sp
sociální práce
sociálna práca

nabízíme spojení teorie s praxí
ponúkame spojenie teórie s praxou



Sociální práce ve zdravotnictví

3
2020
ročník 20

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
Balaz Roman, Masaryk University, Czech Republic
Balogova Beata, University of Presov, Slovakia
Barretta-Herman Angeline, University of St. Thomas, Minnesota, USA
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
Chrenková Monika, University of Ostrava, Czech Republic
Chytil Oldrich, University of Ostrava, Czech Republic
Jovelin Emmanuel, Catholic University of Lille, France
Kállay Andrej, Trnava University in Trnava, Slovak Republic
Keller Jan, University of Ostrava, 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
Montgomery Arlene, University of Texas at Austin, USA
Novosad Libor, Palacky University, Czech Republic
Payne Malcolm, Manchester Metropolitan University, United Kingdom
Pazlarová Hana, Charles University, Czech Republic
Rusnakova Marketa, Catholic University in Ruzomberok, Slovakia
Semigina Tetyana, Academy of Labour, Social Relations and Tourism, Kyiv, Ukraine
Schavel Milan, St Elizabeth University in Bratislava, Slovakia
Sookraj Dixon, University of British Columbia, Okanagan, Canada
Sykorova Dana, Palacky University Olomouc, Czech Republic
Vondrova, Vladislava, 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. června 2020 / This issue was published on 30th June 2020

Editorky čísla / Issue Editors:
Iva Kuzníková a Alice Gojová, Ostravská univerzita, Czech Republic.

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)
Fotografie: Hospic sv. Jana N. Neumanna, o.p.s. Prachatice
Tisk / Print: Printo, spol. s r. o. (www.printo.cz)

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

Obsah

Editorial

Editorial 3

Stati

Olga Klepáčková, Martina Černá
Trauma-informovaný přístup v sociální práci s rodinami vážně nemocných nebo zraněných dětí 5

Radek Carboch
Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu 24

Michaela Hiekischová
Využití biografické anamnézy při individuálním plánování s osobami s Alzheimerovou nemocí v domovech pro seniory: příklady dobré praxe? 42

Radana Kroutilová Nováková
Evaluace dopadu sociálně aktivizační služby do života klientských rodin 59

Gabriela Benešková, Monika Punová
Postoje pomáhajících pracovníků působících ve veřejné správě k zátěžovým situacím 69

Lucia Tóthová, Michaela Hajdová, Eva Žiaková
Skúsenosť s onkologickou chorobou ako faktor ovplyvňujúci postoj študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci 84

Kateřina Thelenová
Profesionální zooterapie v sociální práci – výzvy pro vzdělávání 96

Recenze

Eliška Černá
Z ulice do bytu. Sociální práce v procesu reintegrace do bydlení. 114

Online prakticko-publicistická část časopisu 117

Zaměření příštího čísla 118

Naše poslání a cíle 119

Editorial

Editorial 3

Articles

Olga Klepackova, Martina Cerna
Trauma-Informed Care in Social Work with Families of Seriously Ill or Injured Children 5

Radek Carboch
Case Management: Treatment of Mental Illness and Formation of the Subject 24

Michaela Hiekischova
Using Biographical History in Individual Planning for People with Alzheimer's Disease
in Homes for the Elderly: Best Practice? 42

Radana Kroutilova Novakova
Outcome Evaluation of Social Activation Services to the Life of their Client Families 59

Gabriela Benisková, Monika Punova
The Attitudes of Helping Professionals in Public Administration toward Stressful Situations 69

Lucia Tothova, Michaela Hajdova, Eva Ziakova
Experience with Cancer as a Factor Influencing Social Work Students
Attitudes toward Oncology Social Work 84

Katerina Thelenova
Professional Animal-Assisted Social Work – Challenges for Training 96

Book Reviews

Book Reviews 114

Online Practical-Journalistic Part of the Journal 117

Next Issue Focus 118

Our Mission 119

Editorial

Vážené čtenářky, vážení čtenáři,
záměrem tohoto čísla bylo představit pestrou škálu aktivit a úloh sociálních a zdravotně-sociálních pracovníků na poli zdravotnictví a na pomezí zdravotně-sociální péče, které směřují k hledání rovnováhy v životě lidí bez ohledu na typ nepříznivého zdravotního stavu. Pro toto tematické číslo jsme oslovily autory a autorky k prezentaci teoretických a výzkumných příspěvků rozvíjejících sociální práci v multiprofesním prostředí. Seznámíme vážené čtenářky a čtenáře s texty přesahujícími hranice zdravotnických organizací a služeb zajišťujících medicínskou péči.
Akademické texty otevírají odbornou diskusi napříč odvětvími sociální práce, která se vždy dotýká oblasti zdraví člověka a jeho interakcí s prostředím.
Význam tohoto přesahu dokumentuje hned první text Olgy Klepáčkové a Martiny Černé *Trauma-informovaný přístup v sociální práci s rodinami vážně nemocných nebo zraněných dětí.* Nový úhel pohledu autorek na potřeby rodin vážně nemocných či zraněných dětí přispívá k diskusi možností sociální práce v oblasti podpory a prevence rizik v důsledku prožívané zátěže související se sdělením diagnózy onemocnění, prognózy důsledků úrazů dětí či s předčasným narozením dítěte.
S oblastí psychosociálních dopadů duševních nemocí v kontextu reformy psychiatrické péče a orientací odklánějící se od medicínského pojetí nás seznamuje příspěvek Radka Carbocha *Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu*. Autor sdílí výsledky etnografického výzkumu zaměřeného na formování subjektu v procesu léčby duševních onemocnění a utváření vztahů v praxi case managementu. V tomto textu se dotkneme Foucaultova rozboru psychiatrické moci a seznámíme se s praxí case managementu, kdy se psychiatrický pacient stává klientem s komplexními potřebami a vazbami a je zapojen do utváření svého života.
Na pomezí psychiatrické a zdravotně-sociální péče setrváme i v další části časopisu při čtení textu Michaely Hiekischové *Využití biografické anamnézy při individuálním plánování s osobami s Alzheimerovou nemocí v domovech pro seniory: příklady dobré praxe?* Profesionalizace péče o klienty v domovech se zvláštním režimem je rozšiřována o poradenství v kontaktních místech České alzheimerovské společnosti a o metody individualizovaných přístupů v práci s biografií člověka. Autorka představuje model péče a výsledky výzkumu realizace biografické anamnézy a využívání biografických poznatků v individuálních plánech klientů ve vybraných domovech pro seniory. Akcentuje význam dovedností sociálních pracovníků v komunikaci, v týmové spolupráci, v pozorování, v metodickém a edukačním vedení.
Radana Kroutilová Nováková v příspěvku *Evaluace dopadu sociálně aktivizační služby do života klientských rodin* předkládá možný způsob hodnocení dopadu sociální práce, přičemž upozorňuje i na limity zvoleného postupu. Téma není úzce vázáno na zaměření čísla, nicméně může být inspirací pro realizaci evaluací dopadu i v oblasti sociální práce ve zdravotnictví.
Gabriela Beníšková a Monika Punová se ve svém textu *Postoje pomáhajících pracovníků působících ve veřejné správě k zátěžovým situacím* věnují tématu aktuálnímu pro všechny sociální pracovníky bez ohledu na pole jejich působení.
Autorky Lucia Tóthová, Michaela Hajdová a Eva Žiaková předkládají v textu *Skúsenosť s onkologickou chorobou ako faktor ovplyvňujúci postoj študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci* výstupy výzkumu postojů studentů sociální práce k onkologické sociální práci a zdůrazňují význam rozvoje sociální práce s onkologickými pacienty a jejich rodinami.
Pestrou paletu metod využívaných v sociální práci s lidmi se zdravotním znevýhodněním doplňuje autorka Kateřina Thelenová o profesionální zooterapii ve stati *Profesionální*

zooterapie v sociální práci – výzvy pro vzdělávání. Otevírá diskusi vzdělávání v zooterapii jako příležitost k nastavení mezioborové spolupráce se zapojením zooterapie v sociální práci.

V publicistické části časopisu nás čekají úvahy o nutném meziresortním přesahu při řešení důsledků změn zdravotního stavu a úrovni profesní připravenosti k interdisciplinární spolupráci. Vybrané texty dokládají, že sociální práce ve zdravotnictví nemá hranice vymezené legislativou ani ploty zdravotnických institucí.

Robert Huneš se zamýšlí nad tématem eutanázie. Iva Kuzníková představí zkušenost se vzděláváním ve studijním oboru Zdravotně sociální pracovník na Ostravské univerzitě. Následují reflexe praxe sociální práce v onkologii Šárky Slavíkové a Michaely Čadkové Svejkovské a reflexe praxe spolupráce Společnosti pro ranou péči od Petry Samcové. Eva Křížová z Univerzity Karlovy se s námi podělí o svůj prožitek porozumění Foucaultovým tezím o zdraví jako objektu politické moci, který prožila během koronavirové krize. Ve své eseji varuje před kumulovaným potenciálem kontroly, který diskurz zdraví v kombinaci s digitálními technologiemi umožňuje. Ľuba Pavelová z organizace BUDÚCNOSŤ v Nitře se zamýšlí nad tím, zda Slovensko dozrálo k přijetí myšlenky integrovaného modelu řešení závislostí. Inspirací pro praxi je text Patrika Burdy o sestrách v práci se sociálně znevýhodněnými klienty na ambulancích akutní péče. Anna Krausová z Ostravské univerzity reflektuje možnosti a limity sociálního bydlení pro osoby s mentálním postižením.

Podnětné čtení přejí

Iva Kuzníková, Alice Gojová
editorky čísla

Inzerce

REMEDIUM PRAHA

VZDĚLÁVACÍ PROGRAMY

VEDENÍ PORADENSKÉHO ROZHOVORU v sociálních službách

v rozsahu 24 hodin

Využijte možnost prohloubit své praktické poradenské dovednosti. Nacvičte si komunikaci a sebereflexi své práce.

Kurz se koná 18. – 20. listopadu 2020.

DLUHOVÉ PORADENSTVÍ v sociální práci

v rozsahu 24 hodin

Upevněte a rozšiřte své znalosti a dovednosti v oblasti dluhového poradenství. Zorientujte se v legislativních novinkách, aktuálně především v oblastech exekuce a oddlužení.

Kurz se koná 21. - 23. listopadu 2020.

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

Trauma-informovaný přístup v sociální práci s rodinami vážně nemocných nebo zraněných dětí

Trauma-Informed Care in Social Work with Families of Seriously Ill or Injured Children

Olga Klepáčková, Martina Černá

Bc. Olga Klepáčková[1] absolvovala v roce 2019 obor zdravotně-sociální pracovník na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Věnuje se problematice traumatu a psychosociální podpory ohrožených jedinců v kontextu sociální práce.

Mgr. Martina Černá, Ph.D.,[2] získala doktorský titul na Univerzitě Palackého v Olomouci. Od roku 2009 působí na Vysoké škole polytechnické Jihlava. Věnuje se problematice sociální psychologie a dobrovolnictví pro vybrané cílové skupiny, působí jako psychoterapeut.

Abstrakt
CÍLE: Text se věnuje tématu trauma-informovaného přístupu v pediatrické péči se zaměřením na jeho využití v kontextu sociální práce s rodinami vážně nemocných či zraněných dětí. Pozornost je věnována zejména problematice zdravotního traumatu a zdravotního traumatického stresu v pediatrické péči, což je jev, který dle dostupných zdrojů dosud nebyl v ČR v této oblasti sociální práce blíže popsán. TEORETICKÁ VÝCHODISKA: Na téma sociální práce s vybranou cílovou skupinou je nahlíženo z perspektivy trauma-informovaného přístupu včetně jeho adaptace vytvořeného specificky pro oblast péče v pediatrii. METODY: Text je koncipován jako přehledová teoretická stať. Pro dosažení cíle byla zvolena metoda kvalitativní obsahové analýzy převážně zahraničních odborných zdrojů. VÝSLEDKY: Text nabízí nový úhel pohledu na potřeby rodin vážně nemocných nebo zraněných dětí s ohledem na specifika jejich situace související s nemocí či úrazem dítěte. Přispívá také k lepšímu povědomí o možnostech jejich psychosociální podpory se zaměřením na zvýšení kvality života a prevenci dlouhodobých negativních následků v důsledku životní zkušenosti spojené s nemocí či úrazem dítěte. IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI: Prezentované poznatky mohou být přínosem především pro sociální a zdravotně sociální pracovníky, kteří působí ve zdravotnictví a ve své praxi se věnují rodinám vážně nemocných či zraněných dětí nebo se s touto cílovou skupinou setkávají v rámci poskytování sociálních služeb.

Klíčová slova
pediatrická péče, psychosociální podpora, sociální práce, zdravotní trauma

[1] Kontakt: Bc. Olga Klepáčková, U Selkova 543, 679 21 Černá Hora; klepackova.o@email.cz

[2] Kontakt: Mgr. Martina Černá, Ph.D., Katedra sociální práce, Vysoká škola polytechnická Jihlava, Tolstého 16, 586 01, Jihlava; martina.cerna@vspj.cz

Abstract
OBJECTIVES: The text deals with the Trauma-Informed Care approach in pediatric care, focusing on its use in the context of social work with families of seriously ill or injured children and the issue of pediatric medical traumatic stress, which is a phenomenon not previously described in detail in the Czech social work field. THEORETICAL BASE: The topic is viewed from the perspective of Trauma-Informed Care and its adaptation designed specifically for pediatric care. METHODS: A method of qualitative content analysis of mainly foreign professional resources was chosen for writing this text, which is designed as a theoretical overview article. OUTCOMES: The paper offers a new perspective on the needs of families with a seriously ill or injured child with regard to the specifics of their situation. It contributes to a better awareness of the possibilities of their psycho-social support, focusing on improving the quality of life and preventing long-term negative consequences. SOCIAL WORK IMPLICATIONS: This paper may benefit clinical social workers who deal with families of seriously ill or injured children or are in contact with this group when providing social services.

Keywords
pediatric care, psycho-social support, social work, medical trauma

ÚVOD

Vážné onemocnění nebo zranění dítěte představuje jednu z nejběžnějších náročných životních situací, kterým rodiny čelí. Pro všechny členy rodiny může být tato situace velmi traumatickou zkušeností, a to v průběhu celého procesu od potvrzení diagnózy, přes léčbu až po období dlouho po jejím ukončení. Léčba a péče také může být do značné míry ovlivněna jinými současnými stresory a zátěžovými situacemi v životě rodiny či předchozími traumatickými zkušenostmi dítěte nebo jeho blízkých. Přestože většina rodin se dokáže s touto životní událostí dobře vypořádat a zvládnout ji bez významnějších negativních následků do budoucna, u jiných vede k rozvoji závažnější stresové reakce, včetně posttraumatické stresové poruchy, která se může projevit u rodičů, sourozenců, dalších blízkých osob i dítěte samotného (Brosbe, Hoefling, Faust, 2011; Kassam-Adams, Marsac, Hildenbrand et al., 2013; Muscara, McCarthy, Hearps et al., 2018; CHOP, 2019a). Akutní stresová reakce je zejména na počátku obvyklou bezprostřední reakcí na náročnou či traumatickou životní událost a nemusí nutně znamenat z dlouhodobého hlediska zásadnější problém. Naopak často představuje přirozený způsob, jak se s danou situací vyrovnat a vnitřně ji zpracovat. Bylo zjištěno, že tato reakce se projevuje až u 80 % vážně nemocných nebo zraněných dětí a jejich rodinných příslušníků. Klinicky závažný stupeň této reakce, který může dlouhodobě nepříznivě ovlivňovat nejen dodržování léčebného režimu a průběh fyzického uzdravování, ale i každodenní fungování rodiny a kvalitu života všech jejích členů, se dle výsledků odborných studií a výzkumů rozvíjí u 20–30 % rodičů a 15–25 % dětí a jejich sourozenců (Kassam-Adams, Marsac, Hildenbrand et al., 2013; Marsac, Hildenbrand, Kohser et al., 2013; NCTSN MTSWG, in Klepáčková, Černá, Šišovská et al., 2019).

Skutečným potřebám rodin vážně nemocných nebo zraněných dětí začala být věnována v České republice na poli sociální práce větší pozornost až v posledních letech a v určitých aspektech stojí tato cílová skupina v porovnání s jinými stále spíše na okraji zájmu. K lepšímu povědomí o tomto tématu výrazně přispěla například studie Centra paliativní péče, z. ú. (Poláková, Tučková, Loučka, 2017) zaměřená na potřeby dětí s život ohrožujícím nebo limitujícím onemocněním a jejich rodin, vyjádřením přání pomoci zlepšit jejich celkovou situaci. Toto přání bylo i naší motivací k napsání tohoto textu. Hlavním cílem této přehledové teoretické stati je představit trauma-informovaný přístup a jeho využití v rámci pediatrické péče jako možný nástroj zlepšení v oblasti naplňování psychosociálních potřeb rodin vážně nemocných nebo zraněných dětí. Zpracování

tohoto tématu je reakcí na otázky, kterými jsme se v návaznosti na vlastní i zprostředkované zkušenosti z praxe začaly hlouběji zabývat: Je v rámci sociální práce poskytována rodinám dětí, kterým bylo diagnostikováno vážné onemocnění nebo utrpěly vážný úraz, účinná pomoc a podpora, která by reflektovala a naplňovala jejich skutečné potřeby? Jak můžeme jejich celkové situaci lépe porozumět? Co vše bychom měli ve vztahu k nim ve své pozici zohlednit a čemu věnovat zvýšenou pozornost? Jak zohlednit tyto poznatky při volbě vhodného postupu, který by měl nejen krátkodobý pozitivní efekt, ale přispěl také k dosažení dlouhodobých nebo trvalých změn k lepšímu v životech těchto rodin? Proč se některé rodiny se situací vyrovnají poměrně dobře a jiné ne? Tento text přibližuje dané téma v kontextu trauma-informovaného přístupu a jeho aplikaci v oblasti sociální práce. Orientovaný je zejména na praktické využití teoretických poznatků o problematice zdravotního traumatu a zdravotního traumatického stresu v pediatrické péči s jejich přenositelností do všech typů služeb a zařízení, které se této cílové skupině věnují.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V posledních letech začal mezi zahraničními odbornými pracovníky působícími ve zdravotnictví, včetně sociálních pracovníků, vzrůstat zájem o problematiku tzv. zdravotního traumatu *(medical trauma)*, které je definováno jako *„psychické trauma v důsledku lékařské diagnózy a/nebo lékařské intervence"* (Ganzel, in Janssen, 2019) a dopadu události spojené s onemocněním či úrazem na život daného jedince i jeho blízkých. Svoji pozornost a výzkumné aktivity začali v této oblasti směrovat mimo jiné k otázce, jak se mohou lékařské intervence a interakce se zdravotnickým personálem podílet na rozvoji vážného a přetrvávajícího traumatického stresu a posttraumatické stresové poruchy (PTSD) u samotných pacientů i jejich rodinných příslušníků a jak této cílové skupině v tomto ohledu lépe pomoci (Janssen, 2019).

K významnému rozvoji dochází v tomto směru také v pediatrické péči, zejména ve vztahu ke konkrétním cílovým skupinám dětí a jejich rodin, mezi které patří rodiny dětí, které utrpěly vážné zranění či u nich bylo diagnostikováno závažné onemocnění. S rostoucím povědomím o problematice zdravotního traumatického stresu v pediatrické péči *(pediatric medical traumatic stress; PMTS)* je současně v zahraničí v této oblasti sociální práce do praxe ve stále větší míře implementován trauma-informovaný přístup *(trauma-informed care; TIC)* a jeho adaptace vytvořená přímo pro pediatrickou péči (*trauma-informed pediatric care; TIPC).*

Trauma-informovaný přístup přináší do pediatrické péče koncept, který pomáhá sociálním a zdravotně sociálním pracovníkům lépe porozumět specifickým potřebám rodin vážně nemocných a zraněných dětí a efektivněji jim poskytnout potřebnou podporu. Uplatňování základní znalosti hlavních principů tohoto přístupu umožňuje v průběhu péče adresovat a pozitivně ovlivnit mnohé z rizikových faktorů situace těchto rodin, a přispět tak k optimálním výsledkům léčby a minimalizaci dlouhodobých negativních následků (CPTS, 2018, in Klepáčková, 2019). Tento přístup je jedním z několika, které se v současné době především v zahraničí v oblasti sociální práce v pediatrické péči uplatňují a dále rozvíjejí, přičemž se tyto přístupy v praxi v zájmu dosažení společného cíle v mnoha aspektech prolínají a navzájem doplňují. Kromě trauma-informovaného přístupu je jím například přístup orientovaný na rodinu *(family-centered care).* Hlavní cíl mají oba tyto přístupy v kontextu pediatrické péče totožný – snížit pravděpodobnost nebo závažnost negativních následků této životní situace u rodin, které byly zasaženy vážným onemocněním nebo zraněním svého dítěte. Důležitým aspektem trauma-informovaného přístupu je skutečnost, že jej lze snadno integrovat do všech současných modelů péče (Wind, in Webb, 2009). Zároveň je nutno zmínit, že tento přístup není terapeutickým směrem ani souborem určitých kroků nebo technik, ale filosofií péče a přístupu ke klientovi založeném na principech, ke kterým patří bezpečí, možnost volby, spolupráce, důvěra, zmocnění a respekt k odlišnosti (SAMHSA, 2014).

METODOLOGIE

Text je koncipován jako přehledová teoretická stať integrativní povahy. Tento postup a vybranou výzkumnou metodu jsme zvolily pro zpracování tématu jako nejvhodnější po zvážení určitých specifik, která se s ním pojí. Jedná se zejména o skutečnost, že samotné téma je i v zahraničí poměrně novým předmětem zájmu odborné veřejnosti i výzkumných aktivit a množství relevantních zdrojů je velmi limitováno a tvoří nehomogenní skupinu, především ve vztahu k sociální práci. Kromě výzkumných a přehledových studií s implikací zvláště pro oblast psychologie, psychiatrie a ošetřovatelské péče má značná část těchto zdrojů formu kapitoly nebo pasáže v odborné knize, článku v recenzovaném periodiku nebo jiného odborného textu (například informačního manuálu určeného pracovníkům v praxi). Dalším významným specifickým rysem je nestejnorodost konkrétních cílových skupin a podskupin, kterými se odborníci v těchto textech zabývají, a kvalitativní přístup ke zkoumaným otázkám. Využití například metaanalýzy se tak vzhledem k těmto charakteristikám jevilo problematickým a zvolily jsme zpracování formou syntézy s úsilím o ucelené shrnutí a vhled do problematiky, který by také reflektoval přenositelnost získaných poznatků do českého prostředí s aplikací v praxi sociální práce ve zdravotnictví.

Pro vyhledání relevantních informací, které se věnují danému tématu, byly použity zahraniční elektronické databáze Pubmed, MEDSCAPE, Google a Google Scholar. Texty byly vyhledávány v anglickém a českém jazyce s datem publikování od roku 1995 po současnost. Pro vyhledávání byla využita tato klíčová slova: pediatric medical traumatic stress; trauma-informed care; trauma-informed pediatric care; medical trauma, D-E-F protocol; psychosocial support a jejich české ekvivalenty. Vzhledem k tomu, že některé z těchto termínů známý český ekvivalent nemají, byla vyhledávána i synonyma a možné varianty překladu z anglického do českého jazyka. Klíčová slova byla ve zdrojích vyhledávána v nadpise, abstraktu i samotném textu, přičemž jednotkami analýzy byla jednotlivá slova i slovní spojení. O určitých termínech se v dostupných českých zdrojích nepodařilo najít žádnou zmínku nebo relevantní informace. Kritérii inkluze byly dále dostupnost textu v plné verzi a kontext pediatrické péče. Kritéria exkluze pak byla vymezena následovně: texty zabývající se problematikou ve vztahu k dospělé populaci; texty popisující téma výhradně ve vztahu k ošetřovatelské péči, psychoterapii nebo psychiatrické péči, dále pak výzkumné studie zaměřené na dílčí otázku výhradně ve vztahu k úzce vymezené, specifické cílové skupině (například zkušenost se zdravotní péčí u dětí migrantů v konkrétní lokalitě). Vyřazeny byly duplikáty. Pro účely zpracování této stati bylo celkem zahrnuto 37 zahraničních zdrojů a 4 české. Vybrané texty byly dále zpracovány a interpretovány kvalitativní obsahovou analýzou.

Zvýšená pozornost byla při výběru zdrojů a jejich následné analýze věnována přenositelnosti zahraničních poznatků a zkušeností do českého prostředí. Zohledněny byly zejména sociokulturní a další determinanty a vymezení role a náplně pracovní činnosti sociálního či zdravotně sociálního pracovníka v české pediatrické péči.

ZDRAVOTNÍ TRAUMA A ZDRAVOTNÍ TRAUMATICKÝ STRES V PEDIATRICKÉ PÉČI

K hlavním pojmům, které odborní pracovníci ve vztahu k této problematice vymezují, patří zdravotní trauma a zdravotní traumatický stres v pediatrické péči. Zdravotní trauma je blíže definováno následovně: *„Zdravotní trauma je trauma, ke kterému dochází v přímém kontaktu s lékařským prostředím a které se rozvíjí v rámci komplexní interakce mezi pacientem, zdravotnickým personálem, lékařským prostředím a zkušenosti s diagnostickými a/nebo léčebnými zákroky, jež může mít významný psychický dopad v důsledku pacientova jedinečného vnímání dané události"* (Hall et al., 2017:19).

V praxi však často tato forma traumatu nebývá správně identifikována, případně jsou její symptomy považovány za projevy duševní poruchy, aniž by byla rozpoznána souvislost se zdravotní událostí a jejím dopadem.

„Zdravotní trauma může vypadat jako nespavost. Může vypadat jako buzení se s děsem, který se v průběhu dne neuklidní. Může vypadat jako nadměrná ostražitost. Jako obsedantně-kompulzivní porucha. Jako panické ataky. Jako strach z opuštění nebo vtíravé myšlenky týkající se bezpečí členů rodiny" (Turney, in Janssen, 2019).

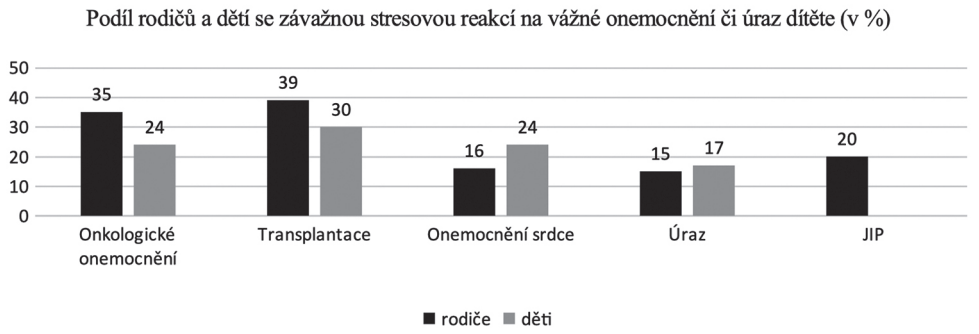
Koncept zdravotního traumatického stresu v pediatrické péči (PMTS) se vyvinul v návaznosti na snahu odborných pracovníků lépe porozumět zkušenostem dětí a jejich rodin v kontextu poskytované zdravotní péče, zejména ve vztahu k vážnému onemocnění či zranění, a výzkum v této oblasti. Dalším podnětem byla potřeba vytvořit koncept, který by reflektoval specifika vázaná na vážné zdravotní události dětského věku, která nejsou plně zohledněna například v kritériích PTSD (Kazak et al., 2006). Tento termín, PMTS, popisuje stresovou reakci, která je definována jako *„soubor psychických a fyziologických reakcí dětí a jejich rodin na bolest, zranění, vážnou nemoc, lékařské zákroky a invazivní postupy nebo strach vyvolávající zkušenosti během léčby"* (NCTSN, 2003, in Klepáčková, 2019:90).

Traumatické stresové reakce spojené se zdravotními událostmi v pediatrii byly poprvé popsány v polovině 80. let 20. století. V polovině 90. let byla dokončena první rozsáhlá studie zaměřená na bývalé dětské onkologické pacienty, která mimo jiné zdůraznila význam traumatické stresové reakce u rodičů těchto dětí (Kazak et al., 1997, in HealthCare Toolbox, 2018). První studie, které se věnovaly problematice traumatického stresu po zranění u pediatrických pacientů, byly realizovány na konci 90. let 20. století (DeVries et al., 1999; Daviss et al., 2000, in Healthcare Toolbox, 2018). *„Studie zjistily, že v případech dětí s život ohrožujícími onemocněními a stavy je míra PTSD u rodičů minimálně stejně vysoká jako u dětí. Pokud jde o identifikaci a léčbu, na rodiče se ale často hned nemyslí"* (Kassam-Adams, in Dockser Marcus, 2019).

PMTS není samostatnou diagnostickou jednotkou, v mnohém se však podobá PTSD, která se v mezinárodní klasifikaci nemocí řadí do kategorie Neurotické, stresové a somatoformní poruchy, podkategorie Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení. Vzniká jako opožděná a/nebo protrahovaná odezva na stresovou událost nebo situaci krátkého nebo dlouhého trvání neobvykle hrozivého nebo katastrofického charakteru, která přesahuje obvyklou lidskou zkušenost a pravděpodobně by způsobila hluboké rozrušení téměř u kohokoliv. Nástup symptomů následuje po traumatu s latencí v řádu týdnů až měsíců (Dušek, Večeřová-Procházková, 2015). Některé symptomy PMTS a PTSD jsou totožné (k těm hlavním patří nadměrné vzrušení či napětí, znovuprožívání a vyhýbání se připomínkám dané události), nejedná se však o stejný stav a projevy PMTS nejsou omezeny jen na symptomy PTSD. Intenzita symptomů je individuální, může také v průběhu času kolísat a do značné míry je ovlivněna subjektivním prožíváním daného jedince a jeho vlastním pochopením situace spojené s onemocněním či zraněním (CHOP, 2019a).

PMTS je obvyklou reakcí na potenciálně traumatickou zdravotní událost napříč mnoha obory pediatrické péče, výzkumy však při srovnání jednotlivých typů onemocnění či zranění potvrzují variabilitu v míře jeho prevalence. Lze předpokládat, že existují určité charakteristiky společné pro všechny typy zdravotních událostí – řadí se k nim například povaha vzniku onemocnění či zranění, intenzita a délka trvání léčby, riziko recidivy nebo dlouhodobých komplikací a subjektivní vnímání dané události – jejichž variace fungují jako rizikové či naopak ochranné faktory ve vztahu k rozvoji, intenzitě, průběhu a prognóze PMTS (Price et al., 2016).

Graf 1: Podíl rodičů a dětí se závažnou stresovou reakcí na vážné onemocnění nebo úraz



Zdroj: Children's Hospital of Philadelphia (2019), upraveno autorkami

PMTS se ve srovnání s jinými typy traumatických událostí pojí s velmi specifickými stresory a podněty. Patří k nim fyzická bolest (jako traumatická zkušenost je blízkými dítěte vnímána zejména obtížně zvládnutelná, neustávající bolest), invazivní, bolestivé zákroky, rozvoj anticipační úzkosti, separace a izolace, kontakt s utrpením druhých (nejednou i zkušenost s úmrtím jiného dítěte), dlouhodobé či trvalé následky onemocnění nebo úrazu (CPTS, 2015, in Klepáčková, Černá, Šišovská et al., 2019).

V obecné rovině je traumatická stresová reakce (užívá se také termín posttraumatický stres – *post-traumatic stress)* odborníky zabývajícími se touto problematikou považována za normální reakci na abnormální situaci a přirozenou reakci na stres, která obvykle sama v poměrně krátké době odezní, nikoli duševní onemocnění (Hafeez, in Brody, 2018). V kontextu sociální práce s rodinami vážně nemocných či zraněných dětí je klíčové identifikovat rizikové děti a rodiny, u kterých by se mohla tato počáteční stresová reakce rozvinout v PTSD či jinou přetrvávající, dlouhodobou formu reakce na trauma, se zaměřením na preventivní intervence. Neméně důležitá je identifikace dětí a rodin, u kterých již k tomuto rozvoji došlo a potřebují intenzivnější, cílenou formu podpory a péče (Brosbe, Hoefling, Faust, 2011; NCTSN, 2014).

Některé děti a rodiny zažívají tuto stresovou reakci již od okamžiku zranění či potvrzení diagnózy vážného onemocnění, rozvinout se ale může kdykoli v průběhu od podezření na onemocnění až po období dlouho po ukončení léčby. Velmi důležitým aspektem je skutečnost, že závažnost, intenzita a délka trvání této stresové reakce často není přímo úměrná objektivní vážnosti zdravotního stavu a jeho prognóze. Jedním z hlavních faktorů ovlivňujících její vznik a průběh je vlastní vnímání pocitu ohrožení života. Vyšší riziko rozvoje přetrvávající traumatické reakce mají rodiče, kteří věří, že je život jejich dítěte ohrožený a mohlo by zemřít. Tomuto vyššímu riziku jsou vystaveny i samotné děti, které vnímají ohrožení vlastního života (Brosbe, Hoefling, Faust, 2011; NCTSN, 2014).

Aspekty nemoci nebo zranění dítěte, které jsou pro rodinu vysoce stresující a potenciálně traumatizující

Události spojené s vážným onemocněním či zraněním dítěte jsou spjaty s mnoha aspekty, které jsou pro většinu rodin velmi stresující a potenciálně traumatizující. Často zcela zásadně naruší přesvědčení dítěte a jeho blízkých o světě jako bezpečném místě, důvěru ve vlastní schopnost sebe a své dítě ochránit a jsou nemilosrdnou připomínkou vlastní zranitelnosti a křehkosti života. Dítě a jeho blízcí mnohdy intenzivně prožívají pocit ohrožení života, byť se nemusí vždy jednat vzhledem k vážnosti zdravotního stavu o reálnou hrozbu.

„Rodiče si uvědomují, že bojují o život svého dítěte, vidí na oddělení umírat jiné děti, vidí děti v bolestech – toto je trauma" (Kazak, in Dockser Marcus, 2019).

Riziko, že bude daná událost vnímána jako traumatická, se zvyšuje v případě, že k ní dojde nečekaně, bez varování (úrazy a nehody, náhlé propuknutí onemocnění, náhlá hospitalizace), léčba vyžaduje bolestivé nebo strach vyvolávající zákroky nebo je pobyt v nemocnici spojen s podněty (například zvuky přístrojů, na které je dítě připojeno), které rodiče a blízcí pociťují jako znepokojivé či přímo děsivé (CPTS, 2015, in Klepáčková, Černá, Šišovská et al., 2019).
Zvláště v případě zranění jsou děti a jejich blízcí často vystaveni specifickým podnětům, které v nich mohou vzbuzovat velmi intenzivní úzkost a strach (například transport zdravotnickou záchrannou službou, nepřítomnost rodičů či oddělení rodičů od dítěte, typicky v případě autonehody, kdy je každý transportován do jiného zdravotnického zařízení, přítomnost dalších záchranných složek, atd.) a které představují rizikové faktory z hlediska rozvoje traumatického stresu a dlouhodobé stresové reakce (NCTSN, 2014). Intenzivní léčba a s ní spojené zákroky či nutná opatření mohou působit na dítě a jeho blízké velmi děsivě a vést k pocitu bezmoci (zejména v případě invazivních zákroků, nutnosti umístění na oddělení JIP či ARO, převozu na specializované pracoviště apod.). Mimořádně stresujícím faktorem je také nejednou i roky trvající nejistota o průběhu a výsledku léčby a nejasná prognóza. Dalším velmi rizikovým faktorem je skutečnost, že rodiny se kromě bolesti a utrpení vlastního dítěte setkávají především během hospitalizace i s bolestí dalších rodin a mnohé mají zkušenosti s úmrtím jiného dítěte. Není výjimečné, že se rodina musí vypořádat se situací, kdy jejich dítěti zemře kamarád či zemře dítě rodině, se kterou se v nemocnici sblížili. Rodina je také často vzhledem k okolnostem nucena činit zásadní rozhodnutí v době, kdy prožívá extrémní úzkost a tíseň (CPTS CHOP, 2011).
Specifickou a velmi ohroženou skupinu tvoří rodiče předčasně narozených dětí, které vyžadují po narození intenzivní péči. Dle výsledků studie realizované mezi rodiči dětí hospitalizovaných na novorozenecké JIP (Lucile Packard Children's Hospital, Palo Alto, Kalifornie, USA), 30 % rodičů splňovalo diagnostická kritéria PTSD a u dalších 30–40 % se projevovaly závažné symptomy, které narušovaly jejich běžné fungování (Shaw, in Dockser Marcus, 2019).
K aspektům, které mohou ovlivnit, jak bude situací spojenou s onemocněním či zraněním zasaženo konkrétní dítě a jeho rodina a v jaké míře jsou ohroženi rozvojem traumatické stresové reakce, patří následující (CPTS CHOP, 2011):

- Jednalo se o náhlou, nečekanou událost, či se vyvíjela postupně?
- V jaké míře bylo dítě vystaveno bolestivým zákrokům či jiným podnětům, které v něm a jeho blízkých vyvolávaly strach nebo pocit bezmoci?
- Existuje pravděpodobnost pozdějších komplikací nebo následků (včetně hrozby recidivy)?
- Do jaké míry jsou nebo byli přímo ovlivněni další členové rodiny (například autonehoda rodiče s dítětem či přítomnost rodiče při resuscitaci dítěte)?
- Bylo zranění či onemocnění způsobeno jinou osobou?
- Má dítě fyzické následky, které jsou patrné navenek?

Pro rodiče a další blízké osoby dítěte je dalším takovým aspektem také nutnost opakovaně popisovat okolnosti a průběh události. Velmi riziková z hlediska možného rozvoje dlouhodobých negativních následků je pak medializace případu, případně situace, kdy se onemocnění nebo zranění dítěte stává předmětem soudního řízení a/nebo zájmu veřejnosti (typicky v případech ublížení na zdraví z nedbalosti nebo tragických nehod).
Vážné onemocnění nebo zranění dítěte, zejména pak takové, které se pojí s trvalými následky, je svojí povahou progresivní, střídají se fáze remise a relapsu nebo se jedná o život limitující stav, je také prakticky vždy v životě rodiny spjato s určitými sekundárními ztrátami. Onemocnění nebo zranění představuje primární ztrátu, která následně vede k dalším sekundárním ztrátám a změnám, které jsou jejím přímým důsledkem a kterým rodina a blízcí dítěte čelí a musí se s nimi vyrovnat. Často mají tyto sekundární ztráty výrazný dopad ve víceru oblastí jejich života se zásadním ovlivněním jeho kvality. Důležité je povědomí o skutečnosti, že tyto ztráty mohou být prožívány stejně bolestně a intenzivně jako samotné onemocnění nebo zranění. Typickými sekundárními ztrátami je ztráta

domova, ztráta určitých rolí a identity, sociálního statusu, manželství, dosavadního životního stylu, zaměstnání, finanční jistoty, víry, nadějí a přání spojených s budoucností, vlastního zdraví, sebevědomí i další. Tyto sekundární ztráty přitom obvykle přicházejí do života postupně, nikoli všechny najednou, což přispívá ke komplexnosti a náročnosti celkové situace a zátěže rodiny. Daný jev je popisován jako proces nekončících ztrát, neboť nemá na rozdíl od jednorázové traumatické nebo zátěžové situace (například úrazu, po kterém se jedinec plně zotaví, nebo onemocnění, které je po nastavení léčby kompenzované) jasně vymezený začátek a konec a ohraničený nebo odhadnutelný rozsah a dopad. Tyto rodiny žijí mnohdy i roky v nepřetržité nejistotě, co bude následovat, a zároveň se musí neustále přizpůsobovat nové situaci. Přitom prožívají zármutek nad každou z jednotlivých ztrát, velmi často však nemají potřebný prostor a čas je oplakat. Proces truchlení i adaptace také značně ztěžuje skutečnost, že bývají trvale obklopeny připomínkami toho, co vše v důsledku onemocnění nebo úrazu již ztratily (Epstein, Horwitz, 2003; Barkway, 2009; Jackson, 2014).

Charakteristika rodin, které jsou zranitelnější a více ohrožené z hlediska možného rozvoje závažné či přetrvávající traumatické stresové reakce a dlouhodobých negativních následků

Dle výsledků studií vážně nemocných nebo zraněných dětí a jejich rodičů je výskyt traumatické stresové reakce více spjat se subjektivní zkušeností a vlastním pochopením a prožíváním dané události než s objektivní závažností zdravotní stavu z lékařského hlediska. Pro pracovníky je velmi důležité pamatovat na skutečnost, že objektivní závažnost onemocnění či zranění dítěte není v mnoha případech spolehlivým ukazatelem, které rodiny jsou nejvíce ohroženy možným rozvojem dlouhodobých negativních následků. K rizikovým faktorům, kterým by vždy měla být věnována pozornost, naopak patří již existující zranitelnost rodiny; dřívější problémy v oblasti chování či duševního zdraví; aspekty zranění nebo onemocnění, které jsou vnímány jako traumatické; charakter časné reakce dítěte a rodiny na tuto událost (NCTSN, 2014).

Vyššímu riziku rozvoje závažné, dlouhodobé stresové reakce, včetně PTSD, jsou v souvislosti s onemocněním nebo zraněním dítěte vystaveni zvláště rodiče či další členové rodiny, kteří (NCTSN, 2018, in Klepáčková, 2019):

- prožívali intenzivní akutní nebo časnou traumatickou stresovou reakci
- již prožili určité trauma
- již před onemocněním nebo zraněním dítěte měli emoční či duševní problémy
- prožívají současně jiné stresující nebo náročné životní situace
- nemají dostatek pozitivní sociální podpory

Významným faktorem, kterému nebývá v praxi vždy věnována dostatečná pozornost, může však mít na život rodiny a její nynější i budoucí fungování devastující dopad, je to, jak rodina prožívá okolnosti onemocnění či zranění dítěte. Tento faktor má zásadní roli zejména v případech, kdy došlo ke zranění dítěte v důsledku nepozornosti, nedbalosti nebo podcenění okolností (typicky například v případech opaření nebo popálení malých dětí, topení, otrav, pádů z okna, autonehod či sražení autem, apod.). Rodiče (či další blízké osoby, pokud ke zranění došlo například při hlídání dítěte jiným členem rodiny) mohou trpět pro ně až nesnesitelnými výčitkami a pocity viny, které mohou zcela zásadně ovlivnit a narušit jejich schopnost fungování prakticky ve všech oblastech života. Není výjimkou, že se rodič (či jiný člen rodiny nebo blízká osoba) i mnoho let po zranění nebo onemocnění dítěte trápí mučivými otázkami: *„Proč jsem na ni nedávala větší pozor?“*, *„Proč jsem ho tam pustila?“*, *„Proč jsme ho nevzali k doktorovi dřív?“*, *„Co jsem v těhotenství zanedbala?“* Pokud není tomuto aspektu včas věnována nezbytná pozornost a péče, včetně doporučení vhodné odborné terapeutické pomoci v případě potřeby, může vést nejen k rozvoji vážného duševního onemocnění (například PTSD, úzkostné poruchy, deprese aj.), ale i mnoha dalších patologických jevů a rizikového chování (například závislosti na návykové látce či sebevražednému chování).

TRAUMA-INFORMOVANÝ PŘÍSTUP V PEDIATRICKÉ PÉČI

Integrace porozumění možného traumatickému dopadu vážného onemocnění či zranění na dítě a jeho blízké může výrazně ovlivnit to, jak je touto událostí rodina zasažena, jak na ni bude reagovat a jakým způsobem bude schopna se s ní vyrovnat. Trauma-informovaný přístup se v zahraničí uplatňuje v sociální práci s různými cílovými skupinami již více než 30 let a dále se rozvíjí, do oblasti pediatrické péče byl implementován v posledním desetiletí (NCTSN, 2014).
V této oblasti sociální a zdravotně sociální práce nabízí trauma-informovaný přístup koncept, jak mimo jiné rozpoznat a řešit zátěž a možné trauma spojené s danou životní situací a přispět ke zmírnění jejího negativního dopadu (Kassam-Adams, Butler, 2017, in Klepáčková, Černá, Šišovská et al., 2019). I když se velká část rodin dokáže se situací spojenou s vážným onemocněním nebo zraněním dítěte dobře vyrovnat a zvládnout ji, psychosociální podpora a intervence založené na principech trauma-informovaného přístupu mohou být nepochybně přínosem pro všechny rodiny, což potvrzují i zkušenosti z praxe (Kassam-Adams, Marsac, Hildenbrand et al., 2013; CPTS, 2015).
Dle definice The Institute on Trauma and Trauma-Informed Care (Buffalo University, nedat.) je trauma-informovaný přístup *„přístupem v oblasti zdravotních a sociálních služeb, který vychází z předpokladu, že s velkou pravděpodobností má jedinec v anamnéze určité trauma. Dokáže rozpoznat přítomnost příznaků traumatu a uznat roli, jakou může toto trauma hrát v životě daného jedince i pro poskytovatele služby.*" Trauma-informovaný přístup rozumí všeprostupující povaze traumatu a jeho možnému vlivu. Podporuje prostředí, které přispívá k uzdravení a obnově, spíše než praktiky a služby, které by mohly jedince neúmyslně retraumatizovat. Základní charakteristikou je posun v tom, jak daného jedince vnímáme: Od „*Co je s vámi špatně?*" k „*Co se vám přihodilo?*" Mezi jeho pět hlavních principů patří bezpečí, možnost volby, spolupráce, důvěryhodnost a zmocnění (Buffalo University, nedat.).
Trauma-informovaný přístup v pediatrické péči přispívá k minimalizaci traumatického dopadu zdravotní události, zohledňuje možný vliv jiných současných stresorů v životě rodiny, pomáhá řešit akutně prožívané obavy a úzkost, poskytuje emoční podporu rodině jako celku, podporuje její zdravé způsoby zvládání zátěže, nabízí rodině doprovázení v průběhu celého procesu léčby a pomáhá identifikovat ty, které potřebují více podpory (Kassam-Adams, Marsac, Hildenbrand et al., 2013; Marsac et al., 2016). Tento přístup také pomáhá pracovníkům podílejícím se na péči lépe a efektivněji zvládnout situace, kdy je současná zdravotní léčba a péče o dítě ovlivněna následky předchozích traumatických zkušeností dítěte samotného či jeho rodiny a blízkých (CPTS, 2018, in Klepáčková, 2019).
V oblasti praktického využití tohoto přístupu v sociální a zdravotně-sociální práci v pediatrické péči je základním východiskem myšlenka, aby všichni pracovníci podílející se na péči, bez ohledu na jejich povolání či pozici, přistupovali k dětem a jejich rodinám v souladu s jeho principy a v praxi bylo začleněno pochopení traumatického stresu a souvisejících reakcí do běžného kontaktu a interakcí s dětmi a jejich rodinami. Za důležité je pokládáno, aby se všichni pracovníci naučili v rámci své činnosti a kompentencí poskytovat základní intervence, které by pomohly minimalizovat v životech dětí a jejich rodin potenciál pro přetrvávající trauma a maximalizovaly kontinuitu péče (Kassam-Adams, Marsac, Hildenbrand et al., 2013; NCTSN, 2014).
Na poli TIPC v oblasti práce s rodinami vážně nemocných či zraněných dětí byly v zahraničí vytvořeny a v praxi jsou využívány mimo jiné dva specifické nástroje:
Model prevence *(Pediatric Psychosocial Preventive Health Model; PPPHM)* a **D-E-F Protokol** *(D-E-F Protocol)*, jež byly koncipovány odborníky z Centra pro pediatrický traumatický stres při Dětské nemocnici ve Filadelfii *(Center for Pediatric Traumatic Stress, Children's Hospital of Philadelphia; CPTS)*.

Model prevence

Třístupňový Model prevence, jenž je adaptací rámce pro prevenci vytvořeného Národním institutem pro duševní zdraví *(The National Institute of Mental Health)*, nabízí odborným pracovníkům ve

zdravotnictví, zejména pak sociálním a zdravotně sociálním pracovníkům, účinnou pomůcku pro systematické posouzení individuálního psychosociálního rizika konkrétní rodiny. Pracovníkům také pomáhá v procesu volby vhodných intervencí, které by odpovídaly celkové situaci dané rodiny a její schopnosti se na prožívanou zátěžovou situaci adaptovat. Cílem tohoto modelu je stanovit, jak by mohla být rodinám akutně i chronicky nemocných či zraněných dětí efektivně poskytnuta psychosociální podpora, která bude odpovídat úrovni jejich potřeb a rizik. Jeho základním východiskem je předpoklad, že ne každá rodina bude v rámci poskytování péče potřebovat stejnou úroveň podpory (Kazak, 2006; Kazak, Rourke, Alderfer et al., 2007).
Počátečním krokem má být dle doporučení tohoto modelu poskytnutí základní podpory a informací každému nemocnému či zraněnému dítěti a jeho rodině, posouzení míry akutní tísně a identifikace rizikových faktorů, jež by pomohly určit, které děti a rodiny by mohly potřebovat více podpory. Na základě tohoto posouzení jsou pak děti a jejich rodiny rozděleny do tří kategorií dle stupně rizika možného rozvoje závažnější traumatické reakce a negativních následků. Zhodnocení situace rodiny by mělo být opakováno v pravidelných intervalech nebo dle potřeby (například při zásadní změně související s průběhem onemocnění a léčbou, při relapsu či v případě významných změn v životě rodiny, ke kterým může patřit například změna nebo ztráta zaměstnání rodiče, stěhování, rozvod, vážné onemocnění či úmrtí člena rodiny, finanční potíže aj.; Kazak, 2006; Kazak, Rourke, Alderfer et al., 2007; NCTSN, 2014).

