

Sociální práce / Sociálna práca

Czech and Slovak Social Work

Recenzovaný odborný časopis

Šéfredaktor/ Editor-in-chief:

Prof. Dr. Libor Musil, Masaryk University, Czech Republic

Zástupci šéfredaktora/ Deputy of the Editor-in-chief:

Prof. Dr. Brian Littlechild, University of Hertfordshire, United Kingdom

Dr. Eva Mydlikova, Comenius University, Slovakia

Redakční rada/Editorial Board

Prof. Dr. Balogova Beata, University of Presov, Slovakia

Prof. Dr. Erath Peter, Catholic University of Eichstätt, Germany

Prof. Dr. Ewijk Hans Van, University for Humanistic Studies, Nederland

Dr. Gojova Alice, University of Ostrava, Czech Republic

Dr. Gulczyńska Anita, University of Lodz, Poland

Prof. Dr. Hämäläinen Juha, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Dr. Chytil Oldřich, University of Ostrava, Czech Republic

Prof. Dr. Jovelin Emmanuel, Catholic University of Lille, France

Dr. Kallay Andrej, Trnava University in Trnava, Slovakia

Prof. Dr. Keller Jan, University of Ostrava, Czech Republic

Dr. Kristan Alois, Jabok College, Czech Republic

Dr. Matulayova Tatiana, Palacky University, Czech Republic

Dr. Meffan Caroline, University of Hertfordshire, United Kingdom

Prof. Dr. Metteri Anna, University of Tampere, Finland

Dr. Novosad Libor, Palacky University, Czech Republic

Prof. Dr. Payne Malcolm, Manchester Metropolitan University, United Kingdom

Prof. Dr. Puhl Ria, Catholic University of Applied Sciences KFH NRW, Cologne, Germany

Dr. Rusnakova Marketa, Catholic University in Ruzomberok, Slovakia

Prof. Dr. Schavel Milan, University of Trnava, Slovakia

Dr. Sykorova Dana, Palacky Univerzity Olomouc, Czech Republic

Balaz Roman, Masaryk University, Czech Republic

Vychází 6x ročně/The Journal is published 6 times per year. (4 times in Czech and Slovak, 2 times in English)

ISSN 1213-6204 (Print), ISSN 1805-885X (Online)

Registrační číslo MK ČR/Registration Number of the Ministry of Culture: MK ČR E 13795

Číslo vyšlo 2. října 2015/This issue was published on 2nd October 2015

Editor čísla/Issue Editor:

Prof. Dr. Beata Balogova, University of Presov, Slovakia

Vydává/Published by:

Asociace vzdělavatelů v sociální práci, Joštova 10, 602 00 Brno, IČO: 49465619

a Evropský výzkumný institut sociální práce FSS OU, Fr. Šrámka 3, Ostrava

Korekce/Proofreading: Vilém Kmuníček,

Grafická úprava/Layout: Radovan Goj (www.goj.cz),

Tisk/Print: Printo, spol. s r.o. (www.printo.cz)

Webové stránky časopisu/Journal Website: www.socialniprace.cz

Editorial

| | |
|-----------------|---|
| Editorial | 3 |
|-----------------|---|

Stati

| | |
|---|-----|
| Andrej Máteľ: Klinická sociálna práca z hľadiska odbornej lexiky a terminológie | 5 |
| Beáta Balogová, Lenka Kvašňáková, Lívia Pížová: Inšpirácie pre klinickú sociálnu prácu na Slovensku – prítomnosť a budúcnosť v 21. storočí | 16 |
| Jan Kaňák: Postavení diskursu spirituality v sociálnej práci | 30 |
| Ginka Mehandzhiyska: Klinická supervíza v gerontologické sociálnej práci: reflexe praxe v Bulharsku | 47 |
| Eva Křížová: Využití archivovaných datových souborů z reprezentativních sociologických výzkumů ve výuce a realizaci sociálního výzkumu | 58 |
| Ján Kahan, Eva Žiaková: Prežívanie osamelosti látkovo závislých klientov | 71 |
| Oldřich Müller: Význam expresivně-formativních intervencí u seniorů s demencí v rezidenční péči ... | 90 |
| Anna Krausová, Tomáš Waloszek, Martin Brezina: Návrat nezaměstnaných rodičů po rodičovské dovolené na trh práce v ostravském regionu | 101 |

Recenze

| | |
|--|-----|
| Jerrold R. Brandell (ed.): Theory and Practice in Clinical Social Work | 118 |
| Milan Hlavačka, Pavel Cibulka a kol.: Sociální myšlení a sociální praxe v českých zemích 1781–1939: ideje, legislativa, instituce | 121 |
| Michaela Skyba: Školská sociálna práca | 124 |
| Online prakticko-publicistická část časopisu | 127 |
| Naše poslání a cíle | 129 |
| Zaměření příštího čísla | 130 |

Editorial

| | |
|-----------------|---|
| Editorial | 3 |
|-----------------|---|

Papers

| | |
|--|-----|
| Andrej Matel: Clinical Social Work in the View of Professional Vocabulary and Terminology | 5 |
| Beata Balogova, Lenka Kvasnakova, Livia Pizova: Inspiration for Clinical Social Work in Slovakia – Present and Future in the 21st Century | 16 |
| Jan Kanak: Position of Discourse of Spirituality in Social Work | 30 |
| Ginka Mehandzhyska: Clinical Supervision in Gerontological Social Work: Reflections on the Practice in Bulgaria | 47 |
| Eva Krizova: Use of Reposed Data Sets from Representative Sociological Surveys in Doing and Teaching Social Research | 58 |
| Jan Kahan, Eva Ziakova: Experiencing of Loneliness of Substance Addicted Clients | 71 |
| Oldrich Muller: Importance of Expressively-Formative Interventions Applied at Senior Citizens with Dementia in Residential Care | 90 |
| Anna Krausova, Tomas Waloszek, Martin Brezina: Return of Unemployed Parents after Their Parental Leave to the Labour Market in Ostrava Region | 101 |

Book Reviews

| | |
|--|-----|
| Jerrold R. Brandell (ed.): Theory and Practice in Clinical Social Work | 118 |
| Milan Hlavačka, Pavel Cibulka a kol.: Sociální myšlení a sociální praxe v českých zemích 1781–1939: ideje, legislativa, instituce | 121 |
| Michaela Skyba: Školská sociální práca | 124 |
| Online Practical-Journalistic Part of the Journal | 127 |
| Our Mission | 129 |
| Next Issue Focus | 130 |

Editorial

Vážené čitateľky a čitatelia, v treťom vydaní časopisu nadväzujúc na vyjadrenia Pavla Navrátila (a na anotáciu tohto čísla) si uvedomujeme „krízovosť“ sociálnej práce v spoločnosti postmodernej doby, ale zároveň sme si o to vehementnejšie vedomí špecifikácie sociálnej práce – klinickej sociálnej práce ako semiprofesie. Základnou hypotézou tohto vydania je: akým spôsobom formovať teóriu a metodológiu klinickej sociálnej práce z pozície dynamickej perspektívy, ktorá uznáva historický a politický kontext, v ktorom sa vývoj teórií a metód práce s klientom odohráva. Rešpektovanie historických, kultúrnych a politických aspektov rozvoja klinickej sociálnej práce hypoteticky predikuje významné benefity v podobe hlbšej profesijnej identity klinického sociálneho pracovníka s následnou kvalitnou intervenciou voči klientovi. Nakoľko sa nám to podarilo, to zhodnotíte vy sami, ako naši, v plnej šírke kriticky uvažujúci čitatelia a čitateľky.

Je nesporným faktom, že vzdelaný človek nielen viac vie o svete, ale viac mu aj rozumie, dokáže kriticky a s odstupom chápať jeho súvislosti a zložité vzťahy. Je vnímavejší voči problémom, cielavedomejší pri voľbe alternatív svojho konania a dokáže usmerniť a korigovať svoje očakávania. K tomuto rozvoju vedomostí o klinickej sociálnej práci v jej epistemologickom vymedzení prispel Andrej Mátel v príspevku s názvom *Klinická sociálna práca z hľadiska odbornej lexiky a terminológie*. Následne nám prešovské autorky Beáta Balogová, Lenka Kvašňáková a Lívia Pížová prezentujú *Inšpirácie pre klinickú sociálnu prácu na Slovensku – prítomnosť a budúcnosť v 21. storočí*. Na otázky „*Postavení spirituality v sociálnej práci*“, ktorá nevyhnutne patrí



do výkonu klinického sociálneho pracovníka, poukazuje Jan Kaňák. Kozmopolitnú inscenáciu v podmienkach výkonu klinickej sociálnej práce penetruje Ginka Mehandzhiyska v téme „*Klinická supervíza v gerontologické sociálnej práci: reflexe nad praxí v Bulharsku*“. Aplikačný rozmer klinickej sociálnej práce v praxi akcentuje trojica akademických statí: *Prežívanie osamelosti látkovo závislých klientov*; *Význam expresívno-formatívnych intervencií u seniorov s demenciou* a *Návrat nezamestnaných po rodičovskej dovolenke na trh práce v oštravskom regióne*. Metodológia výskumu je zastúpená akademickou statou „*Využití archivovaných datových souborů z reprezentativních sociologických výzkumů ve výuce a realizaci sociálního výzkumu*“ autorky Evy Křížovej.

Publicistickú časť časopisu sme pripravili v zmysle vymedzovania významových kontextov

života každého jednotlivca aj celej spoločnosti. Kedy byť informovaný znamená byť aj dostatočne pripravený kriticky prijímať nové poznatky a informácie a rozhodovať sa so znalosťou seba i vecí, o ktorých rozhodujeme. Preto v časti „O čom sa hovorí“ prinášame názory pracovníkov tretieho sektora angažujúcich sa v práci so závislými od rôznych druhov drog. Inšpiráciou pre prax prispievajú Monika Bosá a Peter Brnula domnievajúc sa, že etika klinického sociálneho pracovníka je úzko spojená s hodnotovou orientáciou zúčastnených aktérov. Hodnotové orientácie tak určujú miesto a pozíciu v živote jedinca. Rehabilitácia etickej súdnosti tak neznamená potlačenie osobných záujmov či nejaký druh moralizovania, ale je tendenciou, ktorá smeruje k rovnováhe a rozumným vzájomným kompromisom. V publicistickej časti Ladislav Loebe vyzýva k verejnej diskusii otázkou „*Soukromá praxe*

*sociálních pracovníků v ČR, realita blízké budoucnosti, nebo utopie?“. Celé spektrum příspěvků doplňá recenzie kolektívnej monografie pod editorským vedením Jerrolda R. Brandella s názvom *Theory and Practice in Clinical Social Work*.*

Problematika klinickej sociálnej práce je zložitejší fenomén, ktorý už dnes má v sociálnej práci svoje miesto. A aj toto vydanie časopisu má v rozhodujúcej miere prispieť k jej rozvoju, tak v teoretickej, empirickej, ako aj praktickej rovine. Vyjadrujeme želanie, aby si čitateľ a čitatelka našli čas a na pomyselnom antickom „kliné“ prelistovali tento ponúkaný pohľad všetkých zúčastnených prispievateľov a prispievateľiek vzniknutý pod taktovkou redakcie časopisu.

Beáta Balogová,
editorka čísla

— Inzerce —



VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY

DLUHOVÁ PREVENCE V SOCIÁLNÍ PRÁCI S DĚTMI A MLÁDEŽÍ

v rozsahu 16 hodin

Cílem kurzu je naučit vytvářet preventivní opatření proti předlužování odpovídající věku a dalším specifickým cílové skupiny.
Kurz je akreditován MPSV.

Kurz se koná 23. – 24. listopadu 2015.

PSYCHOTERAPEUTICKÝ VÝCVIK REMIUM III

Pětiletý sebezkušnostní psychoterapeutický výcvik s časovou dotací **718 hodin** v sebezkušnostní, teoretické a supervizní části.
Výcvik je schválen ČPS ČLS JEP.

Zahajujeme 22. – 27. května 2016.

Podrobnější informace na
www.remedium.cz
tel: 272 743 360
vzdelavani@remedium.cz



Klinická sociálna práca z hľadiska odbornej lexiky a terminológie

Clinical Social Work in the View of Professional Vocabulary and Terminology

Andrej Mátel

Doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., mim. prof.,¹ je vysokoškolským pedagógom Vysokej školy zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislave. Špecializuje sa na profesijnú etiku, sociálnu patológiu, teóriu a metódy sociálnej práce. Je členom akreditačnej komisie MPSVaR SR. V praxi sociálnej práce sa venuje komplexnej pomoci obetiam domáceho násillia, poradenstvu a supervízii.

Abstrakt

Cieľom príspevku je navrhnúť súčasné definovanie klinickej sociálnej práce v slovenskej sociálnej práci, ktoré by korešpondovalo so stavom jej porozumenia v angloamerickom a európskom prostredí. Za týmto účelom bol zrealizovaný lexikálny a terminologický prieskum z hľadiska etymológie a terminologického užívania tohto odborného výrazu z diachrónneho aj synchronného hľadiska. Z metodologického hľadiska boli použité lingvistické metódy a obsahová analýza vybraných prameňov. Hoci užívanie jazykového novotvaru klinická sociálna práca nemožno vopred v slovenskom jazyku exaktne vymedziť, napriek kultúrnym špecifikám jednotlivých krajín jestvuje minimálna spoločná terminologická zhoda, ktorá slúži ako bazálna platforma pre jej pracovné definovanie a načrtnutie perspektív jej potenciálneho rozvoja.

Kľúčové slová

etymológia, klinická, sociálna práca, terminológia, priama práca, poradenstvo, sociálna terapia

Abstract

The aim of this article is to propose current defining of clinical social work in the Slovak social work which will be in conformity with meaning of its understanding within Anglo-American and European environment. For this purpose vocabulary and terminological survey has been realized from the point of view of etymology and terminological using of this professional term with diachronic and synchronic context. From the methodological aspect there were used philological methods and content analyses of the selected sources. Although using of linguistic neologism clinical social work cannot be exactly defined in the Slovak language, despite of cultural specifics in different countries, there exists as minimum joint terminological accord that serves as basic platform for its preliminary definition and for drawing of perspectives of its potential development.

Keywords

etymology, clinical, social work, terminology, direct work, counselling, social therapy

¹ Kontakt: Doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., mim. prof. Ústav sociálnej práce, VŠ ZaSP sv. Alžbety, Nám. 1. mája, 810 00 Bratislava; andrej.matel@gmail.com



1. Úvod

Výraz klinická sociálna práca je z jazykovedného hľadiska v slovenskom aj českom jazyku novotvarom, ktorý je na začiatku užívania. Z hľadiska jazykového vyjadrenia ide o kalk, pri ktorom sa v prevzatom, slovenskom alebo českom jazyku použije slovo s rovnakým významom ako v cudzom jazyku, v tomto prípade anglickom. Jestvuje však vážne riziko, že používatelia, ktorí nebudú mať objasnený význam tohto odborného termínu, budú do neho vkladať vlastné predporozumenia. Tým môže dôjsť k situácii, a v podstate už dochádza, že koľko osôb bude užívať tento termín, toľko bude obsahových významov. Hoci toto riziko sprevádza používanie nových slov, pri prevzatých odborných termínoch by profesionáli v danej disciplíne mali najprv starostlivo preskúmať lexikálny pôvod daného pojmu, ako aj jeho súčasné terminologické používanie v rozličných kultúrnych a jazykových oblastiach. Cieľom predloženého príspevku je zrealizovať takýto lexikálny a terminologický prieskum klinickej sociálnej práce z hľadiska etymológie a terminologického užívania v angloamerickom prostredí ako aj v ďalších vybraných európskych krajinách z diachrónneho aj synchronného hľadiska, aby bolo možné navrhnúť jeho definovanie v slovenskej (a do istej miery aj českej) jazykovej oblasti a načrtnutie ďalších potenciálnych perspektív jeho užívania v budúcnosti. Z metodologického hľadiska boli použité lingvistické metódy a obsahová analýza vybraných prameňov. Nimi sú predovšetkým slovníky a encyklopédie sociálnej práce ako aj ďalšie relevantné literárne zdroje zamerané na klinickú sociálnu prácu.

2. Etymológia

Z etymologického hľadiska má slovenské a české adjektívum klinický pôvod v klasickej gréčtine. Sloveso (*klinó*) znamená skloniť, zohnúť, nakláňať sa, či už vo všeobecnosti alebo smerom k niekomu. Substantívum (*kliné*) označuje posteľ, pohovku alebo lôžko. Ak je na lôžku niekto chorý, osoba skláňajúca sa k nemu sa o neho stará. Ak išlo pritom o odborníka – lekára, ktorý navštevoval pacienta pri jeho lôžku, nazýval sa v gréčtine (*klinikos*), čo prevzala aj latinčina do slova *clinicus*. Angličtina na základe gréckeho kmeňa začala používať na konci 18. storočia substantívum *clinic*, teda klinika na označenie miesta, resp. nemocnice, kde sa ambulantom poskytuje zdravotná starostlivosť, pomoc alebo odborné rady, zvlášť ak išlo o špecializovanú zdravotnú pomoc. Zároveň sa začalo používať adjektívum *clinical* – klinický na označenie ambulanej zdravotnej starostlivosti alebo oddelenia nemocnice. Súčasná angličtina pod pojmom *clinic* chápe inštitúciu, súkromnú nemocnicu alebo zariadenie ošetrovateľskej starostlivosti, kde sa pacientom poskytuje diagnostika a liečba, najčastejšie špecializovaná. Adjektívum klinická (medicína) môže zdôrazňovať priame pozorovanie, diagnostiku a liečbu pacientov v porovnaní s neklinickým, teda teoretickým bádáním alebo experimentálnou činnosťou v laboratóriu. Jestvujú odbory, ktoré sú označené prívlastkom klinické, pretože svoje poznatky aplikujú do zdravotníctva. Sem patrí napríklad klinická biochémia, ktorá významnou mierou prispieva k stanoveniu diagnózy choroby, jeho prognózy a kontrole účinnosti terapie (Racek, 1999), klinická mikrobiológia, klinická logopédia (Škodová, Jedlička, 2003), klinická psychológia (Baštecká, Goldmann, 2001) a mnohé ďalšie. Vzhľadom na predmet príspevku má význam najmä vznik klinickej psychológie (*clinical psychology*), ktorá sa zaoberá diagnostikou, prevenciou a terapiou duševných chorôb a porúch, vrátane porúch správania, vzťahmi lekára k pacientovi a pacienta k lekárovi, ako aj postojmi pacienta k nemocnici (Hartl, Hartlová, 2009:481). Francúzsky ekvivalent k substantívu a adjektívu klinika/klinický je *clinique*. Nemecká podoba substantíva je *die Klinik* a adjektíva *klinisch*. Podľa Českého etymologického slovníka sa do českého (a môžeme doplniť aj slovenského) jazyka dostalo slovo klinika práve cez nemčinu (Reizer, 2012).



Slovenčina na označenie miesta zdravotnej starostlivosti používala v minulosti výraz *špitáľ*², neskôr ho nahradila slovom *nemocnica*. Z historických korpusov nájdeme slovo *nemocnica* v dnešnom význame už v 40. rokoch 19. storočia (Štúr, Chalupka). Postupne sa popri ňom začalo používať aj označenie *klinika*. Jedno z najstarších používaní nájdeme v diele Laskomerského z roku 1877. Rísová (1989) považuje slovenský výraz *klinika* za jazykovedného hľadiska za synekdochu založenú na zámene pomenovania časti za celok, keď od základu *kliné* (lôžko, posteľ) je odvodená *klinika*. Vo Veľkom slovníku cudzích slov (1997) sa pod heslom *klinika* označuje nemocnica pri lekárskej fakulte. Rovnako to uvádza aj Český etymologický slovník (Rejzek, 2012). Obširnejšie terminologické vymedzenie uviedol Keder (1960), že klinikou sa rozumie jedno, samostatné, lôžkové, fakultnými lekármi odborne vedené oddelenie (v nemocnici), ktoré sa v praxi obyčajne delí ešte na viac častí, pododdelení, napr. interná klinika, chirurgická klinika a pod. Slovník súčasného slovenského jazyka (2011) dopĺňa, že sa *klinika* popri preventívnej a liečebnej starostlivosti o pacientov venuje aj výskumnej a pedagogickej činnosti, resp. ide o budovu tejto nemocnice. Tento význam uvádza aj český Veľký slovník cizích slov (1999), pričom zdôrazňuje, že ide o lôžkové oddelenie pri lekárskej fakulte. Slovenčina a čeština už v 50.–60. rokoch 20. stor. užívali aj slovo *poliklinika*, ktoré podľa Českého etymologického slovníka prevzala z európskych jazykov (nem. *Poliklinik*, franc. *polyclinique*). Ide pritom o lekársky termín a rozumieme ním zdravotné stredisko (obyčajne vo veľkom meste, spojené s lekárskou fakultou), nemocnicu s viacerými oddeleniami, mestskú nemocnicu (Keder, 1960).

Klinik (klinička) je potom lekár/ka pracujúci na klinike alebo lekár, ktorý má skúsenosti s praktickým lekárstvom. Adjektíva *klinický*, *klinická*, *klinické* označuje osoby (k. lekár/ka), veci alebo činnosti týkajúce sa kliniky, používané, vykonávané na klinike (napr. k. prax, k. vyšetrenie, k. výskum, k. testy), zistené na klinike (k. nález).

V Slovníku súčasného slovenského jazyka (2011) označuje adjektívum *klinická* okrem toho aj činnosť vychádzajúcu z lekárskej praxe a z pozorovaní príznakov ochorení. *Klinický* je potom aj súvisiaci s určitým ochorením a s jeho príznakmi, charakteristický pre toto ochorenie, vznikajúci ako dôsledok ochorenia. V takomto širšom kontexte sa môže adjektívum vzťahovať aj na iných odborníkov pôsobiacich na klinike alebo vykonávajúcich takú činnosť, ktorá súvisí s pozorovaním príznakov ochorenia, napr. *klinický psychológ*. V tomto zmysle je otvorený priestor v jazykovom používaní na novotvary, medzi ktoré môže patriť aj *klinická sociálna práca*. Z etymologického a jazykovedného hľadiska by mala označovať sociálnu prácu vykonávanú na klinikách (resp. v synonymnom význame v nemocniciach či v zdravotníctve), resp. súvisiacu s pozorovaním príznakov ochorenia. Súhrnom možno konštatovať, že z etymologického hľadiska sa adjektívum *klinická* v užšom alebo širšom význame vzťahuje na zdravotnú starostlivosť, diagnostiku a liečbu choroby. Pri nelekárskych „klinických disciplínach“ sa predpokladá, že sa ich poznatky využívajú v zdravotníctve, resp. v procese liečby (napr. k. biochémia, k. mikrobiológia) a/alebo ich predstavitelia používajú v svojej praxi poznatky z oblasti zdravotníckych vied (napr. k. logopédia, k. psychológia).

Z hľadiska dejín československej sociálnej práce v povojnovom období je v tomto kontexte nálezitý uviesť terminologické spojenie *sociálna klinika*, *sociálne kliniky*. Teoretické dielo, ktoré o nich pojednáva, pochádza od Marie Krakešovej a má titul *Úvod do praxe na sociálných klinikách*. Ide v zásade o vysokoškolské skriptum, ktoré bolo napísané na Sociálnej fakulte Vysoké školy politickej a sociálnej so sídlom v Prahe v roku 1948. Autori Brnula, Kodymová, Michelová (2014:40)

² Popri spisovnom, štylisticky neutrálnom slove *nemocnica* sa ešte i dnes stretáme najmä v hovorených prejavoch so slovom *špitál*, ktoré má príznak hovorovosti. Zo staršieho jazykového materiálu vyplýva, že slovo *špitál*, ktoré dnes už nestojí v centre slovej zásoby, malo v minulosti tri významy: 1. *špitál* pre chudobných – chudobinec, 2. *špitál* pre chorých – nemocnica, 3. *špitál* pre cezpoľných – hostinec. Etymológia slova *špitál* je jednoznačná: pochádza z latinského *hospitalis* a do slovenčiny prešlo cez nemčinu (Kultúra slova, 1997).



uvádzajú k nemu poznámku, že sa „dielo zachovalo len v podobe rukopisu, takže nie je úplne jasné, či sa dočkalo aj skutočného vydania na uvedenej škole“. Podľa Brnulu (2013) boli sociálne kliniky zriadené na uvedenej škole rovnako ako na jej predchodkyňi – Masarykově štátní škole zdravotní a sociální péče už v roku 1945. Tieto boli včlenené do skutočných zariadení sociálnej starostlivosti. Ich účelom bolo naučiť poslucháčov sociálnej práce pracovať s klientmi, pretože sa špecializovali na aplikáciu odborných teoretických poznatkov do praxe. Zároveň bolo úlohou sociálnych kliník venovať sa výskumnej práci na malom počte prípadov. Rozdiel medzi obyčajnou odbornou praxou a sociálnymi klinikami bol práve v tejto výskumnej činnosti. V zásade môžeme konštatovať, že išlo o unikátne spojenie akademického vzdelávania, teoretického poznávania, vedeckého výskumu a odbornej praxe sociálnej práce. Dôležité je v tomto kontexte uviesť, že podľa Krakešovej ústrednou metódou používanou sociálnymi pracovníčkami na sociálnych klinikách mala byť sociálna terapia.

Aj v súčasnosti sa môžeme stretnúť s obdobným lingvistickým spojením adjektíva klinická so zariadeniami odbornej praxe sociálnej práce. Napríklad Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích používa výraz *klinické pracoviště sociální práce*. Otázkou je obsahová náplň tohto jazykového spojenia, či ide výlučne o pracoviská odbornej praxe študentov sociálnej práce nejako spojené s uvedenou fakultou, podobne ako fakultné nemocnice, alebo o obdobný koncept, akými boli sociálne kliniky.

3. Klinická sociálna práca v angloamerickom prostredí

Za krajinu pôvodu odborného angloamerického termínu clinical social work (slovensky klinická sociálna práca, český klinická sociální práce) sa považuje Severná Amerika, konkrétnejšie Spojené štáty americké. Z historického hľadiska klinická sociálna práca vychádza a nadväzuje na prípadovú sociálnu prácu (case work). Americkou Národnou asociáciou sociálnych pracovníkov (NASW) vydávaná Encyclopedia of Social Work, konkrétne v jej 19. edícii (1995, 2004), pojednáva o historickom vývoji klinickej sociálnej práce a jej súčasnom stave v aktualizácii na rok 1995. Autorka hesla Carol R. Swenson (in Edwards et al., 2004) uvádza, že v 60. rokoch 20. storočia nastali podstatné zmeny v praxi sociálnej práce. Tieto zmeny súviseli s predošlým rozlišovaním praxe sociálnej práce založenej na metódach (prípadová práca, skupinová práca, komunitná organizácia) a prostredí, v ktorom je vykonávaná (medicína, psychiatria, sociálne služby poskytované rodinám a deťom). V tomto období sociálna práca hľadala nové zadefinovanie rolí a nové jazykové podoby, ktoré by označili praktikov, ktorí sú primárne zameraní na jednotlivcov, rodiny a malé skupiny v interakciách s prostredím. Popri označení priama sociálna práca (direct social work) sa najakceptovanejšou stalo pomenovanie clinical social work, ktoré prijala aj NASW. Barker (2003) však pripomína, že tento termín býva ešte stále považovaný aj ako synonymum k sociálnej prípadovej práci (social casework) alebo psychiatrickej sociálnej práci. Hoci existovali, a doposiaľ jestvujú, výhrady k výberu adjektíva klinický, najmä vzhľadom na nebezpečenstvo zdôrazňovania patológie, výraz má viacero pozitívnych významov. Zdôrazňuje bytie s ľuďmi v ich životných zápasoch. Klinickí sociálni pracovníci sú priamo „pri lôžku klienta“, a to v jeho prirodzenom prostredí (ako protiklad k príliš administratívnym inštitúciám a ovplyvňovaniu širších spoločenských podmienok). Okrem toho treba poznamenať, že označenie klinická sociálna práca pomáhalo zvyšovať status a kredibilitu profesie. V roku 1971 bola založená v Spojených štátoch National Federation of Societies of Clinical Social Work (Národná federácia spoločností klinickej sociálnej práce). Jej súčasťou sú viaceré organizácie a asociácie združujúce klinických sociálnych pracovníkov.³ V roku 1978 NASW formálne uznala klinickú sociálnu prácu ako súčasť procesu vlastnej organizačnej diferenciacie a utvorila sa z nej špecializácia odboru sociálna práca. V tomto období bola zriadená pracovná skupina pre klinickú sociálnu prácu, z ktorej sa postupne

³ Patrí medzi ne aj Clinical Social Work Association (CSWA), ktorej sa podrobne na Slovensku venuje Balogová (2012, 2014).



stal od roku 1982 osobitý odborný poradný orgán pre klinickú sociálnu prácu v NASW nazvaný Provisional Council on Clinical Social Work.

Od roku 1973 začal vychádzať *Clinical Social Work Journal*, v ktorom sú publikované (peer review) recenzované pôvodné články vzťahujúce sa na súčasnú klinickú prax sociálnej práce s jednotlivcami, pármami, rodinami a skupinami. Prezentované sú v ňom aj inovátične príspevky v oblastiach teórie, praxe, na dôkazoch založenom klinickom výskume a interdisciplinárne prístupy. Tento medzinárodný časopis vychádza štvrtročne a vydáva ho americká akademická vydavateľská spoločnosť Springer Publishing.⁴ Jeho súčasťou šéfredaktorkou je Carol Tosone z New York University Silver School of Social Work. Časopis možno považovať za najrenomovanejší poznatkový zdroj súčasného vedecko-výskumného poznania klinickej sociálnej práce nielen v USA, ale aj v ďalších krajinách sveta, kde sa táto špecializácia udomácnila.

Americký The Social Work Dictionary, ktorý takisto vydáva NASW, konkrétne jeho piate vydanie z roku 2003, definuje clinical social work ako „profesionálne používanie teórie a metód sociálnej práce v liečbe alebo prevencii psycho-sociálnych dysfunkcií, zdravotných postihnutí alebo ochorení, vrátane emocionálnych a duševných porúch“ (Barker, 2003:76). Toto definovanie akceptuje aj dokument NASW Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice (1984, revidovaný 1989, 2005). Swenson (in Edwards et al., 2004:503) ňou rozumie „prax sociálnych pracovníkov trénovaných v tejto špecializácii, ktorá je primárne orientovaná na činnosť spolu a v prospech jednotlivcov, rodín a skupín. Klinickí sociálni pracovníci pracujú spolu s klientmi na dosahovaní cieľov, ktorými sú sociálna a psychologická zmena a zlepšenie prístupu k sociálnym a ekonomickým zdrojom.“ Barker (2003) ďalej uvádza, že viacerí profesionálni sociálni pracovníci súhlasia s tým, že klinická prax sociálnej práce zahŕňa dôraz na teoretickú perspektívu človeka v prostredí (person-in-environment perspective). Rozumie ňou orientáciu na klienta ako súčasť jeho environmentálneho systému, pričom sa zdôrazňujú vzájomné vzťahy jednotlivca k iným viac či menej dôležitým osobám ako aj k fyzickému a sociálnemu prostrediu. Podobne aj NASW štandardy klinickej sociálnej práce (1984, 2005) považujú za ústrednú perspektívu človeka v jeho aktuálnej situácii (person-in-situation). Klinická sociálna práca zahŕňa intervencie zamerané na interpersonálne interakcie, intrapsychickú dynamiku, celkovú podporu klienta a proces manažovania služieb. V poslednej 20. edícii Encyclopedia of Social Work autorka hesla Darlene Grant (in Mizrahi, Davis, 2008) dopĺňa, že služby klinickej sociálnej práce zahŕňajú posudzovanie, diagnostikovanie, poradenstvo, konzultovanie, liečbu, vrátane psychoterapie, advokáciu klientov a evaluáciu. Jej metódy sú cieleňé na podporu a posilňovanie silných stránok klienta a zlepšovanie sociálneho fungovania v prostredí v rámci profesionálneho vzťahu s jednotlivcami, pármami, rodinami a skupinami. Jej dôležitou súčasťou je aj supervízia klinickej práce. Hoci sa niektorými autormi klinická sociálna práca používala ako synonymum priamej práce s klientmi, v USA je v súčasnosti jej súčasťou aj nepriama práca, akou je spolupráca s ďalšími organizáciami, inštitúciami verejnej správy, analýza a zlepšovanie politických opatrení, vzdelávanie, písanie grantov, práca v advokácii, výskumných tímoch, publikačná činnosť a pod. Súčasnú chápanie klinickej sociálnej práce v USA môžeme zhrnúť do nasledovných špecifikácií:

1. Klinická sociálna práca je identifikovaná a akceptovaná špecializáciou. Hoci zo všeobecnej sociálnej práce využíva spoločnú poznatkovú bázu, teoretické koncepty, sociálno-politické opatrenia, výskum a metodológiu, vykonávajú ju špecialisti – klinickí sociálni pracovníci, ktorí spĺňajú osobité kvalifikačné kritériá (por. Swenson, in Edwards et al., 2004).
2. Jej vykonávanie klinickými sociálnymi pracovníkmi si v USA od 70. rokov 20. stor. vyžaduje špecializačné vzdelávanie a tréning, minimálne na úrovni magisterského alebo doktorandského vzdelania na akreditovaných školách, ktoré majú zabezpečené supervidované zariadenia klinickej praxe. Udelenie licencie alebo certifikácie na výkon klinickej sociálnej práce si vyžaduje okrem

⁴ Webové sídlo časopisu je <http://link.springer.com/journal/10615>. V roku 2013 mal časopis Impact Factor 0,488, v roku 2014 už 0,720.



toho najmenej 2-ročnú priamu prácu s klientom (pod supervíziou), čo predstavuje v USA štvrtý *klinický* stupeň licencie v sociálnej práci: *Masters in Social Work with two year direct clinical social work experience*. NASW pritom rozlišuje dve úrovne kvalifikácie vzhľadom na zručnosti a prax v klinickej sociálnej práci: 1. *Kvalifikovaný klinický sociálny pracovník* (Qualified Clinical Social Worker, QCSW) – predpokladom je magisterské vzdelanie v akreditovanom programe⁵ s minimálnou 20-hodinovou dotáciou špecifického kurzu klinickej práce, 3-ročná postgraduálna klinická prax, z toho 3000 hodín práce pod supervíziou, min. 30 hodín ďalšieho vzdelávania za posledné dva roky (z toho min. 20 hodín zameraných na klinickú sociálnu prácu, 3 hodiny na etiku) a úspešné zloženie skúšky (NASW, 2014b). 2. *Diplomovaný klinický sociálny pracovník* (Diplomate in Clinical Social Work, DCSW) – predpokladom je magisterské alebo doktorandské vzdelanie v akreditovanom programe, 20 hodín kurzu klinickej práce a najmenej 5-ročná prax (4500 hodín) pod supervíziou, ktorá musí byť starostlivo zdokumentovaná (pričom 30 hodín tvorí publikačná činnosť, prezentácie alebo výskum). Tento predstavuje najvyššiu expertíznu a excelentnú úroveň vykonávania klinickej sociálnej práce (NASW, 2014a). Okrem toho sa môžu rozlišovať klinické špecializácie podľa cieľových skupín, ako napríklad klinický sociálny pracovník v gerontológii, klinický sociálny pracovník zameraný na závislosti od alkoholu, tabaku a iných drog (Swenson, in Edwards et al., 2004:323).

3. Z teoretického hľadiska je klinická sociálna práca ako celok ukotvená najmä v systémových teóriách a sociálno-ekologických (resp. ekosociálnych) prístupoch, ale v praxi sa uplatňuje eklektický prístup, využívané sú aj humanistické teórie, KBT, psychodynamika, prístupy orientované na úlohy a pod. Z hľadiska staršieho Payneho konceptu „malých paradigiem“ sociálnej práce jej zodpovedá najmä terapeutická a do istej miery aj poradenská „malá paradigma“, resp. „reflexívno-terapeutický náhľad“. Z historického hľadiska bola klinická sociálna práca reakciou na prílišné zdôrazňovanie profesionálnej zodpovednosti sociálnych pracovníkov za sociálnu spravodlivosť a sociálne akcie vedúce k sociálnej zmene (teda reformnej „malej paradigmy“), kde hrozilo nebezpečenstvo, že sa dostane do úzadia perspektíva ochrany a pomoci konkrétnym klientom. Hlbší vzhľad do teoretických a výskumných konceptov súčasnej klinickej sociálnej práce by bolo možné získať analýzou vedeckých článkov vyššie spomenutého časopisu *Clinical Social Work Journal*.
4. Klientmi klinickej sociálnej práce sú jednotlivci, pár, rodina alebo malá skupina, neuvádza sa komunita ani inštitúcia. Z hľadiska symptomatológie klientov je škála cieľových skupín pomerne široká. Patria sem obeť násillia (vrátane domáceho násillia, CAN syndrómu, CSA syndrómu), páchatelia násillia, HIV/AIDS pozitívni klienti, vojnoví veteráni, osoby závislé (látkové aj nelátkové závislosti), klienti s rozličnými formami postihnutia, psychickými poruchami, dlhodobými zdravotnými problémami, osoby vyššieho veku, migranti a ďalší.
5. Z hľadiska povahy činností klinických sociálnych pracovníkov ide o psycho-sociálne pôsobenie na klientov, ktoré si vyžaduje aj náležité psychologické spôsobilosti pracovníkov. Hlavnou činnosťou je priama práca s klientom, ktorá býva označovaná výrazmi „terapia“ (therapy), „liečba“, resp. „zaobchádzanie“ (treatment), či „poradenstvo“ (counseling). Z hľadiska profesionálnych rolí sociálnych pracovníkov prevláda rola terapeuta (therapist) a poradcu (counselor), resp. podporovateľa (enabler). Vzhľadom na Musilom (2008) identifikované orientácie sociálnych pracovníkov jednoznačne u klinických sociálnych pracovníkov prevláda profesionálna orientácia.
6. Z inštitucionálneho hľadiska sa klinická sociálna práca vykonáva v rozličných inštitúciách (psychiatrických zariadeniach, v ďalších zdravotníckych inštitúciách, zariadeniach sociálnych služieb), ambulanciách (poradnách). Osobité miesto má v súkromnej praxi. Už v roku 1961 NASW definovala súkromnú prax ako prostredie pre výkon služieb klinickej sociálnej práce,

⁵ Za akreditáciu študijných programov v odbore sociálna práca v USA zodpovedá The Council on Social Work Education (CSWE). Vo februári 2015 bolo akreditovaných 235 magisterských študijných programov.



čo bolo publikované aj v prvej príručke súkromnej praxe sociálnej práce v roku 1967 (NASW Standards, 2005).

7. Klinická sociálna práca je eticky senzitívna, založená na kľúčových hodnotách sociálnej práce, tak ako sú definované v etickom kódexe (Code of Ethics, 2008) a osobitých etických pravidlách klinickej praxe (NASW, 2005).
8. Kvalitu služieb poskytovanými klinickými sociálnymi pracovníkmi v USA podporujú štandardy praxe klinickej sociálnej práce. Tieto stanovujú profesionálne očakávania od pracovníkov, cez ktoré môže byť monitorovaná a vyhodnocovaná klinická prax (NASW, 2005).

4. Klinická sociálna práca vo vybraných európskych krajinách

Škótsky *Collins Dictionary of Social Work* (2006) klinickú sociálnu prácu neuvádza, rovnako ani britská *The Blackwell encyclopaedia of Social work* (2000). V druhej menovanej nájdeme heslo Direct Work with Children, ktorým sa rozumie škála aktivít, vrátane individuálnej komunikácie s nimi a terapeutických intervencií (Davies, 2000). Až novší britský *Oxford Dictionary of Social Work & Social Care* (2013) uvádza clinical social work, resp. clinical social work practice. Interpretuje ju vzhľadom na oblasť pôvodu používania pojmu, ktorú lokalizuje na Severnú Ameriku, hoci sa čoraz viac užíva aj v iných oblastiach sveta. V Británii má viaceré spoločné črty s prípadovou sociálnou prácou (case work). Z hľadiska obsahového významu tento termín označuje priamu prax (direct practice) s jednotlivcami, pármami, rodinami a skupinami so zameraním na intrapsychické a interpersonálne problémy. Uvedený slovník priamou praxou pritom rozumie sociálnu prácu „tvárou v tvár“ (face-to-face) s užívateľmi služieb ako protiklad k nadmernej záťaži administratívnej práce a aktivitám, ktoré sa vykonávajú v záujme alebo vzhľadom na užívateľov služieb, avšak bez ich prítomnosti. Klinická sociálna práca je často spojená so súkromnou praxou. Používanie adjektíva klinická, s jeho medicínskym nádychom, naznačuje aj aspiráciu na vyšší profesijný status. Hoci klinická sociálna práca môže zahŕňať širšiu škálu rolí, vrátane care managementu, dôraz je kladený prevažne na roly klinických sociálnych pracovníkov ako terapeutov alebo poradcov (Harris, White, 2013). Súhrnom možno konštatovať, že hoci v poslednom období je aj v Británii užívaný výraz clinical social work, nepatrí nevyhnutne do slovníka britskej sociálnej práce. Ekvivalentom k jeho obsahovej náplni sú termíny *direct practice* alebo *direct work*.

V Nemecku vydaný anglicko-nemecký a nemecko-anglický Wörterbuch der Sozialpädagogik und Sozialarbeit prekladá anglický výraz clinical social work spojením *therapeutische Sozialarbeit*, čiže terapeutická sociálna práca (Dohrmann, 2011:24), pričom autor bol ovplyvnený najmä britskou terminológiou. V nemecky hovoriacich krajinách sa však od roku 2001 objavil a začal používať aj odborný termín a koncept *Klinische Sozialarbeit*. Odborná diskusia začala od roku 1995 článkom W. R. Wendta *Klinische Sozialarbeit braucht ein Profil*. Z terminologických slovníkov nájdeme heslo *Klinische Sozialarbeit* v 7. vydaní renomovaného nemeckého *Wörterbuch Soziale Arbeit* (Kreft, Mielenz, 2013). V zásade však nejde o hlavné heslo, ale časť hesla Gesundheitshilfe (čo je obdobným termínom anglického health service, čiže zdravotnícke služby), ktorého autorom je Waller. Túňa je opätovne odkaz na americkú tradíciu klinickej sociálnej práce. Podľa tohto slovníka sa táto zaoberá poznávaním, terapiou a rehabilitáciou takých zdravotných stavov, ktoré spadajú do oblasti komplexných psychosociálnych problémov. Prax klinickej sociálnej práce pozostáva z posudzovania, diagnostiky, plánovania terapie, samotnej intervencie, overovania jej výsledkov použitím špecifických vedomostí, teórie a metód.

V Nemecku bola v roku 2003 zriadená sekcia klinickej sociálnej práce (Sektion Klinische Sozialarbeit) v rámci národnej profesijnej organizácie Deutschen Gesellschaft für Sozialarbeit. Vo Švajčiarsku bola založená v roku 2005 Interessengemeinschaft Klinische Sozialarbeit Schweiz, o štyri roky neskôr Verein Clinical Social Work Switzerland (CSWS). V roku 2007 bolo zriadené Európske centrum pre klinickú sociálnu prácu (European Centre for Clinical Social Work, ECCSW),⁶ ktoré

⁶ Webové sídlo organizácie je: <http://eccsw.eu/>.



spája najmä európsku tradíciu klinickej sociálnej práce v nemecky hovoriacich krajinách. Jeho aspiráciou je vytvoriť priestor pre národné a medzinárodné diskurzy ohľadom prepojenia vedy, teórie a výskumu, vzdelávania a praxe klinickej sociálnej práce. Centrum začalo od roku 2005 vydávať vlastný časopis *Klinische Sozialarbeit – Zeitschrift für Psychosoziale Praxis und Forschung*. Viaceré vysoké školy v nemecky hovoriacich krajinách začali poskytovať magisterské vzdelanie špecializované na klinickú sociálnu prácu.⁷ Z hľadiska terminológie je *Klinische Sozialarbeit* prezentovaná ako odborná činnosť sociálnej práce (v zásade v zmysle špecializácie), poradensky a terapeuticky orientovaná profesia, ktorej pole pôsobnosti leží v dvoch sektoroch – zdravotníckom aj sociálnom. Nemecké adjektívum *klinisch* je chápané v širšom význame terapeutického pôsobenia aj mimo nemocnice a lôžka chorého. Liečba je vnímaná holisticky ako bio-psycho-sociálne pôsobenie a prevencia chorôb, a to aj mimo medicínskeho systému. Wendt (2002) zdôrazňuje, že pôsobenie sociálnej práce môže byť často zdravotne významné. V prípadoch choroby alebo zdravotného postihnutia záleží na tom, ako učíme klientov s ich prejavmi a dôsledkami zaobchádzať, ako s nimi žiť a sociálne ich prekonávať. Okrem toho *klinisch* akcentuje priamy kontakt s klientmi a klientkami (*direkten Kontakt mit Klient/innen*) v sociálno-terapeutickom kontexte. Pauls (2011) uvádza, že do oblasti pôsobenia *Klinische Sozialarbeit* patrí z hľadiska metód najmä psycho-sociálne poradenstvo a sociálna terapia. Klinickí sociálni pracovníci sa spolu s ďalšími odborníkmi (psychológovia, psychoterapeuti a lekári) podieľajú na tvorbe, koncipovaní a realizácii vedeckých poznatkov a praxe sociálneho poradenstva a starostlivosti. Autorka Geißler-Piltz (2005:13) uvádza, že klinická sociálna práca sa chápe ako odborná disciplína v zdravotníctve a sociálnej starostlivosti so zameraním na úlohy psychosociálneho poradenstva, sociálnej terapie a krízovej intervencie. Podľa ECCSW (2015) má klinická sociálna práca svoje miesto v psychosociálnom poradenstve, sociálnej terapii, v oblastiach práce s deťmi, mládežou a rodinou, v oblasti komunitnej psychiatrickej starostlivosti, v nemocniciach a odborných klinikách, v poradniach pre závislých, v rôznych oblastiach rehabilitácie, práci so seniormi a v určitých oblastiach pomoci ľuďom, ktorí boli trestne stíhaní.

Slovenský Slovník sociálneho pracovníka (Strieženeč, 1996), český Slovník sociální práce (2008) ani Encyklopedie sociální práce (2013) klinickú sociálnu prácu neuvádzajú v samostatnom hesle ani v registri. V českom slovníku nájdeme výraz *přímá praxe* definovaný ako „všetky formy sociální práce, při kterých je pracovník v osobním kontakte s klientem a nadvazuje pomáhající vztah“. Na rozdiel od nej *nepřímá praxe* označuje organizácie, riadenie, plánovanie, získavanie zdrojov pre činnosť vlastnej organizácie, skúmanie priebehu a efektivity sociálnych služieb, prípadne aj vzdelávanie pracovníkov. Ten, kto nevykonáva priamu prax, sa stretáva len s poskytovateľmi starostlivosti, s pracovníkmi ďalších organizácií, s volenými politikmi, prípadne so sponzormi, nie však s klientmi (Matoušek, 2008). V Encyklopedii sociální práce nájdeme klinickú sociálnu prácu uvedenú pod heslom *případ*, ktorý spracoval Musil. Autor ju uvádza ako jednu z troch tradícií chápania *případu*. Charakteristické v rámci klinickej sociálnej práce je zameranie na osobnosť klienta a jej zmenu. „Klinickí sociální pracovníci zamerali pozornost na také faktory správania klientov, ako sú emócie, emocionálne potreby, emocionálne prispôsobovanie, nevedomie, spôsoby myslenia, hlboko zakorenené motívy správania, postoje, interpretácie skúsenosti klientom a individuálny vývoj osobnosti klienta... Tam, kde sociální pracovníci spolupracovali so psychiatrami, sa psychologizujúce poňatie práce s jednotlivcami uplatňovalo ako nástroj klinickej sociálnej práce s ľuďmi z najbližšieho okolia klienta“ (Musil in Matoušek a kol., 2008:219). Súhrnom možno konštatovať, že autor hesla sa nezaoberal klinickou sociálnou prácou z hľadiska jej historického alebo súčasného definovania a komplexného chápania, ale jednou z jej historických podôb vzhľadom na súvzťažnosť k termínu *případ* v kontexte prípadovej sociálnej práce. Prvé snahy o zavedenie špecializácie na klinickú sociálnu prácu v rámci magisterského štúdia sociálnej

⁷V Nemecku od roku 2001 Hochschule Coburg, 2003 Alice-Salomon-Hochschule Berlin, 2004 Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin, najnovšie Fachhochschule Koblenz; v Rakúsku od roku 2008 FH Campus Wien, 2010 Fachhochschule Vorarlberg; vo Švajčiarsku od roku 2009 Fachhochschule Nordwestschweiz Olten – Hochschule für Soziale Arbeit.



práce sa objavili na Slovensku v akademickom roku 2011/2012 na VŠ ZaSP sv. Alžbety v Bratislave. Podľa Oláha je úlohou klinickej sociálnej práce ústup od „administratívnej“, „remeselníckej“, „charitatívnej“ sociálnej práce ku „komunikatívnej“ a „pružnej“ v praxi, s kompetenciami v priamej sociálnej práci s klientom (Mátel, Oláh, Schavel, 2011:69). Hoci pionierske iniciatívy v tejto oblasti nakoniec nevedli do akreditovaného magisterského vzdelávania, odrazili sa v založení medzinárodného časopisu *Clinical social work* v roku 2009. Jeho hlavnými editormi sú **Peter G. Fedor-Freybergh** a **Michal Oláh**. Hoci si časopis doposiaľ buduje svoju identitu a z hľadiska obsahov príspevkov je oveľa širšie poňatý, ako implikuje titul, má potenciál byť relevantným zdrojom poznatkov v danej oblasti, vrátane prepojenia sociálnych a zdravotných tém, čo je pre rozvoj klinickej sociálnej práce veľmi dôležité. Jednou z mála slovenských publikácií, ktorá užíva označenie klinická sociálna práca, je monografia *Klinický sociálny pracovník* od autorov Mojtovej, Sedlárovej, Šrank (2013). Keďže však ide o reprintové vydanie, ktoré predtým vyšlo pod titulom *Zdravotne sociálny pracovník v praxi*, nenájdem v ňom žiadnu konceptualizáciu klinickej sociálnej práce ani jej terminologické vymedzenie. Implicitne možno predpokladať, že autori používajú oba tituly ako synonymá, čomu však nezodpovedá chápanie klinickej sociálnej práce vo svete a potvrdzuje sa len skutočnosť uvedená v úvode, že bez presnejšieho terminologického vymedzenia hrozí riziko, že jednotliví autori budú užívať toto spojenie podľa subjektívneho predporozumenia. V ostatnom období sa konceptualizácii klinickej sociálnej práce na Slovensku venuje Balogová (2012, 2014), a to najmä vzhľadom na cieľovú skupinu seniorov. Jej chápanie je ovplyvnené jednou z amerických organizácií, ktoré združujú klinických sociálnych pracovníkov, konkrétne Clinical Social Work Association. Podľa Balogovej (2012:16; 2014:16) je „ťažiskom (fokusom) klinickej sociálnej práce poskytovať liečbu⁸ duševného (mentálneho) zdravia v sociálnych a resocializačných zariadeniach, na klinikách, ako aj v súkromnej praxi... Klinická sociálna práca ako konkrétna forma priamej pomoci (služby) zahŕňa posúdenie a liečbu duševného zdravia klienta hlavne na mikro a mezo úrovni.“ Autorka zdôrazňuje, že ide o špecifický typ semiprofesie a v USA sú klinickí sociálni pracovníci uznávanými odborníkmi v starostlivosti o duševné zdravie v krajine (Balogová, 2014). Súhrnom možno konštatovať, že Balogová presadzuje užšie chápanie klinickej sociálnej práce so zameraním výhradne na poruchy duševného zdravia.

Významný sociálno-politický koncept pre potenciálny rozvoj klinickej sociálnej práce na Slovensku priniesol zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci. Podľa tohto zákona môže byť sociálna práca vykonávaná aj ako samostatná prax. Priestor sa utvoril aj na stanovenie špecializovaných odborných činností, teda „špecializácií“, ktoré budú vykonávať sociálni pracovníci s magisterským vzdelaním. Ak budeme predpokladať podobný vývoj klinickej sociálnej práce na Slovensku ako v USA a ďalších krajinách, môže táto patriť k špecializovaným odborným činnostiam a môže byť vykonávaná aj ako samostatná prax. Podľa súčasného znenia zákona sa potrebné vedomosti a zručnosti k realizácii špecializácie nadobudnú postgraduálnym absolvovaním akreditovaného špecializačného vzdelávacieho programu (teda nie v rámci magisterského štúdia). Takýto vývoj však predpokladá konsenzuálne rozpoznanie potreby takejto špecializácie v našich podmienkach, jej hlbšie teoretické konceptualizovanie, presnejšie definovanie a postupné cielavedomé uvádzanie do praxe.

⁸ Z lingvistického hľadiska je v našich podmienkach spojenie „poskytovať liečbu“ problematické. Bez hlbšieho explicitného objasnenia charakteru „liečby“ môže dôjsť k zamieňaniu rolí a kompetencií (klinických) sociálnych pracovníkov s lekármi a klinickými psychológmi. Formulácia v takomto znení môže vyvolať nevoľu zo strany uvedených disciplín. Z hľadiska klinických sociálnych pracovníkov by poskytovanie liečby (terapie) bolo možné len za predpokladu, že by všetci títo mali absolvovaný akreditovaný výcvik v psychoterapii, socioterapii alebo obdobnej terapii a tento by bol formálne akceptovateľný aj ako dostatočný kvalifikačný predpoklad na výkon liečby. Bez splnenia takýchto alebo obdobných podmienok by autor príspevku odporučil nahradiť výraz liečba v slovenskom jazyku inými primeranými výrazmi pre sociálnu prácu, napr. *intervencia*, *psychosociálna pomoc* a pod.



5. Záver

Hoci presné užívanie jazykového novotvaru *klinická sociálna práca* nemožno vopred v slovenskom jazyku vymedziť, z hľadiska odbornej lexiky ide o angloamerický termín, ktorý má v krajine pôvodu, ako aj v ďalších krajinách, kde bol prevzatý, istý význam. Napriek kultúrnym špecifikám jednotlivých krajín jestvuje minimálna spoločná terminologická zhoda, ktorá môže slúžiť ako bazálna platforma pre jeho (pracovné) definovanie. Autor príspevku na základe skúmaných poznatkov navrhuje nasledovné širšie definovanie, ktoré vyjadruje spoločnú terminologickú zhodu a zároveň rešpektuje súčasné východiská slovenskej (a do istej miery aj českej) sociálnej práce.

Klinická sociálna práca

je špecializovaná odborná činnosť sociálnej práce založená na priamej praxi klinického sociálneho pracovníka s jednotlivcom, párom, rodinou alebo malou skupinou v interakcii s ich prostredím.

Ide o psychosociálne pôsobenie klinických sociálnych pracovníkov s cieľom predchádzania, odstránenia alebo zmiernenia intrapsychických a interpersonálnych porúch sociálneho fungovania užívateľov služieb (najmä psychosociálnych dysfunkcií, duševných a emocionálnych porúch a zdravotných postihnutí) prostredníctvom špecializovaného sociálneho poradenstva, sociálnej terapie a ďalších terapeutických metód, vrátane psychoterapie, ako aj celkového posilnenia klienta. Vykonávaná môže byť v zdravotníckych zariadeniach, zariadeniach sociálnych služieb, ambulantne ako aj v súkromnej praxi.

Medzi perspektívy, kde klinická sociálna práca môže na Slovensku smerovať, môžeme zaradiť jej rozpoznanie a prijatie medzi špecializované odborné činnosti (špecializácie), ktorých vykonávanie bude predpokladať stanovenú minimálnu prax priamej práce s klientom a absolvovanie akreditovaného špecializačného vzdelávacieho programu. Jej kvalitné vykonávanie v zariadeniach zdravotnej starostlivosti, zariadeniach sociálnych služieb alebo v súkromnej praxi predpokladá utvorenie osobitých štandardov kvality a prehĺbenie praxe založenej na dôkazoch, teda skvalitnenie výskumnej činnosti v danej oblasti špecializácie a aplikovanie zistených poznatkov do priamej práce s klientom.

Použité zdroje

- BALOGOVÁ, B. 2012. Klinická sociálna práca ako koncept medzigeneračného premostenia. In: *Medzigeneračné mosty – vstupujeme do roka medzigeneračnej solidarity. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 10. októbra 2012 na FF PU*. Prešov: FF PU, 13–25.
- BALOGOVÁ, B. 2014. Vybrané otázky etiky klinického sociálneho pracovníka. *Fórum sociálnej práce*, 5(1), 11–22.
- BARKER, R. L. 2003. *The Social Work Dictionary*. 5th Ed. Washington, DC: NASW.
- BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P. 2001. *Základy klinickej psychológie*. Praha: Portál.
- BRNULA, P. 2013. *Sociálna práca. Dejiny, teórie a metódy*. Bratislava: Iris.
- BRNULA, P., KODYMOVÁ, P., MICHELOVÁ, R. 2014. *Marie Krakešová – priekopníčka teórie sociálnej práce v Československu*. Bratislava: Iris.
- DOHRMANN, W. 2011. *Wörterbuch der Sozialpädagogik und Sozialarbeit*. Berlin: Dohrmann Verlag.
- DAVIES, M. (Ed.) 2000. *The Blackwell Encyclopaedia of Social Work*. Oxford: Blackwell, 2000.
- ECCSW. 2015. *European Centre for Clinical Social Work* [online]. [14. 2. 2015]. Dostupné z: <http://eccsw.eu/about/historie.html>
- EDWARDS, R. L. (Ed.). 2004. *Encyclopedia of Social Work*. 19th Ed. Washington, DC: NASW.
- GEIßLER-PILTZ, B., MÜHLUM, A., PAULS, H. 2005. *Klinische Sozialarbeit (Uni-Taschenbücher S)*. München: Reinhardt UTB.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál.
- HARRIS, J., WHITE, V. 2013. *Oxford Dictionary of Social Work & Social Care*. Oxford: Oxford University Press.



- JAROŠOVÁ, A., BUZÁSSYOVÁ, K. 2011. *Slovník súčasného slovenského jazyka (H–L)*. Bratislava: Veda.
- KEDER, A. 1960. Ešte raz poliklinika. *Slovenská reč*, 1960, 25(6), 383–384.
- KREFT, D., MIELENZ, I. (Hrsg.). 2013. *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder, Begriffe und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*. 7. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.
- MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MÁTEL, A., OLÁH, M., SCHAVEL, M. 2011. *Vybrané kapitoly z metód sociálnej práce I*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety.
- MIZRAHI, T., DAVIS, L. R. (Eds.) 2008. *Encyclopedia of Social Work*. 20th Ed. Washington, DC: NASW Press.
- MUSIL, L. 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2008, 8(2), 60–79.
- NASW. 2014a. *Diplomate in Clinical social work (DCSW)*. Washington, DC: NASW.
- NASW. 2014b. *Qualified Clinical social worker (GCSW)*. Washington, DC: NASW.
- NASW. 2008. *Code of Ethics* [online]. Washington: NASW. [18. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.socialworkers.org/pubs/code/code.asp>
- NASW. 2005. *Standards for Clinical Social Work in Social Work Practice*. Washington, DC: NASW.
- PAULS, H. 2011. *Grundlegendes zur Klinischen Sozialarbeit* [online]. [10. 3. 2015]. Dostupné z: <http://www.klinische-sozialarbeit.de/zks/Grundlegendes.html>
- RACEK, J. et al. 1999. *Klinická biochemie*. Praha: Galén.
- REJZEK, J. 2012. *Český etymologický slovník*. 2. vyd. Voznice: Leda.
- RÍSOVÁ, E. 1989. Sémantické posuny prevzatých slov. *Kultúra slova*, 23(7), 237–243.
- STRIEŽENEC, Š. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD.
- ŠALING, S., IVANOVÁ-ŠALINGOVÁ, M., MANÍKOVÁ, Z. 1997. *Velký slovník cudzích slov*. Bratislava: Samo.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. et al. 2003. *Klinická logopedie*. Praha: Portál.
- Velký akademický slovník cizích slov*. 1999. Voznice: LEDA, elektronicky, verze 1.0.
- Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov.
- WENDT, W. R. 1995. Klinische Sozialarbeit braucht ein Profil. *Blätter der Wohlfahrtspflege*. 1995, 142(10), 256–257.
- WENDT, W. R. 2002. Praxisfelder klinischer Sozialarbeit. In: Dörr, M. (Hrsg.) *Klinische Sozialarbeit eine notwendige Kontroverse*. Hohengehren: Schneider Verlag, 39–49.



Inšpirácie pre klinickú sociálnu prácu na Slovensku – prítomnosť a budúcnosť v 21. storočí¹

Inspiration for Clinical Social Work in Slovakia – Present and Future in the 21st Century

Beáta Balogová, Lenka Kvašňáková, Lívia Pížová

Prof. PhDr. Beáta Balogová, Ph.D.,² pôsobí ako riaditeľka Inštitútu edukológie a sociálnej práce Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove, je riaditeľkou Centra pre edukáciu a výskum seniorov a predsedníčkou Asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci na Slovensku.

Mgr. Lenka Kvašňáková, Ph.D.,³ vyštudovala sociálnu prácu na Filozofickej fakulte Prešovskej univerzity, kde v súčasnosti pôsobí ako odborná asistentka na Inštitúte edukológie a sociálnej práce a tajomníčka Centra pre edukáciu a výskum seniorov.

Mgr. Lívia Pížová⁴ v roku 2014 ukončila magisterský program v odbore Sociálna práca na Inštitúte edukológie a sociálnej práce (IEaSP) Filozofickej fakulty Prešovskej univerzity v Prešove. V súčasnosti je internou doktorandkou na IEaSP a členkou Asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci na Slovensku.

Abstrakt

Ambíciou autoriek explorovaného príspevku je ponúknuť hlbší pohľad na možný vývoj klinickej sociálnej práce v podmienkach Slovenska na pozadí anglosaskej praxe (konkrétnejšie USA). Zameriavajú svoju pozornosť smerom k výskumu klinickej sociálnej práce v 21. storočí cez prizmu krátkej historickej reflexie s dôrazom na jej súčasný a budúci vývoj. Autorky v svojej teoreticko-metodologickej platforme pracujú v spoločenskej pozícii hypermodernej doby (Lipovetsky, 2013) s podmienkou reflektovania sociálnej reality vo vzťahu ku klinickému klientovi.

¹ Príspevok vznikol ako výstup z riešenia Projektu VEGA MŠVVaŠ SR č. 1/0146/14 s názvom *Teoretické a metodologické kontexty socioterapie ako novoobjavenej metódy sociálnej práce*.

² Kontakt: Prof. PhDr. Beáta Balogová, Ph.D., Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č. 1, 080 01 Prešov, Slovenská republika; beata.balogova@ff.unipo.sk.

³ Kontakt: Mgr. Lenka Kvašňáková, Ph.D., Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č. 1, 080 01 Prešov, Slovenská republika; lenka.kvasnakova@unipo.sk.

⁴ Kontakt: Mgr. Lívia Pížová, Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, Ul. 17. novembra č. 1, 080 01 Prešov, Slovenská republika; pizovalivia@centrum.sk.



Kľúčové slová

klinická sociálna práca, riadená starostlivosť, prípadový manažment, prax založená na dôkazoch, trendy

Abstract

The author's ambition of the explored article is to penetrate the view of clinical social work development in Slovakia on the background of Anglo-Saxon practice (more specifically in USA). Their attention is focused towards clinical social work research in the 21st century, through the lens of a short historical reflection with an emphasis on current and future development. The authors, in their theoretical and methodological platform, work in societal positions of hypermodern time (Lipovetsky, 2013) with the requirement of social reality reflection in relation to the clinical client.

Keywords

clinical social work, managed care, case management, evidence based practice, trends

1. Hypermoderná doba – realita v 21. storočí

Súčasná dynamika spoločenského vývoja, rozvoj vedy a techniky kladie zvýšené nároky na porozumenie svetu a miestu človeka v ňom. Zvláštnu oblasť problémov súčasného človeka i spoločnosti tvoria problémy dotýkajúce sa morálneho hodnotenia sociálneho správania. Humanistický základ morálky – bytie pre iných – sa stáva nielen praktickým, ale aj teoretickým problémom, ktorý rôznymi podobami vplyva na sociálne procesy, pretože prevažujúce spôsoby personalizácie sprevádzajú socializáciu a ponúkajú nové hodnoty, tie sú spojené s odmietaním tradičných hodnôt, či s ich premenou. A ako akcentuje Lipovetsky (2013:21), v prípade prechodu moderny smerom k postmoderne ide o prechod spojený s únikom zo sveta pravidiel. Prechod od moderny k hypermoderne so sebou prináša prechod od pôžitku k úzkosti, strate zmyslu života a komplexnej prítomnosti, prechod k všemoci spotreby... Autor v svojich prvotných pohľadoch prispieva k interpretácii moderny tým, že kladie základy individualistickej paradigmy. Odvtedy neprestáva skúmať súčasného jedinca zo všetkých možných uhlov pohľadu: doteraz nevidaná nadvláda módy, premena etiky, ale taktiež nové roly oboch pohlaví, vzostup prepychu a premeny konzumnej spoločnosti. Lipovetsky nepristupuje k moderne ako ku prozreteľnosti, či katastrofe, ako nadvláde čistého rozumu, ktorá sa nezaujíma o ciele, ale len o samotné prostriedky. Podľa neho druhá moderná revolúcia – teda hypermoderna – nie je synonymom pre zánik všetkých cieľov ani nepredstavuje konečné víťazstvo materializmu a cynizmu. Sme naopak svedkami návratu niektorých tradičných hodnôt a spôsobov myslenia: záľuby v združovaní, dobrovoľníctve, morálnom pohoršení, dôležitosti lásky. Nielenže všetky pretrvávajú ďalej, ale dokonca sa v prípade potreby prehlbujú a dodávajú individualizmu rozmer ľudskosti. V jeho kritickom pohľade možno badať, že prítomnosť v sebe zahŕňa a ďalej bude zahŕňať celý rad paradoxov, a to tak pre aktérov, ako aj interpretov. Aj keď je hyperkonzumná spoločnosť zlučiteľná s humanistickými hodnotami, rozhodne to neznamena, že je univerzálnym liekom pre šťastie ľudstva. Čím sú prísľuby a nároky na jedincov hypermodernej doby nejasnejšie a masovejšie, tým je on sám nezávislejší než kedykoľvek predtým. Sloboda, pohodlie, kvalita a dĺžka života nezmierňujú tragický rozmer ľudskej existencie. Naopak robia ho ešte krutejším. Tu sa naskytá otázka, kto a v akom rozsahu má zasiahnuť do života zlyhávajúceho jedinca. Je to rodina, priatelia, je to aj otázka profesionality a profesionálnej pomoci. A práve v tejto súvislosti sa domnievame, že významnú úlohu tu môže a má zohrávať sociálna práca ako profesionálna forma pomoci.

