

sp

sociální práce sociálna práca

nabízíme spojení teorie s praxí
ponúkame spojenie teórie s praxou



© Lipka, p. o., www.lipka.cz

Terapie v sociální práci?

5

2017

ročník 17

vydává Asociace vzdělavatelů v sociální práci
a Evropský výzkumný institut sociální práce OU

Sociální práce / Sociálna práca

Czech and Slovak Social Work

Recenzovaný odborný časopis

Šéfredaktor / Editor-in-chief:

Libor Musil, Masaryk University, Czech Republic

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

Brian Littlechild, University of Hertfordshire, United Kingdom

Eva Mydlikova, Trnava University in Trnava, Slovakia

Redakční rada / Editorial Board

Balogova Beata, University of Presov, Slovakia

Erath Peter, Catholic University of Eichstätt, Germany

Ewijk Hans Van, University for Humanistic Studies, Nederland

Gojova Alice, University of Ostrava, Czech Republic

Gulczynska Anita, University of Lodz, Poland

Hämäläinen Juha, University of Eastern Finland, Kuopio, Finland

Chytil Oldrich, University of Ostrava, Czech Republic

Jovelin Emmanuel, Catholic University of Lille, France

Kallay Andrej, Trnava University in Trnava, Slovakia

Keller Jan, University of Ostrava, Czech Republic

Klusacek Jan, Evangelical Theological Seminary College, Czech Republic

Kristan Alois, Jabok College, Czech Republic

Matulayova Tatiana, Palacky University, Czech Republic

Mills Karen, University of Hertfordshire, United Kingdom

Metteri Anna, University of Tampere, Finland

Novosad Libor, Palacky University, Czech Republic

Payne Malcolm, Manchester Metropolitan University, United Kingdom

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

Rusnakova Marketa, Catholic University in Ruzomberok, Slovakia

Schavel Milan, St Elizabeth University in Bratislava, Slovakia

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 30. září 2017 / This issue was published on 30th September 2017

Editor čísla / Issue Editor:

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 OU, Fr. Šrámka 3, Ostrava

Korektura / Proofreading: Vilem Kmunicek

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

Titulní fotografie / Title: Lipka – školské zařízení pro environmentální vzdělávání Brno, p. o.

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

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

Editorial

Editorial	3
-----------------	---

Stati

Eva Mydlíková: Vybrané modely rodinnej terapie v kontexte posudzovania sociálneho rizika rodiny	5
Alena Rusnáková: Muzikoterapia v sociálnej práci na Slovensku	17
Kateřina Glumbíková, Barbora Ğrundělová, Ivana Kaniová, Anna Krausová, Kateřina Lukešová, Zuzana Stanková, Marie Špiláčková: Sociální práce a terapie v azylových domech	36
Katarína Šiňanská, Agnesa Kočišová: Starostlivosť o seba v sociálnej práci ako inšpirácia pre vznikajúcu oblasť onkologickej sociálnej práce	52
Lucia Tóthová, Eva Žiaková: Neefektívne formy zvládania záťaže onkologicky chorých pacientov a pacientok	69
Tatiana Žiaková, Lenka Lukáčová: Syndróm vyhorenia u sociálnych pracovníkov v zariadení sociálnych služieb s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením na Slovensku	83
Milada Martinková, Eva Biedermanová: Šetření problematiky zadluřování a exekucí v České republice se zaměřením na osoby seniorského věku	98
Michaela Skyba: Moc v sociálnej praxi z pohľadu študentiek sociálnej práce	108

Recenze

Kolektiv autorů: Kniha pro rodiče. Péče o dítě do 6 let.	125
---	-----

Online prakticko-publicistická část časopisu	128
--	-----

Naše poslání a cíle	129
---------------------------	-----

Zaměření příštího čísla	130
-------------------------------	-----

Editorial

Editorial	3
-----------------	---

Papers

Eva Mydlikova: Selected Models of Family Therapy in the Context of Assessing Social Risk Families.....	5
Alena Rusnakova: Music Therapy in Slovak Social Work	17
Katerina Glumbikova, Barbora Grundelova, Ivana Kaniova, Anna Krausova, Katerina Lukesova, Zuzana Stankova, Marie Spilackova: Social Work and Therapy in Shelters	36
Katarina Sinanska, Agnesa Kocisova: Self-care in Social Work as an Inspiration for Emerging Area of Oncological Social Work	52
Lucia Tothova, Eva Ziakova: Inefficient Forms of Coping with Stress in Cancer Patients	69
Tatiana Ziakova, Lenka Lukacova: Burn-out Syndrome among Social Workers involved in the Long-term Care of People with Mental Disabilities in Slovak Republic	83
Milada Martinkova, Eva Biedermanova: Investigation Concerning Problems of Indebtedness and Execution upon Property in the Czech Republic Focusing on Older People	98
Michaela Skyba: Power in the Social Practice from the Perspective of Social Work Students	108

Book Reviews

Book Reviews	125
--------------------	-----

Online Practical-Journalistic Part of the Journal	128
--	-----

Our Mission	129
--------------------------	-----

Next Issue Focus	130
-------------------------------	-----

Editorial

Vážené čitateľky a čitatelia,

predkladáme vám nové číslo časopisu s tematikou terapií(e) v sociálnej práci. Pred editormi čísel stojí vždy významná úloha spočívajúca vo výzve k odbornej verejnosti, aby prijala ponuku do verejnej diskusie. Ako som už prezentovala v anotácii k tomuto vydaniu, už pri samotnom vymedzení témy periodika vznikli dve názorové skupiny (jedna s plnou podporou terapie, iná chápaná ju ako prekonaný konštrukt). Napriek tomu, že došlo k osloveniu všetkých pracovísk v rámci verejných a neverejných škôl na území oboch republík, kde sa odbor sociálna práca študuje, došli iba štyri akademické státy s touto problematikou. Názorové rozdiely sa prejavili aj pri samotnom zaradení príspevkov do tohto čísla. Ako keby sme sa obávali odbornej diskusie, ktorá má dialektickú povahu. Možno sa domnievať, že tieto obavy vychádzajú zo samotnej podstaty vnímania sociálnej práce ako vedy a jej postavenia primárne voči psychológii (respektíve v tomto prípade psychoterapii). Mnohí kritici terapií(e) v sociálnej práci ostávajú len v kuloárnych rovinách, čo je na škodu veci. Určite by explánácia názorových rozdielov prispela ku vyklírovaní určitých teoreticko-metodologických pozícií. Preto editorskú snahu možno označiť len za čiastočnú. Nakoľko pôvodným zámerom bolo: 1. predložiť základné myšlienky súčasných vplyvných a efektívnych (socio)terapeutických smerov s možnosťou komparácie v historickom kontexte; 2. priniesť utriedený inštitucionálny a inštruktívny prehľad dôležitých metód a techník v (socio)-terapii; 3. poukázať na možnosti a výsledky výskumu v (socio)terapii, ktoré by validizovali explorované východiská.

Avšak ak si uvedomíme, že sme na pôde sociálnej práce, potom neúspešnosť intervencií nás neprekvapí. Práve naopak. Pokúšame sa

hľadať vždy nové a nové možnosti. Vnímame to obdobne aj v tomto prípade spolu s autormi a autorkami predkladaných statí. K predmetnej polemike prispela Eva Mydlíková príspevkom *Vybrané modely rodinnej terapie v kontexte posudzovania sociálneho rizika rodiny*, v ktorom analyzovala tri modely rodinnej terapie: Olsonov cirkumplexný model rodinného fungovania, McMasterský model fungovania rodiny a Beaversov systémový model fungovania rodiny. Konkrétnejšiu podobu terapie ponúka Alena Rusnáková zameriavajúc sa na *Muzikoterapiu v sociálnej práci na Slovensku*. Jej cieľom bolo zistiť, ako je prezentovaný vzťah muzikoterapie a sociálnej práce v slovenskej (českej) odbornej literatúre, legislatíve a vzdelávacom systéme. Praktický výkon terapií prezentuje skupina autorov Kateřina Glumbíková, Barbora Gründelová, Ivana Kaniová, Anna Krausová, Kateřina Lukešová, Zuzana Stanková, Marie Špiláčková s tematickým vymedzením *Sociální práce a terapie v azylových domech*. Autorky článku „*chtějí nabídnout vzhled do života v azylových domech z perspektivy jejich obyvatel a obyvatelek. Prostřednictvím parciálních dat získaných v rámci výzkumných šetření zabývajících se zdravím obyvatel azylových domů se snaží odpovědět na to, zda lidé žijící v azylových domech subjektivně pocítují psychické potíže, zda a jakou pomoc v této oblasti očekávají od azylového domu a jak hodnotí pomoc, která se jim aktuálně dostává/nedostává*“.

Vzhľadom na to, že prezentované čísla už nemajú svoje monotematické zameranie, na problematiku nadväzujú autorky Katarína Šiňanská, Agnesa Kočišová konceptom *Starostlivosť o seba v sociálnej práci ako inšpirácie pre vznikajúcu oblasť onkologickej sociálnej práce*. Príspevok upozorňuje na výskyt negatívnych javov v práci sociálnych pracovníkov a vyzdvihuje možnosti prevencie. V onkologickej téme ostávajú aj autorky Lucia Tóthová, Eva Žiaková, ponúkajúc

pohľad na *Neefektívne formy zvládania záťaže onkologicky chorých pacientov a pacientok*. Štúdia poukazuje na možnosti využitia sociálnej práce s touto skupinou klientov a klientok na základe výsledkov autorského výskumu. Nesporným problémom v sociálnej práci je *Syndróm vyhorenia u sociálnych pracovníkov v zariadení sociálnych služieb s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením na Slovensku*, z autorského pera Tatiany Žiakovej, Lenky Lukáčovej. Autorky dospeli k zisteniu, že „sociálni pracovníci, ktorí v rámci výkonu svojej práce prichádzajú denne do kontaktu s vyšším počtom klientov s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach dlhodobej rezidenčnej starostlivosti, sú viac ohrození syndrómom vyhorenia“. Na rizikovosť správania klientov poukazuje Milada Martinková a Eva Biedermanová v podobe *Šetření problematiky zadlužování a exekucí v České republice se zaměřením na osoby seniorského věku vymezujúc, že „zjištění ukazují, že senioři často podceňují brozící rizika při svém zadlužování“*. Číslo

uzatvára akademická stať Michaely Skyba *Moc v sociálnej praxi z pohľadu študentiek sociálnej práce*. Autorka vyzdvihuje fakt, že „v sociálnej praxi sa je dokonca možné stretnúť s eliminujúcim pohľadom na tento fenomén, ktorý môže prispievať ku šíreniu stereotypov a k redukcionistickému pohľadu na sociálnu prácu a jej význam pri pomoci klientom“.

Recenzia knihy kolektívu autorov s názvom *Knihy pro rodiče. Péče o dítě do 6 let*, vydaná v Prahe vo vydavateľstve Lumos a Change v roku 2015 z pera Jany Ženíškové, dotvára celý charakter ponúkaného čísla.

Rezultátom v tomto prípade ostáva aspekt rozmanitosti sociálnej práce, ktorá veľmi aktívne reaguje na lokálne a globálne zmeny (rizikovej) spoločnosti tým, že adekvátne s týmito zmenami formuluje nové ciele a úlohy, rešpektujúc trvalosť a zmenu spojených v zhode s Weberovým svetom inšpirácií, ktorý kladie dôraz na individuálne a osobné iniciatívy, ktoré sú trebárs aj proti normám a proti väčšinovému názoru. Hoci zahraničná teória a prax už nespochybňujú miesto a význam terapie (nielen) v sociálnej práci, vnímajúc ju ako relevantnú a dôležitú súčasť práce s variabilnou klientelou, v podmienkach oboch krajín sú stále zrejme určité „biele miesta“, a to tak v rovine teoretickej, vedecko-výskumnej činnosti, ako aj jej praktickej realizácie, a to aj napriek tomu, že terapiu(e) nemožno považovať za „novinku“ v sociálnej práci.

Beáta Balogová,
editorka čísla

Inzerce



REMEDIUM
PRAHA

VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY

ZÁKLADY PRÁCE S DÍTĚTEM V KRIZI

**v kontextu sociálních služeb
v rozsahu 16 hodin**

Reflexe krizové sociální práce
s dítětem.
Rodina s dítětem jako systém.
Základní vývojové potřeby dítěte.
Rozhovor s dítětem v krizi.
Psychohygienu.
Psychosociální síť.
Praktická cvičení – modelové
rozhovory.

Kurz se koná 11. – 12. ledna 2018.

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



Vybrané modely rodinnej terapie v kontexte posudzovania sociálneho rizika rodiny¹

Selected Models of Family Therapy in the Context of Assessing Social Risk Families

Eva Mydlíková

Doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD.,² je docentkou na Trnavskej univerzite v Trnave, Fakulte zdravotníctva a sociálnej práce, na Katedre sociálnej práce. Odborne sa profiluje najmä do oblasti práce s rodinou v kríze a poradenstva.

Abstrakt

V rokoch 2014–2016 výskumný tím pod vedením autorky príspevku analyzoval tri modely rodinnej terapie: Olsonov cirkumplexný model rodinného fungovania, McMasterský model fungovania rodiny a Beaversov systémový model fungovania rodiny. Cieľom výskumu bolo identifikovať kľúčové indikátory sociálnej dysfunkčnosti rodín používané pracovníkmi sociálnoprávnej ochrany detí sociálnej kurately na Slovensku a porovnať ich s hlavnými ukazovateľmi fungovania rodín podľa vybraných modelov rodinnej terapie. Na základe obsahovej komparatívnej analýzy odborného textu sa spracovala interpretačná mriežka dimenzií rodiny a kľúčových indikátorov rizikovosti rodiny, ktoré jednotliví autori považujú za významné a ktoré signalizujú problémy, poruchy, dysfunkcie v rodine. Modely boli postavené na rôznych indikátoroch, avšak u všetkých troch sa našlo päť spoločných dimenzií: komunikácia, štruktúra rodiny, afekcia, konflikty, uspokojovanie potrieb. Formulácie uvedených dimenzií sa neskôr konfrontovali s výsledkami kvalitatívneho výskumu posudzovania sociálnej rizikovosti rodín pracovníkmi sociálnoprávnej ochrany. Cieľom príspevku je identifikovať indikátory dysfunkčnosti rodiny troch vybraných modelov rodinnej terapie, obsahovou a komparatívnou analýzou z nich abstrahovať spoločné dimenzie a ich indikátory a v diskusii ich polemicky implementovať do praxe posudzovania sociálnej rizikovosti rodín, evidovaných na odboroch sociálnoprávnej ochrany detí.

Kľúčové slová

model, rodinná terapia, fungovanie rodiny, porovnanie

Abstract

During 2014–2016 the research team, led by the author, analyzed three models of family therapy: The Olson circumplex model of family functioning, the family functioning McMasters model and the Beavers model system for functioning families. The goal was to identify the key indicators in social dysfunctional families. Workers used the social protection of children social care example in Slovakia and compared it to the main indicators of family functioning according to selected models of family therapy.

¹ Článok vznikol s podporou projektu VEGA č. 1/0487/2014 pod názvom *Kľúčové koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní rizikovosti rodín v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí*.

² Kontakt: Doc. PhDr. Eva Mydlíková, PhD. Trnavská univerzita v Trnave, Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce, Univerzitné námestie 1, 918 43 Trnava; eva.mydlikova@truni.sk



Based on the content of a comparative analysis of scientific text, an interpretative grid was developed that could show specific families dimensions and key indicators of risk that the authors consider important and that signal problems, disorders and dysfunctions in the family.

The models were based on various indicators, but in all three cases five common dimensions were found: communication, family structure, affection, conflict and calming needs.

The analysis was later compared with the results of qualitative research that assessed social risk families carried out by workers involved in social protection. The aim of the paper is to identify the key indicators of family dysfunction in three selected models of family therapy; content and comparative analyses abstaining from common dimensions and their indicators and in their discussion implementing in practice the assessment of social risks of families registered with the children social protection department.

Keywords

model, family therapy, family functioning, comparison

ÚVOD

Pri formulovaní výskumnej stratégie sa vychádzalo z predpokladu, že rodinná terapia a sociálna práca s rodinou musia mať isté spoločné atribúty, pretože majú spoločný objekt intervencií: dysfunkčnú rodinu.

V sociálnej práci, už od čias, kedy Mary Richmond vydala v roku 1917 dielo *Sociálna diagnóza*, sa za objekt odbornej intervencie považuje „človek v zmysle jeho širšieho ja, jeho vzťahu k okoliu a okolia k nemu a špeciálne jeho závislosti na jeho okolí a sociálnych zariadení“ (in Brnula, 2015). Teda človek v kontexte aj svojej rodiny.

Východiskom pre vznik a rozvoj rodinnej psychoterapie v povojnovom období bol predpoklad, že rodina významným spôsobom ovplyvňuje priebeh a rozvoj psychického ochorenia, ako aj jeho liečbu. Psychoterapeuti predpokladali, že maladaptívne prejavy jedinca sú manifestáciou problematického diania v rodine. Symptóm duševnej poruchy jedinca je teda prejavom patológie rodiny a terapeutický zásah by sa mal koncentrovať na zmenu rovnováhy a interakcie v rodine identifikovaného pacienta.

V sociálnej práci sa od začiatku jej formovania ako vednej disciplíny pracuje s rodinou klienta ako s „cieľovým“ systémom.

V psychoterapii je stále v centre záujmu terapie najmä jedinec a s rodinou sa pracuje len komplementárne. Rodina sa vníma ako niečo, čo môže spôsobiť možné zhoršovanie alebo zlepšovanie stavu pacienta.

Cieľom sociálnej práce s rodinou je pomôcť zvýšiť úroveň kvality života rodiny a tým aj jej jednotlivých členov, ako aj zlepšiť adaptačné schopnosti rodiny vo vzťahu k prostrediu.

Cieľom rodinnej terapie je najmä naučiť rodinu adekvátne reagovať na člena s duševnou poruchou a vyrovnáť sa s jej dôsledkami (Mydlíková, 2015).

Ak by sme sa na to pozerali z perspektívy Abrahama Harolda Maslowova (1943) a jeho pyramídy potrieb, tak sociálna práca najintenzívnejšie intervenuje práve na prvej úrovni (fyziologické potreby), menej intenzívne na druhej (potreba bezpečia a istoty) a ešte menej na tretej úrovni (potreba lásky, prijatia, spolupatričnosti).

Psychoterapia „štartuje“ svoje pôsobenie práve na tejto tretej úrovni, intenzívnejšie pôsobí na úrovni 4 (uznanie a úcta) a najsilnejšie na úrovni 5, teda pri potrebe sebarealizácie. Opäť sa snažíme argumentovať v prospech vzájomného osohu týchto vedných disciplín a ich praktického výkonu.

Naše predchádzajúce úvahy by sme radi opreli aj o orientáciu sociálnej práce viac na „materiálno“ a psychoterapie viac na „duševno“. Toto tvrdenie vyznieva príliš kategoricky a technokraticky, pretože napríklad Mary Richmondová sa organizovaním návštev chudobných doma už v roku



1899 zameriavala aj na „... *intímne a priebežné znalosti o rodine, zdieľanie s rodinou v jej radoostiach, bolestiach, názoroch, pocitoch, pohľade na život, čo možno považovať skôr za orientáciu na mentálne funkcie a schopnosti rodiny*“. O prepojenie mentálnych a fyzických potrieb rodiny sa pokúsil v svojom diele Van der Lan a jeho nasledovníci, systemickí terapeuti (Mydlíková, Brnula, 2015).

Sociálna práca od svojho vzniku má v centre svojho odborného pôsobenia rodinu a vníma ju aj pracuje s ňou ako so systémom. Z tohto tvrdenia pramení naša orientácia na systémový prístup. Rodinná terapia, vychádzajúca z rozvinutej teórie a praxe psychoterapie, disponuje mnohými teoretickými modelmi, ktoré v sociálnej práci absentujú. Z tohto dôvodu sa stala predmetom nášho skúmania možnosť využitia prvkov vybraných troch teoretických modelov funkčnosti rodín rodinnej terapie patriacich do systémového prístupu v sociálnej práci s dysfunkčnou rodinou. Špecificky sme sa zamerali na fázu posudzovania/diagnostikovania rodiny.

VÝSKUMNÝ DIZAJN

Dysfunkčnú rodinu sme v našom výskume vnímali ako rodinu, ktorá zlyháva najmenej v jednej funkcii. Funkcie rodiny sme si definovali v súlade s niektorými autormi, ako napríklad Dunovský (1986), Langmeier a Krejčířová (1998), Sobotková (2001), Levická (2004), Tamášová (2006), Gabura (2012) a Mydlíková (2011). Pod *sociálnou rizikovosťou rodiny* sme pre účely tohto výskumu rozumeli výskyt takých fenoménov v rodine, ktoré by ju potenciálne mohli viesť do sociálne krízovej situácie. V našom prípade ide o rodiny evidované na úradoch práce, sociálnych vecí a rodiny na odboroch sociálnoprávnej ochrany, ktoré si vyžadujú špecifický prístup sociálnych pracovníkov prevažne z dôvodov zlyhávania v jednej alebo viacerých funkciách. Intenzita aj rozsah „poškodenia“ funkcií rodiny je predmetom posudzovacieho procesu sociálnych pracovníkov. Miera devastácie určitej funkcie rodiny určuje aj jej dysfunkciu, resp. úplnú nefunkčnosť/afunkciu.

Celkovým cieľom výskumu bolo identifikovať mieru zhody a odlišnosti v súvislosti s posudzovaním sociálnej rizikivosti rodín vzhľadom na práva a najlepší záujem dieťaťa. Celkový cieľ bol rozpracovaný do troch parciálnych cieľov. Prvým **parciálnym cieľom**, ktorého sa tento príspevok týka, bolo identifikovať a popísať kľúčové koncepty práce s rodinou vo vybraných modeloch fungovania rodín rodinnej terapie v rámci systémových teórií.

Na základe množstva odbornej, prevažne cudzojazyčnej literatúry sme vypracovali **metaanalýzu troch vybraných modelov rodinnej terapie**: Olsonov cirkumplexný model rodinného fungovania (Epstein, Bishop et al., 1993), McMasterský model fungovania rodiny (Walsh, 2016) a Beaversov systémový model fungovania rodiny (Beavers, 1977, 1981, 1982, 1985). Obsahová analýza odborného textu nám z každého modelu vyabstrahovala niekoľko dimenzií, ktoré jednotliví autori považovali za kľúčové, rozhodujúce pre fungovanie rodiny. Tieto kľúčové indikátory jednotlivých teoretických modelov sme usporiadali do jednej **interpretačnej mriežky** tak, aby sme tak zistili možný „prekrýv“, duplicitu, opakovanie sa niektorých indikátorov. Predpokladali sme, že ak sa daný indikátor bude vyskytovať u viacerých autorov/modelov, bude mať pravdepodobne väčšiu silu než ten indikátor, ktorý sa objaví len v jednom z modelov. Takto sme vypracovali komparatívnu analýzu, ktorej výsledky uvádzame nižšie. K výberu práve týchto troch modelov nás viedlo naše psychodynamické vzdelanie a poradenská prax. Základom práce dynamického prístupu je precízne vypracovaná diagnostika. Všetky tri analyzované teoretické koncepcie patria medzi tzv. „diagnostické modely rodinnej terapie“ (Vybíral, Roubal, 2010). Toto psychoterapeutické zázemie ovplyvňovalo aj našu ďalšiu prax v práci so sociálne dysfunkčnými rodinami, kedy sme mali potrebu, návyk pri intervenciách vychádzať z dôkladnej analýzy, diagnostiky, posúdenia rodiny.

VÝSLEDKY OBSAHOVEJ ANALÝZY VYBRANÝCH MODELOV

V nasledujúcom texte si dovoľíme predložiť stručnú deskripciu a vlastnú interpretáciu výsledkov obsahovej analýzy preštudovaných odborných textov uvedených troch modelov.



Olsonov circumplexný model rodinného systému (Circumplex Model of Marital and Family Systems)

Autor Olson (Hampson, Beavers, Hanks, 1995) skonštruoval tento model tak, že sa špecificky koncentruje na „vzťahovú diagnózu“. Zameriava sa na systém, v ktorom integruje tri dimenzie, opakovane sa vyskytujúce v rôznych teóriách, modeloch, terapeutických prístupoch (autor uvádza ako výsledok konceptuálnej clustrovej analýzy sledovaných 50 konceptov) a ktoré považuje za vysoko relevantné: (a) rodinná kohézia, (b) flexibilita rodiny a (c) komunikácia v rodine.

(a) Rodinná, resp. maritalná kohézia je definovaná ako emocionálne prepojenie (bonding) medzi členmi rodiny. Ide o niečo, čo možno nazvať aj emocionálne putá, hranice, koalície, čas, priestor, priatelia, rozhodovanie, záujmy a „rekreácia“, voľný čas rodiny, manželov.

Z hľadiska úrovne sa rozlišujú 4 úrovne kohézie v rozpätí od 1. rozvoľnenej (disengaged, veľmi nízka) cez 2. separovanú (separated, mierne nízka) a cez 3. prepojenú (connected, mierne vyššia) až po 4. prepletenú (enmeshed, veľmi vysoká). Separovaná a prepojená úroveň sa považujú za vyrovnané a prispievajú k optimálnemu rodinnému fungovaniu. Členovia rodiny tu dokážu balansovať medzi nezávislosťou a prílišným prepojením v rodine. V kohézii vyrovnané rodinné a párové systémy majú tendenciu lepšie fungovať v rámci všetkých rodinných cyklov. Čas „bez seba“ je dôležitý, ale existuje aj „čas spolu“, nejaké spoločné rozhodovanie a manželská podpora. Prepojené vzťahy majú väčšiu emocionálnu blízkosť a lojalitu. *Čas trávený spolu* je dôležitejší ako *čas pre seba*. Vysoká kohézia znamená príliš veľký súhlas medzi členmi, v rámci rodiny a príliš málo nezávislosti. Opačný extrém znamená, že členovia rodiny robia svoje vlastné veci a sú príliš málo prepojení na rodinu a nevnímajú vzájomné záväzky. Obecne páry a rodiny s veľmi vysokou alebo veľmi nízkou úrovňou kohézie majú tendenciu byť problémové v priebehu svojich životných cyklov. Pri nízkej úrovni sú členovia páru a rodiny príliš separovaní a nezávislí a majú problém s podporou ostatných členov rodiny a riešením problémov rodiny. Naopak, pri príliš vysokej sa vyžaduje blízkosť a lojalita a dovolený je len veľmi úzky priestor pre svoju vlastnú nezávislosť a osobný priestor.

(b) Dimenzia rodinná, maritalná flexibilita je definovaná ako množstvo zmeny vo vedení – leadership, kontrola a disciplína, štýly vyjednávania, rolové vzťahy a vzťahové pravidlá. Flexibilita odráža skutočnosť, ako sa rodinný a párový systém vyrovnáva so stabilitou a zmenou.

Úrovne flexibility sa stupňujú od 1. rigidnej, príliš nízkej, cez 2. štruktúrovanú, mierne nízku, k 3. flexibilnej, mierne vyššej až ku 4. chaotickej, veľmi vysokej. Podobne ako pri kohézii, aj pri flexibilitate sa predpokladá, že za priemernú, primeranú úroveň sa považuje štruktúrovaná a flexibilná, pretože tieto najviac prispievajú k dobrému maritalnému a rodinnému fungovaniu. Extrémy, rigidná a chaotická flexibilita, sa v priebehu životných cyklov prejavajú ako problematické. Flexibilita sa zacielfuje na zmenu vo vodcovstve v rodine, v jednotlivých rolách a pravidlách. Páry a rodiny potrebujú stabilitu, ale aj zmenu a schopnosť zmeny, keď je to vhodné a potrebné, odlišuje funkčné páry a rodiny od dysfunkčných.

Vo flexibilitate vyrovnané páry a rodiny (mierne štruktúrované a flexibilné) majú tendenciu byť lepšie fungujúce v priebehu života rodiny. Štruktúrované vzťahy majú tendenciu mať skôr demokratické vedenie a pri vyjednávaní zapájať aj deti. Role sú skôr stabilné a trošku sa aj zdieľajú. Sú pravidlá, ktoré sa nemenia, ale aj také, ktoré sa môžu trochu meniť. Flexibilné vzťahy sú charakterizované egalitárnym vedením a demokratickým prístupom k rozhodovaniu. Vyjednávania sú otvorené a deti sú aktívne zapájané, roly sú zdieľané a môžu sa plynulo meniť, ak je to potrebné. Pravidlá sa môžu meniť a sú primerané veku.

Nevyrovnané manželstvá a rodiny majú tendenciu byť rigidné alebo chaotické. Rigidné vzťahy sú vtedy, keď je jediniec v svojich kompetenciách, v tom, čo má na starosti, veľmi kontrolovaný. Vyjednávania sú obmedzené a väčšinu rozhodnutí robí vodca. Role sú striktné definované a pravidlá sa nemenia. Chaotické vzťahy naopak sú charakteristické chýbajúcim vodcovstvom.



Rozhodnutia rodiny sú impulzívne a nepremyslené. Roly sú nejasné a často prechádzajú od jedného k druhému.

(c) Dimenzia rodinná, maritalná komunikácia je chápaná ako facilitatívna dimenzia, pre facilitovanie pohybov, zmien na ostatných dvoch dimenziách. Ako facilitatívna dimenzia nie je graficky zahrnutá do modelu spolu s kohéziou a flexibilitou. Párová a rodinná komunikácia je „meraná“ pomocou zamerania sa na rodinu ako skupinu. Sledujú sa tu teda: zručnosti počúvania (empatia a aktívne počúvanie), hovorenia (za seba a nie za druhých), sebaodhadenia (zdieľanie pocitov týkajúcich sa seba a vzťahov), jasnosť komunikácie, kontinuita „sledovania“ (tracking, je o držaní témy). Vyrovnané systémy majú tendenciu mať dobrú komunikáciu, nevyrovnané naopak nevhodnú a chudobnú komunikáciu.

MCMASTERSKÝ MODEL FUNGOVANIA RODINY (MMFF)

Model vznikol v tridsiatych rokoch 20. storočia ako výsledok práce Epsteina a jeho tímu na McMasterské univerzite. Tento model rodinu vníma ako systém interakcií jednotlivcov, do ktorého vstupuje množstvo ďalších systémov (napríklad kultúrne, sociálne, politické, ekonomické, biologické, ...). Podľa neho zdravá rodina nie je rodina perfektná, ale dokáže produktívne narábať s problémami.

McMasterský prístup k rodine je komplexný model hodnotenia rodiny a liečby, zložený z 5 hlavných častí: teoretického vymedzenia, troch nástrojov hodnotenia, modelu liečby a výskumu jeho klinického využitia. Vychádza zo systémového prístupu, čo sa odrazilo vo formulácii 5 základných postulátov tohto modelu:

- Všetky časti rodiny sú vzájomne prepojené.
- Časť rodiny nemožno chápať izolovane od zvyšku rodinného systému.
- Fungovanie rodiny nemožno plne chápať jednoduchým pochopením jednotlivých členov rodiny alebo jej subsystémov (subskupín).
- Štruktúra rodiny a jej organizácia sú dôležitými faktormi, ktoré výrazne ovplyvňujú a určujú správanie členov rodiny.
- Transakčné vzory rodinného systému výrazne formujú správanie členov rodiny.

McMasterský model nezahŕňa všetky aspekty fungovania rodiny, ale identifikuje 6 kľúčových dimenzií rodinného života, ktoré sa môžu prejaviť ako klinické: (a) riešenie problémov, (b) komunikácia, (c) role, (d) afektívna/emocná reaktivita, (e) afektívne/emocné zapojenie a (f) kontrola správania.

(a) Riešenie problémov sa vzťahuje k schopnosti riešiť vývojové aj krízové problémy rodiny na úrovni, pri ktorej je zachované efektívne fungovanie rodiny. Problém rodiny je vnímaný ako situácia, kde rodina má problém nájsť riešenie a prítomnosť tohto problému ohrozuje integritu a funkčnosť rodiny. Problémy sú koncepčne rozdelené na inštrumentálne a afektívne. Inštrumentálne problémy sa týkajú technických problémov každodenného života (napr. hospodárenie s peniazmi). Afektívne problémy sú spojené s pocitmi a emocionálnymi zážitkami (hnev, depresia). Rodiny, ktoré nie sú schopné riešiť inštrumentálne problémy, veľmi výnimočne dokážu efektívne riešiť afektívne problémy. Fungujúca rodina má málo nevyriešených problémov a systematicky sa zaoberá novovznikajúcimi problémami. Dobré fungujúca rodina je citlivá k potrebám svojich členov a prispôsobuje sa im v priebehu životného cyklu rodiny.

(b) Komunikáciu McMasterský prístup definuje ako výmenu informácií v rámci rodiny. Dôraz kladie na verbálnu komunikáciu. Neverbálne aspekty rodinnej komunikácie považuje za dôležité, ale neobjektívne závislé od výkladu pozorovateľa a metodiky jeho pozorovania ako aj od kultúrnych, jazykových a sociálnych prostredí komunikujúceho a tiež jeho pozorovateľa. Komunikácia je



tiež rozdelená na inštrumentálnu (súvisí s dôležitými činnosťami v bežnom živote) a afektívnu (vyjadrovanie citov) oblasť. Rovnako ako pri riešení problémov môže dôjsť k prekryvaniu medzi dvoma oblasťami. Niektoré rodiny vykazujú výrazné problémy s afektívnou komunikáciou a zároveň fungujú veľmi dobre v inštrumentálnej komunikácii.

Rozhodujúcimi aspektami komunikácie sú jasnosť, priamosť a množstvo komunikačných signálov a tiež dostupnosť a otvorenosť príjemcov komunikácie. Komunikácia je hodnotená prostredníctvom dvoch ukazovateľov – jasnosť versus maskovanosť (vzťahujúce sa k čitateľnosti obsahu) a priamosť versus nepriamosť (vzťahujúce sa k čitateľnosti adresáta vysielanej informácie). Z toho vyplývajú štyri štýly komunikácie: jasná a priama; jasná a nepriama; maskovaná a priama; maskovaná a nepriama. Vo fungujúcich rodinách je komunikácia jasná a priama a v dysfunkčných je nepriama a maskovaná.

(c) Role model vníma prostredníctvom opakujúcich sa vzorcov správania, ktorými jednotliví členovia rodiny plnia funkcie rodiny, čím sa zároveň plnia všetky základné funkcie. Rodinné funkcie model delí na: inštrumentálne a afektívne; ďalej na nevyhnutné (potrebné ku každodennému prežitiu rodiny, ako napríklad zaistenie zdrojov obživy, opatrovanie a podpora, sexuálne uspokojenie rodičov, osobnostný rozvoj, podpora a riadenie rodinného systému) a ostatné rodinné funkcie, ktoré zvyšujú variabilitu každodenného života rodiny.

Integrálnymi súčasťami fungovania rolí sú: rozdelenie rolí a zodpovednosť za plnenie rolí. Rozdelenie rolí odrážajú vzorce rodiny pri rozdeľovaní rolí, odpovedajú na to, či je rozdelenie vhodné, primerané, či zahŕňa diskusiu, alebo je dané direktívne. Odpovedá na otázky: Má člen rodiny, ktorému bola rola pridelená, dostatočné zručnosti a silu ich vykonávať? Je toto rozdelenie jasné a jednoznačné? Sú úlohy distribuované spravodlivo a k spokojnosti členov rodiny?

Zodpovednosť za plnenie rolí sa zaoberá spôsobmi, ako rodina zabezpečuje plnenie funkcií, pocitom zodpovednosti jednotlivých členov rodiny za ich plnenie, hodnotenie, korekcie.

(d) Emocionálna reaktivita je definovaná ako schopnosť rodiny reagovať na celý rad podnetov v zodpovedajúcej kvalite a množstve pocitov. Reakcie rodiny na emocionálne podnety a stimuly sú posudzované s ohľadom na ich primeranosť, kvalitu, kvantitu. Kvalitatívne sa model zaoberá dvoma otázkami:

- Reagujú rodinní príslušníci celým spektrom pocitov zažitých v ľudskom citovom živote?
- Sú emočné zážitky v súlade s podnetmi a situačným kontextom?

Model rozlišuje dve kategórie emócií: a) pozitívne/blahobytné/welfare emócie (teplo, láska, radosť, šťastie, neha, ...) a b) núdzové (emergency) emócie (depresia, strach, hnev, smútok, sklamanie, ...). Kvantitatívny aspekt sa zameriava na stupeň reakcie a je posudzovaný na kontínuu od žiadnej cez primeranú alebo očakávanú až po nadmernú reaktivitu. Pre efektívny emočný život rodiny je potrebné nájdenie celého radu emocionálnych zážitkov, ktoré sú v primeranej kvalite a kvantite reakcií.

(e) Emocionálne zapojenie je definované, akým spôsobom a akou mierou rodina prejavuje záujem o aktivity a záujmy členov rodiny, akým spôsobom sa zaochádza s oceňovaním. Súvisí so stupňom a kvalitou záujmu medzi členmi rodiny.

MMFF rozlišuje niekoľko typov emocionálneho zapojenia:

- nedostatok zapojenia (členovia rodiny často bývajú cudzí a nespokojní);
- záujem sa netýka pocitov (záujem o členov vzniká z povinnosti, zvedavosti alebo kontroly);
- narcistické zapojenie (jeden člen rodiny sa zaujíma o druhých hlavne preto, aby si zvýšil pocit vlastnej hodnoty);
- empatické zapojenie (založené na skutočnom porozumení druhého, reaktivita vychádza z potrieb druhého);



- nadmerné zapojenie (nadmerne dotieravé/neodbytné alebo hyperprotektívne správanie členov rodiny k sebe navzájom);
- symbiotické zapojenie (svojou intenzitou narušujú hranice jednotlivých členov rodiny; objavuje sa len vo vážne narušených vzťahoch).

V ideálnom prípade rodina uspokojuje potreby všetkých členov dovtedy, pokiaľ nedosiahnu stupeň vývoja, na ktorom si niektorí členovia rodiny uspokojujú svoju emocionálnu potrebu mimo pôvodnú rodinu (napr. obdobie dospievania).

(f) Dimenzia **kontrola správania** je definovaná ako vzorce správania, ktoré rodina využíva v situáciách, ktoré možno označiť ako:

- fyzicky nebezpečné situácie (rodina musí sledovať a kontrolovať správanie svojich členov, napr. deti: hrá si so zápalkami, behá po ceste; dospelý: bezohľadná jazda, nadmerné pitie, samovražedné myšlienky);
- situácie uspokojovania psychobiologických potrieb (bežné situácie, ktoré zahŕňajú napĺňanie základných biologických a psychických potrieb – jedlo, pitie, spánok, vylučovanie, sex, agresia, ...);
- situácie sociálneho správania (obsahujúce socializáciu a interpersonálne správanie, a to tak medzi rodinnými príslušníkmi navzájom, ako aj ľuďmi mimo rodiny).

Rodiny vytvárajú svoje vlastné normy prijateľného správania, rovnako ako aj ich stupeň a rozsah, ktorý budú považovať za svoj štandard. Povaha týchto noriem a rozsah správania – považovaný za prijateľné správanie – určuje mieru kontroly správania v rodine.

Model hovorí o štyroch základných štýloch kontroly správania:

- rigidný (s vysokou mierou predvídateľnosti, ale nie je veľmi konštruktívny ani adaptabilný);
- flexibilný (predvídateľný, konštruktívny a dostatočne adaptívny pri zmene okolností);
- nezasahujúci, liberálny (pomerne predvídateľný, ale nie veľmi konštruktívny, s nízkou mierou kontroly impulzov a sebadisciplíny);
- chaotický (ťažko predvídateľný, málo konštruktívny, prepínajúci od rigidity k flexibilitě a nezasahovaniu, charakteristický nestabilitou a nedôslednosťou).

Okrem šiestich hlavných dimenzií fungovania rodiny McMasterský model rozpoznáva **dysfunkčné transakčné vzorce**. Tieto sa vzťahujú ku charakteristickým alebo spoločným interakciám medzi členmi rodiny, ktoré sú spojené s poruchou fungovania v jednej alebo viacerých dimenziách fungovania rodiny popísaných MMFF. Všeobecne platí, že tieto nefunkčné transakčné vzory slúžia k zníženiu úzkosti v rodine ako celku alebo niektorej podmnožiny rodinných príslušníkov, na úkor celkovej funkčnosti rodiny. Vzťah medzi transakčnými vzorcami a ostatnými dimenziami McMasterského modelu je zložitá. Nefunkčné transakčné vzorce nie sú nevyhnutne primárnou príčinou rodinných dysfunkcií, avšak zmeny v dysfunkčných transakčných vzorcoch takmer vždy spôsobia zlepšenie fungovania rodiny. Niektoré dysfunkčné transakčné vzorce môžu byť spojené s problémami najmä v jednej dimenzii, iné nefunkčné transakčné vzorce môžu spôsobiť ťažkosti vo viacerých dimenziách. Podobne, niektoré transakčné vzorce môžu byť nefunkčné pre jednu rodinu a vysoko adaptívne pre inú.

Model si zakladá na tom, že jeho dimenzie sú empiricky merateľné a overované. Vytvorili sa teda 3 posudzovacie nástroje:

- Family Assessment Device (FAD) – seba posudzovací dotazník rodiny;
- McMaster Clinical Rating Scale (MCRS) pre školeného hodnotiteľa, ktorý vedie rozhovor s rodinou;
- McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) – štruktúrovaný rozhovor o fungovaní rodiny s pracovníkom, ktorý má rodinu v starostlivosti.



BEAVERSOV SYSTÉMOVÝ MODEL RODINNÉHO FUNGOVANIA

Rodinné kompetencie a rodinný štýl sú dve hlavné dimenzie Beaversovho systémového modelu rodinného fungovania.

(a) Dimenzia kompetencie sa pohybuje v rozsahu od optimálnych cez stredové a hraničné až ku vážne dysfunkčným.

(b) Druhou dimenziou je štýl, ktorý sa tiež pohybuje v rozsahu od centripetálneho (dostredivého) štýlu až ku centrifugálnemu (odstredivému).

Keď sa tieto dve dimenzie (kompetencie a štýl) kombinujú, schematicky vzniká 9 znakov rodinných zoskupení, z ktorých tri sú relatívne funkčné a šesť z nich môže byť potenciálne dosť problematických, až vyžadujúcich klinické intervencie. Beaversov systémový model ponúka medziodborové perspektívy fungovania rodiny a je koncipovaný v poli medzi dvoma osami: kompetenciami a štýlom rodiny.

(a) Kompetencia rodiny je konceptualizovaná ako jedna dimenzia, nachádzajúca sa na horizontálnej osi, a na vertikálnej osi je nanesená druhá dimenzia rodinný štýl (Beavers, 1977, 1981, 1982, 1985, 1989; Hampson, Beavers, Hulgus, 1989). Vytvára sa tak deväť rodinných zoskupení: 1. optimálne rodiny, 2. adekvátne rodiny, 3.–4.–5. stredové rodiny, 6.–7. hraničné rodiny, 8.–9. ťažko dysfunkčné rodiny. Stav kompetencií rodiny a ich štýl sa môže merať pomocou Beaversovej interakčnej škály štýlu a Beaversovej interakčnej škály kompetencií. Model sa ukazuje byť využiteľný vo vzdelávaní, výskume a klinickej praxi. Pri hodnotení rodinných kompetencií vychádza model z hodnotenia nasledovných indikátorov:

- štruktúra rodiny (kde posudzuje zjavnú moc, rodinné koalície, blízkosť členov),
- mytológia rodiny (od kongruentnej po inkongruentnú, od súhlasnej po nesúhlasnú),
- na cieľ zameranej negociácie (od efektívnej po nevykonnú),
- autonómie (jasnosť vyjadrenia, zodpovednosti a permeabilita),
- rodinného afektu (rozsah prežívania, nálada a tón, neriešiteľný konflikt a empatia),
- globálna patológia (od patologického k zdravému).

(b) Vertikálna os – štýl rodiny – sa vzťahuje ku kvalite štýlu rodinných interakcií. Zdravé fungovanie rodiny podľa modelu nemá charakter jednosmerného priameho kontinua, býva skôr nepriamočiary, smerujúci k rôznym prvkom rodiny a v rozsahu od centripetálneho (dostredivého) k centrifugálnemu (odstredivému). Centripetálne rodiny preukazujú viac uspokojivých vzťahov prichádzajúcich z rodiny než od okolitého sveta. Naopak, centrifugálne rodiny hľadajú miesto pre svoje uspokojenie vonku, mimo svoju rodinu. Čím sa rodina stáva kompetentnejšou, tým sa nadmerné centripetálne alebo centrifugálne štýly znižujú. Kompetentné rodiny sa menia a adaptujú rôznymi cestami, aby tak boli naplnené individuálne potreby členov rodiny. Napríklad rodina s malými deťmi je prirodzene viac centripetálna. Ako rodina dozrieva a jej deti dosiahnu vek adolescence, stáva sa rodina viac centrifugálnou a optimálne prispôsobivou. Rodinné štýly sa prejavujú v nasledovných 8 indikátoroch:

- uspokojovanie potrieb závislosti (od ignorácie potreby až po bdelé vnímanie potreby),
- manažovanie konfliktu (od otvoreného až po skrývanie/utulávanie),
- využívanie priestoru medzi členmi (od väčšieho priestoru medzi členmi až po veľkú blízkosť),
- dojem rodiny na ľudí mimo rodiny (od snahy urobiť dobrý dojem až po ľahostajnosť voči tomu, čo si iní myslia),
- uznávanie blízkosti (zdôrazňovanie blízkosti až po odmietanie blízkosti),
- manažovanie asertivity (od odradenia od asertívnych prejavov až po podporu asertivity),
- vyjadrenie pozitívnych a negatívnych pocitov (od najmä pozitívnych až po najmä negatívne),
- globálny štýl (od centripetálneho až po centrifugálne).



Komparácia vybraných modelov

Na základe obsahovej analýzy dimenzií rodiny podľa vybraných troch modelov sme formulovali tie kľúčové indikátory rizikovosti rodiny, ktoré jednotliví autori považujú za významné a ktoré signalizujú problémy, poruchy, dysfunkcie v rodine. U všetkých troch sledovaných modelov sme našli 5 spoločných dimenzií: komunikácia, štruktúra rodiny, afekcia, konflikty, uspokojovanie potrieb. Kvôli lepšej zrozumiteľnosti prezentujeme spoločné dimenzie v nasledujúcej tabuľke:

Tabuľka 1: *Stručný prehľad spoločných dimenzií a ich indikátorov troch vybraných modelov*

	Dimenzia	Indikátor
Olson	Komunikácia	Sledovanie témy (držanie sa ústrednej témy).
		Jasnosť komunikácie – jasné vyjadrovanie.
		Udržanie pozornosti.
		Rešpekt (vzťahové a afektívne aspekty komunikácie, riešenie problémov).
		Zručnosť počúvať (pozornosť sa zameriava na empatiu, aktívne počúvanie).
		Zručnosť hovoriť (za seba, nie za iných).
		Sebaodhalenie (zdieľanie pocitov, týkajúcich sa seba a vzťahov).
	Štruktúra rodiny	Role (kto aké zastáva a ako ich plní, či sú rigidné, alebo pružné).
		Kontrola a disciplína (od rigidnej po chaotickú).
		Vzťahové pravidlá (či existujú, aké sú, či sú otvorené pre vyjednávanie).
		Vedenie – vodcovstvo (kto vedie, delba vedenia a možnosť vyjednávať).
		Vonkajšie hranice – medzi členmi rodiny a členmi rodiny a vonkajším svetom.
		Koalície v rámci rodiny.
		Rigidnosť vs. pružnosť štruktúry.
	Afekcia	Vzťah rodič–dieťa – rešpekt.
		Vnútorne hranice medzi členmi rodiny – osobný priestor (od zovretého až po žiadny).
		Emocionálne putá, väzba medzi členmi, od separácie po súdržnosť,
		Emocionálna ne/závislosť.
		Zdieľanie pocitov týkajúcich sa seba a vzťahov.
	Konflikty	Kontrola a disciplína.
		Štýly vyjednávania.
		Rešpekt.
		Boj v rodine.
	Uspokojovanie potrieb	Vnútorne hranice – čas pre seba a svoje záujmy.
		Vonkajšie hranice – priatelia, záujmy, voľný čas, aktivity.
		Sloboda/závislosť v rozhodovaní o sebe, svojich potrebách a záujmoch.



McMasters	Komunikácia	Komunikácia – výmena informácií medzi členmi rodiny.
		Schopnosť rodiny riešiť problémy na úrovni, ktorá nenaruša efektívne fungovanie.
		Role, implicitné alebo explicitné priradenie úloh, spôsob realizácie.
		Kontrola správania: striktná, flexibilná, voľná až chaotická.
	Štruktúra rodiny	Role – definované základnými rodinnými funkciami.
	Afekcia	Afektívne zapojenie – stupeň miery prezentácie záujmu a aktivity členov rodiny.
		Afektívna primeranosť – schopnosť reagovať na širokú škálu podnetov v zodpovednej kvantite pocitov príjemných pocitov.
		Riešenie problémov – afektívne problémy deštruktívne – hnev, depresie.
		Inštrumentálna a afektívna schopnosť komunikovať, reagovať v súlade s citmi.
	Konflikty	Schopnosť rodiny riešiť problémy na úrovni, ktorá nenaruša efektívne fungovanie.
		Kontrola správania, ne/efektívne spôsoby, spejúc k významným konfliktom.
Beavers	Komunikácia	Spôsob udržiavania štandardného správania v prípade ohrozenia naplnenia bio-psycho-sociálnych potrieb.
		Riešenie problémov – inštrumentálne a emocionálne.
		Rodové role (zdroje, podpora a starostlivosť, osobnostný rozvoj). Manažment rodinného systému, sexuálne potreby.
	Uspokojenie potrieb	
	Štruktúra rodiny	Negociácia zameraná na cieľ (od efektívnej po neefektívnu).
		Mytológia (ne/kongruentná, ne/súhlasná).
		Manažovanie asertivity – od podpory po jej potlačenie.
	Afekcia	Zjavná moc v rodine (od chaotickej po rovnostársku), koalície v rodine, blízkosť členov.
		Autonómia, sebaujadrenie, pravidelná/zriedkavá zodpovednosť, otvorená/nepriepustná permeabilita.
		Rodinný afekt – rozsah citov a prejavov, nálada v rodine, schopnosť empatie.
	Konflikty	Blízkosť od uznávania až po odmietanie.
		Využitie priestoru medzi členmi rodiny.
		Manažovanie konfliktov – od otvoreného po ututľávanie.
	Uspokojenie potrieb	Negociácia zameraná na cieľ.
		Manažovanie asertivity – od podpory po jej potlačenie.
		Od ignorácie až po výrazné vnímanie potrieb členov rodiny.
		Autonómia, jasnosť sebaujadrenie, pravidelná /zriedkavá zodpovednosť, otvorená/nepriepustná permeabilita.

ZÁVERY KOMPARÁCIE A DISKUSIA

Komunikáciu v rodine vnímajú modely rôzne. Olsonov model si všima skôr všeobecnejšie atribúty efektívnej komunikácie, akými sú napríklad jasnosť, sledovanie témy, aktívne počúvanie, vzájomný rešpekt aktérov komunikácie a schopnosť zdieľania prežívania. V McMasterskom modeli sa sleduje skôr schopnosť komunikovať počas konfliktu, schopnosť komunikovať o problémoch, role a odraz prejavu kontroly a moci, čomu sa mierne približuje aj Beaversov model, ktorý v komunikácii sleduje skôr spôsob vyjednávania a prejavy agresie. Olsonov model si všima bežnú komunikáciu, v ďalších dvoch ide o zameranie sa na komunikáciu počas konfliktu. Komunikácia je určite jedným z najdôležitejších sledovaných indikátorov fungovania rodiny. Tak bežná komunikácia, ako aj tá, ktorá prebieha medzi členmi rodiny počas vyostrenia nejakého konfliktu.



Štruktúra rodiny je vo všetkých troch modeloch koncentrovaná na sledovanie rolí v rodine, a to v súvislosti s ich ne/pružnosťou, ne/delegovaním moci, vodcovstvom, udeľovaním, resp. odobraním moci v rodine, s čím súvisí aj prijatie alebo odmietanie pravidiel v rodine, a definovaním hraníc jednotlivých členov rodiny, ako aj rodiny ako celku. V modeloch sa sleduje aj tvorba a účel koalícií niektorých členov rodiny, teda aké role sú v rodine, ako sa vykonávajú, kto a ako ich kontroluje, či sa môžu slobodne členovia vyjadrovať, či majú vymedzené hranice, či je v rodine priestor pre sebayjadrenie členov.

V prežívaní sa u všetkých troch modelov sleduje možnosť využitia osobného priestoru alebo jeho zovretosť/uvoľnenosť, schopnosť a možnosť zdieľať svoje prežívanie s ostatnými členmi rodiny a najmä primeranosť efektívnych reakcií. Výskyt deštruktívnych emócií a spôsob narábania s nimi a všeobecná schopnosť prežívať emócie a schopnosť ich odkomunikovať s ostatnými členmi rodiny tak, aby im rozumeli.

Konflikty a ich riešenie sú fenomén, na ktorý sa pozerá prostredníctvom štýlov vyjednávania, vydobytím si rešpektu, spôsobom boja v rodine, schopnosti rodiny vôbec vidieť konflikt a komunikovať o ňom a manažovať ho, najmä prostredníctvom asertívnych postupov, a schopnosť vyjednávať v intenciách rôznych stratégií.

Poslednou spoločnou kategóriou, ktorú sme pracovne (a nie asi celkom adekvátne) nazvali, je **uspokojovanie potrieb**. Pre Olsonov model je najdôležitejšie sledovať to, ako rodina umožní členovi mať priestor pre seba, svoje záujmy, priateľov, aktivity. Tiež, nakoľko môže byť člen rodiny slobodný v rozhodovaní o sebe, svojich potrebách a realizovaní svojich záujmov. Podľa McMasters ide o spôsob riešenia problémov inštrumentálnou alebo emocionálnou formou, schopnosťou preberať rodové role, podporou rodiny pre osobnostný rozvoj a uspokojovanie individuálnych potrieb. U Beaversa sa nesledujú individuálne potreby, ako v prvých dvoch prípadoch, ale identifikuje reaktivitu rodiny na potreby členov, schopnosť jej sebayjadrenia a permeability.

Východiskom pre náš výskum bol predpoklad, že tak rodinní terapeuti, ako aj sociálni pracovníci pracujúci s rodinou budú mať spoločný pohľad na indikátory rizikovosti rodiny. Cieľom nášho príspevku bolo prezentovať výsledky obsahovej a komparatívnej analýzy teoretických modelov funkčnosti rodín rodinnej terapie. Abstrahovali a popisali sme celkom 5 kategórií indikátorov ne/funkčnosti rodín: (1) komunikácia, (2) štruktúra rodiny, (3) afekcia, (4) konflikty a (5) uspokojovanie potrieb. V týchto 5 kategóriách dimenzií sa modely navzájom prekrývajú. Keďže sa tieto kategórie spomínajú v každom z modelov, predpokladáme, že sú pre fungovanie rodiny kľúčové. V ďalšej časti kvalitatívneho výskumu (publikované inde) sme prostredníctvom individuálnych rozhovorov a focusových skupín sledovali to, čo a akým spôsobom odborníci na sociálnoprávnú ochranu sledujú pri podozrení na sociálne riziko rodiny. Zaujímalo nás, ktoré indikátory považujú za silne podnecujúce sociálne riziko, a tiež, akým spôsobom sa tieto indikátory identifikujú. Podpornú funkciu tejto časti výskumu mala obsahová analýza spisovej dokumentácie sociálne dysfunkčných rodín a tiež analýza internej normy, ktorá plní funkciu „manuálu hodnotenia rizika“ pre pracovníkov úradov práce, sociálnych vecí a rodiny. Výsledky tejto časti výskumu sú čiastočne publikované inde (napr. Mózešová, Mózeš, 2014; Vitálošová, 2014; Szaboová, 2014, 2015, 2016a, 2016b; Kleskeň, 2015; Levická, J., 2016; Levická, J., Levická, K., Uhnáková, 2016; Uhnáková, 2016; Levická, K., 2016; Kováčová, 2016; Mydlíková, 2016a, 2016b). Len pre zaujímavosť uvádzame, že v praxi sociálnych pracovníkov sa podarilo identifikovať sedem základných kategórií indikátorov rizikovosti rodiny, a to: saturácia základných potrieb, emotivita, fungovanie rodiny, patológia, ekonomická funkcia rodiny, škola a výchova a poslednou kategóriou bola osobnosť a správanie dieťaťa. Tieto kategórie sú sytené istými prejavmi, príznakmi. Tieto už v tomto období spracovávame do návrhu screeningového testu pre „hrubé“ testovanie sociálnej rizikovosti rodiny sociálnymi pracovníkmi. Test sa bude validizovať na slovenské podmienky, takže jeho súčasťou budú aj normy a ich interpretácia, zapracované do príručky.



POUŽITÉ ZDROJE

- BEAVERS, W. R. 1985. *Successful Marriage: A Family Systems Approach to Marital Therapy*. New York: W. W. Norton.
- BEAVERS, W. R. 1982. Healthy, Midrange and Severely Dysfunctional Families. In: WALSH, F. (Ed.). *Normal Family Processes*. New York: Guilford Press, 45–66.
- BEAVERS, W. R. 1981. A Systems Model of Family for Family Therapists. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7, 299–307.
- BEAVERS, W. R. 1977. *Psychotherapy and Growth: A Family Systems Perspective*. New York: Brunner/Mazel.
- BÁNOVČINOVÁ, A., MYDLÍKOVÁ, E. 2016. Affective Involvement and Responsiveness in the Family. In: *Zborník zo 3. International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Sciences and Arts*, konanej 24.–30. 8. 2016. V Albeně, Bulharsko, 3–11.
- DUNOVSKÝ, J. 1986. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum.
- EPSTEIN, N. B., BISHOP, D. S., RYAN, C., MILLER, I., KEITNER, G. 1983. The McMaster Model: View of Healthy Family Functioning. In: WALSH, F. (Ed.) *Normal Family Processes*. New York: Guilford Press.
- GABURA, J. 2012. *Teórie rodiny a proces práce s ňou*. Bratislava: Iris.
- HAMPSON, R. B., BEAVERS, W. R., HANKS, C. 1995. *Family Assessment: Cross-Model, Cross-Method Comparisons*. Dallas, Texas: Texas Psychological Association Meeting.
- HAMPSON, R. B., BEAVERS, W. R., HULGUS, Y. F. 1989. Insiders' and Outsiders' View of Family: the Assessment of Family Competence and Style. *Journal of Family Psychology*, 3, 118–136.
- CHVÁLA, L. 2010. Pohľad rodinného terapeuta. In: VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (Eds.). *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
- KLESKEŇ, L. 2015. Posudzovanie funkčnosti rodiny. In: *Zborník z regionálnych konferencií Mosty k rodine IX, konaných v Bratislave* 9.–11. 11. 2014. Bratislava: Úsmev ako dar, 47–49.
- KOVÁČOVÁ, B. 2016. Terapeutické prístupy pri podpore rodiny so sťaženou životnou situáciou. In: *Zborník príspevkov konferencie Edukačné výzvy a úlohy vo svetle encykliky Laudato si II*, konanej 18.–19. 2. 2016 v Ružomberku. Ružomberok: Katolícka univerzita v Ružomberku, 71–81.
- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
- LEVICKÁ, J. 2016. Problémy s posudzovaním detí v krízovej situácii. In: *Vedecké práce KSSaP*. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, 152–158.
- LEVICKÁ, J. et al. 2004. *Sociálna práca s rodinou*. Trnava: Mosty, n. f. a FZSP TU.
- LEVICKÁ, K. 2016. Retrospektívny pohľad na otázky diagnózy a diagnostiky v sociálnej práci. In: *Vedecké práce KSSaP 2016*. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave, 159–170.
- LEVICKÁ, J., LEVICKÁ, K., UHNÁKOVÁ, D. 2016. Rodina ako objekt sociálnej diagnostiky. *Revue sociálnych služieb*, VIII (1), 2–17.
- MÓZEŠOVÁ, K., MÓZEŠ, P. 2015. Koncepty vybraných systémových teórií pri posudzovaní sociálnej rizikovosti rodín v intenciách sociálnoprávnej ochrany detí. In: LOVAŠOVÁ, S. (Ed.). In: *Zborník príspevkov z konferencie Rizikové správanie v teórii a praxi sociálnej práce*, konanej 28. 11. 2014 v Košiciach. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ Košice, 164–170.
- MYDLÍKOVÁ, E. 2016. Beaversov systémový model rodinného fungovania v kontexte posudzovania v sociálnoprávnej ochrane detí. In: LIŠTIAKOVÁ, I., FÁBRY LUCKÁ, Z. *Expresívne terapie vo vedách o človeku*, zborník príspevkov konferencie, konanej 28. 1. 2016 v Bratislave. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava, 90–96.
- MYDLÍKOVÁ, E. 2011. Sociálna práca s dysfunkčnou rodinou. In: PRUŽINSKÁ, J. (Ed.). *Inšpirácie pre prax sociálnej práce*. Bratislava: Iris, 137–156.
- MYDLÍKOVÁ, E., BRNULA, P. 2015. Sociálna práca s rodinou a rodinná terapia – stretnutia a rozchody. In: LEVICKÁ, K., PATYI, P. (Eds.). In: *Zborník z konferencie Res socialis 2015 – Premeny sociálnej práce*, konanej 15.–16. 10. 2015 v Trnave. Trnava: Trnavská univerzita v Trnave, 106–119.
- SOBOTKOVÁ, I. 2001. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.



Muzikoterapia v sociálnej práci na Slovensku

Music Therapy in Slovak Social Work

Alena Rusnáková

Mgr. Alena Rusnáková, PhD.,¹ pôsobí ako odborná asistentka na Inštitúte edukológie a sociálnej práce na Filozofickej fakulte Prešovskej univerzity v Prešove. Zaoberá sa témami ako uplatňovanie hudby a muzikoterapie v sociálnej práci, postojoové orientácie k etnickým menšinám, genderové aspekty sociálnej práce a metodológia výskumu v sociálnej práci.

Abstrakt

Príspevok sa prostredníctvom teoretickej prehľadovej štúdie venuje vzťahu muzikoterapie a sociálnej práce s dôrazom na popis jej historických súvislostí, súčasný stav a budúce perspektívy na Slovensku. Cez všeobecné vymedzenie muzikoterapie sa autorka dostáva k jej klasifikácii, kde upozorňuje na potrebu pomenovania sociálnej paradigmy v muzikoterapii, ktorá zohľadňuje aj prepojenie muzikoterapie so sociálnou prácou, odrážajúcu sa v myšlienkach viacerých zahraničných, ale aj slovenských (českých) autorov a autoriek. Hlavným cieľom príspevku je zistiť, ako je prezentovaný vzťah muzikoterapie a sociálnej práce v slovenskej (českej) odbornej literatúre, legislatíve a vzdelávacom systéme. Z výsledkov teoretickej reflexie sa dá usudzovať, že muzikoterapia má v slovenskej (českej) odbornej literatúre sociálnej práce čoraz pevnejšie miesto ako jedna z jej metód, najmä ako súčasť socioterapie, ktorej legitimitu v tomto ohľade potvrdzuje aj legislatíva, avšak s nejasnými vymedzeniami kompetenčného vzdelávania. Taktiež je vzťah muzikoterapie a sociálnej práce silne určený kontextom sociálnych služieb. V závere príspevku sú preto diskutované perspektívne možnosti smerovania v predmetnej oblasti pre odborné vzdelávanie v sociálnej práci.

Kľúčové slová

legislatíva, muzikoterapia, prax, sociálna práca, vzdelávanie

Abstract

This paper considers the subject of the relationship of music therapy in social work with a historical context and considers the current state of affairs and the future prospects in Slovakia. Through the general definition of music therapy, the author then leads on to classification, highlighting the need for naming social paradigms in music therapy, which takes into account the connection of music therapy with social work. The work considers the ideas of several foreign as well as Slovak (Czech) authors. The core part of the work is to find out how the relationship between music therapy and social work is presented in the Slovak (Czech) literature, legislation and education systems. From the results of the theoretical reflections it can be concluded that music therapy has an increasingly solid position in the Slovak (Czech) professional literature of social work as one of its methods, especially as a part of sociotherapy, with reference to the definition of legislative and educational opportunities. In conclusion, prospective options in this area are discussed.

¹ Kontakt: Mgr. Alena Rusnáková, PhD., Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 17. novembra č. 1, 080 78 Prešov; alena.rusnakova@unipo.sk

**Keywords**

legislation, music therapy, practice, social work, education

ÚVOD

Vychádzajúc z vlastnej reflexie prehľadu záverečných prác registrovaných *Centrálnym registrom záverečných a kvalifikačných prác* (Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR, 2017), ktorá umožňuje na Slovensku zverejňovať práce zaregistrované v registri od roku 2011, sa zdá byť téma muzikoterapie pri písaní záverečných prác v odbore sociálna práca čoraz viac obľúbenou. Najčastejšie sa pritom javí byť uplatňovaný kontext sociálnych služieb, v menšej miere aj kontext sociálnej rehabilitácie, socioterapie, kvality života či sociálnej práce so špecifickými skupinami a iné. To korešponduje s prezentovaním služieb na slovenských webových stránkach zariadení sociálnych služieb, najmä domovov sociálnych služieb a zariadení pre seniorov, ktoré zrkadlia veľkú popularitu zavádzania rôznych „alternatívnych“ či „podporných“ terapií do ich ponuky služieb, často práve aj muzikoterapiu.

Podporuje to aj kvalitatívna sonda, ktorú som v rámci dizertačnej práce realizovala vo vybraných zariadeniach pre seniorov so zameraním na identifikovanie diskurzu o uplatňovaní hudby v sociálnej práci so staršími ľuďmi a jeho komparácie s diskurzom vzdelávateľiek v sociálnej práci na Slovensku (Moravčíková, 2012a). Pojem muzikoterapia bol v týchto diskurzoch najdominantnejší a najčastejšie spájaný s témou sociálnych služieb, kedy muzikoterapia vystupovala buď ako sociálna služba vykonávaná samotnou sociálnou pracovníčkou alebo pracovníkom, alebo ako súčasť služieb manažovaných a sprostredkovaných sociálnym pracovníkom alebo pracovníčkou a vykonávaná inou osobou (v praxi často v rámci dobrovoľníctva). Z výskumu však vyplynuli viaceré problémové oblasti, ako napr. rôznorodá a nedostatočne rozpracovaná literatúra o prepájaní muzikoterapie a sociálnej práce, nejasná legislatíva s orientáciou na možné ukotvenie problematiky v socioterapii, variabilita v názoroch na kvalifikačné predpoklady výkonu muzikoterapie a biele miesta vo vzdelávaní v predmetnej oblasti, na ktoré som upozornila aj prieskumom študijných programov pregraduálneho vzdelávania slovenských katedier sociálnej práce s dôrazom na výučbu predmetov zameraných na uplatňovanie hudby (Moravčíková, 2012b). Na druhej strane sa však ukázala pomerne častá aplikácia muzikoterapie (resp. toho, čo nazývali muzikoterapiou) sociálnymi pracovníčkami v ich praxi, ako aj ich rozličné chápanie pojmu muzikoterapia, rozličná miera ich profesionálneho vzdelania v predmetnej oblasti (čo korešponduje so súčasným stavom vzdelávania muzikoterapie na Slovensku), prítomnosť tzv. strachu z legislatívy pri výkone toho, čo nazývali muzikoterapiou, ako aj zmätenosť z toho, ako chápať legislatívne vymedzenie muzikoterapie vzhľadom k ich praxi sociálnej práce a ku kvalifikačným predpokladom pre výkon muzikoterapie. Napriek týmto nejasnostiam o uplatňovaní muzikoterapie sociálnymi pracovníkmi a pracovníčkami, ktoré respondentky vo výskume vzhľadom na rôznorodosť a malý počet pojednávajúcej predmetnej literatúry ako aj mátku legislatívu vnímali (ako prakticky, tak aj vzdelávateľky), sa v týchto diskurzoch zreteľne prejavila popularita muzikoterapie. Zdá sa, že sociálne pracovníčky a pracovníci vo svojej praxi chcú využívať muzikoterapiu a niektorí ju aj využívajú (resp. to, čo oni muzikoterapiou nazývajú), čo však vzhľadom na stav literatúry a vzdelávania v danej oblasti pravdepodobne vedie k jej intuitívnemu a nesystematickému používaniu, ako bolo vo výskume identifikované.