Obrázek 1: Model prevence



Zdroj: NCTSN 2014:4, upraveno autorkami

Většina dětí a rodin, které jsou zasaženy situací spojenou s vážným zdravotním stavem dítěte, prožívá přirozený strach a obavy, zároveň ale vykazují dostatečnou míru resilience a disponují dobrými mechanismy zvládání zátěže. Tyto rodiny je možné zařadit do stupně nízkého rizika, kdy k úspěšnému zvládnutí situace obvykle dostačuje univerzální forma pomoci. Ta je směrována především k posílení schopnosti využít vlastní zdroje a silné stránky a poskytnutí intervencí zaměřených na zabezpečení základní podpory a útěchy, potřebných informací a vhodné psychoedukace a posouzení možných rizikových faktorů indikujících vyšší stupeň rizika. Menší část rodin, které prožívají výraznější akutní stresovou reakci či u nich lze identifikovat více rizikových faktorů, je hodnocena jako se středním stupněm rizika a je na ně zaměřena cílená, zvýšená forma podpory a vedení. U těchto rodin je důležité věnovat pozornost známkám přetrvávající stresové reakce a tísně, pomoci jim připravit se na možné zátěžové situace a jejich překonání s předstihem, posílit jejich schopnosti zvládání zátěže a využít dostupné zdroje pomoci. Malé procento dětí a rodin lze zhodnotit jako s vysokým stupněm rizika a jejich stav, který již zásadním způsobem ovlivňuje kvalitu života i samotnou léčbu, vyžaduje intenzivní psychosociální podporu, posouzení nebo specifické intervence v oblasti duševního zdraví či doporučení/zajištění odborné terapeutické péče (NCTSN, 2014; Muscara, McCarthy, Hearps et al., 2018).

D-E-F Protokol
Tento nástroj je praktickým nástrojem pro implementaci principů trauma-informovaného přístupu do práce s rodinami a blízkými vážně nemocných či zraněných dětí. Tato jednoduchá

a srozumitelná technika poskytuje všem poskytovatelům péče v oblasti zdravotnictví – od lékařů, přes zdravotní sestry až po sociální pracovníky – spolehlivé vodítko, jak identifikovat, co mohou sami v rámci svého povolání udělat pro zmírnění traumatizujícího dopadu této životní situace na dítě a jeho blízké a jak přispět k prevenci dlouhodobých negativních následků (CPTS, 2018, in Klepáčková, 2019). D-E-F Protokol je tvořen třemi základními pilíři, ve kterých jsou zakotveny klíčové prvky trauma-informované pediatrické péče a jeho samotný název je vyjádřením skutečnosti, že po zajištění priorit v oblasti fyzického zdraví (pravidlo ABC pro předlékařskou první pomoc) je nezbytné věnovat pozornost a péči prožívané tísni a utrpení rodiny, usilovat o její emocionální podporu a pamatovat na potřeby rodiny jako celku. Zkratka D-E-F tak zároveň představuje dobře zapamatovatelnou připomínku klíčových prvků trauma-informované pediatrické péče (Healthcare Toolbox, 2018).

Tabulka 1: D-E-F Protokol

D-E-F Protokol (**D**istress-**E**motional Support-**F**amily)		
D	**Tíseň**	Posoudit a zvládnout bolest Zeptat se na obavy a strach Zvážit žal a pocit ztráty
E	**Emocionální podpora**	Koho a co potřebuje dítě právě teď? Překážky v mobilizaci stávajících zdrojů podpory
F	**Rodina**	Posoudit utrpení rodičů, sourozenců a dalších blízkých osob Zhodnotit stresory a zdroje rodiny Věnovat pozornost dalším potřebám, mimo zdravotní

Zdroj: Healthcare providers guide to traumatic stress in ill or injured children (CPTS, 2018, in Klepáčková, 2019)

Tabulka 2: D-E-F Protokol pro sociální pracovníky

D-E-F Protokol pro sociální pracovníky		
D	**Bolest a úzkost**	Co dítě momentálně potřebuje? Jak zvládá léčbu? Rozumí rodiče povaze onemocnění či zranění a léčbě? Poskytovat přesné informace srozumitelným, jednoduchým jazykem. Pozorně poslouchat a vyjasnit mylné představy rodičů i dítěte. Poskytnout ujištění a realistickou naději, nikdy neslibovat nic, co nelze zaručit! Věnovat pozornost prožívanému žalu a pocitům ztráty. Posoudit komplexně současnou situaci rodiny (včetně možných dalších nedávných náročných situací, např. rozvod, úmrtí člena rodiny, stěhování apod.).
E	**Emocionální podpora**	Naslouchat rodičům • *Jaké vaše dítě je? Co má rádo, čeho se bojí, co mu pomáhá se utišit, když se cítí vyděšené nebo ho něco trápí?* • *Čeho se momentálně bojíte? Co vám dělá starosti?* • Povzbudit je, aby vyhledali v případě potřeby další pomoc Podporovat a posilovat rodiče v pomoci svému dítěti • Povzbudit rodiče, aby byli co nejvíce se svým dítětem a mluvili s ním o tom, čeho se bojí nebo o čem přemýšlí. Navrhnout konkrétní způsoby, jak mohou rodiče svému dítěti pomoci a co nejvíce se zapojit do péče o jeho fyzické potřeby Podporovat zapojení dítěte a rodičů do „normálních" aktivit • Navrhnout jim možné aktivity, které mohou dělat společně a které jsou vhodné vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte • Povzbudit vzájemný kontakt dítěte s kamarády, spolužáky a učiteli

F	**Rodina**	Posoudit, čím se rodina momentálně trápí a co ji zatěžuje • *Jak to jako rodina nyní zvládáte? Pro koho z rodiny je to momentálně zvláště těžké?* Zhodnotit stresory a zdroje rodiny • *Můžete jíst, spát a udělat si někdy přestávku?* • *Kdo by vám mohl pomoci? Jak nebo s čím konkrétně?* Věnovat pozornost dalším potřebám, mimo zdravotní • *Máte nějaké další starosti (například finance, zaměstnání, doprava aj.), kvůli kterým je pro vás aktuální situace ještě náročnější?*

Zdroj: D-E-F Protocol for Trauma-Informed Pediatric Care (HealthCare Toolbox, 2018), upraveno autorkami

IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI

Role sociálního pracovníka a možnosti psychosociální podpory rodiny v pediatrické péči

Sociální pracovník působící ve zdravotnictví je nejednou tím, kdo má k rodině nemocného či zraněného dítěte ze všech pracovníků nejblíže a kdo ji provází v průběhu celého procesu od potvrzení diagnózy po ukončení léčby a mnohdy i velmi dlouho poté v rámci následné péče. Jeho pozice, kompetence a dovednosti mu dávají mnoho příležitostí významně ovlivnit, jak bude zkušenost spojenou s onemocněním nebo úrazem dítěte rodina vnímat, i to, jak bude schopna se s ní vyrovnat a do jaké míry se jí dostane potřebné psychosociální podpory.

Ve spojitosti se sociální prací ve zdravotnictví je důležité zmínit jeden z hlavních aspektů zdravotního traumatu, který přispívá k jeho komplexnosti a který ho odlišuje od ostatních forem traumatických událostí. Tímto aspektem je skutečnost, že zdravotní trauma se často odehrává v kontextu vztahu mezi pacientem (a jeho blízkými) a poskytovatelem péče. Právě kvalita tohoto vztahu a schopnost sociálního pracovníka navázat s rodinou vztah důvěry, projevovat jí svůj respekt, zájem a účast je zcela zásadní pro to, jak bude rodina dítěte zkušenost spojenou s onemocněním nebo úrazem pociťovat. Sociální pracovník by měl mít také povědomí o tom, že zdravotní trauma může do značné míry vztah mezi ním a rodinou ovlivnit či narušit, zejména v případě, pokud je toto trauma neodhaleno a neřešeno (Hall, Hall, 2017).

Vážný zdravotní stav dítěte přináší do života rodiny kvalitativní krizi, k níž je potřeba ze strany pracovníků přistupovat s lidskostí a empatií (Epstein, 2003, in Klepáčková, 2019). Právě sociální pracovník může rodině poskytnout v této oblasti potřebnou psychosociální podporu a vedení a mít nezastupitelné místo v pomoci se lépe na tuto životní situaci adaptovat a překonat ji s co nejmenšími negativními následky do budoucna. Je důležité, aby měl sociální pracovník alespoň základní znalosti o traumatických stresových reakcích souvisejících s vážným zdravotním stavem dítěte, dokázal rozpoznat varovné symptomy jejich rozvoje u jednotlivých členů rodiny, věnoval pozornost prevenci v této oblasti a spolupracoval s ostatními členy multidisciplinárního týmu. Na druhou stranu ačkoli vážné onemocnění nebo zranění dítěte je pro mnoho rodin tou nejbolestnější životní zkušeností a často hlubokým traumatem, jejich dopad nemusí být nutně pouze negativní, přestože bývá nejednou tato rovina spíše přehlížena. Zkušenosti z praxe ukazují, že právě trauma-informovaný přístup, včetně Modelu prevence a D-E-F protokolu, může přispět u rodičů a blízkých vážně nemocných nebo zraněných dětí také k jejich posttraumatickému růstu. Sociální pracovník může mít v životě členů rodiny nenahraditelnou roli v tom, pomoci jim rozpoznat, co jim tato zkušenost přinesla do života pozitivního a v čem jim pomohla – například změnou hodnot, prohloubením vztahů nebo získáním nových příležitostí pomoci někomu dalšímu – a na těchto aspektech dále stavět a rozvíjet je (Picoraro et al., 2014; Rodríguez-Rey et al., 2016).

Odborní pracovníci, kteří se v praxi věnují práci s touto cílovou skupinou, se snaží najít odpověď na klíčovou otázku: **„Jak můžeme poskytnout správný typ a stupeň intervence v kontextu**

specifických rizikových faktorů a zdrojů rodiny, abychom zabránili přetrvávajícímu utrpení a problémům s fungováním?" Obecně lze říci, že intenzivnější psychosociální péči potřebují především rodiny s více rizikovými faktory a méně zdroji podpory (CHOP, 2019b, in Klepáčková, 2019:93).

Hlavní oblasti podpory rodiny ze strany sociálního pracovníka (Healthcare Toolbox, 2018):

- Pomoc při adaptaci na novou životní situaci
- Pomoc při rozpoznání a rozvíjení zdrojů podpory, posílení důvěry ve vlastní dovednosti
- Pomoc při obnovení a posílení pocitu kontroly nad svým životem
- Prevence sociální izolace
- Emocionální podpora, poskytnutí dostatku času a prostoru ke sdílení
- Poskytnutí informací a praktická podpora

„Vzhledem k tomu, že rodiče poskytují primární emoční podporu a péči svému nemocnému nebo zraněnému dítěti, podpora samotným rodičům po diagnóze vážného dětského onemocnění nebo zranění je kritická" (Muscara et al., 2015, in Klepáčková, Černá, Šišovská et al., 2019:59).

Pro sociálního pracovníka je důležité mít povědomí o tom, jak se potřeby rodiny v průběhu poskytování zdravotní péče a léčby dítěte mění, aby mohl tento aspekt zohlednit při volbě vhodného postupu a intervencí při práci s danou rodinou. Ke klíčovým aspektům psychosociální podpory rodiny vždy patří identifikace jejích silných stránek, zdrojů a stresorů; posílení rodičů, aby mohli lépe zajistit potřebnou péči a podporu svému dítěti, a pomoci jim identifikovat jejich vlastní zdravé způsoby zvládání zátěže a jak je v současné situaci efektivně využívat. Sociální pracovník by také měl věnovat pozornost otázkám týkajícím se možných překážek v mobilizaci podpory rodičů; tomu, jak se rodiče cítí jistí v péči o své dítě a zda jim jejich vlastní reakce a prožívání nebrání v tom, aby mohli své dítě lépe podpořit a pomoci mu (Poláková, Tučková, Loučka, 2017; Healthcare Toolbox, 2018).

Zvláště náročným a traumatickým bývá pro rodinu období diagnózy. Zejména během první hospitalizace děti a rodiny často nevědí, co očekávat. To, co se pracovníkům zdá rutinou, je rodinou prožíváno jako neznámé, nepříjemné či přímo děsivé. Je významnou pomocí, pokud může pracovník věnovat rodině na počátku čas navíc, vysvětlit jí vše spojené s průběhem hospitalizace a chodem oddělení (mimo zdravotní péči) a poskytnout rodině dostatek času a prostoru se zeptat na vše, co je pro ni v daný moment důležité. Jednoduché vysvětlení a předání realistických očekávání o tom, co se děje, přispívá u rodiny ke zmírnění obav a strachu z neznámého (Healthcare Toolbox, 2018).

Vzhledem k tomu, že hlavně v prvních okamžicích a dnech mnohdy rodina prožívá mimořádně intenzivní emoce a zároveň je nucena najednou vstřebat velké množství pro ni nových a děsivých informací, je vhodné se s odstupem několika dní od prvního setkání ujistit, do jaké míry rodina sděleným informacím rozuměla, a v případě potřeby jí vše zopakovat či dovysvětlit. Pokud rodina současně prožívá jiné zátěžové situace nebo je ovlivněna dalšími stresory, významně se snižuje její schopnost se na situaci spojenou se zdravotním stavem dítěte dobře adaptovat a naopak se zvyšuje riziko rozvoje závažné traumatické stresové reakce a dalších patologických jevů či rizikového chování.

Významným aspektem je skutečnost, že rodina se nejednou ze dne na den musí zorientovat v pro ni zcela novém a neznámém prostředí a adaptovat se na prostor, ve kterém ztrácí kontrolu nad mnoha do té doby samozřejmými aspekty jejího života, což je pro většinu rodin velmi náročné a může vést k silným pocitům úzkosti. Mimo to se zejména v období intenzivní léčby situace často a nepředvídatelně mění a rodina se musí neustále přizpůsobovat novým okolnostem, náhle se také zásadním způsobem mění role v rodině a jejich náplň. S bojem o přežití a uzdravení dítěte bojují o své přežití a uzdravení zároveň i sami rodiče, své vlastní potřeby ale mnohdy zanedbávají. Typické je pro rodiny vážně nemocných nebo zraněných dětí i odlišné vnímání času. Pro některé rodiny je pak realitou i roky dlouhé období, kdy žijí s vědomím, že kterýkoli den může být pro jejich dítě ten poslední (Poláková, Tučková, Loučka, 2017; Epstein, 2003, in Klepáčková, 2019).

V průběhu léčby by měl sociální pracovník cíleně věnovat pozornost strachu a starostem, které rodina momentálně prožívá, a varovným příznakům traumatické reakce či jiných potíží v oblasti duševního zdraví a sociálního fungování. Rodině také může velmi pomoci podporou v nastavení nové rutiny a denního režimu, s ohledem na možnosti, a v zapojení do péče o dítě. Zvýšená pozornost a péče by měla být rodině věnována při výskytu závažnějších komplikací, nečekaném průběhu léčby nebo nedostatečné odpovědi na léčbu a nepříznivém vývoji zdravotního stavu. K obvyklým reakcím patří v takovém období pocity smutku, strachu nebo zlosti, deprese, podrážděnost či stažení se do sebe. Tyto reakce jsou zpravidla jen dočasné a zlepší se s poskytnutím trpělivého a chápajícího přístupu a empatické, trpělivé podpory. Pokud dítě trpí bolestmi, zejména těžko zvladatelnými, mnozí rodiče prožívají intenzivní pocit bezmoci a úzkosti a tato zkušenost pro ně může být velmi traumatizující. Vítanou pomocí ze strany sociálního pracovníka může být seznámení rodičů s vhodnými technikami přispívajícími k lepšímu zvládání bolesti, například relaxační techniky či jednoduché techniky distrakce (Healthcare Toolbox, 2018). Jedním ze specifických, účinných způsobů, jak mohou sociální pracovníci v průběhu celého procesu interakce s rodinou dítěte pozitivně ovlivnit rozvoj či intenzitu zdravotního traumatu a traumatického stresu, je využití hry. Ta pomáhá odvést pozornost od traumatických zkušeností během léčby, normalizovat prožívané zkušenosti, usnadnit zpracování vlastních emocí nebo se s nimi lépe vyrovnat, zprostředkovat informace či usnadnit komunikaci, snížit míru úzkosti a také poskytovat trauma-informovanou péči na vývojově přijatelné úrovni (Stenman et al., 2019). Vhodnou formou pomoci ze strany sociálního pracovníka je zejména podpora rodiny ve společných herních aktivitách s dítětem a její seznámení s konkrétními činnostmi a aktivitami, které jsou přiměřené vzhledem ke zdravotnímu stavu dítěte a podmínkám nemocnice či zařízení; podpora společné hry nemocného dítěte s jeho sourozenci a vrstevníky; dle situace nabídka dostupných herních či volnočasových aktivit a programů v rámci nemocnice nebo zařízení a povzbuzení rodiny v účasti a zapojení; podpora rodičů a dalších členů rodiny ve vyčlenění dostatku času, který budou moci věnovat samostatné hře se sourozenci nemocného dítěte či dle možností využití prvků hry při vlastní interakci s dítětem.

Velmi náročným obdobím, ač ne vždy je takto pracovníky i okolím vnímáno, je pro mnoho rodin i propuštění z nemocnice a ukončení léčby či předání do péče jiného zařízení. Mnohé ho prožívají jako dobu, kdy přicházejí o pocit bezpečí a zázemí. Často je přechod do domácí péče spojen s pocity izolace a ztráty, neboť rodiny přicházejí o kontakt s lidmi, kteří jsou jim blízcí a ke kterým si vytvořili mnohdy hluboký vztah. Mnozí se obávají, jak doma, bez časté kontroly odborníků, zvládnou vše, co souvisí s péčí o dítě, a někteří rodiče se stávají přehnaně úzkostlivými a ostražitými ve vztahu k možnému opakování úrazu nebo relapsu onemocnění. Pro rodinu bývá náročné, zejména po delší hospitalizaci a léčbě, také znovuobnovení normální rodinné rutiny. Situace bývá ještě náročnější, pokud dítě v důsledku onemocnění nebo úrazu vypadá jinak či například používá kompenzační pomůcky. Členové rodiny i děti samotné si často dělají starosti, jak je mezi sebe přijmou zpátky jejich vrstevníci a jak na ně bude reagovat okolí. Všechny tyto reakce a emoce spojené s návratem domů jsou běžné a důležitou roli má zejména porozumění, podpora a plánování předem (Healthcare Toolbox, 2018).

Vhodnou intervencí ze strany sociálního pracovníka je podpora rodiny při přípravě na možné náročné situace či problémy při návratu do domácího prostředí a pomoc s vytvořením plánu, jak se na ně připravit a zvládnout je (Poláková, Tučková, Loučka, 2017). Zásadní význam má v tomto kontextu také pozornost a péče věnovaná oblasti sekundárních ztrát, kterým konkrétní rodina čelí. Jejich vliv může být především v dlouhodobém horizontu ve vztahu ke kvalitě života a úrovni sociálního fungování pro mnoho rodin zcela rozhodující. Tyto ztráty by měly být identifikovány z pohledu rodiny jako celku i jednotlivých členů, a to dle situace a možností sociálního pracovníka v pravidelných intervalech nebo opakovaně dle potřeby (například při podstatné změně související se zdravotním stavem dítěte a léčbou nebo s životem rodiny – stěhování, ztráta zaměstnání, rozvod, úmrtí, aj.).

Před ukončením spolupráce (nebo přerušením například z důvodu propuštění nebo přeložení do jiného typu zařízení) je důležité věnovat pozornost celkové adaptaci rodiny, stavu jednotlivých členů a rodině pomoci:

- vyhledat dostupné zdroje podpory a spojit se s nimi
- nabídnout praktickou pomoc (a pamatovat na skutečnost, že rodina o konkrétní formu pomoci často sama nepožádá, protože neví, že je pro ni dostupná nebo že na ni má nárok)
- poskytnutnout přiměřenou základní psychoedukaci, dle situace pak včas doporučit nebo pomoci zajistit vhodnou následnou péči či odbornou konzultaci
- ujistit rodinu, že se může i v budoucnu na pracovníka v případě potřeby obrátit, či že rád uslyší, jak se jí daří (Healthcare Toolbox, 2018)

DISKUSE

Zkušenosti ze zahraničí potvrzují, že implementace trauma-informovaného přístupu v pediatrické péči může být bezpochyby přínosem v mnoha aspektech, a to jak pro rodiny nemocných či zraněných dětí a děti samotné, tak pro poskytovatele zdravotní a sociální péče i souvisejících služeb. Je však nutno zohlednit také současné limity tohoto přístupu a určitá rizika vztahující se k jeho možnému zavedení do praxe a vzít v úvahu i specifika českého prostředí a zdejší podmínky a možnosti. Obecně je problematika zdravotního traumatu a zdravotního traumatického stresu v pediatrické péči i v zahraničí dosud relativně novou oblastí výzkumu a k dispozici je jen omezené množství relevantních dat, zdrojů i zkušeností z praxe. Většina zdravotnických a dalších zařízení věnujících se této cílové skupině ještě nemá ošetření této otázky ve své činnosti systémově zakotveno a s výjimkou onkologických onemocnění zatím nebyly vytvořeny standardy psychosociální péče o nemocné či zraněné děti a jejich rodiny. Sociální pracovníci jsou často přetíženi a nejen nedostatečné povědomí o této problematice, ale také nedostatek času patří k významným faktorům ovlivňujícím, do jaké míry mají možnost poskytovat rodinám potřebnou péči a individuálně zaměřené intervence (Kerr, 2018).

V kontextu využitelnosti tohoto přístupu v České republice je nepochybně velmi důležité zohlednit nejen obecné sociokulturní rozdíly (například systém zdravotní péče v USA nebo Velké Británii a u nás), ale také další specifické determinanty. K těm lze zařadit například obsah pracovní náplně sociálního nebo zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví a vymezení jeho kompetencí nebo dostupnost podpůrných a svépomocných skupin jako formy následné podpory pro jedince zasažené určitou životní událostí. Cílená implementace tohoto přístupu do činnosti určité služby nebo zařízení jako celku by představovala poměrně dlouhodobý proces, který by s největší pravděpodobností vyžadoval také navázání spolupráce s odborníky, kteří s ním v praxi již mají zkušenosti. Za nejvýraznější současný limitující faktor považujeme nízké povědomí českých sociálních a zdravotně sociálních pracovníků o problematice různých forem traumatizace a jejich dlouhodobých následků včetně charakteristik pojících se s konkrétními cílovými skupinami a jejich specifickými potřebami.

Jako další z možných limitujících faktorů uplatnitelnosti trauma-informovaného přístupu vnímáme v této souvislosti skutečnost, že zde není na rozdíl od zahraničních zemí, ze kterých jsme čerpaly, ukotvena ve zdravotnictví pozice *„Child Life Specialist"*. Tito pracovníci jsou všeobecně akceptováni jako plnohodnotní členové multidisciplinárního týmu, jejichž hlavním zaměřením je pomoci rodině jako celku vyrovnat se s dopadem onemocnění nebo zranění dítěte, předcházet možnému rozvoji negativních důsledků a být pro rodinu dalším zdrojem podpory. Rodinám a blízkým dětí pomáhají a jsou k dispozici v závislosti na jejich individuálních potřebách v průběhu celého procesu od diagnostiky, přes akutní léčbu až po období návratu domů a zařazení do běžného života, dle situace také v rámci následné nebo paliativní péče (Mayo Foundation for Medical Education and Research, © 1998–2020). Protože nespadá do náplně jejich činnosti řada úkonů vykonávaných typicky sociálními pracovníky (například administrativa), mohou věnovat podstatně

více času a prostoru individuální a komplexní psychosociální podpoře rodin. V této oblasti mají ve srovnání s nimi čeští sociální pracovníci ve zdravotnictví mnohdy značně limitované možnosti. Na druhou stranu základní principy trauma-informovaného přístupu nejsou postaveny na plnění jednoznačně definovaných zadání či nutně podmíněny určitými předpoklady. Celkově je tento přístup filosofií péče, která vychází z ústředních hodnot sociální práce jako takové, a je v tomto ohledu tedy velmi dobře přenositelný a univerzálně využitelný. Praxe také potvrzuje, že mnozí z českých pracovníků využívají intuitivně nebo cíleně prvky tohoto přístupu, chybí však obecné povědomí o popsaném tématu a jeho systematické uchopení v teoretické i praktické rovině nejen na poli sociální práce, ale také v kontextu činnosti multidisciplinárních týmů. Rizikem by mohlo být při nepřesném či neúplném pochopení principů trauma-informovaného přístupu nepřiměřené soustředění na patologii a negativa v rodině místo zaměření na její silné stránky, zdroje a resilienci nebo jeho záměna za formu terapie. Efektivní uplatnění tohoto přístupu v praxi by bylo velmi pravděpodobně problematické také v případě nedostatečné multidisciplinární spolupráce s nepřesným vymezením kompetencí sociálního pracovníka i ostatních členů týmu ve vztahu ke konkrétním úkonům (například stanovení jednotného postupu při posuzování rizikových faktorů rodiny a volbě navazujících intervencí).

Tato stať, která přináší úvod do dané problematiky, může posloužit jako výchozí zdroj pro další výzkumnou činnost i námět pro širší praktické využití v této oblasti sociální práce včetně vzdělávání. Text také přivádí k zamyšlení, před jakými otázkami v praxi v souvislosti s nastíněným tématem stojíme: V čem potřebují čeští sociální pracovníci působící v oblasti pediatrické péče nejvíce pomoci, aby mohli následně oni sami lépe pomáhat svým klientům? Je to především předání nových teoretických poznatků, nebo posílení jejich sebevědomí a pocitu zmocnění, že to nejdůležitější pro práci i s velmi zranitelnými klienty již mají – svoji empatii a schopnost aktivního naslouchání, přijetí a respektu? Právě v této rovině lze pozorovat jedno z nejvýraznějších pozitiv trauma-informovaného přístupu. Bez závislosti na vnějších podmínkách nebo limitech pomáhá pracovníkům získat nový úhel pohledu na své klienty, přistupovat k nim citlivěji a ohleduplněji, holisticky posoudit jejich celkovou životní situaci, přesněji identifikovat a naplňovat jejich konkrétní potřeby a zároveň posiluje jejich důvěru v sebe sama a potenciál své role v životech klientů.

ZÁVĚR

Zdravotní péče v pediatrii se pojí s mnoha aspekty, které jsou pro rodiny vážně nemocných či zraněných dětí potenciálně traumatizující. Patří k nim zejména samotné zjištění zdravotního problému a ohrožení fyzického zdraví, nutnost podstupovat lékařské zákroky, interakce s více poskytovateli péče a služeb, zkušenost s nepříznivou prognózou u druhých, bolest, prožitek strachu a nejistoty, změna rodinných vzorů a separace členů rodiny (Stenman et al., 2019). Většina rodin zažívajících PMTS je v každodenním životě před onemocněním či úrazem dítěte dostatečně kompetentních s odpovídajícími schopnostmi adaptace a dokážou relativně dobře fungovat i nadále (Kazak et al., 2006). Na druhou stranu existuje poměrně početná podskupina rodin, kterým tyto schopnosti v uspokojivé míře chybí a u kterých je zvýšené riziko přetrvávajících potíží i vystupňování symptomů PMTS (Price et al., 2016). Pro zajištění kompletní a optimální péče o nemocné či zraněné dítě a jeho rodinu je nezbytné kromě léčby fyzického stavu věnovat pozornost také posouzení a potřebným intervencím v oblasti psychosociální podpory, zejména s ohledem na možný rozvoj klinicky závažnější traumatické reakce s přetrvávajícími symptomy dlouhodobě negativně ovlivňujícími každodenní fungování rodiny jako celku (Muscara, McCarthy, Hearps et al., 2018; CHOP, 2019a, 2019b).

V této stati jsme přiblížily dané téma způsobem, který by nejen přinesl potřebné teoretické poznatky, ale zároveň nastínil jejich praktické využití s respektem k místnímu prostředí i uznáním potenciálu českých sociálních pracovníků působících v této oblasti. Získání základních znalostí o problematice PMTS a jejich cílené uplatňování v praxi může být nepochybně prvním krokem

k lepšímu porozumění situaci rodin vážně nemocných či zraněných dětí a zajištění efektivnější péče o jejich psychosociální potřeby. Důležité je povědomí o tom, že ne všechny rodiny vyžadují stejnou mírou podpory a při volbě vhodných intervencí je potřeba zohlednit jejich individuální rizika a zdroje (Kazak, 2006). Právě sociální pracovníci jsou těmi, kteří mají mnohdy k rodinám dětí ze všech pracovníků v nejednom ohledu nejblíže a mohou zásadním způsobem pozitivně ovlivnit prožívání rodiny a dopad zkušenosti spojené s onemocněním nebo úrazem dítěte.

POUŽITÉ ZDROJE

BARKWAY, P. 2009. *Psychology for Health Professionals*. Australia: Churchill Livingstone Australia.

BRODY, B. 2018. *How to Tell if You Have Normal Post-Traumatic Stress or Something More Serious* [online]. [5. 9. 2019]. Dostupné z: https://www.health.com/anxiety/ptsd-or-normal-post-traumatic-stress

BROSBE, M. S., HOEFLING, K., FAUST, J. 2011. Predicting Posttraumatic Stress Following Pediatric Injury: A Systematic Review. *Journal of Pediatric Psychology,* 36(6), 718–729. DOI: 10.1093/jpepsy/jsq115

CENTER FOR PEDIATRIC TRAUMATIC STRESS. 2019. *Medical Events & Traumatic Stress in Children and Families* [online]. [21. 9. 2019]. Dostupné z: https://www.umassmed.edu/globalassets/child-trauma-training-center-cttc/documents/psychoed-library/medical-trauma/medical_traumatic_stress.pdf

CENTER FOR PEDIATRIC TRAUMATIC STRESS. 2015. *Working With Children and Families Experiencing Medical Traumatic Stress: A Resource Guide for Mental Health Professionals.*

DAVISS, W. B., MOONEY, D., RACUSIN, R. et al. 2000. Predicting Posttraumatic Stress after Hospitalization for Pediatric Injury. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* 39, 576–583.

DE VRIES, A. P. J., KASSAM-ADAMS, N., CNAAN, A. et al. 1999. Looking Beyond the Physical Injury: Posttraumatic Stress Disorder in Children and Parents After Pediatric Traffic Injury. *PEDIATRICS,* 104(6), 1293–1299. DOI: 10.1542/peds.104.6.1293

DOCKSER MARCUS, A. 2019. *For Parents of Ill Children, a Growing Recognition of PTSD* [online]. [29. 9. 2019]. Dostupné z: https://www.wsj.com/articles/for-parents-of-ill-children-a-growing-recognition-of-ptsd-11550577600

DUŠEK, K., VEČEŘOVÁ-PROCHÁZKOVÁ, A. 2015. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. 2. přepracované vydání. Praha: Grada Publishing.

EPSTEIN, F., HORWITZ, J. 2003. *If I Get to Five: What Children Can Teach us about Courage and Character*. USA: A Holt Paperback.

JACKSON, K. 2014. *Grieving Chronic Illness and Injury – Infinite Losses* [online]. 14(4), 18. [2. 4. 2020]. Dostupné z: https://www.socialworktoday.com/archive/070714p18.shtml

HALL, M. F., HALL, E. S. 2017. *Managing the Psychological Impact of Medical Trauma: A Guide for Mental Health and Health Care Professionals*. New York: Springer Publishing Company.

HEALTHCARE TOOLBOX. 2018. *Trauma Informed Pediatric Care* [online]. [5. 10. 2019]. Dostupné z: https://healthcaretoolbox.org/what-providers-can-do/d-e-f-protocol-for-trauma-informed-pediatric-care.html

HEALTHCARE TOOLBOX. 2015. *What Providers Need to Know* [online]. [5. 10. 2019]. Dostupné z: https://healthcaretoolbox.org/what-providers-need-to-know.html

CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA. 2019a. *Pediatric Traumatic Stress* [online]. [23. 10. 2019]. Dostupné z: https://www.chop.edu/conditions-diseases/pediatric-traumatic-stress

JANSSEN, J. S. 2019. *Medical Trauma* [online]. [21. 9. 2019]. Dostupné z: https://www.socialworktoday.com/news/enews_0416_1.shtml

CHILDREN'S HOSPITAL OF PHILADELPHIA. 2019b. *Posttraumatic Stress in Pediatric Cancer* [online]. [23. 10. 2019]. Dostupné z: https://www.chop.edu/centers-programs/cancer-center/posttraumatic-stress-pediatric-cancer

KASSAM-ADAMS, N., BUTLER, L. 2017. What Do Clinicians Caring for Children Need to Know about Pediatric Medical Traumatic Stress and the Ethics of Trauma-Informed Approaches? *AMA Journal of Ethics,* 19(8), 793–801. DOI: 10.1001/journalofethics.2017.19.8.pfor1-1708

KASSAM-ADAMS, N., MARSAC, L. M., HILDENBRAND, A. et al. 2013. Posttraumatic Stress Following Pediatric Injury. *JAMA Pediatr,* 167(12), 1158–1165. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2013.2741

KAZAK, A. E. 2006. Pediatric Psychosocial Preventative Health Model (PPPHM): Research, Practice, and Collaboration in Pediatric Family Systems Medicine. *Families, Systems, & Health,* 24(4), 381–395. DOI: https://doi.org/10.1037/1091-7527.24.4.381

KAZAK, A. E., BARAKAT, L. 1997. Parenting Stress and Quality of Life during Treatment for Childhood Leukemia Predicts Child and Parent Adjustment after Treatment Ends. *Pediatric Psychology,* 22, 749–758.

KAZAK, A. E., KASSAM-ADAMS, N., SCHNEIDER, S. et al. 2006. An Integrative Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology,* 31(4), 343–355. DOI: 10.1093/jpepsy/jsj054

KAZAK, A. E., ROURKE, T. M., ALDERFER, A. M. et al. 2007. Evidence-based Assessment, Intervention and Psychosocial Care in Pediatric Oncology: A Blueprint for Comprehensive Services Across Treatment. *Journal of Pediatric Psychology,* 32(9), 1099–1110. DOI: 10.1093/jpepsy/jsm031

KERR, C. 2018. *9 Things You May Not Know About Pediatric Medical Traumatic Stress* [online]. [21. 9. 2019]. Dostupné z: http://copingspace.org/2018/04/23/9-things-you-may-not-know-about-pediatric-medical-traumatic-stress/

KLEPÁČKOVÁ, O. 2019. *Psychosociální podpora rodiny v dětské paliativní péči*. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Vedoucí práce Mgr. Martina Černá, Ph.D.

KLEPÁČKOVÁ, O., ČERNÁ, M., ŠIŠOVSKÁ, M., KREJČÍ, Z. 2019. *Přístup Trauma-Informed Care v sociální práci. Studentský odborný projekt*. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava.

MAYO FOUNDATION FOR MEDICAL EDUCATION AND RESEARCH. © 1998–2020. *Child Life Specialist* [online]. [12. 4. 2020]. Dostupné z: https://college.mayo.edu/academics/explore-health-care-careers/careers-a-z/child-life-specialist/

MARSAC, M. L., KASSAM-ADAMS, N., HILDENBRAND, K. A. et al. 2016. Implementing a Trauma-Informed Approach in Pediatric Health Care Networks. *JAMA Pediatrics,* 170(1). DOI: 10.1001/jamapediatrics.2015.2206

MARSAC, M. L., HILDENBRAND, K. A., KOHSER, L. K. et al. 2013. Preventing Posttraumatic Stress Following Pediatric Injury: A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Psycho-Educational Intervention for Parents. *Journal of Pediatric Psychology,* 38(10), 1101–1111. DOI: 10.1093/jpepsy/jst053

MUSCARA, F., BURKE, K., McCARTHY, C. M. et al. 2015. Parent Distress Reactions Following a Serious Illness or Injury in their Child: A Protocol Paper for the Take a Breath Cohort Study. *BMC Psychiatry,* 15(1). DOI: https://doi.org/10.1186/s12888-015-0519-5

MUSCARA, F., McCARTHY, C. M., HEARPS, J. C. S. et al. 2018. Featured Article: Trajectories of Posttraumatic Stress Symptoms in Parents of Children with a Serious Childhood Illness or Injury. *Journal of Pediatric Psychology,* 43(10), 1072–1082. DOI: 10.1093/jpepsy/jsy035

PICORARO, J. A., WOMER, W. J., KAZAK, E. A. et al. 2014. Posttraumatic Growth in Parents and Pediatric Patients. *Journal of Palliative Medicine,* 17(2), 209–218. DOI: 10.1089/jpm.2013.0280

POLÁKOVÁ, K., TUČKOVÁ, A., LOUČKA, M. 2017. *Potřeby dětí s život limitujícím nebo život ohrožujícím onemocněním a jejich rodin*. Praha: Centrum paliativní péče, z. ú.

PRICE, J., KASSAM-ADAMS, N., ALDERFER, A. M. et al. 2016. Systematic Review: A Reevaluation and Update of the Integrative (Trajectory) Model of Pediatric Medical Traumatic Stress. *Journal of Pediatric Psychology,* 41(1), 86–97. DOI: 10.1093/jpepsy/jsv074

RODRÍGUEZ-REY, R., ALONSO-TAPIA, J., KASSAM-ADAMS, N. et al. 2016. The Factor Structure of the Posttraumatic Growth Inventory in Parents of Critically Ill Children. *Psicothema,* 28(4), 495–503.

SAMHSA'S TRAUMA AND JUSTICE STRATEGIC INITIATIVE. 2014. *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach* [online]. USA. [24. 6. 2019]. Dostupné z: https://store.samhsa.gov/system/files/sma14-4884.pdf

STENMAN, K., CHRISTOFFERSON, J., ALDERFER, A. M. et al. 2019. Integrating Play in Trauma-Informed Care: Multidisciplinary Pediatric Healthcare Provider Perspectives. *Psychological Services,* 6(1), 7–5. DOI: 10.1037/ser0000294

THE NATIONAL CHILD TRAUMATIC STRESS NETWORK. 2014. *Pediatric Medical Traumatic Stress. A Comprehensive Guide.*

UNIVERSITY OF BUFFALO: BUFFALO CENTER FOR SOCIAL RESEARCH. *What Is Trauma-Informed Care?* [online]. [10. 10. 2019]. Dostupné z: https://socialwork.buffalo.edu/social-research/institutes-centers/institute-on-trauma-and-trauma-informed-care/what-is-trauma-informed-care.html

WEBB, B. N. 2009. *Helping Children and Adolescents with Chronic and Serious Medical Conditions: A Strengths-Based Approach*. Hoboken, N. J.: Wiley.

WINSTON, F. K., KASSAM-ADAMS, N., VIVARELLI-O'NEILL, C. et al. 2002. Acute Stress Disorder Symptoms in Children and Their Parents After Pediatric Traffic Injury. *Pediatrics,* 109(6). DOI: 10.1542/peds.109.6.e90

Case management: léčba duševní nemoci a utváření subjektu[1]

Case Management: Treatment of Mental Illness and Formation of the Subject

Radek Carboch

Mgr. Radek Carboch[2] je doktorandem sociologie na Fakultě sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně a výzkumným pracovníkem na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy v Praze. Zabývá se problémy spojenými s procesy deinstitucionalizace a transformace sociálních služeb.

Abstrakt
CÍLE: Prozkoumat způsoby formování subjektu v procesu léčby duševního onemocnění. Studie přináší odpověď na otázku: Prostřednictvím jakých mocenských vztahů se utváří subjekt v praxi case managementu? TEORETICKÁ VÝCHODISKA: Analýza se opírá o práce Michela Foucaulta věnované genealogii moderního subjektu a proměnám technologií moci a vychází ze základních principů teorie aktérů-sítí. METODY: Data jsme sbírali během etnografického výzkumu (zúčastněná pozorování, polo-strukturované rozhovory) ve dvou pobočkách organizace Péče o duševní zdraví Pardubice. VÝSLEDKY: Zjistili jsme, že rozdílné způsoby léčby duševního onemocnění jsou spojeny s rozdílnými strategiemi formování subjektu. Utváření vztahů v praxi case managementu skrze strategie liberální governmentality otevírá prostor pro autonomní jednání lidí žijících s duševním onemocněním a zmírňuje negativní dopady asymetrie psychiatrické moci. IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI: Porozumění sociální podpoře skrze mocenské strategie zvýrazňuje význam partikulárních způsobů utváření subjektu a poukazuje na rozdílný potenciál strategií disciplinace a liberální governmentality v sociální práci.

Klíčová slova
duševní zdraví, case management, mocenské vztahy, liberální governmentalita, disciplinace

Abstract
OBJECTIVES: To explore the shaping of subject in the treatment of mental illness. The text answers the question: Through which power relations is the subject formed in the practice of case management? THEORETICAL BASE: The analysis is based on Michel Foucault's studies of the genealogy of the modern subject and changes in the technologies of power. It is inspired by the basic principles of the actor-network theory. METHODS: Data were collected during ethnographic research (participant observation, semi-structured interviews) conducted in two branches of the

[1] Text vznikl s podporou grantu č. 15-32942A-P09 AZV Ministerstva zdravotnictví České republiky Case management jako komplexní intervence u pacientů s demencí, její vliv na užití zdrojů a kvalitu života pacientů a pečujících. Děkujeme zaměstnancům organizace PDZ Pardubice a jejich klientům, bez jejichž otevřenosti a ochoty ke spolupráci by realizovaný výzkum nebyl možný.

[2] Kontakt: Mgr. Radek Carboch, Bělehradská 67, Praha 2, 120 00; rcarboch@seznam.cz

Péče o duševní zdraví (Care for the Mentally Ill) Pardubice. OUTCOMES: Different ways of treating mental illness are associated with different strategies of subject formation. In the practice of case management, the shaping of relations through the strategy of liberal governmentality opens space for the autonomous behavior of people living with mental illness and reduces the negative effects of the asymmetry of psychiatric power. SOCIAL WORK IMPLICATIONS: Understanding social support through the analysis of power relations highlights the importance of particular ways of subject formation and the different potentials of strategies of disciplination and liberal governmentality.

Keywords
mental health, case management, power relations, liberal governmentality, disciplination

ÚVOD

Vše nasvědčuje tomu, že po dlouhých letech příprav se v České republice započíná reforma systému psychiatrické péče. Její hlavní cíl – zlepšení kvality života lidí s duševním onemocněním – je spojen s důrazem na „uplatňování, prosazování a naplňování lidských práv duševně nemocných v nejširším možném výkladu" (Ministerstvo zdravotnictví, dále jen MZ, 2013:28). Jedním z důležitých dílčích cílů je postupné přenesení těžiště léčby z nemocnic přímo do prostředí, ve kterém ti, kteří byli označeni za duševně nemocné, žijí. Vznikají Centra duševního zdraví, v nichž působí terénní týmy zajišťující komunitní podporu v oblasti duševního zdraví. Týmy jsou multidisciplinární. Spolu s psychiatry, sestrami a psychology jsou členy těchto týmů i sociální pracovníci (Štěpanyová, 2018). Problematika duševního zdraví tedy není řešena jako převážně medicínský problém, ale jako společný úkol pro medicínu a sociální práci (MZ, 2013). V těchto souvislostech předkládáme studii jedné z již realizovaných podob sociální práce v oblasti duševního zdraví v České republice. I když se systém psychiatrické péče od politických změn v roce 1989 změnil jen částečně a jeho hlavní těžiště bylo a stále je v psychiatrické péči poskytované v psychiatrických nemocnicích, psychiatrických odděleních nemocnic a v ordinacích ambulantních psychiatrů (Scheffler, Potůček, 2008; MZ, 2013), na periferii tohoto systému probíhaly již od počátku devadesátých let minulého století pokusy o realizaci různých podob komunitních služeb v oblasti duševního zdraví. V této době se začaly formovat skupiny odborníků inspirované zahraničními přístupy k psychiatrické péči komunitního typu. Usilovaly o komplexnější pojetí a začaly poskytovat služby sociální podpory, jež převládající systém psychiatrické péče nebyl schopen zajistit (Hejzlar, Halíř, Fiala, 2010; Pfeiffer, 2010). Takto také v roce 1995 vznikla nezisková organizace Péče o duševní zdraví (dále jen PDZ) Pardubice.

Ve dvou jejích pobočkách[3] jsme v letech 2016–2018 prováděli[4] terénní etnografický výzkum, během něhož jsme se zajímali obecněji o problematiku poskytování a koordinování sociální podpory v oblasti duševního zdraví a specificky o metodu case managementu jako jednu z institucionalizovaných podob sociální práce. Prováděli jsme zúčastněná pozorování na pravidelných setkáních terénních týmů, poradách a supervizích, případových konferencích, destigmatizačních a osvětových kampaních či programech klubu provozovaného PDZ. Společně s case manažerkami a manažery jsme navštěvovali klienty služby v prostředí, kde žijí. Vedli jsme

[3] Data z obou poboček jsme spojili a mluvíme s ohledem na zajištění anonymizace o jediné pobočce PDZ ve Městě. Zároveň, po dohodě s pracovníky PDZ, nechováme jméno organizace nezměněno.

[4] Terénní výzkum jsme prováděli společně s Michalem Synkem. S ním, a také s Danou Hradcovou, jsme směřování výzkumu i jeho výsledky společně průběžně diskutovali. Oba dva mi také poskytli množství cenných zpětných vazeb k předešlým verzím textu. Chtěl bych jim touto cestou za jejich názory, postřehy, komentáře a podporu co nejsrdečněji poděkovat.

rozhovory s vedoucími i členy týmů, s peer konzultanty, jakož i se zástupci dalších poskytovatelů sociální podpory, s nimiž PDZ spolupracuje.

Mezi základní principy teorie aktérů-sítí (Callon, 1984; Latour, 2005), z nichž jsme při našem výzkumu vycházeli, patří přesvědčení o provázanosti teorie, metody a empirické praxe. Metodu sběru a analýzy dat proto v žádné z jejich fází nelze oddělovat od teoretických předpokladů i specifik zkoumané praxe (Law, 2016). Směřování našeho výzkumu bylo vymezeno výzkumným projektem a v praxi se průběžně utvářelo v interakci s aktéry, empirickým polem a rozvíjením teorie. Prostřednictvím sledování praxe týmu jsme se dostali také k dalším aktérům, jako jsou zaměstnanci sociálních odborů městských úřadů, služby chráněného bydlení či veřejní opatrovníci.

Ze zúčastněných pozorování jsme zapisovali terénní poznámky. Rozhovory byly nahrávány na diktafon nebo písemně zaznamenávány. Po přepisu do elektronické podoby byla všechna data ukládána do počítače na zabezpečený disk a analyzována prostřednictvím programu pro kvalitativní výzkum Atlas.ti (Konopásek, 1998). V něm byla členěna na menší celky (úryvky) a kódována. V rámci analýzy, skrze „postupné rozšiřování a zahušťování sítě, jejímiž uzly jsou datové dokumenty, úryvky, kódy, analytické poznámky, a dokonce i samotná propojení těchto objektů" (ibid.:92) jsme průběžně vymezovali důležitá témata, problémy i jejich vzájemné vztahy s ohledem na problematiku formování subjektu a mocenský rozměr vztahů ustavovaných v praxi komunitní léčby. Rozložení výzkumu do tří let nám umožnilo zaměřit se při opakovaných návratech do PDZ na problémy, jež se ukazovaly v rámci analýzy jako významné, a ve vztahu s nimi naše závěry dále rozvíjet.

Vycházíme-li z předpokladu o úzké provázanosti metody a teorie, pak metoda není, a nemůže být, jakýmsi neutrálním nástrojem odpojeným od teoretických předpokladů, ale vždy je jimi nutně ovlivněna. Každá metoda má své specifické dopady a vytváří partikulární podoby reality (Law, 2016). Zmíněná provázanost ale ovlivňuje také teorii, jež není abstraktním myšlenkovým konceptem, odpojeným od empirické reality i metody použité k jejímu prozkoumání, ale je vždy rozvíjena skrze empiricky bohaté případové studie (ibid.). Z nich je potom možné získané poznatky „částečně oddělit od zvláštností jedinečného případu a formulovat je tak, aby inspirovaly analýzu jiných případů – případů odehrávajících se na jiných místech a za jiných okolností" (Mol, 2016:26). Naše teoretizování se opírá o práce Michela Foucaulta věnované problematice vztahu moci/vědění, procesům individualizace, formování moderního subjektu a proměnám technologií moci (Foucault, 2000; 2006; 2007).

Ve svém rozboru psychiatrické moci se Foucault věnuje úloze ústavu-léčebny v procesu léčby a jeho roli v utváření vztahu mezi psychiatrem a pacientem v době zrodu psychiatrického diskursu. Všímá si nejen funkcí, které léčebna zajišťuje, ale i vzájemné provázanosti působení psychiatra a léčebny (Foucault, 2006). Podle Foucaulta byl proces ustavování a rozvoje psychiatrických léčeben spojen se zaváděním nových mocenských strategií, o kterých mluví jako o disciplinaci (ibid.). V této souvislosti nás bude zajímat, jakým způsobem dochází k formování subjektu v rámci case managementu, praxe usilující o psychiatrii, která nemá léčebnu ve svém středu a proti strategiím izolace a dohledu staví ideály samostatného života a participace na životě komunity.

DISCIPLINACE LÉČEBNOU

„Společně s Markétou[5]*, case manažerkou z místní pobočky PDZ, jsme cestou podél řeky došli až k nemocnici. Vcházíme do vstupní haly psychiatrického oddělení. Markéta říká, že do nemocnice chodí na pravidelná setkání psychiatrů, sester a sociálních pracovnic, kterých se účastní vždy někdo z týmu PDZ. Vzájemnou spolupráci hodnotí kladně. Říká, že je zde znají, vědí, co nabízí, a sami jim doporučují klienty. Markéta říká, že si ve vztahu k nemocnici musí spoustu věcí obhájit – proč to dělají, jak to dělají. Někdy je nutné pracovat méně formálně nebo neformálně a potom je třeba postup obhajovat a vysvětlovat, dodává."*
(poznámky z výzkumu)

[5] Všechna jména pracovníků i klientů jsou v rámci anonymizace změněna.