Ak je jednou z ambícií sociálnej práce zachytiť reflexívne životné zvládanie náročných situácií v rámci prirodzeného sveta klienta, potom je nevyhnutné definovanie reality – sociálnej reality v jej, vyjadrené slovami F. Novosada (2014:8), intertextuálnej línii. Doplnenej o inšpirácie mysliteľov minulosti i súčasnosti. Autor vymedzuje, že „realitou“ je pre nás v prvom rade to, čo nám kladie odpor. Týmto smerom ukazujú aj naše každodenné rozpravy, dodávajúc, že aj každodenné správanie



a konanie nášho klienta či klientky. Naše povedomie reality sa tak vytvára v „nárazoch“ našich vôľových intencií na odpor. O realite hovoríme len vtedy, keď pri realizácii svojich zámerov narážame na prekážky. Na povedomie reality, ktoré sa vytvára na rovine „stretu“ vôle a „vecí o sebe“, nadväzuje aj proces vnímania a myslenia. Vnímanie konkrétnych udalostí, vecí a osôb prebieha na pozadí istých anticipácií v procese vnímania s masívnosťou a začlenením do konkrétnych súvislostí. Anticipácie, na základe ktorých vecí vnímame, zobrazujú prítomnosť, ale zároveň obsahujú v sebe isté kritéria „realnosti“, istú predstavu toho, čo je možné a čo nie. Avšak častokrát žijeme viac svojimi predstavami ako zmyslom pre fakty. Zmysel pre realitu je niečím, čo namáhavo získavame, čo je výsledkom disciplíny, intelektuálneho tréningu, neustálej sebakontroly. Až syntéza vnemov a predstavivosti pre nás vytvára „realitu“. Človek sa tak orientuje v realite prostredníctvom predstáv, ideí, teda výtvorov mysle. Významnou súčasťou našich ideí sú štandardy realnosti. Tie sú však vždy historicky dané a kultúrne viazané, avšak možno ich identifikovať až *ex post*, vtedy, keď stratili platnosť, keď sa riadime už inými štandardami. Odpoveďou na otázku, ako vlastne prebieha naše vnímanie spoločenského sveta, je to, že si uvedomíme platnosť, že matéria života je vždy interpretovaná, žijeme vždy v inej predstave sveta. Domýšľania fungujú nielen v podobe anticipácií a idealizácií, ale aj v podobe konštruovania príbehov. Spoločenskú a dejinnú skutočnosť vždy vnímame prostredníctvom príbehu a príbehov. Prostredníctvom príbehov sa začleňujem do spoločenstva. Socializujeme sa do istého príbehu, preberáme sebainterpretácie prostredia, v ktorom vyrastáme. Preberáme ich aj vtedy, keď sa voči nim búrime a odmietame ich. Tento príbeh odmietania a akceptovania nemusí byť explicitný. To, čo sa nám prihodí, vždy dopĺňame, domýšľame a korigujeme. Niektoré systémy eliminujeme, lebo nevedú k úspešnejšiemu konaniu, prípadne sa dostanú do rozporu s inými, ktoré sa už osvedčili. Náš obraz skutočnosti je potom udržiavaný vyvažovaním sa koherencie a referencie. Častokrát niet jasnej hranice medzi skutočnými a vymyslenými príbehmi. Hypermoderná spoločnosť nazerá na skutočnosť z hľadiska jej „pretvoriteľnosti“, teda z hľadiska toho, čo sa z „daného“ dá urobiť. „Dané“ je teda definované vo vzťahu k vytvorenému. Vytvorené je „mierou bytia“. Možnosti sú však dvojaké: na jednej strane „reálne možnosti“ a na druhej strane „imaginárne možnosti“. Hranica medzi reálnymi a imaginárnymi možnosťami je neurčitá a každá dejinná iniciatíva ju musí identifikovať stále znovu. Ľudia v každej dobe istým spôsobom projektujú sami seba, ale istým spôsobom aj snívajú, fantazirujú. Veľké náboženské a politické hnutia dokázali ovládnuť predstavivosť početných mäs, dokázali „zospoločniť“ predstavivosť a zmeniť naše koncepcie „reálneho“. Pohyb smerom k pozitívnej zmene v klinickej sociálnej práci je hlavným cieľom tohto príspevku. Klinická sociálna práca bola *Federáciou klinických sociálnych pracovníkov (Clinical Social Work Federation, 1997)* definovaná ako obstaranie alebo zabezpečenie služieb týkajúcich sa duševného zdravia, pre diagnostiku, liečbu a prevenciu duševných porúch, emocionálnych porúch a porúch správania u jednotlivcov, rodín a skupín. Ťažiskom klinickej sociálnej práce je poskytovať liečbu duševného (mentálneho) zdravia v sociálnych a resocializačných zariadeniach, na klinikách ako aj v súkromnej praxi. Klinická sociálna práca vychádza zo širších klinických aktivít realizovaných v praxi: so psychoterapiou na jednom konci kontinua a na druhej strane so socioterapiou zameranou na presadzovanie záujmov klinického klienta (Swenson, 2002). V praxi to teda znamená, že aj keď zariadenie nemá vo svojom výkone poskytovanie priamych sociálnych služieb na ochranu duševného (mentálneho) zdravia, klinickí sociálni pracovníci, ktorí majú licenciu (v našich podmienkach akreditáciu), majú tieto služby podľa potreby klientom poskytovať v rámci iných primárnych služieb. Klinická sociálna práca ako konkrétne forma priamej pomoci (služby) zahŕňa posúdenie a liečbu duševného zdravia klienta, hlavne na mikro a mezo úrovni⁵.

⁵ V tejto súvislosti je potrebné zdôrazniť, že prevzatú definíciu klinickej sociálnej práce zadanú Americkou asociáciou klinických sociálnych pracovníkov ponúkame v našich podmienkach ako námet k diskusii, keďže tento špecifický typ semiprofesie nie je ani kompetenčne, ani zákonne ukotvený. Obdobne ako ho v českých podmienkach ponúka K. Vaculíková (2013) v príspevku Profese sociálneho pracovníka ve Spojených státech amerických.



2. Trendy klinickej sociálnej práce v USA a výzvy pre výskum

2.1 Imaginácia verzus realita výskumu klinickej sociálnej práce (nielen v USA)

Ak toto vnímanie pretavíme do problematiky klinickej sociálnej práce, potom pochopíme správanie klinického klienta, klientky v reflexívite reality, ale aj správanie klinického sociálneho pracovníka/čky (tak v teoretickej, ako aj praktickej línii). Reflexiu dobových a kultúrnych konceptov etablácie klinickej sociálnej práce v kontextoch sociálnej práce sme už popísali v iných príspevkoch (Balogová, 2012, 2014). Teraz sa pokúsime o imagináciu príbehu pionierok a pionierov sociálnej práce tak, že si predstavíme diskusiu v ich „klinickom nebi“. Čo by povedali dnešnému klinickému sociálnemu pracovníkovi/čke z pohľadu *ex post*, aká je klinická sociálna práca a aká by mala byť. Toto miniscénické predstavenie je príbehom doby, výpoveďou o stave a perspektívach klinickej sociálnej práce. Predstavme si nasledujúci príbeh.

Na spoločnej večeri sa stretli Mary E. Richmond, Florence Hollis, Scott Briar, Walter W. Hudson a vyjadrovali sa k súčasnému stavu sociálnej práce, predpovedali vývoj výskumu klinickej sociálnej práce do roku 2050 (Austin, Roberts, 2002). Hovoria o tom, čo vidia „z neba“, keď sa pozerajú na súčasnú spoločnosť.

Mary E. Richmond⁶ by pravdepodobne povedala: „Príliš mnoho sociálnych pracovníkov sa kontinuálne sťažuje a šomre na to, aká hrozná je ich práca v rámci riadenej starostlivosti. Za našich čias sme sa nemali čas sťažovať. Boli sme tak zaneprázdnení zmenou sveta, ale hlavne poskytovaním charity pre chudobných, aktivitami pre deti a mládež v chudobných štvrtiach a posilňovaním rodín, že sme si neuvedomili fakt, že chudoba stúpa a vývoj sa nepohol vpred. Znamená to, že sme nezmenili toľko „sveta“, koľko sme dúfali. Zároveň pozorujem niektorých sociálnych pracovníkov vynakladajúcich energiu na získavanie inovatívnej skúsenosti z praxe. Hlavne z praxe s rodinnými skupinami a skupinami zameranými na rozvoj sociálnych zručností vo vzťahu k osobám s duševnými problémami. Zvyšujúce využívanie individuálne stanovených cieľov terapie a liečebných plánov. Toto pozorovanie krok za krokom je skutočne veľmi vzrušujúce. Je čas, aby všetci sociálni pracovníci praktizovali vedecké metódy a aplikovali (pre všetkých klientov) do praxe *prístup založený na silných stránkach (strenghts-based perspective)*.“

Florence Hollis⁷ by asi začala takto: „Pamätáte si premisu medzi psychosociálnou prípadovou prácou a *hope-discomfort theory* (teóriou nádeje a nepohodlia). Áno – prípadová sociálna práca, psychiatria, psychológia, sociológia, to všetko je obsiahnuté pri výkone prípadovej sociálnej práce v teréne. Nastal čas, aby sa história zopakovala a budovala na našej múdrosti získanej z praxe už dávno. Predpokladám, že každý garant povzbudzuje všetkých vysokoškolských učiteľov, aby pridelovali študentom na čítanie výskumné časti z mojej *Psychosociálnej prípadovej práce (Casework: A Psychosocial Therapy, 1964)*, alebo ešte lepšie časti z nových štúdií (napr. Rapp, 2002; Moxely, 2002; Sullivan, 2002; Cowger, Snively, 2002). Títo sociálni pracovníci budovali na mojej teórii, až kým to nezmenili na *model resiliencie*. A kam to pôjde najbližších 50 rokov? Domnievam sa, že k solídnejmu zázemiu v evaluácii prípadov a kontrolných „štúdií“, ktoré budú pomáhať determinovať skúmané otázky: výskum musí determinovať klientovu odpoveď na procedúry prípadovej sociálnej práce. Verím vo využívanie odborných konsenzov spolu so štandardizovanými postupmi smerujúcimi k sledovaniu toho, aké špecifické ciele sú teoreticky dosiahnuteľné ako výsledky prípadovej sociálnej práce. Nezmyselné hašterenie medzi kvantitatívnymi a kvalitatívnymi stratégiami bude naďalej

⁶ Mary Ellen Richmond (1861–1928) formulovala prvú komplexnú prácu o princípoch priamej sociálnej práce. Konštruovala východiská pre vedecký rozvoj profesionálnej sociálnej práce. Ako prvá systematicky spracovala obsah a metodiku diagnostiky v sociálnej práci (dielo *Social Diagnosis*, 1917).

⁷ Florence Hollis (1907–1987) – vzdelávateľka, výskumníčka, praktička. Najväčší prínos vo vytvorení typológie procedúr prípadovej práce ako základu pre výskum komunikácie medzi klientom a sociálnym pracovníkom a procesu prípadovej práce.



slabnúť a bude vyznievať ako zbytočné táranie. Budúcnosť výskumu sociálnej práce má prísľub v tom, že bude prebiehať v súlade s tým, ako si zvolíme výskumné metódy založené na otázkach, ktoré nás zaujímajú viac ako prísnosť metodológie samotnej.“

Scott Briar⁸ by mohol odpovedať: „Súhlasím s tebou, Florence. Musí to mať však niečo spoločné s našim vzájomným vzdelávaním v analyticky orientovanej prípadovej práci. Napriek tomu blahoželám, je to dobrá práca! Pôvodne som dúfal, že budeme mať sociálnych pracovníkov pripravených evaluovať ich prax kvalitnými metódami. Niektoré metódy by boli vnímané ako empirické procedúry, iné ako evaluačné prípadové procedúry (napr. prípadové konferencie). Vidieť však dnešný pokrok a to ma hreje pri srdci. Dosiahli sme bod, kedy typický praktik nielenže využíva výskum vo vybraných najúčinnnejších intervenciách, ale taktiež aktívne prispieva k poznaniu toho, čo funguje, vrátane individuálnych systémových výskumov – *single-system research* a kontrolných štúdií. Už len aby *Národný inštitút pre duševné zdravie* (NIMH) bol prezieravý a pokračoval v zakladaní výskumných centier sociálnej práce.“

Walter W. Hudson⁹ by mohol doplniť: „Budeme na špici, keď výskumné centrá budú pokračovať v nastúpenej línii. Urobili sme významný pokrok od niekoľkých doktorandských programov v roku 1960 až k počtu 50 v súčasnosti. Významná sila mladých a talentovaných študentov, dobre trénovaných vo výskume, sľubuje mnoho pre najbližších 50 rokov. Mnoho progresu môžeme vidieť vo výskumne zameraných oblastiach s priamym výsledkom pokroku v meraní. Meranie vždy predpovedá rozvoj disciplíny. Nemôžeme zmeniť problém, ak ho nemôžeme merať. Som si istý, že ďalších 50 rokov bude v tomto smere produktívnych. Želám si, aby Hudsonova škála bola stále používaná...“

2.2. Trendy klinickej sociálnej práce v USA

Štatistiky prinášajú fakt, že odhadom okolo 40 % zo 400 000 pomáhajúcich profesionálov pracujúcich v oblasti duševného zdravia v USA sú sociálni pracovníci/čky, teda každý piaty pracovník/čka (NASW, 2001). Z tohto počtu až 70 % členov NASW v rámci uvádzaného výskumu odpovedalo, že sú zapojení do priamej klinickej praxe. Na základe tejto skutočnosti v prvej štvrtine 21. storočia autori Austin a Roberts (2002) predpovedajú expanziu profesionálnych príležitostí pre klinických sociálnych pracovníkov/čky v rámci množstva inštitúcií a praxe. Primárne nastavenie praxe, v rámci ktorej sú klinickí sociálni pracovníci/čky zamestnaní, sú: oblasť duševného zdravia, služieb pre deti a rodinu, a rozrastajúca sa oblasť domáceho násillia a zneužívania návykových látok. Až 39 % NASW respondentov odpovedalo, že oblasť duševného zdravia bola ich primárnou oblasťou v praxi. 71 % respondentov označilo možnosť, že sa aspoň raz stretli počas skúmaného roku s užívaním drog. Sociálni pracovníci/čky sa tak môžu stať odborníkmi/čkami s najdlhšou praxou v terapii drogových závislostí, tak ako v oblasti duševného zdravia. Nakoľko financovanie týchto programov sa zvyšuje s cieľom zabezpečiť alternatívy vo vzťahu k rozsiahlemu väzneniu nenásilných užívateľov drog. Vzhľadom k rozšíreniu praktickej a výskumnej bázy sociálnych pracovníkov/čok autori Austin a Roberts (2002) za dva súčasné trendy považujú: **kultúrnu senzitivitu a technológiu.**

Pre trh služieb klinickej sociálnej práce budú mať hlavné konzekvencie demografické posuny. Administratíva taktiež bude reflektovať kultúrne charakteristiky a diverzitu. Viac stretov klinickej sociálnej práce medzi praktikmi a užívateľmi služieb sociálnej práce bude zahŕňať určitý stupeň kultúrnej diverzity. Kultúrna senzitivita v konaní s individuálnymi užívateľmi služieb a taktiež v jednaní s administratívnym personálom v rámci organizácií služieb – to bude hlavná požiadavka

⁸ Scott Briar (1926–1998) praktik, výskumník, vysokoškolský profesor. Pričinil sa o rozvoj praxe založenej na dôkazoch a pomáhal tvarovať modernú prípadovú prácu.

⁹ Walter W. Hudson (1934–1999) bol vedúcou osobnosťou „measurement theory“, rozvíjania a testovania diagnostických a evaluačných nástrojov, aplikovanej štatistiky, metodológie zameranej na prax založenú na dôkazoch a počítačových aplikáciách pre verejnú službu.



pre prax sociálnej práce založenej na dôkazoch¹⁰. Azda najviac budú žiadaní praktici s viacjazyčnými zručnosťami. Taktiež bude sociálna práca čeliť tlaku na profesionálne vzdelávanie pre jednotlivcov z etnicky odlišného prostredia. Avšak školy sociálnej práce budú tiež potrebovať poskytnúť prístup k pokrokovým špecializovaným tréningom a výcvikom, vrátane doktorandského štúdia, pre potreby pokrokovej a na dôkazoch založenej klinickej a komunitnej praxe.

Z pohľadu rapidne sa rozvíjajúcej technológie za posledné obdobie od roku 1990 autori Austin a Roberts (2002) predpovedajú zvýšené využívanie *geografického informačného systému* (GIS) v 21. storočí. Ide o typ počítačového manažérskeho nástroja pre snímanie, ukladanie, analýzu, zobrazovanie a integráciu priestorových a nepriestorových informácií. GIS softvér umožňuje sociálnej práci a inštitúciám duševného zdravia produkovať zmysluplné mapy, ktoré vizuálne ilustrujú demografické charakteristiky komunity slúžiace pre príslušnú inštitúciu, posúdenie frekvencie využívania služieb vo vybraných susedstvách, predpoveď potreby určitej služby a mapovanie prúdu klientov putujúcich medzi inštitúciami, plánovanie trasy a dosahu rozhodnutí pre zamestnanie sociálneho pracovníka inštitúciami. Taktiež predovšetkým facilitovanie fundraisingového úsilia zhromažďovaním evidencie pre potreby ďalších zdrojov. Ďalej GIS poskytuje kriticky potrebný *výskumný nástroj*, môžu ho výskumníci využívať pre plánovanie v sociálnej práci. Sčítaním jednotiek a celého bloku dát poskytujú novo vytvorené analytické jednotky – vrátane školských oblastí, susedstiev – marginalizovaných oblastí, odpovede na výskumné otázky, čím sa posilní poskytovanie sociálnych a zdravotných služieb pre oblasť duševného zdravia. Austin a Roberts (2002) zdôrazňujú čoraz viac silnejší *význam internetu* pri zdieľaní výskumných výsledkov, liečebných protokolov – kazuistik, a finančne výhodných liečebných plánov pre klinikov a kliničky. Súčasne aj praktici začínajú hľadať online liečebné manuály pre špecifické poruchy, zároveň vyhľadávajú vydavateľstvá peer-reviewed časopisov, abstrakty o aktuálne skúmaných otázkach, s príležitosťami na zakúpenie jednotlivých vydaní. *Oxford University Press* je jedným z hlavných vydavateľov, ktorý ukazuje cestu s najnovšími metódami diseminovanými skrz špičkové výskumné výstupy. Významný časopis *Oxford's Brief Treatment and Crisis Intervention Journal* je toho príkladom.

2.3 Inšpirujúce výzvy pre prax v oblasti sociálnej práce a duševného zdravia z USA

V tomto kontexte je dôležité akcentovať ekonomické zmeny a fiškálne tlaky na riadenú starostlivosť. Konkrétnejšie v USA koncepty riadenej starostlivosti prijaté verejnou správou vzrástli z 2 % v roku 1982 na 61 % v roku 1999. Napriek prijatiu zákonov o duševnom zdraví (*parity law*) pretrvávajú obavy, že ide o obmedzenie prístupu k starostlivosti o duševné zdravie niektorým organizáciám riadenej starostlivosti (Austin, Roberts, 2002). Profesionálna prax v oblasti duševného zdravia bude silne ovplyvnená *privatizáciou služieb a zvýšením štátom dotovaných systémov starostlivosti na komunitnom stupni*. Možno predpovedať *zvýšenie partnerstiev* komunity a škôl, smerovaním ku kontinuálnosti služieb duševného zdravia s ambulantnými klinikami, následne so školami sociálnej práce a tvorcami verejnej politiky v oblasti klinickej sociálnej práce (Austin, Roberts, 2002). Klinickí sociálni pracovníci/čky budú poskytovať služby duševného zdravia pre jednotlivcov a rodiny ako zamestnanci *Organizácie udržiavajúcej zdravie* (*Health maintenance organization*), profesionálnych korporácií, prostredníctvom profesionálnych služieb pre jednotlivcov (cez kontrakty), ďalej cez neziskové a ziskové špecializované zariadenia klinických sociálnych služieb. Bude sa zvyšovať rozhranie medzi časovo obmedzenou terapiou a novými formami medikácie používanej v rámci služieb klinickej sociálnej práce a služieb pre závislých. Teda klinickí sociálni pracovníci/čky budú musieť vedieť viac o biologických a etiologických faktoroch duševných chorôb a závislostí, takisto aj medikáciu a jej účinky (aj vedľajšie). Poznanie rozhrania medzi správaním,

¹⁰ Prax založená na dôkazoch (evidence-based practice) – proces, v rámci ktorého pracovník/čka kombinuje výskumne overené intervencie s klinickými skúsenosťami, etickými zásadami a princípmi, preferenciami klienta/ky a kultúrnymi špecifikami s cieľom sprostredkovať adekvátnu pomoc klientovi/ke.



poznávaním, emóciami boli a sú ovplyvňované fyziológiou a fungovaním mozgu. Táto prax bude vyžadovať zvýšenú kooperáciu medzi klinickým sociálnym pracovníkom/čkou a lekárom/kou (behaviorálna sociálna práca, kognitívno-behaviorálna terapia).

Finančné zdroje budú klásť dôraz na časovo obmedzenú krízovú intervenciu, na kognitívne funkcie a na liečebné metódy zamerané na riešenie. Austin a Roberts (2002) predpokladajú zvýšené využívanie epizodickej liečby v rámci pokračovania modelu starostlivosti. Pomáhajúci profesionáli/ky v oblasti klinických služieb budú lepšie pripravení, aby reagovali rýchlo na osoby zažívajúce akútne stres alebo akútnu krízu (založené na posúdení prostredníctvom nástroja RAI – *rapid assessment instrument* a multidimenzionálnych krízových posudzovacích škál). Alternatívne situácie definované ako dlhodobé alebo chronické budú stále viac redefinované ako vyžadujúce služby prípadového manažmentu s dôrazom na mobilizáciu podporných/rehabilitačných služieb v spojení s medikálnou liečbou, skôr než služby dlhodobej hospitalizácie.

Slubnou oblasťou je zvýšenie zdravotníckych sociálnych pracovníkov/čiek v rámci oblasti manažovania zdrojov starostlivosti o pacienta. V USA sa zvyšuje číslo sociálnych pracovníkov/čok v nemocničných, gerontologických a domácich podmienkach, kde fungujú ako *manažéri/ky zdrojov starostlivosti pre pacienta (PCRM – patient-care resource manager)*, napr. sociálny pracovník/čka zamestnaní ako PCRM poskytujúci hodnotnú starostlivosť zabezpečením domácej zdravotnej starostlivosti, rovnako ako tranzit pacientov z nemocnice po prepustení do domáceho prostredia. Podľa Austina a Roberta (2002) bude klesať zamestnávanie sociálnych pracovníkov/čok na plný úväzok vo všeobecných nemocniciach, keďže doba liečenia a počet lôžok sa redukuje. Tzn. že klienti/ky budú dostávať starostlivosť ambulantne. Zároveň je kriticky významné, aby sociálni pracovníci/čky a zdravotné sestry kooperovali v najlepšom záujme pacienta, aby uľahčili kontinuum trvalej a komplexnej starostlivosti a dodávku sociálnych služieb. Nemocnice budú využívať ako subdodávku kontrarkty s externými profesionálmi/kami alebo si zriadiť svoje skupiny „terénnych“ profesionálov. Tieto skupiny by mali zahŕňať množstvo špecialistov vrátane klinických sociálnych pracovníkov a zdravotných pracovníkov, hlavne zdravotné sestry. Neziskové a ďalšie organizácie zamestnávajúce oboch, tak klinických sociálnych pracovníkov, ako aj zdravotné sestry, budú zabezpečovať prepúšťanie pacientov, realizovať rehabilitačné služby s dôrazom na plánovanie s členmi rodiny pre udržanie jednotlivca v komunite ako alternatívu k umiestneniu v zariadení. Ako príklad možno uviesť fakt, že tento vývoj podnietil vznik trhu pre manažerov profesionálnej geriatrickej starostlivosti (Austin, Roberts, 2002). Obdobne dôjde k zmenám v praxi sociálnej práce s deťmi a rodinami. Klinická prax s deťmi a ich rodinami bude poskytovaná cez programy služieb v škole, cez rodinné služby a prostredníctvom „*faith-based agencies*“. Tieto inštitúcie boli medzi najväčšími poskytovateľmi služieb pre rodiny s deťmi, vrátane rodinného poradenstva a mládežníckych programov, mentoring programov, programov pre ľudí bez domova a potravinové banky, rezidenčné programy pre problémovú mládež a duševne chorých, chránené bývanie, odstraňovanie hromadných nešťastí, seniorské centrá, utečenecké tábory, bývanie pre mladých dospelých. Starostlivosť o blaho detí (*child welfare*) bude aj naďalej realizovaná cez súkromný a dobrovoľnícky sektor. Organizácie špecializované na náhradnú starostlivosť, adopciu či podporné služby pre biologických rodičov budú poskytovať služby pre tie deti, ktoré sú ohrozené zneužívaním alebo zanedbávaním. Mnoho z týchto organizácií poskytujú služby v oblasti duševného zdravia.

Tieto trendy korešpondujú s aktuálne prebiehajúcimi zmenami v dlhodobej starostlivosti na Slovensku. Ide o zmeny smerujúce k deinštitucionalizácii poskytovania starostlivosti so zameraním na rozvoj komunitnej starostlivosti.

Ďalšiu oblasť pôsobenia predstavuje aj juvenilná justícia. Každoročne je niekoľko miliónov adolescentov zapletených do kriminálnych alebo delikventných aktivít. Niektoré výskumy dokazujú, že viaceré programy pre juvenilných páchatelov sú efektívne v rámci rehabilitácie a redukcie recidivity (Roberts, 1998 in Austin, Roberts, 2002). Slubnými sú nasledujúce programy: rezidenčné liečenie závislostí, terapeutické komunity pre závislých, multisystemická terapia, sanácia rodiny, tréning zvládania agresivity, štruktúrované vzdelávanie, reštitúcia, restoratívna justícia a mediačné



programy a komplexné programy pre starostlivosť po prepustení. Možno predpokladať expandovanie rozdielov medzi juvenilnou nápravou a službami juvenilného duševného zdravia. Multisystemické rodinné liečenie je pokladané za efektívne redukovanie recidivity medzi juvenilnými páchatelmi (Austin, Roberts, 2002). Ďalej možno predpokladať pokračujúci rozvoj a expanziu alternatívnych komunitných služieb, napr. v podmienkach školy prostredníctvom probačných a mediačných pracovníkov, alebo školských sociálnych pracovníkov/čok.

2.4 Výzvy pre výskum klinickej sociálnej práce

Výzvy je možné vidieť v oblasti praktickej zodpovednosti, smerníc praxe a dobrej praxe a v budovaní výskumnej infraštruktúry. V oblasti praktickej zodpovednosti sa stále viac stretávame s faktom, že z rôznych strán prichádza *požiadavka dôkazov efektívnosti špecifických intervenčných služieb*. Taktiež tu bude kladený dôraz na zodpovednosť profesionálov za kvalitu výstupov služby. Tieto tlaky budú obzvlášť intenzívne v rámci programov riadenej starostlivosti v oblasti duševného zdravia a závislosti. Užívateľia služieb sa budú stále viac pýtať na efektívnosť zvláštnych, nových liečebných metód (Gambrill, 2001 in Austin, Roberts, 2002). Taktiež tu bude významnou diskusia pomáhajúcich profesií, pokiaľ ide o etiku vyžadujúcu poskytovanie informácií užívateľom služieb o potenciálnych benefitoch a rizikách nových foriem liečby.

Významnou bude aj oblasť smerníc praxe a oblasti dobrej praxe. Bude kladená pozornosť na aplikáciu modelu klinického výskumu a vo farmaceutickom výskume na iné typy opatrení (Austin, Roberts, 2002). Tak, ako klinický výskum bude vyžadovať *kolaboratívne multidisciplinárne výskumné dizajny a zvýšenie kolaborácie medzi školami sociálnej práce a klinickou praxou*, tak aj klinický výskum bude vyžadovať jasnejšie vymedzenie charakteristických prvkov praxe sociálnej práce, napríklad aplikácie konceptuálneho rámca osoba-v-prostredí (*person-in-environment*) do klinickej praxe. Toto je reflektované v rámci iniciatívy podporovanej *Substance Abuse and Mental Health Services Administration* na rozvíjanie smerníc praxe behaviorálneho zdravia. Bude zvýšený záujem profesionálnych vzdelávacích programov a profesionálnych asociácií v sociálnej práci o proces prinášajúci *relevantný výskum „dobrej praxe“* zameraný na súčasných klinických praktikov, ako aj na zhrnutie týchto informácií v rámci základného profesionálneho kurikula (prax založenú na dôkazoch).

V budovaní výskumnej infraštruktúry bude pokračujúci rozvoj národných programov výskumu klinickej sociálnej práce a diseminácie výsledkov výskumu vyžadovať výraznú finančnú podporu. Začiatok tejto podpory možno vidieť v založení ôsmich *Národných inštitútov duševného zdravia* (NIMH) *Vývojového výskumného centra sociálnej práce* v 90-tych rokoch. *Národný inštitút pre drogovú závislosť* v roku 2000 inicioval podobný program pre nový výskumný program sociálnej práce. Programy *Národného inštitútu zdravia* (NIH) sú zamerané na liečebné modely pre jednotlivcov alebo rodiny, ktoré sú relevantné pre prax klinickej sociálnej práce. V budúcnosti bude výskum pod týmito dvoma iniciatívami očakávaný a bude konkurovať ďalším existujúcim univerzitným výskumným centrom, ktoré sa venujú témam duševného zdravia a závislosti. Sedem národných asociácií sociálnej práce, vrátane *NASW, Council on Social Work Education* (CSWE) a *Society for Social Work and Research* (SSWR), iniciovali legislatívny návrh pre založenie *National Center for Social Work Research* (centrum bolo zriadené 22. januára 2001 v rámci *National Institutes of Health*).

2.5 Profesionálny klinický pracovník/čka budúcnosti

Kontext, v ktorom sa sociálna práca praktizuje, sa značne zmenil a bude pokračovať v zmenách aj v najbližších rokoch. Aby prežila a prosperovala v tomto praktickom kontexte, praktikom a praktičkám klinickej sociálnej práce autori Austin a Roberts (2002) radia založiť *osobný plán kariéry* skôr ako predpokladať dlhodobé zamestnanie. Plán kariéry by mal obsahovať rôznorodý mix zamestnaní v niekoľkých rôznych neziskových i ziskových organizáciách, v rámci nezávislej a skupinovej privátnej praxe, tzv. *„kontraktovej praxe“*. V takom pláne by mal byť sieťovo prepojený s ďalšími



praktikmi sociálnej práce a participovať v profesionálnych asociáciách, čím sa zvyšuje významnosť výkonu. Kolektívna akcia s dôrazom na presadzovanie a obhajovanie profesionálnej integrity bude významnejšia ako hľadanie finančných zdrojov pre potreby definovania a kontroly obsahu profesionálnej praxe (Austin, Roberts, 2002). Kritické etické otázky zahŕňajúce *konflikty medzi organizačnými záujmami a záujmami užívateľov služieb* sú na vzostupe vo všetkých nastaveniach praxe. Sú to otázky, s ktorými sa jednotliví praktici nebudú schopní vysporiadať samostatne.

Okrem profesionálneho prežitia a profesionálneho rozvoja sa klinickí sociálni pracovníci/čky budú obávať aj o širšie spoločenské otázky. Klinickí sociálni pracovníci/čky budú naďalej zapojení do boja za sociálnu spravodlivosť, buď ako jednotlivci v rámci svojich organizácií, alebo ako účastníci profesionálnych asociácií. Avšak v rámci profesie pre sociálnych pracovníkov najnaliehavejším problémom budú *otázky kultúrnej opresie a diskriminácie a otázky týkajúce sa interpersonálneho násillia*. Ďalšou oblasťou sú *modely komunitnej praxe*. Tie sú v súčasnosti považované za špičku vo vzdelávaní a praxi sociálnej práce. Toto zahŕňa rozvoj modelov praxe a výskumu v kooperácii výskumníkov a praktikov sociálnej práce s komunitami, prevažne komunitami rôznej etnickej diverzity. Znovuobjavenie komunitného plánovania a budovania koalície získava silný spád v komunitách v USA (Austin, Roberts, 2002). Kurikulum sociálnej práce sa mení na mnohých školách sociálnej práce. Súčasťou je implementovanie kurzov o komunitnom organizovaní a advokácii, so zahrnutím empirického výskumu.

3. Prax klinickej sociálnej práce v USA, jej determinanty a perspektívy

3.1 Politické a sociálne skutočnosti

Klinická sociálna práca aktuálne zápasí s *paradoxmi vlastných úspechov, sociálnymi a politickými premenami krajiny*. Tieto paradoxy sú vytvárané rozšírením teórií, praxe a skutočnosťami existujúcimi vo vnútri klinickej sociálnej práce. Niektorí praktici sa usilujú vydržať a prosperovať v tradičných miestach a rolách klinickej sociálnej práce. Všetci bojujú s rôznorodými možnosťami sociálnych a politických podmienok. Tieto skutočnosti v konečnom dôsledku ovplyvňujú poskytovanie služieb klientom klinickej sociálnej práce (Swenson, 2002).

Niektorí by sa mohli diviť, že súčasný stav klinickej sociálnej práce sa popisuje ako úspech. A predsa sociálni pracovníci/čky majú oprávnenie skoro vo všetkých štátoch USA. Sú uznávaní ako nezávislí (súkromní) odborníci. Príbúdajú im *oprávnenia obmedzované* psychiatrami a niektorými psychológmi. Sú uznávaní ako najväčšia skupina poskytovateľov služieb v oblasti duševného zdravia. Ich pracovné miesta sú považované za rozšírené (O'Neill, 1999, 2000 in Swenson, 2002). Zároveň *riadená medicínska starostlivosť* vytvorila nečakaný tlak na praktikov, a to konkrétne v oblasti nariadení intervencií, v štruktúre dokumentácií, vnucovaných obchodných praktikách a ďalších obmedzeniach v ich profesijnej autonómii (Galambon, 1999; Schamess, Lightburn, 1998 in Swenson, 2002). Skoro podobné tlaky sa objavovali aj v ostatných odvetviach, napríklad v *medicínskej sociálnej práci*, ako vo verejnej, tak aj v súkromnej sfére.

Mnohí klinickí sociálni pracovníci/čky vnímajú *nátlak a klesajúce možnosti*. A zatiaľ čo sa to deje, niektorí klinickí sociálni pracovníci/čky aktívne hľadajú alternatívne možnosti a hľadajú svoj *rozvoj v nových rolách*, v útulkoch pre ľudí bez domova, v službách riadených komunitnými organizáciami a na iných netradičných miestach. Existuje takisto veľa hybridov, ktoré boli vytvorené v spleti rôznych modelov z praxe. Neexistuje jedna skutočná realita, naopak je ich omnoho viac (Swenson, 2002). Prebieha *spor medzi pojmami a jej oblasťami* (Swenson, 1995 in Swenson, 2002). Tieto spory ukrývajú kontinuum, na jednej strane hraničiace so psychoterapiou, na druhej strane s rozsiahlou mnohostrannou praxou. Avšak klinická sociálna práca je vždy chápaná ako špecializácia, to znamená, že je požadovaný minimálny stupeň magister/ka sociálnej práce (MSW) a pokročilý výcvik. Z jedného uhla pohľadu, ktorý sa čiastočne využíva v školách sociálnej práce, sa môže klinická sociálna práca používať aj ako *široký termín*, ktorý zahŕňa intervenciu, prevenciu, programovaný rozvoj a sociálne činnosti, tak ako aj priame služby jednotlivcom, rodinám a skupinám. Navyše



teória a prax by mala byť rozvíjaná a kritizovaná z pohľadu hodnôt sociálnej práce, jej poslania, obzvlášť k záväzkom voči ľuďom, ktorí sú chudobní a utláčaní (Dietz, 2000; Swenson, 1998 in Swenson, 2002).

Na druhej strane existujú klinickí sociálni pracovníci/čky, ktorí poskytujú relatívne dôkladné socioterapeutické služby šité na mieru, pracujú s relatívne privilegovanou populáciou. V základoch sa nezaujímajú o smerovanie klinickej sociálnej práce či jej kritiku teórií a praxe. Komplexné dáta k tejto otázke nie sú k dispozícii, avšak v jednej štúdiu veľkého počtu klinických sociálnych pracovníkov/čok sa zistilo, že sociálnej spravodlivosti a pomáhaniu chudobným neprikladajú veľký význam (Seiz, Schwab, 1992 in Swenson, 2002). A predsa diskusia klinických sociálnych pracovníkov/čok sa nemôžu zaoberať bez zväženia sociálnych a politických skutočností (Swenson, 2002).

Autor Swenson (2002) v tejto súvislosti tvrdí, že *jadrom poslania sociálnej práce* je propagácia sociálneho práva a formovanie klinických sociálnych pracovníkov/čok, ktorí sú orientovaní v sociálno-právnej a antiopresívnej problematike. Klinickí sociálni pracovníci/čky začínajú identifikovať a znovuobjavovať realitu svojej praxe. Spomínaný autor sa obáva ťažkostí pri implementácii takéhoto pohľadu v intenciách reálneho sveta. Klinickí sociálni pracovníci/čky by mali nájsť spôsoby, ako komunikovať o záležitostiach praxe v zmysle otvorenosti a dialógu bez vzájomného obviňovania.

3.2 Perspektívy klinickej sociálnej práce v budúcnosti

Autor Swenson (2002) poukazuje na dôležité *perspektívy klinickej sociálnej práce v budúcnosti*. Ide o: 1. *obmedzenia a benefity programov sociálnych služieb*; 2. *riadenú starostlivosť (managed care)*; 3. *prehodnotenie výstupov*; 4. *případový manažment*; 5. *technológiu* a 6. *objavujúce sa trendy*.

Pravdepodobne najväčšie zmeny v klinickej praxi sociálnej práce, v kontexte *prvej perspektívy* týkajúcej sa sociálnych služieb, sa udiali práve redukovaním ich programov a oprávnení. To vážnym spôsobom ovplyvnilo nielen klientov, ale aj praktikov. Najdôležitejšou časťou týchto obmedzení bola „*sociálna reforma*“, a to tým, že sa zaviedli prísnejšie kritériá a časové obmedzenia pre benefity. Mala sa zvýšiť flexibilita a kreativita v návrhu programov a v realizovaní projektov, avšak nebola dostupná adekvátna podpora, obzvlášť kvalita dennej starostlivosti. Pre všetkých súčasných i potenciálnych prijímateľov sociálnych služieb, ich rodiny a sociálnych pracovníkov/čky, ktorí s klientmi pracovali, boli tieto zmeny najpodstatnejšie (Swenson, 2002). V podmienkach programov, ktoré ponúkali služby klientom a sociálnym pracovníkom, nebol kladený dôraz na rozšírené obmedzenia podporené empirickými dátami, tak ako predtým. Preto je veľmi ťažké pochopiť túto diskrepanciu v súčasnosti: či geograficky, alebo podľa typu programov a ďalších premenných, ktoré by ju mohli pomôcť objasniť. Medzitým priepať medzi bohatými a zvyškom populácie naďalej rástla (Ryscavage, 1998, in Swenson, 2002) a očividne neexistuje politická vôľa tento rast zastaviť (Swenson, 2002).

Ďalšou perspektívou je *riadená starostlivosť*, ktorá sa značnou mierou podieľala na zmenách klinickej sociálnej práce. Po zavedení *modelu spolplatnenia služieb* sa systém zdravotnej starostlivosti stal príliš nákladný a neefektívny. Tieto problémy neboli až tak príznačné pre starostlivosť o duševné zdravie, pretože tu neexistovalo toľko obmedzení pri benefitoch. Spolplatnenie, zavedenie riadenej starostlivosti a komunitnej starostlivosti. Paradoxom bolo, že mnoho oddelení sociálnej práce padlo za obeť znižovania výdavkov nemocníc. V tom istom čase nebol vyriešený problém s prístupom k adekvátnej zdravotnej starostlivosti pre milióny ľudí. Zdravotná starostlivosť bola byrokratická a nehumánna. Profesionáli boli zaťaženi administratívou, čo im znemožňovalo poskytovať adekvátnu starostlivosť. Autor Swenson (2002) je presvedčený, že model samoplatcov s univerzálnym pokrytím, s ktorým prišla *Národná asociácia sociálnych pracovníkov (NASW)* na začiatku 90. rokov, je jediným efektívnym riešením. Pre tento model však neexistovala žiadna spoločenská vôľa (Swenson, 2002).



Zdá sa, že jedna zmena sa osvedčila na prípadovej a programovej úrovni v oblasti *prehodnotenia výstupov*. Zvýšil sa *dopyt po dokumentácii* k výdajom, čo bolo pozorované v oblasti riadenej starostlivosti, predovšetkým na prípadovej úrovni. Od klinických pracovníkov sa očakávala dokumentácia ich práce v oblasti cieľov, špecifických intervencií a výdajov. Zatiaľ čo boli zaznamenané (od roku 1970) požiadavky vo vnútri klinickej sociálnej práce na kontrolu prostredníctvom dokumentácií o výdajoch (Bloom, 1975; Fischer, 1978, in Swenson, 2002), štúdie (napr. Penka, Kirk, 1991, in Swenson, 2002) naznačili len málo praktické využitie, pokiaľ si to nezačala vyžadovať riadená starostlivosť a sponzori. Až rozšírené prehodnotenia výdajov viedli k vyhranenému premýšľaniu o práci, ktorú klinickí sociálni pracovníci/čky vykonávajú, a pohľadu, že ich práca je hodnotným prínosom. Napriek tomu však existovali viaceré ťažkosti: 1. s týmto spôsobom premýšľania sa niektorí klinickí sociálni pracovníci/čky *nevedeli stotožniť*; 2. táto koncepcia mohla vyvolať *zjednodušené predstavy*; 3. dôležité prístupy ku klinickej sociálnej práci vytvorili dojem, že *práca*, ktorú klinickí sociálni pracovníci/čky vykonávajú, *nemú byť úplne v súlade s ich predstavami* a očakávaniami. Napríklad v naratívnych a posilujúcich prístupoch výsledok nie je determinovaný ako pokrok, pretože klient sám určuje jeho mieru (Swenson, 2002). Ďalšia zmena nastala v kladení *zvýšeného dôrazu na prax založenú na dôkazoch* a na využívanie *klinických smerníc*. Táto prax zahŕňa podporu výskumu a klinických smerníc, ktoré kodifikujú to, ako si predstavujú profesionálne skupiny a spoločnosti (zaoberajúce sa riadenou starostlivosťou) vhodnú liečbu v rôznych podmienkach. V tomto rozšírení sú jasne definované postupy pre liečbu chorôb a jasné podmienky ich poskytovania. Táto skutočnosť položila základy akceptovanej praxe. Napriek tomu mnohé z nich sa vyvíjajú bez pomoci a vstupu sociálnej práce a dochádza k tendencii medicalizovať problémy, dať prednosť jednoduchším osvedčeným intervenciám a stanoviť nerealistické časové obmedzenia. Každý praktík z praxe by pravdepodobne vedel rozprávať o tom, že mu napríklad bolo schválených iba 6 sedení s klientom s posttraumatickou stresovou poruchou, ktorého následne hospitalizovali pre pokus o samovraždu. Zdá sa, že tieto smernice nepočítajú s reálnymi faktami, ktoré podporujú názor, že postupy, či techniky práce majú vplyv na nanajvýš 15% výdajov (Swenson, 2002). Momentálne prebiehajúcim trendom je, že sponzori začínajú podporovať *prehodnocovanie výdajov na programovej úrovni*, kde sú zahrnuté aj komunitné programy (Swenson, 2002). Ďalším dôležitým faktorom bolo, že do klinickej sociálnej práce bola zahrnutá *psychoterapia*, a preto bolo nutné preformulovať model klinickej praxe. Autor Swenson (2002) zastáva názor, že pojem *prípadový manažment* je dehumanizujúci, a to z toho dôvodu, že ľudia by nemali byť chápaní ako prípady, ktoré je potrebné manažovať, čiže riadiť. Podľa jeho názoru by klinická sociálna práca mala *zohľadňovať role a intervencie* klinických sociálnych pracovníkov/čok pri každom klientovi *osobitne*. Prípadový manažment by sa mal, podľa jeho konštatovania, snažiť o zvyšovanie svojej vedeckej úrovne a efektivity.

Rozvoj v technológiách mení povahu súčasnej praxe a otvára veľké množstvo *etických dilem*. Technológie majú viacero podôb. Od tých jednoduchých, ako je napríklad e-mailová správa klientovi, po tie komplexnejšie, ako napríklad rozsiahly nahrávací systém, rôzne návrhy pre online terapie a otázky súkromia (Swenson, 2002). V súčasnosti sú jasné aj profesionálne *vyhody využitia technológií*, ako je napríklad: možnosť ukladať a získavať informácie, čo môže znamenať, že stlačením jediného klávesu sa nám zobrazia grafy, ktoré ukazujú napr. úroveň depresie, počet rodinných hádok, zmeny hmotnosti v čase a podobne. V praxi sú napríklad významné aj počítačové záznamy, ktoré sú východiskové v prípadoch starostlivosti o deti (Swenson, 2002). Možnosti narastajúceho prístupu k informáciám, spojenia a podpory medzi ľuďmi, ktorí zdieľajú rôzne ťažkosti, sú pre život klientov nevyhnutné. Rozširujúci sa horizont možností môže byť pre ľudí, žijúcich v ohraničených vidieckych lokalitách, majúcich vzácne ochorenia, alebo ľudí stigmatizujúcich podmienkami, napríklad AIDS, zásadné. A dokonca aj v takých obyčajných prípadoch, ako je e-mailová korešpondencia medzi starými rodičmi a vnukmi/čkami, môže skvalitniť ľudský život (Swenson, 2002). Tento trend je takisto možné pozorovať aj v internetovej komunikácii medzi praktikmi a klientmi v rámci online terapií a terapeutických skupín, napríklad v rámci svojpomocnej skupiny pre ľudí s postihnutím



(Finn, 1999 in Swenson, 2002). Autor napokon konštatuje, že sa technológie zjednocujú už aj v advokácii.

Ostatnou perspektívou klinickej sociálnej práce sú jej *objavujúce sa trendy*. Počas posledných 30 rokov došlo k explózii alternatívnych spôsobov uvažovania o sebe a o svete. Vznikali mnohé myšlienkové smery, ako napríklad humanitné vedy, sociálny konštruktivizmus, naratívna a ekologic-ká perspektíva a pravdepodobne najvýstižnejší pojem postmoderna či hypermoderna. Aj keď tieto smery boli rozdielne, mali spoločného menovateľa, a tým bola kritika západného myšlienkového modernizmu. Zatiaľ čo *modernizmus* hľadal jednu univerzálnu pravdu, *postmodernizmus* poukazoval na viacero perspektív. Modernizmus kládol dôraz na vedecké metódy a postmodernizmus vychádzal zo sociálnej oblasti. Tieto pohľady však majú svoje vlastné obmedzenia. Zvykli sa používať na zjednotenie morálnej relativity a pasivity pri strete s nespravodlivosťou. Podstatné je, že kritika postmodernity stávala na moderných princípoch, bojovala proti nespravodlivosti a humanizovala rozvoj klinických procesov. V rámci sociálnej práce tieto myšlienky môžeme pozorovať v nasledujúcich *modeloch sociálnej práce* (Germain, Gitterman, 1996, in Swenson, 2002): 1. *v posilnení perspektívy* (Saleebey, 1996; Weick, Saleebey, 1995, in Swenson, 2002); 2. *záujmom v naratívnom a sociálnom konštruktivizme* (Holland, 1991; Witkin, 1992, in Swenson, 2002); 3. *feministickom, etnicky citlivom a posilňujúcim prístupe praxe* (Bricker-Jenkins, Hooyman, Gottlieb, 1991; Devore, Schlesinger, 1996, Lee, 2001, in Swenson, 2002) a 4. *záujmom vzťahujúcim sa k sociálnemu právu klinickej praxe* (Swenson, 1998, in Swenson, 2002). Autor Swenson (2002) hovorí o týchto piatich *objavujúcich sa trendoch* v praxi klinickej sociálnej práce: 1. *spiritualite*; 2. *náboženských sociálnych službách*; 3. *naratívnej perspektíve*; 4. *rozdieloch a útlaku* a 5. *klinickej praxi orientovanej na sociálnu spravodlivosť*. Jedným z dôvodov zvýšeného záujmu o *spiritualitu* je uznanie, že náboženstvo bolo prehliadané a boli zdôrazňované charakteristiky, ktoré formovali ľudské životy, ako napríklad rasa, pohlavie a sexuálna orientácia. Ďalším dôvodom bolo nové poznanie, že meditácia, ktorá je súčasťou spirituality, môže pomôcť praktikom a takisto ich klientom vysporiadať sa s bolesťou. Autor Swenson (2002) upozorňuje na rozdiely pojmov spiritualita a náboženstvo. *Náboženské organizácie* získali v spoločnosti väčší vplyv, a to z toho dôvodu, že zlyhali štátne subjekty poskytovateľov sociálnych služieb. Týmto sa zvýšili možnosti klinických sociálnych pracovníkov pri poskytovaní služieb v rozsiahlej komunite veriacich a humanitárnych organizácií. Existuje však riziko, že politický entuziazmus pre *nábožensky založené sociálne služby* môže byť len výhovorkou pre znižovanie nákladov. V súčasnosti sú už náboženské organizácie na svojom kapacitnom maxime (Swenson, 2002). *Naratívna koncepcia* bola obzvlášť veľkým prínosom pre klinickú sociálnu prácu. Táto perspektíva sa viac približovala k umeniu a humanite. Pozdvihla ľudskú skúsenosť až na úroveň umenia, divadla a maľby. Naratíva bola skúmaná ako základný spôsob pochopenia ľudského zmyslu života. Praktici prostredníctvom nej mali a majú možnosť vidieť, že ich klienti sú uväznení v príbehoch, často depresívnych a utláčajúcich, preto je potrebné až nevyhnutné vytvoriť alternatívne a oslobodzujúce príbehy (Epstone, White, 1990, in Swenson, 2002). Autor Swenson (2002) v závere konštatuje, že naratíva nedokáže komplexne pomôcť napríklad pri posudzovaní samovraždy, depresie a psychózy. Donedávna klinickí sociálni pracovníci nemali možnosť (v knihách klinickej praxe) stretnúť sa s rozsiahlymi *diskusiami o etnicite, postavení, rase, imigrantských statusoch, náboženstve a sexuálnej orientácii*. Situácia sa však zmenila, keď sa začal klásť zvýšený dôraz na ľudské uvedomenie si samého seba, spôsobu vytvárania si vlastného názoru a spôsobu skúmania vlastného sveta. Na základe toho vznikali *nové teórie*, ako napríklad teória traumy, teória posilnenia, copingová teória a ďalšie. Tieto teórie jasne definovali udalosti vonkajšieho sveta a klienta videli ako bojujúceho s rôznymi problémami. V konečnom dôsledku to viedlo k zvýšeniu empatie, k väčšiemu zapojeniu klienta, zlepšeniu vzťahov a budovaniu silných stránok u klienta (Swenson, 2002). Vznikol názor, že základným zmyslom profesie sociálna práca je presadzovať *sociálnu spravodlivosť*. Základným cieľom sa stalo posilňovanie na úrovni individuálnej, interpersonálnej a politickej, taktiež začlenenie spravodlivosti a transformácie do pomáhajúcich vzťahov. Možno skonštatovať, že tieto princípy sa môžu rozvíjať v nových pohľadoch na prax,



ktorá mala skúsenosti s nátlakom a nespravodlivosťou. Úlohou sociálnej práce naďalej zostáva prepojiť tieto princípy s bežnou praxou, čo zahrňuje riadenú starostlivosť a prípadový manažment (Swenson, 2002).

Záver – alebo ako ďalej

Na záver spolu so Swensonom (2002) možno rezultovať, že sa v blízkej budúcnosti udejú zásadné zmeny v sociálnej a politickej sfére. Sociálna a ekonomická spravodlivosť nebude dominantnou prioritou. Benefity a služby budú obmedzované. Zvyšujúci sa tlak na technické a medicínske formy klinickej sociálnej práce dotlačia klinických sociálnych pracovníkov/čky do nových modelov. Tlak kombinovaný s nedostatkom tradičných povolání vytlačí niektorých ľudí mimo profesiu. Pre iných klinických sociálnych pracovníkov/čky to bude mať opačný efekt. Povedie to k zvýšenému záujmu o rozvoj alternatívnych modelov a praktík, a to aj v netradičných oblastiach. Pre niektorých to bude viesť k zintenzívneniu záväzkov voči zvyšovaniu všeobecného blaha všetkých ľudí, hlavne tých, ktorí sú najviac utláčaní.

V kontexte metodológie práce sa za najzákladnejšiu teoretickú koncepciu bude považovať systémová teória z dôvodu komplexného riešenia situácie rodiny s klinickým klientom/kou. Druhou teóriou bude behaviorálna a kognitívna teória vedúca k úprave správania klinického klienta/ky smerom k duševnému zdraviu. A treťou teóriou, najčastejšie aplikovanou v klinickej praxi, bude psychoanalytická teória, práve z dôvodu možnosti zachytenia hĺbky klientovej osobnosti a kauzality duševného zdravia. Medzi špecifické oblasti v súvislosti s odlišnosťou terapie bude patriť aj naďalej oblasť klinickej sociálnej práce s deťmi; adolescentmi; oblasť terapie rodiny; kognitívno-behaviorálnej terapie s dospelými; psychoanalýzy a psychoterapie s dospelými; párovej terapie; oblasť detských terapeutických skupín a dospelých terapeutických skupín. Klinická sociálna práca sa špecificky zamerí na problém domáceho násillia; postraumatického stresu; asistovanej starostlivosti; juvenilnej mládeže; terapie detí s ohrozeným zdravím; závislosti rôzneho charakteru; socializácie a resocializácie života lesbičiek a gayov, psychiatrickej rehabilitácie klientov/iek a straty perspektívy životného cyklu.

K budúcnosti klinickej sociálnej práce by sme preto mali pristupovať v duchu solidarity s otvorenosťou, rešpektom a s prísľubom k dialógu akcentovaného začiatkom 21. storočia a požiadavkami hypermodernej doby. Pretože nijaké dielo či nijaká situácia nevzniká vo vákuu, ale vzniká ako originál a formuje sa na pozadí tradovaného. To znamená, že originalita je vždy nielen akciou, prekročením daného, ale aj reakciou, odpoveďou na otázky, ktoré si kladú v danej dobe a v danom prostredí viacerí. A preto veríme, že klinická sociálna práca realizovaná v USA môže byť inšpiráciou pre Slovensko.

Deskripcia profesionalizácie klinickej sociálnej práce videná cez skúsenosti zo zahraničia, hlavne cez popis praxe v USA, bola vedená zámerné z dôvodu neexistencie klinickej sociálnej práce na Slovensku. Ak by sme hľadali v odbornej spisbe, či už teórii, metód, alebo príkladov dobrej praxe, termín klinická sociálna práca, nachádzame ho len sporadicky (alebo je zamieňaný so sociálnou prácou v zdravotníctve). Napriek tomu sa domnievame, že jej existencia ako semi-profesie sociálnej práce je v súčasnosti nevyhnutnosťou. Klinická sociálna práca by tak mala zahŕňať všetky aspekty odčasnej diagnostiky, cez popis behaviorálnych prejavov klienta/tky, cez proces liečby a účinných intervenčných opatrení, ktoré môžu zlepšiť kvalitu života klientov/tok v domácom prostredí alebo v rezidenčnom zariadení. Odpoveďou na otázku, kedy sociálny pracovník/čka vykonáva klinickú sociálnu prácu a či si je vedomý toho, že ju vykonáva, sa dostávame k vymedzeniu jej potrebnosti.

**Použité zdroje**

- AUSTIN, D. M., ROBERTS, A. R. 2002. Clinical Social Work Research in the 21st Century. Future, Present and Past. In: ROBERTS, A. R., GREENE, G. J. (Eds.). *Social Workers' Desk Reference*. New York: Oxford University Press, Inc., 822–828.
- BALOGOVÁ, B. 2012. Klinická sociálna práca ako koncept medzigeneračného premostenia. In: *Medzigeneračné mosty – vstupujeme do roka medzigeneračnej solidarity. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou konanej dňa 10. októbra 2012 na FF PU*. Prešov: FF PU, 13–25.
- BALOGOVÁ, B. 2014. Vybrané otázky etiky klinického sociálneho pracovníka. *Fórum sociálnej práce*, 5(1), 11–22.
- BRANDEL, R. J. 1997. *Theory and Practice in Clinical Social Work*. New York: The Free Press.
- LIPOVETSKY, G. 2013. *Hypermoderní doba*. Praha: Prostor.
- COWGER, CH. D., SNIVELY, C. A. 2002. Assessing Client Strengths. In: ROBERTS, A. R., GREENE, G. J. (Eds.). *Social Workers' Desk Reference*. New York: Oxford University Press, 822–828.
- MOXLEY, D. P. 2002. Case Management and Psychosocial Rehabilitation with SMD Clients. In: ROBERTS, A. R., GREENE, G. J. (Eds.). *Social Workers' Desk Reference*. New York: Oxford University Press, 481–485.
- NASW. 2001. *Network Reports Memberships Data* [online]. [15. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.socialworkers.org/pubs/news/2001/01/data.htm>
- NOVOSAD, F. 2014. *Čo? Ako? Prečo? Sociálna teória v otázkach a odpovediach*. Bratislava: Hronka.
- RAPP, Ch. A. A Strengths Approach to Case Management with Clients with Severe Mental Disabilities. In: ROBERTS, A. R., GREENE, G. J. (Eds.). 2002. *Social Workers' Desk Reference*. New York: Oxford University Press, 486–491.
- SULLIVAN, W. P. 2002. Case Management with Substance-Abusing Clients. In: ROBERTS, A. R., GREENE, G. J. (Eds.). *Social Workers' Desk Reference*. New York: Oxford University Press, 492–496.
- SWENSON, R. C. 2002. Clinical Social Work Practice. In: ROBERTS, A. R., GREENE, G. J. (Eds.). *Social Workers' Desk Reference*. New York: Oxford University Press, Inc., 632–639.
- VACULÍKOVÁ, K. 2013. Profese sociálneho pracovníka ve Spojených štátech amerických. *Fórum sociálnej práce*, 4 (1), 137–145.



Postavení diskursu spirituality v sociální práci

Position of Discourse of Spirituality in Social Work

Jan Kaňák

Mgr. et Bc. Jan Kaňák¹ pracuje jako sociální pracovník v terapeutickém centru Modré dveře a jako asistent na Katedře psychosociálních věd a etiky HTF UK. Je doktorským studentem sociální práce a sociální politiky na FSS MU a ve své disertační práci se zaměřuje na konstrukci výkonu krizově intervenčních služeb v kontextu setkávání diskursu spirituality s dalšími diskursy. Deset let pracoval na Lince bezpečí, se kterou dále spolupracuje při realizaci výcviků krizové intervence.

Abstrakt

Stať koncipuji jako teoretickou odpověď na položenou otázku hledající místo diskursu spirituality v sociální práci od počátků sociální práce do současné doby. Sociální práci vnímám jako oblast, na jejíž praktické realizaci se diskursy výrazně podepisují. V současné době je jak v kontextu české sociální práce, tak především v kontextu anglicky psané literatury spiritualita vnímána jako součást sociální práce, objevují se texty věnující se spirituálně senzitivním intervencím, posuzováním životní situace s ohledem na spiritualitu a podobně. Diskurs spirituality se nicméně neobjevil v sociální práci jen tak a jeho přijímání, či vylučování z prostoru sociální práce, zdá se, souvisí se širšími společenskými změnami posunu od moderní k postmoderní společnosti. V textu nejprve definuji termíny spirituality, náboženství a uchopení diskursu a dále se věnuji samotnému objevování, či neobjevování se spirituality v sociální práci. Nabídnou členění podle Canda a Furman a zároveň se pokusím, za uvedení příkladů z textů odborných časopisů, navrhnout modifikaci periodizace dle uvedených autorů tak, aby více odpovídala českému kontextu.

Klíčová slova

spiritualita, náboženství, diskurs, historický pohled

Abstract

The article is conceived as a theoretical answer to the question aimed to describe an position of discourse of spirituality in social work area from the beginnings of social work as profession until now. For some authors social work is defined as an activity strongly influenced by discourses. At present, spirituality is perceived as integral part of social work profession mainly in the context of English literature, less in the Czech one. Texts dedicated to spiritually sensitive interventions, assessing the environmental situation with regard to spirituality and the like are printed in journals. Presence or absence of discourse of spirituality is not related only to changes in social work profession, but it seems that it is related to wider social changes – shift from modern to post-modern society. In the first part of the text I define terms spirituality, religion and discourse. Also I focus on historical view on presence/absence of discourse of spirituality in social work. In the

¹ Kontakt: Mgr. et Bc. Jan Kaňák, Katedra psychosociálních věd a etiky, Pacovská 4, 140 21, Praha; jan.kanak@htf.cuni.cz



next part of the text, I offer periodisation of relationship between spirituality and social work by Canda and Furman and its modification according to better responsiveness to the Czech context.

Keywords

spirituality, religion, discourse, historical view

Úvod

Lze říci, že postavení diskursu spirituality v sociální práci je poněkud problematické. Na jedné straně je zmiňován vliv tohoto diskursu v počátcích sociální práce a zároveň byl tento diskurs zmiňován jako oblast, proti které je potřeba se dobře vymezit. V poslední době pak někteří autoři chápou diskurs spirituality jako důležitou součást sociální práce. Ve vztahu ke spiritualitě si kladou řadu otázek a jednou z nich je také tázání se po tom: *Jak se vyvíjelo postavení diskursu spirituality v sociální práci?* (Canda, Furman, 2010.) Tento text si klade otázku stejnou. V anglo-americkém jazykovém kontextu je obdobná otázka již zodpovězena a v kontextu českém předkládám tuto stať jako možnou základní odpověď. Změny v postavení spirituality v sociální práci chápu především v kontextu setkávání různých diskursů v profesi, protože předpokládám, že sociální práce je diskursivně konstruována (Navrátil, 1998). Především pak v kontextu setkávání zmíněného diskursu spirituálního a diskursu vědeckosti – tedy vědeckého pojetí a náhledu na svět. Podle Healy (2005) totiž dominantní diskursy vycházejí z vědeckého pojetí světa a diskurs spirituality se setkává, či střetává právě především s diskursem vědeckosti.

Výše položená otázka je ovšem příliš široká a její úplné zodpovězení je nad možností tohoto textu. Jistého zúžení otázky lze dosáhnout už tím, že vymezím, o kterou spiritualitu se vlastně jedná. V této stati se zaměřuji na spiritualitu křesťanskou a vědomě tak nechávám stranou pojetí spirituality v kontextu ZEN, eko-spirituálních pohledů a jiných (viz např. Bremmer, Homonoff, 2004; Gray, Coates, 2013; Lukoff, Turner, Lu, 1993; Scourfield et al., 2013). Navíc v návaznosti na Healy (2005), či Payne (2005, 2006) předpokládám, že v sociální práci je možné rozlišit roviny „dělání“² (konkrétní aktivity), „pojetí“ (individualizované názory na sociální práci) a „pozici“ (odbornými a jinak normativními texty uchopená sociální práce). Odpověď na výše položenou otázku bude, dle mého, vypadat na každé rovině různě. V tomto textu se zaměřuji na „pozici sociální práce“. Konkrétněji by tedy otázka mohla znít takto: *Jak se vyvíjelo postavení diskursu křesťanské spirituality v pozici sociální práce?*

Při hledání odpovědi tak nejprve vymezím výše uvedené roviny sociální práce („pozici“, „pojetí“ a „dělání“). Následně pak definuji diskurs – resp. jeho pojetí, ze kterého vycházím při hledání odpovědi na položenou otázku a představím uchopení termínu spiritualita. Tyto oblasti chápu jako určité definiční problémy, se kterými je nutné se nejprve nějak vyrovnat, protože jak vymezení roviny sociální práce, tak termínů diskurs a spiritualita ovlivňuje odpověď, kterou na položenou otázku můžeme dostat. Následně se pak budu věnovat postavení diskursu spirituality v „pozici“ sociální práce jak v kontextu anglicky psané literatury, tak v kontextu odborných časopiseckých článků, které na našem území vycházely od roku 1932.

Jakkoli se jedná o stať teoretickou, bez konkrétních návodů do praxe, domnívám se, že může být užitečná pro praxi ve dvou oblastech. Za prvé doufám, že uchopení spirituality jako diskursu v sociální práci může pomoci diskutovat jeho významy a dopady pro obor, pro klienty a klientky a také pro pracovníce a pracovníky. Za druhé mohou být zde prezentované poznatky využity pro reflexi vlastní praxe (Thompson, Thompson, 2008). Při čtení textu si tak můžete klást otázky typu: *Jaký je Váš důvod, proč čtete tento článek? „Jak se prezentované teze shodovaly s Vaším názorem? Prožili jste nějakou silnou emoční reakci souhlasu, či nesouhlasu? Ať byla reakce jakákoliv, zkuste se*

² Termíny jsou uváděny v uvozovkách, protože se jedná o pojmenování, které pro jednotlivé oblasti používám.



zaměřit na to, co tato reakce může vypovídat o Vašich osobních zkušenostech, zážitcích ze studií atp.“ (Canda, Furman, 2010:26–29.)

