání práce, při kontaktu s veřejnými institucemi a při plnění administrativních náležitostí spojených s pobytem. Zmocňující funkce spočívá v pomoci lidem, aby získali větší kontrolu nad vlastními životy a životními podmínkami (Navrátil, 2001: 141).

Techniky zmocňování také posilují schopnosti jedinců bránit se proti diskriminaci.

Chybějící či nedostatečná podpora v procesu sociální integrace je zdrojem významných nerovnováh v sociálním fungování přistěhovalců. Při nedostatečně rozvinuté socializační funkci prostředí selhává cizinec v naplňování očekávání tohoto prostředí. Selhávání sociální funkce prostředí vede k sociální izolaci a brání využívání potenciálu sociálního kapitálu. Slabá informační podpora prostředí zvyšuje informační deficit a absence či selhávání zmocňující funkce prostředí přispívá ke zneužívání a diskriminaci cizinců.

5.1 Sociální síť jako zdroj podpory

Sociální síť vytvářejí sociální kapitál, který Aldridge et al. (2002 in Goodson a Phillimore 2008) dělí na vnitroskupinový, přemostující a spojovací. Vnitroskupinový („bonding“) sociální kapitál je vytvářen prostřednictvím silných pout uvnitř sociálních skupin, zejména v rámci rodin a etnických skupin. Přemostující („bridging“) sociální kapitál vychází z relativně méně silných vztahů, které však přesahují etnické a příbuzenské hranice. Spojovací („linking“) kapitál pak představují kontakty mezi osobami na různých pozicích v mocenské a sociální struktuře společnosti významné např. při hledání práce.

Zdrojem spontánní a neinstitucionalizované podpory prostředí jsou členové *primární sociální skupiny* a nejbližších sociálních sítí (přátelé, spolupracovníci). Tyto sociální síť vytvářejí především vnitroskupinový sociální kapitál. *Partneri-Češi* zprostředkovávají migrantům kontakt s českou kulturou, pomáhají překonávat nedostatečné jazykové kompetence, socio-kulturní kompetence a informační deficit. Při překonání jazykové bariéry často vypomáhají také *děti* navštěvující české školy. Pokročilost sociální integrace těchto dětí v mnohém předčila úroveň integrace jejich rodičů. Otázkou zůstává, zda relativně jednoduchá dostupnost těchto zdrojů podpory není v konečném důsledku spíše bariérou sociální integrace, neboť v dlouhodobém horizontu může udržovat migranta v určité sociální izolaci. V tomto kontextu můžeme hovořit až o určité „*pasti podpory*“, která spočívá v dlouhodobé závislosti na osobě blízké, což vylučuje progresi v integračním procesu.

K neinstitucionalizovanému typu podpory řadíme také *krajanské síť*, které vznikají z potře-

by sdílet obdobné zkušenosti se členy kulturně a etnicky stejné skupiny. Tyto sítě, založené na vzájemné důvěře a solidaritě, jsou zdrojem přemostujícího sociálního kapitálu zejména v počátečním období adaptace na nové socio-kulturní prostředí. Sociální kapitál může hrát významnou roli již při samotném vzniku a rozvoji migrace. Teorie migračních sítí hovoří o tom, že přítomnost rodiny a známých v cílových zemích migrace snižuje transakční a psychologické náklady migrace a rizika plynoucí z neúspěchu v cílové zemi (Massey et al., 1993). Dokladem toho může být osobní příběh Vietnamky, která se do České republiky vrátila po šestnácti letech, aby tu vytvořila zázemí pro migraci dalších členů své rodiny (dětí a manžela).

Pro sekundární sociální skupiny, k nimž krajanové sítě patří, jsou charakteristické funkční, instrumentální interpersonální vztahy založené na sdílení životních zkušeností, rad a návodů na řešení určitých životních situací, organizování společných aktivit, trávení volného času apod. Jak vyplynulo z poznatků našeho výzkumu, sociální kontakty s příslušníky domácí populace přispívají k integraci jinými mechanismy než přátelstvím s krajanů či dalšími cizinci. Češi pomáhají především s orientací v českém prostředí z pohledu hostitelské společnosti, s osvojováním jazykových dovedností a rozšiřováním českých sociálních sítí. Význam sociálních sítí vytvořených z krajanů a ostatních cizinců spočívá zejména v možnosti sdílet společné problémy sociálního fungování v hostitelské společnosti a v předávání návodů na řešení situací, s nimiž se setkávají výlučně cizinci. Krajanové sítě přispívají k udržování symbolického kontaktu s domovem a původním jazykem. Během našich rozhovorů s cizinci jsme se setkali např. i s novodobou formou krajanových podpůrných sociálních sítí, které tvoří internetová diskusní fóra.

5.2 Institucionalizované formy podpory

Institucionalizovanou formu krajanové podpory a mezo-úroveň sociální integrace představují zprostředkovatelé z řad krajanů, s nimiž se setkáváme zejména u občanů Vietnamu a Ukrajiny. Vietnamští zprostředkovatelé (*Dich Vu*) jsou využíváni pro překladatelské služby, vyplňování úředních dokumentů a vyřizování administrativních náležitostí pobytu, přičemž své služby poskytují většinou za úhradu (Hofírek, Nekorjak, 2009). U občanů Ukrajiny se setkáváme

s tzv. *klientským systémem*. Jedná se o specifický typ zprostředkování práce prostřednictvím krajanů, kteří pracovním migrantům poskytují zprostředkovatelské služby „all inclusive“ od zajištění pracovního povolení, zajištění práce až po ubytování (Leontiyeva, 2009). Vztah mezi „klientem“ a pracovním migrantem je mnohdy založen na neformální bázi a je charakterizován výrazně nerovným mocenským postavením „klienta“ ve vztahu k pracovnímu migrantovi, který se jen obtížně orientuje v českém prostředí. Tato nesamostatnost je zdrojem závislosti migranta na „klientovi“ a další formou „*pasti podpory*“. Pracovní příležitosti zprostředkované klientem bývají pro některé cizince prakticky jedinou možností uplatnění na českém trhu práce. Zprostředkovatelské služby tohoto typu tak sice pomáhají migrantovi částečně překonávat jazykovou bariéru, nedostatečné socio-kulturní kompetence a informační deficit, nepřispívají však k přirozenému procesu sociální integrace migranta. Naopak, zprostředkovatelské služby tohoto typu ještě více prohlubují sociální exkluze a marginalizaci migrantů.

S podporou integrace cizinců v České republice je nejčastěji spojován neziskový sektor. Část neziskových organizací zaměřuje své aktivity výlučně na podporu sociální integrace cizinců, a to zejména na výuku českého jazyka, vzdělávání a rekvalifikační kurzy pro cizince, sociálně-právní poradenství, podporu při hledání bydlení a multikulturní vzdělávání. Neziskové organizace jsou schopny identifikovat konkrétní problémy sociální integrace cizinců lépe než státní správa, neboť jsou v přímém kontaktu s cílovou skupinou a vůči klientům uplatňují neformální přístup. Geografická působnost neziskových organizací v České republice je však omezená. Přínos neziskového sektoru jakožto zdroje institucionální podpory prostředí však, podle našeho výzkumu, naráží na omezený okruh klientů, kterými jsou převážně žadatelé o mezinárodní ochranu a azylanti. Struktura klientů je dána zejména úzkou spoluprací neziskového sektoru s pobytovými a integračními zařízeními. V tomto smyslu mají žadatelé o mezinárodní ochranu a azylanti jisté privilegium, neboť většina ostatních dotazovaných cizinců se s činností těchto organizací nesetkala. Naše zjištění poukazují i na možná rizika „pečovatelského přístupu“ vůči klientům těchto pobytových zařízení, ale i neziskových organizací, spočívající v tzv. syndromu

ústavní závislosti, neboť podpora prostředí může v případě nadměrné pomoci působit proti procesu sociální integrace, zvyšovat závislost na druhých a potlačovat samostatnost.

Při zprostředkování informací a kontaktu s veřejnými institucemi plní podpůrnou roli i někteří zaměstnavatelé. Podpůrný administrativní servis¹² je, podle našich zjištění, poskytován především migrantům pracujícím na primárním trhu práce. Tito pracovníci bývají ze strany svých zaměstnavatelů vybaveni základními informacemi pro orientaci v české společnosti. Zcela odlišným způsobem jsou poskytovány informace cizincům pracujícím na okrajových pozicích sekundárního trhu práce, zejména pokud jsou jejich pracovní místa zprostředkována agenturami. Informace pro tyto pracovníky jsou často, z důvodu zachování závislosti a manipulovatelnosti, selektovány. Také další služby, například společné ubytování zahraničních pracovníků, mohou prohlubovat segregaci cizinců.

Působnost *úřadů práce* v oblasti zahraniční zaměstnanosti je, na základě výpovědí pracovníků úřadů práce, v současné době zaměřena především na její regulaci, tedy usměrňování vstupu zahraničních pracovníků na trh práce v souladu s potřebami tohoto trhu. Integrační funkce úřadů práce, tedy aktivity, které jsou zaměřeny na zvyšování zaměstnanosti cizinců a jejich začleňování na trh práce, je spíše reziduální. Klientem úřadu práce se navíc mohou, podle zákona o zaměstnanosti, stát pouze cizinci s trvalým pobytem, občané EU/EHP a azytlanti. Z rozhovorů s cizinci i pracovníky úřadů práce vyplývá, že možnosti úřadů práce při podpoře začleňování cizinců na pracovní trh jsou omezené. Využití nástrojů aktivní politiky zaměstnanosti pro cizince je podmíněno jejich znalostí českého jazyka, neboť rekvalifikace a poradenské aktivity jsou realizovány pouze v češtině. K obtížnému začleňování cizinců na pracovní trh přispívá i nízká úroveň dosažené či uznatelné kvalifikace cizinců, neboť účast lidí s nízkou úrovní vstupního lidského kapitálu v rekvalifikačních programech bývá, podle Horákové (2005: 133), značně podhodnocena.

Veřejnou institucí, s níž migranti přicházejí do kontaktu nejčastěji, je Služba cizinecké policie ČR. Potenciální význam této instituce spočívá především ve snižování informačního deficitu cizinců a v pomoci překonávat nedostatečné sociální kompetence cizinců. Podpůrná funkce cizinecké policie je však podmíněna trpělivostí,

empatií a vstřícným přístupem, s čímž se ovšem účastníci našeho výzkumu u pracovníků této instituce setkávali pouze výjimečně. Zkušenosti účastníků výzkumu potvrzují, že kontrolní a represivní funkce cizinecké policie významně převládá nad funkcí podpůrnou. Poskytnutí podpory se odvíjí od osobnostních charakteristik jednotlivých pracovníků a nemá dosud systémový charakter¹³.