S tým sa naskytá mnoho otázok, keďže profesia muzikoterapeuta/ky na Slovensku oficiálne nie je etablovaná a pregraduálne vzdelávanie v muzikoterapii neexistuje, v legislatíve však v súvislosti s výkonom socioterapie a liečebnej pedagogiky zmienky istého druhu o muzikoterapii sú. Pre sociálnu prácu ide o veľmi komplikovanú tému vzhľadom na jej interdisciplinárny charakter dotýkajúci sa viacerých vedných odborov, najmä z oblasti muzikológie, hudobnej pedagogiky a viacerých pomáhajúcich profesií, ktorý sa pri riešení tejto problematiky nedá ignorovať.

Vzhľadom na absenciu odbornej literatúry, ktorá by prinášala ucelený prehľad o tejto problematike,



si tento príspevok kladie za cieľ zistiť, ako je prezentovaný vzťah muzikoterapie a sociálnej práce v slovenskej (českej) odbornej literatúre, legislatíve a vzdelávacom systéme a ponúknuť možnosti ďalšieho vývoja pre uplatnenie muzikoterapie v sociálnej práci z pohľadu jej praxe a kvalifikačných predpokladov, neopomínajúc pritom historický vývoj muzikoterapie na Slovensku a kontingencie s inými profesiami (najmä pomáhajúcimi). Symbolickým cieľom pritom nie je čitateľovi alebo čitateľke predstaviť jednotlivé techniky a konkrétne kroky aplikácie muzikoterapie v praxi sociálnej práce, tie nájde v odkazoch na predmetnú literatúru, ale zorientovať ich v súbore rozmanitej literatúry, legislatívneho vymedzenia a stavu vo vzdelávaní predmetnej oblasti poznania.

Aby čitateľ alebo čitateľka z odboru sociálna práca lepšie pochopili súvislosti danej problematiky, prvá časť príspevku je zameraná na zadefinovanie muzikoterapie, najmä z pohľadu svetových (prevažne anglosaských) vedúcich osobností a organizácií muzikoterapie, ako vednej disciplíny a profesie. V druhej časti sú predstavené hlavné paradigmy, prístupy, koncepty a modely muzikoterapie s dôrazom na navrhujúcu tzv. sociálnu paradigmu v muzikoterapii, zahŕňajúcu aj teórie spájajúce muzikoterapiu a sociálnu prácu, s pokusom o nový návrh paradigmatickej schémy pre muzikoterapiu. V tretej a štvrtej časti je stručne priblížená história muzikoterapie na Slovensku a identifikovaný vzťah muzikoterapie a sociálnej práce v slovenskej odbornej literatúre s diskutovanými možnosťami o ukotvení muzikoterapie z hľadiska teórií sociálnej práce. V piatej časti je priblížený stav s ohľadom na legislatívny rámec a stav vzdelávania v predmetnej oblasti na Slovensku. Vzhľadom na jazykovú príbuznosť a spoločnú históriu je text dopĺňovaný odbornou literatúrou a poznatkami z Českej republiky.

VYMEDZENIE MUZIKOTERAPIE

Ako uvádza *Americká muzikoterapeutická asociácia* (American Music Therapy Association, ďalej len AMTA, 2017), myšlienka použitia hudby pre uzdravujúce efekty siaha až k starovekým filozofom, ako bol Aristoteles a Platón, a jej profesionalizácia do podoby muzikoterapie sa datuje do obdobia medzi dvoma svetovými vojnami v 20. storočí, keď profesionálni aj neprofesionálni hudobníci a hudobníčky začali chodiť pomáhať hudbou do nemocníc, kde sa vojnoví veteráni liečili z fyzických aj emočných zranení z vojny. Podľa Zeleiovej (2002) bolo v roku 1944 na *Michigan State University* v USA otvorené prvé štúdium muzikoterapie na svete a v roku 1959 vo Viedni na *Hochschule für Musik und darstellende Kunst* prvé 3-ročné štúdium muzikoterapie pre nemecky hovoriace krajiny. Otváranie študijných programov muzikoterapie malo dopad nielen na formovanie muzikoterapie ako novej vednej disciplíny, ale aj ako profesie. Kantor a Weber (2009) dávajú túto profesionalizáciu do súvisu najmä so vznikom muzikoterapeutických asociácií v jednotlivých krajinách, ktorých je v súčasnosti vyše päťdesiat². Ako ďalej uvádza Zeleiová (2002), v Európe mali na vznik novodobej muzikoterapie vplyv hlavne Christopher Schwabe z Nemecka a Juliet Alvin z Veľkej Británie. V priamom preklade, z odvodeného grécko-latinského pôvodu, je možné, vychádzajúc z Kantora (2009), chápať muzikoterapiu ako liečbu hudbou, ale v posune nazerania na súčasnú muzikoterapiu uvádza autor chápanie muzikoterapie ako pomoc hudbou človeku so zdravotnými alebo edukačnými problémami. Dá sa na ňu nazerať ako na vednú disciplínu, ktorá má svoju teóriu, prax a výskum (Masťnak, Kantor, 2014), v niektorých krajinách je uznávaná ako samostatná profesia (Kantor, 2009). V odbornej spisbe je definovaná rôzne a doposiaľ neexistuje jej jednotná definícia, čo odráža existenciu viacerých prístupov, smerov, konceptov, škôl či modelov muzikoterapie.

² V 50. rokoch 20. storočia to bolo USA, Veľká Británia a Austrália, v 60. rokoch Holandsko, Argentína, Brazília, Japonsko, Dánsko, Nórsko a Uruguaj, v 70. rokoch Izrael, Kolumbia, Francúzsko, Fínsko, Južná Afrika, Kanada, Rakúsko, Švédsko, Taliansko, Nový Zéland, Portoriko a Španielsko, v 80. rokoch Belgicko, Švajčiarsko, Poľsko, Škótsko, Maďarsko a Čína, a postupom času ďalší. Okrem toho existujú aj medzinárodné asociácie a združenia, ako napr. *Svetová federácia muzikoterapie* (založená v roku 1985), *Európska muzikoterapeutická konfederácia* (založená v roku 1990), alebo *Európska asociácia študentov muzikoterapie* (založená v roku 2002).



Problematickosť definovania muzikoterapie kvôli jej vysokej závislosti na kontexte praxe uznáva aj Edwards (2016:2), ktorá muzikoterapiu považuje za „*vzťahovú liečbu (terapiu) zahŕňajúcu použitie hudby v liečebnom procese s jednotlivcami a skupinami, vedenú kvalifikovaným profesionálom, ktorý absolvoval príslušnú odbornú prípravu a pokračuje v profesijnom rozvoji. Je to jedinečný spôsob práce, v ktorom sú dynamické kapacity hudby a hudobné súvislosti využité pre potreby klienta, rodiny alebo skupiny, ktorí hľadajú pomoc*“. V roku 1985 založená Svetová federácia muzikoterapie (World Federation of Music Therapy, ďalej len WFMT, 2014:1) definuje muzikoterapiu ako „*profesionálne použitie hudby a jej elementov ako intervencie v medicínskom, edukačnom a každodennom prostredí s jednotlivcami, skupinami, rodinami alebo komunitami, ktoré hľadajú optimalizáciu svojej kvality života a zlepšenie ich fyzického, sociálneho, komunikačného, emocionálneho, intelektuálneho a spirituálneho zdravia a pohody. Výskum, prax, vzdelanie a klinická odborná príprava v muzikoterapii sú založené na profesionálnych štandardoch podľa kultúrnych, sociálnych a politických kontextov*“. AMTA (2017:1), ktorej založeniu v roku 1998 predchádzalo spojenie Národnej asociácie pre muzikoterapiu (National Association for Music Therapy) založenej v roku 1950 a Americkej asociácie pre muzikoterapiu (American Association for Music Therapy) založenej v roku 1971, definuje muzikoterapiu ako „*klinickú a na dôkazoch založenú intervenciu hudbou k dosiahnutiu cieľov nastolených v rámci terapeutického vzťahu povereným profesionálom, ktorý dosiahol určený (akreditovaný) muzikoterapeutický program*“. Muzikoterapeutickú intervenciu odporúčajú na podporu všeobecného zdravia, pri zvládaní stresu, zmierňovaní bolesti, vyjadrení pocitov, podporu funkčnosti pamäti, zlepšenia komunikácie a pri fyzickej rehabilitácii. A napr. Britská asociácia pre muzikoterapiu (British Association for Music Therapy, ďalej len BAMT, nedat.) považuje muzikoterapiu za „*psychologickú klinickú intervenciu, ktorá je vykonávaná muzikoterapeutmi registrovanými Výborom zdravotníckych a ošetrovateľských profesií, s cieľom pomáhať ľuďom všetkých vekových kategórií, ktorých život bol ovplyvnený zranením, chorobou alebo postihnutím, cez podporu ich psychických, emocionálnych, kognitívnych, fyzických, komunikačných a sociálnych potrieb*“. Kantor (2009) považuje muzikoterapiu za prístup z oblasti tzv. expresívnych terapií, čo znamená, že tieto terapie pracujú s výrazovými umeleckými prostriedkami, ktoré môžu byť svojou povahou hudobné, dramatické, literárne, výtvarné alebo pohybové, uvádza však, že v zahraničí je rozšírenejší názov umelecké kreatívne terapie alebo terapie umením. Rozlišuje preto arteterapiu v širšom a v užšom význame, kedy arteterapia v širšom význame predstavuje vo všeobecnosti terapiu umeniami, zahŕňajúc tak aj muzikoterapiu, a arteterapia v užšom význame predstavuje terapeutickú aplikáciu výtvarných prostriedkov. Opierajúc sa o veľmi často citovaného autora v muzikoterapeutickej obci Brusciu (1998:261, in Kantor, 2009:27–28), sa autor prikláňa k názoru, že muzikoterapia je príliš široká, aby mohla byť definovaná alebo obsiahnutá jednoduchým modelom, prístupom, metódou, klientelou, teóriou, metódou teoretizovania alebo výcvikovým programom, a nemôže byť obmedzená len na určitú úroveň praxe, pričom má kolektívnu identitu, ktorá obsahuje a prekračuje individuálnu identitu všetkých praktikujúcich muzikoterapeutov.

PARADIGMY, PRÍSTUPY, KONCEPTY A MODELÝ MUZIKOTERAPIE

Čo sa týka klasifikácie muzikoterapie, jednotlivé publikácie muzikoterapie uvádzajú rozličné členenie. Bruscia (1998, in Kantor, 2009:25) definuje vzťah hudby a terapie v dvoch prístupoch: a) hudba ako terapia, kde je primárnym prostriedkom k dosiahnutiu terapeutickej zmeny hudba, b) hudba v terapii, kde je primárnym prostriedkom vzťah medzi terapeutom a klientom, popr. iný terapeutický prostriedok. Taktiež vymedzil šesť oblastí a štyri úrovne muzikoterapeutickej praxe. Oblasti delí na praktiky didaktické, medicínske, liečebné, psychoterapeutické, voľnočasové a ekologické. Medzi úrovne muzikoterapeutickej praxe radí úroveň pomocnú, rozširujúcu, intenzívnu a primárnu. Kantor (2009) vymedzuje muzikoterapiu v užšom a širšom význame. V užšom význame spája muzikoterapiu s psychoterapiou, v širšom význame vníma muzikoterapiu tak, ako je chápaná v súčasnej dobe vo väčšine zemí, kde integrovala skúsenosti s terapeutickými aplikáciami hudby



z pohľadu mnohých rôznych odborov pomáhajúcich profesií – špeciálnej pedagogiky, fyzioterapie, neurológie, ošetrovateľstva, pôrodnictva, paliatívnej starostlivosti a ďalších.

Edwards (2016) rozlišuje medzi muzikoterapeutickými modelmi a prístupmi, kedy model predstavuje súhrn špecifických metód a techník vytvorených väčšinou nejakým hlavným predstaviteľom (napr. Nordoff–Robbinsova muzikoterapia) a prístup predstavuje všeobecnejší teoretický rámec (napr. analytická muzikoterapia alebo feministická perspektíva v muzikoterapii). Autorka v publikácii uvádza jedenásť hlavných súčasných prístupov a modelov v muzikoterapii: feministické perspektívy v muzikoterapii, psychodynamická muzikoterapia, ekologická teória pola hry Carolyn Kenny, Nordoff–Robbinsova muzikoterapia, antropozofická muzikoterapia Rudolfa Steinera, estetická muzikoterapia, kultúrne centrováná muzikoterapia, na zdroje orientovaný prístup v muzikoterapii, vývinová muzikoterapia, komunitná muzikoterapia a vokálna muzikoterapia.

Wheeler (2015) naproti tomu uvádza desať orientácií a prístupov v muzikoterapii: psychodynamický prístup, humanistický prístup, kognitívno-behaviorálny prístup, vývinový prístup, Nordoff–Robbinsova muzikoterapia, metóda riadenej obraznosti a hudby (Guided Imagery and Music) Helen Bonny, analytická muzikoterapia, neurologická muzikoterapia, komunitná muzikoterapia a muzikoterapia v expresívnych umeniach. A Bunt a Stige (2014) uvádzajú sedem perspektív v muzikoterapii: medicínska perspektíva, behaviorálna perspektíva, psychodynamická perspektíva, humanistická perspektíva, transpersonálna perspektíva, kultúrne centrováná perspektíva a hudobne orientovaná perspektíva.

Zo slovenských autorov a autoriek sa o klasifikáciu muzikoterapie pokúsila Zeleiová (2002, 2007), ktorá rozlišuje tri koncepty: pedagogický, medicínsky a psychoterapeutický. V rámci pedagogického konceptu hovorí o muzikoterapii v špeciálnej, liečebnej, sociálnej a výchovnej pedagogike, ktorá sa zameriava na procesy učenia, sociálnej integrácie, komunikácie, osobnostný rozvoj a rozvoj senzomotorických a sebaobslužných zručností a týka sa najmä mentálne, telesne a senzoricky postihnutých ľudí. Radí tam antropozofickú muzikoterapiu, Orffovej muzikoterapiu, orthopedagogickú muzikoterapiu, polyestetickú muzikoterapiu, rekreatívnu muzikoterapiu a tvorivú Nordoff–Robbinsovu muzikoterapiu. V rámci medicínskeho konceptu ide najmä o prácu s reprodukovanou hudbou v medicínskom prostredí a zdôrazňujú sa najmä fyziologické reakcie na hudbu. Autorka tam radí fokusujúcu muzikoterapiu, funkcionálnu muzikoterapiu, paliatívnu muzikoterapiu, paradoxálnu muzikoterapiu Watzlawicka a regulatívnu muzikoterapiu Schwabeho. Psychoterapeutický koncept spája autorka s klinickým a poradenským kontextom a radí pod neho kognitívno-behaviorálny model (zahŕňa behaviorálnu muzikoterapiu a muzikoterapiu zameranú na materiál), psychodynamický model (zahŕňa analytickú muzikoterapiu, asociatívnu muzikoterapiu, guided imagery muzikoterapiu, klang-trance muzikoterapiu a morfológickú muzikoterapiu) a humanisticko-existenciálny model (zahŕňa aktualizáciu muzikoterapiu, analogickú muzikoterapiu, expresívnu muzikoterapiu, gestalt muzikoterapiu, integratívnu muzikoterapiu a muzikoterapiu zameranú na klienta).

Ako najdominantnejší sa javí byť názor, že muzikoterapia predstavuje klinickú prax, ktorá má svoje najsilnejšie zázemie najmä v anglicky hovoriacich krajinách, hoci aj na Slovensku sa prvopočiatky novodobej muzikoterapie spájajú s medicínskym prostredím. Muzikoterapia je v takejto predstave považovaná za liečbu a najbližšie k nej má psychoterapeutický koncept Zeleiovej, avšak západná literatúra často radí pod klinickú muzikoterapiu aj modely, ktoré Zeleiová uvádza pod pedagogickým konceptom (napr. hlavne Nordoff–Robbinsova a Orffovej muzikoterapiu) a súčasťou sa javia byť aj modely medicínskeho konceptu (napr. Schwabeho regulatívna muzikoterapia), poprípade pod klinickú muzikoterapiu radia všetky prístupy a modely. V prípade uznávania muzikoterapie ako profesie je práve táto klinická paradigma určujúca v rámci odbornej prípravy. Podobne aj jeden z hlavných nemeckých autorov Schwabe (1979:25, in Zeleiová, 2007:31) považoval muzikoterapiu za druh psychoterapie³ a zasadzoval ju do kontextu klinicko-medicínskej liečby. Jeho posledná

³ V kontexte psychoterapie je možné identifikovať hudbu tiež u Bogner (2011).



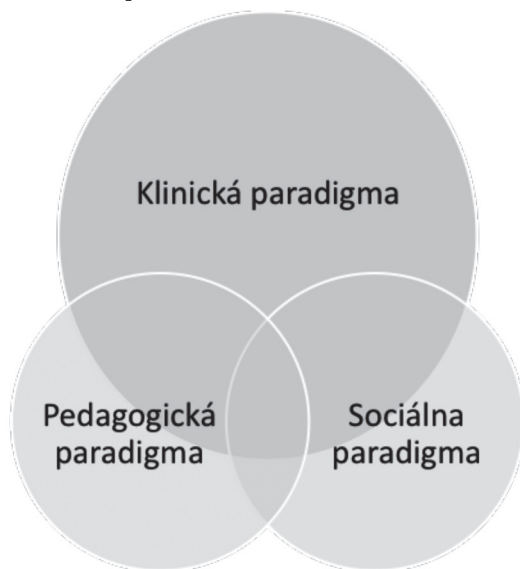
orientácia sociálnej muzikoterapie však dostala konotáciu orientácie na podporu sociálnych kompetencií, autonómie a fungovania v sociálnom poli, s explicitným definovaním uplatnenia muzikoterapie aj v sociálno-terapeutickom, pedagogickom a preventívnom kontexte (Schwabe, Haase, 1998), čo vo väčšej miere predstavuje prienik aj s cieľmi sociálnej práce. Na tomto príklade je možné vidieť, že modely a prístupy nie je možné chápať ako spadajúce do ostro ohraničených konceptov, ale že ich myšlienky môžu byť v rôznej miere zastúpené vo viacerých konceptoch. Súhlasím však, že popri klinickej paradigme je možné vnímať v muzikoterapii aj tzv. Zeleiovej pedagogickú paradigmu, ktorá sa spája najmä s modelmi nemecky hovoriacich krajín a krajín bývalého východného bloku vrátane Česka a Slovenska, a ide najmä o modely muzikoterapie, ktoré boli vytvorené z potreby praxe pedagogických disciplín, najmä špeciálnej, liečebnej a sociálnej pedagogiky. Taktiež sa prikláňam k chápaniu takejto muzikoterapie ako samostatnej paradigmy aj v závislosti na legislatívne vymedzenie muzikoterapie v týchto krajinách, kde samostatná klinická muzikoterapia nie je profesionalizovaná tak ako v spomínaných západných krajinách, ale častokrát je súčasťou špecializácie danej pedagogiky. Ako ďalšiu však navrhujem paradigmu sociálne-orientovanej alebo socioterapeutickej muzikoterapie, ktorú je možné vnímať u viacerých autorov a autoriek a podľa mňa v nej možno nájsť cez spoločné ciele argumentácie pre uplatnenie v sociálnej práci, hoci presahy do pedagogiky (najmä sociálnej) sa nedajú ignorovať. Akceptovaním tejto paradigmy by tak mohol vzniknúť priestor pre myšlienky o ukotvení muzikoterapie ako súčasti sociálnej práce (možno ako jej metódy či techniky), podobne ako je to s muzikoterapiou v liečebnej pedagogike na Slovensku. Možno by sa dali radiť pod túto paradigmu oblasti muzikoterapie, ktoré Bruscia (1998, in Kantor, 2009:26) uvádza ako voľnočasové a ekologické. Medzi ďalšie výrazné osobnosti z Nemecka, ktoré zahŕňajú do svojej muzikoterapie aj sociálno-terapeutický aspekt, patria napr. Frohne-Hageman (1990) so svojou integratívnou muzikoterapiou, ktorú Zeleiová (2002, 2007) radí skôr do psychoterapeutického konceptu, či Lenz a Tüpkner (1998) s hudobnou sociálnou-terapiou (z nem. Musik-Sozialtherapie). K týmto myšlienkam má blízko aj komunitná muzikoterapia rozvíjajúca sa najmä v škandinávskych krajinách, ktorá tvorí akýsi most medzi konvenčnými muzikoterapeutickými prístupmi (konceptami, modelmi) a komunitnou hudbou. V komunitnej hudbe je zase vidieť presahy hudobnej pedagogiky a sociálnej práce. Hlavnými predstaviteľmi súčasnej komunitnej muzikoterapie sú Stige (2002) a Ansdell (2002), ktorí v období po roku 2000 začali volať po zmene paradigmy v muzikoterapeutickej spoločnosti. Medzi neopomenuteľné predstaviteľky komunitnej muzikoterapie v neposlednom rade patrí aj Pavlicevic (2010), ktorá okrem iného diskutuje aj o muzikoterapii ako o sociálnom aktivizme. Stige (2016) okrem toho reprezentuje aj kultúrne centrovanú perspektívu v muzikoterapii, v rámci ktorej zdôrazňuje, že kultúra vstupujúcich aktérov a aktérok muzikoterapeutického procesu je veľmi dôležitá. Orientáciu na sociálnu oblasť je možné identifikovať aj u nemeckých autorov a autoriek spájajúcich hudbu a sociálnu prácu, ktorá je však v tejto krajine úzko prepojená so sociálnou pedagogikou, a preto pri aplikovaní na slovenské pomery treba brať do úvahy tento aspekt. Medzi hlavných predstaviteľov patria Hartogh a Wickel (2004), Seidel (1992), Kapteina (2009), Hill a Josties (2007), Jäger a Kuckhermann (2004) a iní. V rámci toho, že je však aj slovenská sociálna práca historicky úzko spätá so sociálnou pedagogikou⁴, a podľa Hroncovej (2008:39) „*majú obe disciplíny spoločné funkcie a sú spoločenskou odpoveďou na potreby industriálnej a postindustriálnej spoločnosti, ktorá je súčasne sprevádzaná vznikom celého radu nových inštitúcií s cieľom diferencovane intervenovať do procesu socializácie osobitným spôsobom*“, je takáto relevancia na mieste. Výraznou osobnosťou advokujúcou využívanie terapií umením (síce s orientáciou na vizuálne umenie) v sociálnej práci cez koncept tzv. sociálnej terapie umením a integratívneho viacvrstvového modelu terapií umením (z angl. art therapy) pre empowerment a sociálnu zmenu je aj izraelská autorka Huss (2009, 2013), ktorej práca zrkadlí kontext sociálnej práce v krajine vojnového konfliktu. Príklon k prepájaniu sociálnej práce a muzikoterapie je tiež vidieť výrazne v Severnej Amerike, kde

⁴ Viď bližšie napr. Ondrejko (2000), Hroncová, Hudecová a Matulayová (2001) a Tokárová (2003).



je vzťah sociálna práca a muzikoterapia často vyjadrovaný cez sociálnych pracovníkov a pracovníčky, ktorí sa rozhodli absolvovať druhé vzdelanie magisterského stupňa v muzikoterapii alebo možnosť absolvovania magisterského programu v muzikoterapii pre absolventov a absolventky bakalárskeho stupňa sociálnej práce a naopak pre absolventov a absolventky bakalárskeho stupňa možnosť absolvovania magisterského stupňa v sociálnej práci, poprípade duálny program sociálnej práce a muzikoterapie (napr. Blank, 2009; Jackson, 2015; Malai, 2015). Muzikoterapia sa často vykonáva v zariadeniach sociálnych služieb, kde sa čoraz častejšie ukazuje ako výhodné (najmä pre klienta alebo klientku), ak sa vykonáva muzikoterapeutom/kou-sociálnym pracovníkom/čkou. Tento aspekt tzv. sociálne orientovanej muzikoterapie, ktorá by brala na vedomie aj sociálnu prácu ako vedu v jej kontexte (najmä kontexty sociálno-terapeutické a kontexty sociálnej práce pre sociálnu akciu a zmenu) mi však v doterajších klasifikáciách chýba, hoci pri muzikoterapii v sociálnej práci je často možné vidieť aj uplatňovanie klinickej paradigmy (vrátane medicínskeho konceptu, najmä pri paliatívnej starostlivosti), ale aj pedagogickej paradigmy. Veľmi zjednodušene by sa tieto tri paradigmy muzikoterapie so svojimi presahmi mohli prezentovať vo forme Vennovho diagramu (schéma 1).

Schéma 1: Paradigmy muzikoterapie



Zdroj: vlastné spracovanie

HISTÓRIA MUZIKOTERAPIE NA SLOVENSKU

V Českej a Slovenskej republike, ako uvádzajú Zeleiová (2007) či Kantor a Weber (2009), nemá muzikoterapia dlhú tradíciu a začala sa rozvíjať až v 60. rokoch 20. storočia na psychiatrických oddeleniach. V Českej republike sú počiatky muzikoterapie spájané hlavne s psychodynamicky orientovanou Jitkou Vodňanskou a antropozoficky orientovaným Josefom Krčekom. Medzi ďalšie výrazné osobnosti predrevolučnej muzikoterapie patria tiež Ferdinand Knobloch, Vladimír Mikula, Jitka Pejřimovská, Jana Procházková, Miloš Vojtechovský a ďalší. Po roku 1989 vzrástol záujem o muzikoterapiu aj v pedagogike a sociálnej pedagogike, ktorých predstaviteľmi sú okrem iných Jiří Kantor, Matěj Lipský, Zdeněk Šimanovský, Marie Břicháčková, Katarína Grochalová, Markéta Gerlichová alebo Jana Weber.



Opierajúc sa o Zeleiovú (2007), na Slovensku začali ako prví s muzikoterapiou v psychiatrickej oblasti pracovať Karol Matulay, Ondrej Kondáš a Ján Molčan. V 70. rokoch začali Zlatica Mátejová a Silvester Mašura aplikovať aktívnu muzikoterapiu pri práci s deťmi a mládežou s neurotickými poruchami. Medzi vedúce osobnosti muzikoterapie na Slovensku po roku 1989 patrí liečebná pedagogička Elena Amtmannová, muzikologička Zuzana Vitálová a najmä psychologička Jaroslava Gajdošíková Zeleiová, ktorá je v súčasnosti ústrednou postavou v muzikoterapeutickej obci na Slovensku. Dôležitý prínos pre slovenskú muzikoterapiu môžeme vidieť aj v desaťročnom pôsobení Wolfganga Mastnaka na Katedre hudby na Prešovskej univerzite v Prešove (Medňanská, 2015).

Najsilnejšie zázemie má muzikoterapia na Slovensku momentálne v liečebnej pedagogike. Okrem Eleny Amtmannovej je to napr. aj Petra Pavlíková, Eleónora Jarosová a Tímea Kardos. Amtmannová, Jarosová a Kardos (2007) vyzdvihujú ako prednosť, ale zároveň aj nevýhodu muzikoterapie jej interdisciplinaritu, pretože sa premieta do rozdielnych prístupov k jej ponímaniu, kedy napr. v rámci pedagogického konceptu definujú muzikoterapiu ako liečebno-výchovnú metódu, počas ktorej sa klient či klientka pomocou hudobnej aktivity a/alebo hudobnej percepcie zvolenej podľa ich individuálnych potrieb vyjadruje tak, aby to malo pre ich somatické, psychické alebo sociálne postihnutie čo najpozitívnejší efekt. Odporúčajú ju v oblasti prevencie, diagnostiky a terapie, so zámerom zlepšiť, upraviť a/alebo udržať ich stav. Z prostredia špeciálnej pedagogiky je výraznou osobnosťou napr. Osvaldová (2015), z prostredia hudobnej pedagogiky sa muzikoterapii venujú napr. Košalová (2005), Krušinská (Krušinská, Zeleiová, 2011) alebo Šramková (2013) a z oblasti andragogiky je možné spomenúť napr. Bontovú (2009). Taktiež je možné na Slovensku registrovať myšlienku muzikoterapie v zdravotníckych odboroch ako ošetrovatelstvo a pôrodníctvo a nakoniec v malej miere v odbornej spisbe aj v sociálnej práci, ako bude popisované v nasledujúcej časti práce. Aj Zeleiová (2002) pri definovaní muzikoterapie upozorňuje na jej početnú variabilnosť z pohľadu rozličných krajín, prístupov ako aj jednotlivých autorov a autoriek a takmer nemožnosť zovšeobecňujúceho definovania. Považuje ju však za pragmaticky a empiricky orientovanú vedeckú disciplínu s interdisciplinárnym charakterom, ktorá stojí v systéme vied na jednej strane na hranici s hudobnou psychológiou, pedagogikou, sociológiou, etnológiou, hudobnou akustikou a teóriou, filozofiou a estetikou a na strane druhej so všeobecnou medicínou, psychiatriou, psychológiou a pedagogikou.

Z hľadiska profesionalizácie muzikoterapie sa dá povedať, že súčasný stav v Českej republike je v porovnaní so stavom na Slovensku na rozvinutejšej úrovni. Ako uvádza Kantor a Weber (2009), Jitka Vodňanská spolu s Vojtěchom Zappnerom už v roku 1975 založili prvú muzikoterapeutickú organizáciu *Pracovní skupina pro muzikoterapii* pri psychologickéj sekcii *Psychiatrické společnosti České lékařské komory*. V roku 2003 na ňu nadviazala *Sekce muzikoterapie a dramaterapie*, dnes pod názvom *Sekce muzikoterapie (SMT)* pri *České psychoterapeutické společnosti* a v roku 2008 vznikla *Česká muzikoterapeutická asociace*, ktorá spojením s *Českou asociací muzikoterapie a dramaterapie* v roku 2012 vytvorila *Muzikoterapeutickou asociaci České republiky* (ďalej len CZMTA; 2017). Okrem toho pôsobí v Českej republike aj *Mezinárodní asociace uměleckých terapií*, ktorá sa premenovala z pôvodnej *Moravské asociace uměleckých terapií* (ďalej len MAUT; 2015). Prvá a zatiaľ jediná *Slovenská asociácia muzikoterapie* (ďalej len SAMT; 2017) vznikla v roku 2011 a dňom 19. 11. 2012 sa stala členkou *Európskej muzikoterapeutickej konfederácie*.

VZŤAH MUZIKOTERAPIE A SOCIÁLNEJ PRÁCE V ODBORNEJ LITERATÚRE NA SLOVENSKU

Napriek pomerne častému operovaniu s pojmom muzikoterapia v slovenských záverečných prácach v odbore sociálna práca si myslím, že úroveň rozpracovania problematiky o vzťahu muzikoterapie a sociálnej práce je v slovensko-českej odbornej literatúre na pomerne nízkej úrovni. Túto tému je možné v našej (slovenskej a českej) odbornej literatúre reflektovať najmä po roku 2000 a hlavne posledných niekoľko rokov, ktoré poukazujú na jej stúpajúcu popularitu. Samostatné publikácie, ktorých názov by zrkadlil túto problematiku, sú len dve, písané však odborníčkou a odborníkom



z iných vedných disciplín. Na Slovensku sú to v prvom rade skriptá *Úvod do muzikoterapie a jej využitie v sociálnej práci* od muzikologičky Zuzany Vitálovej (2007), v ktorých autorka prezentuje muzikoterapiu ako jednu z metód sociálnej práce. Východiskovými prístupmi sú pre autorku Schwabeho psychoterapeutická muzikoterapia a muzikoterapia riadenej obraznosti Helen Bony. V Českej republike vyšlo zase v roku 1998 prvé vydanie publikácie *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi* psychológom Zdenkom Šimanovským (1998). Ani jedna publikácia však necharakterizuje špecifika uplatňovania muzikoterapie v sociálnej práci, iba opisujú muzikoterapeutické techniky a vo všeobecnej rovine odporúčajú ich využitie v sociálnej práci. Vitálová konkretizuje uplatnenie muzikoterapeuta-sociálneho pracovníka v kontexte práce s hendikepovanými deťmi, osamelými ľuďmi, pri starších ľuďoch odkázaných na pomoc, pri depresívnych stavoch, v domovoch sociálnej starostlivosti, v zdravotných zariadeniach a s relatívne zdravými ľuďmi, ktorí sú častejšie vystavení stresu.

Od autorov a autoriek z oblasti sociálnej práce sa zdá byť u nás pionierom Kredátus (2003), ktorý v jednej z prvých veľkých učebníc sociálnej práce na Slovensku pod editorstvom Anny Tokárovej zmienil muzikoterapiu a označil ju za súčasť skupinovej psychoterapie, ktorú v publikácii považuje za jednu z metód sociálnej práce. Porubčanová (2004) zas spomína muzikoterapeutov ako odborníkov, ktorých hospice väčšinou popri iných odborníkoch (medzi nimi aj sociálnych pracovníkoch) zamestnávajú. V Českej republike sú to Hrušková, Matoušek a Landisová (2005), ktorí v rámci metód a techník sociálnej práce s ľuďmi s mentálnym postihnutím píšú o hudobnej terapii ako o súčasti umeleckej terapie, ktorá tvorí doplnkovú aktivitu v rámci komplexu iných služieb a cieľom je podpora osobného rozvoja a relaxácia ľudí s mentálnym postihnutím a uľahčenie komunikácie sociálneho pracovníka s klientom, pričom môžu byť ponímané aj ako spôsob trávenia voľného času. Matoušek (2003) zaradil heslo muzikoterapia do svojho slovníka sociálnej práce pod tému „Metódy sociálnej práce a iných pomáhajúcich odborov“, neurčil však, či ide o metódu sociálnej práce, alebo iného pomáhajúceho odboru. Domnievam sa, že by mohlo ísť o metódy, ktoré môžu byť zároveň využívané tak sociálnou prácou, ako aj inými pomáhajúcimi odborníkmi. Aj najnovší terminologický slovník sociálnej práce na Slovensku (Balogová, Žiaková et al., 2017) zaradil medzi metódy sociálnej práce muzikoterapiu. Okrem toho je v ňom zaradená ako metóda sociálnej práce aj arteterapia, ktorá je vysvetľovaná v užšom aj širšom význame, zahŕňajúc všetky expresívne terapie vrátane muzikoterapie, a realizuje sa pri práci s rozmanitými cieľovými skupinami klientov a klientok, napríklad s deťmi a mládežou zo sociálne znevýhodneného prostredia, závislými, depresívnymi klientmi/kami, klientmi/kami v penitenciárnej a postpenitenciárnej starostlivosti, seniormi/kami a zdravotne postihnutými. Pojem muzikoterapia sa v tomto slovníku tiež vyskytuje pri hesle „sociálna intervencia“ v rámci terapeutickkej intervencie, kde je zaradovaná pod oblasť psychoterapie, socioterapie a činnostnej terapie. Niektorí autori a autorky zase vnímajú muzikoterapiu v súvislosti so sociálnou prácou ako súčasť socioterapie, bližšie však nevysvetľujú žiadne súvislosti. Patrí k nim Ondrejko (2008), Miková (2009), Dobšovič (2012) alebo Šoltéssová, Bosá a Balogová (2015)⁵. Stručnú zmienku o muzikoterapii v kontexte sociálnej práce spomínajú napr. pre prácu so staršími ľuďmi v rámci ich aktivizácie, resp. ako súčasť poskytovaných služieb v zariadení sociálnych služieb Odlerová a Tokovská (2011) či Hanganí a Čehelská (2014), v kontexte školskej sociálnej práce napr. Schmidtová a Juhásová (2013) alebo v kontexte hospicovej starostlivosti o nevyliciteľne chorých napr. Marčíčiaková a Mojto (2013).

Z českej literatúry explicitne dáva do vzťahu muzikoterapiu a sociálnu prácu tiež napr. Gerlichová (2014), pričom muzikoterapiu uvádza ako metódu socializácie (a resocializácie) a odporúča ju pri práci s ľuďmi, ktorí majú problém s nadväzovaním vzťahov, s problémami v komunikácii s ľuďmi, ktorí boli vydaní zo svojho prirodzeného sociálneho prostredia z dôvodu choroby, s prisťahovalcami a so zneužívanými a sociálne izolovanými deťmi. Taktiež ju odporúča sociálnym

⁵ Podrobnejšie o muzikoterapeutických prístupoch v socioterapii pojednávam v *Journali Socioterapie* (Rusnáková, 2016).



pracovníkom a pracovníckam pri práci s konfliktami medzi určitými sociálnymi rolami a v sociálnej gerontológii pre prácu so staršími ľuďmi. Truhlářová (2014) muzikoterapiu zase radí v súvislosti so sociálnou prácou medzi neverbálne techniky práce so skupinou. Muzikoterapiu so sociálnou prácou prepája aj Procházková (2010), ktorá ju uvádza v rámci expresívnych terapií, s ktorými by sa mal sociálny pracovník alebo pracovníčka pri práci s osobami s diagnózou schizofrénie zoznámiť, a tak v spolupráci s psychoterapeutmi alebo psychoterapeutkami doporučovať vhodnú formu terapie.

Z daného je vidieť, že muzikoterapia sa stáva v odbornej literatúre sociálnej práce čoraz diskutovanejšou témou. Ako hlavné kategórie, ktoré by charakterizovali vzťah muzikoterapie a sociálnej práce, sa javia byť a) muzikoterapia ako metóda sociálnej práce, b) muzikoterapia ako súčasť socioterapie. Ďalšími významnými oblasťami sa zdajú byť kontext sociálnych služieb a kontext práce s rôznymi špecifickými skupinami, najmä so staršími ľuďmi, nevyliciteľne chorými, deťmi a mládežou. Vzhľadom na cieľové objekty je možné vnímať muzikoterapiu ako súčasť (metódu) sociálnej práce tak s jednotlivcom, ako aj so skupinou, s dôrazom na sociálnu prácu so skupinou. Myšlienku muzikoterapie ako metódy sociálnej práce pritom podporuje aj komparácia niektorých ich definícií. Hoci vzhľadom na konvenčné prístupy muzikoterapie s klinickou orientáciou sa môže zdať, že v sociálnej práci muzikoterapia nemá uplatnenie a skôr má bližší vzťah s pomáhajúcimi profesiami vzťahujúcimi sa viac ku klinickej praxi (napr. psychológia a psychiatria), nejednotnosť definície muzikoterapie a existencia jej mnohých rozličných prístupov a modelov dáva podľa môjho názoru priestor aj pre jej chápanie ako metódy sociálnej práce. Vychádzajúc z definície sociálnej práce ako „profesionálnej činnosti sociálnych pracovníkov (a asistentov sociálnej práce), ktorí svojím cieľavedomým pôsobením pomáhajú, sprevádzajú, podporujú a zmocňujú jednotlivcov a sociálne systémy (rodiny, skupiny, komunity, inštitúcie) nadobudnúť optimálnu úroveň sociálneho fungovania a utvárajú priaznivé spoločenské podmienky na dosiahnutie tohto cieľa“ (Mátel, 2017:72), je možné vidieť prieniky s chápaním sociálnej muzikoterapie Schwabeho (Schwabe, Haase, 1998) ako intervencie na podporu sociálnych kompetencií, autonómie a fungovania v sociálnom poli, s explicitným definovaním uplatnenia muzikoterapie aj v sociálno-terapeutickom a preventívnom kontexte. Z tohto pohľadu sa dá usudzovať, že obe disciplíny vychádzajú z teórie sociálneho fungovania a spejú k spoločnému cieľu. Brnula (2017) tiež uvádza, že z hľadiska cieľa sociálnej práce je dôležité aj vnímanie aspektu kvality života a sociálnu prácu je treba vnímať aj ako humánnu činnosť, zacielenú na zvyšovanie alebo stabilitu kvality života ľudí tak, aby samotný proces bol v súlade s potrebami objektu či jeho predstavami a viedol k svojpomoci. Podobný cieľ, zameraný na hľadanie optimalizácie kvality života jednotlivcov, skupín, rodín a komunít a zlepšenie ich fyzického, sociálneho, komunikačného, emocionálneho, intelektuálneho a spirituálneho zdravia a pohody, je vidieť v definícii Svetovej federácie muzikoterapie (WFMT, 2014). A hoci sa posledná globálna definícia sociálnej práce, formulovaná Medzinárodnou federáciou sociálnej práce (IFSW, 2014), zameraná na podporu sociálnej zmeny a rozvoja, sociálnej kohézie, empowerment a slobodu ľudí, aby riešili životné krízy a zlepšovali svoj blahobyť, začína viac orientovať na reformnú ako terapeutickú paradigmu, aj v tomto prípade je možné nájsť prieniky s cieľmi muzikoterapie. V rámci komunitnej muzikoterapie sú to práve sociálna zmena, podpora tvorby sociálnych sietí a empowerment ako jej hlavné ciele, opierajúc sa pritom o ekologický a systemický prístup (Pavlicevic, Ansdell, 2004; Stige, Aarø, 2012).

Nakoniec, aj pre advokáciu muzikoterapie ako súčasti socioterapie na Slovensku, sa dá nájsť prienikový bod v ich definíciách (Šoltésová, Bosá, Balogová, 2015; Edwards, 2016) cez spoločný dôraz na pomoc a najmä terapeutický vzťah, ktorý je v oboch prípadoch dôležitý. Inšpiráciu pre chápanie muzikoterapie ako metódy socioterapie môže byť na Slovensku Šoltésová (2014), s jej začleňovaním intervencií a aktivít s asistenciou psov (vrátane terapie s asistenciou psov) do socioterapie. Z pohľadu ďalších metód sociálnej práce má muzikoterapia však bezpochyby miesto minimálne v manažmente v sociálnej práci (najmä v sociálnych službách), pri individuálnom plánovaní a sieťovaní v sociálnej práci, kedy (aj keď bez profesionálnej kvalifikácie na výkon



muzikoterapie) by sociálny pracovník alebo pracovníčka mali mať základné znalosti z oblasti muzikoterapie a vzhľadom na aktuálne potreby klientov a klientok vedieť vhodne túto potrebu identifikovať. Sociálny pracovník alebo pracovníčka by potom mali vedieť vhodne zaradiť túto intervenčnú činnosť do individuálneho plánu klienta alebo klientky a sprostredkovať mu/jej vhodného profesionála či profesionálku.

Z perspektívy etáp sociálnej práce je tak možné vidieť uplatnenie muzikoterapie najmä v etape navrhovania riešení a sociálnej intervencie, pričom v rámci nej by mala mať muzikoterapia logicky najvýznamnejšie miesto v etape terapeutického pôsobenia. V tejto etape by však mohla mať muzikoterapia význam aj v rámci metód aktivizácie, resocializácie a rehabilitácie, ako už bolo vyššie uvedené pri niektorých autorkách. Vzhľadom na to, že socioterapiu vnímajú Šoltésová, Bosá a Balogová (2015) ako súčasť špecializovaného sociálneho poradenstva, mala by byť pre ukotvenie muzikoterapie v rámci metód sociálnej práce nosná, a to tak v osobnom, ako aj skupinovom sociálnom poradenstve. Avšak potenciál muzikoterapie v sociálnom poradenstve nemusí spočívať len v terapeutickom pôsobení, ale aj v prípadoch komunikačných a emocionálnych bariér klienta alebo klientky. Podobne by sa mohla dať využiť muzikoterapia aj v etape sociálneho posudzovania (diagnostike), keď chceme napr. zistiť príčiny vzniku sociálneho problému u klienta alebo klientky s komunikačnými bariérami. Z aspektu foriem sociálnej práce má zrejme najväčší význam sociálna práca s jednotlivcom a so skupinou, myslím si však, že by mohla byť dobre využitá aj v rámci komunitnej sociálnej práce, tak ako sa to javí cez myšlienky komunitnej a kultúrne centrovanej muzikoterapie. Tieto prístupy by mohli mať u nás uplatnenie najmä pri práci so sociálne vylúčenými a marginalizovanými komunitami, či prisťahovalcami/kyňami a žiadateľmi/kami o azyl a odkazujú na reformistickú paradigmu v sociálnej práci. Zo strany sociálnej práce so spoločnosťou by zase muzikoterapia v sociálnej práci mohla nadobúdať preventívny charakter, čo odkazuje na ďalší rozmer z oblasti metód sociálnej práce. Poslednou samostatnou oblasťou v tomto diskurze sú bezpochyby sociálne služby, v rámci ktorých sa muzikoterapia stáva sociálnou službou a sociálny pracovník alebo pracovníčka môžu figurovať buď ako priami poskytovatelia muzikoterapie, alebo ako plánovači a manažéri sociálnych služieb a koordinátori ich sieťovania.

LEGISLATÍVNE VYMEDZENIE A STAV VO VZDELÁVANÍ

Ako som už v roku 2012 upozornila (Moravčíková, 2012a), legislatíva je v predmetnej oblasti nejasná a na jednej strane nezväzujúca pracovníkov a pracovníčky pomáhajúcich profesií v aplikovaní muzikoterapie či jej techník do svojej praxe, na druhej strane stojí otázka štandardov kvality takto legislatívne slabo zastrešenej muzikoterapie. V podstate je možné v slovenskej legislatíve vidieť zmienky o muzikoterapii v súvislosti s liečebnou pedagogikou a socioterapiou, čo viac-menej korešponduje so zázemím v odbornej literatúre. Muzikoterapia ako samostatná profesia u nás nie je legislatívne určená.

Liečebný pedagóg alebo pedagogička, ako absolvent/ka študijného odboru určeného Sústavou študijných odborov Slovenskej republiky vydanou rozhodnutím Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 2090/2002-sekr. zo dňa 16. decembra 2002 v znení rozhodnutí Ministerstva školstva Slovenskej republiky, má možnosť využívať vo svojej praxi prvky muzikoterapie (Akreditačná komisia, nedat.). Môžeme sa ale opierať aj o legislatívne vymedzenie socioterapie, ktorá sa zdá byť v odbornej literatúre dobrým východiskom pre definovanie vzťahu muzikoterapie a sociálnej práce. Ide o legislatívne dokumenty s názvom *Analytický list č. 2404* v rámci *Katalógu pracovných činností s prevahou duševnej práce pri výkone práce vo verejnom záujme*, časť 15, práca a sociálne veci (*nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 341/2004 Z. z.*) a *zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách*, § 61, ôsma hlava – spoločné ustanovenia pri poskytovaní sociálnych služieb, ods. 8. V Analytickom liste je potom muzikoterapia spomenutá v zmysle sociálnej terapie, kedy sociálny terapeut pri vykonávaní sociálnej terapie využíva k liečebným cieľom formy a prostriedky adekvátne umeleckým formám, využíva hmatové, estetické a emocionálne zážitky, využíva rôzne

formy terapií, napr. animoterapiu, aromaterapiu, arteterapiu, biblioterapiu, činnostnú terapiu, dramatoterapiu, kineziológiu, muzikoterapiu, psychomotorickú terapiu, terapiu hrou a ergoterapiu. Ako však uviedlo *Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny* (2011), analytické listy nemajú charakter všeobecne záväzného právneho predpisu. V praxi sa uplatňujú ako metodická pomôcka na určenie najnáročnejšej pracovnej činnosti pri zaraďovaní zamestnancov do platových tried. Zaujímavá je osobná reflexia autoriek zákona, že mnohé zariadenia sociálnych služieb už aj pred zavedením novej právnej úpravy takéto typy terapií vykonávali (Repková, Brichtová, 2009). Kvalifikačné predpoklady pre výkon socioterapie (a tým pádom aj pre výkon muzikoterapie) sú pritom určované ako v prípade špecializovaného sociálneho poradenstva, ktoré požadujú minimálne trojročnú prax s cieľovou skupinou a vysokoškolské vzdelanie získané štúdiom v bakalárskom študijnom programe alebo magisterskom študijnom programe zameranom na sociálnu prácu alebo sociálne služby a poradenstvo akreditovanom podľa osobitného predpisu, alebo vysokoškolské vzdelanie získané v bakalárskom študijnom programe alebo magisterskom študijnom programe akreditovanom podľa osobitného predpisu, zameranom na činnosť, ktorá sa poskytuje v rámci špecializovaného sociálneho poradenstva (Šoltésiová, Bosá, Balogová, 2015; zákon o sociálnych službách). To môže znamenať, že oprávnená osoba nemusela vôbec absolvovať žiadne vzdelávanie, ktoré by sa týkalo muzikoterapie. V zákone o sociálnych službách je tiež uvedené, že ak má poskytovateľ sociálnej služby na to vytvorené podmienky, môže vykonávať na účel zvýšenia kvality poskytovanej sociálnej služby muzikoterapiu, arteterapiu, hipoterapiu, canisterapiu, biblioterapiu, hydroterapiu, aromaterapiu a činnostnú terapiu. Nie je však zo zákona jasné, čo presne znamenajú „podmienky“ a či sa to týka disponovaním liečebného pedagóga/čky alebo socioterapeuta/ky, ktorým zákon umožňuje využívať formy alebo prvky muzikoterapie. Problémom taktiež zostáva obsahová náplň muzikoterapie ako socioterapie a jej vymedzenie oproti iným druhom (prístupom, konceptom, modelom) muzikoterapie, prípadne presahy do využívania hudby ako voľnočasovej aktivity a záujmového vzdelávania a aj ďalšieho uplatňovania hudby v sociálnej práci. Možná otázka potom vyvstáva v oblasti kompetenčného vzdelávania ako aj etiky starostlivosti.

V Českej republike je situácia ohľadom legislatívneho vymedzenia obdobná, aj keď mierne odlišná. V *zákone č. 108/2006 Sb., o sociálnych službách*, nie je o muzikoterapii žiadna zmienka. Muzikoterapia je ale stručne zmienená na rozdiel od Slovenska nie v súvislosti s liečebnou pedagogikou, ale špeciálnou, a to v *Katalogu podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění* (Univerzita Palackého v Olomouci, 2017), ktoré dopĺňajú *vyhlášku, kterou se mění vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytování poradenských služeb ve školách a školských poradenských zařízeních*. Taktiež ani v Českej republike nie je muzikoterapia legislatívne uznaná za samostatnú profesiu.

Čo sa týka odbornej prípravy, Mastnak a Kantor (2014) uvádzajú, že za komunistického režimu (teda počas obdobia Československa) boli jedinou možnosťou vzdelávania v oblasti muzikoterapie výcvikové komunity Jitky Schánilcovej-Vodňanskej, jej kurzy muzikoterapie a neverbálnych techník. Či sa to týkalo iba ponuky v Česku, a či bolo podobné vzdelávanie ponúkané aj pre Slovensko, odborná literatúra nezmieňuje. V súčasnosti na Slovensku zatiaľ neexistuje samostatné univerzitné vzdelávanie muzikoterapie bakalárskeho alebo magisterského stupňa. Vychádzajúc však z legislatívy o muzikoterapii ako súčasť socioterapie by sa dalo očakávať, že tomu bude prislúchať aj ponuka vzdelávania. Pod *Ministerstvom školstva, vedy, výskumu a športu* (nedat.) však nefiguruje kurz muzikoterapie ani v zozname akreditovaných programov *Doplňujúceho pedagogického štúdia a programov kontinuálneho vzdelávania*, ani v zozname akreditovaných programov *Celoživotného vzdelávania. Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, n. o.*, síce ponúka akreditovaný kurz „Terapeutické techniky v sociálnej práci“, zo všeobecnej charakteristiky však nie je jasné, či sa týka aj muzikoterapeutických techník, a v rámci modulov ponúkajú len arteterapiu a ergoterapiu, pričom nie je jasné, či je arteterapia myslená v užšom, alebo



v širšom význame zahŕňajúc aj muzikoterapiu⁶. Okrem toho *Prešovská univerzita v Prešove* ponúka akreditovaný vzdelávací program celoživotného vzdelávania s názvom „Socioterapia v sociálnej práci“, zatiaľ však muzikoterapia nie je zahrnutá do obsahovej náplne kurzu. Na vysokých školách sa tak odborné vzdelávanie v muzikoterapii uskutočňuje len v rámci študijných programov odboru liečebná pedagogika, kde sa muzikoterapia chápe ako jedna z jej metód (Hornáková, 2007). Ďalej nachádzame sporadicky sa objavujúce predmety so zameraním na muzikoterapiu i v pregraduálnom vzdelávaní v študijnom odbore sociálna práca, podobne ako v odboroch špeciálna pedagogika, sociálna pedagogika a vychovávateľstvo, všeobecná pedagogika, hudobná výchova, či zdravotnícke odbory ako ošetrovateľstvo alebo pôrodníctvo. Nie vždy sa však daný predmet v danom školskom roku otvorí a výučba tohto charakteru predstavuje veľmi malé zastúpenie. Otázka je, či je to postačujúce. Taktiež je potrebných v tejto problematike tvorby kvalifikačných predpokladov pre výkon muzikoterapie v socioterapii viac výskumov.

Napriek tomu je možné konštatovať, že sa situácia na Slovensku v posledných rokoch zlepšuje, najmä vďaka ponúkaným kurzom Jaroslavy Gajdošíkovej Zeleiovej a *Slovenskej asociácie muzikoterapie*, ktorá sa môže považovať za jeden z krokov v snahách o profesionalizáciu muzikoterapie na Slovensku. Tá pomohla k tomu, že sa u nás ponúka čoraz viac krátkodobých kurzov, vedených muzikoterapeutmi a muzikoterapeutkami najmä z Českej republiky, ako je napr. kurz Markéty Gerlichovej, Zdeňka Šimanovského a najnovšie aj dlhodobý kurz v dĺžke 200 h. pod vedením Mateja Lipského. Okrem toho je možné sa stretnúť s rôznymi krátkodobými kurzami, ktoré sú priebežne ponúkané rozličnými občianskymi združeniami, otázna je však ich kvalita. Väčšina kurzov je pritom ponúkaná aj sociálnym pracovníkom a pracovníčkam, čo čiastočne dopĺňa vyššie zmienenú chýbajúcu ponuku takéhoto vzdelávania. Otázkou však je relevancia takéhoto vzdelávania pre kvalifikačné predpoklady určované legislatívou. Podobne je to aj s využívaním absolvovania muzikoterapeutických kurzov v zahraničí, ktoré sú tamojšou vládou akreditované, ale otázna je prenositeľnosť do legislatívnych podmienok na Slovensku. Absolvovanie takýchto kurzov (často finančne náročných) má pre slovenského sociálneho pracovníka alebo pracovníčku len akúsi pridanú hodnotu, ktorú môžu použiť vo svojej praxi.

V Českej republike sa naproti tomu začala ponuka muzikoterapeutických kurzov rozširovať už od 90. rokov, a to tak súkromných, ako aj univerzitných (Mastnak, Kantor, 2014). Hoci aj tu zatiaľ neexistuje samostatné univerzitné vzdelanie muzikoterapie bakalárskeho alebo magisterského stupňa, je však dostupné univerzitné vzdelávanie prostredníctvom postgraduálneho (ďalšieho) štúdia v muzikoterapii, ktoré je určené najmä špeciálnym pedagógom/ičkám a psychologom/ičkám. Kantor a Weber (2009) uvádzajú, že na jeseň 2008 bol na Karlovej univerzite v Prahe ukončený prvý dvojročný program edukačnej muzikoterapie, ktorý bol ako prvý plne akreditovaný pod českým *Ministerstvom školství, mládeže a tělovýchovy* (ďalej len MŠMT). V roku 2008 sa ten istý program otvoril aj na *Technické univerzite v Liberci*, ktorý zabezpečovala *Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky*. Študijný program bol určený psychologom, psychologičkám, špeciálnym a sociálnym pedagógom a pedagogičkám. V súčasnosti je aktívnych niekoľko vzdelávacích programov, akreditovaných najmä pod pedagogickými fakultami niektorých českých univerzít, väčšinou jednosemestrových, zriedka viacsemestrových. Príkladom je štvorsemestrový kurz arteterapie, ktorého súčasťou sú uvádzané kurzy muzikoterapie, na *Vysokej škole polytechnické v Jihlavě* pod záštitou *Katedry sociální práce*, v rámci celoživotného vzdelávania, ktorý je ponúkaný od roku 2015, určený pre sociálnych pracovníkov a pracovníčky a iných pomáhajúcich pracovníkov a pracovníčky, alebo *Palackého univerzita v Olomouci*, kde vo februári 2017 začal na *Institutě celoživotního vzdělávání FF UP v Olomouci* trojsemestrový kurz celostnej muzikoterapie pod vedením Lubomíra Holzera. Akreditované pod MŠMT sú však tieto kurzy len pre psychologov/ičky a špeciálnych pedagógov/ičky, ostatní absolventi a absolventky kurzu dostanú len osvedčenie o jeho absolvovaní. Prevažujú však krátkodobé súkromné kurzy garantované CZMTA, hoci je

⁶ Tak ako ju rozlišuje napr. Kantor (2009) pri arteterapii v širšom a užšom význame.



vidieť snahu aj o zaraďovanie dlhodobých kurzov, ako napr. Výcvik v integratívnej muzikoterapii vedený Tomášom Procházkom v dotácii 300 h., ktorý začal v apríli 2017. V súkromnom sektore je možné sa stretnúť s muzikoterapiou aj na inštitútoch *Akademie Alternativa* a *Akademie Tabor*, na ktorom napr. v tomto roku realizovali kurz „Úvod do využitia muzikoterapie v práci s romskou mládežou“, ktorý je určený pre sociálnych pracovníkov a pracovníčky. Ponúkané sú tiež muzikoterapeutické kurzy akreditované *Ministerstvom práce a sociálnych vecí České republiky*, určené najmä pre sociálnych pracovníkov/čky a pracovníkov/čky v sociálnych službách.

Je zaujímavé, že v Českej republike figuruje toľko ponúk na ďalšie vzdelávanie v muzikoterapii určených pre sociálnych pracovníkov a pracovníčky, keď (ako je vyššie uvádzané) neexistuje v tomto ohľade legislatívne vymedzenie a existuje iba minimum pojednávajúcej literatúry, z ktorej by mohli lektori a lektorky vychádzať. Mohlo by to znamenať, že napriek tomu v praxi sociálni pracovníci a pracovníčky muzikoterapiu chcú realizovať a vytvárajú po týchto kurzoch dopyt.

Špecifickým pojmom, ktorý sa častokrát v súvislosti so sociálnou prácou a sociálnymi službami používa, je aj „muzikoterapeutická technika“ či „muzikoterapeutický prvok“. Podobne ako je to u Šimanovského (1998), na niektorých stránkach poskytovateľov sociálnych služieb či v záverečných prácach, sa zdá, ako by si dané osoby uvedomovali kvalifikačnú nekompetentnosť pre výkon muzikoterapie, možno majú na mysli predstavu profesionalizovanej muzikoterapie, ktorú oni vzhľadom na neabsolvovanie vzdelávania vykonávať nemôžu. V rámci túžby použiť ju v rámci svojej praxe však tzv. alibisticky možno radšej použijú tvrdenie, že uplatňujú len vybrané techniky alebo prvky muzikoterapie. Aj toto by mohlo byť smerovanie pre vzťah muzikoterapie a sociálnej práce, ak by sa platforma odborníkov a odborníčok sociálnej práce zhodla na konkrétnych technikách a prvkoch určených pre konkrétne situácie výkonu sociálnej práce a cieľové skupiny. Vzhľadom na rôznorodé prístupy, koncepty a modely muzikoterapie je však veľmi ťažké určiť hranice toho, kedy ide o muzikoterapiu a kedy len o uplatňovanie jej vybraných techník a prvkov. Podobne ťažké je v súvislosti s niektorými modelmi muzikoterapie rozlíšiť hranice medzi aktivitami záujmového vzdelávania, voľnočasovými a rekreačnými aktivitami a samotnou muzikoterapiou. Taktiež si myslím, že aj použitie iba niekoľkých prvkov muzikoterapie (napr. aj jednoduchý pasívny receptívny poslušnosť určitej hudby) nekvalifikovaným profesionálom alebo profesionálkou môže klientovi či klientke poškodiť. Preto sa domnievam, že v rámci vzdelávania, či už pregraduálneho alebo ďalšieho, by sa malo diskutovať o intervenciách a aktivitách s využitím hudby, medzi ktoré by sa mala radiť muzikoterapia ako metóda sociálnej práce, s dôrazom na prehľad jednotlivých jej techník a prvkov. Sociálny pracovník alebo pracovníčka v praxi potom nemusí využívať všetky techniky a prvky, ale iba niektoré, napr. podľa vhodnosti pre klienta či klientku a danej situácie. Mal/a by byť však v uplatňovaní týchto techník a prvkov vzdelaný/á.

ZÁVER

Z vyššie uvedeného vyplýva, že muzikoterapia v odbornej literatúre sociálnej práce na Slovensku (v Česku) má miesto ako jedna z jej metód, ale nie je ešte úplne vyjasnené, hoci smeruje k ukotveniu v socioterapii, ktoré podporuje slovenská legislatíva. Súčasné obdobie však považujem za veľmi priaznivé pre takéto myšlienky, kedy sa konečne po prvotných ťažkých dvoch desaťkoch rokov od znovuzrodenia sociálnej práce po páde socializmu a vytvárania jej teoretických základov ako vedy začal otvárať priestor aj pre netradičnejšie témy. Popularitu témy muzikoterapie vo vzťahu k sociálnej práci je možné vnímať narastajúcim počtom odbornej literatúry za posledné roky, ktorá aspoň okrajovo pojednáva o tomto vzťahu. Jej stav však považujem za nedostatočne rozpracovaný vzhľadom na to, že v nej v slovenskej literatúre minimálne abscentuje konkretizačný rámec praktickej aplikácie toho, čo umožňuje vykonávať socioterapeutovi alebo socioterapeutke legislatíva. Z aspektu českej odbornej literatúry sa tiež javí byť táto oblasť nedostatočne rozpracovaná, opierajúc sa o to, že pre sociálnych pracovníkov a pracovníčky existuje v Českej republike pomerne dostačujúca ponuka ďalšieho vzdelávania v muzikoterapii. Preto považujem



ako ďalší krok za veľmi potrebné vytvoriť na úrovni odbornej verejnosti v sociálnej práci diskusnú platformu s ohľadom na túto problematiku a dohodnúť sa na spoločnom konsenze chápania vzťahu muzikoterapie a sociálnej práce, vymedziť obsahové teoretické aj praktické kontexty muzikoterapie ako metódy sociálnej práce, dohodnúť sa na kvalifikačných predpokladoch pre jej výkon sociálnymi pracovníkmi a pracovníčkami a na legislatívnom vymedzení. K tomu však ako potrebné vnímam ďalší výskum, ktorý by sa mohol zamerať na nasledovné otázky. Do akej miery sa u slovenských (českých) sociálnych pracovníkoch a pracovníčok v praxi (možno aj z pohľadu rôznych oblastí a cieľových skupín) vyskytuje reálny dopyt po vzdelávaní a odbornej literatúre o muzikoterapii v sociálnej práci? Aké sú možnosti a bariéry pre výkon muzikoterapie sociálnymi pracovníkmi a pracovníčkami v súčasnej praxi s ohľadom na ďalšie pomáhajúce disciplíny? Aký je súčasný reálny stav aktivít a intervencií uplatňovania hudby (vrátane muzikoterapie) sociálnymi pracovníkmi a pracovníčkami na Slovensku a v Česku? Aký model či modely muzikoterapie by boli vhodné pre kvalifikačný rámec muzikoterapie ako metódy sociálnej práce, či muzikoterapie ako súčasti socioterapie? Vzhľadom na zahraničné trendy v muzikoterapeutickej praxi a jej profesionalizáciu je veľmi pravdepodobné, že sa postupom času muzikoterapia ako samostatná profesia etabluje aj u nás, čo považujem za správny smer. Bolo by však veľmi vítané, ak by zodpovedné orgány pre jej profesionalizáciu na Slovensku počítali aj s absolventmi a absolventkami sociálnej práce ako potenciálnymi adeptmi a adeptkami pre muzikoterapeutické vzdelanie, nie len s pedagogicky, psychologicky alebo zdravotnícky orientovanými odbormi. Príkladom by mohol byť systém v Severnej Amerike, kde sa pre magisterský stupeň muzikoterapie uznáva ukončený bakalársky stupeň v odbore sociálna práca, poprípade by v budúcnosti mohol byť spustený duálny program Sociálna práca – Muzikoterapia. Na ďalšej strane sa muzikoterapia v sociálnej práci javí mať svoje špecifiká, podobne ako je to v prípade muzikoterapie v liečebnej pedagogike. Jednou z alternatív vzdelávania by mohla byť voliteľná špecializácia na muzikoterapiu v sociálnej práci v rámci pregraduálneho vysokoškolského vzdelávania, či spomínané intervencie a aktivity s uplatňovaním hudby, druhou alternatívou by mohli byť ponuky akreditovaných kurzov v rámci ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov a pracovníčok, podobne ako to v súčasnosti funguje v Českej republike. Vychádzajúc z legislatívy socioterapie sa ako treťou možnosťou, ale aj nevyhnutnou potrebou javí byť ujasnenie miesta muzikoterapie v socioterapii s ohľadom na jej praktický výkon a kvalifikačné predpoklady. Potom by mohla mať napr. formu špecializácie ďalšieho vzdelávania socioterapie na muzikoterapiu, respektíve inkorporovania muzikoterapeutických techník, prvkov či foriem alebo prostriedkov do socioterapeutického vzdelávania. Aj v tomto prípade sa otvára veľa možností pre ďalší výskum.

POUŽITÉ ZDROJE

- AKADEMIE ALTERNATIVA. Nedatováno. [online]. [20. 7. 2017]. Dostupné z: <http://www.akademiealternativa.cz/>
- AKREDITAČNÁ KOMISIA. Nedatováno. *Sústava študijných odborov* [online]. Ministerstvo školstva, vedy, výskumu a športu SR. [29. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.akredkom.sk/index.pl?tmpl=odbory>
- AMTA. 2017. *History of Music Therapy* [online]. © 1998–2017 [22. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.musictherapy.org/about/history/>
- AMTMANNOVÁ, E., JAROŠOVÁ, E., KARDOŠ, T. 2007. *Aplikovaná muzikoterapia* [online]. Vydala Elena Amtmannová, Kardos. [4. 3. 2017]. Dostupné z: https://prolp.files.wordpress.com/2008/02/aplikovana_mt.pdf
- ANSDELL, G. 2002. *Community Music Therapy & The Winds of Change* [online]. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2(2). [22. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.voices.no/index.php/voices/article/view/83/65>



- BALOGOVÁ, B., ŽIAKOVÁ, E. 2017. (Eds.). *Vademecum sociálnej práce: terminologický slovník*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Filozofická fakulta.
- BAMT. Nedaťováno. [online]. [22. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.bamt.org/>
- BLANK, B. T. 2009. David's Harp: Bringing Healing Through Music. *The New Social Worker: The Social Worker Careers Magazine*, Winter 2009, 16(1), 15–17.
- BOGNER, K. 2011. *Psychische Erkrankungen und ihre Auswirkungen auf die Partnerschaft*. Regensburg: GRIN Verlag.
- BONTOVÁ, A. 2009. Možnosti využitia muzikoterapie v subsystémoch andragogiky. In: *Teorie a praxe hudební výchovy. Sborník příspěvků z konference českých a slovenských doktorandů a pedagogů hudebního vzdělávání v Praze v roce 2009*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 175–179.
- BRNULA, P. 2017. Cieľ sociálnej práce. In: BALOGOVÁ, B., ŽIAKOVÁ, E. (Eds.). *Vademecum sociálnej práce: terminologický slovník*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Filozofická fakulta, 53–54.
- BUNT, L., STIGE, B. 2014. *Music Therapy: An Art beyond Words*. Second edition. Hove: Routledge.
- CZMTA. 2017. *Muzikoterapeutická asociace České republiky: Home page* [online]. © 2017 [3. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.czmta.cz/>
- DOBŠOVIČ, L. 2012. Socioterapeut – metóda a nástroj socioterapie. *Socioterapia*, 2(2), 1–2.
- EDWARDS, J. 2016. Introduction: Conceptualizing Music Therapy: Five Areas that Frame the Field. In: EDWARDS, J. (Ed.). *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 1–14.
- FROHNE-HAGEMANN, I. 1990. Integrative Musiktherapie als psychotherapeutische, klinische und persönlichkeitsbildende Methode. In: FROHNE-HAGEMANN, I. (Ed.). *Musik und Gestalt*. Paderborn: Junfermann, 99–120.
- GERLICOVÁ, M. 2014. *Muzikoterapie v praxi: příběhy muzikoterapeutických cest*. Praha: Grada Publishing.
- HANGONI, T., CEHELSKÁ, D. 2014. Senior v kontexte dneška. In: HANGONI, T., CEHELSKÁ, D., ŠÍP, M. *Sociálne poradenstvo pre seniorov*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove, 104–150.
- HARTOGH, T., WICKEL, H. H. (Eds.). 2004. *Handbuch Musik in der Sozialen Arbeit*. Weinheim: Juventa Verlag.
- HILL, B., JOSTIES, E. (Eds.). 2007. *Jugend, Musik und soziale Arbeit: Anregungen für die sozialpädagogische Praxis*. Weinheim: Juventa Verlag.
- HORNÁKOVÁ, M. 2007. *Liečebná pedagogika pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: OZ Sociálna práca.
- HRONCOVÁ, J. 2008. Vzťah sociálnej pedagogiky a sociálnej práce – história a súčasnosť. In: TOKÁROVÁ, A., MATULAYOVÁ, T. (Eds.). *Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika – aktuálne otázky teórie a praxe. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej 1.–2. 10. 2007 v Spišskej Novej Vsi*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 35–41.
- HRONCOVÁ, J., HUDECOVÁ, A., MATULAYOVÁ, T. 2001. *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. Banská Bystrica: PF UMB.
- HRUŠKOVÁ, H., MATOUŠEK, O., LANDISCHOVÁ, E. 2005. Sociálné práce s ľuďmi s mentálnym postihnutím. In: MATOUŠEK, O., KOLÁČKOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. (Eds.). *Sociálné práce v praxi*. Praha: Portál, 111–131.
- HUSS, E. 2013. *What We See and What We Say: Using Images in Research, Therapy, Empowerment, and Social Change*. New York: Routledge.
- HUSS, E. 2009. „A Coat of Many Colors“: Towards an Integrative Multilayered Model of Art Therapy. *The Arts in Psychotherapy*, 36(3), 154–160.