Diskursy a roviny sociální práce

V návaznosti na práce Healy (2005), Payne (2005, 2006) a West a Zimmermann (1987, 2009) vnímám sociální práci jako prostor, ve kterém lze rozlišit „pozici sociální práce“, individualizovaná „pojetí“³ a praktický výkon profese, tedy „dělání sociální práce“⁴. „Pozici sociální práce“ chápu jako oblast odborných textů, učebnic, zákonných norem a etických kodexů. V těchto textech pak jednotliví pracovníci mohou, či nemusí hledat vodítka pro výkon profese sociální práce. Tato vodítka se mohou týkat smyslu a hodnot sociální práce, aktérů, kteří se mají, či nemají v oblasti sociální práce objevovat, možného žádoucího jednání těchto aktérů a stejně tak sociálního dobra, kterého má být sociální prací dosaženo (Gee, 2011). Jednotliví pracovníci a pracovnice se ovšem nemusí řídit pouze „pozicí sociální práce“, ale v kontextu vlastní praxe a vlastních zkušeností si vytvářejí individualizovaná „pojetí sociální práce“. Sami pro sebe si vymezují smysl sociální práce, hodnoty a ostatní zmíněné oblasti. A zatímco „pozici“ a „pojetí“ sociální práce můžeme chápat jako určité kognitivní vzorce, tedy návody, praktická realizace sociální práce – tedy „dělání sociální práce“ pak závisí nejen na nich, ale také na organizačním kontextu, ve kterém pracovník, či pracovnice svoji profesi vykonávají (Lipsky, 1980; Musil, 2004). Postavení jakýchkoliv diskursů v sociální práci pak, předpokládám, bude různé, když se budeme dívat na „pozici“, či na „pojetí“ a „dělání“. V tomto textu se zaměřuji na „pozici sociální práce“, konkrétněji na odborné texty.

Zároveň předpokládám, že jsou tyto roviny sociální práce utvářeny a konstruovány různým množstvím diskursů. V sociální práci jich lze nalézt až třináct, a to podle toho, jaké autority a autorky čteme (viz např. Healy, 2005; McDonalds, 2006; Levin, 2009; Musil, 2008; Payne, 2006) a jak rozumíme samotnému termínu diskurs. Termín samotný totiž nemá jednotný obsah a jeho definování sahá od zaměření se na text, jeho čtení a vytváření až po ztotožnění diskursu s dominancí, mocí či hegemonií. O diskursu se tak často uvažuje jako o vytváření významu, určité perspektivy, či jako o souboru znalostí a vědomostí o určitém segmentu světa. Různá pojetí diskursu se zaměřují buď na každodenní interakce na jedné straně, či na straně druhé na jejich projevy v historických souvislostech (Jørgensen, Philips, 2002; Sawyer, 2002). Pro účely této stati chápu diskurs jako „*strukturu znalostí [...] skrze které chápeme, vysvětlujeme a rozhodujeme se o věcech [...] jež umožňují některé chování a jiné*“ nikoli (Parton, 1994, in Healy, 2005:8). Tyto struktury znalostí zkoumám právě ve psaných odborných textech. Přibližují se tak pojetí diskursu u Foucaulta (1972:228), pro kterého je diskurs „*skutečně pouze aktivita psaní [...] čtení [...] a výměny. Tato výměna, toto psaní, toto čtení nezahrnuje více než znaky*“. Diskurs tedy chápu jako určený význam, skrze který interpretujeme svět a jenž je přítomen v textech. Tato volba je dána především zaměřením se na „pozici sociální práce“.

Spiritualita a náboženství

Pokud si kladu otázku o postavení spirituality v sociální práci, je potřeba jednak vymezit, o jaké pojetí spirituality se jedná, a také, jestli a jak se kryje s termínem náboženství. Náboženství bývá v sociální práci na obecné rovině chápáno jako zapojení se do života určité církve a z toho plynoucí očekávané chování, jednání a používání specifického jazyka. Všechny tyto zmíněné projevy jsou činěny ve vztahu k Transcendenci, ať je touto Transcendencí Bůh v křesťanském, židovském

³ Termín využívám v návaznosti na jeho použití Liborem Musilem (2008), který takto sice pojmenovává určité čisté typy uchopení sociální práce, které ale vycházejí právě z individualizovaných pojetí sociální práce jednotlivých pracovníků a pracovnic.

⁴ Celý koncept označuji jako „Rámec dělání sociální práce“. Pojmenování a členění na tři na sebe navzájem více, či méně navazující oblasti, je moje uchopení, které ovšem není možné označit jako zcela nové, protože navazuje na teze autorů a autorek, ke kterým se odkazuji, a rozvíjí je.



nebo jakémkoliv jiném smyslu (např. Davis, 2014). Náboženství je tak možné určit pomocí tří charakteristik. Roli v něm hraje: (1) „*nadpřirozená síla*“, ke které se jedinec vztahuje, přičemž zároveň (2) pociťuje prožitek přítomnosti takové síly. K tomuto prožitku přítomnosti ovšem jako zásadní také patří (3) sociální „*rituály*“, které jsou koncipovány s ohledem na respekt k „*nadpřirozené síle*“ a jež jsou sdíleny určitým společenstvím či skupinou (Hill et al., 2000:56). Právě ona třetí charakteristika odlišuje náboženství od spirituality. Zatímco „*náboženství je institucionalizovaný vzorec hodnot, přesvědčení, symbolů, chování a zkušeností*“, spiritualita tuto institucionalizaci postrádá (Canda, Furman, 2010:59).

U spirituality je poukazováno na osobní vztah a vazbu ke smyslu či Transcendenci, a to bez nutnosti příslušnosti k určitému náboženství. To, zda se jedná o vazbu ke smyslu, či o vazbu k Transcendenci, pak určuje, o jaké pojetí spirituality se vlastně jedná (Canda, Furman, 2010; Davis, 2014; Hodge, McGrew, 2005). V prvním případě je možné uvažovat o „*sekulární spiritualitě*“, pro niž není vztah k Transcendentnu, tedy například k Bohu, podmínkou. Spíše se zdá, že se s Transcendentnem nepočítá. Podstatná pro toto pojetí spirituality je tendence po hledání smyslu života či existence nebo konkrétních životních událostí (Holloway, Moss, 2010: 28). Autoři, kteří o tomto uchopení spirituality pojednávají, zároveň poukazují na to, že pokud chápeme spiritualitu takto, nemá smysl se ptát, zda někdo spiritualitu má a někdo nemá, protože hledání smyslu je vlastní všem lidem. Rolheiser (1996, in Crisp, 2008:365) tuto pozici jasně vyjádřil tvrzením, že „*nikdo z nás nemá na výběr. Každý musí mít spiritualitu a každý ji dostal, ať již konstruktivní nebo destruktivní.*“ Oproti sekulárnímu pojetí spirituality stojí uchopení spirituality jako posvátné, jako „*sacred*“ (Bhagwan, 2013:277). Tato tzv. sacred spiritualita je charakteristická vztahem k Bohu, božstvu, k Transcendentní existenci. Můžeme ji pak vnímat jako všechny prožitky, myšlenky či jednání, které mají spojitost s hledáním posvátna či posvátného. Přičemž posvátno můžeme chápat jako „*božskou bytost, božský objekt, Ultimátní (konečnou) Realitu, nebo Ultimátní Pravdu, které jsou uchopovány jednotlivcem*“ (Hill et al., 2000:66). Toto rozlišení má praktický dopad i pro výkon sociální práce. Pokud budeme vycházet především ze sacred spirituality, pak před sociálními pracovníky a pracovníci mohou vyvstávat otázky nejen po tom, zda má spiritualita místo v profesi, ale také jak jí oslovovat. V případě sekulárního pojetí si lze spíše klást otázku po tom, jak téma smyslu při práci s klienty oslovovat. Furness a Gilligan (2010) na tuto dvojznačnost reagují doporučením po pragmatickém uchopení spirituality. Pro toto pojetí je nejdůležitější to, jak spiritualitě rozumí konkrétní klienti a klientky. Pracovníci a pracovníce mají pak začít tam, kde jsou jejich klienti a klientky. Protože se pragmatické pojetí snaží de facto integrovat obě výše zmíněné konceptualizace termínu spiritualita, neuvádím jej jako samostatné v níže uvedené tabulce 1.

Výstupy ze zahraničních výzkumů naznačují, že si sociální pracovníci a pracovníce primárně pod spiritualitou představují onu sekulární podobu, tedy hledání smyslu. Záleží ovšem také na tom, v jakém kontextu byl obsah termínu spiritualita zkoumán. Ve Velké Británii, Norsku a na Novém Zélandu se v šesti nejužívanějších charakteristikách pro termín spiritualita objevují výroky vedoucí výhradně ke hledání smyslu v životě (Canda, Furman, 2010). Derezotes (1995, in Hodge, McGrew, 2005) zjistil, že 91 % respondentů jeho výzkumu definovalo spiritualitu jako hledání smyslu v životě, 86 % jako účel života a 79 % jako akceptování sebe ve světě. Spiritualitu jako tzv. sacred, tedy ve spojení s Transcendentnem, chápalo 71 % respondentů výzkumu. Dotazníky byly v případě zmíněných výzkumů rozeslány všem pracovníkům a pracovnícím, jakkoliv je pravděpodobné, že odpovídali především ti, kteří se o téma zajímají. Když obdobné otázky kladly Hodge a McGrew (2005) věřícím sociálním pracovníkům a pracovnícím a Canda s Furman (2010) v USA, vztah k Bohu se ukázal jako velmi důležitý pro definování obsahu termínu spirituality. V USA se vztah k Bohu objevoval v prvních šesti nejužívanějších charakteristikách a u věřících sociálních pracovníků a pracovníc je spiritualita s Bohem spojena většinou (pro 83 % respondentů a respondentek). Základní charakteristiky a vazba na pojetí náboženství jsou uvedeny v tabulce 1. Výše položenou otázku článku budu zkoumat nadále z hlediska pojetí sacred spirituality v křesťanském významu.

Tabulka 1: Uchopení spirituality a náboženství

| Pojetí | Základní charakteristika |
|--|---|
| spiritualita jako uchopení smyslu – sekulární spiritualita | hledání významu života, životních událostí, smyslu situací jedincem spiritualita je pak integrální součástí lidského života |
| sacred spirituality | spiritualita vázána k hledání božské bytosti, entity, Konečné Pravdy jedincem a vazby na transcendenci |
| náboženství | využití uchopení sacred spirituality a/nebo hledání identity a přináležení, které souvisí se sacred spirituality a přináležení k určité skupině, jež určuje metody jednání (chování a rituály) předávané v čase tradicí |

Zdroj: Canda, Furman, 2010; Davis, 2014; Hill et al., 2000; Holloway, Moss, 2010, upraveno autorem

Spirituální kořeny sociální práce a postupné převládnutí diskursu vědeckosti

Pro hledání odpovědi na výše položenou otázku využívám periodizace, kterou nabízejí Canda a Furman (2010). Oni sami se nedívají na vztah spirituality a sociální práce prizmatem různých diskursů, ale dle mého názoru je možné jejich periodizaci zasadit i do vztahu diskursu spirituality a diskursu vědeckosti. A to především proto, že jejich periodizace (uvedena v tabulce 2) diskurs spirituality často vztahuje k profesionálně pojaté sociální práci. Jejich periodizaci pak využiji pro formulování návrhu periodizace vztahu diskursu spirituality a sociální práce v kontextu českém (viz tabulka 3).

Při pohledu do historie sociální práce v kontextu Severní Ameriky se Canda a Furman (2010) vrací k původním indiánským kulturám. Poukazují na to, že v tomto období byly aktivity, které by bylo možné nyní chápat jako sociální práci, výrazně propojeny se spiritualitou daných kultur. Tyto kultury definovaly spiritualitu a její obsah různě a s ohledem na to i různě definovaly pomoc, její účel a postupy. První fáze byla charakteristická především tím, že diskurs vědeckosti v ní nebyl přítomen a pomoc byla určována diskursem spirituality, který byl jedním z hlavních výkladových rámců chápání světa. Mnohost charakteristická pro tuto fázi byla přerušena a redukována fází kolonizace (druhá fáze). Pomoc (resp. aktivity, které by bylo možné označit za sociální práci) přebírají různé náboženské spolky, které ovšem vycházejí pouze z křesťanství či židovství. Dalo by se tedy říci, že diskurs spirituality stále hraje důležitou roli v kontextu pomoci, nicméně jeho bohatost byla redukována.

Tabulka 2: Vztah spirituality a sociální práce v USA

| Fáze | Diskurs spirituality | Diskurs vědeckosti |
|--|---|--|
| (1) před kolonizací | pomoc vázána na spirituální/ náboženskou praxi | nedetekován |
| (2) kolonizace až počátek dvacátého století | pomoc vázána na dominující náboženství (křesťanství, judaismus); slouží jako základ etiky, snaha získávat data k analýzám | jeho postupné a pozvolné objevování v kontextu vznikající sociální práce jako profese, která se od začátku snaží profilovat sebe sama jako profesi – tedy jako na vědě a racionálně založená |
| (3) dvacátá až sedmdesátá léta 20. stol. | snaha o potlačení diskursu spirituality s ohledem na potřebu definovat sociální práci jako profesi spiritualita nemá být vnášena do sociální práce | v souladu s tezemi moderny snaha postavit sociální práci na racionálním základu psychoanalýza a behaviorální modely (jako teoretické opory sociální práce) se spiritualitou nepočítají |



| | | |
|-------------------|--|--|
| (4) 1980–1990 | opětovné zdůraznění zájmu o spiritualitu | podle některých dochází k postupnému odumírání velkých vyprávění (v kontextu postmoderny), což přináší opětovný zájem o spiritualitu reflexivní praxe a postmoderní pohled přináší akceptaci spirituality |
| (5) 1995–dosud | překračování hranic spirituálního diskursu a diskursu vědeckosti | spiritualita na rovině „pozice sociální práce“ brána některými jako klíčová součást |

Zdroj: Canda, Furman, 2010, upraveno autorem

Spirituální diskurs byl do prostoru vznikající sociální práce vnášen především církevními společnostmi, které svou činností reagovaly na rostoucí nemožnost lokálních úřadů postarat se o chudé či jinak znevýhodněné občany. Z toho důvodu se v prostoru sociální práce objevují organizace jako Charity Organisation Society. Nelze ovšem říci, že by v nich byl zastoupen pouze diskurs spirituality. I církevní organizace reflektovaly sekularizační tendence modernity, především co se strukturování a plánování pomoci týče. Snažily se získávat hrubá data o chudobě a dalších jevech a pro jejich zpracování využívaly vědecké analytické metody. V kontextu vědeckém se také snažily vystavět intervence směrem ke klientům a klientkám. V rámci vysvětlování sociálních problémů a společenských jevů tak tyto církevní organizace v kontextu sociální práce aplikovaly vědecké a rozumové vysvětlení (Daniş, Kirbaç, 2013; Vanderwoerd, 2011). Pro toto spojení vědeckého a spirituálního v jedné organizaci využívají Daniş a Kirbaç (2013:705) označení „*vědecká filantropie*“. Spirituální diskurs ovlivňoval v kontextu vědecké filantropie především etický rozměr pomoci a hodnoty organizace. Mary Richmond (1922:7–8) ilustruje toto spojení na příběhu Dr. Howa, který byl „*nejen filantrop*“ snažící se uvolnit „*uvězněného ducha*“, ale měl také „*vědecké návyky myšlení*“. Filantropický akcent se v textu Richmondové zdá být jakýmsi základem, určitými návyky, na kterých jsou konkrétní intervence směrem ke klientům postaveny na vědeckých návycích. Na obdobné tendence, tentokrát v kontextu židovské sociální práce v USA, upozorňuje Stein (1956). Ten zdůrazňuje, že sociální práce jako profese je založena na společenských a psychologických vědách. Židovská komunita a její sociální pracovníci jsou, dle Steina, integrální součástí procesu profesionalizace. A obdobné dělení a akcent na vědecký podklad intervencí je možné najít i v kontextu českém. Schüllerová (1937) jasně rozděluje kompetence v církevních organizacích podle toho, na jaké potíže se zaměřují. Péčí o duši, či ducha, a léčením chorob duše jednotlivců jsou pověřeni kněží a ti vycházejí a měli by vycházet ze spirituálního diskursu. Sociální pracovníci v církevních organizacích se zaměřují na sociální choroby a při svých intervencích by měly využívat vědecký diskurs.

Jak sekulární, tak církevní organizace tedy přebírají v kontextu boje sociální práce o vlastní profesionalitu diskurs vědeckosti. Diskurs vědeckosti měl určovat obsah, formu i zaměření intervencí směrem ke klientům a klientkám. Víra v profesionální projekt sociální práce nebyla kompatibilní s vírou spirituální či náboženskou⁵. V kontextu profesionalizace byly spiritualita a náboženství separovány i ze vzdělávání a budoucí sociální pracovníci byli vedeni k tomu, aby oddělovali svoji vlastní spiritualitu od praxe (Crisp, 2008). S jistým časovým zpožděním se tato tendence projevila i v Curriculu vydávaném Council on Social Work Education. V tomto kurikulu byla spiritualita označována jako podstatná pro sociální práci ještě v první polovině 20. století.

⁵ Hodge (2002) chápe tento proces jako svého druhu opresi, neb pro vylučování diskursu spirituality z „pozice“ sociální práce dle něj nebyly dostatečně dobré důvody – pokud se autority odvolávaly na nevědeckost, jak si pak lze, ptá se Hodge, vysvětlit to, že to byly právě tyto církevní a náboženské organizace, které sbíraly ona zmíněná hrubá data o sociálně problematických, či patologických jevech.



Z pozdějších revizí byla ovšem tato oblast úplně vypuštěna, a to až do vydání kurikula z roku 1995, kdy se znovu oblast spirituality objevila (Russel, 2006). Akcent na vědecký diskurs byl v rodící se sociální práci posílen především nerozlišováním termínů spiritualita a náboženství. Samotní sociální pracovníci a pracovníce se pak „obávali moralizování a konzervativních hodnot“. Tato obava byla vysvětlována především oněmi institucionalizovanými normami jednání, které jsou charakteristické pro náboženství (viz výše). Kromě těchto obav podporovalo vyloučení spirituality z „pozice“ sociální práce také to, že „klinická sociální práce v rámci vývoje teoretické základny čerpala z klasické psychoanalýzy a behaviorální teorie“. První zmíněná teorie vnímala náboženství jako „iluzi“, druhá pak jako „neměřitelný“, tedy „nevědecký pojem“ (Seinfeld, 2012:241).

V českém⁶ kontextu je možné pozorovat obdobné postavení diskursu spirituality v „pozici sociální práce“, jaké je popsáno výše v kontextu americkém. V prvním období (jednotlivé fáze jsou uvedeny v tabulce 3) se diskurs spirituality na formulování pomoci podílel výraznou měrou. Stejně jako v USA, i v českých zemích začaly církevní instituce poskytovat svoje služby sociální pomoci především v reakci na postup státní správy. Začaly tak vytvářet jakýsi „střední stupeň“, který vznikl „mezi neformální sférou vzájemné pomoci [...] a formální sférou“ (Doležel, 2011:190). Toto první období bylo často označováno jako laická charita, kdy byly v základě rodící se sociální práce přítomny především křesťanské hodnoty a pomoc byla „poskytována v duchu křesťanské lásky“. Diskurs spirituality tak, zdá se, ovlivňoval jak zaměření, tak pojetí pomoci (Jurnečková, 1935:70; Vostřebalová, 1935b). Po něm je možné i v českém kontextu vnímat postupné zvýrazňování diskursu vědeckosti při formování sociální práce. Krátce tuto změnu popisuje Mertl (1938:113): „Sledujeme-li v letmém přehledu vývoj moderní sociální péče, vidíme, jak se během času přetvářela z péče charitativní a filantropické, ideově podložené náboženským světovým názorem jednotlivých křesťanských církví, v dnešní racionalizovanou a systematicky organizovanou veřejnou i soukromou péči o sociálně slabé.“

Na počátku dvacátých let v republice vyrůstá nová profese sociální práce. V roce 1923 vzniká Organizace sociálních pracovníků, která si jako jeden z cílů klade ukotvení sociální práce jako samostatné profese. „Pozice sociální práce“ byla v době této druhé fáze vzájemného vztahu utvářena především sociologickým a medicínským diskursem, tedy diskursem vědeckosti. Ten se podepisoval při formulování role sociální práce a stejně tak metod, které by měly sociální pracovníci využívat (Havlásek, 1939; Jindrák, 1945; Kodymová, 2013, aj.). Postavení diskursu spirituality v „pozici sociální práce“ (z hlediska časopisu Sociální pracovníce) bylo poměrně řídké, a pokud se již spiritualita v textech objevovala, pak ve čtyřech oblastech:

- (1) jako nástroj pro vymezení odbornosti sociální práce,
- (2) jako osobnostní předpoklad a výchovný prvek,
- (3) jako komplikace výkonu sociální práce z důvodu „různice náboženské“ klientů (Vostřebalová, 1935a:62)⁷ a jako
- (4) tendence informovat o sociální práci spojené s církvemi.

Jako nástroj vymezení odbornosti sloužil diskurs spirituality jednak z hlediska historického vymezení. Spirituální diskurs a jeho postavení v sociální práci rozděluje starou a novou formu sociální práce. Stará forma je ona „laická charita“, kdežto nová doba je chápána jako „odborná práce profesionální“. V době staré diskurs spirituality určoval ráz i metody pomoci, v nové době to byl

⁶ Považuji za potřebné přiznat, že většinu zde využitých přímých citací z časopisů Sociální pracovníce i dalších, stejně jako návrh české periodizace, jsem prezentoval v rámci konference Hradecké dny sociální práce v roce 2014. Tím pádem by se měly objevit ve sborníku z konference v textu nazvaném: Zakázala si sociální práce právo na spiritualitu? Přítomný text citace využívá v mírně jiném kontextu a přidávám k nim citace nové.

⁷ Protože se jedná jen o tuto jednu poznámku, resp. citaci, nebude tato funkce diskursu spirituality dále podrobněji rozebírána.



diskurs vědeckosti. Budování nové podoby sociální práce má mít „*vědeckou základnu a nový ráz*“. Těmito obraty je zdůrazňována potřeba jasného předělu mezi starým způsobem pomoci spojeným se spiritualitou a způsobem novým. Při snaze po etablování sociální práce jako profese tak bylo potřeba, z hlediska „*pozice sociální práce*“, zdůraznit vědecké pojetí a tím pádem příslušnost k dalším vědeckým oborům, jako byla sociologie či medicína (Vostřebalová, 1935b:67–69). Kromě tohoto byl diskurs využíván i pro zvýraznění hranice mezi sociální prací a duchovní pomocí, a to i tam, kde působí obě současně, tedy v církevních organizacích. V případě, že se pod střechou jedné organizace potkají sociální pracovníce či pracovníci a duchovní, pak se „*sociální pracovník stará o sociálně slabé*“. Svými aktivitami „*léčí choroby již vypuklé*“, tedy ty sociální problémy, které již klienti či klientky zažívají. Duchovní oproti tomu usiluje „*o prohloubení duchovního života*“ a svou aktivitou, tedy „*náboženskou výchovou svěřenců*“, se snaží předcházet situacím, do nichž následně musí intervenovat sociální pracovníce a pracovníci. Akcent je kladen na aktivity duchovních, protože „*čím lépe chápe duchovní božský řád života, tím více duším může poradit [...] tím menší je pak boj sociálních odborů*“. Tedy čím lepší pracovník je duchovní, tím lepší je život lidí a tím méně práce může mít sociální pracovník. Nicméně v případě nutnosti zásahu sociálního pracovníka je potřeba pomoc stavět na vědeckých základech (Schüllerová, 1937:138). V těchto textech je patrná snaha poukázat na užitečnost spojení diskursu vědeckosti a diskursu spirituality. Záměrem bylo také informovat čtenářky a čtenáře Sociální pracovníce o spektru služeb, které v kontextu sociální práce církevní organizace poskytují. V Sociální pracovníci byl tento záměr přímo popsán jako příslib definovat způsoby sociální práce jednotlivých církví. V tomto ohledu zůstal tento příslib nenaplněn (Amsteinová, 1937; Mildová-Bílková, 1934).

Spirituální diskurs v kontextu časopisu Sociální pracovníce hraje svou roli v profesi především jako morální apel. V tomto případě diskurs spirituality klade na pracovníce požadavek, „*aby nezanedbávala duchovní stránky svého života, neboť musí působit příkladem*“. To, jak pracovníce vystupuje navenek i v kontaktu s klienty a klientkami, by se mělo řídit diskusem spirituality. Ti stejní autoři a autorky, kteří požadují po pracovnících tyto morální kvality, ovšem zároveň jasně poukazují na potřebnost vědeckého základu pomoci (Mildová-Bílková, 1934:115; Svoboda, 1937). I v tomto kontextu je zmínění diskursu spirituality využíváno krom jiného také pro posílení diskursu vědeckosti. Vostřebalová (1935b:68), která se výrazně zasloužila o profesionalizaci sociální práce, v jednom textu cituje slezského mystika Angeluse Silesiuse a tvrdí, že jeho „*slova neplatí jen pro skutky křesťanského milosrdenství, ale podivuhodně vystihují samu podstatu sociální práce vůbec*“. Ve stejném kontextu ovšem zdůrazňuje, že sociální práci není možné dělat bez postavení na „*vážném studium na vědeckém základě*“. Domácí autoři a autorky akcentují spíše ono vědecké pojetí sociální práce. V Sociální pracovníci lze ovšem najít i texty, kdy je diskurs vědeckosti popsán nejen jako jakási mravní základna, ale jako důležitá součást profese. V českém překladu textu Gettinga a Rista (1937:81) se tak čtenářky a čtenáři mohli dočíst, že „*sebe odbornější, metodičtější a vědecktější organizace vykáže jen prostřední výsledky, nebude-li se pracovat v žádoucím duchu a nebudou-li sociální pracovníce mít všechny nezbytné mravní vlastnosti*“. U českých písničích autorů a autorek je diskurs spirituality chápán jako podklad, který nemá přímý vliv na výsledek sociální práce, kdežto u Gerringa a Rista je spiritualita v procesu sociální práce vázána na její výsledek. Pouze v kontextu výchovné práce s dětmi a dospívajícími je spiritualita chápána jako akceptovatelná. V zařízeních pro děti a dospívající byla důležitou součástí práce také mravní a náboženská výchova. Protože v takových zařízeních spolu trávili dospívající a děti hodně času, bylo možné jejich různé konfese vnímat jako dobrý výchozí bod, jak „*vésti k náboženské snášenlivosti a k úctě k přesvědčení druhého*“ (Hošková, 1937:54).

Tabulka 3: Periodizace vztahu spirituality a sociální práce v ČR až ČR

| Fáze | Diskurs spirituality | Diskurs vědeckosti |
|--|--|---|
| FÁZE 1: Spirituální kořeny pomoci (do 1923 ⁸) | pomoc, kterou realizovala církevní společenství, byla vázána na diskurs spirituality | modernita akcentovala racionalitu a na jejím základě byla poskytována péče státní správou vedle sebe tedy koexistovaly různé druhy pomoci v návaznosti na to, kdo je poskytoval |
| FÁZE 2A: Převládnutí diskursu vědeckosti a hledání odbornosti (1923 až 1948) | diskurs spirituality definován jako mimo-stojící v sociální práci spiritualita brána jako osobnostní předpoklad výkonu profese | snaha akcentovat sociální práci na základě medicínského a sociologického (obecně vědeckého) diskursu |
| FÁZE 3: Vyloučení diskursu spirituality a redukce odbornosti (1948 až 1989) | spiritualita s ohledem na komunistické vedení vyloučena z „pozice sociální práce“ | v převládajícím pohledu na svět se očekávalo, že sociální problémy zaniknou – sociální práce jako profese podléhala jiným odborníkům |
| FÁZE 2B: Převládání diskursu vědeckosti a hledání odbornosti (1990 až 2008) | diskurs spirituality je v „pozici sociální práce“ spíše v pozadí, ale objevují se tendence po jejím zvýznamnění | snaha etablovat sociální práci jako profesi a vědeckou disciplínu vede k akcentaci diskursu vědeckosti |
| FÁZE 4: Znovu-objevování zájmu o spiritualitu v sociální práci | diskurs spirituality více zmiňován jako možná a platná součást sociální práce | konstruktivistický pohled umožnil uchopit vědecký diskurs jako jeden z mnoha, které se v sociální práci vyskytují |

Oproti tendenci zdůraznit diskurs vědeckosti a umenšit postavení diskursu spirituality ovšem stojí uchopení sociální péče, pomoci či sociální práce v kontextu charity. Lépe řečeno v kontextu toho, jak charitu definuje Vaško. Doležel (2011:195) shrnuje teze Vaška tak, že „pracovník je spolupracovníkem Božím a tato intence je v charitě rozhodující“. Křesťanství je jasným identifikačním bodem, který odlišuje sociální práci poskytovanou charitativními organizacemi od ostatních. Návaznost na církevní rámec byla pro Vaška (dle Doležela) tak silná, že za jednu ze základních metod sebereflexe považoval modlitbu. Pomocí jejího využití měli pracovníci a pracovnice dosahovat přiměřené míry horlivosti. Odbornost (tedy odkaz k vědeckému diskursu) byla taktéž vyžadována, ale jednotlícím principem byl vztah k Bohu.

Z hlediska „pozice sociální práce“ pak výrazným předělem byl rok 1948, kdy vyšlo pouze první číslo časopisu Sociální pracovnice a kdy po tzv. Vítězném únoru byl časopis z nařízení vyšších míst zrušen – resp. Organizace sociálních pracovníků, která jej vydávala, byla nucena „zastavit samostatnou činnost“ a počátkem března „utvořený akční výbor jednal [...] o zastavení časopisu Sociální pracovnice“

⁸ Datovat přelomování fází je problematické. Jako přelomový beru rok vzniku Organizace sociálních pracovníků, jakkoli se vznik profese sociální práce datuje na našem území o tři až čtyři roky dříve (Kodymová, 2013; Vostřebalová, 1935a, 1935b). Stejně tak to platí pro určení roku 2008. Vycházím zde z členění na úrovni „pozice sociální práce“ a tam se mi jako výrazný přelom jeví právě ono monotematické číslo Sociální práce / Sociálnej práce vyšlé ke konci roku 2008.



(Kodymová, 2013:91). Kromě diskursu spirituality byl i diskurs vědeckosti podřízen ideologii státu. Wolfová (1974:9) například při popisu práce sociální pracovnice s lidmi staršího věku nezmiňuje spiritualitu ani hledání smyslu vůbec, a i když tvrdí, že je sociální práce prací odbornou, zároveň považuje „*činnost sociálního pracovníka v terénu i v ústavech pro staré občany*“ za totožnou. Lze snad říci, že profesionalita byla redukována a zastavena ve vývoji (Špiláčková, 2011).

Navracení spirituality do sociální práce

Zhruba od osmdesátých let minulého století je možné v USA pozorovat postupné navracení diskursu spirituality do pozice sociální práce. Po roce 1995 se pak mluví o vzájemném překročení hranic. Z tohoto pohledu pak pro „pozici sociální práce“ hraje diskurs spirituality významnou roli a obsah „pozice“ je tvořen také jeho kontakty s diskursem spirituality. Aby bylo možné o překračování hranic hovořit, je potřeba, aby byly splněny následující charakteristiky. Diskurs spirituality musí přetrvávat v sociální práci a zároveň musí obdobně vydržet i konkrétní pracovníci a pracovnice, kteří jsou ochotni mapovat přínosy a rizika vnášení spirituality do sociální práce. Diskurs je zdůrazněn fungováním národních asociací, které se věnují jeho zkoumání v sociální práci. Tyto organizace zároveň podporují u pracovníků, ale i v „pozici sociální práce“ inkluzi různých přístupů ke spiritualitě. Spiritualita se má dostávat i do vzdělávání v profesi a v návaznosti na to jsou upravovány etické kodexy, aby oblast spirituality obsahovaly. To vše se pak má projevit na vzrůstajícím počtu odborných publikací věnujících se diskursu spirituality (Canda, 2002b). Onu poslední podmínku je možné ilustrovat počtem článků v databázi EBCSO. Do roku 1980 bylo vydáno 65 článků, v jejichž abstraktech se objevila slova spiritualita a sociální práce. Mezi roky 1981 až 1995 vyšlo článků 105 a od roku 1995 do roku 2014 pak dalších 2540.

V datování je poměrně pěkně vidět rozdíl mezi hledáním odpovědi v kontextu „pozice sociální práce“ a individualizovaných „pojetí“. Zatímco pro první platí výše uvedená data, pro „pojetí“ je možné postupné navracení datovat o zhruba dvacet let dříve. V té době se sociální pracovníci a pracovnice stále častěji potkávali s prezentovaným náboženským a spirituálním obsahem u svých klientů a klientek. Dostávali se tak do situací, ve kterých „*byli vystaveni výzvám poskytnout adekvátní službu lidem s rozličným náboženským vyznáním*“ (Canda, Furman, 2010; Holloway, Moss, 2010:18).

Tento posun se ovšem neodehrával v jakémsi vzduchoprázdnu. Druhá polovina dvacátého století je především na Západě charakteristická změnami v sociální práci, které souvisejí s nastupujícím konstruktivismem a postmoderním pohledem na svět. Právě v osmdesátých letech 20. století docházelo k posunu od pozitivismu ke konstruktivismu a od sekularismu k post-sekulární společnosti. Při tomto posunu postupně, podle některých, přestaly platit jednoznačné pravdy a objevil se prostor pro pluralitní, byť rozdílné a rozporné názory. Na jedné straně to vedlo k opětovnému vnášení diskursu spirituality do profesionální sociální práce, na straně druhé také ke vzniku manažerského diskursu tamtéž (Barrett, 1997; Benn, 2006; Jameson, 1999; Miller, O'Connor, 1999; Rogowski, 2012).

Diskurs spirituality se tak dostává zpět do odborných časopisů či do výuky sociální práce. Jeho stopy je možné najít v procesu posuzování životní situace i v procesu následných intervencí. Jsou rozpracovávány postupy, které umožní sociálním pracovníkům a pracovnícím rozpracovávat s klienty a klientkami jejich spirituální dimenze. K tomu jsou často využívány postupy mající kořeny ve vědecky pojaté diagnostice. Nad spiritualitou se uvažuje jako nad copingovým mechanismem i zdrojem případných potíží v životě klientů a klientek. Stejně tak vznikají návody pro reflexi vlastní spirituality u pracovníků a pracovnic. V kontextu sociální práce vznikají duální programy, které spojují sociální práci a spiritualitu či náboženství. Cíleně tak připravují své absolventy a absolventky na práci se spirituálním rozměrem klientů a klientek. To vše může vést také ke zkoumání, kdy je spiritualita, či také náboženství, zdrojem diskriminace. Obdobně jako se může zkoumat zastoupení žen na určitých pracovních postech s ohledem na jejich celkové zastoupení v populaci, je možné zkoumat procentní zastoupení lidí s určitým vyznáním, či společnými rysy spirituality na určitých



pozicích v porovnání s jejich zastoupením v populaci a ptát se po případném nepoměru a jeho dopadu (Bowpitt, 2000; Hodge, 2002, 2006, 2014; Holloway, Moss, 2010; Northcut, 2005; Russel, 2006; Seinfeld, 2012). Candu (2002b:81) tyto všechny posuny vedly k tezi, že z hlediska diskursu spirituality v sociální práci „*není nutné znovu vynalézt kolo, když už ho lidé znají*“. Důležitost diskursu spirituality v sociální práci dokládá i fakt, že se mezi prvními deseti nejcitovanějšími odbornými články objevila také stať o spirituálním assessmentu (Hodge, Lacasse, Benson, 2012).

V kontextu „pozice sociální práce“ jsou také zdůrazňována rizika, která s sebou vzájemný kladný vztah nese. Neagoe (2013:313) poukazuje na zvýšení nároků, které jsou před sociální pracovníky postaveny. Před tím, aby nevzniklo „*více problémů, než jaké budou* [akceptací spirituality] *vyřešeny*“, by podle autora mělo pomoci především systematické reflektování jak kladných dopadů zapojování spirituality do praxe sociální práce, tak možných komplikací a napětí. To, že je potřeba reflektovat i širší souvislosti, ilustruje na dilematu, jež řešila sociální pracovnice, která na jednu stranu zažívala chuť se společně se svojí klientkou modlit za odpuštění otci a zároveň obavu, jak na takový postup budou reagovat kolegové. Ono výše uvedené pragmatické pojetí spirituality pak může pomoci zůstat s klienty a klientkami tam, kde jsou oni, a ne, kde by je chtěl mít pracovník či pracovnice. Za splnění této podmínky nicméně autor označuje i situaci, kdy pracovník nabídne klientovi spirituální pohled na společně sdílenou situaci. Klient musí zároveň vnímat možnost tento pohled odmítnout.

V českém kontextu se v „pozici sociální práce“ objevuje po politických změnách na konci roku 1989 opět potřeba definovat obsah a rozsah odborné sociální práce. Toto porevoluční období by bylo možné rozlišit, z hlediska vztahu diskursu spirituality a sociální práce, na dvě fáze. První z nich (do roku 2008) navázala na přerušené tendence fáze z let 1923 až 1948, druhá je charakteristická zdůrazněním významu spirituality v sociální práci a hledáním jejího místa v profesi. Mezi lety 1989 až 2008 převládaly texty, které se snažily definovat intervenční místo sociální práce, metody a teorie sociální práce, situace různých cílových skupin, či popisovaly aplikaci vědecko-výzkumných metod do oboru, či se zabývaly standardizací a hodnocením sociální práce a sociálních služeb. „Pozice sociální práce“ byla určována především diskursem vědeckosti. V textech je zároveň patrná snaha etablovat sociální práci jako samostatnou vědní disciplínu (Horák, 2004; Musil, 2002; Navrátil, 2001, 2002, 2003; Rákozczyová, 2003; Límová, 2003 aj.). Nelze ovšem tvrdit, že by zde diskurs spirituality zcela absentoval. První dvě školy, které byly představeny na stránkách časopisu Sociální práce / Sociálna práca, byly VOŠ Jabok a VOŠ Caritas. Tedy školy, které vycházejí z křesťanské spirituality. Lorenz (2007:69) referuje o rozšiřování kontextu sociální práce o další oblasti, „*ba dokonce* [i o oblast] *spirituality*“. V „pozici sociální práce“ se diskurs spirituality objevoval jako:

- (a) výchozí hodnotové podhoubí sociální práce,
- (b) spiritualita jako důležitý rozměr pro klienty a práci s nimi v organizaci,
- (c) jako apel na změnu společnosti,
- (d) jako určení specifického přístupu k práci a klientovi.

Diskurs spirituality je zmiňován jako určité hodnotové podhoubí sociální práce nejen v rámci představení výše uvedených VOŠ. Z hlediska etiky sociální práce o spirituálním diskursu někteří autoři referují, byť jen okrajově a většinou v návaznosti na jiná témata (Borrman, 2004; Navrátil, 2001). Oproti období před rokem 1948 ale již není toto podhoubí prezentováno jako obvyklé či normální nebo očekávatelné. Navíc se objevují texty, které aplikaci diskursu spirituality i v oblasti etiky zpochybňují. Prior (2005) nabízí postavit etická vodítka pro praxi sociálních pracovníků a pracovnic na základě vědecké racionality. V tomto ohledu byl diskurs spirituality zpochybněn i tam, kde před rokem 1948 nebyl. Jakkoliv byla spiritualita zmiňována jako důležitá, či možná důležitá, pro pracovníky a pracovnice, objevily se stejné tendence i směrem ke klientům a klientkám sociální práce (b). Hodnota víry, spirituality a náboženství byla v různých textech mezi lety 2003 až 2008 opakovaně zmiňována ať již pro klienty, či pro pracovníky. O náboženství a spiritualitě je referováno jako o posilujícím prvku, který dokáže pomoci lidem hledat smysl jak v příjemných chvílích, tak



ve chvílích zátěže. Silná spirituální dimenze může být výhodná pro pracovníky a pracovnice především tehdy, pokud se setkají s klienty v mezních životních obdobích. V ostatních případech může být výraznou inspirací pro proces práce s klienty a klientkami. Objevují se i výzkumné studie mapující religiozitu jako určitý osobnostní rys pracovníků a pracovnic v kontextu sociální práce (Dolista, 2005; Opatrný, 2006; Seměšiová, 2003; Ševčíková, 2005). Míra akcentování spirituality je ovšem v textech různá. Smékal (2004:58) poměrně opatrně apeluje na pracovníky tvrzením, že „by se měli otevřít spiritualitě alespoň v ochotě přemýšlet nad tím, co znamená“ pro klienty. O tři roky později Matoušek a Landischová (2007:95) apelují daleko důrazněji, když tvrdí, že i „ten, který se pokládá za agnostika, potřebuje zážitek spirituálního probuzení“. Diskurs spirituality se v „pozici sociální práce“ neobjevuje jen ve vztahu k jednotlivcům. Někteří autoři jej zmiňují v kontextu potřeby společenské změny (c). Haičman (2004) to činí s odkazem na Ježíšův výrok o potřebě odpouštět a s ohledem na to nabádá k tvorbě takových zákonů, které nebudou primárně represivní. Na sklonku této fáze publikoval Musil (2008) text, v němž představuje Filantropické pojetí sociální práce, kdy se pracovníci zaměřují na naplnění potřeb potřebným, přičemž mezi potřeby patří i potřeby duchovní.

V roce 2008 význam diskursu spirituality v „pozici sociální práce“ postupně dále roste. V tomto roce bylo čtvrté číslo časopisu Sociální práce / Sociálnej práce věnováno duchovní dimenzi sociální práce. Domnívám se, že označení monotematického čísla diskursem spirituality může být vnímáno jako znak ukončení období, kdy převažoval především diskurs profesionality. Období po roce 2008 je možné, dle mého, označit jako znovuobjevování zájmu o spiritualitu v „pozici sociální práce“. Autoři se v něm postupně zabývali v určitém ohledu všemi výše uvedenými čtyřmi oblastmi, ve kterých se diskurs spirituality v „pozici sociální práce“ objevoval. Opatrný (2008:89) podotýká, že podle některých respondentů může být víra či spiritualita „posilou“ v tom smyslu, že může pracovníka „motivovat, může mu pomáhat překonávat obtíže, resp. poskytovat vodítko, jak řešit různé situace“. Diskurs spirituality může být vnímán jako podpora odbornosti, tedy diskursu vědeckosti. Vzájemný vztah obou diskursů je popisován jako vztah „formace srdce“ a „odbornosti“, přičemž se zdá, že „formace srdce“ je ztotožňována se spiritualitou a je profilována proti odbornosti. Diskurs spirituality může být chápán jako základní součást práce, pokud se pracovníci a pracovnice obrátí pouze k „formaci srdce“, jakkoliv ale tato možnost není preferována (Křišťan, Musil, 2008:96). Zdůrazněním této tendence byl rok 2011, kdy začal vycházet časopis Caritas et Veritas, zaměřený právě na oblast potkávání spirituality a pomáhajících profesí, včetně sociální práce, který na jednom tištěném poli přináší texty jak teologické, tak z oblasti pomáhajících profesí, tak jejich vzájemného kontaktu. O této vzrůstající důležitosti pak svědčí i kniha Vojtíška, Duška a Motla (2012).

Toto poslední popisované období vztahu diskursu spirituality a diskursu vědeckosti v sociální práci je charakteristické vzrůstajícím počtem statí, které se věnují spiritualitě v různých oblastech sociální práce. Některými je rozvíjena vize akcentace diskursu spirituality do svébytné podoby Filantropického pojetí sociální práce. V některých případech se také hovoří o křesťanské sociální práci⁹, jakkoliv se domnívám, že tím různí autoři a autorky označují totéž. Sociální práce je pak chápána jako zakořeněná ve víře a sociální pracovník svými intervencemi realizuje také „přikázání lásky k bližnímu“ (Havlíková, 2009; Kamiński, 2011:15; Růžičková, Musil, 2009). Fischer a Jandejssek (2010) využívají spiritualitu, kterou výrazně kotví v teologii, především pro účely reflexivní praxe. Naznačují tak, čím by mohl být diskurs spirituality obohacující pro sociální práci, pokud je postavena především na základech reflexivní praxe. Stejně silně se objevuje zdůraznění spirituality pro člověka, ať už je jím klient, či klientka a jejich potřeby (Tomka, Kasanová, 2010; Vontorová, 2013), či zda jsou těmito lidmi dobrovolníci. V prvním případě je potřeba spirituality pojednávána tak automaticky, že by se na základě tohoto textu dalo říci, že je diskurs spirituality v tomto ohledu v sociální práci zabydlen. V případě druhém informují Jirásek a Jirásková (2011)

⁹ Na našem území vznikla Katedra křesťanské sociální práce Cyrilometodějské teologické fakulty UP v roce 2005.



o určitém segmentu dobrovolníků a dobrovolnic, jejichž pomáhající kariéra je silně ovlivněna jejich spiritualitou. Tyto dobrovolníky označují jako dobrovolníky-poutníky. Objevují se také texty, které upozorňují na možné negativní spirituální fenomény v pomáhajících profesích. Kozák a Opatrný (2014) takto uchopují zlo jako fenomén, se kterým se lze potkat v pomáhajících profesích. Stručně řečeno lze říci, že od roku 1990 se postupně diskurs spirituality v „pozici sociální práce“ stabilizuje a je vnímán jako možná součást sociální práce. Takto se ovšem zabydluje především v časopiseckých textech. Texty učebnicového charakteru (např. Matoušek a kol., 2001, Matoušek, Kodymová, Koláčková, 2010) s potenciálním celorepublikovým dopadem (neb jsou často doporučovanou literaturou studijních programů), či později Encyklopedie sociální práce (Matoušek et al., 2013) jej uchopují pouze v kontextu spirituálních a duchovních kořenů sociální práce. Víceméně tak popisují pouze první fázi (Canda, Furman, 2010), či v kontextu české členění fázi jedna.

Závěr

Jak se tedy vyvíjelo postavení diskursu spirituality v sociální práci? Stručně řečeno stál diskurs spirituality v „pozici sociální práce“ především na jejím počátku. Do sociální práce se pak vrací postupně od osmdesátých let minulého století, či v případě českém od roku 1990. První změna postavení diskursu spirituality byla zřejmě dána potřebou definovat sociální práci jako profesní aktivitu postavenou na vědeckých základech. Akceptací spirituality by byla, zřejmě, ohrožena budovaná profesionalita sociální práce jako vědecké i praktické disciplíny. Druhý posun byl zřejmě umožněn postupným přechodem od objektivistického uchopení světa, i vědy, směrem ke konstruktivismu. V „pozici sociální práce“ se pak tato změna projevila možností přítomnosti více diskursů, přičemž jedním z nich byl i diskurs spirituality. Periodizace vztahu diskursu spirituality a diskursu vědeckosti v sociální práci, tak jak ji nabízejí Canda a Furman (2010), ovšem nevyhovuje zcela českému kontextu. Zdá se, že vývoj postavení diskursu spirituality by bylo možné (s výjimkou před-kolonizačního období) popisovat obdobně, jak to činí zmínění autoři, až do roku 1948. Tehdy do vzájemného vztahu mezi spiritualitou a sociální prací zasáhla výrazná změna politická. Přestože k ustoupení doktríny komunismu došlo až po roce 1989, nelze v tomto období ihned mluvit o vzrůstajícím zájmu o diskurs spirituality, který by byl chápán jako vhodný pro sociální práci. V období do roku 2008 se spíše akcentoval diskurs vědeckosti s tendencí profilovat sociální práci jako odbornou disciplínu. Po monotematickém čísle časopisu Sociální práce / Sociální práce v roce 2008 na téma duchovních rozměrů v sociální práci se jeví, že je diskurs spirituality postupně navrácen do „pozice sociální práce“, jakkoliv se nesetkává s všeobecným přijetím.

Zdá se, že pro některé autory a autorky je zapojení spirituality do sociální práce možné a je možné jej zkoumat v kontextu pomoci klientům a klientkám v jejich „reflexivním životním zvládnání“ (Navrátil, 2009:36). Neagoe (2013:316) z anglo-americké perspektivy podotýká, že se zdá „že není žádný dobrý důvod, proč by sociální pracovníci neměli mít volnost volby, zda zahrnout spirituální a náboženské elementy [...] jako část poskytování sociálních služeb v závislosti na tom, jestli jsou tyto elementy vyžadovány klienty a jestli jsou pracovníci kvalifikováni v poskytování spirituální asistence“. V kontextu českém se toto tvrzení zdá být příliš odvážné.

Závěrem je nutné upozornit, že tyto teze platí pro euro-americký kontext a mimo něj své platnosti mohou pozbývat. Příkladem může být situace v Ghaně, kde v kontextu sociální práce působí jak profesionální sociální pracovníci, tak „tradiční aktéři pomoci“ (Avendal, 2011:6) zároveň, přičemž první z nich se opírají o vědecký diskurs, zatímco tradiční aktéři se vztahují ke spirituálnímu a náboženskému rámci. Zdá se, že tyto dva sub-světy koexistují vedle sebe. Stejně tak je potřeba znovu zdůraznit, že jsem hledal odpověď na výše položenou otázku pouze v kontextu „pozice sociální práce“, jež se může výrazně odlišovat od individualizovaných „pojetí sociální práce“, stejně jako od „dělení sociální práce“.



Použité zdroje

- ARNSTEINOVÁ, H. 1937. Židovská sociální péče v Praze. *Sociální pracovnice*, 6 (9), 131–134.
- AVENDAL, Ch. 2011. Social Work in Ghana: Engaging Traditional Actors in Professional Practices. *Journal of Contemporary Social Work* [online]. [2. 2. 2015]. Dostupné z: http://jcs.w.no/local/media/jcsw/docs/jcsw_issue_2011_2_4_article.pdf
- BARRETT, T. 1997. Modernism and Postmodernism: an Overview with Art Examples. In: JUTCHES, J., SUGGS, M. (Eds.). *Art Education: Content and Practice in a Postmodern Era*. Washington: NAEA, 17–30.
- BENN, J. 2006. The Privatization of Social Work: A Deviation or a Logical Progression? *Journal of Student Social Work*, IV(4), 53–59.
- BHAGWAN, R. 2013. Spirituality in Social Work in South Africa: Insight from a Survey with Academics. *International Social Work*, 56(3), 276–289.
- BORRMAN, S. 2004. Od mezinárodních deklarací k praxi sociální práce. *Sociální práce / Sociálna práca*, 3(4), 62–72.
- BOWPITT, G. 2000. Working with Creative Creatures: Towards a Christian Paradigm for Social Work Theory, with Some Practical Implications. *British Journal of Social Work*, 30(3), 349–364.
- BREMMER, M. J., HOMONOFF, E. 2004. Zen and Clinical Social Work: A Spiritual Approach to Practice. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85(2), 261–269.
- CANDA, E. R. 2002a. Spiritually Sensitive Social Work: Key Concepts and Ideals. *Journal of Social Work, Theory and Practice*, 1(1), 1–15.
- CANDA, E. R. 2002b. A World Wide View on Spirituality and Social Work: Reflections from the USA Experience and Suggestions for Internalisation. *Currents: New Scholarships in the Human Services*, 1(1), 1–6.
- CANDA, E. R., FURMAN, L. D. 2010. *Spiritual Diversity in Social Work Practice: The Heart of Helping*. Oxford: Oxford University Press.
- CRISP, B. R. 2008. Social Work and Spirituality in a Secular Society. *Journal of Social Work*, 8(4), 363–375.
- DANIŞ, M. Z., KIRBAÇ, A. 2013. The Historical Development of Social Work Practice with Individual. *Middle-East Journal of Scientific Research*, 14(5), 703–711.
- DAVIS, M. T. 2014. Religious and Non-Religious Components in Substance Abuse Treatment: A Comparative Analysis of Faith-based and Secular Interventions. *Journal of Social Work*, 14(3), 243–259.
- DOLEŽEL, J. 2011. *Teoretické ukotvení církevní sociální práce na pozadí obecných a českých charitativních dějin až po encykliku Deus caritas est: Disertační práce*. Olomouc: UPOL.
- DOLEŽEL, J. 2004. Východiska a cíle charitativně-diakonické práce se seniory. *Sociální práce / Sociálna práca*, 4(3), 90–102.
- DOLISTA, J. 2005. K podpoře důstojnosti člověka v terminálním stadiu. *Sociální práce / Sociálna práca*, 5(3), 100–107.
- FISCHER, O., JANDEJSEK, P. 2010. Teologicko-filosofické vzdělávání jako cesta ke spojení teorie a praxe v sociální práci. *Sociální práce / Sociálna práca*, 9(4), 124–132.
- FOUCAULT, M. 1972. *The Archeology of Knowledge and The Discourse of Language*. New York: Pantheon Books.
- FURNESS, S., GILLIGAN, P. 2010. *Religion, Belief and Social Work: Making a Difference*. Bristol: Policy Press.
- GEE, J. P. 2011. *An Introduction to Discourse Analysis: Theory and Method*. New York, London: Routledge.
- GETTING, G., RIST, E. 1937. Sociální pracovnice v nemocnici. *Sociální pracovnice*, 6(6), 81–83.
- GRAY, M., COATES, J. 2013. Changing Values and Valuing Changes: Toward an Ecospiritual Perspective in Social Work. *International Social Work*, 56(3), 356–368.
- HAIČMAN, O. 2004. Česká protidrogová politika – je důvod k revizi? *Sociální práce / Sociálna práca*, 3(4), 23–25.



- HAVLÁSEK, L. 1939. *Sociální pracovnice v poradnách pro matky*. Brno: Česká zemská péče o mládež.
- HAVLÍKOVÁ, J. 2009. Koexistence rozdílných pojetí sociální práce uvnitř jednoho zařízení. *Sociální práce / Sociálna práca*, 8(3), 59–68.
- HEALY, K. 2005. *Social Work Theories in Context: Creating Frameworks for Practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- HILL, P. C. ET AL. 2000. Conceptualizing Religion and Spirituality: Points of Commonality, Points of Departure. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 30(1), 51–77.
- HODGE, D. R. 2014. Affirming Diversity, Difference, and the Basic Human Rights of Those With Whom We Disagree: A Difficult Task but Worth the Challenge – A Reply to Bolen and Dessel. *Journal of Social Work and Education*, 50(1), 153–163.
- HODGE, D. R. 2006. Advocating for the Forgotten Human Right: Article 18 of the Universal Declaration of Human Rights – Religious Freedom. *International Social Work*, 49(4), 431–443.
- HODGE, D. R. 2002. Equipping Social Workers to Address Spirituality in Practice Settings: A Model Curriculum. *Advances in Social Work*, 3(2), 85–103.
- HODGE, D. R., LACASSE, J. R., BENSON, O. 2012. Influential Publications in Social Work Discourse: The 100 Most Highly Cited Articles in Disciplinary Journals: 2000–2009. *British Journal of Social Work*, 42(4), 765–782.
- HODGE, D. R., MCGREW, Ch. Ch. 2005. Claryfying the Distinction and Connection between Spirituality and Religion. *Social Work and Christianity*, 32(1), 1–25.
- HOLLOWAY, M., MOSS, B. 2010. *Spirituality and Social Work*. New York: Palgrave Macmillan.
- HORÁK, P. 2004. Naplňování standardů kvality sociálních služeb na úřadech práce. *Sociální práce / Sociálna práca*, 3(3), 111–122.
- HOŠKOVÁ, M. 1937. Denní útluky pro školní mládež. *Sociální pracovnice*, 6(4), 51–54.
- JAMESON, F. 1999. *The Cultural Turn: Selected Writings on the Postmodern, 1983–1998*. London: Verso.
- JINDRÁK, J. 1945. Enuresis. *Sociální pracovnice*, 14(6–7), 80.
- JIRÁSEK, I., JIRÁSKOVÁ, M. 2011. Dobrovolník a dobrodinec: paralely sociálního pracovníka a poutníka. *Sociální práce / Sociálna práca*, 10(4), 36–42.
- JØRGENSEN, M., PHILIPS, L. 2002. *Discourse Analysis as Theory and Method*. London: SAGE Publication.
- JURNEČKOVÁ, M. 1935. Úkoly sociální péče v sociální politice. *Sociální pracovnice*, 4(5), 70–72.
- KAMIŃSKI, T. 2011. Křesťanská sociální práce v Polsku, Idea a praxe. *Caritas et Veritas*, 1(1), 14–20.
- KODYMOVÁ, P. 2013. Historie české sociální práce v letech 1918 až 1948. Praha: Karolinum.
- KOZÁK, J., OPATRŇY, M. 2014. Konfrontace pomáhající profese se zem. *Caritas et Veritas*, 3(4), 53–62.
- KŘIŠŤAN, A., MUSIL, L. 2008. Nezodpovězená otázka vztahu „pozorného srdce“ a „odbornosti“ v křesťansky zakotvené praxi sociální práce. *Sociální práce / Sociálna práca*, 7(4), 93–99.
- LEVIN, I. 2009. Discourses Within and About Social Work. *Journal of Comparative Social Work* [online]. [10. 2. 2015]. Dostupné z: http://jcsw.no/local/media/jcsw/docs/jcsw_issue_2009_1_2_article.pdf
- LÍMOVÁ, M. 2003. Je tradiční sociálněvědní výzkum vhodným modelem pro zkoumání v sociální práci? *Sociální práce / Sociálna práca*, 2003, 2(2), 119–128.
- LIPSKY, M. 1980. *Street Level Bureaucracy: Dilemmas of Individual in Public Service*. New York: Russel Sage Foundation.
- LORENZ, W. 2007. Teorie a metody sociální práce v Evropě. *Sociální práce / Sociálna práca*, 6(1), 62–71.
- LUKOFF, D., TURNER, R., LU, F. G. 1993. Transpersonal Psychology Research Review: Psychospiritual Dimensions of Healing. *The Journal of Transpersonal Psychology*, 25(1), 11–28.



- MATOUŠEK, O. A KOL. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O., KODYMOVÁ, P., KOLÁČKOVÁ J. (Eds). 2010. *Sociální práce v praxi*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E. 2007. Příběhy a profesionální pomáhání. *Sociální práce / Sociálna práca*, 6(4), 87–94.
- MATOUŠEK, O. A KOL. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- McDONALD, C. 2006. *Challenging Social Work: The Institutional Context of Practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- MERTL, J. 1938. Sociální práce v dnešním státě. *Sociální pracovnice*, 7(8–9), 113–116.
- MILDOVÁ-BÍLKOVÁ, B. 1934. Sociální práce v církvi československé a v českobratrské církvi evangelické. *Sociální pracovnice*, 3(8), 115–117.
- MILLER, J., O'CONNOR, M. K. 1999. A Model for Constructivist Social Work Practice: The Product of a Clinician–Researcher Dialogue. In: JOKINEN, A., JUHILA, K., PÖSÖ, T. (Eds.). *Constructing Social Work Practice*. Sydney: Ashgate, 238–256.
- MUSIL, L. 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce“. *Sociální práce / Sociálna práca*, 8(2), 60–79.
- MUSIL, L. 2004. *Ráda bych Vám pomohla, ale...* Brno: Marek Zeman.
- MUSIL, L. 2002. Změna klienta a změna prostředí. *Sociální práce / Sociálna práca*, 1(1), 73–86.
- NAVRÁTIL, P. 2009. *Reflexivní využití teorie v procesu posouzení: Problémy posouzení životní situace v pozdně moderní době: habilitační práce*. Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- NAVRÁTIL, P. 2003. Životní situace jako předmět intervence sociálního pracovníka. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2(2), 84–93.
- NAVRÁTIL, P. 2002. Předběžné výsledky ze šetření mezi Romy: Integrace Romů. *Sociální práce / Sociálna práca*, 1(1), 34–56.
- NAVRÁTIL, P. 2001. *Úvod do teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
- NAVRÁTIL, P. 1998. Sociální práce jako sociální konstrukce. *Sociologický časopis*, XXXIV(1), 37–50.
- NEAGOE, A. 2013. Ethical Dilemmas of the Social Work Professional in a (Post-)Secular Society, with Special Reference to the Christian Social Worker. *International Social Work*, 56(3), 310–325.
- NORTH CUT, T. B. 2005. The Role of Religion and Spirituality in Clinical Social Work: Creating a Space for Integration in MSW/MDiv Joint Programs. *Social Work and Divinity*, 24(1/2), 45–54.
- OPATRŇÝ, M. 2008. K čemu může být sociálnímu pracovníkovi dobrá jeho víra? *Sociální práce / Sociálna práca*, 7(4), 85–92.
- OPATRŇÝ, M. 2006. Charita – místo pro lidský život. *Sociální práce / Sociálna práca*, 5(1), 109–118.
- PAYNE, M. 2005. *Modern Social Work Theories*. New York: Palgrave Macmillan.
- PAYNE, M. 2006. *What is Professional Social Work?* Bristol: The Policy Press.
- PRIOR, J. 2005. Etika ctností Alistaira MacIntyry v kontextu praxe sociální péče. *Sociální práce / Sociálna práca*, 4(4), 98–110.
- RÁKOZCYOVÁ, M. 2003. Komunitní sociální práce jako jeden z nástrojů řešení problému sociální exkluze. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2(1), 69–82.
- RICHMOND, M. E. 1922. *What is Social Case Work?* New York: Russell Sage Foundation.
- ROGOWSKI, S. 2012. Social Work with Children and Families: Challenges and Possibilities in the Neo-Liberal World. *British Journal of Social Work*, 42(9), 921–940.
- RUSSEL, R. 2006. Spirituality and Social Work: Current Trends and Future Directions. *Areté*, 30(1), 42–52.
- RŮŽIČKOVÁ, D., MUSIL, L. 2009. Hledají sociální pracovníci kolektivní identitu? *Sociální práce / Sociálna práca*, 8(3), 79–91.
- SAWYER, R. K. A. 2002. Discourse on Discourse: An Archeological History of an Intellectual Concept. *Cultural Studies*, 16(3), 433–456.



- SEINFELD, J. 2012. Spirituality in Social Work Practice. *Clinical Social Work Journal*, 40(2), 240–244.
- SEMĚŠIOVÁ, M. 2003. Hodnotový systém starších lidí. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2(3), 98–105.
- SCHÜLLEROVÁ, R. 1937. Poslání církevních sociálních péčí. *Sociální pracovnice*, 6(9), 138.
- SCOURFIELD, J. ET AL. 2013. Religious Nurture in British Muslim Families: Implications for Social Work. *International Social Work*, 56(3), 326–342.
- SMĚKAL, V. 2004. Možnosti poskytování psychosociální a duchovní opory seniorům v rodině a v zařízení sociální péče. *Sociální práce / Sociálna práca*, 4(2), 50–62.
- STEIN, H. D. 1956. *Jewish Social Work in the United States, 1654–1954*. In: FINE, M. (Eds.). American Jewish Year Book. New York, The American Jewish Committee, 3–97.
- SVOBODA, E. 1937. Traktát o odbornosti. *Sociální pracovnice*, 6(1), 1–5.
- ŠEVČÍKOVÁ, S. 2005. Srovnání kognitivně-behaviorálního přístupu a logoterapie v sociální práci v nástinu terapie drogové závislosti. *Sociální práce / Sociálna práca*, 5(1), 122–133.
- ŠPILÁČKOVÁ, M. 2011. Social Care in Czechoslovakia in the 70s and 80s of the 20th Century. *Czech and Slovak Social Work*, 10(5), 49–59.
- TÁNCOŠ, J., LONGAUER, V. 2003. Sociálna práca jako systém vedeckého poznania. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2(3), 62–70.
- THOMPSON, S., THOMPSON, N. 2008. *The Critically Reflexive Practitioner*. New York: Palgrave Mcmillan.
- TOMKA, M., KASANOVÁ, A. 2010. Modely starostlivosti o zomierajúcich. *Sociální práce / Sociálna práca*, 9(2), 81–90.
- VANDERWOERD, J. R. 2011. Reconsidering Secularization and Recovering Christianity in Social Work History. *Social Work and Christianity*, 38(3), 244–266.
- VOJTÍŠEK, Z., DUŠEK, P., MOTL, J. 2012. *Spiritualita v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- VONTOROVÁ, Z. 2013. The Issue of Senior Self-sufficiency after Hospitalization – A Field for Geriatrics or Social Work. *Czech and Slovak Social Work*, 12(5), 20–32.
- VOSTŘEBALOVÁ, V. 1934. Sociální práce jako povolání. *Sociální pracovnice*, 3(1), 1–3.
- VOSTŘEBALOVÁ, V. 1935a. *Sociální pracovnice v ČSR*. Praha: Organisaace sociálních pracovnic v Praze.
- VOSTŘEBALOVÁ, V. 1935b. O poslání sociální pracovnice. *Sociální pracovnice*, 4(5), 67–70.
- WEST, C., ZIMMERMANN, D. H. 1987. Doing Gender. *Gender and Society*, 1(2), 125–151.
- WEST, C., ZIMMERMANN, D. H. 2009. Accounting for Doing Gender. *Gender and Society*, 23(1), 112–122.
- WOLFOVÁ, M. 1974. Sociální pracovnice v péči o starého občana. In: KOL. AUTORŮ. *Výběr přednášek ze školení sociálních pracovnic a vrchních sester z ústavů sociální péče*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí ČSR, 9–20.



Klinická supervize v gerontologické sociální práci: reflexe praxe v Bulharsku

Clinical Supervision in Gerontological Social Work: Reflections on the Practice in Bulgaria

Ginka Mehandzhiyska

Doc. Ginka Mehandzhiyska, Ph.D.,¹ přednáší na Sofijské univerzitě Klimenta Ochridského v Bulharsku kurzy, jako například Metody sociální práce, Supervize v sociální práci, Gerontologická sociální práce. Zabývá se aplikovanou výzkumnou prací v oblasti metodik sociálních služeb a gerontologické sociální práce. Je členkou Bulharské asociace pro vzdělávání v oblasti sociální práce a také členkou redakční rady bulharského e-časopisu *Sociální práce*.

Abstrakt

V článku jsou sděleny a analyzovány zkušenosti z aktuálního obrazu klinické supervize v gerontologické sociální práci v Bulharsku a její reflexe. Po stručném teoretickém přehledu je komentována klinická kompetence gerontologických sociálních pracovníků a potíže v jejich praxi. V této souvislosti je interpretována specifická podpora, kterou poskytují určité formy a přístupy supervize. Analýza je ilustrována příklady ze supervizních sezení sociálních pracovníků. Podle autorčiných závěrů jsou odborná identita sociálních pracovníků a rozporuplný praktický statut multidisciplinarity těmi hlavními aktuálními problémy, před kterými stojí supervizoři v gerontologické sociální práci v Bulharsku.