K významným aktérům integrace cizinců na lokální úrovni patří i orgány územní samosprávy. Podle výzkumu lokálních strategií integrace cizinců v ČR (Rákoczyová, Trbola, 2008: 51) nejsou však zatím města příliš aktivním aktérem lokální integrace cizinců, a to především proto, že je nevnímají jako cílovou skupinu svých opatření. Aktivity zaměřené na cizince se zpravidla omezují na výkon státní správy a na krizovou intervenci. Na tomto stavu se podílí skutečnost, že cizinci většinou nedeclarují veřejně své potřeby. Nedostatečná podpora integrace cizinců ze strany měst a obcí je způsobena také malou politickou prioritou (přistěhovalci většinou nebývají voliči) a dosud relativně nízkým počtem cizinců ve většině měst (ibid). Implementaci Koncepce integrace cizinců na lokální úrovni ovlivňuje také skutečnost, že se jedná o dokument, který je pouze doporučující a pro obce nezávazný. Zapojení místních samospráv do integračního procesu tak doposud probíhá spíše formou partnerství na společných projektech s neziskovými organizacemi¹⁴ (Pořízková, Rákoczyová, Trbola, 2009: 50).

K jistému posunu v přístupu municipalit došlo v souvislosti s očekávanými negativními dopady hospodářské recese na zahraniční pracovníky a nárůstu sociálních problémů v lokalitách. Ve zvláště ohrožených oblastech pak byly ve spolupráci s Ministerstvem vnitra ČR uskutečněny tzv. emergentní programy zaměřené na prevenci a řešení vzniklé situace. Reakce centrální vlády v situaci ekonomické recese (mimo emergentní programy se jedná například o program dobrovolných návratů, regulaci imigrace a zpřísnění při udělování pracovních víz) odpovídá dlouhodobé orientaci české vlády na migrační spíše než integrační politiku a na přetrvávající pojetí dočasnosti pracovní migrace.

6 Závěr

Sociální a institucionální prostředí plní v životě migrantů významné socializační, sociální, informační a zmocňující funkce. Primární

sociální skupiny a krajské sociální sítě patří k hlavním zdrojům neinstitucionalizované podpory, prostřednictvím které cizinci překonávají především jazyková znevýhodnění a informační deficit. Nedostatečné jazykové kompetence cizinců jsou nahrazeny kompetencemi jiných členů rodiny či členů sekundárních sociálních sítí. Informační deficit, zejména v počátečním období pobytu, pomáhají překonávat krajské sociální sítě a sociální sítě složené z cizinců, kteří se při pobytu v České republice dostávají do obdobných situací, a mohou si tak vzájemně předávat návody na jejich řešení. Sociální prostředí je zdrojem sociálního kapitálu, který si migranti budují mnohdy již před příchodem do hostitelské země. Velikost a struktura sociálního kapitálu pak určuje, jakým způsobem bude cizinec integrován do společenského, kulturního a institucionálního prostředí hostitelské společnosti. V ideálním případě si migrant postupně osvojuje potřebné kompetence v rámci jednotlivých dimenzí sociální integrace, což mu umožňuje „osvobodit se“ od závislosti na sociální a institucionální podpoře prostředí. Z našich poznatků nicméně vyplývá, že část migrantů zůstává i dlouhodobě závislá na sociální a institucionální podpoře prostředí a dostává se tak do pomyslné „*pasti podpory*“. Zatímco v případě činnosti neziskových organizací, pobytových zařízení pro uprchlíky a azylanty a v případě etnických enkláv (segmentovaná integrace) se jedná spíše o nezamýšlený důsledek působení podpory prostředím, v případě činnosti profesionálních zprostředkovatelů („klientů“) a agentur práce se jedná o záměrné udržování závislosti a informačního deficitu s cílem zneužít ztráty lokálně platných jazykových, sociálních a kulturních kompetencí v neprospěch cizinců. Podpora prostředí tak může mít, kromě svého pozitivního přínosu, také negativní důsledky v podobě udržování závislosti a nesamostatnosti migrantů, čímž může přispívat k dlouhodobé sociální exkluzi a marginalizaci migrantů. Významnou roli sociální práce s migranty proto spatřujeme především ve zmocňování migrantů, které vede k jejich samostatnému sociálnímu fungování v hostitelské společnosti.

Závěrem si dovoluujeme znovu položit otázku, zda má česká společnost skutečně zájem o sociální integraci přistěhovalců. Očekávání prostředí, která jsme měly možnost identifikovat, nás vedou k úvaze, že hostitelská společnost

vytváří spíše podmínky pro částečnou (segmentovanou) integraci cizinců, tedy pro jejich zařazení do okrajových sociálních skupin. Zejména v oblasti integrace na pracovním trhu převládá silný tlak na marginalizaci zahraniční pracovní síly, která se dále promítá do dalších dimenzí sociální integrace (do kontaktů s majoritní společností a jejich charakteru, sociálního statusu cizinců, životní úrovně atd.). Na druhou stranu společnost poměrně jednoznačně očekává integraci (až asimilaci) v kulturní dimenzi, zejména pokud jde o schopnost domluvit se česky a způsobem se místním zvyklostem.¹⁵

Poznámky

- 1 Např. služby Dich Vu. Podrobněji dále v textu.
- 2 Pojem „životní situace“ zavedla do terminologie sociální práce Bartlett (1970).
- 3 Koncept životní situace má mnoho společného s ekologickým modelem v sociální práci, který se také zaměřuje na vzájemnou souvztažnost jedinců a jejich prostředí.
- 4 Pracovní povolení není požadováno od cizinců, kterým byl v ČR udělen trvalý pobyt, a od některých dalších, relativně méně početných kategorií cizinců. K 30. 6. 2009 mělo pracovní povolení 86 % všech cizinců ze třetích zemí, kteří jsou v ČR v postavení zaměstnanců (zdroj dat Horáková, 2009).
- 5 Toto očekávání je rovněž zřetelné například v úpravě zelených karet.
- 6 Udělení trvalého pobytu předpokládá předchozí, zpravidla pětiletý nepřetržitý pobyt na území ČR. V současnosti má trvalý pobyt asi 40 % všech cizinců ze třetích zemí, kteří pobývají na území ČR (k 31. 12. 2008, zdroj dat ČSÚ, 2010).
- 7 Úroveň A1 je charakterizována jako nejnižší úroveň generativního užívání jazyka. Studenti, kteří dosáhnou této úrovně, se dokážou jednoduchým způsobem zapojit do interakce, umějí klást otázky týkající se jich samotných, toho, kde bydlí, lidí, které znají, věcí, které mají. Na takové otázky mají umět též odpovídat. Měli by být jazykově vybaveni tak, aby dokázali iniciovat jednoduché výroky v oblastech svých nejnáléhavějších komunikačních potřeb. Předpokládá se, že budou schopni účastnit se komunikace o velmi známých tématech a reagovat na ně (MŠMT, http://www.msmt.cz/uploads/soubory/mezinarodni_vztahy/cestinaA1.pdf).

- 8 Na pozicích KZAM 6-9, které reprezentují dělníci, řemeslníci a nekvalifikovaní pracovníci, pracovalo k 31. 12. 2008 více než 75 % cizinců v ČR (ČSÚ, 2010); manuální práci zastávala i naprostá většina (69 %) z 15 500 cizinců zaměstnaných dotázanými zaměstnavateli v rámci prezentovaného výzkumu.
- 9 Práci přecházel od svých zahraničních pracovníků požaduje alespoň někdy 76 % zaměstnavatelů, práci o víkendech 72 %, o svátcích 60 % a práci v noci 32 % dotázaných zaměstnavatelů.
- 10 Tomu nasvědčuje zejména velmi nízký podíl dětí v populaci cizinců s pobytem v ČR.
- 11 Centrum pro výzkum veřejného mínění České akademie věd.
- 12 O významu zmocňování (empowerment) hovoří antiopresivní přístup v sociální práci, který se zaměřuje na změnu situace kulturně znevýhodněných jedinců, včetně migrantů.
- 13 Pracovní povolení, prodloužení pobytu, pojištění apod.
- 14 Zaznamenali jsme nicméně několik iniciativ Služby cizinecké policie ČR posílit svoji integrační roli, což je ovšem poměrně obtížné, mimo jiné i s ohledem na nedůvěru cizinců vůči této instituci.
- 15 Jedním z novějších cílů integrační politiky je tak zajištění implementace této politiky na regionální a lokální úrovni (Zpráva o realizaci, 2008). Za tímto účelem jsou na úrovni jednotlivých krajů vytvářena Centra na podporu integrace cizinců, která by měla plnit především funkci informační.

Seznam literatury:

ASSELIN et al. **Social Integration of Immigrants with Special Reference to the Local and Spatial Dimension**. In PENNINX, R., BERGER, M., KRAAL, K. (eds.). **The Dynamics of International Migration and Settlement in Europe. A State of the Art**. Amsterdam: Amsterdam University Press, 2006.

BARTLETT, H. M. **The common base of social work practice**. Washington: National Association of Social Workers, 1970.

BAUMAN, Z. **Individualizovaná společnost**. Praha: Mladá fronta, 2005.

BOSSWICK, W., HECKMANN, F. **Social integration of immigrants: Contribution of local and regional authorities**. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2006.

ČIŽÍNSKÝ, P. **Analýza legislativního rámce sociální integrace cizinců v České republice** (rukopis).

DRBOHLAV, D. **Mezinárodní migrace obyvatelstva – pohyb i pobyt (Alenky v kraji divů)**. In ŠIŠKOVÁ T. (ed.). **Menšiny a migranti v České republice. My a oni v multikulturní společnosti 21. století**. Praha: Portál, 2001.

ESSER, H. **Spezielle Grundlagen. Band 2: Die Konstruktion der Gesellschaft**. Frankfurt/Main: Campus Verlag, 2000.

GOODSON, L. J., PHILIMORE, J. **Social Capital and Integration: The Importance of Social Relationships and Social Space to Refugee Women**. *The International Journal of Diversity. Organisations, Communities and Nations*. 2008, vol. 7, No. 6.

HOFÍREK, O., NEKORJAK, M. **Vietnamští imigranti v českých velkoměstech – Integrace přistěhovalců z Vietnamu**. In RÁKOCZIOVÁ, M., TRBOLA, R., (eds.). **Sociální integrace přistěhovalců v České republice**. Praha: SLON, 2009.

HORÁKOVÁ, M. **Problematika osob s nízkou kvalifikací**. In WINKLER, J., KLIMPLOVÁ, L., ŽIŽLAVSKÝ M. (eds.). **Účelové programy na lokálních trzích práce: Jejich význam, potřebnost, realizace**. Brno: Masarykova univerzita, 2005, s. 122–140.

HORÁKOVÁ, M. **Mezinárodní pracovní migrace v ČR**. *Bulletin č. 23*. Praha: VÚPSV, 2009.