- IFSW. 2014. *Global Definition of Social Work* [online]. [23. 7. 2017]. Dostupné z: <http://ifsw.org/>
- INSTITUT CELOŽIVOTNÍHO VZDĚLÁVÁNÍ FF UP V OLOMOUCI. Nedatováno. *Celostní muzikoterapie* [online]. [3. 3. 2017]. Dostupné z: <http://icv.ff.upol.cz/muzikoterapie-1/>
- JACKSON, K. 2015. Beyond Talk – Creative Arts Therapies in Social Work. *Social Work Today*, 15(3), 22.
- JÄGER, J., KUCKHERMANN, R. (Eds.). 2004. *Ästhetische Praxis in der sozialen Arbeit: Wahrnehmung, Gestaltung und Kommunikation*. Weinheim: Juventa Verlag.
- KANTOR, J. 2009. Vymezení muzikoterapie. In: KANTOR, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, 20–28.
- KANTOR, J., WEBER, J. 2009. Muzikoterapie v některých zemích. In: KANTOR, J. a kol. *Základy muzikoterapie*. Praha: Grada Publishing, 75–106.
- KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE: VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA. Nedatováno. Domovská stránka [online]. [23. 7. 2017]. Dostupné z: <https://ksp.vspj.cz>
- KAPTEINA, H. 2009. Soziale Arbeit. In: DECKER-VOIGT, H. H., WEYMANN, E. *Lexikon Musiktherapie*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe Verlag, 460–464.
- UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI. 2017. *Katalog podpůrných opatření pro žáky s potřebou podpory ve vzdělávání z důvodu zdravotního nebo sociálního znevýhodnění* [online]. [23. 7. 2017]. Dostupné z: <http://katalogpo.upol.cz/>
- KOŠALOVÁ, K. 2005. Využitie muzikoterapeutických techník u detí s poruchami správania. In: ČIERNA, A. (Ed.). *Hudobná výchova včera a dnes: hudobná výchova a jej miesto v národných programoch výchovy a vzdelávania. Zborník príspevkov z konferencie „Hudobná výchova včera a dnes“, konaná 12.–14. 5. 2004 v Nitre*. Nitra: Pedagogická fakulta Univerzity Konštantína Filozofa v Nitre, 109–111.
- KREDÁTUS, J. 2003. Metódy práce so skupinou. In: TOKÁROVÁ, A. a kol. *Sociálna práca: Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print, 451–464.
- KRUŠINSKÁ, M., ZELEIOVÁ, J. G. 2011. *Hudobno-výchovné a hudobno-terapeutické moduly. Podnety z tvorivých dielní akcentujúcich zdroje ľudovej tvorby a osobnej identity*. Ružomberok: Verbum PdF KU v Ružomberku.
- LENZ, M., TÜPKER, R. 1998. *Wege zur Musiktherapeutischen Improvisation: Materialien zur Musiktherapie*. Band 4. Münster: Lit Verlag.
- MALAI, R. 2015. Alternative Therapies Can Enrich Practice [online]. *NASW News*, 60(2). [26. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.socialworkers.org/pubs/news/2015/02/alternative-therapies.asp>
- MARČIČIAKOVÁ, R., MOJTOVÁ, M. 2013. Význam hospícov v starostlivosti o nevyliečiteľne chorých pacientov. In: HALACHOVÁ, M., LICHNER, V., ŠIŇANSKÁ, K. *Študentská vedecká a odborná činnosť v študijnom odbore 3.1.14 Sociálna práca: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie, konanej dňa 25. 4. 2013 v Košiciach*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 451–499.
- MASTNAK, W., KANTOR, J. 2014. Muzikoterapie. In: MÜLLER, O. (Ed.) a kol. *Terapie ve speciální pedagogice*. Praha: Grada Publishing, 269–333.
- MÁTEL, A. 2017. Sociálna práca. In: BALOGOVÁ, B., ŽIAKOVÁ, E. (Eds.). *Vademecum sociálnej práce: terminologický slovník*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika, Filozofická fakulta, 71–72.
- MATOUŠEK, O. 2003. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál.
- MAUT.CZ. 2015. *Domovská stránka* [online]. © 2015 [26. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.maut.cz/>
- MEDŇANSKÁ, I. 2015. Reflexia na desaťročné pôsobenie prof. Wolfganga Mastnaka na Prešovskej univerzite v Prešove (1991–2001). In: KRAJČÍ, P., PRIESTEROVÁ, K. (Eds.). *Dimenzia muzikoterapie v praxi, výskume a edukácii. Zborník príspevkov z medzinárodnej vedeckej konferencie [CD-ROM]*. Bratislava: IRIS, 31–46.
- MIKOVÁ, Z. 2009. Resocializácia, formy, metódy, efektivita. In: ONDREJKOVIČ, P. a kol. *Sociálna patológia*. Tretie, doplnené a prepracované vydanie. Bratislava: Veda, 307–339.



- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNYCH VECÍ A RODINY. 2011. *Práca a zamestnanosť – Výkon práce vo verejnom záujme – Odmeňovanie: Platové triedy a zaradovanie do platových tried* [online]. [6. 7. 2012]. Dostupné Z: http://www.employment.gov.sk/odmenovanie_vykon_prace_vo_verejnom_zaujme.html
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU SR. 2017. *Centrálny register záverečných a kvalifikačných prác* [online]. [25. 7. 2017]. Dostupné z: <http://cms.crzp.sk/>
- MINISTERSTVO ŠKOLSTVA, VEDY, VÝSKUMU A ŠPORTU. Nedatováno. *Domovská stránka* [online]. [28. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.minedu.sk/>
- MORAVČÍKOVÁ, A. 2012a. *Hudba v sociálnej práci so staršími ľuďmi*. Dizertačná práca. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove.
- MORAVČÍKOVÁ, A. 2012b. Muzikoterapia a iné hudobné prístupy v pregraduálnej príprave sociálnych pracovníkov a pracovníčok. In: BALOGOVÁ, B., SKYBA, M., ŠOLTĚSOVÁ, D. *Pregraduálna príprava sociálnych pracovníkov, pracovníčok a sociológov, sociologičiek a možnosti ich uplatnenia v praxi. Zborník príspevkov z vedeckého seminára konaného dňa 7. decembra 2012 v Prešove* [online]. Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 113–126. [26. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/Balogova7>
- Nariadenie vlády Slovenskej republiky č. 341/2004 Z. z., ktorým sa ustanovujú katalógy pracovných činností pri výkone práce vo verejnom záujme a o ich zmenách a doplnení.*
- ODLEROVÁ, A., TOKOVSKÁ, M. 2011. *Starostlivosť o seniorov v kontexte sociálnej práce*. Banská Bystrica: Rieka života – Centrum pomoci seniorom.
- ONDREJKOVIČ, P. 2000. Príspevok k otázkam vzťahov sociálnej pedagogiky a sociálnej práce. *Pedagogika*, 50, 181–191.
- ONDREJKOVIČ, P. 2008. Sociálna práca vo vzťahu k iným vedným disciplinám. In: TOKÁROVÁ, A., MATULAYOVÁ, T. (Eds.). *Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika – aktuálne otázky teórie a praxe. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, konanej 1.–2. 10. 2007 v Spišskej Novej Vsi*. Prešov: FF PU, 22–28.
- OSVALDOVÁ, M. 2015. *Muzikoterapia ako intervenčný dynamizmus u osôb s postihnutím*. Bratislava: Iris.
- PAVLICEVIC, M. 2010. Reflection Crime, Community, and Every day practice: Music Therapy as Social Activism. In: STIGE, B. et al. (Eds.). *Where Music Helps: Community music therapy in action and Reflection*. Farnham: Ashgate, 223–241.
- PAVLICEVIC, M., ANSDELL, G. (Eds.). 2004. *Community Music Therapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- PORUBČANOVÁ, P. 2004. Sociálna práca s nevyliciteľne chorými a zomierajúcimi. In: LEVICKÁ, J., MRÁZOVÁ, A. *Úvod do sociálnej práce*. Trnava: Slovak Academic Press, 69–79.
- PROCHÁZKOVÁ, E. 2010. Význam expresívnej terapie v rozvoji potenciálu schizofreniků. *Sociální práce / Sociální práca*, 10(4), 94–100.
- REPKOVÁ, K., BRICHTOVÁ, L. 2009. *Sociálna ochrana starších osôb a osôb so zdravotným postihnutím – vybrané aspekty*. Bratislava: EPOS.
- RUSNÁKOVÁ, A. 2016. Prístupy muzikoterapie v socioterapii. *Journal Socioterapie*, 11(1, 2), 39–42.
- SAMT. 2017. *Domovská stránka* [online]. © 2013–2017 [3. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.muzikoterapia.eu>
- SEIDEL, A. 1992. Sozialpädagogische Musiktherapie. Anmerkungen zu einem Praxis- und Ausbildungskonzept. *Musiktherapeutische Umschau*, 13(4), 298–306.
- SCHMIDTOVÁ, M., JUHÁSOVÁ, A. 2013. Miesto sociálneho pracovníka v prostredí základnej školy. In: HALACHOVÁ, M., LICHNER, V., ŠIŇANSKÁ, K. *Študentská vedecká a odborná činnosť v študijnom odbore 3.1.14 Sociálna práca: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie konanej dňa 25. 4. 2013 v Košiciach*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, 129–163.
- SCHWABE, Ch., HAASE, U. 1998. *Die Sozialmusiktherapie (SMT). Crossener Schriften zur Musiktherapie*. Band 7. Akad. für Angewandte Musiktherapie.



- STIGE, B. 2016. Culture-Centered Music Therapy. In: EDWARDS, J. (Ed.). *The Oxford Handbook of Music Therapy*. Oxford: Oxford University Press, 538–556.
- STIGE, B. 2002. The Relentless Roots of Community Music Therapy [online]. *Voices: A World Forum for Music Therapy*, 2(3). [27. 2. 2017]. Dostupné z: <https://normt.uib.no/index.php/voices/article/view/98/75>
- ŠIMANOVSKÝ, Z. 2007. *Hry s hudbou a techniky muzikoterapie ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. Praha: Portál.
- STIGE, B., AARØ, L. E. 2012. *Invitation to Community Music Therapy*. New York: Routledge.
- ŠOLTĚSOVÁ, D. 2014. *Rizikový pojem „canisterapia“*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove.
- ŠOLTĚSOVÁ, D., BOSÁ, M., BALOGOVÁ, B. 2015. Socioterapia a jej vymedzenie [online]. *Journal Socioterapie*, 1(1), 9–16. [28. 2. 2017]. Dostupné z: <http://socialnapraca.weebly.com/uploads/5/4/2/4/5424089/journal.pdf>
- ŠRAMKOVÁ, M. 2013. Muzikoterapeutické pôsobenie hudby a jeho využitie v edukačnom procese. In: FRIDMAN, L. a kol. *Aktuálne podnety modernizácie didaktiky hudobnej edukácie*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, Pedagogická fakulta, 96–124.
- TOKÁROVÁ, A. 2003. Sociálna práca ako vedná disciplína. In: TOKÁROVÁ, A. a kol. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. Prešov: Akcent Print, 45–79.
- TRUHLÁŘOVÁ, Z. 2014. *Metody práce se skupinou. Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- VITÁLOVÁ, Z. 2007. *Úvod do muzikoterapie a jej využitie v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety.
- Vyhláška, ktorou sa mení vyhláška č. 72/2005 Sb., o poskytovaní poradenských služieb ve školách a školských poradenských zařízeních.*
- WHEELER, B. (Ed.). 2015. *Music Therapy Handbook*. New York: The Guilford Press.
- WFMT. 2014. *What is Music Therapy?* [online]. © 2008–2014 [26. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.wfmt.info/wfmt-new-home/about-wfmt/>
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*
- Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálních službách a o změně a doplnění zákona č. 445/1991 Zb. o živnostenském podnikání (živnostenský zákon) v znění neskorších předpisů.*
- ZELEIOVÁ, J. 2007. *Muzikoterapie. Východiska, koncepty, princípy a praxe*. Praha: Portál.
- ZELEIOVÁ, J. 2002. *Muzikoterapia – dialóg s chvením: Východiská, koncepty, princípy a praktická aplikácia*. Bratislava: Ústav hudobnej vedy SAV.
- ŽILOVÁ, A. 2003. *Komunitná práca s komunitou s vysokou mierou nezamestnanosti*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB.



Sociální práce a terapie v azylových domech

Social Work and Therapy in Shelters

Kateřina Glumbíková, Barbora Grundělová, Ivana Kaniová, Anna Krausová, Kateřina Lukešová, Zuzana Stanková, Marie Špiláčková

Mgr. et Mgr. Kateřina Glumbíková, Ph.D.,¹ je odbornou asistentkou na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity, ve své disertační práci se věnovala tématu Reintegrace matek samoživitelek žijících v azylových domech, aktuálně intenzivně spolupracuje se Sdružením azylových domů, z. s.

Mgr. et Mgr. Barbora Grundělová, DiS.,² je interní doktorandkou na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity. Vystudovala obor Sociální práce a obor Veřejná politika a lidské zdroje na FSS MU. Ve svém disertačním výzkumu se zabývá genderovými předsudky a stereotypy v praxi sociální práce a genderovou kompetencí sociálních pracovníků a pracovníků.

Mgr. Ivana Kaniová, Ph.D.,³ je odbornou asistentkou na Katedře sociální práce Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity. Zaměřuje se na specifické metody sociální práce, zejména case management, dále odbornou praxi formou projektové výuky a profesní identitu sociálních pracovníků.

Mgr. Anna Krausová, Ph.D.,⁴ je odbornou asistentkou na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity. Zaměřuje se při přednáškové a publikační činnosti na oblast sociální politiky, makrometod sociální práce a problematiku projektového řízení.

Mgr. Kateřina Lukešová⁵ působila na Katedře sociální práce Fakulty sociálních studií Ostravské univerzity jako garantka odborných praxí studijního programu Sociální politika a sociální práce. Aktuálně působí jako poradkyně rané péče.

Mgr. Zuzana Stanková⁶ je interní doktorandkou na Fakultě sociálních studií Ostravské univerzity, ve své disertační práci se věnuje tématu Situační analýzy zdrojů pomoci obyvatel sociálně vyloučených lokalit na území Moravskoslezského kraje.

¹ Kontakt: Mgr. et Mgr. Kateřina Glumbíková, Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Katerina.Glumbikova@osu.cz

² Kontakt: Mgr. et Mgr. Barbora Grundělová, DiS., Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Barbora.Grundelova@osu.cz

³ Kontakt: Mgr. Ivana Kaniová, Ph.D., Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Ivana.Kaniova@osu.cz

⁴ Kontakt: Mgr. Anna Krausová, Ph.D., Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Anna.Krausova@osu.cz

⁵ Kontakt: Mgr. Kateřina Lukešová, Středisko rané péče SPRP, Havlíčkovo nábřeží 2728/38, 702 00 Ostrava; katerina.lukesova@ranapecz.cz

⁶ Kontakt: Mgr. Zuzana Stanková, Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Zuzana.Stankova@osu.cz



Doc. Mgr. Marie Špiláčková, Ph.D.,⁷ působí na Katedře sociální práce Fakulty sociálních studií v Ostravě, kde přednáší témata věnující se teoriím a metodám sociální práce. Vědecko-výzkumnou činnost zaměřuje zejména na historický kontext vývoje sociální práce na českém území.

Abstrakt

Autorky článku chtějí nabídnout vhled do života v azylových domech z perspektivy jejich obyvatel a obyvatelek. Prostřednictvím parciálních dat získaných v rámci výzkumných šetření zabývajících se zdravím obyvatel azylových domů se snaží odpovědět na to, zda lidé žijící v azylových domech subjektivně pociťují psychické potíže, zda a jakou pomoc v této oblasti očekávají od azylového domu a jak hodnotí pomoc, která se jim aktuálně dostává/nedostává. Azylové domy jsou zde pojímány jako specifické prostředí, jež poskytuje podporu, přitom je ale i zdrojem potenciálního stresu. Lidé, kteří zde žijí, mají specifické potřeby v oblasti psychického zdraví a pohody, jejichž naplnění nejčastěji hledají v práci sociálních pracovníků a pracovníků. V této souvislosti je dále diskutována otázka, zda je (socio/psycho)terapie součástí sociální práce s obyvateli a obyvatečkami azylových domů. Výsledkem diskuse je konstatování, že je, ale je ovlivněna kumulací rolí sociálního pracovníka v azylovém domě.

Klíčová slova

bezdomovectví, azylové domy, sociální práce, socioterapie, terapie

Abstract

The authors of this article want to give an insight into life in shelters from the perspective of their residents. Through partial data from researches dealing with the health of shelter users, they try to answer whether people living in shelters, subjectively have psychological problems; what kind of help they expect from shelters, and how they evaluate the help that they receive/or do not receive. Shelters are conceived here as a specific environment that provides support, but also takes into account that they maybe also a source of potential stress. People living in shelters have specific needs in the area of mental health and well-being, for help with difficulties in those areas they look towards social workers. In this context, the question is whether the (social/psycho) therapy is a part of social work with the residents of shelters. The discussion concludes that it is, but is also influenced by the accumulation of social worker roles in shelters.

Keywords

homelessness, shelters, social work, sociotherapy, therapy

ÚVODEM

Vztah sociální práce a terapie je dodnes otázkou, o níž se vede řada odborných i praktických diskusí. Existují názory, že (sociální) terapie je neodmyslitelnou součástí sociální práce jako druh intervence, kterou sociální práce poskytuje a která vede ke klientově aktivizaci ve vztahu k (sociálnímu) prostředí, kde sehrává důležitou úlohu sociální vztah. Nemůžeme ovšem opomenout ani druhou názorovou skupinu, která vnímá (sociální) terapii jako v sociální práci překonaný konstrukt nahrazený jinými koncepty, např. konceptem sociálního fungování (viz např. Bartlett, Sounders, 1970; Navrátil, 2001) či ekologickou perspektivou (viz např. Stein, Cloward, 1959; Gordon, 1969).

V návaznosti na tyto názorové proudy si tento článek klade za cíl představit situaci osob bez domova žijících v azylovém domě s ohledem na jejich životní situaci a potřeby v oblasti psychického zdraví,

⁷ Kontakt: Doc. Mgr. Marie Špiláčková, Ph.D., Fakulta sociálních studií Ostravské univerzity, Fr. Šrámka 3, 708 00 Ostrava – Mariánské Hory; Marie.Spilackova@osu.cz



kteře budeme prezentovat prostřednictvím parciálních dat získaných v rámci výzkumného šetření Zdraví obyvatel azylových domů, které Ostravská univerzita realizuje pro Sdružení azylových domů v ČR, z. s., v projektu Rozvoj služeb pro osoby bez domova pod střechou⁸ a v projektu studentské grantové soutěže Zdraví a využívání zdravotnických služeb u obyvatel azylových domů. Na základě kvalitativní sondy chceme odpovědět na otázky, zda lidé bez domova subjektivně pociťují psychické potíže, zda a jakou pomoc v této oblasti očekávají od azylového domu a jak hodnotí pomoc, které se jim aktuálně dostává/nedostává. V této souvislosti pak diskutujeme otázku, zda je vůbec (socio/psycho)terapie součástí sociální práce s obyvateli azylových domů, tedy s lidmi bez domova. Následující otázky budeme zodpovídat v kontextu multifaktoriálních příčin situace bezdomovectví a s vědomím toho, že se jedná jak o faktory na strukturální úrovni, tak o faktory individuální. Pro zodpovězení těchto otázek nyní vymezíme základní pojmy, s nimiž budeme v textu pracovat.

SOCIÁLNÍ PRÁCE, SOCIÁLNÍ TERAPIE, SOCIOTERAPIE A PSYCHOTERAPIE

Vztah sociální terapie, socioterapie a psychoterapie považujeme za, v odborné literatuře, ne zcela jednoznačně vymezený. Pro pochopení vzájemného vztahu je nutné uvést, že je sociální práce oborem, jenž je inspirován řadou profesí a oborů, např. sociologií, psychologií či psychoterapií (Úlehla, 1999). Výsledkem snahy klasifikovat teorie sociální práce je vytvoření malých paradigmat sociální práce; přičemž právě terapeutické paradigma považuje za hlavní faktor sociálního fungování duševní zdraví a pohodu člověka a chápe sociální práci *„jako pomoc prováděnou zejména formou psychoterapie (individuální i skupinové)“* (Navrátil, 2001:14). V tomto pojetí je tedy psychoterapie metodou sociální práce. Svou roli v sociální práci má ale i socioterapie, kterou např. Bobek a Peniška (2008) považují také za metodu (jednu z metod), kterou může využívat sociální práce (nebo jiné pomáhající profese).

Než vymezíme vztah mezi socioterapií a psychoterapií, považujeme za důležité v rámci pojmové ujasněnosti článku precizovat vztah mezi socioterapií a sociální terapií. Někteří autoři vnímají pojmy sociální terapie a socioterapie jako synonymum, jiní preferují užívání jednoho nebo naopak druhého označení (např. Balogová, 2012). Zakouřilová (2008, 2014) definuje sociální terapii jako specifický druh odborné intervence, jejímž cílem je dosahování žádoucích změn v chování klienta i v jeho okolí. Socioterapie pak podle uvedené autorky zahrnuje činnosti, jako je poradenství, diagnostika, krizová intervence, resocializace, přímá terapeutická práce, různé formy rehabilitace (sociální, rodinná a volnočasová) a v neposlední řadě spolupráci s formálními a neformálními zdroji pomoci a podpory klienta. Na základě výše zmíněného můžeme nyní shrnout, že sociální terapie i socioterapie pracují se společenským prostředím. Sociální terapie je přitom nejčastěji chápána jako odborná intervence zaměřená na práci s lidmi v nepříznivé životní situaci a jejich okolím a socioterapie zase jako soubor konkrétních opatření směřujících k sociální integraci klienta či klientky, jejímž efektem by mělo být posílení sociálního fungování. Otázkou pak stále zůstává, zda je účelné/možné tyto pojmy striktně oddělovat.

Balogová (2012) nahlíží na sociální terapii jako na samostatnou odbornost, která stojí na hranici mezi psychoterapií a sociální prací. Podle této autorky je na rozdíl od socioterapie úkolem psychoterapie léčba psychologickými prostředky, již provádí speciálně vyškolený terapeut. Vymětal et al. (2004) definují psychoterapii jako primární, sekundární i terciární prevenci poruch zdraví uskutečňovanou výhradně psychologickými prostředky, tedy prostředky komunikační a vztahové povahy (základem je terapeutický vztah). Socioterapie má, dle tohoto autora, stejné směřování, ale k jeho dosažení využívá potenciál lidského společenství, tedy působení společenského prostředí. Toto působení autor konkretizuje pomocí vymezení nejčastějších typů socioterapie: léčba prostředím, léčebné společenství (spolupodílení se na řízení oddělení i léčby), sociorehabilitační programy, svépomocné

⁸ Projekt pod registračním číslem CZ.03.2.63/0.0/0.0/99_041/0002242.



programy a socioterapie v přirozeném prostředí, kde jako příklad uvádí case management. I Zakouřilová (2008, 2014) popisuje rozdíl mezi socioterapií a psychoterapií a argumentuje tím, že socioterapie je na rozdíl od psychoterapie častěji poskytována v přirozeném prostředí klienta, v některých situacích bývá zahajována bez dobrovolnosti klienta, využívá direktivnější zásahy, ne vždy je možné v rámci socioterapie dodržet nestrannost a neutralitu, což je podmínkou vztahu v psychoterapii. Zároveň socioterapie neproniká do takové hloubky psychiky jedince.

Vymětal diskusí o vztahu socioterapie a psychoterapie uzavírá tím, že socioterapeutické faktory mají psychoterapeutický potenciál, využívají tedy účinné faktory psychoterapie. Zároveň hovoří o tom, že se oba přístupy mohou vzájemně doplňovat či být využívány paralelně (Vymětal, 2010). Miovský a Kalina (2013) doplňují tím, že i přesto, že jsou v rámci socioterapie využívány některé psychoterapeutické prvky, psychoterapii nelze provádět bez příslušného vzdělání a absolvování psychoterapeutického výcviku.

Socioterapii tak považujeme za součást sociální práce, protože ji vykonávají převážně sociální pracovníci, kteří se s klienty a klientkami v zátěžových situacích setkávají zpravidla nejdříve. Její včasné zahájení může přitom zvýšit její úspěšnost (Zakouřilová, 2014). Socioterapii lze doplnit o psychoterapii, její užití v rámci sociální práce však vyžaduje další vzdělávání. Vzhledem k tomu, že psychoterapeutický výcvik není běžnou výbavou sociálních pracovníků a pracovníků, přichází zde v úvahu využití pouze některých psychoterapeutických prostředků, jako je např. rozhovor, neverbální chování, podněcování emocí, vytvoření terapeutického vztahu, sugesce, učení apod. (Kratochvíl, 2006). Nemůže se však jednat o cílenou a systematickou psychoterapii.

AZYLOVÉ DOMY

Azylové domy jsou sociální službou. V zákoně o sociálních službách přitom není socioterapie ani psychoterapie explicitně definována. Pouze ve vyhlášce č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, jsou popisovány socioterapeutické činnosti v rámci jednotlivých sociálních služeb, jako „činnosti, jejichž poskytování vede k rozvoji nebo udržení osobních a sociálních schopností a dovedností podporujících sociální začleňování osob“. Sociálně terapeutické činnosti mohou dle vyhlášky zahrnovat dále aktivity, jako je např. poskytnutí poradenství; krizová intervence; psychosociální podpora formou naslouchání; aktivity zaměřené na budování a rozvoj pracovních návyků a dovedností atd. Sociálně terapeutické činnosti jsou přitom v azylových domech aktuálním tématem ve vztahu k připravované novele zákona o sociálních službách. Jejím záměrem je vřadit nově tyto činnosti do základních činností azylových domů. Pokud by k tomu došlo, bude potřeba vypořádat se s nejasným vymezením pojmů, neexistencí metodiky a nedostatečnou nabídkou výcviků. Na druhou stranu je azylový dům vhodným místem k realizaci těchto činností vzhledem k možnosti vyvinout dlouhodobé a intenzivní vztahy mezi klienty, klientkami a sociálními pracovníky a pracovníkyněmi.

V současné době jsou azylové domy v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, § 57 popsány jako „*pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení*“. Cíl konkrétního azylového domu může být přitom definován různě a na různé úrovni obecnosti. V obecné rovině se cíle azylových domů shodují na tom, že mají přispět k řešení/zmírnění/zastavení aktuální (nepříznivé) situace a k následnému (aktivnímu a samostatnému) začlenění do společnosti / snížení závislosti na systému sociální pomoci. Někteří autoři (viz např. Meadows-Oliver, 2003; Swick, Williams, 2010; Glumbíková, Gojová, 2015) poukazují na to, že je pobyt v azylovém domě na jednu stranu zdrojem pomoci a podpory, ale může přinášet i zdroje stresu v podobě nutnosti přizpůsobit se režimu a pravidlům zařízení a omezeného soukromí. Busch-Geertsema a Sahlin (2007) v tomto kontextu uvádí, že na azylové domy by mělo být pohlíženo jako na krizovou možnost řešení situace bezdomovectví, nelze je proto zcela srovnávat s jinými alternativami bydlení, je potřeba na ně nahlížet spíše jako na „*jediné možné*“, tudíž nezbytné řešení krizové situace spojené se ztrátou bydlení.



PSYCHIKA A BEZDOMOVECTVÍ

V úvodu této kapitoly považujeme za důležité uvést, že samotná ztráta bydlení je vysoce stresujícím faktorem (Skinner, 2009). Krebs (2015) hovoří v souvislosti s domovem o charakteristikách, jako je nedotknutelnost, nezávislost a oddělenost. Domov není jen pouhým místem určitého „fyzického soukromí“, ale je vztažen i k sociálnímu okolí. Ztráta domova tedy není pouze ztrátou materiální povahy, ale i ztrátou bezpečí, vztahů, statusu či pocitu sounáležitosti (Marek, Strnad, Hotovcová, 2012).

Zahraniční studie popisují u osob bez domova v souvislosti s jeho ztrátou nejrůznější prožitky od smutku, strachu, pocitů viny, únavy, deprese či frustrace až po suicidální myšlenky i pokusy o sebevraždu. Například Banyard (1995) uvádí, že negativní pocity kulminovaly zejména v prvních týdnech po ztrátě domova, a dodává, že některé matky měly v této době suicidální myšlenky, které se pojily s vnímanou beznadějností vzniklé situace. Naléhavost tohoto tématu diskutují také Boscher, Ruppert a Lackner (2002), kteří uvádějí, že asi 60 % žen bez jistého bydlení má za sebou jeden či více pokusů o sebevraždu. Enders-Dragässer a Sellach (2010) také popisují ve výpovědích některých žen bez domova zmínky o sebevražedných myšlenkách. Problém sebevražednosti zejména mladých bezdomovců je pak diskutován např. Cleverley a Kiddem (2011).

V návaznosti na výše zmíněné upozorňují v českém kontextu Barták (2011:55–56) a v zahraničí Swick, Williams (2010) na jeden z faktorů „charakteristických“ pro bezdomovectví a tím je rozpad rodinných vazeb, izolace od širší komunity. Právě absenci funkčních rodinných vazeb a vazeb na komunitu reprezentovanou přáteli či sousedy považuje za jednu z významných příčin nízké míry individuálního sociálního kapitálu osob bez domova, který jim neumožňuje řešit bezdomovství v rámci rodiny, popřípadě nejbližší komunity.

Čeští i zahraniční autoři, jako např. Barták (2011) či Bassuk et al. (2010), dále upozorňují na to, že nejvýraznějším rizikovým faktorem bezdomovectví je nadměrná konzumace alkoholu či návykových látek a následná závislost. U nás např. Lindovská (2012:103) poukazuje na shodné závěry, které vyplynuly z ohniskových skupin sociálních pracovníků, kteří akcentují vysoké procento jejich klientů (blížíci se 100 %), kteří mají určité „problémy“ s alkoholem. V německém kontextu pak Steiger (2010) uvádí, že alkohol, farmaka či drogy mohou být prostředkem k vyrovnání se s následky zkušenosti s násilím a pocity strachu, které bývají často spojeny s pobytem na ulici. Závislost pak může u těchto osob vyvolávat pocit viny, deprese a letargii. Přitom požívání návykových látek může vést ke vzniku dalších konfliktních situací a tím i dalšímu možnému násilí. Problémy s užíváním návykových látek tak byly u lidí bez domova spojeny s výrazně horším zdravotním stavem, zejména psychickým (podobně viz SEEWOLF-Studie, 2014).

S ženským bezdomovectvím je často spojena zkušenost s domácím násilím (ať už v primární rodině, nebo ze strany partnera). Zahraniční studie uvádějí odlišné počty žen bez domova, které se setkaly s domácím násilím. Např. Tischler et al. (2000) uvádí, že se s domácím násilím setkala více než polovina žen bez domova. Wenzel, Leake, Gelberg (2001) hovoří o jedné třetině žen bez domova. Některé novější studie, viz např. Bassuk et al. (2010), dokonce uvádí, že se s násilím setkalo téměř 92 % žen bez domova⁹. Studie z českého prostředí uvádí, že se 90 % žen bez domova setkalo s některou z forem násilí (Hetmánková, 2014). Lindovská a Kolářová (2016) doplňují, že násilí přichází nejen ze strany partnera či jiných blízkých osob, ale také od zaměstnanců bezpečnostních agentur, policie, zdravotnického personálu, úředníků a úřednic, lidí zaměstnaných v sociálních službách nebo veřejnosti.

U „obětí“ se může vyskytovat syndrom týrané osoby / syndrom týrané ženy, posttraumatická stresová porucha, naučená bezmoc či suicidální a sebepoškozující tendence. Z hlediska jednotlivých příznaků se může objevovat znovupožívání traumatických událostí, poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, emocionální výkyvy, deprese, úzkosti, hypersugestibilita, obsedantní tendence,

⁹ Z toho ve dvou třetinách případů byl pachatelem násilí bývalý partner ženy.



hyper/hypoaktivita, snížené sebevědomí, apatie, ochromení expresivity a další (Ševčík, Špatenková, 2011). V kontextu USA pak Bassuk et al. (2010) doplňují, že v důsledku domácího násilí trpí ženy bez domova až třikrát častěji posttraumatickým stresovým syndromem a dvakrát častěji závislostmi na návykových látkách či alkoholu a depresi oproti ženám ve většinové populaci.

Všechny výše popsané jevy a faktory spojené s bezdomovectvím poukazují na to, že je oblast duševního zdraví i pohody a bezdomovectví propojená. Zahraniční studie, které se zabývají duševními problémy u osob bez domova (např. Poirier, 2007), ukazují na vztah mezi těmito problémy, viktimizací, stresem ze ztráty domova, absencí podpůrné sítě a užíváním návykových látek jako možností úniku z dané situace. Folsom, McCahill et al. (2002) akcentují vysoký výskyt psychiatrických diagnóz deprese a schizofrenie u osob žijících v azylových domech. Tyto dvě diagnózy se u obyvatel azylových domů vyskytovaly až 4krát častěji než u většinové populace. Výzkum Laporte et al. (2010) potvrzují, že až jedna třetina populace osob bez domova má závažné psychické obtíže (psychotická onemocnění, deprese nebo úzkosti). Německá studie (SEEWOLF-Studie, 2014) hovoří o tom, že mezi zkoumanými osobami trpělo okolo dvou třetin psychickou chorobou, většinou více chorobami současně. Vědci diagnostikovali u 14 % zkoumaných osob schizofrenii (v průměrné německé populaci jsou to 2 %). U 40 % diagnostikovali depresi a u 20 % poruchy úzkosti. Kromě toho asi 80 % lidí z azylových domů trpělo závislostí. Dle autorů studie byl alkohol často konzumován s úmyslem lépe se vyrovnat s důsledky duševní nemoci. Vědci zdůrazňují, že celková míra duševních nemocí u těchto osob může být vyšší, protože lidé se skutečně závažnou diagnózou zpravidla účast na studii odmítli. Adekvátní léčbu psychických onemocnění podstupuje jen část z nich.

Duševním zdravím osob bez domova se v českém kontextu zabývali Dragomírecká, Kubisová, Anděl (2004), kteří provedli v letech 2002 až 2003 dotazníkové šetření, s cílem odhadnout výskyt duševních poruch u lidí bez domova žijících v Praze. Zjistili významně horší duševní stav u žen. 37,5 % dotazovaných žen (a 21,3 % mužů) mělo depresivní a úzkostné příznaky, 18,8 % žen (a 7,1 % mužů) vykazovalo psychotické příznaky.

METODOLOGIE VÝZKUMU

Prezentovaná data jsou parciálními výzkumnými daty, která pochází z kvalitativní části výzkumu Zdraví obyvatel azylových domů. Kvalitativní část byla realizována v první polovině roku 2017. Kvalitativní výzkum jsme zvolili, protože se jedná o přístup využívající principů neopakovatelnosti a jedinečnosti, procesuálnosti, kontextuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoli zkoumání (Miovský, 2006). Kvalitativní výzkum zkoumá zevnitř, snaží se o výklad skutečnosti, používá jazyk a měřítko zkoumaného objektu a snaží se o porozumění jeho realitě (Hubík, 2006). Souhrnná výzkumná otázka kvalitativní výzkumné části zněla: *Jak obyvatelé azylových domů vnímají své zdraví a jak vnímají zdravotní služby a jak se téma zdraví a zdravotních služeb projevuje v jejich naracích?*

Výzkumu se v této fázi zúčastnilo 18 komunikačních partnerů, z toho 8 žen a 10 mužů z azylových domů z několika krajů České republiky (Moravskoslezského, Zlínského a hlavního města Praha). Komunikační partneři a partnerky byli vybíráni pomocí (stratifikovaného) záměrného výběru přes instituci azylového domu (dle jednotlivých cílových skupin azylových domů: pro muže, ženy, matky s dětmi). Záměrný výběr je výběr výzkumného „vzorku“ pomocí postupu, kdy záměrně vyhledáváme účastníky dle „určitých vlastností“, v tomto případě pohlaví a mateřství (Miovský, 2006).

Data byla sbírána pomocí polostrukturovaného rozhovoru, jenž realizovaly autorky tohoto článku. Průměrná délka jednoho rozhovoru byla jedna hodina. Polostrukturovaného rozhovoru jsme využili, protože je zde dáno jádro interview, tedy minimum témat a otázek, které budou probrány; a na jádro se posléze „nabaluje“ množství doplňujících témat a otázek (Miovský, 2006; Ferjenčík, 2010). V rámci analýzy dat jsme využili konstruktivistický přístup k zakotvené teorii Charmazové.



Přístup Charmazové je založen na existenci více možných realit; výzkumník i účastníci výzkumu do výzkumného procesu vstupují se svou vlastní verzí reality a ve vzájemné interakci tvoří realitu novou. Konstruktivistický přístup k zakotvené teorii vychází z následujících tří předpokladů: výzkumník je zaměřen zejména na interpretativní porozumění jevu a na význam, který vzniká v určitém kontextu výzkumu, v určitých časových a kulturních souvislostech; použité postupy zakotvené teorie nemusí být výslovně předepsané a rigidní; výzkumník může využívat postupy klasické zakotvené teorie, aniž by dodržoval původní pozitivisticky laděný rámec (Charmaz, 2003). V rámci analýzy dat jsme využili otevřené kódování, které sestává z pečlivého čtení a hledání kódů. V této fázi jsme nehledali jen kódy jako takové, ale i tzv. živé kódy, které jsou přímými výpověďmi komunikačního partnera či partnerky a jako takové jsou nosné/vypovídající. Druhým typem kódování bylo záměrné kódování („focused coding“), které je založeno na hledání podobností a výběru „nejužitečnějších“ kódů a jejich znovutestování z hlediska vztahu k ostatním otevřeným kódům. Následovalo „porovnání dat s kódy a kódů s daty“ a zpracování kódů. Další využitou fází kódování bylo kódování axiální, které vede k tvorbě kategorií a opětovně skládalo data, která byla rozložena během otevřeného kódování a tím jim dává spojitost (Charmaz, 2003). V rámci realizace výzkumu jsme se řídili Etickými principy při výzkumech s lidmi, jež přijala Americká psychologická asociace (APA) v roce 2010, a etickými zásadami pro aplikaci kvalitativního přístupu ve výzkumu tak, jak je popisují Denzin a Lincoln (1998). S daty z výzkumu je nakládáno v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. S každým komunikačním partnerem a respondentem byl proveden informovaný souhlas.

ANALÝZA DAT

V následující části prezentujeme data v jednotlivých kategoriích, které vznikly v rámci naší snahy odpovědět na otázky, které si v rámci tohoto článku klademe (viz úvod článku). Vzniklými kategoriemi jsou psychické potíže, azylový dům – poskytovatel pomoci, nebo stresor?, nároky kladené na psychickou pomoc, různost potřeb v oblasti psychické podpory, sociální pracovníci – konflikt rolí?, a úskalí vyhledávání pomoci mimo azylový dům. Jednotlivé kategorie a kódy jsou v rámci prezentace dat dokreslovány přímými výroky komunikačních partnerů.

Psychické potíže

Řada komunikačních partnerů a partnerek uváděla zkušenost s psychickými potížemi před a během pobytu v azylovém domě. Psychické potíže mohou mít přitom různé kontexty. Někteří komunikační partneři uváděli svůj psychický stav jako **přímý důvod pobytu v azylovém domě**. „*Já jsem měl vždycky takovou depresi, že mi to bylo jedno, chtěl jsem být sám někde. Tak jsem pochodoval, ani jsem nejedl. Mi to bylo fuk žít. Měl jsem to víckrát ještě jako aji když jsem třeba byl v tom podnájmu, a to jsem byl sám tam třeba pár večerů, tak mě to tak nějak začlo brát. Někdo musel jít dole k doktorce, ta zavolala záchranku. A od té doby su tady*“ (KPM2)¹⁰. Jiní jej spojovali s **dlouhodobým pobytem na ulici**. „*Byl jsem tak nějak psychický na dně, že jsem všechno hodil za hlavu a už mi to bylo úplně všechno fuk. No jako zdraví ne, ale tak nějak tu psychiku, to jako, to bylo dost takový nepřítomný, no. To už člověk se tak votupí. Už je mu to úplně všechno jedno*“ (KPM5). Další komunikační partneři a partnerky hovořili o souvislosti psychických potíží a **domácího násilí**. „*Jenom on mě zklamal, a ne jednou a prostě to bolí. To si ani nedokážete představit. Já jsem nebyla schopná se ráno ani umýt, ani učešat, ani obléct, mně strašně..., ten život mě strašně trápil. Já jsem si ho neužívala. Já jsem ho jenom přežívala*“ (KPŽ1)¹¹. „*Někdy se mi to vrací, třeba, když se mi ozve. Když třeba napíše, je tam ten strach, úzkost no... Já si myslím, že něco to vyvolá, jo. A pak začnu být taková, že brečím*“ (KPŽ2). „*Táta, když teda žil, samozřejmě už je po smrti, tak se mnou švihnul o zed', jo, a málem mi rozbil, no jako rozsekal mi trošku hlavu, že. Takže jsem musel*

¹⁰ KPM – Komunikační partner (muž).

¹¹ KPŽ – komunikační partnerka (žena).



jít do špitálu“ (KPM4). V tomto kontextu se mohou vyskytovat i **psychické potíže u dětí**: „Mám třeba syna, který je po sexuální zneužívání, jo. Už jsme byli u psychologa, teď nás čeká ještě psychiatr, protože možná dostane trvalé léky na uklidnění, jelikož je ADHD, hyperaktivita s poruchou soustředění. Má těžké problémy ve škole, nebo mívá. Teď se zlepšil“ (KPŽ3). Jiní spojovali své psychické potíže se **zklamáním ve vztazích s druhými lidmi**. „Jenže to je právě ten problém, že jsem měl kámoše, s kterým jsem se znal šestnáct a půl roku, a pak mi utekl, jako. Samozřejmě s penězma, že jo“ (KPM4). „Pak se mi stala ta tragédie v rodině. Přišel jsem o přítelkyni, o práci, o byt, o všechno a byla jen ulice a bylo to brůzostrašné no, mnohdy“ (KPM8). Někteří komunikační partneři a partnerky popisovali **souvislost psychických potíží se závislostí na alkoholu nebo na drogách**: „Já už sem nemoh dít jako..., bylo pro mě jediný řešení – flaška. Vždycky mě to tak otupilo a nemusel sem na nic myslet“ (KPM8). „Pro mě bylo jediný, pítchnout si, už sem pak nemyslela na rodinu, rodiče, na nic. Cítila sem se najednou chytřejší, taková lepší. Horší byly ty dojezdy potom“ (KPŽ). **Samotná situace ztráty domova** byla řadou komunikačních partnerů a partnerek popisována jako **stresor**. „Jsem byl psychicky na dně..., tož to byl ten rozvod, když ztratíte zaměstnání, tak to vás taky psychicky zdeptá, nemáte z čeho platit, z čeho žít, to je..., ta sociálka, to vám nestačí, to je..., to je prostě, psychicky vás to sráží do kolen“ (KPM6). „Já stejně dělat nemůžu, stejně musím chodit na ten pracák. To je fakt, je mi z toho špatně. Já se pak ani nedívám, že ty lidi to psychicky neunesou někteří, a že je sebevražda...“ (KPM6). Aktuální životní situace je v případě některých komunikačních partnerů spojována s pocitem, že jsou „**na dně**“. „To psychicky, já jsem byl i v Kroměříži třikrát... Člověk je psychicky na dně z toho života“ (KPM6). „Dneska když je člověk, já to řeknu tak, ve sr****, se z toho nemáte šanci dostat, a to vás ubíjí všechno. Psychika, všechno, jedno s druhým. To je nepředstavitelné. V noci nemůžete spát, berete na spaní léky, prostě na všechno. To je těžko, kdo to nezažil, tak to si nedovedete představit toto“ (KPM6). Jeden komunikační partner opakovaně akcentoval **obavu o vlastní bezpečí**. „Občas, samozřejmě ne občas, ale když někam jdu, tak každé den. Hlavně na ten pracák, že jo. Přemýšlím, co bude, jo, jestli mě náhodou někdo nepraští, jo, nebo takhle, protože já se především otáčím jako, jo. Teď už se otáčím jak nalevo, tak napravo, tak dopředu, tak dozadu. Aby náhodou mě někdo nenakrmil kudlou, jako jo“ (KPM4). U některých komunikačních partnerů vedou psychické potíže ke ztrátě síly „řešit“, čímž mohou **prodlužovat životní situaci bezdomovectví**: „Já to nějak neřeším jako. Prostě nemám to sílu řešit. Člověk spoustu věcí nevyřeší ani to nějak neovlivní. Já zase kdybych měl někde bydlet sám, tak to je pro mě deprese ze samoty“ (KPM7).

Azylový dům – poskytovatel pomoci, nebo stresor?

V rámci vnímaného psychického stavu je azylový dům vnímán jako „**stresor**“ i „**poskytovatel pomoci**“. Jako **poskytovatel pomoci** je azylový dům vnímán jako **zprostředkovatel zajištění základních potřeb**, jako zdroj bezpečí a jistoty. „Je to tu akorát dobré v tom, že je tu postel a je tu teplo“ (KPM9). „No, tady člověk má klid, jo, může se vyspat, v teple, všechno“ (KPM5). „Tady na tom azyláku jsem se vždycky cítila bezpečně, protože ten kolektiv, co tady je, ty sociální pracovnice mi vždycky vyšly vstříc, vždycky mi pomohly“ (KPŽ1). „To je nejistý všechno (na ulici). A tady ta jistota je, že jdu do práce a vím, že můžu někam jít, že jo“ (KPM5). Je také zdrojem **klidu a odpočinku**: „Mě pomáhá to, že tam můžu být celý den, že si můžu odpočinout, natáhnout se. Tak nějak, že ta tíha toho mozku, že ze mě spadne. Že si člověk odpočine, tak nějak, odlehčí... Taký je tam teploučko, klídek...“ (KPM2). „Tady jsou nekonfliktní situace, tady je to prima. Může člověk volně dýchat, není to takový stresující jak na té ubytovně“ (KPM3). Je také vnímaným **startem do budoucího života**: „No tak není to jako doma, ale určitě je to dobrý start do budoucího života. Pomáhají nám tu hodně, i když o tom zdraví to trochu vážně (smích), ale jinak všechno, co potřebujeme, tu máme, takže je to dobrý“ (KPŽ2). „No mně to pomohlo tak, že jsem z toho vyplul ze všeho. Že jsem dostal tady ubytování jako...“ (KPM2). Azylový dům je také místem **zisku sociální opory**: „No já jsem se zhroutila proto, protože tady jsem zjistila, že tu mám kamarádky, a že máme třeba i stejný osud, něco máme podobné a mám tady dobrou kamarádku... ona mě tady sbírala ze země...“ (KPŽ1). „Pak mám tu, tu krasavici, takže to je ještě lepší. To jako, ono být sám, to je jako... Jako nebejt jí, tak jako nevím, tak bych...“ (KPM4). „To jako my ženské se vždy vykecáme nějak“ (KPŽ3). Azylový dům je pro některé také místem, které „**drží člověka v hranicích**“.



„No a vlastně i ten pobyt mě v podstatě nějakým způsobem drží. Tady v nějakých vzorných hranicích. Ty hranice jsou tady nastavené, já jsem si taky nastavil nějaké hranice. Myslím si, že dneska už bych možná i dokázal nejen, že jako kdybych odtud chtěl odejít, ale myslím si, že bych dneska dokázal už prostě odejít s tím, že bych třeba si našel nějaký byt, jo a držet to takhle dál“ (KPM8).

Někteří komunikační partneři popisovali jako pozitivum pobytu v azylovém domě **možnost pracovat**. V popisu některých nesla tato možnost až rysy **pracovní terapie**¹². „No a ty psychické problémy jsou pryč, protože já budu pracovat třeba celý den. No ale, su v pohodě, úplně. Jo, že jsem neměl žádné deprese a Vánoce, jako dřív. Což bylo pravidelné. Teď úplná spokojenost.“ (KPM2). „Řád jako takový... nějakou náplň, jako den, aby člověk měl vždycky nějakou náplň na ten den, když ju nemá, tak to já si myslím, že je právě to psychické, ten řád, aby člověk měl nějakou náplň, klasicky nějak, aby nějaká činnost byla, taky kultury trochu, sportu a nějaké dobré jídlo“ (KPM7). „Žije se mi tady dobře. No, tak mám tady práci, já jsem tady zaměstnaný“ (KPM5). „Ano, zabiju tam čas. Ti lidé jsou rádi, že tam jsme, chodíme tam dva“ (KPM3).

Zdrojem stresu může být azylový dům jako „**negativní prostředí pro výchovu dětí**“. „Ten azyl, to místo, to prostředí tady, není to dobré pro výchovu dětí, opravdu ne, a to zdraví se nad tím hodně odrážejí hlavně v tom, že prostě ty děti..., ony nemají to, co by potřebovaly. Ony potřebují prostě svoje, mít svůj pokoj, mít prostě svůj koutek, kde si prostě dají ty svoje věcíčky, co si tam chtějí schovat. A já si myslím, že tady jim není špatně, ale prostě jsou tu lidi, které prostě jim ukazují tu nesprávnou cestu. A tady jsou čtrnáctiletí kluci, třináctiletí, kteří ho s sebou táhnou, jo, a prostě já vím, že mi chodí kouřit“ (KPŽ1). Jako stresující je některými komunikačními partnery a partnerkami vnímáno **sdílení prostoru a věcí spojené s absencí soukromí a nutností spolubydlení**. „Nevím, jak bych to definoval, ale tady chodí lidi, kteří jsou bez práce a bez nějakých ideálů, takže s něma člověk nemůže navázat kontakt, není o čem se bavit s něma“ (KPM10). „Prostě pracuju na tom, abych byl sám, protože tady někteří lidi, to je špatně tady. Mám 60 roků skoro, já už potřebuju klid, sám být v pohodě a klídečku. Tady ten klid není, když se člověk rozčilí, těžko no“ (KPM6). „Máte soukromí jenom v tom pokoji. A to jsou taky papírové zdi. Máme 9 pokojů na jednu hernu pro děti. A když máte třeba 2 nemocné děti a ostatní zdraví, tak se hned nakazí a je to furt dokolečka“ (KPŽ4). Speciální kategorií v rámci psychické pohody je **adaptace na pobyt v azylovém zařízení**. „No, ze začátku to bylo hodně na psychiku náročný, že jo. Většinou každá z nás má ze začátku nějaký ty psychický problémy. Já to vidím, viděla jsem to na sobě a vidím to na každé, která přijde po mně, že jo, že prostě je těžké se pro nás smířit s tím, že jsme přišly o něco, že jo. A než se s tím každá vyrovná a adaptuje se, že jo“ (KPŽ5). „Tady jsem právě byl zvyklej (původní AD, dnes v novém AD). A já, když si někdy, když někde jdu na nový místo, tak si hodně těžko zvykám. Ale zvyknu si. Během několika dnů, během několika měsíců si zvyknu“ (KPM3). „Já jsem totiž přišla tady na azylu o své nervy. Já jsem docházela k psychologovi, psychiatrovi, nestydím se za to, protože si myslím, že to patří k životu a někdo je na to slabší, někdo ne“ (KPŽ1). Někteří z komunikačních partnerů v tomto kontextu popisovali **potřebu psychologické pomoci**. „... Taky jsem říkala, že by bylo fajn, kdyby sem čas od času přišel nějaký psycholog, že jo. Protože přece jenom si myslím, že když sem maminka přijde, tak že by to asi potřebovala hodně“ (KPŽ5). „Jestli by bylo spíše nějakého psychologa. Potřeboval bych si někdy pokecat o některých věcech, které mě štve. Pustit to ze sebe ven. Jo a říkám, mám to třeba i v tom plánu“ (KPM8).

Nároky kladené na odbornou pomoc

Komunikační partneři kladou na pomoc odborníků určité **nároky, které vnímají jako důležité**. První potřebou ve vztahu k pomoci odborníka je samotná existence této pomoci ve smyslu „**nebyť sám**“. „Takže kdybych měl bydlet sám, tak bych na tom nebyl dobře – psychicky. Nejhorší v životě, aby byl člověk sám se sebou někde“ (KPM7). Další potřebou ve vztahu k pomoci a vztahu s odborníkem je,

¹² Pracovní terapie (nebo také ergoterapie) umožňuje smysluplným zaměstnáváním a využíváním schopností jedinců růst sebevědomí a potenciálu každého zapojeného. Snaží se o co nejvyšší participaci v běžných denních činnostech, při kterých plně respektuje osobnost a možnosti jedince (Krivošíková, M., 2011).



aby byla **vázaná na potřeby klienta**. „Jo, oni vám dají prášky, pak se vás zeptají na něco, pak říkáte nějaké alkoholické desatero, jo a v podstatě nějaká ta, že by se vás někdo zeptal, proč nebo nějak se to s váma snažil rozebírat“ (KPM8). Komunikační partneři hovořili také o potřebě „**vypovídat se**“ a možnosti **mluvit otevřeně**. „Jo a říká prostě, potom co jsme se bavili, kolikrát jsme se bavili opravdu už tak otevřeně“ (KPM8). „Jo, pomohlo mi to, jo, pomohlo, já jsem jako tušila, že když paní kurátorka to vezme do ruky, tak něco vyřeší nebo zjistí“ (KPŽ6). „No, je to lepší, než to bylo. Stoprocentně. Právě říkám, že tyhle ti dva mě z toho dostali. Nebo respektive dostali. Protože jinak se s nima dá normálně mluvit“ (KPM4). Jako důležitý aspekt vztahu s odborníkem byl vnímán i **opravdový zájem**. „Já vidím, jakou ona z toho má radost, že dělám radost svému okolí z toho, že se držím. Jo, že vidím tu odezvu, to mi strašně pomáhá, jo. Ona vždycky přijde, když prostě dostanu telefonát, hele P, co budeš dělat dneska večer? Paní tady kolikrát sedí a říká, já jsem tak ráda, že jste se vrátil, a že jste to zase ne***“ (KPM8). „Teď jsem cítil, že mám lidi kolem sebe, oni se vám snaží pomoci všichni“ (KPM2). Další potřebou je **potřeba zpětné vazby**: „Jako spíš jenom mi domlouvali, jako že ty zpětné vazby, že mi neustále připomínali a připomínají. Protože oni ví, že když sem přijde, tak stejně se mi to všechno vrací, ale už to není tak, jak to bylo“ (KPŽ1). Další komunikační partner zmiňuje **potřebu podpory sebevědomí**: „Noo, já jako, podporu jako ne. To už jsem si jako vytvořil sám. To sebevědomí, nějak to... Ale jako jsem s nima v kontaktu a řešíme bytovou situaci, ještě nadále do budoucna a tak“ (KPM5). Dalším významným faktorem vztahu s odborníkem je jeho **dlouhodobost**. „Jo, ale myslím si, že bych se furt snažil udržovat nějaký kontakt tady s tím azylovým domem“ (KPM8). „Já jsem sa dal do kupy tím, že jsem cítil, že mě pomáhají, že mňa v tom nenechal nikdo. Na sociálce je jedna paní taková hodná, dodneška k ní chodím vždycky povyprávět... Jo, tak ona je ráda, když ji řeknu, jak jsem pokračoval a zase jsem ji říkal, že už mám byt. No je z toho šťastná taková. Mně to pomohlo všechno“ (KPM2). Poslední akcentovanou potřebou ve vztahu k odborníkům je **nízkoprahovost pomoci**. „Možnost přijít, ať už za sociální pracovníci nebo pokud má nějaké komplikace třeba večer, nebo něco takového, tak je tady služba...“ (KPM8).

Různost potřeb v oblasti psychické podpory

Komunikační partneři a partnerky popisovali v oblasti psychické podpory různé potřeby, jednalo se o realizaci tematických skupin, svépomocných skupin poskytnutí podpory pro děti, poradenství, terapii i krizovou pomoc.

Tematické skupiny mají povahu tematicky vedené diskuse nad určitým tématem. „Jsou tady jako tematické skupiny, které my si samy navrhujeme, že paní S. za náma dochází, s tím že prostě máme tu hodinu pro sebe, povídáme si...“ (KPŽ1). Určitou variantou jsou také **svépomocné skupiny**. „Tady pro nás, co máme tu zkušenost s domácím násilím, dělaj ty skupiny svépomocný, kde se může každá vypovídat před téma, co ví, že maj stejnou zkušenost“ (KPŽ7). Další variantou pomoci je **podpora pro děti**. „Mám třeba syna, který je po sexuálním zneužívání, jo. Už jsme byli u psychologa, teď nás čeká ještě psychiatr, protože možná dostane trvalé léky na uklidnění...“ (KPŽ3). Komunikační partneři a partnerky hovořili také o poskytnutí **krizové pomoci** či **intervence**. „Ten stan, právě, ten mi taky pomohl, ale hlavně teď mi pomáhají ti teréniáci a ten... To je ten azyl, že jo. A tam je absolutní klid“ (KPM4). „To si ani nedokážete představit. Já jsem nebyla schopná se ráno ani umýt, ani učešat, ani obléct...“ (KPŽ1). Některé vyřešené problémy spíše souvisí s potřebou **poradenství**, popř. **terapie**. „Ten život mě strašně trápil. Já jsem si ho neužívala. Já jsem ho jenom přežívala, jo“ (KPŽ1). „Někdy se mi to vrací, třeba, když se mi ozve. Když třeba napíše. Bojím no, je tam ten strach. Úzkost no. Já si myslím, že..., něco to vyvolá, jo a pak začnu být taková, že brečím“ (KPŽ2). „Pak se mi stala ta tragédie v rodině. Přišel jsem o přítelkyni, o práci, o byt, o všechno a byla jen ulice a bylo to hrůzostrašné“ (KPM8).

Sociální pracovníci – konflikt rolí?

Pomoc v oblasti psychického zdraví a pohody je komunikačními partnery **nejčastěji vyhledávána přímo v azylovém domě, u sociálních pracovníků**. „A prostě na pokec, že jo. Jako pokecat s téma sociálníma pracovníkama, že jo“ (KPM4). „No asi nejvíc tady podpora paní sociální pracovníce a všech



těch pracovníc. Oni jsou úplně úžasný, oni prostě se snaží člověku pomoci, povzbudit...“ (KPŽ6). „No, tak říkám, mi tady pomáhá hlavně ta podpora pracovníc, že prostě kdykoliv, co je jakýkoliv problém, tak se člověk může zajít vypovídat se aspoň, že jo. Pomůžou vám, to je asi to nejdůležitější“ (KPM8).

Sociální pracovníci a pracovnice se tak mohou **dostávat do určitého konfliktu**, kdy jsou zaměstnání v zařízení (jež má určité standardy), přičemž zodpovídají za jeho chod a dodržování režimu, a zároveň jsou v roli „*důvěrníka*“, „*poradce*“, „*terapeuta*“. První vnímanou diskrepancí je **zachování tajemství**. „*On by možná takový pokač sem tam nebyl špatný. Z toho má každý strach, že toho ten druhý zneužije, a kor tady*“ (KPM1). Druhou je **potřeba nic neřešit**, která může být v rozporu s nastavením individuálního plánu a nutností jeho plnění¹³. „*Každý jsme jiný, někdo to řekne naplno, já se třeba nechci ventilovat. Osobně si myslím, že tím zatěžují ostatní*“ (KPM1). Třetí diskrepancí může být to, že někteří komunikační partneři a partnerky vnímali sociálního pracovníka jako **strážce řádu**, a proto pro ně bylo nesnadné se jim svěřit: „*To je těžký, něco jim řekneš, třeba, že byl druh ve vězení nebo že si kradla, a oni si hned vo tobě vytvořej úsudek*“ (KPŽ8). „*Já to vidím jako, že by se neměly ty dvě věci míchat jako ta pomoc psychologická a k tomu ty pravidla tady v azyláku a jejich dodržování, když se to míchá, pak si radši držíš odstup*“ (KPŽ7).

Jedna z komunikačních partnerek v tomto kontextu popisuje potřebu hovořit **spíše s někým cizím**, tedy ne s pracovníkem azylového domu, kde bydlí. „*Chodím do rodinné poradny. Nestydím se za to. Já si myslím, že hodně udělá, vykecat se tomu cizímu člověku než kamarádovi. Protože ten bližší člověk dokáže více ublížit než ten cizí. Mělo by to zkusit tady více lidí, je to fakt dobré. Cítila jsem úlevu. Od toho blízkého člověka vás to pak více bolí, než když jdete k psychologovi, tam je lékařské tajemství. Měla jsem dobrou kamarádku, ale pak to použila proti mně v hádce*“ (KPŽ4).

Některé azylové domy řeší vzniklou kumulaci rolí sociálního pracovníka **spoluprací s externími zaměstnanci**, terapeutů, psychologů a psychiatrů. „*Máme tu možnost. Buď mluvíme s personálem, nebo nám nabídlí psychologickou pomoc, kdyby náhodou nějaké vypětové situace a tak dál*“ (KPŽ4). „*Však já jsem měl nejdřívější deprese jo. Jarní to bylo vždycky a na Vánoce. A teď jako co su tady, sice napřed pro jistotu jsem chodil na prášky tady, k paní psychiatrice*“ (KPM2).

Úskalí vyhledávání pomoci mimo azylový dům

Vyhledávání pomoci mimo azylový dům může ale mít určitá úskalí, prvním z nich je nízkoprahovost, druhým je vnímaná stigmatizace na straně odborníků.

První významnou bariérou ve vztahu k vyhledávání pomoci mimo azylový dům je zajištění její **nízkoprahovosti**. V rámci nízkoprahovosti je problematická **vzdálenost**: „*To já mám ještě v Ostravě toho doktora. To si musím první zařídit tady*“ (KPŽ2). „*Je to dost daleko jako. Já musím až z P. jet na S. a tam teprv na město, to máte hodinu cesty*“ (KPŽ6). K nízkoprahovosti se často pojí i **akcentace poplatků za léky**. „*Co dostanete tu socku, nemáte šanci normálně z těch peněz... ,doplácíte léky a co vám zbyde na jídlo. Prostě od socky do socky žijete, a to vám nestačí, ty peníze. A z čeho chcete žít?*“ (KPM6). „*Dneska se všechno doplácí. Já doplácím měsíčně tři tisíce na léky. A to ještě neberu všechny. Protože kdybych bral, беру jenom ty nejnnutnější. Protože kdybych bral všechny, tak jsem bez peněz. Zaplatím azylák čtyři tisíce, zaplatím výživné, no a zaplatím léky a zbyde mi pár korun na jídlo*“ (KPM9). „*Jo, no musím ještě dietu dodržovat, jo. Tak na to peníze taky. Tak, snažím se to dodržovat. Samozřejmě, že to nedodržuju úplně, tu dietu. Kdybych měl držet dietu, já mám napsané v dietě jen hovězí maso, jo. A to je nejdražší maso, že jo*“ (KPM9). „*No a teď už jsem bez léků, teď čekám peníze, protože na ně nemám. Až to, tak půjdu zase k panu doktorovi a uvidíme*“ (KPŽ6). „*Já neberu ty léky, co bych měl brát. Kdybych měl brát všechny léky, tak se nedoplatím. Já nemám šanci, беру jen ty základní léky, co potřebuju. Od bolesti a potřebuju vitamín C, běčko s tím magnéziem si dokupuju... A od tlaku беру, na játra беру, teda na cholesterol беру, na játra už neberu. Nemám šanci na to*“ (KPM6). S nízkoprahovostí je také spojeno **čekání**. „*To jako, to mě u těch doktorů štve, když jste tam objednaný a oni berou normálně*

¹³ Některé azylové domy mají jako podmínku aktivní podílení se uživatelů a uživatelek na řešení své stávající situace.



*přednostně ty svoje známé a všechno. A vy tam čekáte 3, 4 hodiny a on vás nevezme na tu dobu“ (KPM6). „Ano, k doktorovi ale já nepůjdu, protože tam jako ve V. se dlouho čeká v čekárně, a abych měl čekat dvě hodiny na nějaké vyšetření...“ (KPM7). V některých azylových domech může být bariérou využití externí pomoci i samotná **nutnost se zde objednat**. „Nechají mě třeba zavolat zadarmo. To mám k dispozici. Třeba na úřad, k lékaři. Když potřebujeme, tak si od nich můžeme zavolat, jo“ (KPŽ3). Ve vztahu k nízkoprahovosti a svému zdravotnímu stavu jeden z komunikačních partnerů zmiňoval potřebu **doprovázení**. „No, doprovázeli mě. Ale řekli mi, že už tam budu chodit sám. Protože já jsem tam byl jednou a hned jsem zabloudil. Takže jsem tam byl potom s L. a už jsem si to zafixoval, už jsem věděl, kde to je“ (KPM4). Komunikační partnerky, které žijí v azylovém domě se svými dětmi, zase zmiňovaly potřebu **zajištění hlídání dětí**. „Nemám čas tolik na sebe. Třeba nemám hlídání, že si zajdu třeba k tomu lékaři“... „Ty děti asi. Že je nemám kam dát“ (KPŽ2). „Kdyby byl nemocný on nebo já, můžu ho tu nechat a jít si vyřizovat“ (KPŽ3).*

Řada komunikačních partnerů a partnerek popisovala ve vztahu k odborníkům a odbornicím mimo azylový dům vnímanou **stigmatizaci** ve vztahu k jejich současné bytové situaci. „Já mám špatné zkušenosti, jenom takové divné jednání, mě se to nelíbí od nich. Mě to tak připadá, že si myslí, že vám nic není, že simulujete. Na těch příjmech hlavně. Já už jsem párkrát byl v nemocnici a takové divné jednání. Není to, není to vono“ (KPM6). „No tak teď ho máme ošetřovat, nějakého jo, zarostlý, špinavý, tak si to myslím, že tak uvažují, což se ani nedivím, protože když je člověk někde pod mostem nebo to, tak já se nedivím ani těm doktorům, že to nějak tak berú. Jestli to tak berú, ale asi jo“ (KPM2). „Víte to je takový, já se nedivím těm doktorům, že se na vás tak dívají“ (KPM8). „Byl jsem tak naštvaný, že jsem přestal úplně doktorům věřit“ (KPM1). „Měl jsem zánět varlat, nemohl jsem chodit. Peníze jsem měl, tak jsem šel v sobotu na pohotovost. Pán doktor ani nevylezl, jen sestra přes dveře, zeptala se, co chce, řekl jsem jí svůj problém. Řekla, že se zeptá pana doktora, přišla za 10 minut zpět a řekla, že pán doktor řekl, že máte jít na chirurgii“ (KPM1).