Klíčová slova

supervize, gerontologie, sociální práce, multidisciplinarita

Abstract

The article analyzes practical experience and reflections on the current situation of clinical supervision in the gerontological social work in Bulgaria. After a brief theoretical review core clinical competencies and main difficulties in the social workers' practice are commented. The specific support, which certain forms and approaches for supervision provide, is also interpreted in this context. The analysis is illustrated with examples from supervision sessions of social workers. According the conclusions of the author, social workers' professional identity and the controversial status of multidisciplinarity are the most topical and significant problems, which supervisors face in gerontological social work in Bulgaria.

Keywords

supervision, gerontology, social work, multidisciplinarity

¹ Kontakt: Assoc. Prof. Ginka Mehandzhiyska, Ph.D., Department of Social Work, Sofia University „St. Kliment Ohridski“, Bulgaria, 1504 Sofia, 15 Tsar Osvoboditel Blvd; mehandj@abv.bg



Úvod

Supervize v sociální práci se staršími lidmi stojí před výzvou, na jedné straně dodržovat zavedené a osvědčené obecně metodické modely a přístupy a na druhé straně vnikat do specifík a problémů gerontologické praxe. V oblasti sociální práce v Bulharsku, po nemálo letech přikládání výjimečné priority reformám v systému ochrany dětí a péče o ně, se dnes stává čím dál aktuálnější rovněž téma zlepšení sociálních služeb pro seniory. Demografické prognózy logicky naznačují, že pro to, aby vyhověl zvýšeným potřebám *v budoucnu*, musí systém sociální práce vytvořit mechanismy a formy kompetentní a kvalitní obsluhy *už dnes*.

V těchto aktuálních podmínkách narážejí sociální pracovníci v gerontologické oblasti v jistém smyslu na očekávání a požadavky na profesionální chování, na které nebyli připraveni, když začínali pracovat v tomto oboru. Týká se to samozřejmě mladých odborníků, kteří (stejně jako ve všech jiných oblastech) potřebují pokyny a podporu pro svou adaptaci a rozvoj. Totéž se však týká, a to obzvláště výrazně, i sociálních pracovníků, kteří už určitou průpravu a praxi mají – u nich odborné znalosti, dovednosti, dispozice a motivace potřebují jakostní transformaci či reorganizaci, aby byly harmonizovány s tendencemi a se současnými normami odbornosti v sociální práci. Při těchto požadavcích na gerontologickou sociální práci vzniká zcela odůvodněná potřeba, aby byly do funkčního spektra supervize zahrnuty i specifitější potíže v praxi – jde o potíže klinické a metodické povahy, ale propojené s odborně-osobnostními a organizačními aspekty. V tomto smyslu se potřeby odborníků v oblasti gerontologie promítají do seriózních a komplikovaných očekávání vůči *supervizorům*. Tito musí být současně klinickými poradci a školiteli, partneři a kolegy, společníky a experty. Musí poskytovat zpětnou vazbu, informace, pochopení, podporu, konzultace, usměrnění, vedení, dále musí rozšiřovat a zdokonalovat dovednosti a kompetence sociálních pracovníků. Supervizoři v gerontologické oblasti by měli rovněž tak podporovat a orientovat sociální pracovníky v jejich užších odborných rolích a funkcích v podmínkách vedení případů v dynamickém multidisciplinárním prostředí.

V tomto problémovém kontextu budou v článku sděleny a analyzovány zkušenosti a reflexe autorky, které se týkají aktuálního obrazu klinické supervize v gerontologické sociální práci v Bulharsku. V centru výkladu budou spíše sociální pracovníci než klienti.

Cílem analýzy je obsáhnout a interpretovat některé hlubší rozměry fenomenologie procesu supervize v gerontologické sociální práci. Konkrétněji si autorka klade za úkol vyjasnit, jak a nakolik může teoretický rámec supervize v sociální práci objasnit některé problémy specifické pro gerontologickou praxi, jako například zdůvodnění odborné identičnosti gerontologického sociálního pracovníka; jeho specifické potíže a potřeby; význam multifunkčnosti při provádění supervize. Pro dosažení tohoto cíle je použita a nabízí se čtenáři autorčina reflexe vlastní zkušenosti, pozorování a příklady z reálné praxe.

Metodologie a legislativní podmínky studie

V článku jsou sděleny a shrnuty komentáře a hodnocení praktik klinické supervize gerontologické sociální práce v Bulharsku. K těmto názorům a závěrům autorka dospěla pomocí *metody kvalitativních vědeckých výzkumů* (qualitative research methods) – reflexivní analýzy (reflexive analysis) a krátkých ilustračních případových studií (illustrative case study). Metoda „case study“ poskytuje analýze příklady, které autorka začleňuje do svého interpretačního rámce. Ilustrace prostřednictvím reálných případů jsou použity jako doklady, které ukazují na přítomnost pozorovaného problému v aktuální realitě gerontologické sociální práce, jakož i na určité charakteristiky aktuálního profilu a činnosti gerontologických sociálních pracovníků. Předneseny praktikujícími odborníky a následně interpretovány autorkou skrývají ilustrační příklady, pochopitelně, riziko dvojí projekce. Ale taktéž napomáhají k vybudování „živého obrazu“ způsobu, kterým sociální pracovníci prožívají svou práci. Stejněmu cíli slouží i vlastní reflexe autorky pozorování praxe a její zkušenosti z provedených sezení supervize – tímto způsobem autorka sama opouští teoretizaci a nabízí čtenáři „živý“ odraz svých praktických zážitků a zkušeností. Cílem



zvoleného přístupu je odhalit i některé hlubší vrstvy a rozměry fenomenologie procesu supervize. Konkrétněji tímto způsobem výzkumu je možné ze zjištění dosažených supervizí vyvodit výklad a vysvětlení pro charakteristické problémy gerontologické praxe.

Uvedené příklady v textu pochází ze dvou pramenů. **Prvním** je praxe autorky při vedení skupinových supervizních sezení. Jsou to zkušenosti získané s rozdílnou frekvencí v období let 2010–2014 po dohodě s odborníky z praxe v různých městech a obcích v Bulharsku. Sezení pro skupinovou supervizi se provádí i jako součást programů na trénink sociálních pracovníků nebo jako finální moduly školení určitým praktickým dovednostem. V některých případech v podobné skupinové supervizi se účastní jen odborníci z konkrétního zařízení pro služby určené pro starší lidi a v jiných případech smíšenou skupinu tvoří gerontologičtí sociální pracovníci a jejich kolegové z jiných zařízení pro místní (komunální) sociální služby. **Druhým** pramenem příkladů uvedených v analýze jsou supervizní sezení prováděná podle individuálního vědeckého výzkumu autorky věnovaného vypracování modelu pro ohodnocení psychosociálních potřeb starších klientů sociálních služeb. V tomto výzkumu bylo aprobované instrumentarium pro hodnocení použito v 56 případech klientů za účasti 12 sociálních pracovníků. Supervizní sezení byla prováděna během výzkumu jako *souběžná činnost* v období 2013–2014. Každý sociální pracovník prošel nejprve vstupní týmovou supervizí a následně mu byla poskytnuta individuální supervize pro přezkoumání hodnocení případů, na kterých pracoval. Počet individuálních sezení odpovídá počtu klientů. Vstupní supervize měla za úkol synchronizovat počáteční úroveň připravenosti sociálních pracovníků a umožnit jim výběr případů a využít nabídnuté instrumentarium pro hodnocení potřeb klientů. Hlavním cílem individuálních supervizních sezení bylo, aby sociální pracovníci dostali podporu a zpětnou vazbu ohledně svých potíží v práci při sestavování psychosociálních hodnocení. Domluvená tematika sezení však v žádném případě neomezila účastníky, aby ukázali i řadu dalších zkušeností a problémů spojených s klienty a s prací. Tímto způsobem souběžně s hlavním směrem výzkumu (psychosociální hodnocení) se zrodil a vyčlenil velmi zřetelně další směr výzkumu – hlubší průnik do interpretace dodatečně nahromaděného materiálu a problematiky ze supervizních sezení. Na základě tohoto druhého směru je rozvinuta analýza v tomto článku, přičemž byly ilustračně použity příklady z vedené průběžné dokumentace – deník supervizora a zápisy ze supervizních sezení.

Komentované problémy, jakož i interpretace příkladů a teoretické souhrny mohou být lépe pochopeny ve světle konkrétních legislativních základů supervize v gerontologické sociální práci. V Bulharsku je provádění supervize povinné jedině u sociálních služeb pro děti. V gerontologické praxi, jakož i v ostatních oblastech sociální práce je supervize pouze doporučena. Toto je definováno v metodických pokynech Úřadu pro sociální pomoc. Podle doporučení může být supervize individuální, skupinová nebo týmová a je vedena externím nebo interním supervizorem. Interní supervize se provádí v horizontální týmové formě nebo v individuálních sezeních, prováděných psychologem nebo ředitelem. Externí supervize se provádí, když je potřeba a po dohodě s externím expertem.

Stručný profil klinické supervize v gerontologické sociální práci

Klinicky založená gerontologická sociální práce integruje do sebe vědomosti a metodiky, prostřednictvím kterých je realizována pomoc při bio-psycho-sociálních disfunkcích a potřebách starších lidí. V takové praxi je sociální práce vázána velmi úzce jak na zákonitosti stárnutí a na zvláštnosti stáří, tak na fenomény lidského chování, zážitků a mezilidských vztahů. V tomto smyslu vymezuje *klinická supervize* jako své předmětné pole *bezprostřední sledování a podporování sociálních pracovníků a týmů v jejich diagnostické činnosti na jednotlivých případech a v jejich přímé intervenci a interakci s klientem*. Na rozdíl od administrativní supervize jsou v centru jejího rozsahu klient a práce na konkrétním případě. Je soustředěna na aktuální praxi s klienty sociálních pracovníků. V ní mohou být vystopovány všechny tři základní funkce supervize. Podle systematiky A. Kadushina jsou to vzdělávací, podpůrná a řídicí funkce (Kadushin, 2002:19–20).



Ve velmi úzké významové a obsahové souvislosti s předchozím modelem je klasifikace užívána Brigid Proctorovou, která definuje tři základní funkce supervize takto: formující (formativní), obnovující (restaurativní) a normativní (podle Hawkins, Shohet, 1989:41–42; Driscoll, 2007:15 až 16). Obě kategorizace jsou do značné míry shodné. V praxi se funkce realizují integračně a ukazují, jak supervize odpovídá potřebám praktikujících sociálních pracovníků – jsou to potřeby rozvoje pracovních dovedností, potřeby získávání podpory při potížích a potřeby vedení a sdílení odpovědnosti ze strany zkušenějšího experta.

V rámci zkušeností a pozorování autorky, popsaných v předchozím odstavci, je vidno, že účastníci supervize často uvádí potřeby z okruhu podpůrné funkce – jde o žádání poradenské pomoci, specializovaného metodického vedení nebo emocionální či morální podpory při stresu nebo nespokojenosti v práci. Potřeby z dalších dvou funkčních zaměření – výškolení a rozvoje kompetencí nebo zásahu pro přerozdělení rolí a odpovědnosti – jsou méně často hlášeny osobně sociálními pracovníky, ale jsou často pozorovány při supervizi jakožto problémy, jež si reálně vyžadují činy a zásahy.

Podle A. Kadushina je supervize administrativní a klinický proces určený k tomu, aby pomohl praktikujícímu odborníkovi pro dosažení co možná nejlepší služby klienta jak v kvantitativním, tak v kvalitativním ohledu, v souladu s institucionální politikou, s pracovními postupy a v duchu pozitivního kontaktu mezi supervizorem a odborníkem. V supervizi zkušený poradce vede odborný rozvoj supervidovaného tak, aby ten získal potřebné dovednosti a aby se naučil podnikat samostatné úkony pomocí stabilních klinických argumentů a hodnocení. Supervizor pomáhá k utváření uceleného vlastního terapeutického stylu a k udržování tohoto stylu supervidovaným během celého jeho odborného života (Kadushin, 2002:23; Powell, Brodsky, 2004:7).

Od supervizora v gerontologické sociální práci se očekává, že bude orientovat a podporovat odborníky v jejich praxi zároveň v individuálně-osobnostních intervencích, v práci na úrovni blízkého sociálního okolí klienta a v koordinaci a respektování podmínek makroprostředí. To vše rozhodně vyžaduje složitou analýzu faktorů a vztahů. V této souvislosti můžeme nalézt v odborné vědecké literatuře **varování před možnými riziky přílišného „mikro“ či „makro“ odklonu**. Při každém extrému v interpretaci a chápání případu nelze vzít v úvahu kompletně a adekvátně všechny podmínky a faktory; nelze například vidět v jejich dynamice sociální příčiny individuálního problému klienta (Youdin, 2014:3). Skutečně mnohdy lze pozorovat u gerontologických sociálních pracovníků aktivnější zájem a preferování individuálně orientovaných mikro-praktických intervencí. Při supervizi to na jedné straně svědčí o prioritě a hloubce klinického přístupu, avšak na druhé straně odhaluje jistá omezení ve způsobu, kterým sociální pracovník konceptualizuje případ, aniž v úplnosti vystopoval původ klientových problémů a jejich sociální kořeny.

Klinický přístup supervize je zaostrěn na bezprostřední práci sociálního pracovníka na aktuálních případech. Klinická supervize zkoumá, podporuje a usměrňuje poradenské vztahy, klinické hodnocení, přístupy a metody intervence, dovednosti odborníků. Podstatným aspektem klinické supervize je i její pozornost k odborně-osobnostním zvláštnostem supervizanta a k jejich účinku na pracovní proces a na klienta. Ovšem k úzce klinickým aspektům supervize v gerontologické sociální práci se nezbytně přidávají i její administrativní komponenty – zajištění účinné organizace procesu služby a plnění úkolů, vedené dokumentace a vykazování případové práce, zabezpečování plynulosti a kontinuity péče, hodnocení plnění (Powell, Brodsky, 2004:4). Diferenciace nebo slučování klinických a administrativních rolí a funkcí supervizora někdy přináší v praxi dilemata a rozpory. Východiskem z nich je vymezení *vnější supervize*, prováděné nezávislým odborníkem a mající spíše klinicko-konzultační povahu, a *vnitřní supervize*, vedené především přímým vedoucím administrativní strany práce s klienty. **Ve specializované klinické supervizi je dále nutné slučovat současně funkční pole sociální práce s gerontologickou konceptualizací případů.**

Klinická supervize v gerontologické oblasti se soustřeďuje na podporování sociálních pracovníků v chápání světa a zážitků klientů; rozvíjení citlivosti k psychosociálním zvláštnostem stáří a k důsledkům stárnutí; usměrnění specifické empatie vůči starším klientům – racionální, založené



na odborném modelu vztahů s klientem, a zároveň citově-podporující a pečující o zranitelného staršího člověka. Tudiž v koncepčních základech supervize v gerontologické sociální práci je důležitá nejen vědecká teorie, ale i hodnotový vztah sociálních pracovníků a supervizorů k stárnutí a stáří.

Potřeby starších lidí a výzva pro kompetence sociálních pracovníků

Mezi charakteristické problémy starších lidí, se kterými se potýkají sociální pracovníci v této oblasti, patří především zhoršení kvality života; řada porušení zdravotního statutu; ztráta sociální a funkční autonomie a závislost na cizí péči; izolace, pocit opuštěnosti a potřeba kontaktů a důvěrné blízkosti; kvalita kontaktů klienta v sociálním prostředí; potřeby osobnosti na konci životní dráhy atd. Druhotné zhoršení psychosociálního fungování se rozvíjí obzvláště intenzivně při pohybových poruchách, při syndromu demence nebo při dlouhodobé depresi. Jak vidno, problémy mají rozmanitou povahu a vyžadují od praktikujících sociálních pracovníků bohaté a specializované kompetence.

V posledních letech je v Bulharsku zřejmá tendence nárůstu kapacity sociálních služeb pro starší lidi paralelně s nárůstem podílu této věkové skupiny v obyvatelstvu. Současně však jsou velmi omezené formy specializované a profilované praktické přípravy, odborného zdokonalování a odborné supervize v tomto úseku, kde jsou služby a péče poskytovány především obcemi, ale stále častěji i nevládními organizacemi. Viděna v této své podobě, vykazuje praxe gerontologické sociální práce značnou potřebu takových forem supervize, které by dopomohly k rozvoji specializované přípravy s klinickým profilem, ovládnání specifických odborných dovedností, odbornému rozvoji a zdokonalení, seznamování s novinkami v teorii, metodice a praxi gerontologické sociální práce, překonání metodických těžkostí v práci.

V tomto smyslu použití specializované supervize v gerontologické sociální práci znamená:

- Předmět supervize a obsah supervizních sezení se musí zabývat problémy stárnutí a stáří z hlediska prostředků pro podporu sociální práce.
- Konceptualizace případů v supervizních sezeních musí navádět k stanoveným teoretickým přístupům v sociální práci a teoriím o stárnutí a stáří.
- Supervizoři musí podporovat sociální pracovníky, aby interpretovali, hodnotili a plánovali, opírajíce se o zákonitosti stárnutí a stáří.
- Při probírání případů během supervize musí být diskutovány a zohledněny pro starobu specifické způsoby projevu a průběhy určitých procesů, poruchy, psychosociální problémy, zážitky stavy a další.
- Supervize v gerontologické sociální práci musí vždy udržovat orientaci nejen na problémy a deficit stáří, ale i na možnosti změny, sociální aktivity, sociální adaptaci, sociální a funkční autonomii klientů.
- Supervizoři musí u sociálních pracovníků podporovat rozšiřování a prohlubování pochopení stárnutí a stáří; reality, omezení, ale i možnosti na konci života; a také nalezení individuality a neopakovatelnosti každého klienta navzdory mýtům o stáří.
- Supervize musí nasměrovat sociální pracovníky, aby mohli pracovat v multidisciplinárním prostředí, aniž by opouštěli funkce sociální práce – aby pracovali na problémech stárnutí a stáří metodami své profese.

Několik základních bodů zdůvodňuje potřebu specializované supervize, zaměřené těsněji na odborné potřeby a problémy v oblasti sociálních služeb pro starší lidi:

- V praxi jsou sociální služby, podpora, péče, činnosti se staršími osobami realizovány **multidisciplinárně v souladu s komplexní povahou problémů a potřeb klientů**. Toto staví před supervizi úkol regulovat funkční součinnost, ale i diferenciaci mezi různými odborníky a jejich intervencí.
- V oblasti sociální péče a sociálních služeb pro lidi třetího věku je zapotřebí vědecké argumentace **specifických funkcí a odborných interakcí sociálních pracovníků v multidisciplinárním**



pracovním prostředí. Z toho logicky vyplývá také význam organizačních podmínek, organizačního prostředí, normativních a řídicích skutečností v praktické gerontologické sociální práci.

- Ve vzdělávací etapě je specializovaná příprava ke gerontologické sociální práci nedostačující nebo se vůbec nenabízí takové ucelené specializované vzdělání.
- Jak studenti, tak mladí sociální pracovníci a také i ti, kdo mají určité zkušenosti, ale v jiných sférách sociální práce, potřebují supervizi úzce vázanou na specifické potíže, doprovázející praxi služeb, péče, styků, odborné podpory pro lidi třetího věku.

V této fázi je supervize v gerontologické sociální práci – z hlediska potřeb a praxe – ve značné míře ovlivněna kvalitou přípravy sociálních pracovníků; fází vzdělání na cestě za praxí; zájmem a motivací odborníků, kteří se rozhodli pro tuto oblast. Deficit specializované gerontologické přípravy zanechává u mladých sociálních pracovníků hodně otevřených otázek a potřeb – informace, vysvětlující modely, zvládnání specifických technik a způsobů práce. Supervizoři se setkávají s těmito potřebami, a přesto, že udávají směr a podporu v určitých případech, nemohou plně nahradit deficit ve vzdělávání. V tomto smyslu jsou nutné jiné formy, které by odpovídaly potřebám výuky specifických dovedností pro práci se staršími lidmi.

A se vši pravděpodobností budou specializované gerontologické kompetence čím dál cennější – sociální pracovníci v zařízeních a služby pro starší lidi budou potřebovat odborné vědomosti o zákonitostech stárnutí, pomocí kterých by byli mnohem více jistí ve svých hodnoceních a intervencích.

Klinické kompetence a gerontologická specializace

Obzvláště silná je potřeba pravidelné a produktivní supervize v úsecích, kde mají sociální pracovníci co do činění se složitějšími případy těžkých porušení bio-psycho-sociálního fungování, jež od nich vyžadují klinické kompetence. Jak můžeme vidět v dokumentech Národní asociace sociálních pracovníků Spojených států (NASW), „*klinická sociální práce se staršími lidmi*“ často zahrnuje širokou paletu funkcí. Bez ohledu na to, v jakém sociálním zařízení v gerontologické oblasti působí, musí být klinický sociální pracovník obeznámen s těmi nejnovějšími průzkumy a s těmi nejlepšími praxemi ve svém oboru. Kliničtí sociální pracovníci musí znát existující formální a neformální systémy sociální podpory a zabezpečovat přístup k jejich zdrojům pro své klienty. Aby účinně hájil a podporoval své klienty, musí klinický sociální pracovník znát stávající politiku služeb v gerontologické oblasti a být schopen spojovat klienty s přístupnými službami, založenými ve společenství.“ Podle standardů NASW „vyžaduje klinická praxe v sociální práci se staršími lidmi ještě širší znalosti o hodnocení a intervencích, týkajících se individuálních potřeb klientů, vyplývajících ze změn v těchto třech základních oblastech: biologického, psychologického a sociálního fungování. Odborné znalosti a zkušenosti jsou potřebné ke zvládnutí specifických výzev procesu stárnutí, a to tak, že bude podpořeno sebeurčení klienta při rozhodování, jež prospívají jeho nezávislosti, samostatnosti a důstojnosti. Všichni gerontologičtí sociální pracovníci musí být dobře informováni o procesu stárnutí a o různorodých otázkách, před kterými stojí starší lidé a jejich příbuzní“ (Clinical Social Worker In Gerontology, NASW).

Můžeme očekávat, že v Bulharsku díky zdokonalení dlouhodobé péče jakožto koncepce a jakožto praxe by měly být zřetelněji vymezeny pozice a funkce i gerontologického sociálního pracovníka. Stejně tak, v souvislosti s nutností odborného vzdělání a rozvoje v oblasti specializované péče u konce života, se témata podpory ze strany blízkých lidí, sledování a řízení zdravotních symptomů, umírání a smrti (Prince, Prina, Guerchet, 2013:37–38) vlastně proměňují v potřeby adresované supervizorům. Ale například v sektoru hospicových služeb, paliativní péče a domů pro starší lidi s demencí *nemají sociálně a psychosociálně orientované intervence bluboké kořeny*. Často samotná organizace práce a management služby jim nepřikládají prioritní význam, a proto zůstávají v pozadí lékařské péče. Takto dokonce pokud jsou v průběhu univerzitního praktického vzdělání nebo



v sektoru pokračujícího vzdělání a doplňkové kvalifikace praktikujících sociálních pracovníků tyto kompetence vytvářeny a zdokonalovány supervizí, v přímé praxi výše vyjmenovaných sektorů chybějí kontinuita a tradice formování společenství pokročilých odborníků v oblasti gerontologické sociální práce.

Je zajímavé komentovat i otázky metodické kompetence. Nabízím několik příkladů, které poukazují, ve kterých oblastech kompetencí mají gerontologičtí sociální pracovníci metodologické potíže:

- V oblasti kontaktů a komunikace s klienty – potíže s nalezením vyváženého odborného stylu komunikace, který by neměl být ani příliš familiární, ani přehnaně věcný a úřední.
- V oblasti schopnosti hodnocení a plánování – potíže s propojením hodnocení a plánu do jednotné koncepce a logiky a s vybudováním formulace k případu (case formulation); potíže se zajištěním zdrojů pro pokrytí všech definovaných potřeb – tato potíž je v menší míře způsobena nedostatkem kompetence, z větší míry jsou příčinou nedostatky organizace a řízení.
- V oblasti intervencí – někteří sociální pracovníci mají potíže s vedením interview nebo individuálního sezení strukturovaně a v odborném kontextu, za použití odborné techniky; v případech stresu, krize, ztráty, traumatu někteří sociální pracovníci zjišťují, že používají svoji životní zkušenost místo odborné techniky a postupů pro podporu.
- Zejména v oblasti schopnosti skupinových intervencí – někdy je patrná nedostatečná nebo chybějící metodická připravenost sociálních pracovníků pro provádění skupinových činností s klienty (vypracování programu, vedení skupiny apod.) nebo v samotném sociálním zařízení (dům nebo denní středisko) se neprovádí strukturovaná sociální práce v malých skupinách (skupinová terapie, skupiny pro sociální podporu, autobiografické skupiny a další). V obou případech, i kdyby byla správně ohodnocena potřeba klienta, pokud případy vyžadují skupinovou intervenci, sociální pracovník není schopen zajistit v plánu to, co je potřebné.

Je to pouze několik příkladů, které však doplňují obraz otázek a potíží, které sociální pracovníci sdělují při supervizních sezeních ohledně své práce na případech v praxi.

Kromě toho jsou v Bulharsku vnitřní specializace a diferenciací kompetencí a profilů sociálních pracovníků praktikujících se staršími lidmi stále ještě slabě zastoupeny a nedostatečné. Proto někdy bývají sociální pracovníci s velmi dobrou přípravou ve směru „sociální práce obecného profilu“ a se zkušenostmi v práci se staršími lidmi zmatení a mají potíže s orientací při hodnocení nebo s plánováním a podnikáním intervencí ve složitých případech – například při demenci, depresi, hluboké desadaptaci, kognitivních poruchách atd. Znamená to, že bychom mohli očekávat znatelný rozvoj praxe v tomto specifickém směru v Bulharsku už v blízké budoucnosti. Klinický sociální pracovník s gerontologickou specializací je stále ještě mimořádně vzácný, ale i velmi cenný. A jak je tomu obvyklé, *v případě deficitu přípravy a dovedností se zvyšuje potřeba supervize*. Na této etapě nedostatek klinických sociálních pracovníků s gerontologickou specializací je kompenzován v praktické sociální práci použitím expertní pomoci nebo supervize ze strany gerontopsychiatrů a klinických psychologů.

Klinická beznaděj a útek do multidisciplinarity

Zdá se, že sociální pracovníci více než jejich kolegové z pomáhajících profesí zažívají pocit beznaděje ve své práci. Jednu z příčin vidím v komplexním přístupu v sociální práci. Přestože je stvrzen tradicemi a nepochybnou hodnotou, neumožňuje sociálním pracovníkům, aby se izolovali od rozmanitosti potřeb a od nezvratnosti problémů v té či oné oblasti fungování staršího klienta. Pokud se lékař stará o zdravotní problémy klienta, psycholog o psychické atd., tak komplexně praktikující gerontologický sociální pracovník je vždy angažovaný a odpovědný současně za všechny aspekty statutu klienta – sociální, psychosociální, lékařsko-sociální, sociálně-kulturní, materiální, komunální. Ve svých přímých intervencích, kdy vstupuje do specifických vztahů se staršími klienty, naráží takový pracovník na neúprosnost konce lidského života. Obzvlášť emocionálně zatěžující je



praxe s terminálně nemocnými, s lidmi v hlubokém stáří, u konce jejich životní dráhy, s osaměle žijícími lidmi v těžkém fyzickém stavu – bezmocnými a zranitelnými kvůli opuštěnosti, izolaci, poruchám mobility, demenci nebo depresi.

Zda multidisciplinární přístup a týmová práce pomáhají sociálním pracovníkům překonávat snadněji tyto potíže? **Multidisciplinarita** je obzvláště mocně přítomná v obraze supervize v gerontologické sociální práci v Bulharsku. Je to nejvíce vidět u lokálních **sociálních služeb rezidenčního typu**, kde každodenně a společně fungují týmy sociálních pracovníků, psychologů, pracovních terapeutů, rehabilitátorů, ošetrovatelek a nekvalifikovaného pečujícího personálu. Větší domy pro seniory doplňují své týmy rovněž gerontopsychiatry, dietology a jinými lékařskými odborníky. Okolnost, že tito odborníci pracují spolu v jednom místě, poskytuje možnost vysokého stupně sladění, synchronie a koordinovanosti hodnocení, rozhodnutí a činů v běžném provozu a v obvyklých pracovních sezeních na projednání a probrání aktuálních případů. Koneckonců každodenní týmová forma práce do jisté míry nahrazuje jednotlivé funkce supervize. Praxe v **denních centrech** pro seniory je blízká rezidenční péči, přinejmenším co se týče personálu, jeho struktury a možností každodenní součinnosti. Na rozdíl od rezidenčních služeb a denních center však v praxi **domácí péče** očekávají sociální pracovníci mnohem více od týmové supervize. Personál v tomto sektoru není až tak rozmanitý, sociální pracovník je více **sám** při organizaci péče a omezení spoléhá na přímou komunikaci s kolegy a na podporu odborníků z jiných disciplín. Nutno poznamenat, že v menších rajonech a obcích jsou v jednotkách, jež poskytují domácí péči, profily týmu zcela zúžené a slabě multidisciplinární. Zde se případně pořádání **týmových shromáždění o supervizi** stává terénem pro pokrok při zpracování hodnocení a plánů nebo při jejich aktualizaci. Neatraktivnější však v tomto sektoru je **skupinová forma supervize**, která ruší uzavřenost a **profesní „osamělost“ sociálního pracovníka**. Skupinová supervize umožňuje rozšíření styků s odborníky z jiných úřadů a oblastí a navíc přináší mnohem více multidisciplinaritu zorných úhlů a kompetencí do diskusí o individuálních případech a odborných problémech na skupinových sezeních.

Ozřejmíme výše uvedené úvahy příklady, ve značné míře reprezentativními pro problémy a profil gerontologického sociálního pracovníka – takového, jakého jej nám ukazují některá supervizní sezení z autorčiny praxe:

• Individuální supervize v domě pro seniory se sociálním pracovníkem – zkušeným odborníkem, který pracoval delší dobu v této oblasti. Ve stylu a způsobu, kterým předvádí své případy, výrazně převládají lékařské historie a lékařské popisy – jako by on sám dezertoval ze svého specifického profesního pole sociálního pracovníka. Zároveň je však supervidovaný odborník velmi dotčen a frustrován neustálým zasahováním ošetrovatelek do své práce s klienty, tak jak na jeho pracovišti mají ony nepopíratelnou autoritu. Sociální pracovník si stěžuje a má dojem, že je v nerovnoprávném postavení mezi zdravotnickým personálem.

Asi je všeobecně rozšířen názor, že v gerontologické oblasti má kterýkoliv zdravotnický pracovník prioritu, všemu rozumí nejlépe a má právo na dominantní úsudek o čemkoliv. Bohužel má tento mylný názor zdravé kořeny. Někdy je dokonce zastáván (vědomě či ne) samotnými sociálními pracovníky a opírá se o přesvědčení, že stáří je nemocí a že každý klient senior má především zdravotní potřeby. Východiskem z toho je specializovaná příprava pro gerontologickou práci, zvýšení profesionality, důraz na funkce sociální podpory a na psychosociální orientaci sociálních pracovníků, včetně pomoci supervize.

• Individuální supervize s gerontologickým sociálním pracovníkem. Na všech sezeních ukazuje zajímavé kompetence tím, že dělá prohloubené a podložené psychologické charakteristiky svých klientů. Vzbuzuje dojem sebejistého, přesvědčeného, a dokonce jaksi „sebeurčeného“ ve své psychologické kompetenci. Svě užší funkce sociálního pracovníka také zvládá dobře, ale zároveň se zdá, že se slabě ztotožňuje právě s těmito funkcemi, nebo že v nich prostě nenachází zvláštní zdroj odborného sebevědomí.



V tomto příkladu jakoby nacházíme další „útěk“ – z čeho vlastně? Ze své vlastní odborné identity?

• *Individuální supervize v domě pro seniory – sociální pracovník s lékařským vzděláním a s dodatečnou kvalifikací pro sociální práci. Klade supervizorovi především otázky ohledně vedení dokumentace. Nesvěřuje se s potížemi u témat, jako jsou například vztahy s klienty, diagnostické problémy nebo metodika intervencí. „Utíká“ od těchto témat.*

Vypadá to jako možný odpor a pokus zachovat si relativní pohodlí a status quo.

• *Týmová supervize se sociálními pracovníky v denním centru pro sociální práci se seniory. Je očividná jejich předchozí příprava k případům, které předkládají k probírání na sezení. Informace je strukturována, otázky sledují důsledně a striktně úřední pokyny a formuláře pro zpracování psychosociálního hodnocení a individuálního plánu. Podpora ze strany supervizora je očekávána, aby byla porovnána některá rozhodnutí a aby byly zvoleny úkony v aktualizaci plánu – jako například dodatečná opatření a péče o klientku, která jeví jasné příznaky deprese po mozkové mrtvici.*

Do tohoto sezení nebylo zařazeno téma zážitků ani téma vztahů s klienty. Sociální pracovníci nejsou schopni takové téma probírat. Zanechávají dojem, že prostě nemají ani zážitky, ani dojmy. Zanechávají však také dojem, že v této denní sociální službě nacházejí senioři hodně z toho, co potřebují. A seznam čekajících na přijetí není nijak krátký.

• *Sezení skupinové supervize. Probírá se případ, ve kterém příbuzní zneužívají důchodu starší ženy, chovají se k ní hrubě a přehlížejí její potřeby. Podle prezentace sociálního pracovníka klientka trpí mlčky, ale je závislá, bezmocná a odmítá podniknout úkony proti členům své rodiny – je to její právo, rozhodnout se, zda podá oficiálně stížnost, nebo ne.*

Vyprávění sociálního pracovníka z tohoto příkladu bylo plné empatie, a dokonce hněvu kvůli bezmocnosti odborníků způsobené chováním klientky – odborníci prožívají spolu s ženou bolest a pocit křivdy, aniž mohou zasáhnout. Tyto pocity se promítají do všech členů skupiny a nezbytně i do supervizora, který sezení vede. Empatický vztah sociálního pracovníka ke klientce provokuje identifikaci a reciproční empatický vztah k němu samotnému ze strany kolegů a supervizora. Situace zřejmě aktivuje mechanismy tzv. „paralelního procesu“ (Williams, 1997:426, 430) a pak se supervizní sezení mění v „terapii terapie“ nebo v „metaterapii“ ve smyslu pojednání G. Abroms (podle Powell, Brodsky, 2004:5). V obdobné situaci však více než kdykoli jindy musí zůstat supervizní prostor nedotknutelným a posvátným místem, kde se supervidovanému sociálnímu pracovníkovi dostane podpory, aby povyrosl osobnostně a odborně (tamtéž, s. 6) a pozvedl se nad citové zkoušky profese.

Volné vyprávění, supervizorem neřízený popis případů – právě tento přístup obvykle odhaluje v největší míře pocity sociálního pracovníka a jeho vnímání obrazu případu. V gerontologické praxi sociální pracovníci jaksi automaticky začínají prezentaci svých případů lékařským obrazem a zdravotním statutem konzumentů svých služeb. Při přechodu od faktografie k formulaci vysvětlení, kauzality a klíčových potřeb se už velmi zřetelně rýsuje omezení takové jednostranné a pouze lékařsky akcentované interpretace. V důsledku toho nemůže sociální pracovník přesně vymezit *své specializované odborné úkoly* na konkrétním případě. Jde o úkoly, jež se týkají *sociálního* a bio-psycho-*sociálního* fungování a blahobytu klienta. Tytéž úkoly by udržovaly odbornou specializaci, odbornou identitu, odbornou suverenitu a autoritu gerontologického sociálního pracovníka. V praxi se tedy stává, že při svém „úteku“ k multidisciplinarnitě opouští gerontologický sociální pracovník svou specifickou odbornou identitu.



Zásadně se v gerontologické praxi vyskytují tři přístupy pro řízení supervize, zformulované Pat Huntovou:

- Supervize soustředěná na *případ* – při tomto přístupu supervizor a sociální pracovník projednávají vnější aspekty případu – informace, fakta, události, obsah.
- Supervize soustředěná na *sociálního pracovníka* – důraz je kladen na chování, zážitky, postoj sociálního pracovníka.
- *Interaktivně orientovaná* supervize – důraz je kladen jak na interakci sociální pracovník – klient, tak na součinnost v rámci samotné supervize (Hawkins, Shohet, 1989:72).

Často v supervizních sezeních jeví gerontologičtí sociální pracovníci sklon „utíkat“ do *bezpečného teritoria popisu případu* (to je další druh útěku). Jde o *první přístup*. Zde účastníci supervize probírají podrobně fakta, rozvíjejí zevrubně životní příběh klienta, zastavují se u jednotlivých událostí z jeho životopisu, popisují jeho stav, zvláštnosti jeho chování, uvádějí problematické body z obsahu své práce nebo z vedení evidence, atd. *Ten druhý z citovaných přístupů* proniká do zážitků nebo do vysvětlení cesty, kterou vybudoval sociální pracovník svou koncepcí případu – jsou to ovšem oblasti s vysokým koeficientem odporu či nejistoty. Proto v takových situacích právě interaktivní vedení supervize umožňuje *integrační přístup*. Při něm si supervizor nejdříve získává přízeň a důvěru sociálního pracovníka tím, že vyslechne témata a otázky, které ten klade. V průběhu sezení se dělá přechod ke conceptualizaci a interpretaci a zároveň se modelují podporující vztahy, povzbuzuje se rozvoj kompetencí a rozšíření chápání případu sociálním pracovníkem. Touto cestou někdy vznikají mimořádně produktivní supervizní sezení, v nichž jsou *didaktický a terapeutický prvek* zbilancovány a zharmonizovány.

Závěr

Článek podává přehled některých nejzřetelnějších zvláštností a problémů klinické supervize v oblasti gerontologických sociálních služeb v Bulharsku. První ze závěrů, ke kterým nás přivedla analýza, má povahu hodnotového poselství. V duchu chápání, že *schopnost supervizorů vážit si současně člověka a rozvíjejícího se odborníka dělá ze supervize „lidský zážitek“* (Cousins, 2004:178), je nutné podotknout, jak důležitá je dnes pro gerontologické sociální pracovníky taková filosofie – ti očekávají od svých supervizorů a vedoucích hodně porozumění a podpory pro svůj růst v odborné specializaci a misi.

Druhý závěr ukazuje na jeden z nejcitlivějších bodů, ve kterém se funkce klinické supervize kříží s realitou gerontologické sociální práce. Vychází najevo, že v oblastech kompetence, kde postrádají dostatek připravenosti, zkušeností a úzké specializace, spoléhají gerontologičtí sociální pracovníci na pomoc ze strany supervizora. V takových situacích je supervize často poskytována odborníky z oblasti odlišné od oblasti sociální práce – klinickými psychology, gerontopsychiatry, odborníky z oblasti lékařství a zdravotnictví. Taková interdisciplinární supervize však pouze doplňuje kompetence sociálního pracovníka, přidává jím encyklopedičnost, zlepšuje kvalitu diagnostiky a psychosociálních intervencí, *avšak jej nerozvíjí. Neobohacuje, obzvláště kvalitativně, jeho úzce specializované dovednosti pro sociální práci a konkrétněji jeho metodické dovednosti* – k vedení případu, ke zpracování hodnocení a individuálních plánů, k sociální podpoře.

Tak jak mají jiní odborníci z „rodiny“ gerontologie (gerontopsychologové, gerontopsychiatři, geriatři, gerontologické ošetrovatelky) větší náskok co do zkušeností a odbornosti, sociální pracovníci pracují častěji se supervizory z jejich prostředí. Určitě je obtížnější sehnat kvalifikované a kompetentní odborníky právě z oboru gerontologické sociální práce, kteří by poskytovali sociálním pracovníkům supervizi šitou na míru úzce specifickým úkolům, povinnostem a potížím tohoto povolání. Navíc samotní supervizoři také potřebují odbornou podporu a supervizi, aby rozeznávali a chápali zřetelněji potřeby, vnitřní odpor a úskalí supervizantů.

Na jedné straně je multidisciplinarita v praktických intervencích a v supervizi přirozeně faktorem pro rozvoj profesionality gerontologických sociálních pracovníků. Na druhé straně však ta samá



multidisciplinarity v relaci supervizor – sociální pracovník může pozastavit rozvoj sociálního pracovníka jakožto odborníka, který podporuje sociální fungování klientů a poskytuje jim sociální podporu. Máme tedy co do činění se dvěma konstatováními, odhalujícími stále ještě rozporuplnou roli multidisciplinarity v gerontologických sociálních službách v Bulharsku. Tyto dvě polohy se vylučují navzájem, avšak **nalezení jejich rovnováhy** určitě upevní statut a **odbornou identitu sociálního pracovníka v gerontologické praxi**. Velký význam pro dosažení této rovnováhy by měl i rozvoj odborné přípravy gerontologických sociálních pracovníků. Závěry rozhodně podporují také doporučení, aby byli kvalifikovaní kliničtí sociální pracovníci s gerontologickou specializací a se stáží v gerontologické praxi podporováni vhodnými profesními stimuly a formami pokračujícího vzdělávání a zvyšování kvalifikace tak, aby dostali patřičnou přípravu i jako supervizoři pro začínající mladé odborníky.

Použité zdroje

- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS. 2002. *Clinical Social Worker in Gerontology* [online]. Washington: NASW. [10. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.socialworkers.org/credentials/applications/csw-g.pdf>
- COUSINS, C. 2004. Becoming a Social Work Supervisor: A Significant Role Transition. *Australian Social Work*, (57)2, 175–185.
- DRISCOLL, J., J. O'SULLIVAN. 2007. The Place of Clinical Supervision in Modern Healthcare. In: DRISCOLL, J. (Ed.). *Practising Clinical Supervision: A Reflective Approach for Healthcare Professionals*. Edinburgh: Bailliere Tindall, Elsevier, 3–26.
- HAWKINS, P., R. SHOHET. 1989. *Supervision in the Helping Professions: An Individual, Group and Organizational Approach*. Milton Keynes: Open University Press.
- KADUSHIN, A., D. HARKNESS. 2002. *Supervision in Social Work*. New York: Columbia University Press.
- POWELL, D. J., A. BRODSKY. 2004. *Clinical Supervision in Alcohol and Drug Abuse Counseling: Principles, Models, Methods*. San Francisco: Jossey-Bass.
- PRINCE, M., M. PRINA, M. GUERCHET. 2013. *World Alzheimer Report 2013. Journey of Caring. An Analysis of Long-term Care for Dementia. Global Observatory for Ageing and Dementia Care* [online]. London: Health Service and Population Research Department, King's College London. Published by Alzheimer's Disease International. [10. 2. 2015]. Dostupné z: http://cdn.basw.co.uk/upload/basw_103058-1.pdf
- WILLIAMS, A. B. 1997. On Parallel Process in Social Work Supervision. *Clinical Social Work Journal*, (25)4, 425–435.
- YODIN, R. 2014. *Clinical Gerontological Social Work Practice*. New York: Springer.



Využití archivovaných datových souborů z reprezentativních sociologických výzkumů ve výuce a realizaci sociálního výzkumu

Use of Reposed Data Sets from Representative Sociological Surveys in Doing and Teaching Social Research

Eva Křížová

PhDr. Eva Křížová, PhD.,¹ je socioložkou, působící ve výuce a výzkumu na 2. LF a Evangelické teologické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Zabývá se mj. metodologií aplikovaného výzkumu pro pečující profese a předmět metodologie sociálního výzkumu vyučuje v oboru sociální práce.

Abstrakt

Príspevek informuje o možnosti využití datové soubory s přiloženými dotazníky z rozsáhlých veřejných sociologických výzkumů, jež jsou uloženy v Českém sociálně vědním archivu a po uzavření kontraktu bezplatně zpřístupněny pro účely nekomerčního akademického výzkumu a výuky. Mnohá témata těchto výzkumů jsou blízká problematice sociální práce i zdravotnictví. Studenti mohou cvičit výzkumné dovednosti na těchto datových souborech (např. základní statistické procedury). Ve výzkumných částech absolventských prací mohou studenti využít taková data pro komparaci s vlastními výsledky. Příspěvek předkládá doporučený postup užití datových souborů a upozorňuje na rizikové či chybné postupy nakládání s těmito daty.

Klíčová slova

sociální výzkum, výuka výzkumu, správná praxe, srovnávací výzkum, sociální práce

Abstract

The article informs about the use of data sets and questionnaires from large representative sociological surveys funded from public resources and saved in the data repository of the Institute of Sociology of the Czech Academy of Sciences. The contract on public availability is conditioned by a non-commercial use of data sets and questionnaires in academic social research and education. Research agenda is often closely associated with that of social work or health care. Students can train basic statistical exercises or learn how to develop properly the research tool in quantitative surveys. Further, comparative research linking original empirical data from students surveys to findings on larger representative populations provide with a deeper insight. The paper describes a good practice in use of existing data sets and gives examples of inappropriately used data.

¹ Kontakt: PhDr. Eva Křížová, PhD., Evangelická teologická fakulta UK v Praze, Katedra pastorační a sociální práce, Černá 9, 155 15 Praha 1; evakriz@centrum.cz



Keywords

teaching research, social research, good practice, comparative research, social work

Patří výzkum do profese sociální práce?

Vlastní výzkumná činnost uvnitř studijního oboru sociální práce je poměrně novou, ale dynamicky se rozvíjející agendou v zahraničí i u nás. Důraz na vlastní výzkum je součástí posilování akademických kvalit a zvyšování celkové odbornosti a prestiže sociální práce (Lorenz, 2003). Probíhá diskuse o specifiku výzkumu v sociální práci, relevantních tématech i metodách zkoumání (MacIntyre, 2013; Wagner, 2011). V těchto debatách se řeší také přiměřenost a efektivnost pedagogického zprostředkování výzkumných znalostí a dovedností studentům, neboť mnohým sociálním pracovníkům, zvyklým řešit individuální případy, je výzkumná motivace poměrně vzdálená a do tradičního pojetí sociální práce výzkum nezapadá. Zdůrazňována je blízkost potřebám praxe, z níž výzkum v sociální práci vyrůstá a do níž se vrací. Z této perspektivy je někdy považováno za správné nechat studenty co nejdříve provádět vlastní výzkumy s předpokladem, že se všemu naučí během této praxe. V naší praxi se ale ukazuje, že nácvik dovedností má navazovat na stavební kameny, jimiž jsou pevné znalosti v základech a pravidlech vědecké práce a především důkladné seznámení s výzkumným cyklem prostřednictvím analýzy modelového příkladu výzkumu ve vědeckých člancích a teprve potom prostřednictvím přípravy vlastního projektu šetření. Jinak hrozí značné riziko diskreditace výzkumu v důsledku nízké kvality jeho provádění a chabého povědomí o tom, co výzkum opravdu vyžaduje.

Sociální práce dlouho neměla vlastní výzkumnou základnu na školách, kde se studenti vzdělávají, ani v praxi, kde jsou sociální služby vykonávány. To se dnes mění a sociální výzkum menších i větších formátů se rychle rozvíjí na jednotlivých akademických pracovištích prostřednictvím grantů či diplomových a bakalářských prací studentů. Příkladem dynamicky se rozvíjejícího výzkumného zázemí může být Ostravská univerzita, jež v r. 2007 založila s mezinárodními partnery Evropský výzkumný institut sociální práce (www.evis.osu.cz). Od r. 2014 existuje v časopise Sociální práce / Sociální práce samostatná rubrika Studie, výzkumy, analýzy, jež pravidelně publikuje výsledky těchto aktivit. Sociální práce, podobně jako ošetrovatelství fyzioterapie a další zdravotně sociální obory, chce stále více stavět svou praxi na osvědčených a nespekulativních postupech. V ošetrovatelství dokonce přijímají lékařské koncepty a hovoří o ošetrovatelství, založeném na důkazu (evidence based nursing). Opomeňme nyní debatu, zda je slovo evidence vůbec správně přeloženo do češtiny a zda by nebylo vhodnější hovořit spíše o praxi založené na faktech. Ať tak či onak, je víceméně konsenzuální, že teorie, nové modely a přístupy v pomáhajících profesích musí být ověřeny v praxi a samy musí z praxe vyrůstat. Výzkumné ověření je možná přeceňovaným, ale v této civilizaci respektovaným základem legitimacy profesionální činnosti, ať již v lékařství, ošetrovatelství nebo i sociální práci.

Sociální práce ve výzkumné činnosti přebírá existující metodologické postupy jiných věd, nejspíše sociologie, případně sociální a kulturní antropologie a etnografie. Metodologie ve všech oborech je dnes samostatnou a poměrně sofistikovanou oblastí a před sociálními pracovníky, stejně jako před sestrami a fyzioterapeuty, se otevírá otázka, kolik z metodologie či spíše metodologií sociálního výzkumu musí umět, aby mohli svůj aplikovaný výzkum provádět se zárukou vědeckosti.

Výzkum v sociální práci a realizovaný sociálními pracovníky se liší od sociologického, antropologického či etnografického především

- specifickými výzkumnými otázkami, jež musí být relevantní pro sociální práci,
- ale i výzkumnými kompetencemi výzkumníků, neboť lze předpokládat, že výzkumné zaměření není u sociálních a zdravotních pracovníků primárním.

Nicméně i jejich výzkum, jakkoli bude blízko praxi a bude mít aspirace třeba jen deskriptivní, nikoli explanační, musí splňovat základní kritéria vědeckosti, tj. musí být spolehlivý, pravdivý, zobecnitelný, etický a důvěryhodný.



Datový archiv sociálního výzkumu

Jednou z možností, jak obohatit výzkumné aktivity sociálních pracovníků a studentů sociální práce, je využití datových souborů, vytvořených v rámci rozsáhlých grantových projektů, často na velmi vysoké úrovni odborné, co se týče validity výzkumného nástroje, ale i s kvalitním zázemím sběru dat (proškolení tazatelů a zpětná kontrola sběru dat) a zajištěním rozsáhlé reprezentativní populace. Pokud je téma takového grantového výzkumu blízké oblasti zájmu sociálního pracovníka, mohou být data jednak využita pro sekundární analýzu, motivovanou originální výzkumnou otázkou, jež je zajímavá pro sociální práci, nebo, a to se nabízí ještě spíše, mohou být užita ke komparaci s vlastními výzkumnými údaji. V takovém případě jsou porovnávána data získaná novým výzkumem s daty archivovanými, což výrazně prohlubuje celkové poznání problému. Pro sociální pracovníky může být poučné srovnání specifických populací, často klientů sociálních služeb, lidí znevýhodněných a marginalizovaných, s většinou populací, sledovanou v reprezentativních sociologických šetřeních. Takové porovnání jednak umožní sledovat případné rozdíly mezi populacemi a přispět k vysvětlení, tj. posílí výpovědní platnost dat a interpretaci sociálních pracovníků, a kromě toho učiní i drobné výzkumy s malými vzorky zajímavými a více hodnotnými. Pro tyto výzkumné a výukové účely se právě nabízí datové soubory a dokumentace k nim shromažďované Českým sociálněvědním datovým archivem (ČSDA), jenž je od r. 1998 jedním z oddělení Sociologického ústavu Akademie věd ČR (nejprve jako Sociologický datový archiv a od r. 2011 se současným názvem ČSDA). Toto národní centrum poskytuje otevřený přístup k elektronickým souborům primárních dat z výzkumných projektů pro další analytické zpracování. Užívání dat je spojeno s respektováním několika jednoduchých zásad, jimiž je nekomerční využití ve výuce a výzkumu, citování zdroje v publikacích a prezentacích, neposkytování dat dalším stranám a informování archivu o publikacích, jež s použitím dat vzniknou. Poté, co zájemce podepíše „Závazná pravidla pro přístup k datovým souborům ČSDA a informace o jejich používání“ a uzavře smlouvu s ČSDA, je mu přiděleno přihlašovací jméno a heslo. Cesta k datům, jež jsou často výsledkem značného intelektuálního úsilí i namáhavého a nákladného sběru dat v terénu, je otevřená. Datové soubory jsou ve formátu SPSS. Ke stažení je rovněž základní projektová dokumentace a kompletní dotazník. Pouze výjimečně jsou některé datové soubory přístupné až po souhlasu depozitora s jejich poskytnutím. ČSDA je členem mezinárodní sítě datových archivů a účastní se i mezinárodní výměny dat. Na webové stránce archivu se dočteme, že „ČSDA podporuje principy OECD pro otevřený přístup k výzkumným datům vzniklým z veřejného financování a vytváří prostředí pro jejich naplňování v oblasti sociálních věd v České republice“ (Sociologický ústav AV ČR, 2015). Nabídka sociálně zaměřených kvantitativních výzkumů je poměrně rozsáhlá, a to v češtině i angličtině. Nejčastěji se jedná o výzkumy realizované na různých akademických či výzkumných pracovištích v rámci výzkumných grantů. Existuje založená i sekce kvalitativních dat s názvem Medard, ale ta je velmi chudá z mnoha objektivních důvodů a v dalším textu se o ní zmiňovat nebudu.



Tabulka 1: Katalog projektů ČSDA

- ISSP (International Social Survey Programme)
- IVVM (Institut pro výzkum veřejného mínění)
- CVVM (Centrum pro výzkum veřejného mínění)
- EOP – Ekonomická očekávání a postoje
- Česká zemědělská univerzita
- Data týkající se bezdomovectví
- Genderové výzkumy
- Populační výzkumy
- Regionální výzkumy a výzkumy týkající se samosprávy
- Spotřební chování
- Volební výzkumy
- Výzkumy práva
- Výzkumy bydlení
- Výzkumy hodnot (např. Evropská studie hodnot)
- Výzkumy mládeže
- Výzkumy mobility
- Výzkumy modernizace
- Výzkumy náboženství
- Výzkumy pohraničí
- Výzkumy rodiny
- Výzkumy sociální struktury
- Výzkumy sportu
- Výzkumy transformace
- Výzkumy týkající se trhu práce
- Výzkumy týkající se historie
- Výzkumy VUPSV
- Výzkumy vysokoškoláků

K dispozici jsou rovněž výzkumy realizované v ČR v rámci mezinárodních komparativních výzkumů, jako je např. Evropská studie hodnot (European Value Study EVS, poslední je z r. 2008), Evropský sociální výzkum (The European Social Survey – ESS) či Mezinárodní výzkum sociální problematiky (International Social Survey Programme – ISSP). Pro sociální práci jsou zajímavá témata nerovností, sociálních rozdílů a stratifikace, práce a zaměstnání, občanské a politické angažovanosti, rodiny, náboženství, sociální integrace a národní identity. Aktivní výzkumník si na stránce archivu najde cestu ještě i k dalším výzkumům, jako je např. Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) nebo Eurobarometr.

Pro účely výuky výzkumné metodologie v předmětech Výzkumná dílna a Metodika výzkumné práce a výzkumných částí diplomových prací našich studentů jsme na Katedře pastorační a sociální práce ETF UK dosud vyzkoušeli data z výzkumu náboženství „Detradicionalizace a privatizace náboženství“ (DIN 2006, odpovědný řešitel Z. Nešpor), data Evropského výzkumu hodnot (1998) a Mezinárodního výzkumu sociální problematiky (ISSP 2008). Další text se odvíjí od konkrétní zkušenosti pouze s těmito datovými soubory, nicméně lze předpokládat, že i u ostatních by práce byla obdobně možná.

Pro výše uvedené potřeby výuky metod, absolventských prací či vlastního akademického výzkumu obvykle vybíráme z těchto dotazníků jen několik málo proměnných, jež se týkají našeho výzkumného zaměření. V souladu s tím pak v datovém souboru pracujeme jen s některými sloupci proměnných. Výzkumník tak musí důsledně dbát na to, aby neudělal chybu při manipulaci s daty a v jejich přiřazení k vybraným proměnným.



Využití datového archivu v diplomové práci²

Hlavním tématem diplomové práce byly spirituální potřeby dospělých klientů s dětskou mozkovou obrnou. Ve výzkumné části se studentka zajímala o jejich duchovní prožívání, o postoje k náboženství či nenáboženským formám spirituality. Vycházela z východiska, že spiritualita patří k člověku a že jistě má své projevy i u osob potřebujících sociální asistenci z důvodu chronického postižení. O spiritualitě toho ve společnosti, nehlásící se k církvím, nevíme mnoho a tím méně, pokud se jedná o znevýhodněné skupiny. Motivem jejího zkoumání pak bylo zjistit, jakou roli v uspokojování duchovních potřeb, pakliže budou vyjádřeny, může sehrát sociální asistent nebo sociální pracovník, čímž naplnila požadavek specifikovat výzkum pro potřeby oboru sociální práce. Celostně pojatá zdravotní a sociální péče s duchovností člověka počítá a stále více usiluje o její integraci v péči, pokud by to přinášelo prospěch klientovi. Malé skupině dospělých klientů s DMO (N = 30), kteří využívají službu sociální asistence, předložila dotazník³ zjišťující osobní postoje a přesvědčení ve věcech duchovnosti a náboženské víry. U těchto klientů sledovala, nakolik jsou uvědomovány a ventilovány spirituální potřeby, nezávisle na tom, jestli mají náboženskou či jinou podobu a jak by mohl k jejich naplňování přispět sociální asistent. U této kvantitativní části se nabízelo srovnání s celkovou populací, jejíž názory a postoje k náboženství dopodrobna zjišťoval grantový výzkum Z. Nešpora et al. s názvem „Detradicionalizace a individualizace náboženství v České republice 2006“ (dále DIN 2006, GAČR 403/06/0574). Z dotazníku tohoto rozsáhlého projektu byly vybrány ty proměnné, jež byly relevantní k výzkumným otázkám a cílům diplomové práce a tyto otázky včetně navržených odpovědí se staly součástí dotazníku. Převzaté otázky zjišťovaly jak výpovědi o náboženském chování, tak o náboženském prožívání, tj. formální i neformální stránku náboženskosti a spirituality, jako je příslušnost k církvi nebo vyznání, modlení, návštěvy bohoslužeb, postoj k ideji Boha. Kromě těchto specifických proměnných bylo ale možné převzít a komparovat i obecně zaměřenou otázku na prožívání osobního štěstí („Když vezmete v úvahu všechny okolnosti, jak byste řekl/a, že jste šťastný/á?“).

Otázky v dotazníku studentky ale nebyly pouze převzaté, nýbrž byly asi z 50% doplněny originálními proměnnými, vyvinutými studentkou na základě odborné literatury a její praktické zkušenosti. Co se týče převzatých otázek z výzkumného projektu DIN 2006, jednalo se o standardní a v různých výzkumech již validizované znění otázek i kategorií odpovědí, na téma, jak měřit náboženskost. Studentkou nově formulované otázky pak postihovaly specifickou výzkumnou situaci v jejím výzkumu a zaměřovaly se na úlohu sociálního pracovníka, případně na širší okolnosti problematiky. Protože se sběr dat konal v období Velikonoc, směřovaly úvodní otázky studentky k těmto svátkům, aby tak sehrály spíše psychologickou úlohu navození situace.

Výzkumný nástroj v této kvantitativní části byl tedy mixem otázek převzatých (pro účely srovnání) a originálních, kde srovnání nemohlo být realizováno. Následující text se zabývá náležitostí korektního srovnávání a pro ilustraci uvádí příklad správného, akceptovatelného (hraničního) a nesprávného využití výzkumu ve vlastním šetření. V zásadě by mělo platit, že pro to, aby srovnání bylo validní a spolehlivé, musí být použito totožné znění otázek i odpovědí v novém výzkumu (příklad 1). Někdy lze tolerovat drobnou úpravu kategorií, pokud se jedná jen o agregaci, tj. spojení více kategorií do jedné, jež je ale provedené logicky i věcně správným způsobem (příklad 2). Jako nepřijatelné je nutno vnímat modifikaci znění otázek, změnu typu proměnné a logicky neshodnou modifikaci kategorií odpovědí (příklad 3).

² Alžběta Rohlenová: „Spirituální potřeby klientů s DMO a jejich naplňování v sociální asistenci“, diplomová práce, vedoucí práce PhDr. Eva Křížová, Ph.D., dostupné na www.is.cuni.cz. Práce byla úspěšně obhájena 16. 9. 2014.

³ Studentka kombinovala kvantitativní a kvalitativní přístup. Po dotazníku (N = 30) provedla se šesti osobami polostrukturovaný rozhovor, umožňující pochopit hlubší souvislosti a dotknout se i vazby mezi spiritualitou, vyrovnáním se s postižením a pocity viny či odpuštění.



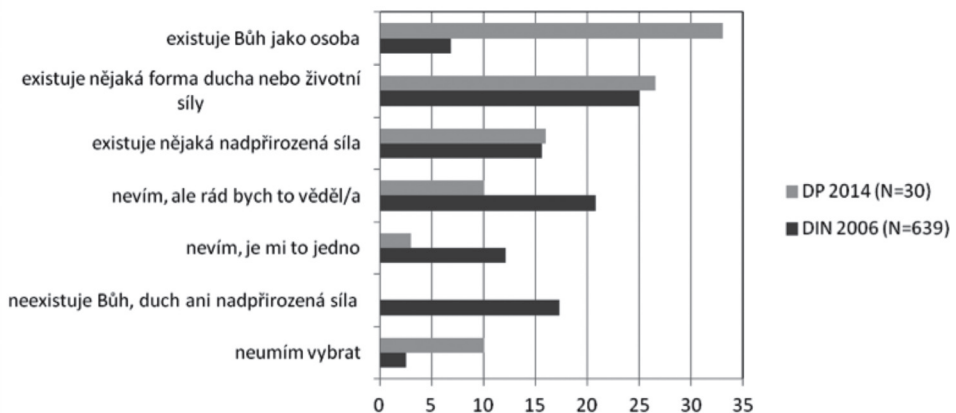
Příklad 1: Zcela správné použití

Příklad zcela správného použití je dokumentován užitím zcela shodného znění otázky, kategorií odpovědí a zachováním typu znaku v obou výzkumech, tj. v původním i nově prováděném. Mezi oběma výzkumy je plná totožnost v dané proměnné.

Otázka (DIN 2006 a diplomová práce DP 2014): „Který z těchto výroků se nejlépe shoduje s vaší vírou v Boha?“ Zaškrtněte, který z těchto výroků se nejlépe shoduje s vaší vírou v Boha.

- Existuje Bůh jako osoba
- Existuje nějaká forma ducha nebo životní síly
- Existuje nějaká nadpřirozená síla
- Nevím, ale rád/a bych to věděl/a
- Nevím, je mi to jedno
- Neexistuje ani Bůh, ani duch, ani nadpřirozená síla
- Neumím vybrat

Graf 1: Který z těchto výroků se nejlépe shoduje s Vaší vírou v Boha? (Údaje v %)



Na základě těchto dat lze usuzovat, že přesvědčení o existenci Boha je silnější u klientů s DMO, zatímco veřejnost je daleko víc skeptická: častěji uvádí „neexistuje ani Bůh, duch ani nadpřirozená síla“ a méně se hlásí k názoru „existuje Bůh jako osoba“. V méně vyhraněných položkách jsou postoje klientů s DMO a veřejnosti podobné („existuje nějaká forma ducha nebo životní síly“ nebo „existuje nějaká nadpřirozená síla“).

Dalším příkladem správného využití byla otázka na osobní prožitek životního štěstí (tab. 2). Tato otázka je zajímavá z toho důvodu, že zdravotní postižení je obecně spjato s představou horší spokojenosti se životem a kvality života. Dětská mozková obrna představuje vážné problémy s hrubou i jemnou motorikou, schopností řečové komunikace, specifickou mimikou i gestikou. Respondenti vyjadřovali svůj pocit štěstí na desetistupňové škále od 0 – „naprosto nešťastný/á“ po 10 – „naprosto šťastný/á“. Studentka mohla srovnat obě skupiny a dojít k překvapivému zjištění.



Tabulka 2: „Když vezmete v úvahu všechny okolnosti, jak byste řekl/a, že jste šťastný/á?“

| | lidé s DMO N = 30 | DIN 2006 N = 639 |
|--------|-------------------|---------------------|
| Modus | 7 | 8 |
| Median | 8 | 7 |
| Průměr | 7,7 | 6,95 |

Již na první pohled nejsou rozdíly výrazné. Nebyly sice statisticky testovány, ale lze předpokládat, že nebudou statisticky významné. Překvapila i podobnost rozložení dat, jež u obou souborů měla v podstatě charakter podobný normálnímu rozložení. Tento typ dat umožnil studentce seznámit se s dalšími středními hodnotami, než je průměr. V každém případě je ale průměr i medián osobního pocitu u klientů s DMO vyšší než u obecné populace, což je asi odlišné od obecně platného stereotypu. Všechny závěry z tab. 1 musí být ale vysloveny maximálně opatrně, neboť nutno připustit, že tento pocit štěstí může být ovlivněn odlišným složením obou souborů v parametru pohlaví. Muži jsou totiž ve výzkumech veřejného mínění obvykle spokojenější se životem a mezi klienty s DMO byl jejich poměr vyšší než v souboru DIN 2006.

Příklad 2: Přijatelná modifikace – agregace kategorií odpovědí a redukce vzorku

Někdy se stává, že novému výzkumu vyhovuje znění otázky, ale kategorizace odpovědí už méně. Například v původním výzkumu je příliš podrobná kategorizace frekvencí nějaké činnosti, v tomto případě se jednalo o provádění modlitby. V novém výzkumu na malém vzorku by mohlo být zbytečnou zátěží pro respondenty zvažovat dlouhou kategorizaci odpovědí, pokud není nosná. V takovém případě lze tolerovat, když dojde v aktuálně prováděném výzkumu k logicky smysluplnému sloučení, tzv. agregaci dat (tab. 2). Nicméně jedním dechem dodávám, že vědecky čistší by bylo zachování původní kategorizace odpovědí, neboť si nemůžeme být jisti, zda ty nově vytvořené kategorie sémanticky kopírují ty původní.