LEONTIYEVA, Y. **Postoje k dopadům migrace na společnost a sebereflexe tolerantnosti**. In LEONTIYEVA, Y., VÁVRA, M. (eds.). **Postoje k imigrantům**. Praha: Sociologický ústav AV ČR, 2009.

MASSEY, DOUGLAS S., et al. **Theories of International Migration: A Review and Appraisal**. *Population and Development Review*, 1993, Vol. 19, No. 3, pp. 431–466.

MUSIL, L. NAVRÁTIL, P. **Přístupy k práci s menšinami**. In SIROVÁTKA, T. (ed.). **Menšiny a marginalizované skupiny v České republice**. Brno: Masarykova univerzita, 2002.

NAVRÁTIL, P. **Teorie a metody sociální práce**. Brno: Marek Zeman, 2001.

NAVRÁTIL, P., MUSIL, L. **Sociální práce s příslušníky menšinových skupin**. *Sociální studia*, 2000, No. 5, pp. 105–141.

NAKONEČNÝ, M. **Sociální psychologie**. Praha: Academia, 1999.

- PENNINX, R. **Integration of migrants: economic, social, cultural and political dimensions.** In MACURA, M., MACDONALD, A., HAUG W. (eds.). **The New Demographic Regime; Population Challenge and Policy Response.** Geneva: United Nations, 2005.
- RÁKOCZYOVÁ, M., et al. **Zaměstnavatelé zahraničních pracovníků v České republice a jejich role v procesu sociální integrace: Analýza poptávky po zahraniční pracovní síle.** Praha: VÚPSV, 2007.
- RÁKOCZYOVÁ, M., TRBOLA, R. **Lokální strategie integrace cizinců v ČR I.** Praha: VÚPSV, 2008.
- RÁKOCZYOVÁ, M., TRBOLA, R. **Social Integration in the Czech Republic: long-ignored issue as an emerging social problem.** In **Public economics, public management and public policy; ICSS international conference on social science.** Izmir: SoBiAD-SoSReS, 2009.
- RÁKOCZYOVÁ, M., TRBOLA, R., et al. **Sociální integrace přistěhovalců v České republice.** Praha: SLON, 2009.
- SARTORI, G. **Pluralismus, multikulturalismus a přistěhovalci.** Praha: Dokořán, 2005.
- SIROVÁTKA, T. **Politika pracovního trhu.** Brno: Masarykova univerzita, 1995.
- SZALÓ, C. **Transnacionální migrace. Proměny identit, hranic a vědění o nich.** Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2007.
- Velký sociologický slovník.** Praha: Karolinum, 1996.
- Zpráva o realizaci Koncepce integrace cizinců v roce 2008.** 2009. Praha: MPSV.
<http://www.czso.cz/csu/cizinci.nsf/kapitola/uvod> [on-line] [30. 4. 2010]

Prístupné vzdelávanie pre študentov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami na Katolíckej univerzite v Ružomberku

Katolícka univerzita v Ružomberku (KU) je verejnou vysokou školou s konfesijným charakterom. Svoju činnosť uskutočňuje podľa zákona NR SR č. 131/2002 Z. z., o vysokých školách, najmä v oblasti humanitných, historických, pedagogických a sociálnych vied, ale aj v oblasti umenia, ekológie, manažmentu, práva, fyziky, chémie, biológie, matematiky a informatiky.

Akademické prostredie Katolíckej univerzity v Ružomberku je ideálnym miestom pre rozvíjanie filozofie rovnosti, podporovanie rôznosti. Základné hodnoty univerzity sú: Pravda – hľadať pravdu a mať ochotu podeliť sa s ňou; Profesionálna – kvalitným vzdelávaním, vedou a výskumom slúžiť rozvoju človeka; Jednota – pracovať pre spoločný cieľ a uplatňovať princíp subsidiarity; Zodpovednosť – konať dobro s najlepším úmyslom a ctíť princíp solidarity.

Vedie svojich študentov a zamestnancov k tolerancii a úcte, čo zdôrazňuje aj motto univerzity: *Katolícka univerzita formujúca myseľ i srdce*. Rozvíja svoje prostredie aj smerom ku študentom so špeciálnymi vzdelávacími potrebami.

Právo na vzdelávanie jednotlivca so zdravotným postihnutím je zakotvené vo viacerých národných a medzinárodných dokumentoch, tak isto aj v Ústave Slovenskej republiky v článku 38 ods. 2, kde sa uvádza, že osoby so zdravotným postihnutím majú právo na pomoc pri príprave na povolanie, a v článku 42 garantuje každému občanovi právo na vzdelanie. Systém výchovno-vzdelávacej sústavy v Slovenskej republike musí preto umožniť v súlade s týmto právom vzdelávanie pre všetkých vrátane príslušníkov národnostných menšín (Ústava SR čl. 34 ods. 2 bod a/).

Podľa Novosáda (2000) edukácia osôb so zdravotným postihnutím by mala byť previazaná s poradenstvom, čo umožňuje komplexné uchopenie – riešenie situácie daného jedinca. Poradenská prax, resp. poradenská podpora ľudí so zdravotným znevýhodnením, je integrálnou súčasťou komprehenzívnej rehabilitácie. Cieľom ucelenej rehabilitácie je poskytnúť osobám so zdravotným postihnutím čo najširšiu účasť na spoločenskom i hospodárskom živote, čo najväčšiu nezávislosť. Poukazuje na to, že je samozrejmé, že do komplexnej starostlivosti o ľudí so zdravotným postihnutím patrí aj sprístupnenie výchovy a vzdelávania. Ďalej autor poukazuje na to, že nejde o zvýhodňo-

vanie, ale o zmiernenie, eliminovanie či kompenzovanie príčin, ktoré postihnutému bránia v jeho plnohodnotnej integrácii do spoločnosti.

V podobnom duchu vzniklo centrum na Katolíckej univerzite v Ružomberku zamerané na potreby študentov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami.

KU je riadnym členom *FUCE (Fédération des Universités Catholiques Européennes)*, dcérskej organizácie *IFCU (International Federation of Catholic Universities)*, ktorá oficiálne združuje európske katolícke univerzity.

Služby poskytované Katolíckou univerzitou

Univerzitná knižnica Katolíckej univerzity v Ružomberku je knižnično-informačným pracoviskom Katolíckej univerzity. Poskytuje služby pedagogickým, vedeckým a odborným pracovníkom KU, študentom všetkých foriem štúdia a odbornej verejnosti v súlade so Štatútom UK KU a v zmysle platného Knižničného poriadku. Zhromažďuje a sprístupňuje odbornú literatúru zo všetkých odborov, ktoré sa študujú na KU. Web-katalóg umožňuje: prezerať v katalógoch, predlžovať výpožičné lehoty, prístup k externým databázam.

Univerzitné vydavateľstvo – predmetom činnosti je edičná, vydavateľská a výrobná činnosť neperiodickej a periodickej vedeckej, odbornej a populárno-náučnej literatúry, zborníkov, technických príručiek, učebníc, merkantilu (príležitostných tlačív) a iných tlačív, ako aj reklamná, propagačná a obchodná činnosť súvisiaca s produkciou a distribúciou.

Ústav informačných a komunikačných technológií zabezpečuje pre univerzitu najmä nasledovné úlohy: prevádzkovanie a rozvoj globálnych informačných a komunikačných služieb univerzity; prevádzkovanie a rozvoj globálnej informačnej a komunikačnej infraštruktúry univerzity; zapájanie univerzity do národných a medzinárodných projektov a štruktúr v oblasti IKT; tvorba

metodických odporúčaní a záväzných štandardov v oblasti normalizácie a bezpečnosti informačných a komunikačných systémov univerzity; podpora používateľov v rozsahu vyplývajúcom z úloh ÚIKT; správa centrálnych databáz a správa osobných identifikátorov a certifikátov celouniverzitného významu; metodické riadenie a záväzné usmerňovanie činnosti lokálnych pracovísk obdobného zamerania vytvorených pri jednotlivých súčiastiach univerzity v oblastiach celouniverzitného významu; komplexné IT zabezpečenie vybraných súčastí univerzity; navrhuje stratégiu rozvoja univerzity v oblasti IKT; aplikovaný výskum a vývoj v oblasti informačných a komunikačných technológií (ďalej IKT).

Pre študentov je zabezpečená duchovno-pastoračná služba v Univerzitnom pastoračnom centre, ktoré má Kaplnku sv. Alberta v areáli KU, Univerzitný kostol sv. Rodiny v blízkosti KU. O túto službu sa stará rektor univerzitného kostola s pomocou viacerých univerzitných kaplánov.

Podpora pre študentov so zdravotným postihnutím a špeciálnymi vzdelávacími potrebami.

Organizačná a funkčná schéma podpory študentov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami na Katolíckej univerzite v Ružomberku je nasledovná. Na celouniverzitnej úrovni, v štruktúre pracovníkov rektorátu je vytvorená pracovná pozícia referenta pre študentov so špeciálnymi potrebami, personálne je riadená prorektorom pre vzdelávanie a výchovu. Referent (koordinátor) zaisťuje informovanosť o službách pre študentov, dopĺňa a aktualizuje webovú stránku, poskytuje poradenstvo a aktívne rieši individuálne študijné záležitosti študentov – koordinuje služby a ďalšiu pomoc pre študentov na univerzite, spolupracuje s kontaktnými osobami pre študentov so špeciálnymi potrebami na fakultách. Sleduje nové podnety, metódy, pomôcky, zariadenia a iniciuje ich zavádzanie na KU.

Na fakultách univerzity sú ustanovení koordinátori pre prácu so študentmi so zdravotným postihnutím. Ktorí sú zodpovední za oblasť podpory poskytovanej študentom so zdravotným postihnutím a uchádzačom o štúdium na KU. Ak uchádzač o štúdium žiada v prihláške o špecifikom v prijímacom konaní a počas štúdia, kontaktuje sa s daným študentom a podiela sa na príprave prijímacieho konania, ktoré sa nesmie odchyľovať od bežného postupu. Informuje uchádzača o služ-

bách, ktoré poskytuje KU a centrum univerzity. Aktualizuje informácie pre referenta centra, zvyšuje informovanosť zamestnancov fakúlt, formuje akademické prostredie, modifikuje študijné podmienky a prostredie za účelom riadneho plnenia študijných povinností. Poskytuje informácie o systéme podpory centra, prijíma návrhy študentov na zlepšenie prístupnosti učebných materiálov, realizuje projekty zamerané na rozvoj centra.

Katedra sociálnej práce iniciovala zriadenie centra pre študentov so špeciálnymi potrebami, ktoré zriadil rektorát Katolíckej univerzity v Ružomberku v akademickom roku 2009/2010. V akademickom roku 2009/2010 študovalo 7 800 študentov, 5 000 v dennej a 2 800 v externej forme štúdia, vrátane 339 doktorandov.