Dnes můžeme jen stěží mluvit o nějakém homogenním monolitu psychiatrické nemocnice. Hospitalizace psychiatrických pacientů může probíhat různě a významné odlišnosti mohou být patrné už mezi jednotlivými odděleními jedné psychiatrické nemocnice. Rozdíly jsou i mezi psychiatrickými zařízeními, další souvisí s rozdílnou délkou hospitalizací (Scheffler, Potůček, 2008; Raboch, Wenigová, 2012; MZ, 2013). I přes různorodost pojetí psychiatrické péče před námi vystupuje objekt, který si pro potřeby tohoto textu označíme jako *léčebnu*. Můžeme ho charakterizovat jako uzavřený prostor vyhrazený poskytování psychiatrické léčby. Je spojen s možností (i nedobrovolné) hospitalizace, izolace pacientů od okolí a jejich soustavného pozorování. Jak jsme si řekli v úvodu, tento objekt je významný pro definici stávajícího dominantního pojetí psychiatrické péče v ČR.

V praxi metody case managementu nemá tento objekt ústřední postavení. Hospitalizace klientů služby v léčebně je nahlížena jako v mnoha ohledech problematická a – při absenci krizových služeb s možností krátkodobého pobytu či ambulantních krizových služeb – se stává až krajním řešením v případech krize, jejíž zvládání přesahuje možnosti terénního týmu. Zásadní podle case manažerů přitom je, aby hospitalizace nebyla delší, než je nezbytně nutné, probíhala v místě klientova bydliště a ve spolupráci s komunitními službami. Neměla by také vést k ponížení a ztrátě důstojnosti hospitalizovaných.

Objekt léčebny je důležitým kritériem pro posuzování úspěšnosti praxe case managementu – významným sledovaným indikátorem je snížení počtů hospitalizací u klientů služby (např. Solomon, 1992) či porovnání finanční náročnosti nemocniční léčby ve srovnání s náklady na provoz terénních týmů (např. Borland, McRae, Lycan, 1989). Jakkoliv by bylo možné charakterizovat metodu case managementu jako snahu o psychiatrii bez léčebny, je zřejmé, že nejde uvažovat o terénních týmech a dominantním systému psychiatrické péče jako o dvou zcela oddělených sociálních světech. Jsou ve vzájemném vztahu, ve kterém rozdílná východiska a směřování mohou produkovat různé antagonismy a napětí, v němž se ale často daří nacházet prostor pro spolupráci. Například již víme, že někteří pacienti se stávají klienty PDZ právě na doporučení zdravotnického personálu nemocnice.

Rozsah této studie nám neumožňuje detailní popis genealogie léčebny. Její role a význam je ale tak zásadní, že se pokusíme o přiblížení alespoň některých skutečností spojených s její funkcí. Zrod psychiatrie jako samostatné disciplíny je spojován s francouzským lékařem, osvícencem a stoupencem revoluce Philippem Pinelem – a s jeho dnes již legendárním osvoboditelským gestem. Pinel dal na konci 18. století sejmout pouta a řetězy lidem považovaným za blázny, kteří přebývali ve sklepeních bývalé věznice v Bicêtre, a začal zde vytvářet podmínky pro jejich léčbu (Foucault, 1994:169–198; 2006). Dobové zprávy o této události akcentují realizaci humanistických ideálů Velké francouzské revoluce a o Pinelovi mluví jako o „lidumilovi". Již v době zrodu psychiatrie se procesy léčby duševního onemocnění a osvobozování pacientů ukazují jako vzájemně související a provázané. V jednom z textů o Pinelovi je zachycen následující dialog: „‚Nezbláznil ses ty sám, občane, že chceš pustit na svobodu takováhle zvířata?' Pinel mu klidně odpověděl: ‚Jsem přesvědčen, občane, že jsou tak nezvládnutelní právě jen vinou toho, že jim chybí vzduch a svoboda'" (Pinel, 1836:56, in Foucault, 1994:170).

Mají-li být pacienti léčeni, musí být osvobozeni z pout. Ale stačí odstranit omezující spojení a vazby, aby došlo k osvobození? Naše východiska v teorii aktérů-sítí nás vybízejí k odmítnutí této zjednodušené představy. Víme-li, že *být* znamená především *být ve vztazích* a souvislostech a že existence bez spojení s dalšími objekty je nepředstavitelná a nemožná, měli bychom se při analýze jakéhokoliv procesu osvobození vždy ptát po způsobech ustavování nových spojení (Latour, 1999). Co tedy následovalo? Odpověď nacházíme u Michela Foucaulta, jenž ve své analýze diskursu rodící se psychiatrie zkoumá podmínky v nově vznikajících léčebnách pro duševně nemocné. Ty nahlíží v souvislosti s rozvojem disciplinačních strategií, skrze něž od přelomu 16. a 17. století postupně v čím dál větší míře dochází k formování těl/myslí prostřednictvím strukturace prostoru a času. Jde o proces, jenž je patrný v proměně škol, výrobních dílen a manufaktur, vězení a podobně.

Disciplinace je charakterizována technologiemi individualizace, dohledu, trestání a pozorování, jež jsou spojeny s produkcí vědění a vytvářením souborů diferencí, jakož i s ustavováním norem a s normalizací (Foucault, 2000; 2006).

Foucault konstatuje, že léčebna se na počátku 19. století stává místem zásadní mocenské asymetrie mezi lékařem a pacientem. Moc zde má být vždy na straně psychiatra a tato skutečnost musí být pacientovi zřejmá již při vstupu do zařízení, stejně jako i po celou dobu jeho pobytu v něm. Uspořádání prostoru i časový rozvrh léčebny musí být takové, aby byla zajištěna pacientova neustálá viditelnost. Duševně nemocný musí nejen vědět, že je pozorován, ale také, že může být pozorován kdykoliv. Proto je důležitý princip centrálního dohledu, čemuž odpovídá hierarchické uspořádání vztahů dohlížejícího personálu, sester a lékařů, které má svůj vrchol v osobě psychiatra. Centralizovaný dohled je spojený s procesem extenzivního zapisování. Vše, co se stane, musí být zaznamenáno. Další důležitou funkcí léčebny je zajištění izolace od okolí, jež má mít terapeutický vliv na pacienty a zároveň přispívat k ochraně komunity (Foucault, 2006:93–122, 344–345). K udržování řádu a reprodukci ustavených hierarchií slouží specifické užívání jazyka, oblečení pacientů, způsob jejich stravování, uspořádání času či denní zaměstnání (Foucault, 2006; srovnej Foucault, 2000). Podobných skutečností si všímá také Goffman (2017) v jeho dnes již klasickém díle *Asylums*. S ohledem na těsnou vazbu mezi teorií a empirií, o které jsme se zmínili v úvodu, považujeme za důležité, že k rozvinutí teoretického konceptu totální instituce došlo především skrze empirický popis života v psychiatrické léčebně. Léčebna, její režimy a uspořádání zásadním způsobem utváří život „chovance" *(inmate)* ve všech jeho aspektech – tedy úplně či totálně.

V procesu disciplinace dochází k individualizaci propojením subjektu s *tělem/myslí*, které Foucault nazývá *somatickou singularitou.* Podle Foucaulta to není tak, že by jednotlivec existoval před formováním subjektu. Naopak, jednotlivec se objevuje až jako výsledek neustálého pozorování, zapisování a potenciálního či reálného trestání, jimiž je utvářeno podřízené *tělo/mysl*. Jednotlivce je tak možné vymezit jen díky působení normalizující agence na *somatickou singularitu* (Foucault, 2006:56). Psychiatrii jde o ovládnutí excesivních a nekoherentních sil, které se chápou jako síly psychické. Foucault proto mluví o psy-funkci *(psy-function)*, jejímž smyslem je zajištění efektivity jednání a přizpůsobení tělesných a psychických výkonů daného jednotlivce sdíleným normám (Foucault, 2006:85–89). Psychické síly jsou umístěny do prostoru, který je vymezen hranicemi těla, a tam také směřují nápravné intervence.

I když nemůžeme přehlédnout změny, které v oboru psychiatrie za více jak 200 let jeho existence proběhly, je patrné, že některé rysy léčebny popsané Foucaultem je možné identifikovat i v psychiatrických nemocnicích, zůstávajících v centru stávajícího systému psychiatrické péče v ČR. S prvky izolace od okolí, uzavření, vytržení ze vztahů, redukce na somatickou singularitu či neustálého dohledu se setkávají, v rozdílné míře podle charakteru zařízení, i dnešní pacienti.[6] Vedlo-li sejmutí vězeňských pout k napojení na disciplinační mechanismy léčebny, jak by mohlo vypadat osvobození od léčebny?

[6] Uvědomujeme si, že s ohledem na detailní empirický popis praxe case managementu působí přiblížení disciplinujících režimů léčebny skrze Foucaultovy studie poněkud nesymetricky. Rozšíření terénního výzkumu na praxi utváření subjektu skrze mechanismy léčebny překračovalo možnosti našeho výzkumného týmu a aktuální etnografické studie z prostředí psychiatrických nemocnic v ČR nejsou k dispozici. S ohledem na význam léčebny v prozkoumávaném empirickém poli jsme nicméně vnímali jako nutné tento objekt do našeho popisu zahrnout. Domníváme se, že základní strategie formování subjektu skrze mechanismy léčebny je možné i tímto způsobem vyznačit. Určitý vhled do stávající situace nám přináší studie Jana Palečka (Paleček, 2010:22–29), či zprávy z kontrolních návštěv realizovaných úřadem ombudsmana. I když ty se zaměřují na oblast systému práva a především na mocenské excesy (Ombudsman, veřejný ochránce práv, 2018). Některé aspekty psychiatrické péče realizované v léčebně popisuje také Kolářová (2017). Pro zkušenosti hospitalizovaných s excesivním průběhem hospitalizace viz www.neklid.net

PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ A FLEXIBILNÍ ASERTIVNÍ KOMUNITNÍ LÉČBA

Systém psychiatrické péče v Československé socialistické republice se vyznačoval orientací především na biologické aspekty duševního onemocnění a byly v něm řešeny téměř výhradně medicínské problémy na úkor sociálních aspektů (Scheffler, Potůček, 2008:29–38). Reformní hnutí, v souvislosti s nimiž se v době po 2. světové válce a zvláště od 60. let minulého století začala výrazně proměňovat podoba psychiatrické péče v některých státech západní Evropy, Severní Ameriky a Austrálie (Henckes, 2011) a která vedla v mnoha případech k procesu deinstitucionalizace (Fakhoury, Priebe, 2002) a vzniku služeb komunitního typu, téměř neovlivnila podobu psychiatrické péče v Československu. Jen někteří odborníci si uvědomovali zásadní rozdíly ve směřování a celkovém pojetí péče a v reformních snahách v zahraničí nacházeli inspiraci. V rámci omezených možností hledali cesty k proměně přístupu k psychiatrické léčbě (Pfeiffer, 2010).

Po změně politických poměrů v roce 1989 se s podporou zahraničních odborníků začíná mluvit o nutnosti humanizace podmínek v léčebnách a také o reformě celého systému.

Příznivci komunitní léčby zakládají občanské sdružení Fokus. S finanční a expertní podporou nizozemských partnerů se uskutečňují i první pokusy se zaváděním metody case managementu v ČR. Mezi jinými se do projektu zapojuje také skupina zformovaná okolo denního stacionáře ustaveného při psychiatrickém oddělení nemocnice v Pardubicích (Stuchlík, 2001). V přímé návaznosti na experimentální zavádění metody case managementu vzniká občanské sdružení Péče o duševní zdraví Pardubice, jemuž se podaří postupně ustavit pobočky působící dnes v sedmi městech a přilehlých regionech v Pardubickém a Královéhradeckém kraji (Hejzlar, Halíř, Fiala, 2010; Pfeiffer, 2010).

Vznik a rozvoj občanských sdružení Fokus, PDZ a některých dalších organizací nemůžeme nahlížet jako výsledek radikální proměny celého systému psychiatrické péče a jako důkaz zásadní změny státní politiky v této oblasti. Spíše jde o reakci na rigiditu tohoto systému a absenci politické vůle k jeho proměně. Disidentský étos, jenž je patrný při hledání a prosazování alternativ v rámci psychiatrie v tehdejší ČSSR, se přenáší i do polistopadového období. Dominantní systém, vůči němuž se stoupenci komunitní psychiatrie vymezovali, nedoznal ani po změně politických podmínek zásadních změn. Snahy o jeho proměnu narážely na odpor některých profesionálů, jak o tom svědčí reakce z počátku devadesátých let:

„Jeden z primářů léčebny oděn v bílém nemocničním stejnokroji glosoval prezentované idey slovy: ‚Aha, tak vy mladí to chcete celé postavit na hlavu. Vy se chcete kamarádíčkovat s pacientama a chodit k nim domu na kafe.' Poznámka byla velice ironická, ale v zásadě shrnovala základní principy, které jsem měl na mysli" (Pfeiffer, 2010:11–12).

Skutečnost, že se komunitní služby ustavují a rozvíjí na periferii stávajícího systému psychiatrické péče, v určitém rozporu s jeho dominantním směřováním a jako jeho alternativa, jež má kompenzovat nedostatky, výrazně ovlivní způsob, jímž je v České republice case management v praxi realizován.

Ještě než se na tuto praxi zaměříme, odhlédněme krátce od situace v ČR a přibližme si kořeny metody case managementu. Neboť souvislosti, ve kterých se ustavuje, a problémy, na které se snaží reagovat, významně určí její podobu i cíle. Musíme se proto přenést do Spojených států v době po 2. světové válce. V té době sílí kritika podmínek ve státních psychiatrických nemocnicích, která spolu s dalšími faktory (jako jsou předpoklad snížení ekonomických nákladů, pokrok ve vývoji psychofarmak apod.) vyústí v proces deinstitucionalizace.

Do roku 1980 bude zredukován počet pacientů ve státních psychiatrických nemocnicích v USA z 560 000 na 140 000 (Morrissey, Goldman, 1984). Počet a zaměření komunitních center, která jsou k dispozici, ale neumožňuje poskytnout podporu všem propuštěným pacientům; navíc nejsou řešeny otázky jejich ubytování a finanční podpory. V souvislosti s tím začínají žít na ulicích amerických měst někdejší pacienti státních nemocnic, kteří nemají kam jít. Mnozí z propuštěných se stávají obyvateli pobytových institucí pro seniory a postižené, někteří končí ve vězení. Proces deinstitucionalizace tak může být nahlížen spíše jako proces trans-institucionalizace (Morrisey, Goldman, 1984; srovnej Fakhoury, Priebe, 2002).

Metoda case managementu vzniká ve vztahu k procesu deinstitucionalizace a jako reakce na problémy s ním spojené. Jako jeden z nástrojů programu komunitní podpory se má podílet na procesu ustavování nových vazeb, které jsou důležité při přechodu pacientů z léčebny do komunity. Její potřebnost vnímají i psychiatři, kteří jsou nuceni opakovaně řešit z jejich pohledu zbytečné hospitalizace, zapříčiněné nedostupností přiměřené komunitní podpory. Mezi hlavní cíle case managementu patří koordinace služeb a poskytování podpory, při které je zajišťována návaznost péče a jsou naplňovány komplexní individuální potřeby klientů služby (Stuchlík, 2001). Způsoby, jimiž lze těchto cílů dosáhnout, mohou být různé. V praxi tak vzniká několik různých modelů case managementu, s rozdílnými prioritami a důrazy při poskytování služby (Iliffe et al., 2017; srovnej Szotáková, 2015). Jedním z modelů case managementu, který patří v současné době v USA mezi nejrozšířenější, je asertivní komunitní léčba (*assertive community treatment;* ACT).

Od poloviny devadesátých let, kdy v ČR probíhaly první pokusy se zaváděním metody case managementu, byl hlavním inspiračním zdrojem právě program asertivní komunitní léčby. Na přenosu této metody se od počátku výrazně podíleli holandští partneři (Stuchlík, 2001). Tato skutečnost měla a má zásadní význam, neboť specifická podoba ACTu, se kterou se v ČR dnes nejčastěji pracuje, je ovlivněna procesem překladu ACTu do systému psychiatrické péče v Holandsku a zkušenostmi s jeho tamějším rozvojem. V Holandsku se z ACTu postupem času stává FACT (van Veldhuizen, 2007), v němž přidané písmeno F odkazuje na flexibilitu. Základní principy ACTu se propojují s prvky Intenzivního case managementu.

Většině klientů terénních FACT týmů v Holandsku postačuje běžně k samostatnému životu jen občasný kontakt s case manažery. Když však klienti prožívají krizi a příznaky nemoci zesílí, když se dostanou do vážných problémů se svým okolím či mají jiné problémy negativně ovlivňující jejich životy, jsou „umístěni na tabuli". „Tabule" je speciální databází, v níž jsou shromažďovány všechny důležité informace pro poskytování a koordinaci intenzivní podpory. Pojem „flexibilní" tedy odkazuje na pružnost přístupu týmu, který přizpůsobuje intenzitu podpory stávající situaci daného klienta a pojem „tabule" na nástroj, který flexibilní přístup zprostředkovává.

Obrázek 1: Flexibilní ACT v Nizozemí



Zdroj: Bahler, 2013.

V levé dolní části obrázku vidíme budovu bývalé psychiatrické léčebny, napravo snímek „tabule“. Vidíme vedle sebe dva rozdílné objekty, které byly či jsou, každý ve své době, zásadní pro poskytování psychiatrické péče. Důležitá je šipka mezi nimi, jež vyznačuje přechod od jednoho k druhému, a propojuje tak procesy odpoutání a navázání.

LIBERÁLNÍ GOVERNMENTALITA

Dříve než si přiblížíme praxi case managementu, načrtněme si základní rysy mocenské strategie, kterou Michel Foucault nazývá liberální governmentalita. Rozvíjí se během osmnáctého století v rámci ustavujícího se aparátu[7] bezpečí a ve vztahu k dalším dvěma způsobům uspořádávání mocenských vztahů (Foucault, 2007). Vedle již zmíněné disciplinace je jím systém práva vymezující zakázané jednání i tresty za porušení těchto zákazů (Foucault, 2006:19–62; 2007:87–115).
Utváření aparátu bezpečí je spojeno s formováním nového kolektivního subjektu, nové „politické osoby“, kterou se stává populace. Populace se zásadně odlišuje od kolektivního subjektu formovaného sociálním kontraktem v systému práva. Místo „lidu“ zaujímá „lidský druh“, jenž se stává předmětem politických strategií (ibid.:29–114; srovnej Agamben, 2011). Foucault mluví o zrození bio-politiky, jejímž cílem je zdraví a prospěch populace, které jsou v přímém vztahu k možnostem ekonomické prosperity a rozvoje moderních států (Foucault, 1999:155–185). S nástupem bio-politiky se formuje také governmentalita jako nová mocenská technologie, odlišná od disciplinace.
Disciplinace je v podstatě dostředivá. Vymezuje prostor, který uzavírá a izoluje. Jen v takovém prostoru se mohou její mechanismy plně rozvinout. Governmentalita ustavující se v rámci aparátu bezpečí je odstředivá, umožňuje integraci dalších nových prvků, které organizuje ve stále se rozšiřující oblasti (Foucault, 2007:44–45). Disciplinace reguluje vše, žádný detail jí nesmí uniknout, stará se i o nejmenší narušení disciplíny. Předepisuje, detailně strukturuje, zakazuje. Governmentalita naproti tomu umožňuje, aby se věci děly, je pro ni charakteristická určitá úroveň nezasahování. Zajímá se také o detaily. Jejich význam ale souvisí s jejich prospěšností, a nejsou tak nahlíženy jako dobré či špatné samy o sobě (ibid: 46).
Governmentalita působí uvnitř reality, a to skrze série analýz a specifických uspořádání. Zaměření na realitu, na vzájemnou hru jejích komponentů je shodné se základními principy liberalismu. Podle Foucaulta (2007) nemáme liberalismus a s ním spojený důraz na svobodu sledovat jako ideologii, ale porozumět mu skrze procesy transformací technologií moci. Pro ně zásadním korelátem utváření bude svoboda jako možnost pohybu a změny místa neboli svoboda jako možnost volné cirkulace lidí i věcí (ibid.:48–49).
Podle dobových politicko-ekonomických teorií je směřování populace vedeno touhou. Každý jedná na základě touhy. Jak říká François Quesnay: „Nemůžete zabránit lidem, aby žili tam, kde se domnívají, že budou profitovat nejvíce, a kde touží žít, neboť touží po profitu. Nezkoušejte je změnit; věci se nezmění" (ibid.:72–73). Pokud se individuální touze umožní realizace uvnitř jistých limitů, tak se bude spontánní a zároveň regulovaná hra touhy – díky množství vztahů a spojení – podílet na prospěchu populace (ibid.:73).
Pro vládu nad populací – tj. pro liberální governmentalitu – je charakteristické, že se zaměřuje na směřování celku i vedení jednotlivce. Její strategie vychází z principů „pastýřské moci“. Způsob, jakým středověký křesťanský pastorát vedl „své stádo“, má několik výrazných rysů, z nichž pro Foucaulta je nejdůležitější směřování k individualizaci. Usiluje se nejen o prospěch celku, ale i každého jednotlivce, jenž je pastýřem veden k vytyčenému cíli (ibid.:115–255). V rámci

[7] G. Agamben shrnuje Foucaltovo pojetí aparátu takto: „a) Je to heterogenní soubor, který zahrnuje prakticky cokoliv…: diskursy, instituce, budovy, zákony, policejní nařízení, filosofická tvrzení, a tak podobně. Aparát je sítí, která je ustavena mezi těmito prvky. b) Má vždy strategickou funkci a je vždy umístěn v mocenských vztazích. c) Ukazuje se jako průsečík vztahů moci a vědění.“ (Agamben, 2009:2–3)

governmentality dochází i ke změně cíle. Neusiluje se o spásu na onom světě, ale o zajištění života zde na zemi. Cílem je zdraví, materiální zajištění a bezpečnost (Foucault, 2016).
Pro problematiku ustavování mocenských vztahů se v rámci liberální governmentality stává zásadním ambivalentní pojem *conduct,* s jehož pomocí je možné artikulovat dva různé pohyby. *Conduct* lze přeložit jako vedení, ale také jako chování. Na jedné straně jím Foucault označuje vedení druhých (prostřednictvím různě odstupňovaných omezujících mechanismů), a na straně druhé chování (těch, kteří jsou vedeni) ve více méně otevřeném poli možností (Foucault, 2007: 191–226; 2016:216). Jde tedy současně o utváření subjektivity skrze akce moci nad jednotlivci, ale i prostřednictvím jednání subjektů v rozdílně otevřeném poli možností a ve vztahu k sobě samým.

CASE MANAGEMENT NEBOLI VEDENÍ PŘÍPADU

„Je středa, 9 hodin ráno, a v kanceláři PDZ ve Městě se sešel tým case manažerů ke společnému zasedání v rámci tzv. ‚Tabule'" (poznámky z výzkumu).[8] Scházejí se takto třikrát týdně a věnují se případům/klientům, kteří byli umístěni na „tabuli". Jestliže jinak se intenzita kontaktů s klienty služby pohybuje kolem jednoho až čtyř setkání za měsíc (v případech, kde to okolnosti umožní, může být i nižší) a každému klientovi se typicky věnuje jeden case manažer, v případě, že je klient umístěn na tabuli, se kontakty výrazně zintenzivní a klient je „sdílen celým týmem". Přestává se dělat rehabilitační práce a řeší se nastalá krizová situace. Na tabuli se klient dostává v důsledku zhoršujícího se zdravotního stavu, nebo takové změny životních podmínek, která ke zhoršení stavu může vést. Také jsou sem umísťováni potenciální noví klienti. Poskytovaná podpora se odvíjí od specifických potřeb jednotlivých klientů, které se ale mohou v průběhu času měnit. Proto nemůže být „dopředu nalajnována" (sdělení case manažerky), ale je třeba ji pružně přizpůsobovat měnícím se individuálním potřebám.
„Sedíme na židlích, většinou u kancelářských stolů, já s poznámkovým blokem, šest case manažerů a vedoucí týmu Lukáš. Všichni jsou vysokoškolsky vzdělaní sociální pracovníci (většinou obor sociální práce, speciální pedagogika apod.). " Case management je poskytován jako služba sociální rehabilitace v rámci zákona o sociálních službách (zákon č. 108/2006 Sb.), a tedy nikoli jako součást zdravotní péče. Zajištění úhrad za poskytované služby ze zdravotního pojištění možné není.[9] S ohledem na finanční náročnost je za daného stavu obtížné získat do týmu zdravotnický personál, a to nejen psychiatry a lékaře, ale také psychiatrické či všeobecné sestry. V týmu není ani žádný psycholog. Zajištění akceschopnosti a komplexnosti poskytovaných intervencí je v zahraničních pojetích ACTu a FACTu spojováno s multidisciplinárním složením terénních týmů. Pro PDZ je tato možnost stále nedostupná. V souvislosti s tím se podoba case managementu v jednom z důležitých kritérií výrazně odlišuje od modelů realizovaných v zahraničí – není poskytována jako zdravotně-sociální služba, ale jako jedna z podob sociální práce. Absence zdravotnických profesionálů v týmu je vnímána jako problém, zvláště v případě, je-li třeba reagovat na neočekávané krizové situace, a představuje tak určitý limit pro flexibilní zintenzivnění podpory.
„Naše pohledy jsou upřeny na Lukáše, který má na klíně položený otevřený notebook. Postupně si otvírá složky jednotlivých klientů, kteří jsou umístěni na tabuli. Nejprve mluví o stěhování klienta Luboše do nového bytu. V domě, kam se má přestěhovat, je problém se zámkem od vstupních dveří – klíč se v zámku někdy zasekává a dveře nejdou otevřít. Jako řešení se nabízí zvonit na sousedy, kteří by Lubošovi otevřeli. Zároveň se v týmu mluví o tom, že je třeba situaci probrat se samosprávou bytového domu a požádat je, aby zámek opravili. Lubošově matce se stěhování s ohledem na tuto skutečnost jeví jako problém. Od ostatních ale zaznívá názor, že to jsou věci, které běžně život přináší, a že po nastěhování se prostě těžkosti budou objevovat. " K zintenzivnění podpory nepřistupují case manažeři jen v době již

[8] I v další části textu jsou pasáže psané kurzívou citacemi z poznámek z výzkumu.

[9] Spolu se vznikem Center duševního zdraví dochází ke změně. Zdravotní pojišťovny by nově měly hradit úkony poskytované v rámci provozu multidisciplinárních terénních týmů (viz MZ, 2017:28–31).

započaté krize, ale i preventivně, v situacích, které by krizi mohly vyvolat. Přestěhování do nového bytu představuje pro klienta zásadní změnu a case manažeři jsou připraveni přizpůsobit podporu aktuálním potřebám klienta. Zároveň je z ukázky patrný další z důležitých rysů poskytované služby. Neusiluje se zde o podporu při přípravě na samostatný život, při nácviku dovedností, ale o podporu přímo se samostatným životem i se souvisejícími problémy.

„Potom Lukáš říká, že dává na tabuli Noru. Podle něj je asi jen otázkou času, kdy někdo ze sousedů zavolá sanitku a ona skončí v léčebně v N., protože v tomhle stavu se na ni nenapojí nikdo. Pravděpodobně vysadila léky. Lukáš si myslí, jestli to není tak, že utíká do hospitalizace. Žije v domácnosti ještě s jedním člověkem a mají velké finanční problémy.“ V rámci case managementu se medicínské a sociální problémy chápou jako vzájemně provázané. V PDZ se v této souvislosti mluví o bio-psycho--sociálním přístupu. Jak ale víme, pole působnosti terénního týmu PDZ je formálně vymezeno oblastí sociálních služeb. Ve vztahu k zdravotnictví působí tak case manažeři PDZ jako zprostředkovatelé. Pro řešení medicínských problémů spojených s duševním zdravím je třeba využívat především služeb ambulantních psychiatrů. Kontakt s nimi, hlavně v začátcích působení PDZ, byl pozitivně ovlivněn faktem, že ředitel sdružení je v regionu známým psychiatrem. Spolupráce byla navázána i s psychiatrickými nemocnicemi. Zároveň není neobvyklé, že kvůli naléhavosti psychiatrických problémů klienti opominou starost o své tělesné zdraví. Členové týmu pak pomáhají klientům při využívání služeb praktických lékařů či různých specialistů. Jak je z ukázky patrné, někteří klienti společně s jinými problémy řeší i tíživou sociální situaci. Pracovníci PDZ jim proto pomáhají zvládat problémy s dluhy, exekucemi a dalšími finančními závazky, buď sami, nebo s pomocí specializovaných poraden. Těm, kteří mají zájem, pomáhají se sháněním zaměstnání. PDZ na rozdíl např. od Fokusu nemá vlastní chráněné dílny, a tak je třeba hledat především na běžném trhu práce.

„Lukáš se ptá na Andreu, potenciální novou klientku. Ta přišla včera v doprovodu své matky na první schůzku, na doporučení ambulantního psychiatra.“ Právě doporučení od psychiatra je jedním ze způsobů, jimiž se potenciální klienti dostávají do kontaktu s pracovníky týmu. Zástupci PDZ, ale i další poskytovatelé sociálních služeb z regionu, jezdí také na pravidelná setkání do psychiatrických léčeben. Zde se domlouvají, který z poskytovatelů služeb v oblasti duševního zdraví by byl pro budoucího klienta nejvhodnější, a snaží se domluvit s klientem přímo na místě. Podněty přicházejí také od rodinných příslušníků a známých, stejně jako od zaměstnanců městských a obecních úřadů.

„Case manažerka Kristýna říká, že matka Andrey měla nejprve strach podepsat smlouvu. Obávala se, že bude muset následně něco platit, případně že to ohrozí pobírání příspěvku na péči.“ Služba sociální rehabilitace je pro klienty bezplatná. I když v začátcích spolupráce je možné poskytovat časově omezenou podporu na základě ústní dohody, dlouhodobá spolupráce je možná až po uzavření smlouvy a oficiálně se jedinec stává klientem služby až s jejím podpisem.

„Case manažerka Hana mluví o Tadeášovi. Volala jí primářka z psychiatrické nemocnice v N., že chtějí Tadeáše propustit. Nejprve pouze na pár dní, na zkoušku. Tadeáš měl v minulosti ‚problémy s pitím' a primářka chce, aby v PDZ zajistili, že si během propuštění nekoupí žádný alkohol. Během diskuse bylo zřejmé, že členové týmu by rádi Tadeášovi pomohli dostat se z léčebny. Zároveň zaznělo, že základním předpokladem je jeho motivace. Lukáš nakonec říká, že během krátkodobého propuštění mu poskytnou podporu, ale o kontrole je zbytečné mluvit: ‚Neděláme to. Bude to na něm.'“ Zájem primářky o přenesení disciplinační strategie z uzavřeného prostoru léčebny do otevřeného prostoru, v kterém PDZ poskytuje své služby, staví námi sledované mocenské technologie vedle sebe způsobem, jenž zvýrazňuje jejich rozdílnost. Podpora klientů při jejich snaze o opuštění léčebny je sice jednou z důležitých součástí praxe case managementu, ale možnosti takové podpory mají své limity. V PDZ usilují o poskytování podpory, jež se opírá o přání klientů. Case manažeři postupují spolu s klientem, ne proti němu. Požadavek na zajištění disciplinujícího dohledu se proto dostává do rozporu s důležitými východisky poskytované služby. Nicméně náš spíše schematický popis, podle kterého je provoz léčebny uspořádáván skrze disciplinující mechanismy, zatímco praxe podpory poskytovaná PDZ skrze mechanismy liberální governmentality, může vést k přílišnému

zjednodušení. Toto rozdělení vypovídá o dominantních způsobech uspořádávání podpory a léčby v prostředích léčebny a komunitní služby. Ale i case manažeři PDZ se dostávají do situací, v kterých vnímají „přání" a „zájem" klienta v rozporu, a potom i oni poskytují podporu, která využívá disciplinačních mechanismů dohledu a kontroly. Například při řešení problémů s financemi, úklidem, hygienou a podobně, jež výrazně problematizují možnosti dalšího působení klientů v komunitě. Anebo v případech krizových situací. Použití disciplinačních mechanismů v rámci poskytované podpory je možné na základě dohody mezi PDZ a klientem. Pro případy krize jsou předjednány s klienty plány postupu. Disciplinace se týká jen určitých problematických aspektů či krizových situací v životech klientů, ale nedosahuje rozsahu – s ohledem na směřování služby, ale i s ohledem na její možnosti – totálního ovládnutí a dohledu.

KOMUNITA

Chceme-li vymezit pozici PDZ v rámci aparátu bezpečí – skrze nějž je realizováno biopolitické vládnutí – měli bychom se zaměřit na hraniční postavení, do něhož se case manažeři v rámci poskytování podpory klientům dostávají. Jednou z důležitých součástí FACTu je asertivní kontaktování neboli aktivní navazování vztahů s potenciálními klienty, což vzbuzuje u některých kritiků obavy, že case manažeři mohou jednat jako agenti kontroly sociálních norem (Novák, Ukropová, 2019). Proto se zajímají o možnosti odmítnutí nabízené služby na základě autonomního rozhodnutí.

„U lidí s duševním onemocněním se často stává, že propadávají sítem služeb, pokud se nezačnou v rámci své nemoci chovat pro okolí nějak divně." (rozhovor s vedoucím týmu) Vztah mezi sdílenými sociálními normami a duševním zdravím je velice těsný. Právě jednání v rozporu s těmito normami vyvolává podezření na působení duševní nemoci. Chová-li se někdo pro okolí „divně", může se stát, že na doporučení příbuzných, sousedů, zaměstnanců městského úřadu či někoho dalšího z okolí bude osloven case manažery PDZ a bude mu nabídnuta spolupráce. V rámci asertivního kontaktování by se case manažeři neměli nechat odradit případným nezájmem potenciálních klientů (ten může být nahlížen právě jako projev duševního onemocnění) a měli by usilovat o navázání komunikace a předání informací o nabízené službě. Jak nám sdělil Lukáš, potenciální klient *„nás může poslat pryč, ale bylo by dobré, aby se s námi alespoň na chvíli potkal a věděl, s čím nás pryč posílá"*. (rozhovor s vedoucím týmu)

Potencionální klienti mají možnost odmítnout nabízenou podporu a případně i později, během již navázané spolupráce, odstoupit od smlouvy. Navíc metoda FACTu předpokládá aktivní participaci a spolupráci klientů, bez ní není možná. Tyto skutečnosti můžeme nahlížet jako určité pojistky, jež umožňují odmítnutí spolupráce na základě autonomního rozhodnutí. Přesto nelze přehlížet, že samotné navázání spolupráce může být krokem směřujícím k stigmatizující psychopatologizaci daného subjektu.

Pro různé aktéry, v rozdílných souvislostech, je linie oddělující přijatelné jednání od nepřijatelného, možné od nemožného vedena odlišně, s ohledem na rozdílné hodnoty. Pracovníci PDZ si tuto skutečnost uvědomují a odmítají zjednodušující a paušalizující kritéria:

„Pro někoho, kdo si například zakládá na svém středostavovském statusu, může být problém akceptovat něco, co mně osobně jako problém nepřijde. Mně sice může připadat, že to není problém, pravděpodobně to tak bude připadat i tomu klientovi, ale problém je to pro lidi, kterým to nějak vadí. Pokud je to pro ně problém, je potřeba se tím zabývat. Protože začnou podnikat nějaké akce, například petice a podobně, a v tu chvíli je to problém i toho klienta. To znamená, že to není jen práce s klientem, ale i s komunitou, s prostředím. Tam je potom možnost pracovat s oběma." (rozhovor s vedoucím týmu)

Přístup case manažerů vychází na jedné straně ze základních principů FACTu. Při poskytování podpory se zaměřují na specifické potřeby jednotlivých klientů. Zohledňují jejich přání a respektují jejich názory, které se stávají základním východiskem spolupráce. Usilují o vztahy s klienty, založené na přátelském přístupu a vzájemné důvěře. Zároveň ale musí reagovat na podněty z komunity, které

upozorňují na problematické chování některých jedinců, jehož problematičnost většinou souvisí s překračováním ustavených norem a konvencí. Zájmy a potřeby klienta a komunity se mohou výrazně lišit, a tento dvojí ohled tak definuje zásadní napětí a rozpor, s nímž se case manažeři při poskytování podpory musí vypořádat.

Případová konference na městském úřadě byla svolána na základě petice, kterou sepsali sousedé pana Janečka. Ti si stěžovali, že z bytu je cítit silný zápach, který podle nich souvisí se špatnou hygienou a úklidem v bytě. Někdy je prý také cítit, jak z bytu uniká plyn. V zasedací místnosti MÚ sedíme vedle sebe (kolem stolu ve tvaru elipsy) pan Janeček, case manažerka Hana spolupracující s panem Janečkem a Lukáš jako vedoucí PDZ. Dále sestra pana Janečka, která je jeho opatrovnicí, paní Janečková, žijící v jedné domácnosti s panem Janečkem, a její syn, jenž je jejím opatrovníkem. Potom dva lidé ze sociálních služeb města, zaměstnanec sociálního odboru a jeho kolegyně, která případovou konferenci moderuje.

Když pan Janeček mluví, ne zcela jasně artikuluje a většina přítomných má problém rozumět tomu, co říká. Hana v této souvislosti navrhuje, že zkusí panu Janečkovi, ale i nám ostatním, překládat. Během celého jednání mu bude pomáhat zapojovat se do diskuse. (poznámky z výzkumu)

Zprostředkování výpovědí a překonávání vzájemného neporozumění mezi klienty a ostatními aktéry se ukazuje být jedním z důležitých úkolů spojených s poskytováním podpory klientům žijícím s duševním onemocněním, a to i v případech, kdy není problémem nezřetelná artikulace. Rozdílné způsoby, s nimiž přistupujeme k realitě a skrze něž se podílíme na jejím zjednávání, se mohou dostávat do konfliktů či se mohou míjet jako zcela mimoběžné. Má-li docházet k funkčnímu propojení rozdílně uspořádávaných světů, je třeba překonávat nesrozumitelnost a hledat průniky. Překládání se potom ukazuje jako významná součást praxe case managementu, která zásadním způsobem rozšiřuje pole možného jednání klientů (k podpoře jako překladu viz Synek et al., 2017). *Na začátku bylo konstatováno, že problém s plynem se vyřešil, plyn byl odpojen a Janečkovi si zakoupili elektrický vařič.* Má-li být podpora poskytovaná case manažery klientům prospěšná, není možné intervence omezit jen na tělo, ale je třeba zohlednit v co možná největší komplexitě sítě vztahů s dalšími objekty/subjekty, v níž jsou klienti zapojeni. Intervence pak zahrnují nejen podporu v péči o prostor, který klient obývá, či související podporu při zvládání problémů se sousedy, ale pokud je to potřeba, také podporu při uspořádávání všech vztahů a spojení, které jsou pro daného klienta významné – se státními institucemi, úřady, rodinnými příslušníky a známými, opatrovníky a mnohými dalšími, a mezi nimi samozřejmě také s psychiatry a ostatními lékaři. Oblast, v které dochází k podpoře, není předběžně vymezena a v rámci vedení, které poskytují case manažeři svým klientům, je možné uspořádávat konfigurace vztahů s ohledem na aktuální potřeby v otevřeném, rozšiřujícím se prostoru.

Opatrovnice – sestra pana Janečka zmínila blížící se soud, během něhož má dojít k přezkoumání svéprávnosti. Na to pan Janeček poněkud podrážděně zareagoval, vstal ze svého místa a doprostřed stolu hodil svůj občanský průkaz, prý jestli chtějí, mohou si ho tu rovnou nechat. […] Následovala diskuse o úklidu. Opatrovníci se domluvili, že zajistí firmu, která udělá kompletní generální úklid. Následně se naváže spolupráce se sociálními službami ve Městě, jejichž zaměstnanci budou pravidelně v bytě uklízet. Řešil se problém praní. […] Během diskuse bylo zjevné, že opatrovníci neberou příliš vážně výroky svých opatrovanců, často je ironicky a s despektem komentovali, anebo je přehlíželi jako nerelevantní […]. Když už to vypadalo, že problém s úklidem je vyřešen, zeptal se Lukáš, zda bychom se neměli, když už jsme se tak pěkně domluvili, zeptat na názor také těch, jichž se to týká. K tomu pan Janeček začal mluvit o tom, že tam již jeden takový úklid proběhl a že s tím měl problém, neboť mu během něj vyházeli spoustu osobních věcí. Nakonec došlo k domluvě, že až bude úklid probíhat, bude tam někdo z PDZ a podpoří Janečkovy, aby se mohli vyjádřit k tomu, co se z jejich bytu vyhodí.

Výpovědi člověka – ať už s diagnózou duševního onemocnění či „nestandardními projevy chování", které se zdají být symptomy takového onemocnění – mohou být problematizovány, zpochybňovány či ignorovány. Při tom nejde ani tak o to, co se říká, ale spíše o to, kdo to říká. Nejde tedy o nějaké odchýlení se od pravdy v rámci konkrétní výpovědi, ale o předpoklad spojovaný s duševním onemocněním. Vypovídající subjekt je již propojením s objektem duševního onemocnění

v určitém ohledu zpochybněn a psychiatrie, jež má moc skutečného vždy na své straně, sehrává v procesu jejich propojení zásadní roli. Je-li navíc v souvislosti s duševním onemocněním soudem problematizována schopnost jednat jako plnohodnotný občan, může dojít k omezení svéprávnosti a ustavení opatrovníka, jenž přebírá část občanských práv, v nichž byl jejich opatrovanec omezen.
Možnosti jednání duševně nemocného jsou zásadním způsobem strukturovány společným působením diagnózy duševního onemocnění i její společenskou percepcí (v PDZ se často mluví o stigmatizaci duševního onemocnění), stejně jako soudními rozhodnutími, při nichž je rozsah občanských práv přeměřován a omezován na základě medicínských kritérií. Case manažeři PDZ usilují o zmírnění omezení a souvisejících negativních dopadů – podporují klienty ve snaze o navrácení plné svéprávnosti či v rámci destigmatizačních kampaní pracují s veřejností a usilují o změnu přístupu k duševně nemocným. Především ale rozptylují ticho, které lidi žijící s diagnózou duševního nemocnění obklopuje, a snaží se zesilovat jejich hlas. Stojí na jejich straně, podporují je a zkouší vyvažovat mocenské asymetrie. Důležitým předpokladem takto pojaté podpory je schopnost naslouchat výpovědím klientů a respekt k jejich názorům a přáním i v těch případech, kdy jiným můžou připadat jako bezvýznamná či nesmyslná. Respekt case manažerů k názorům klientů a jejich přáním je samozřejmou součástí poskytované podpory. Umožňuje klientům nejen aktivně participovat na uspořádávání sítí vztahů s dalšími subjekty/objekty, ale je také jedním z předpokladů při vytváření podmínek pro takové jednání klientů, které by bylo možné označit za autonomní.
I když se principy liberální governmentality neomezují na oblast ekonomických vztahů a souvislostí, není možné je opomíjet, neboť jsou v jistém ohledu jejím základním východiskem. Diagnóza duševního onemocnění, omezení svéprávnosti či přiznání invalidního důchodu představují pro klienty PDZ limity pro uplatnění na trhu práce a tím i omezení pro formování subjektu skrze praxi liberální governmentality. Řada klientů tak dosahuje potřebné ekonomické soběstačnosti jen díky individualizované státní finanční podpoře, která tlumí negativní dopady omezení, na něž klienti naráží na pracovním trhu.
Valerie Harwood v textu nazvaném *Mobilní ústavy: psychopatologizace jako osobní, přenosné psychiatrické vězení* (Harwood, 2010) ukazuje, jak kvůli několika kázeňským excesům ve škole dochází k psychopatologizaci určitých žáků. V důsledku čehož jsou tito žáci vyloučeni ze škol, do kterých docházeli. Všímá si, jak samotné určení diagnózy směřuje k izolaci a svého druhu uvěznění, i když nutně nevede k uzavření v léčebně. Odtud její koncept mobilního ústavu, jehož izolující a omezující zdi stojí na pevných základech psychopatologizovaného subjektu. Podobně můžeme nahlížet život s diagnózou duševního onemocnění u dospělých. S tím rozdílem, že v tomto případě jde především o izolaci v důsledku exkluze z běžného pracovního trhu. Úsilí case manažerů PDZ směřuje k překonání tohoto omezení.
Během konference byla také domluvena spolupráce mezi paní Janečkovou a PDZ. Paní Janečková si pamatovala Lukáše z dřívější spolupráce, říkala, že ji tenkrát zachránil, že ji dostal z léčebny v N. V rámci našich společných návštěv s case manažery u klientů služby bylo možné v několika případech zaznamenat jejich negativní vzpomínky na hospitalizace v léčebně. Skutečnost, že některým z nich se podařilo opustit léčebnu díky podpoře PDZ, usnadňuje navázání vztahu. Pro udržení takového vztahu je důležité, že se case manažeři nepodílí na nedobrovolných hospitalizacích klientů v psychiatrických léčebnách a nepostupují proti jejich přání. I když hospitalizace v principu nepodporují, někdy jsou jediní, kdo může klientům v čase krize nabídnout podporu. Proto s klienty sestavují Krizové plány, v nichž se vymezí postup v případech, kdy se klient dostane do zdraví ohrožující situace. Pokud už k hospitalizaci dojde, spolupráce pokračuje dál, case manažeři navštěvují klienty v léčebně a pomáhají jim s návratem z léčebny. Důležitá je kontinuita podpory.
Po skončení konference přišla za Hanou sestra pana Janečka, která byla překvapená způsobem, jakým case manažerka s jejím bratrem komunikovali. Říkala, že ona se s ním nemůže téměř vůbec na ničem domluvit, a poprosila Hanu, zda by jim v budoucnu mohla pomoci při jejich vzájemné komunikaci. Někdy je potřeba poskytnout podporu s navázáním nových, pro klienta důležitých vztahů. Někdy

jsou již vztahy navázány a rolí case manažerů je podpora klientů při jejich uspořádávání. Je-li důležité, s kým či s čím je klient propojen, pak stejně významné je uspořádání těchto vztahů, tedy to, jak je propojen. Zprostředkovatelská role case manažerů není mocensky neutrální a může tak mocenské asymetrie vyvažovat, stejně jako zvýrazňovat. A zajímá-li nás mocenský rozměr, měli bychom se ptát, jak dané nastavení vztahu působí s ohledem na možnosti autonomního jednání.

DĚLÁNÍ AUTONOMIE

V PDZ usilují o to, aby jejich klienti mohli „žít samostatně" v „běžné společnosti". Souběžně je tedy nutné zabývat se formováním samostatného subjektu i jeho propojeními s dalšími subjekty/objekty. Důležitým aspektem mechanismu liberální governmentality je vytváření možností pro autonomní jednání těch, kteří jsou vedeni. „Moc nad někým" a „moc k něčemu" se ukazují být úzce provázány.

Podle Foucaulta není možné autonomii koncipovat mimo mocenské vztahy, skrze něž je subjekt formován – není jí dosahováno odpojením od vnějších vlivů a autorit, ale uvnitř limitů utvářených technologiemi dominance, jejichž působení jsme vystaveni. V rámci daných diskursivních limitů je třeba autonomii aktivně vytvářet a pracovat na ní. Taková autonomie je potom relativní, podmíněná vztahy, v kterých je subjekt zapojen (Foucault, 1984:32–50). Vracíme se proto k pojmu/konceptu *conduct*, skrze který lze zachytit odlišné pohyby, které nás zajímají. Jednak vedení ostatních v rozdílně otevřeném poli možností, ale také jednání subjektů v takto otevřeném poli a jejich vztahování se k sobě samým.

Prostor pro autonomní jednání je třeba vytvořit, pole možného jednání otevřít. Case manažeři PDZ tak činí různými způsoby a ve vztahu k rozdílným zájmům a potřebám jejich klientů. Například u klientky Evy to představuje podporu během procesu navrácení svéprávnosti, jejíž omezení Eva přirovnává k „vězení". Neboť, jak sama říká, „chci žít svobodně, rozhodovat o sobě sama". V případě klientky Lenky jde o podporu při shánění vhodného zaměstnání. Case manažeři nabízeli v průběhu spolupráce různá zaměstnání, která si Lenka vyzkoušela, než došla k tomu, že jí nejvíce vyhovuje loupání ořechů, které může dělat doma. U klienta Luboše, který chce bydlet samostatně, je třeba poskytnout podporu nejen při shánění vhodného ubytování, ale následně i při stěhování a zařizování všech potřebných náležitostí. Luboš ale po přestěhování zjistí, že k němu začínají na návštěvu chodit lidé, které nezval a kterým nedokáže dát dostatečně důrazně najevo, že si jejich přítomnost v bytě nepřeje. Podpora poskytovaná case manažerkou potom směřuje k překonání i tohoto problému. A takto bychom mohli pokračovat.

Limity, související s působením normativních a normalizujících mocenských mechanismů, skrze něž jsme formováni jako subjekty, stále působí a spolu-definují podmínky možného jednání. Case manažeři podporují klienty při jejich posouvání či překonávání a i ve stávajícím uspořádání vztahů, navzdory celé řadě omezení, spolu-utváří prostor pro autonomní jednání klientů. Takový prostor ale není pevně a trvale dán, pracuje se na jeho udržení, obnově a opětovném ustavení. Autonomie se tak nemůže stát trvalým vlastnictvím či charakteristikou subjektu, ale je vždy relativní, podmíněna vztahy, skrze něž se subjekt utváří a je utvářen.

LÉČBA

Služba case managementu je poskytována dospělým lidem s diagnózou vážného duševního onemocnění. Obecně je cílová skupina vymezena diagnózami především z okruhu psychóz, což v praxi znamená, že jde zvláště o pacienty s diagnózou schizofrenie a bipolární poruchy, v některých případech také s diagnózou poruchy osobnosti.

V týmu PDZ nepůsobí psychiatr, a proto klienti terénního týmu využívají v případě potřeby služeb v místě dostupných ambulantních psychiatrů. V mnoha ohledech odlišný přístup k problému duševního zdraví v praxi case managementu ve vztahu k dominantnímu systému psychiatrické

péče neznamená, že by case manažeři PDZ stáli ve vztahu k tomuto systému v zásadní opozici. Jistě je pro ně problémem excesivní zneužívání psychiatrické moci, a proto podporují klienty, aby mu dokázali čelit, ale v každodenní praxi usilují spíše o pragmatický přístup založený na vzájemné spolupráci. Z ní potom mohou, podle case manažerů, profitovat klienti služby. Praxe komunitní péče tak na jednu stranu vystupuje proti negativním dopadům psychiatrické moci na životy klientů (stigmatizace, vyloučení, neodůvodněné hospitalizace a podobně), aby na straně druhé sdílela některá důležitá východiska (například klasifikaci diagnóz a související vědění), o něž se tato moc opírá.