Tabulka 3: „Modlíte se někdy?“ – agregace kategorií odpovědí

| Původní kategorizace v DIN 2006 | Modifikovaná kategorizace v diplomové práci DP 2014 – sloučení |
|---------------------------------|--|
| nikdy | nikdy |
| méně než jednou ročně | méně než jednou ročně |
| asi jednou nebo dvakrát za rok | několikrát za rok |
| několikrát za rok | |
| asi jednou za měsíc | několikrát za měsíc |
| 2–3x za měsíc | |
| téměř každý týden | každý týden |
| každý týden | |
| několikrát za týden | každý den |
| jednou denně | |
| několikrát denně | |

Výhodou přímého přístupu k datům je, že můžeme podle svých aktuálních potřeb upravovat vzorek, aby byl v hlavních kritériích lépe srovnatelný s naším vlastním (např. lze vybrat jen jedno pohlaví, jen jeden kraj, jen jednu profesi, skupinu nebo omezit věkové pásmo). V diplomové práci



o spirituálních potřebách klientů s dětskou mozkovou obrnou byla porovnávána vlastní data, získaná od 30 klientů ve věku 18–51 let, s údaji od 1200 respondentů reprezentativní populace ve věku od 18–93 let. Pro lepší srovnatelnost obou vzorků byla z reprezentativní populace vybrána pouze data respondentů téhož věkového rozpětí, jako v diplomové práci. Došlo sice ke snížení velikosti vzorku, ale k větší podobnosti souborů v kritériu věku (tab. 3).

Tabulka 4: Redukce vzorku datového souboru pro účel komparace s vlastními daty

| | DIN 2006 Původní soubor | DIN 2006 Upravený soubor | Klienti s DMO (diplomová práce) |
|-------------|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| | Věk 18–93 let | Věk 18–51 | Věk 18–51 |
| N = | 1 200 | 639 | 30 |
| Ženy | 729 | 369 | 12 |
| Muži | 471 | 270 | 18 |

Z tabulky 3 je ale hned patrné, že výzkum studentky měl brát předem v úvahu procentuální podíl žen a mužů v populaci a snažit se získat obdobné složení i mezi vlastními respondenty, neboť její soubor zahrnuje disproporčně více mužů. Určitě jsou možné i další a více sofistikované statistické procedury standardizace vzorků, jež by dokázaly srovnat i rozdíl mezi pohlavími, ale ty jsou obvykle nad možnosti studentů sociální práce a příbuzných oborů a asi i jejich učitelů, kteří nejsou statistiky svou profesí.

Příklad 3: Nesprávné použití zdrojového výzkumu

Zcela nepřijatelné je, dojde-li v aktuálně prováděném výzkumu k modifikaci znění otázky nebo ke změně typu znaku (např. z ordinálního na nominální) a v návaznosti na to i k logicky neobhájitelné změně kategorií odpovědí. Upravovat znění otázky i odpovědi je lákavé, protože každý výzkumník má své potřeby i svůj jazyk a může se stát, že formulace opravdu nevyhovuje změně situací nového výzkumu. Změnou otázky se ale hrubě narušuje komparativní příležitost a data nelze považovat za srovnatelná. Za nepřijatelnou modifikaci je nutno považovat i to, když znění otázky zůstává stejné, ale mění se typ znaku a v návaznosti na to i znění kategorií odpovědí. Jako příklad tohoto typu nesprávného použití uvedme následující. V dotazníku DIN 2006 byla baterie otázek typu ordinálních znaků, zaměřených na sebehodnocení vlastní duchovnosti. Respondent vybíral u každého ze 4 tvrzení (viz tab. 5) odpověď ze čtyřbodové škály souhlasu–nesouhlasu včetně unikové možnosti „neumím si vybrat“.

Tabulka 5: „Se kterým z následujících výroků souhlasíte?“ (Ot. 43 DIN 2006)

| <i>POKYN: PŘEDLOŽTE DOTAZOVANÉMU KARTU 12 A OZNAČTE JEDNU ODPOVĚĎ V KAŽDÉM ŘÁDKU.</i> | rozhodně souhlasím | souhlasím | nesouhlasím | rozhodně nesouhlasím | neumím vybrat | odmítní(a) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) Jsem duchovně založený/á a žiji podle církevního učení. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Jsem svým způsobem duchovně založený/á. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Nemohu říct, jestli jsem duchovně založený/á nebo ne. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Nejsem duchovně založený/á – o tyto věci se nezajímám. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

V diplomové práci došlo k transformaci těchto 4 tvrzení (4 samostatných znaků) v jeden ordinální znak. Namísto aby respondenti hodnotili každé tvrzení, uváděli pouze jedinou odpověď na otázku škálového typu, jejíž kategorie odpovědí ale zněly stejně jako u předchozích čtyř tvrzení.

Otázka v diplomové práci DP 2014: „Se kterým z následujících výroků souhlasíte?“ (vyberte 1 odpověď)

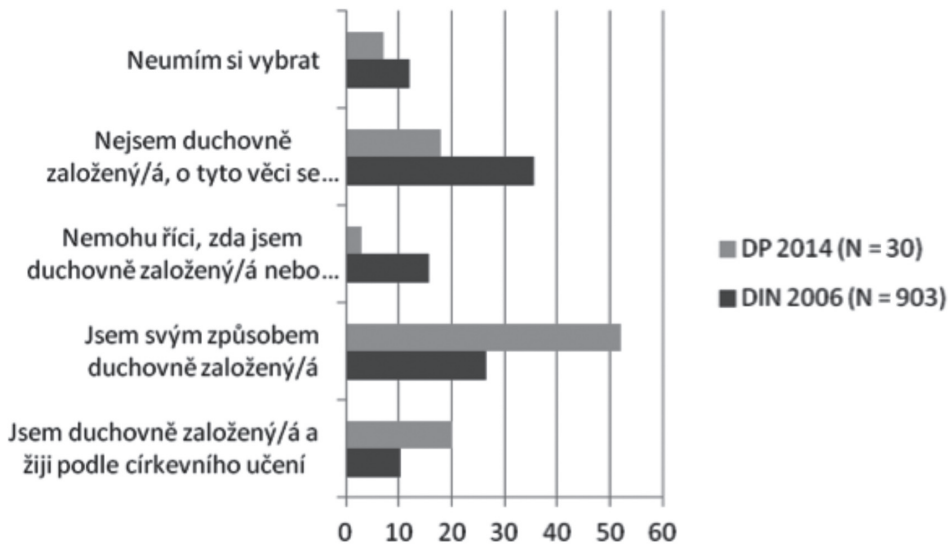
- Jsem duchovně založený/á a žiji podle církevního učení.
- Jsem svým způsobem duchovně založený/á.
- Nemohu říci, zda jsem duchovně založený/á nebo ne.
- Nejsem duchovně založený/á, o tyto věci se nezajímám.
- Neumím si vybrat.

Věcně to možná není nijak zásadně chybně, a i když výzkumníci mají vždy své důvody, proč používají přesně to které znění otázky a odpovědi, je možné hodnotit aktivitu studentky za logicky i obsahově správnou. Možná, že takto přeformulovaná otázka představovala pro respondenty snazší a méně pracný podnět a ve výsledku i srozumitelnější data, tj. jednoznačnější označení pozice subjektivně vnímané duchovnosti. Z hlediska srovnatelnosti výsledků obou výzkumů je ale nutno prohlásit, že komparace těchto dat je problematická, neboť došlo k příliš velkým úpravám podnětu. Aby vůbec mohla provést srovnání, musela studentka přepočítat četnosti v datech výzkumu DIN 2006. Sečetla kladné odpovědi („naprosto souhlasím“ a „spíše souhlasím“) u každého ze čtyř tvrzení v DIN 2006 a spočetla jejich relativní zastoupení v souboru, čímž podle svého názoru vytvořila dostatečný ekvivalent k odpovědím klientů s DMO⁴. Takto upravená data srovnala s odpověďmi od svých respondentů, **jichž se ale na stejnou věc ptala jiným způsobem** (jedním ordinálním, možná až kvalitativním znakem)

⁴ Nutno dodat, že se jí matematickým výpočtem navýšilo N odpovědí na 903, což reprezentuje součet kladných odpovědí za všechny 4 proměnné, nikoli tedy fyzické respondenty, jichž bylo pouze 639. Správně spočetla relativní četnosti kladných odpovědí ve vztahu k novému základu.



Graf 2: Subjektivní hodnocení vlastní duchovnosti (v %)



Data byla sice v souladu s dalšími zjištěními a konzistentně podpořila interpretaci, že spiritualita a náboženská je u klientů s DMO výraznější. Musíme ale připustit problémy se srovnatelností výsledků, a brát proto toto srovnání spíše jako cvičení v logickém myšlení, statistice a kreativitě ve výzkumu.

Podobně, byť asi méně problematičtě, byl transformován i další znak, týkající se víry v různé symboly či ideje: v posmrtný život, nebe, peklo, náboženské zázraky, účinnost modlitby, amulety, nadpřirozené síly, horoskop a existenci andělů, démonů, duchů a jiných nadpřirozených bytostí. V DIN 2006 se jednalo o 12 ordinálních znaků s odpověďmi 4stupňového souhlasu–nesouhlasu u každé z nich a únikové odpovědi (tab. 6).

Tabulka 6: Otázka č. 13 v DIN 2006 „Věřím“

| <i>POKYN: PŘEDLOŽTE DOTAZOVANÉMU KARTU 11 A OZNAČTE JEDNU ODPOVĚĎ V KAŽDÉM ŘÁDKU.</i> | rozhodně ano | pravděpodobně ano | pravděpodobně ne | rozhodně ne | neumím vybrat | oodmítl(a) |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| a) v posmrtný život? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) v nebe? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) v peklo? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) v náboženské zázraky? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) v účinnost modlitby? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f) že amulety pro štěstí občas přinášejí štěstí? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g) v existenci nějaké nadpřirozené síly? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h) že někteří věštcí mohou předvídat budoucnost? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i) že lidstvo vstupuje do nového duchovního věku? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| j) že někteří léčitelé mají léčitelské schopnosti od Boha? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k) že hvězdné znamení při narození nebo horoskop může ovlivnit běh života člověka? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l) v existenci andělů, duchů, démonů a jiných nadpřirozených bytostí? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Studentka ve svém šetření vypustila tři položky z dlouhé baterie 12 bodů a–l (neptala se na věštcce, vstup lidstva do nového duchovního věku a působení léčitelů). Můžeme sice rozumně namítnout, že redukce položek mění celkový kontext, ale nakonec spíše usoudíme, že lze akceptovat, když se z baterie podnětů uplatní v novém výzkumu jen ty, které jsou relevantní k jeho specifickým výzkumným otázkám a cílům. Jinou otázkou ale je, když výzkumník změní typ proměnné. V novém výzkumu došlo k transformaci 12 původně samostatných ordinálních znaků z DIN 2006 do podoby baterie 9 nominálních znaků s možnými dichotomickými odpověďmi ano/ne namísto 4stupňové škály, použité v DIN 2006. Ve výsledku dostala studentka různě dlouhý seznam pouze těch položek, v něž respondenti věří, nikoli však odstupňované odpovědi na každou z nich, což musíme hodnotit jako příliš velký zásah pro možnou komparaci.

Otázka v diplomové práci: Věřím: (Pokyn: můžete zaškrtnout více odpovědí)

- a) V posmrtný život
- b) V nebe
- c) V peklo
- d) V náboženské zázraky
- e) V účinnost modlitby
- f) Že amulety pro štěstí občas přinášejí štěstí
- g) V existenci nějaké nadpřirozené síly
- h) Že hvězdné znamení při narození a horoskop může ovlivnit běh života člověka
- i) V existenci andělů, démonů, duchů a jiných nadpřirozených bytostí

Posledním případem nesprávného použití je příliš razantní úprava znění otázky v novém výzkumu (tab. 7). Příkladem budiž otázka, zjišťující, jaké náboženství je respondentovi nejbližší,



porovnávána s daty, získanými na dotaz na příslušnost ke konkrétnímu vyznání. Není pak divu, že se klienti s DMO jeví jako více nábožensky založení, když se vyjadřovali k méně těsnému vztahu k náboženství.

Tabulka 7: Přeformulování otázky

| | |
|----------------|--|
| DIN 2006 | K jakému náboženství se hlásíte? Výběr ze seznamu konkrétních denominací |
| Rohlenová 2014 | Jaké náboženství je Vám nejbližší? Výběr ze seznamu konkrétních denominací |

Závěry a diskuse

Možností, jak kreativně a aktivně nakládat s daty, je celá řada, ale jsou zde i jisté náležitosti této práce. Výzkumník je vždy vázán zněním otázky i formulací odpovědi z toho výzkumu, s nímž se chce porovnávat. Nemusí mu vždy vyhovovat verze otázky či kategorií, nebo dokonce může znít nesmyslně v doslovné aplikaci na jeho výzkumnou situaci. Je to ale právě ta cena, jež se v tomto případě platí, a sice že **srovnání je možné jen při dodržení totožnosti znění otázky i odpovědi a celé výzkumné situace**. Nelze měnit ani typ proměnné, jinak je srovnání narušeno a není spolehlivé. Uvažovat můžeme jen o drobných modifikacích, jako redukce vzorku podle parametrů nového výzkumu či redukce položek v baterii (výběr relevantní pro nový výzkum), pokud se nezmění kontext. Např. je možné se v našem výzkumu ptát jen na postoje k církevnímu sňatku, i když v původním výzkumu byla tato otázka součástí dalších dotazů na postoje ke křtu a církevnímu pohřbu. Je možné diskutovat i o drobných agregacích kategorií odpovědí, pokud jsou v původním výzkumu příliš četné a lze je bez pochybností o jazykovém významu sloučit. Nicméně každá modifikace zpochybňuje komparaci mezi soubory a toto je nutné našim studentům nejen říci, ale i opakovat a zdůrazňovat, neboť v tomto bodě mají výzkumníci s menší erudicí a praxí tendenci být příliš pragmatičtí a podceňovat striktnost vědeckosti a důležitost principů srovnatelnosti. V případě výrazných změn podnětových situací může srovnání nanejvýš cvičně posloužit k hrubé orientaci v problému.

Využití veřejně přístupných výzkumných dat uložených v Českém sociálněvědním archivu je dle mého názoru vynikajícím zdrojem, jak obohatit vlastní sociální výzkum, stejně jako výuku metod výzkumu pro sociální pracovníky, případně studenty dalších oborů, jako je ošetrovatelství, architektura, urbanistika, komunitní plánování, ekonomie apod. Otevírá se nám bohatství kvalitně získaných dat, jež jsou výsledkem úsilí profesionálně připravených týmů. Téměř sázkou na jistotu jsou dobře sestavené výzkumné nástroje (dotazníky, záznamové archy), početně rozsáhlé, často reprezentativní soubory populace v řádech tisíců jednotek.

Vzhledem k tomu, že v sociální a zdravotní péči není výzkum aktivitou číslo jedna, jsou omezené nejen zdroje finanční, ale i personální. Ze všech možných důvodů je dobré propojit data z ČSDA s daty, získávanými ve výzkumech v aplikovaných oborech. Je to ve prospěch plasticity získaného obrazu. Srovnáváním získáváme i cennou zpětnou vazbu či širší rámec pro naše výzkumná zjištění. Data z ČSDA mohou být prospěšná rovněž pro vytváření pozadí, na němž realizujeme své výzkumy, mohou posloužit při zpracování teoretického úvodu a mapování výzkumné situace. Podobně mohou sloužit při triangulaci, tj. při ověřování validity kvalitativních dat jejich porovnáváním s daty získanými jinou metodou. Konzistentnost není sice vždy nutná, ale porovnávání nás myšlenkově aktivizuje a klade nové otázky, na které si odpovídáme. Data ČSDA jsou rovněž neocenitelným zdrojem při výuce metod (otázky v dotazníku, výběr souboru), statistických procedur a statistických programů na zpracování dat. Studenti mohou dostávat samostatné úkoly statistických postupů a porovnávat svá zjištění mezi sebou. Učí se rovněž jistě strážlivosti při činění závěrů z empirických dat. Práce s daty umožňuje rozvinout kreativní a aktivní princip ve výuce i akademickém výzkumu i bez vlastních grantových projektů, s minimálními ekonomickými výdaji a vždy ve prospěch více plastického poznání reality. Určité nesrovnalosti se v ČSDA občas najdou, některý výzkum je lépe



a jiný hůře dokumentován, ale dají se vyřešit a v zásadě poskytuje ČSDA ohromné množství dat využitelných jak ve výuce a psaní absolventských prací, tak v akademickém výzkumu.

Použité zdroje

LORENZ, W. 2003. European Experiences in Teaching Social Work Research. *Social Work Education*, 22(1), 7–18.

MACINTYRE, G., PAUL, S. 2013. Teaching Research in Social Work: Capacity and Challenge. *British Journal of Social Work*, 43, 685–702.

WAGNER, C., GARNER, M., KAWULICH, B. 2011. The State of the Art of Teaching Research Methods in the Social Science: Towards a Pedagogic Culture. *Studies in Higher Education*, 36(1), 75–88.

SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. *Český sociálněvědní datový archiv* [online]. [27. 1. 2015]. Dostupné z: <http://soc.cas.cz/oddeleni/cesky-socialnevedni-datovy-archiv>

SOCIOLOGICKÝ ÚSTAV AV ČR. *O Českém sociálněvědním datovém archivu* [online]. [27. 1. 2015]. Dostupné z: <http://archiv.soc.cas.cz/o-ceskem-socialnevednim-datovem-archivu>
www.evis.osu.cz



Prežívanie osamelosti látkovo závislých klientov

Experiencing of Loneliness of Substance Addicted Clients

Ján Kahan, Eva Žiaková

Bc. Ján Kahan¹ je externým študentom na Katedre sociálnej práce Filozofickej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach.

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.,² je vedúcou Katedry sociálnej práce na Filozofickej fakulte UPJŠ v Košiciach. Je autorkou viacerých vysokoškolských učebníc v odbore sociálna práca. Vedeckovýskumne sa venuje hlavne problematike sociálnej práce s rizikovými – dlhodobo chorými klientmi.

Abstrakt

V predkladanej práci autori sústredili pozornosť na prelínanie sa fenoménov osamelosti a závislosti, s dôrazom na perspektívu abstinencie. Teoretická časť mala za cieľ pojmovo a myšlienkovu uchopiť koncept osamelosti s úzko súvisiacimi konštruktmi, v zmysle prežívania látkovo závislých klientov. Realizovaný kvantitatívny výskum, ktorý nadväzoval na teoretické koncepty osamelosti a závislosti, mal za cieľ prispieť k objasneniu vzťahov medzi uvedenými fenoménmi. Osamelosť bola v rámci empirickej časti pojmovu uchopená a operacionalizovaná pomocou dvoch rôznych konštruktov, sociálnej opory a sociálnej začlenenosti. Výskum so vzorkou 190 respondentov bol zameraný na zisťovanie štatisticky významných rozdielov vo vymedzených konštruktoch medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi závislými. Štatistickou analýzou boli overované i hypotézy o významnosti vzťahov medzi vymedzenými konštruktmi a porušením abstinencie. Výskum jednoznačne preukázal štatisticky významné rozdiely v testovaných kritériách porovnávaných skupín závislých respondentov so záverom, že abstinujúci klienti, navštevujúci psychoterapeutické a svojpomocné skupiny, sa cítia menej osamelí ako aktuálne hospitalizovaní. Autori taktiež poukazujú na klinickú prax sociálnych pracovníkov, ktorá si vyžaduje vysokú mieru profesionálnej úrovne i schopnosť empaticky a uvážlivo využívať celý rad terapeutických intervencií v procese liečby, doliečovania a prevencie lapsusu/relapsu.

Kľúčové slová

osamelosť, látková závislosť, abstinencia, lapsus/relaps, sociálna práca

Abstract

In the present work the authors focus on the mingling of the phenomena of loneliness and

¹ Kontakt: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika; jankokahan@gmail.com

² Kontakt: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice, Slovenská republika; eva.ziakova@upjs.sk



dependence, with an emphasis on the perspective of abstinence. The theoretical part aims at grasping the terms and ideas of the concept of loneliness with narrow-related constructs. The made quantitative research relating to the theoretical concepts of loneliness and addiction was aimed to contribute to the clarification of the relationship between these phenomena. Loneliness in the empirical part was grasped and operated on through two different constructs, social support and social incorporation. The research with the sample of 190 respondents was focused on determination of statistically significant differences in defined constructs between hospitalized and abstaining addicts. A statistical analysis also verified hypotheses about significance of relations between determined constructs and breach of abstinence. The research unambiguously showed statistically significant differences in the tested criteria of compared groups of addicted respondents with the conclusion that abstaining clients attending psychotherapy and self-help groups feel less lonely than currently hospitalized clients. Clinical practice of social workers require a high degree of professional level and ability of empathy and judiciously use a variety of therapeutic interventions in the process of treatment, after-treatment and prevention of lapse/relapse.

Keywords

loneliness, substance addiction, abstinence, lapse/relapse, social work

Úvod

V klinickom prostredí medzi terapeutmi a klientmi prevláda spoločný názor, že osamelosť a problémy či nedostatky v sociálnych vzťahoch pôsobia ako negatívne faktory, ktoré môžu posilňovať rozvoj závislosti a taktiež byť prekážkou v terapeutických procesoch. Ako uvádza I. Akerlind a J. O. Hornquist (1992), Anonymní alkoholici označili alkoholizmus za „chorobu osamelých“. Téma zneužívania alkoholu a osamelosti sa stáva objektom klinických pozorovaní približne od roku 1950. Najväčší rozmach systematických empirických štúdií, zameraných na uvedené fenomény, nastal v osemdesiatych rokoch dvadsiateho storočia (Akerlind, Hornquist, 1992). Od deväťdesiatych rokov sa výskumy v danej oblasti objavujú len ojedinele. V slovenských podmienkach sa téme osamelosti venuje hlavne E. Žiaková a B. Balogová (Žiaková et al., 2008). Na empirické štúdie explicitne zamerané na vzťahy medzi osamelosťou a závislosťou sme v slovenských i českých dostupných zdrojoch nenarazili. V našom výskume sme sa preto hlavne opierali o zahraničné výskumy. Teoretické prístupy k osamelosti vychádzajú vo väčšine prípadov z klinickej praxe (Perlman, Peplau, 1982), na základe ktorých sme projektovali celý výskum. Jednotlivé prístupy k chápaniu osamelosti v rôznej miere odrážajú individuálne osobnostné faktory, zohľadňujúc i situačný rozmer a sociálny kontext. V tomto smere subjektívne prežívanie osamelosti presahuje individuálny rámec jednotlivca a možno hovoriť o osamelosti ako o sociálnom fenoméne. V rámci empirickej roviny prezentovaného výskumu je konštrukt osamelosti vymedzený vo vzťahu k anticipovanej sociálnej opore a sociálnej začlenenosti, reflektujúc tak sociálnu dimenziu s doplnením subjektívneho hodnotenia osamelosti.

Teoretické prístupy k chápaniu osamelosti

Súčasnosť ponúka celý rad teórií a prístupov, ktoré možno v sociálnej práci využívať, či sa jedná o priamu sociálnu prácu, klinickú prax sociálnych pracovníkov alebo oblasť teoretickú, vedecko-výskumnú (Balogová, 2012; Barth, 2014; Rullo, 2001). Konštrukt osamelosti je skúmaný hlavne na úrovni klinickej praxe psychiatrov, psychológov a sociálnych pracovníkov rôznych smerov (Perlman, Peplau, 1982; Spira, 2013). D. Perlman a L. A. Peplau (1982:123–134) uvádzajú a porovnávajú osem nasledujúcich prístupov v nazeraní na osamelosť, ktoré možno chápať ako historickú genézu prístupov k skúmaniu osamelosti: psychodynamické modely, Rogersova fenomenologická perspektíva, existenciálny prístup, sociologické vysvetlenie, interakčný pohľad, kognitívny prístup, osobný prístup a všeobecná teória systémov. V predkladanom článku uvádzame



len vybrané prístupy, nadväzujúce na diagnostické nástroje použité v empirickej časti a prezentované výskumné zistenia.

Rogersova fenomenologická perspektíva. Osamelosť podľa C. R. Rogersa (Rogers, 1999) vychádza z dvoch základných aspektov. Prvým je odcudzenie človeka od seba samého, vyjadrené ako odtrhnutie organizmu od reálneho Self. Druhý aspekt osamelosti spočíva v absencii akéhokoľvek vzťahu s iným človekom, v ktorom môže komunikovať svoje skutočné prežívanie - *reálne Self* (Rogers, 1999). Inkongruencia medzi organizmom a Self a diskrepancia medzi reálnym a prezentovaným Self spôsobuje u človeka nedôveru a neúctu voči svojmu prežívaniu, introjektiváciu cudzích pocitov a myšlienok, úplnú stratu autonómie, popieranie vlastného prežívania, čo vedie k pocitom prázdnoty, osamelosti a môže vyústiť do vážnych psychických porúch, v krajnom prípade končiacich až samovraždou (Perlman, Peplau, 1982; Rogers, 1999). Manifestácia osvojeného a okolím schváleného Self vychádza z potreby pozitívneho hodnotenia, akceptácie a prejavovaného rešpektu inými ľuďmi. Na tomto základe je potom založené vlastné sebahodnotenie, sebadôvera, nezávislosť a sebaakceptácia ako skutočného človeka vo svojom hlbokom prežívaní (Rogers, 1999; Maslow, 2013). Jedinec, ktorý je presvedčený, že iba vtedy bude okolím akceptovaný, ak sa bude prezentovať v rámci spoločenských trendov i očakávaní jeho okolia a vykonávať z toho vyplývajúce roly, stotožňuje sa s okolím danou a vytvorenou sociálnou maskou. Izolácia človeka od svojho hlbšieho bytia, odrezanie reálneho Self od vlastného organizmu, nakoniec vedie k prežívaniu osamelosti (Rogers, 1960, 1973, in Perlman, Peplau, 1982; Rogers 1999; Maslow, 2013).

Sociologické vysvetlenie. C. C. Bowman (1955, in Perlman, Peplau 1982) predpokladá tri spoločenské vplyvy, ktoré vedú k prehľbovaniu osamelosti – úbytok vzťahov v primárnej skupine, zvýšenie rodinnej mobility a zvýšenie sociálnej mobility. D. Riesman a P. Slater (1961, 1976, in Perlman, Peplau, 1982) skúmajú osamelosť v rámci americkej populácie a to, ako spoločnosť nenapĺňa potreby svojich členov. D. Reisman (1961, in Perlman, Peplau 1982) a jeho kolegovia tvrdia, že Američania sú „riadení inými“ (*other-directed*). Takíto ľudia sa nechcú len zapáčiť iným, ale taktiež modifikujú a neustále monitorujú svoje interpersonálne prostredie, ktorému potom prispôbujú aj svoje správanie. Ľudia „riadení inými“ sú pod vplyvom spoločnosti, rodičov, učiteľov a masmédií, odrezaní od vlastného vnútorného sveta, pocitov, aspirácií a prežívania. Výsledkom tejto silnej konformity je, že ľudia „riadení inými“ prežívajú stavy úzkosti, vychádzajúcej z prílišnej túžby byť populárnym medzi rovesníkmi, kde táto túžba nebude nikdy uspokojená. Človek „riadený inými“ je súčasťou „osamelého davu“ (*the lonely crowd*) (Riesman, 1961, in Perlman, Peplau, 1982). P. Slater (1976, in Perlman, Peplau, 1982) nevidí problém Američanov v „riadení inými“, ale skôr v rastúcom individualizme. P. Slater (1976, in Perlman, Peplau, 1982) je presvedčený, že človek má túžbu po vzájomnej závislosti od iných, s ktorými sa združuje a vytvára spoločnosť, spolupracuje a chce ukázať zodpovednosť za kontrolu nad svojimi podnetmi a smerovaním vlastného života. Avšak tieto základné potreby spoločenstva, zaangažovanosti a závislosti sú v americkej spoločnosti v dôsledku individualizmu oslabované. Človek sa stáva odtrhnutý od iných, znudený a osamelý. Sociológovia sa nesústreďujú na vymedzenie normality alebo patológie osamelosti. D. Riesman (1961, in Perlman, Peplau, 1982) a P. Slater (1976, in Perlman, Peplau, 1982) na osamelosť nazerajú ako na normatívnu, štatisticky spoločnú vlastnosť populácie, ktorá je vo svojej podstate výsledkom spoločnosti a nie jednotlivca.

Interakčný pohľad a jeho hlavný predstaviteľ R. S. Weiss (1973, in Perlman, Peplau, 1982) zdôrazňuje, že osamelosť nie je len funkciou osobnostných faktorov ani výlučne situačných činiteľov. Osamelosť je výsledným produktom interakcie oboch faktorov, osobnostných i situačných. R. S. Weiss (1973, in Perlman, Peplau, 1982) ďalej uvádza dôležitosť sýtenia potrieb v oblasti sociálnych vzťahov, kde nedostatočná saturácia spôsobuje osamelosť. R. S. Weiss (1973, in Perlman, Peplau, 1982) vymedzuje emocionálnu a sociálnu osamelosť, ktoré majú rozdielne príčiny aj následky. *Emocionálna osamelosť* vyplýva z absencie blízkeho, milujúceho človeka, ktorý napĺňa potrebu intimitity a lásky. *Sociálna osamelosť* vzniká ako dôsledok strádania zmysluplného priateľstva alebo účasti v určitej komunite. R. S. Weiss (1973, in Perlman, Peplau, 1982) vymedzuje osamelosť ako



normálny stav vychádzajúci z osobnostných a aktuálnych situačných faktorov, ktorý prežíva väčšina ľudí v priebehu života.

Kognitívny prístup, reprezentovaný hlavne L. A. Peplau, chápe osamelosť ako stav diskrepancie medzi dvomi faktormi. Prvý faktor zohľadňuje silu a veľkosť potreby želanéj úrovne afiliácie a druhý faktor odráža mieru a rozsah jej skutočného naplnenia (Perlman, Peplau, 1982; Kolárik, 2008; Hartl, Hartlová, 2010). Ak je miera potreby afiliácie väčšia ako jej dosiahnutá úroveň, jedinec sa bude cítiť osamelý, odstrkovaný a neprijímaný sociálnou skupinou (Perlman, Peplau, 1982; Kolárik, 2008). V rámci kognitívneho prístupu D. Perlman a L. A. Peplau (1982) zohľadňujú osobnostné faktory, súčasne situačné vplyvy, ale zaoberajú sa aj otázkami vývinových aspektov jedinca.

Osamelosť ako multidimenzionálny jav, obsahujúci rozmer normality i patológie (Perlman, Peplau, 1982; Sonderby, 2013; Žiaková, 2008), nemožno uchopiť iba v rámci jednej teórie. Z tohto pohľadu integratívny rámec sociálnej práce ako vedy i klinickej praxe (Brekke, 2014; Barth, 2014) ponúka priestor pre riešenie tak zložitého a komplexného problému, akým je osamelosť.

Osamelosť a príbuzné pojmy

Rôzna miera prežívania osamelosti nasmerovala uvažovanie P. Shavera, W. Furmana a D. Burhmeistera (1985, in Výrost, Baumgartner, 2001) o osamelosti ako osobnostnej premennej, kde považujú za dôležité rozlišovať *črtu* osamelosti, vyjadrenú ustáleným spôsobom prežívania, ktoré sa v rôznych situáciách mení len v minimálnej miere, od osamelosti ako negatívneho, časovo ohraničeného *stavu*, spojeného so zmenami v živote.

Pri definovaní konštruktu osamelosti je nevyhnutné odlišovať príbuzné pojmy ako samota, odcudzenie a izolácia. *Osamelosť* je vymedzená prostredníctvom troch aspektov, ako osobná interpretácia okolitého sveta na základe subjektívneho prežívania, ako určitý deficit v interpersonálnych vzťahoch a ako nežiaduci, nepríjemný stav (Perlman, Peplau, 1982). *Samota* je na rozdiel od osamelosti objektívny stav, ktorý je priamo pozorovateľný (Gajdošová, 2004, in Žiaková, 2008). *Samota a ľudské vzťahy* sú dva neoddeliteľné, prirodzené, interaktívne, dynamické stavy ľudskej existencie (Knafo, 2013). Samota je pozitívny aspekt života, obsahujúci zdroj kreativity a osobnej transformácie, prispievajúci tak k psychickej vyrovnanosti človeka (Knafo, 2013; Slaměník, 2008a). Na druhej strane únik do samoty môže vyplývať aj z oprávnených alebo predpokladaných obáv zo sociálneho prostredia a interakcií (Slaměník, 2008a), kde takáto samota vedie k izolácii. *Izolácia* je stav stiahnutia sa do samoty ako reakcia na frustráciu, náročnú životnú situáciu, stav krajnej introverzie (Hartl, Hartlová, 2010) alebo prejav depresívneho syndrómu (Probstová, Peč, 2014), naproti osamelosti ako túžbe po osobnom vzťahu, vychádzajúcej z nenaplnenej potreby afiliácie a lásky (Spira, 2013; Slaměník, 2008a). Zhodný pohľad má aj C. Brenner (1974, in Spira, 2013), podľa ktorého osamelosť odráža nádej a túžbu po vzťahu, zatiaľ čo depresia je charakteristická stratou nádeje v pozitívnu zmenu. *Odcudzenie* je podľa C. R. Rogersa (1999:129) „*najosamelejší stav zo všetkých - takmer úplné oddelenie sa od svojho autonómneho organizmu*“. Stav, kedy sa človek vzdá akejkoľvek možnosti byť sám sebou. Človek cíti to, čo by mal cítiť, a nie to, čo skutočne cíti, je úplne závislý na tom, čo si myslia ostatní. *Osamelosť* je nepríjemná, intenzívna skúsenosť, subjektívne vnímaný stav, kedy vzniká pre človeka významný kvantitatívny alebo kvalitatívny deficit v oblasti osobnej siete sociálnych vzťahov (Žiaková, 2008; Perlman, Peplau, 1981), avšak platí, že nie je to kvantita, ale kvalita vzájomných medziľudských vzťahov, čo je dôležité (Cacioppo, Hawkey, Kalil et al., 2008; Csoti, 2006). Väčšina tradičných pohľadov na osamelosť vychádza zo základných ľudských potrieb intimity, kde je osamelosť chápaná ako priamy dôsledok nesýtenia týchto potrieb, čo následne môže u človeka spôsobovať negatívne stavy ako úzkosť, frustráciu, agresivitu a depriváciu (Evans, 1996; Hartl, Hartlová, 2010; Perlman, Peplau, 1981; Křivohlavý, 2009). Ide o potreby afiliácie a lásky ako základných ľudských potrieb, ktoré sú prítomné u každého človeka, i keď nie v rovnakej miere, čo závisí hlavne od osobnostných a situačných faktorov (Perlman, Peplau, 1982; Spira, 2013; Sharp, 2005; Maslow, 2013; Slaměník, 2008a).



Typy osamelosti

Klinický psychológ J. Young (1982, in Peplau, 1988) v závislosti od času a situácie rozlíšil tri typy osamelosti:

1. *krátkodobú alebo každodennú osamelosť (transient)*, kedy ide o občasnú náladu osamelosti s krátkou dobou trvania,
2. *situačnú osamelosť (situational)*, ktorá nastane, keď človek stratí uspokojujúce vzťahy v dôsledku konkrétnej situácie, ako napríklad rozvod alebo odsťahovanie sa do iného mesta. Situačná osamelosť môže byť značne stresujúca, no nemusí mať dlhodobý charakter,
3. *chronickú osamelosť (chronic)* človek zažíva v prípade nepretržitej absencie uspokojujúcich sociálnych vzťahov po dobu dvoch rokov a viac.

Psychologické hľadisko (Žiaková, 2008) vymedzuje osamelosť v troch rovinách:

1. *kognitívna* osamelosť sa prejavuje potrebou zdieľať myšlienky z profesionálnej oblasti alebo tvorby s niekým blízkym, s ktorým si človek rozumie z odborného hľadiska,
2. *behaviorálna* rovina vymedzuje osamelosť ako absentovanie priateľov, s ktorými by jedinec mohol vykonávať voľnočasové aktivity a podeliť sa o radosť z tejto činnosti (Žiaková, 2008),
3. *emocionálna* osamelosť je charakterizovaná ako nesaturovanie lásky, intimity a istoty (Žiaková, 2008; Hartl, Hartlová, 2010). Tento druh osamelosti sa prejavuje krajne negatívnymi dôsledkami, hlavne ak sú citovo deprivované deti (Langmeier, Matejček, 2011; Žiaková, 2008; Colman, 2009).

A. Rokach (2004, in Sonderby, 2013) poukazuje na fakt, že je možné, aby sa človek cítil osamelý bez toho, aby bol sám, a môže byť sám bez toho, aby sa cítil osamelý. Uvedené vyjadrenie zodpovedá smerovaniu osobnosti podľa C. G. Junga (Sharp, 2005). *Introvert* ustupuje do svojho vnútra, kde hľadá pokoj od okolitého sveta a veľkých zhromaždení ľudí, v ktorých sa cíti stratený a osamelý. *Extrovert* žije uprostred ľudí, ktorí do značnej miery určujú jeho prežívanie (Sharp, 2005).

Bio-psycho-socio-spirituálna perspektíva látkovej závislosti

Bio-psycho-sociálna perspektíva z farmakologického modelu preberá názor, že rôzne psychoaktívne látky pôsobia na ľudský organizmus iným spôsobom (Volpicelli, Szalavitz, 2000; Vágnerová, 2012) a preskúmanie ich účinkov je dôležité pre efektívnu liečbu (Volpicelli, Szalavitz, 2000). Medicínske hľadisko chápe závislosť ako zdravotný problém a v tomto kontexte Anonymní alkoholici vnímajú závislosť ako nevyliciteľnú chorobu s jedinou možnosťou, celoživotnou abstinenciou. Anonymní alkoholici poskytujú *sociálnu oporu* pre ďalších alkoholikov a narkomanov, ktorí chcú prekonať závislosť. Bio-psycho-sociálny prístup taktiež zohľadňuje aj genetické determinanty. Teórie učenia sú v mnohých prípadoch efektívne využívané v terapeutických procesoch pri osvojovaní si nových spôsobov správania (Volpicelli, Szalavitz, 2000). Nie každá liečba je vhodná pre každého (Nešpor, 2011), niektorí ľudia potrebujú racionálne pochopiť sociálne a fyzické podnety, iní cez uvedomenie si svojho prežívania a emocionálnych reakcií dospieť k abstinencii a pochopeniu svojich starých vzorcov správania (Volpicelli, Szalavitz, 2000). Cesta k uzdraveniu a abstinencii si v mnohých prípadoch vyžaduje hľadanie nových zdrojov vnútornej sily a *zmyslu*, ktorý dáva *smier a účel životu* (Volpicelli, Szalavitz, 2000; Křivohlavý, 2006). Prístup vybudovaný na troch pilieroch je stabilný len do tej miery, pokiaľ stoja všetky jeho opory (Volpicelli, Szalavitz, 2000). Preto je vhodné doplniť tento prístup o pilier *spirituality*. C. G. Jung (Nešpor, 2011) bol presvedčený, že jednou z príčin závislosti je nenaplnenie duchovných potrieb. J. Skála (1987, in Nociar, 1991) označuje závislosť ako deformovanú podobu ľudského sebahľadania, ktoré V. E. Frankl (2009) označuje ako útek pred pocitom nezmyselnosti, kde v subjektívnom zážitku opojenia človeku uniká pravý zmysel života. Nazerajúc cez holistickú prizmu, odmietajúc akýkoľvek redukcionizmus ľudského bytia (Frankl, 2006), prístup *bio-psycho-socio-spirituálny* predstavuje syntézu najvhodnejších aspektov, ktoré



je nevyhnutné brať do úvahy v rámci komplexnej starostlivosti o človeka. *Existenciálne vákuum* s hlbokým pocitom prázdnoty, absencia *zmyslu života, duchovných hodnôt* a *duchovnej autority* je významným rizikovým faktorom abúzu drog (Kudrle, 2008; Krivohlavý, 2010).

Lapsus, relaps a recidíva

Výkon klinickej praxe sociálnych pracovníkov, vychádzajúc z interdisciplinárnej povahy sociálnej práce, sa nezaobíde bez terminológie iných vedných odborov. Pre správnu diagnostiku a poskytnutie čo najefektívnejšej starostlivosti je nevyhnutné rozlišovať pojmy *lapsus*, *relaps* a *recidíva*. *Recidíva* predstavuje návrat k predchádzajúcemu správaniu, hlavne delikventnému (Matoušek, 2008). Výraz *recidíva/recidívizmus* obsahuje trestno-právnu konotáciu a vo vzťahu k závislosti je častejšie používaný pojem *relaps*. *Relaps* je tiež definovaný ako návrat symptómov po dosiahnutí čiastočnej *remisie*, vyjadrenej opätovným vzplanutím potlačenej choroby alebo správania (Hartl, Hartlová, 2010). *Recidíva/relaps* na jednej strane a *absolútna abstinencia* na strane druhej predstavuje čiernobiely pohľad, ktorý neumožňuje opravný krok pri „*pošmyknutí*“ (*laps*). V tomto chápaní je jednorazové užitie drogy vnímané ako obnovenie ochorenia. Porušenie abstinencie tu predstavuje úplné zlyhanie a devalváciu všetkého, čo závislý doposiaľ v liečbe závislosti dosiahol (Kuda, 2008a). Aplikovanie čiernobielej definície aj pri zohľadňovaní všetkých aspektov medicínskeho konceptu ochorenia je problematické vzhľadom na to, že:

1. abstinencia je v tomto chápaní jediným cieľom – napriek tomu, že abstinencia je cieľom intervencií pri zneužívaní látok, nie je možné, aby to bolo cieľom v celej šírke závislého správania,
2. táto definícia nemôže obsiahnuť dosiahnutie znížených (bezpečných) úrovní aktivity, ktoré vylučuje a neberie v úvahu,
3. relaps je chápaný ako pasívny fenomén v absolútnej podobe – „všetko, alebo nič“ – výsledky výskumov poukazujú na fakt, že relaps je skôr proces ako jednorazový jav alebo výsledok procesu (Wanigarante et al., 1990, in Kuda, 2008a:227).

Klinická prax a výskumy jasne dokazujú, že vo väčšine prípadov jednorazové porušenie abstinencie (*lapsus*) nemusí viesť logicky k návratu na pôvodnú úroveň užívania. Klinická prax na základe dôkazov zohľadňuje opodstatnenosť trojstupňového modelu, ktorý možno znázorniť nasledovne: *abstinencia – lapsus – relaps*. *Lapsus (laps – pošmyknutie)* možno definovať ako „akékoľvek samostatné porušenie pravidiel alebo súboru zásad, ktoré si jedinec sám stanovil a ktoré sa týkajú častosti alebo typu vybraného cieľového správania“ (Wanigarante et al., 1990, in Kuda, 2008a:227). G. A. Marlatt (1995, in Volpicelli, Szalavitz, 2000) chápe relaps ako proces, v ktorom sa vzájomne podmieňujú kognitívne, behaviorálne a afektívne zložky. Proces vedúci k porušeniu abstinencie začína už niekoľko týždňov pred samotným užitím drogy. Širší základ relapsu spočíva v celkovej nerovnováhe životného štýlu, z ktorého vyplývajú konkrétne, vysoko rizikové situácie ohrozujúce sebakontrolu jedinca a vedúce k porušeniu abstinencie. Tieto situácie uvedení autori na základe výskumov a klinickej praxe určujú v troch všeobecných skupinách:

1. *negatívne emočné stavy*, ktoré sa vyskytujú u 35 % relapsov a sú najčastejšími rizikovými faktormi relapsu. Príčiny týchto stavov majú väčšinou charakter intrapersonálny. Patria tu psychické stavy ako frustrácia, agresivita, depresia, *osamelosť*, nuda a podobne,
2. *interpersonálne konflikty* sú príčinou 16 % relapsov, kedy sa jedná o negatívne konfliktné vzťahy s partnermi, priateľmi, členmi rodiny, ale i konfrontácie v zamestnaní alebo v iných sociálnych interakciách,
3. *sociálny tlak* spôsobuje 20 % všetkých relapsov. Sociálny tlak môže byť buď *priamy*, prostredníctvom „starej drogovej partie“, alebo *nepriamy*, kde je alkohol súčasťou spoločenských udalostí (Marlatt, 1995, in Volpicelli, Szalavitz, 2000).

Osamelosť ako rizikový faktor lapsusu/relapsu

J. V. Nerviano a F. W. Gross (1976, in Akerlind, Hornquist, 1992) na základe klinického



pozorovania uskutočnili empirickú štúdiu špecificky zameranú na osamelosť a zneužívanie alkoholu. U mnohých chronických alkoholikov zistili vysokú mieru osamelosti. Autori poukazujú na dve príčiny osamelosti ako neoddeliteľnú súčasť sociálneho poškodenia (výsledok chronického pitia) a ako súčasť dlhodobých citových problémov, ktoré prispievajú k pokračovaniu v pití. Presné posúdenie osamelosti jednotlivca môže poukázať na významné implikácie pre úspešnú terapiu. Vychádzajúc z vymedzenia relapsu ako súboru kognitívnych, behaviorálnych a afektívnych zložiek a vymedzenia skupín rizikových situácií, ktoré uvádza G. A. Marlatt (in Volpicelli, Szalavitz, 2000), typológie sociálnej a emocionálnej osamelosti podľa R. S. Weissa (1973, in Peplau, 1988), časového hľadiska osamelosti podľa J. Younga (1982, in Peplau, 1988), aspektov osamelosti podľa C. R. Rogersa (1999) a psychologických rovín osamelosti (Žiaková, 2008) možno vyvodiť záver, ktorý smeruje k uvažovaniu o cirkulárnej kauzalite medzi osamelosťou a závislosťou s prehlbujúcou sa tendenciou. Osamelosť ako negatívny emocionálny stav spolu s patológiou závislosti zasahuje všetky rozmery bytia človeka s vážnou disharmóniou osobnosti. Emocionálna osamelosť je podľa R. S. Weissa (1973, in Peplau, 1988) závažnejší stav ako sociálna osamelosť. Odcudzenie Self od organizmu spôsobilo u Ellen Westovej vážne psychické poruchy, ktoré vyvrcholili samovraždou (Rogers, 1999). Závislosť je pomalá smrť, kde človek postupne upadá v oblasti psychickej, sociálnej, spirituálnej a nakoniec i fyzickej. Negatívne emočné stavy, kde osamelosť bezpochybyne patrí, spôsobujú viac ako tretinu relapsov (Volpicelli, Szalavitz, 2000). Samotná abstinencia predstavuje situáciu psychickej záťaže (Kredátus, 1995) s rôznymi implikáciami. Abstinencia môže spôsobovať situáciu osamelosti, kedy sa závislý v prospech prognózy liečby vzdáva pôvodnej siete drogovej partie. Dôležité je, aby „nový“ abstinenc bol schopný vytvoriť novú „zdravú“ osobnú sociálnu sieť a vyhol sa tak chronickej osamelosti. To všetko však predpokladá, aby sa človek „emocionálne uzdravil“. Relaps môže spôsobiť aj vážna chronická bolesť somatického (Volpicelli, Szalavitz, 2000), ale i psychickeho pôvodu. Je nevyhnutné, aby človek vyriešil svoje citové problémy, vnútorné konflikty a začal byť kongruentný vo svojom prežívaní, čím sa optimalizujú šance v prospech abstinencie.

Sociálna sieť a sociálna opora látkovo závislých klientov

Ako uvádza J. Křivohlavý (2009), v psychológii zdravia je možné vymedziť štyri typy sociálnej opory:

1. *inštrumentálna opora* dáva veľmi vecnú, konkrétnu formu hmotnej, sociálnej či finančnej pomoci. Táto pomoc nemusí vychádzať z priamej iniciatívy núdzneho, ale môže byť poskytovaná na základe vlastného rozhodnutia iného človeka,
2. *informačná opora* poskytuje človeku v tiesni informácie, ktoré mu môžu byť nápomocné pri zvládaní záťažovej situácie, v ktorej sa ocitol,
3. *emocionálna opora* empatickou formou, láskavým a starostlivým prístupom dáva pocítiť človeku potrebnú náklonnosť, súcit, lásku a emocionálnu blízkosť,
4. *hodnotiacia opora* vyjadruje spôsob jednania s človekom; napríklad akceptácia, rešpekt a úcta posilňuje kladné sebahodnotenie a sebavedomie, je ňou podporovaná jedincova autoregulácia a pod. Patrí sem aj zdieľanie ťažkostí a spoločné zvládanie niektorých úloh.

Sociálna „opora“ niektorých závislých a problémových užívateľov psychoaktívnych látok je poskytovaná len v rámci *sociálnych sietí*, ktoré sú tvorené inými závislými či problémovými užívateľmi alkoholu alebo drog. V mnohých prípadoch trvalé zlepšenie zdravotného stavu, zmena návykového správania a abstinencia predpokladajú vynaloženie veľkej energie na odpútanie sa od týchto sietí. Strach zo straty priateľov a perspektíva *osamelosti* je *vážna psychická* a *emocionálna záťaž* v procese budovania nového spôsobu života, ktorá bráni, aby sa človek vzdal týchto vzťahov, aj keď sú akokoľvek „kvalitné“ (Galvani, 2012; Akerlind, Hornquist, 1992). B. L. Wilcox a E. M. Vernberg (1985, in Akerlind, Hornquist, 1992) uvádzajú, že multidimenzionálna definícia sociálnej opory obsahuje emocionálnu zložku, ktorá zodpovedá podstatnej časti vnútorného pocitu



osamelosti. S. K. Rook (1987, in Akerlind, Hornquist, 1992) vo svojom výskume preukázala, že okruh blízkych priateľov má ďalekosiahlejší význam než celková sociálna opora. *Osamelosť*, vyjadrená ako nenaplnená potreba byť sám sebou a túžba komunikovať svoje prežívanie v spojení s iným človekom (Rogers, 1999), môže byť uspokojovaná v rámci doliečovania (Kredátus, 1995). Účasť na skupinovej psychoterapii, socioterapii alebo v svojpomocných skupinách je najdôležitejšou zložkou doliečovacieho procesu (Kredátus, 1995).

Sociálne začlenenie

Afiliácia je koncept, ktorý prvýkrát predstavil H. A. Murray (Colman, 2009) v roku 1938. Afiliácia je sociálna forma motivácie, patriaca medzi základné ľudské potreby, ktorá zahŕňa požiadavku vyhľadávať, vytvárať a udržiavať kladné priateľské, citové vzťahy dlhodobého charakteru a sociálne kontakty, čím sa u človeka naplňuje potreba spolupatričnosti, spolupráce a vytvára sa tak príslušnosť k určitej skupine (Maslow, 2013; Slaměnik, 2008a; Hartl, Hartlová, 2010; Colman, 2009; Murray, 1938). Afiliácia, vyjadrená ako *potreba sociálneho začlenenia*, obsahuje dve súčasti – motivačnú a behaviorálnu. Motivačná zložka ako zdroj aktivizujúcej vnútornej sily psychického charakteru uvádza do pohybu behaviorálnu zložku potreby. Pri samotnej potrebe ako subjektívne vnímaného nedostatku treba brať do úvahy aspekt *želaného začlenenia* (*desired affiliation*), určeného veľkosťou a silou potreby, a aspekt *dosiahnutého začlenenia* (*achieved affiliation*), vyjadreného mierou a rozsahom behaviorálnej zložky v sociálnych interakciách. Disproporcía v týchto dvoch aspektoch môže byť vnímaná ako nepríjemná, nežiaduca situácia (Kolárik, 2008; Janoušek, Slaměnik, 2008). Z uvedeného možno vyvodit' tri závery:

1. ak je potreba (želaná úroveň afiliácie) väčšia než dosiahnutá úroveň začlenenia, potom možno predpokladať, že respondent sa bude cítiť *osamelý*, odstrkovaný, neprijímaný sociálnou skupinou; vysoký rozdiel v danom smere môže znamenať, že jedinec sa nachádza v prostredí, ktoré nie je schopné uspokojiť jeho potreby, alebo on sám sa podceňuje, čím sa pripravuje o možnosti sociálnych interakcií,
2. ak je potreba menšia než dosiahnutá úroveň afiliácie, potom sa jedinec bude cítiť obťažovaný a utlačovaný zo strany skupiny; príliš veľký rozdiel môže byť prejavom silnej *konformnosti*,
3. ak je želaná a dosiahnutá úroveň afiliácie rovnaká, respektíve rozdiely medzi motivačnou a behaviorálnou zložkou sú minimálne, jedinec by mal mať pocit subjektívnej spokojnosti, úspešnosti v medziludských vzťahoch a veľkosť potreby v tomto prípade nie je dôležitá (Kolárik, 2008).

V prípade nenaplnenej potreby afiliácie sa človek môže cítiť osamelý, avšak aj vysoká miera dosiahnutého sociálneho začlenenia, chápaná ako prejav konformity (Kolárik, 2008), môže viesť k osamelosti. Podľa C. R. Rogersa (v zhode so sociologickým vysvetlením osamelosti) vysoká miera konformity vyjadruje odtrhnutie *organizmu* od *reálneho Self* ako jedného z aspektov *osamelosti* (Rogers, 1999; Perlman, Peplau, 1982).

Modely *DECLARE* a *SCARS* sociálnej práce

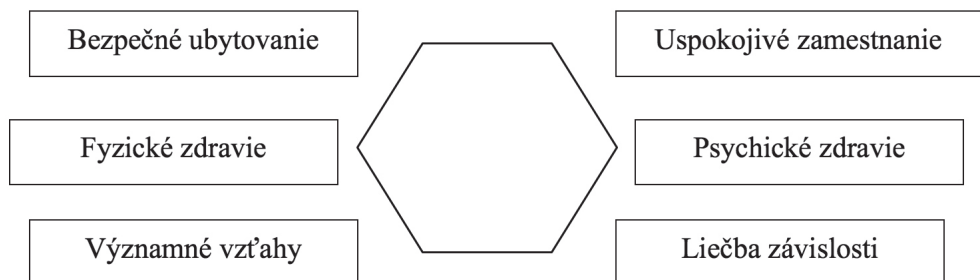
Sociálna práca ako integratívna teoreticko-aplikačná veda, priama sociálna práca i klinická prax, charakteristická interdisciplinárntou, multidisciplinárntou a transdisciplinárntou, umožňuje riešiť komplexné problémy (Brekke, 2014; Barth, 2014; Balogová, 2012; Tokárová, 2002). Kvalitný a skúsený sociálny pracovník je kľúčovým členom medziodborového prístupu (Kuda, 2008b). Model *DECLARE*, ktorý uvádzajú autori T. McCarthy a S. Galvani (2004, in Paylor, Measham, Asher, 2012), nemôže síce nahradiť potrebu adekvátneho tréningu, respektíve výcviku pre prácu so závislými ľuďmi, avšak predstavuje veľmi dobrý procesný model, ktorý určuje priestor pre zasahovanie v rámci kompetencií sociálneho pracovníka. V zásade sa jedná o modifikáciu *prípadovej sociálnej práce* (*casework*) so špecifickými cieľmi pre vymedzenú cieľovú skupinu. Model *DECLARE* podľa uvedených autorov zahŕňa:



1. *užívánie drog alebo alkoholu (drug or alcohol use)* – je považované za súčasť života užívateľa služieb a predpokladá sa, že spôsobuje alebo zväčšuje problémy jedinca,
2. *skúmanie (explore)* – je exploračia skutočných problémov a postojov klienta i jeho okolia vo vzťahu k užívaniu drog alebo alkoholu,
3. *konzultovanie (consult)* – zahŕňa okruh ľudí úzko súvisiacich s klientom, ako aj konzultácie s kolegami, supervízorom, inými odborníkmi či inštitúciami,
4. *spolupráca (liaise)* – so špecialistami, ktorí majú väčšie znalosti v danej oblasti, i uistenie sa, či užívanie alkoholu a drog je príčinou problémov,
5. *zbodnotenie (assess)* – je zváženie ďalších krokov, najlepšie spolu s klientom, a konzultácia s inými inštitúciami pre prípadné distribuovanie klienta,
6. *postúpenie (refer)* – ak distribuovanie klienta ďalšej organizácii prebehne nepremyslene a bez oboznámenia sa s prijímajúcou organizáciou a nie je vhodne vysvetlené klientovi, môže ľahko zlyhať; klientovi sa vždy poskytuje opora pri distribuovaní,
7. *vyhodnotenie (evaluate)* – distribúcia a vyhodnotenie nie je konečná fáza; s prijímajúcou organizáciou, respektíve klientom, je udržiavaný kontakt a vytvára sa záchranná sieť v prípade, že distribúcia zlyhá.

Model *SCARS – The Six Cornered Addiction Rescue System*, vypracovaný na pozadí systémovej a eko-systémovej teórie, poskytuje sociálnemu pracovníkovi systematický, analytický rámec pre rýchle posúdenie situácie klienta, identifikovanie jeho okamžitých potrieb, zdrojov (alebo ich absencií), čím sa optimalizujú šance na dosiahnutie úspechu celkového procesu záchrany a obnovy (Galvani, 2012; Payne, 2014; McCarthy, Galvani, 2004). *SCARS*, model predstavený autormi T. McCarthy a S. Galvani (2004, in Paylor, Measham, Asher, 2012), zobrazuje virtuálnu sieť so šiestimi rohmi, kde v ideálnom prípade je každý roh zastúpený osobou alebo inštitúciou. Model znázorňuje, že liečba závislosti je len jeden zo základných elementov klientovej *záchrannéj siete*. Sociálny pracovník sa môže kedykoľvek stať súčasťou tohto systému a vstúpiť do ktoréhokoľvek rohu v závislosti od jeho kompetencií. Ochranné faktory, ktoré podporujú celkovú rezilienciu jedinca, ako zamestnanosť, bezpečné bývanie, významné vzťahy, psychické a fyzické zdravie, môžu mať podstatný vplyv na výsledky celej liečby (Galvani, 2012).

Obrázok 1: SCARS - šesťrohový systém záchrany



Zdroj: Galvani, 2012: 34, upravené autormi

Bezpečné bývanie predstavuje miesto, kde sa človek môže vrátiť, nazvať ho vlastným, kde nie je ohrozený a cíti sa spokojný (McCarthy, Galvani, 2004, in Paylor, Measham, Asher, 2012). V pilotnej štúdii (Maierová, Doležalová, Hrubý, 2014) analýzy hodnôt a zmyslu života látkovo závislých klientov všetci respondenti považovali bývanie za dôležitú hodnotu. Bezpečné prostredie



taktiež pôsobí ako protektívny faktor pri zvládaní cravingu (Nešpor 2012). *Uspokojivé zamestnanie* znamená akceptovateľnú štruktúru dňa, ktorá zabezpečí človeku zmysel každodenného života (McCarthy, Galvani, 2004, in Paylor, Measham, Asher, 2012). Práca ako hodnota bola respondentmi v štúdiu Maierovej, Doležalovej a Hrubého (2014) hodnotená ako dôležitá a väčšina respondentov ju umiestňovala na prvé miesto pomyselného rebríčka. *Fyzické zdravie* je chápané ako primeraná úroveň fyzickej kondície (McCarthy, Galvani, 2004, in Paylor, Measham, Asher, 2012). J. T. Cacioppo, L. C. Hawkley a G. Berntson (2003) uvádzajú, že osamelosť je silný, ale málo pochopený rizikový faktor, pôsobiaci na celkový zdravotný stav človeka, v širšom spektre spojený s morbiditou a mortalitou. *Psychické zdravie* predstavuje adekvátnu úroveň emocionálnej stability, relatívne dobrý duševný stav, čo znamená, že klient by nemal trpieť žiadnou neliečenou psychickou poruchou (McCarthy, Galvani, 2004, in Paylor, Measham, Asher, 2012). Prvé štúdie v päťdesiatych rokoch dvadsiateho storočia, zamerané na vzťah medzi osamelosťou a závislosťou, skúmali človeka v kontexte duševnej a sociálnej pohody (well being), kde absencia osamelosti je zásadným hodnotiacim kritériom (Akerlind, Hornquist, 1992). *Významné vzťahy* predstavujú jeden zo základných aspektov *sociálnej opory*. Je dôležité, aby v živote závislého človeka bol niekto významný. Tento bod záchrannej siete je zabezpečený, ak ide o vytváranie pozitívnych vzťahov, ktoré sa neviažu na závislosť, respektíve na patologické prostredie (McCarthy, Galvani, 2004, in Paylor, Measham, Asher, 2012).

Modely *DECLARE* a *SCARS* sú vhodnými nástrojmi holistického prístupu v starostlivosti o človeka. Model *SCARS* môže identifikovať a zvýrazniť vzťahy medzi závislosťou a inými problémami, vďaka čomu klient začne zreteľnejšie vnímať, že závislosť nie je jeho jediný problém, ale ovplyvňuje aj iné aspekty jeho života. Dôležité je využiť tento klientov *vhľad (insight)* (Colman, 2009; Strmeň, Raiskup, 1998) a podporiť jeho väčšiu zaangažovanosť v liečbe. Na druhej strane, ak je závislosť vyňatá z kontextu klientových ostatných problémov, môže sa cítiť neistý pri dosahovaní zmien, čo vytvára podmienky pre lapsus/relaps (Paylor, Measham, Asher, 2012).

Charakteristika výskumu

Problém osamelosti, závislosti a súvisiacich konštruktov bol načrtnutý v predchádzajúcich kapitolách. V kvantitatívnom výskume sme sa zamerali na zistenie existencie vzťahov medzi osamelosťou, sociálnou oporou, sociálnou začlenenosťou, látkovou závislosťou, abstinenciou a lapsusom/relapsom.

Ciele a vymedzenie hypotéz

Na základe subjektívnych výpovedí respondentov a porovnávaní skupín aktuálne hospitalizovaných a abstinujúcich závislých sme hľadali odpovede, ako sa mení prežívanie osamelosti v daných skupinách, akú úlohu zohráva sociálna opora v procese doliečovania a do akej miery sú respondenti jednotlivých skupín sociálne začlenení a do akej miery je možné diskutovať o osamelosti ako o rizikovom faktore lapsusu/relapsu s dôrazom na perspektívu úspešnej abstinencie.

Vymedzenie hypotéz

H1: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v subjektívnom hodnotení prežívania osamelosti medzi abstinujúcimi a hospitalizovanými závislými.

H2: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v miere sociálnej opory medzi abstinujúcimi a hospitalizovanými závislými.

H3: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v dosiahnutej miere sociálnej začlenenosti medzi abstinujúcimi a hospitalizovanými závislými.

H4: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v subjektívnom hodnotení prežívania osamelosti medzi závislými (hospitalizovaní + abstinujúci), ktorí porušili abstinenciu, a závislými (hospitalizovaní + abstinujúci), ktorí neporušili abstinenciu.

H5: Predpokladáme, že existuje štatisticky významný rozdiel v miere sociálnej opory medzi



závislými (hospitalizovaní + abstinujúci), ktorí porušili abstinenciu, a závislými (hospitalizovaní + abstinujúci), ktorí neporušili abstinenciu.

Metódy a metodiky

Výskumná vzorka, ktorá pozostávala zo 190 respondentov cieľovej skupiny látkovo závislých, mala charakter dostupného a kvótného výberu (Hendl, 2009). Rozloženie výskumnej vzorky na aktuálne hospitalizovaných a abstinujúcich bolo primerane proporcionálne rozložené. Aktuálne hospitalizovaných tvoril počet 101 respondentov a abstinujúcich 89 respondentov. Celková výskumná vzorka bola ďalej rozdelená podľa kritéria porušenia abstinencie. Z hľadiska kvantitatívneho spracovania dát za porušenie abstinencie bolo považované každé porušenie, či sa jednalo o lapsus, relaps alebo recidívu. Zo zozbieraných údajov jednoznačne uviedlo, že abstinenciu porušilo 93 respondentov a 48 respondentov abstinuje bez lapsusu, relapsu alebo recidívy (tab. 1).

Tabuľka 1: Rozdelenie podľa porušenia abstinencie

| porušenie abstinencie | n | % |
|-----------------------|-----|------|
| áno | 93 | 48,9 |
| nie | 48 | 25,3 |
| celkom | 141 | 74,2 |
| chýbajúce údaje | 49 | 25,8 |
| počet respondentov | 190 | 100 |

Respondentov výskumu sme získali na základe povolení o realizácii výskumu z nasledujúcich zariadení: CPLDZ Košice, CPLDZ Banská Bystrica, OLÚP, n. o., Predná Hora, GKCH Prešov – DON – resocializačné stredisko, A-klub (CPLDZ Košice), psychoterapeutické skupiny (CPLDZ Košice), Anonymní alkoholicy – Košice a Trojlístok, n. o., Prešov.

Výskumná vzorka pre kvantitatívnu časť mala charakter dostupného, kvótného výberu. Respondenti mali za úlohu vyplniť dotazníky T-98, MOS a dotazník s doplnujúcimi sociálno-demografickými otázkami.

Diagnostický nástroj *Dotazník sociálnej začlenenosti T-98*, zostavený T. Kolárikom (Kolárik, 2008), je určený pre dospelú populáciu na diagnostikovanie potreby sociálnej začlenenosti. Dotazník sleduje motivačnú a behaviorálnu zložku afiliácie v rámci sociálneho začlenenia pri práci s rôznymi skupinami, u ktorých možno očakávať určité ťažkosti pri začleňovaní sa do spoločnosti.

Dotazník sociálnej opory (The MOS Social Support Survey) je zameraný na odhad miery očakávanej sociálnej opory, ktorý je pôvodne určený pre všeobecnú populáciu ako indikátor sociálneho fungovania (Kožený, Tišanská, 2003; Sherbourne, Stewart, 1991). Americká verzia dotazníka obsahuje štyri subsškály, *hmotnú oporu (tangible support)*, *lásku (affection support)*, *pozitívne sociálne interakcie (positive social interaction)*, *emocionálnu a informačnú oporu (emotional and informational support)* (Kožený, Tišanská, 2003; Sherbourne, Stewart, 1991). Pri overovaní validity MOS dotazník americkej verzie vo všetkých štyroch subsškálach štatisticky signifikantne negatívne koreloval s osamelosťou. Celý dotazník koreloval s osamelosťou podľa Pearsonovho korelačného koeficientu $r = -0,67$ na hladine štatistickej významnosti $p < 0,01$ (Sherbourne, Stewart, 1991). Česká verzia dotazníka sociálnej opory (MOS Social Support Survey) bola štandardizovaná autormi J. Kožený a L. Tišanská (Kožený, Tišanská, 2003). Štandardizovaná česká verzia obsahuje tri dimenzie – *praktickú intervenciu, emocionálnu blízkosť a chápanú autoritu* (Kožený, Tišanská, 2003).