V akademickom roku 2009/2010 študovalo na univerzite 24 študentov so zdravotným postihnutím, z toho 50% zmyslové postihnutie – sluchové, zrakové (kvalitatívne nepočujúci, nevidiaci). 50 % študentov so zdravotným postihnutím (z celkového počtu) študuje na katedre sociálnej práce, študijný program sociálna práca. Študenti so špeciálnymi vzdelávacími potrebami majú možnosť podľa študijného poriadku Katolíckej univerzity v článku 11 požiadať o individuálny harmonogram hodnotenia predmetov.

Centrum pre študentov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami pôsobí ako modelové pracovisko pre študentov študujúcich na KU a zároveň ako kontaktné pracovisko pre komunikáciu s pedagógmi. Je vybavené špeciálnymi pomôckami pre zefektívnenie a sprístupnenie vzdelávania. Centrum je určené najmä študentom so zdravotným postihnutím (telesné, zmyslové, dlhodobé a chronicky chorí študenti, so špecifickými poruchami učenia (dysgrafia, dyslexia, dyskalkúlia).

Prvoradou úlohou centra je vytvárať rovnaké podmienky pri vzdelávaní, absolvovaní prijímacích, priebežných a záverečných skúšok, preto sa služby centra rozdeľujú na služby pre uchádzačov o štúdium a pre študentov.

Pre uchádzačov o štúdium – poskytujeme: informácie o možnostiach štúdia na jednotlivých fakultách Katolíckej univerzity s dôrazom na zohľadnenie špecifických potrieb uchádzačov; individuálne poradenstvo záujemcom o štúdium a o priebehu prijímacieho konania na Katolíckej univerzite; individuálne riešenie prijímacieho konania.

Pre študentov – zabezpečujeme: pedagogické poradenstvo, sprostredkovanie tlmočnických

a asistenčných služieb, pomoc pri vyhľadávaní v elektronických katalógoch a databázach, pomoc pri orientácii sa na internetovej stránke Katolíckej univerzity, poradenskú službu prostredníctvom internetovej stránky Centra. Poradenstvo v technickej oblasti, spoluprácu a pomoc pri riešení problémov súvisiacich so štúdiom a pobytom na Katolíckej univerzite. Spracovanie študijnej literatúry do prístupnej formy, sprístupnenie študijných materiálov v rôznych formátoch, napaľovanie CD/DVD so súbormi s výučbovými materiálmi zo zdrojov dosiahnuteľných v sieti na Katolíckej univerzite, alebo od vyučujúcich, a to v rozsahu stanovenom autorským zákonom.

Pre pedagógov a zamestnancov Katolíckej univerzity – ponúkame: individuálne poradenstvo.

V procese vzdelávania pre svoj handicap narážajú študenti na tri základné problémy: fyzický, kognitívny a podporný prístup. Preto sa snažíme jednotlivé bariéry v prístupoch odstraňovať.

1. Fyzický prístup – odstraňujú sa fyzické prekážky vo vzdelávaní – adaptácia študijných materiálov tak, že poskytujú učiacemu alternatívny prístup ku komunikácii a vzdelávaniu (napr. počítač vybavený braillovským riadkom alebo čítačom obrazovky, zväčšovanie študijných materiálov, kopírovacie služby, orálne tlmočenie). Fyzický priestorový prístup sa realizuje v priestoroch celej univerzity bezbariérovými vstupmi a prechodmi. Univerzita prechádza rekonštrukčnými prácami, odstraňovaním bariér, preto priestory nášho centra boli v akademickom roku 2009/2010 v provizórnych priestoroch. Od akademického roku 2010/2011 sa sťahujeme do nových priestorov s bezbariérovým vstupom. Pre študentov so zrakovým postihnutím realizuje STOPKA, n. o. priestorovú orientáciu. Pri ubytovávaní študentov sa vždy zohľadňujú individuálne požiadavky študenta podľa jeho zdravotného postihnutia.

2. Kognitívny prístup – umožňuje prezentovať výučbový materiál rôznymi spôsobmi (napr. v rôznom formáte – zvuk, video, obrázok, hudba, a iné) a každý učiaci si môže z nich vybrať pre seba najvhodnejší z nich. Študenti prichádzajú na univerzitu dobre vybavení kompenzačnými pomôckami, technickými zručnosťami, ktoré im pomáhajú zvládať alternatívny spôsob výučby.

3. Podporný prístup – kompenzovanie jednotlivých ťažkostí formou poradenstva,

Formou kompenzačných príspevkov podľa zákona č. 447/2008 Z. z.; zaistovanie informova-

nosti o službách UK – webová stránka, informačná brožúra, spracovanie a realizovanie odborných praxí študentov študijného programu sociálna práca, koordinácia služieb (asistenčných, poradenských), spolupráca s Univerzitným pastoračným centrom. Konzultácie s intaktnými študentmi, grantová činnosť centra. Centrum zrealizovalo niekoľko rozvojových projektov zameraných na technické vybavenie centra a učebni.

Popri študentoch centrum poskytuje služby predovšetkým konzultačné a poradenské pre uchádzačov o štúdium na KU so zdravotným postihnutím, ďalej výchovným poradcom týchto uchádzačov alebo ich rodičom.

Zároveň centrum bude vytvárať podmienky pre študujúce mamičky, ktoré si popri štúdiu plnia aj rodičovské povinnosti. Po dohode počas výučby, skúšky bude o ich dieťa postarané a zároveň sa vytvorí priestor pre nevyhnutné činnosti, ktoré si dieťa bude vyžadovať.

Na záver môžem konštatovať, že je dôležité, aby študenti so zdravotným postihnutím mali vytvorené rovnaké podmienky pre štúdium, socializovali sa v rôznych sociálnych skupinách, pretože samoštúdium nenahrádza interpersonálnu komunikáciu. Pre všetky uvedené skutočnosti Centrum spolupracuje s viacerými VŠ a ich centrami, napr. Centrum podpory študentov so špecifickými potrebami UK PaedDr. Elena Mendelová, CSc.; Akademická poradňa a poradňa pre sprístupňovanie štúdia ľuďom so zdravotným postihnutím na technickej univerzite v Liberci – PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.; Centrum Pyramida, Slněčnica, Tereza a iné, ktoré nám poskytli veľmi podnetné informácie pri začiatkoch realizácie nášho centra podpory pre študentov so špeciálnymi vzdelávacími potrebami na Katolíckej univerzite v Ružomberku.

Pripravila: Irena Kamanová

Zoznam použitej literatúry:

NOVOSÁD, L.: **Základy speciálního poradenství.** Praha – Portál, 2000.

Kontakt: **Doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.**
Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku
Katedra sociálnej práce
Hrabovská cesta 1, 034 01 Ružomberok
e-mail: Irena.Kamanova@ku.sk

Libor Novosád: Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním, Portál, Praha 2009.

Libor Novosád působí jako poradenský pracovník v Akademické poradně na TU v Liberci. Je přednášejícím a odborným spolupracovníkem FSS MU Brno, PedF UK v Praze a FSS OU v Ostravě a je autorem monografie s názvem *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním*. Lze ocenit, že na český trh po dlouhé době přichází kniha věnující se tematice poradenství. Publikace je určena celé škále pracujících v pomáhajících profesích s důrazem na pedagogickou oblast a oblast sociální práce, dále pak studentům těchto oborů a v neposlední řadě vychovatelům, dobrovolníkům i rodičům dětí s postižením. Vzhledem k tak širokému záběru potenciálních čtenářů si od počátku kladu otázku, proč kniha není určena i přímo lidem se zdravotním a sociálním znevýhodněním, kteří jsou „na druhé straně“ poradenského procesu a jeho podobu mohou rovněž výrazně ovlivnit.

Jde o poměrně obsáhlou publikaci, kniha má 269 stran. Je strukturovaná do 3 hlavních částí. Část první se zabývá životem lidí se zdravotním znevýhodněním, přičemž autor upozorňuje na to, že přibližně každý desátý občan České republiky má nějaké zdravotní omezení. Tato část se zaměřuje na spojitost společnosti a člověka s postižením, na oblast sociální integrace a na to, jaký má rozměr lidský faktor v souvislosti s integrací. V první části jde z mého pohledu o směsici témat (není vždy patrné, proč jsou témata řazena právě takto) – od důsledného vymezování pojmů, přes proces informatizace, politiku zaměstnanosti až k partnerství a sexualitě člověka s postižením. Za významné vnímám konstatování ve formě poselství: *„Znevýhodnění (handicap) jedince v denních aktivitách a přístupech k životním šancím, příležitostem i společenskému uplatnění nevzniká samotným zdravotním postižením či funkční poruchou, ale rozvíjí se až sekundárně, tedy v návaznosti na bariéry všeho druhu, při absenci kompenzujících opatření, postojů okolí a ladění sociální interakce.“* (Str. 85.) Nezbyvá než do budoucna vzhlížet s nadějí, aby se toto poselství stalo součástí běžného uvažování pomáhajících pracovníků i široké veřejnosti, k čemuž text Novosáda může bezesporu přispět.

Druhá část se věnuje východiskům a metodám poradenské činnosti. Tato část je konstituována směrem od obecných témat ke konkrétním postu-

pům poradenské práce. Zajímavá jsou zejména daná doporučení pro práci s klienty s jednotlivými typy znevýhodnění (klienti s tělesným postižením, chronickým onemocněním, postižením zraku, sluchu, s problémy ve verbální komunikaci, mentálním postižením, s poruchou autistického spektra či s parciálními poruchami...). Tyto pasáže zaujmou zejména začínající poradce nebo poradce, kteří se nevěnují primárně lidem se zdravotním postižením, ale zároveň se mohou s takovými typy klientů setkat. I v této části lze zaznamenat jakýsi nestrukturovaný chaos v řazení témat. Některá témata, jako například etické souvislosti poradenství, najdeme v knize na několikrát. Na str. 121 autor píše o etických kodexech a prezentuje jejich principy, aby posléze na jiném místě knihy etickým zásadám věnoval další kapitolu (7.4.) Takto roztržštěná témata, která spolu úzce souvisejí, mohou čtenáře zbytečně uvádět ve zmatek.

Část třetí s názvem „Poradenská zařízení a instituce“ se velmi podrobně věnuje jednotlivým poradenským aktivitám, které jsou popisovány v souvislosti se zařízeními, ve kterých je poradenství poskytováno. Zajímavým počinem je zařazování případových studií z konkrétních zařízení, které tuto kapitolu oživují a nabízejí praktický pohled na práci poradců. Přestože autor podává téměř vyčerpávající přehled poradenských zařízení a institucí, dovoluji si doporučit pro reedici knihy zařazení zatím z jeho strany opomenuté formy poradenství, a to aktivity na poli internetového poradenství, které mají v České republice již více než desetiletou tradici v návaznosti na linky důvěry a jiné poradenské instituce. Při zavádění této nové formy v oblasti poradenství bylo myšleno zejména na klienty, kteří mají potíže v běžné komunikaci (například klienti neslyšící, s poruchou ve verbální komunikaci apod.), tak aby jim poradenství bylo co nejvíce zpřístupněno. Závěr této části je věnován příběhům klientů ve formě kasuistik, které vycházejí z poradenské praxe. Čtenář je tak nenásilně vtažen do konkrétních situací v životě klientů s tím, že jej nutí přemýšlet a hledat odpověď na otázku, jak by v roli poradce k těmto situacím sám přistoupil.