DISKUSE

Z analýzy dat vyplývá, že obyvatelky a obyvatelé azylových domů mají zkušenosti s psychickými potížemi, které mohou mít různý zdroj, ať už je to ztráta domova, dlouhodobý pobyt na ulici, domácí násilí, ztráta sociálních sítí či psychické potíže související s abúzem alkoholu či drog (podobně viz např. Dragomirecká, Kubisová, Anděl, 2004; Poirier, 2007; SEEWOLF-Studie, 2014). Azylový dům je přitom specifickým prostředím poskytujícím podporu (zajištění základních potřeb a bezpečí, poskytnutí klidu a odpočinku, poskytnutí sociální opory a možnosti pracovat atd.), ale i zdroje potenciálního stresu (negativní prostředí pro výchovu dětí, sdílení prostoru a absence soukromí či samotná nutnost adaptovat se na pobyt v zařízení, která je vnímána jako zatěžová; viz např. Meadows-Oliver, 2003; Swick, Williams, 2010; Glumbíková, Gojová, 2015). Z dat rovněž vyplývá, že mají komunikační partneři a partnerky určité specifické potřeby ve vztahu k poskytované pomoci od bazálního nároku „*nebýt sám*“, vázanosti na potřeby klienta, možnosti vypovídat se a mluvit otevřeně, projevení opravdového zájmu, potřeby zpětné vazby, potřeby podpory sebevědomí až po potřebu dlouhodobosti a nízkoprahovosti poskytované pomoci. Uživatelé a uživatelky azylových domů také specifikují formy pomoci, ať už se jedná o tematické skupiny, svépomocné skupiny, pomoc pro děti, krizovou pomoc, poradenství či přímo terapii. Tyto nároky už samotnou svou podstatou často přesahují odbornou výbavu sociálního pracovníka. Pomoc v oblasti psychického zdraví a pohody je přitom komunikačními partnery nejčastěji vyhledávána právě přímo v azylovém domě, u sociálních pracovníků. Role sociálního pracovníka je tak v azylovém domě kumulovaná. Je zaměstnancem služby, která má určité legislativní vymezení, poradcem a (socio)terapeutem, psychoterapeutem a strážcem řádu. Kumulace těchto rolí může být v rozporu s požadavky a očekáváním klientů a klientek ve vztahu k pomoci (podobně viz Glumbíková, Gojová, 2015). Role strážce řádu může být v rozporu s rolí poradce, (socio)terapeuta, psychoterapeuta a důvěrníka. Role pracovníka či pracovnice zařízení, jež musí sestavit a naplňovat

individuální plán klientů a klientek, je zase v rozporu s naplněním klientovy potřeby nic neřešit. Role poradce a terapeuta související s důvěrou a zachováním tajemství může zase přicházet do rozporu s rolí pracovníka zařízení atd. Sociální pracovník či pracovnice se tak díky kumulaci rolí dostává do dilematu pomoc versus kontrola (viz např. McLaughlin, 2005), přičemž obojí je v azylovém domě určitým způsobem institucionalizováno. Grant a Kinman (2014) v tomto kontextu popisují u pomáhajících narůstající pracovní stres, který pramení z norem stanovených pro sociální práci. Sociální pracovnice nebo pracovník se díky kumulaci rolí může dostávat do pozice, kdy je po nich vyžadováno něco, na co sami nemusí mít odbornost, např. výcvik v krizové intervenci či provádění terapie. Některá azylová zařízení řeší výše zmíněný konflikt rolí spoluprací s externími pracovníky, psychology či psychiatry. Spolupráce s externisty ale může mít určité bariéry ve své nízkoprahovosti a komunikačními partnery vnímaném stigma, které je spojeno s bezdomovectvím.

Výše zmíněné můžeme shrnout a dále rozšířit tím, že jsou na sociální pracovníky a pracovnice v azylových domech kladeny velké nároky, které souvisí s nalezením „*vlastní role*“ (což může být samo o sobě náročné v systému pravidel zařízení a legislativy, která určují jejich pozici, viz např. Shier a Graham (2014)). (Socio)terapeuty a psychoterapeuty se totiž mohou stávat a stávají i bez vlastního přičinění už jen povahou pozice sociálního pracovníka nebo pracovnice v azylovém zařízení a nízkoprahovostí poskytované pomoci. Poskytování (sociální) terapie totiž může být v souladu s cíli azylového domu, v souladu s aktivním řešením stávající (bytové situace) uživatelů a uživatelek.

Práce s uživateli a uživatelkami v azylovém domě tedy nese spíše znaky socioterapie, co se týče její nízkoprahovosti (využití v prostředí klienta), nutnosti ji využít i bez úplné dobrovolnosti v rámci naplňování cílů zařízení, direktivnějšího rámce (viz např. Zakouřilová, 2008) či úpravy dysfunkčních vzorců v myšlení, citění a jednání (Balogová, 2012). Osoby žijící v azylových domech však verbalizují ve svých potřebách i požadavky na psychoterapii ve smyslu hloubky problému, do nichž je potřeba vstoupit, potřeby důvěry a zachování tajemství, možnosti mluvit otevřeně, potřeby řízení přijímané pomoci a dlouhodobosti. V rámci kumulace rolí sociálního pracovníka stojí sám sociální pracovník mezi rolí psychoterapeuta a (socio)terapeuta a zdá se, že je jen na něm, aby se s těmito rolemi vyrovnal a určil si, kde je pro něj onen „*střed*“. V rámci diskuse tohoto článku můžeme tedy jen doporučit azylovým zařízením podporu pro vlastní pracovníky v podobě dalšího vzdělávání (výcviků) a rozšiřování znalostí v oblasti krizové intervence a poradenských dovedností (podobně viz např. Lindovská, Kolářová, 2016).

ZÁVĚR

V odpověď na první kladenou otázku, týkající se subjektivního pociťování psychických obtíží, očekávání ve vztahu k pomoci v azylovém domě a hodnocení této pomoci, můžeme konstatovat, že lidé v azylových domech pociťují psychické potíže velmi citelně a mají multi-oborové a multi-činnostní nároky na jejich naplnění, které směřují primárně na sociální pracovníky azylových domů. Hodnocení poskytované pomoci je ze strany jejich uživatelů ambivalentní, přičemž lze uvést, že jsou vnímána negativa často spojována spíše s kontextem poskytované pomoci, tedy s kontextem života v azylovém domě. V rámci tohoto článku jsme hledaly také odpověď na otázku, zda je (socio/psycho)terapie součástí sociální práce s obyvateli azylových domů, tedy s lidmi bez domova. V rámci získaných dat se kloníme k názoru, že je; ale že je zatížena kumulací rolí sociálního pracovníka, na něhož jsou díky jeho mnohorolovosti kladeny vysoké nároky. Doporučujeme proto azylovým zařízením zajištění podpory pro vlastní pracovníky v podobě dalšího vzdělávání v oblastech, které jim v jejich pracovní roli pomohou.



POUŽITÉ ZDROJE

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). 2010. *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* [online]. [25. 3. 2016]. Dostupné z: <http://www.apa.org/ethics/code/>
- BALOGOVÁ, B. 2012. Socioterapeutické příležitosti a bariéry sociálních pracovníků. In: *Výzvy a trendy ve vzdělávání v sociální práci. Zborník příspěvků z mezinárodní vědecké konference konané v dnech 26.–27. apríla 2012 v Prešove*. Prešov: FF PU, 238–244.
- BANYARD, V. L. 1995. Taking Another Route: Daily Survival Narratives from Mothers Who Are Homeless. *American Journal of Community Psychology*, 23(6), 871–891.
- BARTÁK, M. 2011. *Bezdomovství v ČR: Zdravotní stav bezdomovců a jeho determinanty*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem.
- BARTLETT, H. M., SAUNDERS, B. N. 1970. *The Common Base of Social Work Practice*. New York: National Association of Social Workers.
- BASSUK, E. L., VOLK, K. T., OLIVET, J. 2010. A Framework for Developing Support and Services for Families Experiencing Homelessness. *The Open Health Services and Policy Journal* [online]. 3, 34–40. [4. 3. 2015]. Dostupné z: <http://homelesshub.ca/sites/default/files/cyn4xm01.pdf>
- BOBEK, M., PENIŠKA, P. 2008. *Práce s lidmi, učebnice poradenství, koučování, terapie a socioterapie pro pomáhající profese*. Brno: NC PUBLISHING.
- BOSCHER, A., RUPPERT, M., LACKNER, C. K. 2002. Notfallpatienten ohne festen Wohnsitz. *Notfall & Rettungsmedizin*, 5(7), 512–515.
- BUSCH-GEERTSEMA, V., SAHLIN, I. 2007. The Role of Hostels and Temporary Accommodation. *European Journal of Homelessness*, 1(7), 67–93.
- CLEVERLEY, K., KIDD, S. A. 2011. Resilience and Suicidality among Homeless Youth. *Journal of Adolescence*, 34(5), 1049–1054.
- DENZIN, N. K., LINCOLN, Y. S. 1998. *Collecting and Interpreting Qualitative Material*. London, Thousand Oaks, New Delhi: SAGE.
- DRAGOMIRECKÁ, E., KUBISOVÁ, D., ANDĚL, M. 2004. Duševní zdraví pražských bezdomovců. *Psychiatrie*, 8(4), 274–279.
- ENDERS-DRAGÄSSER, U., SELLACH, B. 2010. Lebenslagen von Frauen und Wohnungsnotfallproblematik. In: REUSCHKE, D. (Ed.). *Wohnen und Gender. Theoretische, politische, soziale und räumliche Aspekte*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, 194–214.
- FERJENČÍK, J. 2010. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. 2. vyd. Praha: Portál.
- FOLSOM, D. P., McCAHILL, M., BARTELS, S. J. et al. 2002. Medical Comorbidity and Receipt of Medical Care by Older Homeless People With Schizophrenia or Depression. *Psychiatric Services* [online]. 53(11), 1456–1460. [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://ps.psychiatryonline.org/doi/abs/10.1176/appi.ps.53.11.1456>
- GOJOVÁ, A., GLUMBÍKOVÁ, K. 2015. (Bez)mocná) Sociální práce jako zdroj zplnomocnění? *Sociální práce / Sociální práce*, 15(5), 52–63.
- GORDON, W. E. 1969. Basic Construction for an Inertive Conception of Social Work. In: HEARN, G. (Ed.). *The General Systems Approach: Contributions toward an Holistic Conception of Social Work*. New York: Council on Social Work Education, 5–11.
- GRANT, L., KINMAN, G. 2014. *Developing Resilience for Social Work Practice*. London, New York: Palgrave Macmillan.
- HETMÁNKOVÁ, R. 2014. Ženy bez domova: Identita, strategie a bezpečný prostor. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*, 15(1), 81–84.
- HUBÍK, S. 2006. *Hypotéza: metodologický nástroj výzkumu ve společenských vědách*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zdravotně sociální fakulta.



- CHARMAZ, K. 2003. Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. In: HOLSTEIN, J., GUBRIUM, J. F. (Eds.). *Inside Interviewing. New Lenses, New Concerns*. Thousand Oaks, London, New Delhi: SAGE Publications, 311–330.
- KRATOCHVÍL, S. 2006. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Portál.
- KREBS, V. 2015. *Sociální politika*. Praha: Wolters Kluwer.
- KRIVOŠÍKOVÁ, M. 2011. *Úvod do ergoterapie*. Praha: Grada.
- LAPORTE, A., LE MÉNER, E., CHAUVIN, P. 2010. La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel. Quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France. *Les Travaux de l'Observatoire* [online]. [10. 11. 2016]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/255180126_La_sante_mentale_et_les_addictions_des_personnes_sans_logement_personnel_Quelques_eclairages_issus_d'une_enquete_de_prevalence_en_Ile-de-France
- LINDOVSKÁ, E. 2012. Práce se sítěmi služeb u lidí bez domova. *Sociální práce / Sociálna práca*, 12(1), 102–111.
- LINDOVSKÁ, E., KOLÁŘOVÁ, J. 2016. *Stojíme na jejich straně! Protože dvě jsou více než jedna: Závěrečná výzkumná zpráva o ženském bezdomovectví a násilí*. Praha: Jako doma – Homelike, o. p. s.
- MAREK, J., STRNAD, A., HOTOVCOVÁ, L. 2012. *Bezdomovectví: v kontextu ambulantních sociálních služeb*. Praha: Portál.
- McLAUGHLIN, K. 2005. From Ridicule to Institutionalization: Anti-Oppression, the State and Social Work. *Critical Social Policy*, 25(3), 283–305.
- MEADOWS-OLIVER, M. 2003. Mothering in Public: A Meta-Synthesis of Homeless Women with Children Living in Shelters. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 8(4), 130–136.
- MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- MIOVSKÝ, M., KALINA, K. 2013. Návrh pro diskusi o věcném záměru zákona o psychoterapii. Verze č. 5. [24. 2. 2017]. Dostupné z: https://www.google.cz/search?q=z%C3%A1kon+o+psychoterapii&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b&gfe_rd=cr&ei=bDiwWOLwJOPf8gfgqDYAQ
- NAVRÁTIL, P. 2001. *Téorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
- POIRIER, M. 2007. Santé mentale et itinérance Analyse d'une controverse. *Nouvelles pratiques sociales* [online]. 19(2). [10. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.erudit.org/revue/nps/2007/v19/n2/016052ar.html>
- SEEWOLF-Studie. 2014. *Die SEEWOLF-Studie – eine Zusammenfassung* [online]. München: Technische Universität München. [21. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.mri.tum.de/node/2685>
- SHIER, M. L., GRAHAM, J. R. 2014. *Social Policy in Canada*. Encyclopedia of Social Work. NASW Press, Oxford University Press.
- SKINNER, D. C. 2009. A Modified Therapeutic Community for Homeless Persons with Co-Occurring Disorders of Substance Abuse and Mental Illness in a Shelter: An Outcome Study. *Substance Use & Misuse*, 40(4), 483–497.
- STEIGER, I. 2010. *Die Auswirkungen von Wohnungslosigkeit auf die Gesundheit und den Zugang in das Gesundheitssystem*. Berlin: Institut für Medizinische Soziologie der Medizinischen Fakultät Charité, Universitätsmedizin Berlin. Disertační práce.
- STEIN, H. D., CLOWARD, R. A. 1959. *Social Perspectives on Behavior: A Reader in Social Science for Social Work and Related Professions*. Glencoe, Ill.: Free Press.
- SWICK, K. J., WILLIAMS, R. D. 2010. The Voices of Single Parent Mothers Who Are Homeless: Implications for Early Childhood Professionals. *Early Childhood Educational Journal*, 38(1), 49–55.
- ŠEVČÍK, D., ŠPATENKOVÁ, N. 2011. *Domácí násilí: kontext, dynamika a intervence*. Praha: Portál.
- TISCHLER, V., CUMELLA, S., BELLERBY, T. et al. 2000. Service Innovations: a Mental Health Service for Homeless Children and Families. *Psychiatric Bulletin*, 24(9), 339–341.
- ÚLEHLA, I. 1999. *Umění pomáhat*. Praha: SLON.



- VYBÍRAL, Z., ROUBAL, J. (Eds.). 2010. *Současná psychoterapie*. Praha: Portál.
Vyhláška č. 505/2016 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
- VYMĚTAL, J. 2010. *Úvod do psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- VYMĚTAL, J. et al. 2004. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada Publishing.
- WENZEL, S. L., LEAKE, B. D., GELBERG, L. 2001. Risk Factors for Major Violence Among Homeless Women: a Cohort Study and Review of the Literature. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(8), 739–752.
- Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.*
- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.*
- ZAKOUŘILOVÁ, E. 2014. *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál.
- ZAKOUŘILOVÁ, E. 2008. *Sociální terapie aneb její teorie i speciální techniky, které pomáhají v sociální práci s rodinou*. Praha: Institut pro místní správu.



Starostlivosť o seba v sociálnej práci ako inšpirácia pre vznikajúcu oblasť onkologickej sociálnej práce¹

Self-care in Social Work as an Inspiration for Emerging Area of Oncological Social Work

Katarína Šiňanská, Agnesa Kočišová

PhDr. Katarína Šiňanská, PhD.,² vyštudovala odbor Sociálna práca na FF PU v Prešove. Rigoróznú skúšku v odbore Sociálna práca absolvovala na Katedre sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach. V roku 2012 úspešne ukončila doktorandské štúdium v odbore Sociálna práca na Katedre sociálnej práce Inštitútu edukológie a sociálnej práce FF PU. V súčasnej dobe pracuje ako odborná asistentka na Katedre sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach. Špecializuje sa na vyučovanie predmetov zameraných na komunitný rozvoj a v tejto oblasti sociálnej práce aktívne pôsobí i v praxi.

PhDr. Agnesa Kočišová, PhD.,³ vyštudovala odbor Andragogika na FF PU v Prešove; rigoróznú skúšku v odbore Sociálna práca absolvovala na FF UPJŠ v Košiciach (2009) a doktorandské štúdium v odbore Sociálna práca na FF PU v Prešove (2012). Ako odborná asistentka na KSP FF UPJŠ v Košiciach pôsobila od roku 2008. Je spoluautorkou troch monografií, troch vysokoškolských učebníc a niekoľkých štúdií; spoluriešiteľkou piatich vedeckovýskumných úloh (so zameraním napr. na: *psychologické determinanty zvládania onkologického ochorenia*).

Abstrakt

Príspevok vymedzuje onkologickú sociálnu prácu ako náročnú pomáhajúcu profesiu. Upozorňuje na výskyt negatívnych javov v práci sociálnych pracovníkov a vyzdvihuje možnosti prevencie. Autorky charakterizujú koncept starostlivosti o seba a pojednávajú o možnostiach predchádzania negatívnym javom. Výskum autorky zamerali na zisťovanie miery vykonávanej starostlivosti o seba v skupine sto respondentov – sociálnych pracovníkov, pracujúcich v rôznych typoch organizácií. Údaje boli získavané prostredníctvom validizovaného dotazníka, tzv. Dotazníka vykonávanej starostlivosti o seba, ktorý vychádza z pôvodného rovnomeného dotazníka od autora Lovaša (2015).

Kľúčové slová

pomáhajúce profesie, onkológia, sociálna práca, preventívne aktivity, starostlivosť o seba

¹ Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok“.

² Kontakt: PhDr. Katarína Šiňanská, PhD., Katedra sociálnej práce, Moyzesova 9, 040 01 Košice; katarina.sinanska@upjs.sk

³ Kontakt: PhDr. Agnesa Kočišová, PhD., Katedra sociálnej práce, Moyzesova 9, 040 01 Košice; agnesa.kocisova@upjs.sk



Abstract

The paper defines the oncological social work as a challenging helping profession. It draws the attention to the existence of the negative effects related to the work of the social workers and it underlines the prevention possibilities. The authors characterize the concept of self-care and discuss the possibilities of prevention of the negative effects. The research was focused on the determining of the level of executed self-care within a group of one hundred respondents – social workers, working in the different types of organisations. The data were collected via validated questionnaires; so called Questionnaire on self-regulation in self-care, which comes from the original, equally named questionnaire written by Lovaš (2015).

Keywords

helping professions, oncology, social work, prevention activities, self-care

ÚVOD

Koncept starostlivosti o seba (*self care*) sa začal systematicky skúmať v druhej polovici dvadsiateho storočia. Prvé štúdie skúmajúce koncept starostlivosti o seba obsahujú výskumy, ktoré sa týkajú ľudí trpiacich rôznymi ochoreniami. Za jednu z prvých autoriek, ktorá začala komplexne skúmať a písať o koncepte starostlivosti o seba, považujeme Oremovú, pričom zároveň poukazovala na fakt nedostatočnej starostlivosti o seba (Lovaš, 2014).

Za obzvlášť náročnú sa považuje starostlivosť o seba v radoch pomáhajúcich profesionálov. Tieto profesie sú krásne, ale predovšetkým náročné. Pomáhajúci profesionáli sa denne stretávajú s klientmi, ktorí ich zoznamujú so svojimi trápeniami a problémami a očakávajú od pomáhajúcich, že im pomôžu vyriešiť náročné životné situácie.

Sociálnu prácu môžeme označiť za jednu z najdôležitejších pomáhajúcich profesií v súčasnosti, ktorá rieši širokú paletu sociálnych problémov a dotýka sa mnohých oblastí. Od iných pomáhajúcich profesií ju odlišuje jedinečný prístup ku klientovi, so snahou pomáhať klientom optimálne fungovať v ich vlastnom prostredí, nazývaný aj „Person in Environment“ (PIE; Matoušek, 2007).

Výkon profesie sociálna práca kladie na jej pracovníkov značné nároky rôzneho charakteru, keďže ich úlohou je pomáhať ľuďom neschopným riešiť svoje starosti vlastnými silami, predovšetkým ľuďom nejakým spôsobom znevýhodneným, rizikovým skupinám, ľuďom s telesným, duševným alebo spoločenským znevýhodnením, dlhodobo chorým a pod. Emocionálna záťaž sociálnych pracovníkov je vysoká a náročná najmä v onkologickej sociálnej práci, keďže sú na nich kladené vysoké nároky aj ako na profesionála aj ako na človeka. Diagnostikovanie onkologickej choroby, jej liečba a následné obavy z návratu choroby predstavujú pre onkologicky chorých závažný psychický stres často sprevádzaný telesnými ťažkosťami, stratou doterajšieho pracovného uplatnenia, obmedzením sociálnych kontaktov ako i hľadaním odpovedí na otázky súvisiace so zmyslom života. Pri starostlivosti o onkologicky chorých uplatňujeme bio-psycho-sociálno-spirituálny model človeka, ktorý predpokladá nutnosť liečebného pôsobenia vo všetkých jeho dimenziách (Kočišová, Šinianská, 2014).

Sociálna práca síce na jednej strane prináša pocity uspokojenia z pomoci iným, užitočnosti, potrebnosti, porozumenia, empatie a podobne, na druhej strane však jej výkon má aj mnohé úskalia označované ako negatívne javy, napríklad *výskyt klientskeho násillia* (Lovašová, 2014a), *nebezpečenstvo moci*, *syndróm vyhorenia*, *syndróm nudy* a ďalšie. Pokiaľ sa však včas rozpozna, je možné s nimi bojovať a skúsenosť s negatívnymi javmi môže byť pre postihnutého profesionála prvým krokom k tomu, aby začal lepšie vnímať sám seba, aby urobil rozhodujúce zmeny vo svojom živote a posilnil svoju osobnosť.

To všetko je súčasťou konceptu *starostlivosti o seba*. Aby nedochádzalo k profesionálnemu zlyhávaniu, je možné využiť viacero možností na predchádzanie a riešenie, ako je napríklad celoživotné vzdelávanie, využívanie supervízie či absolvovanie rôznych výcvikov sociálnych spôsobilostí.



1 ONKOLOGICKÁ SOCIÁLNA PRÁCA AKO NÁROČNÁ POMÁHAJÚCA PROFESIA

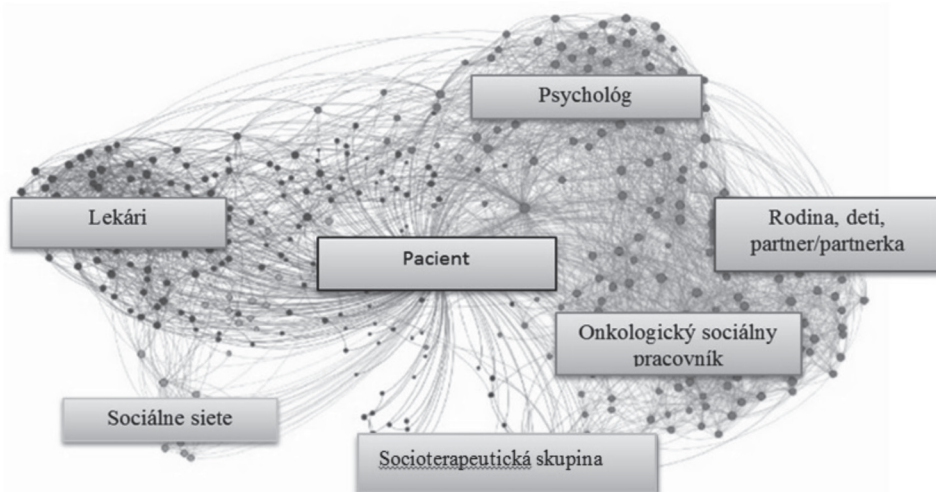
Oblasť *pomáhajúcich profesií* predstavuje široké spektrum povolání v rôznych oblastiach, ktoré sa často vyznačujú svojou inter- a transdisciplinárnosťou (Határ a kol., 2007). Pomáhajúce profesie sú atraktívne, ale i náročné. Atraktívne možnosťou pomáhať; náročné tým, že táto pomoc prináša svoje úskalia. Pracovníci pomáhajúcich profesií sa neustále stretávajú s ľuďmi, ktorí ich zoznamujú so svojimi problémami a trápeniami (Hájek, 2007). Sociálnu prácu v súčasnej dobe môžeme označiť za jednu z najvýznamnejších pomáhajúcich profesií. Je pre ňu príznačné, že dôležitými činiteľmi jej efektivity nie sú len kvalifikačné, ale rovnako aj osobnostné predpoklady sociálneho pracovníka, ktoré spoločne vytvárajú profesijné kompetencie (Elichová a kol., 2017). Je nevyhnutné, aby sociálni pracovníci mali vedomosti aj o tých faktoroch, ktoré ovplyvňujú multikultúrnu, zdravotne-sociálnu starostlivosť (napr. holistický prístup k chorému, požiadavky na starostlivosť u cudzincov a pod.). (Nová, 2013.)

Pod onkologickou sociálnou prácou rozumieme špecializáciu sociálnej práce predovšetkým v zdravotníckej starostlivosti; onkologickí sociálni pracovníci sa venujú podpornej službe, podporným programom, vzdelávaniu, výskumu, administratíve, rozvoju sociálnej politiky, psychologickým, sociálnym a duchovným potrebám onkologicky chorých, ich rodín a poskytovateľom starostlivosti – od diagnózy, v priebehu procesu liečenia, až do ukončenia starostlivosti alebo v období „zármutku“ (Lauria, 2008). Onkologickí sociálni pracovníci praktizujú sociálnu prácu všade tam, kde sú onkologickí pacienti liečení a sledovaní, v prvom rade vo veľkých onkologických centrách, v nemocniciach, na poliklinikách, na súkromných onkologických pracoviskách a pod. Podľa autorky sa onkologickí sociálni pracovníci postupne stávajú súčasťou *multidisciplinárneho onkologického tímu* pri riešení komplexných problémov súvisiacich s liečebnými výsledkami a kvalitou života onkologicky chorých. S rastúcou ambulantnou starostlivosťou nachádzajú uplatnenie aj v takých inštitúciách, akými sú centrá zdravia, podporné neziskové organizácie, domáce ošetrovateľské agentúry, prípadne hospice; významné miesta môžu zastávať v akademickej obci a vo výskume. Onkologickí sociálni pracovníci ponúkajú rad služieb zahŕňajúcich krízovú intervenciu, podporné poradenstvo, psychoterapiu, riadenie bolesti a iných symptómov, paliatívnu starostlivosť, poradenstvo pre pozostalých pri úmrtí člena rodiny, case-management koordinácie starostlivosti, navigáciu pacienta, plánovanie prepustenia z nemocnice, vzdelávanie v oblasti onkologických chorôb, informácie o komplementárnej medicíne, nácvik relaxácie a iných techník redukujúcich stres, usmerňovanie podporných skupín onkologicky chorých a pod. (Lauria 2008; Kočišová, Šišanská, 2013).

Onkologickí pacienti sú v jednotlivých štádiách liečby konfrontovaní so závažnými psychosociálnymi problémami: pri diagnostikovaní a liečbe (strach, zlosť, depresia, pocit bezmocnosti), pri zotavovaní sa po liečbe (strach z recidívy), pri recidíve (strach, sklamanie, sebaovíňovanie, zlosť, depresia), pri paliatívnej starostlivosti (strach z izolácie, zo smrti, úzkosť, žiaľ) a podobne. Na zvládanie uvedených psychosociálnych problémov onkologických pacientov sa podieľajú popri lekároch aj psychológovia, onkologickí sociálni pracovníci a taktiež rodina (deti, partner), sociálne siete, socioterapeutická skupina. Funkčný systém poskytovateľov psychosociálnej opory pre onkologického pacienta ilustruje obrázok 1 (AOSW, 2012; Žiaková, Kočišová, 2016).



Obrázok 1: Model funkčného systému poskytovateľov psychosociálnej opory pre onkologického pacienta



Zdroj: AOSW Standards of Practice in Oncology Social Work, 2012

Na základe výsledkov mnohých zahraničných i domácich výskumných štúdií bolo potvrdené, že pre onkologicky chorých sa popri fyzických prejavoch ochorenia ako problematické javia najmä nasledovné oblasti: strata mobility, strata pracovného výkonu, psychologická adaptácia na novú situáciu v osobných vzťahoch a zvládanie každodenného života. Pri zvládaní týchto záťažových situácií majú nezastupiteľné miesto; môžu pôsobiť v oblasti premostenia medzi klientom a zdravotníckym tímom, pomáhať klientom v prístupe k zdrojom, v oblasti partnerských vzťahov, ale najmä po liečbe pri ich návrate do práce a do života (Kočišová, 2012; Kočišová, Šiňanská, 2013; Žiaková, Kočišová, Wagnerová, 2015; Kočišová, Wagnerová, Šiňanská, 2016).

2 VÝZNAM STAROSTLIVOSTI O SEBA V POMÁHAJÚCICH PROFESIÁCH

Výkon profesie sociálna práca kladie na jej pracovníkov vysokú záťaž (Baráková, Kaczor, Elichová, 2016). Napriek tomu, že sa jedná o krásnu profesiu, niet pochyb o jej náročnosti. Okrem pocitov uspokojenia z pomoci iným, užitočnosti, potrebnosti, porozumenia, empatie a pod. jej výkon prináša i mnohé úskalia, ktoré môžeme označiť ako negatívne javy. Klienti prichádzajú skôr s viacerými než s jedným problémom, ktoré nedokážu riešiť vlastnými silami, často od sociálneho pracovníka očakávajú viac, než im môže poskytnúť, od pracovníka sa vyžaduje, aby bol s klientom naladený „na rovnakej vlně“, aby prejavoval nielen pochopenie, ale aby bol angažovaný pri riešení klientových problémov, existencia rôznych systémových prekážok (napr. nedostupnosť služieb), nejasne definovaná rola sociálneho pracovníka, zápasenie s rôznymi emóciami, každodenné ohrozenie stresom, ohrozenie syndrómom vyhorenia, výskyt klientskeho násillia – to všetko a mnoho iného vnímame ako výskyt negatívnych javov. O to viac, ak sa na to pozrieme z uhla pohľadu, ktorý vníma povolanie ako hlavnú súčasť života, z uhla pohľadu, ktorý vníma, že povolanie určuje životný štýl a štandard, tiež pohľad na samého seba.

Ľudia spravidla starostlivosť o seba považujú za čosi samozrejmé a prirodzené, za niečo, čo si nevyžaduje žiadnu špeciálnu pozornosť. Súčasný spôsob života mnohých ľudí však hovorí niečo iné. Naviac, pojem starostlivosť o seba vyzerá na prvý pohľad úplne jednoznačne a zrozumiteľne, v skutočnosti však ide o odborný termín, ktorý sa dá vysvetľovať rôznym spôsobom.



Pojem *starostlivosť o seba* sa už niekoľko desaťročí rozvíja vo viacerých vedných odboroch, napríklad v medicíne, ošetrovatelstve, ale i v psychológii či sociálnej práci.

Koncept starostlivosti o seba (self care) zahŕňa všetky úmyselné úkony viažuce sa k starostlivosti o fyzické, duševné a emocionálne zdravie. Dobrá starostlivosť o seba samého je výzvou pre každého jedinca a obzvlášť môže byť náročná pre pomáhajúcich profesionálov, ktorí sa denne zameriavajú na pomoc iným (Halachová, Lovaš, 2015).

V psychologickom kontexte je starostlivosť o seba vnímaná ako racionálna odpoveď jednotlivca na jeho vnútorné potreby. Dôležité však je, že to nie je inštinktívne vrodené konanie, ale je to reakcia, ktorá vzniká prostredníctvom potreby a je výsledkom učenia sa sociálnym interakciám (Lovaš, 2014).

V súvislosti so starostlivosťou o seba je v oblasti medicíny a ošetrovatelstva dobre známa koncepcia Oremovej (in Hricová, 2013), ktorá podrobne rozpracováva pacientovu podobu fyzickej starostlivosti o svoje zdravie v súvislosti so somatickým ochorením. Starostlivosť o seba sa však nevzťahuje len na udržanie zdravia a života, ale aj na zabezpečenie subjektívnej pohody. S týmto tvrdením sa stretávame i u viacerých zahraničných i našich odborníkov (ako napr. Clarke, 2010; Lovaš, 2014, 2015; Lovašová, 2014b; Halachová, Lovaš, 2015; Lichner, Lovaš, 2016, a pod.), podľa ktorých sa výskum v oblasti starostlivosti o seba doteraz orientoval predovšetkým na oblasť fyzickú, špecifickejšie na oblasť fyzickej starostlivosti pacienta o svoje zdravie. Len naozaj malá pozornosť sa venovala psychickej podobe starostlivosti o seba, prípadne jej ďalším podobám.

Tým, že sa v súčasnosti kladie čoraz väčší dôraz na duševné, ale i sociálne či spirituálne „zdravie“, sa do popredia dostávajú mnohé pomáhajúce profesie, medzi nimi i sociálna práca. Ako sme už v predchádzajúcej kapitole poukázali, faktom je, že sociálny pracovník je vo svojej každodennej praxi konfrontovaný s množstvom problémov iných, a preto je nevyhnutné, aby si našiel čas i na seba. Práve starostlivosťou o seba si môže udržať telesnú, emocionálnu i duševnú pohodu. To potvrdzuje i veľká štúdia realizovaná Poulinom a Walterom (1993) na výskumnej vzorke tisíc sociálnych pracovníkov. Autori sa venovali problému výskytu syndrómu vyhorenia a možnostiam jeho prevencie či nápravy. V závere konštatujú, že liek na vyliečenie syndrómu vyhorenia neexistuje, je však možné využívať liek, ktorý pôsobí na obnovu rovnováhy v osobnom i profesijnom živote. Tento liek nazývajú „*self care*“ alebo *starostlivosť o seba*. S tým súhlasia i Raczová a Klasová (2012), podľa ktorých človek, ktorý sa stará o seba, sa tak stáva aktívnejším a zodpovednejším za vlastné fyzické i psychické zdravie, čím sa môže zvýšiť kvalita jeho života a môže sa tak predĺžiť aj jeho vek dožitia. Smullens (2015) tvrdí, že život a dielo ju naučili, že najsilnejšie poučenie, ako sa vyhnúť syndrómu vyhorenia, je prostredníctvom starostlivosti o seba a pripustenia si, že sme len ľudia, ktorí majú svoje obmedzenia a robia chyby. Cez najlepšie úmysly, tvrdú prácu a skúsenosti môžu prísť zlyhania a straty. Napriek tomu cez všetky tie bolesti a straty sa učíme ďalšiemu rastu a taktiež napredovaniu na našej životnej ceste. Je dôležité, aby sme pochopili význam starostlivosti o seba. To nám dá silu a radosť zo života, aby sme potom boli príkladom aj pre našich klientov.

Starostlivosť o seba je vhodné rozdeliť na oblasť fyzickú, psychickú a duchovnú (Ellisová, in Hricová, Vargová, 2014). Na základe vymedzení od uvedených autorov sa v jednotlivých podkapitolách budeme venovať jednotlivým druhom starostlivosti o seba, taktiež nezabúdame na starostlivosť tzv. pracovnú. Je potrebné podotknúť, že vymedzenie toho, čo spadá pod konkrétny druh starostlivosti, je niekedy ťažko presne zaradiť a jednotlivé oblasti sa vzájomne môžu prelínať.

2.1 Starostlivosť o seba v oblasti fyzickej

V oblasti podpory zdravia zohráva koncept starostlivosti o seba kľúčovú úlohu. Spadá sem celá oblasť stravovania, osobnej hygieny, spánku, fyzickej aktivity a pod., jednoducho vychádzajúc z definície tá časť starostlivosti o seba, ktorá sa viaže k zdraviu (Halachová, Lovaš, 2015).

Od začiatku skúmania konceptu starostlivosti o seba sa ten dával do súvisu najmä so starostlivosťou o zdravie. Odlišovali sa aktivity, ktoré mali charakter starostlivosti o zdravie z vlastnej iniciatívy, od aktivít vykonávaných pod vplyvom zdravotníckeho personálu. Bolo prijaté stanovisko, podľa



ktorého je starostlivosť o seba vykonávaná samostatne, z vlastnej iniciatívy, môže mať pritom charakter predpísaného režimu, pripraveného a vykonávaného pod odborným vedením. Preto bolo dôležité odlíšenie starostlivosti o seba medicínskeho charakteru (patrí sem napr. monitorovanie zdravotného stavu a pod.) a personálneho charakteru (patrí sem aktivity, ktorými si každý z nás zabezpečuje každodenný život, napr. stravovanie a pod.). Doteraz sú v prevahe tie práce venované starostlivosti o seba, ktoré sa týkajú starostlivosti o svoje zdravie, výskumy, ktoré sa týkajú ľudí, ktorí trpia rôznymi ochoreniami. Je však dôležité uvedomiť si, že starostlivosť o seba sa nevzťahuje len na zdravie u chorých, ale je aktuálna u celej populácie a navyše sa týka i iných otázok, ako je zdravie (Lovaš, 2014).

Weber (2015) vo svojich štúdiách tvrdí, že hoci základným princípom je, že v konečnom dôsledku je zodpovedný jednotlivec za voľby, ktoré urobí, a teda aj v systéme starostlivosti o seba, napriek tomu by mali existovať aj v tejto oblasti určité systémové opatrenia, napríklad i z úrovne vlád jednotlivých krajín, vytvoriť prostriedky pre ľudí, aby si dokázali vyberať, čo je zdravé. Byť zodpovedným v oblasti starostlivosti o seba znamená snažiť sa zachovávať si a podporovať vlastné zdravie a pohodu v rámci zdravého rozumu, dodržiavať určitý životný štýl, ktorý podporuje zdravie (napríklad jesť zdravú stravu, vyhýbanie sa nečinnosti, neohrozovanie zdravia fajčením či prebytkom alkoholu, pochopenie rizikových faktorov chronických ochorení a následné vyhýbanie sa im, neohrozovanie zdravia a bezpečnosti ostatných, keď sa dá tomu vyhnúť, a pod.).

2.2 Psychologický kontext starostlivosti o seba

Lovaš (2014) uvádza, že zrejme význam zdravia spôsobil, že širšie chápané súvislosti spojené s konceptom starostlivosti o seba ostali v úzadí. Starostlivosť o seba sa týka všetkých ľudí a vzťahuje sa rovnako na fyzickú, ako aj na psychickú pohodu. Starostlivosť o zdravie je mimoriadne dôležitou súčasťou starostlivosti o seba, ale tá sa týka aj osobného rozvoja a celkovej pohody.

Clarke (2010) tvrdí, že najviac zanedbávaná starostlivosť o seba býva práve psychická. Pritom práve dobrá nálada a pozitívne myslenie môže byť jedným z pozitívnych preventívnych opatrení.

V súvislosti s psychologickými kontextami starostlivosti o seba sa vychádza z toho, že ide jednak o vykonávanie určitých aktivít, ale starostlivosť o seba sa prezentuje i ako schopnosť. Starostlivosť o seba je skúmaná i v kontexte sebaregulácie, nakoľko ide o schopnosť jednotlivca meniť svoje správanie. Dôležitú úlohu tu hrá i ďalší odborný pojem, a to sebahodnotenie, v zmysle vlastného posúdenia miery starostlivosti o seba, v zmysle sebaaponímania. Ďalší pozitívny vzťah môžeme nájsť medzi starostlivosťou o seba a sebakontrolou (Lovaš, 2014).

Podľa Hricovej a Vargovej (2014) sem radíme i neustále vzdelávanie sa a profesionálny rast.

2.3 Starostlivosť o seba v kontexte sociálnych vzťahov

Prirodzenou súčasťou starostlivosti o seba je sféra sociálnych vzťahov. Reprezentuje sa pojem sociálna starostlivosť o seba. Je dôležitou súčasťou starostlivosti o seba sociálnych pracovníkov. Týka sa rodinného zázemia a priateľov, ktoré by mali byť zdrojom pozitívneho naladenia a relaxu od pracovných problémov. Asi najčastejšou témou výskumov v oblasti sociálnej starostlivosti o seba je sociálna opora (Halachová, Lovaš, 2015).

Šimová (2002) tvrdí, že na základe zistení mnohých výskumov, ktoré realizovala, môže potvrdiť, že sociálna opora je jedným z najvýznamnejších ochranných faktorov zdravia. Koubeková (2001:40) definuje sociálnu oporu ako: „*Súbor vzťahov, ktoré jedinec vníma ako subjektívne významné pri riešení bežných i náročných situácií. Ide teda o pomoc, podporu zo strany iných, ktorá uľahčuje a zmiernuje negatívne následky záťaže a stresu na človeka. Novšie teórie priznávajú aj priamy účinok na zdravotný stav, a to aj v prípade, keď človek nie je vystavený stresu.*“ Sociálnou oporou sa v širšom slova zmysle rozumie pomoc, ktorá je poskytovaná druhými ľuďmi človeku, ktorý sa nachádza v záťažovej situácii. Všeobecne ide o činnosť, ktorá človeku v núdzi jeho záťažovú situáciu nejakým spôsobom uľahčuje (Křivohlavý, 2009). Hobfoll (in Seiger, Wiese, 2009) definuje sociálnu oporu ako také sociálne interakcie alebo vzťahy, ktoré poskytujú jedincovi skutočnú pomoc, alebo pocit blízkosti človeka,



prípadne skupiny, ktorá je vnímaná ako starostlivá a milujúca. Podľa Kebzu (2005) zdroje sociálnej opory sú súčasťou sociálnych vzťahov jedinca. Sociálna sieť alebo zdroje sociálnej opory obsahujú 6 hlavných komponentov: rodina, blízki priatelia, susedia, spolupracovníci, komunita, profesionáli. S pojmom sociálnej opory súvisia i ďalšie pojmy, ako napríklad sociálna sieť, či sociálny kapitál. Podľa McCoy (2016) starostlivosť o seba v kontexte sociálnych vzťahov zahŕňa množstvo aktivít, ako napríklad rozhovory s ľuďmi, ktorí sú nám blízki, stretnutie na káve s najlepším priateľom, plánovanie dovolenky s partnerom. Ten správny čas na starostlivosť o seba v kontexte sociálnych vzťahov je práve teraz, pretože nikdy neviete, ako dlho budete s tými, ktorí sú vám najviac blízki.

2.4 Starostlivosť o seba v kontexte kompetenčného rámca pomáhajúcich profesionálov

V súčasnosti sa väčšina pozornosti dotýkajúcej sa rizikových profesií venuje najmä negatívnym dopadom pôsobenia stresu na ich psychické a duševné zdravie. Vymedzenie kompetencií vychádza z premisy, že pre kvalitné vykonávanie praxe sociálnych pracovníkov je potrebné identifikovať osobné spôsobilosti, vhodné charakterové vlastnosti a adekvátny rozsah kompetencií. Práve sociálni pracovníci by mali disponovať širokým komplexom nielen odborných, ale aj sociálnych a personálnych spôsobilostí, na základe ktorých sú oprávnení vykonávať svoje profesionálne činnosti a poskytovať odborné služby na erudovanej báze. Na tomto základe je dôležité vymedziť i identitu sociálnej práce súčasnej spoločnosti zameranú na vymedzenie legislatívneho ukotvenia s ohľadom na neustálu reflexiu spoločenských ekosystémových zmien. Vymedzenie profesionálnej hodnoty sociálnej práce ukotvenej v inštitucionálnom rámci na organizačnej úrovni je nastolené v etickom kódexe (Halachová, Lovaš, 2015).

Ako sme už naznačili, v pomáhajúcich profesiách je hlavnou náplňou práce starostlivosť o druhých. Je však nesmierne dôležité nezabúdať na seba a starať sa o seba (Baráková, Kaczor, Elichová, 2016) rovnako dobre, ako o iných. V praxi to však vyzerá inak. Odborníci zistili (ako napr. Williams a kol., 2010; Brimstone a kol., 2007, a iní), že pomáhajúci často učia svojich klientov, ako sa majú o seba starať, avšak sami to v súkromí nepraktizujú. Poskytujú pomoc iným, no ich vnútorné a vonkajšie zdroje sú už dávno preťažené. Ako dôvod nedodržiavania zásad starostlivosti o seba odborníci často uvádzajú nedostatok času a pracovnú záťaž alebo i nedôveru v udržaní tajomstva v prípade obrátenia sa na kolegu. Môžeme teda konštatovať, že starostlivosť o seba v pracovnom prostredí môže byť v užšom zmysle slova vnímaná ako individuálny spôsob zvládania pracovnej záťaže pomáhajúceho profesionála. Podľa Parkera (2007) môžeme pracovnú záťaž definovať ako také fyzické a emocionálne prejavy, ktoré nastupujú ako reakcia na pracovné požiadavky, ktoré sú v rozpore so zdrojmi, schopnosťami, alebo potrebami pracovníka. Zvýšená frekvencia týchto prejavov smeruje taktiež k mnohým negatívnym javom v pracovnom prostredí. Napríklad syndróm vyhorenia zvyšuje frekvenciu zdravotných ťažkostí, čo zvyšuje riziko pracovných úrazov (Showkat, Jahan, 2013).

Podľa Vaskovej (in Lovaš a kol., 2014) i organizácia, pre ktorú pomáhajúci profesionáli ohrození rizikami pracujú, môže napomáhať starostlivosti o seba svojich zamestnancov. Môže ponúkať napríklad psychologickú pomoc v rámci tzv. komplexných intervenčných programov. Faktom však je, že sa využívajú prevažne v zahraničí. Proces, ktorý v nich prebieha, je charakterizovaný ako zmena myšlienok, pocitov, spomienok a správania prostredníctvom prerozprávania udalosti a zážitku emocionálneho uvoľnenia. Napríklad v USA existujú i priamo podporné programy zameriavajúce sa na vzájomnú pomoc medzi kolegami. Tieto programy bývajú úspešné pri posilňovaní duševnej pohody a zdravia. Podobnou témou sa zaoberajú vo svojej publikácii i autorky Cox a Steiner (2013). Tvrdia, že organizácie, ktoré zamestnávajú pracovníkov ohrozených rizikom, platia nemalú cenu za ich ohrozenie stresom v zamestnaní (následkom absencií pracovníkov, nákladov na zdravotnícku starostlivosť, zredukovanou produktivitou zamestnancov na pracovisku a pod.). Preto sa momentálne snažia rôznymi cestami o znižovanie stresu na pracovisku, napríklad podporovaním psychického zdravia zamestnancov, zvyšovaním bezpečnosti na pracovisku, zapájaním zamestnancov do rozhodovacích procesov, zavádzaním flexibility na pracovisku,



umožnením pracovať z domu (*home office work*), zlepšovaním pracovného prostredia, podporou ďalšieho vzdelávania, neformálnymi aktivitami pre zamestnancov, podporou rodinného života zamestnancov napríklad prostredníctvom poskytovania extra dovolenky, materských a rodičovských príspevkov, pomoci so starostlivosťou o deti či starostlivosťou v starobe. V praxi sa pre označenie tejto problematiky zaužíval anglický pojem „*workplace wellness*“. Uvedené by sme mohli spoločne s ďalšími označiť za oblasť starostlivosti o seba poskytovanú zamestnaním, konkrétne zamestnávateľom (profesionálna starostlivosť o seba poskytovaná zamestnávateľom; Lichner, 2016).

3 METODOLÓGIA A VÝSLEDKY REALIZOVANÉHO VÝSKUMU

Z vyššie uvedených teoretických východísk vyplýva, že je nevyhnutné, aby sa sociálni pracovníci starali sami o seba. V praxi sa však stretávame s tým, že často učia svojich klientov spôsobom, ako sa o seba starať, ale oni sami ich v súkromí nepraktizujú. Preto sme sa rozhodli v roku 2016 realizovať výskum v skupine sociálnych pracovníkov, pracujúcich v zdravotníckej oblasti, s cieľom zistiť, aká je miera vykonávanej starostlivosti o seba v ich radoch, a zároveň s cieľom zistiť prípadné rozdiely v hľadiska veku, dĺžky praxe a typu organizácie, v ktorej sociálni pracovníci pôsobia. Uvedomujeme si, že ideálne by bolo skúmať iba samotných onkologických sociálnych pracovníkov, ale vzhľadom na skutočnosť, že táto pozícia zatiaľ nie je v slovenských podmienkach dostatočne etablovaná, uvádzame výsledky výskumu zameraného všeobecne na sociálnych pracovníkov aktuálne pracujúcich v zdravotníckej praxi sociálnej práce. O význame sociálnej práce v onkologickej praxi sa pritom na Slovensku hovorí už viac ako desaťročie, avšak reálny posun vpred zatiaľ vo významnejšej miere nenastal. Ako sme už uviedli, aj napriek snahe viacerých slovenských autoriek (ako napr. Balogová, 2008; Kočišová, 2012, 2013, 2014, 2016; Žiaková, E., 2012, 2015, 2016; Žiaková, T., 2016, a ďalších), ktoré deklarujú jej potrebu vo viacerých vedeckých publikáciách, pozícia onkologických sociálnych pracovníkov a pracovníčok nie je v našich podmienkach dostatočne etablovaná. Avšak napriek mnohým problémom, ktoré sú spojené so zavádzaním onkologickej sociálnej práce do bežnej praxe, nemôžeme poľaviť v poukazovaní na jej možnosti a prínos.

Hlavný cieľ výskumu. Zistiť, aká je miera vykonávanej starostlivosti o seba v radoch sociálnych pracovníkov pracujúcich v zdravotníckej oblasti a zároveň zistiť prípadné rozdiely v hľadiska veku, dĺžky praxe a typu organizácie, v ktorej sociálni pracovníci pôsobia.

Metodológia. Použitá bola kvantitatívna metodológia s využitím kauzálnokomparatívneho typu výskumu. Ako *výskumnú metódu* sme použili autorsky upravenú verziu validizovaného dotazníka od autorov Lovaša a Hricovej (2015) s názvom Dotazník vykonávanej starostlivosti o seba. Dotazník obsahoval 37 položiek, kde na každú z nich bolo možné odpovedať na 5-bodovej škále – 1 na škále znamenala vôbec (nerobím vôbec) a 5 znamenala veľmi často (robím stále, pravidelne, veľmi často). Respondenti tak mali možnosť zaznamenávať frekvenciu aktivít týkajúcich sa vykonávanej starostlivosti o seba. Čím vyššie zaznamenané skóre, tým je úroveň starostlivosti o seba u respondentov vyššia. Dotazník obsahuje štyri subskály, ktoré zachytávajú vykonávanú starostlivosť o seba v jednotlivých oblastiach starostlivosti o seba, a to: fyzickej, psychickej, sociálnej a pracovnej/profesionálnej. Pre účely štatistického spracovania bolo z položiek vypočítané priemerné skóre jednotlivých subskál. Dotazník sme doplnili o autorské otázky týkajúce sa sociodemografických charakteristík respondentov. V rámci nich sme zisťovali rod, vek, dĺžku praxe respondentov a typ organizácie, v ktorej respondenti pôsobia.

Výskumná vzorka. Celkovo bolo do výskumu zapojených 100 sociálnych pracovníčok pracujúcich v oblasti sociálnej práce v zdravotníctve (v zdravotníckych zariadeniach, ako napr. v nemocniciach a v zariadeniach poskytujúcich sociálne služby, ako napríklad v zariadeniach podporovaného



bývania, v zariadeniach pre seniorov, v domovoch sociálnych služieb, v špecializovaných zariadeniach, denných stacionároch a pod.), z toho 69 pracujúcich v štátnych organizáciách a 31 v mimovládnych organizáciách, v rámci Košického samosprávneho kraja. Vyberané boli na základe zámerného, nenáhodného výberu, pričom kritériami výberu bolo pôsobenie respondentov v oblasti zdravotníctva v dennom kontakte s klientmi so zdravotným znevýhodnením, zaradenie na pozíciu sociálneho pracovníka, vek, dĺžka praxe a typ organizácie. Pôvodným kritériom bol aj rod, avšak vo výskumnom súbore sa muži nevyskytovali.

Vybrané výsledky výskumu. V prvej časti spracovania sme sa zaujímali o prípadné rozdielnosti v miere vykonávanej starostlivosti o seba z *hľadiska veku respondentov*.

V tomto prípade sme predpokladali možné vekové rozdielnosti aj v dôsledku toho, že v našej výskumnej vzorke sa nachádzali respondenti v relatívne širokom vekovom rozpätí. U sociálnych pracovníkov, ktorí sú začínajúci, po vysokoškolskej príprave tak predpokladáme odlišnú mieru starostlivosti o seba oproti tým, ktorí sú starší, aj s ohľadom na ich individuálnu skúsenosť a vývinové aspekty (obdobie post adolescencie oproti starším respondentom).

Tabuľka 1: Zisťovanie rozdielností v priemernom skóre subškál vykonávanej starostlivosti o seba v závislosti od veku (test ANOVA)

Vek	N	X	F	p(α)
21–25 rokov	9	3,08	5,105	0,003**
26–30 rokov	27	3,50		
30–40 rokov	28	3,53		
viac ako 40 rokov	35	3,01		

** p ≤ 0,01

Uvedená tabuľka vyjadruje, že existuje veľmi vysoký štatisticky významný rozdiel v miere vykonávanej starostlivosti o seba z hľadiska veku. Najvyššie skóre dosiahli respondenti vo vekovej kategórii 30–40 rokov, a to 3,53. Druhé najvyššie skóre dosiahli respondenti vo vekovej kategórii 26–30 rokov, a to 3,50. Naopak najnižšie skóre dosiahli respondenti vo vekovej kategórii viac ako 40 rokov, a to 3,01, a druhé najnižšie skóre dosiahli respondenti vo vekovej kategórii 21–25 rokov, a to 3,08.

Vekové rozdiely v úrovni starostlivosti o seba môžu byť vysvetľované prostredníctvom viacerých premenných súvisiach s prípravou, skúsenosťami, či pracovnou históriou sociálnych pracovníkov patriacich do jednotlivých kategórií. Samotnú starostlivosť o seba ovplyvňuje i úroveň ich odbornej prípravy, počiatočné skúsenosti s prácou s klientom, rozdiely medzi praxou a tým, čo sociálni pracovníci získali prostredníctvom vzdelania. So zvýšenou úrovňou starostlivosti o seba sa stretávame najmä v obdobiach, kedy začínajú pracovníci pociťovať prvé negatívne následky, ktoré môžu prameniť z výkonu ich profesie. Práve takto môže byť vysvetlený nárast starostlivosti o seba s rastom vekovej úrovne. Naopak, najstarší pracovníci s dlhou praxou v pomáhajúcich profesiách už necítia potrebu naďalej zvyšovať starostlivosť o seba. Nie je to však tým, že sa negatívne javy v tomto veku nerozvíjajú. Častokrát sa tu stretávame s rutinou v každodenných činnostiach, pracovníci sa natoľko spoliehajú na svoje schopnosti a profesionalitu, že znižujú frekvenciu vykonávania aktivít patriacich do oblasti starostlivosti o seba.

S meraním vekových rozdielností úzko súvisí i nasledujúca analýza týkajúca sa predpokladaných rozdielností *podľa dĺžky praxe* respondentov. Tu sme predpokladali opäť rozdielnosti, aj z hľadiska toho, že pracovníci s kratšou dĺžkou praxe môžu mať rozličnú úroveň starostlivosti o seba než tí, ktorí vykonávajú svoju prax dlhší čas. S týmto môže súvisieť i rozdielna úroveň zapojenia do aktivít starostlivosti o seba realizovaných pracoviskom, či rôzna úroveň negatívnych javov vyplývajúcich z výkonu pomáhajúcej profesie.



Tabuľka 2: Zisťovanie rozdielnosti v závislosti od dĺžky praxe (test ANOVA)

Prax	N	X	F	p(α)
menej ako 1 rok	22	3,08	6,276	< 0,001***
1–5 rokov	29	3,50		
5–10 rokov	17	3,53		
10–20 rokov	17	3,01		
viac ako 20 rokov	14	2,89		

*** $p \leq 0,001$

Interpretujúc prezentované výsledky konštatujeme, že existuje veľmi vysoký štatisticky významný rozdiel na úrovni 1 % v miere vykonávanej starostlivosti o seba z hľadiska dĺžky praxe. Najvyššie skóre dosiahli respondenti v kategórii dĺžky praxe 5–10 rokov, a to 3,53. Ďalej, ako druhí v poradí sa umiestnili respondenti v kategórii dĺžky praxe 1–5 rokov, ktorí dosiahli skóre 3,50. Tretí v poradí sa umiestnili respondenti v kategórii dĺžky praxe menej ako 1 rok, ktorí dosiahli skóre 3,08. Naopak najnižšie skóre dosiahli respondenti v kategórii dĺžky praxe 10–20 rokov, a to 3,01. Druhé najnižšie skóre dosiahli respondenti v kategórii dĺžky praxe viac ako 20 rokov, a to 2,89.

Rovnako ako v prípade merania úrovne starostlivosti o seba podľa veku respondentov, i v prípade dĺžky praxe sa nám ukazujú rovnako smerujúce výsledky. S nárastom praxe, s tým súvisiacich supervízií, ďalšieho vzdelávania a podobne rastie i úroveň identifikovanej starostlivosti o seba. Sú to práve tie aktivity, ktoré napomáhajú pomáhajúcim profesionálom v predchádzaní negatívnych javov súvisiacich s výkonom profesie. S rastúcim vekom však záujem o tieto aktivity i ich vykonávanie klesá, čo vysvetľuje i nameraný pokles starostlivosti o seba v najvyššej vekovej kategórii.

V ďalšej časti nás primárne zaujímali rozdielnosti vo vykonávanej starostlivosti o seba z hľadiska typu organizácie, v ktorej respondenti pracujú. Výskumnú vzorku sme rozdelili do dvoch kategórií podľa zriaďovateľa. Rozdielnosti sme teda hľadali medzi zamestnancami štátnych a mimovládnych organizácií. Tu môže celková úroveň starostlivosti o seba byť rozdielna na základe rozdielného rozsahu a druhu činností vykonávaných v organizáciách rozdelených podľa zriaďovateľov. Môže to byť ovplyvnené typom klientov, konkrétnymi problémovými oblasťami ako i rozdielnou motiváciou k niektorým formám aktivít starostlivosti o seba (napríklad ďalšiemu vzdelávaniu, atď.).

Tabuľka 3: Zisťovanie rozdielnosti v závislosti od typu organizácie (t-test)

Typ organizácie	N	X	t	p(α)
štátna	69	3,11	-4,615	< 0,001***
mimovládna	31	3,71		

*** $p \leq 0,001$

Na základe uvedeného konštatujeme, že existuje veľmi vysoký štatisticky významný rozdiel na úrovni *** $p \leq 0,001$ v miere vykonávanej starostlivosti o seba z hľadiska typu organizácie, v rámci ktorej respondenti pôsobia. V rámci výskumnej vzorky sme prezentovali, že respondenti pôsobili iba v dvoch zo štyroch typov organizácií nami zisťovaných, a to v štátnych a mimovládnych organizáciách. Preto sme namiesto testu ANOVA používali T-test, ktorým sme testovali rozdiely medzi dvoma nezávislými výbermi. Respondenti pôsobiaci v rámci mimovládnych organizácií dosiahli výrazne vyššie skóre ako respondenti pôsobiaci v rámci štátnych organizácií, a to 3,71 oproti 3,11.

V tomto prípade vidíme vyššiu úroveň starostlivosti o seba u pracovníkov pracujúcich v mimovládnom sektore naproti tým, ktorí pracujú v štátnych organizáciách. Tento stav môže byť vysvetlený najmä rozdielnymi štandardmi pre prácu v oboch týchto sférach. Kým v štátnej sfére sa práca riadi prísnyimi štandardmi, ktoré je nutné rigidne dodržiavať, neštátny sektor umožňuje pracovníkom voľnejší prístup k vykonávaniu profesie, umožňuje im poskytovať služby i mimo presne



určeného rámca, čo môže byť pre klienta veľmi prínosné, na strane druhej je potrebná odborná príprava pracovníkov. Charakter činností, ktoré si uvedené činnosti vyžadujú, by sme mohli zaradiť pod oblasť starostlivosti o seba, čím môže byť vysvetlený identifikovaný a prezentovaný rozdiel. Charakter otázok dotazníka umožňoval transformáciu položiek starostlivosti o seba do štyroch dimenzií a ich následné porovnanie. Špecifikovali sme tak starostlivosť o seba *fyzickú, psychickú, sociálnu a pracovnú (profesionálnu)*. Predpokladáme rôznu úroveň syténia jednotlivých oblastí. Táto diferencia môže byť výsledkom rôznych potrieb jednotlivých pracovníkov ako i rôznej miery podmienok k vykonávaniu tých ktorých aktivít. Výsledky tohto porovnania prezentuje nasledujúca tabuľka 4.

Tabuľka 4: Porovnanie aritmetických priemerov jednotlivých dimenzií starostlivosti o seba

Dimenzia	X	p(α)
Fyzická	3,46	< 0,001***
Psychická	3,44	
Sociálna	3,24	
Pracovná/profesionálna	3,13	

*** p ≤ 0,001

Uvedená tabuľka vyjadruje, že existuje veľmi vysoký štatisticky významný rozdiel na úrovni *** p ≤ 0,001 v miere vykonávanej starostlivosti o seba z hľadiska jednotlivých dimenzií. Respondenti vykazovali najvyššiu mieru starostlivosti o seba vo fyzickej oblasti (3,46) a psychickej dimenzii (3,44), nižšiu v sociálnej dimenzii (3,24) a najnižšiu v pracovnej/profesionálnej starostlivosti o seba (3,13). Sociálni pracovníci teda realizujú tak fyzickú, ako aj psychickú starostlivosť o seba. Menej preferujú starostlivosť sociálnu a najmenej starostlivosť pracovnú/profesionálnu.

Sociálni pracovníci sa starajú o zdravý životný štýl (napríklad cvičia, dodržiavajú zásady zdravej životosprávy, vyhľadávajú informácie, ako sa starať o svoje fyzické zdravie, absolvujú preventívne prehliadky, riadia sa radami lekára, venujú sa úprave svojho vzhľadu, vyhýbajú sa miestam a situáciám, v ktorých im hrozí ochorenie alebo zranenie, majú dostatok spánku a pod.). Rovnako tak venujú pozornosť psychickej starostlivosti o seba (napríklad potláčajú zlú náladu, myslia pozitívne a pod.). Zlepšiť starostlivosť o seba by však mali v sociálnej oblasti a v oblasti pracovnej/profesionálnej.

Z hľadiska veku by viac pozornosti starostlivosti o seba mali venovať najmladší sociálni pracovníci vo vekovej kategórii do 25 rokov a omnoho viac pozornosti starostlivosti o seba by mali venovať najstarší sociálni pracovníci vo veku od 40 rokov. V najmladšej kategórii by významnú úlohu mohlo zohrávať zaradenie predmetu s názvom Starostlivosť o seba do študijných plánov už počas štúdia na vysokej škole, ktorého cieľom by bolo upriamiť pozornosť na význam starostlivosti o seba. Naopak v najstaršej kategórii sa zrejme pod mieru vykonávanej starostlivosti o seba podpisuje už rokmi praxe naakumulovaný stres, vyhorenie, prípadne ďalšie negatívne faktory.

Čo sa týka dĺžky praxe, viac sa o seba starajú sociálni pracovníci s kratšou praxou než tí, ktorí vykonávajú prax sociálnej práce viac ako desať rokov. Sociálni pracovníci s kratšou praxou zrejme už počas štúdia mali možnosť venovať viac pozornosti významu rôznych výcvikov a supervízií a následne získané vedomosti a kompetencie preniesli i do výkonu praxe sociálnej práce, zatiaľ čo sociálni pracovníci s dlhšou praxou sú na tom podobne ako respondenti z najstaršej vekovej kategórie, teda dlhodobo ohrození stresom, náročnými životnými situáciami, vyhorením a pod.

Významne viac sa o seba starajú tí sociálni pracovníci, ktorí pracujú v mimovládnom sektore, oproti tým, ktorí pracujú v štátnom sektore. Predpokladáme, že je to spôsobené tým, že mimovládny sektor je vo všeobecnosti menej byrokraticky skostnatený a viac zameraný na nové inovatívne trendy, čo sa prejavuje i v realizácii mnohých zaujímavých projektov a aktivít v mimovládnych organizáciách (ako napríklad realizácia pravidelnej individuálnej či skupinovej supervízie, zavádzanie rôznych teambuildingových aktivít, podpora ďalšieho vzdelávania zamestnancov, demokratickejší štýl vedenia, viac otvorených diskusií a pod.).



4 DISKUSIA A ODPORÚČANIA PRE PRAX

Pri snahe porovnať výsledky výskumu sa potvrdilo, že väčšina výskumov v oblasti starostlivosti o seba sa zameriava predovšetkým na oblasť týkajúcu sa zdravia klientov a nie na samotných pomáhajúcich. Ak sa aj realizoval výskum v oblasti starostlivosti o seba, tak využíval inú metodiku a zameriaval sa skôr na skúmanie fyzickej a psychickej starostlivosti o seba a nie i na jej ďalšie oblasti. Pri snahe porovnať výsledky nášho výskumu s výskumami týkajúcimi sa tzv. „workplace wellness“ sme zasa narazili na problém, že tie sa netýkajú priamo skúmania toho, aká je úroveň pracovnej starostlivosti o seba, ale skôr porovnávanie účinkov pracovísk s rôznou pracovnou klímou na zdravie zamestnancov. Napriek tomu sme sa pokúsili o nasledovné porovnanie.

V zahraničnom meradle je možné porovnať výsledky nášho výskumu napríklad s výskumom McGarrigle a Walsh (2011), ktoré realizovali kvalitatívne orientovaný výskum v skupine 12 sociálnych pracovníkov. Autorky zistili, že sociálni pracovníci venujú len minimálnu pozornosť starostlivosti o seba. Z toho pohľadu vyznievajú výsledky nášho výskumu pozitívne, nakoľko v skupine našich respondentov sme zistili relatívne vysokú mieru vykonávanej starostlivosti o seba. Naše výsledky korešpondujú s ich zisteniami v tom zmysle, že sociálni pracovníci sa najviac o seba starali v oblasti fyzickej. Následkom zistení autorky vypracovali tréningový program zameraný na zvýšenie starostlivosti o seba a navrhli respondentom možnosť jeho absolvovania. Opätovne po absolvovaní tréningu zisťovali mieru starostlivosti o seba u respondentov a zaznamenali jej nárast. Túto výskumnú orientáciu považujeme za podnetnú v tom zmysle, aby sa odborníci v budúcnosti pokúsili vytvoriť pilotný program pre zvýšenie miery starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov a merali jeho účinnosť.

Na slovenskej úrovni je možné výsledky nášho výskumu porovnať napríklad s výskumom Hricovej a Vargovej (2014), ktoré skúmali starostlivosť o seba u psychológov. Podobne ako my zistili, že psychológovia akceptujú fyzickú, ako aj psychickú starostlivosť o seba. V ich prípade však bola dominantnejšia psychická starostlivosť, zatiaľ čo v prípade našich respondentov, sociálnych pracovníkov, bola dominantnejšia fyzická starostlivosť. Vo výskume sa ďalej zamerali na skúmanie nielen reálne vykonávanej starostlivosti o seba, ale i na skúmanie želanej starostlivosti o seba, a zistili, že psychológovia by sa o seba chceli starať viac. Následne analyzovali dôvody, ktoré im bránia v lepšej starostlivosti o seba. I to je zaujímavý podnet pre rozšírenie výskumu o vykonávanej starostlivosti o seba v skupine sociálnych pracovníkov v budúcnosti.

I napriek tomu, že výskumné zistenia poukazujú na fakt, že sociálni pracovníci vykazujú relatívne vysokú mieru vykonávanej starostlivosti o seba, u sociálnych pracovníkov stále ostáva pomerne veľký priestor na zefektívňovanie a skvalitňovanie vykonávanej starostlivosti o seba.