K daným dotazníkom sme doplnili sociálno-demografické otázky, ktoré sa týkali súčasného rodinného stavu, zamestnania, typu závislosti, výskytu závislosti u rodiča, počtu hospitalizácií, dĺžky abstinencie a lapsusu/relapsu. Subjektívne hodnotenie prežívania osamelosti bolo vyjadrené



na 5-stupňovej frekvenčnej škále s verbálnymi kotvami, kde respondent odpovedal, ako často sa cíti osamelý (1 – nikdy, 2 – málokedy, 3 – niekedy, 4 – väčšinou, 5 – vždy). Hodnoty získané z tejto otázky korelovali (podľa Pearsonovho korelačného koeficienta) so sociálnou oporou (MOS) $r = -0,465$ a sociálnou začlenenosťou $r = -0,373$ na hladine štatistickej významnosti $p < 0,01$. Samotné spracovanie dát, porovnanie štatistických významností a vyhodnotenie bolo realizované za pomoci programu SPSS s použitím deskriptívnych metód a parametrických testov indukčnej štatistiky. Napriek prevažne osobnej administrácii sa z daných 190 získaných vyplnených dotazníkov nepodarilo spracovať všetky údaje v jednotlivých položkách dotazníkov. Na základe tejto skutočnosti sa jednotlivé štatistické spracovania vybraných testovacích kritérií môžu líšiť v početnosti porovnávaných skupín respondentov. V predkladanom článku neuvádzame všetky sociálno-demografické vyhodnotenia.

Výsledky a interpretácia

1. Porovnanie abstínujúcich a hospitalizovaných klientov v prežívaní osamelosti

Abstinencia predstavuje celkovú reštrukturalizáciu všetkých aspektov života človeka. Úspešná abstinencia predpokladá aktívne doliečovanie, v rámci ktorého môže byť osamelosť postupne eliminovaná. Na druhej strane závislosť môže spôsobovať stavy úzkosti, depresie a osamelosti. Na základe teoretických východísk osamelosti a závislosti, výskumov a uvedenej domnienky predpokladáme, že abstinenti hodnotia svoj subjektívny stav prežívania osamelosti v menšej miere ako hospitalizovaní závislí. Náš predpoklad sme overovali parametrickým testom vyčísleným v tab. 2.

Tabuľka 2: T-Test – subjektívne hodnotenie osamelosti H/A

| | n | x | S | t | p(α) | CI (95%) | |
|-----------------|-----|------|-------|------|-------|----------|-------|
| hospitalizovaní | 101 | 2,86 | 0,837 | 4,44 | 0,001 | 0,316 | 0,820 |
| abstínujúci | 89 | 2,29 | 0,920 | | | | |

$p_a < 0,025$

Z uvedeného výpočtu vyplýva, že náš predpoklad sa potvrdil na všetkých známych hladinách štatistickej významnosti s 95% mierou spoľahlivosti. Aktívne doliečujúci sa abstinenti hodnotia svoj subjektívny stav prežívania osamelosti v menšej miere ako aktuálne hospitalizovaní závislí.

2. Porovnanie abstínujúcich a hospitalizovaných klientov v miere sociálnej opory

Význam sociálnej opory je nespochybniteľný u každého človeka. Abstinencia často zahŕňa aj prebudovanie siete sociálnych vzťahov a vytvorenie kvalitnej sociálnej opory. Sociálna opora abstínujúcich závislých je často tvorená inými abstínujúcimi závislými, ktorí vedia poskytnúť to, čo nikto iný, vlastnú skúsenosť. Naopak, u závislých je sociálna sieť často tvorená inými závislými, kde kvalita a funkčnosť sociálnej opory je otázná. Predpokladáme, že abstínujúci závislí dosahujú vyššiu mieru sociálnej opory ako hospitalizovaní závislí. Predpokladané štatistické významnosti sme overovali parametrickým testom, ktorý je vyjadrený v tab. 3.



Tabuľka 3: T-Test – sociálna opora MOS H/A

| | | n | X | S | t | p(α) | CI (95%) | |
|-----------------------|-----------------|----|-------|--------|--------|-------|----------|--------|
| MOS celkove | hospitalizovaní | 99 | 61,96 | 12,842 | -2,831 | 0,005 | -10,052 | -1,802 |
| | abstinujúci | 81 | 67,88 | 15,205 | | | | |
| praktická intervencia | hospitalizovaní | 99 | 12,34 | 3,939 | -1,799 | 0,074 | -2,361 | 0,109 |
| | abstinujúci | 81 | 13,47 | 4,453 | | | | |
| emocionálna blízkosť | hospitalizovaní | 99 | 13,91 | 3,323 | -1,716 | 0,088 | -1,900 | 0,133 |
| | abstinujúci | 82 | 14,79 | 3,596 | | | | |
| chápaná autorita | hospitalizovaní | 99 | 32,46 | 6,541 | -3,125 | 0,002 | -5,751 | -1,296 |
| | abstinujúci | 82 | 35,99 | 8,295 | | | | |

$p_a < 0,025$

Abstinujúci závislí jednoznačne dosahujú vyššiu mieru celkovej anticipovanej sociálnej opory ako hospitalizovaní závislí. Zameranie sa na funkčnú a kvalitnú oporu sociálnej siete sa preto javí ako jeden z kľúčových aspektov na ceste k abstinencii, avšak pri analýze jednotlivých dimenzií sociálnej opory sa ukázali zaujímavé zistenia. Z troch dimenzií sa iba v dimenzii *chápaná autorita* preukázal štatisticky signifikantný rozdiel. Dané zistenie podľa nášho názoru môže ukrývať dôležité poznanie prospešné pre terapiu závislých klientov. V diskusii sa neskôr pokúsime načrtnúť niektoré možné implikácie tohto vzťahu.

3. Porovnanie abstinujúcich a hospitalizovaných klientov v miere sociálnej začlenenosti

Zaradenie závislého jedinca späť do produktívnej spoločnosti ako plnohodnotného občana patrí k terapeutickým snahám a cieľom. Na základe klientovho zaradenia späť do spoločnosti potom rastie jeho sebadôvera. Motivovaný úspechom je aktívny v napĺňaní vytýčených úloh, zlepšuje sa jeho sebahodnotenie i celkový sebaobraz ako človeka. Predpokladáme, že abstinujúci závislí majú vyššiu mieru dosiahnutej sociálnej začlenenosti ako hospitalizovaní závislí. T-test, vyčíslený v tab. 4, vypovedá o potvrdení našej hypotézy.

Tabuľka 4: T-test – sociálna začlenenosť SZ (skóre) H/A

| | n | x | S | t | p(α) | CI (95%) | |
|-----------------|-----|-------|-------|--------|-------|----------|--------|
| hospitalizovaní | 100 | 15,14 | 9,058 | -2,356 | 0,020 | -5,503 | -0,487 |
| abstinujúci | 89 | 18,13 | 8,331 | | | | |

$p_a < 0,025$

4. Porovnanie prežívania osamelosti medzi závislými klientmi z aspektu porušenia abstinencie

Osamelosť je vo väčšine prístupov a teórií chápaná ako negatívny, subjektívne vnímaný stav. Negatívne emočné stavy intrapersonálneho charakteru sa vyskytujú u 35 % relapsov (Marlatt, 1995, in Volpicelli, Szalavitz, 2000). Z uvedených premís sme usúdili, že závislí, ktorí porušili abstinenciu, prežívajú osamelosť vo väčšej miere ako tí, ktorí abstinenciu neporušili. Naš predpoklad, ktorý sa potvrdil, sme overili parametrickým testom vyčísleným v tab. 5.



Tabuľka 5: T-test – subjektívne hodnotenie osamelosti (lapsus/relaps)

| porušenie abstinencie | n | x | S | t | p(α) | CI (95%) | |
|-----------------------|----|------|-------|-------|-------|----------|-------|
| áno | 93 | 2,71 | 0,916 | 3,130 | 0,002 | 0,192 | 0,852 |
| nie | 48 | 2,19 | 0,982 | | | | |

$p_a < 0,025$

5. Porovnanie sociálnej opory závislých klientov z aspektu porušenia abstinencie

Abstinencia závislého človeka je záťažová situácia s neustále hroziacim rizikom lapsusu/relapsu. Riziko porušenia abstinencie je o to väčšie, ak človek nemá vytvorenú funkčnú sociálnu sieť, ktorá by mu poskytovala sociálnu oporu, hlavne v začiatkoch abstinencie. Predpokladáme, že závislí, ktorí jednoznačne uviedli porušenie abstinencie, dosahujú menšie skóre anticipovanej sociálnej opory ako závislí, ktorí abstinenciu neporušili. Hypotéza bola štatisticky testovaná parametrickou metódou uvedenou v tab. 6.

Tabuľka 6: T-test – sociálna opora MOS (lapsus/relaps)

| | porušenie abstinencie | n | X | S | t | p(α) | CI (95%) | |
|-----------------------|-----------------------|----|-------|--------|--------|-------|----------|--------|
| MOS celkove | áno | 87 | 61,99 | 13,474 | -2,961 | 0,004 | -12,994 | -2,585 |
| | nie | 45 | 69,78 | 15,86 | | | | |
| praktická intervencia | áno | 87 | 12,28 | 4,195 | -1,647 | 0,102 | -2,866 | 0,262 |
| | nie | 45 | 13,58 | 4,515 | | | | |
| emocionálna blízkosť | áno | 88 | 13,82 | 3,399 | -2,223 | 0,028 | -2,695 | -0,157 |
| | nie | 45 | 15,24 | 3,694 | | | | |
| chápajúca autorita | áno | 88 | 32,81 | 7,128 | -2,950 | 0,004 | -6,894 | -1,359 |
| | nie | 45 | 36,93 | 8,548 | | | | |

$p_a < 0,025$

Analýza jednotlivých dimenzií opäť ukázala, že *chápajúca autorita* má najvýznamnejšiu pozíciu v celkovej anticipovanej sociálnej opore. Štatistické vyjadrenie našej hypotézy vypovedá o dôležitosti sociálnej opory pri prevencii lapsusu/relapsu. Kvalitná sociálna opora zohráva svoju úlohu aj pri „pošmyknutí“ (lapsuse), kedy je potrebné podať závislému pomocnú ruku, aby nenastal relaps.

Diskusia

Určitým handicapom výskumu bola metodika, ktorá nebola priamo zameraná na zisťovanie prežívania osamelosti. Tento handicap sme sa snažili zmierniť použitím testovacej batérie, pozostávajúcej z dvoch diagnostických nástrojov, ako i priamou otázkou na prežívanie osamelosti. Ďalšou nevýhodou výskumu je samotná povaha kvantitatívneho prístupu, ktorý má svoje hranice a obmedzené možnosti. *Kvantitatívny výskum* získava údaje redukčným spôsobom, kedy nemusia byť zohľadňované určité individuálne špecifiká týkajúce sa jedinca a/alebo prostredia, čím môžu pozornosť uniknúť dôležité fenomény. Získané výsledky a vyťažené poznanie z výskumu môžu nadobúdať príliš abstraktný a všeobecný rozmer, čo má za následok problém s priamou aplikáciou na mikroúrovni (Hendl, 2005). Je zjavné, že kvantitatívny prístup zodpovedaním jednej otázky



otvára mnoho ďalších. Podľa nášho názoru aj napriek uvedeným nedostatkom sa podarilo získať dôležité zistenia. Interpretácia a aplikácia prezentovaných výsledkov na mikroúrovni si však vyžaduje hlbšiu kvalitatívnu analýzu života každého jednotlivca.

Staršie výskumné štúdie (Hornquist, 1984; Nerviano, Gross, 1976, in Medora, Woodward, 1991) poukazujú na pozitívny signifikantný vzťah medzi osamelosťou a závislosťou od alkoholu. I. Akerlind a J. O. Hornquist (1992) uvádzajú, že ľudia závislí od alkoholu vykazujú pocity osamelosti vo väčšej miere ako iné skupiny obyvateľstva, bez ohľadu na to, či osamelosť je prediktor, alebo následok závislosti. Naše výskumné zameranie na komparáciu subjektívneho pocitu osamelosti medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi závislými preukázalo štatisticky významné rozdiely. Hospitalizovaní závislí prežívajú pocity osamelosti vo väčšej miere ako abstinujúci. Pri danom zistení treba však zohľadňovať fakt, že samotná hospitalizácia môže mať vplyv na aktuálne, subjektívne prežívanie osamelosti. Taktiež vplyv spirituality skupín Anonymných alkoholikov môže rozptyľovať pocity osamelosti. Výskumnú vzorku abstinujúcich respondentov nášho výskumu tvorili klienti z psychoterapeutických a svojpomocných skupín, zameraných na sekundárnu a terciárnu prevenciu. To je základný a najdôležitejší rozdiel v odlišení od skupín iného charakteru, do ktorých môže byť človek začlenený s vytváraním novej osobnej sociálnej siete, kde sa môže cítiť menej osamelý, avšak takéto skupiny nie sú primárne zamerané na vzájomnú pomoc a podporu v abstinencii, čo je kľúčové v procese doliečovania. Závislí ľudia majú rovnaké potreby súnalezitosti, lásky a intimity, ktoré sú sytené blízkymi vzťahmi s inými ľuďmi, poskytujú pocity spokojnosti a bezpečia. Závislí však nemajú možnosť sa v čase krízy spoľahnúť na protektívnu funkciu osobnej sociálnej siete (Bell, 1956, in Akerlind, Hornquist, 1992). Anticipovaná sociálna opora reflektuje jedincovo subjektívne vnímanie vytvorenej sociálnej siete a očakávanej opory. Vo výskume zameranom na osamelosť v kontexte alkoholovej závislosti I. Akerlind, J. O. Hornquist a B. Hansson (1987, in Medora, Woodward, 1991) zistili, že osamelosť je spájaná s celkovou nespokojnosťou v živote a s kvalitou existujúcich vzťahov. Ak je osobná sociálna sieť kvalitná, priamo úmerne plní svoju funkciu sociálnej opory. Zisťovaním štatistických významností v miere anticipovanej sociálnej opory medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi závislými sme dospeli k záveru, že abstinenti majú vytvorenú kvalitnejšiu osobnú sociálnu sieť, ktorá v prípade potreby môže poskytnúť vyššiu mieru sociálnej opory ako u hospitalizovaných. Iné štúdie vo vzťahu medzi závislosťou od alkoholu a osamelosťou vypovedajú o nedostatku sociálnych zručností závislých ľudí, nedôvere v iných, všeobecne negatívnych postojoch a neschopnosti reagovať na podnety v sociálnych interakciách (Calicchia, Barresi, 1975; Cutrona, 1982; Hojat, 1982; Jones, Hobbs, Hoskenbury, 1982; O'Leary, Donovan, 1976, in Medora, Woodward, 1991). Porovnávanie sociálnej začlenenosti medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi sledovalo behaviorálnu zložku afiliácie, t. j. aktivitu v interpersonálnych interakciách, postoje a vzťahy k iným ľuďom, prispôsobivosť a schopnosť adaptácie v nových situáciách. Štatisticky sme preukázali, že abstinujúci závislí dosahujú lepšie zručnosti v sociálnych interakciách ako hospitalizovaní klienti.

Jedna z prognostických štúdií, zameraná na spektrum sociálnych, psychologických a medicínskych premenných, vrátane osamelosti, preukázala, že osamelosť patrí medzi najvýznamnejšie negatívne prediktory v úspešnosti liečby a doliečovania (Hornquist, Hansson, 1988, in Akerlind, Hornquist, 1992). V našom výskume sme potvrdili, že abstinujúci závislí, ktorí porušili abstinenciu, sa cítia viac osamelí ako závislí, ktorí abstinujú bez lapsusu/relapsu.

Autori J. F. Kelly, R. L. Stout, M. Magil a J. S. Tonigan (2011) sa vo svojom výskume zaoberali vplyvom skupín Anonymných alkoholikov na proces zmeny v sociálnych sieťach ľudí závislých od alkoholu v procese liečby a doliečovania. Autori zistili, že účasť na skupinách abstinujúcich závislých podporuje vytváranie nových sociálnych väzieb s inými abstinentmi a eliminuje tak vplyv pôvodnej sociálnej siete, tvorenej inými problémovými užívateľmi alkoholu. Výsledky ukázali, že účasť na svojpomocných skupinách abstinentov má jednoznačne pozitívny vplyv v prevencii lapsusu/relapsu a perspektíve abstinencie. V danom výskume bolo preukázané, že komunita abstinentov jedinca nielen podporuje v abstinencii, ale taktiež mu pomáha vykonávať zmeny



v sociálnych procesoch, vytvárať nové sociálne väzby a budovať tak novú sociálnu sieť, ktorá bude schopná poskytovať sociálnu oporu v procese liečby a doliečovania. Respondenti nášho výskumu pochádzali z rôznych skupín pre závislých abstinentov a dospeli sme k obdobným zisteniam. Štatisticky sme potvrdili, že respondenti, ktorí porušili abstinenciu, dosahovali signifikantne nižšie skóre očakávanej sociálnej opory ako respondenti, ktorí abstinenciu neporušili. Z tohto pohľadu sú naše zistenia s vyššie uvedeným výskumom konzistentné.

Bližšia analýza jednotlivých dimenzií sociálnej opory poukázala na fakt, že *chápaná autorita* (Koženy, Tišanská, 2003), v americkej verzii vyjadrená *pozitívnymi sociálnymi interakciami, emocionálnou a informačnou oporou* (Sherbourne, Stewart, 1991), je najdôležitejším aspektom anticipovanej sociálnej opory. Tento vzťah bol štatisticky potvrdený medzi hospitalizovanými a abstinujúcimi závislými (tab. 3) i medzi závislými respondentmi podľa kritéria porušenia abstinencie (tab. 6). Chápajúcou autoritou môže byť klinický sociálny pracovník, psychoterapeut i ďalší odborníci, či iní abstinenti, disponujúci určitou formou prirodzenej autority v skupine abstinentov. Zo subjektívneho pohľadu funkciu chápanú autority môže zastávať ktokoľvek, kto sýti danému človeku potrebu *afiliácie, emocionálnej a informačnej opory* a predstavuje pre daného jedinca autoritu. Chápajúca autorita sa javí ako obzvlášť dôležitá pri porušení abstinencie. Závislý človek, ktorý poruší abstinenciu, či sa jedná o lapsus alebo relaps, sa často cíti previnilo a za svoje zlyhanie sa hanbí. Klinický sociálny pracovník by mal vedieť pozitívne spracovať obe porušenia abstinencie v prospech klienta. Dôležité je, aby nasmeroval závislého k zisteniu a pochopeniu toho, čo bolo príčinou jeho zlyhania, aké ponaučenie z toho môže získať a čo v budúcnosti môže urobiť ináč. Vyťaženie pozitívneho aspektu z porušenia abstinencie môže udržať klienta motivovaného, čo sa javí omnoho dôležitejšie ako jeho pocity viny (Volpicelli, Szalavitz, 2000).

Cieľom terapeutického procesu nie je len samotná abstinencia, pretože tá predstavuje nástroj zmeny spôsobu života (Kredátus, 1995). Aby sa závislý stal abstinentom, prebudoval svoj život a zaujal aktívny vzťah k svojmu bytiu, k tomu potrebuje *nápomocný vzťah* (Kredátus, 1995; Rogers, 1999; Fromm, 2014). Prostredníctvom tohto nápomocného vzťahu sa človek stáva nezávislý v úsudku i správaní (nonkonformita), abstinuje z vlastného presvedčenia a za prítomnosti kritického rozumu (Kredátus, 1995; Slaměnik, 2008b; Fromm, 2014). Aktívny vzťah k svojmu bytiu, vnútornému prežívaniu, znamená dať výraz vlastným schopnostiam, talentu, obnovovať sa, rásť, prekračovať vlastné izolované *ego*, čeliť výzve života v abstinencii, a tak meniť seba samého (Fromm, 2014; Frankl, 2011).

Záver

V realizovanom výskume sme dospeli k obdobným, respektíve v niektorých prípadoch k jednotným zisteniam s porovnávanými zahraničnými výskumami. Za osobitne významné zistenie považujeme štatistickú signifikanciu anticipovanej sociálnej opory vo vzťahu k perspektíve úspešnej abstinencie. Napriek tomu, že niektoré naše výsledky mohli byť implicitne známe z iných výskumov, sme toho názoru, že sa nám podarilo explicitne demonštrovať vzťahy medzi vymedzenými konštruktmi. Aktuálna postmoderná doba sa v extrémnej podobe vyznačuje pseudohodnotami, vysokými nárokmi na človeka, silným tlakom spoločnosti ku konformite, kde jedinec musí disponovať niekedy heroickým potenciálom, aby všetok tlak spoločnosti zvládol a pritom ostal sám sebou. Pre človeka, ktorý takýmto potenciálom nedisponuje, či bol akokoľvek oslabený (najčastejšie prostredím, v ktorom vyrastal – rodinou), droga môže ponúkať rýchle riešenia. Človek sa snaží uniknúť pred každodenným tlakom spoločnosti, utiecť pred societou vytvoreným *Self*, túži byť sám sebou, ale nakoniec ostáva sám a osamelý. Osamelosť sa môže simultánne vyvíjať a prelínať so závislosťou, kedy sa človek často uzatvára do svojho vnútra s túžbou byť sám sebou. Osamelosť je fenomén, ktorého pochopenie v rámci integrácie jednotlivých teoretických východísk môže ukrývať rôzne obsahy dôležité pre komplexnejšie pochopenie života klienta. Zložitost ľudského bytia, hĺbka vnútorného stavu prežívania osamelosti a látková závislosť ako multifaktoriálny fenomén si vyžadujú integrované teoretické i praktické prístupy, ktoré cez poznanie môžu priniesť nové procesné modely pri záchrane človeka.



Použité zdroje

- AKERLIND, I., HORNQUIST, O. J. 1992. Loneliness and Alcohol Abuse: A Review of Evidences of an Interplay. *Social Science & Medicine*, 34(4) 405–414.
- BALOGOVÁ, B. 2012. Klinická sociálna práca ako koncept medzigeneračného premostenia. In: BALOGOVÁ, B. (Ed.). *Medzigeneračné mosty – vstupujeme do roka medzigeneračnej solidarity: Zborník príspevkov z konferencie s medzinárodnou účasťou, ktoré sa konalo v dňoch 10. 11. 2011 v Prešove* [online]. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. [10. 2. 2015]. Dostupné z: <https://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogova5>
- BARTH, F. D. 2014. *Integrative Clinical Social Work Practice*. New York: Springer.
- BREKKE, S. J. 2014. A Science of Social Work, and Social Work as an Integrative Scientific Discipline: Have We Gone Too Far, or Not Far Enough? *Research on Social Work Practice*, 24(5) 517–523.
- CACIOPPO, J. T., HAWKLEY, C. L., BERNTSON, G. G. 2003. The Anatomy of Loneliness. *Current Directions in Psychological Science*, 12(3), 71–74.
- CACIOPPO, T. J., HAWKLEY, C. L., KALIL, A., et al. 2008. Happiness and the Invisible Threads of Social Connection. In: EID, M., LARSEN, R. J. (Eds.). *The Science of Well-Being*. New York: Guilford, 195–219.
- COLMAN, A. M. 2009. *A Dictionary of Psychology*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press.
- CSOTI, M. 2006. *Overcoming Loneliness and Making Friends*. London: SPCK Publishing.
- EVANS, B. F. 1996. *Harry Stack Sullivan, Interpersonal Theory and Psychotherapy*. London: Routledge.
- FRANKL, V. E. 2006. *Lékařská péče o duši*. Brno: Cesta.
- FRANKL, V. E. 2009. *Psychoterapia pre laika*. Bratislava: LÚČ.
- FRANKL, V. E. 2011. *Hľadanie zmyslu života*. Bratislava: Eastone Books.
- FROMM, E. 2014. *Mít, nebo být?* Praha: Aurora.
- GALVANI, S. 2012. *Supporting People with Alcohol and Drug Problems: Making a Difference*. Bristol: Policy Press.
- HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. 4. vyd. Praha: Portál.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitatívni výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- HENDL, J. 2009. *Přehled statistických metod: analýza a metaanalýza dat*. 3. přepracované vydání. Praha: Portál.
- JANOUSEK, J., SLAMĚNÍK, I. 2008. Sociální motivace. In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (Eds.). *Sociální psychologie*. 2. vyd., přepracované, rozšířené. Praha: Grada, 147–159.
- KELLY, F. J., STOUT, L. R., MAGILL, M. et al. 2011. The Role of Alcoholics Anonymous in Mobilizing Adaptive Social Network Changes: A Prospective Lagged Mediation Analysis. *Drug and Alcohol Dependence* [online]. 114(2–3). [28. 2. 2015]. Dostupné z: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3062700/#_ffn_sectile
- KNAFO, D. 2013. Artists' Solitude and the Creative Process. In: RICHARDS, A. K., SPIRA, L., LYNCH, A. (Eds.). *Encounters with Loneliness: Only the Lonely*. 2nd ed. New York: IPBooks, 15–36.
- KOLÁRIK, T. 2008. *Dotazník sociálnej začlenenosti – T-98*. Bratislava: Psychodiagnostika, a. s.
- KOŽENÝ, J., TIŠANSKÁ, L. 2003. Dotazník sociální opory – MOS: Vnitřní struktura nástroje. *Československá psychologie*. XLVII(2), 135–143.
- KREDÁTUS, J. 1995. *Diagnóza: Abstinencia*. Banská Bystrica: Závislosť.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2006. *Psychologie smysluplnosti existence*. Praha: Grada.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Mat' pre čo žiť*. Bratislava: Karmelitánske nakladateľstvo.
- KUDA, A. 2008a. Prevence a zvládání relapsu. In: KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 225–234.
- KUDA, A. 2008b. Sociální rehabilitace a následná péče. In: KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 215–224.



- KUDRLE, S. 2008. Bio-psycho-sociálně-spirituální model závislosti jako východisko k primární, sekundární a terciární prevenci a kvalifikované pomoci. In: KALINA, K. et al. *Základy klinické adiktologie*. Praha: Grada, 17–24.
- LANGMEIER, J., MATEJČEK, Z. 2011. *Psychická deprivace v dětství*. 4. vyd. Praha: Karolinum.
- MAIEROVÁ, E., DOLEŽALOVÁ, K., HRUBÝ, L. C. 2014. Analýza hodnot a smyslu života u klientů kontaktního centra pro uživatele návykových látek. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 49(5), 225–245.
- MASLOW, H. A. 2013. *A Theory of Human Motivation*. Mansfield Centre, CT: Martino Publishing.
- MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce*. 2. vyd. přepracované. Praha: Portál.
- McCARTHY, T., GALVANI, S. 2004. SCARS: New Model for Social Work with Substance Users. *Practice: Social Work in Action*, 16(2), 85–97.
- MEDORA, P. N., WOODWARD, C. J. 1991. Factors Associated with Loneliness among Alcoholics in Rehabilitation Centers. *The Journal of Social Psychology*. 131(6), 769–779.
- MURRAY, A. H. 1938. *Explorations in Personality*. New York: Oxford University Press.
- NEŠPOR, K. 2011. *Návykové chování a závislost*. 4. vyd. aktualizované. Praha: Portál.
- NEŠPOR, K. 2012. Bažení (craving): Kombinovaná obrana je neefektivnější. *Alkoholismus a drogové závislosti*, 47(4), 205–213.
- NOCIAR, A. 1991. *Alkohol a osobnost*. Bratislava: Veda.
- PAYLOR, I., MEASHAM, F., ASHER, H. 2012. *Social Work and Drug Use*. Maidenhead: Open University Press.
- PAYNE, M. 2014. *Modern Social Work Theory*. 4th ed. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- PEPLAU, A. L. 1988. Loneliness: New Directions in Research. Participate in the Challenge of Mental Health and Psychiatric Nursing in 1988. In: *Proceedings of the 3rd National Conference on Psychiatric Nursing* [online]. Montreal: American Psychiatric Nurses Association, 127–142. [19. 11. 2014]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Peplau%2088.pdf
- PERLMAN, D., PEPLAU, A. L. 1981. Toward a Social Psychology of Loneliness. In: DUCK, S., GILMOUR, R. (Eds.). *Personal Relationships in Disorder* [online]. London: Academic Press, 31–56. [8. 12. 2014]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman%20%26%20Peplau%2081.pdf
- PERLMAN, D., PEPLAU, A. L. 1982. Teoretical Approaches to Loneliness. In: PEPLAU, A. L., PERLMAN, D. (Eds.). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy* [online]. New York: Wiley, 123–134 [15. 12. 2014]. Dostupné z: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Perlman_Peplau_82.pdf
- PROBSTOVÁ, V., PEČ, O. 2014. *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
- ROGERS, R. C. 1999. *Spôsob bytia*. Modra: Persona.
- RULLO, D. 2001. The Profession of Clinical Social Work. *Research on Social Work Practice*, 11(2), 210–216.
- SHARP, D. 2005. *Slovník základních pojmů psychologie C. G. Junga*. Brno: Nakladatelství Tomáše Janečka.
- SHERBOURNE, D. C., STEWART, L. A. 1991. The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine*, 32(6), 705–714.
- SLAMĚNÍK, I. 2008a. Afiliace, atraktivita, láska. In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (Eds.). *Sociální psychologie*. 2. vyd., přepracované, rozšířené. Praha: Grada, 249–265.
- SLAMĚNÍK, I. 2008b. Konformita. In: VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (Eds.). *Sociální psychologie*. 2. vyd., přepracované, rozšířené. Praha: Grada, 339–356.
- SONDERBY, L. S. 2013. Loneliness: An Integrative Approach. *Journal of Integrated Social Sciences*, 3(1), 1–29.



- SPIRA, L. 2013. Shades of Loneliness: Psychological and Social Perspectives. In: RICHARDS, A. K., SPIRA, L., LYNCH, A. A. (Eds.). *Encounters with Loneliness: Only the Lonely*. 2nd ed. New York: IPBooks, 71–83.
- STRMEŇ, L., RAISKUP, Ch., J. 1998. *Výkladový slovník odborných výrazov používaných v psychológii a v jej príbuzných a hraničných vedných odboroch*. Bratislava: Iris.
- TOKÁROVÁ, A. 2002. Sociálna práca ako vedná disciplína. In: TOKÁROVÁ, A. et al. *Sociálna práca: Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 45–79.
- VÁGNEROVÁ, M. 2012. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 5. vyd. rozšířené, přepracované. Praha: Portál.
- VOLPICELLI, J., SZALAVITZ, M. 2000. *Recovery Options: The Complete Guide – How You and Your Loved Ones Can Understand and Treat Alcohol and Other Drug Problems*. New York: John Wiley & Sons Inc.
- VÝROST, J., BAUMGARTNER, F. 2001. Sociálna opora a osamelosť. In: VÝROST, J., SLAMĚŇÍK, I. (Eds.). *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada, 113–128.
- ŽIAKOVÁ, E. 2008. Teoretické vymedzenie pojmu osamelosti. In: ŽIAKOVÁ, E. et al. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: Filozofická fakulta PU, 9-27.
- ŽIAKOVÁ, E. et al. 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav*. Prešov: Filozofická fakulta PU.



Význam expresivně-formativních intervencí u seniorů s demencí v rezidenční péči

Importance of Expressively-Formative Interventions Applied at Senior Citizens with Dementia in Residential Care

Oldřich Müller

Mgr. Oldřich Müller, Ph.D.,¹ odborný asistent Ústavu speciálněpedagogických studií PdF UP v Olomouci se specializací na speciálněpedagogickou gerontagogiku, speciální pedagogiku osob s psychickými poruchami a expresivní terapie. Působí také jako terapeut v Domově pro seniory a Domově se zvláštním režimem Hrubá Voda.

Abstrakt

Článek je zaměřen na výsledky projektů realizovaných v letech 2013–2014 na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci v rámci specifického vysokoškolského výzkumu. Tyto projekty byly prováděny výzkumným týmem vedeným profesorem Milanem Valentou, formálně rozděleným podle předmětů výzkumu do jednotlivých segmentů. V daném článku je popsán především výstup segmentu B, který se zabýval expresivně-formativními přístupy ke klientům, kterými byli senioři s demencí (se zvláštním důrazem na atroficko-degenerativní a ischemické demence) v rezidenční péči.

Klíčová slova

expresivně-formativní intervence, osoba seniorského věku, závislost na péči, atroficko-degenerativní demence, diagnostický nástroj, diagnostická hodnota, procesuální efektivita

Abstract

This paper focuses on the results of specific university research projects carried out at the Faculty of Education at Palacky University in Olomouc in 2013–2014. These projects were conducted by the research team led by prof. Milan Valenta, formally divided according to objective-oriented project segments. In this paper, it is mainly a description of the output of the segment B, which dealt with the expressive-formative approaches applied to the senior citizens dependent on the care (with special emphasis on atrophic-degenerative and ischemic dementia).

Keywords

expressive-formative intervention, senior citizen, dependence on care, atrophic-degenerative dementia, diagnostic tool, diagnostic value, procedural efficiency

¹ Kontakt: Mgr. Oldřich Müller, Ph.D., Ústav speciálněpedagogických studií, Pedagogická fakulta Univerzity Palackého v Olomouci, Žižkovo náměstí 5, 771 40 Olomouc; omuller@centrum.cz



Úvod

Stárnutí obyvatelstva je dnes všeobecně známý fenomén. Jeho respektování, promítající se do systematické a kvalifikované přípravy na mnohé s ním související důsledky (např. na potřebu změny sociálně zdravotní péče), již tak samozřejmé není. Toto platí nejenom pro „majoritní“ společenské postoje k problematice důstojného života ve stáří, ale rovněž pro nutnost zajištění diverzifikovaných dílčích přístupů k řešení kvality života uvnitř velmi heterogenní skupiny osob seniorského věku. Její různorodost zahrnuje na jedné straně jedince s dobrým zdravím a funkčním stavem, na druhé straně pak jedince s výraznou závislostí na péči. Mezi zástupce druhé jmenované varianty lze, mimo jiné, zařadit seniory znevýhodněné v důsledku diagnostikované kognitivní poruchy, většinou demence. Tento syndrom má různou etiologii, nicméně častým typem vyskytujícím se v seniorské populaci je demence Alzheimerova typu (50–60% všech demencí), jejíž prevalence vzrůstá exponenciálně s věkem (Rusina, 2010).

Kvalita života osob postižených jakoukoli demencí bývá do značné míry narušena a vyžaduje komplikovaná podpůrná opatření, rozprostřená do několika oblastí komplexní rehabilitační péče (jinak systému ucelené rehabilitace). Mezi tato opatření spadají rovněž různé intervenční postupy, zaměřené na aktivaci kognitivních funkcí a zachování základních psychosociálních schopností daného člověka (radí se k nefarmakologickým přístupům psychologické a zčásti psychotherapeutické povahy). Účinnost některých z nich je více méně potvrzována odbornými studii (Tavel, 2009) – zmiňována je například orientace v realitě, reminiscenční terapie, validace aj. (Holmerová, Rokosová, Suchá, Veleta, 2004).

K přístupům, které doposud nemají u dané cílové skupiny v dostatečné míře experimentálně ověřenu svoji účinnost, patří přístupy expresivně-formativní. Jejich nesporný pozitivní dopad je přitom dokazován např. u osob s duševní poruchou a poruchou chování vyvolanou účinkem psychoaktivních látek, neurotickou poruchou, mentální retardací a řady dalších (Lištiaková, Müller, Svoboda, Valenta, 2014).

Následující text na výše uvedenou skutečnost reaguje a snaží se popsat výsledky experimentů zaměřených hlavně na zjišťování aktivizačního, edukačního, terapeutického a diagnostického potenciálu záměrných odborně vedených expresí u psychiatrické a gerontopsychiatrické klientely nacházející se v rezidenčních zařízeních poskytujících sociálně-zdravotní péči. Tyto experimenty byly (a nadále jsou) obsahovou náplní kontinuálních projektů specifického vysokoškolského výzkumu realizovaných na Univerzitě Palackého v Olomouci od roku 2013.²

Expresivně-formativní přístupy k seniorům s demencí – paradigma

Expresivně-formativní přístupy jsou ve své podstatě postaveny na záměrně a cíleně vyvolané umělecké expresi, kterou obecně vymezujeme jako vyjádření vnitřních (v případě některých jedinců reálně potlačených) pocitů a vztahů k lidem prostřednictvím specifického prostředí, uměleckého média (výtvarného, hudebního, atp.). Jan Slavík (1999) samotnou expresi definuje jako jistý typ lidské aktivity (bezprostředně související s komunikací), v níž člověk spontánně a s důrazem na formu projevu vyjadřuje svoje vnitřní psychické stavy, dojmy, pocity, nálady a s nimi spjaté osobní zkušenosti či poznatky. V expresivním projevu o mnohém vypovídáme (především o sobě), avšak svoji výpověď nedokážeme vždy přesně kontrolovat. Jeho obsah je chápán spíše volněji, ale s emocionálním dopadem. Expresie může probíhat na nejrůznějších úrovních, od málo uvědomovaných výrazů provázejících jednoduché emoce až po uměleckou tvorbu.

² V letech 2013–2014 byly realizovány dva projekty pod oficiálními názvy „Aktuální výzvy a alternativní strategie ve speciálněpedagogické diagnostice“ a „Evaluace a verifikace aktuálně konstruovaných nástrojů speciálněpedagogické diagnostiky“. V roce 2015 je spuštěn návazný projekt „Konstrukce a verifikace (praktické ověření) nových kvantitativních a kvalitativních nástrojů ve speciálněpedagogické diagnostice a intervencí“, zaměřený i na měření kategorií změněné komunikace seniorů s demencí a na vytvoření modelu komunikačního schématu více vycházejícího vstříc možnostem konverzace.



Při jakékoli aplikaci expresivně-formativních přístupů vystávají vždy dvě základní možnosti – buď aktivní využití daného média účastníkem podílejícím se na umělecké (či paraumělecké) tvorbě, nebo zúčastněné vnímání výsledků tvorby někoho jiného. Použité médium pak slouží jako prostředek žádoucích změn, které mohou, mimo jiné, vyplynout z funkčního potenciálu umění (Müller, 2014). To disponuje mnohými funkcemi, spolupůsobícími nejen při přirozené integraci lidské osobnosti, ale také při jejím záměrném ovlivňování. Jiří Kulka (2008) v této souvislosti zmiňuje několik oblastí obsahujících funkce:

- biologické, projevující se stimulací (podněcováním smyslových orgánů a psychických i fyzických procesů), relaxací, ovlivňováním biorytmů, oběhového systému atp.,
- psychologické, zahrnující činnosti kognitivní, expresivní, formativní, abreaktivní, emocionálně motivační, terapeutické atp.,
- sociální, postihující lidskou komunikaci, potřebu sociální identifikace, koordinaci společenských činností atp.

Funkční potenciál umění se logicky stává důležitým východiskem při strukturaci a komparaci poznatků o konkrétním významu uměleckých expresí (a s nimi efektivně kombinovatelných intervenčních postupů) v nefarmakologických přístupech k seniorům s demencí. Ilustrativním příkladem takového propedeutického poznatku může být synergie hudebních složek a dalších s hudebním uměním souvisejících činitelů při intencionálním nebo spontánním působení na člověka. Její nesporný pozitivní efekt vychází z prokázaného multifunkčního vlivu hudby na různé oblasti lidského mozku a jejího podílu na aktivitách neuronů³, fungujících ve vzorcích aktivity a útlumu a určujících, co lidé dělají a prožívají. Klaus Grawe (2007) v tomto smyslu potvrzuje, že hudba aktivuje specifické neuronové systémy pro odměňování a emoce (běžně reagující na míru uspokojení základních potřeb) a stává se významným regulátorem libosti. „Dvorní básník medicíny“ Oliver Sacks (2009) přispívá k neurofyzilogickým znalostem na dané téma popisem významu hudební představitosti při aktivaci sluchových a motorických center mozkové kůry a při vyvolávání paměťových stop (vizuálních, verbálních...). Představa melodie písně může být stimulem procedurálních pohybových stereotypů, či ex post (např. po využití nevědomých verbálních asociací) připomenout zapomenutý text. Ale nemusí jít jenom o samotný text. Působení hudby lze propojit rovněž se zapamatováním a vybavením obecných faktů, např. názvu skladby, jména skladatele apod.

Jiný příklad propedeutického poznatku logicky vyplývajícího z funkčního potenciálu umění se týká jeho sociální funkce a potažmo také komunikace. Samotná možnost lidí komunikovat, zpracovávat události svého života, participovat a spolupracovat na okolním dění, je velmi důležitá pro jejich osobní pohodu, významnou složku a ukazatel kvality života. Tuto možnost nabízí svým specifickým způsobem umělecká exprese.⁴ A nejde přitom pouze o konfrontaci „tvorby“ se společenským prostředím, např. o její ocenění. Jde o naprosto unikátní příležitost zvolit si z více komunikačních prostředků ten nejlépe vyhovující, ten, který člověku opravdu umožní něco sdělovat a něco sdílet. Těmito komunikačními prostředky mohou být v daném případě znaky různého druhu, významu a složitosti, třeba slova (viz jazyk jako abstraktní znakový systém a řeč jako jeho individuální užití), ale se symbolickým přesahem, dávajícím jejich uživatelům svobodu vyjádřit (či pochopit) něco ze svého bytí. K velmi frekventovaným patří v tomto směru znaky neverbální (mimo jiné v případech, kdy nejsou verbální schopnosti účastníků komunikace v pořádku, viz například demence). Je tomu tak proto, že umožňují poměrně bezpečně a relativně snadně vyjádření mnohých problematických a kontroverzních témat. Navíc jsou předpokladem kvalitního vztahu a interakcí – mezi partnery navzájem, mezi odborníkem a jeho svěřencem, sociálním pracovníkem a uživatelem sociální služby atp.

³ Pojetí vlivu hudby na různé oblasti lidského mozku je vlastní východiskům pocházejícím z oblasti neurorehabilitace.

⁴ Umělecká expresivita je spojena také s kreativitou (propojující smysly, motoriku, myšlení, asociace, představitost a jiné osobnostní složky), která významně napomáhá komunikaci a participaci.



Co se týká významu neverbality v péči o osoby seniorského věku s demencí, je tento svým způsobem potvrzován. Dosavadní výzkumy sledovaly např. tzv. dotyk instrumentální (kontakt od pečovatele), dotyk expresivní (odezvu klienta), výraz obličeje (jak je používán klientem, nebo chápán pečovatelem), byly rovněž vytvořeny některé diagnostické nástroje (na sledování pozitivních odpovědí drobnými gesty, pohyby, úsměvy, očním kontaktem, jako reakcemi na vnější podněty, hudbu, masáže; (Hubbard, Cook, Tester, Downs, 2002). Nicméně výzkumné a experimentální aktivity postrádají zasazení těchto dílčích komunikačních faktorů do širších souvislostí, v nichž každá komunikace probíhá. Zejména je třeba upřít pozornost k fenoménu konverzace. Teoreticko-metodologickým zázemím zde může být etnometodologický přístup. Užitečnost etnometodologických principů konverzační analýzy pro efektivní podporu osob s narušenou komunikační schopností zdůrazňuje (společně s užitečností psycholingvistického modelování využívaného kognitivní neuropsychologií) Cséfalvay (Cséfalvay, Brnová, 2009). Jeho závěry potvrzují realizované experimenty, pomocí nichž bylo zjištěno, že senioři s demencí používají neverbalitu nejen jako prostředek vlastní komunikace, ale i interpretace neverbálního chování ostatních (Hubbard, Cook, Tester, Downs, 2002).

Kromě uvedených témat se při výzkumu významu uměleckých expresí v nefarmakologických přístupech můžeme inspirovat celou řadou dalších poznatků⁵, zejména těmi souvisejícími se samotnými nefarmakologickými přístupy k dané klientele. Nalezneme je v odborných textech Bastinga, Killicka (2003), Killicka, Alana (1999), Gerdnera (2000) aj. Důležité přitom je, aby byly dané poznatky neustále korelovány s možnostmi expresivity a aby jakkoli modifikované přístupy vždy odpovídaly míře involučních (nebo chorobných) změn, funkčnímu stavu (stavu soběstačnosti), adaptabilitě člověka na stáří, typu jeho osobnosti, předchozím zkušenostem, potřebám. Jmenované determinanty jsou také zmiňovány příslušnými autoritami. Inspirativní je model Cohena-Mansfielda (2000), postavený na vztahu uspokojení potřeb a chování daného jedince. Jsou v něm shrnuty tři možnosti: chování vedoucí k naplnění potřeby (například vyhledávání podnětů), chování vedoucí k vyjádření potřeby (např. opakované dotazování), chování vyplývající z neuspokojené potřeby (například agresivita vyvolaná bolestí nebo nepříjemným pocitem). Vliv zkušeností na schopnosti aktivit v seniorském věku zase zmiňuje Neda Agahi (2006): systematické činnosti v dospělosti jsou velmi významným ukazatelem úspěšnosti činností v pozdějším věku – starý člověk, který byl v mládí velmi činorodý, bude s největší pravděpodobností usilovat o stejný životní styl i nadále.

Při zjišťování efektivity expresivně-formativních intervencí u seniorů s demencí lze však do jisté míry vyjít z primárních zdrojů, tedy z výsledků předmětně stejně zaměřených vědecko-výzkumných aktivit. Podnětná je například empirická studie Jennifer Rusted, Lindy Sheppard a Diane Waller (2006), první kontrolovaná studie svého druhu, jejímž hlavním účelem bylo testovat, zdali má aktivní účast na skupině pracující s výtvarnými prostředky (krátkodobě i dlouhodobě) pozitivní vliv na psychosociální, kognitivní a další funkce zástupců námi sledované cílové skupiny. Autorky v ní potvrzují jasné změny nálady, zlepšení pozornosti, angažovanosti a participace. Řadu studií dokumentujících pozitivní dopady umění na osobní pohodu osob seniorského věku s demencí uvádějí Elizabeth Lokon, Jennifer M. Kinney a Suzanne Kunkel (2012). Kritický přehled odborných textů (publikovaných v letech 1990–2010) o využití expresivních terapií (zejména muzikoterapie, arteterapie, dramaterapie a taneční či pohybové terapie) při podpoře osob s demencí Alzheimerova typu podává Renée L. Beard (2012).

Expresivně-formativní přístupy k seniorům s demencí – průběh a výsledky experimentů

Experimenty soustředěné především na zjišťování aktivizačního, edukačního, terapeutického a diagnostického potenciálu záměrných odborně realizovaných expresí u gerontopsychiatrické

⁵ Další epistemologická východiska řešeného problému (nevycházející pouze z poznatků týkajících se funkčního potenciálu umělecké expresivity) mohou zahrnovat i propedeutické poznatky o klasifikaci evaluací v sociálních vědách, evaluaci funkcí a efektivity uměleckých disciplín, aplikaci psychoterapeutických principů aj.



klientely v rezidenční péči probíhaly formou pravidelných týdenních lekcí, jichž se účastnila otevřená skupina pacientů Psychiatrické nemocnice v Kroměříži (senioři s mírnou až středně těžkou, většinou atroficko-degenerativní demencí)⁶. Tento experimentální soubor byl vybrán institucionálním záměrným výběrem ze základního souboru osob seniorského věku závislých na péči (z důvodu výskytu demence), nacházejících se v současnosti v pobytovém zařízení poskytujícím, mimo jiné, sociální služby.

Funkční stav probandů se pohyboval v rozmezí křehkosti až závislosti⁷, narušení komunikační schopnosti odpovídalo stupni demence, kdy je komunikace v porovnání s normou: 1. částečně snížena v doméně participace (např. pozdrav), 2. více snížena v doméně verbalita (rozumění slovům, nalezení vhodných slov – výrazně ve verbální pragmatice – např. při reakcích na otevřené otázky, prezentování nových informací aj.), 3. většinou zachována ve své neverbální složce (Rousseaux, 2010). Přítomna byla další typická symptomatologie, hlavně: 1. globální kognitivní porucha postihující paměť a nejméně jednu další funkci, 2. jiné doprovodné nekognitivní psychopatologické příznaky, behaviorální a funkční změny.

Výše zmíněné symptomy predikovaly do jisté míry potřeby klientů⁸, přičemž byl respektován metodologický význam Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (zde dominuje snaha o popis a třídění situací, s nimiž se osoba s postižením musí vyrovnat, ve kterých má problémy, obtížně je zvládá).

Průběžné působení na experimentální soubor mělo podobu expresivně laděných intervencí (kombinovaných s prvky orientace realitou a reminiscencí, dotykovou stimulací, validací aj., formálně užívajících skupinové dynamiky), prováděných dvojicí terapeut–koterapeut, jejichž instrumentář sestával převážně z prostředků, jimiž disponuje dramatické a umění (jednoduché hry v roli – na úrovni simulace, pohybové výrazové prostředky, gesta, zástupné předměty, vokální projevy, hry na tělo, poslech hudby, atp.)

Lekce kopirovaly pravidelnou strukturu sestávající z následujících fází:

1. kontakt, orientace, naladění – směřující k upoutání a stabilizaci pozornosti, ke zjištění a/či ovlivnění nálady a celkového psychofyzického stavu – většinou pomocí malého polštářku jako kontaktního a iniciačního předmětu,
2. motivace – směřující k aktivizaci a zaměření aktivity smysluplným směrem – většinou za pomoci reminiscenčních médií, např. dobové hudby, starých fotografií, referenčních předmětů (dámské plesové kabelky a rukaviček, pánského klobouku a motýlka, evokujících přípravu na významnou společenskou událost), reminiscenční krabice s drobnými rekvizitami atp.,
3. tematicky orientovaná skupinová či individuální aktivita – směřující k uspokojení některé z aktuálních potřeb účastníků – jednalo se například o pohybové a taneční aktivity inspirované hudbou ze starých českých filmů, zpěv inspirovaný vzpomínkami na důležité životní události, biografie inspirované znamením zvěrokruhu apod.,
4. závěr – směřující k uzavření otevřených témat, doladění vzpomínek, zpětné vazbě shrnující autentické dojmy z proběhnutého sezení, rozloučení – toto mělo většinou podobu skupinové konverzace a rituálu.

Náplní práce terapeuta a koterapeuta byly nejenom samotné intervence a kontakt s probandy, ale také sběr dat, jejich vyhodnocování, tvorba a modifikace diagnostického nástroje a další návazné

⁶ Od roku 2015 byla výzkumná skupina delegována z uživatelů služeb Domova pro seniory a Domova se zvláštním režimem Hrubá Voda.

⁷ Zmíněné kategorie vycházejí z klasifikace osob seniorského věku dle funkčního stavu, kdy křehcí senioři vykazující nízkou míru potenciálu zdraví, odolnosti i k běžné zátěži, snadno se funkčně dekompenzují a dostávají do obtížných situací a závislí senioři vykazují částečnou či úplnou ztrátu soběstačnosti.

⁸ Pojetí potřeb cílové skupiny bylo postaveno na hierarchicky uspořádané motivační teorii A. H. Maslowa a respektovalo obecně známé specifické seniorské potřeby, zejména vážící se k lidské autonomii.



aktivity. Potřebné údaje poskytovalo účastněné pozorování s ratingovým záznamem. Metodologie výzkumu měla kvalitativní i kvantitativní charakter. Kvalitativní část vycházela z teorie Strausse, Glasera a Corbinové (1999). Výzkumná činnost se zaměřovala na problém metodologický – verifikaci měrného prostředku – ale rovněž na problém věcný – efektivitu intervencí. Utvářeným a modifikovaným měrným prostředkem (diagnostickým nástrojem) byl již zmíněný ratingový záznam (ratingová škála), původně konstruovaný pro dospělé klienty s psychiatrickou diagnózou (Lištiaková, Müller, Svoboda, Valenta, 2014). Jeho posuzování a úprava se odvíjely od zjišťování vztahu mezi dílčími položkami a reakcemi klientů, nezávisle hodnocenými a korelovanými výzkumníky. Položky zahrnovaly typické personálně-sociální kompetence a funkční schopnosti, ale rovněž specifické kompetence související s uměleckou expresivitou. Jejich posuzovaný rozsah byl vyjádřen pětibodovou stupnicí. Efektivita daných intervencí vyplynula ze zjištění, zdali došlo v průběhu celého intervenčního cyklu u klienta (a u jednotlivých položek) k významnému posunu.

Evaluační ratingu v dané fázi nezahrnovala prokázání vztahu mezi všemi proměnnými, jež by mohly připadat v úvahu (například dynamika stavu probandů). Vzhledem k absenci kontrolní skupiny (šlo o nekontrolovanou studii) nebyla zjišťována statistická významnost nasbíraných dat a potvrzovány hypotézy. Jednoduše byl stanoven statistický rozdíl mezi sledovanými položkami na počátku a konci experimentu a komparován v jednotlivostech s empirií. Jistou výhodou však představovaly konstrukční jednoduchost a přenositelnost (a možnost kvantifikace kvalitativních markerů) nástroje. Dalším pozitivem byla komparabilita v čase u konkrétního klienta, možnost sledovat vývoj a možnost zaznamenání ústřední tendence u sledovaných identifikačních znaků (tj. setrvalost, pokles či vzrůst).

Diagnostický nástroj dosáhl v popisované fázi experimentu následujícího výsledného formátu a obsahu (Müller, 2015).

Evaluační rating expresivně-formativních postupů u seniorů s demencí

Klient:

Terapeut:

Koterapeut – sběrač dat:

Místo:

Den:

Stručná osnova intervence:

1. Postavení klienta ve skupině

| I. | II. | III. | IV. | V. |
|-----------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <i>Nespolupracuje s ostatními</i> | <i>Spolupracuje s ostatními zřídka</i> | <i>Spolupracuje s ostatními občas</i> | <i>Spolupracuje s ostatními často</i> | <i>Spolupracuje s ostatními vždy</i> |

2. Aktivita klienta

| I. | II. | III. | IV. | V. |
|----------------------------------|--------------------------|---------------------------|------------------------|-----------------------|
| <i>Indiference (lhostejnost)</i> | <i>Převážná pasivita</i> | <i>Střed, ambivalence</i> | <i>Vysoká aktivita</i> | <i>Vůdčí aktivita</i> |

3. Spontaneita

| I. | II. | III. | IV. | V. |
|-----------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| <i>Rigidita</i> | <i>Nízká spontaneita</i> | <i>Střed, ambivalence</i> | <i>Vysoká míra spontaneity</i> | <i>Maximální spontaneita</i> |



4. Soustředění

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|--------------------------|--------------------------|--------------|---|-------------------------------------|
| <i>Stálá roztržitost</i> | <i>Častá roztržitost</i> | <i>Střed</i> | <i>Stabilní po velkou část intervence</i> | <i>Stabilní po celou intervenci</i> |

5. Emocionální exprese

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|--------------|--------------|--------------------------|-----------------|-------------------|
| <i>Žádná</i> | <i>Nízká</i> | <i>Adekvátní situaci</i> | <i>Přehnaná</i> | <i>Obrožující</i> |

6. Emocionalita klienta

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|--|-------------------------------|---------------------------------|---|---|
| <i>Neprojevuje se aktivně a odmítá</i> | <i>Velmi povrchní odkrytí</i> | <i>Odkrytí na osobní úrovni</i> | <i>Odkrytí na emocionální úrovni s příslušným kontextem</i> | <i>Odkrytí emocionální a afektivní přirozenosti, její vyjádření navenek</i> |

7. Nonverbalita

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|---|---------------------|--------------|---|--|
| <i>Bez exprese či neadekvátní situaci</i> | <i>Nízká úroveň</i> | <i>Střed</i> | <i>Adekvátní v některých aktivitách</i> | <i>Adekvátní situaci po celou intervenci</i> |

8. Interakce

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|------------------|-------------------------------|--------------------|--|--|
| <i>Netečnost</i> | <i>Nízká úroveň reagování</i> | <i>Ambivalence</i> | <i>Převažující uvědomělé reakce na členy skupiny</i> | <i>Uvědomělá reakce na členy skupiny po celou intervenci</i> |

9. Reakce na iniciační předmět

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|------------------|-------------------------------|--------------------|-------------------------------------|---|
| <i>Netečnost</i> | <i>Nízká úroveň reagování</i> | <i>Ambivalence</i> | <i>Převažující uvědomělé reakce</i> | <i>Uvědomělá reakce po celou intervenci</i> |

10. Reakce na dramaterapeutické médium

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|--------------|--------------|-------------|--------------|--------------|
| <i>Dotek</i> | <i>Hudba</i> | <i>Zvuk</i> | <i>Obráz</i> | <i>Slovo</i> |

11. Dramaterapeutická exprese na úrovni

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|--------------|-------------|--------------|----------------|--------------------|
| <i>Pohyb</i> | <i>Zvuk</i> | <i>Obráz</i> | <i>Postava</i> | <i>Verbalizace</i> |

12. Vstup do role a její úroveň

| <i>I.</i> | <i>II.</i> | <i>III.</i> | <i>IV.</i> | <i>V.</i> |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|---------------------------------|------------------------------------|
| <i>Neschopnost vstupu do role</i> | <i>Simulace, bez interakce</i> | <i>Střed, občasné vypadnutí z role</i> | <i>Udržení role s interakcí</i> | <i>Interaktivní charakterizace</i> |

Uvedený diagnostický nástroj vznikl nejprve modifikací ratingové škály vytvořené v rámci dřívější experimentální práce s dospělými klienty s psychiatrickou diagnózou (v jedné skupině šlo převážně o ženy v produktivním věku s neurotickými poruchami a ve druhé o muže a ženy závislé



na alkoholu a nealkoholových drogách), přičemž byly eliminovány některé položky, nehodící se pro naši cílovou skupinu seniorů s demencí – např. položky zjišťující schopnosti imaginace a distance (pro jejich předpokládanou malou využitelnost). Vycházelo se z toho, že tyto zcela zbytečně cílí na jejich narušené schopnosti, které jsou při běžném kontaktu spíše překážkou v komunikaci a následně zdrojem možných konfliktů mezi uživatelem sociálních služeb a odborným (sociálním) pracovníkem.

Následná verifikace modifikovaného měrného prostředku postavená na korelaci sledovaných dílčích položek, tedy expresivně-formativních intervencí a reakcí probandů, vykázala během daného intervenčního cyklu některé významné rozdíly. Více korelujícími se ukázaly položky emocionalita klienta (+ emocionální exprese), nonverbalita, reakce na iniciační předmět a reakce na dramaterapeutické médium.

Kategorie emocionalita klienta (+ emocionální exprese) se již před prokazováním vztahu mezi proměnnými jevila jako velmi zásadní faktor. Zkušenosti ukazují, že jsou emoce důležitým prostředkem vyjadřování, interakcí a navazování užších vztahů právě u osob s demencí. Nahrazují totiž jejich narušenou verbální složku komunikace (především tzv. expresivní a receptivní jazyk, čili schopnost kódování a dekodování myšlenek). Posuzování emocionálních reakcí probandů pak skutečně vykázalo vysokou souvztažnost. Nicméně je třeba zdůraznit, že nebyl podrobněji zkoumán podíl ovlivňujících faktorů. Aktuální dynamika emocí byla, dle našeho soudu, ve zvýšené míře závislá na emocionální podpoře a nastavené atmosféře, velkou roli hrál charakter osobnosti a způsob prožívání emocí daný kognitivní poruchou (pohybující se od naprosté apatie, přes labilitu, až po neadekvátní emoční reakce). Z uvedených důvodů považujeme za nutné v budoucnu provést další výzkum nejen těchto proměnných, ale také například výzkum korelací mezi emocionalitou a reaktivitou klienta.

Kategorie nonverbalita úzce souvisí s emocionalitou, neboť se jedná o oboustranně propojené psychické funkce. Jakákoli emoce vyvolá neverbální reakci a naopak, neverbální vyjadřování evokuje prožitek. Osobám s demencí umožňuje snadnější způsob komunikace i interpretace chování osob v jejich okolí (prostřednictvím porozumění gestům odkazujícím na emoční stav příslušného člověka) a má rovněž význam při posuzování jejich vlastního chování ze strany pečovateli. I tato kategorie vykazovala významnou souvztažnost. S velkou pravděpodobností se lépe hodnotila z důvodu existence zkušeností s používanými neverbálními signály, které lze u klientů strukturovaně sledovat – může jít například o zvednutí hlavy, úsměv, kývnutí hlavou, oční kontakt, pohyb rukou, reakce na iniciační dotyk atp.

Kategorie reakce na iniciační předmět souvisí, mimo jiné, s iniciačním dotykem (chápaným ve smyslu haptické neverbální komunikace). Tento předmět slouží k usnadnění dorozumívání mezi komunikačními partnery, většinou v počáteční motivační fázi. Jeho vzhled má proto spíše neutrální charakter, aby a priori nevyvolával žádné zbytečně matoucí asociace. Mělo by jít o objekt jednoduchý, příjemný na dotek, nezatežující zrakovou percepci (osvědčil se třeba polštářek). Reakce na iniciační předmět vykázaly vysoké korelační hodnoty, navíc se zde dal vysledovat jistý stupeň účasti v komunikaci jednotlivců (viz také níže položka interakce), tedy faktor, který má potenciál pro budoucí výzkum schopností konverzace. Kromě sledování úrovně reakcí byly pozorovatelné například takové jevy, jako fyzické přiblížení (nebo fyzický kontakt) ke komunikačnímu partnerovi, jeho oslovení, míra externalizace pocitů vyvolaných iniciačním předmětem a jejich zacílení na komunikačního partnera (tedy: Používá daná osoba předmět jen pro sebe?) atp.

Zatímco předchozí kategorie patřily do oblasti personálně-sociálních kompetencí, reakce na dramaterapeutické médium spadá mezi specifické kompetence související hlavně s uměleckou expresivitou. Nejenom v tom je ale její výjimečnost. Dramaterapeutická média totiž vykazují schopnost kompenzovat mnohé nedostatky související s kognitivní poruchou – viz některé příklady v teoretické části tohoto textu. V našem experimentu se potvrdil poznatek, že většina klientů s demencí pozitivně reaguje na dotek a hudbu (případně vybrané zvuky), obtížněji pak na obraz a nejhůře na slovo. Toto tvrzení podpořila rovněž vysoká validita této položky. Pro budoucí



výzkum se v tomto směru jeví jako přínosné korelovat daná média s reminiscenčním potenciálem. Vycházíme přitom z následujícího zjištění. Reakce probandů na to které médium se daly poměrně přesně hodnotit, nicméně jejich reaktivita odhalovala něco navíc – otevírání a zpřístupňování paměťových stop, a sice s různou intenzitou a variabilitou. Evidentní přitom bylo, že významnou roli hrála aktuálně spuštěná konkrétní reminiscence některého z klientů. Za potvrzenou považujeme také skutečnost dlouhodobě pozitivního vlivu zmíněných médií na funkční stav osob s demencí a jejich preventivní působení proti riziku senzorické deprivace.

Méně korelujícími se ukázaly položky postavení ve skupině, interakce, aktivita, spontaneita, soustředění, dramaterapeutická exprese a vstup do role. Společným jmenovatelem kategorií spadajících do oblasti personálně-sociálních kompetencí a současně leitmotivem jejich nižší souvztažnosti bylo trvalé narušení v doménách účast v komunikaci a verbální komunikace, dopad mělo pochopitelně i narušení jiných schopností. U kategorie postavení ve skupině se dílčím způsobem projevovaly také některé pozitivní jevy – například vzájemná emocionální podpora a soudržnost části členů skupiny, předávání podobných zkušeností a problémů, nebo vnímání a posuzování chování druhého člověka s možnou sebereflexí. Kategorie interakce přesvědčivěji korelovala u zmíněné reakce na iniciační předmět. Aktivita a spontaneita byly celkově u klientů utlumeny. Schopnost soustředění se obtížně hodnotila z důvodu přítomných deficitů ve výběrové pozornosti, u některých probandů se projevovala inerce (netečnost daná jak vlastní poruchou, tak i v několika případech nevhodnou medikací), u jiných perseverance (lpění, např. na osobních tématech). Z dlouhodobějšího hlediska však část klientů vykázala jisté zlepšení. Pro další výzkum považujeme za perspektivní sledovat vztah mezi pozorností a příslušnými činnostmi a komunikačními situacemi.

Mezi méně korelující specifické kompetence související hlavně s uměleckou expresivitou patřila dramaterapeutická exprese na úrovni pohybu, zvuk, obraz, postava, verbalizace a vstup do role. Obojí byly jistě ovlivněny, mimo jiné, narušenou schopností aktivity, spontaneity a soustředění, obojí byly rovněž obtížněji hodnotitelné. Svůj význam mělo pozitivní ocenění činností klientů – byť spíše sporadických – vyvolané prožitky měly dopad na jejich případnou odvahu využít tohoto média i nadále. Jsme toho názoru, že pozitivní ocenění mělo vliv na zanesení zkušenosti toho kterého probanda do jeho procedurální paměti. Hodnocení kategorie vstup do role nevykazovalo výraznou korelaci, jednak z výše uvedených příčin, a také proto, že tomuto fenoménu nebyl věnován výraznější prostor. Nejvyšší úrovní role, kterou jsme používali, byla simulace (např. tanec na plese). Předpokládáme, že pokud by se s ní pracovalo systematicky, například formou divadla, mohli bychom využít vyšších úrovní. Toto však nebylo předmětem našeho zájmu. Pozorováním jsme však dospěli k následujícímu závěru: v případě osob s demencí může mít rolová hra význam tehdy, pokud zachovává pocit kontroly nad vlastním životem a vychází-li z jejich identity, postavení a dosavadních sociálních rolí.

Výsledkem výzkumné činnosti zaměřené na metodologický problém byl tedy výše uvedený diagnostický nástroj. V dalších úvahách o jeho validitě bude brán zřetel na míru korelace jednotlivých položek, což se s velkou pravděpodobností dále promítne do tvorby ratingu, integrujícího pouze položky s vysokou či vyšší souvztažností.

V případě pojetí setření jako věcného problému (efektivita intervencí) ukázal verifikovaný nástroj statisticky významný posun na škále u klientů evaluovaných na počátku intervence a na konci intervence, a sice u položek zaměřených na soustředění, emocionalitu a emocionální expresi, reakci na iniciační předmět, reakci na dramaterapeutické médium a neverbalitu. Je však třeba zdůraznit, že vzhledem k velkému množství nezávisle proměnných ovlivňujících „zlepšení“ klienta ve jmenovaných položkách v čase a vzhledem k absenci kontrolní skupiny přiznáváme uvedenému zjištění jen poměrně malou výpovědní hodnotu s minimální možností generalizace.