Knihu Libora Novosáda jsem četla ze dvou pozic, ve kterých se v současné době pracovně nacházím. Jednak z pozice pedagožky na Vyšší odborné škole sociální a jednak z pozice poradkyně, která pracuje na lince důvěry a setkává se mimo jiné s lidmi se zdravotním a sociálním znevýhodněním. Z první pozice lze konstatovat, že

knihy má bezesporu přínos v komplexním přístupu (a to nejen z hlediska poradenského) k daným klientům. Studenti pomáhajících profesí tak díky publikaci mohou získat cenné informace o lidech se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním, navíc je jim problematika zpřístupněna na základě množství případových studií a kasuistik. Z pozice poradce bych však přivítala méně obecných témat a knihu zúžila jen na oblast poradenství se specifickým zaměřením. Méně by v tomto smyslu znamenalo více, kniha by byla patrně dynamičtější a čtivější (nač číst, jako už mnohokrát, například o dělení komunikace na verbální a neverbální, přímou a nepřímou apod.). Rušivě lze rovněž vnímat množství informací podaných v „odrážkách“, což knize ubírá na čtenářské přitažlivosti. Konečně nejasnost v tom, ze kterých knih autor skutečně čerpá a které knihy doporučuje, způsobuje mírné rozpaky.

Přes uvedené výhrady však vnímám publikaci jako potřebnou, hutně uvádějící do problematiky znevýhodněných klientů, významnou pro čtenáře laiky i profesionály, kteří se chtějí dozvědět komplexní informace o klientech se zdravotním a sociálním znevýhodněním a nahlédnout do procesu poradenství určeného právě pro ně.

Andrea Lásková

Kontakt: laskova@oakobrn.cz

Michal Opatrný, Markus Lehner a kol.: Teorie a praxe charitativní práce: Uvedení do problematiky: Praktická reflexe a aplikace. Teologická fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, České Budějovice, 2010.

Kolektivní monografie *Teorie a praxe charitativní práce* je rozdělena do tří částí a závěru. První blok je věnován dějinnému kontextu charitativní práce v jihočeském regionu se zaměřením na významnou osobnost jihočeské katolické církve, dále specifikaci křesťanské sociální práce a podnětům pro společný dialog (a). V druhém bloku se zaměřuje pozornost na vědecko-teoretické souvislosti mezi vědou o sociální práci a praktickou teologií (b). A třetí část referuje o konkrétní praxi charitativní práce (c).

Ad a. V první kapitole se Rudolf Svoboda zabývá historickou osobností prvního biskupa českobudějovické diecéze Jana Prokopa Schaaffgotscheho, který působil v době reforem Marie Terezie a Josefa II. Zmíněné reformy měly silný vliv na

roli katolické církve v tehdejší době. Autor se dívá skrze život a působení prvního biskupa jihočeské diecéze na sociální působení církve v rámci jeho charitativní praxe. Neopomíná též zmínit dogmatický kontext tehdejší církve a vlivu josefínských reforem, které nebyly zcela proticírkevní, pouze dávaly církvi konkrétní roli v rámci tehdejší společnosti. Tím úvodní příspěvek přináší čtenářům historické před-porozumění v pohledu na vztah křesťanské charity a sociální práce.

Otázkou „Co dělá sociální práci křesťanskou?“ začíná svůj příspěvek Jakub Doležel. Lze najít rozdíly mezi církevní sociální prací a sekulární (humanisticky) motivovanou sociální prací? Svůj pokus o vymezení popisů rozdělil autor do tří modelů. První se věnuje motivaci a sebe-identifikaci sociálního pracovníka, který žije danou zbožností své konfese. V druhém se zamýšlí nad tím, že i věřící sociální pracovník používá odpovídající metody sociální práce a sociálně-pastorační kompetence je doplňková a umožňuje pracovníkovi současně reagovat na existenciální a náboženské problémy klienta. Ve třetím modelu je jednoduše řečeno, že již naplňování standardů sociální práce je považováno za naplnění křesťanského nároku na člověka. Doležel se dále věnuje vztahu křesťanství a humanity. Na pomoc si vzal jednoho z největších teologů 20. století Karla Rahnera a jeho model „anonymního křesťanství“. Toto odvážné tvrzení, které také našlo své kritiky (Hans Küng, Vladimír Boublík), doplňuje autor tvrzením dvou teologů (Heinrich Pompey, Paul-Stephan Roß), kteří přišli s tzv. „anonymně křesťanskou sociální prací“, již velmi dobře popisuje Herbert Haslinger větou: „Příklon k člověku, zejména trpícímu a slabému, bez zjištění zájmů, je znamením následování Ježíše.“

Podněty pro dialog mezi teologií a sociální prací se v dalším příspěvku zabývá Stephanie Bohlen. Zamýšlí se nad tím, že základní postoje, v nichž je zakotveno sociální jednání, jsou založeny na víře. Autorka zastává názor, že kde reflexe sociální práce odmítá víru a tím i vlastní kořeny, tam už sama sebe nemusí chápat ve svých hlubokých dimenzích (s. 31). Dále se věnuje základním východiskům sociální práce, jako jsou lidská důstojnost a sociální spravedlnost, které mají své neoddiskutovatelné kořeny v židovsko-křesťanském pohledu na člověka a jeho svět. Na závěr svého příspěvku autorka zdůrazňuje „apelační ideály dobrého života“, které mohou pohnout lidi k jednání, neboť zkušenost vlastních hranic může vést k pocitu

absurdity, na kterou zde víra odpovídá příslibem smyslu lidského života.

Ad b. Druhou část publikace otvírá Markus Lehner svým hledáním souvislostí mezi sociální prací a praktickou teologií, které spojuje fakt, že jsou obě *teoriemi jednání*. Tím společným obou výše jmenovaných je podle Lehnerna přístup: *vidět – posoudit – jednat*, který poskytuje metodický most mezi praktickou teologií a sociální prací. Ve druhé kapitole této části se Michal Opatrný detailně věnuje interakci sociální práce a diakonie, kterou definuje jako úkol nezištně pomáhat těm, kdo se bez pomoci druhých neobjedou. Dále vyjmenovává konkrétní znaky této činnosti, které vycházejí z biblické zvěsti a jsou reflektovány i v ústředním dokumentu II. vatikánského koncilu *Gaudium et spes* (Radost a naděje).

Ad c. Když se mluví o součinnosti sociální práce a praktické teologie, tak nelze vynechat konkrétní praxi. Což velmi dobře splňuje třetí blok této publikace, ve kterém se čtenáři seznámí s charitativní prací se seniory (David Urban) a jejími specifiky; charitativní prací s menšinami (Markéta Elichová), s osobami se zdravotně postiženými a pečujícími rodinami (Lucie Maliňáková, Michal Opatrný). Popis věnovaný určité charitativní práci je zmapován z pohledu sociální i pastorační praxe s konkrétní cílovou skupinou, což činí text velmi srozumitelným a praktickým. Samostatnou částí tohoto bloku je i kapitola věnující se pastorační práci u křesťanských poskytovatelů sociálních služeb (Michal Opatrný), která hledá spojitost mezi interní supervizí a *coachingem*, jenž je v současné době velkým hitem a který má za cíl personální rozvoj pracovníků dané firmy. Autor se velmi pozorně věnuje jak supervizi a coachingu, tak se současně snaží ukázat možnou provázanost s pastorační prací s pracovníky v pomáhajících profesích (organizace založené katolickou církví, např. Charita ČR), čímž se podporuje kvalita charitativní práce samotné.

Závěrečná kapitola je studií (Michal Opatrný) k problematice „víry a nevíry“ v rámci charitativní práce. Je „ne-víra“ tím, co si pod ní většina lidí představuje, nebo se za ní schovává agnosticismus, který může být jen protějškem náboženské lhostejnosti (srov. T. Halík)? Michal Opatrný se zamýšlí na religiozitu ČR a upřenějším zrakem hledí na pracovníky v církevně pomáhajících organizacích. Dokládá, že s církví se identifikuje okolo 42 procent respondentů (výzkum v rámci Diecézní charity Plzeň). To dokazuje, že většina

zaměstnanců církevních pomáhajících organizací neprožívá svůj duchovní život ve spojitosti s církevní strukturou. Na druhou stranu autorův výzkum nepotvrdil, že by zbytek respondentů (skoro 60 procent) byl „zarputilými ateisty“, ale u mnohých (22 procent) se prokázala tzv. nepojmenovaná víra v „něco“ či kosmickou sílu, různé energie atd. Na závěr shrnuje svoji úvahu slovy: „Mnohem více jde o to, že charitativní práce reprezentuje to, co vlastně církev a společnost prakticky spojuje – totiž pomoc potřebným. Tak jsou rozdíly mezi vírou a ‚nevírou‘ překonány každodenní spoluprací ku prospěchu těch, kdo se ocitli v těžkých životních situacích.“

Předkládaná společná monografie výše uvedených autorů je velmi cenným dokumentem pro všechny zájemce o sociální a charitativní práci. Současně v ní čtenáři najdou mnohé z pokladnice praktické teologie i církevních dějin se zaměřením na charitativní službu církve. Přínos publikace také umocňuje bilingvní vydání (česko-německé; překlad Marta Ryněšová), které činí dílo dostupné i čtenářům z Rakouska či Německa (nebo ostatním cizincům, kteří tímto jazykem vládnou).

Pavel S. Pokorný
nezávislý publicista

Marie Lhotová: Proměny výtvarné tvorby jako příznak osobnostního vývoje v arteterapii, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích – Teologická fakulta, České Budějovice, 2010.

Publikace Marie Lhotové je první moderní českou monografií věnovanou výhradně arteterapii, která se kromě obecných poznatků anebo kasuistik z praxe důsledně zabývá výzkumem. Již proto si zasluhuje zvláštní pozornost čtenářů. A to tím spíše, že výzkumná část je bohatě doplněna výkladem, který zasazuje výzkum do současného kontextu celého oboru. Publikace je nadto pro arteterapii skvěle vybavena řadou barevných obrázků a navíc i příloženým CD.