Z našich výskumných zistení vyplýva, že najviac vykonávaná starostlivosť o seba je v oblasti fyzickej a psychickej, menej však už v oblasti sociálnej a najmenej v pracovnej/profesionálnej. Navrhujeme podporovať sociálnych pracovníkov v udržiavaní a zvyšovaní miery fyzickej a psychickej starostlivosti o seba, avšak zdôrazňovať význam starostlivosti o seba ako komplexného prístupu, teda venovať sa starostlivosti o seba i v sociálnej a pracovnej oblasti. Keďže sa potvrdili štatisticky významné rozdiely vzhľadom na vek, dĺžku praxe a typ organizácie, v ktorej sociálni pracovníci pôsobia, navrhujeme zamerať špecificky pozornosť predovšetkým na pracovníkov, ktorí prichádzajú do praxe hneď po ukončení štúdia, prípadne už počas prebiehajúceho štúdia na vysokej škole, a taktiež na tých, ktorí v praxi pôsobia dlhodobo. Rovnako tak viac sa venovať starším sociálnym pracovníkom a tým, ktorí pracujú v štátnych organizáciách.

Znáмым faktom je, že sociálni pracovníci pracujú pod vysokým pracovným tlakom, majú množstvo úloh, príkazov, pracujú v časovej tiesni, navyše často pod nevhodným dozorom od nadriadeného. Všetky tieto skutočnosti sa pravdepodobne podpísali pod výsledky výskumu, kde sa jednoznačne ukazuje, že najzanedbanejšou je starostlivosť o seba práve v pracovnej/profesionálnej oblasti.



Preto navrhujeme nasledovné opatrenia:

- podpora vzdelávania zriaďovateľov organizácií, v ktorých pôsobia sociálni pracovníci, zameraného na informovanie o význame vytvárania pracovísk s pozitívnou pracovnou atmosférou. Viaceré grantové programy (ako napríklad program Erasmus plus) v súčasnosti ponúkajú možnosť výmenných pobytov a inej spolupráce medzi organizáciami. Je tu priestor na výmenu skúseností a poučenie sa z tzv. príkladov dobrej praxe. Vizitácia zodpovedných pracovníkov v organizácii, ktorá je „priateľskou“ k svojim zamestnancom, s dokladovaním priaznivého vplyvu na zdravie zamestnancov a následné zvyšovanie pracovnej výkonnosti zamestnancov by mohla byť vhodným spôsobom, ako preniesť pozitívne trendy v tejto oblasti zo zahraničia k nám na Slovensko. V zahraničí sa skutočne stretávame s celým radom organizácií, ktoré uplatňujú koncept „workplace wellness“;
- následná implementácia rôznych programov podpory zdravia na pracovisku, nakoľko je preukázateľne nevyhnutná pre podporu zdravého životného štýlu zamestnancov zameraných na všetky oblasti starostlivosti o seba, teda tak na:
 - fyzickú: ako napríklad vyvíjanie bezpečných pracovísk a následné zvyšovanie bezpečnosti na pracovisku, spolupráca zamestnávateľov so zdravotníckymi zariadeniami, organizovanie rekondičných pobytov, podpora športovania zamestnancov, či priamo zriaďovanie športovísk, zabezpečovanie zdravého stravovania, realizácia tzv. komunitných záhrad na pracovisku, kde je možné venovať sa pestovaniu zdravých potravín, či relaxu pobytom v príjemnom prostredí, organizovanie vzdelávacích aktivít v tejto oblasti formou odborných seminárov a pod.,
 - psychologickú: ako napríklad poskytovanie psychologickej pomoci zamestnancom v rámci komplexných intervenčných programov, podpora ďalšieho vzdelávania a zvyšovania kvalifikácie,
 - i sociálnu: ako napríklad poskytovanie individuálnej i skupinovej supervízie pracovníkom, podpora realizácie sociálno-psychologických výcvikov, zameraných na zlepšovanie vzťahov medzi pracovníkmi a na stmelovanie tímu pracovníkov, vytváranie priestoru na otvorené diskusie, prípadne riadené i facilitátorom, efektívne riešenie konfliktov na pracovisku i s využitím mediátora, podpora neformálnych podujatí pre pracovníkov, realizovaných mimo pracovného prostredia, prípadne i s rodinnými príslušníkmi – s cieľom podporiť vzájomné vzťahy v pracovnom prostredí, s poukazovaním na význam sociálnej opory od pracovného okolia, a to tak zo strany spolupracovníkov, ako i zo strany nadriadených pracovníkov, ďalej podpora rodinného života zamestnancov, napríklad flexibilnou pracovnou dobou, možnosťou pracovať z domu či pomocou so zabezpečovaním starostlivosti o deti a iné.

Tieto programy by sa mali stať prirodzenou súčasťou celkovej stratégie organizácie, čo sa následne nepochybne prejaví na zvýšení efektivity sociálnych pracovníkov na pracovisku.

Na národnej úrovni navrhujeme podporovať iniciatívy vedúce k zadefinovaniu kompetencií sociálnych pracovníkov v štandardoch, aby sa vhodne upravili pracovné podmienky sociálnych pracovníkov s cieľom minimalizácie práce nad rámec povinností, minimalizácie výkonu kumulovaných funkcií a pod.

Sociálni pracovníci v zdravotníckej oblasti a predovšetkým v onkologickej praxi sú denne vystavovaní náročným situáciám, často sú vo vysokom pracovnom nasadení a pod vplyvom dlhodobého stresu. Práve z uvedených dôvodov považujeme *koncept starostlivosti o seba v oblasti onkologickej sociálnej práce* za potrebný a zasluhujúci si hlbšie skúmanie aj s dôrazom na nasledovné premenné. Považujeme za potrebné pri ďalších výskumoch zohľadňovať napr. typ sociálnej práce, či sa jedná o priamu prácu s klientom, alebo o administratívnu, o činnosť kontrolnú, alebo podpornú,



ďalej zohľadňovať aj pracovné zaradenie, prípadne vedúcu pozíciu, sústrediť sa taktiež na úroveň pracovného prostredia, aj vzhľadom na zavedenie a dodržiavanie štandardov sociálnej práce v konkrétnej organizácii, ďalej považujeme za potrebné zohľadňovať tiež typ klientely a podobne. Zároveň sa domnievame, uvedomujúc si obmedzenia v prípade nami realizovaného výskumu, že platnosť našich výskumných zistení je obmedzená aj veľkosťou a dostupnosťou výskumnej vzorky a pri realizovaní ďalších výskumov v budúcnosti by bolo vhodné ju rozšíriť.

Navrhujeme, aby sa náš výskum stal podnetom pre ďalší výskum v tejto oblasti, ktorý by bol realizovaný na reprezentatívnej vzorke v rámci celého Slovenska. Jeho cieľom by malo byť skúmanie konceptu starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov i vzhľadom na iné premenné, napríklad vzhľadom na skutočnosť, či daný sociálny pracovník pracuje, alebo nepracuje priamo s klientom. Tiež by bolo zaujímavé sledovať, aká je reálna starostlivosť o seba a aká je želaná, a v prípade rozdielov zisťovať, čo bráni sociálnym pracovníkom starať sa o seba tak, akoby si to želali. Odborníci by taktiež mohli navrhnúť *pilotný program starostlivosti o seba* zameraný na snahu o rozvíjanie vlastného potenciálu, v záujme dosiahnutia efektívnejšieho zvládania stresu a zlepšenia pracovných kompetencií a schopností, pričom odporúčame skúmať úroveň vykonávanej starostlivosti o seba u sociálnych pracovníkov pred absolvovaním takéhoto programu a po jeho absolvovaní.

ZÁVER

Byť pomáhajúcim profesionálom je celoživotným poslaním. Pomáhanie predstavuje zmysluplnú činnosť, preto majú pomáhajúce profesie veľkú príťažlivosť. Pracovať v praxi sociálnej práce je vzhľadom na náročnosť profesie výzvou pre každého sociálneho pracovníka. Možnosť efektívne pomáhať ľuďom so sebou prináša hlboké uspokojenie, na druhej strane taktiež mnohé úskalia. Dokázať denne riešiť problémy a trápenia klientov, poskytovať pomoc ľuďom chorým, nešťastným alebo prežívajúcim iné náročné, krízové životné situácie je pre sociálnu prácu špecifické. Prístup sociálnych pracovníkov ku klientovi je jedinečný, nakoľko ten sa snaží klientovi pomôcť optimálne fungovať v jeho vlastnom, prirodzenom prostredí. Sociálny pracovník preto okrem kvalifikačných predpokladov musí disponovať vhodnými osobnostnými predpokladmi.

Aby nedochádzalo k profesionálnemu zlyhávaniu, je možné využiť viacero možností na predchádzanie a riešenie. Významnú úlohu zohráva napríklad koncept celoživotného vzdelávania ako činiteľ rozvoja kvality sociálnej práce (Elichová, Dvořáková, Sýkorová, 2016). Zabezpečiť zodpovedajúce vzdelanie sociálnych pracovníkov a pracovníčok tak, aby zvládli profesiu nielen na základe osobnostných predpokladov, ale aj pomocou potrebných vedomostí, zručností a praxe, je prioritou v oblasti dosahovania kvality výkonu (Vitalošová, 2014). Významné je kreovanie ďalšieho vzdelávania sociálnych pracovníkov v špecializovaných formách prostredníctvom akreditovaných vzdelávacích aktivít. Významnú úlohu zohráva využívanie supervízie (Vaska, 2012; Elichová, Flidrová, Jilečková, 2016) a taktiež absolvovanie výcvikov sociálnych spôsobilostí.

To všetko je súčasťou konceptu starostlivosti o seba. Sociálni pracovníci musia vnímať starostlivosť o seba ako čosí, čo nie je automatické a prirodzené, ale naopak ako niečo, čo si vyžaduje špeciálnu pozornosť; musia sa o seba starať nielen v oblasti fyzickej, ale i psychickej, sociálnej a pracovnej. Iba tak si môžu udržať celkovú pohodu a následne podávať efektívny pracovný výkon.

Domnievame sa, že téma starostlivosti o seba, obzvlášť v kontexte výkonu sociálnej práce ako pomáhajúcej profesie, má v súčasnosti nezastupiteľné miesto. Správna starostlivosť o seba prináša fyzickú, psychickú i sociálnu pohodu profesionálovi, ktorý sa následne môže plnohodnotne venovať svojej práci a kvalifikovane pomáhať svojim klientom. O to viac v situácii výkonu práce v onkologickej sociálnej práci, kde je stret so silnými negatívnymi i pozitívnymi emóciami, ako je strach klientov, zúfalstvo, beznádej, bolesť, ale i odhodlanie, nádej a zápasenie ich každodennou súčasťou.

POUŽITÉ ZDROJE

- BAČOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, E., KATRENIÁKOVÁ, Z. 2015. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov. *Sociálna práca / Sociálna práca*, 15(1), 48–65.
- BARÁKOVÁ, M., KACZOR, M., ELICHOVÁ, M. 2016. Sociální pracovník jako archetyp postmoderního superhrdiny? *Sociální práce / Sociálna práca*, 16(5), 122–131.
- BRIMSTONE, R., THISTLETHWAITE, J. E., QUIRK, F. 2007. Behavior of Medical Students in Seeking Mental and Physical Health Care: Exploration and Comparison with Psychology Students. *Medical Education*, (41), 74–83.
- CLARKE, J. 2010. Body and Soul in Mental Health Care. *Mental Health, Religion and Culture*, 13(13), 649–657.
- COX, K., STEINER, S. 2013. *Self-Care in Social Work*. Washington: NASW Press.
- ELICHOVÁ, M. et al. 2017. *Sociální práce*. Praha: Grada.
- ELICHOVÁ, M., DVOŘÁKOVÁ P., SÝKOROVÁ A. 2016. Vzdělání sociálního pracovníka jako ne/dominantní faktor ovlivňující řešení životní situace klienta. In: ŠTĚCH, O., PATAY, P., TRUHLÁŘOVÁ, Z. (Eds.). *Sociální práce v nejisté době. Sborník vědeckých textů z konference Hradecké dny sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 62–67.
- ELICHOVÁ, M., FLÍDROVÁ M., JILEČKOVÁ, A. 2016. Burn Out Syndrom in Social Workers in the Czech Republic. *Jurnal Teknology*, 11(7), 1617–1622.
- HÁJEK, K. 2007. *Práce s emocemi pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- HALACHOVÁ, M. 2016. Self-care v sociální práci. *GRANT Journal*, 5(2), 13–15.
- HALACHOVÁ, M., LOVAŠ, L. 2015. Preparing a Questionnaire of Self Care in Labour Environment for Assisting Professions. In: *Academic Research of SSaH 2015: International Academic Conference on Social Sciences and Humanities in Prague 2015*. Praha: Czech Institute of Academic Education, 242–245.
- HATÁR, C. et al. 2007. *Základy sociálnej pedagogiky pre pomáhajúce profesie*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre, Pedagogická fakulta.
- HRICOVÁ, M. 2013. Starostlivosť o seba a subjektívne vnímanie chronickej vertebrogénnej bolesti. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 6(2), 54–56.
- HRICOVÁ, M., VARGOVÁ, V. 2014. Starostlivosť o seba u psychológov. *Psychiatria – Psychoterapia – Psychosomatika*, 21(2), 34–38.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- KOČIŠOVÁ, A. 2012. Sociálna práca a poradenstvo pri zlepšovaní kvality života onkologicky chorých I. *Sociálne a politické analýzy*, 6(2), 97–182.
- KOČIŠOVÁ, A., ŠIŇANSKÁ, K. 2014. Salutoprotektívne faktory a možnosti edukácie, navigácie a poradenstva pri zvyšovaní kvality života onkologicky chorých. *Health Promotion – Self-Care – Risk – Taking Behavior Prevention*. Košice: UPJŠ v Košiciach, 119–129.
- KOČIŠOVÁ, A., ŠIŇANSKÁ, K. 2013. Zmysel života v sociálnej práci v prospech onkologicky chorých. In: ŽIAKOVÁ, E., ŠLOSÁR, D. (Eds.). *Sociálna práca – cesta k zmyslu života. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou Košické dni sociálnej práce*. Košice: UPJŠ v Košiciach, 177–183.
- KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M., ŠIŇANSKÁ, K. 2016. Salutoprotektívne faktory a stratégie zvládania pri onkologických ochoreniach. *Acta Chemotherapeutica*, 25(1–3), 157–165.
- KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M., ŽIAKOVÁ, E. 2012. Multidimenzionálny prístup ku kvalite života a zmyslu života onkologicky chorých. *Acta Chemotherapeutica*, 21(1–3), 169–176.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- KOUBEKOVÁ, E. 2001. Vzťahy medzi percipovanou sociálnou oporou a niektorými osobnostnými charakteristikami adolescentov. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 36(1), 39–49.



- LAURIA, M. 2008. Oncology Social Work. In MIZRAHI, T., DAVIS, L. (Eds.). 2008. *Encyclopedia of Social Work*. Oxford: University Press, 319–324.
- LIČNER, V. 2016. Profesionálna a osobná starostlivosť o seba v kontexte spôsobov zvládania pracovnej záťaže. In: ŽIAKOVÁ, E. (Ed.). 2016. *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach, 81–85.
- LIČNER, V., LOVAŠ, L. 2016. Model of the Self-Care Strategies Among Slovak Helping Professionals – Qualitative Analysis of Performed Self-Care Activities. *Humanities and Social Sciences*, 5(1), 107–112.
- LOVAŠ, L. 2015. *Starostlivosť o seba pri vyrovnávaní sa s negatívnymi dôsledkami v pomáhajúcich profesiách* [online]. [4. 2. 2015]. Dostupné z: <http://www.osobnosti.sk/aktualita/starostlivosť-o-seba-pri-vyrovnávaní-sa-s-negatívnymi-dôsledkami-v-pomahajúcich-profesiách-16248>
- LOVAŠ, L. a kol. 2014. *Psychologické kontexty starostlivosti o seba*. Košice: Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach.
- LOVAŠ, L., HRICOVÁ, M. 2015. Sebaregulácia a vykonávané aktivity v oblasti starostlivosti o seba. *Človek a spokojnosť*, 18(1), 26–32.
- LOVAŠOVÁ, S. 2016. Koncept starostlivosti o seba z pohľadu sociálnej práce. *GRANT Journal*, 5(2), 36–39.
- LOVAŠOVÁ, S. 2014a. *Analýza vybraných faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci*. Košice: UPJŠ v Košiciach.
- LOVAŠOVÁ, S. 2014b. *Klientske násillie ako súčasť sociálnej práce*. Košice: UPJŠ v Košiciach.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2012. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- MCCOY, M. 2016. *Self-care Definition* [online]. [1.4.2016]. Dostupné z: <http://www.moneycrashers.com/self-care-definition-tips-ideas/>
- McGARRIGLE, T., WALSH Ch. 2011. Mindfulness, Self-Care, and Wellness in Social Work: Effects of Contemplative Training. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 30(3), 212–233.
- NOVÁ, M. 2013. Multikultúrní ošetrovatelství – multikultúrní péče. *Humanitární pomoc a rozvojová spolupráce v roce 2013 a další aspekty pomoci*. Praha: HITS, 6–9.
- PARKER, H. 2007. *Stress Management*. Delhi: Global Media.
- POULIN, J., WALTER C. 1993. Social Worker Burnout: A Longitudinal Study. *Social Work Research & Abstracts*, 5–11.
- RÁČZOVÁ B., KLASOVÁ, L. 2012. Postoje ľudí stredného veku k procesom starnutia vo vzťahu k miere ich sebakontroly a starostlivosti o seba. *Psychologie*, 6(1), 12–23.
- SHOWKAT, S., JAHAN, N. F. 2013. Stress Management Practices in selected IT companies in Bangalore. *Asia Pacific Journal of Management & Entrepreneurship Research*, 2(3), 106–116.
- SEIGER, Ch., WIESE, B. 2009. Social Support from Work and Family Domains as an Antecedent or Moderator of Work-family conflicts? *Journal of Vocational Behavior*, 75(1), 26–37.
- SMULLENS, S. K. 2015. *Burnout and Self-Care in Social Work*. Washington: NASW Press.
- ŠIMOVÁ, E. 2002. Rodina a starnutie. In: Bačová, Viera (Ed.). *Psychológia rodiny a psychológia starnutia*. Prešov: FF PU.
- ŠINANSKÁ, K. 2016. Možnosti a význam onkologickej sociálnej práce – poznatky a skúsenosti z USA. In: ŽIAKOVÁ, E. (Ed.). *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou Košické dni sociálnej práce*. Košice: FF UPJŠ, 25–31.
- VASKA, L. 2012. *Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov*. Bratislava: IRIS.
- VITÁLOŠOVÁ, I. 2014. *Vzdelanie ako jeden z vplyvov na kvalitu sociálnej práce* [online]. [26. 4. 2017] Dostupné z: <https://www.socialnaspolocnost.sk/vzdelanie-ako-jeden-z-vplyvov-na-kvalitu-socialnej-prace/>
- WEBER, D. E. 2015. The Responsibilities of the Healthy: a ‘Manifesto’ for Self-care. *Self Care*, 1(6), 2–9.



WILLIAMS, I. D., RICHARDSON, D. D., GAMBEL, L. E., KEELING, M. L. 2010. Perspectives on Self Care. *Journal of Creativity in Mental Health*, (5), 321–338.

ŽIAKOVÁ, E., BALOGOVÁ, B., RÁCZOVÁ, B. 2008. *Osamelosť ako sociálny a psychologický jav: prežívanie osamelosti vo vybraných sociálne rizikových skupinách*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove.

ŽIAKOVÁ, T., KOČIŠOVÁ, A. 2016. Sociálna práca a možnosti socioterapie s dlhodobo chorými onkologickými pacientmi. In: ŽIAKOVÁ, E. (Ed.). *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou Košické dni sociálnej práce*. Košice: FF UPJŠ, 74–80.

ŽIAKOVÁ, E., KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M. 2015. Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok. *Acta Chemo-therapeutica*, 24(1–3), 221–226.

ŽIAKOVÁ, T., SABOLOVÁ FABIANOVÁ, A. 2016. Socioterapia ako terapeutická koncepcia pomoci pri zvyšovaní reziliencie onkologicky chorých klientov. *Journal Socioterapie*, 2(1–2), 32–34.



Neefektívne formy zvládania záťaže onkologicky chorých pacientov a pacientok¹

Inefficient Forms of Coping with Stress in Cancer Patients

Lucia Tóthová, Eva Žiaková

Mgr. Lucia Tóthová² je internou doktorandkou na Katedre sociálnej práce Filozofickej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach v odbore Integratívna sociálna práca. Vo svojej vedeckovýskumnej práci sa zameriava na skúmanie rizikového správania u onkologických pacientov a pacientok ako klientov a klientok sociálnej práce.

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.,³ vyštudovala odbor Psychológia na FF UPJŠ v Košiciach, no v ďalšom svojom odbornom smerovaní pokračovala v odbore 3.1.14 sociálna práca. V súčasnosti pôsobí ako vedúca Katedry sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach. Výskumne a v praxi sa v súčasnosti venuje vedeckovýskumnej činnosti v rámci grantovej agentúry Vega zameranej na sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.

Abstrakt

Onkologická choroba sprevádza človeka oddávna, avšak jej rozmer si v súčasnosti nemožno nevšimnúť. Množstvo autorov upozorňuje na spoločné osobnostné charakteristiky onkologicky chorých pacientov a pacientok, ktoré predpokladajú zvýšené riziko vzniku onkologickej choroby. Na základe týchto spoločných črt sú onkologickí pacienti a pacientky označovaní ako „osobnosti typu C“. Rozhodujúce pre autorky je neadekvátne používanie tohto pojmu na vedeckom poli a jeho zamieňanie za pojem „správanie typu C“, resp. „C-systém zvládania“. Štúdia sa zameriava na analýzu uvedeného konceptu a hľadania štatisticky významných rozdielov vo využívaní neefektívnych stratégií zvládania onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte vybraných sociálno-demografických a zdravotných charakteristík. Poukazuje tiež na možnosti využitia sociálnej práce s touto skupinou klientov a klientok na základe výsledkov autorského výskumu.

Kľúčové slova

onkologická choroba, osobnosť typu C, C-systém zvládania, zvládanie záťaže

¹ Príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy Vega 1/0230/15 s názvom „Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok“.

² Kontakt: Mgr. Lucia Tóthová, Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice; lucia.istanova@gmail.com

³ Kontakt: Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, Moyzesova 9, 040 59 Košice; eva.ziakova@upjs.sk



Abstract

Oncological diseases have always been around, but the extent of the spread of these diseases cannot be calculated. The authors draw attention to the amount of common personality traits of cancer patients which point to an increased risk of cancer. One of these common features includes cancer patients referred to as “type C personality”. Crucial for the authors is the inadequate use of this concept within scientific fields and its confusion with the term “type C behaviour pattern”, respectively “C-coping style”. The study focuses on an analysis of that concept and finding statistically significant differences in the use of ineffective coping strategies in male and female cancer patients in the context of selected socio-demographic and health characteristics. The study points to the possibilities for social work with this client group.

Keywords

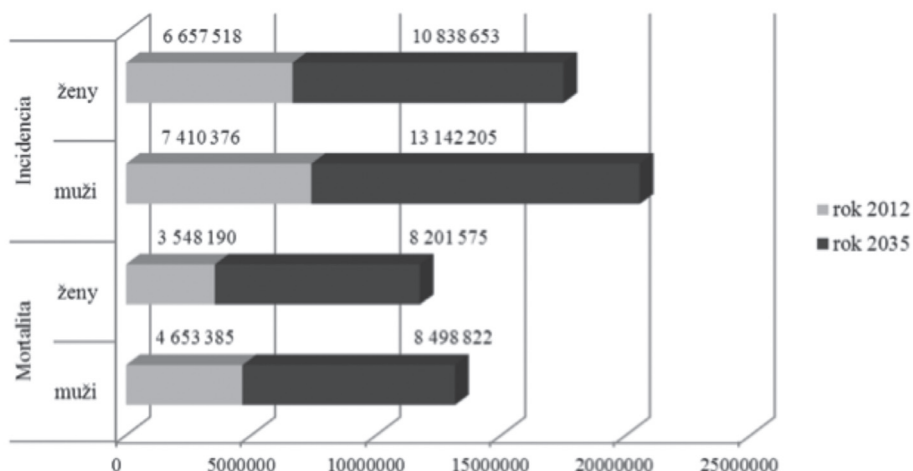
cancer, type C personality, C-coping style, coping strategies

ONKOLOGICKÁ CHOROBA

Gulášová (2009) uvádza, že onkologická choroba zastáva medzi chorobami špecifické postavenie. Predstavuje druhú najčastejšiu príčinu úmrtí v Európe (Roman, 2015) a je diagnostikovaná približne každému tretiemu človeku v priebehu života (Čadková Svejková, Chrdlová, Slavíková, 2013).

Na Slovensku chýbajú štatistické údaje týkajúce sa rakoviny a onkologických pacientov a pacientok. Národný onkologický register ponúka informácie staré 8 rokov, z roku 2009. Údaje sme preto čerpali zo zahraničných databáz a posledných dostupných štatistík. Podľa Medzinárodnej agentúry pre výskum rakoviny (International Agency for Research on Cancer, 2012) bolo v roku 2012 diagnostikovaných 14,1 milióna nových prípadov onkologických pacientov a pacientok a viac ako 8 miliónov rakovinových úmrtí. Zároveň predpokladá, že do roku 2035 počet nových onkologických pacientov a pacientok vzrastie o 70 % a úmrtnosť sa zvýši takmer o 80 %, o čom bližšie pojednáva graf 1.

Graf 1: Celosvetová populačná prognóza novovzniknutých prípadov onkologickej choroby a úmrtí na onkologickú chorobu



Zdroj: International Agency for Research on Cancer, 2012.



Ako uvádza mnoho autorov, medzi ktorých patrí napr. Tschuschke (2004), Mandincová (2011), McCorkle et al. (2011), v súčasnosti je rakovina považovaná skôr za chronickú chorobu a pribúda pacientov a pacientok, pre ktorých sa stáva vyliečiteľnou.

S vývojom ľudstva sa vyvíjali aj názory na zdravie a chorobu a výrazne sa menili. Od „osudového predurčenia“ po rozpoznávanie ovplyvniteľných a neovplyvniteľných faktorov, ktoré zdravotný stav determinujú (Kunzová, Hrubá, 2013). V súčasnosti jestvuje množstvo špekulácií a domnienok o tom, či onkologickú chorobu vyvoláva psychická, alebo sociálna záťaž. Rozšírený je predpoklad, že ju podnecuje psychický stav rovnako ako neznáme telesné prejavy. Stretávame sa dokonca s prístupom, že onkologický pacient a pacientka vlastne platia za výstredný spôsob života (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010), že choroba je trestom za hriechy, v ranom veku vnímaná ako forma posadnutosti diablom (Mastiliaková, 2007).

Postupne sa objavovalo množstvo postojov, ktoré mali vysvetliť pôsobenie rôznych faktorov na vznik a vývoj onkologickej choroby. Boli to emócie, ktoré mali vplyv na zdravotný stav, pozoroval sa tiež vzťah medzi osobnostnými charakteristikami a chorobou. Túto súvislosť sledoval už Hippokrates a neskôr Galénos (Abrahámová et al., 2009). Ten už v 2. storočí nášho letopočtu pozoroval, že ženy melancholícky ochorejú rakovinou prsníka častejšie ako sangvinické ženy. Guy na začiatku 2. polovice 18. storočia tvrdil, že melancholické ženy sú viac ohrozené rakovinou, ale zaradil tam aj otupené, hysterické ženy, ženy s nervovými problémami a tie, ktoré prežili katastrofické a bolestné zážitky. Autori v 19. storočí považovali starosť, žiaľ, duševné útrapy, osamelosť a náhle rany osudu za rizikové faktory pre vznik a vývoj onkologickej choroby (Hajdu, 2011).

Dostálová (1993) ponúka súhrn psychosociálnych faktorov, o ktorých sa predpokladá, že majú pozitívny vzťah ku vzniku a vývoju onkologickej choroby. Sú to:

- traumatické zážitky z detstva, najmä strata blízkych, ale aj sklamanie detskej dôvery dospelými,
- neskoršie straty blízkych osôb,
- kancerofóbia, teda nadmerný strach z ochorenia na rakovinu,
- strata koncepcie vlastného života, kde patrí:
 - a) strata ilúzie manželského vzťahu,
 - b) strata spoločenského uplatnenia – kariéry,
 - c) sklamanie z detí,
- strata zmyslu života,
- odmietnutie riešenia životnej situácie a únik z trvalej tenzie,
- finančná záťaž.

Idea, že by rakovina vznikala na základe psychosociálnych faktorov, býva tiež spochybňovaná, nakoľko pre tento predpoklad neexistujú priame dôkazy a vyskytuje sa množstvo nejednotných výskumných výsledkov (Tschuschke, 2004). Ako však uvádza Kunzová et al. (2014:79), „psychosociálne faktory zásadne ovplyvňujú zdravotný stav jedinca. Ich pôsobenie bolo potvrdené na mnohých úrovniach organizmu: epigenetickej, biologickej a behaviorálnej. Zameranie pozornosti na psychosociálne vplyvy má však dôležité konsekvencie pre prevenciu komplexných chorôb“. V rámci psychosociálnych faktorov sú najviac diskutované a študované významné životné situácie, stres, copingové stratégie, depresia a osobnostné črty (Holland et al., 2015).

„C-OSOBNOSŤ“/„C-SYSTÉM ZVLÁDANIA“

V 60. a 70. rokoch 20. storočia sa začali šíriť predpoklady o tom, že rovnaké osobnostné štruktúry sú predisponujúce ku vzniku rovnakej choroby (Adam, 2011). Seligman, americký psychológ, prostredníctvom faktorovej analýzy vyprofiloval tzv. „osobnosť typu C“, karcinogénnu osobnosť (Žiaková, Kočišová, Wagneřová, 2015).

Pojmom „osobnosť typu C“ sa označuje osobnostný typ, ktorý predpokladá zvýšené riziko vzniku onkologickej choroby, rýchlejší progres a horšiu prognózu choroby ako u iných typov



osobnosti (Blatný, Adam, 2008). Takúto osobnosť vystihuje inhibícia, úsilie o bezkonfliktné vzťahy, trpezlivosť, nižšia tolerancia k stresu, väčšia zraniteľnosť, čo môže korelovať s rozvojom onkologickej choroby (Mesárošová et al., 2007). Úzko s ňou súvisí aj „prítomnosť alexithymie, čo je psychologická charakteristika jedinca, ktorý nedokáže vyjadriť svoje city a emócie. Pre svoje okolie pôsobí ako necitlivý a nevšímavý. Je to však dobre ošetrovaná maska, ktorá ho chráni pred sklamaním a zosmiešnením“ (Adam, 2011, in Bačová, Žiaková, Katreniaková, 2015:53–54). Cibula, Petruželka et al. (2009) ako predisponujúce faktory dopĺňajú pocit bezmocnosti a beznádeje, zníženej schopnosti riešiť situáciu, pocit ohrozenia a menšieho uspokojenia zo vzťahov, stratu nádeje a dôvery, tendenciu oživovať a znova prežívať skoršie deprivácie a zlyhania, potlačovanie emocionality, zvýšenú tendenciu k nadmernému prispôbovaniu sa požiadavkám okolia.

„Osobnosti typu C“ sú psychicky vyrovnané osobnosti, spolupracujúce, ochotné pomáhať a druhých neobťažujú, majú úctu k autoritám, sú priateľské, trpezlivé a nenáročné. Majú však vyššiu mieru represie, výraznejšie sú pocity bezmocnosti a beznádeje. Sú ľahostajné k náznakom negatívnych zmien svojho zdravotného stavu, bolesť znášajú s odovzdanosťou, často sa vzdávajú bez boja (Křivohlavý, 2003). Pre takúto psychosomatickú štruktúru je tiež špecifické konkrétne myslenie, nedostatočne vyvinutá fantázia, prázdnota v medziľudských vzťahoch, prisilné pripútanie k partnerovi, závislosť na ňom a bezmocné zúfalstvo po rozchode (Tschuschke, 2004).

Literatúra je plná tzv. „rakovinovej osobnosti“, ktorá nesie zodpovednosť za vznik rakoviny, avšak jej existencia je v súčasnosti sporná. Výsledky výskumov nie sú jednoznačné a koncept „C-osobnosti“ je spochybňovaný (Blatný, Adam, 2008). Ak by sme uznali „C typ osobnosti“ za predisponujúci pre vznik rakoviny, súčasne by to znamenalo, že samotný onkologický pacient či pacientka sú v zmysle svojej osobnosti zodpovední za vznik tejto choroby. Na vedeckom poli však dochádza k zamieňaniu pojmov. Pojem „osobnosť typu C“ odmietame a za adekvátne používaný termín považujeme „správanie typu C“, resp. „C-systém zvládania“. Prvýkrát tento koncept predstavila americká psychologička Temoshoková v roku 1981 (Colman, 2015), podľa ktorej „v žiadnom prípade nejde o určitý typ osobnosti, ale o spôsob správania, reakciu na stres, copingovú stratégiu, ktorou sa jedinec adaptuje v priebehu života. „Typ C“ nepopisuje celú osobnosť. Skôr sa jedná o dôležitú časť psychickej obrany jedinca voči emocionálnemu ohrozeniu. Použitie pojmu osobnosť by u niektorých mohlo viesť k presvedčeniu, že jadro človeka, to, kým je, hrá nejakú úlohu v tom, či ochorie rakovinou. Ale spôsob, akým jedinec typicky zvláda stres, môže ovplyvniť jeho biologickú obranu voči rakovine“ (Peterková et al., 2013:245–246).

Tento špecifický spôsob zvládania Faleide, Lian a Faleide (2010:171–172) pomenúvajú ako „C-systém zvládania“, ktorého hlavnými charakteristikami sú

- „snaha byť záchrancom,
- domnienka o vlastnom výbornom zdraví,
- snaha vyhýbať sa konfliktom,
- snaha nevyjadrovať za žiadnu cenu negatívne emócie,
- nadmerná snaha spolupracovať s druhými ľuďmi (kooperatívnosť),
- neistota,
- snaha podriaďovať sa druhým,
- snaha mať vyššiu mieru subjektívne hodnotenej sociálnej adaptácie a úzkosti“.

Tzv. „správanie typu C“ je podľa Baltruscha et al. (1988, in Šolcová, Kebza, 2007) charakteristické:

- tendenciou potlačovať negatívne emócie,
- neschopnosťou vyjadrovať emócie, najmä hnev,
- vyhýbaním sa konfliktom,
- harmonizujúcim správaním,
- silne vyjadrenou sociálnou desirabilitou a sociálnou konformitou.

Autori Nyklíček, Temoshok a Vingerhoets (2004) dopĺňajú medzi špecifiká „C-systému zvládania“ udržiavanie vonkajšieho dojmu spokojnosti, sebaobetovanie, kooperatívnosť, sociabilitu, snahu



súhlasíť s autoritami a nepresadzovať sa, znížené uvedomovanie si vlastných potrieb, pocitov a telesných vnemov.

Množstvo odborníkov sa zhodne na tom, že práve spôsob, kto a ako chápe svoj život a spôsob zvládania ťažkostí v ňom, je to, čo je príznačné pre ľudí s onkologickou diagnózou (Žiaková, 2016).

V ďalších častiach príspevku sa zameriavame na zvládanie záťaže. Je však nutné rozlišovať, či ide o zvládanie záťaže, ktorá predchádzala manifestácii onkologickej choroby, alebo zvládanie choroby ako záťaže. Vychádzajúc z „C-systému zvládania“, ktorý je charakteristickým spôsobom zvládania záťaže onkologických pacientov a pacientok, využitie neefektívnych stratégií pri zvládaní choroby považujeme za rizikové správanie pacientov a pacientok s onkologickou diagnózou, čomu sa bližšie venujeme.

NEEFEKTÍVNE ZVLÁDANIE ZÁŤAŽE AKO RIZIKOVÉ SPRÁVANIE ONKOLOGICKÝ CHORÝCH PACIENTOV A PACIENTOK

Záťaž sa väčšinou prejaví len vtedy, pokiaľ sú požiadavky a nároky na človeka spojené s negatívnou udalosťou tak vysoké, že ich daná osoba hodnotí ako nezvládnuteľné (Spiegel, Kato, 2000, in Tschuschke, 2004). V súvislosti so záťažou sa začalo zaoberať dvoma pojmami, adaptáciou a zvládaním (copingom). Krivohlavý (1994) diferencuje tieto pojmy. Zvládanie je akýmsi vyšším stupňom adaptácie, zápasením jedinca s nadlimitnou záťažou, zatiaľčo adaptácia predstavuje vyrovnávanie sa so záťažou v obvyklej, pomerne dobre zvládnuteľnej miere.

„Pre zvládanie používajú jednotlivci rôzne postupy, označované pojmom copingové stratégie. Chápeme ich ako zvládacie vzorce, vzorce správania, ktoré jednotlivec použije na zvládnutie záťažovej situácie“ (Oravcová, 2007:114). Časť odborníkov sa prikláňa k presvedčeniu, že stratégie zvládania sú zafixované a určujúce vnútorné dispozície, relatívne stabilné vlastnosti osobnosti. Iní predpokladajú, že pri výbere copingových stratégií sú kľúčové výrazne premenlivé situačné činitele, dôležitý je vplyv situácie. McCrae (1984, in Výrost, Slaměník, 2001) vychádza z klasifikácie situácie jedincom a poukazuje na tri druhy stresových situácií:

- situácia ako výzva, ktorá má pozitívny a dlhodobější ráz. Je za ňou potenciálna hrozba, ale je viac kontrolovateľná a nemá charakter nevyhnutnosti. Jediniec na ňu reaguje aktívnymi a adaptívnymi odpoveďami. Ide napr. o manželstvo, narodenie dieťaťa,
- situácia ohrozenia. Má dlhodobý charakter, jedná sa napr. o chorobu, nezamestnanosť,
- situácia straty, ktorá predstavuje väčšinou jednorazovú udalosť, ako je napr. rozvod, smrť blízkej osoby. Mobilizuje v človeku pasívne copingové odpovede.

Ďalší, interakčný prístup zdôrazňuje, že forma odpovede na záťaž závisí jednak na povahe samotnej záťažovej situácie, ale aj na environmentálnych obmedzeniach a zdrojoch, osobnosti, potrebách a schopnostiach človeka (Výrost, Slaměník, 2001).

„Pri vymedzení vzťahu stratégie správania – náročné životné situácie vystupuje do popredia podstatný moment interakcie jedinca a sociálneho prostredia“ (Frankovský, 2011, in Kočišová, Žiaková, 2016:12).

Stratégie zvládania alebo copingové stratégie možno rozdeliť do troch hlavných foriem zvládania záťaže:

- zvládanie zamerané na problém (správanie smerované ku zníženiu alebo odstráneniu hrozby),
- zvládanie zamerané na emócie (snaha o zmenu vlastného prežívania záťažovej situácie),
- zvládanie zamerané na únik (zmena prostredia, podmienok alebo ľudí nachádzajúcich sa v okolí; Hewstone, Stroebe, 2006).

K záťažovým situáciám sa tiež môžeme postaviť iným spôsobom. „Môže ísť o adaptívne zvládanie stresu, kedy sa využité stratégie na prekonanie situácie ukážu ako úspešné. Na druhej strane to môže byť neadaptívne zvládanie stresu, ktoré sa vyznačuje neúčinnými postupmi, ktoré majú za následok neúspech“ (Zelinová, Zelina, 2009, in Šiňanská, Šadlová, 2003:41).



Autori dotazníka SVF 78 (stratégie zvládania stresu) Janke a Erdmannová (2003) rozdeľujú stratégie, ktoré človek používa pri zvládaní záťažových situácií, na pozitívne a negatívne. Pozitívne (efektívne, adaptívne) stratégie smerujú k redukcii stresu, ku ktorým patrí podhodnotenie, devalvácia viny, odklon, náhradné uspokojenie, kontrola situácie, kontrola reakcií a pozitívne sebainštrukcie. Negatívne (neefektívne, maladaptívne) stratégie smerujú k zosilneniu stresu, ku ktorým prislúcha úniková tendencia, perseverácia, rezignácia a sebaobviňovanie. Hovoria tiež o tzv. singulárnych stratégiách, potrebe sociálnej opory a vyhýbaní sa, ktorých využívanie je potrebné interpretovať v kontexte konkrétnej situácie.

Choroba, akou rakovina je, prináša trvalé zmeny v rámci životného štýlu pacienta a pacientky. Chorý musí spracovať problémy s chorobou spojené, vedľajšie účinky liečby, starosti o budúcnosť, emocionálnu nevyváženosť, vplyv onkologickej choroby na vzťahy medzi členmi rodiny, finančné záležitosti a záležitosti týkajúce sa sexuálneho života (Kyngäs et al., 2001). Je akýmsi zastavením v čase, vylúčením z každodennej činnosti a stabilizovaných istôt (Mandincová, 2011). „Je to viac než diagnóza, je to stály stav, je to nový spôsob života“ (Gulášová, 2009:61). Prináša so sebou množstvo somatických zmien a ťažkostí, psychických a sociálnych dôsledkov. Objavuje sa nespavosť, vrátane opakujúcich sa nočných mor, strata chuti do jedla, ťažkosti s návratom do obvyklej činnosti v domácnosti a v práci a neschopnosť sústrediť sa (Ganz, Hahn, 2008). Dochádza k strate vlasov alebo hmotnosti (Mącik, Ziółkowska, Kowalska, 2012), k problémom s pletou ako výsledku liečby, čo poškodzuje obraz seba samého a pacienti a pacientky trpia stratou telesnej atraktivity (Angenendt, Schütze-Kreilkamp, Tschuschke, 2010). Bačová, Žiaková a Katreniaková (2015:55) zistili, že medzi vyskytujúce sa sociálne dôsledky onkologickej choroby patrí „neschopnosť pracovať, obmedzená účasť na spoločenskom živote, závislosť na ostatných, ťažkosti finančného charakteru, sociálna izolovanosť a pocity izolovanosti, sociálne vylúčenie, resp. diskriminácia, nižšia kvalita života, zmena rolí v rodine, zmena životného štýlu a problémy v rodine, vzťahoch“. Onkologickí pacienti a pacientky sa musia vyrovnávať nielen s príchodom onkologickej diagnózy, ale musia zvládnuť aj to, čo s chorobou a po nej prichádza, jej príznaky, hrozbu opakovania alebo zlyhania liečby. Počas choroby nastávajú rôzne fázy, strieda sa remisia s recidívou, nádej s dezilúziou (Tóthová, Žiaková, 2016).

V priebehu niekoľkých rokov mnoho štúdií poukázalo na to, že špecifické stratégie zvládania môžu byť spojené s diagnózou rakoviny, jej vývojom a prežitím. Výsledky sú však nejednoznačné a existuje tiež celý rad štúdií, ktorým sa toto spojenie nepodarilo nájsť (Svensson et al., 2016). Stratégie zvládania predstavujú spôsob, ako zmierniť námahu, ktorú onkologická choroba predstavuje, a pomáha ľuďom prispôbiť sa meniacemu sa prostrediu. Neefektívne zvládanie môže mať vážne dôsledky, môže negatívne ovplyvniť zdravie danej osoby, narušiť jej sociálne fungovanie (Miedema, Hamilton, Easley, 2007).

Vychádzajúc z teoretických poznatkov, v rámci výskumu nás zaujímalo, aké stratégie zvládania onkologicky chorí pacienti a pacientky využívajú a aké štatisticky významné rozdiely existujú vo využívaní neefektívnych stratégií zvládania v kontexte vybraných sociálno-demografických a zdravotných charakteristík.

METÓDA

Výskumnú vzorku tvorilo 297 respondentov a respondentiek, ktorých výber bol zámerný. Jednalo sa o pacientov a pacientky, ktorým bola diagnostikovaná onkologická choroba. Túto vzorku tvorili v prevažnej miere ženy, konkrétne 65 %. Priemerný vek respondentov a respondentiek bol 58,6 roka, takmer polovica výskumnej vzorky žila v meste. Najviac respondentov a respondentiek dosiahlo stredoškolské vzdelanie ukončené maturitou a najviac zastúpení boli ženatí onkologickí pacienti a vydaté onkologické pacientky. Respondenti a respondentky v procese liečby a po jej ukončení tvorili približne rovnako veľkú skupinu. Výskumnú vzorku bližšie charakterizuje tabuľka 1.



Tabuľka 1: Sociálno-demografická a zdravotná charakteristika výskumnej vzorky

Rod	ženy		muži		
	65 %		35 %		
Vek	do 50 rokov		nad 50 rokov		
	24,6 %		75,4 %		
Vzdelanie	základné	stredoškolské bez maturity	stredoškolské s maturitou	gymnázium	vysokoškolské
	6,7 %	20,9 %	45,8 %	6,1 %	20,5 %
Bydlisko	dedina		mesto	veľkomesto	
	26,2 %		43,8 %	30 %	
Rodinný stav	slobodný/slobodná	ženatý/vydatá	druh/družka	rozvedený/rozvedená	vdovec/vdova
	6,4 %	66,7 %	2 %	11,1 %	13,8 %
Liečba	v liečbe		po skončení liečby		
	48,8 %		51,2 %		

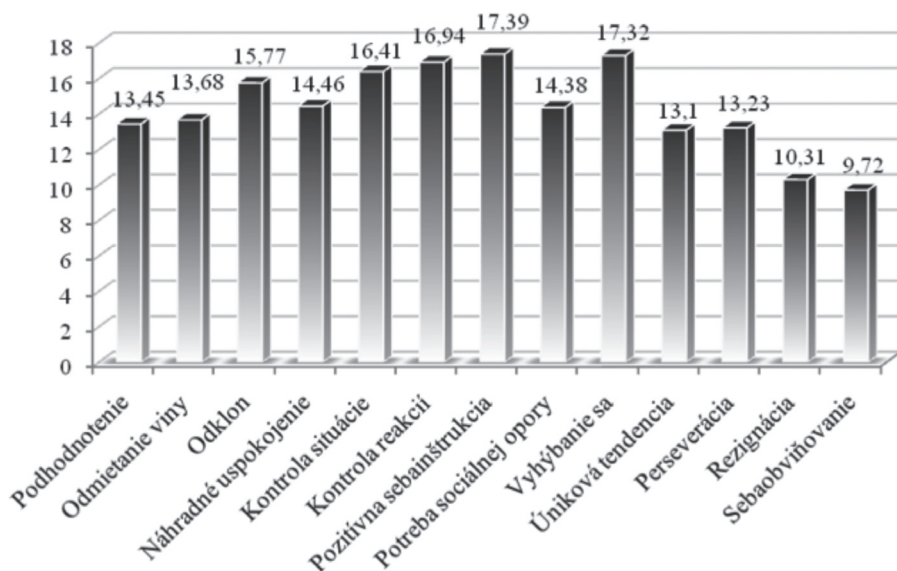
Využívanie jednotlivých stratégií zvládania u onkologických pacientov a pacientok sme zisťovali prostredníctvom dotazníka Stratégie zvládania stresu SVF 78, ktorého autormi sú Janke a Erdmannová (2003). Zameriava sa na zachytenie individuálnych tendencií k využívaniu rôznych stratégií zvládania. Tvorí ho 13 škál, ktoré sú rozdelené na pozitívne (efektívne) stratégie: podhodnotenie, odmietanie viny, odklon, náhradné uspokojenie, kontrola situácie, kontrola reakcií, pozitívna sebaînštrukcia; negatívne (neefektívne) stratégie: úniková tendencia, perseverácia, rezignácia, sebaobviňovanie; a stratégie, ktoré možno radiť ako k pozitívnym, tak k negatívnym: potreba sociálnej opory, vyhýbanie sa.

Jednotlivé neefektívne stratégie zvládania, ktorým sa bližšie venujeme, ďalej detailnejšie charakterizujeme. Úniková tendencia spočíva v tom, že potreba vyviaznuť zo situácie, ako aj skutočná realizácia snahy sú spojené s nedostatočnou pohotovosťou alebo schopnosťou čeliť záťažovej situácii. Ide o závažný maladaptívny spôsob spracovania, ktorý stres stupňuje. Perseverácia indikuje neschopnosť sa myšlienkovito odpútať od prežívanej záťaže. Negatívne predstavy a myšlienky o záťažovej situácii sa stále vnucujú a zaberajú kapacitu myslenia jedinec značnou mierou a na dlhú dobu. Tým sa záťažová situácia a s ňou spojené rozrušenie predlžuje a zabráňuje obnovenie východiskového stavu. Rezignačné tendencie vyjadrujú nedostatok možností zvládajúc záťažové situácie. Ide o pocity bezmocnosti a beznádeje vzhľadom k danej záťažovej situácii i k vlastným možnostiam ju zvládnuť. Sebaobviňovanie vyjadruje sklon ku sklúčenosti a k atribúcii znevýhodnenia u vlastného chybného jednania v súvislosti so záťažou (Janke, Erdmannová, 2003). Pre spracovanie boli využité neparametrické štatistické metódy v závislosti na charaktere distribúcie jednotlivých premenných. Reliabilita dotazníkovej batérie predstavovala v autorskom výskume hodnotu Cronbachovho alfa = 0,91, na základe čoho je možné konštatovať, že metodika mala vysokú reliabilitu.

VYBRANÉ VÝSLEDKY VÝSKUMU

Medzi najviac využívané stratégie zvládania na základe dosiahnutého priemerného hrubého skóre patrí u danej skupiny respondentov a respondentiek pozitívna sebaînštrukcia, vyhýbanie sa, kontrola reakcií a situácie. Z neefektívnych stratégií sú to perseverácia a úniková tendencia. Výsledky znázorňuje graf 2.

Graf 2: Využívané stratégie zvládania u vybranej výskumnej vzorky



Aj napriek tomu, že neefektívne stratégie zvládania sú u týchto respondentov a respondentiek využívané v menšej miere, zaujímalo nás, aké štatisticky významné rozdiely existujú vo využívaní neefektívnych stratégií zvládania v kontexte vybraných sociálno-demografických a zdravotných charakteristík. Na základe toho môžeme identifikovať tzv. podskupiny pacientov a pacientok, ktorí k využitiu neefektívnych copingových stratégií inklinujú, čo je v kontexte nožnej praktickej realizácie onkologickej sociálnej práce významné.

Na základe využitia Mann Whitneyho U testu je možné konštatovať, že sa vo využívaní neefektívnych stratégií zvládania preukázali veľmi vysoko signifikantné rozdiely štatistickej významnosti na úrovni 1 % v kontexte rodu. Konkrétne rozdiely je možné vyčítať z hodnôt skóre (X), na základe ktorých možno tvrdiť, že onkologicky choré ženy v autorskom výskume vo väčšej miere inklinujú k využívaní neefektívnych copingových stratégií ako onkologicky chorí muži, o čom pojednáva tabuľka 2. Onkologické pacientky sa podľa toho dokázu od závažnej situácie ťažšie myšlienkovy odpútať, ťažšie tejto situácii čelia, cítia sa byť v danej situácii vo väčšej miere bezmocné a častejšie obviňujú samé seba v porovnaní s onkologicky chorými mužmi.



Tabuľka 2: Rozdiely medzi onkologickými pacientmi a pacientkami vo využívaní neefektívnych stratégií zvládania

	Neefektívne copingové stratégie		
		N	X
Rod	Ženy	193	167,38
	Muži	104	114,9
	Z	-4,456	
	p(α)	< 0,001***	

* = p < 0,05; ** = p < 0,01; *** = p < 0,001

Štatisticky významné rozdiely sa tiež preukázali vo využívaní neefektívnych copingových stratégií medzi onkologickými pacientmi a pacientkami na základe stavu liečby. Tieto výsledky približuje tabuľka 3. Práve v súčasnosti už neliečení pacienti a pacientky dosahovali vyššie skóre (X) vo využívaní neefektívnych copingových stratégií v porovnaní s onkologickými pacientmi a pacientkami v procese liečby.

Ukončenie liečby, ktoré predstavuje akési prechodné a neisté obdobie, je pre onkologických pacientov a pacientky značnou záťažou. Na základe výsledkov realizovaného výskumu môžeme konštatovať, že práve v tomto období sú vo väčšej miere využívané neefektívne copingové stratégie. Môže to súvisieť s hrozbou recidívy, nad ktorou sa v tomto období pacienti a pacientky zamýšľajú, tiež s určitou stratou sociálnej opory, kedy kontakt so zdravotníckym personálom už nie je tak intenzívny.

Tschuschke (2004) uvádza, že zvládnutie rakoviny môže byť celoživotným fenoménom. Život mnohých pacientov a pacientok je aj po ukončení liečby narušovaný strachom, sú veľmi zraniteľní. Na túto záťaž je potrebné pripraviť sa skôr. Podpora mobilizácie copingových stratégií by umožnila pacientom a pacientkám pochopiť a účinne zvládnuť jednotlivé fázy „spolužitia“ s chorobou.

Tabuľka 3: Rozdiely vo využívaní neefektívnych stratégií zvládania v kontexte stavu liečby onkologických pacientov a pacientok

	Neefektívne copingové stratégie		
		N	X
Liečba	v liečbe	145	136,96
	po liečbe	152	160,49
	Z	-2,361	
	p(α)	0,018*	

* = p < 0,05; ** = p < 0,01; *** = p < 0,001

Respondenti a respondentky boli na základe dĺžky trvania vyliečenia rozdelení do dvoch skupín. Hranicou sa stala priemerná doba vyliečenia, ktorá predstavovala 28,5 mesiacov. Táto hodnota zastávala hraničný bod pre kratšiu, respektíve dlhšiu dobu vyliečenia. Na základe tohto určenia 52,6% respondentov a respondentiek ukončilo liečbu spojenú s onkologickou chorobou pred menej ako 28,5 mesiacmi, zatiaľ čo u 47,4% pacientov a pacientok zo všetkých respondentov a respondentiek po ukončení liečby toto obdobie trvalo viac ako priemerná dĺžka trvania vyliečenia. Na základe štatistického spracovania, na ktoré poukazuje tabuľka 4, sa nepreukázali štatisticky významné rozdiely medzi týmito skupinami pacientov a pacientok.

Využitím Spearmanovho korelačného koeficientu sa však preukázala štatisticky významná súvislosť medzi dĺžkou trvania vyliečenia a využitím neefektívnych stratégií zvládania. Tabuľka 5 zobrazuje



tieto výsledky, ktoré vypovedajú o tom, že čím dlhšie vyliečenie trvá, tým viac onkologickí pacienti a pacientky využívajú neefektívne copingové stratégie.

Tabuľka 4: Rozdiely vo využívaní neefektívnych stratégií zvládania v kontexte dĺžky trvania vyliečenia onkologických pacientov a pacientok

	Neefektívne copingové stratégie		
		N	X
Dĺžka trvania vyliečenia	kratšia*	80	74,71
	dlhšia**	72	78,49
	Z	-0,530	
	p(α)	0,596	

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

* dĺžka trvania vyliečenia je kratšia ako priemerná dĺžka trvania vyliečenia u respondentov a respondentiek ($< 28,5$)

** dĺžka trvania vyliečenia je dlhšia ako priemerná dĺžka trvania vyliečenia u respondentov a respondentiek ($> 28,5$)

Tabuľka 5: Súvislosť medzi dĺžkou trvania vyliečenia u onkologických pacientov a pacientok a ich využívaním neefektívnych copingových stratégií

Dĺžka trvania vyliečenia	Neefektívne copingové stratégie	
	r	0,127
	p(α)	0,028*

* = $p < 0,05$; ** = $p < 0,01$; *** = $p < 0,001$

Štatisticky významné rozdiely vo využívaní neefektívnych stratégií zvládania sa vzhľadom k ďalším sociálno-demografickým a zdravotným charakteristikám nepreukázali. Wonghongkul et al. (2000) ako aj Bourjolly a Hirschman (2001) sa vo svojich štúdiách rovnako zamerali na sociálno-demografické faktory ako možné faktory výberu copingových stratégií. Tento predpoklad sa nepreukázal ani pri jednom zo skúmaných faktorov, medzi ktorých patrili vek, vzdelanie, rodinný stav, príjem, časové trvanie od stanovenia diagnózy.

K silným stránkam realizovaného výskumu radíme vzhľadom k dostupnosti vybranej výskumnej vzorky a nutnosti akceptovať potreby a špecifiká onkologických pacientov a pacientok práve veľkosť výskumnej vzorky a jej zloženie. Za limity výskumu považujeme fakt, že jednotlivé výsledky výskumu nie sú porovnávané s kontrolnou skupinou.

ZHRNUTIE A DISKUSIA

Človek sa neustále ocitá v záťažových situáciách, ktoré musí zvládať. Tento spôsob správania sa preto stal častým predmetom výskumov, avšak od roku 1967, kedy bol samotný pojem „coping“ prvýkrát použitý, tento záujem výrazne narastá (Snyder, Dinoff, 1999). Výskumy zaoberajúce sa danou problematikou sú zamerané na rôzne cieľové skupiny. Autorky upozorňujú na niektoré z nich. Eschenbeck, Kohlmann a Lohaus (2007) sa zameriavajú na stratégie zvládania u detí a adolescentov a na rodové rozdiely v ich využívaní, Kyngäs et al. (2001) na dospievajúcich a mladých dospelých, Wright (2000) na starších ľudí. Stratégie zvládania boli skúmané v kontexte rôznych chorôb, napríklad v súvislosti s Alzheimerovou chorobou (Cooper et al., 2008), autizmom (Troy, Connolly, Novak, 2007), ADHD (Young, 2005), tiež rakovinou. Výskumy uskutočnené vo vzťahu ku onkologickej chorobe sa sústreďujú na rôzne oblasti v rámci danej problematiky. Môže ísť o stratégie zvládania využívané u pacientov a pacientok s rôznymi druhmi rakoviny, u ich



rodinných príslušníkov a rodinných opatrovateľov (Grbich, Parker, Maddocks, 2001), zdravotných pracovníkov, ktorí s onkologickými pacientmi a pacientkami pracujú (Isikhan, Comez, Danis, 2004), ako aj u rodičov detí s rakovinou (Goldbeck, 2001).

Na základe realizovaného výskumu môžu autorky konštatovať, že onkologicky chorí pacienti a pacientky nevyužívajú výrazne neefektívne stratégie zvládania, čo môže súvisieť s konštatovaním Hampela et al. (2005), ktorí uvádzajú, že pacienti a pacientky s chronickou chorobou, za ktorú je v súčasnosti rakovina považovaná, sa dostávajú viac do špecifických situácií, čo môže viesť k využívaniu efektívnejších stratégií zvládania stresových faktorov.

V autorskom výskume boli preukázané rodové rozdiely pri voľbe neefektívnych stratégií zvládania. Rodové rozdiely boli objektom štúdia viacerých výskumov. Tie však nepriniesli jednoznačné závery. Autorky uvádzajú niektoré z nich, v ktorých boli rozdiely z hľadiska rodu preukázané. Arthur a Hiebert (1994) poukázali na významné rozdiely v používaní stratégií zvládania medzi mužmi a ženami. Podľa ich štúdie muži inklinujú k problémovo orientovaným stratégiám a ženy k stratégiám orientovaným na emócie. Tieto rozdiely sú spôsobené hlavne vplyvom odlišných záťažových situácií a prístupom k nim a ich interpretovaniu. Potvrdzuje to aj štúdia Matuda (2004) na vzorke 2816 respondentov. Autori Baumgartner a Frankovský (1997) poukazujú na výraznejšiu orientáciu žien na hľadanie sociálnej opory, kým muži siahajú po únikových reakciách. Janke a Erdmanová (2003) zistili, že ženy preferujú nasledovné stratégie: potreba sociálnej opory, úniková tendencia, perseverácia, rezignácia, sebaobviňovanie, náhradné uspokojovanie a vyhýbanie sa a vyššie skórujú v negatívnych stratégiách. U mužov ide o podhodnotenie a odmietanie viny.

Autorský výskum tiež poukázal na významné štatistické rozdiely vo využívaní copingových stratégií medzi onkologickými pacientmi a pacientkami, ktorých liečba trvá, a medzi tými, ktorých liečba bola ukončená. S týmito zisteniami môžu súvisieť stresory, ktoré nastávajú po skončení liečby. Môžu sa vyskytnúť problémy spojené s fyzickými prejavmi liečby, zmenou tela a s ňou spojenou stratou sebavedomia, vinou, hanbou, neistotou, obavami z recidívy a smrti, zriedkavejšími kontaktmi s lekármi a zdravotným personálom, od ktorých dostávali pacienti a pacientky informácie, zmenenými vzťahmi, komunikáciou s partnerom alebo partnerkou (Lauver, Connolly-Nelson, Vang, 2007). Ward et al. (1992) opisujú práve ukončenie liečby ako obzvlášť stresujúce.

Na základe uvedených výsledkov výskumu autorky zdôrazňujú úlohu sociálneho pracovníka pri práci s onkologicky chorými pacientmi a pacientkami. „Svetová zdravotnícka organizácia (WHO), Americká asociácia onkologických sociálnych pracovníkov (AOSW) a ďalšie medzinárodné organizácie odporúčajú v kontexte komplexnej starostlivosti interakciu všetkých funkčných súčastí tímu poskytovateľov zdravotnej starostlivosti pri poskytovaní psychosociálnej podpory pacientom s nádorovou chorobou, pričom ústredným výkonným pracovníkom má byť onkologický sociálny pracovník“ (Ganz, Hahn 2008, in Bencová, Krajčovičová, 2011:112). V zahraničí je pozícia onkologického sociálneho pracovníka súčasťou zdravotníckeho a ošetrovateľského tímu. Plní množstvo rolí a funkcií a jednou z nich je aj starostlivosť o onkologických pacientov a pacientky po ukončení liečby, plánovanie prepustenia a následná starostlivosť.

Ukončenie liečby predstavuje pre onkologických pacientov a pacientky rovnako záťažovú situáciu. Môžu prežívať sociálnu izoláciu, rôzne závažné situácie, ako je rozpad manželstva, prázdnotu denného programu, potrebujú sa opätovne zaradiť do sociálnych rolí (Sabolová Fabianová, Žiaková, 2016).

Hedlund (2015) vyzdvihuje jedinečnú pozíciu onkologických sociálnych pracovníkov k budovaniu sietí pre svojich onkologických pacientov a pacientky a ich rodiny zahŕňajúcich zdravotnú starostlivosť zdravotníckych zariadení, komunitné agentúry a záujmové onkologické skupiny. Jedná sa o úlohu zameranú na zabezpečenie kontinuity služieb onkologickým pacientom a pacientkám a ich opatrovateľom po celú dobu liečby, ako aj po jej skončení. Sabolová Fabianová a Žiaková (2016) považujú znovuzapojenie onkologicky chorých pacientov a pacientok do spolubytia v ich sociálnom systéme a podporovaní sociálnych väzieb za opodstatnenú socioterapiu. „Socioterapeut pomáha klientovi dostať sa cez kritické obdobie, v ktorom sa práve nachádza a nenaučil sa fungovať v novovzniknutých podmienkach“ (Lozsi, 2013, in Sabolová Fabianová, Žiaková, 2016).



Dôležité teda je, aby bol onkologický sociálny pracovník prítomný v dôležitých etapách života onkologických pacientov a pacientok. Ako významné sa preukázalo práve obdobie ukončenia liečby. Pacienti a pacientky by si mali osvojiť správne, efektívne stratégie zvládania a mali by byť na záťaž prichádzajúcu s obdobím po ukončení liečby pripravovaní skôr. Poznanie konkrétnych stresorov a copingových stratégií používaných v tejto fáze môže postaviť vedomostnú základňu pre budúce kroky v praxi a zároveň by umožnilo modifikovať sociálny systém s cieľom znížiť vplyv záťaže na onkologických pacientov a pacientky. Integrácia náuky správnych stratégií zvládania do procesu komplexnej starostlivosti o onkologických pacientov a pacientky by sa stala milníkom.

POUŽITÉ ZDROJE

- ABRAHÁMOVÁ, J. a kol. 2009. *Co byste měli vědět o rakovině prsu*. Praha: Grada.
- ADAM, Z. et al. 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén.
- ANGENENDT, G., SCHÜTZE-KREILKAMP, U., TSCHUSCHKE, V. 2010. *Psychoonkologie v praxi: psychoedukace, poradenství a terapie*. Praha: Portál.
- ARTHUR, N., HIEBERT, B. 1994. Investigating Gender Influences on Coping [online]. [15. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED373848.pdf>
- BAČOVÁ, M., ŽIAKOVÁ, E., KATRENIÁKOVÁ, Z. 2015. Sociálna opora onkologicky chorých žien – základný predpoklad intervencie sociálnych pracovníkov. *Sociální práce / Sociální práce*, 15(1), 48–65.
- BAUMGARTNER, F., FRANKOVSKÝ, M. 1997. K problémom zisťovania stratégií riešenia náročných situácií. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 32(2), 155–160.
- BENCOVÁ, V., KRAJČOVIČOVÁ, I. 2011. Psychosociálna opora a sociálna integrácia prežívajúcich pacientov s karcinómom prsníka. *Paliatívna medicína a liečba bolesti*, 4(3), 110–113.
- BLATNÝ, M., ADAM, Z. 2008. Osobnosť typu C (cancer personality): súčasný stav poznatku a implikácie pro ďalší výzkum. *Vnitřní lékařství*, 54(6), 638–645.
- BOURJOLLY, J. N., HIRSCHMAN, K. B. 2001. Similarities in Coping Strategies but Differences in Sources of Support among African-American and White Women Coping with Breast Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology*, 19(2), 17–38.
- CIBULA, D., PETRUŽELKA, L. a kol. 2009. *Onkogynekologie*. Praha: Grada.
- COLMAN, A. M. 2015. *Oxford Dictionary of Psychology*. 4th ed. Oxford: Oxford University Press.
- COOPER, C. et al. 2008. Coping Strategies, Anxiety and Depression in Caregivers of People with Alzheimer's Disease [online]. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(9), 929–936. [18. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18383189>
- ČADKOVÁ SVEJKOVSKÁ, M., CHRDLÍKOVÁ, M., SLAVÍKOVÁ, Š. 2013. Rodina s onkologicky nemocným dospelým. *Sociální práce / Sociální práce*, 13(3), 17–19.
- DOSTÁLOVÁ, O. 1993. *Jak vzdorovat rakovině*. Praha: Grada.
- ESCHENBECK, H., KOHLMANN, C. W., LOHAUS, A. 2007. Gender Differences in Coping Strategies in Children and Adolescents [online]. *Journal of Individual Differences*, 28(1), 18–26. [10. 2. 2017]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/240218695_Gender_Differences_in_Coping_Strategies_in_Children_and_Adolescents
- FALEIDE, A. O., LIAN, L. B., FALEIDE, E. K. 2010. *Vliv psychiky na zdraví. Soudobá psychosomatika*. Praha: Grada.
- GOLDBECK, L. 2001. Parental Coping with Diagnosis of Childhood Cancer: Gender Effects, Dissimilarity Within Couples, and Quality of Life. *Psycho-Oncology*, 10(4), 325–335.
- GRBICH, C., PARKER, D., MADDOCKS, I. 2001. The Emotions and Coping Strategies of Caregivers of Family Members with Terminal Cancer. *Journal of Palliative Care*, 17(1), 30–36.
- GULÁŠOVÁ, I. 2009. *Telesné, psychické, sociálne a duchovné aspekty onkologických ochorení*. Martin: Osveta.