Objekt duševní nemoci je v praxi komunitní léčby stále důležitý a v jistém ohledu naprosto zásadní, neboť teprve až propojením s ním je definován subjekt, jenž službu case managementu může dlouhodobě využívat. Ale nahlížíme-li na klienta jako na síť vztahů s dalšími materiálně různorodými objekty/subjekty, vidíme, že pro case manažery PDZ je objekt duševní nemoci jedním z mnoha a nestojí nijak samozřejmě a privilegovaně v centru takového uspořádání. V PDZ podporují klienty při jejich snaze o uspořádávání sítí vztahů a důležitým prostředníkem, jehož při tom využívají, je koncept *recovery* (Anthony, 1993), který je v češtině znám pod pojmy *zotavení* či *úzdrava*. Sestává ze čtyř vzájemně provázaných principů – *naděje*, *zplnomocnění*, *odpovědnosti za sebe sama* a *hledání smysluplných rolí* – jež společným působením mají vést klienty k převzetí zodpovědnosti za utváření vlastního života. Jde o proces záměrné a cílené sebe-transformace, který chápeme jako partikulární technologii, skrze niž se subjekt vztahuje nejen k sobě samému, ale i k objektu duševního onemocnění:

„*Koncept úzdravy není postavený na tom, že se lidi uzdraví či zlepší, ale je postavený na tom, že jsou lidé schopni žít nějaký pro ně kvalitní a naplňující život, přestože mají stále příznaky onemocnění. Úzdrava neznamená, nebudu mít hlasy, ale úzdrava znamená, mám hlasy, ale umím s nimi pracovat, umím s nimi žít a jsem schopný žít život nějak podle sebe a kvalitně.*" (rozhovor s vedoucím týmu)

Pro medicínsky založenou psychiatrii je pacient z velké části definován svojí diagnózou a v jistém ohledu je pouze jedním z exemplářů diagnostikované nemoci. V metodě case managementu se i díky principu zotavení zásadně proměňuje přístup k lidem žijícím s duševním onemocněním. Klient služby je i nadále psychiatrickým pacientem, ale není *jen* psychiatrickým pacientem.

Různá pojetí psychiatrické péče produkují rozdílné objekty nemoci i léčeného subjektu. Redukcionistický přístup medicínsky založené psychiatrie, v němž jeden, již dostatečně pevný, soudržný a hotový objekt duševní nemoci z velké části určuje možnosti působení ostatních objektů, je v rámci praxe case managementu nahrazen pluralitním přístupem, v němž se působnost objektů stejně jako objekty samotné během interakcí proměňují (Paleček, 2004). Jinými slovy, v prvním případě je nemoc objektivním faktem, sídlí v subjektu propojeném se somatickou singularitou a odtud ovlivňuje vztahy, v nichž je subjekt zapojen. Léčebné intervence proto míří na somatickou singularitu, do prostoru vymezeného hranicemi těla. V praxi case managementu jsou objekt nemoci, ale i léčený subjekt nehotovými, neuzavřenými jsoucny, jež jsou utvářena ve vztazích, v nichž jsou zapojena (ibid.). Což má zásadní dopad na pojetí ne/schopnosti klientů, jelikož ta je zjednávána až v samotné praxi podpory jako situačně podmíněná a proměnlivá. I v souvislosti s tím není prostor pro jednání klientů omezován s odkazem na předpokládané limity spojované s diagnózou duševního onemocnění, ale je aktivně vytvářen a rozšiřován. Přání a chtění subjektu se podporují a stávají se důležitou součástí vzájemné spolupráce mezi klienty a case manažery, jež se opírá především o klientovy „silné stránky".

Při realizaci takto pojaté podpory má své místo v týmu i peer konzultant. Přináší do týmu expertní vědění – odlišné od vědění psychiatrů i case manažerů – jež je založené na vlastní prožité zkušenosti s duševním onemocněním (ASVSP, 2016:21–23). Tuto zkušenost využívá při konzultacích s klienty i spolupracovníky, při působení v podpůrné skupině, jež pracuje s konceptem zotavení a při destigmatizačních kampaních. Zároveň klientům i kolegům z týmu ukazuje, „že zotavení je možné" (rozhovor s peer konzultantem).

Jak jsme se zmínili v úvodu, v rámci započaté reformy psychiatrické péče v České republice vznikají Centra duševního zdraví. V nich dochází k propojení způsobů léčby poskytované dominantním

systémem psychiatrické péče, jež se opírá především o medicínská východiska, s komplexnějším přístupem komunitně zaměřené psychiatrie. Na provozu dvou center se podílí také terénní týmy PDZ. Bude proto zajímavé sledovat, jak se spojení rozdílných pojetí psychiatrické léčby projeví v praxi poskytované podpory a jak ovlivní její mocenský rozměr.

ZÁVĚR

Naši analýzu jsme zaměřili na způsoby formování subjektu v procesech léčby duševního onemocnění. V této perspektivě představují praxe case managementu, jak je realizována v PDZ, a systém psychiatrické péče s objektem léčebny ve svém středu zásadně odlišné, i když propojené světy, formované rozdílným směřováním a strategiemi. V rámci hospitalizace v léčebně je subjekt vytržen ze vztahů, skrze něž se utváří jeho život, a zůstává více méně izolován, aby mohl být pozorován a disciplinován. Léčebné intervence míří do prostoru vymezeného hranicemi těla. Naproti tomu v praxi case managementu se stává psychiatrický pacient klientem s komplexními potřebami a vztahy. Subjekt zde není redukován na somatickou singularitu, ale je chápán spíše jako průnik materiálně heterogenních vazeb, v nichž je zapojen. Proto case manažeři při praxi podpory spolupracují s klienty při uspořádávání sítí vztahů, skrze něž se utváří jejich životy.
Mocenské vztahy v praxi case managementu jsou uspořádávány skrze principy liberální governmentality. Individualizovaná podpora reaguje na specifické potřeby daného klienta a směřuje k zajištění životních podmínek, které jsou chápány v moderních společnostech jako samozřejmé a jež souvisí s pojmy zdraví, materiálního zajištění či bezpečnosti. Zároveň se usiluje o individuální realizaci, jež vychází z přání a zájmů klientů, které se tak stávají základem vzájemné spolupráce a vytyčují směřování poskytované podpory. V rámci takto pojaté podpory se neusiluje o maximální strukturaci možností jednání. Cílem je pole možného otevírat, zahrnovat do sítě vztahů podle potřeby další subjekty/objekty a zároveň vytvářet prostor pro autonomní jednání klientů. Terénní týmy PDZ se stále pohybují v poli vytyčeném psychiatrií, jež vykonala základní klasifikační posouzení přidělením diagnózy a označením duševně nemocného subjektu. Nicméně způsob uspořádání mocenských vztahů v praxi case managementu umožňuje zmírňovat negativní dopady psychopatologizace a i v rámci daných omezení umožňuje klientům utvářet se jako autonomní subjekty.

POUŽITÉ ZDROJE

AGAMBEN, G. 2011. *Homo Sacer*. Praha: Oykomenh.
AGAMBEN, G. 2009. *What Is an Apparatus? And Other Essays*. Stanford, CA: Stanford University Press.
ANTHONY, W. A. 1993. Recovery from Mental Illness: The Guiding Vision of the Mental Health Service System in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal,* 16(4), 11–23.
BAHLER, M. 2013. *Integrated Care*. Heiloo, Noord-Holland-Noord: GGZ. Prezentace.
BORLAND, A., McRAE, J., LYCAN, C. 1989. Outcomes of Five Years of Continuous Intensive Case Management. *Psychiatric Services,* 40(4), 369–376.
CALLON, M. 1984. Some Elements of a Sociology of Translation: Domestication of the Scallops and the Fishermen of St Brieuc Bay. *The Sociological Review,* 32(1). DOI: https://doi.org/10.1111/j.1467-954X.1984.tb00113.x
FAKHOURY, W., PRIEBE, S. 2002. The Process of Deinstitutionalization: An International Overview. *Current Opinion in Psychiatry,* 15(2), 187–192.
FOUCAULT, M. 2016. Subjekt a moc. *Myšlení vnějšku*. Praha: Herrmann & synové, 195– 226.
FOUCAULT, M. 2007. *Lectures at the College the France, 1977–78. Security, Territory, Population*. Houndmills, New York: Palgrave MacMillan.

FOUCAULT, M. 2006. *Lectures at the College the France, 1973–74. Psychiatric Power.* Houndmills, New York: Palgrave MacMillan.
FOUCAULT, M. 2000. *Dohlížet a trestat: kniha o zrodu vězení*. Praha: Dauphin.
FOUCAULT, M. 1994. *Dějiny šílenství*. Praha: Lidové noviny.
FOUCAULT, M. 1984. What is Enlightement? In: RABINOW, P. *The Foucault Reader*. Londýn: Penguin Books, 32–50.
GOFFMAN, E. 2017. *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* Londýn, New York: Routledge.
HARWOOD, V. 2010. Mobile Asylums: Psychopathologisation as a Personal, Portable Psychiatric Prison. *Discourse: Studies in the Cultural Politics of Education,* 31(4), 437–451.
HEJZLAR, P., HALÍŘ, M., FIALA, M. 2010. Komunitní přístup v péči o dlouhodobě duševně nemocné. *Psychiatrie,* 14(3), 146–151.
HENCKES, N. 2011. Reforming Psychiatric Institutions in the Mid-twentieth Century: A Framework for Analysis. *History of Psychiatry,* 22(2), 164–181.
ILIFFE, S., WILCOCK, J., SYNEK, M. et al. 2017. Case Management for People with Dementia and its Translations: A Discussion Paper. *Dementia,* 18(3), 951–969.
KOLÁŘOVÁ, K. 2017. Mentální retardace a afektivní politiky zřeknutí se. *Gender a výzkum* 18(2), 128–154.
KONOPÁSEK, Z. 1998. Co znamená interpretovat text. In: MIOVSKÝ, M., ČERMÁK, I., CHRZ, V. (Ed.). *Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku IV*. Olomouc: FF UP.
LATOUR, B. 2005. *Reassembling the Social*. Oxford: Oxford University Press.
LATOUR, B. 1999. Factures/Fractures: From the Concept of Network to the Concept of Attachment. *Res: Anthropology and Aesthetics,* 36(1), 20–31.
LAW, J. 2016. STS as Method. *The Handbook of Science and Technology Studies,* 31.
MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2017. *Základní principy péče poskytované v CDZ*. Praha: MZ ČR.
MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ. 2013. *Strategie reformy psychiatrické péče*. Praha: MZ ČR.
MOL, A. 2016. Clafoutis jako složenina: Když se podaří, že věci drží pohromadě. *Biograf* [online]. 16(63–64), 1–19. [5. 5. 2020]. Dostupné z: http://www.biograf.org/clanek.html?clanek=6307
MORRISSEY, J. P., GOLDMAN, H. H. 1984. Cycles of Reform in the Care of the Chronically Mentally Ill. *Psychiatric Services,* 35(8), 785–793.
NOVÁK, M., UKROPOVÁ, L. 2019. Centra duševního zdraví – zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi? *Psychoterapie,* 12(3), 178–189.
OMBUDSMAN, VEŘEJNÝ OCHRÁNCE PRÁV. 2018. *Zpráva z návštěvy zařízení – Psychiatrická nemocnice Bohnice* [online]. [3. 4. 2019]. Dostupné z: https://www.ochrance.cz/ochrana-osob-omezenych-na-svobode/zdravotnicka-zarizeni/psychiatricke-lecebny/
PALEČEK, J. 2004. Opakujte po mně: duševní nemoc – říkáte to stejně?!!? O překládání duševní nemoci. *Biograf,* 34, 35–59.
PFEIFFER, J. 2010. Reflexe. In: HEJZLAR, P. (Ed.). *Na cestě ke komunitní psychiatrii... Sborník k 15 letům občanského sdružení Péče o duševní zdraví.* Pardubice: PDZ a Theo, 8–16.
PINEL, S. 1836. *Traité Complet du Régime Sanitaire des Aliénés*. Paříž: Univerzita v Gentu.
RABOCH, J., WENIGOVÁ, B. 2012. *Mapování stavu psychiatrické péče a jejího směřování v souladu se strategickými dokumenty České republiky (a zahraničí)*. Praha: Česká psychiatrická společnost.
SCHEFFLER, R. M., POTŮČEK, M. (Ed.). 2008. *Mental Health Care Reform in the Czech and Slovak Republics, 1989 to the Present*. Praha: Karolinum Press.
Sociální práce / Sociálna práca. 2016. *Speciální příloha „Na vlastní kůži: Zapojení lidé se zkušeností do rozhodování o podobě služeb pro duševně nemocné"*. Charakteristika role peer konzultantů, 21–22.
SOLOMON, P. 1992. The Efficacy of Case Management Services for Severely Mentally Disabled Clients. *Community Mental Health Journal,* 28(3), 163–180.

STUCHLÍK, J. 2001. *Asertivní komunitní léčba.* Praha: Fokus.
SYNEK, M., HRADCOVÁ, D., JAHODOVÁ, D., CARBOCH, R. 2017. O (ne)soudržnosti pečování: Mnohočetné ontologie života s demencí. *Biograf,* 65–66, 5–49.
SZOTÁKOVÁ, M. 2015. Case management: aktivní zapojení klienta i pracovníka do spolupráce. *Sociální práce / Sociálna práca,* 14(3), 61–80.
ŠTĚPANYOVÁ, G. 2018. *Prvních pět Center duševního zdraví se otevřelo pacientům* [online]. [3. 4. 2019]. Dostupné z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/prvnich-pet-center-dusevniho-zdravi-se-otevrelo-pacientum_16025_3801_1.html
VAN VELDHUIZEN, J. 2007. FACT: A Dutch Version of ACT. *Community Mental Health Journal,* 43(4), 421–433.

Využití biografické anamnézy při individuálním plánování s osobami s Alzheimerovou nemocí v domovech pro seniory: příklady dobré praxe?[1]

Using Biographical History in Individual Planning for People with Alzheimer's Disease in Homes for the Elderly: Best Practice?

Michaela Hiekischová

PhDr. Michaela Hiekischová, Ph.D.,[2] působí jako odborná asistentka na Katedře sociální práce na Fakultě sociálně ekonomické Univerzity J. E. Purkyně. Vyučuje metody práce s jednotlivcem a sociální politiku a věnuje se procesu transformace sociálních služeb.

Abstrakt

CÍLE: Cílem stati je zjistit, jakým způsobem se biografická anamnéza využívá při práci s klienty ve vybraných domovech pro seniory s registrovanou sociální službou domov se zvláštním režimem, a odhalit, jak jsou výsledky z ní aplikovány do individuálních plánů. TEORETICKÉ VÝCHODISKO: Ve stati je vycházeno z psychobiografického modelu péče Erwina Böhma. Předpokladem tohoto konceptu je péče zaměřená v prvé řadě na oživení psychiky seniorů, na jejich aktivizaci (případně stimulaci), na poskytování individualizované péče a na zachovávání principu normality v životě seniorů s využitím biografie klienta (jeho životního příběhu). METODY: Metodou sběru dat byl především polostrukturovaný rozhovor s pracovníky vybraných domovů pro seniory, jež jsou kontaktními místy České alzheimerovské společnosti. Doplňkovou metodou bylo pozorování. VÝSLEDKY: Bylo zjištěno, že cílený způsob implementace poznatků z biografie do individuálních plánů byl patrný pouze v jednom ze tří zařízení. Nicméně aktivizační (případně stimulační) činnosti byly ve všech domovech pro seniory přizpůsobovány potřebám klientů i jejich zájmům a zvykům vycházejícím z jejich minulosti. IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI: Zjištění lze využít pro výkon praxe sociální práce jako inspiraci při péči o osoby s Alzheimerovou chorobou. Ačkoliv se jedná o ústavní zařízení, neplatí v žádném z nich předpoklad péče zaměřené primárně na „teplo–jídlo–očistu" a tento způsob práce může vést k vyšší profesionalizaci pracovníků.

Klíčová slova

psychobiografický model péče, biografická anamnéza, individuální plánování, Alzheimerova choroba, domov pro seniory

[1] Poděkování: Děkuji své bývalé studentce Kateřině Poliščukové, která mě inspirovala a díky níž tento článek vznikl.

[2] Kontakt: Michaela Hiekischová, Fakulta sociálně ekonomická UJEP, Katedra sociální práce, Pasteurova 3544/1, 400 96 Ústí nad Labem; michaela.hiekischova@ujep.cz

Abstract
OBJECTIVES: The article examines how biographical history is used when working with a client in selected homes for seniors, and reveals how the results are applied to individual plans. THEORETICAL BASE: In this context, the text is built on the psycho-biographical care model of Erwin Böhm. In this concept, care is primarily aimed at reviving the psyche of seniors, activating or stimulating them, providing individualized care, and maintaining the principle of normality in the elderly. The main tool for it is the client's biography (life story). METHODS: We used mainly semi-structured interviews and additionally structured observation. OUTCOMES: We observed that the targeted way of implementing biographical history into individual plans was evident in only one out of the three institutions. However, activating or stimulating activities have been tailored to the needs of clients and their past-based interests and habits in all the homes for the elderly. SOCIAL WORK IMPLICATIONS: Therefore, the findings can be used for practical social work as inspiration for the care of people with Alzheimer's disease. Although they are institutions of complete care, thus the use of biographical history can lead to a higher level of professional care.

Keywords
psycho-biographical care model, biographical history, individual planning, Alzheimer's disease, home for the elderly

ÚVOD

V dnešní době dochází ve všech hospodářsky vyspělých zemích ke stárnutí obyvatel a zvyšování počtu osob trpících Alzheimerovou chorobou či jinou stařeckou demencí. Dle Koukolíka (2014:393) může Alzheimerova nemoc, v souvislosti s prodlužující se délkou života, v roce 2050 postihnout přibližně 115 milionů lidí. V rozvinutých zemích postihuje ve věkové skupině 65–84 let jednoho člověka z deseti, ve věkové skupině 85 a více let pak každého třetího. Alzheimerova nemoc se vyskytuje v 50–75 % ze všech výskytů demence ve stáří (ADI, 2014).
Povinností každé společnosti je tedy zajistit seniorům trpícím stařeckou demencí důstojnou a respektující péči. V České republice se na vládní úrovni setkáváme se snahou o zvyšování její kvality. Vypovídá o tom řada strategických dokumentů, např. Národní strategie podporující pozitivní stárnutí na léta 2013–2017, Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc na léta 2016–2019, Národní strategie rozvoje sociálních služeb pro období 2016–2025. Kvalita péče je v těchto dokumentech spojována především s podporou zvyšování počtu sociálních služeb, které pomohou seniorovi zůstat co nejdéle v jeho přirozeném prostředí, a zároveň se snahou o vyšší standard poskytovaných sociálních služeb (včetně těch pobytových). Výchozím požadavkem je zajistit těmto lidem takové podmínky, aby mohli uplatnit svá lidská práva založená na rovnoprávném základě. Požadavek na individuální péči a uplatňování lidských práv, zájmů a svobod je začleněn také do Standardů kvality sociálních služeb.
Celostní a individuální přístup je v sociální práci prosazován již řadu let. Bývá spojován s požadavkem na zvyšování kvality života seniorů. Ten je provázán především s poskytováním individualizované péče na základě potřeb, s požadavkem nezávislého života a s respektem k vybranému způsobu života seniora (např. Dragomirecká, Šelepová, 2004; Hejduk, 2004; Hrozenská, 2008; Dvořáčková, 2012; Messer, 2017). Potřeba nezávislého způsobu života je zmíněna také v Manuálu pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb (Čámský et al., 2008). Autoři dávají tento přístup do kontextu právě se sociálním modelem, jenž se odlišuje od medicínského (rehabilitačního) přístupu. Erwin Böhm (2015) jako autor psychobiografického modelu péče, ze kterého je v této stati vycházeno, píše o zachování principu normality v životě klienta. Tento přístup, ve kterém se má pečující naučit porozumět svým klientům, však stále není běžnou praxí, zvláště

v zařízeních pobytového typu (např. Čámský et al., 2008). Velká část z nich je v České republice i přes probíhající proces transformace sociálních služeb velkokapacitních s převažujícími ústavními prvky. Příčiny mohou souviset s možnostmi organizací (nevhodné prostory, nedostatek personálu aj.), ale také s dlouholetou zkušeností s komunistickým režimem a jeho filosofií budování velkých a uzavřených institucí s preferovaným „zdravotním modelem péče" (MPSV, 2003:42). Důsledkem je pak uzavřenost české společnosti vůči změnám ve způsobu poskytování individualizovaných služeb orientovaných na naplnění práv a potřeb (nejen) seniorů.[3]

Psychobiografický model péče pracuje s biografií seniora a je zaměřený na podporu schopnosti péče o svou osobu u starých a zmatených lidí. Böhm (2015) nepíše přímo o osobách s Alzheimerovou chorobou, spíše se obecně zabývá seniory s narušenou psychikou, které nazývá gerontopsychiatrickými klienty. Jeho cílem je především „oživení duše starého člověka" (Böhm, 2015:18). Uvádí, že člověk nikdy nezačne pohybovat tělem a nebude se snažit pečovat o tělo, pokud nenajde důvod k tomu, aby dále žil. V jeho koncepci se odráží ono „Dokud člověk žije, měl by být živý!". Na uspokojování psychologických potřeb, tedy nejen těch fyziologických, upozorňují další autoři, např. Pichaud a Thareauová (1998) či Grenier (2006). V českém prostředí se požadavku smyslu života u seniorů věnuje například Marie Svatošová (2008), Jaro Křivohlavý (2010) či Jiřina Ondrušová (2011). U stárnoucího člověka je důležité „mít pro co žít", dát životu smysluplnou náplň a podpořit jeho duchovní rozvoj (Křivohlavý, 2010). Duchovní potřeby vyzdvihuje ve svém přístupu (logoterapii) také Viktor Frankl (2005). Ze sociálního hlediska se dle Procházkové (2014:20) jedná „o pohled na uživatele v jeho sociálních vazbách v historickém kontextu". Střediskem zájmu je nejen jedinec, ale také jeho rodina či osoba, pro kterou senior „žije". Senior by měl mít pocit, „že ještě někam patří".

Je tedy zřejmé, že takto komplexně pojímaný přístup se neobejde bez spolupráce a participace personálu, klienta a jeho rodiny, a to především při následném individuálním plánování péče (Procházková, 2014). Klade však vysoké nároky na pracovníky v domovech pro seniory, na jejich profesionalitu, na (obnovení) jejich zájmu o práci se seniorem, na způsob komunikace a také na práci v multidisciplinárním týmu. Cílem stati je tedy zjistit, jakým způsobem se biografická anamnéza využívá při práci s klientem ve vybraných domovech pro seniory s registrovanou sociální službou domov se zvláštním režimem, a dále odhalit, jak jsou výsledky z ní aplikovány do individuálních plánů. Zároveň mě zajímá, jaké nároky jsou kladeny na pracovníky, kteří biografickou anamnézu využívají pro další práci s klientem a při individuálním plánování.

Výzkum je postaven především na polostrukturovaných rozhovorech se sociálními pracovníky a ve vybraných domovech pro seniory. Tato zařízení disponují certifikátem Vážka, předpokládám tedy, že se jedná o služby poskytující kvalitní a odbornou péči o seniory s Alzheimerovou chorobou dle kritérií České alzheimerovské společnosti. Účelem je zprostředkovat odborné i laické veřejnosti pozitivní příklady dobré praxe při práci s těmito osobami. Konkrétní praktiky se však v jednotlivých domovech různí.

PSYCHOBIOGRAFICKÝ MODEL PÉČE

Psychobiografický model péče Erwina Böhma je mezinárodně uznávaný humanistický model, který je zaměřen na seniory s narušenou psychikou. Je využíván především v německy mluvících zemích, stejně jako další dva modely, strukturální ošetřovatelský model Moniky Kronvinkel a Maeutický model péče Cory van der Kooij (Procházková, 2014). Všechny tři koncepční modely pracují s biografií klienta.

[3] Svědčí o tom stále se opakující cíle ve strategických dokumentech, které se mimo jiné zaměřují také na osvětu společnosti. Nalezneme v nich cíle související se zvýšeným povědomím veřejnosti o potřebách starších lidí a o snaze po otevřenosti vůči jejich potřebám (MPSV, 2012), či cíle související s výchovou k ohleduplnosti vůči seniorům, realizaci destigmatizačních kampaní apod. (MZ, 2016).

Použití biografické perspektivy při práci se seniory probíhá samozřejmě i v dalších evropských zemích. Například dle Chrise Phillipsona (1998) je biografie důležitá pro posouzení způsobu zvládání jednotlivých činností v životě seniora, pro pochopení jeho způsobu adaptace na nové prostředí či jeho způsobu reagování na změny. Zájem o životní příběhy, které přispějí k porozumění chování seniora, případně změnám v jeho chování, je patrný i z dalších prací (např. Gearing, Coleman, 1996; Svensson, 1996; Grenier, 2006). Ty se však zabývají biografií spíše v reminiscenčním duchu a explicitně ji nespojují s následnou tvorbou individuálních plánů, jak je tomu u Erwina Böhma.

Stejně tak koncept smyslové aktivizace, používaný v české praxi a využívající biografii, není přímo napojen na tvorbu individuálních plánů. Cílem je však taktéž aktivace „všemi smysly", důraz na smysluplně trávený volný čas seniorů a uspokojování psychologických a sociálních potřeb. Autorky tohoto modelu Lore Wehner a Ylva Schwinghammer (2013) zdůrazňují nejen možnost klientů „žít všemi smysly", ale ve své práci se orientují na aktivizaci, jež navazuje na roční období.

Je tedy patrné, že všichni autoři, kteří pracují s biografickou anamnézou, si uvědomují, že na život každého člověka má vliv jeho životní historie. Na následujících řádcích se však zaměřím na model rakouského profesora Ervina Böhma, který ho začal rozvíjet již v roce 1978 a jedná se tak o jeden z nejstarších, nejpropracovanějších a nejvyužívanějších modelů péče při práci se seniory v různých stadiích stařecké demence. Dle Procházkové (2014:31) je jediným modelem, který je zaměřen na klienta, jenž nemusí rozumět obsahu komunikace v kognitivní linii. Nicméně tento model má přesah i do sociální roviny. Díky dobré znalosti biografie klienta mohou sociální pracovníci a pracovníci v sociálních službách porozumět způsobům chování klienta, přizpůsobit aktivizační programy jeho zájmům, mohou navázat důvěrný vztah s klientem, a díky tomu individuálně plánovat poskytování péče. Zároveň mohou motivovat přátele a rodinu klienta při participaci na tvorbě biografických záznamů (biografický list, rodokmen, kniha vzpomínek aj.), které mohou po smrti seniora sloužit jako vzpomínkový materiál.

Erwin Böhm vychází ve svém modelu z několika zásadních hledisek. Pro potřeby tohoto článku jsem je strukturovala do osmi faktorů. Jedná se o 1. respekt k jedinečnosti jedince a k jeho životnímu příběhu, 2. důraz na psychickou stránku spíše než somatickou (neboli oživení psychiky a poté těla), 3. princip normality klienta, 4. terapii prostředím, 5. sedm fází regrese, které jsou následně spjaty s 6. aktivizačními či reaktivizačními formami péče, a v neposlední řadě se jedná o hledisko 7. vztahující se k odbornosti, profesionalitě a osobnosti pracovníků organizace, ve které je model péče aplikován, a o 8. ideologii celostního přístupu.

O respektování *jedinečnosti klienta* se v sociální práci mluví dnes a denně, můžeme se o tom dočíst snad ve všech dílech zabývajících se prací s klientem. Böhm (2015) však v této souvislosti píše spíše o respektu k jedinečné minulosti klienta, k jeho životnímu příběhu, kultuře a vzorcům chování. Ve stáří dochází ke zřetelnějšímu rozdělení kognitivního aparátu a psychiky na dvě oblasti – thymopsychickou (svět citů) a noopsychickou (svět věcí). Přičemž ve stáří (stejně jako v dětství) se dostává do popředí právě thymopsychická sféra, princip emocí, pudů a prožitků. Naučené vzorce chování *(copingy)* a obranné mechanismy, které mu dávají jistotu a díky kterým zvládal zátěžové situace, ustupují do pozadí. Senior je přestává vědomě používat. Místo toho začíná reagovat způsobem, jakému se naučil v dětství. Začnou pro něho být důležité zvyky a rituály z primárního domova. Pokud pak jedinec s Alzheimerovou chorobou necítí pocit bezpečí a jistoty, může reagovat agresivně, formou křiku či pláče, zlobou, strachem, paranoidním chováním či depresivní sevřeností. Tímto hlediskem, včetně předpokládaných stadií regrese (která kopírují jednotlivá stadia vývoje člověka), vychází Böhm ze Sigmunda Freuda a jeho hlubinné psychologie. Jeho cílem je uvědomit si, že každý „člověk vnímá, prožívá svůj svět tak, jak jej dokáže prožívat, poznávat a cítit" (Böhm, 2015:30).

Druhé, mnou vymezené stanovisko vychází z přesvědčení, že péči typu „teplo–jídlo–očista" není vhodné se věnovat primárně. Naopak je nutné zaměřit se na další typy potřeb, především *psychickou a potřebu smyslu života*. Navazuje tak na vymezení potřeb Viktora Frankla, který chápe lidskou

povahu jako trojdimenzionální – 1. fyziologickou, 2. psychologickou a 3. noologickou (duchovní; Frankl, 2005). Jak Böhm, tak Frankl vycházejí z logiky, že zlepšení psychického a emocionálního stavu vede k dlouhodobému zlepšení kognitivních schopností, a slovy Frankla, nedochází k existenciální frustraci. „Kdo pociťuje svůj život jako bezesmyslný, ten je nejen nešťastný, ale také stěží schopen života" (Einstein, in Frankl, 1997:21). Péči o seniory je tak třeba chápat „primárně jako péči o stav duševní, nikoli somatický" (Böhm, 2015:18). Výchozím bodem pro sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách by neměla být lékařská diagnóza, ale tzv. psychogenní diagnóza, která bere v potaz také biografické pozadí klienta jako výsledek současných problémů.

Již výše uvedený respekt k jedinečnosti každého klienta souvisí s *principem normality*. To, co je normální pro jednoho klienta, vychází z jeho životního příběhu (biografie), z jeho zkušeností a prožitků, a je vždy odlišné od pojetí jiného klienta i sociálního pracovníka či pracovníka v sociálních službách. Uvědomění si tohoto aspektu má pro péči (nejen) o osoby s Alzheimerovou chorobou zásadní význam a vede k odlišnému způsobu plánování péče. Ta je adekvátní opravdu individuálním potřebám klienta, pracovníci respektují běžný rytmus dne seniora, jeho v minulosti každodenní zvyklosti související s povoláním a trávením volného času, jeho běžný rytmus roku či potřeby pro osobní rozvoj (Nirje, 1969). V důsledku toho dochází ke změně pojetí institucionální péče směrem k respektu a úctě ke klientovi, k humanizaci péče, k uplatnění práv klientů (např. práva na sebeurčení), k implementaci zvyklostí a rituálů z domova a v neposlední řadě také ke změně prostředí v těchto institucích.

Pocit domova a rodiny je pro každého z nás významný. Význam obou pojmů se však vždy liší. Je vhodné si uvědomit, že život jedince v domově pro seniory není to samé, jako jeho původní život v jeho přirozeném prostředí, v jeho „domově". Stejně tak pojem rodina má odlišné konotace, pro někoho znamená střed života, místo bezpečí, pro jiného stres a nepříjemné představy. Ve spojení s principem normality je však vhodné se pokusit *přiblížit významu prostředí* tak, jak ho vnímá klient. Procházková (2014) píše o terapii prostředím, která má nezpochybnitelný vliv na kvalitu života klientů. A nejedná se pouze o úpravu pokojů, ve kterých klienti žijí, ale o celé prostředí domovů pro seniory (vstupní halu, společenské místnosti, doplňky na chodbách, obsah nástěnek, kancelářské místnosti, koupelny či jídelny). Wehner a Schwinghammer (2013) k tomuto výčtu přidávají také okolí domova, především zahradu a její úpravu. Cílem psychobiografického modelu péče je odklonit se od služeb institucionálně-nemocničního charakteru ke službám přizpůsobeným biografii klientů.

Ačkoliv je životní příběh každého člověka jiný, a tedy i princip normality a požadavky na prostředí jsou jiné, Erwin Böhm (2015) vychází z numerologického výpočtu, kdy je k roku narození přičteno číslo 25. Jedná se dle něho o období, ve kterém jedinec intenzivně prožíval zakončení své vývojové fáze (v oblasti thymopsýchy). Vycházel především z Freuda a Adlera a předpokládá, že „od tohoto osudného 25. roku začíná regrese" (Böhm, 2015:95). Senior v procesu demence se k tomuto období vrací, můžeme říct, že ho charakterizuje vše, co si do této doby „uložil na pevný disk" (Böhm, 2015:95). Dle tohoto výpočtu se v současné době jedná o generaci poválečnou, jejíž hodnoty, postoje a cíle jsou výrazně odlišné od současné generace. Toto uvědomění nám pomůže porozumět tomu, co klient očekává. Každý sociální pracovník i pracovník v sociálních službách by se tedy měl zaměřit nejen na biografii klienta, ale také na historickou biografii daného období. Musíme si uvědomit, že „senior žije v normalitě včerejška, a co bylo tehdy normální, může se jevit z dnešního pohledu jako zvláštní a patologické" (Procházková, 2014:46).

Böhm (2015) ve svém modelu vychází ze *sedmi fází regrese*, které jsou charakteristické změnou psychického stavu klienta. Určení stadia regrese umožňuje zvolit adekvátní formu péče. Jak je již výše uvedeno, Böhm vztahuje tato stadia k vývoji jedince, do jeho 25. roku. Vychází přitom ze zákonitosti, podle níž „se psychogenní problémy projevující ve vysokém věku formují již v dětství, po celý život jsou latentně přítomné a ve stáří se mohou opět objevit jako regrese" (Böhm, 2015:16). Neboli v čím vyšším stupni regrese se senior nachází, tím je jeho způsob komunikace bližší úrovni dítěte. Můžeme říci, že se jedná o zrcadlové pojetí stadia vývoje člověka tak, jak je popsal např.

Freud či Erikson. Z tohoto důvodu může například docházet k tomu, že lidé žijící v oblasti Sudet, zvyklí v dětství na německý jazyk, se k němu ve vyšším stadiu regrese vrací.
Cílem plánování péče je *aktivace či reaktivace* jedince s důrazem na oživení psychiky seniora, zároveň (následně) na jeho schopnost sebepéče a podporu soběstačnosti. Klienti ve vyšším stadiu regrese potřebují dle Böhma (2015) reaktivizační formu péče, která zahrnuje reanimaci psychiky, vztahuje se k motivům/smyslu života. Nejvyšší, sedmé stadium regrese, je doprovázeno stimulující formou péče postavenou na bazální stimulaci klientů.
Nezastupitelnou roli v individuálním plánování, které využívá biografickou anamnézu vycházející s psychobiografického modelu péče, hraje *odbornost, profesionalita a osobnost pracovníků organizace.* Z výše uvedeného je totiž zřejmé, že kvalitní péče o osoby s Alzheimerovou chorobou, která navíc respektuje jejich jedinečnost a snaží se o reaktivaci jejich psychiky, není postavena na množství personálu, ale na jejich osobnosti, zájmu a postoji. Vyžadován je „jiný" přístup ke klientovi, „jiné" vzdělání i „jiný" etický postoj. Zároveň je velmi důležité, aby se sociální pracovník seznámil s historickými otisky doby, ve které jeho klienti žili. Musí být schopen komunikovat i beze slov, je odkázán „na své oči a svou schopnost odhadovat", interpretovat chování seniora na základě rozpoznání jeho copingů (Böhm, 2015).
V souvislosti s *požadavkem celostního přístupu* musí při plánování docházet v každém domově pro seniory ke spolupráci v rámci multidisciplinárního týmu, ke spolupráci s rodinou a přáteli klienta, případně i ke spolupráci s odborníky a historiky. Výsledkem by měla být celá řada informací o klientovi (nejen na základě ústního sdělení, ale také z dokumentů, fotografií, nábytku), na kterých je postaveno individuální plánování.

INDIVIDUÁLNÍ PLÁNOVÁNÍ S VYUŽITÍM BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY

Ačkoliv nelze napsat jednotný návod, jakým způsobem individuálně plánovat, jedná se o schopnost v sociálních službách velmi zásadní.[4] Vychází z principu individualizované pomoci, tedy z důrazu na možnost každého jedince žít nezávislým způsobem života, z respektu k jedinci, jeho cílům a potřebám, se záměrem mu porozumět. Sociální služby jsou v tomto pojetí chápány jako flexibilní a přizpůsobivé vůči potřebám klientů (MPSV, 2002; Čámský et al., 2008). Sociální pracovníci pracují s klientem na základě informací o něm a snaží se s ním budovat důvěrný vztah, důležitá je také schopnost přizpůsobit jazyk klientovi a vycházení z pozitivního přístupu (zaměření na to, co jedinec může, nikoliv na to, co nemůže zvládnout). Jedná se o typické znaky úzce spojené s humanistickým pojetím, s přístupem orientovaným na klienta (Beresford, 2011).
Jak ale uvádí Kubalčíková (2011:59), individuální plánování nemusí být chápáno pouze jako „odbornost, která pomůže pracovníkům obsáhnout a porozumět jedinci v kontextu jeho životní situace", naopak může být chápáno jako nástroj managementu. V tomto kontextu Smale a Tuson (1993, in Tanner, Harris, 2008:128–130) uvádějí, že individuální plánování může být realizováno na základě tří modelů – výměnný (exchange), procedurální a dotazovací (questioning). V rámci této typologie je aplikace Böhmova psychobiografického modelu péče spojena především s *výměnným modelem*, typickým právě pro nedirektivní přístup orientovaný na člověka.[5] Vychází ze zásady, že sbírání informací o klientovi slouží k porozumění jeho současnému způsobu chování a že každý klient je expertem na svůj život, zná svou situaci, své potřeby i přání. Naopak v *procedurálním přístupu* je pracovník chápán jako ten, který o klientovi shromažďuje pouze základní informace, které navíc vycházejí z jeho vztahu k organizaci a k poskytované službě. Výsledkem je pomoc seniorovi, která příliš nevychází z jeho dřívějších zkušeností a pozitivních stránek, které dříve pro řešení své situace využíval, nýbrž z povinnosti splnit daná procedurální pravidla v organizaci.

[4] O důležitosti individuálního plánování svědčí např. tematické číslo časopisu Sociální práce / Sociálna práce z roku 2011 (3/2011).

[5] V pojetí Staňkové (2011) se jedná o situační přístup využívaný při individuálním plánování.

Specifická role pracovníka a seniora je také v *dotazovacím modelu*. Pracovník v tomto pojetí posuzuje (diagnostikuje) klienta a přijímá vhodná (z jeho pohledu objektivní) opatření, je tedy expertem na jeho problém a jeho potřeby.

V souvislosti s přesahem psychobiografického modelu péče do sociální roviny uvádím i Böhmův doporučený způsob práce se seniorem, s využitím biografie a individuálního plánování, který přibližuji na následujících řádcích. Kromě Böhma (2015) se i další mnozí autoři shodují, že individuální plánování je hned v prvopočátku *ovlivněno osobou sociálního pracovníka* či pracovníka v sociálních službách (Tanner, Harris, 2008; Messer, 2017). Vnímají, že sebereflexe, nadšení, zájem, ale také odbornost a schopnost rozhodovat jsou pro vytváření individuálních plánů podstatné. Poté, co si bude pracovník schopen odpovědět na otázku „Jak a proč pečuji?", bude zároveň schopen si uvědomit, že mezi jeho zvyklostmi a zvyklostmi klientů je nebetyčný rozdíl (Messer, 2017).

Böhm (2015) doporučuje psát denní záznamy způsobem, který se snaží o *zachycení problému*. Tedy o rozpoznání, jak a proč různé impulzy způsobují různé chování seniora se stařeckou demencí. S tím souvisí, že zpracovatelé individuálních plánů se nesmí spokojit s pouhým vedením záznamů, ale se snahou o *asociativní propojení chování klienta*, které je viditelné, s příslušnými situacemi z jeho doby. Neboli jak uvádí Böhm (2015:135): „Evidovat a vnímat problémy klientů tedy znamená zjišťovat, kde je tlačí bota." Pokud klienta nevnímáme pouze skrz lékařskou diagnózu (např. Alzheimerovu nemoc), ale vnímáme ho jako jedinečnou bytost[6], za jejímž chováním není účel a naschvál, ale pouze nemožnost vyjádřit, a především vysvětlit své chování, budeme tolerantnější a otevřenější celému procesu péče. Messer (2017:37) v této fázi píše o zapojování „odborného filtru".

Součástí takto postaveného individuálního plánování je právě *individuální biografie klienta*. Z pohledu Böhma (2015:140) je totiž problém „velmi často biografického charakteru". Součástí biografické anamnézy však není pouze životopis, vyplněný standardizovaný formulář, ale také životní příběh klienta, tzv. jeho thymopsychická biografie. Předpokladem je intenzivní, často neformální komunikace vedená zájmem sociálního pracovníka o minulost klienta. Informace však nejsou získávány jen z rozhovorů, ale také z pozorování prostředí (např. zda a jaké fotografie má klient v pokoji), pozorování neverbální komunikace klienta (způsob, jakým reaguje na probíhající aktivity – úsměvem, očima, pohyby rukou aj.) a samozřejmě ze spolupráce s ostatními členy multidisciplinárního týmu (Cangár, 2011; Messer, 2017). Böhm (2015) při individuálním plánování, vycházejícím z biografie, vyzdvihuje spolupráci především mezi sociálním pracovníkem, zdravotnickým personálem a rodinou či přáteli seniora.

Jen díky takto získaným poznatkům může být (měl by být) sociální pracovník schopen *interpretovat hypotetickou diagnózu seniora*. To znamená určit, kde je problém, a dát ho do souvislosti se zjištěnými biografickými vzorci. Po této fázi nastává opět fáze *kladení impulzů*. Pracovník zkouší realizovat aktivizační či reaktivizační péči u klientů, dle stadia regrese, ve kterém se dotyční nacházejí. Výsledkem by mělo být zmírnění či odstranění symptomů. Nicméně tím řešení problému nekončí. Poslední fází je *opětovná evaluace*. Tedy zhodnocení, zda se chování seniora změnilo, či zůstalo stejné. Díky tomu může docházet k případnému přehodnocování cílů, i z hlediska měnící se situace klienta (a jeho přechodu do další fáze regrese; Böhm, 2015). O individuálním plánování jako „o dlouhodobém kontinuálním procesu, během kterého se mohou skutečnosti zjištěné na začátku měnit" se dočteme i z průvodce Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe (MPSV, 2002:45). Procházková (2009) uvádí, že hodnocení výsledku péče by mělo být realizováno písemnou formou a případná korekce by měla být provedena dle potřeby či jednou za měsíc.

[6] Odklon od tradiční gerontologie, tzv. biomedicinského modelu, zastává také např. Chris Phillipson (1998). V jeho podání se jedná o novou kritickou gerontologii, ve které již není senior konstruován jako lékařský problém, ale jako tzv. problem of welfare issue (tedy jako bytost se sociálními právy). Jedinec je dnes chápán komplexně jako bytost bio-psycho-sociální.

CÍL A METODY SBĚRU A ANALÝZY DAT

Cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem se biografická anamnéza využívá při práci s klientem ve vybraných domovech pro seniory (DpS) s registrovanou sociální službou domov se zvláštním režimem (DZR), a dále odhalit, jak jsou výsledky z ní aplikovány do individuálních plánů. Cíl je dále specifikován výzkumnými otázkami – 1. Jakým konkrétním způsobem se biografická anamnéza v domovech pro seniory realizuje? 2. Jaké nároky jsou kladeny na pracovníky, kteří biografickou anamnézu využívají pro další práci s klientem a při individuálním plánování?
Hlavní výzkumnou metodou pro jejich zodpovězení byly polostrukturované rozhovory se zaměstnanci domovů pro seniory, především se sociálními pracovníky a pracovníky v sociálních službách, kteří pracují s osobami s Alzheimerovou chorobou a podílí se na vytváření individuálních plánů. Konkrétně se jednalo o 11 zaměstnanců tří domovů s registrovanou sociální službou domov se zvláštním režimem. Výběr domovů pro seniory byl záměrný a podléhal dvěma kritériím: 1. všechna zařízení byla z jednoho kraje, 2. všechna zařízení byla kontaktními místy České alzheimerovské společnosti (ČALS), a tedy i držiteli certifikátu Vážka. Důvodem tohoto třetího kritéria je předpoklad, že se jedná o zařízení poskytující kvalitní a odbornou péči o seniory s Alzheimerovou chorobou. Ta dle kritérií „posunují péči od tradičního institucionálního modelu směrem k přístupům orientovaným na člověka, respektují právo každého člověka vybrat si způsob, jak o něj bude pečováno, berou ohled na jeho sebeurčení, individuální potřeby“ (Hájková et al., 2016:6).
Popis respondentů v jednotlivých zařízeních je uveden v následující tabulce. Přepsané rozhovory byly zpracovány na základě tematické analýzy (Braun, Clarke, 2006). Kromě hledání, odhalování a třídění témat a jejich podtémat je analýza prokládána citáty z realizovaných rozhovorů s cílem upozornit na nuance a hloubku některých sdělení.[7]

Tabulka 1: Seznam respondentů polostrukturovaných rozhovorů

Zařízení	Kapacita lůžek DpS (celkem)	Kapacita lůžek sociální služby DZR	Označení respondenta	Pracovní pozice
DpS 1	170	Do 20 lůžek	R1	Sociální pracovník
			R2	Vedoucí služby domov se zvláštním režimem
			R3	Pracovník v sociálních službách
			R4	Pracovník v sociálních službách
DpS 2	200	Do 50 lůžek	R5	Vedoucí služby domov se zvláštním režimem
			R6	Ergoterapeut
			R7	Pracovník v sociálních službách
			R8	Pracovník v sociálních službách
DpS 3	125	Do 80 lůžek	R9	Vedoucí služby domov se zvláštním režimem
			R10	Pracovník v sociálních službách
			R11	Pracovník v sociálních službách

Vzhledem k tomu, že vycházím z konceptu psychobiografického modelu péče dle Ervina Böhma, zabývám se také tím, zda je při práci se seniory respektován a zachován princip normality v životě seniora. Rozhovory byly tedy doplněny o pozorování. To bylo záměrné a strukturované na základě parametrů, které vycházely z principů normality (Nirje, 1969; Böhm, 2015). Při návštěvě zařízení jsem tedy sledovala, zda denní aktivity, speciální programy pro trávení volného času, vybavení pokojů a celého zařízení korespondují se zájmy a životními vzorci seniorů. Při návštěvě zařízení

[7] Užité přímé citace z rozhovorů však byly u většiny výroků stylisticky upraveny, aby ulehčily srozumitelnost psaného textu. Byl však kladen důraz na to, aby nedošlo ke změně jejich významu.

byl kladen důraz především na zjištění realizovaných aktivit pro seniory a na fyzické prostředí domovů (vybavení i psaný obsah např. na nástěnkách). Konkrétně byly pozorovány společné prostory (vstupní hala, chodby, jídelna, společenská místnost), kancelářské místnosti i některé pokoje ubytovaných seniorů.
Zároveň jsem měla možnost nahlédnout do dokumentace, se kterou je v domovech pracováno. Jednalo se o složky klientů, které obsahovaly individuální plány, plány péče, biografie, denní záznamy apod. Jejich účelem bylo získat hlubší vhled do způsobu konkrétní implementace biografické anamnézy a jejího provázání s individuálními plány.

REALIZACE BIOGRAFICKÉ ANAMNÉZY VE VYBRANÝCH DOMOVECH PRO SENIORY

Všechny tři vybrané domovy pro seniory pracují s biografií klienta. Celkový způsob práce s osobami s Alzheimerovou chorobou se v nich však liší. Žádný pracovník z oslovených zařízení není proškolen v psychobiografickém modelu péče. Přesto bylo možné z rozhovorů a pozorování vyvodit používání některých prvků tohoto konceptu.
Žádné zařízení se například cíleně nezaměřuje v prvé řadě na uspokojování fyziologických potřeb (na „teplo–jídlo–očistu"), ale na *psychologické potřeby*. Respondenti jako svůj cíl práce uváděli především spokojenost a psychickou pohodu klientů. Důraz kladli také na zajištění bezpečí, aby měl každý „ten svůj koutek" (R7), na opravdu individualizovanou péči, která „by nebyla jen věcí naoko, ale aby byla opravdová a ku prospěchu klientům" (R1). Zajištění fyziologických potřeb pak uváděli především pracovnice v sociálních službách (např. R3, R7, R8, R10), vždy však ve spojení s vyššími potřebami.
Pro všechny pracovníky bylo zásadní *respektovat individualitu* klienta. A to nejen v přímé péči, ale také v souvislosti se způsobem aktivizace či přizpůsobování prostředí. Individuální aktivizace byla patrná především z vyprávění o konkrétních způsobech práce s klienty. Všechny prováděné činnosti byly realizovány na základě potřeb a zájmů klientů. Respondenti zdůrazňovali, že žádné klienty nenutí do činností, které jim nejsou evidentně příjemné. V DpS 1 aktivizují klienty na základě pravidel smyslové aktivizace. K tomuto účelu mají zpracované záznamy z každé aktivizace (včetně fotografií) u každého klienta. Na základě biografie klienta se snaží přizpůsobit jejich zájmům. Příkladem může být senior se zájmem o auta a motorky a aktivizace spočívá v zajištění nákupu časopisů s následnou komunikací na dané téma. Nebo snaha o aktivní zapojení klientů v každodenních činnostech, jako je utírání prachu či krájení ovoce a zeleniny (R4). Dle slov R3 jsou také schopní i na základě „banálních poznatků" realizované činnosti seniorovi přizpůsobit. Např. „zda paní ráda pekla nebo nepekla, abychom ji nenutili dělat to, co nikdy nedělala" (R3).
V dalších dvou zařízeních je realizována celá škála různých aktivizačních činností. V DpS 3 se jedná například o program Bon Apetit, v DpS 2 realizují každý týden tematická povídání nebo umožňují seniorům docházet na taneční terapie.
V souvislosti s (re)aktivizací však všichni respondenti upozorňovali, že u dnešních seniorů je velmi náročná. Většina z nich je ve vyšších stadiích Alzheimerovy nemoci. Činnosti by se tedy dle Böhma (2015) měly zaměřovat spíše na stimulační funkci. To si uvědomují především pracovníci DpS 1, kteří jsou téměř všichni vyškoleni v bazální stimulaci. V ostatních domovech disponují školením pouze vybraní pracovníci, není tedy seniorům poskytována plošně. Nicméně v různé míře probíhá ve všech domovech.
Co se týká prostředí, ve všech domovech byla patrná snaha o zachování principů normality v životě klientů. Ačkoliv si v tomto kontextu respondenti uvědomovali, že toho nemohou nikdy docílit, mohou a chtějí se tomu však „co nejvíce přiblížit" (R2, R5, R9). Všichni senioři mají možnost upravit si svůj pokoj a vybavit ho vlastním nábytkem a doplňky. Důraz na to kladli především zaměstnanci z DpS 1, kteří se shodli, že „chtějí" a „trvají na tom", aby měli všichni jedinci s Alzheimerovou nemocí vlastní věci. Upozorňují na to rodiny již při sociálním šetření a vysvětlují jim, že je důležité, aby každý senior měl něco svého – „křeslo, lampu, obrázky, hrnečky, ubrousky,

dečky, povlečení. Aby měli to, na co byli zvyklí, abychom jim to prostředí přizpůsobili co nejvíce“ (R2). V ostatních dvou domovech tyto možnosti všichni senioři také mají, ale z pozorování bylo patrné, že to nevyužívají v takové míře, jako v DpS 1. Důvodem může být právě rozdíl mezi slovním spojením „klient může“ a „klient by měl, trváme na tom“.