Dalšími výsledky realizovaných experimentů bylo zpracování a ověření metodických řad, respektujících specifické potřeby cílové skupiny. Do jejich metodologie byly zapracovány také:



- narativní přístup k využívání reminiscencí – využívající volné skupinové konverzace o životních zkušenostech účastníků,
- reflektující (bilanční) přístup k využívání (a zjišťování) reminiscencí – využívající hodnocení života klientů, povzbuzování, dodávání smyslu života,
- informační přístup – postavený na předávání informací (vzpomínek, zkušeností, poznatků) formou osobního vyprávění daného do kontextu historických událostí (Müller, 2014).

Všechny tyto koncepty se, mimo jiné, staly součástí veškeré expresivně-formativní intervence potenciálně využitelné v nefarmakologických přístupech k seniorům s demencí v rezidenční sociální péči.

Použité zdroje

- AGAHI, N., AHACIC, K., PARKER, M. G. 2006. Continuity of Leisure Participation from Middle Age to Old Age. *The Journals of Gerontology. Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61(6), 340–346.
- BASTING, A. D., KILLICK, J. 2003. *The Arts and Dementia Care: A Resource Guide*. Brooklyn, NY: The National Centre for Creative Aging.
- BEARD, R. L. 2012. Art Therapies and Dementia Care: A Systematic Review. *Dementia – The International Journal of Social Research and Practice*, 11(5), 633–656.
- COHEN-MANSFIELD, J. 2000. Use of Patient Characteristic to Determine Non-pharmacologic Interventions for Behavioural and Psychological Symptoms of Dementia. *International Psychogeriatrics*, 12, 373–380.
- CSÉFALVAY, Z., BRNOVÁ, J. 2009. *Konverzační analýza v afaziologii*. Bratislava: MABAG, spol. s r. o.
- GERDNER, L. 2000. Effects of Individualized Versus Classical Relaxation Music on the Frequency of Agitation in Elderly Persons with Alzheimer's Disease and Related Disorders. *International Psychogeriatrics*, 12, 49–65.
- GRAWE, K. 2007. *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál.
- HOLMEROVÁ, I., ROKOSOVÁ, M., SUCHÁ, J., VELETA, P. 2004. Nefarmakologické přístupy k pacientům postiženým demencí a podpora pečujících rodin. *Neurologie pro praxi*, 5(1), 17–20.
- HUBBARD, G., COOK, A., TESTER, S., DOWNS, M. 2002. Beyond Words: Older People with Dementia Using and Interpreting Nonverbal Behaviour. *Journal of Aging Studies*, 16(2), 155–167.
- KILLICK, J., ALAN, K. 1999. The Arts in Dementia Care: Tapping a Rich Resource. *Journal of Dementia Care*, 7, 35–38.
- KULKA, J. 2008. *Psychologie umění*. Praha: Grada.
- LIŠTIAKOVÁ, I., MÜLLER, O., SVOBODA, P., VALENTA, M. 2014. Evaluation of Dramatherapy Process with Clients of Psychiatric Hospital. In: *Proceedings of the International Multidisciplinary Scientific Conferences on Social Sciences and Arts. Volume I. Psychology and Psychiatry, Sociology and Healthcare, Education*. Sofia: STEF92 Technology Ltd., 167–174.
- LOKON, E., KINNEY, J. M., KUNKEL, S. 2012. Building Bridges Across Age and Cognitive Barriers Through Art: College Students' Reflections on an Intergenerational Program With Elders who Have Dementia. *Journal of Intergenerational Relationships*, 10(4), 337–354.
- MÜLLER, O. 2015. Diagnostic Value and Efficiency of Expressively-formative Interventions Applied at Senior Citizens with Dementia. In: USLU, F. (ed.) *Intess '15. 2nd International Conference on Education and Social Sciences Abstracts and Proceedings*. Istanbul: International Organization Center of Academic Research, 1098–1105.
- MÜLLER, O. 2014. Efektivita expresivně-formativních intervencí u osob seniorského věku závislých na péči. In: HUTYROVÁ, M. (Ed.). *Jinakost ve speciálněpedagogickém kontextu. Sborník*



- příspěvků z XV. Mezinárodní konference k problematice osob se specifickými potřebami.* Olomouc: UP, 126–136.
- MÜLLER, O. et al. 2014. *Terapie ve speciální pedagogice.* Praha: Grada.
- ROUSSEAU, M., SÉVE, A., VALLET, M., PASQUIER, F., MACKOWIAK-CORDOLIANI, M. A. 2010. An Analysis of Communication in Conversation in Patients with Dementia. *Neuropsychologia*, 48(13), 3884–3890.
- RUSINA, R. 2010. Terapeutické a preventivní aspekty demencí – na čem opravdu záleží. *Interní medicína pro praxi*, 12(11), 545–547.
- RUSTED, J., SHEPPARD, L., WALLER, D. A. 2006. Multi-centre Randomized Control Group Trial on the Use of Art Therapy for Older People with Dementia. *Group Analysis*, 39(4), 517–536.
- SACKS, O. 2009. *Musicophilia. Příběhy o vlivu hudby na lidský mozek.* Praha: Dybbuk.
- SLAVÍK, J. 1999. Arteterapie v souvislostech speciální pedagogiky. *Speciální pedagogika*, 9(1), 7–19.
- STRAUSS, A. L., CORBINOVÁ, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu (Postupy a techniky metody zakotvené teorie).* Brno–Boskovice: Sdružení podané ruce, Nakladatelství Albert.
- TAVEL, P. 2009. *Psychologické problémy v starobe I.* Pusté Úľany: Schola Philosophica.



Návrat nezaměstnaných rodičů po rodičovské dovolené na trh práce v ostravském regionu

*Return of Unemployed Parents after Their Parental Leave
to the Labour Market in Ostrava Region*

Anna Krausová, Tomáš Waloszek, Martin Brezina

Mgr. Anna Krausová, Ph.D.,¹ je vedoucí Katedry sociálních věd Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity v Ostravě. Zaměřuje se při přednáškové a publikační činnosti na oblast sociální politiky, makrometod sociální práce a problematiku projektového řízení a neziskového sektoru. Aktivně působí jako dobrovolník v neziskové organizaci Vzájemné soužití, o. p. s., jehož je spoluzakladatelkou.

Mgr. et Mgr. Tomáš Waloszek² je studentem doktorského oboru „Sociální práce“ na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity v Ostravě. V magisterských programech absolvoval obory: „Veřejná politika a lidské zdroje“ (zaměření: sociální politika) na Masarykově univerzitě v Brně a zároveň „Management organizací služeb sociální práce“ na Ostravské univerzitě v Ostravě. Na této univerzitě participoval také při inovaci výuky předmětů sociální politiky.

Mgr. Martin Brezina³ je studentem doktorského studia „Sociální práce“ na Ostravské univerzitě. V minulosti působil jako sociální pracovník, projektový manažer a konzultant ve vzdělávání. V současnosti učí na Vyšší odborné škole J. A. Komenského v Ostravě. Jeho odborný zájem se soustřeďuje na problematiku zaměstnanosti a společenské integrace.

Abstrakt

V první části příspěvku jsou představena teoretická východiska a téma harmonizace rodiny a práce ve specifické fázi životního cyklu, kterou je návrat rodičů na trh práce po rodičovské dovolené. Je poukázáno na skutečnost, jakým způsobem mohou požadavky trhu práce narušovat stabilitu rodiny a její funkce. V druhé části příspěvku je pozornost věnována představení metodologie výzkumu. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké bariéry přispívající k dlouhodobé nezaměstnanosti identifikují rodiče s dětmi (do 10 let věku) při přechodu z rodičovské dovolené na trh práce a jaké bariéry v oblasti harmonizace rodiny a práce identifikují pracovníci působící v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti v ostravském regionu. Třetí část příspěvku obsahuje výsledná zjištění a interpretaci.

¹ Kontakt: Mgr. Anna Krausová, Ph.D., Fakulta sociálních studií, Ostravská univerzita v Ostravě, Fráni Šrámka 3, Ostrava – Mariánské Hory, 709 00; anna.krausova@osu.cz

² Kontakt: Mgr. et Mgr. Tomáš Waloszek, Fakulta sociálních studií, Ostravská univerzita v Ostravě, Fráni Šrámka 3, Ostrava – Mariánské Hory, 709 00; tomas.waloszek@osu.cz

³ Kontakt: Mgr. Martin Brezina, Opavská 1110/31, Ostrava 8, 708 00; martin.brezina@osu.cz



Do kvalitativního výzkumu bylo zapojeno celkem 22 nezaměstnaných rodičů s dětmi a 15 pracovníků pracujících v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti. Rozhovory byly s komunikačními partnery vedeny v období červenec–srpen 2014, následně byly analyzovány v programu Qualitative Data Analysis Software MAXQDA. Závěrečná část příspěvku je zaměřena na diskusi a závěry.

Keywords

rodičovská dovolená, trh práce, harmonizace rodiny a práce, rodiče

Abstract

In the first part of article are introduced theoretical frameworks and issue of reconciliation of family and working life in a specific phase of life cycle, which is the return to the labour market after the end of parental leave. It is pointed out how the demands on the labour market undermine the stability of the family and its functions. In the second part, attention is paid to the presentation of research methodology. The aim of the research was to find out barriers, contributing to long-term unemployment identify unemployed parents with children up to 10 years in the transition from parental leave and which barriers in reconciling work and family life identify workers working in the field of active employment policy in the Ostrava region. The third part of the article already presents the resulting findings and interpretation. The research covered 22 unemployed parents with children and 15 workers working in the field of active employment policy. Interviews with respondents were conducted in the period July–August 2014. Subsequently they were analysed in Qualitative Data Analysis Software MAXQDA. The final part of the article is focused on the discussion of the conclusions.

Keywords

parental leave, labour market, reconciling work and family, parents

Úvod

Představa o tom, že je pro rodiče žádoucí sladit požadavek účasti v zaměstnání s péčí o děti, se v (post)moderních společnostech stává normativním předpokladem a osou životních plánů: mladí lidé chtějí mít možnost zakládat rodiny a přitom současně realizovat svou pracovní dráhu (Castles, 2003, in Sirovátka, Bartáková, 2008: 65).

Ke stávajícímu vývoji v oblasti sladování práce i rodiny v České republice může podle Tomešové-Bartákové (2009:27) přispívat i fakt, že se sociální politika oblastmi práce a rodiny zabývá odděleně. Toto roztržštění kompetencí nijak nepřispívá k potřebnému komplexnímu uchopení problematiky a k reformulaci stávajících politik. Řešení oblastí sladování práce a rodiny zůstávají v zaběhlých kolejích a inklinují spíše k pasivním formám (víceletá finanční kompenzace rodiče/ matky s dítětem doma) namísto zlepšení služeb péče o dítě, jakož i komunikace a koordinace mezi jednotlivými relevantními oblastmi (dávky, služby, vazba na trh práce), které by dovolovaly vyšší flexibilitu i větší možnost volby v oblasti sladování práce a rodiny a nenutily ženy (resp. rodiny) k uniformním strategiím.

Období tranzice z rodičovské dovolené a zejména dopady dlouhodobého setrvání rodičů mimo pracovní trh si zasluhují hlubší pozornost výzkumu (Bartáková, 2008).

Příspěvek představuje prezentaci a diskusi poznatků, výsledků výzkumu realizovaného díky finanční podpoře projektu Studentské grantové soutěže (v rámci podpory specifického výzkumu na Ostravské univerzitě v Ostravě) v roce 2014. Výzkum se zaměřoval na nezaměstnané rodiče s dětmi ve věku do 10 let, vracející se na trh práce po ukončení rodičovské dovolené (v ostravském regionu). Cílem výzkumu bylo zjistit, jaké bariéry při vstupu na trh práce po ukončení rodičovské dovolené identifikují samotní nezaměstnaní rodiče s dětmi a pracovníci působící v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti v ostravském regionu.



1. Teoretická východiska výzkumu

1.1 Zaměstnanost rodičů vracejících se na trh práce po ukončení rodičovské dovolené

Specifikem českého trhu práce je velký rozdíl v míře zaměstnanosti mužů a žen. Tzv. gender employment gap, tj. rozdíl mezi zaměstnaností českých mužů a žen činí 17,5 % (oproti průměru EU 12,2 %). Ženy v České republice čelí nejvyššímu propadu zaměstnanosti spojenému s mateřstvím a výchovou dětí v Evropě, a to zejména díky nedostatečné dostupnosti služeb péče o děti spojené s nízkým využíváním částečných úvazků (dle dat OECD má ČR nejnižší zaměstnanost žen s dětmi do 12 let věku ze všech členských států EU, z toho minimální zaměstnanost žen s dětmi do 3 let věku). (*Doboda o partnerství pro programové období 2014–2020*, 2014:10–11.)

V České republice v posledních dvaceti letech došlo, obdobně jako v dalších postsocialistických zemích (Cazes, Nesporova, 2003) a v protikladu k západním evropským zemím, k poklesu zaměstnanosti žen. S obnovou tržních vztahů v 90. letech se objevil problém nezaměstnanosti, který od samého počátku postihoval více ženy než muže. Souvisí to především s jejich přerušovanou pracovní kariérou z důvodu péče o děti (příp. o jiného člena rodiny), jejíž podpora systémem služeb denní péče o děti výrazně oslabil, ale také např. s koncentrací žen do oborů, které byly zejména v počáteční době transformace nejvíce postiženy útlumem (Kuchařová, 2013:10).

Bartáková (2008:180) hovoří o ustáleném modelu přerušování kariéry žen, který je pro Českou republiku charakteristický velmi nízkými mírami zaměstnanosti žen zejména do 3–4 let věku dítěte (což souvisí s institucionálním nastavením rodičovské dovolené, rodičovského příspěvku a služeb péče o nejmenší děti), ale i nižšími mírami zaměstnanosti žen v předškolním věku dětí.

Příchod malého dítěte/děti do rodiny v České republice přináší rodičům (dle Tomešové-Bartákové, 2009:124), zvláště ženám, zhoršení postavení na trhu práce, a to především ve srovnání s relativně příznivou pozicí žen v případech, kdy nemají děti. Zvlášť významnou roli pro stanovení míry zaměstnanosti žen v České republice hraje podle Kuchařové (2013:29) věk nejmladšího dítěte, ale také i počet dětí. Totéž konstatuje i Tomešová-Bartáková (2009:124). Porovnáním situace žen s jedním dítětem na jedné straně a se dvěma a více dětmi na straně druhé zjistíme, že míra zaměstnanosti žen klesá a genderový rozdíl v míře zaměstnanosti se výrazně zvyšuje. Míra zaměstnanosti českých žen klesá z téměř 81 % u žen bez dětí na 72 % u žen s jedním dítětem a až na 59 % u žen se dvěma a více dětmi.

Vliv počtu dětí na postavení rodiče na trhu práce po rodičovské dovolené ukázaly i výsledky sondy „Mladé rodiny“ (VÚPSV, 2006, in Kulhavý, Bartáková, 2007). Rodiče se dvěma a více dětmi vypověděli častěji ve srovnání s rodiči s jedním dítětem, že mají problémy znovu nastoupit do zaměstnání po rodičovské dovolené, a rovněž trojnásobně častěji (ve srovnání s rodiči s jedním dítětem) vypověděli, že byli bezprostředně po rodičovské dovolené nezaměstnaní (Bartáková, 2008:183).

Situaci rodičů po rodičovské dovolené dokládají také data z výzkumu „Manželství, práce a rodina“ (2005). Zatímco se podíl nezaměstnaných žen (dle retrospektivních výpovědí žen) pohybuje bezprostředně po ukončení rodičovské dovolené na úrovni 9 %, celkově má v období do dvou let po ukončení rodičovské dovolené zkušenost s krátkodobou nezaměstnaností více než 20 % žen (Tomešová-Bartáková, 2009:129).

Relativně vysoká je podle Bartákové (2008:180) zaměstnanost u žen bezdětných (či s odrostlými dětmi), která dosahuje hodnot skandinávských zemí a u všech žen v průměru dosahuje podobných hodnot jako v tzv. korporativistických zemích. Je tedy ovlivňována extrémně nízkou zaměstnaností specifických skupin žen, zejména žen s malými dětmi. Bezdětné ženy mají v České republice vysokou zaměstnanost (okolo 80 %), která se téměř neliší od bezdětných mužů. Míra zaměstnanosti žen však klesá a rozdíly v mírách zaměstnanosti mužů a žen významně narůstají v případech, že je v rodině malé dítě / malé děti.

V České republice je zaměstnanost žen silně závislá jak na mateřství (jak bylo výše zmíněno), tak i na rodinném stavu. Projevuje se to nejen v různé intenzitě zaměstnání matek a bezdětných žen,



ale i v její závislosti na tom, v jaké rodině ženy žijí. Míra zaměstnanosti matek s dětmi do 15 let je v ČR o 15,3 procentního bodu nižší, než je tomu u žen bez rodičovských povinností (58,8%, resp. 74,1%) (Kuchařová, 2013:29). Dle zjištění souvisí délka setrvání na rodičovské dovolené s rodinným stavem (dříve se na trh práce vracely matky svobodné a ovdovělé), ale především se vzděláním matky (Kuchařová a kol., in Tomešová-Bartáková, 2009:23).

Ještě negativější vliv na ženskou zaměstnanost než přítomnost dítěte v rodině má věk dětí. Data VŠPS (2004) ukazují u žen s nejmladšími dětmi do tří let zaměstnanost nižší než 10%. Ta postupně narůstá přes 30% u matek 3letých dětí, 60% u matek 4letých dětí až po cca 70–85% matek starších dětí (Bartáková, 2008; Tomešová-Bartáková, 2009:125).

Podle dat European Commission (2008, in Tomešová-Bartáková, 2009:123) nacházíme v České republice (ve skupině žen mezi 20–49 lety) rozdíl asi 40,5 procentního bodu v mírách zaměstnanosti žen bez dětí a žen s dítětem mladším 6 let, což je jednoznačně nejvyšší rozdíl ze všech zemí EU-27 (průměr pro EU-27 je rozdíl 13,6 procentního bodu).

V období tranzice z rodičovské dovolené na trh práce i v určitém období po tranzici ukazují data z výzkumu „Manželství, práce a rodina“ nižší míry zaměstnanosti těchto žen, výraznější nárůst nezaměstnanosti (i dlouhodobé) a vyšší podíl žen s malými dětmi (3–6 let věku dítěte) pracujících na dobu určitou – celkově 22%. Ve dvou třetinách těchto zaměstnání se přitom jednalo o plné úvazky, u nichž lze preferenci takto sjednaného pracovního poměru ze strany zaměstnance jen obtížně očekávat (Bartáková, 2008).

Dlouhodobou nezaměstnaností jsou zasaženy více ženy než muži (Sirovátka, Horáková, Kulhavý, 2006). Podle dat z výzkumu „Manželství, práce a rodina“ (2005) se vyšší výskyt dlouhodobé nezaměstnanosti žen objevuje v období do pěti let od ukončení rodičovské dovolené – u kategorie žen v období 3–5 let od ukončení rodičovské dovolené má zkušenost s dlouhodobou nezaměstnaností (nad jeden rok v posledních pěti letech) 15% žen (a jen 5% u relevantní kategorie mužů). V pozdějším období dlouhodobá nezaměstnanost žen klesá (Tomešová-Bartáková, 2009:129).

Efekt péče o malé děti na postavení žen na trhu práce lze tedy sledovat nejen na mírách zaměstnanosti a nezaměstnanosti, ale i neaktivity žen. K jejímu relativně krátkodobému trvání přispívá podle Tomešové-Bartákové (2009) pravděpodobně výraznější potřeba rychlého návratu k dvoupříjmovému modelu po rodičovské dovolené. Péči o děti jako důvod neaktivity žen na trhu práce vykazovalo 42% neaktivních žen.

Rovněž Valentová (2005) nachází mezi muži a ženami s aspoň jedním dítětem do 9 let téměř 40% ekonomicky neaktivních žen (ale jen 5% mužů) a Mareš a Rákokcová (2005) uvádějí, že ve věkové kategorii 25–49 let tvoří ženy v České republice dokonce více než 80% ekonomicky neaktivních (Tomešová-Bartáková, 2009:130).

Tomešová-Bartáková (2009:22) uvádí, že otázka přechodu rodičů z rodičovské dovolené zpět na pracovní trh a jeho dopadu na jejich postavení trhu práce začínají být v České republice detailněji studovány teprve v posledních letech, k čemuž doposud přispíval i nedostatek vhodných dat.

1.2 Otázka sladování práce a rodiny jako výzva pro sociální politiku

V České republice, podobně jako v jiných postkomunistických zemích, položila rodinná politika pro roce 1989 velký důraz na přenesení péče o děti do rodin, aniž by ale podpořila genderovou rovnost. Tento trend byl označen jako re-familializace (Hantrais, 2004, in Sirovátka, Bartáková, 2008:66) či rodově zatížený implicitní familialismus (Sirovátka, Bartáková, 2008) či jako postkomunistický model. Ten je charakterizován rozvinutou sítí institucí péče o děti ve věku od 3 do 6 let, ale hlavně akcentem na dávky (ve velké míře testované) a dlouhou rodičovskou dovolenou, přitom však vysokou zaměstnaností žen.

Sirovátka, Bartáková (2008:66) poukazují, že socialistický model familialismu byl po roce 1989 posílen zejména tím, že v roce 1990 byla prodloužena doba poskytování rodičovského příspěvku (dříve mateřského příspěvku) do věku 3 let a v roce 1995 dokonce do věku 4 let dítěte, při současném omezení možností institucionální péče o děti do 3 let.



Prodlužování doby legitimního setrvání žen mimo pracovní trh z důvodu péče o malé dítě navíc nemělo jen podpořit domácí péči o dítě, která je stále vnímána jako nejhodnější, ale šlo i o prostředek, jak uvolnit tlak na trhu práce v post-transformačním období (vedle předčasných důchodů; Sirovátka, 2004; Hašková, 2008, in Tomešová-Bartáková, 2009:26).

Z hlediska makrosociálního (systému celé společnosti) je problém vztahu rodiny a zaměstnání nejčastěji diskutován jako konflikt obou sfér (Beck 1992, 1999; Beck-Gernsheim, 1998 in Sirovátka, Bartáková, 2008:68). Pečovatelské závazky jsou z tohoto pohledu hodnoceny i současně domácnostmi vnímány jako nové sociální riziko, jež zvyšuje sociální nejistoty, a to zejména ve vztahu k trhu práce. Nutnost sladit rodinný život s výdělečnou prací považují ve svém výčtu za jedno z tzv. „nových sociálních rizik“ i Armingeon, Bonoli (2006; srov. Keller, 2011).

Otázka harmonizace rodiny a práce může být definována jako potřeba „de-familializace“, tj. osvobození členů rodiny od pečovatelských závazků (Esping-Andersen, 1999, in Sirovátka, Bartáková, 2008). Z druhé strany je ale problém harmonizace rodiny a zaměstnání nahlížen jako „nedostatek péče“ (care gap), kdy jde především o to, jak je pečovatelská práce ceněna a sdílěna mezi ženami a muži, stejně jako mezi domácnostmi, sociálním státem a zaměstnavateli (Lewis, 2006, in Sirovátka, Bartáková, 2008).

V současné době sice ženy více participují na formálním trhu práce, nicméně jim je stále ve větší míře připisována hlavní odpovědnost za péči o děti a domácnost, což je označováno jako tzv. dvojitá zátěž žen (Plasová, 2008:209). Také změny na současném formálním trhu práce, zejména tlak na maximální flexibilitu pracovní síly zejména s ohledem na režim práce a pružné změny v potřebné kvalifikaci, kladou na všechny pracovníky vysoké nároky (Plasová, 2008:209). V tomto kontextu se rodinná politika stále více odklání od orientace k úhradě nákladů na výchovu dítěte či propopulačních opatření směrem k opatřením, jež by napomáhala zlepšit možnosti rodičů (zejména žen s malými dětmi) v pracovním uplatnění, umožnila jim sladit péči o děti a zaměstnání a rozšířit jejich možnosti volby, jak uspořádat zaměstnání, péči o děti a práci v domácnosti v průběhu životního cyklu (Sirovátka, Bartáková, 2008:65).

Sirovátka, Bartáková (2008:65) upozorňují, že problém harmonizace rodiny a zaměstnání a s ní související otázka role sociální politiky při jeho řešení se v posledních letech dostává do centra zájmu společenských věd.

Ve vztahu k otázce sladování práce a rodiny, tématům, jako je participace žen na trhu práce a jejich návrat po rodičovské dovolené, se do popředí dostává otázka funkce sociální politiky v těchto oblastech. Pozornost je zaměřena především na roli sociální politiky ve vztahu k potřebě harmonizovat požadavky produkce (ve smyslu participace na trhu práce) a reprodukce (ve smyslu zakládání rodin a vyplývajících povinností) v životě rodin (Tomešová-Bartáková, 2009:24).

Politiky harmonizace práce a rodiny jsou konstruovány s cílem redukovat „handicap“ rodičovství ztěžující návrat rodiče na trh práce a naopak umožnit rodičům, aby se více či méně svobodně rozhodli o uspořádání péče o nově narozené dítě v kombinaci s vlastní pracovní dráhou (Tomešová-Bartáková, 2009:24).

Plasová (2010) upozorňuje, že v rámci harmonizace práce a rodiny jde o nalezení a zajištění určitého stupně fungující a přijatelné kombinace placené a neplacené práce.

Při sladování rodiny a práce napomáhá rodičům rozsah formálních opatření (například opatření rodinné politiky, zaměstnavatelé) i neformálních opatření (například výpomoc partnera při zajištění domácích prací), které přispívají pracujícím rodičům k tomu, aby naplnili očekávání zaměstnavatele, stejně tak jako potřeby členů rodiny. To znamená, že balancování práce a rodiny je spoluutvářeno příležitostmi, které jsou rodičům dostupné, a jejich schopnostmi je využít, ale také shodou mezi těmito nabízenými příležitostmi a preferencemi či očekáváním rodin s dětmi vůči nim (Plasová, 2010: 33).

Krebs et al. (2010) uvádí, že prvním krokem k posílení slučitelnosti profesních a rodičovských rolí rodičů je posílení pozice muže-otce v rodině a jeho zapojení do péče o dítě. Dalším krokem, vedle posílení kontroly diskriminace matek, případně otců po návratu z rodičovské dovolené na pracovní



trh, je posílení práva rodiče na částečný úvazek, a to přímou podporou firem ve státním i soukromém sektoru. Neméně významné je podle něj, z hlediska slučitelnosti rodičovských a profesních rolí, v naší společnosti negativní hodnocení omezené možnosti pružné pracovní doby. Nezbytnou součástí uvedených kroků k posílení rodičovských a profesních kroků je bezesporu rozšíření a zvýšení nabídky širokého spektra služeb pečujících o děti a vytvoření podmínek a stimulů pro jejich vícezdrojové financování (rodiče, stát, obec, zaměstnavatelé v alternativních kombinacích). Pro harmonizaci práce a rodiny jsou dle Plasové (2010:33) obvykle využívány tři základní typy opatření (srov. např. Castles, 2003; Leitner, 2003; Čermáková, 2002):

1. Opatření umožňující opuštění trhu práce z důvodu rodičovství – jde zejména o schéma mateřské, rodičovské, případně otcovské dovolené a návazné finanční dávky, které kompenzují ztrátu příjmu v době péče o dítě a náklady na péči o dítě.
2. Zajištění péče o dítě – zejména služby péče o dítě od 0 do 6 let, které umožňují návrat na trh práce.
3. Flexibilní opatření v zaměstnání – zejména flexibilní uspořádání pracovní doby – jsou například pružná pracovní doba, volitelné začátky a konce pracovní doby, částečné úvazky, práce z domu, dny pracovního volna pro rodinné účely (včetně placeného volna na ošetřování člena rodiny).

Otázka slučitelnosti rodiny a práce je řešena i v dokumentu Národní program reforem 2014 v části 4.3.4 Slučitelnost rodinného a pracovního života a problematika genderové rovnosti.

V rámci tematického cíle 8 *Dohody o partnerství pro programové období 2014–2020* jsou uvedeny následující výsledky, které napomohou k utváření lepších podmínek pro soulad soukromého a pracovního života a rovného postavení žen na trhu práce:

- Zvýšení nabídky a využívání flexibilních forem práce.
- Zvýšení nabídky cenově dostupných, kvalitních zařízení péče o předškolní děti, zvláště do 3 let.
- Zvýšení počtu zaměstnavatelů praktikujících principy rovných příležitostí pro ženy a muže v zaměstnání.
- Zvýšení míry zapojení mužů do péče o děti a další závislé osoby.

(*Dohoda o partnerství pro programové období 2014–2020, 2014*)

2. Metodologická část výzkumu

Cílem příspěvku je prezentovat a diskutovat výsledky získané z kvalitativního výzkumu realizovaného členy výzkumného týmu v rámci projektu Studentské grantové soutěže Ostravské univerzity v Ostravě (SGS1/FSS/2014) s názvem „*Problémy v oblasti sledování rodinného a pracovního života pohledem rodičů s dětmi a pracovníků působících v oblasti služeb zaměstnanosti v ostravském regionu*“.

Vzhledem k výše uvedeným teoretickým východiskům byl provedený výzkum zaměřen na identifikaci bariér, se kterými se setkává cílová skupina nezaměstnaných rodičů (žen/mužů) s dětmi do 10 let při svém návratu na pracovní trh po ukončení rodičovské dovolené.

Naším záměrem bylo sledovat, jaké bariéry identifikují u nezaměstnaných rodičů s dětmi do 10 let při vstupu na trh práce:

- a) samotní nezaměstnaní rodiče s dětmi (ve věku do 10 let) – celkem bylo zapojeno do výzkumu 22 komunikačních partnerů (2 muži, 20 žen, ve věkovém rozmezí 22–45 let; viz tabulka č. 1: Sociodemografické charakteristiky komunikačních partnerů: nezaměstnaní rodiče)
- b) a pracovníci působící v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti. Celkem bylo zapojeno do výzkumu 15 komunikačních partnerů (ze 4 kontaktních pracovišť úřadu práce a 3 neziskových organizací). V souboru převažovaly ženy (14 žen a 1 muž), věkové rozmezí bylo mezi 26 až 55 lety.



Jednalo se o identifikaci bariér na mezosociální úrovni – tzv. institucionální filtr (Sirovátka, 2009:91) – např. při zajištění péče o dítě prostřednictvím služeb péče o dítě ve věku 0–6 let; v oblasti flexibilních opatření v zaměstnání: o otázku využívání částečných a flexibilních pracovních úvazků, možnosti práce z domu; při realizaci opatření aktivní politiky zaměstnanosti: o využití rekvalifikací, regulace možností zaměstnání aj., ale také s ohledem na vlastní možnosti a schopnosti (ztráta nebo neaktuálnost kvalifikace, starost o děti, časové možnosti aj.; srov. Plasová, 2010).

K dosažení cíle výzkumu byla využita kvalitativní výzkumná strategie. Tato strategie nám umožnila detailnější vhléd a pochopení souvislostí zkoumaného tématu.

S komunikačními partnery z obou skupin a), b) byly vedeny polostrukturované rozhovory, které se realizovaly v rámci terénního výzkumu v období červenec–srpen 2014 (v ostravském regionu). Z rozhovorů byl pořízen audiozáznam a následně průběžně došlo k jejich transkripci a zpracování terénních poznámek.

Pro výběr výzkumného souboru a) nezaměstnaní rodiče s dětmi (ve věku do 10 let) bylo zvoleno několik metod: záměrný výběr (při výběru komunikačních partnerů byli požádáni o spolupráci zástupci Odboru sociálních věcí ÚMOB Slezská Ostrava a neziskové organizace, kteří dále vybírali a oslovovali komunikační partnery podle předem stanovených kritérií (ukončená rodičovská dovolená, nezaměstnanost, péče o dítě ve věku 2–10 let), rovněž bylo využito metody sněhové koule. Pro výběr výzkumného souboru b) pracovníci působící v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti byla použita metoda záměrného výběru podle organizací, které se zabývají aktivní politikou zaměstnanosti v ostravském regionu. Vybírání byli pracovníci, kteří se ve své praxi alespoň zčásti zabývají prací s nezaměstnanými rodiči s dětmi do 10 let. Bližší údaje o komunikačních partnerech z řad pracovníků služeb zaměstnanosti nelze zveřejnit vzhledem k příslibu naprosté anonymity jejich identity a pracoviště.

Získaná data z rozhovorů byla přepsána – tj. byla provedena transkripce (převedení dat do textové podoby). Transkripce byla prováděna na počítači v programu F4. Komunikačním partnerům bylo přiděleno označení (PR1–PR22 – nezaměstnaní rodiče s dětmi, PP1–PP15 – pracovníci programů APZ). V prepisech rozhovorů byly zaznamenány pomlky v mluvené řeči, doprovodné zvuky, řečové vady aj. pomocí tzv. transkripčních značek. Analýza rozhovorů byla prováděna prostřednictvím programu Qualitative Data Analysis Software MAXQDA 11 (Portable Licence – educational). Pomocí programu je možné analyzovat různé psané texty. Analýza byla založena na kódování a následné práci s vytvořenými kódy.

Při analýze bylo postupováno s ohledem na teoretické nasycení jednotlivých témat. Na začátku procesu analýzy došlo k vytvoření soustavy kódů a okódování dat. Jde o „*přirazování klíčových slov či symbolů k částem textu tak, aby byla snadnější a rychlejší práce s těmito částmi a bylo možné prostřednictvím kódů kdykoli snadněji pracovat s většími významovými celky*“ (Miovský, 2006:220).

Následně byly porovnávány jednotlivé rozhovory, byly vytvářeny kategorie a subkategorie kódů. Tento postup můžeme přirovnat k metodě vytváření trsů (dle Miovského, 2006). Ta je využívána k tomu, aby došlo k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin. Tyto skupiny – trsy by měly být vytvářeny podle společného překryvu (podobnosti) mezi identifikovanými jednotkami. Metoda vytváření trsu byla využita u analýzy dat z rozhovorů s nezaměstnanými rodiči. Dílčím postupem analýzy dat v případě rozhovorů s pracovníky aktivní politiky zaměstnanosti byla tematická analýza. Braun a Clarke (2006:79) charakterizují tematickou analýzu jako metodu, v rámci které výzkumník identifikuje, analyzuje a hledá vzájemné odkazy ke vzorům (tématům) v datech.



Tabulka 1: Sociodemograf. charakteristiky komunikačních partnerů: nezaměstnaní rodiče

| | | Věk | Rodinný stav | Počet dětí | Doba nezaměstnanosti (v době konání rozhovoru) |
|---|------|-----------------------|-------------------|------------|--|
| T | PR1 | 36 | Druh/přítel | 1 | 7 dní |
| T | PR2 | 22 | Druh/přítel | 1 | 4 měsíce |
| T | PR3 | 26 | Samoživitelka | 1 | 7 měsíců |
| T | PR4 | 29 | Vdaná | 1 | 10 měsíců |
| T | PR5 | 25 | Samoživitelka | 1 | 5 měsíců |
| T | PR6 | 25 | Samoživitelka | 1 | 4 měsíce |
| T | PR7 | 26 | Vdaná | 1 | 8 měsíců |
| T | PR8 | 27 | Samoživitelka | 1 | 9 měsíců |
| T | PR9 | 24 | Vdaná | 1 | 6 měsíců |
| T | PR10 | 23 | Vdaná | 1 | 18 měsíců |
| T | PR11 | 22 | Samoživitelka | 1 | 1 měsíc |
| T | PR12 | 25 | Druh/přítel | 1 | 10 dní |
| T | PR13 | 24 | Samoživitelka | 1 | 2 měsíce |
| A | PR14 | 25 | Druh/přítel | 3 | 1 rok |
| A | PR15 | 41 | Vdaná | 3 | 1 měsíc |
| A | PR16 | 38 | Vdaná | 3 | 2 měsíce |
| A | PR17 | 40 | Družka/přítelkyně | 1 | 3 měsíce |
| A | PR18 | 28 | Druh/přítel | 1 | 2 roky a 3 měsíce |
| A | PR19 | 41 – žena 35 – muž | manželé | 3 | 2 roky 5 let |
| A | PR20 | 21 | Druh/přítel | 1 | Rozhovor nebyl využit. Komunikační partnerka byla ještě na rodičovské dovolené |
| A | PR21 | 45 | Rozvedená | 3 | 3 roky |
| A | PR22 | 38 | Druh/přítel | 2 | 1 rok |

3. Prezentace výsledných zjištění a interpretace

V následující části textu budou představeny výstupy analýz rozhovorů:

- s nezaměstnanými rodiči s dětmi (22 komunikačních partnerů, označení: PR1–PR22)
- s pracovníky působícími v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti (15 komunikačních partnerů, označení: PP1–PP15)

3.1. Nezaměstnaní rodiče s dětmi (PR1–PR22)

3.1.1. Bariéry v oblasti pracovních úvazků (částečné pracovní úvazky, pružná pracovní doba a práce z domu)

V rámci realizovaných rozhovorů jsme se zaměřovali na tři alternativní formy zaměstnávání, a to pružnou pracovní dobu, práci z domu a částečné pracovní úvazky. Obecně lze říci, že dotázané matky upřednostňují takovou pracovní dobu, jež kopíruje čas, kdy je jejich dítě ve školce. Tento problém je nejvýraznější u matek samoživitelek. Jedna maminka se vyjadřuje: „Nemůžu dělat na směny, protože nemám kam dávat malého vlastně, že, když ta školka je od sedmi do tří, a jsou odpolední směny a vlastně malý nemůže být doma sám“ (PR13).

Komunikační partnerky ve většině případů oznámily, že se při hledání zaměstnání s částečnými pracovními úvazky téměř nesetkaly. Stejně tak se matky s dětmi vyjadřovaly, že by nabídku částečného pracovního úvazku uvítaly.



Průzkum veřejného mínění o postavení žen na trhu práce potvrzuje, že „alternativní“ formy práce za účelem harmonizace práce a rodiny nejsou reálně využívány tak často, jak by si zaměstnanci přáli (Křížková, Hašková, 2003; Tomešová-Bartáková, 2009:79).

Tomešová-Bartáková (2009) mezi flexibilní pracovní režimy, které mohou napomáhat sladění práce a rodiny, řadí: částečné úvazky, volný pracovní režim (alespoň částečná práce z domu), dostupnost dnů pracovního volna z rodinných důvodů (např. v případě nemocného dítěte) apod.

Zároveň na základě dat z výzkumu „Manželství, práce a rodina“ (2005) nacházíme u ekonomicky neaktivních žen (v domácnosti či na rodičovské dovolené) poměrně vysokou preferenci částečných úvazků – preferovala by ho asi polovina těchto žen, což potvrzuje i sonda „Mladé rodiny“ – až 60% žen (ve věku 20–36 let) by preferovalo částečné úvazky v předškolním věku (Kulhavý, Bartáková, 2007).

Malá míra využívání částečných pracovních úvazků však nemusí být vždy odrazem neochoty zaměstnavatelů zkrácené úvazky nabízet (např. z důvodu větší náročnosti organizace práce a ekonomické nevýhodnosti), ale i výrazem nezájmu ze strany některých zaměstnanců, např. z důvodu menší ekonomické přijatelnosti částečných úvazků pro rodinný rozpočet (Tomešová-Bartáková, 2009:80).

Na tuto skutečnost (nižší příjem z částečných úvazků) poukazovaly i komunikační partnerky. Jedna komunikační partnerka uvádí: „*Se synem jsem doma, tak беру nějaké sociální dávky, a s tím, že bych šla na částečný úvazek, tak se mi vlastně hodně peněz stáhne. A ono to je potom takové, jdete do práce a to, co já tu udělám za dobu, než si uklidím, uvařím... Jdete do práce, strhnou vám peníze, takže se vám to potom nevyplatí, že zjistíte, že jste na tom měsíčně líp o nějakých tři sta korun, a vlastně je člověk úplně, jako strhaný“* (PR18). Stejně tak odpovídá jiná dotazovaná: „*Já jsem byla na částečném pracovním úvazku a zase mi to všechno sociálka strhla. Takže jsem radši byla na té sociálce“* (PR5). Je patrné, že finanční hledisko v souvislosti s časem je zde velmi důležitým kritériem, zvláště jde-li o matku samoživitelku. Dle Plasové (2008) někteří autoři, např. Polívka (2000), Kuchařová et al. (2006), Křížková a Pavlica (2004) aj., vytýkají opatření částečných úvazků jeho nízkou kvalitu ve smyslu nejen nižšího finančního ohodnocení, ale také ve smyslu nižší pracovní právní ochrany, jistoty a omezeného nároku na zaměstnanecké výhody. I přesto, že čeští zaměstnanci se zkrácenou pracovní dobou tak většinou pracují dobrovolně (z různých důvodů), lze říci, že ve firmách, kde je vyšší podíl těchto pracovníků, a tam, kde zároveň deklarují, že se při zavádění více přihlíží zájmům a potřebám firmy/organizace než zaměstnanců, mohou být některé tyto částečné úvazky tzv. vynucené a nelze automaticky předpokládat, že mají potenciál napomáhat sladění pracovních a rodinných povinností. Tyto charakteristiky částečných úvazků také mohou být důvodem, proč rodiče částečné úvazky jako vhodnou strategii harmonizace práce a rodiny nakonec nevolí (Plasová, 2008:228).

Některé komunikační partnerky se ovšem k částečným úvazkům staví kladně, problémem je podle nich pouze nedostatečná, či dokonce žádná nabídka. Svědčí o tom negativní odpovědi na otázku, zda „našly“ nějaké nabídky částečných pracovních úvazků, a jejich konkrétní tvrzení: „*Nenašla jsem žádné“* (PR12), či „*Vím, že známé měly obrovský problém najít si práci na částečný úvazek, že se to většinou nedařilo“* (PR1). Pozitivně se k částečným pracovním úvazkům zmínila jedna dotazovaná: „*Je to výborná věc, ale samozřejmě pro maminky, které mají ještě partnera. Pro maminky samoživitelky to moc dobrá věc není“* (PR9).

Jak uvádí Plasová (2008:226), Česká republika patří ve srovnání s průměrem EU k zemím s nejnižším podílem částečných (zkrácených) pracovních úvazků na celkové zaměstnanosti, přičemž stejně jako v jiných zemích využívají částečné úvazky častěji ženy než muži. Zejména matky s malými dětmi vidí práci na částečný úvazek jako jednu z vhodných strategií, která by jim umožnila (či jim umožňuje) úspěšné sladění pracovních a rodinných povinností.

Další formou je pružná pracovní doba. U té uváděly komunikační partnerky určité rozpory. Komunikační partnerka, jež měla pružnou pracovní dobu před nástupem na mateřskou dovolenou, uvádí: „*Z praktického hlediska, to moc se nedalo využít. I když byla pružná, tak jsem teda musela být v určité době“* (PR1).

Flexibilní pracovní režimy mohou dle Plasové (2010:32) na jedné straně pracovní a rodinný život



optimalizovat a usnadňovat, ale na druhou stranu i komplikovat. Flexibilní uspořádání stále častěji znamenají výhodu spíše pro zaměstnavatele – neustále se měnící pracovní schéma a nejistota ohledně pracovních hodin a přesčasů se stávají větší zátěží pro rodinu. Některé flexibilní pracovní režimy mohou vyhovovat zaměstnavateli i zaměstnanci, nicméně nelze automaticky očekávat, že vždy budou vyhovovat oběma stranám.

Výhody flexibilní pracovní doby jsou ve výpovědích komunikačních partnerek zřejmé. Jiné komunikační partnerky totiž uvádí: „*To je výhoda té pružné pracovní doby a to by se ještě dalo skloubit prostě ta práce a rodina, když je pružná pracovní doba*“ (PR15).

Druhá obdobně: „*Pružná pracovní doba je perfektní, maminka si může rozhodnout svoji pracovní dobu vlastně, jak ona potřebuje a třeba může být tři hodiny dopoledne s dítětem*“ (PR9). K bariérám ale nutno podotknout, že ta stejná osoba na otázku, zda se s takovou nabídkou setkala, odpověděla pokorně, že: „*Nesetkala*“ (PR9).

Nabídky práce z domu hodnotily komunikační partnerky jako mizivé, což nebylo považováno ale za bariéru. Komunikační partnerky se totiž souhlasně vyjadřovaly, že nechtějí být „*otrokyní*“ svých zdí, svého bytu, a je nutno vyrazet i „*mezi lidi*“. Uvedme příklad za všechny: „*Nesnesla bych být celý den jenom doma zavřená, potom doma uklízet, doma s rodinou...*“ (PR7), či tvrzení jiné dotazované na práci z domu: „*To není zrovna moje představa*“ (PR15).

Odpovědi komunikačních partnerek k možnosti nabídky práce z domu se shodovaly s riziky, která uvádí Plasová (2008:236). Jsou jimi: stírání hranic mezi pracovním a rodinným životem (včetně přebírání zodpovědnosti za všechny domácí práce), vyšší stres, práce po večerech a celkově delší pracovní doba, sociální izolace, krácení zaměstnaneckých výhod a nižší sociálně-právní ochrana, z čehož také plyne větší zranitelnost těchto pracovníků na trhu práce.

U komunikačních partnerek se také u nabídek práce z domu objevovaly obavy ze zneužití. Komunikační partnerka např. uvedla, že jí byla nabízena práce na pozici obchodní zástupkyně s nejistým výdělkem (PR21).

Ve výpovědích komunikačních partnerek nebyla zmíněna možnost využívání sdíleného pracovního místa.

Plasová (2008:225) upozorňuje, že pro zaměstnavatele požadavek na úpravu pracovní doby může znamenat logicky vysoké náklady, a to zejména v oblasti organizace práce. Úpravy pracovní doby (zkrácené pracovní úvazky, pružná pracovní doba, práce z domova a sdílení pracovního místa) jsou vždy výhodnější pro zaměstnance než pro firmu/organizaci. Nejpřijatelnější je pro zaměstnavatele využívání pružné pracovní doby a naopak nejméně výhod přináší práce z domova.

3.1.2. Bariéry v oblasti přípravy na zaměstnání a jeho hledání ve spolupráci s Úřadem práce

Většina matek v rozhovorech uvedla, že se na návrat do zaměstnání nijak nepřipravovala, některé zcela legitimně počítaly se zaměstnáním původním, tedy tam, kde pracovaly před nástupem na rodičovskou dovolenou. „*No nijak extra jsem se nepřipravovala, počítala jsem s tím, co mi bylo slíbeno od šéfa*“ (PR7). Této komunikační partnerce poté návrat do zaměstnání nevyšel a byla propuštěna. Jiná uvedla: „*Tak vzhledem k tomu, že jsem měla tu práci slíbenou, tak jsem jakoby tu mateřskou prožítvala tak, že jsem si nemusela hledat zaměstnání někde jinde, protože jsem věděla, že se můžu vrátit...*“ (PR1). Rovněž i tato matka poté o práci přišla. Další výpověď rovněž do tohoto schématu zapadá: „*Pro nepotřebnost mě propustili*“ (PR4). Jiná komunikační partnerka říká: „*Chtěla vrátit do práce po těch třech letech, ale zaměstnavatel mi dal výpověď. Nebo samozřejmě, že to byla dohoda, protože tvrdil, že firma už bude končit*“ (PR15).

Podle zjištění Kuchařové (in Tomešová-Bartáková, 2009) se jen 25% žen ve 3 letech dítěte (tedy po skončení rodičovské dovolené) navrácí k původnímu zaměstnavateli, kde lze očekávat větší stabilitu zaměstnání. Další 12% žen se dohodne se zaměstnavatelem na pozdějším nástupu. Ostatní ženy, pokud nenavážou další rodičovskou dovolenou, se mohou potýkat s určitými problémy při návratu na trh práce.

Nejčastější formou vyhledávání zaměstnání byl u komunikačních partnerů internet, další výraznou



formou bylo sociální okolí, kdy komunikační partnerky uváděly, že se nejčastěji doptávaly svých známých, přátel a příbuzných. Komunikační partnerka vypověděla: „*Já jsem se jako dívka už dlouho po internetu*“ (PR13). Druhá říká: „*Jo, hodně se dívám, ale přes internet*“ (PR2). Třetí taktéž: „*Dávám inzeráty přes internet, e-mailem zasílám*“ (PR7), jiná pak: „*Podívám se na internet, podívám se do avíza*“ (PR16). I u dalších komunikačních partnerek se vyskytovaly výpovědi stejného typu. Při hledání zaměstnání komunikační partnerky uváděly jako bariéru hlídání dítěte. „*Když je malý ve školce, tak já mám čas si hledat práci, nebo vlastně na internetu si zadávám různé, takové ty co bysem chtěla dělat*“ (PR18).

U tématu přípravy na návrat do zaměstnání, posouzení možností rekvalifikací a zvyšování vzdělání bylo překvapivým zjištěním, že ani jedna z komunikačních partnerek nenavštěvovala kurzy či rekvalifikace organizované Úřadem práce.

Rekvalifikace a pracovní programy zaměřené výhradně na ženy po rodičovské dovolené jsou v ČR uplatňovány zatím v omezeném rozsahu – na celostátní úrovni nejsou nijak koncepčně rozvíjeny, zpravidla jde o aktivity jednotlivých úřadů práce. Absenci činnosti úřadů práce do určité míry supluje lokální neziskové organizace zaměřující se na situaci rodičů na/po rodičovské dovolené. A konečně i tam, kde vhodné programy APZ existují, může být pro ženy obtížné je navštěvovat, hlavně z důvodu nedostupné veřejné péče zejména pro nejmenší děti do 3 let (Tomešová-Bartáková, 2009:77–78).

Poněkud překvapivé je zjištění, že na lokální úřad práce se nezaměstnaní v současné době příliš nespolehnají. Komunikační partnerka uvedla: „*Vesměs z toho úřadu práce málokdy se ozvou*“ (PR2). Jiná výpověď této dotazované zní: „*Hodinu tam strávíte, než vypíšete nějaké papíry. No a, vlastně, že pak jdete na nějakou informativní schůzku, co je vesměs k ničemu*“ (PR2). Stejná informace zazněla od další komunikační partnerky: „*Úřad práce mi zatím nenabídl žádnou práci*“ (PR3).

Ovšem pokud nahlédneme do odborné literatury, dočteme se, že náplní Úřadu práce je zprostředkování zaměstnání, v žádném případě se ale nejedná o povinnost zajistit lidem práci (Schelle, Schelleová, 2011). Tento názor nalezneme i u autora Siegela (2012). Ten píše, že názor, že úřad práce je zde od toho, aby uchazečům hledal práci, je zcela mylná. K takové činnosti nemá úřad práce ani kompetence, ani možnosti. Úřad práce je v první řadě evidenčním místem, které spravuje legislativu v oblasti zaměstnanosti (Siegel, 2012).

Většina matek uvedla, že při hledání zaměstnání ze strany zaměstnavatelů pociťují výraznou diskriminaci právě kvůli tomu, že mají malé dítě. Svědčí o tom výpovědi typu: „*Nejsou ohleduplní na to, že ta žena má dítě, že se o něho musí starat*“ (PR8). Jiná výpověď: „*Tím, že mám hodně malé dítě, takže to bylo spíš negativní ze strany těch zaměstnavatelů*“ (PR9). Obdobně se vyjadřuje jiná komunikační partnerka: „*No u nich jsem to viděla, nebo mi to připadalo, že je to pro ně problém, že mám dítě*“ (PR10). V rámci přijímacích pohovorů se dozvíme: „*Tak pár jsem jich navštívila, ale když tam vlastně řeknu, že mám teda dítě a takhle nemám to hlídání nějak moc zajištěné, takže to už potom je těžké se domluvit s tím zaměstnavatelem taky*“ (PR6).

Machovcová (2006) ve svém výzkumu personálních pracovníků zjišťuje, že při nábore pracovní síly jsou na ženy ze strany zaměstnavatelů často kladeny vyšší nároky. Žena musí potenciálního zaměstnavatele více přesvědčit o tom, že danou práci zvládne, např. i v tom ohledu, že má zajištěnou nějakou formu péče o malé dítě/děti (Machovcová, 2006, in Tomešová-Bartáková, 2009:105).

Dle Plasové (2010:35) obava z problémů v oblasti harmonizace rodiny a práce na pracovišti může ze strany zaměstnavatelů vést k tzv. „preventivním opatřením“, kdy se brání přijímání rizikových pracovníků, a to především žen s malými dětmi nebo i bezdětných žen, které se mohou stát potenciálně matkami. Tento jev pak významně přispívá např. ke genderové segmentaci trhu práce a kumulaci rizik v rámci zmíněných ohrožených skupin.

Jedna komunikační partnerka dokonce uvedla, že si práci s ohledem na péči o dítě přestala hledat (např. důvodem je nástup dítěte do 1. třídy ZŠ; PR16) a rozhodla se zůstat doma a přivydělávat si brigádně.

3.1.3. Bariéry v oblasti dostupnosti zařízení služeb péče o děti

Komunikační partneři se rovněž vyjadřovali k dostupnosti (časové/místní/finanční) předškolních



zařízení (mateřské školy / jesle). Jako problematickou hodnotili otevírací dobu mateřských škol: „*Dát dítě v šest hodin do školky, nebo do jeslí, když mám být o půl sedmé v práci, je nemyslitelné, musí to dělat otec. A večer, když končím, nebo odpoledne, když končím o půl čtvrté, a školky jsou do čtyř, do půl páté, ale už ve tři se na vás někdy dřív špatně, jakto, že jste si pro to dítě nepřijeli, tak je to pro mě taky nemyslitelné. Takže, prostě musí fungovat babička, musí fungovat otec...*“ (PR1)

Formální péče o nejmenší děti v České republice je omezená jednak prostorově, tzn. je dostupná pouze ve větších městech (a navíc jsou upřednostňovány osoby, které mají v tomto městě trvalé bydliště), jednak funguje pouze na omezenou dobu, která se ne vždy kryje s pracovní dobou rodičů, a jednak je často určena pro děti starší než jeden rok (Valentová, 2005, in Tomešová-Bartáková, 2009:54).

Jako problematickou také hodnotili komunikační partneři dostupnost mateřských škol v době prázdnin či uváděli problémy se získáním místa ve školce. „*Eeb, to jsem teda byla nemile překvapená, že tam se ty oborová kritéria pro přijetí dítěte jsou jsou, jako hodně zvláštní. Aa. A tam teda, jsme bojovali o školku. Opravdu v téhle chvíli, v téhle době jsou školky přeplněné, a pokud chcete nějakou školku v blízkosti bydliště, tak to nemusí vždycky vyjít...*“ (PR1)

Neflexibilitu ženské pracovní síly poznamenává i délka školního dne dětí a časový rozvrh školního roku (Connolly, Gregory, 2005, in Tomešová-Bartáková, 2009:70). Dostupnost školních družin či zájmových kroužků pro děti se rovněž stává součástí sladování pracovních a rodinných povinností rodiče.

3.2. Pracovníci působící v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti (PP1–PP15)

3.2.1. Nízká nabídka pracovních míst s pružnou pracovní dobou či částečnými úvazky, práce ve směnném provozu (překážky v úpravě pracovní doby)

Jedním z nejvýznamnějších problémů, které komunikační partneři z úřadů práce v regionu Ostravska shledávají u rodičů s malými dětmi, spočívá v časové náročnosti skloubení péče o děti s pracovní dobou v potenciálním zaměstnání. Podle názoru pracovníků úřadů práce je míst, která by toto rodičům umožňovala, k dispozici velice málo. Zde mají obtížnou roli rodiče pracující v směnných provozech, pokud nemají k dispozici partnery nebo jiné osoby, kteří by byli schopní se o děti postarat, případně děti dopravit do zařízení péče o děti a také zpět. Rodiče si v takovém případě musejí hledat taková zaměstnání, aby se mohli v péči o děti vzájemně doplňovat. Jestliže je podíl péče o dítě ze strany otce z nějakého důvodu nižší, o to větší nároky taková situace klade na matky, a nemožnost zajistit takovou péči snižuje ochotu i možnosti žen přizpůsobovat se požadavkům zaměstnavatelů.

PP6: „*Ale bohužel, těch míst je minimum. To už je jediné štěstí, když už, jako, náhodou, řekne: 'Mám maminku, která je bez práce, je jí už přes 50, ona už to místo nenajde, tak ona mi to hlídá.' No jo, ale pak přijde ta babička, a říká: 'Jo, já tu práci najdu, ale co budeme pak dělat, to nevím.' 'Nehledě na to, že spousta maminek má problém i s tím, že třeba školku pro dítě nemají. Takže ona třeba kolikrát jde, ale do školky jí ho nevemou, protože nemá práci. Ale oni třeba by ho nakonec i vzali do té školky, ale nejdřív musí sehnat místo. No, jenže seženete místo, když tu školku nemáte. Tam prostě ten čas je vždycky to nejhorší: ta pracovní doba a ta možnost se postarat o to dítě.*“

Pracovníci zprostředkování některých pracovišť úřadů práce upozorňují také na ztížené možnosti rodičů zajistit péči o dítě v době, kterou tráví v zaměstnání, vzhledem k tomu, že zaměstnavatelé jen zřídka vycházejí u uchazečů o zaměstnání vstříc v požadavcích na úpravu pracovní doby. Profese dělnické nebo některá zaměstnání ve službách mohou mít také problém s příliš časným začátkem pracovní doby. Provozní doba mateřských škol se s pracovní dobou, obvykle požadovanou v řadě oborů a profesí, nemusí překrývat, a pak musí být rodiče schopni zajistit ještě další péči o děti tak, aby mohli naplnit požadavky potenciálního zaměstnavatele. Zajištění hlídání dítěte placenou osobou je přitom pro pracovníky v dělnických profesích nebo ve službách vzhledem k výši očekávaných mezd finančně nedostupné. Když uchazeč shledá, že se takovou možností nepodaří zajistit, pak zpravidla přichází o možnost být u daného zaměstnavatele zaměstnán. Vzhledem k tomu, že hlavní pečující osoby jsou zpravidla matky, promítá se tato skutečnost především v nižší zaměstnatelnosti žen



s dětmi. Komunikační partneři z řad pracovníků úřadů práce obecně konstatovali, že přizpůsobení zaměstnavatelů možnostem zaměstnanců je s ohledem na změny pracovní doby v současnosti velmi nízké.

Při zavádění firemních politik přátelských rodině hrají nicméně roli charakteristiky jednotlivých organizací/firem a z toho plynoucí možnosti. Dle OECD (2001) je důležitý typ firmy (více jsou pro-rodinná opatření zaváděna ve firmách s vyšší mírou profesionálnosti a technických pracovníků), sektor (veřejný sektor poskytuje lepší možnosti harmonizace práce a rodiny než privátní, mnohdy z důvodu nižších tržních tlaků), velikost firmy (velké firmy dbají na sladování pracovního a rodinného života svých zaměstnanců, na druhé straně malé firmy mohou být více otevřené neformálním uspořádáním) a charakteristiky managementu (tam, kde je strukturovaný, hierarchický systém managementu, jsou častěji praktikována pro-rodinná opatření). Firmy, které se k novým praktikám hlásí, mají zpravidla více žen v managementu, a co se týká zaměstnanců, nejčastěji jsou pro-rodinná opatření nabízena vysoce kvalifikovaným zaměstnancům ve velkých firmách a ve veřejném sektoru (OECD, 2001 in Tomešová-Bartáková, 2009:108).

PP14: „Oni, v podstatě, taky nemají moc na výběr, protože to jsou prostě pracovní místa, která potřebují jet celou dobu, kdy prostě ta restaurace, ten obchod, se prostě provozuje. Jako kuchařky ve školních jídelnách jsou matky, které výjimečně seženou práci. Tam sice taky narážíme na problém, že ta žena je doma s dítětem, i s dvěma dětma, a je to problém, že už třeba vysla z praxe. Ale ta praxe většinou dojde, to jsou ještě ti zaměstnavatelé ochotní překousnout, že třeba se zapracuje. Ale prostě nikdo nevyjde vstříc tomu člověku. On potřebuje tam toho zaměstnance mít i večer i odpoledne. Tam nejde o to, že by nebyli ochotní vyjít vstříc, protože oni prostě tam toho člověka potřebují. Takže oni si zaměstnají toho, kdo tam může být do 10 do večera. No, a jako, lidé potřebují nakupovat odpoledne, potřebují nakupovat večer. Bohužel u nás je teď ten trend takový, že ani o svátcích není volno, takže školka je stejně jen do pátku, takže v sobotu co? To jsou vlastně pracovní místa, která... , my nemáme matkám co nabídnout.“

Nicméně, na druhé straně se argumentace starostí o děti stává podle zkušenosti pracovnice úřadu práce pro některé rodiče, především ženy, manipulativním zdůvodněním, proč nemohou do nabízeného zaměstnání nastoupit:

PP8: „Vyplývá to, jako, z mnoha anamnéz, že ty ženy mají děti jako svůj štít. Říkají, že nechtějí odpolední směny, chtějí jenom ranní směny, zkrácené úvazky, a ty vlastně skoro nejsou, ty neexistují. Takže ty ženy na to hřeší. A děti pak odrostou, a ony najednou zjistí, že nemají praxi, profesní zkušenosti, dovednosti, a tím pádem, vlastně, nic neumějí. Takže ty děti mají jako bariéru, štít, aby nemusely do práce.“

3.2.2. Setrvání v nezaměstnanosti, nízké mzdové ohodnocení a nedostupnost zařízení služeb péče o děti

Komunikační partneři z řad pracovníků úřadů práce konstatovali v řadě výpovědí, že podle jejich zkušenosti určitá část uchazečů o práci registrovaných v evidenci úřadů práce nemá ve skutečnosti o zaměstnání zájem, ale z řady důvodů preferuje setrvání v nezaměstnanosti s možností pečovat o děti. Takoví rodiče si záměrně kladou podmínky a omezení týkající se pracovní doby, čímž se stávají prakticky nezaměstnatelnými, protože většina zaměstnavatelů hledá pracovní sílu s co nejmenšími omezeními, a proto přijímají takové zaměstnance, u kterých je předpoklad, že budou schopni vyhovět požadavkům daného pracovního místa. Těmto rodičům pak stačí, když nemusí platit zdravotní a sociální pojištění, vzhledem k tomu, že součet dostupných sociálních dávek jim zajišťuje přijatelný životní standard. Především je takový přístup záležitostí těch rodičů, kteří mohou v zaměstnání očekávat natolik nízkou mzdu, že pro ně není vzhledem k výši pobíraných sociálních dávek atraktivní. Jako nezaměstnaní ušetří čas a náklady spojené se zaměstnáním a přitom zajistí péči o děti.

PP7: „Řekne, že by třeba chtěla pracovat, ale taky se zeptá na plat. Protože, když ona bude mít s rodičovským příspěvkem, nebo podle toho, jestli ještě rodičák má, nebo když ho nemá, tak má přídatek na dítě, má hmotnou nouzi, má příspěvek na bydlení, a jí to činí v podstatě víc, než by si vydělala nebo než to, co jí nabídne zaměstnavatel. Tak proč by šla do práce. Takhle oni uvažují. Ta maminka si sedne a takhle vám to přímo řekne. On vám řekne přímo: Já tu nabídku nepotřebuju, já ji nechci.“



Jedním ze sporných míst rodinné politiky v ČR je délka rodičovské dovolené, která je předmětem domácí a v poslední době i zahraniční kritiky. Délka této dovolené se stává velkou bariérou bezproblémového vstupu na trh práce především v situacích, kdy následují narození dětí v rodině po sobě, čímž se doba strávená mimo pracovní trh prodlužuje na řadu let. Takoví rodiče potom mohou ztratit kontakt se svou profesí, s udržením potřebných znalostí a dovedností a také s vývojem oboru. Nicméně komunikační partneři z řad pracovníků úřadů práce tuto situaci vidí složitěji:

PP4: „Víte co, já už patřím do těch starších kategorií, já už se to jako, já jsem měla děti v jeslíčkách, že jo. Dneska jeslíčky v celém okrese nejsou, takže, hm, co těm ženám moc zbývá, ono dneska ten trend je takový, jaký je. Já mám na to svůj názor, já bych ani tak dlouho doma nevydržela a myslím si, že dneska spousta žen by i rádo šlo, dřív do práce, neříkám, že všechny, některým to náramně vyhovuje. Ale myslím si, že některé by šly, ale jako nemají možnost. Jo, že tam opravdu chybí tam možnost umístění dětí v těch zařízeních typu jesle a plus chybí ty zkrácené úvazky, které samozřejmě si myslím, by bylo vhodné, protože ta osmihodinová doba...“

Podle Tomešové-Bartákové (2009:130) neaktivita českých žen je relativně krátká, je téměř výhradně spojena s péčí o malé děti a zpravidla netrvá déle než 3, 4 roky. Podle dat VŠPS 2004 klesá podíl žen s dětmi v domácnosti z 33% ve 3 letech věku nejmladšího dítěte přes 14% ve 4 letech věku nejmladšího dítěte až na přibližně 4% matek s dětmi ve věku šesti let a staršími.

Efekt péče o malé děti na postavení žen na trhu práce lze tedy sledovat nejen na mírách zaměstnanosti a nezaměstnanosti, ale i neaktivity žen. K jejímu relativně krátkodobému trvání přispívá pravděpodobně výraznější potřeba rychlého návratu k dvoupříjmovému modelu po rodičovské dovolené (Tomešová-Bartáková, 2009).

Diskuse

Prezentace výsledných zjištění a jejich následná diskuse u obou skupin komunikačních partnerů, jak nezaměstnaných rodičů s dětmi ve věku do 10 let, tak pracovníků působících v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti, ukázala, že se výpovědi a názory komunikačních partnerů v podstatě neliší a že v mnoha případech se shodují i s poznatky prezentovanými v rámci teoretických východisek.

Obě skupiny komunikačních partnerů identifikovaly bariéry v oblasti nízké nabídky částečných/flexibilních pracovních úvazků, problémy v úpravě pracovní doby ze strany zaměstnavatelů, problémy v dostupnosti zařízení péče o děti (např. v období letních prázdnin, či minimální možnost využití jeslí).

U hodnocení nabídky flexibilní pracovní doby a částečných pracovních úvazků se komunikační partneři vyjadřovali, že i když pracovali před rodičovskou dovolenou ve flexibilním pracovním režimu, tak si nemohli určit, kdy budou na pracovišti přítomni, i s ohledem na péči o své dítě. Vstřícnost zaměstnavatelů k volbě pracovní doby byla hodnocena negativně.