- HAJDU, S. I. 2011. A Note from History: Landmarks in History of Cancer, Part 1. *Cancer*, 117(5), 1097–1102.
- HAMPEL, P. et al. 2005. Coping Among Children and Adolescents with Chronic Illness. *Anxiety, Stress, and Coping*, 18(2), 145–155.
- HEDLUND, S. 2015. Oncology Social Work: Past, Present, and Future. In: CHRIST, G., MESSNER, C., BEHAR, L. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care for People with Cancer*. New York: Oxford University Press, 9–14.
- HEWSTONE, M., STROEBE, W. 2006. *Sociální psychologie*. Praha: Portál.
- HOLLAND, J. C. 2015. *Psycho-Oncology*. New York: Oxford University Press.
- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2012. *GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012* [online]. [25. 1. 2017]. Dostupné z: http://globocan.iarc.fr/Pages/burden_sel.aspx
- ISIKHAN, V., COMEZ, T., DANIS, M. Z. 2004. Job Stress and Coping Strategies in Health Care Professionals Working with Cancer Patients. *European Journal of Oncology Nursing*, 8(3), 234–244.
- JANKE, W., ERDMANNOVÁ, G. 2003. *Strategie zvládání stresu – SVF 78*. Praha: Testcentrum.
- KOČIŠOVÁ, A., ŽIAKOVÁ, T. 2016. Bio-psycho-sociálně-spirituálne aspekty zvládania onkologických ochorení. In: ŽIAKOVÁ E. (Ed.). *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, 11–19.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2003. *Psychologie zdraví*. 2. vyd. Praha: Portál.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres*. Praha: Grada Avicenum.
- KUNZOVÁ, Š. a kol. 2014. Chování a zdraví III. Psychosociální faktory, životní styl a komplexní choroby. *Hygiena*, 59(2), 79–86.
- KUNZOVÁ, Š., HRUBÁ, D. 2013. Chování a zdraví I – životní styl a komplexní choroby. *Hygiena*, 58(1), 23–28.
- KYNGÄS, H. et al. 2001. Coping with the Onset of Cancer: Coping Strategies and Resources of Young People with Cancer. *Cancer Care*, 10(1), 6–11.
- LAUVER, D. R., CONNOLLY-NELSON, K., VANG, P. 2007. Stressors and Coping Strategies Among Female Cancer Survivors after Treatment [online]. *Cancer Nursing*, 30(2). [15. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17413775>
- MAÇIK, D., ZIÓŁKOWSKA, M., KOWALSKA, M. 2012. Self-perception of Women after Mastectomy as an Ego Defence Mechanism. Comparison with a Group of Healthy Women. *Contemporary Oncology*, 16(2), 184–190.
- MANDINCOVÁ, P. 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného*. Praha: Grada.
- MASTILIAKOVÁ, D. 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.
- MATUD, M. P. 2004. Gender Differences in Stress and Coping Styles. *Personal and Individual Differences*, 37(7), 1401–1415.
- MCCORKLE, R. et al. 2011. Self-Management: Enabling and Empowering Patients Living with Cancer as a Chronic Illness. *A Cancer Journal for Clinicians*, 61(1), 50–62.
- MESÁROŠOVÁ, M. et al. 2007. *Psychologické determinanty zvládania onkologických ochorení*. Košice: VÚŠI.
- MIEDEMA, B., HAMILTON, R., EASLEY, J. 2007. From “Invincibility” to “Normalcy”: Coping Strategies of Young Adults during the Cancer Journey. *Palliative and Supportive Care*, 5(1), 41–49.
- NYKLÍČEK, I., TEMOSHOK, L., VINGERHOETS, A. 2004. *Emotional Expression and Health: Advances in Theory, Assessment and Clinical Applications*. Hove and New York: Brunner-Routledge.
- ORAVCOVÁ, J. 2007. *Kapitoly zo sociálnej psychológie*. Žilina: EDIS.

- PETERKOVÁ, H. a kol. 2013. Typ C – osobnosť, či copingová stratégia? *Psychosom*, 11(4), 244–256.
- ROMAN, E. 2015. European Code against Cancer 4th Edition: 12 Ways to Reduce Your Cancer Risk. *Cancer Epidemiology*, 39(1), S1–S152, ISSN 1877–7821.
- SABOLOVÁ FABIANOVÁ, A., ŽIAKOVÁ, T. 2016. Socioterapia ako terapeutická koncepcia pomoci pri zvyšovaní reziliencie onkologicky chorých klientov [online]. *Journal socioterapie*, 2(1, 2). [25. 2. 2017]. Dostupné z: <https://www.scribd.com/document/340447321/journal-socioterapie-1-2-2016#>
- SNYDER, C. R., DINOFF, B. L. 1999. Coping: Where Have You Been? In: SNYDER, C. R. (Ed.). *Coping: The Psychology of What Works*. New York: Oxford University Press, 3–19.
- SPIEGEL, D., KATO, P. M. 2000. Psychosoziale Einflüsse auf Inzidenz und Progression von Krebs. In: LARBIG, W., TSCHUSCHKE, V. *Psychoonkologische Interventionen. Therapeutisches Vorgehen und Ergebnisse*. München: Reinhardt, 111–150.
- SVENSSON, T. et al. 2016. Coping Strategies and Cancer Incidence and Mortality: The Japan Public Health Center-based Prospective Study. *Cancer Epidemiology*, 40(7), 126–133.
- ŠIŇANSKÁ, K., ŠANDLOVÁ, V. 2003. Vyrovnávanie sa so stresom a záťažovými situáciami terénymi sociálnymi pracovníkmi. *GRANT Journal*, 2(1), 41–45.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. 2007. Stres, jeho zvládání, psychologické faktory a imunitní faktory. In: KOLEKTÍV AUTOROV. *Psychologická odolnost a psychologie zdraví*. Bratislava: MAURO Slovakia, 27–44.
- TÓTHOVÁ, L., ŽIAKOVÁ, E. 2016. Onkologické ochorenie ako záťaž pre rodinu. In: ŽIAKOVÁ, E. (Ed.). *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, 60–67.
- TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie: psychologische aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny*. Praha: Portál.
- TWOY, R., CONNOLLY, P. M., NOVAK, J. M. 2007. Coping Strategies Used by Parents of Children with Autism [online]. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 19(5), 251–260. [25. 1. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17489958>
- VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. (Eds.). 2001. *Aplikovaná sociální psychologie II*. Praha: Grada.
- WARD, S. et al. 1992. Patient's Reactions to Completion of Adjuvant Breast Cancer Therapy. *Nursing Research*, 41, 362–366.
- WONGHONGKUL, T. et al. 2000. The Influence of Uncertainty in Illness, Stress Appraisal, and Hope on Coping in Survivors of Breast Cancer. *Cancer Nursing*, 23, 422–429.
- WRIHGT, K. 2000. Computer-mediated Social Support, Older Adults, and Coping [online]. *Journal of Communication*, 50(3), 100–118. [20. 1. 2017]. Dostupné z: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1460-2466.2000.tb02855.x/epdf>
- YOUNG, S. 2005. Coping Strategies Used by Adults with ADHD [online]. *Personality and Individual Differences*, 38(4), 809–816. [25. 1. 2017]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/profile/Susan_Young3/publication/224764371_Coping_Strategies_used_by_ADHD_adults/links/00b7d5304b59152e06000000/Coping-Strategies-used-by-ADHD-adults.pdf
- ŽIAKOVÁ, E. 2016. C-systém zvládania záťaže u onkologicky chorých pacientov a pacientok v kontexte sociálnej práce. In: ŽIAKOVÁ, E. (Ed.). *Podoby vnútorných i vonkajších faktorov zvládania záťaže z pohľadu teórie i praxe sociálnej práce. 4. ročník Košických dní sociálnej práce: zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou*. Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, 7–10.
- ŽIAKOVÁ, E., KOČIŠOVÁ, A., WAGNEROVÁ, M. 2015. Sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok. *Acta Chemotherapeutica*, 24(1–3), 221–226.



Syndróm vyhorenia u sociálnych pracovníkov v zariadení sociálnych služieb s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením na Slovensku

Burn-out Syndrome among Social Workers involved in the Long-term Care of People with Mental Disabilities in Slovak Republic

Tatiana Žiaková, Lenka Lukáčová

Mgr. Tatiana Žiaková, PhD.,¹ vyštudovala odbor Sociálna práca na Fakulte sociálnej práce a zdravia na Univerzite Konštantína Filozofa v Nitre. V roku 2014 úspešne ukončila interné doktorandské štúdium v odbore Integratívna sociálna práca na Katedre sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach. V súčasnej dobe pracuje ako odborná asistentka na Katedre sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach. Výskumne sa v súčasnosti venuje vedeckovýskumnej činnosti zameranej na sociálne a osobnostné charakteristiky onkologických pacientov a pacientok ako jeden z najvýznamnejších faktorov socioterapie s touto skupinou klientov a klientok.

Mgr. Lenka Lukáčová² vyštudovala odbor Sociálna práca na FF UPJŠ v Košiciach. Od roku 2015 študuje ako interná doktorandka v odbore Integratívna sociálna práca na Katedre sociálnej práce FF UPJŠ v Košiciach. Výskumne sa doposiaľ venovala tematike syndrómu vyhorenia a rozvoju komunikačných spôsobilostí v pomáhajúcich profesiách.

Abstrakt

Príspevok ponúka v teoretickej rovine analýzu základných pojmov syndrómu vyhorenia. Empirická časť výsledkov autorského výskumu ponúka zistenia týkajúce sa problematiky syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov a pracovníčok pracujúcich s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb na Slovensku. Z výsledných zistení vyplýva, že sociálni pracovníci, ktorí v rámci výkonu svojej práce prichádzajú denne do kontaktu s vyšším počtom klientov s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach dlhodobej rezidenčnej starostlivosti, sú viac ohrození syndrómom vyhorenia.

Kľúčová slová

sociálny pracovník, sociálne služby, mentálne znevýhodnenie, syndróm vyhorenia

¹ Kontakt: Mgr. Tatiana Žiaková, PhD., Katedra sociálnej práce, Moyzesova 9, 040 01 Košice; tatiana.ziakova@upjs.sk

² Kontakt: Mgr. Lenka Lukáčová, Katedra sociálnej práce, Moyzesova 9, 040 01 Košice; lenka.lukacova@upjs.sk



Abstract

On a theoretical level the paper provides analyses of the basic concepts of burnout. An Empirical analysis of the results of the author's research offers insights into burnout problems among social workers working with mentally disabled clients in the social services facilities in Slovakia. The final findings imply, that social workers working with a higher number of clients with mental disabilities in long-term residential care facilities, are more threatened by burnout.

Keywords

social worker, social services, mental disability, burn-out

ÚVOD DO PROBLEMATIKY

V našich podmienkach je dominantné poskytnutie profesionálnej opory a pomoci pre jedincov s mentálnym znevýhodnením zabezpečené formou sociálnych služieb v zariadeniach s ambulantnou či pobytovou formou. Cieľom starostlivosti v domovoch sociálnych služieb je dosiahnuť plnohodnotný a dôstojný život pre klienta s mentálnym znevýhodnením, čo si vyžaduje od sociálneho pracovníka dať do svojej práce okrem profesionálneho prístupu aj veľa úsilia, citovú spoluúčasť a entuziazmus. Sociálni pracovníci disponujú profesijnými kompetenciami, aby napomáhali zvládať problémy a sociálne dôsledky klientov, avšak nevedia častokrát pomôcť sami sebe. Pracovné nasadenie, alebo stereotypná činnosť, nemožnosť dostatočného osobnostného rozvoja pôsobia ako závažné stresory, ktoré v spojení s psychickou, emocionálnou či fyzickou náročnosťou môže viesť k rutine, strate motivácie, vyčerpaniu, vyhasínaniu až k samotnému vyhoreniu. Je nesporné, že nárast závažných ochorení, ktorých spúšťačom je stres a psychická záťaž, súvisia so súčasným spôsobom života moderného človeka, ktorý sa snaží zvládnuť viac vecí naraz s cieľom zvyšovať svoju produktivitu a dosiahnuť svoj potenciál, čo následne vedie k odcudzeniu sa svojmu životnému priestoru. V takýchto prípadoch absentujú znalosti na objektívne posúdenie vhodných opatrení s cieľom obnoviť rovnováhu medzi osobným životom a prácou.

Vzhľadom na túto zvolenú tému je podstatné venovať sa spôsobom riešenia, ako prispieť ku zníženiu dôsledkov stresu a psychickej záťaže u sociálnych pracovníkov, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb.

Uvedomujúc si význam používania rodovo citlivého jazyka pre prehľadnosť čítania ďalšieho textu budeme používať pojem sociálny pracovník/sociálni pracovníci, pričom obsahovo máme na mysli sociálny pracovník / sociálna pracovníčka.

POMÁHAJÚCA PROFESIA AKO PRÍČINA VZNIKU SYNDRÓMU VYHORENIA

Pri definovaní syndrómu vyhorenia je možné vychádzať z existujúcich dvoch základných východísk. Z pohľadu *klinickej psychológie* je možné považovať za popredného autora venujúceho sa téme syndrómu vyhorenia Freudenbergera, ktorý sa často zaoberal dramatickými stratami motivácie v alternatívnych inštitúciách, vznikajúcich v USA v rámci hnutí za ľudské práva a študentského hnutia od začiatku 60. rokov. Pojem burn-out definoval ako psychický stav vyčerpanosti, ktorý sa prejavuje ako reakcia na chronický pracovný stres (Schmidbauer, 2008). Syndróm burn-out podliehal veľkému záujmu vzhľadom na početnosť empirických štúdií o prediktívnych faktoroch, ktoré ovplyvňujú rozvoj syndrómu vyhorenia v rôznych sociálnych povolaniach (pomáhajúce profesie v sociálnych službách, v zdravotníctve), príp. v dobrovoľníctve). V druhom východisku predstavuje Maslach (1993, in Schaufeli, 1996) koncept burn-out v rámci *sociálnej psychológie* a vychádza predovšetkým zo psychológie stresu. Vyhorenie je podľa jej konceptu vymedzené ako nepretržitý, systematický proces ochabovania, narastajúceho cynizmu a straty angažovanosti voči klientovi. V danom koncepte ide skôr o postupne sa rozvíjajúci stav, ktorého determinantom sú špecifické charakteristiky daného prostredia a nároky na profesionálne povinnosti.



Od roku 1974, kedy bol tento syndróm opísaný, až dodnes neexistuje jednotná definícia pre syndróm vyhorenia (syndrom burn-out). Niektorí autori, Poschkamp (2013), Minirth (2011), Vymětal (2003) a Kallwass (2008), syndróm vyhorenia definujú ako postupnú stratu energie, idealizmu a účelu ako následok zaužívaných pracovných podmienok, sklamaných očakávaní a vytriezvenie po počiatočnom veľkom nadšení. Kľúčovou zložkou je emočné a kognitívne vyčerpanie, čo vedie k celkovej únave. Z tohto hľadiska definovanie syndrómu vyhorenia predstavuje klesajúcu špirálu, ktorá privádza jedina až k nepriaznivému koncu. Naopak Dale (2008, in NASW, 2009) zdôrazňuje, že vyhorenie (burned out) je termín statický a nemenný. Preto je potrebné sa zamerať najprv na vyhasínanie (burning out) ako na meniaci sa proces, od ktorého sa dá ustúpiť stranou a pozrieť sa na situáciu nestranne a objektívne. Len tak jedinec dokáže identifikovať a následne riešiť vhodným spôsobom záťažové situácie, ktoré ovplyvňujú jeho kvalitu života.

Všetky definície však majú aj spoločné znaky. Jedným z nich je ten, že syndróm vyhorenia sa vyskytuje v profesiách, v ktorých primárnou zložkou pracovnej náplne je priamy kontakt s ľuďmi. Na tento fakt poukazujú výskumné štúdie, v ktorých bolo zistené, že vyššiemu riziku vzniku syndrómu vyhorenia sú vystavení zamestnanci v pomáhajúcich profesiách. Spoločnou črtou je práca s ľuďmi spojená s kompetenciou hodnotenia a posudzovania potrieb klienta (Flešková, 2010; Géringová, 2011; Gajdošová, Lovášová, 2014).

Pre spracovanie teoretických východísk pri syndróme vyhorenia sme si zvolili systémovú teóriu a systemický prístup. Pracovníci pomáhajúcich profesií, obzvlášť sociálni pracovníci sú pri výkone svojho povolania čoraz častejšie konfrontovaní s ekonomickými, kvantitatívnymi a kvalitatívnymi výkonnými krivkami, čo pri zvyšujúcich sa nárokoch na prax a počte klientov vedie popri snahe o kvalitnejšie a ekonomicky šetrnejšie poskytované služby k syndrómu vyhorenia. Systémová teória a systemický prístup sú užitočným nástrojom na pochopenie toho, čo sa deje, a na hľadanie vhodných stratégií riešenia vzniknutej situácie.

Jedinec je v rámci systémovej teórie podľa Greena (2008, in Gabura, 2013) vnímaný ako autonómny bio-psycho-sociálny systém v kontexte multisystémovosti. Táto teória umožňuje lepšie porozumieť vzájomnej previazanosti fyzických, psychických a sociálnych premenných.

Spomínaný systém v rámci systémovej teórie autori Hall a Fagen (1975, in Hollstein-Brinkmann, 2001) definujú ako skupinu objektov, ktoré sú prepojené vzťahmi medzi jednotlivými objektmi a ich atribútmi. Človek ako systém disponuje podľa Konečného (2005, in Šlosár, 2012) základnou funkciou, a to pohotovosťou k uspokojovaniu vlastných potrieb. Ich množstvo a hierarchia sú dané vnútornou výbavou systému. Domnievame sa, že práve na základe toho je možné popísať syndróm vyhorenia v pomáhajúcej profesii. Nie je možné zamerať sa len na samotného pomáhajúceho, pretože mnohokrát je práve systém, v ktorom sa nachádza, príčinou vzniku syndrómu vyhorenia. Každá pomáhajúca profesia v sebe nesie prvky náročnosti a je zameraná na prácu s ľuďmi. Pomáhajúci pracovník sa snaží odovzdať klientom čo najviac svojich skúseností a mnohokrát chce pre klienta to najlepšie. K vyhoreniu môže dôjsť rýchlo pri narastajúcom počte klientov, nakoľko pomáhajúceho pracovníka ovplyvňuje viacero faktorov (napr. čas, individualita prípadov jednotlivých klientov, samotná spolupráca zo strany klienta a pod.). To všetko pôsobí na pomáhajúceho ako rizikový faktor pri vzniku vyhorenia, preto je potrebné pri jeho riešení dbať na systém ako celok a hľadať kauzalitu medzi jednotlivými spomínanými prvkami. Okrem rizikových faktorov v zamestnaní sú ohrozujúce aj osobnostné faktory. Podľa Venglárovej (2011) medzi osobnostné faktory patrí silná motivácia pomáhať, ktorá môže viesť ku skresleným vysokým očakávaniam od seba. Sociálny pracovník si neuvedomuje hranice svojej kompetencie a žije v ilúzii, ktorá mu ponúka pohľad záchrany každého klienta. V strede záujmu sa ocitá klient ako centrum intervenčného procesu, pomoc klientovi sa dostáva do popredia. Naopak potreby sociálneho pracovníka sa odsúvajú do pozadia. Takýto vzťah môže sociálneho pracovníka uspokojovať, alebo môže sa stať zdrojom ťažkostí, napätia a frustrácie, čo môže dospieť až k vyhoreniu (Wilson, Chui, 2006).

Dôvodom výberu systemického prístupu bol pre nás fakt, že systemický prístup umožňuje vďaka konštruktivistickému chápaniu nový pohľad na tradičné postupy poradenstva, psychoterapie



a sociálnej práce. Rozvíja profesionalitu založenú na schopnosti viesť rozhovor s klientom tak, aby bol rešpektujúci a užitočný. Samotná terapia aktivizuje osobnostné a sociálne zdroje klienta a vyzdvihuje klientove silné stránky viac než jeho zlyhanie, či neúspech, čo autorky považujú za dôležité práve pri obetiach syndrómu vyhorenia.

V prípadoch syndrómu vyhorenia je možné považovať za najpriaznivejšie použitie práve systemický model, pretože syndróm vyhorenia je v konečnom dôsledku vyčerpanie energetických zásob a precenenie vlastných hraníc. Vyhorený sociálny pracovník, ktorý sa dostáva do roly klienta, je dobrovoľný a spolupracujúci klient ochotný pracovať na svojom raste. Nehľadá príčiny, ale snaží sa nájsť riešenie, ako aktivovať svoje zdroje.

Výnimočnosťou systemického prístupu je využívanie tohto prístupu vo vzťahu sociálny pracovník – klient, ktorý má preventívny charakter, hľadajúci riešenie založené na spolupráci. Navyše cieľom je predísť syndrómu vyhorenia, a to tým, že sa zefektívni práca s klientom v záujme krátkodobosti, efektivity a ekonomickej šetrnosti.

Macek (2007, in Matoušek, 2007) uvádza nové tendencie, ktoré systemický prístup prináša. Sú nimi krátkodobosť (zameranie na ciele umožňuje skrátiť čas potrebný na riešenie situácie) a efektivita (snaha využiť všetky dostupné zdroje k lacnému a efektívnemu vyriešeniu problému).

Základný rozdiel medzi systémovým a systemickým ponímaním Kratochvíl (2009, in Brnula, Čavojská, Mózešová, Mózeš, Smrek, 2015) uvádza vo vnímaní systému. Systémové teórie chápu systém ako určitú existujúcu jednotku, ktorá pozostáva so subsystémov, pravidiel a hraníc, ktoré je možné ovplyvňovať zásahmi zvonku. Systemické ponímanie vníma systém ako záležitosť uzavretú od okolia, s prebiehajúcimi vnútornými zmenami, ktoré sú nepredvídateľné, neplánované a nie je možné ovládať ich vonkajšími zásahmi.

PREVENTÍVNE TECHNIKY SYNDRÓMU VYHORENIA

K preventívnym nástrojom voči syndrómu vyhorenia NASW (National Association of Social workers) vymedzuje na osobnej úrovni starostlivosť o vlastnú osobu (self-care). Profesionálna starostlivosť o seba v sociálnej práci môže byť definovaná ako kľúčový komponent sociálnej práce v praxi, ktorý odrzkadľuje u sociálneho pracovníka voľbu a záväzok stať sa aktívne zúčastneným na udržiavaní si vlastnej efektivity a výkonnosti. Navyše, praktizovanie profesionálnej starostlivosti o seba vyžaduje poznanie nástrojov stratégií podporujúcich sociálneho pracovníka v prevencii voči nechceným dôsledkom záťaže, ako je strata motivácie, vyčerpanie, a pod., ktoré sú definované ako príznaky syndrómu vyhorenia (NASW, 2009).

Starostlivosť o seba má význam pre sociálnych pracovníkov v oblasti výkonu i v oblasti osobného rastu. Murphy a Dillon (2016) poukazujú na stresujúce prostredie, ktorému sú sociálni pracovníci denne vystavovaní. Preto je potrebné orientovať sa na správanie, prežívanie a vnútornú pohodu sociálneho pracovníka v kontexte jeho pracovnej činnosti. Narušenie zdravia, či už fyzického, alebo psychického, výrazne ovplyvňuje sociálnych pracovníkov. Tieto zmeny môžu narušiť ako ich osobný, tak i profesionálny život, pričom sa vo zvýšenej miere môže vyskytnúť vyčerpanie, strata motivácie, ťažkosti so sústredením, podráždenosť a pod. (príznaky syndrómu vyhorenia). To následne môže viesť i k zmenám v prístupe k ich klientom na pracovisku. Starostlivosť o seba (self-care) podľa Lopez (2007) má základný význam pre sociálnu prácu ako profesiu z nasledujúcich dôvodov: a) je to základný prvok vo formovaní osobnosti, b) je nevyhnutná pri každodennom riešení problémov svojich klientov, c) je nástrojom prevencie, d) je potrebná na zachovanie etiky a profesionality sociálneho pracovníka, e) tvorí základný pilier pri zachovaní integrity, f) pomáha sociálnym pracovníkom udržiavať pozitívny prístup k sociálnej práci ako profesii.

Existuje niekoľko postupov starostlivosti o vlastnú osobu, ktoré by mali byť k dispozícii pre sociálnych pracovníkov. Mathieu (2007) vymedzuje nasledovných dvanásť stratégií pre komplexnú starostlivosť o vlastnú osobu: 1. inventúra svojho života; 2. starostlivosť o seba ako súčasť každodenného života; 3. vyvážená pracovná záťaž; 4. byť otvorený novým možnostiam a príležitostiam; 5. oddelenie



osobného života od pracovného; 6. naučiť sa byť asertívny; 7. odosobnenie sa od svojej práce; 8. emocionálna pohoda, 9. vzájomná podpora na pracovisku; 10. odborné vzdelávanie; 11. skrátená pracovná doba; 12. fyzická aktivita.

V kontexte teoretického diskurzu príspevku je možné považovať stratégie starostlivosti o seba za efektívne formy primárnej prevencie pred vznikom syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb pri práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením. Prostredníctvom plánu starostlivosti o seba v rámci osobnostného a profesionálneho rastu si sociálni pracovníci môžu vytvoriť pravidlá prevencie pred vyhasínaním (prvotnými príznakmi syndrómu vyhorenia). Medzi ďalšie preventívne stratégie ako prevenciu pred vyhorením je možné zaradiť sociálnu oporu, ktorá má funkčný charakter a je poskytovaná prostredníctvom štruktúry sociálnej siete.

Berkman a Glass (2000, in Eriksson, 2011) predstavujú niekoľko hypotéz o súvislostiach medzi prostriedkami v sociálnych sieťach a zdravím. Najvýraznejšia je myšlienka, že fungovanie v sociálnych sieťach poskytuje rôzne formy sociálnej opory, ktoré môžu ovplyvniť zdravie tým, že fungujú ako buffering faktory pri záťaži. Sociálna participácia poskytuje príležitosti učiť sa novým zručnostiam. To znamená, že sociálna účasť môže ovplyvniť zdravie priamo aktiváciou kognitívnych systémov a nepriamo tým, že dáva pocit súdržnosti a zmysluplnosti.

Intervencia syndrómu vyhorenia sa nesústreďuje len na jednotlivca, ale aj na organizáciu práce (organizčné a situačné faktory). Lüdecke (2007) v rámci pracovných podmienok, ktoré majú chrániť pred vyhorením, zaraďuje práve dodržiavanie časov; primerané rozdeľovanie úloh a zodpovedností; riešenie prípadov, ktoré sú v kompetencii zamestnanca; dodržiavanie prestávok, v rámci ktorých si vie zamestnanec urobiť čas na oddych alebo relax. Zdôrazňuje, že nie je vhodné pracovať nadčas alebo brať si prácu domov. Dôležité je vedieť oddeľovať prácu od súkromia. Rovnako dôležité je vedieť si urobiť počas roka aj čas na dovolenku, čiže na plánovaný oddych a odpočinok.

Ďalším spôsobom ochrany samotného sociálneho pracovníka pred syndrómom vyhorenia môže byť schopnosť asertívneho správania. To znamená, že sociálny pracovník by mal vedieť vyjadriť svoje myšlienky, názory, pocity nie len pozitívne, ale aj negatívne, a to takým spôsobom, aby nedošlo k porušeniu práv niekoho iného alebo jeho samého. Ako uvádza Hrušková (2010), asertívnym spôsobom dokáže človek požiadať druhého o láskavosť alebo pomoc bez toho, aby sa cítil trápne; dokáže sa vyrovnáť s kritikou; vie presadiť svoje požiadavky; dokáže načúvať druhému a vie robiť kompromisy; dokáže vyjadriť svoje názory a vie vecne a primerane reagovať. S tým súvisí aj účinné zvládanie konfliktov, ktoré je možné zaradiť k prevencii voči syndrómu vyhorenia. Či ide o konflikt pracovný, alebo v iných medziludských vzťahoch, nie je vhodné potláčať ho. Podľa Paulíka (2005) neriešený konflikt môže ovplyvniť pracovný výkon, výsledky výkonu aj osobnú pohodu všetkých zúčastnených.

Na základe legislatívnych opatrení by mal mať každý sociálny pracovník možnosť pravidelnej supervízie, keďže ide o nástroj nielen profesijného rastu, ale aj prevencie pred vznikom syndrómu vyhorenia. Pravidelné sa zúčastňovanie supervíznych stretnutí vytvára priestor, aby supervízia umožnila zachytiť nástup syndrómu vyhorenia v iníciaľných štádiách. Vaska (2012) definuje supervíziu ako nástroj, prostredníctvom ktorého je možné: 1. overovať správnosť postupov, 2. hľadať alternatívy v práci sociálnych pracovníkov, 3. ponúkať možnosť spätnej väzby, 4. prostredníctvom intervencie chrániť užívateľa služieb sociálnej práce pred zneužitím a poškodením.

SOCIÁLNO-DEMOGRAFICKÁ ANALÝZA SOCIÁLNYCH SLUŽIEB NA SLOVENSKU

Tendenciou súčasnej spoločnosti v našich podmienkach je preferovanie najmä formálnej starostlivosti pre jedincov s mentálnym znevýhodnením v zariadeniach sociálnych služieb (Domovy sociálnych služieb s ambulantnou a pobytovou formou starostlivosti, podporované bývanie). Spôsob výkonu samotnej sociálnej služby zákon ponecháva na sociálnej práci na základe doposiaľ získaných poznatkov spoločenských vied a poznatkov o stave a vývoji poskytovania sociálnej služby.

Pre monitorovanie poskytovaných služieb v rámci SR sa vypracováva Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky, ktorej cieľom je informovať o stave a vývoji sociálnej situácie obyvateľstva na Slovensku na základe sociálno-ekonomických ukazovateľov. V Správe z roku 2014 bolo 997 zariadení sociálnych služieb, v ktorých služby boli poskytnuté 38 567 občanom odkázaným na pomoc inej fyzickej osoby a jejich stupeň odkázanosti je najmenej stupeň V. podľa prílohy č. 3 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách. Z tohto počtu majú väčšinové zastúpenie zariadenia sociálnych služieb s celoročnou (pobytovou) starostlivosťou, ktoré poskytujú dlhodobú starostlivosť 84,8% občanov, pričom týždenné a denné zariadenia sociálnych služieb poskytujú starostlivosť 10,8% občanov. Primárnymi dôvodmi sú odkázanosť na pomoc inej fyzickej osoby alebo dovŕšenie dôchodkového veku a nemajú vo svojom prostredí (v sociálnej sieti) osobu, ktorá by ich opatrovala. Z celkového počtu obyvateľov zariadení sociálnych služieb bolo 18,3% obyvateľov pozbavených spôsobilosti na právne úkony a s obmedzenou spôsobilosťou na právne úkony. V dôchodkovom veku bolo 52,8% obyvateľov (MPSVaR SR, 2015). Ako vyplýva z tejto Správy, na Slovensku sú zatiaľ preferované rozličné formy rezidenčnej ako formálnej starostlivosti (domovy sociálnych služieb s pobytovou formou starostlivosti), ktoré patria k tradičnej verzii sociálnych intervencií. Napriek prevládajúcim tradičným formám zariadení poskytujúcich sociálne služby pre jedincov s mentálnym znevýhodnením sa postupne rozvíjajú aj nové typy zariadení sociálnych služieb, ktoré sú zatiaľ zastúpené v našich podmienkach marginálne a ich zriaďovateľom je neziskový sektor. Patria sem zariadenia podporovaného bývania či domovy sociálnych služieb s ambulantnou formou starostlivosti.

Domovy sociálnych služieb sú nerovnomerne rozložené z územného hľadiska, ako aj druhu a typu sociálnych služieb. Pomer verejných a neverejných poskytovateľov je približne v každom kraji vyrovnaný. Kapacitou príjmu klientov prevyšujú verejní poskytovatelia, čo môže byť z dôvodu budovania veľkokapacitných zariadení v režime, v ktorom bol zriaďovateľom štát.

Ako príklad porovnania kapacity verejných a neverejných poskytovateľov uvádzame zastúpenie Domovov sociálnych služieb s ambulantnou a pobytovou formou starostlivosti pre občanov s mentálnym znevýhodnením v Košickom a v Banskobystrickom kraji (viď tabuľka 1 a tabuľka 2).

Tabuľka 1: Domovy sociálnych služieb v Košickom kraji (Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb)

OKRES	VEREJNÍ POSKYTOVATELIA		NEVEREJNÍ POSKYTOVATELIA		FORMA POSKYTOVANEJ SLUŽBY		
	POČET DSS	KAPACITA/ PRIJÍMATELIA SLUŽBY	POČET DSS	KAPACITA/ PRIJÍMATELIA SLUŽBY	A	T	R
GELNICA	1	126	–	–	4	4	118
KOŠICE I-IV	2	170	3	162	110	22	200
KOŠICE OKOLIE	3	243	–	–	–	–	235
MICHALOVCE	4	320	2	68	35	12	341
ROŽŇAVA	2	116	3	68	30	13	141
SOBRANCE	–	–	1	8	8	–	–
SPIŠSKÁ NOVÁ VES	–	–	4	204	24	15	165
TREBIŠOV	1	76	2	30	4	–	102
SPOLU	13	1 051	15	540	223	66	1 302

Legenda: A – ambulantná forma starostlivosti, T – týždenná forma starostlivosti, R – ročná forma starostlivosti

Analýza poskytovaných služieb v Košickom kraji ponúka viaceré východiská pre výber priorít, z ktorých vyberáme ako podstatné predovšetkým tie, ktoré poukazujú na fakt, že tu prevládajú zariadenia s pobytovou formou starostlivosti – najmä Domovy sociálnych služieb s celoročným



pobytom pre ľudí s mentálnym znevýhodnením. S pribúdajúcim vekom u ľudí s mentálnym znevýhodnením sa menia aj požiadavky starostlivosti pre túto klientelu, najmä v období starnutia. Vo svojej štúdii Kreuger a Nieboerová (2008) dospeli k záveru, že zvolený prístup zamerania na saturáciu potrieb klientov s mentálnym znevýhodnením v rezidenčných zariadeniach s dlhodobou starostlivosťou by mal byť skôr orientovaný na skupiny s rozličnou prioritou potrieb, než na skupiny s rozličnými formami správania. To však neznamená, že rovnaké potreby rozličných klientov sa dajú uspokojiť rovnakým spôsobom. K tomu je potrebná adresná diferenciácia klientov podľa veku a diagnózy aj v zariadeniach so štatútom Domov sociálnych služieb a zariadenie pre seniorov.

Tabuľka 2: Domovy sociálnych služieb v Banskobystrickom kraji (Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb)

OKRES	VEREJNÍ POSKYTOVATELIA		NEVEREJNÍ POSKYTOVATELIA		FORMA POSKYTOVANEJ SLUŽBY		
	POČET DSS	KAPACITA/ PRIJÍMATELIA SLUŽBY	POČET DSS	KAPACITA/ PRIJÍMATELIA SLUŽBY	A	T	R
BANSKÁ BYSTRICA	2	48	3	41	89	–	–
BANSKÁ ŠTIAVNICA	–	–	1	15	15	–	–
HNÚŠŤA	–	–	1	15	15	–	–
OŽDANY	–	–	1	3	3	–	–
RIMAVSKÁ SOBOTA	–	–	1	18	18	–	–
MALINEC	1	3	–	–	3	–	–
ZVOLEN	1	23	–	–	23	–	–
ŽIAR NAD HRONOM	1	16	–	–	16	–	–
LUČENEC	1	4	–	–	4	–	–
NOVÁ BAŇA	1	17	–	–	17	–	–
POHORELÁ	1	2	–	–	2	–	–
DETVA	1	40	–	–	40	–	–
SPOLU	9	153	7	92	245	–	–

Legenda: A – ambulantná forma starostlivosti, T – týždenná forma starostlivosti, R – ročná forma starostlivosti

Z analýzy poskytovaných služieb v Banskobystrickom kraji vyplýva, že tu prevládajú Domovy sociálnych služieb s ambulantnou formou starostlivosti pre ľudí s mentálnym znevýhodnením a úplne absentujú formy pobytovej starostlivosti. Zároveň polovica týchto zariadení má vymedzené vekové ohraňenie pre prijímateľov služieb, teda sú určené pre deti a mládež (od 3 do 35 r.). Preferovanie zdieľanej starostlivosti – reťazca sociálnej podpory (social support chain) ako prijateľného spôsobu dlhodobej starostlivosti vyžaduje kombináciu neformálnej (rodinnej) starostlivosti spolu s formálnymi typmi sociálnych služieb (Ranci, Pavolini, 2013). Táto synergická forma využitia ako laickej, tak profesionálnej starostlivosti (sociálnymi pracovníkmi, kvalifikovanými asistentmi, inštruktormi sociálnej rehabilitácie) umožňuje rodinným príslušníkom zladiť starostlivosť o jedinca s mentálnym znevýhodnením s pracovným a rodinným životom za účelom obmedzenia negatívnych dôsledkov a faktorov, ako je napríklad enormná psychická záťaž. V tejto súvislosti práve podpora rodinných väzieb a zachovanie kontaktu s rodinnými príslušníkmi klienta s mentálnym znevýhodnením zo strany sociálnych pracovníkov v rámci koordinovanej činnosti v zariadení sociálnych služieb predstavuje pre klienta do budúcnosti významnú súčasť kontinuity života a jeho sociálneho zakotvenia (Repková, 2010). Tento významný inkluzívny faktor prispieva k spokojnosti a hlavne k normalizácii života v zariadeniach sociálnych služieb.



Avšak pozornosť by mala byť upriamená aj na personálne zabezpečenie, ako aj na kompetencie sociálnych pracovníkov, čo ovplyvňuje následne kvalitu a primeranosť služieb pre ľudí s mentálnym znevýhodnením.

Sociálni pracovníci sa často ocitnú v situácii, keď ako zamestnanci zariadení sociálnych služieb nedostávajú potrebnú podporu zo strany zamestnávateľa, ktorý očakáva praktické a efektívne riešenie pre klienta len v rámci sociálneho poradenstva. Efektívne riešenia však v takýchto prípadoch nemusia byť prospešné z dlhodobého hľadiska. Problém spočíva v tom, že klienti s mentálnym znevýhodnením reprezentujú príliš širokú skupinu ľudí s rozličnými diagnózami, a tým pádom majú rôznorodé požiadavky a potreby.

Vychádzajúc z doteraz ponúknutého teoretického diskurzu, nasledujúca časť príspevku pozostáva z analýzy získaných výsledkov autorského výskumu o výskyte a miere syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb pri práci s ľuďmi s mentálnym znevýhodnením.

VYMEDZENIE VÝSKUMNÉHO SÚBORU

Vychádzajúc z teoretických poznatkov a socio-demografickej analýzy autorský tím sa zamerával konkrétne na analýzu syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov v Domovoch sociálnych služieb, ktorých zriaďovatelia sú obec alebo vyšší územný celok, teda patria do skupiny verejných poskytovateľov na Slovensku.

Výskumu sa zúčastnili sociálni pracovníci z celého Slovenska (v celkovom počte 90) pracujúci v domovoch sociálnych služieb s ambulantnou (18) a pobytovou formou starostlivosti (58) pre klientov s mentálnym znevýhodnením. Z domovov sociálnych služieb s kombinovanou formou starostlivosti bolo zastúpených 14 sociálnych pracovníkov.

Výber respondentov a respondentiek realizovaného výskumu bol zámerný. Z celkového počtu (90) tvorili najpočetnejšiu skupinu ženy, 83,3 % (75). Z celkového počtu skupinu mužov – sociálnych pracovníkov predstavovalo 16,7 % (15). Vekový priemer výskumného súboru bol 44,5 roka. Obraz o štruktúre výskumného súboru s ohľadom na počet klientov, s ktorými denne sociálni pracovníci prichádzajú do kontaktu, uvádza tabuľka 3. Skupiny podľa počtu klientov denného kontaktu boli rozdelené do 4 kategórií.

Tabuľka 3: Štruktúra výskumnej vzorky podľa počtu klientov, s ktorými denne sociálni pracovníci a pracovníčky prichádzajú do kontaktu v DSS

KATEGÓRIA	POČET KLIENTOV DENNÉHO KONTAKTU	POČET SOCIÁLNYCH PRACOVNÍKOV V %
1.	do 5 klientov s MZ	13,3 % (12)
2.	do 10 klientov s MZ	23,3 % (21)
3.	do 20 klientov s MZ	22,2 % (20)
4.	viac ako 20 klientov s MZ	41,2 % (37)
Spolu		100 % (90)

Legenda: Pod pojmom denný kontakt máme na mysli akýkoľvek kontakt sociálneho pracovníka s klientom – intervenčný, terapeutický aj administratívny.

Pre zber empirických údajov bola využitá výskumná metodika MBI dotazník (Maslach Burnout Inventory). Zvolená metodika diagnostikuje syndróm vyhorenia v troch dimeziách – emocionálne vyčerpanie / exhaustia (EE), depersonalizácia (DP) a osobné uspokojenie (PA).



Miera vnútornej konzistencie položiek použitého dotazníka MBI, Cronbachov koeficient alfa, bol v tomto výskume v rámci subškály emocionálne vyčerpanie 0,89 (v pôvodnom dotazníku Cronbach $\alpha = 0,96$), pre subškálu depersonalizácia 0,88 (v pôvodnom dotazníku Cronbach $\alpha = 0,94$), a pre subškálu osobné uspokojenie 0,82 (v pôvodnom dotazníku Cronbach $\alpha = 0,83$). (Maslach, 1996.) Štatistické spracovanie metodiky postupovalo prostredníctvom Mann-Whitney U testu a Kruskal-Wallis testu, zvolených na základe distribúcie jednotlivých premenných.

VYBRANÉ VÝSKUMNÉ ZISTENIA

V súvislosti s teoretickým konceptom, ktorý popisuje syndróm vyhorenia ako dôsledok pôsobenia dlhodobej chronickej záťaže, ktorá vedie k emocionálnemu vyčerpaniu, zníženej pracovnej výkonnosti a depersonalizácii, výskumná analýza bola konkrétne zameraná na zisťovanie miery vyhorenia u sociálnych pracovníkov. Analýza v rámci prvej časti výskumu preukázala výskyt a mieru syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov pracujúcich v domovoch sociálnych služieb s klientmi s mentálnym znevýhodnením. Ako dôležitý faktor, ktorý ovplyvňuje celkové vyhorenie, sa preukázal počet klientov, s ktorými denne sociálni pracovníci prichádzajú do kontaktu. Hlavným cieľom výskumu bolo zistiť, či existujú štatisticky významné rozdiely medzi vznikom syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov a počtom klientov, s ktorými sociálni pracovníci denne prichádzajú do kontaktu.

V rámci prvej skúmanej dimenzie – emocionálne vyčerpanie (EE), ktorú tvorí 9 škálových položiek posudzujúcich citové vyčerpanie, únavu, pocit zbytočnosti, pracovného neuspokojenia a stres. Celková výskumná vzorka sociálnych pracovníkov ($N = 90 / 100\%$), ktorí pracujú v zariadeniach s klientmi s mentálnym znevýhodnením, dosiahla v dimenzii emocionálneho vyčerpania (EE) mierne vyhorenie ($\bar{x} = 18,6$). Tabuľka 4 znázorňuje dosiahnuté priemerné skóre respondentov v rámci jednotlivých kategórií počtu klientov v dimenzii emocionálneho vyčerpania (EE), s ktorými sociálni pracovníci v rámci práce prichádzajú do kontaktu.

Tabuľka 4: Deskripcia dosiahnutého priemerného skóre dimenzie emocionálne vyčerpanie (EE) vzhľadom na počet klientov, s ktorými sociálni pracovníci prichádzajú denne do kontaktu

EMOCIONÁLNE VYČERPANIE (EE) (DIMENZIA MBI)		$\bar{x}$	%	N
POČET KIENTOV DENNÉHO KONTAKTU	1. kategória (do 5 klientov s MZ)	12,58	13,3 %	12
	2. kategória (do 10 klientov s MZ)	20,33	23,3 %	21
	3. kategória (do 20 klientov s MZ)	23,75	22,2 %	20
	4. kategória (viac ako 20 klientov)	16,81	41,2 %	37

Najvyššie skóre bolo zistené u sociálnych pracovníkov, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s počtom klientov do 20 ($\bar{x} = 23,75$). Mierne vyhorenie boli v rámci tejto dimenzie aj sociálni pracovníci, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s počtom klientov do 10 ($\bar{x} = 20,33$). Sociálni pracovníci, v kategórii 4 (viac ako 20) dosiahli nízku mieru vyhorenia ($\bar{x} = 16,81$) podobne ako



sociálni pracovníci, ktorí prichádzajú denne do kontaktu s kategóriou do 5 klientov ($x^- = 12,58$). Z výsledných zistení vyplýva, že sociálni pracovníci, ktorí v rámci výkonu svojej práce denne prichádzajú do kontaktu s vyšším počtom ako 5 klientov a menej ako 20 klientov s mentálnym znevýhodnením v domovoch sociálnych služieb, sú viac ohrození citovým vyčerpaním, únavou a stresom než tí, ktorí prichádzajú do denného kontaktu s 20 a viac klientmi. Zistený fakt si vysvetľujeme obsahom denného kontaktu s klientom: sociálni pracovníci v prípade veľkého počtu klientov denne (20 a viac) sa zaoberajú predovšetkým organizačnými, administratívnymi, resp. inštrumentálnymi činnosťami, nie terapeutickými, resp. intervenčnými činnosťami, ktoré sú podstatne menej rizikovejšie v súvislosti so syndrómom vyhorenia než činnosti terapeutické či intervenčné. To následne môže viesť k emočnému vyčerpaniu, ktoré sa vyznačuje neschopnosťou reagovať na požiadavky danej práce, keďže samotné odosobnenie je charakterizované negatívnym a neosobným postojom voči klientom. Pri skúmaní emočného vypätia v autorskom výskume 45,5 % sociálnych pracovníkov dosiahlo mierne vyhorenie v oblasti emocionálneho vyčerpania. Podobne výsledky štúdie (Acker, 2011) poukazujú, že viac ako polovica sociálnych pracovníkov (56 %) malo mierne až vysoké vyhorenie v dimenzii emocionálneho vyčerpania (EE) v zariadeniach dlhodobej rezidenčnej starostlivosti pri práci s ľuďmi s psychickými poruchami v USA.

Druhú skúmanú dimenziu tvorí depersonalizácia (DP), ktorú tvorí 5 škálových položiek zameraných na vnímanie klienta samotným sociálnym pracovníkom a vlastné zhodnotenie prístupu ku klientovi. Tabuľka 5 znázorňuje dosiahnuté priemerné skóre respondentov v rámci jednotlivých kategórií počtu klientov v dimenzii depersonalizácie (DP), s ktorými sociálni pracovníci v rámci práce prichádzajú denne do kontaktu.

Tabuľka 5: Deskripcia dosiahnutého priemerného skóre dimenzie depersonalizácie (DP) vzhľadom na počet klientov, s ktorými sociálni pracovníci prichádzajú denne do kontaktu

DEPERSONALIZÁCIA (DP) (DIMENZIA MBI)		x^-	%	N
POČET KLIENTOV DENNÉHO KONTAKTU	1. kategória (do 5 klientov s MZ)	4,25	13,3 %	12
	2. kategória (do 10 klientov s MZ)	7,48	23,3 %	21
	3. kategória (do 20 klientov s MZ)	8,35	22,2 %	20
	4. kategória (viac ako 20 klientov s MZ)	4,49	41,2 %	37

V dimenzii depersonalizácie (DP) bolo zistené najvyššie skóre u sociálnych pracovníkov, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s počtom klientov do 20 ($x^- = 8,35$). Mierne vyhorenie boli v rámci tejto dimenzie opäť aj sociálni pracovníci, ktorí prichádzajú do kontaktu s počtom klientov do 10 ($x^- = 7,48$). Nízku mieru vyhorenia preukazovali sociálni pracovníci, ktorí prichádzajú do kontaktu s počtom klientov viac ako 20 ($x^- = 4,49$) a sociálni pracovníci, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s nižším počtom klientov ako 5 ($x^- = 4,25$). Podľa Maslach a Jackson (1996) depersonalizácia predikuje prítomnosť ďalších symptómov. Táto dimenzia je v rámci výskytu syndrómu vyhorenia prejavovaná najmä cynizmom u sociálnych pracovníkov. Celková výskumná vzorka sociálnych pracovníkov ($N = 90 / 100 \%$), ktorí pracujú v zariadeniach s klientmi s mentálnym znevýhodnením, dosiahla v dimenzii depersonalizácie (DP) nízke vyhorenie ($x^- = 6,01$). Z výsledných čiastkových zistení podobne ako v predchádzajúcej dimenzii aj v dimenzii depersonalizácie je možné konštatovať, že sociálni pracovníci, ktorí v rámci výkonu svojej práce denne prichádzajú do kontaktu s vyšším počtom ako 5 klientov a menej ako 20 klientov s mentálnym znevýhodnením, sú viac ohrození syndrómom vyhorenia, čo sa prejavuje v odludštení, cynizme až zvýšenej agresivite voči klientom. Spojenie emocionálneho vyčerpania



s depersonalizáciou môže ovplyvniť výkonnosť sociálneho pracovníka, a to v dôsledku nezávládnutia stresových a záťažových situácií.

Tretiu skúmanú dimenziu tvorí osobné uspokojenie (PA), ktorú tvorí 8 škálových položiek zameraných na empatiu, schopnosť riešenia klientovho problému, nadšenie z práce a vlastnú spokojnosť s vykonanou prácou. Tabuľka 6 znázorňuje dosiahnuté priemerné skóre v rámci jednotlivých kategórií počtu klientov v dimenzii osobné uspokojenie z práce (PA), s ktorými sociálni pracovníci v rámci práce prichádzajú denne do kontaktu.

Tabuľka 6: Deskripcia dosiahnutého priemerného skóre dimenzie osobné uspokojenie z práce (PA) vzhľadom na počet klientov, s ktorými sociálni pracovníci prichádzajú denne do kontaktu

OSOBNÉ USPOKOJENIE (PA) (DIMENZIA MBI)		$\bar{x}$	%	N
POČET KLIENTOV DENNEHO KONTAKTU	1. kategória (do 5 klientov s MZ)	34,67	13,3 %	12
	2. kategória (do 10 klientov s MZ)	32,57	23,3 %	21
	3. kategória (do 20 klientov s MZ)	33,05	22,2 %	20
	4. kategória (viac ako 20 klientov s MZ)	37,62	41,2 %	37

V tretej dimenzii, ktorá predstavuje osobné uspokojenie (PA), bolo zistené mierne vyhorenie vo všetkých štyroch kategóriách určujúcich počet klientov, s ktorými sociálni pracovníci denne prichádzajú do kontaktu. Najvyššie skóre v dimenzii osobné uspokojenie (PA) dosiahli sociálni pracovníci, ktorí denne prichádzajú do denného kontaktu s počtom klientov viac ako 20 ($\bar{x}$ = 37,62), a tí, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s počtom klientov menej ako 5 ($\bar{x}$ = 34,67). Nižšie skóre dosiahli sociálni pracovníci, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s počtom klientov do 20 ($\bar{x}$ = 33,05) a napokon sociálni pracovníci, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s počtom klientov do 10 ($\bar{x}$ = 32,57). V tejto dimenzii sociálny pracovník označuje svoje presvedčenie o tom, že svoju prácu vykonáva dobre. Hodnotí svoju osobnú výkonnosť, ktorá zodpovedá miere sebarealizácie, a zdôrazňuje očakávania, ktoré má jednotlivec voči sebe samému a voči svojej práci. Pri syndróme vyhorenia je typická pre dimenziu osobné uspokojenie (PA) podľa Mallotovej (2000) stagnácia, kedy sa jedinec snaží vyhľadávať aj iné ciele ako prácu. Následne môže dôjsť ku frustrácii, teda spochybňovaniu efektivity a samotného zmyslu práce, a nakoniec môže stagnácia viesť k apatii, pretože ide o stav, ktorý je výsledkom dlhodobej frustrácie.

Celková výskumná vzorka sociálnych pracovníkov (N = 90 / 100 %), ktorí pracujú v zariadeniach s klientmi s mentálnym znevýhodnením, dosiahla v dimenzii osobného uspokojenia (PA) mierne vyhorenie ($\bar{x}$ = 35,03). Je možné konštatovať, že sociálni pracovníci nadobúdajú pocit, že nemajú možnosť danú situáciu zmeniť, a na druhej strane si uvedomujú, že na práci sú finančne závislí, čo sa stáva ich jediným dôvodom v zotrvaní v pracovnom procese.

Vzhľadom k zisteným skutočnostiam sa autorský tím v empirickej analýze zameral na zistenia, či existujú štatisticky významné rozdiely medzi počtom klientov a vznikom syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov. Na základe využitia Kruskal-Wallisovho testu (tabuľka 7) pre zisťovanie rozdielov medzi počtom klientov a vznikom syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov je možné konštatovať, že sa štatisticky významné rozdiely potvrdili v dimenzii depersonalizácie (DP) (sig. = 0,02) z hľadiska počtu klientov. Následne sa realizoval Mann-Whitney U test, ktorý preukázal, že štatisticky významné rozdiely sa potvrdili konkrétne medzi sociálnymi pracovníkmi, ktorí prichádzajú do kontaktu denne s klientmi s vyšším počtom ako 5 a nižším ako 10 klientov, a medzi sociálnymi pracovníkmi, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s klientmi v nižšom počte ako 20 klientov.

Tabuľka 7: Výsledky Kruskal-Wallisovho testu pre zisťovanie rozdielov medzi počtom klientov a vznikom syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov pracujúcich s klientmi s mentálnym znevýhodnením

DIMENZIE MBI	CHI-SQUARE	DF	SIG.
Emocionálne vyčerpanie (EE)	7,410	3	0,060
Depersonalizácia (DP)	9,278	3	0,026
Osobné uspokojenie z práce (PA)	8,635	3	0,035

Na základe dosiahnutého vyššieho skóre u sociálnych pracovníkov, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s počtom do 20 klientov ($x^- = 33,55$) vykazujú vyššiu mieru vyhorenia v rámci depersonalizácie (DP). Syndróm vyhorenia sa tu prejavuje v odludštení, cynizme až zvýšenej agresivite voči klientom.

Pomáhajúci vo svojom nadšení a svojej altruistickej túžbe stať sa spasiteľmi ľudstva netušia, že ich na tejto ceste čaká nebezpečná a zradná pasca, nazývaná syndróm vyhorenia. Povolanie, ktoré si dobrovoľne a s nadšením vybrali, začnú pomaly ignorovať až nenávidieť a môže sa stať i to, že ľudia, ktorým chceli slúžiť a pomáhať, sa stávajú obeťmi ich cynizmu, nezaujmu, niekedy aj agresie. Zdá sa, že zastúpenie tohto symptómového okruhu závisí od profesie, veku, pohlavia a dĺžky praxe (Honzák, 2013).

Štatisticky významné rozdiely sa v rámci prezentovaného výskumu potvrdili rovnako aj v miere osobného uspokojenia (PA) (sig. = 0,03) medzi sociálnymi pracovníkmi, ktorí prichádzajú do kontaktu denne s klientmi v počte do 10, klientov a medzi sociálnymi pracovníkmi, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s klientmi v počte do 20 klientov. Vyššie skóre dosiahli opäť tí pracovníci, ktorí denne prichádzajú do kontaktu s počtom do 20 klientov ($x^- = 43,91$). Na základe týchto zistení možno konštatovať, že u týchto sociálnych pracovníkov je vyššia miera vyhorenia v rámci osobného uspokojenia (PA).

Tieto rozdiely mohli spôsobiť pocity vlastnej nespokojnosti sociálnych pracovníkov zo svojej vykonávanej práce, ktoré sú charakteristické pre dimenziu osobného uspokojenia (PA). Dôležitú úlohu pri vzniku syndrómu vyhorenia tu podľa Křivohlavého (2001) zohráva aj vplyv prostredia, pracovných podmienok a organizácie práce. Medzi zťažujúce charakteristiky práce vedúce k vyhoreniu patrí extrémna miera slobody, extrémna miera kontroly, nezmyselnosť kladených požiadaviek, centralizácia alebo naopak prílišné trieštenie autority, nadmerná miera zodpovednosti, dlhodobé neplnenie plánovaných úloh, nejasné definovanie požiadaviek, nerealistické očakávania, nadmerné požiadavky, nedostatky v horizontálnej a vertikálnej sociálnej komunikácii, nemožnosť odborného rastu. Kallwass (2008) považuje za rizikové faktory prispievajúce ku vzniku syndrómu vyhorenia nedostatok spätnej väzby či už vo forme nedostatku pochvaly alebo nekonštruktívnej kritiky, ďalej situácie, keď nie sú jasne rozdelené úlohy a kompetencie, konkurenčný boj, zlé pracovné prostredie a jednotvárnú prácu.

Prezentovaný výskum bol zameraný aj na preventívne techniky syndrómu vyhorenia, ktoré sú dostupné pre sociálnych pracovníkov v zariadeniach sociálnych služieb. Prostredníctvom otvorenej otázky bolo zisťované, či respondenti poznajú spôsob prevencie pred vznikom syndrómu vyhorenia, a ako áno, nech uvedú, o akú formu prevencie ide. Zaujímavým zistením bolo, že iba 16 sociálnych pracovníkov z výskumnej vzorky (N = 90) považuje supervíziu za formu prevencie pri vzniku syndrómu vyhorenia. Domnievame sa, že pojem supervízia u mnohých pracovníkov evokuje kontrolu, a tak si respondenti neuvedomujú, že supervízia je určitou formou pomoci v pomáhajúcej profesii, ktorá vyjadruje dohľad, dozor, riadenie alebo vedenie. Správnu organizáciu času ako formu prevencie voči syndrómu vyhorenia označil iba jeden respondent. Táto skutočnosť poukazuje na to, že u sociálnych pracovníkov absentujú znalosti na objektívne posúdenie vhodných opatrení voči rizikám syndrómu vyhorenia.



ZÁVER

Náročné požiadavky pre pomáhajúce profesie môžu pre pracovníkov predstavovať neprimeranú záťaž, ktorá v spojení s psychickou, emocionálnou či fyzickou náročnosťou môže viesť ku vyčerpaniu, postupnému vyhasínaniu až k samotnému vyhoreniu. Kvalita práce pomáhajúceho pracovníka nezávisí len od jeho profesionálneho nasadenia s využitím teoretických znalostí, ale aj od psychických predispozícií. Osobnostné charakteristiky sociálneho pracovníka sú pri jeho profesii dôležité a zastávajú v jeho práci významnú rolu. Sociálny pracovník sa denne dostáva do osobného kontaktu s klientom, kde je oceňovaná najmä jeho empatia a porozumenie, nie súcit a prejav ľútosti voči klientovi. Klient očakáva, že sociálny pracovník jeho aktuálnu situáciu pochopí, zaujme nehodnotiaci postoj, nebude ho odsudzovať, nech je jeho situácia v danej chvíli akákoľvek. Klient potrebuje pocítiť istotu, že sa pracovníkovi môže so svojím problémom zdôveriť, pričom túto istotu mnohokrát nenachádza ani u svojich najbližších. Osobnosť sociálneho pracovníka preto predstavuje hlavný kľúč pri vykonávaní sociálnej práce, nakoľko vždy pri prvom kontakte s klientom ponúka seba ako nástroj k pomoci.

Z prezentovanej empirickej analýzy autorského výskumu vyplýva, že celková výskumná vzorka tvorená sociálnymi pracovníkmi, ktorí pracujú v domovoch sociálnych služieb s klientmi s mentálnym znevýhodnením, sú mierne vyhorení v dimenzii emocionálneho vyčerpania (EE) a v dimenzii osobného uspokojenia z práce (PA). Nízka miera vyhorenia sa preukázala v dimenzii depersonalizácie (DP). Za dôležitý faktor, ktorý ovplyvňuje celkové vyhorenie, sa preukázal počet klientov, s ktorými denne sociálni pracovníci prichádzajú do kontaktu. Vzhľadom k danému zisteniu boli následne overované konkrétne súvislosti medzi počtom klientov s mentálnym znevýhodnením a vznikom syndrómu vyhorenia u sociálnych pracovníkov, s ktorými sociálni pracovníci denne prichádzajú do kontaktu v jednotlivých dimenziách. Za najrizikovejšiu skupinu možno na základe výsledkov považovať sociálnych pracovníkov a pracovníčky, ktorí v rámci výkonu svojej práce denne prichádzajú do kontaktu s vyšším počtom ako 5 klientov a menej ako 20 klientov s mentálnym znevýhodnením. Zároveň sa zistilo, že sociálni pracovníci, ktorí prichádzajú do denného kontaktu s 20 a viac klientmi, a sociálni pracovníci, ktorí prichádzajú do denného kontaktu s 5 a menej klientmi, majú nízku mieru vyhorenia v dimenziách emočné vyčerpanie a depersonalizácia. Zistený fakt je možné potenciálne vysvetliť na základe samotného obsahu denného kontaktu s klientom. V tretej dimenzii, ktorá predstavuje osobné uspokojenie, bolo zistené mierne vyhorenie vo všetkých štyroch kategóriách určujúcich počet klientov, s ktorými sociálni pracovníci denne prichádzajú do kontaktu. Pri vzniku syndrómu vyhorenia tu zohráva rolu vplyv prostredia, pracovných podmienok a organizácie práce.

Je potrebné zdôrazniť, že cieľená prevencia je účinnejšia ako samotná liečba. Vzhľadom k tejto skutočnosti príspevok ponúka niekoľko preventívnych techník ako kľúčové komponenty sociálnej práce v praxi, ktoré odzrkadľujú u sociálneho pracovníka voľbu a záväzok stať sa aktívne zúčastneným na udržiavaní si vlastnej efektivity a výkonnosti.

POUŽITÉ ZDROJE

- ACKER, G. M. 2011. Burnout Among Mental Health Care Providers. *Journal of Social Work*, 12(5), 475–490.
- BRNULA, P., ČAVOJSKÁ, K., MÓZEŠOVÁ, K., MÓZEŠ, P., SMREK, M. 2015. *Úvod do teórií sociálnej práce*. Bratislava: IRIS.
- ERIKSSON, M. 2011. Social Capital and Health – Implications for Health Promotion. *Glob Health Action*, 4(10), 1–21 [online]. [28. 7. 2017]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3036711/>
- FLEŠKOVÁ, M., DOLINSKÁ, V. 2010. *Aplikovaná psychológia pre ekonómov a manažérov*. Bratislava: Iura Edition.



- GABURA, J. 2013. *Teória a proces sociálneho poradenstva*. Bratislava: IRIS.
- GAJDOŠOVÁ, E., LOVAŠOVÁ, S. Burn-out syndróm ako následok dlhodobej praxe pracovníkov pomáhajúcich profesií. In: LOVAŠOVÁ, S. et al. 2014. *Rizikové správanie v teórii a praxi sociálnej práce*. 3. ročník Košických dní sociálnej práce. Zborník príspevkov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou v rámci projektu VEGA č. 1/0332/12 *Analýza vybraných rizikových faktorov klientskeho násillia v sociálnej práci s dôrazom na prevenciu klientskeho násillia a prípravu sociálnych pracovníkov – Národné zmapovanie výskytu násillia klientov voči sociálnym pracovníkom na Slovensku*. Košice: Katedra sociálnej práce Filozofickej fakulty UPJŠ, 74–79.
- GÉRINGOVÁ, J. 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou*. Praha: Triton.
- HOLLSTEIN-BRINKMANN, H. 2001. *Sociálna práca a systémové teórie*. Trnava: SAP.
- HONZÁK, R. 2013. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření*. Praha: Vyšehrad.
- HRUŠKOVÁ, R. 2010. *Komunikačné a manažérske zručnosti*. Košice: Technická univerzita.
- KALLWASS, A. 2008. *Das Burnout-Syndrom: Wir finden einen Weg!* München: Kreuz Verlag.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
- KREUGER, L. et al. 2008. Needs of Person with Severe Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(5), 466–476.
- LOPEZ, F. G. et al. 2007. *Factor Structure, Stability and Predictive Validity of College Students' Relation Self-Efficacy Beliefs* [online]. [4. 2. 2017]. Dostupné z: <http://faculty.coe.uh.edu/flopez/docs/relationship-self-efficacy-2007.pdf>
- LÜDECKE, K. K. 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Praha: Grada Publishing.
- MALLOTOVÁ, K. 2000. Burn-out neboli syndrom vyhoření. *Psychologie dnes*, 6(2), 14–15.
- MASLACH, Ch., JACKSON, S. 1996. *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- MATHIEU, F. 2007. *Transforming Compassion Fatigue into Compassion Satisfaction: Top 12 Self-Care Tips for Helpers* [online]. [5. 3. 2017]. Dostupné z: <http://www.compassionfatigue.org/pages/Top12SelfCareTips.pdf>
- MATOUŠEK, O. et al. 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- MINIRTH, F. 2011. *Jak překonat vyhoření*. Praha: Návrat domů.
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SR. Analytické centrum. 2017. *Centrálny register poskytovateľov sociálnych služieb* [online]. [25. 6. 2017]. Dostupné z: https://www.employment.gov.sk/sk/centralny-register-poskytovatelov-socialnych-sluzieb/?searchBean.kraj=&searchBean.druhSluzby=&searchBean.forma=&searchBean.typPoskytovateľa=&searchBean.lenNevymazani=true&btnSubmit=Vybra%C5%A5&_sourcePage=z1QGeqxWORIumdRxe46R4G2dJBc86hXaB9dJTzBfbU%3D&_fp=YcHBRW4jptszL2mpzX0paAmX4VFAeXIoAysV31KVQkutQrs0EVGtACX313htO5WPpgu9krFQZnFS_2N2i6bi4IBVJ8eF8UL3kXOTO4-cjugW_84fEVc9OwNqJRxXTKejAysV31KVQkuzZcVH4ke4Uwmay-8YyjQ
- MINISTERSTVO PRÁCE, SOCIÁLNÝCH VECÍ A RODINY SR. ANALYTICKÉ CENTRUM. 2015. *Správa o sociálnej situácii obyvateľstva Slovenskej republiky za rok 2015*. MPSVaRSR. 2015 [online]. [25. 5. 2017]. Dostupné z: <http://www.employment.gov.sk/analyticke-centrum.html>
- MURPHY, A., DILLON, C. 2016. *Textbook on Professional Ethics and Human Values* [online]. [4. 2. 2017]. Dostupné z: <http://www.imd.indir.cu/adjuntos/article/524/Profesional%20Ethics%20and%20Human%20Values.pdf>
- NATIONAL ASSOCIATION OF SOCIAL WORKERS (NASW). 2009. Professional Self Care Policy. In: *Social Work Speaks: National Association of Social Workers Policy Statements 2009–2012*. Washington, D. C.: NASW Press. 8th Edition, 268–272.
- PAULÍK, K. 2005. *Uplatnění věd o člověku v sociální práci*. Ostrava: FiF OSU.
- POSCHKAMP, T. 2013. *Vyhoření. Rozpoznání, léčba, prevence*. Praha: Albatros Media.



- RANCI, C., PAVOLINI, E. 2013. *Reforms in Long-Term Care Policies. Investigating Institutional Change and Social impacts*. New York: Springer.
- REPKOVÁ, K. a kol. 2010. *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe. Neformálna starostlivosť*. Bratislava: IVPR.
- SCHAUFELI, W., MASLACH, C., MAREK, T. (Eds). 1996. *Professional Burnout: Decent Developments in Theory and Research*. Washington, D. C.: Taylor & Francis.
- SCHMIDBAUER, W. 2008. *Syndrom pomocníka*. Praha: Portál.
- ŠLOSÁR, D. Teórie sociálnej práce. In: ŽIAKOVÁ, E. et al. 2012, *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické kontexty*. Košice: UPJŠ Košice, 26–77.
- VASKA, L. 2012. *Teoretické aspekty supervízie začínajúcich sociálnych pracovníkov*. Bratislava: IRIS.
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2011. *Sestry v nouzi: syndrom vyhoření, mobbing, bossing*. Praha: Grada, Publishing.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál.
- WILSON, J., CHUI, W. H. 2006. *Social Work and Human Services Best Practice*. Annandale, N. S. W.: Federation Press.

Šetření problematiky zadlužování a exekucí v České republice se zaměřením na osoby seniorského věku

Investigation Concerning Problems of Indebtedness and Execution upon Property in the Czech Republic Focusing on Older People

Milada Martinková, Eva Biedermanová

PhDr. Milada Martinková, CSc.,¹ je výzkumnou pracovnící v Institutu pro kriminologii a sociální prevenci. Zabývá se dlouhodobě oběťmi trestné činnosti a problematikou různých sociálně patologických jevů.

Mgr. Eva Biedermanová² pracuje jako výzkumná pracovnice v Institutu pro kriminologii a sociální prevenci od roku 2009, jejím zaměřením je penologie. V současné době se věnuje především problematice stárnoucí vězeňské populace.

Abstrakt

Cílem příspěvku je shrnout dostupné aktuální poznatky o exekucích vůči seniorům. Při zpracování textu byla použita odborná literatura, poznatky získané ze studia oficiálních dokumentů týkajících se exekucí – především vládních a právních dokumentů, analýza statistických dat vybraných relevantních institucí a vybraných dluhových poraden. Zjištění ukazují, že senioři často podceňují hrozící rizika při svém zadlužování. Z provedeného šetření vyplynula potřeba hlouběji zkoumat problematiku zadlužování seniorů s cílem zajistit více informací pro poskytnutí cílenější a účinnější prevence.

Klíčová slova

senioři, dluhy, exekuce, dluhové poradny

Abstract

The goal of the article is to summarize the available current knowledge concerning debt executions affecting old people and. To elaborate the text professional literature, official documents concerning executions – primarily governmental and legal documents and analysis of statistical data of selected relevant institutions and selected debt advisory offices have been used. The surveys show that senior citizens often underestimate impending risks connected with being in debt. From the accomplished investigation resulted the need to deeper investigate problems of seniors' indebtedness to provide more information for more directed and more effective prevention measures.