Názvem práce je vymezeno určité výzkumné téma v rámci oboru arteterapie. Ve skutečnosti je však záběr knížky mnohem širší, protože se týká jednoho z klíčových problémů psychoterapie: konceptu *změny* v průběhu léčení. Tento koncept byl zformulovaný již průkopníkem klinické psychologie Lightnerem Witmerem. Při využití v arteterapii se koncept změny stává jedinečnou otázkou, která charakterizuje jeden ze základních

principů oboru: otázkou po účinnosti použití výtvarného projevu v léčbě lidské psychiky: *lze rozpoznávat a ověřovat souvztažnost mezi psychoterapeutickými změnami a změnami ve výtvarném projevu?* Pokud by odpověď na tuto otázku byla záporná, byla by od základu zpochybněna arteterapeutická diagnostika.

Z tohoto principu Marie Lhotová vychází a důsledně rozvíjí přemýšlení o něm – tu více, tu méně výrazně – v rozsahu celé své knihy. Přitom vlastně navazuje na dvě klíčové teze M. Simona, které již v 19. století založily arteterapii jako léčebný obor: *1. lidé s psychickými poruchami (v nejširším slova smyslu) výtvarně tvoří jinak než zdraví, 2. výtvarná podoba artefaktu se mění s průběhem choroby.* O tyto dva koncepty, tedy za prvé, *koncept odlišnosti*, a za druhé, *koncept změny*, se opírá jakákoliv diagnostika a léčba dodnes, nejenom v arteterapii. Přičemž v současné době je koncept změny zdůrazňován relativně více než koncept odlišnosti. Je tomu tak zejména proto, že psychoterapie věnuje pozornost procesu léčebné komunikace, zatímco samotná diagnostika je chápána jako pomocný prostředek. Není proto divu, že zvláště koncept změny je obsažen již v teoretické části práce Marie Lhotové a tvoří základ pro její výzkumnou část.

M. Lhotová pojímá arteterapii jako léčebnou a diagnostickou disciplínu s důrazem na vlastní tvůrčí a reflektivní aktivitu pacienta. Sama o tom píše v úvodu svého textu (s. 10–11 recenzované knihy): „Veškerá pacientova tvorba, a to jak její obsah a forma, tak také proces, kterým vzniká, se stává materiálem k jeho hlubšímu sebepoznání. Pacient se projevuje nejen do svých děl, ale i do svých dodatečných výkladů, obojí je zdrojem poznání o pacientovi také pro arteterapeuta. Ke zmíněnému faktoru hlubšího poznání pacienta, který můžeme zařazovat spíše do oblasti diagnostické, přistupuje v arteterapii možnost s výtvarnou tvorbou pracovat systematicky také v oblasti terapeutické. Tento rozměr výtvarného působení bych chtěla zdůraznit a ve výzkumně praktické části práce se na něj speciálně zaměřit.“

Citát naznačuje, že přístup M. Lhotové k arteterapii je založen na dynamické součinnosti mezi výtvarnou tvorbou, reflektující psychoterapeutickou komunikací o této tvorbě, a pacientovým sebepoznáváním. Tím je arteterapie zasazena do interdisciplinární oblasti mezi psychoterapií a disciplínami, které se zabývají estetickými a uměleckými aktivitami.

Celkové pojetí je autorkou soustředěno do dvou programových tezí představených v Úvodu její knížky (s. 10–11): (I) *výtvarná tvorba může být faktorem procesu směřujícím ke zdraví;* (II) *výtvarný výraz prostředkem, který umožňuje strukturaci psychického obsahu a slouží jako předmět interpretace a komunikace – tím se stává prostředkem léčby.* Obě teze spolu souvisejí, první je rozvíjena druhou, a společně podporují náhled na specifčnost arteterapeutického přístupu v psychoterapii.

Teze (I) vyzdvihuje nutnost nevnímat výtvarný projev pouze v řadě s ostatními komunikačními prostředky psychoterapie, ale jako specifickou terapeutickou oblast. Teze (II) tuto myšlenku obohacuje s důrazem na aspekty vývoje a změny v rámci výtvarného stylu. Styl (chápaný v širším smyslu jako syntéza *formálních rysů, autorské exprese a tématu*) patří v estetice a uměnovědě k tradičním třídícím a posuzovacím rámcům výtvarných i jiných uměleckých projevů, a proto jeho teoretické i praktické uchopení je velmi důležité i pro arteterapii. V tomto směru M. Lhotová vychází z arteterapeutické koncepce tzv. rožnovské školy arteterapie (zakladatel M. Kyzour st.) a vsazuje ji do dalších souvislostí.

Jak napovíděly předcházející řádky, autorka přistupuje k tématu ukotvena ve svém profesním zaměření – profesi klinického psychologa v oboru psychoterapie. Zhruba ve dvou prvních třetinách teoretické části své práce se Lhotová věnuje výkladu širšího odborného kontextu arteterapie právě s ohledem na psychoterapii. Osvětluje hlavní cíle a složky arteterapie a vymezuje ji v rámci psychoterapeutických přístupů. Je to důležité jednak proto, aby vůbec bylo možné rozvíjet arteterapii jako obor; a za druhé z důvodu podpory vzdělávání arteterapeutů jak formou výcviku, tak teoretické přípravy, která se stěží obejde bez psychoterapeutického kontextu. K těmto obecným cílům publikace M. Lhotové přispívá.

Přístup M. Lhotové k arteterapeutickému procesu je založen na dynamické součinnosti mezi výtvarnou tvorbou, reflektující psychoterapeutickou komunikací o této tvorbě, a pacientovým sebepoznáváním. To je obecně uznávané pojetí arteterapie jak u nás, tak ve světě. Autorka je staví na těchto principech:

1. Psychoterapii a výtvarnou tvorbu nelze chápat izolovaně, ale je třeba vymezit průnik obou těchto disciplín nacházející se zejména ve tvořivé a reflektivně-interpretaci složce výtvarné činnosti.

2. V arteterapii nelze zůstat u zkoumání jednotlivých obrazů tak, jako to je možné při užívání projektivních metod v psychodiagnostice, ale je třeba zaměřit se na jejich komplex vývojově i stylově v celém průběhu psychoterapie. Znamená to ve výtvarné činnosti postihovat obsah, formu a proces, brát na zřetel vývojové zákonitosti kresby a malby a stejně tak dění, ve kterém výtvarné artefakty vznikají. I toto dění je postihnutelné „formálně“ a „obsahově“, tj. z hlediska postupu a prožitku.

Uvedené principy podmiňují autorčin přístup k diagnostice, léčbě a výzkumu v arteterapii. V něm Lhotová pozdvihuje výtvarný projev nad řadu ostatních komunikačně-interaktivních prostředků psychoterapie a představuje jej jako specifickou tvořivě-terapeutickou doménu a ústřední psychoterapeutický instrument. Výrazovým i kulturním zvláštnostem výtvarného projevu je proto v arteterapii zapotřebí rozumět nejenom vzhledem k terapeutickému procesu jakoby „samotnému“, ale současně s ohledem na *tvořivou expresi*, jejímž prostřednictvím se tento proces stává přístupným pro analýzu a komunikaci.

S ohledem na výše uvedená koncepční východiska autorka v první části práce probírá vymezení arteterapie a náčrt jejího vývoje (s. 15–54). V jednotlivých podkapitolách zde pak charakterizuje obor arteterapie (s. 22–26), popisuje arteterapeutické přístupy, účinné faktory a jejich specifika (s. 27–33), zamýšlí se nad arteterapií v kontextu psychoterapeutických škol (s. 34–39). Posléze se zabývá možnostmi a cíli arteterapie, přičemž zvláštní zřetel věnuje funkcím výtvarné exprese, verbální komunikace a psychoterapeutického interpretování v arteterapeutickém procesu (s. 40–54).

První část práce je východiskem pro část druhou, která je zaměřena na arteterapeutickou metodiku. Zde autorka věnuje zvláštní pozornost analogiím mezi arteterapeutickým procesem a vývojem výtvarné tvorby, a to v kontextu tzv. rožnovského pojetí arteterapie. V první podkapitole je pozornost soustředěna na arteterapeutickou výtvarnou metodiku a interpretační strategii rožnovské školy (s. 56–67). Následuje výklad interpretačního rámce pro reflexi vývoje výtvarné tvorby v arteterapii (s. 68–74). To je pro autorku východiskem pro rozbor *vývoje a změny* ve výtvarném stylu anebo v obsahu verbální komunikace (s. 75–88). Změna v těchto projevech – s inspirací v díle britské arteterapeutky R. M. Simonové –

je M. Lhotovou chápána jako zřetelný projev „posunu“ v terapii, resp. v osobnostním vývoji klienta. Přičemž, jak již bylo výše zmíněno, zjevnost tohoto posunu ve *výtvarném projevu* je Lhotovou pojímána jako specifický korelát posunu v *symptomatice a v léčbě*.

S podporou ve svých ústředních tezích, jež zakládají oborovou specifickou arteterapie v psychoterapeutickém prostředí, autorka nalézá své dvě hlavní opory pro teoretické vysvětlení předpokládaných korelací mezi terapeutickým a výtvarným posunem. Je to (a) Piagetova koncepce vývojových etap myšlení a – jak bylo zmíněno – (b) pojetí výtvarného stylu britské arteterapeutky R. M. Simonové. Myšlenková návaznost k uvedeným autorům není těsná a detailní, M. Lhotová používá jejich koncepce spíše jako strategické východisko a inspirační podnět. V této oblasti se do budoucna nabízí relativně největší prostor k prohlubování a zpřesňování. Nicméně pro čtenáře jsou možná právě pro svou otevřenost ke zpřesnění tyto pasáže zvlášť inspirativní.

Piagetova koncepce vývojových etap poskytuje autorce možnost uvažovat o vzestupu, regresu i zacyklení terapeutického procesu, zatímco pojem „výtvarný styl“ v pojetí R. M. Simonové dává předpoklady pro zkoumání a tematizaci vztahů mezi prvky výrazové struktury v kontextu širšího interpretačního rámce výtvarné tvorby. To je základní východisko interpretace: je nutné najít prvky obrazu, k nimž lze interpretovat určitý význam, interpretované významy pak zasadit do širších symbolických souvislostí a konfrontovat je s realitou pacientova života. Tento proces je rekursivní, tzn. probíhá v opětných cyklech.

Z uvedeného myšlenkového pozadí vyrůstá formulace cílů, výzkumného problému a hypotéz výzkumu, o jehož průběhu a výsledcích M. Lhotová ve své práci informuje (s. 93–114). Ve stanovení cílů je znát pojetí rožnovské školy arteterapie, popisované autorkou v kap. 6. Rožnovská škola staví na systematické terapeutické práci s výtvarným artefaktem s tím předpokladem, že rekonstrukce výtvarné výrazové struktury, resp. práce na jejích *tvůrčích posunech*, bude doprovázena pozitivními změnami v psychoterapeutické rovině.