Pokud však nahlédneme do zákonné úpravy, zjistíme, že je takový postoj neoprávněný. Nešćáková (2014) popisuje, že skutečně je typickým znakem pružné pracovní doby to, že začátek a konec pracovní doby si v jednotlivých dnech určuje zaměstnanec sám. V rámci stanovené pracovní doby ale zaměstnavatel určuje tzv. základní a volitelný časový úsek pracovní doby. Základní pracovní doba je úsek, jehož délku určuje zaměstnavatel, a zaměstnanec je povinen na pracovišti být. Délku tohoto úseku určuje zaměstnavatel s přihlédnutím k provozním potřebám organizace či pracoviště, což ale nemusí vždy vyhovovat potřebám zaměstnance. Jak Evans (2001) upozorňuje, některá flexibilní opatření, která jsou zaváděna zaměstnavateli tak, aby vyhovovala spíše jejich potřebám, mohou být označena jako přátelská rodině prostě proto, že to staví organizaci do lepšího světla. Tzv. „win-win“ scénář předpokládá, že zaměstnavatel může šetřit čas na nákladech a zároveň stále může naplnit i potřeby zaměstnanců s dětmi (Evans, 2001, in Plasová, 2010).

Zajímavým zjištěním rovněž bylo, že komunikační partneři nevyjádřili potřebu k využití nabídky práce z domu či sdíleného pracovního místa.

Dalším zajímavým zjištěním, které vyplynulo z rozhovoru s komunikačními partnery (rodiči s dětmi), je otázka legitimity úřadů práce a jejich role při hledání zaměstnání. Nezaměstnaní rodiče s dětmi se



vyjadřovali, že na pomoc lokálního úřadu práce při hledání zaměstnání nespolehají, ba co víc, mu ani příliš nedůvěřují. Tento postoj však nemusí budít rozpaky.

Siegel (2012) poukazuje na to, že názor, který je ve společnosti značně rozšířen, a to že úřad práce je zde od toho, aby uchazečům hledal pracovní uplatnění, je zcela mylný. K takové činnosti nemá úřad práce ani kompetence, ani možnosti. Úřad práce je místem evidenčním, které spravuje legislativu v oblasti zaměstnanosti.

Kritické hodnocení aktivit úřadů práce v rámci aktivní politiky zaměstnanosti je ale naopak uvedeno v Operačním programu Zaměstnanost (2014:12). Zde se uvádí, že v roce 2012 bylo nástroji APZ podpořeno pouze 7,6% z celkového počtu uchazečů o zaměstnání, kteří prošli evidencí na ÚP ČR v roce 2012, což představuje oproti roku 2011 pokles o plných 40%. Ani jeden komunikační partner (ze skupiny rodiče s dětmi) nenavštěvoval kurz či rekvalifikaci organizované úřadem práce.

Komunikační partneři s dětmi do 10 let se také vyjadřovali k nabídce formální péče o jejich děti (nabídce služeb a jejich dostupnosti u jeslí / mateřských škol). Výsledky rovněž nejsou uspokojivé. Autoři Pemová, Ptáček (2013:53) poukazují, že v průběhu 90. let došlo k výrazným změnám v oblasti provozu předškolních zařízení, síť dětských jeslí byla natolik zredukována, že v podstatě skoro zanikla.

Na stejný problém upozorňuje i Plasová (2010:34). Dostupnost péče o děti mladší 3 let hodnotí jako naprosto nedostatečnou (do jeslí mohou docházet pouze necelá 2% cílové populace a finančně jsou poměrně náročné vzhledem k tomu, že jsou financovány pouze municipalitami a rodiči samotnými), a tedy ve vazbě na rodičovskou dovolenou činí návrat před třetím rokem života dítěte do placeného zaměstnání téměř nemožným.

Podle Tomešové-Bartákové (2009) vysoké náklady za formální péči o děti obecně vytváří bariéry při vstupu na trh práce, a to zejména pro ženy s nižším vzděláním a z nižších příjmových skupin. V České republice prošla po pádu komunistického režimu státem podporovaná péče o děti do 3 let radikálními změnami. To nepochybně ovlivnilo počet dětí v těchto zařízeních (jeslích), která jsou v ČR určena pro děti od 0 do 3 let (dolní věková hranice pro přijetí dítěte do jeslí se v jednotlivých zařízeních liší – v rozmezí od 0 do 1 roku).

Oproti jeslím je péče o děti mezi třetím až šestým rokem poměrně dobře dostupná (s výjimkou velkých měst nad 50 000 obyvatel, kde můžeme sledovat vyšší podíl odmítnutých žádostí o umístění) v rámci rozvinuté sítě mateřských škol (pokrytí cílové populace se pohybuje mezi cca 76% u tříletých dětí a 92% u pětiletých dětí (ÚIV 2009), nicméně z hlediska zaměstnavatelů může nastat problém s flexibilitou otevírací doby, která často nemusí odpovídat pracovní době rodičů (Plasová, 2010:34).

Zatímco ve školním roce 2005/06 bylo neúspěšně vyřízeno 6810 žádostí o umístění dítěte do zařízení předškolního vzdělávání, ve školním roce 2012/13 to již bylo 58 939 žádostí. Nejhorší je situace v některých velkých městech a na jejich periferiích (*Doboda o partnerství pro programové období 2014–2020*, 2014:15). Komunikační partneři nakonec vždy své dítě umístili, ale za cenu toho, že museli zvolit školu mimo své místo bydliště. K nabídce jeslí se žádný z komunikačních partnerů nevyjádřil, že by této možnosti využil.

Závěr

Vytvoření lepších podmínek pro sladování práce a rodiny a lepšího klimatu pro dosahování rovných příležitostí mužů a žen si ve svých cílech klade i Evropská strategie zaměstnanosti či Evropská strategie boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení (Tomešová-Bartáková, 2009:24) Snahy o sladění pracovního a rodinného života jsou v České republice obsaženy i v řadě významných strategických dokumentů, jako například: Národní zpráva o rodině (2004), Národní koncepce rodinné politiky (2005), Národní koncepce podpory rodin s dětmi (2009) a v mnoha zprávách publikovaných Výzkumným ústavem práce a sociálních věcí.

Saxonberg a Sirovátka (2006, in Tomešová-Bartáková, 2009:27) poukazují, že sice některá opatření zavedená českou vládou směřují k určitým změnám, jako je např. přerozdělení pečovatelských rolí mezi muži a ženami (zavedení rodičovské dovolené s garancí pracovního místa pro muže v roce



2001), či k podpoře kontaktu žen na rodičovské dovolené s trhem práce (možnost přivydělání při paralelním pobírání rodičovského příspěvku od roku 1994). Podmínky pro tato opatření, aby mohla být systematictěji využívána, ale vytvořeny nebyly.

Tato nedostatečná opatření brání úspěšně sladovat pracovní a rodinný život. Z hlediska potíží, které aktéři popisují v souvislosti s malým dítětem (dětmi), se tak dá říci, že se již jedná o sociální problém. Keller (2006) konstatuje, že mateřství a péče o děti se stává sociálním problémem jednak v důsledku narůstající křehkosti rodiny, ale také především kvůli znevýhodnění, které plyne ze starosti o rodinu vzhledem k možnostem uplatnění žen na trhu práce a budování jejich profesní kariéry. To získává na významu zejména od sedmdesátých let 20. století, kdy ženy začaly masově nastupovat na trh práce s cílem přinést do domácnosti další příjem poté, co příjmy jejich manželů (především těch méně kvalifikovaných) začaly stagnovat, či dokonce klesat (Keller, 2006).

Řešení obtíží v oblasti sladování rodinného a pracovního života a nerovného postavení žen na trhu práce patří k hlavním identifikovaným problémům a potřebám rozvoje České republiky v novém programovém období 2014–2020. Byly zde identifikovány následující potřeby rozvoje v oblasti harmonizace rodiny a práce: vytvoření podmínek pro vyšší využívání flexibilních forem práce, podpora zaměstnanosti žen s dětmi zvýšením nabídky a vytvořením dostatečné kapacity cenově dostupných služeb péče o děti mladší tří let a doplněním kapacit kvalitního předškolního vzdělávání na úrovni odpovídající poptávce, zlepšení dostupnosti vzdělávání a poradenských služeb pro osoby na mateřské a rodičovské dovolené, pečující o závislé osoby či pro ženy ve starším věku, zaměřené na zlepšení jejich přístupu na trh práce, včetně výkonu samostatné výdělečné činnosti (*Doboda o partnerství pro programové období 2014–2020*, 2014:15).

Tak, jak v roce 1998 popisovali autoři Brdek a Jírová (1998) proměnu obsahu a zaměření rodinné politiky (v souvislostech se změnami ekonomickými a sociálními), bude potřeba nyní opět předložit takové cíle a nástroje, které napomůžou rodinám lépe řešit své situace plynoucí z nároků trhu práce a nároků rodičovství (Brdek, Jírová, 1998).

Dle Krebse a kol. (2010) může rodinná politika sledovat více cílů, které se vztahují, kromě rodiny jako celku, také na jednotlivé skupiny rodin, které mají určité potřeby nebo trpí zvláštním zatížením (Krebs et al., 2010).

Podle dat z výzkumu „Manželství, práce a rodina“ (2005) je mateřství/rodičovství chápáno jako poměrně dobře slučitelné s pracovní rolí (Tomešová-Bartáková, 2009:97). Důvody problémů s harmonizací pracovní a rodinné zátěže se pro ženy a muže výrazně liší. U žen převažuje pocit nedostatečné pomoci okolí s rodinnou zátěží, u mužů naproti tomu přílišné nároky v zaměstnání (Křížková, Hašková, 2003, in Tomešová-Bartáková, 2009:98).

Ačkoliv existence pro-rodinných opatření ve firmách automaticky negarantuje pro-rodinnou pracovní kulturu, je zřejmé, že pro-rodinné zaměstnavatelské politiky a vzdělávání mohou redukovat napětí mezi prací a rodinou a z toho plynoucí stres na pracovišti. Rovněž se ukazuje, že pro-rodinné firemní politiky zvyšují pravděpodobnost, že se žena navrátí do práce po narození dětí (Sandberg, Corngield, 2000, in Tomešová-Bartáková, 2009:107), čímž si firma udrží investice do zaměstnance/kyně, které učinila před jeho/jejím odchodem na mateřskou/rodičovskou dovolenou.

Kuchařová (2006, in Bartáková, 2009:107) upozorňuje, že by si zaměstnavatelé měli uvědomit, že v rodičích malých dětí vlastně získávají relativně stabilní zaměstnance (s nižší fluktuací), což samo o sobě by mohlo být důvodem pro snahu o lepší možnosti sladování práce a rodiny.

Cílem výzkumu, který byl prezentován v tomto příspěvku, bylo identifikovat bariéry, se kterými se setkávají nezaměstnaní rodiče (ženy/muži) s dětmi ve věku do 10 let při svém návratu na trh práce po ukončení rodičovské dovolené v ostravském regionu pohledem pracovníků působících v oblasti aktivní politiky zaměstnanosti i samotných nezaměstnaných rodičů.

Věříme, že výsledná zjištění vyplývající z našeho výzkumu a prezentovaného příspěvku pomohou rozvinout diskusi v oblasti koncipování a realizace empirických šetření při identifikaci potřeb rodičů vracejících se na trh práce po rodičovské dovolené.



Použité zdroje

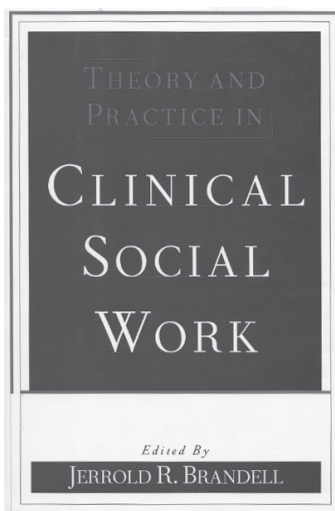
- ARMIGEON, K., BONOLI, G. 2006. *The Politics of Post-Industrial Welfare States. Adapting Post-War Social Policies to New Social Risks*. New York: Routledge.
- BARTÁKOVÁ, H. 2008. Problémy přechodu žen na trh práce po rodičovské dovolené. In: SIROVÁTKA, T., HORA, O. (Eds.). *Rodina, děti a zaměstnání v české společnosti*. Brno/ Boskovice: František Šalé – Albert, 175–206.
- BARTÁKOVÁ, H. 2006. Postavení žen na trhu práce v České republice a v dalších zemích Evropské unie. In SIROVÁTKA, T. et al. *Rodina, zaměstnání a sociální politika*. Boskovice: František Šalé – Albert.
- BRAUN, V., CLARKE, V. 2006. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101.
- BRDEK, M., JÍROVÁ, H. 1998. *Sociální politika v zemích EU a ČR*. Praha: Codex Bohemia.
- CAZES, S., NESPOROVA, A. 2003. *Labour Markets in Transition: Balancing Flexibility and Security in Central and Eastern Europe*. Geneva: ILO.
- HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- KELLER, J. 2006. *Soumrak sociálního státu*. Praha, Sociologické nakladatelství.
- KELLER, J. 2011. *Nová sociální rizika a proč se jim nevyhneme*. Praha: Slon.
- KREBS, V. et al. 2010. *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer.
- KUCHAŘOVÁ, V. 2013. *Ekonomické podmínky sladování rodiny a zaměstnání v České republice a ve Francii*. Praha: VÚPSV, v. v. i.
- KULHAVÝ, V., BARTÁKOVÁ, H. 2007. *Rodina a zaměstnání II. (Mladé rodiny)*. Brno: VÚPSV.
- KŘÍŽKOVÁ, A., HAŠKOVÁ, H. 2003. *Průzkum veřejného mínění o postavení žen na trhu práce* [online]. Praha: Sociologický ústav AV ČR. [25. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/957/zprava.pdf>
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MMR. 2014. *Dohoda o partnerství pro programové období 2014–2020* [online]. Praha: MMR. [30. 9. 2014]. Dostupné z: <http://www.strukturalni-fondy.cz/cs/Fondy-EU/2014-2020/Dohoda-o-partnerství>
- MPSV. 2014. *Operační program zaměstnanost* [online]. Praha: MPSV. Dostupné z: <http://www.esfcr.cz/file/8939/> [30. 9. 2014]
- NEŠČÁKOVÁ L. 2014. *Zákoník práce v praxi. Komplexní průvodce s řešením problémů*. Právní stav k 1. 1. Praha: Grada.
- PEMOVÁ, T., PTÁČEK, R. 2013. *Soukromá a firemní školka od A do Z: jak založit a provozovat soukromé nebo firemní zařízení předškolní výchovy*. Praha: Grada, 2013.
- PLASOVÁ, B. 2008. Strategie zaměstnavatelů v oblasti harmonizace práce a rodiny v kontextu strategií pracujících rodičů s dětmi. In: SIROVÁTKA, T., HORA, O. (Eds.). *Rodina, děti a zaměstnání v české společnosti*. Brno/Boskovice: František Šalé – Albert, 207–244.
- PLASOVÁ, B. 2010. Zaměstnavatelé jako aktéři při řešení rizika nerovnováhy mezi pracovním a rodinným životem. In: WINKLER, J., KLIMPLOVÁ, L. (Eds.). *Nová sociální rizika na trhu práce a potřeby reformy české veřejné politiky*. Brno: Masarykova univerzita.
- SIEGEL, Z. *Jak sledat a najít zaměstnání*. Praha: Grada, 2012.
- SIROVÁTKA, T. 2006. Rodina a reprodukce versus zaměstnání a role sociální politiky. In: SIROVÁTKA, T. et al. *Rodina, zaměstnání a sociální politika*. Boskovice: František Šalé – Albert.
- SIROVÁTKA, T., BARTÁKOVÁ, H. Harmonizace rodiny a zaměstnání v České republice a role sociální politiky. In: SIROVÁTKA, T., HORA, O. (Eds.). *Rodina, děti a zaměstnání v české společnosti*. Brno/Boskovice: František Šalé – Albert, 2008.
- SIROVÁTKA, T., HORÁKOVÁ, M., KULHAVÝ, V. 2006. *Hodnocení efektivit programů aktivní politiky zaměstnanosti v ČR*. Praha: VÚPSV, v. v. i.
- TOMEŠOVÁ-BARTÁKOVÁ, H. 2009. *Cesta zpátky. Návrat žen po rodičovské dovolené na trh práce v České republice*. Brno: MU Mezinárodní politologický ústav.

Jerrold R. Brandell (ed.): Theory and Practice in Clinical Social Work. New York: The Free Press. 1997.

Klinickú sociálnu prácu možno považovať za unikátnu formu terapeutickú intervenciu sociálnych pracovníkov a pracovníčok orientovaných na skvalitnenie sociálneho fungovania klientov v rôznych životných situáciách a čeliacu variabilným problémom.

Spoločenské zmeny posledných dekád, dopad globalizácie, rozvoj technológií a ďalšie dôsledky modernizácie (zvlášť psychosociálne a ekonomické následky rasizmu, ageizmu a ďalších foriem diskriminácie

a opresie) tvoria súčasnú podobu klinickej sociálnej práce. Klinické sociálne pracovníčky a pracovníci, ako autonómni praktici i kolegiálni členovia tímu, čelia dnes spektru rôznych otázok a problémov, ktorých závažnosť a rozsah neustále narastá, zároveň sa však nevyhnutne rozširuje sfera ich zodpovednosti vzhľadom k ich riešeniu. Táto profesia kladie vysoké nároky vzhľadom k rozsahu psychosociálnych, psychoterapeutických, psychoedukačných a ďalších služieb pre rôznu klientelu, vyžadujúc náležité intervenčné kompetencie. Vzniká opodstatnená potreba špecializovaných poznatkov o špecifických klinických otázkach. Variabilita klientskej populácie, dôraz na transakcie medzi osobou a prostredím, šírka intervenčných možností aj vzhľadom k rôznorodosti problémových situácií je špecifikom tohto náročného odboru, ktorého konštituovanie je potrebné vnímať ako nevyhnutný krok.



Aj vzhľadom k uvedenému nie je možné pripraviť text sumarizujúci celé spektrum možností klinickej sociálnej práce. Publikácia *Theory and Practice in Clinical Social Work* však objasňuje podstatu klinickej sociálnej práce, nosné teoretické koncepty i široké aspekty jej praxe. Rozpracúva aktuálne klinické domény a zmenené kontexty súčasnej praxe, ako výzvy pre sociálnych pracovníkov a pracovníčky. Jej cieľom nie je sprostredkovať vyčerpávajúce encyklopedické

poznatky. Ako uvádza editor J. R. Brandell, ide o akéhosi sprievodcu v porozumení a integrácii bohatých rámcov klinických teórií a praktických modelov (čo zároveň argumentuje voľbu názvu publikácie).

Publikácia rozpracúva zvolenú problematiku v rámci 720 strán, obsahujúc stručné predstavenie jednotlivých autoriek a autorov (predných predstaviteľov a predstaviteľiek odboru z univerzít a praxe, reprezentujúc širokú variétu klinických špecializácií a orientácií), Predhovor, Úvod, dvadsaťštyri kapitol a Index (prepájajúci menný a vecný register).

Jednotlivé kapitoly sú rozdelené do troch nosných častí: Rámce pre klinickú prax, Špecifické terapeutické modality a Špecifické klinické otázky, témy a dilemy.

Prvá časť, *Frameworks for Clinical Practice*, konceptualizuje v troch kapitolách východiskové teoretické rámce pre klinickú sociálnu prácu. B. D. Friedman (*Systems Theory*) zdôrazňuje



komplexnosť povahy odboru, pričom z modelov detailne rozpracúva najmä ekosystémovú perspektívu, ponúkajúcu kľúčové východiská pre porozumenie interakciám v konfigurácii „person-in-environment“, vytvárajúcu priestor pre intervencie na rôznych úrovniach a aplikáciu ďalších teórií k rozvoju stratégií kompatibilných s procesmi zmien v tejto konfigurácii. B. A. Thyer a L. L. Myers (*Behavioral and Cognitive Theories*) považujú behaviorálne a kognitívne prístupy za mainstreamové pre klinickú sociálnu prácu, výrazne ovplyvňujúcej jej teóriu i intervenčné modely. Ich prehľad, princípy i aplikačný rozmer predstavujú v samostatnej kapitole v presvedčení, že ich nosné koncepty sú dôležitými komponentmi mnohých psychosociálnych a interpersonálnych problémov a ich poznanie je základom efektívnej práce. Psychoanalytickú teóriu a jej komplexný vzťah ku klinickej sociálnej práci predstavujú J. R. Brandell a F. T. Perlman (*Psychoanalytic Theory*). Sprehľadňujú dôležité psychoanalytické teórie, sumarizujú rozsah psychoanalytických systémov, diskutujú teórie terapie v sociálnej práci a ich aplikáciu v rôznych psychoanalytických konceptoch.

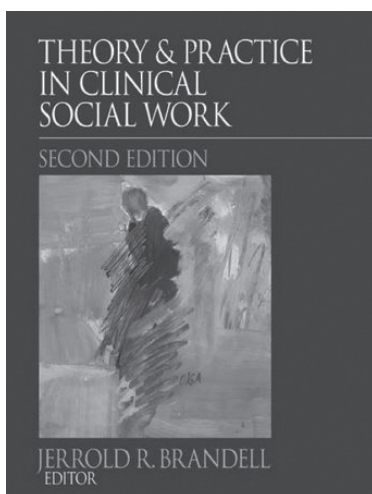
Druhá časť, *Specific Treatment Modalities*, obsahuje osem kapitol. Tieto, reflektujúce markantné politické, sociálne i demografické zmeny a vedecký posun v posledných dekádach, upozorňujú na nevyhnutnosť venovať špecifickú pozornosť súčasným tlakom a flexibilne na nich reagovať v teórii i praxi klinickej sociálnej práce. Kapitoly sú orientované na zmeny v prístupoch k deťom, adolescentom i dospelým v rámci meniacich sa spoločenských charakteristík.

M. G. Frank (*Clinical Practice with Children*), J. Mishne (*Clinical Social Work with Adolescent*), K. M. Connors, G. Schamess a F. H. Strieder (*Children's Treatment Groups*) reagujú na aktuálne trendy v klinickej praxi s dospievajúcimi a s deťmi a zvlášť tými, ktoré prežili opakované traumatizujúce

udalosti. Ďalšie kapitoly sú orientované na dospelú klientelu. D. K. Granvold (*Cognitive-Behavioral Therapy with Adults*), F. T. Perlman (*Psychoanalytic Psychotherapy with Adults*) a Ch. D. Garvin (*Group Treatment with Adults*) približujú východiská a princípy, kľúčové techniky a procedúry klinickej sociálnej práce s touto cieľovou skupinou. Tu je zaradená aj kapitola o rodinnej (F. Walsh – *Family Therapy*) a kapitola o párovej (K. Kayser – *Couples Therapy*) terapii, ako samostatných špecializáciách klinickej sociálnej práce. Zdôrazňujú systémové prístupy ako kľúčové pre porozumenie ľudskému funkcionovaniu a terapii porúch a rozpracúvajú základné princípy i východiskové modely a ich aplikáciu na variabilnú klientelu či problémové situácie.

Najrozsiahlejšou je tretia časť publikácie, *Specialized Clinical Issues, Themes, and Dilemmas*. Obsahuje trinásť kapitol spracúvajúcich vybrané problémové okruhy klinickej sociálnej práce. Tie možno rozčleniť z hľadiska zamerania do troch oblastí (vybrané cieľové skupiny a problémy, prostredie výkonu a koncepty klinickej sociálnej práce), pričom najpočetnejšie sú zastúpené kapitoly popisujúce prístupy orientované na konkrétny typ klientely či problému.

V nadväznosti na prvú časť R. Rukstele (*Treatment of Infants and Their Families*) prezentuje nové problémy modernej doby a ich odraz v rodinách s malými deťmi, postulujúc filozofiu skorej intervencie, pričom nosnú pozornosť venuje rizikovým faktorom a schopnosti reziliencie detí v rôznych rodinných podmienkach. S. Barlam a H. H. Soares (*Clinical Practice with Elderly*) popisujú klinickú prax so staršími osobami zvlášť so zameraním na terapeutickú intervenciu v súvislosti s otázkami ako zmysel života, straty, smrť a umieranie, medzigeneračné otázky a pod. V kontexte životného cyklu upozorňuje M. O'Kane Brunhofer (*Mourning and Loss: A Life Cycle Perspective*) na univerzalitu ľudskej



skúsenosti straty (skutočnej alebo symbolickej pri prechode životným cyklom), jej dynamiku procesov straty a smútku, ktoré výrazne ovplyvňujú sociálne fungovanie, a intervenčné možnosti klinickej sociálnej práce.

L. R. Kerlin a J. R. Brandell (*Family Violence and Clinical Practice*) zdôrazňujú nemožnosť vyhnúť sa v klinickej praxi problematike násilia a vymedzujú základné rámce pre erudované posúdenie i relevantný zásah v takýchto situáciách. R. Graziano (*The Challenge of Clinical Work with Survivors of Trauma*) zameriava pozornosť najmä na špecifiká posúdenia a terapeutických stratégií pri práci s osobami s posttraumatickou stresovou poruchou či inými adaptačnými poruchami. Intervencie v súvislosti s problémami spojitými s nadužívaním alkoholu a drog popisuje M. Amodeo (*Social Work Interventions with Alcohol and Other Drug Problems*). Nesústreďuje sa však, ako vo väčšine odbornej spisby, na ústavnú starostlivosť osôb s diagnostikovanou závislosťou, ale na klientelu vyhľadávajúcu pomoc z iných dôvodov, nereflektujúc príčiny či súvislosti s nadužívaním drog.

Ako špecifickú a stále stigmatizovanú klientelu klinickej sociálnej práce popisujú E. G. Goldstein (*Clinical Practice with Lesbians*) a C. Cornett (*Clinical Social Work Practice with Gay Men*) lesby a homosexuálov v samostatných kapitolách, reagujúc na ich opresiu a diskrimináciu v spoločnosti, zdôrazňujúc ochranu ich práv a možnosti inklúzie a akceptácie v komunite i spoločnosti. Upozorňujú na stále prítomné predsudky u pomáhajúcich profesionálok a profesionálov, akcentujúc nevyhnutnosť citlivosti voči špecifickým problémom tejto cieľovej skupiny. Rozpracúvajú teoretické perspektívy, princípy i zameranie intervencií, pričom sa neobmedzujú len na individuálnu, ale zohľadňujú aj párovú a skupinovú formu práce.

Na potenciálne prostredia výkonu klinickej sociálnej práce sú orientované tri kapitoly. D. P. Moxley (*Clinical Social Work in Psychiatric Rehabilitation*) popisuje sociálne kontexty dlhodobých a zdanlivo neriešiteľných problémov duševných ochorení a intervenčné možnosti klinickej sociálnej práce, pričom zastáva názor o prioritácii aplikácie tradičných nástrojov pred

ich preberaním z psychiatrie, kde reflektujú úzky biomedicínsky prístup. Nadväzujúc, B.H. Willinger (*Psychopharmacology and Clinical Social Work Practice*) vníma psychofarmakológiu ako doménu psychiatrie, avšak vzhľadom k širokej variabilite klientskej populácie a problémových oblastí v rôznych prostrediach, zdôrazňuje jedinečnú pozíciu klinických sociálnych pracovníčok a pracovníkov v súvislosti s posúdením a príp. iniciovaním medikácie klientov či klientok a participáciou na sledovaní jej účinnosti. P. I. Vroom, L. Stanfield a R. Barzone (*Clinical Practice in Urban School Settings*) upozorňujú na význam školy a zvlášť školskej úspešnosti vo vývine a úspešnom sociálnom fungovaní detí a mládeže a popisujú príklady uplatnenia kolaboratívnej, multisystémovej, multimetodickej klinickej sociálnej práce založenej na systémovom prístupe a ekologickej perspektíve.

R. A. Shechter (*Time-Sensitive Clinical Social Work Practice*) predstavuje koncept krátkodobej terapie – „na čas citlivú“ klinickú sociálnu prácu. Diskutuje fenomén času ako kľúčového faktora a organizujúceho princípu terapie, argumentujúc intervenčnými obmedzeniami a pragmatickým zameraním sociálnej práce. S. H. Grossberg a J. R. Brandell (*Clinical Social Work in the Context of Managed Care*) predstavujú klinickú sociálnu prácu v kontexte riadenej starostlivosti, ako moderného trendu od konca 20. storočia, jej spoločenské súvislosti a vybrané aspekty.

Jednotlivé kapitoly druhej a tretej časti publikácie sú koncipované v podobnej štruktúre, úzko nadväzujúc na konceptuálne rámce vymedzené v prvej časti. Predstavujú teoretické východiská a charakteristiky vybranej cieľovej skupiny (resp. problému), popisujú špecifiká posúdenia a intervenčných možností, príp. diskutujú etické otázky v jednotlivých oblastiach s dôrazom na terapeutické rámce (zvlášť v súvislosti s terapeutickou zmenou, kde je ako zásadný postulovaný terapeutický vzťah) a aplikačné možnosti v palete variabilných situácií a problémov. Unikátne sú aj reflexiou aktuálnych poznatkov a trendov v klinickej sociálnej práci. Autori a autorky tiež upozorňujú na viaceré nejasnosti, ktoré sa objavujú v odbornej spisbe, a ponúkajú jednoznačné stanoviská. Zároveň detailizujú nároky kladené



na profesionálov a profesionálky vzhľadom k ich teoretickej príprave i praktickým zručnostiam a skúsenostiam. Takto predstavujú ucelené „modely“ práce v parciálnych oblastiach klinickej sociálnej práce.

Táto publikácia predstavuje potenciál i limity klinickej sociálnej práce v jej variabilných formách, s využitím palety intervenčných nástrojov, so zrozumiteľne spracovaným aplikačným rozmerom. Výber spracovaných parciálnych otázok je vysoko aktuálny, ponúkajúci množstvo inšpirácií pre teóriu a prax odboru aj v našich podmienkach. Systematizuje poznatky predmetnej oblasti, vytvára ucelený pohľad a ponúka argumentačnú

podporu v prospech tvorby a rozvoja teoreticko-metodologických východísk pre ďalší výskum i prax v danej oblasti. Kvalitne rozpracované konceptuálne východiská, informačná hutnosť, prehľadné spracovanie a jasné aplikačné aspekty vytvárajú text, ktorý možno odporúčať študentom a študentkám pomáhajúcich profesií vôbec, nielen odboru sociálna práca, ale rovnako odborníkom a odborničkam z klinickej praxe.

Denisa Šoltésová,

Katedra sociálnej práce

Prešovská univerzita v Prešove

Milan Hlavačka, Pavel Cibulka a kol.: Sociální myšlení a sociální praxe v českých zemích 1781–1939: ideje, legislativa, instituce. Praha: Historický ústav. 2015.

Kniha kolektivu ve složení Milan Hlavačka, Jiří Pokorný, Olga Fejtová, Pavel Cibulka a Pavel Bek s názvem Sociální myšlení a sociální praxe v českých zemích: ideje, legislativa, instituce, která vyšla v tomto roce v Historickém ústavu AV ČR, může být dobrým tipem na vánoční dárek pro sociální pracovníky se zálibou v historii. Pravděpodobně se také zařadí do seznamu povinné literatury příslušných studijních programů. Co od knihy můžete čekat a v čem vás naopak možná zklame?

Hlavním příslibem publikace je rozsah dějinné epochy, kterou kniha slibuje pokrýt. Obvykle se pojednáváne historické osy kryjí s dobou trvání státních celků, úctyhodný záběr 158 let pokrývá

éru Rakousko-Uherska od josefínských reforem až po reformy 60. let 19. století a období první i druhé Československé republiky. V tomto ohledu je kniha vhodným doplňkem ke knize Sociální stát v Československu: Právně-institucionální vývoj v letech 1918–1992 (recenzi viz Sociální práce / Sociální práca 2014/1). Dalším lákadlem je závazek reflektovat triádu ideje–legislativa–instituce, který slibuje komplexní vykreslení péče o potřebné na přibližném území České republiky v daném období.

První kapitola nese název „Boj proti chudobě, sociální otázka a sociální politika v českých zemích v 19. a na začátku 20. století:

definice, ideje, instituce“. V kapitole najdeme uvažování o chudobě podle dobových myslitelů a následně přehled opatření, kterými se monarchie v součinnosti s dalšími aktéry snažila s tímto fenoménem bojovat. Sledujeme zde cestu sekularizace sociální péče a postupného formování sociální politiky, které může zaujmout jednak svým represivním charakterem (zejména v souvislosti s povinnostmi domovských obcí, institutem postrků a donucovacích pracoven) a jednak bujením, které toto formování představovalo. S výjimkou počátečních farních chudinských ústavů vzniklých na konci 18. století, jejichž duchovním otcem byl hrabě Buquoy, nemá žádné z následných opatření (či komplexu opatření) svého výrazného „architekta“, který by chtěl sociální péči vtisknout určitou myšlenku. Spíše šlo o vrstvení různých opatření reagujících na nové podmínky a celkové mohutnění sociální péče, resp. nárůst specializace a profesionalizace v této oblasti. Další podstatnou charakteristikou sociální péče byl přerod jejího chápání od náboženské přes morální povinnost až k právnímu závazku. Povedenou částí je „Rakouské a české přemýšlení o chudobě a sociální otázce“ představující významné osobnosti rakouského, respektive českého prostředí, kde krom Masaryka pojednává také o Riegrovi, Malém, Kaizlovi, Adámkovi a Bráfovi; přínosu Karla Engliše či Josefa Macka je věnována část „sociální myšlení první republiky: zrod československé sociální politiky“.

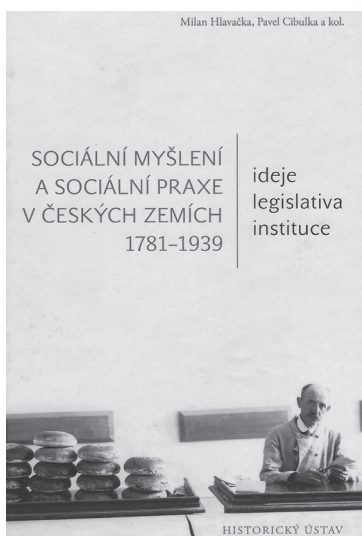
Druhá kapitola nabízí „Stručný přehled chudinského a sociálního zákonodárství“ a lze se v ní dočíst řadu zajímavých faktů jak o průběhu politických debat nad jednotlivými zákony, tak o jednotlivých zákonech, resp. obecnějších tématech jako zaměstnávání dětí, ochraně dělnictva či nezaměstnanosti. Tato část má z celé knihy nejvíce encyklopedický charakter; perspektivu rukověti ostatně doporučuje pro

čtení celé knihy i autorský tým v úvodu, kdy – formulačně poněkud nešťastně – knihu otevírá mnohoznačným tvrzením, že „monografie by mohla sloužit jako přehledová příručka“.

Ve třetí kapitole je popsán přerod chudinské péče v péči sociální, a to v Praze 19. a první poloviny 20. století, čtvrtá kapitola pojednává o chudinské péči v Brně v letech 1781–1914. Každá z kapitol je opět pečlivým vykreslením podstatných rysů chudinské, resp. sociální péče; pokud by čtenář pátral po srovnání nebo alespoň očekával „zrcadlení“ kapitol (byť logicky pouze částečném, protože časová výseč je jiná), bude zklamán. Poslední tři kapitoly (pátá kapitola zpracovává podnikový pojišťovací systém na železnici) mohou být čteny jako symbolická protiváha obecnější první a druhé kapitole a nabízejí specifickou perspektivu, díky které se čtenář má šanci dostat „blíže“ k jednotlivým opatřením a jejich reálnému uplatňování a situaci dané doby.

Přestože je „Sociální myšlení a sociální praxe v českých zemích 1781–1939“ velkým přínosem k porozumění historii sociální politiky, vznáší se nad knihou, resp. jejím provedením, řada – tu více, tu méně výrazných – otazníků. Knihu určitě přivítají všichni historici zabývající se sociálními dějinami. Česká historiografie má zálibu v detailu a je přesvědčená,

že poctivé shromáždění historických dat je hodnotou samo o sobě, což tato publikace splňuje. Nechci popírat, že by jí nebylo, ale osobně se těším na dobu, kdy budu číst odborné historiografické knihy, jejichž autory zajímá i „příběh“ dané epochy a že ho mají snahu nejen pochopit, ale i srozumitelně vyprávět pro čtenáře. Tato ambice za vznikem knihy evidentně nestála, což se ukazuje zejména na její struktuře (viz dále), výslednému dojmu ubírá i řazení ne zcela běžných výrazů jako klíčových slov (namátkou např. hiát) nebo nelogické vysvětlení cizího termínu až poté, co se několikrát automaticky použije (např.





pauperismus). Kniha také postrádá fotografie či ilustrační obrázky, které by atmosféru doby přiblížily (výjimkou je obal knihy), stejně tak absentují grafy nebo schémata, které také mají potenciál dokreslit psaný text nebo učinit ho srozumitelnějším (čestnou výjimkou je 5. kapitola, kde je tabulek řada, několik z nich až na osm stran, což rovněž nepomáhá hlubšímu porozumění). Obecně sleduje monografie více „oficiální“ dějiny myšlenek a zákonů (tato linka je ostatně ve shodě s očekáváními, která vzbuzuje její název), pokud by se uvedenou triádu podařilo do budoucna rozšířit o samotné potřebné a jejich život (ať už formou větší drobnokresby, statistik či kazuistik), bylo by to skvělé.

Knize dál výrazně ubírá absence vysvětlujícího úvodu, který by naznačil například logiku zvolené struktury, v níž jsou první dvě kapitoly obecného charakteru a následující tři kapitoly jako by z deklarovaného rámce knihy vybočovaly jednak místním a časovým vymezením (kap. III – Od chudinské k sociální péči v Praze 19. a první poloviny 20. století, kap. IV – Chudinská péče v Brně v letech 1781–1914), jednak specifickým typem příjemce sociální péče (kap. V – Podnikový pojišťovací systém na železnici). V monografii nalezneme „Úvod jako závěr“, který je ale více shrnutím sociální politiky v daném období, a působí jako z nouze ctnost. Čtenář si může leccos dovodit, ale autorský tým tuto svou roli odbyl. Podobným nešvarem, tj. nejasností analytického „řezu“, trpí i první dvě kapitoly (v menší míře to platí i pro zbytek knihy), rozpaky čtenáře ještě posílí přítomnost nadpisů různých řádů, které ale nejsou graficky ani jinak odlišeny – namísto toho, aby kniha své čtenáře vedla, nechá je tápat. Dále už jen technicky a více pro autorský

tým: je nutné, aby měla kniha dva obsahy (jeden stručný na začátku, druhý podrobný včetně podkapitol)? Jmenný rejstřík je skvělým pomocníkem, osobně jsem vždy vděčná i za věcný... Proč na sebe kapitoly navzájem neodkazují, nekomunikují spolu?

Zbývá už jen doslovit, zda je kniha opravdu ideálním dárkem pod vánoční stromeček nebo nezbytnou položkou seznamu literatury pro studijní programy sociální práce. Rozhodně bych „Sociální myšlení a sociální praxe v českých zemích 1781–1939“ doporučila vysloužilým sociálním pracovníkům se zájmem o dějiny oboru v důchodu – tato kniha chce čas, vstřícnost a trpělivost. U studentů bych pro zařazení celé knihy na seznam literatury spíše nehlasovala, doporučovala bych čtení kratších celků, z nichž by se připravovaly např. referáty. Vyučujícím i studentům může každopádně pomoci bohatý poznámkový aparát – monografie tak může sloužit jako rozcestník pro další studium, a to zejména pro zájemce o historii sociální práce. To je ostatně asi nejpozitivnější možné vnímání knihy – jako příručky, do které se nahlédne v případě zájmu o danou oblast. Obsah knihy je cenný – sledování historického vývoje sociální péče, kontinuity některých opatření či měnících se vztahů jednotlivých aktérů a institucí může být bez nadsázky fascinující. Pro to, aby byl zajímavý a stravitelný pro širší odbornou veřejnost, by ale kniha potřebovala výraznou redakci, a to nejen ve směru vyšší srozumitelnosti, ale i ambice působit jako celek a formulovat jednoznačnější analytický řez a logiku textu.

Eva M. Hejzlarová,

*Katedra veřejné a sociální politiky
Fakulta sociálních věd Univerzity Karlovy*

Michaela Skyba: Školská sociálna práca.

Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove. 2014.

Autorka vedeckej monografie si pre spracovanie zvolila vysoko aktuálnu problematiku súčasnej sociálnej práce na Slovensku, a domnievam sa, aj v Českej republike. Vzhľadom k výsledkom spoločenského diskurzu ohľadom kompetencií jednotlivých pomáhajúcich profesií z minulého storočia, vo vzťahu k spoločenským zmenám v dôsledku modernizácie a jej vplyvu na socializáciu detí a v súvislosti s vznikom nových rizík, spojených s dospievaním a osvojovaním si hodnôt postmodernej kultúry, sa v súčasnosti jednoznačne ukazuje nevyhnutnosť takej odbornosti, ktorá disponuje možnosťami efektívnejších profylaktických i intervenčných reakcií v smere podpory optimálneho rozvoja osobnosti dieťaťa a eliminácie existujúcich problémov v kontexte skvalitnenia zapojenia a spolupráce rodičov, detí, školy a komunity. Táto odbornosť sa profiluje aj v snahe zmierniť často len suplujúcu funkciu iných profesií v situáciách, na ktoré nie sú pripravované a pripravené. Sociálna práca v školách má obrovský potenciál v rámci ochrany práv detí (odzrkadľujúc sa aj v reformnom úsilí o premenu škôl a vytváranie takých podmienok pre vzdelávanie, ktoré zefektívnia pripravenosť žiakov a žiačok na nové situácie), obnovy a podpory sociálneho fungovania klientok a klientov a rozvoja ich osobnosti už v detskom veku, v ktorom množstvo času trávia práve v školskom prostredí, s výrazným vzdelávacím, ale aj výchovným charakterom.

Ukazuje sa, že školská sociálna práca, aj napriek absencii jej legislatívneho ukotvenia, má v našich podmienkach reálne a dôležité miesto. Vychádzajúc z demografických posunov, nových formulovaných spoločensko-politických výziev, reformného úsilia školstva, meniacich sa

charakteristík žiackej populácie (na podklade rozvíjajúcej sa heterogenity ich problémov aj v súvislosti s nárastom negatívnych javov vyplývajúcich, resp. súvisiacich so sociálno-ekonomickou situáciou) a potreby zvyšovania šancí a rovnosti v prístupe k vzdelávaniu, je nevyhnutné na konštituovanie školskej sociálnej práce s jej špecifickým prístupom u nás nazerať ako na potrebný až nevyhnutný krok. Ako sama autorka v týchto súvislostiach uvádza, „*súčasný trendy v oblasti školstva totiž vytvárajú potrebu zapojenia sa do diskusií podpory inkluzívneho vzdelávania a hľadania účinných stratégií aj zo strany sociálnych pracovníkov ako aktérov presadzujúcich sociálnu zmenu, podporujúcich uplatňovanie ľudských práv a najlepšieho záujmu klienta*“.

Pre rozpracovanie predmetnej témy si autorka formulovala pomerne náročný cieľ, a to identifikovať faktory, ktoré sa podieľajú na etablovaní školskej sociálnej práce na Slovensku, a prispieť tak do procesu systematizácie poznatkovej bázy a špecifikácie teoreticko-metodologických aspektov problematiky, ako východísk pre rozvoj súčasného stavu poznania v skúmanej oblasti. Takto formulovaný zámer sa rozpracovaním informačne bohatého a hutného textu monografie s rozsiahlym priestorom venovaným výskumným zisteniam autorke aj podarilo naplniť.

Predkladaná monografia rozpracúva zvolenú problematiku v rámci 214 strán, obsahujúc Predhovor, Úvod, štyri kapitoly, Záver a Resumé. Súčasťou monografie je tiež Summary v anglickom jazyku, zoznam bibliografických odkazov a menný register. Text jednotlivých kapitol je spracovaný v logickej následnosti,



postupne konštituujujú problematiku od širších spoločenských a politických súvislostí, po identifikáciu a konkretizáciu jednotlivých faktorov etablovania školskej sociálnej práce na Slovensku, predstavujúci nielen teoreticko-metodologické východiská, ale i výskumné zistenia autorkou realizovaného výskumu.

V prvej kapitole, *Inštitucionalizácia školskej sociálnej práce v kontexte postmodernity*, autorka formuluje teoretické východiská konštituovania školskej sociálnej práce. Opiera sa pritom o vybrané aspekty postmodernej inštitucionalizácie a profesionalizácie sociálnej práce vôbec, poukazujúc na potrebu nového pohľadu na otázky pomoci, identity a spoločenského uznania profesie. Za nosný referenčný rámec si pritom zvolila ekologickú perspektívu, zdôrazňujúc potrebu komplexného prístupu k riešeniu vybraných otázok v špecifickom prostredí školy. Autorka však ponúka kritický pohľad.

Na jednej strane identifikuje prínosy tohto prístupu, ale zároveň upozorňuje na limity spojené s jeho aplikáciou. Súčasťou kapitoly je aj popis vybraných modelov školskej sociálnej práce koncipovaných na princípoch ekologickej perspektívy, poukazujúci na niektoré z regulatív teórie i praxe a faktorov etablácie školskej sociálnej práce v zahraničí.

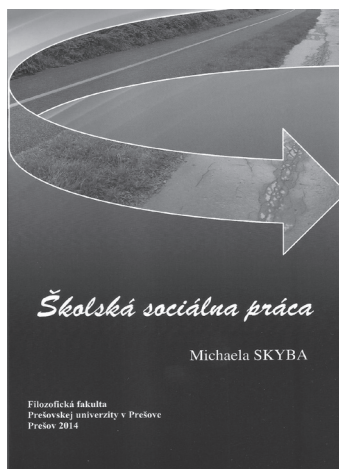
Druhá kapitola, *Školská sociálna práca*, predstavuje pohľad na historické kontexty etablovania a súčasný stav v podmienkach, v ktorých je školská sociálna práca legislatívne upravená a v praxi implementovaná. Autorka pritom logicky argumentuje spoločensko-politickou determináciou procesu etablovania školskej sociálnej práce. Súčasťou tejto kapitoly je aj diskusia odbornej terminológie relevantnej v kontextoch spracúvanej témy, ale autorka tiež venuje pozornosť vymedzeniu cieľov, poslaniu i konkrétnym činnostiam/funkciám školskej sociálnej práce. Osobitá pozornosť je v rámci kapitoly zameraná na výskumné témy v predmetnej oblasti. Výskum pritom autorka

chápe ako jeden z kľúčových faktorov jej etablovania v zahraničí (i u nás) a významných aspektov aktuálneho obrazu, ale rovnako ako nevyhnutný predpoklad kreovania relevantnej bázy pre spoločenský diskurz v otázke (ne) potrebnosti školskej sociálnej práce. Táto analýza následne slúži autorke k zamysleniu sa nad rizikami výkonu školskej sociálnej práce u nás.

Text tretej kapitoly, *Štátna vzdelávacia politika – makroúroveň pre výkon školskej sociálnej práce*, sa opiera o predpoklad, že súčasný stav systému školstva v podmienkach Slovenskej republiky vytvára určujúci rámec pre výkon sociálnej práce v školách na makroúrovni. Autorka tu na základe analýzy kľúčových koncepčných a legislatívnych dokumentov identifikuje miesto a možnosti sociálnej práce v špecifickom prostredí školy, pričom zohľadňuje rizikové situácie, aktuálne problémy žiakov a žiačok a potrebu rozvoja inkluzívnych vzdelávacích systémov. Východiskovou базou, resp. konceptom vzdelávacej politiky je pritom fenomén detstva, jeho zmeny a špecifické znaky v postmodernej kultúre. Špecifickú pozornosť teda autorka prirodzene venovala otázke ochrany práv detí v týchto kontextoch, pričom zvlášť poukázala na jednu z výziev pre súčasnú sociálnu prácu, ktorú predstavujú deti zo sociálne znevýhodneného prostredia (s ich špecifickými požiadavkami vzhľadom

k vzdelávaniu i vo vzťahu k širším kontextom pomoci/starostlivosti, vyplývajúcich z charakteristik ich životnej situácie).

Štvrtú kapitolu, *Školská sociálna práca optikou expertov a expertiek pracujúcich s deťmi a mládežou*, tvorí autorkou realizovaný výskum a jeho zistenia. Aj vzhľadom k tomuto je samozrejme, že ide o najrozsiahlejšiu kapitolu vedeckej monografie. V súvislosti s nárastom „variability i intenzity sociálno-patologických javov, ktorým školopovinné deti v súčasnosti čelia a s ktorými sa pedagogickí pracovníci, vzhľadom na svoje kompetencie i odbornosť, vyrovnávajú čoraz



ťažšie“, autorka vychádzala z hypotézy o potrebe zásahu a pomoci v aktuálnych problémoch detí aj zo strany ďalšieho profesionála – v školskom prostredí. *„Je zjavné, že existujúce profesie v prostredí škôl nepostačujú na to, aby sa pristúpilo k eliminácii problémov a k efektívnemu zapájaniu rodičov do výchovno-vzdelávacieho procesu ich detí. Takisto sa ukazuje slabá účinnosť doposiaľ prijímaných politických opatrení a nástrojov. To len utvrdzuje v potrebe rozpoznanie profesie sociálnych pracovníkov a pracovníčok v školách, keďže nemôžeme očakávať od učiteľov a učiteľiek, že budú suplovať ich pozíciu*“, argumentuje sama autorka.

Cieľom výskumu bolo pritom zistiť faktory ovplyvňujúce etablovanie školskej sociálnej práce ako právne nepomenovanej ani spoločensky nerozpoznannej profesie v podmienkach Slovenskej republiky. Opierajúc sa o odporúčania *International Network For School Social Work* (2013) autorka orientovala výskum najmä na tri úrovne školskej sociálnej práce, a to problémové okruhy, ktoré školská sociálna práca rieši; subjekty školskej sociálnej práce a činnosti školských sociálnych pracovníkov a pracovníčok. Výskum však posunula aj do konkrétnejších dimenzií, zisťujúc názory expertov a expertiek pracujúcich s deťmi a mládežou (pracovníčky oddelenia sociálnoprávnej ochrany a sociálnej kurately, vychovávateľka, učiteľia a učiteľky, sociálna pedagogička / sociálna pracovníčka) na podmienky, ktoré majú podľa nich vplyv na zriadenie pozície sociálneho pracovníka a pracovníčky v základných školách. Autorka, v snahe dosiahnuť komplementaritu zistení, využila kvalitatívnu aj kvantitatívnu výskumnú stratégiu, pričom z výskumných metód využila pološtrukturované rozhovory, fokusové skupiny a dotazník. Okrem popisu dizajnu výskumu kapitola ponúka detailnú analýzu i interpretáciu zistení, rešpektujúc požiadavku diferenciácie podstatného od menej významného v kontexte skúmanej problematiky. Uvedomujúc si limity výskumu, ale aj stav rozpracovanosti problematiky v našich podmienkach, autorka

ustúpila od frekventovane formulovaných finálnych odporúčaní a v podkapitole 4.5 ponúka námety pre ďalšiu diskusiu v skúmaných súvislostiach. Tieto sú zvlášť prínosnou súčasťou tejto vedeckej monografie, diskutujúc viaceré determinanty zriadenia školskej sociálnej práce v konkretizácii na mikro-, mezo- i makro-úroveň i v kategorizácii podľa jednotlivých okruhov, a to: profilácia služieb školskej sociálnej práce, informovanosť a vzdelávanie expertov a expertiek pracujúcich s deťmi a mládežou, výskum, legislatívna úprava a možnosti financovania, multidisciplinárna spolupráca a spolupráca s rodičmi. Autorka však neostala len na tejto úrovni. Následne tiež ponúkla popis tých faktorov, ktoré sama považuje za prokreatívne v rámci procesu ustanovenia školskej sociálnej práce na Slovensku (napr. samotné poslanie sociálnej práce, jej neustály vývin a proces profesionalizácie, pozitívne výsledky pilotných projektov jej zavádzania do prostredia slovenských škôl a ďalšie).

Táto vedecká monografia, ako jedno z mála diel zameraných na predmetnú tému v slovenských i českých podmienkach, má výrazný potenciál prispieť k systematizácii poznatkov a rozvoju teoreticko-metodologických východísk školskej sociálnej práce v podmienkach Slovenskej republiky. Vedecko-výskumným zameraním a rozpracovaním ponúka argumentačnú podporu v prospech tvorby a rozvoja teoreticko-metodologických východísk pre ďalší výskum tejto problematiky v kontexte odboru i pre etabláciu samotnej školskej sociálnej práce. Kvôli informačnej hutnosti, kvalitne rozpracovaným konceptuálnym východiskám, prehľadnému spracovaniu i podnetným zisteniam je monografiu možné odporúčať širokej odbornej verejnosti, ale aj študentom a študentkám nielen v odbore sociálna práca, ale pomáhajúcich profesií vôbec.

Denisa Šoltésová,

Katedra sociálnej práce

Prešovská univerzita v Prešove

Online prakticko-publicistická část časopisu na www.socialniprace.cz

Online publicisticko-praktická část časopisu je dostupná **pouze předplatitelům časopisu jako celku** (tištěná akademická část + online prakticko-publicistická část). Ostatním čtenářům budou texty zpřístupněny **s časovým odstupem** přibližně jednoho roku.

Přístupy do online publicistiky zřizujeme v měsíčních intervalech, a to na základě uhrazeného předplatného. V případě, že jste časopis zakoupili mimo distribuční firmu SEND Předplatné a máte zájem o přístup k publicistice časopisu, kontaktujte prosím paní Olgu Cídlou (olga.cidlova@socialniprace.cz), která vám online přístup zřídí.

Obsah prakticko-publicistické části čísla 2/2015:

O čem se mluví

Rozhovor

Sociálny pracovník sa v praktickom ponímaní neizoluje ako len klinický sociálny pracovník

Esej

Martina Hrozenská, Martina Drzšíková: *Teoretické ukotvenie klinickej sociálnej práce a sociálnej práce v zdravotníctve a ich implikácie v praxi podľa anglosaského modelu*

Rozhovor

Relevantnosť klinickej sociálnej práce je zjavná vďaka efektívnejším a pragmatickejším výsledkom

Reflexe

Iveta Čípková: *Role sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu domácí hospicové péče*

Esej

Lubor Hruška, Andrea Hrušková, Kateřina Krhutová: *Integrovaný přístup pro řešení protidrogové problematiky v Moravskoslezském kraji*

Inspirace pro praxi

Rozhovor

Bez etiky niet (klinickej) sociálnej práce

Inspirace

Jana Březinová, Jan Syrový: *Model dynamického cíle*

Apel

Ivana Janišová, Kateřina Dunovská: *Podceněné aspekty domácího násilí*

Profil

Ratolest Brno: *Sociální podnik jako další krok v sociální práci*

Reflexe

Martina Spišáková-Pecinová: *Systém osamostatňovania sa mladých dospelých po odchode z detského domova*

Fakta, legislativa, dokumenty

Expertiza

Ladislav Loebe: *Soukromá praxe sociálních pracovníků v ČR – realita blízké budoucnosti, nebo utopie?*

I já chci mít vzpomínky na dětství



Marek Zapletal
9 let, z toho 7 po ústavech

Děti nejsou předměty, i když se k nim tak často chováme. O ty, které z nejrůznějších důvodů nemohou být se svou vlastní rodinou, je sice postaráno po materiální stránce, ale to, co potřebují nejvíce, totiž citové zázemí, lásku a soustředěnou péči, jim poskytnout nedokážeme. Děti prostě patří do rodiny, ať už vlastní nebo pěstounské. Pomozme jim v tom!

V těchto dnech probíhá informační kampaň Právo na dětství, která se zaměřuje na transformaci systému péče o ohrožené děti. Má za cíl oslovit nejen odborníky ale i širokou veřejnost. Kampaň se zabývá zapojováním dětí do rozhodovacích procesů, prevencí a sanací v ohrožených rodinách, podporou pěstounské péče a uplatňováním práv dětí v praxi. S řadou situací, které se dané problematiky týkají, se při své činnosti setkávají také sociologové a sociální pracovníci. I na nich tedy záleží, zda budou tyto situace řešeny s ohledem na nejlepší zájem dítěte.

www.pravonadetstvi.cz



OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz



PRÁVO NA DĚTSTVÍ

Veřejný závazek časopisu

Časopis pro teorii, praxi a vzdělávání v sociální práci

Časopis pre teóriu, prax a vzdelávanie v sociálnej práci

Posláním 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.

Posláním časopisu Sociální práce / Sociálna práca je:

- podporovat schopnost české a slovenské společnosti řešit životné problémy lidí prostřednictvím sociálnej práce;
- podporovat 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.

Anotace čísla 5/2015

Moc a bezmoc při práci s klientem

Moc a bezmocnosť v práci s klientom

Emocionálne napätie, práca pod ustavičným tlakom pocitu vlastnej zodpovednosti a zodpovednosti za iných, naliehavosti rozhodnúť sa okamžite, bez pomoci a správne. To sú len niektoré nepríjemné atribúty výkonu práce odborníkov z pomáhajúcich profesií. Mnohokrát aj celé roky čakajú na výsledky svojej práce a vedia, že len málo klientov dokáže aj verejne deklarovat' pozitivnú spätnú väzbu na ich prácu. Čo teda vedie ľudí k tomu, aby pomáhajúce profesie vykonávali? Dokážu odborní pracovníci vnímať reálne svoju motiváciu k výkonu tejto práce?

Pred rokmi som pracovala v rámci manželskej poradne a s uchádzačmi o náhradné rodičovstvo. Mnohí manželia zhodne „recitovali“ spoločnú básničku o tom, ako chcú pomáhať opusteným deťom. O dva desaťročia neskôr, pri realizácii výskumu o kompetenciách sociálnych pracovníkov, sme sa s podobnými motívmi výberu povolania stretávali aj u mnohých z nich. Chcú pomáhať iným.

Ako dlho však vydrží vzťah, kde jeden len dáva a druhý len berie? A navyše, „spasiteľský komplex“ už po vyše dvadsiatich rokoch existencie akademickej sociálnej práce naozaj nie je namieste. Téma tohto čísla už dlhšiu dobu provokuje mňa aj mnohých mojich kolegov, ktorí intenzívne pracujeme s klientmi. Najmä

v rámci supervízie sa stretávame s otázkami typu: existuje úmera medzi mierou bezmocnosti klienta a mocou odborného pracovníka? Čo v odborníkovi vyvoláva bezmocnosť klienta a ako s tým pracuje? Dokáže identifikovať mieru a formu moci nad klientom? Až pokiaľ môže odborný pracovník „páchať dobro“ na klientovi a akou formou? Dokáže odhadnúť, kedy prestať? Existujú indikátory, ktoré by signalizovali, že osobnosť odborného pracovníka je lepšie alebo horšie disponovaná na prácu s pocitom vlastnej moci? A čo bezmocnosť klienta ako nástroj moci?

Téma na prvý pohľad vyznieva veľmi introspektívne. Existujú však aj vonkajšie nástroje, ktorými sa moc pracovníka nad bezmocným klientom môže eliminovať, resp. predchádzať jej zneužívaniu. Nielen legislatívne dokumenty, ale aj samotné fungovanie organizácie, kultúra, etické pravidlá a hodnoty organizácie. Zneužívanie moci a bezmocnosti je len jeden pohľad tohto čísla. Druhý by mal byť o posilňovaní a zmocňovaní. O tom, akými postupmi, technikami a metódami sa stav bezmocnosti klienta a pracovníka môže zlepšiť. Lebo nech sa na to akokoľvek pozeráme, sme spolu na jednej hojdačke.

*Doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.,
editorka čísla*

Pokyny pro autorů

(zkrácená verze, plný text je dostupný na www.socialniprace.cz)

Časopis vychází čtyřikrát ročně v českém a slovenském a jedenkrát ročně v anglickém jazyce a publikuje o nejšířší spektrum článků relevantních pro sociální práci. Články mohou být zaměřeny na jakýkoliv aspekt praxe, výzkumu, teorie či vzdělávání. Časopis je rozdělen na tištěnou akademickou část a online publicistiku dostupnou na www.socialniprace.cz. Zatímco vakademická část referuje o výzkumu a informuje o zajímavých knihách, on-line publicistická část je určena pro publikaci tematicky atraktivních námětů z praxe zpracovaných různorodými publicistickými žánry. Tištěná část časopisu má následující strukturu:

1. Editorial
2. Studie, výzkumy, analýzy
3. Recenze knih

1. Pokyny autorům studií, výzkumů a analýz

Redakce přijímá příspěvky, které odpovídají profilu časopisu. Zasláný příspěvek musí být určen výhradně pro publikaci v časopise Sociální práce / Sociální práca. 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 editor čísla. 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 příspěvatele odešle v kompletní verzi.

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

Rozhodnutí o vydání

O výsledku recenzního řízení je autor vyzooměn nejpozději do šesti měsíců od data obdržení staťi.

Nálezitosti rukopisů

Text musí být napsán v souladu s platnými jazykovými normami (viz plná verze Pokynů autorům na www.socialniprace.cz).

- I. **Titulní strana** obsahuje výstižný a stručný název práce v češtině – nebo slovenský ekvivalent – a v angličtině, jména všech autorů, biografickou charakteristiku a v poznámce pod čarou také afillaci autora.
- II. Český nebo slovenský **abstrakt** v rozsahu maximálně 200 slov.
- III. **Klíčová slova** v češtině (slovenštině).
- IV. **Abstrakt** v angličtině v rozsahu maximálně 200 slov.
- V. **Klíčová slova** v angličtině. Použijte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení.
- VI. **Vlastní text** (rozsah maximálně 10 000 slov).
- VII. **Seznam citované literatury**: Autorů žádáme, aby zvýšenou pozornost věnovali přesnému a korektnímu odkazování (viz plná verze Pokynů autorům na www.socialniprace.cz).
- VIII. **Tabulky a grafy**: Tabulka nesmí být širší než 14 cm. Výška písma alespoň 8–10. Při grafech používejte laskavě výrazné kontrastní barvy (upozorňujeme, že časopis je černobílý).

2. Publikáční etika a jiné informace

Rukopisy jsou posuzovány v publikačním řízení sestávajícím z posouzení 1. oborové přiměřenosti článku jedním členem redakční rady a 2. oboustranně anonymního recenzního řízení dvěma odborníky z veřejného seznamu recenzentů umístěného na našich webových stránkách.

Texty jsou posuzovány výhradně na základě jejich intelektuální hodnoty bez ohledu na autorovu rasu, pohlaví, sexuální orientaci, vyznání, etnický původ, občanství nebo politické názory.

Redakce časopisu SP/SP vynaloží veškeré úsilí k zachování nestrannosti recenzního řízení, aby nedošlo k odhalení identit akterů recenzního řízení.

Autor, u něhož byl prokázán záměr nebo falšování dat, ztrácí možnost v časopise SP/SP publikovat.

Autor zasláním příspěvku uděluje souhlas k užití svého příspěvku v elektronických databázích, ve kterých je časopis SP/SP indexovaný. Časopis je též volně dostupný na webových stránkách www.socialniprace.cz.

Pretisknout část uveřejněného textu nebo jeho užití v jiné publikaci lze jen s citací původu textu.

Notice to Contributors

(short version, full text is available at www.socialniprace.cz)

The journal Czech and Slovak Social Work is published four times in the Czech and Slovak language and once in the English language each year. The journal publishes the widest range of articles relevant to social work. The articles can discuss on any aspect of practice, research, theory or education. Our journal has the following structure:

- Editorial
- Articles (academic part)
- Book reviews

1. Instructions to authors of academic articles

Editors accept contributions that correspond to the profile of the journal (see "Our mission"). The contribution has to be designated only for publishing in the journal Czech and Slovak Social Work. It can also be a contribution which has already been published in another journal, after being reviewed and supplemented.

The offer of manuscript receipt and review procedure

The academic text intended for publishing in the journal should be a research or overview essay (theoretical, historical, etc.). For the article to be accepted to the review procedure, the author of the text must work systematically with the relevant sources, explain the research methodology and present a conclusion with regard to the research goal. Because the journal has a specific professional nature, texts are preferred which also contain application aspects where the author explains the relevance of their conclusions in the context of social work.

The review process is reciprocally anonymous and is carried out by two independent reviewers. Student works are subject to single review process. Academic and student works are judged in terms of content and form. If necessary, a work may be returned to the authors for supplementation or rewriting. Based on the assessments of the review process a decision will be made to either accept and publish the article in our journal or to reject it. The Chairman of the Editorial Board will decide in questionable cases. Please send two versions of the article to the editor via e-mail. The first one may contain information which could reveal the identity of the author. The second version should be the complete and final text.

Decision to publish

Authors are informed about the result of the review process within six months from the date of receipt of the text/manuscript.

Manuscript requirements

The text must be written in accordance with applicable language standards.

- I. **Front page** contains a descriptive and brief title of the article in English; the names of all authors, biographical characteristics and also contact afillation of all authors in the footnote.
- II. **Abstract** in English with a maximum of 200 words.
- III. **Keywords** in English.
- IV. **The text of the article** (maximum of 10,000 words).
- V. **List of references**: Authors are requested to pay attention to correct and accurate referencing (see full Notice to Contributors on www.socialniprace.cz).
- VI. **Tables and charts**: tables must not be wider than 14 cm. Font size is to be at least 8 to 10 points. In the charts, please use contrasting colours (mind the journal is black-and-white only).

2. Ethics and other information

Manuscripts are assessed in the review proceedings which comprise 1) the assessment of professional appropriateness by one member of the Editorial Board, and 2) bilaterally anonymous review by two experts from the list of reviewers posted on our website.

The text is assessed exclusively on the basis of its intellectual value, irrespective of the author's race, gender, sexual orientation, religion, ethnic origin, citizenship or political views.

The editors of the journal make every effort to maintain impartiality of the review proceedings not to disclose the identity of the reviewers and other participants in the proceedings. The author whose work was demonstrably proved to contain plagiarisms or forged data shall lose an opportunity of publishing in the Journal.

By sending the article, the authors give their consent to its use in the electronic databases where the Journal is indexed. The Journal is freely available at [HYPERLINK „http://www.socialniprace.cz“](http://www.socialniprace.cz).