Co se dále týká principu normality ve spojení s terapií prostředím, na základě pozorování je možné konstatovat, že všechna zařízení se nesoustředila pouze na pokoje klientů, ale také na společné prostory, ve kterých osoby s Alzheimerovou nemocí žijí. Nicméně vzhledem k prostorovým možnostem a stavební úpravě „typických“ velkokapacitních domovů pro seniory (především DpS 1 a DpS 2) nepůsobí (a ani nemohou působit) haly, kuchyňky či jídelny jako rodinné prostředí. Typické jsou dlouhé chodby, malá jídelna sloužící i jako společenská místnost. V těchto zařízeních je také běžné používání omyvatelných ubrusů a židlí. V DpS 2 je navíc většina klientů na dvou- či třílůžkových pokojích, výjimkou není ani čtyřlůžkový pokoj. Jinou stavební úpravou disponuje DpS 3, který je navíc rozčleněn na pět oddělení (vážek) po menším počtu klientů (od 9 do 14). Každá vážka má vlastní bytovou jednotku – vstupní dveře, kuchyň, jídelnu, společenskou místnost s televizí, gaučem a polstrovanými židlemi. Také personál se na jednotlivých vážkách nemění, pro každou vážku je vyčleněn tým pracovníků v sociálních službách.

Respektování individuality klienta není patrné pouze v přizpůsobení jednotlivých aktivizačních činností klientům či v přizpůsobení prostředí domovů. Všichni respondenti uváděli, že klientům přizpůsobují i denní režim, právě podle jejich původních zvyků. K jejich zjištění využívají dotazníky s jasnými otázkami na rodinný stav (včetně rodinných zvyků), na způsob stravování (včetně času), způsob oblékání, oblíbené zájmy, případné praktikování náboženství, denní režim (včetně času vstávání), původní zaměstnání, způsob tělesné hygieny, oblíbené místo, oblíbenou knihu, film, hudbu, barvu, na způsob trávení volného času apod. Snaha o individualizovaný denní režim je patrná např. z následujícího výroku: „Když vím, že mu něco nedělá dobře, tak se toho vyvaruji, abych ho zbytečně nerozčilovala … vím například, že za někým nepůjdu hned ráno, protože se mnou nebude chtít spolupracovat a navíc mu tím zkazím celý den. Tak proč to budu dělat, když tam můžu přijít později“ (R2).

Kromě dotazníků denních aktivit (v DpS 1 zároveň vytvářejí i biografický list) je ve všech domovech využíván životní příběh (či životopis) klienta. Nejedná se pouze o dotazníkové zjišťování minulosti klienta, ale o volný příběh, který ve velké míře sestavuje rodina. Individuálně se ke klientovi přistupuje také na základě fotografií (nástěnky ve všech pokojích v DpS 1), osobních věcí (vzpomínkových kufrů v DpS 2) či sestavování stromů života (především v DpS 2).

Typický pro všechna zařízení je také *celostní přístup a práce v multidisciplinárním týmu* (zejména ve spolupráci sociální pracovník, pracovník v sociálních službách, zdravotní sestry, lékaři a další specializovaní pracovníci – aktivizační pracovníci, ergoterapeuti). Tato forma spolupráce probíhala ve všech zařízeních na bázi každodennosti (denní hlášení) i na bázi pravidelných setkávání. Kromě těchto formálních aktivit všichni respondenti uváděli, že velkou část informací o klientech si předávají ústně, během pracovního dne. Na tomto neformálním způsobu spolupráce je postaven především DpS 3, což bylo patrné zejména z rozhovorů s pracovnicemi v sociálních službách (R10 a R11). Také v DpS 2 probíhá kromě pravidelných každodenních porad neformální spolupráce. R5 k tomu uvádí: „Já si myslím, že v našem zařízení je gró týmová práce … holky spolu musí mluvit.“ Toto zařízení je postavené na výrazné specializaci pracovníků s jasnými kompetencemi každého z nich. V DpS 1 funguje také formální i neformální spolupráce, předávání informací probíhá i pomocí nástěnek určených vždy jednotlivým klientům (jedna nástěnka určená jednomu klientovi), na kterých jsou uváděny veškeré i sebemenší změny klientů.

Dalším důležitým a nepostradatelným aktérem pro tvorbu biografie a pro následnou práci s klientem je rodina či přátelé. Jen díky nim mohou pracovníci získat údaje o minulosti, rodinných vztazích, genealogii, zvycích, rituálech či významných životních událostech seniora. A to především v době, kdy Alzheimerova nemoc již propukla a pro klienta je velmi náročné srozumitelně a jasně sdělit své požadavky. V DpS 1 dochází např. k důkladnému, až několikahodinovému jednání s rodinou

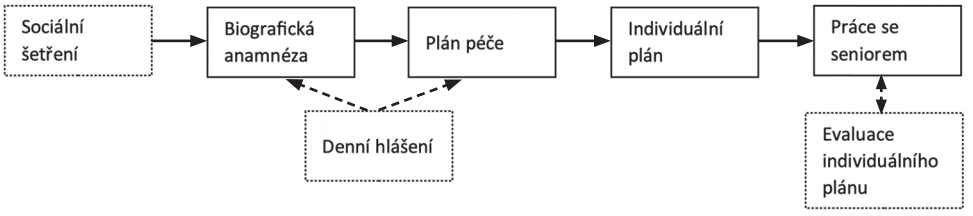
již v době před příchodem do domova. Ve všech domovech se můžeme setkat se zapojením přátel a rodiny do života seniora, ať už při společných akcích, či spolupráci související s každodenními činnostmi a péčí o klienta. Respondenti si uvědomují, že informace od rodiny i spolupracující a participující rodinu potřebují pro zdárný úspěch práce s klienty a pro zvyšování kvality jejich života. Jak uvádí také Procházková (2014:105), funkce rodiny je nezastupitelná v přínosu důležitých informací, které jsou podkladem pro péči úzce specifickou pro daného jedince. Nicméně na rozdíl od spolupráce se svými kolegy, u které jsem z rozhovorů nezaznamenala žádné uvědomované limity (naopak např. R10 uváděl, že „nás to baví"), uváděli téměř shodně všichni respondenti, že v některých případech naráží na ochotu, zájem a znalosti rodinných příslušníků. Může se tak stávat, že biografie (životní příběh jedince) není vždy konkrétní a nemusí zcela odpovídat skutečnostem. Důvodem může být dle R5 a R9 také upřednostňování zájmů rodiny před zájmem seniora. Vypovídá o tom například následující výrok: „Když to vyplňuje rodina, jsou tam ty jejich tužby a přání, a ne toho klienta."

Dalším limitem pro práci s biografií klienta uváděli respondenti zdravotní stav samotných seniorů. Jak je zmíněno již na přechozích řádcích, možná v důsledku preference a současných možností, kdy senior zůstává co nejdéle ve svém přirozeném prostředí, se do sociální služby domov se zvláštním režimem dostávají čím dál častěji senioři s pokročilejším stadiem Alzheimerovy choroby. Získávání informací od klientů je pak velmi složité, ne-li nemožné. A právě v souvislosti s možnými limity práce s rodinou nejsou pracovníci vždy schopní získat relevantní informace potřebné pro další práci se seniorem. Informace od klientů jsou tedy do biografie získávány v prvé řadě pozorováním neverbální komunikace, a jak uvádí R2, „spousta věcí vyplyne časem". Z rozhovorů je však patrné, že pracovníci nerezignují na získávání informací od klientů formou rozhovorů. V tomto ohledu jim pomáhá reminiscence a využívání fotografií a dalších osobních věcí klientů (např. pomocí vzpomínkových kufrů v DpS 2).

IMPLEMENTACE POZNATKŮ Z BIOGRAFIE DO INDIVIDUÁLNÍCH PLÁNŮ KLIENTA

Především na příkladu DpS 1 lze vyvodit obecný postup pro implementaci konkrétních poznatků z biografie do individuálních plánů klienta. Jak je uvedeno v následujícím schématu, na počátku celého procesu je *sociální šetření*, které se odehrává ještě před příchodem seniora do domova. Dle R1 se jedná o velmi podstatnou část, protože při ní dochází ke komunikaci nejen se seniorem, ale i jeho rodinou. Již v této fázi je sociální práce zaměřena na zjišťování biografie klienta s důrazem na uvědomění si důležitosti získaných poznatků pro navazující péči o seniora, včetně snahy o využití nábytku či jiných drobných věcí, jež jsou součástí jeho domácnosti.

Schéma 1: Proces implementace poznatků z biografie do individuálního plánu



Z informací ze sociálního šetření a z následující komunikace se seniorem (již jako uživatelem sociální služby domov se zvláštním režimem) a jeho rodinou dochází k sestavení *biografické anamnézy*. Ta je ve shodě s přístupem Böhma (2015) upravována – „Biografie se mění, předělává se" (R1). K přehodnocování informací o seniorovi mohou sloužit i denní záznamy. Jedná se o způsob zapisování denních hlášení formou zachycení problému se snahou o asociativní propojení současného chování

klienta, jež je opět patrná především v DpS 1. Pracovníci v tomto zařízení zároveň vytvářejí malé nástěnky každému klientovi, které jsou umístněné v místnosti pro zaměstnance a kam se zapisují všechny podstatné a aktuální informace. Jak již bylo výše zmíněno, samotná biografická anamnéza má formu rozsáhlého dotazníku s předem danými otázkami. Její součástí je však i nestrukturovaný životopis (neboli životní příběh) seniora, který z velké části vytváří rodina.

Třetí v pořadí jsou *individuální plány péče* obsahující jednotlivé potřeby seniora, se kterými potřebuje pomoc či podporu. Obsahuje informace o denních činnostech (mobilita, komunikace, oblékání, stravování, tělesná hygiena aj.; Příloha vyhlášky č. 505/2006 Sb.), jejichž úroveň zvládání vytváří představu, jaký rozsah pomoci bude nutné určit pro další práci s klientem. Zodpovědnost za tvorbu i implementaci plánů péče mají klíčoví pracovníci, většinou tedy pracovníci v sociálních službách.

Součástí této fáze, která vychází právě ze zjištěné biografie seniora, je, v souladu s Böhmovým (2015) předpokladem, schopnost pracovníků interpretovat hypotetickou diagnózu seniora. Neboli určit, kde je problém, a dát ho do souvislosti se zjištěnými biografickými vzorci. Pracovníci v DpS 1 zapisují každou pozorovanou změnu chování klientů a následně hledají pravidelnosti a především díky práci v multidisciplinárním týmu zkouší různé cesty (tzv. kladou impulzy), které by mohly situaci seniora změnit. Vypovídá o tom například následující výrok: „Když vypozorujeme, že paní nejedla, kolektivně si to řekneme, zapíšeme si to do denních hlášení a zaměříme se na to. Zamyslíme se, co mohlo být příčinou. Jestli jí bolí zub, nebo že manžel nepřišel na návštěvu a podobně" (R3). V důsledku obdobných zjištění se mění a doplňuje i biografie klienta, výsledkem je pak následná úprava plánu péče a konkrétní práce s klientem. A to zejména s ohledem na zjištěný neklid či agresivitu klientů. Příkladem může být situace, kdy „klient chodil bos, zkoušely se mu nasadit pantofle, boty na suchý zip, ale jak byla možnost, byly dole. A pak jsme se od manželky dozvěděli, že doma měli všude koberce, že pán chodil v ponožkách … a tak začal nosit silnější ponožky s protiskluzovou podrážkou" (R7). Nebo následující stav: „Stalo se nám, že paní ve sprše strašně vyváděla, nevěděli jsme, co s ní, pro ni to bylo strašně traumatizující, tak jsme pak po dlouhé době a náhodou přišli na to, že prošla koncentrákem, tak jsme ji začali dávat do vany a bylo to v klidu" (R5).

Na plán péče navazuje *individuální plán*, tedy stanovení osobního cíle neboli činnosti směřující k rozvoji či udržení schopností a dovedností daného seniora. Jedná se o způsob spolupráce mezi seniorem, pracovníkem v sociálních službách a sociálním pracovníkem (případně vedoucím sociální služby domov se zvláštním režimem), jejímž záměrem je poskytovat individuální péči postavenou především na biografii seniora a na jeho potřebách a možnostech péče o jeho každodenní činnosti. Významnou roli při tvorbě individuálního plánu má opět pracovník v sociálních službách, role sociálního pracovníka je spíše metodická a supervidující.

Výsledkem procesu, jehož základem je biografie jedince, je poskytování takové služby, která respektuje jedince jako konkrétního člověka (s jeho jedinečnou minulostí), nikoliv jako „pouze" uživatele služby. *Práce se seniorem* je tzv. šitá na míru a reagující na specifičnost jeho životní situace. Pro praktické porozumění představeného procesu je možné uvést následující stručný příklad: v rámci *biografie* zjistíme, že mezi hlavní zájmy seniora patří čtení detektivních románů, případně že sám psal vlastní povídky, nicméně díky kvalitně sestavenému *plánu péče* určíme, že jeho schopnost vykonávat tuto osobní aktivitu se díky slábnoucímu zraku a horší koncentraci snižuje. Cíl, na kterém budeme se seniorem pracovat, bude v *individuálním plánu* uveden jako např. udržení zájmu o detektivní literaturu. Konkrétní a individualizovaná *práce se seniorem* pak bude spočívat v předčítání, v založení čtenářského kroužku (pro více seniorů), v zakoupení audionahrávek apod.

Nicméně je třeba zohlednit, že tento způsob implementace přenášení poznatků z biografické analýzy do individuálních plánů nebyl explicitně popisován v DpS 2 a DpS 3. Z rozhovorů sice vyplynulo, že způsob práce s klientem je postaven na původních rituálech seniora a na jeho životním příběhu. Tento způsob práce však nebyl vždy zadministrován, v praxi je realizován spíše intuitivně, na základě dlouholeté znalosti seniorů.[8] V tomto kontextu lze usoudit, že tvorba

[8] Všichni oslovení pracovníci měli několikaleté zkušenosti s cílovou skupinou v daném zařízení.

individuálních plánů v obou domovech jednak neodpovídá psychobiografickému modelu péče, jednak je realizována spíše v duchu procedurálního přístupu (viz Smale, Tuson, 1993, in Tanner, Harris, 2008). Účelem těchto plánů je splnit povinnosti organizace vycházející z pátého standardu kvality péče. Nicméně žádná takováto teoretická kategorizace neodpovídá praxi (a nemůže to ani být její ambicí). V kontrastu s administrováním a sepisováním individuálních plánů byl totiž patrný zájem o porozumění každému klientovi a o respektování jeho životních zkušeností. Všichni oslovení pracovníci znali své klienty a přizpůsobovali jim péči. R9 k tomu poznamenal následovné: „Je to stejné, jako byste měla doma babičku a také si nepíšete, abyste nezapomněla, protože ji dobře znáte." V rozporu s psychobiografickým modelem péče je také způsob *evaluace a aktualizace individuálních plánů*. Ve všech zařízeních je individuální plán oživován jednou za půl roku či v případě potřeby. Z rozhovorů je však patrné, že v některých případech není plán měněn vůbec. Např. R10 s šestnáctiletou praxí poznamenal: „Já jsem u nikoho ještě nic neměnila. Já to mám stále stejné… Jednou za půl roku přehodnocujeme, ale neměnila jsem cíle." Zároveň v DpS 2 a DpS 3 nedochází ani k systematické, cílené a průběžné úpravě a doplňování životního příběhu (biografie). Jelikož jsem však měla možnost s pracovníky nejen mluvit, ale pozorovat je při rozhovoru či péči o klienty, bylo zřejmé, že přestože stejně jako nepřepisují individuální plány, písemně nedoplňují ani biografii. Implicitně však využívali všechny znalosti o klientech při práci s nimi. Z jejich strany se nejedná o problém, protože pracují v týmu a klienty znají. Problém však může nastat při obměně personálu nebo při řešení závažnějších problémů a ve spolupráci s dalšími odborníky, například s psychiatrem.

POŽADAVKY NA OSOBNOST A ODBORNOST PRACOVNÍKŮ VYUŽÍVAJÍCÍCH BIOGRAFII SENIORŮ

Profesionální identita sociálního pracovníka zahrnuje dva samostatné, avšak neoddělitelné celky – – odbornost (profesionalitu) a osobnost. Z výsledků výzkumu je patrné, že oslovení respondenti v prvé řadě uváděli právě složky spadající do osobnosti pracovníka. Nepřekvapivě se shodovali, že pro práci s osobami s Alzheimerovou nemocí je zapotřebí osobní a individuální přístup. Zároveň však uváděli, že nelze přesně popsat, jaký by měl každý pracovník být. Trefně to poznamenal R10, když uvedl, že „musí mít něco v sobě, v srdci". Dle R9 by každého měla práce bavit a naplňovat ho, dle R7 „musíte být na jejich vlně" a dle R4 „musíte mít klienty rádi, jinak to nemůžete dělat". Pokud bych to měla shrnout, z jejich výroků je evidentní, že práce s lidmi je o lidech, o jejich osobnosti a nelze ji vykonávat bez zájmu a snahy o porozumění. Mezi nejzákladnější osobnostní charakteristiky pracovníků řadili trpělivost, klid, toleranci, vnímavost, obětavost a respekt ke zvláštnostem klientů s Alzheimerovou chorobou. R11 také uvedl, že na některé seniory je možné použít i jednoduchý humor („Například paní řeknu, že ji podržím za flígr, a jde to.").

Kromě osobnostních aspektů je samozřejmě důležitá také odbornost pracovníků. Ale v souladu s předcházející informací o prioritě osobnosti před profesionalitou uvedl R1, že „ta odbornost se pak poddá". Shoda mezi všemi respondenty totiž panovala také v tom, že zaměstnanec, který není z hlediska osobnosti vhodný pro práci s osobami s Alzheimerovou nemocí, většinou v této oblasti nezůstává dlouho pracovat. Nicméně ve shodě například s Hejdukem (2004) respondenti samozřejmě také zmiňovali potřebné odborné znalosti získané neustálým vzděláváním. Řadili mezi ně znalost samotné nemoci a jejích projevů či znalost dalších speciálních technik (jako je již výše uvedená např. smyslová aktivizace, bazální stimulace či reminiscence). A právě ve vztahu k modernizaci a humanizaci ústavních zařízení zdůrazňuje Hejduk (2004; v harmonii s Böhmem a jeho požadavkem profesionalizace) potřebu vzdělávání pracovníků v nových přístupech jako nedílnou součást úsilí o změnu způsobu práce s klientem (a v respektu k jejich individualitě).

Zajímavé je, že žádný z respondentů nevycházel z potřeby znát historii doby, ve které senior vyrůstal (jak zdůrazňuje Erwin Böhm). Až na základě položení konkrétní otázky na toto téma reagovali někteří respondenti pozitivně. A to buď ve vztahu k dobovým zvykům, tradicím či zájmům, nebo

ve vztahu k historickým mezníkům, jako byla druhá světová válka, či v souvislosti s preferencí zaměstnávat pracovníky v sociálních službách staršího věku. Ti jsou dle R1 „více tolerantní, trpěliví, klidnější" či dle R11 mají výhodu věkové blízkosti a mohou lépe „zapříst hovor" na některá specifická témata.

Ve shodě např. s Hrozenskou (2008) si také uvědomovali, že pracovníci musí být velmi dobří pozorovatelé, kteří mají o klienty upřímný zájem. Jen díky tomu jsou pak schopní rozpoznat, co je kterému klientovi příjemné či nepříjemné, a následně jsou schopní s tím při další péči pracovat. O pozorování jako velmi podstatné dovednosti, která je využívána při komunikaci s osobami, jež nejsou schopné komunikovat běžným způsobem, píše i Čámský et al. (2008:101): „Sledujeme uživatele bez toho, abychom si přinášeli vlastní očekávání nebo záměry… Pokud vnímáme, že uživatel opatření nechce, přestaneme a zkusíme stanovit jinou hypotézu." Mezi další oceňované schopnosti a dovednosti pracovníků, které souvisí se schopností pozorovat a přizpůsobovat práci potřebám seniorů, patří empatické a aktivní naslouchání. V návaznosti na to je zcela určitě podstatné umět upoutat klienty, věnovat jim chvilku času a rozpoznat, v jakých situacích se cítí dobře a bezpečně.

Další velmi významnou kompetencí je schopnost týmové práce a komunikace. Ta byla uváděna všemi respondenty a z rozhovorů bylo patrné, že práce se seniory s Alzheimerovou chorobou se nemůže vykonávat izolovaně, všichni spolu musí spolupracovat. Mezi členy multidisciplinárního týmu řadili především lékaře, zdravotní sestry, sociální pracovníky, vedoucí DZR, pracovníky v sociálních službách, kaplana, rodinu, přátele, v některých zařízeních i další specializované pracovníky (ergoterapeuty apod.). Každý takový člen má své specifické úkoly podle své odbornosti, cíl péče je však společný. V oblasti individuálního plánování a aplikace biografické anamnézy jsou role sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách nezastupitelné. Úkolem sociálních pracovníků v oblasti plánování je dle Papežové (2010) proškolovat a metodicky vést pracovníky v sociálních službách. Dobrým příkladem této praxe je již zmiňovaný DpS 1. Sociální pracovnice (R1) i vedoucí služby (R2) si uvědomují, že jejich úkolem je, aby pracovníci přijali podstatu a důležitost individuálního plánování, biografie a dalších technik, aby pak jejich práce „byla opravdová a ku prospěchu klientům" (R1). Zároveň je role sociálních pracovníků spjata především s komunikací s rodinou na sociálních šetřeních před nástupem do domova pro seniory a následně v průběhu samotné péče. Obsahem takovéto komunikace je zejména snaha o získání co největšího množství poznatků o samotném klientovi, jeho režimu dne, zvycích souvisejících s povoláním a trávením volného času či jeho běžný rytmus roku nebo potřeby pro osobní rozvoj. Role pracovníka v sociálních službách je spjata s rolí klíčového pracovníka, jehož úkolem je v průběhu péče o seniora individuálně plánovat, tzn. hledat společné cíle, zachycovat případný problém seniora (tzv. klást impulzy, aby mohla být jeho situace změněna) a na základě získaných informací přehodnocovat a měnit nejen individuální plán a plán péče, ale také biografii klienta. Zároveň se jedná o člena týmu, který má pravidelný a úzký vztah s rodinou, případně přáteli seniora. Role obou těchto profesí se společně překrývají, zejména v souvislosti s předpokladem hlubokých znalostí a dovedností pro práci s osobami s Alzheimerovou chorobou, se schopností identifikovat jejich sociální i psychologické potřeby, individuálně plánovat a komunikovat s rodinou a přáteli. V kontextu spolupráce s rodinou upozornil R7 na ne vždy příjemné situace, ve kterých se jim stává, že musí být „prostředníkem mezi klientem a jeho rodinou" – mezi klientem s určitými potřebami a rodinou, která o nich může mít jiné představy. Na podobné situace upozornili i další respondenti, např. R5, R6 a R9. V souvislosti se schopností individuálně plánovat a aplikovat biografii klientů do práce s nimi uvedl R2 důležitou dovednost – zaznamenat pouze to důležité. Neboli rozlišit mezi podstatnými informacemi, méně podstatnými a nepodstatnými.

Většina respondentů, ale i další odborníci (např. Hrozenská, 2008; Papežová, 2010) se také shodli na tom, že práce s osobami s Alzheimerovou chorobou je velmi psychicky náročná, zejména s ohledem na proměnu klientů – s těžkou či úplnou mírou závislosti. Pracovníci musí být tedy

psychicky odolní. Vědí, že práce se seniory s Alzheimerovou chorobou se nelepší, právě naopak. Pozitivní změny tak nejsou běžnou součástí jejich práce, což vyžaduje velkou dávku trpělivosti a psychické a emocionální odolnosti.

ZÁVĚR

Primárním cílem výzkumu bylo odborné i laické veřejnosti zprostředkovat způsob práce s osobami s Alzheimerovou nemocí ve vybraných domovech pro seniory, jež jsou kontaktními místy České alzheimerovské společnosti. Konkrétně byla stať zaměřena na odhalení, jakým způsobem práce s osobami s Alzheimerovou chorobou probíhá – zda a jakým způsobem je využívána biografická anamnéza klientů a zda jsou výsledky z ní aplikovány do individuálních plánů.
Přestože se konkrétní praktiky v jednotlivých zařízeních liší, z rozhovorů a pozorování bylo patrné, že ve všech je snahou zlepšit kvalitu života každého seniora. Východiskem byla vždy opravdová znalost biografie jednotlivého klienta. Aktivizační (případně stimulační) činnosti byly přizpůsobovány potřebám klientů i jejich zájmům a zvykům vycházejícím z jejich minulosti. Ve všech zařízeních byli pracovníci v souladu s požadavkem Hejduka (2004) odborně vzděláváni v nových přístupech potřebných pro práci s osobami s Alzheimerovou chorobou. Všechna tři zařízení, ačkoliv ústavní, se nejen díky tomu snažila o humanizaci a modernizaci vnitřních prostor i samotné péče.
Všechny tři domovy pro seniory lze tedy považovat za příklady dobré praxe při práci se seniory se stařeckou demencí. Otázkou však je, jakou optikou tento výsledek hodnotíme. Libor Musil (2008) upozornil na několik různých pojetí sociální práce, jež se mezi sebou liší, což ale nutně neznamená, že jedno vymezení je špatné a to druhé správné. Z výzkumu vyplynulo, že biografie klientů a její implementace do individuálních plánů probíhá dvojím způsobem. První můžeme nazvat jako *odborný proces* založený na cíleném způsobu realizace poznatků z biografie do individuálních plánů. Byl uskutečňován v DpS 1. V pojetí Musila bychom ho mohli přirovnat zejména k profesionálnímu výkonu sociální práce. Druhý způsob lze pojmenovat jako *intuitivní proces* vycházející z osobního zájmu pracovníků, který je postaven na znalostech klientů a jejich životních příbězích. Nikoliv však na záměrné aplikaci biografie do individuálních plánů. V pojetí Musila se jedná především o filantropický výkon sociální práce. Patrný byl v DpS 2 a DpS 3.
Pokud jde o aplikaci cíleného způsobu implementace poznatků z biografie do individuálních plánů, byl na základě rozhovorů (především tedy s respondenty z DpS 1) identifikován a strukturován do několika fází: 1. první informace o seniorovi jsou získávány na sociálním šetření, 2. po nástupu do sociální služby domov ze zvláštním režimem je záměrně tvořena biografie klienta (ve formě dotazníku i volného životního příběhu), 3. ta ovlivňuje sestavení plánů péče, 4. které vedou k určení cílů práce s jedincem, tedy k individuálnímu plánu a 5. výsledkem je konkrétní, respektující a individualizovaná práce se seniorem postavená vždy na jeho minulosti.
Dílčím cílem bylo také zjistit, jaké nároky jsou kladeny na pracovníky, kteří biografickou anamnézu využívají pro další práci s klientem a při individuálním plánování. Již uvedená odbornost a vzdělávání byly dle oslovených respondentů až na druhém místě. Prioritou je dle nich osobnost sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách, tedy ochota a zájem pracovat se seniory s Alzheimerovou chorobou. A to především v souvislosti se zhoršujícím se zdravotním a psychickým stavem těchto jedinců, který klade vysoké nároky na odolnost pracovníků. V DpS 1 však ve shodě s jejich tzv. odborným procesem a profesionálním pojetím sociální práce upozorňovali také na přijetí podstaty a důležitosti individuálního plánu, biografie a dalších speciálních technik. Vyzdvihovány byly také schopnosti jako pozorování, aktivní a empatické naslouchání či práce v multidisciplinárním týmu. Bez nich by nebylo možné uspokojovat potřeby klientů a uplatňovat celostní a jedinečný přístup založený na biografii klientů.
Ve výsledku je tedy podstatné, aby osobní charakteristiky i odborné znalosti sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách byly komplementární. Celou stať lze shrnout slovy sociálního

pracovníka (R1), který uvedl, že vždy je dobré práci se seniory se stařeckou demencí (i seniory obecně) „usadit nějakým konceptem, ale zase se z toho nezbláznit". Neboli vycházet z odborných teorií a vzít si z nich především to, co je pro dané zařízení a pro seniory aplikovatelné, na co jsou samotní zaměstnanci připraveni (po osobnostní i odborné stránce) a jaký způsob práce jim vyhovuje a baví je.

POUŽITÉ ZDROJE

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ADI). 2014. *World Alzheimer Report* [online]. London: ADI. [3. 2. 2019]. Dostupné z: https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2014.pdf

BERESFORD, P. et al. 2011. *Supporting People: Towards a Person-centred Approach.* Bristol: The Policy Press.

BÖHM, E. 2015. *Psychobiografický model péče podle Böhma.* Praha: Mladá fronta.

BRAUN, V., CLARKE, V. 2006. Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology,* 3(2), 77–101.

CANGÁR, M. 2011. Plán účasti a skúsenosti. *Sociální práce / Sociálna práca,* 11(3), 13–15.

ČÁMSKÝ, P. et al. 2008. *Manuál pro tvorbu a zavádění standardů kvality poskytovaných sociálních služeb.* Praha: Centrum sociálních služeb.

DRAGOMIRECKÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. 2004. Kvalita života u seniorů – mezinárodní výzkum. In: *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference konané dne 25. 1. 2010 v Třeboni* [online]. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 91–101. [3. 2. 2019]. Dostupné z: https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf#page=93

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha: Grada.

FRANKL, V. 2005. *Lékařská péče o duši.* Brno: Cesta.

FRANKL, V. 1997. *Vůle ke smyslu.* Brno: Cesta.

GEARING, B., COLEMAN, P., 1996. Biographical Assessment in Community Care. In: BIRREN, J. E. et al. *Aging and Biography.* New York: Springer Publishing Company, Inc., 265–282.

GRENIER, A. 2006. The Distinction between Being nad Feeling Frail: Exploring Emotional Experiences in Health and Social Care. *Journal of Social Work Practice,* 3(20), 299–313.

HÁJKOVÁ, L. et al. 2016. *Komplexní péče o lidi s demencí.* Praha: Česká alzheimerovská společnost.

HEJDUK, Z. 2004. Kvalita života a sociálně-zdravotní péče. In: *Kvalita života. Sborník příspěvků z konference, konané dne 25. 1. 2010 v Třeboni* [online]. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 105–107. [3. 2. 2019]. Dostupné z: https://www.ipvz.cz/seznam-souboru/515-kvalita-zivota-sbornik-prispevku-z-konference-konane-25-10-2004vtreboni.pdf#page=93

HROZENSKÁ, M. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská.* Martin: Vydavateľstvo Osveta.

KOUKOLÍK, F. 2014. *Mozek a jeho duše.* Praha: Galén.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Mít pro co žít.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.

KUBALČÍKOVÁ, K. 2011. Individuální plánování v sociálních službách pro seniory: příklad vybrané organizace Pečovatelské služby. *Sociální práce / Sociálna práca,* 11(3), 56–66.

MESSER, B. 2017. *100 tipů pro plánování péče v domovech pro seniory.* Praha: Grada.

MPSV. 2012. *Národní strategie podporující pozitivní stárnutí na léta 2013–2017.*

MPSV. 2003. *Bílá kniha v sociálních službách.*

MPSV. 2002. *Zavádění standardů kvality sociálních služeb do praxe: Průvodce poskytovatele.*

MUSIL, L. 2008. Různorodost pojetí, nejasná nabídka a kontrola výkonu „sociální práce". *Sociální práce / Sociálna práca,* 8(2), 60–79.

MZ. 2016. *Národní akční plán pro Alzheimerovu nemoc a další obdobná opatření na léta 2016–2019.*
NIRJE, B. 1969. The Normalization Principle and Its Human Management Implications. In: KUGEL, R., WOLFENSBERGER, W. *Changing Patterns in Residential Services for the Mentally Retarded*. Washington: President's Committee on Mental Retardation, 179–195.
ONDRUŠOVÁ, J. 2011. *Stáří a smysl života.* Praha: Karolinum.
PAPEŽOVÁ, E. 2010. Odvrácená tvář sociální práce: Proměny práce sociálních pracovníků v pobytových sociálních službách pro seniory. *Sociální práce / Sociálna práca,* 10(2), 46.
PHILLIPSON, Ch. 1998. *Reconstructing Old Age: New Agenda in Social Theory and Practice.* London: Sage.
PICHAUD, C., THAREAUOVÁ, I. 1998. *Soužití se staršími lidmi.* Praha: Portál.
PROCHÁZKOVÁ, E. 2014. *Práce s biografií a plány péče.* Praha: Mladá fronta.
STAŇKOVÁ, M. 2011. Role klíčového pracovníka v domově pro seniory. *Sociální práce / Sociálna práca,* 11(3), 44–55.
SVATOŠOVÁ, M. 2008. *Hospice a umění doprovázet.* Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
SVENSSON, T., 1996. Competence and Quality of Life: Theoretical Views of Biography. In: BIRREN, J. E. et al. *Aging and Biography.* New York: Springer Publishing Company, Inc., 100–116.
TANNER, D., HARRIS, J. 2008. *Working with Older People.* Routledge: London.
Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách.
WEHNER, L., SCHWINGHAMMER, Y. 2013. *Smyslová aktivizace v péči o seniory a klienty s demencí.* Praha: Grada.

Evaluace dopadu sociálně aktivizační služby do života klientských rodin

Outcome Evaluation of Social Activation Services to the Life of their Client Families

Radana Kroutilová Nováková

Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D.,[1] je odbornou asistentkou Ústavu pedagogických věd na Fakultě humanitních studií Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Ve výuce se věnuje terénní sociální práci a sociálním službám. Externě působí jako evaluátor sociálně aktivizačních služeb.

Abstrakt
CÍLE: Cílem článku je analyzovat a zhodnotit dopady sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi na jejich životní situaci. TEORETICKÁ VÝCHODISKA: Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou určeny rodinám s dítětem nebo dětmi, u kterých je jejich vývoj ohrožen v důsledku dlouhodobé krizové sociální situace. Na problém je přitom nahlíženo z perspektivy dopadové evaluace. METODY: Autorka vychází z dílčích výsledků kvantitativního šetření, které realizovala u 30 klientských rodin v letech 2016–2018. V tomto období byla sledována míra naplňování potřeb, které jsou relevantní pro jejich začlenění do běžného života společnosti. VÝSLEDKY: Výsledky evaluace identifikovaly zlepšení životní situace rodin – služba přispěla ke stabilizaci poměrů v rodinách. IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI: Výzkumná zjištění poslouží jako zpětná vazba všem zainteresovaným subjektům – poskytovatelům, zřizovatelům i potenciálním zájemcům o službu.

Klíčová slova
sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi, sanace rodiny, evaluační výzkum, dopadová evaluace

Abstract
OBJECTIVES: The aim of the article is to analyse and evaluate the impact of social activation services in the lives of families with children. THEORETICAL BASE: Social activation services are provided for families with a child or children whose development is jeopardized due to the impact of a long-term critical social situation. The problem is seen from the perspective of outcome evaluation. METHODS: The author draws on the partial results of the quantitative survey she carried out in 30 client families in 2016–2018. During this period, she monitored the level of the fulfilment of needs which are relevant to the integration of the child into ordinary social life. OUTCOMES: The results of the evaluation identified an improvement of the client's life situation – the service helped to stabilize the family issues. SOCIAL WORK IMPLICATION: Research findings will serve as feedback to all stakeholders of outcome evaluation – providers, founders and potential users of family social work services.

[1] Kontakt: Mgr. Radana Kroutilová Nováková, Ph.D., Ústav pedagogických věd, Fakulta humanitních studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Štefánikova 5670, 760 01 Zlín; kroutilovautb @utb.cz

Keywords
social activation services for families with children, family remediation, evaluation research, outcome evaluation

ÚVOD

Sociální služby prochází od roku 1989 procesem přeměny. Zatímco v první kvantitativní fázi bylo potřeba zřídit a následně rozšířit druhy sociálních služeb, v posledních letech se služby zaměřují na uplatňování vůle klientů, na spoluúčast při rozhodování, uschopňování ke změně, fixaci a překlápění změny do životní situace klientů. V této kvalitativní fázi je na sociální služby vyvíjen větší tlak na prokazování jejich výsledků. Stakeholdři (Chen, 2005; Smutek, 2005) neboli zainteresované skupiny (Zatloukal, 2008) potřebují vědět, jestli sociální služba plní stanovené poslání a cíle, zda je nastavena tak, jak je potřeba. Jestli pracovníci podporují klienty žádoucím způsobem ve smyslu aktivizace, uschopňování, podpory samostatnosti a autonomie. Stakeholdři – v našem případě klienti, poskytovatelé a v souvislosti s financováním zejména zřizovatelé sociálních služeb vyžadují zpětnou vazbu, protože nikdy nemají dost peněz, aby investovali do všeho, co je potřeba. A i kdyby měli dostatek peněz, jenom peníze na řešení složitých sociálních problémů nestačí. A protože není možné udělat všechno, potřebují podklady pro rozhodování, kterým věcem stojí za to se věnovat (Patton, 1997). Hodnocení efektivity, tj. posouzení, jaké dopady tato služba do života klientských rodin přináší, tak přispívá k hospodárnosti při nakládání s veřejnými prostředky při jejich čerpání. Situace, kdy si pověřená organizace k výkonu SPOD a sociální služba sama zajišťuje profesionálně vedenou evaluaci (programu či dopadu), jsou spíše výjimkou. Jednou z nich je aktuálně řešený projekt Českého centra pro sanaci rodiny STŘEP. Zmíněná organizace v projektu[2] zaměřeném na pomoc dětem ohroženým syndromem týraného, zneužívaného a zanedbávaného dítěte užívá pro evaluaci svých služeb nástroj Outcome Stars, licencovaný ve Velké Británii. Očekávaným výsledkem by mělo být lepší propojení potřeb cílové skupiny (dětí a rodin) a poskytované služby či intervence, což by mělo vést ke zvyšování schopností dětí a rodičů k sociální integraci a následně prevenci sociálně patologických jevů. V českém prostředí jsou častější (i když stále ještě ne běžné) evaluace „zeshora", kdy jsou jejími zadavateli zřizovatelé sociálních služeb, které finančně podporují vybrané druhy sociálních služeb na svém území a výsledek evaluace jim slouží jako nástroj efektivity a legitimizace tohoto druhu služeb. Z tohoto typu projektu pochází dílčí výsledky, které zde představujeme.

Cílem předkládané studie **je determinovat dopad** (efekt, impakt) **sociálně aktivizační služby do života rodin s dítětem (dětmi), u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dlouhodobé nepříznivé sociální situace**. Cíl naplňuje podstatu dopadové evaluace *(outcome evaluation).*

Prostřednictvím zodpovězení výzkumné otázky **„Jaké jsou dopady sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi do života jejich klientů?"** chceme napomoci kontrole kvality a účinků intervence v konkrétních zařízeních sociálně aktivizačních služeb. V každodenní žité praxi může být totiž obtížné zaznamenat změny. Bývají obvykle pomalé a málo viditelné. Neschopnost vidět výsledky práce, které sociální pracovník očekával, mohou vést k unáhleným opatřením (Bechyňová, Konvičková, 2008), která nemusí korespondovat se zájmem dítěte. Dobře a pravidelně vedená evaluace tak může těmto situacím předcházet.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

V následující části stručně definujeme teoretická východiska, ze kterých jsme při realizaci výzkumu vycházeli.

[2] Projekt *Inovace v SPOD pro ohrožené děti, měření dopadu, cesty změny a mobilní týmy.* Reg. č. projektu CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_024/0006274.

Sociálně aktivizační služby jsou jedním ze souboru opatření sanace rodiny, jejímž „základním principem je podpora dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodině" (Bechyňová, Konvičková, 2008:18). Zákon o sociálních službách vymezuje tuto službu jako „terénní, popřípadě ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě krizové sociální situace, kterou rodiče nedokážou sami bez pomoci překonat, a u kterého existují další rizika ohrožení jeho vývoje" (zákon o sociálních službách, § 65). Sociálně aktivizační služba pro rodiny s dětmi je postavena na podpoře rodičovského chování a snižování rizik v chování rodičů ve vztahu k dětem, aby byla naplněna sociálně-právní ochrana dítěte (dětí).
Do sociální služby přicházejí celé rodiny, které nemají z nějakého důvodu dostatečné schopnosti k tomu, aby naplňovaly své potřeby a potřeby svých dětí. Sociální služba jim má poskytnout podporu s tím, že by neměla přesahovat rámec svých činností, ale jejím prostřednictvím by měla kompenzovat nedostatky, se kterými daná rodina do služby přichází. Těmito činnostmi jsou zejména výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutická činnost, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí (zákon o sociálních službách, § 65). Výše zmíněné činnosti směřují „k odvrácení možnosti odebrání dítěte mimo rodinu, k realizaci kontaktů dítěte s rodinou v průběhu jeho umístění nebo k umožnění jeho bezpečného návratu zpět domů" (Bechyňová, Konvičková, 2008:18).
Evaluace hodnotí za použití metod sociálněvědního výzkumu sociální programy s cílem rozhodnout, zda daný program přijmout, či odmítnout. Evaluace je nástrojem legitimizace programů, rozšiřuje míru poznání v oblasti poskytování sociálně aktivizačních služeb, pomáhá realizovat deklarované poslání a cíle, podporuje odpovědné, transparentní nakládání s veřejnými zdroji a pomáhá budovat důvěru mezi zřizovateli, poskytovateli a uživateli. Jednou ze specifických oblastí evaluace je **evaluace dopadu.**
Dopady přitom máme na mysli změny v poskytování sociální služby, které nastávají při její realizaci a v souvislosti s ní (MPSV, 2014) a které se projevují v nárůstu nebo poklesu monitorovacích ukazatelů. Výsledky dopadové evaluace se uplatňují při zjišťování efektivity a užitečnosti (nejen) sociálních programů, přispívají k rozhodování a plánování, podporují a dokumentují dosažení požadovaných společenských cílů a organizačních změn a přispívají k rozšíření vědeckých poznatků o zkoumaných oblastech (Hendl, 2008).
Evaluační výzkum je sociálněvědní aktivita zaměřená na sběr, analýzu, interpretaci a poskytování informací o fungování a efektivitě sociálních programů (Rossi a kol., 2004). Na rozdíl od základního výzkumu je jeho účelem řešit konkrétní problém, přičemž využitelnost není hodnocena vědeckou komunitou, ale evaluátory.

METODOLOGIE EVALUAČNÍHO VÝZKUMU

Cílem výzkumu je **analyzovat a zhodnotit dopady sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi do života jejich klientů**. V souladu s cílem jsme definovali hlavní výzkumnou otázku: **„Jaké jsou dopady sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi do života jejich klientů?"**, kterou jsme rozvinuli do několika dílčích výzkumných otázek: Jaká je míra naplňování potřeb, které jsou relevantní pro začleňování klientských rodin do společnosti (jakých průměrů dosahují v jednotlivých oblastech)? Ve které oblasti jsou klienti nejvíce a nejméně úspěšní? Jaký posun nastal v míře naplňování potřeb? Ve které oblasti nastal nejvyšší posun? V jakých oblastech nevyžadují klienti podporu vůbec?
Za kritérium úspěchu poskytované služby budeme považovat zlepšení monitorovacích ukazatelů v jednotlivých zkoumaných oblastech, ale také to, pokud nedojde k jejich zhoršení. Limity úspěchu či neúspěchu jsme odvozovali od limitů evaluace dopadu, která má tendence směřovat k výsledkům, že nic nefunguje, jak má. V souvislosti se specifiky práce v oblasti sanace rodiny (dlouhodobost, klienti vykazující nízký společenský status, omezení komunikačních schopností

aj.) budeme akceptovat výsledek, který přispívá ke stabilizaci rodinných poměrů. Tímto přístupem se chceme vyhnout nereálným očekáváním, se kterými se v praxi občas setkáváme.

Pro zodpovězení výzkumné otázky jsme použili **kvantitativně** orientovaný **evaluační výzkum.** „Jako kvantitativní přístupy zde označujeme techniky analýzy, ve kterých pracujeme s daty kódovanými do formy numerických či jiných symbolů" (Hora, 2014:28). Zvolený přístup nám vyhovuje zejména proto, že nám umožňuje prokazatelně zhodnotit (změřit) působení služby.

Výzkumník působil v terénu jako externí evaluátor. Mohl tak lépe uplatňovat nezávislý postoj, objektivní a kritický přístup, hodnocené služby mohl porovnávat s jinými, měl znalosti a zkušenosti o spektru evaluačních technik. Je třeba říci, že tato role má také své limity. Například riziko ignorování některých důležitých faktorů, které odráží žitou realitu služby, necitlivost vůči vnitřním vztahům ve službě nebo neznalost místních poměrů, která mohla způsobit, že výzkumník mohl být záměrně či nezáměrně uváděn v omyl – uživateli nebo sociálními pracovníky sociálně aktivizační služby.

Uživatelé byli vybíráni losováním z abecedního seznamu s tím, že do seznamu nebyli zařazeni uživatelé, u nichž byl předpoklad ukončení poskytování sociální služby v horizontu 3 měsíců. Při losování bylo přihlíženo ke specifikům cílové skupiny sociálně aktivizační služby (SAS) dle základních životních situací, ve kterých se nachází. Kvóty byly stanoveny následovně: 70 % rodin, kde je SAS jako prevence umístění dítěte do ústavní výchovy nebo náhradní rodinné péče, 10 % rodin, kde je SAS v situaci umístění dítěte do ústavní výchovy nebo náhradní péče, a 20 % rodin, kde je SAS v situaci návratu dítěte z umístění z ústavní nebo náhradní rodinné péče. Podmínkou zařazení respondenta byl jeho písemný souhlas se zapojením do evaluačního výzkumu a souhlas s nahlížením do spisové dokumentace, která je o něm ve službě vedena. Zprávy každého uživatele (resp. klientské rodiny) byly pro zachování anonymity opatřeny kódem, tabulka se jmény klientů a jim přiřazených kódů byla uložena v konkrétní službě.[3]

U všech vybraných klientů jsme sledovali míru naplňování následujících oblastí potřeb: zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu (1), stravování a péče o domácnost (2), komunikace (3), uplatňování práv a oprávněných zájmů (4), práce a seberealizace (5), bezpečí a rizika (6), sociální vztahy (7).

U uživatele jsme sledovali a vyhodnocovali míru zvládání jednotlivých potřeb, a to na desetistupňové škále s krajními póly VŮBEC NE (1) / ROZHODNĚ ANO (10)[4].

Obraz o vybraném uživateli (míře plnění), který by nejvíce odpovídal skutečnosti, jsme získávali z několika různých zdrojů, zpravidla se jednalo o rozhovor s uživatelem, rozhovor s klíčovým pracovníkem, rozhovor s vedoucí služby, studiem dokumentace[5], pozorováním, a to jak v přirozeném sociálním prostředí klienta, tak v prostorách sociálně aktivizační služby.

---

[3] Metodologie výzkumu je čerpána z interní metodiky. V rámci důvěrnosti jsme se rozhodli nezveřejnit žádná data, která by umožnila čtenáři identifikovat vybrané služby. Zveřejněním názvu metodiky by zmíněné etické dimenze nebylo možné dosáhnout.

[4] Ad kódovací postupy. Výzkumník měl k dispozici arch, na kterém byly vyznačené jednotlivé oblasti (celkem 7 oblastí) a jejich položky. Pro odpovědi respondentů byla zvolena pro každou fázi výzkumu specifická značka (př. symbol * v úvodní fázi výzkumu). Výzkumník tuto značku umístil u každé položky (na škále 1–10), podle toho, jak uživatel aktuálně zvládal jednotlivé potřeby – informace získával výzkumník z více zdrojů (od klientů, jejich klíčových pracovníků, pozorováním rodinného prostředí apod.). Pod každou oblastí měl výzkumník prostor pro poznámky, kde vpisoval své slovní komentáře, které objasňovaly, na základě jakých informací danou položku hodnotil. Ze záznamu muselo být jasné, co vedlo výzkumníka k tomuto hodnocení, čili o jaké zdroje se v hodnocení opírá. Personální složení kódujících expertů se během let neměnilo. Ve všech fázích a u všech 30 klientských rodin výzkumu kódoval jeden výzkumník – autor studie.