Keywords

seniors, debts, execution, debt advice bureau

¹ Kontakt: PhDr. Milada Martinková, CSc., Institut pro kriminologii a sociální prevenci, nám. 14. října 12, 150 00 Praha 5; MMartinkova@iksp.justice.cz

² Kontakt: Mgr. Eva Biedermanová, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, nám. 14. října 12, 150 00 Praha 5; EBiedermanova@iksp.justice.cz



1. ÚVOD

Kompetentní orgány v České republice dnes, ve srovnání s léty předchozími, ve zvýšené míře věnují pozornost tématu zadlužení jednotlivců. Jde o reakci na skutečnost, že počet zadlužených osob, které mají problémy se splácením svých dluhů, je alarmující a každoročně se v posledním desetiletí zvyšuje. Současně je stále více zřejmé, že k zadlužování jednotlivců, a zvláště pak k nadměrnému zadlužování, se i u nás v různé míře vážou nejrůznější sociálně nežádoucí jevy, nazývané souhrnným pojmem sociálně patologické jevy³ nebo též nově sociální deviace či sociální dezorganizace (Cetl, 2017). Pro ilustraci lze uvést nejběžnější z nich, tj. propad do chudoby, ztráta sociálního statutu, ztráta bydlení, která může vést až k bezdomovectví, sociální vyloučení, nadměrná psychická zátěž dlužníků a z ní plynoucí onemocnění, patologické vzory chování předávané okolí a v neposlední řadě kriminalita. Ty ve svém důsledku negativně poznamenávají celou společnost. Snaha o hlubší poznatky procesu zadlužování obyvatel, a především pak nadměrného zadlužování, jeho průběžné mapování, včetně rozborů příčin a následků také v individuální rovině dlužníků, je i vzhledem k potřebě prevence a intervence v této oblasti na místě.

V tomto příspěvku si klademe za cíl přinést některé dostupné aktuální poznatky o vybrané problematice spojené se zadlužováním seniorů v ČR a o jejich potížích se splácením dluhů, které v krajních případech ústí v nařízení exekuce.

2. PROBLEMATIKA EXEKUCÍ V ČESKÉ REPUBLICE

Úvodem ujasníme, co je míněno pojmem dluh a co pojmem exekuce. Dluhem označujeme závazek, který je dlužník povinen vyrovnat tomu, kdo mu něco poskytl, tedy věřiteli (Žák et al., 2002). Pokud dlužník neplní svoje závazky vůči věřiteli, dochází obvykle ke sporům, které mohou být řešeny soudy či jinými orgány s pravomocí rozhodovat. Pokud rozhodnutí soudu nebo jiného orgánu s pravomocí rozhodovat v těchto sporech není plněno dlužníkem dobrovolně, může být vynuceno proti jeho vůli pomocí exekuce (tj. výkonem rozhodnutí). Účelem exekuce je pak uspokojit rozhodnutím přiznaná práva věřitele prostřednictvím nuceného zásahu státní moci vůči dlužníkovi (blíže viz např. Čujan, 2016).

Problematikou související s vymáháním pohledávek prostřednictvím exekučního řízení v naší republice se ve svých prioritách zabývá také Programové prohlášení vlády ČR. Programové prohlášení řadí do svých priorit nejen podporu finanční gramotnosti občanů, ale také zamezení zneužívání exekucí. V součinnosti s Ministerstvem spravedlnosti ČR se vláda konkrétně zavazuje posílit dozor nad činností exekutorů s cílem zabránit zneužívání exekucí a vymáhání dluhů a zajistit, aby exekutor vykonával svoje pravomoci způsobem zaručujícím jak práva věřitelů, tak i dlužníka (Vláda ČR, 2016).

Každý občan ČR může získat informace o konkrétních exekučních řízeních prostřednictvím Centrální evidence exekucí (dále též CEE)⁴. Nahlížení do systému CEE dle vyhlášky č. 329/2008 Sb., o centrální evidenci exekucí, je zpłatněno. To jistě přispívá k tomu, že dosud nebyly zpracovány celkové analýzy exekucí probíhajících v Česku, které by problematiku exekucí lépe rozklíčovaly a dovolily tak vyhodnotit jak kvantitativní údaje (tj. např. počet exekucí v určitých

³ Sociálně patologickým jevem se obecně rozumí takové chování jedince, které je charakteristické především nezdravým životním stylem, nedodržováním nebo porušováním sociálních norem, zákonů, předpisů a etických hodnot, chování a jednání, které vede k poškozování zdraví jedince, prostředí, ve kterém žije a pracuje, a ve svém důsledku pak k individuálním, skupinovým či celospolečenským poruchám a deformacím (Pokorný, Telcová, Tomko, 2003).

⁴ Centrální evidence exekucí je veřejný seznam, který je veden, provozován a spravován Exekutorskou komorou České republiky v souladu s ustanovením § 125 zákona č. 120/2001 Sb., o soudních exekutorech a exekuční činnosti (exekuční řád), ve znění pozdějších předpisů.



letech, počet dlužníků), tak současně kvalitativní stránku věci, tj. možné příčiny exekucí, které mohou na jedné straně souviset se sociálním, zdravotním a ekonomickým postavením dlužníka a na straně druhé s osobou věřitele (podomní prodejci, nebankovní instituce).

Vážnosti problému s dlužníky, kteří nejsou schopni splácet svoje dluhy, nasvědčuje stoupající množství nařízených exekucí včetně tzv. vícečetných exekucí (MSP ČR, 2016a). Pojmem vícečetné exekuce se rozumí stav, kdy je proti jednomu dlužníku (povinnému) vedeno v jednom okamžiku dvě nebo více exekučních řízení (existuje mnohost pohledávek). V této souvislosti se hovoří o tzv. dluhové pasti.

Exekutorská komora České republiky⁵ zpracovala na základě údajů z CEE rozbor a zjistila, že vícečetné exekuce tvořily ke konci roku 2015 podíl 95,9 % (4 092 203 řízení) na všech exekučních řízeních, tj. ze 4 466 430 řízení vedených proti 789 432 osobám. Z dat Exekutorské komory ČR dále jednoznačně vyplývá, že počet vícečetných exekucí má v čase rostoucí trend, přičemž pravděpodobnost úspěšného provedení vícenásobné exekuce s každým dalším exekučním titulem klesá. Výjimkou totiž nejsou ani osoby s deseti a více exekucemi, což se, podle sdělení Exekutorské komory ČR z října 2015, týká přes 30 % nově nařizovaných exekucí (MSP ČR, 2016b).

Z podkladu Ministerstva spravedlnosti ČR zpracovaného ze souboru dat poskytnutých Exekutorskou komorou ČR⁶ k vícečetným exekucím plyne, že průměrná výše dluhu jednoho dlužníka a průměrná výše jedné pohledávky vzrůstá také s věkem dlužníků do věku 70 let, kdy kulminuje, a následně klesá (údaje o výši vymáhaných pohledávek byly uvedeny bez příslušenství). Ačkoli se jedná o dílčí údaje z databáze CEE, bylo zřejmé, že průměrná výše jistiny, tedy dluhu bez pravomocně přiznaných nákladů řízení a bez úroků, zjištěná na jednoho dlužníka ve věkových kategoriích 61–65 let, 66–70 let, 71–75 let, 76 let a více se pohybovala v rozmezí cca 275 000 Kč až cca 1 130 000 Kč (MSP ČR, 2016a).

2.1 Seniori a exekuce

2.1.1 Pohled na současnou generaci dlužníků-seniorů v ČR

Exekuce vůči seniorům začaly být v ČR předmětem zvýšeného zájmu, neboť exekuce provedené srážkami ze starobního důchodu dlužníků-seniorů jako jejich obvykle jediného a nijak vysokého finančního zdroje mohou způsobit propad těchto osob do příjmové chudoby, kterou jsou ohroženi nebo ve které již žijí⁷. Seniořem zde myslíme osobu pobírající starobní důchod. Přitom exekuční srážky ze starobního důchodu, coby oficiálního pravidelného příjmu seniora, mohou být pouze jedním ze zdrojů, který má vést k uhrazení dluhů. Dlužník-senior, právě tak jako dlužník jakéhokoli věku, může přijít při vyrovnávání dluhů v rámci exekuce nejen o část své výplaty (starobního důchodu), ale i o další movitý anebo nemovitý majetek (v některých případech včetně svého bytu či domu, ve kterém žije). To vše pak může velmi nepříznivě ovlivnit každodenní úroveň života zadlužených osob, zvláště pak ve stáří. Zájem společnosti o exekuce obecně, a zvláště vůči seniorům jako zranitelné skupině osob, je pak pochopitelný.

Osoby ve věku nad 65 let tvoří v současnosti podle údajů Českého statistického úřadu cca 18 % obyvatel naší země (ČSÚ, 2016) a bude jich podle prognóz stále přibývat (Čevela, Čeledová, Kalvach et al., 2014). Přitom seniori patří ke skupinám, které nejcitlivěji odrážejí ekonomickou situaci ve společnosti. Výzkum mapující mimo jiné příjmy a ekonomickou situaci seniorů provedený Sakem a Kolesárovou v letech 2007–2011 konstatuje, že seniori nepředstavují z hlediska jejich

⁵ Exekutorská komora ČR je samosprávnou stavovskou organizací sdružující všechny soudní exekutory. Jedná se o právnickou osobu zřízenou na základě zákona č. 120/2001 Sb., exekuční řád. Její sídlo je v Brně.

⁶ Zkoumaný soubor čítal 14 541 exekucí evidovaných v letech 2001–2016 a vedených proti cca 2400 povinným a průměrně pokrýval všechny soudní okresy.

⁷ Hranice ohrožení příjmovou chudobou v roce 2015 činila pro domácnost jednotlivce 10 220 Kč/měsíc. Pro dvojici dospělých se rovnala 15 330 Kč/měsíc (Brázdilová, Šusterová, 2016).



příjmů ani zdaleka homogenní část populace. Rozdíly, které ovlivňují ekonomickou diferenciaci mezi seniory, autoři vyjádřili následovně:

- možnost příjmů plynoucích ze zaměstnání, případně v souběhu s důchodem,
- sdílení domácnosti (zda žije senior sám, či v páru),
- druh bydlení (osobní, družstevní vlastnictví bytu či domu, nájem) a jeho umístění (velké město, vesnice),
- zdravotní stav seniora (náklady na léčbu, omezení možnosti přivýdělku).

Současnou generaci seniorů hodnotí výše uvedení autoři jako generaci, jejíž situace ve stáří je historicky nejlepší. Jelikož však senioři tvoří heterogenní skupinu, navzdory jejich proklamované příznivé ekonomické situaci v uplynulých letech části z nich hrozí finanční obtíže (Sak, Kolesárová, 2012:140). Ty se odrážejí rovněž v postupně narůstajícím zadlužení seniorů a s tím také stoupá množství nařízených exekucí na vyplácené důchody.

Senioři, především pak ženy a samostatně žijící osoby (Vidovičová, Jahoda, Vyhlídal et al., 2015), dnes patří podle některých ukazatelů, jak již bylo výše zmíněno, mezi skupiny ohrožené chudobou. Obtíž však není jen v nižší výši příjmů seniorů vůči jiným skupinám obyvatel. Na finanční situaci některých z nich se mohou rovněž negativně odrážet v důsledku jejich věku například také zhoršující se schopnosti posoudit dopady některých právních úkonů (tradičně uzavírání nevýhodných kupních smluv), nebo snížené schopnosti vzdorovat nátlaku a manipulaci (Asociace, 2012a). Senioři jsou skupinou osob se stálým, byť nikoli vysokým, ale zato snadno dohledatelným a postižitelným příjmem. Pro některé subjekty podnikající ve finančním sektoru a také prodávající je to velmi pozitivní bonus.

2.1.2 Zdroje informací k exekucím vůči seniorům

Česká správa sociálního zabezpečení (dále též ČSSZ), jako jeden z hlavních informačních zdrojů o exekucích vůči seniorům, uvádí, že roste počet osob pokročilého věku, které do důchodu již vstupují s nařízenou exekucí či hned s vícečetnými exekucemi. Těm před odchodem do důchodu srážky z platu (příjmu) prováděl jejich zaměstnavatel, poté ČSSZ z titulu plátce důchodu (příjmu). Srážky z důchodu může ČSSZ ukončit až po splacení dluhu, a to včetně úroků a nákladů řízení nebo na základě rozhodnutí subjektu, který o exekuci rozhodl (ČSSZ, 2016a). Zastoupení osob, které mají dluhy z minulosti, mezi všemi exekucemi postiženými seniory-pobírateli starobního důchodu však bohužel ze statistik ČSSZ určit nelze. Právě tak nelze zatím zjistit z těchto statistik údaje k exekucím vůči jednotlivým věkovým skupinám seniorů a posoudit tak situaci dlužníků-seniorů podle věkových kohort.

Tvrdý dopad na sociální situaci seniorů s nařízenou exekucí srážkou ze starobního důchodu změkčuje institut nezabavitelné částky, která v roce 2017 činí 6 154,67 Kč (pro domácnost jednotlivce)⁸. Zákon tak omezuje propad dlužníka (povinného) do naprosté chudoby. Pokud výše důchodu nedosahuje tzv. zabavitelné výše, nemůže ČSSZ exekucí srážku zařídit. V současnosti existuje asi 46 tisíc případů, kdy ČSSZ pouze eviduje tzv. exekucí titul na důchod (tj. starobní, pozůstalostní, invalidní), což ale neznamená, že dluh zanikl (ČSSZ, 2016c). Vývoj celkového počtu exekucí titulů postihujících důchody v jednotlivých letech ČSSZ nezveřejňuje, ale uvádí vývoj počtu vyplácených důchodů se zařízenou exekucí srážkou. Počet výplat důchodů s exekucí srážkou (tj. důchodů starobních, invalidních, pozůstalostních) se v posledním decenniu zvýšil přibližně dvojnásobně, tj. ze 40 718 v roce 2008 (ČSSZ, 2016a) na 84 748 v září 2016 (viz tabulka 1).

⁸ Výpočet nezabavitelné částky se provádí na základě nařízení vlády č. 595/2006 Sb., o nezabavitelných částkách.



Tabulka 1: Vývoj počtu výplat důchodů (starobních, invalidních, pozůstalostních) se zařízenou exekuční srážkou (v prosinci daného roku)

Rok	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	9/2016
Počet výplat důchodů s exekuční srážkou	40 718	46 121	51 184	60 874	67 614	70 997	75 315	79 991	84 748

Zdroj: ČSSZ, 2016a, ČSSZ, 2016c, upraveno autorem

Srážky pro věřitele na výše uvedených druzích důchodů činily podle ČSSZ jen za období leden až září 2016 cca 1,47 mld. Kč (ČSSZ, 2016c). Z dat uveřejněných ČSSZ za měsíc září 2016 a zpracovaných do tabulky 2, lze vypočíst, že na exekučních srážkách ze starobních důchodů bylo konkrétně v tomto měsíci vyplaceno věřitelům cca 102 708 000 Kč, z důchodů invalidních cca 57 052 000 Kč, z důchodů pozůstalostních cca 2 098 000 Kč (počítáno z celkové průměrné výšky měsíční srážky).

Ačkoli došlo v září 2016 u téměř 85 tisíc občanů ČR, převážně seniorského věku, kvůli exekucím ke srážkám z důchodů (starobních, invalidních, pozůstalostních), u dalších zhruba 46 tisíc osob pobírajících některý ze jmenovaných důchodů k realizaci exekucí, z důvodu výplaty nízkého důchodu, nedochází (viz výše). Počty osob pobírajících starobní důchod mezi těmito 46 tisíci zadluženými osobami ČSSZ zvláště neuvádí. ČSSZ rovněž monitoruje blíže neurčený počet dlužníků-důchodců, u nichž zatím exekuce není v realitě prováděna např. proto, že ještě není rozhodnuto o insolventci (tj. není zřejmé, zda dojde u osoby k oddlužení) nebo není zatím známa výše důchodu apod. Ani o této skupině osob ČSSZ bližší údaje nezveřejňuje a rovněž neuvádí, zda je vůči konkrétnímu dlužníkovi vedena jedna, nebo více exekucí⁹.

Tabulka 2: Přehled počtu důchodců s realizovanou exekuční srážkou v září 2016 v ČR. Členění podle druhu pobíraného důchodu¹⁰, výše průměrné srážky z důchodu, průměrného věku důchodců a pohlaví osob

	Počet osob			Průměrná výše srážky z důchodu			Průměrný věk		
	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem	muži	ženy	celkem
Pobírají důchod:									
starobní	24 856	27 680	52 536	2 149	1 782	1 955	67	67	67
invalidní	18 803	12 086	30 889	1 821	1 888	1 847	51	51	51
pozůstalostní	151	1 172	1 323	1 935	1 541	1 586	49	56	56
Celkem:	43 810	40 938	84 748	2 007	1 807	1 910	60	62	61

Zdroj: ČSSZ, 2016c, upraveno autorem

Osob, které pobíraly v ČR starobní důchod, bylo podle záznamů České správy sociálního zabezpečení (ČSSZ, 2016b) na konci září 2016 2 389 270. U 52 536 z nich byly realizovány kvůli exekuci srážky z jejich starobního důchodu (viz tabulka 2), což činilo cca 2,2% starobních důchodců. Ačkoli se nejedná o vysoké procentní zastoupení dlužníků, kterým byl starobní důchod reálně krácen exekučními srážkami, absolutní počty těchto osob jsou značné. Prováděné exekuční

⁹ Informace byly získány formou individuální expertizy se specialistou ČSSZ dne 10. července 2017.

¹⁰ Do kategorie starobních důchodců jsou zahrnuti jak důchodci pobírající pouze starobní důchod, tak i osoby se starobním důchodem vypláceným v souběhu s vdovským nebo vdoveckým důchodem. Podobně je tomu u invalidních důchodců. Do kategorie pozůstalostních důchodců jsou zahrnuti důchodci pobírající pouze vdovský, vdovecký nebo sirotčí důchod. Výše důchodu v případě jejich souběhu je úhrnem za oba důchody (viz ČSSZ, 2016c).



srážky ze starobního důchodu se přitom dotýkaly více žen (52,7%) než mužů (47,3 %). Z podkladů ČSSZ lze též zjistit, že průměrný věk starobních důchodců a důchodkyň s reálně prováděnou exekucí srážkou na důchodu činil 67 let a že průměrná exekucí srážka ze starobního důchodu činila měsíčně u starobních důchodců v září 2016 téměř dva tisíce korun (viz tabulka 2).

Z dat ČSSZ za září 2016 bylo rovněž zřejmé, že nejčastěji byly zatíženy exekucemi srážkami na starobních důchodech osoby z krajů Moravskoslezského a Ústeckého a dále Středočeského. V prvních dvou případech jde o územní části vyznačující se tradičně zvýšeným výskytem mnoha druhů sociálně patologických jevů na území naší republiky, včetně chudoby a sociálního vyloučení.

Úplná analýza dluhové situace obyvatel ČR, zvláště pak osob starších 60 let, je velmi obtížná, ba téměř nereálná. O některých dluzích jednotlivců neexistují oficiální záznamy, navíc dlužníci půjčky, např. v rámci rodiny, mnohdy ani za zadlužování nepovažují. Záznamy o zadlužených osobách a jejich splátkové ukázněnosti vedené v různých bankovních a nebankovních registrech dlužníků jsou dostupné jen vymezenému okruhu subjektů.

Protože však při vymáhání dluhů prostřednictvím exekucí dochází obvykle k zásadnímu zásahu do běžného života dlužníků, je třeba sledovat a vyhodnocovat dluhovou problematiku alespoň např. prostřednictvím Centrální evidence exekucí¹¹ (viz výše). Poznatky z této databáze jsou nepostradatelné nejen z hlediska sledování předluženosti jednotlivců, ale i pro lépe mířenou prevenci nadměrného zadlužování různých skupin obyvatelstva, včetně seniorů.

Pro orientaci v oblasti exekucí vedených vůči seniorům v ČR je pak potřebné znát nejen

- počet seniorů zatížených všemi druhy exekucí (tedy nejen exekucemi srážkami ze starobních důchodů), ale i
- jak jsou jednotlivé věkové skupiny seniorů zatíženy všemi druhy exekucí,
- jaké je celkové finanční zatížení jednotlivých dlužníků-seniorů exekucemi,
- kdo jsou, v případě exekucí vymáhání pohledávky, věřitelé dlužníků-seniorů (bankovní, nebankovní sektor, další věřitelé),
- kdy vznikly exekucí vymáhané dluhy, které má dlužník-senior v současnosti (aby bylo zřejmé, zda dluhy vznikly již ve věku před odchodem do starobního důchodu, nebo až po příchodu osoby do starobního důchodu, a jaký je vzájemný podíl těchto dluhů),

ale je i rovněž potřebné sledovat vývoj těchto skutečností v čase a získaná data zpřístupňovat alespoň odborné veřejnosti.

Pro zodpovězení výše položených otázek, na které ani u jedné bohužel dosud zatím neznáme uspokojivou odpověď, bude nezbytné nejen realizovat výzkumy mezi odborníky, kteří se zadluženými osobami pracují, a mezi dlužníky samotnými, ale bude třeba provést i analýzu statistických dat, která nejrůznější instituce v dané oblasti evidují. Zatím se ukazuje, při našem pokusu některá tato data získat a analyzovat, že údaje týkající se zadlužení seniorů nejsou nejen shromažďována příslušnými institucemi tak, aby přinášela dostatek informací k důkladnému zodpovězení všech námi výše položených otázek, ale také, pokud vůbec taková data v databázích existují, jsou pro výzkumníky z nejrůznějších důvodů jen velmi obtížně přístupná.

Dnes zatím dostupné údaje o seniorech ve sledované oblasti nejsou schopny přinést dostatečně vyčerpávající odpovědi ani na tak základní otázky, jako jsou důvody individuálního zadlužování a předlužování, či jaké jsou konkrétní důvody problémů jednotlivých seniorů se splácením svých dluhů.

2.2. Poznatky vybraných poraden o důvodech zadlužování (nejen) seniorů

Námi oslovené instituce, které se dostávají do styku s dluhovou problematikou (Česká správa sociálního zabezpečení a Česká exekutorská komora), neshromažďují informace o důvodech

¹¹ Data shromažďovaná Exekutorskou komorou ČR v Centrální evidenci exekucí logicky neobsahují údaje o výkonech rozhodnutí vedených soudy, exekucích vedených orgány státní správy a samosprávy, finančními orgány či zdravotními pojišťovnami.



vedoucích k zadlužování seniorů ani o prvopočátku vzniku jejich potíží se splácením finančních závazků vedoucích následně k exekuci. Obrátili jsme proto pozornost k pracovištím, která s osobami zadluženými, často ohroženými exekucemi nebo již exekucemi zatíženými pracují, a to v rámci dluhového poradenství. Chtěli jsme zjistit, jakými údaji o výše zmíněných oblastech disponují.

Dále uváděná data shrnují poznatky z individuální terénní práce s velkým počtem dlužníků po celé České republice, kteří se s pomocí dluhových poraden rozhodli aktivně řešit svoje zadlužení, často již ve fázi exekučního vymáhání pohledávek. Jedná se o poznatky získané z materiálů a statistik Asociace občanských poraden¹² a ze statistik Poradny při finanční tísni, o. p. s.¹³

Z dostupných podkladů Asociace občanských poraden (Asociace, 2012b) lze zadlužené seniory rozčlenit na následující skupiny, které nakonec mohou naznačit i důvody jejich zadlužení:

- senioři s dluhy z předdůchodového věku;
- senioři, jejichž dluhy vznikly z důvodů pomoci rodině, a to především ručením za úvěry svým dětem nebo vnoučatům, hrazením jejich dluhů, převodem nemovitostí na příslušníky rodiny;
- senioři, jejichž dluhy vznikly z důvodu vysokých nákladů na bydlení;
- senioři, jejichž dluhy vznikly neuvážeností či v důsledku zneužití jejich slabosti (předváděcí akce, smlouvy uzavřené po telefonu apod.);
- senioři, kteří se zatím pouze cítí být ohroženi dluhy svých blízkých;
- ostatní senioři.

Z jiného členění starších klientů s finančními problémy (Asociace, 2012a) lze uvést například skupinu seniorů, kteří mají nízký příjem a neznají nároky na dávky státní sociální podpory apod., a tudíž se dostávají do finančně obtížných situací, nebo osoby pokročilého věku beroucí si z nejrůznějších důvodů rychlé půjčky. Jak velké jsou tyto skupiny, nebo které skupiny dominují mezi dlužníky-seniorsy, však není možné z podkladů vyvodit. Je konstatováno (Asociace, 2012c), že podle zkušeností pracovníků poraden je mezi seniory oproti osobám mladším méně osob s dluhy kvůli jízdě na černo, ale zato více osob s dluhy vzniklými v souvislosti s předváděcími akcemi.

2.2.1 Statistiky Asociace občanských poraden

Ze statistik Asociace občanských poraden, které shrnují poznatky 22 občanských poraden zaměřených na dluhovou problematiku, lze uvést informaci o věku klientů, kteří je navštívili za účelem řešení své dluhové situace, ovšem bohužel bez možnosti bližší specifikace dalších podrobnějších poznatků o těchto osobách s ohledem na jejich věk. Nicméně lze konstatovat, že jedinci starší 60 let tvořili v průběhu posledních tří let v průměru 12 % klientely občanských dluhových poraden, což činilo průměrně ročně cca 900 osob (Béžová, Humplíková, 2014, 2015, 2016). Dokládá to, že zastoupení seniorů, kteří se aktivně snaží řešit svoje dluhy, není mezi klienty poraden zanedbatelné a poznatky o těchto jednotlivcích by mohly mít do budoucna značnou vypovídací hodnotu.

Mezi důvody zadlužení klientů všeho věku, kteří v roce 2015 řešili s pracovníky naposledy zmíněných dluhových poraden svoje zadlužení, a důvody jejich zadlužení byly zaevidovány ve statistikách poraden (4141 osob), lze nejčastěji zařadit nadměrné půjčky (spotřebitelské půjčky, nákupy zboží na splátky), a to ve více jak třetině případů (36 %). V téměř pětina případů se jednalo o úplnou ztrátu nebo snížení příjmu (nezaměstnanost, nemoc apod.), ve zhruba desetině o změnu sociální

¹² Asociace občanských poraden v současnosti sdružuje 40 občanských poraden, z nichž 22 poraden zabývajících se bezplatným dluhovým poradenstvím je začleněno do projektu „Dluhové poradenství proti dluhové pasti“. Počet klientů všeho věku v těchto dluhových poradnách během posledního tříletého období činil průměrně cca 7400 osob ročně.

¹³ Poradna při finanční tísni, o. p. s., poskytuje bezplatné dluhové poradenství na několika místech republiky. Poradenství poskytuje rovněž telefonicky i elektronickou poštou. V roce 2015 uvádí 11 128 prvokontaktů s dlužníky všeho věku. Blíže o poradně viz www.financnitisen.cz.



situace (rozchod, rozvod, ovdovění apod.). V menší míře se na vzniku dluhů podílel nezdařený podnikatelský záměr (cca 7 %) nebo neočekávaný jednorázový vysoký výdaj (cca 4 %). V méně než ve třech procentech se jako důvod zadlužení vyskytl trest za nezákonnou činnost (např. pokuta, náhrada škody apod.), vyživovací povinnost, zneužívání návykových látek a hraní hazardních her. V kategorii nejružnějších příčin zadlužení nezařaditelných ani pod jednu z výše uvedených kategorií bylo zaevidováno asi 16 % klientů.

2.2.2 Statistiky Poradny při finanční tísni, o. p. s.

Protože výše uvedené statistické údaje občanských poraden týkající se důvodů zadlužení klientů není zatím možné podrobněji specifikovat s ohledem na věk těchto osob, uvádíme dále údaje týkající se konkrétně jedinců starších 60 let. Byly nám poskytnuty Poradnou při finanční tísni, o. p. s., a vztahují se k problémům se splácením dluhů. Údaje se týkají 63 % klientů starších 60 let z celé ČR, kteří kontaktovali poradnu v letech 2014 a 2015 se svými finančními problémy a byly u nich do statistik poradny zaznamenány subjektivní důvody potíží se splácením dluhů (jednalo se o 464 osob ze 734 klientů-seniorů).

U těchto 464 klientů-seniorů převládaly mezi příčinami potíží se splácením finančních pohledávek **z téměř plné poloviny důvody formulované jako „přecenění svých sil s příliš mnoha závazky (splátkami)“**. U zbývajících zhruba poloviny seniorů-klientů poradny bylo mezi důvody platebních nesnází zastoupeno:

- „malé vnímání rizik“ (naivita) v souvislosti se zadlužováním se (8 % osob),
- úmrtí blízké osoby, které změnilo finanční poměry seniora/seniorky (7 % osob),
- finanční závazky blízké osoby (5 %),
- úvěr pro třetí osobu (5 %),
- úraz, nemoc klienta (4 %),
- odchod do důchodu a trvalé snížení příjmu klienta (po 3 %),
- ručení (spoludlužnictví) a závazky z podnikání klienta (po 2 %)
- ostatní důvody (pod 2 %), např.: snížení příjmů blízké osoby, ztráta zaměstnání, nemoc nebo úraz blízké osoby, které způsobily změny ve finanční situaci, nečekané výdaje, nekomunikování s věřiteli a další.

Nejméně 10 % ze 734 klientů starších 60 let, kteří se na Poradnu při finanční tísni, o. p. s., obrátili během výše uvedených dvou let, uvádělo zadlužení vyšší než 600 tisíc korun.

3. ZÁVĚR

Rámcové srovnání důvodů zadlužení týkající se na jedné straně celé populace klientů dlužníků bez rozdílu věku z údajů poskytnutých občanskými dluhovými poradnami a na straně druhé problémů se splácením dluhů klienty-seniory (Poradna při finanční tísni, o. p. s.) ukazuje shodně **na podcenění finanční situace dlužníků hraničící až s jejich naivitou, včetně podcenění možných rizik (zdravotních, sociálních, finančních) při umořování dluhu**. Pokud budeme blíže analyzovat důvody neschopnosti dlužníků dluhy splácet, situace se stává nepřehlednou zejména kvůli množství různých nespacených pohledávek, jež výrazně ztěžuje možnost dobrat se vzniku prvního dluhu, a tedy i prvního důvodu, který vedl k neschopnosti dluhy splácet. Nicméně je třeba hledat odpovědi na otázku, jaké další faktory se podílí na předlžování osob a do jaké míry, aby bylo možné na základě zjištění provést potřebná opatření k omezování výskytu tohoto jevu. Je nepochybné, že u seniorů, právě tak jako u osob mladších, za předlžováním na jedné straně stojí objektivní podmínky, jako je propagace nadměrné spotřeby v médiích, rozsáhlé dlouhodobé kampaně podporující život na dluh a v mnoha případech velmi snadná dostupnost půjček, ale na druhé straně také subjektivní riziková jednání, která mohou být ovlivněna věkem. To potvrzují poznatky z občanských poraden, které poukazují např. na to, že seniori v oblasti zadlužování jsou ve zvýšené míře citliví na vystavení tlakům okolí, včetně vlastní rodiny (Krušinská, 2012).



Pro prevenci zadlužování osob v seniorském věku neúměrnou finanční zátěží je potřebné nastavit právní úpravu v oblasti podmínek poskytování a vymáhání půjček tak, aby chránila nejen věřitele, ale v opodstatněných případech i dlužníky. Současně je třeba kultivovat společenské klima v této oblasti, zejména vzdělávat jednotlivce všech věkových skupin obyvatel v oblasti finanční gramotnosti.

Pro sociální pracovníky z výše uvedeného plyne doporučení informovat v rámci prevence klienty o rizicích zadlužení již v preseniu, neboť v tomto věku vzniká valná část jejich dluhů, viz přecenění sil při splácení dluhů. V praxi je pak možné, k dosažení zlepšení finanční gramotnosti a právního vědomí seniorů s ohledem na jejich věk, využít skupinové práce ve vzdělávacích skupinách v domovech pro seniory nebo práce v tzv. socializačních skupinách se zaměřením na upevňování schopností odolat „výhodným nabídkám“ prodejců spotřebního zboží, „výhodným spotřebitelským půjčkám“ apod. (Nedělníková, 2013). Odborné sociální poradenství v oblasti zadlužování všech osob včetně seniorů by mělo být v současné době plně využíváno. Je především v rukou sociálních pracovníků podchytit včas zadlužené osoby a pomoci jim individuálně nebo s nimi pracovat v rámci podpůrných skupin, dříve než jejich dluhy dosáhnou takových rozměrů, že je nebudou schopny splácet.

Lze bohužel předpokládat, že ani v případě uplatňování včasných preventivních opatření se některé skupiny obyvatel nadměrnému zadlužování nevyhnou. Těm pak bude třeba včas podat pomocnou ruku, aby se jejich dluhy pro ně nestaly neúnosným a posléze také neřešitelným problémem. Pozitivní zprávou je, že organizace pomáhající při oddlužování fyzických osob jsou již dnes zavedenými institucemi a dovedou svým klientům poradit, jak se ve složité životní situaci chovat a jak se s dluhovou pastí co nejlépe vypořádat.

POUŽITÉ ZDROJE

- ASOCIACE OBČANSKÝCH PORADEN. 2012a. *Občanská poradna Praha 1. Problémy – předdůchodový věk a senioři. Analýza pro projekt finanční gramotnost Pražanů* [online]. Praha: Asociace občanských poraden. [30. 11. 2016]. Dostupné z: http://www.obcanskeporadny.cz/images/stories/Proseniorsk%C3%A9_aktivit/Anal%C3%BDza_OP_Praha_1.pdf
- ASOCIACE OBČANSKÝCH PORADEN. 2012b. *Občanská poradna Praha 2. Senioři ohrožení dluhy – rozbor specifických trendů a rizik* [online]. Praha: Asociace občanských poraden. [30. 11. 2016]. Dostupné z: http://www.obcanskeporadny.cz/images/stories/Proseniorsk%C3%A9_aktivit/Anal%C3%BDza_OP_Praha_2.pdf
- ASOCIACE OBČANSKÝCH PORADEN. 2012c. *Občanská poradna Proxima Sociale. Problematika zadlužování seniorů. Projekt: Finanční gramotnost Pražanů 2012*. Praha: Asociace občanských poraden.
- BÉZOVÁ, A., HUMPLÍKOVÁ, E. 2016. *Souborná zpráva k projektu Dluhové poradenství za období leden 2015 – prosinec 2015* [online]. Praha: Asociace občanských poraden. [30. 11. 2016]. Dostupné z: http://dluhy.obcanskeporadny.cz/images/stories/Zvren_zprva_SOB_2015_kopie.pdf
- BÉZOVÁ, A., HUMPLÍKOVÁ, E. 2015. *Souborná zpráva k projektu Dluhové poradenství za období leden 2014 – prosinec 2014* [online]. Praha: Asociace občanských poraden. [30. 11. 2016]. Dostupné z: http://dluhy.obcanskeporadny.cz/images/stories/dokumenty/Dluhov_zprva_2014_web.pdf
- BÉZOVÁ, A., HUMPLÍKOVÁ, E. 2014. *Souborná zpráva k projektu Dluhové poradenství za období leden 2013 – prosinec 2013* [online]. Praha: Asociace občanských poraden. [30. 11. 2016]. Dostupné z: http://dluhy.obcanskeporadny.cz/images/stories/dokumenty/Dluhov_superzprva_na_web_2013.pdf
- BRÁZDILOVÁ, M., ŠUSTEROVÁ, Š. 2016. *Životní podmínky českých domácností* [online]. Praha: ČSÚ. [15. 12. 2016]. Dostupné z: https://www.czso.cz/documents/10180/43209461/csu_tk_silc_prezentace.pdf/29fbcef2-4af7-44c0-bfe6-6cb0d0538ce1?version=1.0
- CETL, R. 2014. *Sociálně nežádoucí jevy u dětí a mládeže* [online]. Medias res. [3. 1. 2017].



Dostupné z: <http://www.mediasres.cz/sociologie/1879-roman-cetl-socialne-nezadouci-jevy-u-deti-a-mladeze.htm>

ČEVELA, Z., ČELEDOVÁ, L., KALVACH, Z. et al. 2014. *Podpora rozvoje komunitního systému integrovaných podpůrných služeb* [online]. Ostrava: Diakonie ČCE. [13. 2. 2017]. Dostupné z: https://www.dataplan.info/img_upload/5c84ed46aa0abfec4ac40610dde11285/diakonie_zdrav-soc_sluzby_publikace.pdf

ČSSZ. 2016a. *Vzrostl počet důchodů s exekucí srážkou. Rostou i exekuce z nemocenských dávek* [online]. Praha: ČSSZ. [30. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2016/20160211-vzrostl-pocet-duchodu-s-exekucni-srazkou.-rostou-i-exekuce-z-nemocenskych-davek.htm>

ČSSZ. 2016b. *Počet starobních důchodců stoupá, průměrně pobírali 11 441 Kč měsíčně* [online]. Praha: ČSSZ. [30. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2016/2016-11-3-pocet-starobnich-duchodcu-stoupa-prumerne-pobirali-11441-korun-mesicne.htm>

ČSSZ. 2016c. *Od ledna do září 2016 vyplatila ČSSZ exekuce z důchodů v hodnotě téměř 1,5 mld. korun. Je to přibližně stejná částka jako za celý rok 2014* [online]. Praha: ČSSZ. [30. 11. 2016]. Dostupné z: <http://www.cssz.cz/cz/o-cssz/informace/media/tiskove-zpravy/tiskove-zpravy-2016/od-ledna-do-zari-2016-vyplatila-cssz-exekuce-z-duchodu-v-hodnote-temer-1-5-mld-korun.-je-to-priblizn.htm>

ČSÚ. 2016. *Demografická ročenka ČR 2015* [online]. Praha: ČSÚ. [15. 12. 2016]. Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/demograficka-rocenka-ceske-republiky>

ČUJAN, R. 2016. *Úvod do exekučního řízení (nejen) pro seniory*. Praha: Podkladový materiál IKSP.

KRUŠINSKÁ, K. 2012. *Okolnosti nesvobody zadlužování seniorů. Výstup v rámci projektu Specifického vysokoškolského výzkumu FHS UK 2012–265 702*. Praha: podkladový materiál Asociace občanských poraden.

MSP ČR. 2016a. *Vícečetné exekuce v ČR – základní analýza*. Praha: MSP.

MSP ČR. 2016b. *Shrnutí závěrečné zprávy RIA*. Praha: MSP.

NEDĚLNÍKOVÁ, D. 2013. *Sociální práce s jedinci ve skupinách*. In: MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 290–293.

POKORNÝ, V., TELCOVÁ, J., TOMKO, A. 2003. *Prevence sociálně patologických jevů: Manuál praxe*. Brno: Ústav psychologického poradenství a pedagogiky.

SAK, P., KOLESÁROVÁ, K. 2012. *Sociologie stáří a seniorů*. Praha: Grada Publishing.

VIDOVIČOVÁ, L., JAHODA, R., VYHLÍDAL, J. et al. 2015. *Příjmová chudoba a materiální deprivace seniorů: subjektivní a objektivní pohledy* [online]. Praha: VÚPSV. [10. 2. 2017]. Dostupné z: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/vz_389.pdf

VLÁDA ČESKÉ REPUBLIKY. 2014. *Programové prohlášení vlády* [online]. Praha: Vláda ČR [23. 11. 2016]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/cz/media-centrum/dulezite-dokumenty/programove-prohlaseni-vlady-cr-115911/>

ŽÁK, M. et al. 2002. *Velká ekonomická encyklopedie*. Praha: Linde.



Moc v sociálnej praxi z pohľadu študentiek sociálnej práce

*Power in the Social Practice
from the Perspective of Social Work Students*

Michaela Skyba

Mgr. Michaela Skyba, PhD.,¹ absolvovala doktorandské štúdium na Filozofickej fakulte Prešovskej univerzity v Prešove v odbore Sociálna práca. V súčasnosti pôsobí na Inštitúte edukológie a sociálnej práce FF PU v Prešove ako odborná asistentka. Vo svojej výskumnej a publikačnej činnosti sa venuje téme školskej sociálnej práce, service-learningu a sociálnej práci s deťmi so syndrómom CAN a ich rodinami.

Abstrakt

Pri definovaní a vymedzení moci prevláda značná variabilita či nejednotnosť. V sociálnej praxi sa je dokonca možné stretnúť s eliminujúcim pohľadom na tento fenomén, ktorý môže prispievať ku šíreniu stereotypov a k redukcionistickému pohľadu na sociálnu prácu a jej význam pri pomoci klientom a klientkám. Znemožňuje tak rozoznať potenciál sociálnej práce prispievať k sociálnym zmenám, sociálnej súdržnosti, posilneniu a oslobodeniu ľudí a tým i k naplneniu jej poslania. Kľúčovú úlohu pri riešení týchto otázok zohráva aj pregraduálna príprava sociálnych pracovníkov a pracovníčok. Výskumne orientovaný príspevok preto, opierajúc sa o vybrané teoretické koncepty, ponúka analýzu reflexií študentiek sociálnej práce na vnímanie profesijnej moci v praxi sociálnej práce a identifikuje význam zistení pre vzdelávanie v sociálnej práci.

Kľúčové slová

profesijná moc, sociálna práca, vzdelávanie, sociálna prax

Abstract

Considerable variability or inconsistency prevails when we define power. In social practice, it is even possible to encounter views that completely exclude this phenomenon which may contribute to the spread of stereotypes and the negative perception on social work and its importance in helping clients. This makes it impossible to recognize the potential of social work to contribute towards social change, social cohesion, the strengthening and liberation of people and thus to fulfil its mission. The University undergraduate preparation of social workers also plays a key role in addressing these issues. Research oriented contributions therefore, relying on selected theoretical concepts, offer an analysis of the reflections of social work students and the perception of professional power in social work practice and identifies the significance of the findings for social work education.

Keywords

professional power, social work, education, social practice

¹ Kontakt: Mgr. Michaela Skyba, PhD., Inštitút edukológie a sociálnej práce, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 17. novembra č. 1, 080 01 Prešov; michaela.skyba@unipo.sk



ÚVOD

Moc predstavuje širokospektrálny pojem, ktorý je neodmysliteľne spätý s mnohými oblasťami² sociálnej práce, kde je významnou súčasťou pri dosahovaní sociálnej spravodlivosti, ako aj vytváraní a podpore zmien. Heterogenita prítomná vo vnímaní moci sa v praxi môže premietiť do nejednoznačného postoja sociálnych pracovníkov a pracovníčok voči tomuto pojmu a spolu s jej nedostatočným reflektovaním môžu byť prekážkami uplatnenia novodobého ponímania sociálnej práce založenej na vyznávaní a uplatňovaní hodnôt prispievajúcich ku skvalitňovaniu života jednotlivcov a rozvíjaniu emancipačnej praxe. V kontexte súčasných spoločenských zmien sa tak dôležitou témou stáva otázka efektívneho využívania moci v praxi sociálnymi pracovníkmi a s tým súvisiaca oblasť pregraduálnej prípravy študentov a študentiek sociálnej práce v zmysle potreby rozvíjania kritického myslenia a porozumenia profesijnej moci. V súvislosti s uvedeným sa príspevok snaží odpovedať na otázku, ako študentky sociálnej práce vnímajú profesijnú moc v praxi sociálnej práce. Poňatie moci totiž v sebe integruje nielen negatívne, ale aj pozitívne konotácie. Východiskom pre koncipovanie výskumnej otázky je predpoklad, že v oblasti praxe, ako aj vo vzdelávaní v sociálnej práci, prevláda reflektovanie moci práve cez jej negatívnu, resp. opresívnu dimenziu. Domnievam sa, že v úzadí ostáva pozitívna stránka moci v zmysle vyššie zmieňovanej možnosti dosahovania pozitívnych zmien, sociálnej spravodlivosti, či zmocňovania klientov.

Cieľom príspevku je tak priblížiť a analyzovať reflexie študentiek sociálnej práce na vnímanie profesijnej moci v praxi sociálnej práce so zámerom obohatiť momentálny stav poznania v predmetnej téme o poznatky a názory na moc samotných študentiek. Pre naplnenie cieľa najprv predstavím teoretické východiská pojednávajúce o moci a prezentujúce jej konceptuálny rámec, ktorý sa stal základom pre analýzu parciálnych zistení formulovaných v druhej časti príspevku.

Ako je uvedené vyššie, príspevok vychádza z viacerých teoretických konceptov, ktoré plnia významnú úlohu na poli sociálnej práce, kde sa pozornosť vedeckej obce koncentruje najmä na otázky vzťahového rámca tohto fenoménu v kontexte interakcie klienta a sociálneho pracovníka, empowermentu a pod. K autorom a autorkám zaoberajúcim sa témou moci ako integrálnej súčasti pomáhajúceho vzťahu patrí napr. Bundy-Fazioli, Quijano, Bubar (2013); Tew (2006); Healy (2000); Gitterman, Germain (2008); Reisch, Garvin (2016); Laan (1998); Guggenbühl-Craig (2007); Kopřiva (2006); Musil (2004); Janebová (2013a); Janoušková (2013); Smutek, Smutková (2006). V odbornej spisbe dominujú viaceré pohľady na moc, napr. vnímanie moci ako relačného konceptu, ktorý vzniká medzi dvoma a viacerými osobami, moc ako limitovaný zdroj dostupný len vyvoleným. Za prevládajúce perspektívy moci v oblasti sociálnej práce považujú Bundy-Fazioli, Quijano, Bubar (2013) „moc nad“ a „moc s“. Tew (2006) spolu s ďalšími autormi dopĺňa aj iné pohľady a ponúka tak teoretický rámec jej konceptualizácie, počnúc prehľadom jej modernistického chápania, až po kritické prúdy jej uchopenia, ktorý približujem v nasledujúcom texte a ktorý poskytuje sociálnym pracovníkom istú platformu pre efektívne narábanie s otázkami moci a bezmoci v ich každodennej praxi.

VYBRANÉ PRÍSTUPY VNÍMANIA MOCI

Prvým z prístupov je modernistické chápanie moci ako spôsobilosti. Na moc je často nahliadané ako na niečo, čo je vo vlastníctve jednotlivca či spoločnosti ako celku. Podľa Webera (1978) moc predstavuje spôsobilosť jednotlivca presadiť svoju vôľu aj napriek nesúhlasu ostatných, čo je umožnené pozíciou vyplývajúcou z jeho kvalít, ale aj okolností danej situácie. Tew (2006) upozorňuje, že uvedené môže evokovať spojitosť s aspektom moci viažucim sa k istej miere súťaživosti a snahy dosiahnuť úspech. V definíciách moci viažucich sa k tejto perspektíve absentuje zohľadnenie skutočnosti, že nie všetci jedinci majú možnosť privilegovaného prístupu k sociálnym

² Napr. otázky opresie, hraníc, pracovných podmienok, reflexie moci, legitimacy užívania moci.

a ekonomickým zdrojom. Moc je tu skôr považovaná za privilegium dominantných elít v rámci nerovného spoločenského usporiadania, ktoré konajú či už v záujme jednotlivca, alebo zaistenia bezproblémového fungovania občianskej spoločnosti. Tento rozmer moci je označovaný ako „moc k“ (*power to*). Ide o vnímanie moci ako schopnosti jednotlivca alebo sociálneho systému pôsobiacej na regulovanie okolností v záujme spoločných cieľov. Takto uchopená moc sa dosahuje prostredníctvom inštitucionalizovanej autority. V sociálnej práci ide o výkon opatrení sociálnej politiky a štátom prideleného oprávnenia zasahovať do životnej situácie klientov s cieľom zaistenia všeobecného spoločenského blaha. Janebová (2013a) sa zmieňuje o moci, ktorá je sociálnym pracovníkom a pracovníčkam inštitucionálne pridelená, pričom jej zdrojom je spomínaný záväzok sociálnej práce voči spoločnosti. Môže to znamenať, že úmysel pracovníka nie je nikdy len produktom plne kontrolovaným ním samotným, ale aj ďalšími vonkajšími okolnosťami.

Štrukturálne prístupy k chápaniu moci³ vychádzajú z predpokladu, že určité skupiny majú privilegovaný prístup k zdrojom, a teda sa nachádzajú v pozícii, kedy môžu uplatňovať „moc nad“ ostatnými (*power over*). V záujme zachovania tejto pozície nadradenosti môžu dominantné skupiny využívať taktiky labelingu, teda označovať ostatných (tých, ktorých považujú za odlišných) za menejcenných, čím legitimizujú uplatňovanie moci nad nimi. Štrukturálne hľadisko chápe moc ako druh opresie, v rámci ktorej dominantné skupiny profitujú z ich nadradenej pozície nad ostatnými prostredníctvom využitia rôznych prostriedkov, ale aj rozdielov, ktoré upevňujú pozíciu týchto skupín. V kontexte sociálnej práce, podľa Healy (2000), môže ísť o rozdiely medzi sociálnymi pracovníkmi a klientmi v oblasti ich skúseností, záujmov a prístupu k moci. Sociálni pracovníci sú vo výhode voči svojim klientom, pretože majú väčšie možnosti v prístupe k moci vzhľadom k ich profesijnému postaveniu a sociálnemu statusu. Uvedené môže viesť k nerovnosti uplatňovanej v praxi a vzniku opresie voči klientom sociálnej práce. Ako príklad autorka uvádza kritiku posudzovania rodinného a sociálneho prostredia pracovníkmi, ktoré často odzrkadľuje prevládajúce hodnoty tzv. strednej triedy, ktoré môžu ostro kontrastovať s hodnotami klientov pochádzajúcich zo sociálne slabšieho prostredia.

Podľa Tew (2006) členovia privilegovanej skupiny si nemusia byť nutne vedomí utlačania ostatných a podobne členovia podriadených skupín si môžu len matne uvedomovať realitu útlaku, čo sa zväčša prejavuje všeobecnými pocitmi frustrácie a nespokojnosti, alebo tendenciou obviňovať samých seba z danej situácie. Rozhodujúce pre rozvoj emancipačnej praxe je preto pomoc klientom rozvíjať porozumenie moci a mocenským vzťahom, ktoré môžu mať vplyv na ich životy. V tomto ohľade je možné hovoriť o antiopresívnej a antidiskriminačnej praxi v sociálnej práci a rozvoji prístupov, ktoré kriticky nahliadajú na skutočnosť, že sociálna práca ako súčasť štátneho aparátu môže byť zameraná na vykonávanie kontroly nad tzv. neprispôsobivými skupinami, pričom prejavovaná revolta týchto skupín môže vyplývať z ich skúsenosti so sociálnou nespravodlivosťou. Janebová (2013a) poukazuje na fakt, že aj samotní sociálni pracovníci tak môžu prispieť k procesu marginalizácie, zvlášť ak nezohľadňujú štrukturálny charakter problémov klientov a klientiek. Lipsky (in Tew, 2006) zdôrazňuje skutočnosť, že štrukturálne vzťahy spoločenského útlaku môžu byť internalizované ako súčasť identity ľudí a bezprostredných osobných vzťahov. Znamená to, že jedinci môžu prijať označenie „menejcenní“, ktoré je im vtlačené dominantnými skupinami vzhľadom k tomu, že nemajú dostatočnú podporu alebo zdroje, s pomocou ktorých by mohli toto označenie spochybniť. Uvedená tendencia k takémuto správaniu je riziková, ak vezmeme do úvahy negatívny

³ Štrukturálne prístupy predstavujú teoretické východisko nahliadajúce na moc ako na entitu prameňiacu zo štruktúr tvoriacich rámec pre konanie jednotlivcov. Tieto štruktúry, resp. prostredie následne ovplyvňuje a manipuluje konanie jednotlivcov. Ako uvádza Janebová (2013a), ústrednou témou sú vzťahy medzi jednotlivcami a štruktúrami ako aj prekážky štrukturálnej povahy brániace plnému využitiu možností marginalizovaných jednotlivcov a ovplyvňujúce životné okolnosti ľudí. Kritika je smerovaná voči sociálnemu systému reproduktujúcemu nerovnosti, ktorému je pripisovaná zodpovednosť za vznik a pretrvávanie sociálnych problémov ľudí.



vplyv tohto útlaku na správanie utláčaných jedincov, v zmysle vytvárania naučenej bezmocnosti, psychických problémov a zníženia ich aspirácií optimalizovať svoje postavenie v rámci spoločenskej štruktúry. Zmena vyžaduje mnoho úsilia napríklad aj prostredníctvom ponúknutia partnerstva zo strany sociálneho pracovníka, aj keď ani to nemusí byť zárukou úspechu.

Partnerstvo predstavuje jednu z kľúčových zložiek „*moci s*“ a „*moci pre iných*“ (*power with and for others, power together*), ktorej základ spočíva vo feministickej psychológii. Podľa Tew (2006) tento model moci sa považuje za efektívnu stratégiu prinášajúcu príležitosti pre zmenu a rozvoj, a to prostredníctvom budovania sietí a interakcií založených na reciprocite a vzájomnosti. Koordinovaný výkon moci založený na vzájomnej podpore a viacerých perspektívach tak môže disponovať väčším vplyvom a účinkom než moc založená na súťaživosti jednotlivcov, ktorej príkladom je „*moc k*“. Tento typ moci je obzvlášť významný pre tých jedincov, ktorých prežitie závisí od materiálnych zdrojov a vzájomnej podpory. Z tohto uhla pohľadu odlišnosť nie je vnímaná ako hrozba spájaná s exklúziou, ale skôr ako zdroj nových príležitostí. Súčasne je moc považovaná za integrujúci prvok, ktorý spája jednotlivé skupiny a posilňuje v nich vzájomný rozvoj a nie rivalitu prostredníctvom dialógu. Na druhej strane môže byť zneužitá určitými skupinami na vytváranie spoločných cieľov, ktoré môžu mať deštruktívny dopad na tých, ktorí k nim nepatria alebo sa od nich odlišujú (napr. na základe viery, farby pleti) v dôsledku obmedzenia prístupu k zdrojom⁴.

Healy (2000) dopĺňa jednotlivé prístupy k chápaniu moci priblížením prúdov tzv. kritickej sociálnej práce. Predstavitelia a predstaviiteľky **postštrukturalistickej sociálnej práce** uplatňujú diskurzívny prístup k chápaniu moci. Inšpirujúc sa Foucaultom, postštrukturalisti upozorňujú na fakt, že moc je všadeprítomná, nevynímajúc sociálnu prácu, v ktorej je aspekt sociálnej kontroly a moci nevyhnutnou a prirodzenou súčasťou jej praktického výkonu. Opomenutie uvedeného znemožňuje podľa autorky rozoznať i pozitívne využitie moci sociálnymi pracovníkmi a pracovníčkami. Tento rozširujúci pohľad na problematiku moci podmienil prehodnotenie pohľadu na moc a podporil rozvinutie rôznych kritických prístupov zaoberajúcich sa výkonom moci, rozoznávajúcich produktívnu dimenziu moci v praxi a rozlišujúcich viacrozmernosť moci pomáhajúcich pracovníkov. Janebová (2013a) konštatuje, že pre postštrukturalistické prúdy sa stala kľúčovým východiskom *disciplinárna moc a moc definovať normalitu*. Foucault (2004) v tomto zmysle hovorí o nekonformnom správaní a hlavne správaní vybočujúcom zo stanovených hraníc normality, ktoré je predmetom trestania za účelom dosiahnutia poriadku. Ten je stanovený zákonom či nariadením a zároveň určuje tzv. prirodzené procesy a redukuje odchýlky. V rámci disciplinárneho systému sú vytvárané inštalácie súdenia, ktorým je pripisované privilegium spravodlivosti. Janebová (2013a) dopĺňa, že sociálna práca je jednou z funkčných inštitúcií a zároveň nástrojov takto poňatej disciplinárnej moci. V praxi to podľa autorky znamená, že sociálna práca sa pričiňuje o „*normálne*“ fungovanie klientov a reprodukciu pravdy uznanej v rámci prevládajúceho kultúrneho kontextu (ide o moc nad situáciou, nie nad inými).

Variabilita definovania moci (napr. moc ako dynamický prvok vedúci k sociálnej zmene, vzorec sebariadenia, dominancie nad inými) sa odrzkadľuje v rôznych spôsoboch jej realizovania v praxi.

⁴ Podobné členenie moci vymedzuje Dominelli (2002). Ide o „power over“, „power to“ a „power of“. „Power over“ pramení z rôznych zdrojov, ako je napr. status, rola. Moc sociálnych pracovníkov je umocnená ich pozíciou ako zamestnancov určitej zamestnávateľskej organizácie, ale aj spoločenským mandátom, podobne ako je tomu pri skôr zmienenovej „moci k“. Rozdiel spočíva najmä v tom, že kým „moc k“ prezentuje legitímne užitie moci a zasahovanie do životnej situácie klienta, „power over“ je založená na negatívnom pôsobení. Opresia sa tu môže prejavovať napr. „nepočúťím“ hlasov klientiek, resp. ich umlčaním, kedy nie je rešpektovaný ich názor. Pri ďalšom type moci „power to“ sa dôležitým stáva rozpoznanie schopností klientov konať. Významným prvkom je aj spoločne s klientmi vytvárať a implementovať plány, ktoré by napĺňali ich potreby. Základom „power of“ je na identite založená kolektívna akcia (príznačná je tu moc prameniaca z členstva v skupine zameraná na dosiahnutie spravodlivosti, či vzájomné zmocňovanie členov a členiek skupiny, aby mohli prebrať kontrolu nad svojou životnou situáciou).



Z vyššie uvedeného vyplýva, že výkon moci môže byť spájaný ako s opresiou, tak aj s ochranou iných. Môže byť považovaná za komoditu, schopnosť jedinca ovplyvňovať iných či uskutočňovanie kontroly v snahe udržania sociálneho konsenzu. Tew (2006) v tomto kontexte hovorí o moci ako sociálnom vzťahu, ktorý môže ponúkať (napr. prístup k zdrojom, sociálna a ekonomická participácia, vyjadrovanie pocitov a myšlienok), ale aj limitovať príležitosti jednotlivca alebo sociálnej skupiny. Na základe jednotlivých prístupov k moci autor vypracoval konceptuálny rámec, ktorý rozdeľuje moc na základe vertikálnej a horizontálnej úrovne. Vertikálna úroveň zahŕňa „*moc nad*“ a horizontálna je tvorená „*mocou spoločne*“ (power together). Druhou dimenziou rozdelenia je rozlišovanie aspektu vytvárania alebo brzdenia príležitostí jedinca.

Tabuľka 1: Typy mocenských vzťahov

	Moc nad	Moc s
Produktívne typy moci	Protective power (protektívna moc) Výkon moci za účelom ochrany zraniteľných jedincov a rozšírenia ich možností.	Co-operative power (kooperatívna moc) Kolektívna akcia, zdieľanie, vzájomná podpora. Zhoda a rozdiely sú cenené.
Obmedzujúce typy moci	Oppressive power (opresívna moc) Využitie rozdielov na posilnenie svojej pozície a zdrojov na úkor ostatných.	Collusive power (tajná moc) Spájanie sa za účelom vylúčenia alebo potlačenia odlišnosti.

Zdroj: Tew, 2006:41

Ako uvádza autor, tento rámec ponúka viacero rozmerov moci. Zároveň berie do úvahy možnosť rôznych vplyvov moci na jednotlivca a poukazuje na možnosť ich prelínania. Súčasne umožňuje porozumieť ich prepojeniu, ktoré vysvetľuje na príklade násilia páchaného na ženách. „*Tajná moc*“ sa prejavuje zväčša spájaním dominantných skupín, ktoré nedovolia tým, ktorí k nim nepatria, prístup k ich privilegiám. Sú príznačné nedostatkom empatie voči členom sociálnych skupín, ktorí sa stávajú utláčanými. Podľa Tew (2006) pokračovanie násilia páchaného na ženách môže byť podporené práve týmto typom moci. Stretávame sa s ňou najmä v situáciách, kedy páchatelia odmietajú prevziať zodpovednosť za svoje správanie i dôsledky ich konania a racionalizujú ho spôsobom prenesenia zodpovednosti na obeť násilia. Túto formu moci podporujú tiež svojím (ne)konaním sociálni pracovníci, ktorí nepodniknú potrebné kroky k ukončeniu násilia na klientke a nevnímajú ho ako prioritu v rámci svojich intervencií (napr. obeť násilia môžu byť vnímané ako nedôveryhodné svedkyne daného činu, ktorých výpovede neobstoja pred súdom, alebo ich tvrdenia a skúsenosti súvisiace s násilím sú trivializované). Uskutočňovanie „*opresívnej moci*“ je podmienené existenciou nerovnosti a rozdielmi v prístupe k sociálnym, ekonomickým a kultúrnym zdrojom moci na miestnej i štrukturálnej úrovni. Mocenské vzťahy prameniace z dominujúceho diskurzu a zo sociálneho a kultúrneho kontextu môžu ovplyvniť stratégie ženy voči násiliu, ktoré je na nej páchané (napr. obeť nevyhľadá pomoc, pretože sa obáva nepochopenia zo strany ostatných, ak by sa rozhodla o probléme hovoriť). Príkladom „*kooperatívnej moci*“ v tomto prípade môže byť pomoc pri sprostredkovaní potrebných služieb klientke, hľadanie podpory u priateľov, známych, žien s podobnou skúsenosťou. Okrem kooperatívnej moci majú sociálni pracovníci aj mandát pre výkon „*protektívnej moci*“, a to v súvislosti s ochranou zraniteľných skupín. Jej výkon sa javí najúčinnější hlavne vtedy, ak pramení zo spolupráce medzi sociálnym pracovníkom, klientom a kľúčovými aktérmi spomedzi rodinných príslušníkov, či širšej sociálnej siete. Môže sa stať, že nastanú situácie vyžadujúce dočasné uplatnenie „*moci nad*“. Dôležitá je maximalizácia potenciálu klienta a prinavrátenie kontroly klientovi nad jeho situáciou hneď, ako to bude možné, inak sa môže stať, že protektívna moc sa zmení na moc opresívnu. Prejavuje sa to v situáciách, kedy vykonávatelia protektívnej moci využívajú svoju pozíciu na presadenie svojich záujmov vo vzťahu ku zraniteľným skupinám. Akákoľvek snaha či preferencia zachraňovania pred vytváraním partnerstiev môže potláčať schopnosti jedincov a viesť k udržiavaniu a rozvoju pocitu bezmocnosti.



Využitie vyššie uvedeného rámca môže viesť k aplikácii viacerých stratégií zaoberajúcich sa otázkou bezmoci a vnímať aj pozitívne konotácie moci, či posun od opresívnych ku kooperatívnym modelom moci. Uvedeným sa vytvárajú príležitosti nielen pre tých, ktorí sú utláčaní, ale aj pre všetkých tých, ktorí sa cítia byť uväznení vo svojej pozícii (experta, obete; Tew, 2006). Z vybraných teoretických prístupov analyzovaných v tejto časti je možné badať viaceré perspektívy moci v oblasti sociálnej práce, ktorými sú „*moc k*“, „*moc nad*“ a „*moc spoločne*“. Spolu s identifikovanými dimenziami viazucimi sa k pozitívnemu a negatívnemu pohľadu na moc budú predstavovať základné východiská a zároveň kategórie pre analýzu reflexií študentiek na vnímanie profesijnej moci v praxi sociálnej práce.

METODICKÁ ČASŤ

K účasti na reflexii⁵ bolo oslovených šesť študentiek⁶ sociálnej práce, pričom išlo o zámerný výber s koncentráciou na angažované študentky, ktoré sa dobrovoľnícky realizujú, a majú tak väčší priestor pre reflektovanie uplatňovania moci v praxi sociálnej práce⁷. Dáta boli získavané prostredníctvom seminárnych prác na tému profesijnej moci. Študentky mali za úlohu zamyslieť sa nad koncepčným rámcom, ktorý opisuje ich vnímanie profesijnej moci, a odpovedať si na otázku, ako sa zamýšľajú nad praktickým uplatnením profesijnej moci v kontexte sociálnej práce s klientmi, práce so spolupracovníkmi a s kolegami (ako sa moc prejavuje v praxi sociálnej práce – vo vzťahu ku klientom, kolegom, spolupracovníkom...). Študentky boli povzbudené k využívaniu príkladov na dokumentovanie ich názorov na moc s cieľom lepšieho porozumenia textu, eliminovania skreslení a nesprávnych interpretácií zistení. Použitou metódou bola kvalitatívna analýza textov. Podľa Hendla (2005) vhodnosť tejto metódy podčiarkuje možnosť sprístupniť bádateľovi informácie o vedomých i nevedomých postojoch a hodnotách spôsobom, ktorý minimalizuje skreslenia vznikajúce napr. pri rozhovoroch, či pozorovaní, a to vplyvom prítomnosti výskumníka alebo ďalších faktorov ovplyvňujúcich správanie a myslenie respondentov. Zdrojom boli dokumenty osobnej povahy, kam radí Švec (1998) a Gavora (2008) napr. denníky študentov, poznámky, slohové práce, písomné práce. V rámci použitej stratégie sa jednalo o obsahovú analýzu spočívajúcu v rozbere obsahovej stránky textu, ktorá sa zvykne nazývať aj nekvantitatívnou analýzou. Jeden z limitov štúdie vidím v zadaní práce, ktoré mohlo mať vplyv na spôsob a hĺbku uvažovania študentiek nad konceptom moci. Napriek vyššie uvedeným výhodám kvalitatívnej analýzy textov by preto z hľadiska komplexnosti a výpovednej hodnoty bolo vhodné v budúcnosti doplniť zistenia aj prostredníctvom ďalších výskumných metód.

Na základe teoretických východísk popísaných vyššie bolo identifikovaných niekoľko nosných oblastí či kategórií, ktoré budú určovať smerovanie a štruktúru nasledujúcej časti zameranej na predstavenie parciálnych výsledkov.

LEGITIMITA UŽITIA MOCI V KONTEXTE „MOCI K“ A DISCIPLINÁRNEJ MOCI

Prvou z analyzovaných kategórií bola „*moc k*“. Pri analýze tejto kategórie bol identifikovaný aj ďalší typ moci, ktorou je disciplinárna moc. Obom typom moci sa venujem bližšie v nasledujúcom texte. Ako vyplýva z textu vyššie, podľa modernistov je prístup k moci umožnený na základe privilegovanosti a dominancie. V záujme dosiahnutia spoločensky žiaducich cieľov je moc pridelená alebo delegovaná na určité authority, ktoré sú poverené jej výkonom. Aplikujúc uvedené do sociálnej práce môžeme povedať, že sociálni pracovníci tu vystupujú ako držiteľia spoločenského mandátu

⁵ Inšpiráciou bol výskum realizovaný autormi Bundy-Fazioli, Quijano, Bubar (2013).

⁶ Išlo o prvotné zisťovanie s cieľom v budúcnosti rozšíriť výskumnú vzorku a v prípade potreby modifikovať alebo doplniť výskumné otázky a metódy získavania dát.

⁷ Výber nebol rodovo podmienený, ale podliehal osobnej skúsenosti so študentkami a ich zapojením sa do dobrovoľníckych a service-learningových aktivít.



pre výkon intervencií v záujme zachovania alebo dosiahnutia spoločenského blaha. Rozhodovanie pracovníka tak nezávisí len od jeho zámerov a cieľov. Tento rozmer inštitucionálne pridelennej moci vníma aj študentka, ktorá sa domnieva, že „sociálnym pracovníkom dáva moc štát, pretože to vychádza z ich profesijných kompetencií, ako napríklad návšteva v rodine, kde príde sociálny pracovník a robí sanáciu rodinného prostredia, na základe ktorého môže rozhodnúť o odobratí dieťaťa z rodiny“. V zhode s modernistickým vymedzením je tu moc vnímaná ako prostriedok pre dosiahnutie všeobecného spoločenského blaha (t. j. ide o konanie v prospech spoločnosti), ktorý navyše umožňuje sociálnemu pracovníkovi ľahšiu prácu s klientom, pričom štát legitimizuje jej užitie pracovníkom.