Samotný výzkum M. Lhotové zahrnul 30 pacientů a desítky výtvarných artefaktů provedených několika různými technikami. Výzkumný design je nekomplikovaný a metodicky korektní. Je efektivně soustředěný na to, co se dá podloženě zjišťovat účelnou kombinací expertního

posuzování artefaktu, monitorování vývoje léčby, testování psychického stavu pacienta a jeho subjektivní výpovědi. Terapeutické změny byly posuzovány na podkladě pacientovy reflexe, dekursivních záznamů autorky a standardizovaným dotazníkem, výtvarné změny byly posuzovány skupinou expertů: autorkou, a nadto nezávisle na sobě třemi dalšími zkušenými arteterapeuty (se statistickým ověřením shody v posuzování). Samotná tato stručná charakteristika napovídá, že výzkum je velmi pečlivě metodicky vybudován. A přináší podnětná a působivá zjištění.

Souvztažnost mezi terapeutickými a výtvarnými změnami byla vyhodnocována statisticky se zřetelem k časové následnosti. Autorka tímto způsobem ve svých datech odhalila dvě zvláštní fáze arteterapeutického procesu a ověřila své deskriptivní hypotézy: *v první fázi změna terapeutická předchází změnu výtvarnou, poté následuje „bod zvratu“ a po něm změna ve výtvarné tvorbě předchází změně v obtížích pacienta.* Je zjevné, že tato zjištění jsou prvním krokem, kte-

rý plodí řadu dalších otázek. To je ale právě cenný příspěvek každého výzkumu: přinést podněty pro pokračování. Metodická korektnost, o které bylo řečeno výše, pak je zárukou, že návaznost v dalších výzkumech bude jasná a dobře zdůvodněná.

Považuji za důležité na závěr zdůraznit, že výzkum ve srovnatelné koncepci a rozsahu se doposud u nás neuskutečnil. Sama tato skutečnost vypovídá o poznávací hodnotě publikace M. Lhotové pro českou arteterapii. Přičemž ani ve světovém kontextu není v tomto oboru mnoho srovnatelně systematických, koncepčně podložených a empiricky důsledných publikací. To všechno jsou dobré důvody pro zařazení knížky M. Lhotové do základního publikačního fondu české arteterapie s výhledem na mezinárodní uplatnění. Neměla by chybět v knihovně nikoho, kdo se u nás o arteterapii hlouběji zajímá.

Jan Slavík

(tato recenze byla již dříve publikována v časopise Arteterapie, otiskujeme ji s laskavým svolením autora a souhlasem šéfredaktora Arteterapie)

inzerce



UNIVERSITAS
OSTRAVIENSIS
Facultas Studiorum Socialium

Děkan Fakulty sociálních studií
Ostravské univerzity v Ostravě vyhlásil
přijímací řízení pro AR 2011/2012.

V rámci programu **Sociální politika a sociální práce** nabízíme studium v oborech:

- **bakalářský obor** Sociální práce
v prezenční i kombinované formě studia
- **navazující magisterský obor** Sociální práce
v prezenční formě studia
- **navazující magisterský obor** Management organizací služeb sociální práce
v prezenční i kombinované formě studia

Více informací na <http://fss.osu.cz/>

odborný časopis

sociální služby

cena: 50 Kč / 2 €

www.socialnisluzby.eu

měsíčník Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR pro registrované poskytovatele, pracovníky v sociálních službách, studenty, veřejnou správu, uživatele sociálních služeb a jejich blízké. Vychází v nákladu 3700 - 4000 ks s celkovou čteností cca 16 000 - 17 000 čtenářů. Distribuuje již také na Slovensko.

INFORMACE, INSPIRACE, POMOC, ZAJÍMAVOSTI, RADY, ZKUŠENOSTI, KNOW-HOW

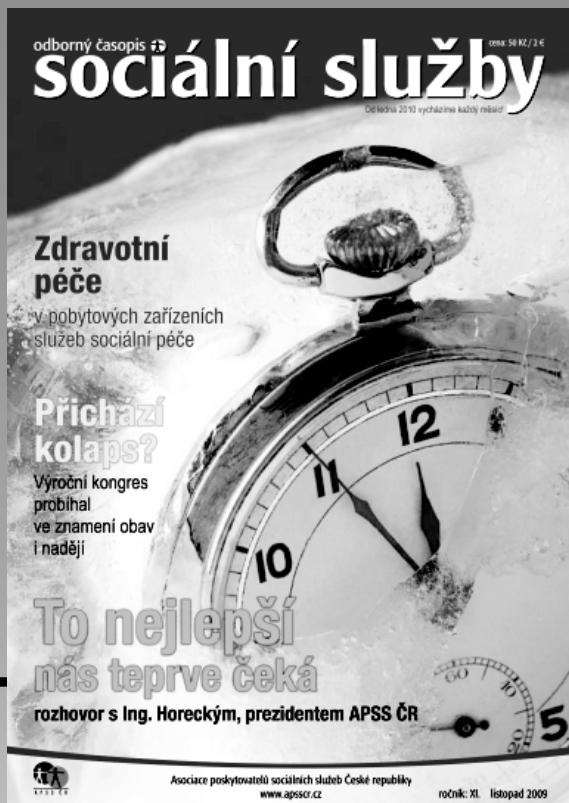
AKTUALITY APSS ČR, SOCIÁLNÍ PÉČE,
ZDRAVOTNÍ PÉČE, ROZHOVORY,
REPORTÁŽE, OKÉNKO DO SVĚTA,
EKONOMIKA A ŘÍZENÍ,
KVALITA SOCIÁLNÍCH SLUŽEB,
PROJEKTY, TERAPIE, VZDĚLÁVÁNÍ,
PRÁVNÍ PORADNA,
NÁZORY A OHLASY, STŘÍPKY Z DOMOVA

Cena: 50 Kč / 2 €

výrazné slevy pro členy APSS ČR, studenty,
příbuzné uživatelů soc. služeb



další informace na www.socialnisluzby.eu
e-mail: sefredaktor@apsscr.cz
tel./fax: 381 213 332
mob.: 606 832 551



PŘIHLÁŠKA K ODBĚRU

Objednávám časopis Sociální služby od čísla v počtu kusů

FAKTURAČNÍ ADRESA

.....
JMÉNO NEBO NÁZEV ORGANIZACE
.....
ADRESA (ulice, č. p.)
.....
MĚSTO, PSČ, STÁT
.....
TELEFON

KORESPONDENČNÍ ADRESA

.....
JMÉNO NEBO NÁZEV ORGANIZACE
.....
ADRESA (ulice, č. p.)
.....
MĚSTO, PSČ, STÁT
.....
IČO
.....
DIČ

ÚHRADA FAKTUROU / SLOŽENKOU (nehodící se škrtněte)

Souhlasím se zpracováním osobních údajů za účelem evidence předplatitelů ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb.

Objednávejte na adresu: APSS ČR, Kotnovská 137, 390 01 Tábor, tel./fax 381 213 332

e-mail: redakce@apsscr.cz

www.socialnisluzby.eu

XX. odborná konference Společnosti sociálních pracovníků ČR konaná v rámci Evropského roku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení

Ve dnech 4.–5. listopadu 2010 proběhla v Hradci Králové jubilejní XX. odborná konference Společnosti sociálních pracovníků ČR na téma Sociální práci proti chudobě a sociálnímu vyloučení. Záštitu nad konferencí přijal hejtmán Královéhradeckého kraje Bc. Lubomír Franc. Účastníky jubilejní konference přivítala předsedkyně Společnosti sociálních pracovníků ČR JUDr. Věra Novotná spolu s Ing. Miroslavem Uchytem, členem Rady Královéhradeckého kraje s gescí pro sociální oblast.

V programu se prolínaly aktuální informace o připravovaných změnách v sociální oblasti, které předali přímo zástupci MPSV ČR v čele se zástupkyní ředitele odboru rodiny a dávkových systémů JUDr. Michaelou Kepkovou s informacemi o důsledcích ekonomické krize z pohledu poskytovatelů sociálních služeb a sociálních pracovníků, jejichž klienty jsou osoby ohrožené chudobou a sociálním vyloučením. Konference se také zúčastnila ředitelka legislativního odboru MPSV ČR JUDr. Naděžda Březská spolu s vedoucí oddělení sociální legislativy JUDr. Evou Rázovou.

Příčiny a důsledky chudoby z pohledu občanských poraden představil ředitel Asociace občanských poraden Mgr. Stanislav Skalický. O problematice sociálního vyloučení Romů informoval ředitel Socioklubu Ing. Petr Víšek a Bc. Jakub Švec z Agentury pro začleňování v romských komunitách. O bezdomovectví pohovořil PhDr. Pavel Pěnkava, vedoucí Oddělení sociální prevence Odboru sociálních věcí a zdravotnictví ÚMČ Praha 1.

Pozornost byla věnována i významu vzdělávání pro sociální práci. O něm pohovořila Mgr. et Mgr. Radka Janebová z katedry sociální práce a sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové a tajemnice Akreditační komise MPSV ČR Bc. Radmila Jiříčková informovala přítomné o vzdělávání sociálních pracovní-

ků podle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

O historii a vývoji sociální práce v ČR pohovořila Mgr. Marie Špiláčková, odborná asistentka Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity. Proměnám pojetí a etickým problémům v sociální práci se věnovala PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D., odborná asistentka katedry sociální politiky a sociální práce Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity Brno.

Druhý den konference byl věnován důsledkům ekonomické krize – z pohledu hmotné nouze o nich pohovořil Mgr. Petr Beck z MPSV ČR, z pohledu úřadu práce Mgr. Jitka Černá, MSc, vedoucí pracoviště státní sociální podpory Úřadu práce v Kutné Hoře.

V závěrečných workshopech měli účastníci konference možnost prodiskutovat úskalí sociální práce s rodinami s dětmi, s bezdomovci a osobami se závislostmi a osobami po návratu z výkonu trestu a seznámit se s připravovanými změnami zákona č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.

Z příspěvků přednesených na konferenci vydá Společnost sociálních pracovníků ČR, jak je již tradicí, Sborník přednášek a příspěvků.

**JUDr. Věra Novotná, předsedkyně
Společnosti sociálních pracovníků ČR
Mgr. Monika Legnerová, místopředsedkyně**

VII. hradecké dny sociální práce – mezinárodní vědecká konference

Katedra sociální práce a sociální politiky Pedagogické fakulty Univerzity Hradec Králové uspořádala ve spolupráci s ECCE (Evropské centrum pro komunitní vzdělávání) sedmý ročník konference „Hradecké dny sociální práce“. Tato každoroční akce je mezinárodní vědeckou konferencí, která je oborovým fórem pro odborníky z oblasti sociální politiky a sociální práce z praxe i akademické sféry. Letošní ročník se konal v Hradci Králové ve dnech 1. a 2. října 2010 a nesl podtitul „Rizika sociální práce“. Konference se mj. jako čestný host zúčastnil i ministr zdravotnictví ČR doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., který projevil o diskutovaná témata spontánní zájem.



Hradecké dny sociální práce. Foto: archiv Martina Smutka.