[5] Při studiu dokumentace výzkumník vycházel z písemných záznamů, které poskytovatel vede ke konkrétní klientské rodině. Nejčastěji se jednalo o osobní dokumentaci, individuální plány, záznamy o průběhu služby, hodnocení individuálních plánů.

Tabulka 1: Obsah záznamového archu[6]

Oblast potřeb	Položky
Zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu	Rodičovské dovednosti v oblasti adekvátního oblékání, obutí a sebeobsluhy dítěte přiměřeně jeho věku a potřebám a schopnost udržovat hygienu oblečení, obutí a lůžkovin.
Stravování a péče o domácnost	Schopnost dokázat zajistit pro dítě stravu adekvátní věku se zohledněním finančních možností a sociokulturních zvyklostí rodiny a náhled těhotných žen na důležitost jejich životosprávy pro ně i jejich dítě.
Komunikace	Dovednost využívat nové formy komunikace, dovednost efektivně využívat všechny složky komunikace, dovednost verbální komunikace a pochopení sděleného obsahu a následné interpretace.
Uplatňování práv a oprávněných zájmů	Informovanost rodičů, jejich dovednost směrovat vůli v kontextu potřeb dítěte, dovednost získat informace a sociální dovednosti k tomu, aby si uživatelé dokázali zabezpečit kompenzace pro chod rodiny.
Práce a seberealizace	Náhled na strukturu dne, dodržování režimu dne ve vztahu k povinnostem a potřebám dětí, dovednosti související s integrací rodičů na trh práce, náhled na stávající rodičovské dovednosti, které fungují, porozumění, udržení a rozvoj manuálních schopností, udržení a rozvoj mentálních schopností, schopnost přijetí dítěte, smysluplné trávení volného času, schopnost rozvíjení partnerského a rodičovského chování, schopnost učit se novým věcem, dovednost sdílet své zkušenosti, schopnost být užitečný, dovednost najít si práci, schopnost finančního zajištění celé rodiny.
Bezpečí (riziko)	Dovednosti, jak ochránit dítě před nebezpečím mimo domov, dovednosti, jak ochránit rodiče před nebezpečím zneužití, a schopnosti rodičů ochránit dítě před nebezpečím doma.
Sociálních vztahů	Schopnost komunikovat, schopnost realizovat své rodičovské kompetence odpovídající rolím matka, otec, dítě, schopnost vnímat potřeby dětí dle věku a schopností, schopnost náhledu na emoce dětí a zvládat je v běžných i zátěžových situacích, schopnost dodržovat čas v důležitých oblastech, schopnost rozpoznat důležité okolnosti vnějšího světa (zákony, pravidla, řád) a schopnost domluvit se při jednáních na úřadech.

Získaná data ze zmíněných technik sběru dat jsme fixovali do připraveného archu. U každé sledované oblasti jsme uvedli slovní komentář, který popisoval specifika naplňování jednotlivých oblastí a vysvětloval důvody konkrétního hodnocení. Slovní komentáře jsme zaznamenávali tak, aby z nich bylo patrné, o jaké zdroje se výzkumník opíral, zda a jak služba uživatele v dané oblasti podporuje. Výzkum probíhal longitudinálně, čili vícefázově – celkem čtyřikrát. U každé sledované klientské rodiny jsou tedy k dispozici čtyři záznamové archy – z každé fáze výzkumu jeden (harmonogram jednotlivých fází viz tabulka níže). Ve všech čtyřech fázích byly vyhodnoceny u každého klienta všechny oblasti, aby bylo možné sledovat, kam se uživatel v průběhu poskytování sociální služby posouvá.

Tabulka 2: Časový harmonogram evaluačního výzkumu

Fáze	Období
První (počáteční) fáze	Prosinec 2016 – leden 2017
Druhá fáze	Duben – květen 2017
Třetí fáze	Prosinec 2017 – leden 2018
Čtvrtá (konečná)fáze	Prosinec 2018

[6] Jedná se zjednodušený obsah záznamového archu bez škály 1–10 u každé položky. „Plný" arch, který byl využíván v terénu, čítá 10 stran. Z důvodu omezeného rozsahu studie uveřejňujeme jeho zkrácenou grafickou podobu.

Abychom mohli změřit dopad jakožto změnu stavu, ke které má intervence sociálně aktivizační služby přispět, srovnávali jsme jednotlivé veličiny (proměnné). Veličinami je stav klientských rodin v jednotlivých fázích podpory. Konkrétně jsme provedli měření dopadu pomocí základních statistických nástrojů. V rámci evaluačního výzkumu jsme využili pretest-posttest design také známý jako pre-post srovnání, před-po estimátor (Suchanec, 2014). Ve výzkumu jsme využívali longitudinální data v podobě 4 měření (1.–4. fáze) u jedné a té samé skupiny uživatelů služby (viz tabulka 2). Pro tento design jsme zvolili párové porovnání proporcí pomocí Wilcoxonova testu pro párové porovnání mediánů, a to z důvodu nesplnění předpokladu normálního rozložení dat nebo nízkého počtu hodnot ve výběru. Zvolený design má tu výhodu, že disponuje referenčním měřením, čímž naplňuje definici impaktu (Suchanec, 2014).

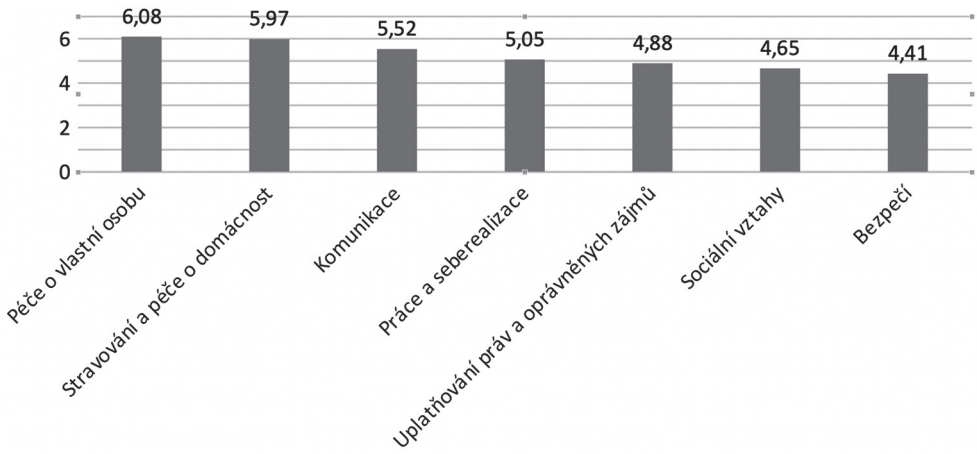
VÝSLEDKY VÝZKUMU

Míru zvládání jednotlivých potřeb jsme vyhodnocovali na desetistupňové škále s krajními póly „vůbec ne“ (1 bod) – „rozhodně ano“ (10 bodů). Tabulka 3 a graf 1: Míru naplňování potřeb obsahují popisné charakteristiky celkové úrovně, kterou klientské rodiny dosahují v jednotlivých oblastech. Oblasti jsou řazeny dle dosaženého průměru od nejvyššího po nejnižší. Z tabulky lze vyčíst, že průměrná úroveň v jednotlivých oblastech se pohybuje v rozmezí od 6,08 po 4,41 bodu. **Nejvyšší průměrnou hodnotu jsme naměřili v oblasti zvládání péče o vlastní osobu (6,08 bodu) a stravování a péče o domácnost (5,96 bodu).** Skutečnost, že klienti jsou nejvíce úspěšní v oblastech péče o vlastní osobu a stravování a péči o domácnost, koresponduje se skutečností, že v těchto oblastech současně vyžadují nejmenší míru podpory služby (tabulka č. 4). Podporu v oblasti stravování využívá 11 rodin, v oblasti stravování a péče o domácnost je službou podporována polovina rodin (N = 15).
Nejnižší průměrná hodnota připadá na oblast bezpečí (4,41 bodu) a sociální vztahy (4,64 bodu).

Tabulka 3: Míra naplňování potřeb

		Popisné statistiky				
Proměnná		**N**	**Minimum**	**Maximum**	**Průměr**	**Sm. odch.**
I.	**Zvládání péče o vlastní osobu**	12	2,00	10,00	6,08	2,06
II.	**Stravování a péče o domácnost**	15	3,00	10,00	5,96	1,89
III.	**Komunikace**	30	2,25	9,75	5,52	1,82
IV.	**Práce a seberealizace**	30	2,71	9,14	5,05	1,67
V.	**Uplatňování práv**	30	2,33	9,33	4,87	1,74
VI.	**Sociální vztahy**	30	2,29	8,71	4,64	1,43
VII.	**Bezpečí**	30	2,00	8,00	4,41	1,81

Graf 1: Míra naplňování potřeb



Tabulka 4: Oblasti potřeb, ve kterých klientské rodiny nevyžadují podporu

	Popisné statistiky	
Proměnné	**Podpořené rodiny** (N)	**Rodiny, které nevyžadovaly podporu** (N)
Zvládání péče o vlastní osobu	11	19
Stravování a péče o domácnost	15	15
Komunikace	30	0
Uplatňování práv a oprávněných zájmů	30	0
Práce a seberealizace	30	0
Bezpečí	30	0
Sociální vztahy	30	0

Dále jsme zjišťovali, jaký nastal posun v míře naplňování zkoumaných oblastí (tabulka 5: Posun v naplňování potřeb). Připomeňme, že první fáze výzkumu se konala v prosinci 2016 až lednu 2017 a závěrečná v prosinci 2018.

Z výsledků vyplývá, že mezi úvodní a konečnou fází jsme **zaznamenali zlepšení u následujících hodnocených oblastí – zvládání** běžných úkonů péče o vlastní osobu ($p = 0.04$)**, stravování** a péče o domácnost ($p = 0.023$)**, komunikace** ($p = 0.004$)**, uplatňování práv a oprávněných zájmů** ($p = 0.012$) **a v oblasti práce a seberealizace** ($p = 0.014$). **V posledních dvou hodnocen**ých **oblastech sociálních vztahů** ($p = 0.286$) **a bezpečí a riziko** ($p = 0.948$) **došlo také ke zlepšení, ale nemůžeme je označit za statisticky významné. Největší posun nastal v první oblasti, tedy v oblasti péče o vlastní osobu.**

Tabulka 5: Posun v míře naplňování potřeb

	Počáteční fáze výzkumu				Konečná fáze výzkumu			
Proměnná	Průměr	N	Sm. odch.	Medián	Průměr	N	Sm. odch.	Medián
Péče o vlastní osobu	5,55	11	2,02	**5***	6,45	11	2,06	**6***
Stravování a péče o domácnost	5,33	15	2,18	**5***	5,97	15	1,89	**5,5***
Komunikace	5,18	30	1,75	**5***	5,52	30	1,82	**5***
Uplatňování práv a oprávněných zájmů	4,46	30	1,74	**4,2***	4,88	30	1,75	**4,7***
Práce a seberealizace	4,74	30	1,50	**4,4***	5,05	30	1,67	**4,8***
Bezpečí	4,46	30	1,93	**4**	4,41	30	1,81	**4**
Sociální vztahy	4,52	30	1,29	**4,3**	4,65	30	1,44	**5**
	Rozdíly jsou významné na hladině významnosti .05.							

Vidíme, že někde nelze pozorovat významný rozdíl mezi mediány, ale test statisticky významný rozdíl mezi hodnocením oblasti potvrdil. Je dobré se tedy podívat na tabulku kvartilů, kde vidíme podrobnější rozložení dat. Mezi dolním a horním kvartilem leží polovina hodnot souboru rozložených kolem mediánu. Když se podíváme např. na oblast Komunikace, vidíme, že hodnoty se z rozmezí 3,7–6,3 zvýšily na 4,5–6,3. Tady tedy lze pozorovat rozdíl, i když je medián totožný v obou fázích měření.

Tabulka 6: Kvartily

	Počáteční fáze výzkumu			Konečná fáze výzkumu		
Proměnná	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil	Dolní kvartil	Medián	Horní kvartil
Péče o vlastní osobu	4	**5**	8	5	**6**	7,8
Stravování a péče o domácnost	3	**5**	8	5	**5,5**	8
Komunikace	3,7	**5**	6,3	4,5	**5**	6,3
Uplatňování práv a oprávněných zájmů	3,3	**4,2**	5	3,8	**4,7**	5,5
Práce a seberealizace	3,7	**4,4**	5,4	3,8	**4,8**	6,1
Bezpečí	3	**4**	5,5	3	**4**	6
Sociální vztahy	3,7	**4,3**	5,04	3,7	**5**	5,4

ZÁVĚR

Cílem předkládané studie bylo odpovědět na otázku: **„Jaké jsou dopady sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi do života jejich klientů?"**
Nejvyšší průměrnou hodnotu jsme naměřili v oblasti zvládání péče o vlastní osobu a v oblasti stravování a péče o domácnost. Kvalitně vedená intervence v podpoře těchto oblastí (praktické zázemí rodiny) obvykle začíná. „Jsou pro rodiče bezpečnější a přímo ovlivňují kapacitu a možnost jejich vyladění na obsah rodičovství" (Bechyňová, Konvičková, 2008:21). Obě jmenované oblasti jsou zároveň oblastmi, ve kterých nastal ve zkoumaném období největší posun.

Nejnižší průměrná hodnota připadá na oblast bezpečí a sociálních vztahů. Jedná se o oblasti, které spadají do obsahové stránky rodičovství. Výsledky korespondují se závěry Bechyňové a Konvičkové (2008), které upozorňují na skutečnost, že otázky rodičovství jsou považovány rodinami za soukromou věc a své nedostatky v těchto oblastech vnímají za riziko pro odebrání dětí. Jejich řešení je tudíž citlivé a obtížné. Nicméně od začátku sanace je potřebné o nich otevřeně hovořit. Nestačí vnímat pouze praktické zázemí rodiny (úklid, stravování, zajištění dávek státní sociální podpory apod.), ale je nutné se ujišťovat o představách rodičů v jejich rodičovských rolích (Bechyňová, Konvičková, 2008).

Dále jsme zjišťovali, jaký nastal posun v míře naplňování zkoumaných oblastí. Mezi úvodní a konečnou fází jsme **zaznamenali zlepšení u oblastí – zvládání** běžných úkonů péče o vlastní osobu ($p = 0.04$), **stravování a péče o domácnost** ($p = 0.023$), **komunikace** ($p = 0.004$), **uplatňování práv a oprávněných zájmů** ($p = 0.012$) **a v oblasti práce a seberealizace** ($p = 0.014$). **V posledních dvou hodnocených oblastech sociálních vztahů** ($p = 0.286$) **a bezpečí a riziko** ($p = 0.948$) **došlo také ke zlepšení, ale nemůžeme je označit za statisticky významné. Na základě výsledků tudíž podporujeme rozhodnutí o budoucnosti intervencí, které jsou klientům sociálně aktivizačních služeb poskytovány, protože v důsledku nich nastaly u zainteresovaných osob změny.**

I když byly do evaluace zapojovány všechny zainteresované strany – zadavatelé, uživatelé i klienti, čímž jsme v souladu s Pattonem posilovali důvěryhodnost evaluačních soudů, je korektní zmínit jistá omezení, která se s evaluací dopadu pojí. Tyto limity jsou zejména v tom, že evaluace dopadu by neměla být prováděna bez absence evaluace procesu (Palumbo, Sharp, 1980). Evaluace dopadu ukázala, že ve většině zkoumaných oblastí nastal posun, ale nevíme, čím je to způsobeno. Nevíme také, proč v oblasti sociálních vztahů a bezpečí ke statisticky významnému zlepšení nedochází. Čili nevíme, proč se tyto oblasti ukázaly jako nejméně zvládnuté (nejméně úspěšné) – jestli jsou zjištěné nedostatky v oblasti bezpečí a sociálních vztahů způsobeny chybnými předpoklady, na kterých služba staví, nebo slabou implementací. Na základě provedené evaluace dopadu nedokážeme říci, nakolik je možné pozorovatelné efekty přičíst činnostem, které sociální služba poskytuje – což by nám evaluace procesu odhalila. Zanedbávání ochrany dítěte před nebezpečím z okolního prostředí – doma i mimo domov, je přitom jednou z relevantních forem zanedbávání (Dubowitz, DePanfilis, 2000). Platí, že ve chvíli, kdy se v sanaci rodiny zhorší bezpečí a vztahy, tak by služba měla velmi rychle měnit procesy, protože pravděpodobně nemá zcela správně nastavené praktiky, aby ochránila dítě (děti). Ale jak? Abychom mohli odpovědět na tuto a další otázky, podrobili jsme sociálně aktivizační služby také procesní evaluaci, jejichž výsledky aktuálně vyhodnocujeme.

POUŽITÉ ZDROJE

BECHYŇOVÁ, V., KONVIČKOVÁ, M. 2008. *Sanace rodiny. Sociální práce s dysfunkčními rodinami.* Praha: Portál.

DUBOWITZ, H., DEPANFILIS, D. 2000. *Handbook for Child Protection Practise.* London: Sage Publications.

HENDL, J. 2017. *Metody výzkumu a evaluace.* Praha: Portál.

HORA, O. 2014. Přístupy k analýze sociálních problémů z hlediska veřejné a sociální politiky. In: HORA, O., SUCHANEC, M., ŽIŽLAVSKÝ, M. *Evaluační výzkum.* Brno: Munipress.

CHEN, H. T. 2005. *Practical Programe Evaluation*. Thousand Oaks: Sage Publication.

MPSV. 2014. *Metodika pro evaluaci nesoutěžních projektů OP Zaměstnanosti 2014–2020* [online]. Praha: MPSV. [5. 6. 2019]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/documents/21802/1872869/3.1+Metodika+pro+sebeevaluaci/

PALUMBO, D., SHARP, E. 1980. Evaluation of Process Versus Evaluation of Impact of Community Corrections. In: NACHMIAS, D. (Ed.). *The Practice of Policy Evaluation*. New York: St. Martin's Press.

PATTON, M. Q. 1997. *Utilization-Focused Evaluation: The New Century Text.* Beverly Hills: Sage Publication.
ROSSI, P. H., FREEMAN, H. E., LIPSEY, M. W. 2004. *Evaluation – A Systematic Approach.* London: Thousand Oaks.
SMUTEK, M. 2005. *Evaluace sociálních programů.* Hradec Králové: Gaudeamus.
SUCHANEC, M. 2014. Evaluace dopadu. In: HORA, O., SUCHANEC, M., ŽIŽLAVSKÝ, M. *Evaluační výzkum.* Brno: Munipress.
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
ZATLOUKAL, L. 2008. *Plánování rozvoje sociálních služeb metodou komunitního plánování.* Olomouc: Univerzita Palackého.

Postoje pomáhajících pracovníků působících ve veřejné správě k zátěžovým situacím

The Attitudes of Helping Professionals in Public Administration toward Stressful Situations

Gabriela Benífšková, Monika Punová

Mgr. Ing. Gabriela Benífšková, DiS., [1] je absolventkou magisterského navazujícího studia v kombinované formě oboru sociální práce Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně a sociálním pracovníkem Úřadu práce ČR.

PhDr. Monika Punová, Ph.D., [2] působí na Katedře sociální politiky a sociální práce Fakulty sociálních studií Masarykovy univerzity v Brně a spolupracuje s Výzkumným ústavem práce a soc. věcí, pobočka Brno. Pedagogické aktivity, výzkum i praxi dlouhodobě orientuje především na téma resilience v sociální práci. Tematiku odolnosti zkoumá zvláště v oblasti sociální práce s rizikovou mládeží, rodinou a také v oblasti profesního rozvoje studentů i sociálních pracovníků. Zároveň poskytuje supervize a konzultuje metodiky v organizacích.

Abstrakt

CÍLE: Tato empirická stať přináší odpovědi na otázku: „Jaký postoj zaujímají pomáhající pracovníci ve veřejné správě a jejich nadřízení k zátěžovým situacím, kterým jsou vystaveni?“ TEORETICKÁ VÝCHODISKA: Na problém je nahlíženo z hlediska teorií o zátěži a postoji, rozebírána je rovněž oblast veřejné správy. METODY: Výzkum byl realizován kvalitativní strategií. Pro zodpovězení otázky byly využity polostrukturované rozhovory s osmi pomáhajícími pracovníky a jejich šesti nadřízenými pracovníky působícími ve veřejné správě. VÝSLEDKY: Výsledky empirického šetření ukázaly, že pracovníci považují zátěž za přirozenou součást své profese. Snaží se na ni reagovat aktivním způsobem, nicméně pokud ji považují za neřešitelnou, pak se uchylují k výraznějšímu projevu emocí. IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI: Domníváme se, že je potřeba věnovat větší pozornost péči o potřeby a blaho těch, kteří pomáhají druhým lidem, pracovníky ve veřejné správě nevyjímaje. To lze uskutečňovat například prostřednictvím supervizí. V jejich rámci doporučujeme hlouběji reflektovat tematiku profesních hranic ve vztahu s klienty a také oblast osobnostně profesního rozvoje. Zároveň doporučujeme klást důraz na rozvoj tematiky odolnosti pracovníka vůči zátěžovým situacím, aby v nich dokázali obstát jak v profesní, tak také osobní rovině.

Klíčová slova

veřejná správa, pomáhající profese, sociální práce, pracovní zátěž, stres, postoj

[1] Kontakt: Mgr. Ing. Gabriela Benífšková, DiS.; 477007@mail.muni.cz

[2] Kontakt: PhDr. Monika Punová, Ph.D., Katedra sociální politiky a sociální práce, Fakulta sociálních studií, Masarykova univerzita, Joštova 10, 602 00 Brno; punova@apps.fss.muni.cz

Abstract
OBJECTIVES: The aim of this theoretical paper is to answer the question: "What is the attitude held by helping professionals and their superiors toward the stressful situations they face?" THEORETICAL BASE: The issue is viewed from the perspective of stress and attitude theories in the context of public administration. METHODS: The research was carried out using a qualitative strategy. To answer the question, semi-structured interviews were conducted with eight helping professionals and their six superiors in public administration. OUTCOMES: The results of empirical research have shown that workers regard stress as a natural part of their profession. They try to react to it in an active way, but if they consider a situation unsolvable, they resort to the expression of stronger emotions. SOCIAL WORK IMPLICATIONS: We believe that more attention needs to be paid to caring for the needs and well-being of workers in public administration. This can be done, for example, through supervision. Through this, we recommend reflecting more deeply on the topic of professional borders in relation to clients and on the area of personal and professional development. At the same time, we recommend putting emphasis on developing the issue of worker resilience in stressful situations so that workers can succeed in both professional and personal levels.

Keywords
public administration, helping profession, social work, workload, stress, attitude

ÚVOD

S pojmem veřejná správa se setkáváme již v římském právu, kde byl označován latinským „administratio rei publicae" (Káňa, 2007). Představuje správu věcí veřejných, resp. veřejných záležitostí na místní, regionální, či ústřední úrovni. Její pracovníci jsou určitou „prodlouženou rukou státu" a při výkonu své profese se musí potýkat s řadou obtíží. Právě na ně je zaměřena tato stať. Vychází z výsledků empirického šetření mezi 14 pomáhajícími pracovníky na různých odděleních veřejné správy. Cílem stati je odpovědět na hlavní výzkumnou otázku: *„Jaký postoj zaujímají pomáhající pracovníci ve veřejné správě a jejich nadřízení k zátěžovým situacím, kterým jsou vystaveni?"* Zajímalo nás, co si o této problematice pracovníci myslí, s jakými emočními stavy ji mají spojenou a také jak v souvislosti s danými zátěžovými situacemi jednají.
Stres, jakožto jedna z forem zátěžové situace, je přirozenou součástí lidského fungování. Honzák (2015) poukazuje na skutečnost, že stres působí jako stimul, který člověk potřebuje k tomu, aby byl v určitém pohotovostním nastavení. Nicméně důležitá je zde otázka míry. Co je pro jednoho pracovníka zdrojem stresu, jiného může nechat v klidu. Jistou analogii lze spatřovat v množství kyslíku v atmosféře, kdy ideální stav je 20 procent. Pokud by jej tam bylo 10 či třeba 40 procent, člověku by se nedalo dýchat a přestal by žít. Právě ona hranice kolem těch 20 procent způsobuje, že člověku se dobře dýchá, jinak mohou být ohroženy jeho vegetativní funkce. Podobně je tomu s mírou zátěže kladené na pomáhajícího pracovníka a také se způsobem, jak se k této zátěži staví.
Následující stať je řazena do několika částí. Předmětem teoretické konceptualizace stati je vymezení klíčových pojmů významných k zodpovězení hlavní výzkumné otázky. Metodologická část se zaměřuje na zdůvodnění zvolené kvalitativní výzkumné strategie a představení výzkumného designu. Následně jsou představeny výsledky výzkumu, které jsou v následné diskusi reflektovány s teoretickými poznatky. V závěru je zodpovězena hlavní výzkumná otázka a jsou zde uvedeny výzkumné implikace.
Tato empirická stať se tedy zaměřuje na skutečnost, jakým způsobem se pomáhající pracovníci vyrovnávají s náročností vyplývající z působení ve veřejné správě. Zajímalo nás, co je ohrožuje a jakým způsobem na tato ohrožení reagují. Tato ohrožení mohou mít různé funkce, a jak se ukáže i v této stati, ne vždy je o nich nutné uvažovat pouze v negativních konotacích.

TEORETICKÁ VÝCHODISKA

Pole působnosti pomáhajících pracovníků může být široké. V případě mediků je zřejmé, že se jedná o oblast lidského zdraví. O tom, že doménou psychologů je zase pomoc v psychické rovině, taktéž není pochyb. Co je ale doménou pomáhajících pracovníků ve veřejné správě? Zde se již odpovědi mohou lišit v návaznosti na to, jak vlastně onu veřejnou správu charakterizujeme.

Obecně vzato veřejná správa představuje zásadní kontext prostředí, který definuje pole působnosti pomáhajících pracovníků v ní působících jakožto osob, prostřednictvím kterých je mj. veřejná správa vykonávána. Tomeš a kol. (2009) ji vymezuje jako činnost státu, která existuje vedle soudnictví i zákonodárství. Podle Káni (2007) plní různé funkce: v první řadě slouží veřejnosti, jejíž zájmy by měla chránit. Mezi další funkce pak patří organizační, mocenská a regulační. Vidíme tedy, že se jedná o organizaci veřejných institucí, jejichž činnost směřuje k naplnění veřejného zájmu. Jak uvádí Skulová, Potěšil (2017), obsahem veřejné správy je správní činnost. Tu rovněž vykonávají zaměstnanci, které bychom v obecné rovině mohli zahrnout do oblasti pomáhajících profesí. Důvody, proč jsme se právě na ně zaměřili v rámci výzkumu, vyplývají ze specifického charakteru veřejné správy. Je totiž skutečností, že zaměstnanci veřejné správy se musí přizpůsobit její organizaci, která s sebou nese řadu byrokratických omezení. Mlčák (2005) označuje byrokratickou organizaci za jeden z nejvýznamnějších spouštěčů (precipitorů) pracovního stresu. Souvisí to s jejich specifickou organizační kulturou, která se dle Donelly, Gibson, Ivancevich (1997) odvíjí od skupinových norem, hodnot a filozofie neformálních aktivit.

Byrokratická organizace tak z určitého hlediska může pro pomáhající pracovníky přinášet zátěž, neboť organizace veřejné správy, její hierarchické uspořádání na principech nadřízenosti a podřízenosti, centralizace i decentralizace vykonavatelů veřejné správy či povinnost respektovat služební a instanční podřízenost, vázanost interními předpisy, procedurami a pravidly jednotlivých zaměstnavatelů apod., naznačují omezenou nezávislost pracovníků pomáhajících profesí, která se od nich za jinak stejných okolností očekává. Pomáhající profesionálové ve veřejné správě jsou tak vedle zátěže, která vyplývá ze samotné podstaty a principů jejich profese, vystaveni přinejmenším potenciální zátěži vyplývající z konfliktu jejich rolí, které vykonávají (úředník versus nezávislý profesionál).

Vidíme, že tato zátěž souvisí do značné míry s profesním vymezením. Jak charakterizovat pomáhající profesi? Co je podstatou oné pomoci? V čem spočívá její specifičnost v rámci veřejné správy? Obecně jsou mezi tyto profese vedle sociální práce zahrnovány také např. medicína, psychologie a sociální pedagogika. Mezi jejich společné znaky bychom mohli zahrnout institucionalizovanou podporu a pomoc druhým lidem, jejíž součástí je lidský vztah (Matoušek, 2008; Géringová, 2011; Kopřiva, 2013). V rámci svého oboru by pak měl kvalifikovaný pomáhající pracovník umět provést komplexní posouzení situace svého klienta, zvolit adekvátní přístup a postup řešení, průběžně vyhodnocovat vývoj situace a v jeho návaznosti pak adekvátně měnit postup intervence (Musil, 2007). Jak upozorňuje Novák (2011:7), jedná se o *„náročné pomáhající aktivity, které vyvolávají únavu i stres. Nezřídka vyžadují i značné sebeovládání."*

Pomáhající pracovníci vstupují do své profese z různých motivů, které se v průběhu času a rozvoje osobnosti pomáhajícího profesionála mohou měnit. Z tohoto důvodu je potřeba, aby pomáhající profesionál podroboval svoji činnost neustále reflexi (Navrátil, 2010). Tato reflexe se týká především charakteristiky vztahu se svými klienty. Právě vztah lze považovat za klíčový prvek intervence pomáhajících pracovníků ve vztahu k ostatním profesím (Navrátil, 2001). V rámci profesionálního vztahu mezi pracovníkem a klientem je velmi důležité nastavení a udržování hranic. Hranice rozlišují profesionály od jejich klientů, brání proti odbornému pochybení, jsou prevencí chorobné závislosti a blízkého emočního připoutání (Reamer, 2003, in O'Leary, Tsui, Ruch, 2013). Dodejme, že odpovědnost za formování a udržení hranic stojí zejména na pomáhajících pracovnících.

V rámci našeho výzkumu jsme se zaměřili na pomáhající pracovníky z řad sociální práce.

Jedná se o profesi, jejímž cílem je napomoci znevýhodněným členům společnosti tak, aby došlo k podpoře jejich sociálního fungování a individuálního rozvoje a zároveň k posílení jejich možností

spolupodílení se na utváření a čerpání dostupných zdrojů společnosti. Výkon role sociálního pracovníka se odvíjí od jeho schopností, dovedností a znalostí. Ty jsou jednak vymezeny zákonem, který definuje potřebné vzdělání sociálního pracovníka, jednak profesionálními kompetencemi, které vymezují, resp. představují, určitou strukturu vlastností, schopností a znalostí, které by daný člověk měl umět, aby mohl vykonávat konkrétní profesi.

Sociální práce jako profese klade nároky nejen na samotné vzdělání, znalosti a dovednosti sociálních pracovníků, které je třeba neustále rozvíjet a upevňovat, ale její výkon vyžaduje takový osobnostní profil sociálního pracovníka, který napomáhá bezkonfliktní spolupráci a interakci s různými kategoriemi klientů a zároveň přispívá k vyšší odolnosti vůči stresu a zátěži, jimiž jsou sociální pracovníci v souvislosti s problémy svých klientů vystaveni. Klíčovou roli v procesu poskytování intervencí hraje vedle jeho schopností a zkušeností také osobnost sociálního pracovníka (Mlčák, 2010; Malík Holasová, 2014). Právě od ní se odvíjí způsob, jakým přistupuje k uplatnění odolnosti vůči zátěži.

Pojďme se nyní podívat na vymezení klíčového pojmu této stati a tou je zátěžová situace, nebo také zátěž. O tom, že ji není snadné definovat a vymezit její specifičnost vůči stresu, svědčí rovněž ambivalence v pojetích různých autorů. Dle Paulíka (2010) lze chápat zátěž jako nadřazený, obecnější pojem, jehož specifickým případem je stres. Z uvedeného konceptu vycházejí Jeklová a Reitmayerová (2006) nebo Vágnerová (2008), které pokládají stres za jeden z typů zátěžových situací.

Zátěž lze členit z mnoha aspektů. Paulík (2010) člení zátěž z hlediska času, z hlediska emočních reakcí jedince, který je zátěži vystaven, a dále podle síly (intenzity) podnětů, kterým je jedinec vystaven. Dle druhu podnětů, kterým je jedinec vystaven, lze členit zátěž na *„biologickou, fyzickou a psychickou"* (Paulík, 2010). Specifickou reakcí na zátěž je stres. Autorem tohoto pojmu je slovenský rodák Selye, který jej považoval za přirozenou funkci organismu. Obecně vzato lze stres chápat jako určitou reakci organismu na nadměrnou zátěžovou situaci, z níž není úniku (Honzák, 1995; Hartl, Hartlová, 2000). Dle Mlčáka (2011) stres vzniká díky nerovnováze mezi nároky a adaptivními schopnostmi člověka jej adekvátně zvládat.

Selye je rovněž autorem pojmu stresor, kterým se rozumí jakýkoliv podnět spouštějící stresovou reakci (Hartl, Hartlová, 2000). Jinými slovy je možné jej charakterizovat jako atributy, zdroje stresových událostí (Mlčák, 2011). Význam působení stresoru je u každého jedince individuální. Zatímco pro některé osoby může stresor představovat signifikantní riziko v rámci uplatnění jeho odolnosti vůči zátěži, jiné může aktivizovat a v konečném důsledku může hrát v kontextu odolnosti protektivní roli. Pro zvládnutí dané situace jsou rovněž důležité také salutory (Křivohlavý, 1994), které působí jako ochranní činitelé bránící nadměrnému stresu a které jsou významným determinantem odolnosti člověka.

Pomáhající profesionálové jsou z hlediska své profese a z pohledu zátěžových situací vystaveni zejména psychosociální zátěži, která je jedním z významných faktorů charakterizujících náročnost jejich povolání. Lze říci, že tato psychosociální zátěž je jedním z definičních znaků jejich profese. Specifickou podobu má pak v sociální práci. Podle Lloyda, Kinga a Chenowetha (2002) existují především dva zdroje stresu, které jsou neodmyslitelně spojené se sociální činností a které neodpovídají zdrojům stresu u ostatních zaměstnání. Těmito zdroji stresu jsou jednak filosofie, resp. charakter sociální práce, a také zranitelnost lidí, kteří se chtějí věnovat této práci. Podle Punové (2014) jsou sociální pracovníci oproti jiným pomáhajícím profesionálům více ohroženi syndromem vyhoření. Je to dáno fyzickou a především psychickou náročností výkonu profese, jež je mnohdy spojená s jejím nízkým ohodnocením.

Autorem zmíněného syndromu vyhoření je Freudenberger, který jej na základě vlastní terapeutické zkušenosti pojímal jako reakce na zátěžové situace, jež vyplývají ze sociálních stránek pracovní činnosti – proto byl nejprve popsán a diagnostikován u pomáhajících profesí. Jak upozorňují Bedrnová, Nový, Jarošová (2012), jeho možnou příčinou může být skutečnost, že od pomáhajících profesionálů se očekává vysoká míra přidané hodnoty v sociální oblasti, což má za následek, že pracovníci ze sebe vydávají obrovské množství energie.

Je skutečností, že příčin syndromu vyhoření je celá řada. Obecně bychom je mohli charakterizovat jako příčiny vnější (související např. s organizační kulturou, klientelou, legislativou, charakterem státní správy) a vnitřní (jež se odvíjí od osobnostního nastavení a přístupu pracovníka – typickým příkladem je stav, kdy pracovník myslí více na blaho svých klientů než své vlastní). Hovoříme-li o syndromu vyhoření, je potřeba dodat, že se jedná o krizový stav a ne každý pomáhající, potažmo sociální pracovník je mu vystaven. V potenciální rovině se jej týká, je to určitý Damoklův meč, který jej ohrožuje, nicméně záleží na pracovníkovi i jeho prostředí, jakým způsobem a do jaké míry dbá na jeho prevenci. Do jaké míry usiluje o vytváření a udržování dobrých vztahů nejen v profesním, ale i osobním životě, o sociální oporu, která je dle Křivohlavého (2001) jedním z nejdůležitějších činitelů, který u pomáhajících pracovníků působí proti vyhoření. Často zmiňovanou bývá také supervize, která spadá do instrumentální sociální opory, přičemž význam v prevenci syndromu vyhoření sehrávají všechny její funkce, tedy vzdělávací, řídicí, a zejména podpůrná (restorativní) funkce, která má superevidovaným pomáhat nést a zvládat pracovní zátěž včetně emocí (Baštecká, Čermáková, Kinkor, 2016). Preventivních aktivit před profesním vyhořením je pochopitelně mnohem víc. Mohou souviset s dodržováním profesních hranic ve vztahu s klienty, či ve vyjednávání adekvátních pracovních podmínek s vedením organizace. Rovněž je velmi důležité, do jaké míry pracovník dbá na svůj profesní rozvoj např. prostřednictvím průběžného vzdělávání. Při úvahách nad well beingem pomáhajícího rovněž nesmíme zapomínat na vliv jeho osobního života a zdraví (fyzického i psychického). Profesní „vyrovnanost" se totiž vzájemně podmiňuje s rovnováhou v životě osobním.

Pojďme se nyní zaměřit na náš výzkum. Byl realizován u pomáhajících pracovníků, kteří vykonávali státní správu v roli sociálních pracovníků. Prostředí veřejné správy má svá specifika (některá z nich byla naznačena výše), což se odráží i ve specifičnosti zátěže kladené na pracovníky. Zajímalo nás, jakým způsobem na tuto zátěž reagují jak samotní pracovníci, tak také jejich nadřízení. V návaznosti na Vágnerovou (2008), která uvádí, že zátěž oslabuje rovnováhu jedince a může vést ke změnám v oblasti postojů, jsme otázku vyrovnání se se zátěží zkoumali právě prostřednictvím postojů. Cílem výzkumu bylo zodpovědět základní výzkumnou otázku: *„Jaký postoj zaujímají pomáhající pracovníci ve veřejné správě a jejich nadřízení k zátěžovým situacím, kterým jsou vystaveni?"* V návaznosti na řadu autorů (Hartl, Hartlová, 2000; Rosenberg, Hovland, 1960, in Hewstone, Stroebe, 2006; Smith, in Výrost, Slaměník, 2008; Nakonečný, 2009) bylo východiskem trojdimenzionální pojetí postojů. Tedy že postoje zahrnují tři komponenty, a to kognitivní složku, emocionální složku a behaviorální složku. Všechny tyto složky se projevují jak ve verbální, tak nonverbální rovině. Bohner (in Hewstone, Stroebe, 2006:284) označuje tyto tři komponenty jako *„tři odlišitelné módy zkušeností a reakcí na objekt"*. A právě touto trojdimenzionální optikou byl postoj analyzován v rámci empirického šetření, což se odrazilo i ve znění tří dílčích výzkumných otázek:

DVO1: *„Jaký postoj zaujímají pomáhající pracovníci ve veřejné správě a jejich nadřízení k zátěžovým situacím na kognitivní úrovni?"*

DVO2: *„Jaký postoj zaujímají pomáhající pracovníci ve veřejné správě a jejich nadřízení k zátěžovým situacím na emocionální úrovni?"*

DVO3: *„Jak kognitivní a emocionální složka postoje následně ovlivňuje behaviorální složku postoje, který zaujímají pomáhající pracovníci ve veřejné správě a jejich nadřízení k zátěžovým situacím?"*

Konkrétně nás tedy zajímalo, co si o zátěžových situacích pracovníci myslí, s jakými kognitivními schématy je mají spojeny. Pracovníci se dále vyjadřovali k tomu, jaké emoce v souvislosti se zátěží prožívají, včetně toho, zda jsou pozitivní, či negativní. V neposlední řadě nás zajímalo, jak v souvislosti se zátěží jednají, tedy jaké jsou jejich strategie zvládání v behaviorální rovině. Tato trojdimenzionální optika postoje nám umožnila zkoumat otázku způsobu vyrovnání se se zátěží u pracovníků komplexním způsobem.

METODA

Jako vhodná strategie k dosažení cíle výzkumu byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie, jejímž posláním je dle Dismana (2000:289) *„porozumění lidem v sociálních situacích"*. Jako nejefektivnější pro sběr dat v rámci realizovaného výzkumného šetření byla zvolena technika polostrukturovaného rozhovoru. Právě rozhovor totiž bývá jednou z častých technik pro měření postoje (Hayes, 2003).
Výzkumný vzorek tvořilo 8 pomáhajících pracovníků a jejich 6 nadřízených, kteří působí v jednotlivých organizacích veřejné správy v roli sociálních pracovníků. Jednalo se o organizace působící v rámci jednoho města, jehož velikost je nad 30 tisíc obyvatel. Z celkového počtu 14 konverzačních partnerů bylo 12 žen a 2 muži. Pro účely konstrukce výzkumného vzorku byl zvolen záměrný kriteriální výběr (Pattona, 1990, in Miovský, 2006). Nejprve byly identifikovány jednotlivé organizace v rámci veřejné správy, v nichž působí pomáhající pracovníci v roli sociálních pracovníků. Kritériem výběru vzorku byla minimálně roční délka praxe na uvedené pozici. Součástí kritérií výběru byla rovněž ochota účastnit se dobrovolně rozhovoru.
Jednotlivé dílčí výzkumné otázky byly převedeny z jazyka teoretického do jazyka observačního a staly se součástí jednotlivých scénářů rozhovoru s pomáhajícími pracovníky a jejich nadřízenými. Není možné zde uvádět doslovné znění polostrukturovaných otázek. Pomineme-li skutečnost, že obsahem stati má být celkové zpracování daného výzkumného tématu a nikoliv podrobný výčet otázek, není možné je zde konkrétně uvádět rovněž kvůli jejich velkému počtu. V následující části uvádíme témata otázek, která navazovala na trojdimenzionální zkoumání postoje uvedené v jednotlivých dílčích výzkumných otázkách (DVO):
Předmětem 1. DVO bylo zkoumat kognitivní složku postoje, tedy jakým způsobem pomáhající pracovníci a jejich nadřízení smýšlí o zátěžových situacích. Jak je vnímají, jak o nich přemýšlí a jak se o nich vyjadřují. Zajímaly nás také jejich představy o profesi sociální práce a jejich naplnění v souvislosti s vykonávanou pozicí.
Ve 2. DVO bylo cílem zjistit, jaká je emocionální složka postoje pracovníků a jejich nadřízených. Tedy jaké emoce, ať už negativní, či pozitivní, prožívají ve vztahu k zátěžovým situacím. Rovněž jsme zde zkoumali, jaké emoční reakce v souvislosti se zátěžovými situacemi pracovníci prožívali.
Poslední DVO se zaměřovala na chování pracovníků a jejich nadřízených v souvislosti se zátěžemi. Tedy na jejich techniky a postupy využívané v souvislosti se zátěžovými situacemi, strategie zvládání, jak konkrétně jednají při zátěži.
Veškeré rozhovory byly doslovně přepsány v textovém editoru v anonymizované formě a zaznamenány pod kódovým označením jednotlivých komunikačních partnerů. K analýze získaného souboru dat byl využit analytický postup ve formě otevřeného kódování, která jakožto jedna z technik je součástí Zakotvené teorie (Strauss, Corbin, 1999). V rámci výzkumu byl kladen důraz na etické aspekty výzkumu (anonymita, informovaný souhlas, emoční bezpečí) a dobrovolnou účast komunikačních partnerů na výzkumu. V následující části představujeme empirická zjištění, jež vycházela z jednotlivých složek postojů, a v následné diskusi pak zodpovídáme hlavní výzkumnou otázku.

VÝSLEDKY

Nejprve byla zkoumána kognitivní složka postoje. Zde se ukázalo, že ve svých představách a myšlenkách pokládají pomáhající pracovníci za zátěžové situace takové, které vznikají v souvislosti s jednáním se svízelnými klienty, kdy jsou vystaveni ze strany klientů jejich psychické manipulaci, vydírání a agresivitě, a to zejména v její verbální formě. SP6 v této souvislosti dodává, že vyhrožování se týká i její rodiny: *„Tak vyhrožování je jakoby relativně běžnou praxí v oboru, s tím se hrozně těžko pracuje, to prostě po mě je hodně složitý, s tím úplně pracovat neumím, pokud to vyhrožování jde jakoby ne plně na moji stranu, ale na stranu mý rodiny a těch mým nejbližších."* O tom, že s některou zátěží je pro pracovníky se těžké vypořádat, hovořila vedoucí pracovnice č. 3: *„Někde nám radili, když uvidíte*

manipulátora, tak nejlepší je utéct, ale my jsme odpovídali bohužel, my jsme sociální pracovníci ve veřejné správě a prostě utéct před klientama nemůžeme."

Psychosociální zátěž pro pracovníky rovněž znamenají výrazně problematické životní situace klientů, se kterými jsou konfrontováni ve své praxi a které kladou zvýšené nároky na jejich zvládnutí v rovině profesionálních kompetencí. Téma hranic vztahu mezi pomáhajícím profesionálem a klientem, jako jeden z možných zdrojů zátěžových situací, je možné spatřovat v oblasti veřejného opatrovnictví, které je charakteristické dlouhodobým vztahem mezi pomáhajícím profesionálem a klientem a zároveň se dotýká mnoha aspektů životní situace klienta. Někteří pracovníci v této souvislosti zmínili větší citovou vazbu, která vzniká mezi nimi a jejich klienty. Sociální pracovnice č. 8 tuto situaci charakterizovala: „*U některých klientů, bych řekla, že už mám navázanou nějakou citovou vazbu, že je beru jako rodinné příslušníky, jestli se to takhle dá říct, jako někoho bližšího.*"

Za obtížné situace jsou rovněž pokládány takové, kdy v souvislosti s decentralizací veřejné správy nebo v rámci komunikace a spolupráce s více institucemi dochází ke zpoždění v uspokojování potřeb klienta, zejména pokud dochází k jisté formě bariéry ze strany dalších institucí při hájení práv a zájmů klienta: „*Nedělejte si iluze, že někteří právníci a soudci jsou vždycky mírumilovní a že berou ohled na to, že jsme třeba, já neříkám, že jsme kolegové, ale přeci jenom, jsme v tom případu nějakým způsobem do toho zapojení.*" (V2)

Problémy s byrokratickou organizací si pomáhající pracovníci v souvislosti se zátěžovými situacemi uvědomují velmi často. Jako problematické vždy však chápou především takové aspekty byrokratické organizace, které se přímo vážou na specifickou oblast jejich činnosti: „*Nesmyslný požadavky politiků, protože, přijde mi, že se příliš nezajímají o to, jak to v praxi běží, co by praxe vyžadovala pro zefektivnění tý práce… mnohdy si vymýšlí písemnosti, kdy je nesmyslně spousta kolonek.*" (SP4) „*Když se potřebuji věnovat během jednání ještě tomu, abych to sepsala, abych to prostě všechno měla podepsaný, všechno měla správně, tak o to víc potřebuju odbíhat, takže ta pozornost není plně koncentrovaná na toho klienta.*" (SP6) Vedoucí V3 okomentovala byrokratický aspekt práce dokonce s jistou nadsázkou: „*My ty zprávy jako rádi chrlíme, jak bych to řekla, metodika nad metodiku, nejlépe i co se nechá říct na půl stránky, tak na deset stran, lépe i na dvacet, ono to lépe vypadá, že je to dlouhý a odborný, ale ve skutečnosti se to dalo říct velmi stručně a jednoduše.*"

Stres je vnímán především v souvislosti se situacemi, kdy dochází ke kumulaci denních činností a vystavení pracovníků psychosociální zátěži v podobě intenzivní práce a časového tlaku (viz např. výrok SP6: „*Hodně problémový práce, kdy jakoby se navalí několik různejch případů, který ani jeden není relativně jednoduchej, všechno je to složitý, to pak je potom pro mě stres.*"), či nejednoznačnosti situace v podobě očekávání možného nebezpečí, které kognitivně vyhodnocují ve svých myšlenkách. Za stresující rovněž pokládají takové situace, kdy jsou vystaveni zjevnému etickému dilematu v souvislosti s rozhodováním v oblasti práv a kvality života klienta, nebo situace, kdy si uvědomují, že jejich konání má dopady nejen do životní situace klienta, ale může ohrozit jejich osobu nebo jejich blízké: „*Byl jsem zavřenej v bytě se schizofrenikem v kuchyni, kde měl třiceticentimetrový nůž na stole… Tam jsem se radši směřoval ke dveřím, abych mohl případně utíkat.*" (SP7) „*Situace, kdy třeba jedete na návštěvy do tý psychiatrický nemocnice a oni vás vpustí na to oddělení ochranný, ale pak vás odvedou někam nahoru, kdy najednou je kolem vás třeba deset lidí, který vůbec neznáte a všichni kolem tam vás jsou, ještě na tom uzavřeným oddělení, kdy je třeba sestřička pod schody.*" (P8)

Prožité zátěžové situace chápou pracovníci jako zkušenost, o kterou se mohou opřít, a v určitých případech i jako posílení sebe sama. Názorně to charakterizoval například pracovník SP4: „*Beru každou překonanou krizi jako vlastně, že je to dobrý, já to beru jako zkušenost, opravdu, co tě nezabije, to tě posílí, já se snažím bejt v tomto směru pozitivní, takže se ráda poučím z předchozích chyb, překonaný krize si myslím, že mě posilujou vždycky.*" Lze se tak domnívat, že v únosné míře prožité zátěžové situace zvyšují rovněž resilienční potenciál pomáhajících pracovníků.