„Moc k“ je teda z perspektívy modernistov vnímaná ako spôsobilosť jednotlivca vykonať svoju vôľu aj proti vôli ostatných, pričom jej zdrojom je inštitucionálne pridelená moc. Takto chápaný výkon „moci k“ je viazaný na určité ciele, ktoré sa dosahujú pomocou rôznych prostriedkov, či stratégií. Ako vyplýva z výpovede vyššie, cieľom inštitucionálne pridelennej moci môže byť dosiahnutie všeobecného prospechu, sociálneho konsenzu, ale aj ulahčenie práce s klientom, prípadne ďalšie ciele. Vo svojej reflexii jedna zo študentiek identifikuje, že pri uplatnení moci ide o cieľ sociálneho pracovníka, alebo o cieľ, ktorý sa spája s ďalšími subjektmi: „Moc znamená uplatňovanie svojho vplyvu voči iným osobám, to znamená schopnosť kontrolovať, riadiť a ovplyvňovať konanie alebo správanie iných ľudí takým smerom, aby som naplnila nejaký cieľ alebo zámer, ktorý som si sama stanovila, alebo ktorý musím naplniť, lebo mám to inštitucionálne nariadené od štátu, vedenia organizácie alebo od niekoho, kto má nado mnou nejaký vyšší vplyv.“ Podobné zistenie nachádzam vo výskume Janouškovskej (2013), ktorá v ňom identifikovala ciele sociálnych pracovníkov súvisiace s nimi samotnými, s klientmi a ich situáciou a ciele iných subjektov.

Z pohľadu diskurzívneho prístupu k moci uplatňovaného v rámci postštrukturalistickej sociálnej práce Foucault (1980) zdôrazňuje práve posledný z menovanej skupiny cieľov, ktorými sú ciele určitej siete, či organizácie, prostredníctvom ktorej je moc vykonávaná a od ktorej zároveň závisí aj mocenské pôsobenie sociálneho pracovníka na klienta. Ciele predstavujú jednu zo zložiek mocenských vzťahov, ktorú pomenúva Foucault (2000) ako *typy cieľov* stojace v centre pozornosti tých, ktorí pôsobia na jednanie druhých. Študentka identifikovala cieľ ako podstatnú zložku moci, ale bližšie nekonkretizuje, o aký cieľ by malo ísť. Opierajúc sa o koncept pastierskej moci (pastoral power) podľa Foucaulta (2000), je cieľom sociálnej práce blaho klienta. Takto definuje autor rolu pastiera, ktorý dozerá na svoje stádo. Ide o formu moci, ktorá sa stará a dozerá na nielen celú komunitu, ale aj každého jednotlivca počas celého života. Nemôže byť vykonávaná bez poznania mysle a vnútorného sveta jednotlivca, bez skúmania jeho duševného sveta, bez odhaľovania jeho najvnútornejších tajomstiev, poznania svedomia a schopnosti nasmerovať ho. Na druhej strane sociálny pracovník, podľa modernistami vnímanej „moci k“, by mal jednáť v záujme spoločného cieľa, ktorým je zaistenie spoločenského blaha a bezproblémového fungovania občianskej spoločnosti. Tento cieľ pracovník dosahuje prostredníctvom jeho oprávnenia intervenovať do života klientov na základe istých nariadení, či legislatívy. Úlohou sociálneho pracovníka je tak na základe filozofie normality pomáhať klientovi k tomu, aby sa z neho stal plne socializovaný a sociálne prispôsobivý jedinec, ktorý akceptuje spoločenské normy a tým prispieva k spoločenskému konsenzu. Podobne vymedzuje cieľ sociálnej práce aj Janebová (2013b), podľa ktorej je jej cieľom vedenie klientov k rešpektovaniu spoločenských noriem. Sociálny pracovník má tak moc definovať normalitu, ktorá je centrálnym aspektom postštrukturalistických prúdov kritickej sociálnej práce, a súčasne istú paralelu tu môžeme vidieť aj s pastierskou mocou. Ako uvádza Janoušková (2013), v rámci vymedzenia blaha klienta, ktorý je cieľom sociálnej práce podľa tohto konceptu moci, totiž sociálni pracovníci vychádzajú z rôznych normatív, vyhlášok, zákonov určujúcich normy blahobytu akceptovaných v danom kultúrnom a spoločenskom priestore, čím sa pričínajú o normálne fungovanie klientov. Tieto normy nemusia byť vždy akceptované a pochopené zo strany klienta, zvlášť ak nereflektujú jeho potreby alebo sú vykonané proti jeho vôli, ako to pomenúva jedna zo študentiek: „Narážam teda na možnú situáciu na ÚPSVaR-e, kde sociálna pracovníčka by mala riešiť situáciu nezamestnaného, avšak on nechce riešiť svoju nezamestnanosť tak, že sa zamestná, ale radšej



bude poberať dávky rôzneho druhu, prípadne pracovať na dohodu, ktorá mu neráta roky do dôchodku. Čiže sa docieli len to, že klient získa dávku, ale podstata nie je splnená a tou by bola zamestnanosť klienta.“ Za problémové jednanie označila také, pri ktorom sa sociálna pracovníčka snaží klientovi vstúpiť všeobecne akceptovateľné vízie o „normálnom správaní“ pri riešení problematiky jeho nezamestnanosti, a to proti vôli samotného klienta.

Podľa Guggenbühl-Craig (2007) nakladať s ľuďmi proti ich vôli môže byť problematické. Postup sociálneho pracovníka a pracovníčky, ktorý je vykonaný proti vôli klienta, si vyžaduje presvedčenie o správnosti takéhoto postupu. Zakladá sa totiž na nanútení klientovi toho, čo považuje pracovník v danej chvíli za správne. Zjednodušene môžeme povedať, že sociálny pracovník vnucuje klientom určitú životnú koncepciu, čo si vyžaduje opatrnosť pracovníka a zároveň reflexiu motívov svojho konania, ktorá prispieva k efektívnej pomoci. Uvedené reflektuje študentka, podľa ktorej je *„najvýznamnejšie uvedomovanie si moci a narábanie, či manipulácia s ňou. Sociálny pracovník môže moc využívať v prospech, ale aj v neprospech klienta. Môže byť vo vzťahu a pri rozhodovaní ovplyvnený svojimi vnútornými, subjektívnymi pocitmi, postojmi a sympatiami, čo môže negatívne ovplyvniť jeho správanie a ďalšie smerovanie klienta, či uprednostnenie iného klienta bez jasného empirického, logického zdôvodnenia. Preto je podľa môjho názoru dôležité, aby sociálni pracovníci vedeli o tom, aké dopady na klientov môžu mať ich rozhodnutia, a teda vedeli o moci, ktorou vo vzťahu disponujú, uvedomovali si ju a vedeli ju správne využívať.“* Môžu sa pritom oprieť o rôzne formy a prostriedky podporujúce reflexiu konania a užitia moci, ako to dokumentuje nasledujúca výpoveď študentky: *„Sociálni pracovníci by nemali využívať svoju moc voči klientovi neoprávnené a neuvážené vo svoj osobný prospech alebo v prospech politických strán a na to, aby to dokázali, im slúžia viaceré etické princípy pri práci s klientom alebo pracovné poriadky, pretože mnohokrát sociálni pracovníci zneužívajú svoju moc a ani o tom nemusia vedieť.“* Podľa študentiek ostávajú často motívy konania skryté pred sociálnym pracovníkom. Bez ich hĺbkovej reflexie môže dochádzať k zneužitiu moci pracovníkom, ktoré ďalšia zo študentiek spájala s trestaním: *„Islo o situáciu, kedy dieťa vo veku 14 rokov umiestnené v krízovom stredisku predčasne opustilo vyučovanie a na základe nariadenia sociálnej pracovníčky malo za trest zákaz chodiť sa brať s ostatnými deťmi z krízového strediska vonku a muselo počas celého týždňa ostávať v budove, pričom svoj čin hneď olutovalo.“* Opierajúc sa o Foucaulta (2004) je sociálny pracovník v zmysle inštitucionálne pridelennej moci považovaný za nositeľa istých hodnôt, predstav o spravodlivom konaní, v prenesenom význame za sudcu, ktorý má právo v kontexte disciplinárnej moci rozhodnúť o normálnosti, resp. nenormálnosti správania sa klienta, pričom disponuje mocenskými prostriedkami, ktorými môže toto správanie korigovať. Podľa Foucaulta (1980) ide o *inštrumentálny rozmer*, ktorý udáva, či je moc vykonávaná pod nejakou hrozbou, prostredníctvom účinkov komunikácie, ekonomických disparít, prostriedkov kontroly, systému dohľadu, pravidiel (explicitných, nejasných, fixných, modifikovateľných), s alebo bez materiálnych prostriedkov donútenia. Tento aspekt sa objavil vo vyššie uvedenej výpovedi, pričom disciplinárna moc tu bola videná len cez prizmu negatívnych konotácií súvisiacich s neoprávneným trestaním bez reflektovania takých situácií a významov tohto typu moci, kedy sociálny pracovník využíva okrem donútenia či trestov aj ďalšie mocenské prostriedky (napr. kontrola) nielen svojvoľne alebo preto, že to má nariadené, ale aj preto, aby konal v najlepšom záujme klienta alebo ostatných klientov, či za účelom dosiahnutia spoločenského poriadku v zmysle moci definovať normalitu. Z názorov vyplýva, že študentky sú si vedomé rozmeru moci, ktorý sa viaže ku jej delegovaniu na sociálnych pracovníkov zo strany štátu, teda uvedomujú si spoločenský mandát pracovníkov pre jej výkon a rovnako aj potrebu stanovenia cieľov pri uplatnení moci, ktoré môžu podľa nich súvisieť s nimi samotnými alebo aj s ďalšími subjektmi. Z výpovedí však nie je celkom jasné, či si študentky uvedomujú, ako ciele môžu pomôcť riešiť alebo skomplikovať riešenú situáciu v závislosti od toho, koho a čie ciele to sú. Uvedený aspekt moci sa ukazuje ako veľmi dôležitý, ak berieme do úvahy, že bez kritického myslenia a reflektovania sociálni pracovníci môžu pomáhať udržiavať a podporovať existujúce pravidlá, nariadenia zamestnávateľskej organizácie nastavené proti skutočným potrebám klienta vo vedomí, že konajú v najlepšom záujme celku. Tew (2006) poukazuje, že sociálni pracovníci



môžu byť vtiahnutí do týchto mocenských vzťahov podporujúcich nespravodlivé zaobchádzanie so samotnými klientmi, pričom sa stávajú súčasťou privilegovanej skupiny uplatňujúcej moc nad ostatnými. Bližšie sa venujem analýze perspektívy študentiek na „moc nad“ v nasledujúcej časti.

„NELEGITIMITA“ MOCI

V reflexiách študentiek sa pomerne často v rôznych kontextoch vyskytoval aspekt moci viažuci sa k tomu, kto je držiteľom problému. Princíp držiteľa problému pomáha určiť, či ide o preberanie kontroly, alebo pomoc. Pomoc a kontrolu a ich odlíšenie v profesionálnej praxi považuje Úlehla (2005) za základný koncept sociálnej práce. Sociálni pracovníci majú totiž dvojznačný záväzok alebo mandát, keďže na jednej strane sú agentmi spoločnosti a na strane druhej sú obhajcami práv klienta⁸. Niektoré zo študentiek sa domnievali, že držiteľom moci je sociálny pracovník, vzhľadom k tomu, že *„klient má v mnohých prípadoch silný závislý vzťah na sociálnom pracovníkovi, pretože pomáhajúci profesionál je držiteľom moci, nakoľko má informácie, vedomosti a schopnosti, ktoré klienti nemajú, a pracovníci si to uvedomujú a niektorí z nich to aj zneužívajú. Preto by mal sociálny pracovník brať klienta za držiteľa problému a za osobu, ktorá najlepšie vie, ako problém riešiť, čím vlastne bude aj predchádzať zneužívaniu moci voči klientovi.“* V tomto prípade sa ukazuje negatívne vnímanie situácie, v prípade, že držiteľom problému je sociálny pracovník a nie klient, čo študentka automaticky spája s možnosťou zneužitia moci sociálnym pracovníkom. Ako uvádzajú Janebová, Musil (2007), do jednej z pozícií, najmä do pozície „kontrola“, nútia sociálnych pracovníkov vonkajšie tlaky (napr. ekonomizácia, racionalizácia, šetrenie). Môže si ju vyžadovať samotná situácia klienta, ale aj organizácia alebo osoba, pre ktorú sociálny pracovník pracuje. Sociálni pracovníci a pracovníčky by si mali byť vedomí, kto je zadávateľom ich služieb. V prípade, že je ním klient, ide o pomoc. Ak je zadávateľom iná osoba alebo organizácia, sociálny pracovník vykonáva kontrolu. Ako pomoc, tak aj kontrola sú nevyhnutnými súčasťami výkonu sociálnej práce. Prevzatie zodpovednosti a uplatnenie kontroly závisí od kompetencií klientov, ktoré Laan (1998, in Janebová, Musil, 2007) pomenúva ako inštrumentálne (schopnosť vedieť sa v danej situácii s náhľadom rozhodnúť); sociálne (zváženie, či klient dokáže posúdiť „správnosť situácie“ a to, ako by sa mala vyvíjať) a expresívne (či klient dokáže nadviazať autentický vzťah s pracovníkom). Z uvedeného vyplýva, že k zneužitiu moci nedochádza v prípade, že sociálny pracovník je držiteľom problému, dôvodom je skôr situácia, kedy nie je jasná kontrolná rola sociálneho pracovníka, čo znamená, že sociálny pracovník nevie svoju kontrolnú pozíciu objasniť klientovi, prípadne ďalším subjektom podieľajúcim sa na pomoci.

Moc môže byť sociálnym pracovníkom pridelená inštitucionálne, čo znamená, že vyplýva zo záväzku spoločnosti. Jej zdrojom, ako reflektuje študentka, môžu byť aj vedomosti, ktorými sociálni pracovníci disponujú. Redukcionistický pohľad sa v danej výpovedi prejavuje v tom, že sociálny pracovník je vnímaný ako držiteľ moci a klient ako ten, kto je závislý na pracovníkovi vzhľadom k tomu, že nedisponuje takými vedomosťami a schopnosťami ako sociálny pracovník. Uvedené tak evokuje negatívne konotácie „moci nad“ a rovnako vytvára dojem, že partnerstvo medzi klientom a sociálnym pracovníkom je možné len v prípade, kedy sa moc pracovníka neprejavuje. Moc nemusí byť spojená len s expertným postavením sociálnych pracovníkov súvisiacim s ich znalosťami. Samotná skúsenosť a poznatky klientov sú rovnako dôležitou súčasťou výkonu moci. Healy (2000) v tomto smere uvádza príklad, kedy ženy, ktoré zažili násilie, sú schopné významnou mierou prispieť do procesu pomoci, a to prostredníctvom znalostí nadobudnutých ich skúsenosťami s násilím. Znamená to, že v súvislosti s mocou je potrebné brať do úvahy nielen odborné znalosti, ale aj ich interakciu s ostatnými typmi poznatkov a rovnako kontext, v ktorom sa uplatňujú. Dôležité

⁸ Laan (1998) považuje dvojitú väzbu za možné úskalie sociálnej práce, vzhľadom k rozporuplnosti očakávaní, ktoré z tejto väzby plynú (sociálna práca je spoločenským konštruktom slúžiacim spoločenským cieľom a na druhej strane je prepojená s ľuďmi v núdzi, ktorým pomáha rozvíjať ich predpoklady, čo je možné len v rámci spoločnosti a v súlade s jej predstavami o „normálnom“ fungovaní).



je zamerať sa na to, či sociálni pracovníci využívajú expertnú moc k tomu, aby potláčali, alebo odkrývali možné súvislosti v nadväznosti na problém, ktorý riešia spolu s klientom.

Jednosmernosť vnímania moci v zmysle jej pripisovania výhradne sociálnemu pracovníkovi môže mať negatívne následky ako pre sociálneho pracovníka, tak aj pre klienta samotného. Klient v takejto situácii verí v moc a pomoc sociálneho pracovníka, ktorý ním môže byť obdivovaný a zároveň vníma pracovníka ako spasiteľa. Táto dimenzia sa preukázala aj v náhlade na moc študentkou, podľa ktorej sa „moc prejavuje voči klientovi tak, že sociálny pracovník je vnímaný samotným klientom ako človek, ktorý je mocnejší, silnejší, disponuje potrebnými znalosťami, schopnosťami, je odborníkom, ktorý mu má pomôcť vyriešiť problém, čiže je vnímaný ako autorita. Klient prichádza so žiadosťou o pomoc a je vnímaný ako slabší článok vo vzťahu sociálny pracovník – klient. Napríklad klient prichádzajúci so žiadosťou o pomoc prichádza za sociálnym pracovníkom s tým, že mu určite pomôže, pretože on je tu na to, aby mu pomáhal. Stretla som sa s tým, že klient mi priamo povedal, že keď sociálna pracovníčka je tu na to, aby mu pomohla, má potrebné vzdelanie, znalosti, takže vie, čo treba robiť a ako postupovať.“ Nebezpečnou tu je viera klienta, že sociálny pracovník je všemohúci, čo môže oslabovať jeho schopnosť a aktivitu podieľať sa na riešení svojho problému. Na druhej strane môže sociálny pracovník ľahko vplyvom takéhoto správania klientov podľahnúť dojmu nadradenosti. Spája sa s uplatňovaním moci, ako ho vymedzuje Guggenbühl-Craig (2007). Z pohľadu daného autora sa „moc nad“ prejavuje vo vzťahu tak, že jedinec sa snaží podriaďiť toho druhého, na ktorého pôsobí, a usiluje sa z neho urobiť objekt moci. Takéto vnímanie „moci nad“ spája autor s „manipuláciou“ objektu moci, aby tak vládnući subjekt dosiahol svojich cieľov. Inými slovami, ako to vyjadrila študentka, ide o „spôsob ovládania človeka človekom, ktorý využíva svoje spoločenské alebo profesijné postavenie. Teda človek ovplyvňuje druhého človeka, aby presadil svoje stanovisko a dosiahol želaný výsledok. V praxi sociálnej práce by som uviedla príklad riaditeľa sociálnych služieb, ktorý môže využívať svoju moc voči klientovi sociálnych služieb, a to tak, že od neho bude niečo požadovať a klient to splní, nakoľko riaditeľ je držiteľom moci.“ Ďalšia študentka dodáva, že „taktiež existuje aj zneužívanie moci vyššie postaveného sociálneho pracovníka voči svojim podriadeným, čo sa môže prejavovať v tom, že ich môže na pracovisku zneužívať na niektoré úlohy, ktoré sa mu priečia.“ Tento typ „moci nad“ u vládnuceho zväčšuje pocit dôležitosti a ovládaného zbavuje zodpovednosti. V tejto súvislosti sa manipulácia môže súbežne vyskytovať s typom moci, ktorý Guggenbühl-Craig (2007) označuje ako „sebazbožštenie“, kedy sa subjekt moci cíti ako boh, ktorý môže ovládať druhých a má na to právo. Spája sa výhradne s deštruktívnym a negatívnym vnímaním „moci nad“.

Autor ďalej uvádza, že existencia mocenského problému v sociálnej práci má aj iné rozmery a súvislosti, ktoré sa spájajú s „kolektívnymi obrazmi profesií“. Dodáva, že každá verejne známa profesia sa odráža vo verejnej mienke. Kolektívne obrazy profesií zväčša predstavujú formu predsudku, pričom môžu byť ako pozitívne, tak aj negatívne. Do istej miery môže ísť aj o pravdivé zrkadlenie profesie, napr. sociálny pracovník vykreslený ako osoba, ktorú fascinujú polarities viac než ostatných ľudí. Negatívny kolektívny obraz zvykne byť jednodiatejší a stretávame sa s ním vo vyjadreniach väčšej skupiny ľudí, prípadne je umocnený aj vyobrazením profesie vo filme, v masovokomunikačných prostriedkoch a pod. Kolektívne zrkadlenie profesie v mocenskom kontexte zohráva pre sociálnu prácu významnú rolu, ako to reflektujú nasledujúce výpovede: „Domnievam sa, že vo vzťahu sociálny pracovník a iný pomáhajúci pracovník, ako napríklad psychológ, je držiteľom moci psychológ vo väčšine prípadov, pretože profesia sociálna práca je v očiach verejnosti vnímaná ako profesia s nízkym statusom.“ Podobne aj ďalšia študentka reflektuje sťažnú úlohu sociálnych pracovníkov pri uplatnení moci a práci s klientom v porovnaní s inými profesiami, čo pripisuje statusu sociálnej práce v očiach verejnosti: „Myslím, že profesijná moc závisí aj od profesie. Napríklad sudca je automaticky braný tak, že má vysokú moc, a existuje predpoklad, že nikto by neodporoval, ak by bol bežným účastníkom súdu. Avšak v sociálnej sfére, v učiteľských profesiách a pod. si musia profesionáli vybudovať ako rešpekt, tak aj funkciu moci. Podľa legislatívy a profesionálnych možností majú profesionáli všetkých profesií moc, ale musí tomu rozumieť aj klient. Ak klient nebude uznávať moc profesionála, tak mu je moc, ktorou môže disponovať, v podstate na nič, pretože nedocieli s klientom úplné uspokojenie v rámci tej-ktorej situácie



klienta. Je možné, že aj napriek tomu, že profesionál bude chcieť od klienta, aby sa aktivizoval, tak to nedospeje, ale dospeje len to, aby mu bola priznaná napr. dávka, ale klient bude stále klientom a nestane sa samostatným, lebo nebude rešpektovať to, čo profesionál hovorí, nebude teda brať do úvahy jeho moc nad klientovým životom.“ Z reflexie ďalej vyplýva, že na to, aby sa zmenil kolektívny obraz sociálneho pracovníka v očiach klientov, je nevyhnutná jeho legitímna moc, ktorá je odvodená od autority, či pracovnej pozície pracovníka, spojená s rešpektom klienta a jeho dôverou pre uskutočnenie zmeny.

Mocenský problém bol v reflexiách vykreslený hlavne prostredníctvom toho, kto je držiteľom problému. Vnímanie „moci nad“ spočívalo v presvedčení, že sociálny pracovník má moc meniť klienta. Učiniť zmenu je možné prostredníctvom viacerých typov moci, kde okrem expertnej patrí aj referenčná moc, moc odmeňovať, legitímna, či donucovacia moc. Vo viacerých reflexiách študentky odvodzovali moc sociálneho pracovníka najmä od expertnej moci a jej uplatnenie, či účinok na klienta spájali s kolektívnymi obrazmi profesií. Vo väčšine výpovedí bolo zaznamenané hierarchické a negatívne vnímanie „moci nad“: „Profesijnú moc vnímam ako silu, ktorá vyplýva z postavenia sociálneho pracovníka, ktoré mu umožňuje vnucovať svoje požiadavky, návrhy na riešenie problému, ciele, názory, postoje, hodnotové preferencie, a uskutočňovať sa môže prinútením, vybráňaním, vynútenou autoritou.“ Uvedené môže súvisieť aj so skúsenosťami študentiek a prejavovaním „moci nad“ v praxi: „Považovali sa za odborníkov na dané situácie, na rozdiel od klientov, ktorých častokrát vnímali ako nedostatočne schopných.“ Naopak za pozitívnu bola považovaná moc založená na symetrickom vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom: „S úplne iným prístupom som sa stretla v neziskovej organizácii, v ktorej bol vzťah s klientmi oveľa symetrickejší a osobnejší.“ „Moc nad“ môže mať aj pozitívnu stránku, kedy je vnímaná vo význame ochrany tých, ktorí môžu byť ohrození. Ide o protektívnu dimenziu „moci nad“, ktorá sa vo výpovediach študentiek nachádzala v ústraní, pričom v nich prevažovalo vnímanie moci sociálnych pracovníkov v zmysle využitia rozdielov na posilnenie svojej pozície. Takto vnímaná „moc nad“ je opakom zdieľanej a vyváženej „moci s“, ktorej sa venujem v nasledujúcej časti.

MOC AKO NÁSTROJ ROZVOJA NOVÝCH MOŽNOSTÍ

Ako uvádza Tew (2006), „moc s“ má viac dimenzií. V rámci jej produktívnej formy rozdiely nemusia tvoriť základňu pre rozvíjanie podriadenosti alebo exklúzie, ale naopak môžu byť hodnotené ako zdroj kreativity a nových možností. Podľa autora v praxi dochádza často k situácii, kedy sú sociálni pracovníci opierajúci sa pri výkone moci o svoju autoritu považovaní za agentov vykonávajúcich sociálnu kontrolu a dohliadajúcich na deviantné, marginalizované skupiny, pričom konajú v mene štátnych organizácií odrážajúcich záujmy privilegovaných častí spoločnosti. Na druhej strane, v kontexte uplatnenia princípu partnerstva, môžu byť sociálni pracovníci vnímaní aj ako držitelia mandátu pre rozvoj vzťahov v kontexte uplatnenia kooperatívnej moci všade tam, kde je to možné (pri práci s klientmi, rodinou, inými odborníkmi). Rovnako by mali rozpoznať akúkoľvek nerovnováhu v oblasti moci, autority, prístupu k zdrojom, ktorá sa môže medzi rôznymi stranami a účastníkmi procesu pomoci vyskytovať. Takéto vnímanie „moci s“ si vyžaduje vytváranie priestoru rešpektovania a vzájomnej podpory medzi sociálnym pracovníkom a klientom. Predpokladá sa, že pracovník bude otvorený voči skúsenostiam a znalostiam klienta, ktoré bude akceptovať a oceňovať. Význam tohto rozmeru reflektuje len jedna zo študentiek, ktorá konštatuje, že „pracovníkov zaujímal názor klientov, ich vnímanie a pocity“. Sociálni pracovníci v danom zariadení si zrejme uvedomovali, že expertná moc nie je odvodená len od odborných znalostí pracovníka, ale jej výkon závisí aj od iného typu poznatkov, ktoré sú tvorené skúsenosťami klientov viazucimi sa k ich problémovej situácii. Podľa Healy (2000) pri spoločnej analýze problému klienta sa moc môže prejavovať napríklad pri usmerňovaní rozprávania klienta, aby sa zamerlal na oblasti súvisiace priamo s daným problémom a so sledovaným cieľom. Na druhej strane samotné skúsenosti a rozprávanie klienta môže byť využité ku jeho „disciplinovaniu“ a jeho prinavráteniu k téme, ktorá



je nosná a od ktorej odbehol, v závislosti od sledovaného cieľa. V tomto zmysle je moc sociálneho pracovníka vykonávaná prostredníctvom odborných poznatkov a tiež prostredníctvom skúseností klienta, v záujme posilnenia klientových perspektív na daný problém a rovnako prehĺbenia analýzy situácie cez odhalenie nových súvislostí. Odborné znalosti pracovníkov sú využívané ako zdroj k zmocňovaniu klientov, aby zdieľali svoje skúsenosti. Moc sociálnych pracovníkov je vykonávaná pomocou poznatkov prameniacich zo skúseností klientov, ktoré sú podkladom pre výkon moci vo vzťahu ku klientom.

„Moc“ tak znamená nielen mať potenciál rozširovať možnosti a vplyv klienta na riešení jeho situácie, ale aj byť súčasťou aliance s klientom pre uskutočnenie potrebnej zmeny a vytváranie príležitostí pre dosahovanie žiaducich výsledkov. Vychádza z perspektívy silných stránok a z empowermentu, pričom zdôrazňuje spoločnú akciu sociálneho pracovníka a klienta. Podobne nazerať na „moc“ aj Gitterman, Germain (2008), podľa ktorých príkladom zdieľanej moci sú interakcie medzi sociálnym pracovníkom a klientom, v rámci ktorých je uplatňovaný empowerment. Dopĺňajú, že sociálni pracovníci tu vystupujú v pozícii zmocňovateľov, organizátorov a poradcov. Zručnosti, ktoré sú vyžadované, sa vzťahujú k rešpektovaniu klientovho definovania svojho života, k stavaniu na silných stránkach klienta a k ich identifikovaniu, k mobilizácii zdrojov, k advokácii, k učeniu sa špecifickým zručnostiam, ako je napr. riešenie problémov, komunitná zmena, rodičovstvo, asertivita, sebaadvokácia. Jednotlivé dimenzie reflektovali aj študentky, podľa ktorých *„cieľom autority a uplatnenia moci sociálneho pracovníka je predovšetkým motivácia klientov a mobilizácia ich vnútorných síl, zdrojov a prostriedkov potrebných pre úspešné riešenie problémovej situácie“*. Okrem mobilizácie potenciálu klienta za dôležitý komponent bola považovaná aj podpora participácie klienta: *„Moc však nemusí byť nutne vnímaná negatívne. Nemusí predstavovať nadradené postavenie jednej osoby nad inou, alebo striktné dosahovanie stanovených cieľov. V kontexte sociálnej práce môže byť podľa mňa moc sociálnych pracovníkov vnímaná aj ako moc zmeniť život klienta, viesť ho k premýšľaniu nad svojím životom a participácii na riešení svojich problémov a svojej životnej situácie.“* Rozpor, ktorý tu vzniká, je medzi vierou študentky v moc sociálneho pracovníka meniť život klienta a názorom, že takto chápaná moc nepredstavuje dominantné postavenie pracovníka a negatívne vnímanie moci. Sociálna práca a jej poslanie sa v zmysle novodobých trendov spája skôr s podporou participácie a angažovanosti klienta v kontexte posilnenia jeho schopnosti prebrať kontrolu nad svojím životom a vyriešiť svoj problém než so snahou meniť klienta a jeho život. S takýmito aspiráciami sociálneho pracovníka je totiž, ako uvádza Smutek, Smutková (2006), spojené riziko zneužitia moci pracovníka nad klientom. Znamená to, že sociálni pracovníci by sa mali skôr snažiť o podporu tzv. emancipačnej praxe, ktorá zahŕňa procesy kreatívneho vytvárania nových, produktívnych foriem moci. V zmysle empowermentu, podstatnej zložky „moci“, ide o budovanie vzájomného, interakčného a tvorivého procesu medzi jednotlivými subjektmi, ako poznamenávajú ďalšie študentky, *„moc sa môže prejavovať aj v spolupráci s inými odborníkmi, keď spolu so sociálnym pracovníkom pracujú na probléme klienta“*, a súčasne proces, ktorý posilňuje základné ľudské zručnosti a rozširuje kapacity klienta: *„Sociálni pracovníci tak majú človeka uschopňovať, a nájsť v ňom, prostredníctvom ich moci (v zmysle vedomostí aj kompetencií), moc pomôcť si sám.“* Dôležitým aspektom je tu autonómia klienta zachytená v reflexii aj ďalších študentiek: *„... odborník by mal za každých okolností približovať na autonómiu klienta, právo na slobodné rozhodovanie, právo na vlastnú voľbu riešenia, slobodu v rozhodovaní a v neposlednom rade na ľudskosť a dôstojnosť klientka a klientky.“* „Pri uplatňovaní moci by sa mali profesionáli vyhýbať paternalizmu a taktiež by nemali zabúdať na to, že každý jedinec je slobodný a schopný rozhodovať o svojom živote a vyberať si svoju vlastnú cestu, pokiaľ to neobmedzuje autonómiu druhých ľudí.“ Človek počas svojho života smeruje k čoraz väčšej samostatnosti, ktorá predstavuje významný komponent základných životných vzťahov (Kopřiva, 2006) a zároveň je dôležitou súčasťou pomáhajúceho vzťahu, v rámci ktorého sa nevyhnutne viaže s otázkou zachovania hraníc. V tejto súvislosti sa nebezpečným ukazuje byť najmä problematika „splyvania“, kedy podľa Kopřivu (2006) sociálny pracovník príliš zasahuje do procesu preberaním záležitostí klienta, čím dochádza k strate hraníc, sebaobetovaniu sa pracovníka, preberaniu aj takých potrieb, ktoré si klient dokáže uspokojiť sám,



pričom dominantným sa stáva súcit a stotožnenie sa s klientom a jeho situáciou. Riešením je podľa autora asertivita, empatia a vytváranie chráneného priestoru pre vyjadrenie pocitov, pomocou zachytenia ktorých si klient vytvára pevnú pôdu pod nohami, aby sa mohol slobodne rozhodnúť o tom, ako ďalej postupovať, a nadobudol schopnosť sám o sebe rozhodovať.

Tak ako môže byť sociálnymi pracovníkmi moc využitá v produktívnom a zmocňovacom význame na ochranu klientov, rovnako existuje riziko využitia expertného postavenia, znalostí, statusu na vytváranie a podporu opresie v zmysle spájania sa do aliancií s inými profesionálmi a ďalšími zapojenými subjektmi disponujúcimi mocou. Ide o obmedzujúci typ „moci s“, ktorý je založený na predpoklade, že cieľom uplatnenia tejto formy moci nie je čeliť, ale vytvárať formy útlaku. Prístup profesionálov sa prejavuje napr. nedostatkom empatie voči klientom, ktorí nie sú považovaní za rovnocenných partnerov pri riešení problémovej situácie. V dôsledku uvedeného môže nastať situácia, kedy sa klient dostane do odporu a nie je ochotný ďalej spolupracovať, ako to naznačuje študentka: *„... vyzeralo to, že triedna učiteľka sa klientku snaží poučovať o správaní, čo v klientke vzbudilo znovu nepriateľský postoj. Na konci debaty sa do rozhovoru zapojila aj zástupkyňa riaditeľa, ktorá zvolila podľa môjho názoru nevhodný postoj v tejto situácii. Myslím si, že z dôvodu, na akej pozícii sa nachádzala, sa klientke začala vyhrážať políciou a súdnym konaním. Navyše počas komunikácie zdvihla ukazovák a nepustila klientku k slovu. Keď dohovorela, odišla bez toho, aby si vypočula stanovisko klientky, čo spôsobilo, že sa klientka dostala do odporu a nechcela viac komunikovať s pracovníkmi školy.“* Študentka vnímala túto situáciu ako zneužitie moci zo strany pedagogických pracovníčok. Neuvedomila si však, že aj sociálna pracovníčka, ktorá bola prítomná pri riešení problémového správania dieťaťa klientky, v tejto situácii nezasiahla, čím podporila alianciu medzi pedagogickými pracovníčkami a tým pretrvávajúceho limitujúceho typu „moci s“. Zneužitie moci tu zahŕňa spájanie sa s ostatnými v podobe tajnej siete, ktorá neberie do úvahy názor klientky na celú situáciu a jej riešenie. Takéto rozvinutie moci môže slúžiť k ďalšiemu oslabovaniu vplyvu klienta na riešení problému a k jeho zneschopňovaniu, čím sa vzťahový alebo interakčný systém medzi klientom a pomáhajúcimi profesionálmi môže stať krehkým a neistým. V prípade, že by pomáhajúci profesionáli boli schopní zmeniť „tajnú moc“ a svoje konanie v jednanie kooperatívne, mohli by mobilizovať vnútorný potenciál klientky na riešení situácie a vytvoriť tak väčší priestor pre účinnú spoluprácu s cieľom zaistiť optimálny rozvoj dieťaťa a eliminovať ďalšie, externé intervencie, ktoré by mohli prispievať k narastaniu tenzie v interakciách medzi dieťaťom, spolužiakmi, rodinou žiaka a zamestnancami školy. Pre kooperatívnu moc je charakteristické zapájanie sa do potenciálne zložitých, ale odmeňujúcich procesov dialógu medzi klientmi a pomáhajúcimi profesionálmi, ktoré, ako uvádza Tew (2002), presahujú hranice „inakosti“ a mocenských vzťahov. Práve prostredníctvom rôznych pohľadov a stanovísk je tak umožnené budovanie nových, kreatívnych aliancií založených na kooperácii, vzájomnej podpore a cenení rozdielov. Takáto forma moci tak umožňuje členom rôznych skupín (trpiacich viktimizáciou, ale aj tých, ktorí sú zapojení do opresívnych foriem zneužívania moci) opustiť jednodimenzionálny vzťah či už dominancie, alebo podriadenosti, ktorý je prekážkou zažiť skúsenosť so zdieľanou a kooperatívnou mocou spoločne.

ZÁVER

Príspevok ponúka prehľad rôznych pohľadov na moc počnúc modernistickými myšlienkami až po kritické alternatívy jej vnímania. V rámci týchto perspektív analyzuje „moc k“, „moc nad“ a „moc s“ ako aj jednotlivé dimenzie, ktoré sa k týmto typom moci viažu. Opierajúc sa o uvedený konceptuálny rámec je príspevok obohatený o pohľady, či reflexie študentiek sociálnej práce na moc. Základnou otázkou, na ktorú hľadá odpoveď, je, ako študentky sociálnej práce vnímajú profesijnú moc v praxi sociálnej práce. Zámerom je pritom prehĺbiť vedecký diskurz o poznatky a názory na moc samotných študentiek. Tie sa môžu stať platformou pre realizovanie výskumov a hľadanie účinných stratégií skvalitňovania pregraduálnej prípravy v danej oblasti vzhľadom k tomu, že ide o aktuálnu problematiku, s ktorou sa budú v reálnej praxi každodenne stretávať.



Reflexie študentiek poukazujú na viaceré skutočnosti. Nasledujúci text ponúka stručné zhrnutie najzaujímavejších zistení.

„Moc *k*“ predstavuje individuálny rozmer moci, ktorý akcentuje možnosť uplatňovať moc podľa svojich zámerov. Vytvára tak dojem, že moc je prístupná pre každého. V tomto ponímaní je skôr výsadou jednotlivca alebo určitých skupín v rámci nerovného spoločenského usporiadania. Na druhej strane uvedené znamená obmedzený prístup vybraných skupín k moci, dôsledkom čoho má každý jedinec v spoločnosti rôznu pozíciu. Moc sa tu utvára na základe existujúceho systému diferenciácie. Podľa Foucaulta (2000) predstavuje systém, ktorý umožňuje pôsobiť na jednanie druhých (ide napr. o právne a tradičné rozdiely týkajúce sa statusu alebo privilégií, ekonomické rozdiely v oblasti vlastníctva, líšiace sa pozície v rámci produkcie, jazykové či kultúrne odlišnosti, rozdiely v oblasti vedomostí, know-how, kompetencií). Každý mocenský vzťah prináša rozdiely, ktoré predstavujú podmienky jej uskutočňovania a súčasne aj jej výsledky. Ďalším dôležitým, súvisiacim komponentom mocenských vzťahov je podľa autora aj forma inštitucionalizácie, ktorá sa môže opierať o tradičné podmienky, právne štruktúry, otázky zvykov; môže mať tiež podobu aparátu so svojim špecifickým miestom, vlastnými predpismi, presne definovanou hierarchickou štruktúrou, relatívnou autonómiou vo svojom fungovaní; môže tvoriť veľmi komplexné systémy, ako je to v prípade štátu, ktorého funkcia je zameraná na prevzatie väčšiny záležitostí pod svoju gesciu, pričom sa stáva dozorcom a princípom regulácie. Podobne v kontexte sociálnej práce ide o legitímnu moc, ktorá je sociálnym pracovníkom inštitucionálne pridelená štátom, ktorý sa tak v istom zmysle stáva distribútorom mocenských vzťahov medzi pracovníkom a klientmi v záujme regulovania okolností v prospech spoločných cieľov. Študentky v tomto smere reflektujú štátny aparát ako možný zdroj moci, ktorý vytvára podmienky pre jej legitímne užitie sociálnymi pracovníkmi. Rovnako si uvedomujú, že prax sociálnej práce usmerňujú ciele, ktoré si vytyčujú sociálni pracovníci alebo sú im nariadené inou autoritou, na okraji ich záujmu však ostali ciele, ktoré by mohli súvisieť s klientom a jeho situáciou. V rámci výpovedí absentovala bližšia špecifikácia týchto cieľov, resp. konkretizácia predstáv o možnom vplyve na ich kreovanie zo strany určitej autority (napr. zamestnávateľskej organizácie, štátu), a tým aj na spôsob uplatnenia moci sociálneho pracovníka voči klientovi. Sociálny pracovník je v kontexte inštitucionálne pridelenej „moci *k*“ oprávnený zasahovať do života jednotlivcov v súlade s hodnotami a normami danej spoločnosti aj proti jej vôli. Niekedy je práve tento aspekt pri práci s klientom rizikový, pretože sa spája s prílišným intervenovaním do súkromia a života klienta. Podľa študentiek by mal preto sociálny pracovník dôkladne reflektovať⁹ motívy svojho konania, aby tak nedochádzalo k zneužitiu moci, ktoré bolo spojené s uplatnením mocenských prostriedkov vzťahujúcim sa k disciplinárnej moci. Táto bola v reflexiách identifikovaná ako ďalší typ moci. Prejavila sa tu koncentrácia najmä na represívnu a donucovaciu zložku predmetnej moci, ktorá bola vnímaná v negatívnom význame. Absentoval diskurzívny prístup k disciplinárnej moci v zmysle reflexie aj jej ďalších významov ako moci, ktorá je riadená kontrolou normality, či produkovaním „pravdy“.

Z analýzy tejto časti je zjavných viacero tém, ktorým je potrebné v rámci vzdelávania venovať zvýšenú pozornosť. Súčasne ide o otázky, ktoré by mohli byť predmetom ďalšieho skúmania či spoločnej diskusie so študentmi a študentkami. Ich nereflektovanie študentmi by totiž mohlo viesť v praxi ku ľahšiemu podliehaniu názoru a požiadavkám spoločenských štruktúr, zamestnávateľských organizácií v domnienke, že ide o najlepší záujem klienta a dosiahnutie všeobecného blaha, hoci by tomu tak v skutočnosti nemuselo byť. Predmetné otázky sa týkajú najmä toho, aké ciele by (ne)-mali sociálni pracovníci sledovať pri výkone moci, aké mocenské prostriedky by (ne)-mali využívať, ako sa premieta filozofia normality do výkonu a uplatnenia moci sociálnymi pracovníkmi, ako môžu ciele pomôcť alebo skomplikovať riešenie situáciu v závislosti od toho, či ciele to sú.

Niekedy je ťažké a máťúce pre sociálnych pracovníkov uplatňovať rozmanité typy moci za rôznym účelom, napr. využitie moci s cieľom podporiť proces pomoci a participáciu klienta na procese

⁹ K otázkam reflexivity viac napr. Navrátil a Janebová et al. (2010), Šoltéssová (2013).



a na druhej strane nezabúdať ani na aspekt kontroly tohto procesu. Túto pozíciu im sťažujú aj niektoré predstavy ľudí o praxi sociálnych pracovníkov, v ktorej by mali odmietnuť vykonávať moc aj v rámci intervencií, ktoré zjavne vyžadujú jej uplatnenie. Táto tendencia sa prejavila aj v niektorých reflexiách vnímania „moci nad“ v súvislosti s tým, kto by mal byť držiteľom problému. Podľa niektorých názorov by ním mal byť klient, aby nedochádzalo k zneužitiu moci sociálnymi pracovníkmi, čo možno považovať za limitujúcu perspektívu na uplatňovanie moci pracovníkmi. V perspektívach sa kľúčovým ukázal koncept nelegimity moci. Prevahu mali negatívne a hierarchické vnímania „moci nad“, napr. v zmysle jej zneužitia sociálnymi pracovníkmi na základe poznatkov a schopností, ktoré majú, alebo pripisovania moci výhradne sociálnym pracovníkom ako nositeľom vedomostí a schopností, ktorými klienti naopak nedisponujú. Klient bol pritom vnímaný ako ten, ktorý je preto výhradne v závislej pozícii.

Podľa Healy (2000) výkon moci ovplyvňuje kontext, v ktorom sa uskutočňuje. Dynamická stránka moci sa tu uplatňuje predovšetkým v zmysle miery, do akej môže jedinec uplatňovať svoju moc, čo sa mení od konkrétneho kontextu¹⁰. Preto nie je možné predpokladať, že sociálny pracovník je vždy ten silný v interakcii s klientom. Prezentovanie sociálneho pracovníka ako mocného potláča jeho zraniteľnosť. Takto vykreslený obraz sociálneho pracovníka vytvára predpoklad, že pracovník je ten, ktorý má moc rozhodovať o najlepšom záujme klientov, a ignoruje rozdiely v skúsenostiach sociálnych pracovníkov s uplatňovaním moci a zároveň bráni príležitosti obohatiť proces pomoci o skúsenosti, perspektívy a názory klientov. Ako uvádza Foucault (1980), moc cirkuluje, pričom nie je v rukách žiadneho jednotlivca (nejde o entitu, ktorú jedinec buď „má“, alebo „nemá“), ale je vykonávaná prostredníctvom siete vzťahov. Jej premenlivosť spôsobuje, že nikto si ňou nemôže byť istý a rovnako sa môže kedykoľvek zvrátiť.

„Moc nad“ spájali študentky aj s ďalšími súvisiacimi oblasťami, akými sú manipulácia a kolektívne zrkadlenie profesie, ktoré v mocenskom kontexte plní podľa študentiek pre sociálnych pracovníkov dôležitú úlohu a je príčinou sťaženej pozície pracovníkov pri uplatňovaní moci a práci s klientom. Vnímanie „moci nad“ ako protektívnej moci, s cieľom ochrany zraniteľných jedincov, sa v reflexiách nevyskytovalo.

Posledná analyzovaná oblasť sa vzťahovala k „moci s“, ktorej základnou črtou je zmocňovanie. Označuje prax, ktorá je plne emancipačná a je oslobodená od modernistického chápania moci. Empowerment a myšlienky, ktoré sa k nemu viažu, sú u nás zvlášť v posledných rokoch považované za významné pre oblasť sociálnej práce. V rámci neoliberalného diskurzu neskorkej modernity empowerment reprezentuje znovuobjavenie individuálneho občianstva a oslobodenie od prílišného zasahovania štátu v zmysle jeho paternalizmu. Je vnímaný ako posun moci od profesionálov ku klientom ako konzumentom a autonómnym jedincom. Ako uvádza Tew (2002), empowerment predstavuje prax založenú na partnerstve, ktorá umožňuje zdieľanie poznatkov a vytvára priestor pre vhlad nielen pre klienta, ale aj sociálneho pracovníka, čím napomáha ku rozvoju stratégií zameraných na riešenie problému. Inými slovami vytvára predpoklady pre dosiahnutie lepších výsledkov u klientov a zároveň poskytuje príležitosti pre učenie sa sociálnych pracovníkov. Ponúka zaujímavú víziu ľudí využívajúcich svoj potenciál prostredníctvom uskutočnenia voľby a prebratia kontroly nad svojimi životmi. Podľa autora voľba môže byť chápaná ako komplexnejší proces negociácie a vzájomnej závislosti, ktorá nezávisí len od vôle daného jedinca, ale aj od externých procesov. Tie sú ovplyvnené sociálnym systémom, ktorý môže podporovať a reprodukovat sociálne nerovnosti. Uvedené vytvára, podľa autora, príležitosť pre rekonceptualizáciu empowermentu, nie v zmysle individuálneho (ne)vlastníctva alebo redistribúcie moci ako komodity, ale v súvislosti s meniacimi sa podmienkami vzťahov a foriem výkonu moci medzi ľuďmi od limitujúcich k produktívnejším formám. K utváraniu spravodlivých podmienok sa môžu sociálni pracovníci pričiniť napríklad tým, že sa budú snažiť zistiť, či sú príčiny problému klienta štrukturálnej, alebo inej povahy, aby

¹⁰ Môže byť prezentovaný napr. zamestnávateľskou organizáciou, od ktorej zámerov, cieľov, či noriem často závisí mocenské pôsobenie pracovníka na klienta.



tak neprispievali k procesom marginalizácie klientov. Študentky sa stotožnili s predstavou, že empowerment klienta sa spája s mobilizáciou jeho individuálnych zdrojov bez uvedomenia si širších kontextov v podobe existencie sociálnych štruktúr, ktoré môžu limitovať možnosti klientov a posilňovať opresívne praktiky. Ďalšie zaujímavé zistenie sa týkalo toho, že študentky si síce boli vedomé dôležitosti vytvárania partnerstiev medzi sociálnym pracovníkom a klientom spôsobom zmocňujúcim klienta, neprecizovali však svoje predstavy s ohľadom na konkrétne kroky pre zapojenie klienta do riešenia problému a zdieľanie moci. Podobne ako pri „*moci nad*“ aj v rámci „*moci spoločne*“ sa v reflexiách študentiek vyskytovalo jednosmerné vnímanie moci. Študentky vnímali moc buď v pozitívnom, alebo negatívnom význame. Neuvedomovali si možnosť prelínania a prepojenia jednotlivých typov moci, čo môže brzdiť príležitosti pre využitie rôznych stratégií na vyrovnávanie sa s otázkami mocenských vzťahov v praxi. Napríklad porozumenie vzájomnej prepojenosti „*moci nad*“ a „*moci spoločne*“ ponúka možnosť odklonu od jednodimenzionálneho vnímania moci ako súboja o pozíciu v rámci hierarchie dominancie a závislosti, či podriadenosti a namiesto toho rozvíja formy spolupráce a protektívnej moci (Tew, 2002). „*Moc s*“ má však aj ďalšiu dimenziu, ktorá z nej vytvára obmedzujúci typ moci podporujúci vytváranie aliancií podieľajúcich sa na jednotlivých formách útlaku a potláčajúcich odlišnosti. Klienti sú tak vnímaní ako tí, ktorí sú v podriadenej pozícii, pričom dochádza k tomu, že ich názory nie sú plne rešpektované. Jedna zo študentiek reflektovala existenciu takýchto typov vzťahov medzi pomáhajúcimi profesionálmi a klientom, čo ilustrovala na príklade. Absentovala hlbšia reflexia tejto dimenzie moci, kedy aj nekonanie sociálnych pracovníkov, ktorí sú súčasťou aliancií, môže podporovať uvedený typ moci a pretrvávajúci útlak a nespravodlivého zaobchádzania s klientom. Celkovo je možné konštatovať, že tento typ „*moci s*“ bol v úzadí a vo výpovediach prevládala jej produktívna stránka, v rámci ktorej bolo študentkami identifikovaných viacero aspektov vzťahujúcich sa k empowermentu, budovaniu sietí, podpore participácie klienta, mobilizácii potenciálu klienta a podpore jeho autonómie.

Z výsledkov vyplývajú viaceré vyššie zmienené zistenia. Nie je možné ich zovšeobecňovať, napriek tomu sú prinajmenšom inšpiratívne pre ďalšie úvahy o možnostiach zlepšovania pregraduálneho vzdelávania v odbore sociálna práca. Otázkou ostáva, do akej miery sú reflexie študentiek založené na poznatkoch získaných v rámci jednotlivých predmetov a v akej miere sú ovplyvnené ich praktickou skúsenosťou. Napriek tomu, že študentky preukázali dobrú orientáciu v problematike, s ohľadom na vybrané zistenia a zložitosť, či nejednoznačnosť témy moci sa ukazuje potreba posilňovania kritickej reflexie študentov a študentiek sociálnej práce, aby sa nestávali súčasťou mocenských štruktúr, ktoré môžu byť zdrojom opresie a poškodzovania klienta. Ako platforma pre rozvíjanie diskusií a porozumenia problematike môžu byť využité rôzne predmety, najlepšie také, kde dochádza k prepojeniu získavania poznatkov a možnosti ich overenia v praxi (ako sú napr. semináre k odbornej praxi, kurzy zamerané na etiku a riešenie rôznych etických dilem s fókusom na mocenské vzťahy, ale aj ďalšie praktické a teoretické predmety využívajúce zážitkové a service-learningové¹¹ aktivity a spôsoby vedenia kurzov).

POUŽITÉ ZDROJE

- BUNDY-FAZIOLI, K., QUIJANO, L., BUBAR, R. 2013. Graduate Students' Perceptions of Professional Power in Social Work Practice. *Journal of Social Work Education*, 49(1), 108–121.
- DOMINELLI, L. 2002. *Feminist Social Work Theory and Practice*. New York: Palgrave.
- FOUCAULT, M. 2004. *Dozerat' a trestat'*. Bratislava: Kalligram.
- FOUCAULT, M. 2000. *Power*. New York: New Press.
- FOUCAULT, M. 1980. *Power/Knowledge*. New York: Pantheon Books.
- GAVORA, P. 2008. *Úvod do pedagogického výskumu*. Bratislava: Univerzita Komenského Bratislava.

¹¹ Blížšie o inovatívnom využití service-learningu vo výučbe pri reflektovaní mocenských vzťahov Mitchell (2008).



- GITTERMAN, A., GERMAIN, C. B. 2008. *The Life Model of Social Work Practice: Advances in Theory and Practice*. New York: Columbia University Press.
- GUGGENBUHL-CRAIG, A. 2007. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál.
- HEALY, K. 2000. *Social Work Practices: Contemporary Perspectives on Change*. London: Sage.
- HENDL, J., 2005. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- JANEBOVÁ, R. 2013a. Moc. In: MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 208–210.
- JANEBOVÁ, R. 2013b. Normalita. In: MATOUŠEK, O. et al. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 211–212.
- JANEBOVÁ, R., MUSIL, L. 2007. Mýty o roli sociálních pracovníků a pracovníc. *Sociální práce / Sociální práce*, 7(1), 50–61.
- JANOUSKOVÁ, M. 2013. „V trojím ohni“: Mocenský vztah sociálního pracovníka ke klientovi. *Sociální práce / Sociální práce*, 13(2), 85–98.
- KOPŘIVA, K. 2006. *Lidský vztah jako součást profese*. Praha: Portál.
- LAAN, G. 1998. *Otázky legitimace sociální práce*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
- MITCHELL, T. D. 2008. Traditional vs. Critical Service-Learning: Engaging the Literature to Differentiate Two Models. *Michigan Journal of Community Service Learning*, 14(2), 50– 65.
- MUSIL, L. 2004. „Ráda bych Vám pomohla, ale...“ *Dilemata práce s klienty v organizacích*. Brno: Marek Zeman.
- NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. et al. 2010. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus.
- REISCH, M., GARVIN, Ch. D. 2016. *Social Work and Social Justice. Concepts, challenges and strategies*. New York: Oxford University Press.
- SMUTEK, M., SMUTKOVÁ, L. 2006. Problematika moci v pomáhajících profesích a balancování vztahu s klientem. In: SMUTEK, M., KAPPL, M. *Proměny klienta služeb sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 466–476.
- ŠOLTÉSOVÁ, D. 2013. Supervízia ako prostriedok zvyšovania reflexivity budúcich pomáhajúcich profesionálov a profesionálok. In: LUKÁČ, M. (Ed.). *Edukácia človeka – problémy a výzvy pre 21. storočie*. Prešov: PU, 240–249.
- ŠVEC, Š. 1998. *Metodológia vied o výchove*. Bratislava: Iris.
- TEW, J. 2006. Understanding Power and Powerlessness Towards a Framework for Emancipatory Practice in Social Work. *Journal of Social Work*, 6(1), 33–51.
- TEW, J. 2002. *Social Theory, Power and Practice*. New York: Palgrave Macmillan.
- ÚLEHLA, I. 2005. *Umění pomáhat*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
- WEBER, M. 1978. *Economy and Society*. Berkeley: University of California Press.

Kolektiv autorů

Kniha pro rodiče. Péče o dítě do 6 let.

Praha: Lumos a Change, 2015.

Lumos je mezinárodní organizace, která působí v ČR od roku 2008. Jejím hlavním cílem je podporovat transformaci systému péče o ohrožené děti a přispět tak k tomu, aby žádné dítě nemuselo vyrůstat v ústavní péči. Mezi činnosti Lumosu patří vzdělávání pracovníků v sociálních službách či zprostředkování zahraniční zkušenosti prostřednictvím studijních návštěv a vydáváním odborných publikací.

Jednou z těchto publikací je i Kniha pro rodiče, která vychází z publikace britské organizace CHANGE. Ta byla určena převážně rodičům s mentálním znevýhodněním a je zaměřena na podporu rodičů a rozvoj rodičovských kompetencí. U české verze knihy se nejedná o pouhý překlad, pracovníci organizace Lumos knihu nejen přeložili, ale také přizpůsobili českým podmínkám tak, aby jednotlivé kapitoly reflektovaly společensko-kulturní kontext v České republice a kniha byla využitelná pro širokou skupinu rodičů, kteří potřebují podporu v oblasti péče o děti. Co lze navíc považovat za jedinečné, je to, že k připomínkování

Knihy byli přizváni nejen úředníci, sociální pracovníci, ale i samotní klienti (resp. klientky) sociálně aktivizačních služeb pro rodiny s dětmi. Kniha samotná je rozdělena do 9 kapitol, které pokrývají všechny oblasti péče o malé dítě. V první kapitole nazvané Novorozenci se rodič dozví o bezpečné manipulaci s dítětem, kojení, oblékání, přebalování, hygieně, spánku, co znamená pláč dítěte či kdy a jak často s ním chodit ven.

Druhá kapitola s názvem Vy a vaše dítě se věnuje vytváření vztahové vazby, komunikaci a hře,

nastavování hranic, zvládání problémových situací, významu odměn a potřebě vzájemné podpory partnerů při péči o dítě. Tato kapitola je doplněna i prakticky využitelnými materiály – jako je např. tabulka úspěchů dítěte.

Třetí kapitola Jídlo se zaměřuje na témata, jako je první dětská strava a pitný režim, bezpečná příprava a podávání jídel, vysvětlení, které potraviny jsou a nejsou vhodné pro děti, nebo jak podpořit dítě při samostatném stravování.

Čtvrtá kapitola s názvem Režim a návyky seznamuje rodiče s tím, proč jsou právě návyky a režim pro dítě důležité, zaměřuje se na návyky a jejich nácvik v oblasti hygieny (mytí, čištění zubů, chození na nočník apod.), spánku a ukládání dítěte, oblékání, učení se novým věcem a trávení volného času.

Pátá kapitola Hra a učení nejen vysvětluje, proč je důležité si s dětmi hrát, ale také přináší konkrétní nápady, kde a jak lze s dětmi trávit volný čas i jak si s dětmi hrát, aby to rozvíjelo jejich schopnosti.

Šestá, obsáhlá kapitola s názvem Bezpečnost popisuje, jak zajistit bezpečí doma a mimo domov, co mají děti vědět o rizicích a jak rizikům předcházet. Významná část této kapitoly je věnována násilí, týrání, zneužívání, domácímu násilí a šikaně, včetně jednoduchých rad, jak v případě, že se něco takového v rodině stane, postupovat a koho požádat o pomoc. V knize jsou uvedeny i kontakty na nejdůležitější instituce.

Sedmá kapitola s názvem Zdraví pak přehledně popisuje vývoj dítěte: co a v jakém věku by dítě





mělo zvládat, popisuje příznaky neobvyklejších dětských nemocí a co při onemocnění dítěte dělat a také přináší rady, jak obecně pečovat o nemocné dítě či jak poskytnout první pomoc. Předposlední kapitola Vy a lidé kolem vás upozorňuje na to, co může matku čekat po porodu, jaký je význam péče o sebe a jak zapojit do péče o dítě partnera a rodinu i jak je důležitá komunikace mezi rodiči. Poslední kapitola Odborná pomoc pak informuje o zdravotních a sociálních službách, včetně orgánů sociálně-právní ochrany dětí.

Kniha pro rodiče je k dispozici zdarma, v elektronické podobě na webových stránkách www.wearelumos.org, je tedy možné si ji stáhnout a vytisknout.

Je ve formátu A4, témata jsou zpracovaná do jednoduchých, srozumitelných textů doplněných obrázky. Barevnost je pouze černobílá, takže neodpoutává od obsahu. Na některých obrázcích je patrné, že se jedná o převzatý materiál z jiného kulturního prostředí, čehož si klienti všimají,

Kniha obsahuje celkem více než 400 stran, tedy objemný šanon, se kterým by se v této podobě hůře pracovalo, je těžký na manipulaci.

Jak již bylo zmíněno na začátku, materiál vycházel z publikace pro rodiče s mentálním postižením, v praxi sociálně-aktivizační služby pro rodiny s dětmi ji lze využívat pro širší skupinu, např. pro velmi mladé matky, pro rodiče, kteří hůře rozumí psanému textu nebo mají snížené mentální schopnosti a běžně dostupným knihám pro rodiče by neporozuměli. V rámci individuální práce je možné využívat jednotlivé kapitoly. Kniha dle toho, ve kterých oblastech rodič potřebuje podporu, nebo podle toho, jakou aktuální situaci s dítětem řeší. Není tedy nutné pracovat poslopně a projít s rodiči všechny kapitoly, ale lze si témata vybírat podle potřeb klientů. Osvědčilo se dát rodiči k dispozici jeho vlastní knihu (případně jednotlivé kapitoly pro snadnější manipulaci), aby si do ní mohl dělat poznámky nebo se k ní vrátit později. Kniha je rovněž vhodná pro skupinové aktivity zaměřené na rozvoj rodičovských kompetencí.

Prakticky je v individuální práci možné vybrat jedno z témat – např. Novorozence, s rodičem procházet dle jednotlivých obrázků a textů správnou péči, diskutovat s ním o tom, jak pečuje on, zkoušet jednotlivé kroky společně s ním a dítětem v praxi, diskutovat o tom, co je v knize jiné než u něj doma. U těch činností, které rodič nevěděl nebo je prováděl zcela odlišně, si může udělat poznámku nebo vykřičník, aby si zapamatoval, k čemu má být pozorný. K těmto oblastem je důležité se vracet. Tempo je nutné přizpůsobit schopnostem klienta.

Jestliže bylo cílem autorů přinést srozumitelný materiál pro rodiče s některým druhem znevýhodnění, vysvětlit jim, jak prakticky pečovat o malé dítě, byl cíl splněn. Drobné výhrady se vztahují pouze k obrázkům a hmotnosti knihy. Tím, že je materiál k dispozici na webových stránkách zdarma, je okruh organizací, které s ní mohou pracovat, široký a může se tak dostat i k vysokému počtu rodičů, kteří podporu při péči o dítě potřebují.

Jana Ženíšková,

Amalthea, z. s., program Podpora pro rodinu a dítě

Gaudia

Krizová intervence v systemickém přístupu

- 100 hodin teorie a praxe k práci s klienty v krizových situacích
- Práce s vlastními emocemi
- Modelový nácvik a reflexe krizových situací
- Skutečné kazuistiky
- Prostor pro konkrétní potřeby jednotlivých účastníků
- Praktický pohled systemiky

Začínáme v říjnu 2017

www.gaudia.cz, tel.: 776 208 226
mail.: vzdelavani@gaudia.cz

www.socialniprace.cz

aktuální zprávy
pozvánky na konference
zajímavé výzkumy
ankety k tématům čísel
duely osobností
záznamy přednášek odborníků

nabídka zaměstnání v oboru
pozvánky na vzdělávací akce
disertace a jiné diplomové práce
možnost založení vlastního blogu
informace o školách sociální práce
nabídka publikací



on-line prodej a distribuce časopisu

- databáze placených čísel
- časopis k dispozici pro PC, Mac a mobilní zařízení s iOS nebo Android
- po nabití kreditu je časopis k dispozici téměř okamžitě
- platby kartou, systémem Paypal či pomocí SMS
- dostupnost zakoupeného čísla časopisu je garantována po dobu dvaceti let

www.floowie.com/cs/avsp



on-line diskuse, ankety a aktuální zprávy

- distribuce aktuálních informací
- zprostředkování zajímavých akcí
- výzvy k diskusi a účasti v anketách

www.facebook.com/socialniprace



on-line videa a záznamy přednášek

- zprostředkování přednášek osobností sociální práce, sociální politiky, sociologie apod.
- prostor pro šíření zpráv prostřednictvím videa

www.youtube.com/user/socialniprace

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 5/2017

O ČEM SE MLUVÍ

Rozhovor

S Pam Firth o vztahu sociální práce a psychologie v paliativní péči ve Velké Británii.

Esej

Taňa Faltisová se zamýšlí nad využitím psychoterapie v práci s klienty sociálních služeb.

Debata

Lenka Šimková a Radka Janebová diskutují otázku postavení terapie v sociální práci.

Reflexe

Jiří Šupa se zabývá otázkami o využívání psychoterapie v rámci case managementu.

INSPIRACE PRO PRAXI

Reflexe

Andrea Blahovcová reflektuje vztah sociální práce a psychoterapie v činnosti organizace Letní dům.

Esej

Jana Děkanová a Jitka Juránová zvažují uplatnění terapeutickým metod v terénních službách.

Profil

Příklad dobré praxe organizace Trojlístok, n. o.

Reflexe

Dana Křivánková a Dana Nováková upozorňují na bariéry rozvoje zahradní terapie.

FAKTA, LEGISLATIVA, DOKUMENTY

Metodický návod

Eva Zakouřilová popisuje postupy sociální terapie s rodinami v rozvodové situaci.

Reflexe praxe

Lenka Kujevská hledá možnosti, jak pracovat s odsouzenými ve výkonu trestu odnětí svobody.

A další texty, na kterých pracujeme. Online publicistika bude **postupně zveřejňována v průběhu října až prosince 2017.**

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 6/2017

Sociální práce a neformální péče Social Work and Informal Care

Blízcí se starají o své blízké. Rodiče se starají o své ratolesti, později o vnoučata, a očekávají, že se „přirozeně“ osamostatní. K tomu obvykle dojde, a dospělí potomci se pak vzájemně podporují s rodiči nebo prarodiči.

Někdy ovšem v důsledku postižení či dlouhodobého onemocnění dítěte k jeho očekávanému osamostatnění nedojde. Potenciál soběstačnosti rodičů nebo prarodičů se může náhle, např. v důsledku úrazu, vytratit nebo postupně slábnout, až se vyčerpá. Někdo z rodiny pak je nebo se postupně stává dlouhodobě závislým na každodenní péči ostatních. Pro ty, budu jim říkat „neformální pečovatelé“, se ovšem dlouhodobá podpora blízkého může stát neúnosnou či s krajním vypětím zvládnutelnou zátěží. Dlouhodobou péčí je pro někoho těžké poskytovat, protože je složitá. Časté je, že o blízkého pečuje jeden člověk, kterého pak zmáhá dlouhodobý stres, případně má sám zdravotní nebo jiné potíže a jeho síly a odhodlání slábnou. Pokud se rodiče starají o potomka s postižením, péči o něj přestanou zvládat v okamžiku, kdy oni sami začínají potřebovat jeho péči. A tak dál.

Jak na tyto situace reaguje česká společnost, se pokusím vyjádřit v metaforické zkratce: Když péče o seniora začne být nad síly jeho o málo soběstačnější partnerky, příspěvek na péči, byl-li vůbec přiznán, se vůbec nezmění. Když rodiče přestávají zvládat chod rodiny s dítětem, které žije s postižením, posudkový lékař nebo sociální

pracovník je někdy začne podezírat, že příspěvek na péči lakotí pro sebe, místo aby potomka svěřili do řádné péče kompetentního poskytovatele. „Pomáhat blízkým je přece samozřejmá povinnost a soukromá věc každého.“ „Za peníze, které poskytuje stát, by si měly osoby dlouhodobě závislé na péči nakupovat především služby řádně registrovaných poskytovatelů.“

Pokud je to s podporou neformálních pečovatelů alespoň z části tak, jak jsem právě zjednodušeně a s důrazem na deficity naznačil, vyvstává řada otázek:

- Jsou životní situace neformálních pečovatelů takové, že by jim sociální pracovníci měli věnovat samostatnou pozornost a zprostředkovávat jim pomoc přiměřenou těmto situacím?
- Chybí pomoc nebo služby určené neformálním pečovatelům?
- Opomíjí společnost problémy neformálních pečovatelů?
- Je ekonomická podpora péče v domácím prostředí deficitní?
- Je poskytování pomoci neformálním pečovatelům pro organizace nevýhodné?

Na tyto a podobné otázky by mělo odpovídat číslo 6/ 2017 časopisu Sociální práce k tématu Sociální práce a neformální péče.

*Prof. PhDr. Libor Musil, CSc.,
editor čísla*

Pokyny pro autory

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

Časopis vychází čtyřikrát ročně v českém a slovenském a dvakrát ročně v anglickém jazyce a publikuje co nejširší 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 akademická část referuje o výzkumu a informuje o zajímavých knihách, online 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 / Social-na 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 její odlišnosti. 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 přispěvatel odešle v kompletní verzi.

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

Rozhodnutí o vydání

O výsledku recenzního řízení je autor vyrozuměn nejpozději do šesti měsíců od data obdržení statí.

Náležitosti rukopisu

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 slovensky ekvivalent – a v angličtině, jména všech autorů, biografickou charakteristiku a v poznámce pod čarou také afilaci 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. Používejte prosím max. dvouvýrazová slovní spojení.
- VI. **Vlastní text** (rozsah maximálně 10 000 slov).
- VII. **Seznam citované literatury: Autory 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. Publikacní 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 aktérů recenzního řízení.

Autor, u něhož byl prokázán plagiát nebo falošování 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 indexován. Časopis je též volně dostupný na webových stránkách www.socialniprace.cz.

Přetisknout 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 twice 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 affiliation 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>".

Poslední vydaná čísla



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

www.socialniprace.cz