Konferenci svým vystoupením zahajoval vzácný host prof. PhDr. Jana Keller, CSc., z Ostravské univerzity, který je jedním z našich nejznámějších myslitelů z oblasti společenských věd. Jeho vystoupení na téma „Nová sociální rizika“ sledovalo ve zcela zaplněné aule Objektu společné výuky univerzity přes 300 posluchačů. Druhým hlavním řečníkem konference se stal prof. PhDr. Libor Musil, CSc., z Masarykovy univerzity v Brně, který se ve svém příspěvku zabýval různými „pohledy na perspektivu sociální práce v soudobé společnosti“.

Druhý den konference zahajoval význačný zahraniční host prof. Hanse-Uweho Otty z Univerzity v Bielefeldu, který je v Německu považován za nejznámější oborovou „ikonu“, významně ovlivňující aplikované společenské vědy.

Letošní ročník konference měl přes dvě stovky akreditovaných účastníků z šesti evropských zemí. Dvoudenní oborové fórum poskytlo prostor téměř devadesáti aktivním vystoupením ve třech tematických sekcích, věnujících se nejvý-

znamnějším soudobým společenským rizikům a roli sociální práce a sociální politiky v jejich pokrývání. Obsáhlý sborník textů vystavěných na přednesených referátech vydá na podzim roku 2010 nakladatelství Gaudeamus.

Záštitu nad konferencí letos převzal doc. RNDr. Josef Hynek, MBA, Ph.D., rektor Univerzity Hradec Králové. Za finanční podporu konference letos děkujeme Královéhradeckému kraji a také několika soukromým firmám, které na akci sponzorsky přispěly. Za spolupráci při přípravě mezinárodní konference pak vyzdvihujeme obzvláště ECCE (Evropské centrum pro komunitní vzdělávání). Tradici organizace této významné mezinárodní konference bude naše pořadající pracoviště i nadále věnovat velké úsilí. Všechny oborově spřízněné kolegy tak již teď zveme příští podzim na VIII. hradecké dny sociální práce.

PhDr. Martin Smutek, Ph.D.
katedra sociální práce a sociální politiky,
Univerzita Hradec Králové

OBJEDNÁVKA PŘEDPLATNÉHO 2011 Tuto objednávku vystřihněte a odešlete na adresu redakce	
Jméno a adresa objednatele (uvádějte prosím včetně čísla popisného a PSČ):	
Fakturační adresa (Uvádějte prosím tehdy, je-li fakturační adresa odlišná od adresy zasilací. Platí pro objednávky organizací.):	
tel./mobil:	e-mail:
IČO, DIČ objednatele:	
Závazně objednávám předplatné časopisu SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNÁ PRÁCA: ☐ celý ročník 2011 (set 4 čísel) ☐ (vypište počet kusů)	
☐ ks 1/11 Výzkum pro praxi v sociální práci ☐ ks 2/11 Psycho-sociální souvislosti u znevýhodněných dětí	☐ ks 3/11 Individuální plánování v sociální práci ☐ ks 4/11 Dobrovolnictví a sociální práce
Prosím o zaslání minulých čísel (vypište počet kusů):	
☐ ks 1/10 Sociální práce a boj s chudobou ☐ ks 2/10 Sociální práce s umírajícími ☐ ks 3/10 Praktické užití teorie v SP ☐ ks 4/10 Zdravotní postižení v kontextu SP ☐ ks 1/09 Komunitní plánování ☐ ks 2/09 Sociální práce se zadluženými* ☐ ks 3/09 Různá pojetí sociální práce ☐ ks 4/09 Sociální práce a rozvojová pomoc* ☐ ks 1/08 Soc. práce s lidmi s duševní nemocí	☐ ks 2/08 Spol. zakázka a naše odpovědnost ☐ ks 3/08 Podniková sociální práce ☐ ks 4/08 Duchovní rozměr v sociální práci ☐ ks 1/07 Role sociálního pracovníka* ☐ ks 2/07 Sociální práce s imigranty ☐ ks 3/07 Sociální práce s lidmi se závislostí ☐ ks 4/07 Praxe a supervize v sociální práci ☐ ks 3/06 Organizační kultura* ☐ ks 4/06 Bezdomovectví*
Číslo 1/03 až 2/06 si můžete zdarma stáhnout z našich webových stránek. * Číslo označená hvězdičkou již nejsou dostupná v tištěné podobě. Můžeme Vám je zaslat v el. formátu (PDF – pro Acrobat Reader). Cena je shodná s cenou výtisku. V případě zájmu toto číslo odešleme na Vámi uvedenou e-mailovou adresu. Velikost souboru se pohybuje kolem 3 MB.	
Druh předplatného (zakřížkujte):	
☐ základní cena: 265 Kč/ks vč. DPH ☐ cena pro studenty: 165 Kč/ks vč. DPH ☐ roční předplatné (4 čísla) se slevou 10 %: 954 Kč vč. DPH ☐ roční předplatné pro studenty (4 čísla) se slevou 30 %: 462 Kč vč. DPH ☐ sponzorské předplatné: 1 200 Kč vč. DPH	☐ studentské – 99 Kč/ks, ročník (4 čísla) 396 Kč – starší čísla ☐ občanské 129 Kč/ks, ročník (4 čísla) 516 Kč – starší čísla ☐ pro organizace 229 Kč/ks, ročník (4 čísla) 916 Kč – starší čísla
Studenty (prezenčního studia) mimo MU žádáme o zaslání potvrzení o studiu. Možno i e-mailem scan ISiCu – oboustranně.	
Platbu provedu (zakřížkujte): ☐ složenkou ☐ převodem z účtu	
Adresa redakce: Časopis Sociální práce/Sociální práce • ASVSP, Joštova 10, 602 00 Brno • tel.: +420 549 495 224 • fax: +420 549 491 920 • IČO: 49465619, číslo účtu: 777630001/5500 (Raiffeisenbank) • e-mail: socialniprace@socialniprace.cz • www.socialniprace.cz	
Podpis/podpis a razítko:	

POSILÁNÍM ČASOPISU SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA JE:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životní problémy lidí prostřednictvím sociální práce,
- podporovat kvalitu sociální práce a profesionalizaci praxe sociální práce,
- přispívat k rozvoji sociální práce jako vědní disciplíny a ke zkvalitnění vzdělávání v sociální práci,
- podporovat zájmy poskytovatelů a uživatelů sociálních služeb.

V zájmu dosažení těchto cílů bude časopis v rámci obce sociálních pracovníků a s nimi spolupracujících a pomáhajících pracovníků jiných oborů podporovat:

- postoje, které považují odbornost a lidskost za rovnocenná kritéria kvality sociální práce,
- postoje, které kladou důraz na propojení teoretického zdůvodnění postupů sociální práce s její praktickou orientací na problémy klientů a jejich reálné možnosti,
- soudržnost všech, kteří se angažují ve prospěch řešení problémů klientů prostřednictvím sociální práce,
- otevřenou, odlišnosti chápající, poučenou a věcnou diskusi v rámci obce sociálních pracovníků,
- chuť a zájem sociálních pracovníků vidět sebe samé očima jiných.

POSILÁNÍM ČASOPISU SOCIÁLNÍ PRÁCE/SOCIÁLNA PRÁCA JE:

- podporovat schopnosť českej a slovenskej spoločnosti riešiť životné problémy ľudí prostredníctvom sociálnej práce,
- podporovať kvalitu sociálnej práce a profesionalizáciu praxe sociálnej práce,
- prispievať k rozvoju sociálnej práce ako vedeckej disciplíny a k skvalitneniu vzdelávania v sociálnej práci,
- podporovať záujmy poskytovateľov a užívateľov sociálnych služieb.

V záujme dosiahnutia týchto cieľov bude časopis v rámci obce sociálnych pracovníkov a s nimi spolupracujúcich a pomáhajúcich pracovníkov iných odborov podporovať:

- postoje, ktoré považujú odbornosť a ľudskosť za rovnocenné kritériá kvality sociálnej práce,
- postoje, ktoré kladú dôraz na prepojenie teoretického zdôvodnenia postupov sociálnej práce s jej praktickou orientáciou na problémy klientov a ich reálne možnosti,
- súdržnosť všetkých, ktorí sa angažujú v prospech riešenia problémov klientov prostredníctvom sociálnej práce,
- otvorenú, odlišnosti chápajúcu, poučenú a vecnú diskusiu v rámci obce sociálnych pracovníkov,
- chuť a záujem sociálnych pracovníkov vidieť samých seba očami iných.

Sociální práce/Sociálna práca

Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci

Časopis pre teóriu, prax a vzdelávanie v sociálnej práci

Vydavatel: Asociace vzdělavatelů v sociální práci.

Na vydávání se podílí ZSF Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Číslo/ročník: 4/2010

Adresa redakce: ASVSP, Joštova 10, 602 00 Brno

tel.: +420 549 495 224

e-mail: socialniprace@socialniprace.cz

web: www.socialniprace.cz

Redakce: PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D.,
Mgr. Zdeňka Dohnalová, Olga Čidlová,
Eliška Barochová, Bc. Aneta
Hrynková, Mgr. Iva Burianová

Akademická část: Mgr. Zdeňka Dohnalová

Foto na titulní str.: Jan Dokoupil, www.jandokoupil.cz

Grafická úprava: Petr Hrnčíř, pethr@seznam.cz

Korektura: Vilém Kmuniček

Evidenční číslo MK: MK ČR E 13795

ISSN: 1213-6204

Redakční rada:

Prof. PhDr. Libor Musil, CSc. (předseda/predseda), prof. PhDr.

Anna Tokárová, CSc. (místopředseda/podpredsedníčka),

Mgr. Martin Bednář, Ph.D., doc. PaedDr. Oldřich Chytil, Ph.D.,

Dr. Ing. Alois Kříšťan, Th.D., doc. PhDr. Eva Mydlíková, Ph.D.,

doc. PhDr. Pavel Navrátil, Ph.D., PhDr. Mirka Nečasová, Ph.D.

(výkonná tajemnice ASVSP), PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

(Společnost sociálních pracovníků), prof. PaedDr. Milan

Schavel, Ph.D., prof. PhDr. Anna Žilová, Ph.D.

Předplatné:

Základní cena 265 Kč/ks vč. DPH, cena pro studenty 165 Kč/ks

vč. DPH, roční předplatné (4 čísla) se slevou 10 % 954 Kč vč. DPH,

roční předplatné pro studenty (4 čísla) se slevou 30 % 462 Kč vč.

DPH, sponzorské předplatné 1 200 Kč vč. DPH

Akademické statě procházejí dvojím recenzním řízením.

Otištěné příspěvky nejsou honorovány.

Redakce si vyhrazuje právo upravit nevyžádané příspěvky do publicistické části. Otištěné příspěvky jsou povinnou literaturou pro studenty ZSF JU v Českých Budějovicích.

Předplatné zajišťuje jménem vydavatele firma SEND Předplatné.