Prosociální chování, empatie a altruismus, o kterých lze usuzovat, že jsou vlastní pro osobnost pomáhajících pracovníků, se odráží ve skutečnosti, že svoji profesi chápou, jako činnost, kterou si zvolili a kterou vykonávají rádi, i když si uvědomují, že se jedná o profesi, která není zcela oceněna

společností, jak ve své morální rovině, tak v rovině materiální: „*Já jsem do sociální práce jako by šla s tím, že to prostě není jednoduchý a že je to náročný na psychiku.*“ (SP6). Vedoucí pracovník V6 k tomu uvádí: „*Já si myslím, že pracovník, kterej nějakým způsobem řeší nějaký krizový životní situace jiných lidí, k tomu musí mít určitej vztah, musí mít určitou empatii a vlastně chuť těm lidem pomáhat i dejme tomu na úkor vlastního pohodlí, někdy možná finančních prostředků.*“ Pracovnice SP3 v této souvislosti rovněž hovořila o ztrátě iluzí, se kterými do profese vstupovala. „*Takhle zase je to posun už, když člověk tu práci dělá déle, tak už mi přestaly takový ty mesiášský syndromy, že všechny zachráním a všem pomůžu, což člověka z počátku hodně jakoby stresuje, a nemá z toho dobrej pocit, třeba když někomu nemůže pomoc, nebo prostě tenhleten klient selže, nesplní to, co má.*“

Z výpovědí nadřízených pomáhajících pracovníků plyne, že na kognitivní úrovni pokládají stejně jako pomáhající pracovníci za zátěžové především takové situace, které vznikají v souvislosti s jednáním s manipulativními nebo agresivními klienty. Nadřízení rovněž ve shodě s pomáhajícími pracovníky pokládají za zátěžové takové situace, které jsou spojené se situacemi klientů, které jsou obtížně řešitelné, případně až nezvládnutelné v souvislosti s kompetencemi, které pracovníci mají. Někteří nadřízení rovněž v této souvislosti komunikovali užší citovou vazbu mezi pomáhajícími profesionály a klienty v oblasti veřejného opatrovnictví.

V případě stresu v souvislosti s psychosociální zátěží v podobě časového tlaku a kumulace denní zátěže z hlediska představ a myšlenek nadřízených pomáhajících pracovníků dvě vedoucí v této souvislosti rovněž zmínily, že možnou příčinou je nedostatečný time management pomáhajících pracovníků. Podobně jako pomáhající pracovníci i jejich nadřízení se ve svých myšlenkách dotkli tématu nebezpečí a stresu, kterému jsou pracovníci vystaveni zejména v terénní činnosti, přičemž ve svých výpovědích neopomenuli zmínit opatření, která jsou implementována pro ochranu pracovníků. Problémy v oblasti byrokratické organizace chápou nadřízení podobně jako pomáhající pracovníci, přičemž se ve shodě s pomáhajícími pracovníky zaměřují na nedostatky, které vnímají v jednotlivých specifických oblastech.

Druhá dílčí výzkumná otázka se zaměřila na zkoumání emoční složky postoje pracovníků vůči zátěži. Zde se ukázalo, že pomáhající pracovníci percipují příjemné emoce v souvislosti s profesí, a to v oblastech seberealizace a sebenaplnění. Pracovnice SP1 to charakterizuje následovně: „*Takovej ten pocit, že můžu někomu pomoc. Mě to docela naplňuje.*“ Pocity radosti rovněž prožívají ve spojitosti s tím, že vykonávají práci, kterou si zvolili a která je uspokojuje v důsledku toho, že mohou pomáhat jiným. Pozitivní emoce radosti a štěstí prožívají pomáhající pracovníci zejména v situacích, kdy jsou konfrontováni zpětnou vazbou ve smyslu pozitivního zlepšování životní situace klienta, ke které mohli přispět. Radost pomáhajících pracovníků z toho, že byli nápomocni řešení situace klienta, výstižně demonstruje výpověď komunikační partnerky V4 v pozici nadřízené: „*Je to někdy obrovská radost, když se vám opravdu podaří opravdu tomu člověku pomoc. To má člověk slzy až v očích, protože jsem si vzpomněla na pár případů, kdy bylo těm lidem pomoženo v poslední chvíli … To jsou případy, kdy vám to dělá dobře na duši.*“ Kladné vnímání seberealizace, uskutečnění sebe sama a konfrontace s pozitivními výsledky vlastní práce tak mohou být chápany jako protektivní faktory kladoucí odpor vůči efektu dlouhodobé zátěže, které jsou pracovníci vystaveni v souvislosti se svojí činností.

Negativní emoce pomáhajících pracovníků, které percipují v zátěžových situacích, se odráží jednak v pocitech bezmoci, smutku a zklamání, a také v pocitech vnitřního napětí a rozčilení, či obav a strachu. Například pracovník SP7 vypověděl v této souvislosti: „*Jsou to jakoby případy, že přijde klient a očekává od nás nějakou pomoc, kterou my mu nejsme schopni poskytnout.*“ O podobných emocích hovoří i pracovnice SP2: „*Když se 27 let díváte na starý lidi, kteří si stěžují, a v drtivé většině k tomu mají setsakramentský důvod, a zdravotně postižený, kteří k tomu mají taky důvod, tak teda nic optimistického to není.*“ Pocity bezmoci zažívají všichni pracovníci bez ohledu na oblast jejich činnosti. K těmto pocitům přispívá rovněž byrokratické prostředí, organizační faktory a podmínky, ve kterých působí.

Zdrojem smutku, jakožto emocionálního stresoru pomáhajících pracovníků, jsou především negativní situace jejich klientů a dále úmrtí klientů, se kterými dlouhodobě pracovali a navázali

tak s nimi v jisté formě citové pouto. Zklamání a frustraci pociťují pracovníci v souvislosti s tím, není-li jejich činnost přijata pozitivně klientem.

Výrazné negativní emoce napětí a rozčílení, které nelze kompenzovat v momentu jejich vzniku i s ohledem na profesionalitu a etický kontext své profese, prožívají pomáhající profesionálové zejména v situacích jednání se svízelnými klienty. Vedoucí V6 uvedla, že před setkáním s takovým klientem někteří její pracovníci: *„Mají, lidově řečeno, osypky, protože zase přijde."* Jako další negativní emocionální stresor, který přináší pocity obav, strachu a úzkosti, působí výhrůžky klientů a percipované ohrožení v souvislosti s terénní činností. Pocity obav a strachu rovněž přináší pracovníkům zjevná dilemata, se kterými se střetávají. O tom, že projevení negativních emocí si pracovníci nemohou dovolit, hovořila SP6: *„Na rovinu? Úplně na rovinu? Že bych chtěla jít a tomu klientovi jednu vrazit, ale nemůžu, protože je tam samozřejmě ta bariéra postavení a zákona. To jsou ty věci, který mi brání to vyřešit „tak, a teď je mi dobře". Že si nemůžu ulevit… nemůžu na něj křičet, stejným způsobem jako on na mě."*

Z výpovědí nadřízených vyplývá shodně s výpověďmi pomáhajících pracovníků prožívání kladných emocí především v situacích, kdy dochází ke zlepšení situace klienta. U dvou nadřízených byly zmíněny i pocity uspokojení v souvislosti s identifikací zneužití dávkového systému ze strany klienta. Ve svých výpovědích nadřízení pracovníci nereflektovali téma seberealizace. V souvislosti s podřízenými byl spíše zmiňován důraz na očekávanou profesionalitu svých podřízených.

Většina nadřízených pracovníků ve větší míře (u pomáhajících pracovníků byla tato situace zmíněna pouze v jednom případě) rovněž vypovídala o pocitech radosti vyplývajících z odměňování, přičemž charakteristické je, že tato oblast byla více uváděna muži než ženami.

O pocitech bezmoci a smutku se zmínili všichni nadřízení a ve shodě s pracovníky byly pocity bezmoci komunikovány skrze oblast činnosti veřejné správy, ve které působí. Přitom nadřízený V6 shodně s pomáhajícím pracovníkem P7 uvedl, že pocity smutku nejsou u mužů tak výrazné, jako u žen.

Pocity zklamání reflektovala ve svých výpovědích většina nadřízených. Ve svých výpovědích uvedli jak zklamání nad stavem systému sociální práce jako takové, tak zklamání a frustraci v okamžicích, kdy je ve prospěch klienta překračován rámec, a klient neprojeví o výsledky zájem.

Shodně s pomáhajícími pracovníky všichni nadřízení označili ve svých výpovědích za nejvýraznější negativní emocionální stresor jednání s manipulativními a agresivními klienty, někteří vedoucí v této souvislosti rovněž komunikovali stres, který předchází očekávanému jednání s některými klienty.

Negativní emoce strachu či obav, které mohou pracovníci prožívat, byly uváděny rovněž vedoucími, opět zejména pak v oblasti terénní činnosti s důrazem na implementovaná bezpečnostní opatření. U dvou nadřízených byla v této souvislosti uvedena i postupná profylaxe (spolupráce se zkušenějším kolegou), ke které dochází u mladých začínajících pracovníků v souvislosti se strachem, který mohou pociťovat v souvislosti s terénní činností.

Poslední složka postoje byla zaměřena na chování pracovníků vůči zátěži. Na základě rozboru získaných dat lze konstatovat, že behaviorální složka postoje pomáhajících pracovníků je v souvislosti se zátěžovými situacemi, kterým jsou vystaveni, ovlivněna jak složkou kognitivní, tak složkou emocionální.

V závislosti na intenzitě prožívané zátěže pomáhajícími pracovníky, která je jimi kognitivně vyhodnocována, a v závislosti na emocích, které v souvislosti se zátěžovými situacemi prožívají, se pomáhající pracovníci uchylují ke strategiím zvládání zátěže, které jsou zaměřeny buď na zvládnutí daného problému, nebo na vybití emocí.

Lze usuzovat, že v případě, dosahuje-li zátěž úrovně eustresu, zaměřují se pomáhající pracovníci především na sebeovládání, sebekontrolu a potlačení vlastních emocí. Výstižně to dokládá výrok SPR2: *„Především v klidu, ne vždy se to povede, samozřejmě když máte před sebou rapla, tak s tím těžko něco uděláte. Nehnout ani brvou, žádné grimasování, mimika, nic, to vás prozradí, žádné rozhazování rukama."* Svou pozornost směrují na potřeby klienta a jeho emoce, přičemž vychází ze svých kognic o profesi, kterou vykonávají. V souvislosti s empatickým přístupem ke klientovi, který pracovníci

uplatňují, lze rovněž vyvozovat, že v rámci své činnosti využívají v souvislosti se zátěžovými situacemi některé prvky, které vychází z přístupu orientovaného na člověka, například bezvýhradné přijetí a akceptaci klienta. V souvislosti s nároky byrokratického prostředí, kterému jsou vystaveni, pak někteří pomáhající pracovníci kladou přednost práci s klientem před administrativními požadavky. Pracovnice SP4 k tomu vypověděla: *„Stále upřednostňuju tu sociální práci nad tou administrativou, i když jsme tlačený do tý administrativy, ale já si vždycky říkám, že je důležitý být v kontaktu s klienty, mít udělaný všechny sociální šetření, máme různý anonymy… abych měla jistotu, že nikde nestrádá, neumírá, když to přeženu, žádné dítě, s tímhle bych asi dál nebyla schopna jako fungovat a žít.*"

Lze rovněž konstatovat, že v případech, kdy je pracovníky zátěžová situace vyhodnocena jako zvládnutelná vlastními silami, popřípadě ve spolupráci se sociální oporou z řad pracovního kolektivu nebo nadřízených, či v rámci institucionální podpory ve formě případových porad apod., které pokládají pracovníci za hlavní nápomocné faktory pracovního prostředí a které lze pokládat za salutory, respektive protektivní faktory, bránící nadměrné zátěži, dochází u pracovníků k postupnému rozvoji jejich schopností a k posilování jejich schopností adaptovat se na zvládání zátěžových situací a resilience.

Jsou-li pomáhající pracovníci vystaveni zátěžové situaci dosahující úrovně, která je pracovníky kognitivně vyhodnocena jako v daném okamžiku neřešitelná a o které lze uvažovat, že dosahuje úrovně distresu, je jednání pomáhajících pracovníků ovlivněno jejich subjektivním prožíváním a emočním vypětím. V takovém případě uplatňují pomáhající pracovníci copingové strategie zaměřené na zvládnutí emocí, při kterých využívají osvědčené taktiky, vedoucí k odstranění zátěže, o kterých lze usuzovat, že vyplývají zejména z jejich zkušeností nebo jsou předávány v rámci kultury daného pracoviště. V této souvislosti lze konstatovat, že nezvládnutí zátěžové situace pomáhajícím profesionálem může vést k poškození klienta ze strany pracovníka v souvislosti s neprofesionálním přístupem. Rovněž lze konstatovat, že možným únikovým mechanismem pomáhajících pracovníků, který se vyskytuje v souvislosti s jejich vystavením nadměrnému stresu, je únik do nemoci, v případě souběhu více negativních situací odchod z pracoviště, či přímo odchod z profese. Pro dokreslení různorodých motivů odchodu z profese, které však souvisí s tím, čemu je pracovník vystaven, uvádíme výpověď nadřízeného V6: *„Odešel třeba kolega, kterej, v momentě, kdy mu přišel klient a začalo mu padat něco z vousů, tak říkal: No, tak to už ne, na to už nemám!"*

V souvislosti s prožíváním a kognitivním vyhodnocením výrazně zátěžových situací spojených s negativními emocemi dochází u pracovníků k jednání, které saturuje potřebu uvolnění negativních emocí po prožité zátěžové situaci. Častým behaviorálním důsledkem vystavení se nadměrné zátěži je únava, kterou pomáhající pracovníci pociťují, a zejména problémy se spánkem. Zejména u pomáhajících pracovníků s kratší dobou praxe dochází v této souvislosti k přenosu zátěže ve větší míře do jejich soukromého života. Pracovnice SP4 v této souvislosti uvádí: *„Dříve byly snahy někdy nosit si práci domu na víkend, dopisovat nějaké zprávy, ale to člověk vydrží jen chvíli, a když vidím, že to prostě ničemu nepomůže, tak to prostě už nedělám, prostě když jsem doma, tak tam mám dovolenou.*" Důsledkem byrokratické organizace, nároků pracovního prostředí a profese je rovněž skutečnost, že pomáhající pracovníci nad rámec pracovního času věnují svůj soukromý čas studiu novel zákonů a metodických materiálů. Zároveň lze shledat, že pomáhající pracovníci si uvědomují vliv zátěže na své zdraví, a proto se ve vlastním zájmu orientují v soukromí na relaxační aktivity, přičemž preferují především aktivní formy relaxace: *„To já právě mám svoji přírodu, foťák, zabalím baťoh a vyrazím na celej* víkend pryč, že nevidím počítač, a nic, nic *jinýho, vyčistím si hlavu, přijdu na jiný myšlenky úplně.*" (P5) *„Jak prostě furt, furt má člověk lidi a furt, furt něco řeší, tak jsem šťastná, když prostě nemusím řešit, ale vůbec jako nic, a jsem na tý chalupě a sekám ten trávník.*" (P2)

Z výpovědí nadřízených plyne, že v souvislosti se zátěžovými situacemi převládá zejména aktivní postoj, který lze charakterizovat snahou o profesionální zvládnutí zátěžové situace, tedy zaměření se na vlastní sebeovládání a sebekontrolu, která je očekávána v souvislosti s profesionalitou, a v prvé řadě na naplnění potřeb klienta.

Všichni nadřízení otevřeně a ve větší míře komunikovali i následné jednání, ke kterému dochází v souvislosti s negativními zátěžovými situacemi, jejich kognitivním vyhodnocováním a potřebou uvolnění nahromaděných negativních emocí. Nadřízená V1 k tomu uvedla: *„Ten pracovník to po pracovní stránce zvládne na rovinu, a pak přijde za mnou jako za vedoucí, a tady se sesype. Takže si o tom promluvíme, najdeme nějaký řešení, a jak říkám, pak si utře nos a oči a odchází.“* Nadřízená V3 vypověděla: *„… potřebuje nějakým způsobem vyventilovat, protože člověk není stroj, nemůže jako přešaltrovat a hodit prostě tu výhybku a jedu na jinou kolej, někdy prostě ta potřeba pauzy tam je.“* O expresivním vyjádření emocí hovořil i vedoucí V6: *„Já si myslím, že k týhletý práci patří nějaký způsob ventilace, byť bohužel vulgární, i když ne samozřejmě před klientem, ale zabouchnou se dveře a člověk si jadrně uleví, to by člověk musel bouchnout.“*

Podobně jako pomáhající pracovníci si i nadřízení uvědomují význam sociální opory v rámci pracovního kolektivu, ať už se to týká samotného jednání v rámci zátěžové situace, prostřednictvím poskytnutí bezprostřední pomoci, nebo následně. Nadřízená V3 k tomu uvedla: *„Řekla bych, že my to tady máme tak, že když se tohle stane, tak je to týmový, alespoň dva, tři, čtyři kolegové, máme tady tu možnost, že prostě to toho druhýho zajímá, snažíme se jeden naslouchat tomu druhýmu, takovou nějakou, svým způsobem, bejt si týmovou vrbou, aby se z toho nezbláznil ten jedinec.“* Ve svých výpovědích neopomenuli rovněž zmínit v souvislosti s prevencí nadměrné zátěže důležitost relaxačních aktivit v soukromém čase. Nadřízenými pracovníky byla v souvislosti s prevencí zátěže komunikována i oblast dalšího vzdělávání, zejména absolvování různých kurzů zaměřených na jednání s klienty či na zvládnutí technik asertivity. Behaviorální důsledky nadměrného zatížení a stresu v podobě pocitů únavy a problémů se spánkem byly komunikovány většinou nadřízených pracovníků. V souvislosti se zátěží vypovídali nadřízení pracovníci rovněž o medikaci a nemocnosti pomáhajících pracovníků.

DISKUSE

Z výsledků realizovaného kvalitativního výzkumu vyplývá, že pomáhající pracovníci a jejich nadřízení v postoji k zátěžovým situacím vychází z kognic o své profesi, která se vyznačuje vyšší mírou zátěže, a na základě toho pokládají zátěž za součást své profese. Vzhledem k tomu, že zátěž je pokládána ve svém důsledku za zkušenost, která má v určitých případech posilující efekt, je možné konstatovat, že v souvislosti s vystavením se zátěžovým situacím dochází k postupnému rozvoji profesionálních kompetencí nutných ke zvládání jejich profesionální role a resilienčního potenciálu (srov. Punová, 2014) zvyšujícího odolnost vůči negativním efektům zátěžových situací. V této souvislosti je možné konstatovat, že postoj pomáhajících pracovníků a jejich nadřízených k zátěžovým situacím na kognitivní úrovni na základě zkušeností se zátěžovými situacemi plní z dlouhodobého pohledu v souvislosti se sebereflexí vlastní práce adjustační funkci (Katz, 1960, in Nakonečný, 2009) korigující emocionální a behaviorální prožívání pracovníků během zátěžových situací.

Postoj, který pracovníci zaujímají vůči zátěžovým situacím, vyplývá z charakteristik dané zátěžové situace, která může být do jisté míry ovlivněna rovněž i kulturou dané organizace, respektive oblastí veřejné správy spojenou s pomáhající profesí, a s ní souvisejícím přístupem ke klientům. Svůj podíl rovněž sehrávají individuální charakteristiky na straně osobnosti profesionála, délka profesní praxe, ale i skutečnosti týkající se nastavení hranic profesionálního vztahu mezi pracovníkem a klientem (srov. Cooper, 2012).

Na zátěži, které jsou pracovníci vystaveni, se s největší mírou podílí zejména situace vyplývající z jednání s různými kategoriemi tzv. svízelných klientů (Gabura, Pružinská, 1995; Novosad, 2009). Psychosociální zátěž pracovníků je rovněž ovlivněna podmínkami, kdy jsou vystaveni v souvislosti s řešením životní situace klientů natolik nevýhodným okolnostem, že v souvislosti s prosociálními charakteristikami své osobnosti, empatií a altruismem (Mlčák, 2010) a omezenými možnostmi, které vnímají na straně disponibilní nabídky pomoci, dochází k jejich frustraci a rovněž k možnému ohrožení terciární traumatizací (srov. Vizinová, Preiss, 1999, in Baštecká, 2005).

Za stresující situace jsou pokládány především takové okolnosti, kdy dochází k expozici zejména emocionálním stresorům v pojetí Selyeho (in Křivohlavý, 1994) v souvislosti s interakcemi s klienty (srov. Mlčák, 2005), nebo dochází ke kumulaci činností, se kterou je spojený vyšší tlak na úrovni podávaného výkonu (srov. Hladký, Židková, 1999). Dále jsou pokládány za stresující situace, kdy jsou pracovníci vystaveni v souvislosti se svými kompetencemi na straně rozhodování, které má dopady na životní situaci klienta, zjevným etickým dilematům (Banksová, in Holá, 2011). Stres je spojován převážně s behaviorálními příznaky souvisejícími s kumulovanou zátěží, které se odráží zejména ve výrazných pocitech únavy či v problémech se spánkem, což odpovídá pojetí stresu dle Honzáka (1995).

Svůj podíl na zátěži, které jsou vystaveni, má v této souvislosti rovněž byrokratická organizace (Keller, 1996; 1997), jejíž jsou součástí, zejména v podobě administrativní náročnosti, zdlouhavého řízení v rámci decentralizované veřejné správy a nároky na kapacitu jejich vědomostí, které s výkonem jejich profese musí obsáhnout a neustále obnovovat, přičemž v této souvislosti jsou vnímány i nedostatky na straně legislativního procesu, který neodpovídá podmínkám praxe. Negativním faktorem na straně zátěže je rovněž negativní vnímání pomáhající profese ze strany veřejnosti a nedostatečné ohodnocení, které je komunikováno zejména muži (srov. Paulík, 2010).

Z hlediska emocionální komponenty postojů konverzační partneři hovořili o bezmoci, smutku, frustraci, přičemž za nejvýznamnější zdroj těchto emocionálních stresorů považovali nepříznivou životní situaci klienta. V souvislosti se zátěžovými situacemi rovněž dochází k pocitům vnitřního napětí a rozčílení a k negativním emocím na úrovni obav, úzkosti a strachu, které jsou vnímány jak v souvislosti s jednáními s problematickými klienty, tak v souvislosti s uvědomovanou odpovědností za svá rozhodnutí a s nimi spojenými dilematy.

Výrazné jsou zejména pocity bezmoci (srov. Gojová, Glumbíková, 2015), které z hlediska předmětu bezmoci souvisí se specifickou oblastí veřejné správy, ve které dochází k realizaci pomáhající profese, mohou být tedy rovněž důsledkem organizačních faktorů a situací, za kterých se uskutečňuje činnost pomáhajících pracovníků. U profesionálů vykonávajících pomáhající profesi delší dobu se v postojích odráží zklamání, které pociťují v souvislosti s vývojem profese, a dále nižší emoční angažovanost v rámci zátěžových situací.

V souvislosti se zažívanými pocity bezmoci ve spojení s uvědomovanou odpovědností je možné konstatovat, že postoj pomáhajících pracovníků a jejich nadřízených vůči zátěžovým situacím je aspektován kognitivním vyhodnocením vnímaného místa kontroly *(locus of control)*, které může být jak na straně interních, tak externích faktorů (srov. Mlčák, 2005).

Prožívané negativní emoce jsou do jisté míry kompenzovány percipovanými pozitivními emocemi, které mohou působit jako protektivní faktor v pojetí Křivohlavého (1994; 2001) vůči zátěži a které pracovníci pociťují v souvislosti se svou profesí, tedy s pocity naplnění a seberealizace. Uvedené pozitivní emoce tak do jisté míry korigují postoj vůči zátěžovým situacím, kterým jsou vystaveni. Zdrojem kladných emocí je rovněž zpětná vazba ze strany klientů, se kterou se však setkávají zřídkakdy, nebo projevený vděk ze strany klientů.

Behaviorální složka postoje v souvislosti se zátěžovými situacemi je ovlivněna jak složkou emocionální, tak složkou kognitivní, které ovlivňují následnou volbu copingové strategie (srov. Křivohlavý, 2010; Paulík, 2010), která se zaměřuje buď na aktivní zvládnutí zátěžové situace, nebo na emoce.

V souvislosti s vědomím odpovědnosti, etických principů a povinností vůči zaměstnavateli převažuje v behaviorální složce postoje v průběhu zátěžových situací snaha o aktivní postoj ke zvládnutí zátěžové situace, úsilí o zachování profesionality a zaměření se na klienta, které lze charakterizovat zvýšenou snahou o sebeovládání a empatií. Na aktivním copingu vůči zátěžové situaci se výraznou měrou v této souvislosti podílí i sociální opora v rámci pracovního kolektivu a ze strany nadřízených, které působí jako salutor vůči zátěžovým situacím. Pouze v situacích, kdy je zátěžová situace kognitivně vyhodnocena jako v daném okamžiku neřešitelná, jedná se zejména o situace spojované s verbální agresivitou klientů, dochází k uplatnění copingových strategií

zaměřených na emoce, ve kterých uplatňují pracovníci osvědčené taktiky vedoucí k rychlému ukončení jednání (srov. Gabura, Pružinská, 1995).
Intenzita zátěžové situace, snaha o sebeovládání a zvládnutí zátěžové situace a prožívaný distres v pojetí Lazaruse (2006) se zrcadlí zejména v následném jednání po zátěžové situaci, kdy v jednání a chování dochází ke kompenzaci negativních myšlenek a pocitů a k potřebě uvolnění negativních emocí ať už ve formě vulgárních výpovědí, slz či kompenzací v podobě přestávky, které je třeba k obnově vlastních sil. V souvislosti se zátěžovými situacemi rovněž dochází k přenosu zátěže do soukromého života, který je výrazný zejména u mladších pracovníků s kratší dobou praxe.
K překonání zátěžových situací napomáhají zejména vzájemné intervize, které se uskutečňují buď jako odborné konzultace mezi pracovníky navzájem, anebo mezi příslušným pracovníkem a jeho nadřízeným (srov. Matoušek, 2003; Havrdová, Hajný, 2008). Zkušenost se zátěžovými situacemi a vědomí zdravotních následků souvisejících s vystavením se nadměrné psychosociální zátěži se odráží rovněž v aktivním postoji v souvislosti s využíváním volného času. Preferováno je především jeho aktivní využití.

ZÁVĚR

Neinformovanému vnějšímu pozorovateli se může na první pohled jevit, že pracovníci ve veřejné správě jsou „pouhými úředníky", na které nejsou kladeny tak velké nároky, jako na příslušníky jiných pomáhajících profesí. Naše empirické výsledky přináší pohled samotných pracovníků, který svědčí o skutečnosti, že výkon své profese považují za náročný. Jakkoliv identifikovali řadu obtíží, s nimiž se musí vyrovnávat, zároveň s touto náročností počítají a považují ji za přirozenou součást své práce. Nicméně i když s touto náročností počítají, přesto je pro některé z nich občas obtížné se s ní vyrovnat. Pracovníci v této souvislosti hovořili například o pocitech smutku, bezmoci, frustraci a hněvu. Na druhou stranu percipovali rovněž pozitivní emoce, které souvisely s pocity naplnění a seberealizace. Konkrétní reakci na zátěž pojímají ze dvou hledisek. Hovořili o snaze zvládnout tuto situaci aktivním způsobem, nicméně pokud situaci vnímají jako neřešitelnou, pak se k ní staví více emocionálně.
Na základě zjištění, která vyplývají z výzkumu, navrhujeme v této souvislosti zavedení externí supervize i do oblastí veřejné správy, ve kterých působí pomáhající profesionálové, ale výhody vyplývající z externí supervize dosud nemohou využívat. Domníváme se, že zavedení externí supervize by napomohlo pracovníkům rovněž s řešením možných dilemat, se kterými se setkávají a která jsou jedním z řady aspektů, které vytváří zátěžové situace prožívané pomáhajícími profesionály. V souvislosti se zjištěními týkajícími se profesionálních hranic navrhujeme také pořádat pravidelné workshopy na jednotlivých pracovištích, které by umožnily pracovníkům hlouběji reflektovat hranice pomáhající profese ve vztahu s klienty. Jako podpůrný mechanismus umožňující pomáhajícím pracovníkům lépe zvládat zátěžové situace a vyrovnat se s jejich negativními důsledky, navrhujeme rovněž pořádání pravidelných seminářů pro pomáhající pracovníky, v rámci kterých by byli seznámeni s principy osobnostně profesního rozvoje i celkové sebepéče a zároveň by rozvíjeli své dovednosti tyto zátěžové situace zvládat adaptivním způsobem. Jedná se o aspekty, které posilují odolnost pracovníka vůči nárokům profese. Právě myšlenku odolnosti pracovníka považujeme za klíčovou, protože staví na zdůrazňování pozitivního vlivu zátěžových situací na adaptační mechanismy člověka. V návaznosti na Punovou (2019) se domníváme, že tuto odolnost by bylo vhodné posilovat již v rámci profesní přípravy budoucích pomáhajících pracovníků.
V symbolické rovině chceme touto statí poukázat na skutečnost, že správa věcí veřejných může být pro pracovníky spojena s tematikou zátěže, a proto potřebují vhodnou sebepéči i takové nastavení pracovních podmínek, aby mohli svou profesní roli vykonávat bez toho, aby je tato zátěž ohrožovala.

POUŽITÉ ZDROJE

BAŠTECKÁ, B. 2005. *Terénní krizová práce: psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada.
BAŠTECKÁ, B., ČERMÁKOVÁ, V., KINKOR, M. 2016. *Týmová supervize: teorie a praxe*. Praha: Portál.
BEDRNOVÁ, E., NOVÝ, I., JAROŠOVÁ, E. 2012. *Manažerská psychologie a sociologie.* Praha: Management Press.
COOPER, F. 2012. *Professional Boundaries in Social Work and Social Care: A Practical Guide to Understanding, Maintaining and Managing Your Professional Boundaries*. London: Jessica Kingsley Publishers.
DISMAN, M. 2000. *Jak se vyrábí sociologická znalost: příručka pro uživatele*. 3. vyd. Praha: Karolinum.
DONELLY, J. H., GIBSON, J. L., IVANCEVICH, J. M. 1997. *Management*. Praha: Grada.
GABURA, J., PRUŽINSKÁ, J. 1995. *Poradenský proces.* Praha: SLON.
GÉRINGOVÁ, J. 2011. *Pomáhající profese: tvořivé zacházení s odvrácenou stranou.* Praha: Triton.
GOJOVÁ, A., GLUMBÍKOVÁ, K. 2015. (Bezmocná) sociální práce jako zdroj zplnomocnění? *Sociální práce / Sociálna práca,* 15(5), 52–63.
HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. *Psychologický slovník.* Praha: Portál.
HAVRDOVÁ, Z., HAJNÝ, M. 2008. *Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize.* Praha: Galén.
HAYES, N. 2003. *Základy sociální psychologie.* Vyd. 3. Praha: Portál.
HEWSTONE, M., STROEBE, W. (Eds.). 2006. *Sociální psychologie: moderní učebnice sociální psychologie*. Praha: Portál.
HLADKÝ, A., ŽIDKOVÁ, Z. 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže: metodická příručka*. Praha: Karolinum.
HOLÁ, L. 2011. *Mediace v teorii a praxi*. Praha: Grada.
HONZÁK, R. 2015. *Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření.* Praha: Vyšehrad.
HONZÁK, R. 1995. *Strach, tréma, úzkost a jak je zvládat*. Praha: Maxdorf.
JEKLOVÁ, M., REITMAYEROVÁ, E. 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí.
KÁŇA, P. 2007. *Základy veřejné správy: [vybrané kapitoly veřejné správy pro studium žáků středních škol a maturitní témata k ústní maturitní zkoušce z předmětu Veřejná správa].* 2. dopl. přeprac. vyd. Ostrava: Montanex.
KELLER, J. 1997. *Úvod do sociologie.* 4. rozš. vyd. Praha: SLON.
KELLER, J. 1996. *Sociologie, byrokracie a organizace*. Praha: SLON.
KOPŘIVA, K. 2013. *Lidský vztah jako součást profese*. Vyd. 7., Praha: Portál.
KŘIVOHLAVÝ, J. 2010. *Sestra a stres: příručka pro duševní pohodu.* Praha: Grada.
KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
KŘIVOHLAVÝ, J. 1994. *Jak zvládat stres.* Praha: Grada.
LAZARUS, R. S. 2006. *Stress and Emotion: A New Synthesis.* New York: Springer Publishing Company.
LLOYD, C., KING, R., CHENOWETH, L. 2002. Social Work, Stress and Burnout: a Review. *Journal of Mental Health,* [online] 11(3), 255–265. [10. 5. 2019]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/29464897_Social_Work_stress_and_burnout_A_review
MALÍK HOLASOVÁ, V. 2014. *Kvalita v sociální práci a sociálních službách.* Praha: Grada.
MATOUŠEK, O. 2008. *Slovník sociální práce.* 2. přepracované vydání. Praha: Portál.
MATOUŠEK, O. 2003. *Metody a řízení sociální práce.* Praha: Portál.
MIOVSKÝ, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu.* Praha: Grada.
MLČÁK, Z. 2011. *Psychologie zdraví a nemoci.* Vyd. 2. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě.
MLČÁK, Z. 2010. *Prosociální chování v kontextu dispozičních aspektů osobnosti.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Filozofická fakulta.

MLČÁK, Z. 2005. Potencionální zdroje stresu v sociální práci. *Sociální práce / Sociálna práca,* 2005(3), 124–138.
MUSIL, L. 2007. Kvalifikovaný sociální pracovník je schopen s klientem samostatně pracovat. *Sociální práce / Sociálna práca,* 2007(1), 7–11.
NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie*. Praha: Academia.
NAVRÁTIL, P. 2010. Reflexivita v posouzení a v sociální práci. In: NAVRÁTIL, P., JANEBOVÁ, R. *Reflexivita v posuzování životní situace klientek a klientů sociální práce*. Hradec Králové: Gaudeamus, 24–46.
NAVRÁTIL, P. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.
NOVÁK, T. 2011. *Péče o pečující: jak být pečovatelem také sám sobě.* Brno: Moravskoslezský kruh.
NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním a sociálním znevýhodněním: základy a předpoklady dobré poradenské praxe*. Praha: Portál.
O'LEARY, P., TSUI, M., RUCH, G. 2013. The Boundaries of the Social Work Relationship Revisited: Towards a Connected, Inclusive and Dynamic Conceptualization. *British Journal of Social Work,* 43(1), 135–153.
PAULÍK, K. 2010. *Psychologie lidské odolnosti*. Praha: Grada.
PAULÍK, K. 2009. *Moderátory a mediátory zátěžové odolnosti.* Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. Filozofická fakulta.
PUNOVÁ, M. 2019. Posilování odolnosti v praktickém vzdělávání studentů sociální práce. *Sociální práce / Sociálna práca,* 19(2), 5–20.
PUNOVÁ, M. 2014. Posilování resilience v praktickém vzdělávání sociálních pracovníků. In: PUNOVÁ, M., NAVRÁTILOVÁ, J. (Eds.). *Praktické vzdělávání v sociální práci optikou konceptu resilience*. Brno: Masarykova univerzita, 41–59.
SKULOVÁ, S., POTĚŠIL, L. 2017. *Prostředky ochrany subjektivních práv ve veřejné správě – jejich systém a efektivnost.* Praha: C. H. Beck.
STRAUSS, A. L., CORBIN, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu: postupy a techniky metody zakotvené teorie.* Brno: Sdružení Podané ruce.
TOMEŠ, I. 2009. *Sociální správa: úvod do teorie a praxe.* Vyd. 2. rozš. a přeprac. Praha: Portál.
VÁGNEROVÁ, M. 2008. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2008. *Sociální psychologie.* Praha: Grada.

Skúsenosť s onkologickou chorobou ako faktor ovplyvňujúci postoj študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci[1]

Experience with Cancer as a Factor Influencing Social Work Students Attitudes toward Oncology Social Work

Lucia Tóthová, Michaela Hajdová, Eva Žiaková

Mgr. Lucia Tóthová, PhD.,[2] ako odborná asistentka na Katedre sociálnej práce Filozofickej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach zameriava svoju výskumnú činnosť prioritne na pacientov s onkologickou diagnózou ako klientov sociálnej práce. V súčasnosti sa venuje vedeckovýskumnej činnosti v rámci grantovej agentúry Kega zameranej na prevenciu onkologickej choroby optikou sociálnej práce.

Mgr. Michaela Hajdová[3] je absolventkou odboru Sociálna práca na Katedre sociálnej práce Filozofickej fakulty Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach.

Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc.,[4] pôsobí ako vedúca Katedry sociálnej práce na Filozofickej fakulte Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach. Okrem iného je členkou výboru Asociácie vzdelávateľov v sociálnej práci, členkou edičných rád v slovenských aj poľských časopisoch, posudzovateľkou vedeckých a edukačných projektov grantových agentúr Vega, Kega (SR) a v GAČR (ČR), autorkou viacerých vysokoškolských učebníc v odbore sociálna práca. Vedeckovýskumne sa venuje najmä problematike rizikového správania a sociálnej práci s rizikovými, dlhodobo chorými klientmi.

Abstrakt

CIEĽ: Predkladaný text poukazuje v teoretickej rovine na nevyhnutnosť začlenenia sociálneho pracovníka[5] priamo do multidisciplinárneho tímu starostlivosti o onkologického pacienta. V empirickej rovine sa sústreďuje na skúmanie postojov študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci ako jej možných vykonávateľov. V jeho aplikačnej rovine je cieľom prispieť k budovaniu sociálnej práce v onkologickej praxi v slovenských podmienkach. TEORETICKÉ

[1] Tento príspevok vznikol v rámci riešenia vedeckovýskumnej úlohy KEGA 008UPJŠ-4/2019 s názvom „Prevencia onkologických chorôb optikou sociálnej práce“.

[2] Kontakt: Mgr. Lucia Tóthová, PhD., Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice; lucia.tothova1@upjs.sk

[3] Kontakt: Mgr. Michaela Hajdová; misi.hajdova@gmail.com

[4] Kontakt: Prof. PhDr. Eva Žiaková, CSc., Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta, Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach, Moyzesova 9, 040 59 Košice; eva.ziakova@upjs.sk

[5] Autorky si uvedomujú význam eliminácie rodových stereotypov a rešpektujú dôležitosť používania rodovo citlivého jazyka. Hovoriac vo všeobecnosti, pre prehľadnosť textu však aplikujú mužský rod, pojem sociálny pracovník, pacient, študent, respondent a pod., mysliac však oba rody, zohľadňujúc tzv. generické maskulínum, ktoré používa slovenský jazyk (rovnako tak český) pri všeobecných vyjadreniach.

VÝCHODISKÁ: Závažnosť problematiky onkologickej choroby si vyžaduje viacdimenzionálnu pozornosť a multidisciplinárnu spoluprácu, ktorá v slovenských podmienkach absentuje, čo sa stáva východiskom pre autorky. METÓDY: Pre realizáciu výskumných zámerov bola zvolená kvantitatívna metodológia. Využitý bol autorský dotazník identifikujúci postoj študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci. VÝSLEDKY a IMPLIKÁCIE PRE SOCIÁLNU PRÁCU: Vzhľadom k súčasným trendom je podstatné vymedziť priestor pre onkologickú sociálnu prácu i na Slovensku, ktorá by reagovala na špecifické potreby človeka s onkologickou diagnózou. Sociálna práca pôsobiaca v danej oblasti by tak neniesla prívlastok „neznáma".

Kľúčové slová
multidisciplinárna spolupráca, onkologická sociálna práca, postoj, skúsenosť s chorobou, študent sociálnej práce

Abstract
OBJECTIVES: On a theoretical level, the presented text points out the necessity of the integration of the social worker directly into the multidisciplinary team of care for patients with an oncological diagnosis. Empirically, the paper focuses on examining the attitudes of social work students towards oncology social work as its possible practicioners. On the application level, its aim is to contribute to the building of oncology social work in the Slovak context. THEORETICAL BASE: The seriousness of the cancer problem requires multidimensional attention and multidisciplinary cooperation, which is absent under Slovak conditions, thus requiring more attention. METHODS: A quantitative methodology was chosen for the implementation of the research plans. A questionnaire by the author was used to identify the attitude of social work students towards oncology social work. OUTCOMES and SOCIAL WORK IMPLICATIONS: Given the current trends, it is essential to define a space for oncology social work also in Slovakia. It should respond to the specific needs of people with an oncological diagnosis.

Keywords
multidisciplinary cooperation, oncology social work, attitude, experience with disease, student of social work

ÚVOD

„Ona (rakovina) je rovnako ako rak chápaná ako väčšinou neviditeľný, nočný živočích, ktorý sa svojim nevypočítateľným pohybom vzad zdanlivo nezmyselne pohybuje vpred. Rovnako ako pancierom chránené raky sa i choroba „rakovina" chopí príležitosti a s upreným pohľadom na svoje obete spôsobuje utrpenie a jej nenásytným cieľom je smrť" (Meerwein, 1991, in Tschuschke, 2004:13).
Takto závažne nie je popísaná zrejme žiadna iná choroba. Práve vážnosť problematiky onkologickej choroby i jej neustála aktuálnosť povzbudzuje k viacdimenzionálnej pozornosti a potrebe zapojiť pri liečení pacienta s onkologickou diagnózou viaceré oblasti zahŕňajúc okrem medicíny aj psychológiu a sociálnu prácu. Multidisciplinárna spolupráca v problematike onkologickej choroby je v zahraničí realitou a onkologická sociálna práca je v štruktúre pomáhajúcich profesií v onkológii pevne zakorenená, v zmysle bio-psycho-socio-kultúrno-spirituálneho modelu či holistického prístupu. Otázkou ostáva, či aj sociálna práca v slovenských podmienkach je pripravená v danej oblasti pôsobiť. Autorky na túto otázku začínajú hľadať odpoveď skúmaním postojov študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci, ako jej možných vykonávateľov, so zameraním na kognitívnu, emocionálnu a konatívnu zložku postoja. Z dôvodu vyhovieť potrebám pacientov a ich rodín je naliehavé budovať kapacity sociálnych pracovníkov ako jedných z poskytovateľov psychosociálnej starostlivosti o onkologicky chorých pacientov.

ONKOLOGICKÁ SOCIÁLNA PRÁCA V RÁMCI STAROSTLIVOSTI O PACIENTOV S ONKOLOGICKOU DIAGNÓZOU

Onkologická choroba bola v minulosti vnímaná ako nezvratný rozsudok smrti. Na zdravie bolo nazerané len ako na záležitosť tela a príčiny choroby sa hľadali vnútri organizmu (Tschuschke, 2004; Nováková, 2011). Postupne sa objavili nové výzvy, ktoré nespočívali len v nájdení liečby či terapie, ktorá by dokázala zabrániť vzniku onkologickej choroby alebo zastaviť jej rozvoj. Túto chorobu bolo rovnako potrebné zmapovať a zamerať sa na minimalizovanie jej lekárskeho, ale aj psychického a sociálneho nebezpečenstva (Taylor, Bloom, 2010). Rastúce povedomie verejnosti o behaviorálnych a environmentálnych aspektoch rakoviny pomohlo stimulovať vznik psychoonkológie a jej rozvoj ako lekárskej špecializácie (Gehlert, Browne, 2019).

V zahraničí bola postupne do starostlivosti o onkologicky chorých pacientov integrovaná aj sociálna doména. Ako osobitná oblasť praxe sa v roku 1970 v USA (v onkológii sa začali špecializovať aj ďalší odborníci) objavila onkologická sociálna práca. V danom období pacienti, ich rodiny a opatrovatelia preukázali potrebu dostupnosti lepších informácií o onkologickej chorobe, potrebu riešiť sociálne a psychologické otázky súvisiace s onkologickou chorobou, potrebu zaoberať sa jej vedľajšími účinkami či starostlivosťou o pacienta v posledných dňoch jeho života (Lauria, 2011). Požadované bolo poradenstvo v oblasti komunikácie, v súvislosti s riešením konfliktov, s chýbajúcou oporou od partnerov a ostatných členov rodiny, taktiež informácie týkajúce sa praktických a finančných záležitostí každodenného života. Potrebu onkologickej sociálnej práce zdôraznila aj skutočnosť, že väčšina onkologických chorôb bola presunutá na ambulantné kliniky, čím sa výrazne zvýšila záťaž rodinnej starostlivosti (Holland, Weiss, 2010; O'Donnell, 2013).

Zložitosť a variabilita psychosociálnych problémov spojených s onkologickou chorobou teda vytvorila dopyt po vysoko kvalifikovaných onkologických sociálnych pracovníkoch, vyškolených na vykonávanie skríningu, terapeutickej intervencie, prevencie rakoviny, paliatívnej starostlivosti a pod. V súčasnosti sa sociálni pracovníci v onkologickom tíme venujú praktickým a emocionálnym záležitostiam, ktoré môžu ovplyvniť schopnosť pacienta participovať na liečbe. Uľahčujú komunikáciu medzi pacientom a ostatnými zamestnancami ohľadom cieľov liečby, manažmentu chorôb a psychosociálnych obáv. Taktiež pomáhajú pacientom so zmenou životného štýlu a s ich orientáciou zameranou na prežitie a prekonanie choroby (Kennedy, Smolinski, Colón, 2010). Orientujú sa na riešenie problémov ovplyvňujúcich kvalitu života pacienta, poskytovanie psychosociálnych služieb, preberajú iniciatívu pri vytváraní svojpomocných a podporných skupín onkologických pacientov (Coluzzi et al., 1995; Lauria, 2011). Jadrne možno povedať, že onkologickí sociálni pracovníci poskytujú komplexnú psychosociálnu starostlivosť o osoby s rakovinou a ich rodinných príslušníkov. Poskytovaná psychosociálna starostlivosť sa pritom týka mnohých oblastí vrátane psychologických, sociálnych, behaviorálnych, duchovných, kultúrnych a environmentálnych aspektov (Gehlert, Browne, 2019). Táto oblasť ponúka pre onkologického sociálneho pracovníka aj možnosti mimo tradičného lekárskeho prostredia. Kennedy (2015) a Knight (2015) v tomto zmysle hovoria o príležitostiach spočívajúcich v angažovaní sa onkologických sociálnych pracovníkov v plánovaní, organizovaní a vývoji výskumov, programov, možnosti vzdelávania. Autori poukazujú aj na to, že onkologický sociálny pracovník nezohráva dôležitú úlohu len pri zabezpečovaní starostlivosti o onkologického pacienta, ale rovnako sa môže aktívne zúčastňovať na mobilizácii politických a ekonomických mocností v rámci systému zdravotnej starostlivosti.

Uznanie psychoonkológie ako jednej z najmladších subšpeciálnych oblastí onkológie, ako aj onkologickej sociálnej práce v rámci starostlivosti o onkologických pacientov v zahraničí vyvoláva požiadavku poskytovania služieb sociálnej práce v onkologickej praxi aj na Slovensku. Aj napriek tomu, že potreba sociálnych pracovníkov je v zdravotníckych zariadeniach nevyhnutná, postavenie sociálneho pracovníka v zdravotníckom tíme na Slovensku nie je dostatočne objasnené (Kuzníková, 2011). Sociálni pracovníci zabezpečujú prevažne sociálnu agendu (Špatenková, 2003, in Mojtová, Sedlárová, Šrank, 2013) a vystupujú len ako externí odborníci, ktorí plnia svoje úlohy na Úrade

práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky (Šiňanská, 2016). Aj v našich podmienkach by sa však sociálna práca mala zúčastňovať a prispievať v oblasti prevencie onkologickej choroby, výskumu, liečby pacientov s onkologickou diagnózou, zameriavať sa na celý kontext sociálnych, behaviorálnych, environmentálnych a ďalších oblastí a potrieb. V rámci problematiky onkologickej choroby na Slovensku je potrebné poukazovať na potrebu začlenenia sociálneho pracovníka priamo do multidisciplinárnych tímov starostlivosti o onkologického pacienta. Vynechávaním práce sociálneho pracovníka budú neustále prítomné medzery pri pomoci odstraňovať a zmierňovať celkové traumatizujúce dôsledky onkologickej choroby nielen na pacienta, ale aj na pacientovu rodinu a blízke sociálne okolie.

ŠTUDENT SOCIÁLNEJ PRÁCE AKO MOŽNÝ VYKONÁVATEĽ ONKOLOGICKEJ SOCIÁLNEJ PRÁCE

Krajiny, v ktorých sú onkologickí sociálni pracovníci[6] štandardom (napr. USA, Kanada, Austrália, západná Európa), vyžadujú od pracovníkov minimálne základnú kvalifikáciu v podobe ukončenia štúdia bakalárskeho stupňa v odbore sociálna práca, pre zamestnávateľov je však ideálny ukončený magisterský stupeň. Klinickí sociálni pracovníci musia mať navyše aj štátnu licenciu (MSWcareers, 2018). Association of Oncology Social Work (2018) tiež povzbudzuje odborníkov k získaniu certifikátu onkologickej sociálnej práce, ktorý aj napriek tomu, že nie je povinný, zaručuje pokročilú úroveň kompetencií, záväzkov a skúseností v oblasti onkologickej sociálnej práce a preukazuje, že onkologický sociálny pracovník dodržiava normy, etiku a poskytuje kvalitné služby pre všetkých. Šiňanská (2016) však zdôrazňuje, že sociálna práca v onkológii nie je prácou pre každého. Na základe tohto odporúča študentom vykonávať v tejto oblasti prax, najvhodnejšie už počas štúdia. Pretože sa jedná o náročnú a emocionálne intenzívnu prácu, je ideálne, aby študenti získali určité praktické skúsenosti. A to už počas absolvovania školskej praxe alebo výkonom dobrovoľníckej činnosti v zdravotníckych zariadeniach, centrách, nemocniciach, ktoré môžu najlepšie pomôcť pochopiť, aké to je pracovať s onkologickým pacientom.

Čo však môže viesť študentov sociálnej práce k práci v onkologickej praxi? Zvolenie tejto roly konštruujú profesijné očakávania, čo znamená, že samotná spoločnosť, ako aj praktické skúsenosti vytvárajú isté predstavy u študentov o tom, akú prácu by chceli, prípadne nechceli vykonávať (Payne 2005; Urban, Kajanová, 2012). K faktorom, na ktoré študenti sociálnej práce nazerajú pri výbere oblasti svojho budúceho zamerania, autori Aviram, Katan (1991) a Abramovitz (1998) zaraďujú túžbu po spoločenskom ocenení ich profesionálneho postavenia a z toho vyplývajúcu neochotu študentov pracovať so znevýhodneným obyvateľstvom a uprednostňovania skupiny

[6] Onkologickí sociálni pracovníci môžu pôsobiť ako klinickí (klinická sociálna práca) i neklinickí sociálni pracovníci (sociálna práca v zdravotníctve). Fobair et al. (2009) uvádzajú, že onkologická sociálna práca sa vyvinula ako špecializácia v rámci sociálnej práce v zdravotníctve, ktorú možno všeobecne definovať ako profesionálne kontinuum služieb vytvorených s cieľom pomôcť pacientom, rodinám a skupinám zlepšiť alebo udržať optimálne fungovanie vo vzťahu k ich zdraviu (Hrozenská, Drzsíková, 2015). Napr. Virginia Cancer Specialist (2020) poskytuje služby klinického onkologického sociálneho pracovníka. Klinická sociálna práca rovnako ako sociálna práca v zdravotníctve vychádza z priamej sociálnej práce, pričom sa ale jedná o poskytovanie služieb v oblasti duševného zdravia klienta spojené s prevenciou, diagnostikou a liečbou duševných, behaviorálnych a emocionálnych porúch u jednotlivcov, rodín a skupín (Hrozenská, Drzsíková, 2015). Onkologickí sociálni pracovníci ako klinickí praktici využívajú poznatky z lekárskej a psychosociálnej onkológie (Fobair, 2007). Pomáhajú pacientom, rodinám a ich opatrovateľom riadiť ich skúsenosť s rakovinou a jednou z ich hlavných úloh je vybudovať most medzi fyzickým a duševným zdravím (Coyle, 2018). Neklinická sociálna práca stojí na základoch poradenskej paradigmy a zvyčajne tak predstavuje prácu s klientmi viac na poradenskej báze v porovnaní s klinickou sociálnou prácou disponujúcou psychoterapeutickou paradigmou (Hrozenská, Drzsíková, 2015). V závislosti od toho, o akého profesionála ide, sa líšia aj požiadavky na vzdelanie onkologického sociálneho pracovníka.

klientov s vyšším spoločenským statusom, ktorý dokáže posilniť ich vlastnú profesionálnu prestíž. Borsay (1989) upozorňuje na skutočnosť, že uprednostňovanie a prestíž konkrétnych klientskych skupín sociálnej práce závisí od preferovaných hodnôt v danej spoločnosti a každá spoločnosť ich môže mať odlišné. Krumer-Nevo a Weiss (2006) vidia motívy študentov sociálnej práce k práci s konkrétnou klientskou skupinou ako jednotlivé preferencie, ktoré sú na jednej strane ovplyvňované ich očakávaním vnútornej odmeny a osobného rastu. A na druhej strane sú pod vplyvom ich túžby vyhnúť sa tomu, čo považujú za zaťažujúce, náročné a nepríjemné. Motívy k rozhodnutiu pôsobiť ako sociálny pracovník v onkológii môžu byť rôzneho charakteru, od osobných dôvodov, kedy rozhodnutie ovplyvňuje predovšetkým výskyt onkologickej choroby v rodine, až po túžbu pomáhať ľuďom počas krízových období ich života (Šiňanská, 2016).

Jedným z dôležitých faktorov sú postoje, ktoré silne ovplyvňujú správanie sa jednotlivca, pôsobia ako významný motivačný činiteľ ovplyvňujúci smer správania. Určitý postoj zaujímame ku všetkým veciam, javom, osobám aj k sebe samému, a znamená to, že máme určitý názor, máme určitý vzťah a určitým spôsobom sa k nim správame (Oravcová, 2004). Postoj odvodzujeme od prejavov a reakcií jednotlivca či skupiny ľudí, ktoré môžu mať formu slov, činov a myšlienok. Preto hovoríme o kognitívnom, emocionálnom a konatívnom aspekte postoja (Kollárik, 2004). Tieto tri zložky postoja sú zvyčajne vyvážené, pričom kognitívna zložka vyjadruje osobnú vieru, poznanie o postojovom objekte, emocionálna zložka zahŕňa emócie, ktoré objekt v subjekte vyvoláva, vyjadruje citový vzťah a konatívny komponent vyjadruje správanie sa voči objektu postoja určitým spôsobom, predstavuje reakciu k danej situácii (Kollárik, Sollárová 2004; Oravcová, 2004; Výrost, Slaměník, 2008; Nakonečný, 2009). Nakoľko prevažuje názor, že postoje sú naučené a veľký význam má vplyv jednotlivcov a malých sociálnych skupín, predpokladáme, že pri utváraní postoja k onkologickej sociálnej práci môže mať relevanciu skúsenosť s onkologickou chorobou, pričom osobná skúsenosť patrí k jednému z najvýznamnejších vplyvov, ktorý pôsobí na utváranie postoja k určitému javu.

METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝSKUMU

Sociálna práca existuje vo viacerých krajinách ako štandardná súčasť onkologickej liečby a onkologickí sociálni pracovníci sa stali nevyhnutnou súčasťou systému poskytovanej starostlivosti o onkologických pacientov. Na Slovensku však takéto začlenenie sociálneho pracovníka chýba a jeho postavenie nie je v zdravotníckom tíme dostatočne objasnené. V prípade pozitívnych výhľadov do budúcnosti a rozvoja onkologickej sociálnej práce aj na Slovensku by do multidisciplinárneho tímu starostlivosti o pacienta s onkologickou diagnózou a jeho rodinu mali byť zaradení súčasní či budúci sociálni pracovníci, teda študenti sociálnej práce.

Na základe teoretických východísk sa výskumným zámerom stalo zisťovanie postojov vysokoškolských študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci ako jej možných vykonávateľov. Autorky formulovali hypotézy v nasledujúcom znení.

H1: Predpokladáme, že študenti sociálnej práce so skúsenosťou s onkologickou chorobou budú exponovanejšími predstaviteľmi postoja k onkologickej sociálnej práci v porovnaní so študentmi bez tejto skúsenosti.

H2: Predpokladáme existenciu štatisticky významných rozdielov v jednotlivých zložkách postoja k onkologickej sociálnej práci medzi študentmi sociálnej práce na základe ich skúsenosti s onkologickou chorobou.

H3: Predpokladáme štatisticky významnú súvislosť medzi skúsenosťou s onkologickou chorobou a postojom študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci.

Výskumu sa zúčastnilo 121 respondentov, študentov prvého a druhého vysokoškolského stupňa v odbore Sociálna práca z Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach (N = 64) a Prešovskej univerzity v Prešove (N = 57). Výskumnú vzorku tvorilo 74 študentov bakalárskeho stupňa a 47 študentov magisterského stupňa, vo veku od 19 do 33 rokov. 115 respondentov predstavovalo

denných študentov, externých študentov bolo 6, pričom väčšinu výskumnej vzorky tvorili ženy v počte 113.

Postoje jednotlivých respondentov k vybranej problematike boli skúmané prostredníctvom kvantitatívneho výskumu. Napriek tomu, že „tradičné spôsoby merania postojov stavajú na jednorozmerných reakciách respondenta na objekt postoja, sledujú správanie jedinca alebo sa spoliehajú na jeho verbálne výpovede a usudzujú z nich priamo na postoj, alebo na presvedčenia či zámery konať" (Kollárik, 2004:265), autor uvádza, že je možné použiť aj kvantitatívne meranie. Stretávame sa s ním v zahraničnej spisbe (napr. Schuchman 2011; Carrasco, Lucas, 2015; Sárváry et al. 2019, atď.). Umožňuje meranie niekoľkých premenných, popis správania premenných a testovanie hypotéz cez čo najväčší počet respondentov na rozdiel od kvalitatívneho prístupu, v priebehu ktorého vznikajú nielen výskumné otázky, ale tiež hypotézy i nové rozhodnutia, ako modifikovať zvolený výskumný plán a pokračovať pri zbere dát a ich analýze (Hendl, 2005).

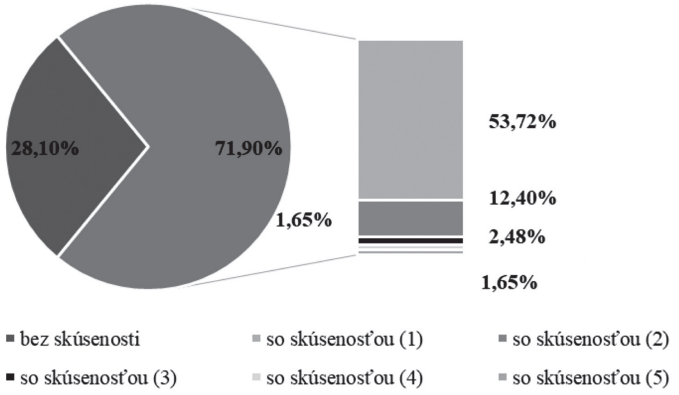
Vzhľadom k špecifickosti výskumu a neexistencii štandardizovaného nástroja bol výskum realizovaný metódou autorského dotazníka vlastnej konštrukcie. Pre autorský výskum bolo dôležité vybrať správne stimuly, otázky, tvrdenia, o ktorých sa možno domnievať, že reakcie na ne budú vhodnými indikátormi skúmaného javu (Hirner, 1976). Tie boli orientované z časti pozitívne a z časti negatívne, aby tak autorky anticipovali potenciálne ovplyvňovanie respondenta a predkladanie určitého postoja. Vzhľadom na dimenzie závislej premennej boli zvolené výroky, ktoré boli zamerané na konkrétnu zložku postoja, čím bolo zabezpečené, že postoj bol skúmaný po všetkých stránkach. Finálnej konštrukcii dotazníka predchádzala tvorba koncepcie výskumného nástroja, jeho položiek, ich obsahová verifikácia, sukcesívne dolaďovanie, pilotné overovanie. Reliabilita dotazníka bola overená prostredníctvom Cronbachovho koeficientu alfa, pričom dotazník dosiahol dobrú vnútornú konzistenciu na úrovni $\alpha = 0{,}758$.

Dotazník bol respondentom administrovaný osobne. Pre účely zistenia postoja respondentov obsahoval 30 výrokov, v ktorých boli zahrnuté tri zložky postoja (kognitívna zložka, emocionálna zložka a konatívna zložka). Respondenti mali možnosť odpovedať pomocou štvorbodovej Likertovej odpoveďovej škály (1 – úplne súhlasím, 2 – skôr súhlasím, 3 – skôr nesúhlasím, 4 – úplne nesúhlasím), čo umožnilo vypočítať celkové skóre, pričom čím nižšie bodové hodnotenie respondent dosiahol, tým viac bol považovaný za exponovanejšieho predstaviteľa daného postoja. Výsledné skóre, ktoré mohol respondent minimálne dosiahnuť, bolo 30 a maximálne 120 bodov. Pre konkrétne zložky postoja to mohlo byť v rozsahu od 10 do 40 bodov, pričom dosiahnuté skóre v hodnote 10 predstavuje absolútne najvyššiu mieru stotožnenia sa s daným výrokom a 40 absolútne najnižšiu mieru stotožnenia sa. Dotazník tiež zahŕňal otázky, ktorými bolo zisťované, či respondent pozná niekoho, kto je alebo bol onkologickým pacientom, v akom vzťahu sú s danou osobou a o akú silu vzťahu ide, čo autorky denominovali ako skúsenosť respondenta s onkologickou chorobou. Získané údaje boli následne spracované v štatistickom programe SPSS.

VYBRANÉ VÝSLEDKY VÝSKUMU

Z celkovej výskumnej vzorky (N = 121), v rámci ktorej sa nenachádzal žiaden respondent, ktorý aktuálne alebo v minulosti bol onkologickým pacientom, uviedlo až 87 respondentov (71,90 %) skúsenosť s onkologickou chorobou. Z daného počtu až 22 respondentov poznalo viac ako jedného onkologického pacienta, pričom najviac bolo uvedených päť onkologických pacientov na jedného respondenta (graf 1).

Graf 1: Skúsenosť respondentov s onkologickou chorobou



Medzi respondentmi a osobami s onkologickou chorobou, ktorých respondenti poznali, prevládali intenzívne vzťahy (na škále od veľmi intenzívny vzťah po žiaden vzťah), pričom najpočetnejšiu skupinu onkologicky chorých tvorili starí rodičia, kamaráti, blízki príbuzní, susedia a rodičia.
Autorky realizovali analýzu postojov vysokoškolských študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci, so zameraním na kognitívnu, emocionálnu a konatívnu zložku postoja. Ako už bolo uvedené, prostredníctvom odpoveďovej škály bolo možné určiť celkové skóre, pričom čím nižšie bodové hodnotenie respondent dosiahol, tým viac bol pokladaný za exponovanejšieho predstaviteľa daného postoja. Dosiahnuté výsledky zobrazuje tabuľka 1. Na ich základe možno konštatovať, že u študentov sociálnej práce bol preukázaný skôr pozitívny postoj k onkologickej sociálnej práci vo všetkých jeho troch zložkách. Študenti sociálnej práce na škále od 1 – úplne súhlasím, ktorá zároveň reprezentovala pozitívny aspekt, po 4 – úplne nesúhlasím, teda aspekt negatívny, uvádzali v rámci kognitívnej zložky najčastejšie možnosť úplne súhlasím. V rámci emocionálnej a konatívnej zložky to bolo skôr súhlasím. Ak však porovnáme skupinu študentov, ktorí mali skúsenosť s onkologickou chorobou, a študentov bez nej, v hodnotách možno pozorovať rozdiely, ktoré nastali v emocionálnej a konatívnej zložke. Najčastejšiu odpoveď skôr súhlasím u študentov so skúsenosťou substituovala odpoveď skôr nesúhlasím u študentov bez skúsenosti s onkologickou chorobou.

Tabuľka 1: Priemerné skóre respondentov dosiahnuté v jednotlivých zložkách postoja k onkologickej sociálnej práci

		kognitívna zložka	emocionálna zložka	konatívna zložka	postoj
študenti sociálnej práce	N	121			
	mean	*17,09*	*24,29*	*21,97*	*63,35*
študenti so skúsenosťou	N	87			
	mean	16,39	23,06	21,13	60,57
študenti bez skúsenosti	N	34			
	mean	18,88	27,44	24,12	70,44

Onkologická choroba výrazne ovplyvňuje život a fungovanie jednotlivca ako onkologického pacienta, ale aj jednotlivca ako pacientovho príbuzného či blízkeho. Oznámením výskytu onkologickej choroby môžu byť ľudia až traumatizovaní. Vychádzajúc z tohto poznania považujú autorky skúsenosť s onkologickou chorobou za významný faktor formovania postoja k danej chorobe, k pacientovi s onkologickou chorobou, či práci s takto chorými jednotlivcami a skupinami. Autorky preto predpokladali, že budú existovať štatisticky významné rozdiely v jednotlivých zložkách postoja k onkologickej sociálnej práci medzi študentmi sociálnej práce na základe ich skúsenosti s onkologickou chorobou.
Dané bolo overované prostredníctvom induktívnej štatistiky, konkrétne použitím t-testu. Výsledky upozorňujúce na štatisticky významné rozdiely v každej zo zložiek postoja k onkologickej sociálnej práci medzi študentmi so skúsenosťou s onkologickou chorobou a študentmi bez tejto skúsenosti zobrazuje tabuľka 2. Na základe dosiahnutého skóre možno konštatovať, že respondenti so skúsenosťou s onkologickou chorobou sa predstavili ako exponovanejší predstavitelia daného postoja.

Tabuľka 2: Rozdiely v jednotlivých zložkách postoja k onkologickej sociálnej práci medzi študentmi sociálnej práce

		N	X	t	p(α)
kognitívna zložka	so skúsenosťou	87	16,39	–2,006	**,047***
	bez skúsenosti	34	18,88		
emocionálna zložka	so skúsenosťou	87	23,06	–3,446	**,001****
	bez skúsenosti	34	27,44		
konatívna zložka	so skúsenosťou	87	21,13	–3,327	**,001****
	bez skúsenosti	34	24,12		

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

Na základe týchto zistení možno konštatovať zaujímavý záver. Študenti sociálnej práce, či už so skúsenosťou s onkologickou chorobou, alebo bez nej, majú relatívne rovnaké názory a myšlienky o onkologickej sociálnej práci, ktoré sú podložené napríklad nadobudnutým vzdelaním, a skúsenosť s onkologickou chorobou má na ne menší vplyv. Tá pôsobí skôr na emocionálnu a konatívnu zložku. Podľa Dúbravovej (2014) môžu mať postoje motivačný či demotivačný charakter vo vzťahu k predmetu, a tak s emocionálnou zložkou postoja u respondentov pravdepodobne súvisí jej konatívna zložka. Kým emocionálna zložka vyjadruje k predmetu postoja citový vzťah, konatívna zložka predstavuje tendenciu reagovať, konať. Respondenti na základe skúsenosti s onkologickou chorobou zaujali viac pozitívny postoj v jeho emocionálnej zložke v porovnaní so študentmi bez skúsenosti. Vplyv na to mohli mať predsudky a stereotypy, ktoré skúsenosť s chorobou môže rúcať a ktoré ovplyvňujú emócie a prežívanie. Dokazujú to výsledky, ktoré pojednávajú o tom, že študenti bez skúsenosti s onkologickou chorobou majú v súvislosti s onkologickou diagnózou vo vyššej miere pocity beznádeje a bezmocnosti, pocity úzkosti, strach, že ochorie samotný respondent alebo niekto z jeho blízkych.
V konatívnej zložke postoja, ktorá odkrýva jednak správanie, ale aj tendenciu konať, sa študenti sociálnej práce so skúsenosťou s onkologickou chorobou rovnako preukázali ako jej exponovanejší predstavitelia. Prejavilo sa to najmä v schopnosti pomôcť onkologickému pacientovi (u 95,4 % respondentov so skúsenosťou, 75,3 % bez skúsenosti), tendencii pracovať s pacientom s onkologickou diagnózou i napriek pohľadu na jeho trápenie (67,8 % respondentov so skúsenosťou a len 38,2 % bez skúsenosti prejavilo náklonnosť pracovať s onkologickým pacientom), v tendencii rozprávať o umieraní a smrti (34,4 % študentov so skúsenosťou, ale až 65,9 % bez skúsenosti o daných témach

rozprávať nechce) a stotožnení sa s pacientovou situáciou a problémami (44,8 % vysokoškolákov so skúsenosťou s rakovinou a až 67,6 % respondentov bez nej sa s daným nestotožňuje).
Tieto výsledky viedli autorky k overeniu existencie súvislosti medzi skúsenosťou s onkologickou chorobou a postojom študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci. Výsledky zobrazené v tabuľke 3 preukazujú potvrdenie existencie štatisticky významnej súvislosti medzi danými premennými.

Tabuľka 3: Súvislosť medzi skúsenosťou s onkologickou chorobou a postojom študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci

		postoje študentov
skúsenosť s onkologickou chorobou	N	121
	r	,350
	p(α)	< **,001***

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

Osobná skúsenosť patrí k jednému z najvýznamnejších vplyvov, ktorý pôsobí na utváranie postoja k určitému javu. Vlastná skúsenosť študentov s onkologickou chorobou, či už v blízkom rodinnom kruhu, alebo u priateľov a známych, zapríčinila, že sa u týchto študentov prejavil pozitívnejší postoj k onkologickej sociálnej práci. Autorky sa domnievajú, že študenti so skúsenosťou s onkologickou chorobou sú viac motivovaní prispieť k zabezpečeniu lepšej komplexnej starostlivosti o onkologického pacienta a upozorňovať na nedostatky v nej. Práve skúsenosť s onkologickou chorobou môže byť u študentov motívom, prečo sa budú zaujímať o túto prácu, a práve túžbou pomôcť svojmu blízkemu objavia túžbu pomáhať ľuďom počas krízových období ich života. Taktiež majú lepší prehľad o tom, čo táto choroba prináša a aký môže mať dosah na všetky oblasti života pacienta. Študenti bez osobnej skúsenosti mohli informácie o onkologickej chorobe a onkologických pacientoch získavať iba nepriamo, cez rozličné médiá, knihy a príbehy o pre nich neznámych ľuďoch. Tieto príbehy často výrazne vykresľujú trápenie, smútok, stratu. Taktiež dlho pretrvávajúce mýty o onkologickej chorobe a všeobecne rozšírený strach z nej medzi ľuďmi môžu u respondentov vyvolávať tendenciu snažiť sa vyhnúť tejto chorobe a dobrovoľne ju nevyhľadávať.

DISKUSIA A ZÁVER

Výsledky empirickej štúdie poukazujú na to, že študenti sociálnej práce majú pozitívny postoj k onkologickej sociálnej práci. Za významný faktor formovania postoja autorky považovali skúsenosť s onkologickou chorobou, nakoľko táto diagnóza neovplyvňuje výlučne priamo samotných pacientov, ale aj blízke sociálne okolie a moduluje tak medziľudské vzťahy pacienta. Študenti sociálnej práce, ktorí poznali človeka či viacerých ľudí s diagnostikovanou rakovinou, a teda mali skúsenosť s onkologickou chorobou, sa preukázali ako exponovanejší predstavitelia v každej zo zložiek postoja k onkologickej sociálnej práci v porovnaní s respondentmi bez takejto skúsenosti. Autorky môžu konštatovať, že všetky stanovené hypotézy boli empirickým výskumom potvrdené.
Autori Kovacs a Bronstein (1999) dospeli k podobným zisteniam, keď u onkologických sociálnych pracovníkov zisťovali, či v ich živote nastala nejaká predchádzajúca skúsenosť, ktorá ich naviedla na prácu s onkologickými pacientmi. Opýtaní respondenti najčastejšie uvádzali výskyt onkologickej choroby u člena rodiny alebo priateľa, druhou najčastejšou spomínanou príčinou bol výkon sociálnej práce v inom zdravotníckom prostredí. Výsledky štúdie realizovanej kolektívom autorov Szilagy et al. (2019) poukazujú na dôležité ovplyvňujúce faktory pri výbere povolania. Analýza prezentuje, že

respondenti, ktorí prežili onkologickú chorobu v detskom veku alebo ktorých členovia rodiny trpeli onkologickou diagnózou, sa cítili ovplyvnení pri výbere povolania a v porovnaní s priemernou populáciou častejšie pracovali v zdravotníctve, v sociálnej oblasti, vo vzdelávaní alebo povolaniach týkajúcich sa starostlivosti o telo a krásu. Jedným z možných vysvetlení tohto výsledku by mohli byť informačné predpoklady (Jepsen, Dilley, 1974). V rámci liečebných procesov dostávajú pacienti množstvo informácií o pracovných postupoch odborníkov, stávajú sa preto poloexpertmi na svoju vlastnú chorobu a liečbu, sú psychosociálne podporovaní, čím získavajú viac informácií sami o sebe. Takáto multimodálna onkologická terapia môže zvýšiť spoľahlivé informácie o chorobe, liečbe a postupoch počas nej a zároveň znížiť nespoľahlivé informácie. Tieto faktory môžu prispieť k zjednodušeniu neskorších rozhodnutí týkajúcich sa výkonu povolania v oblasti zdravia (Brown et al., 2002).

Na základe získaných výsledkov, preukázaniu pozitívneho postoja študentov sociálnej práce k onkologickej sociálnej práci, si autorky dovoľujú konštatovať, že má význam realizovať vzdelávanie v oblasti onkologickej choroby v kontexte sociálnej práce, ako aj podporovať vytvorenie pracovnej pozície onkologického sociálneho pracovníka aj na Slovensku. Podľa slov Balogovej (2012), na prahu 21. storočia stojíme pred novou úlohou etablácie špecifických foriem sociálnej práce a jej profesionálneho výkonu, pred požiadavkou špecializácie sociálnej práce formovaním určitých oblastí, akými sú klinická, školská, psychosociálna, integrovaná sociálna práca a mnohé iné, ktorých potrebu si žiada spoločenská prax, medzi ktoré si dovoľujú autorky zaradiť aj onkologickú sociálnu prácu.

Aj napriek tomu, že sa problematike onkologickej choroby z pohľadu sociálnej práce a sociálnej práce v onkologickej praxi venuje v československých podmienkach viacero odborníkov, takto formulovaný výskum je podľa informácií autoriek prvý svojho druhu. Vznikol s grantovou podporou Kega, pričom získané výsledky budú zakomponované do pripravovanej príručky pre onkologických pacientov, ktorá bude sprostredkovávať informácie o chorobe optikou sociálnej práce a jej edukačná rovina bude naplnená aj akousi „propagáciou" sociálnej práce ako oblasti, ktorá sa môže významne podieľať na „liečbe" pacienta s onkologickou chorobou. Rovnako prispeje k aktualizácii výuky zameranej na onkologickú sociálnu prácu alebo sociálnu prácu s dlhodobo chorými na pracovisku autoriek.

POUŽITÉ ZDROJE

ABRAMOVITZ, M. 1998. Social Work and Social Reform: An Arena of Struggle. *Social Work,* 43(6), 512–526.

ASSOCIATION OF ONCOLOGY SOCIAL WORK. 2018. *Oncology Social Work Certification* [online]. [25. 7. 2019]. Dostupné z: https://www.aosw.org/professional-development/oncology-social-work-specialty-certification/

AVIRAM, U., KATAN, J. 1991. Professional Preferences of Social Workers: Prestige Scales of Populations, Services, and Methods in Social Work. *International Social Work,* 34(1), 37–55.

BALOGOVÁ, B. 2012. Etablácia a profesionalizácia sociálnej práce v jej horizontálnej i vertikálnej línii. In: BALOGOVÁ, B., SKYBA, M., ŠOLTÉSOVÁ, D. (Eds.). *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.* Prešov: Prešovská univerzita v Prešove, 10–28.

BORSAY, A. 1989. First Child Care, Second Mental Health, Third the Elderly: Professional Education and the Development of Social Work Priorities. *Research, Policy and Planning,* 7(2), 22–30.

BROWN, D. et al. 2002. *Career Choice and Development.* 4th ed. San Francisco: Jossey-Bass.

CARRASCO, J.-A., LUCAS, K. 2015. Workshop Synthesis: Measuring Attitudes; Quantitative and Qualitative Methods. *Transportation Research Procedia,* 11(2015), 165–171.
COLUZZI, P. H. et al. 1995. Survey of the Provision of Supportive Care Services at National Cancer Institute – Designated Cancer Centres. *Journal of Clinical Oncology,* 13(3), 756–764.
COYLE, S. 2018. Mental Health and Cancer. *Social Work Today* [online]. 18(1), 26. [20. 3. 2020]. Dostupné z: https://www.socialworktoday.com/archive/JF18p26.shtml
DÚBRAVOVÁ, V. 2014. Postoje v teórii a pedagogickej praxi. In: DRÁĽ, P., GALANSKÁ, N., NÁVOJSKÝ, A. (Eds.). *KVALITA alebo KVANTITA? Zisťovanie postojových zmien v globálnom vzdelávaní a multikultúrnej výchove. Príklady dobrej praxe.* Bratislava: Nadácia Milana Šimečku, 24–29.
FOBAIR, P. 2007. Oncology Social Work for Survivorship. In: GANZ, P. A. (Ed.). *Cancer Survivorship: Today and Tomorrow.* New York: Springer, 14–27.
FOBAIR, P. et al. 2009. Historical Threads in the Development of Oncology Social Work. *Journal of Psychosocial Oncology,* 27(2), 155–215.
GEHLERT, S., BROWNE, T. (Eds.). 2019. *Handbook of Health Social Work.* 3rd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace.* Praha: Portál.
HIRNER, A. 1976. *Ako sociologicky analyzovať.* Bratislava: Ústav školských informácií.
HOLLAND, J. C., WEISS, T. R. 2010. History of Psycho-Oncology. In: HOLLAND, J. C. et al. *Psycho-Oncology.* 2nd ed. New York: Oxford University Press, 3–12.
HROZENSKÁ, M., DRZSÍKOVÁ, M. 2015. Teoretické ukotvenie klinickej sociálnej práce a sociálnej práce v zdravotníctve a ich implikácie v praxi podľa anglosaského modelu. *Sociální práce / Sociálna práca* [online]. 15(4). [31. 3. 2020]. Dostupné z: http://www.socialniprace.cz/zpravy.php?oblast=1&clanek=785
JEPSEN, D. A., DILLEY, J. S. 1974. Vocational Decision-Making Models: A Review and Comparative Analysis. *Review of Educational Research,* 44(3), 331–349.
KENNEDY, V. 2015. Practice Setting: Where Oncology Social Workers Work. In: CHRIST, G., MESSNER, C., BEHAR, L. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care of People with Cancer.* New York: Oxford University Press, 687–692.
KENNEDY, V., SMOLINSKI, K. M., COLÓN, Y. 2010. Training Professional Social Workers in Psycho-Oncology. In: HOLLAND, J. C. et al. *Psycho-Oncology.* 2nd ed. New York: Oxford University Press, 588–593.
KNIGHT, L. 2015. Oncology Social Work Practice in Hospitals and Cancer Centers. In: CHRIST, G., MESSNER, C., BEHAR, L. *Handbook of Oncology Social Work: Psychosocial Care of People with Cancer.* New York: Oxford University Press, 693–700.
KOLLÁRIK, T. 2004. *Sociálna psychológia.* Bratislava: Univerzita Komenského.
KOLLÁRIK, T., SOLLÁROVÁ, E. 2004. *Metódy sociálnopsychologickej praxe.* Bratislava: Ikar.
KOVACS, P. J., BRONSTEIN, L. R. 1999. Preparation for Oncology Settings: What Hospice Social Workers Say They Need. *Health & Social Work,* 24(1), 57.
KRUMER-NEVO, M., WEISS, I. 2006. Factors Affecting the Interest of Israeli Social Work Students in Working with Different Client Groups. *Journal of Social Work Education,* 24(3), 443–463.
KUZNÍKOVÁ, I. 2011. Vývoj sociální práce ve zdravotnictví v České republice. In: KUZNÍKOVÁ, I. et al. *Sociální práce ve zdravotnictví.* Praha: Grada, 13–26.
LAURIA, M. M. 2011. Oncology Social Work. In: MIZHARI, T., DAVIS, L. E. (Eds.). *Encyclopedia of Social Work.* 20th ed. New York: NASW and Oxford University Press, 319–322.
MOJTOVÁ, M., SEDLÁROVÁ, K., ŠRANK, M. 2013. *Klinický sociálny pracovník.* Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa v Nitre.

MSWCAREERS. 2018. *How to Became an Oncology Social Worker* [online]. [9. 6. 2019]. Dostupné z: https://mswcareers.com/become-oncology-social-worker/?fbclid=IwAR2-Q5fTeFC5koy9Nd54ru6sw8c88GyvTLVjR2c_FnyNUC-3UAlRWUnhHCw
NAKONEČNÝ, M. 2009. *Sociální psychologie.* Praha: Academia.
NOVÁKOVÁ, I. 2011. *Zdravotní nauka, 2. díl. Učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: Grada.
O'DONNELL, E. 2013. The Distress Thermometer: A Rapid and Effective Tool for the Oncology Social Worker. *International Journal of Health Care,* 26(4), 353–359.
ORAVCOVÁ, J. 2004. *Sociálna psychológia*. Banská Bystrica: UMB.
PAYNE, M. 2005. *Modern Social Work Theory.* Chicago: Lyceum Books.
SÁRVÁRY, A. et al. 2019. Health Care and Social Worker Students'Attitudes, Knowledge and Experience of Complementary and Alternative Medicine and its Differences between Full-time and Part-time Students in Hungary. *Kontakt,* 21(2), 214–221.
SCHUCHMAN, M. 2011. *A Quantitative Examination of Public School Student Attitudes toward Science*. Charleston SC: Proquest, Umi Dissertation Publishing.
SZILAGY, I.-S. et al. 2019. Influencing Factors on Career Choice and Current Occupation Analysis of Adult Survivors of Childhood Cancer: A Special Focus on Health-Related Occupations. *Memo – Magazine of European Medical Oncology,* 12(1), 83–90.
ŠIŇANSKÁ, 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.* Košice: Katedra sociálnej práce FF UPJŠ, 25–31.
TAYLOR, F. S., BLOOM, J. R. 2010. Socioeconomic Status and Psycho-Oncology. In: HOLLAND, J. C. et al. *Psycho-Oncology.* 2nd ed. New York: Oxford University Press, 47–56.
TSCHUSCHKE, V. 2004. *Psychoonkologie: psychologické aspekty vzniku a zvládnutí rakoviny.* Praha: Portál.
URBAN, D., KAJANOVÁ, A. 2012. Sociální práce optikou studentů studujících sociální obory. *Kontakt,* 14(4), 456–463.
VIRGINIA CANCER SPECIALIST. 2020. *Oncology Social Work* [online]. [28. 3. 2020]. Dostupné z: https://virginiacancerspecialists.com/about-us/our-team/oncology-social-work/
VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2008. *Sociální psychologie.* Praha: Grada Publishing.

Profesionální zooterapie v sociální práci – výzvy pro vzdělávání

Professional Animal-Assisted Social Work – Challenges for Training

Kateřina Thelenová

PhDr. Kateřina Thelenová, Ph.D.,[1] je odbornou asistentkou na Katedře sociálních studií a speciální pedagogiky Fakulty přírodovědně-humanitní a pedagogické, Technické univerzity v Liberci a sociální pracovnicí, metodičkou výzkumu, lektorkou a odbornou evaluátorkou v neziskovém sektoru sociálních služeb. Tematicky se zaměřuje zejména na teorie a metody sociální práce, výzkum v sociální práci a kvalitu sociálních služeb.

Abstrakt
CÍLE: Text odpovídá na otázky spojené s rolí zooterapie v sociální práci a představuje poznatky z výzkumu cíleného vzdělávání sociálních pracovníků v zooterapii. Nejde o apel na sociální pracovníky, aby byli zooterapeuty, ale na jejich zodpovědnost za zooterapii při naplňování cílů s klientem. TEORETICKÁ VÝCHODISKA: Na problém je nahlíženo perspektivou zahraničních výzkumů. Základním imperativem je profesionalita zooterapie s ohledem na potřeby klientů a metody sociální práce. Výchozími jsou americké koncepty *animal-assisted intervention in social work* a *animal-assisted intervention in social work education,* které akcentují sepětí člověka a zvířete v sociální práci. METODY: Teoretická východiska byla ověřena empiricky 24měsíčním výzkumem – zjišťováním zkušeností a očekávání ve vztahu k profesionální zooterapii v sociální práci. Respondenty byli sociální pracovníci a pomáhající profesionálové aktivně se o zooterapii zajímající a tu realizující. VÝSLEDKY: Absence definice, metodiky, standardů kvality a supervize v zooterapii v sociální práci vede k oslabení možnosti plnit cíle práce s klientem, hrozí poškození klienta, dobrého jména a kvality sociální služby a zvířete. IMPLIKACE PRO SOCIÁLNÍ PRÁCI: Sociální pracovník potřebuje znalost profesionální zooterapie a dovednost odlišit ji od laických a dobrovolnických činností se zvířaty. Kvalitní vzdělávání a stanovení standardů kvality zooterapie povede k ochraně pracovníka, klienta a zvířete při společném naplňování cílů.

Klíčová slova
profesionální zooterapie, standardy kvality zooterapie v sociální práci, vzdělávání

Abstract
OBJECTIVES: This article answers questions about the position and role of animal-assisted therapy in social work and presents research findings on targeted training in this field. It is not an appeal to become therapists using animals, but to the responsibility of those using animal assistance in fulfilling particular goals. THEORETICAL BASIS: The article uses the perspective of foreign research – the professionalism of animal-assisted therapy in the consideration of the needs of clients and social work

[1] Kontakt: PhDr. Kateřina Thelenová, Ph.D., Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky FP TU v Liberci, Studentská 2, 461 17 Liberec 1; katerina.thelenova@tul.cz

methods. The basic concepts are Animal-Assisted Intervention in Social Work and Animal-Assisted Intervention in Social Work Education. METHODS: The theoretical concepts were verified in a 24-month-long study researching the experience and expectations towards professional therapy with animals. The respondents were workers in helping professions providing animal-assisted therapy or those interested in it. OUTCOMES: The absence of a definition, methodology, quality standards and supervision makes the fulfilment of a client's goals impossible, imposing a risk of harming the client or the animal and damaging the reputation and quality of the service. IMPLICATIONS FOR SOCIAL WORK: Social workers need a knowledge of professional animal-assisted therapy, which should be distinguishable from volunteer activities. Quality training in animal-assisted therapy and quality standards will lead to the protection of the worker, the client and the animal.

Keywords
professional animal-assisted therapy, quality standards of animal-assisted therapy in social work, education

PROFESIONÁLNÍ ZOOTERAPIE V SOCIÁLNÍ PRÁCI

Zooterapie je realizována napříč pomáhajícími profesemi v České republice v celém spektru cílených činností a v různých resortech. Tento text se zaměřuje na možnosti a limity využívání potenciálu zvířat pouze v jedné z nich, a to v sociální práci. S aplikací dílčích úrovní zooterapie se setkáme ve zdravotnictví, školství, v armádě, policii, vězeňství a v dalších oblastech. Resorty mimo obor sociální práce zde detailně nelze reflektovat, byť lze předpokládat, že tvrzení a imperativy, které se týkají profesionality výkonu zooterapie, resp. využívání potenciálu zvířat při práci s lidmi, budou platit bez ohledu na konkrétní oblast poskytování.

Profesionální zooterapie pro oblast sociální práce byla pro potřeby tohoto textu zkoumána prostřednictvím výpovědí profesionálů v sociální práci ve výzkumu, který je zde průběžně prezentován. Na začátku výzkumu byla zooterapie reflektována v souladu s vymezením Mojžíšové (in Matoušek a kol., 2013:285) jako souhrnný termín pro rehabilitační metody a metody psychosociální podpory zdraví založené na využití vzájemného pozitivního působení při kontaktu mezi člověkem a zvířetem.

Výzkum, který byl realizován díky projektu ESF a s podporou státního rozpočtu ČR[2] v době od srpna 2016 do července 2018, vycházel pojmově z jazykového/terminologického úzu, který byl v tehdejší české teorii a praxi sociální práce běžný. Typické bylo a stále je užívání termínu *canisterapie* pro jakékoli aktivity se psy a vůbec se zvířaty, u kterých se očekával kontakt mezi uživatelkou/uživatelem sociální služby a právě psem nebo jiným zvířetem. Užívání pojmu *canisterapie* je v tomto duchu typické právě pro českou odbornou (ale i popularizační) literaturu, v zahraničních zdrojích se setkáváme s jinou terminologií (zdroje i jejich pojmový aparát budou zohledněny dále v textu) a pojem *canisterapie* se nevyskytuje téměř vůbec (Bicková, 2018). Toto české nadužívání termínu *canisterapie* vede v praxi také k mylné představě o tom, jaká zvířata je vhodné nebo možné do procesu práce s klienty sociální práce[3] zapojit a využít jejich potenciál pro

[2] Název projektu: Nová řešení pro rozvoj kompetencí ZOO-terapie v sociální práci. Číslo projektu: CZ.03.2.63/0.0/0.0/15_203/0001508. Web projektu: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/

[3] V tomto textu se vyskytují dva základní pojmy: „uživatel sociální služby" a „klient sociální práce". Vycházíme z předpokladu, že zooterapie je koncept realizovaný a realizovatelný v celé šíři sociální práce, ve všech jejích formách a podobách, nejen v sociální službě. Proto zde hovoříme o způsobech práce s klientem. Zároveň z výzkumu vyplývá, že prakticky si lze zooterapeutické aktivity nejlépe představit (a respondenti své odpovědi tak i prezentují) v rámci sociální služby, kde konkrétní způsoby kontaktu se zvířetem zahrnují účast uživatele sociální služby.

naplňování individuálních cílů. Nejen laická veřejnost, ale i sociální pracovníci zainteresovaní do tématu a účastnící se jako respondenti zmiňovaného výzkumu, často zužují terapii s asistencí zvířat na potenciál, který nabízí pes.
Terminologie, která je v oblasti zapojení zvířat v pomáhajících profesích užívána, je vágní, nejednotná, sami pracovníci ji nedokáží reflektovat a vysvětlit. Současně do této diskuse vstupuje otevřená otázka, jak vnímat terapii v sociální práci, kterou mj. nastolují odborníci prostřednictvím časopisu Sociální práce / Sociálna práca (číslo 5/2017).
Jedním z výstupů zde prezentovaného výzkumu je nabídka možnosti utřídění termínů a jejich významů, pokus o jednoduché a konsenzuálně přijatelné definice zooterapie pro sociální práci a činnosti se zvířaty tak, aby byl zřejmý jejich obsah. Teprve na takovém základě lze formulovat metodiku profesionální zooterapie v sociální práci a standardy její kvality tak, aby byly transparentní a srozumitelné pro potřeby indikace a hodnocení efektu. Pro oblast sociální práce tvrdíme, že indikovat zooterapii jako způsob práce s klientem může pouze sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách, pokud je například v roli klíčového pracovníka. Totéž platí o terénní formě služeb zahrnujících využívání potenciálu zvířat. Tyto služby poptávají potenciální klienti, a je to sociální pracovník či pracovník v sociálních službách, který ve finále zapojení zvířete indikuje, či nikoli[4].

Terminologie a definice

Terminologické ukotvení a definice profesionální zooterapie v oblasti sociální práce jsou komplikované mnoha názorovými proudy, které se zde objevují. Vycházíme zde z potřeby zúžit diskurzivní pole, ve kterém chceme zooterapii uchopovat. Nelze stanovit univerzálně platnou definici zooterapie, se kterou by se ztotožnili profesionálové z nejrůznějších oblastí (například kynologové by vznášeli námitky odlišné diskurzivní povahy). Nicméně zde chceme ukázat, jak lze srozumitelně a transparentně formulovat a prakticky využít pojem zooterapie pro oblast metod sociální práce.
Rešerše zahraničních zdrojů, výzkumných zpráv a odborných článků realizovaná pro potřeby výzkumu[5] ukazuje, že je vhodné v terminologii odlišit jednotlivé druhy činností, do kterých je zapojováno zvíře v kontaktu s klientem sociální služby.
Následující část textu proto reflektuje zmiňované množství termínů a pojmů, popisuje jejich původní význam vyplývající ze zahraničních zdrojů a v závěrečném shrnutí této části je uveden pokus o stručnou sumarizaci terminologické kotvy zooterapie pro sociální práci.
V anglicky psaných textech se nejčastěji setkáme s *animal-assisted intervention* (např. Tedeschi, Fitched, Molidor, 2008; Busch, 2016; Glenk, 2017) a *animal-assisted therapy* (např. Menna, 2016; Schmitz, 2017).
Dalšími pojmy, které jsou v souvislosti s přítomností zvířete u klienta užívány, jsou: *animal-assisted activities* (např. Souter, Miller, 2015), *animal-assisted education* (např. Heimlich, 2001) a *animal-assisted crisis response* (např. Eaton-Stull, 2016). Dosud reflektované a zde uváděné zahraniční zdroje ukazují, že pojem aktivity s asistencí zvířat *(animal-assisted activities)* je terminologickým

[4] To platí také v případě služeb, ve kterých poptávka ze strany potenciálního klienta zohledňuje přítomnost vlastního zvířete v rodině a jeho zapojení se „nabízí". Kompetentní a profesionálně jednající pracovník i v takovém případě indikuje, tedy rozhoduje o způsobu zapojení zvířete do vztahu a interakce s klientem.

[5] Odborná poradkyně výzkumu se v zooterapii, kterou profesionálně realizuje v praxi sociální práce již více než 17 let a je současně nositelkou mezinárodně uznávané sociální inovace v zooterapii, opírá zejména o modely ze západní Evropy a USA. Sama je konzultantkou a vzdělavatelkou poptávanou také na Slovensku a v Polsku. Její zkušenost byla využita právě pro redukci teoretických východisek, kdy současně platí, že publikace slovenských autorů a autorů z Polska jsou dostupné. Americké zdroje v Česku dosud reflektovány nebyly.

označením situace, kdy do zařízení vstupuje zpravidla dobrovolník se zvířetem za účelem aktivizace, naplnění volného času, seznámení se se zvířetem, relaxace či zprostředkování komunikace členů cílové skupiny. Edukace s asistencí zvířete *(animal-assisted education)* je součástí kontextu vzdělávací činnosti, kdy účelem zapojení zvířete je mobilizovat potenciál k učení a vzdělávání.

V kontextu metod sociální práce je užíván pojem krizové intervence s asistencí zvířat – *animal assisted crisis response* (Eaton-Stull, 2016), jenž je demonstrován na příkladech, kdy bylo zvíře aktivně zapojeno do řešení krizových situací typu hromadných neštěstí, živelních pohrom apod.

Krizová intervence je pojmovým, ale i praktickým aparátem sociální práce vnímána jako druh profesionální sociální intervence a současně jako metoda sociální práce (Vodáčková, 2013:259). Pro potřeby uchopení pojmu zooterapie a současně konceptu zooterapie v praxi sociální práce nerozlišujeme termín *intervence* a *krizová intervence*, jelikož *intervence* je zde pojmem zastřešujícím. Jedná se pouze o pojmové zastřešení v souladu s vymezením Vodáčkové, netvrdíme, že intervence zahrnuje pouze intervenci krizovou. Tvrdíme, že to, co platí v profesionálním přístupu k zooterapii v metodách sociální práce ve vztahu k intervencím, platí i ve vztahu k intervenci krizové.

V českých podmínkách se jeví účelné výše uvedené pojmy (ale i níže zmiňované související pojmy) zastřešit termínem zooterapie. Pojem *zooterapie* je v tomto textu v návaznosti na Thelenovou (2017; 2018), Tvrdou (2017; 2018), Bickovou (2018) užíván ve významu obou předchozích anglických pojmů – *intervence s asistencí zvířete* a *terapie s asistencí zvířete*. Vychází se z předpokladu, že většina aktivit, které realizuje sociální pracovník nebo pracovník v sociálních službách spolu s klientem sociální služby za účelem dosahování cílů stanovených individuálním plánem, má právě charakter intervence nebo terapie. Účelem tohoto textu není disputace nad pojmy intervence a terapie v kontextu sociální práce. Podstatné je vnímat intervenci jako *intervenci profesionální* tak, jak o ní mluví Možný (1990, in Matoušek a kol., 2001:190), když říká, že přináší četné výhody právě … svou racionalitou, orientací na praktický výsledek, profesionální kompetencí. Předpokládáme, že tyto vlastnosti profesionálně vedené sociální intervence s asistencí zvířete vedou k vysoké míře její účinnosti, což potvrzuje i náš výzkum. Pojem terapie je dialektický a česká ani slovenská odborná veřejnost nedokáže k jeho vymezení zaujmout jednotné stanovisko (Balogová, 2017:3). V předloženém textu je proto s pojmem terapie zacházeno v kontextu konkrétních konceptů spojených s asistencí zvířete a v kontextu imperativů vyplývajících ze zahraničních zdrojů.

V česky psané literatuře, která se zaměřuje na rehabilitační potenciál zvířat v pomáhajících profesích, zejména spadajících do oblasti školství a zdravotnictví, se setkáváme s pojmem *animoterapie* (Nerandžič, 2006). Tento termín používá také společnost Anitera (Anitera, 2020), která nabízí komplexní služby v oblasti terapií pomocí zvířat a ve svých dokumentech používá pojmy *zooterapie* a *animoterapie* jako synonyma. Jako synonyma jsou oba termíny používány také v pedagogické a speciálně pedagogické teorii a praxi (Valenta, 2007; Valenta, Müller, 2007, in Hublová, 2011). Valenta a Müller (2007, in Hublová, 2011) tvrdí, že animoterapie je definována jako psychoterapeutická metoda. Z takové definice by vyplývalo, že animoterapie je praktickým nástrojem práce s klientem, který nespadá do rámce sociální práce jak v teoretickém, tak praktickém slova smyslu. Proto jsme v našem výzkumu pojem animoterapie neužívali vůbec a v tomto textu jej považujeme za pojmově podřízený termínu zooterapie, který je podle našeho názoru vyjádřením obecnějšího přístupu k metodám a technikám práce s klientem v tíživé životní situaci, nikoli označením konkrétní techniky řešení problému definovaného jako problém zdravotní nebo problém v učení. Pojem animoterapie lze považovat za překonaný a jeho používání by bylo matoucí. Jeho původní obsah je součástí termínu zooterapie.

Pet-terapie nebo také *pet terapie* je pojem vyskytující se v kontextu zooterapie, v souvislosti se sociální prací a také dalšími pomáhajícími procesy. Česká varianta termínu pochází z anglického originálu *pet therapy*, kde označuje proces terapie s pomocí domácích mazlíčků – *pet* (Healthline, 2020). Vysvětlení pojmu a procesu pet terapie v anglicky psaných textech vždy pracuje s nadřazenými termíny *animal-assisted therapy* a *animal-assisted intervention*, kdy je zdůrazňováno, že *pet terapie* je forma terapie s asistencí zvířete, která zahrnuje také jeho majitele. Majitel zvířete je v roli

pacienta – klienta a je aktivně zapojen do terapie pomocí zvířete jako jeho „pán" (Healthline, 2020). Z uvedeného vyplývá, že pet terapie je forma zooterapie specificky zaměřená na posilování kompetencí klienta prostřednictvím zapojení jeho vlastních dovedností do práce s vlastním zvířetem tak, aby byl potenciál zvířete efektivně využit pro naplňování terapeutických cílů klienta. V Česku je pet terapie reflektována zejména Tvrdou (2017), která uvádí, že pet terapii užívá jako nástroj v procesu sociální rehabilitace klienta, kdy je klient zmocňován ve svém vlastním sociálním prostředí a prostřednictvím vztahu se svým domácím mazlíčkem, kterému důvěřuje a již s ním umí pracovat. Klientka či klient prokazují a u sebe reflektují kompetence v přebírání kontroly nad svou situací, a tyto kompetence jsou pomocí pet terapie přenášeny do dalších oblastí klientova života[6].

Do českého terminologického prostředí proniká zkratka AASW jako označení sociální práce s asistencí zvířete *(animal-assisted social work)*. Ve svých příspěvcích jej užívá zejména Tvrdá (2017; 2018). Lze předpokládat, že AASW je označením obecné filosofie způsobu využívání potenciálu zvířat v sociální práci. Ve vztahu k zooterapii je AASW vysvětlením skutečnosti, že jde primárně o sociální práci a způsob práce je „s asistencí zvířete" nebo „zvířetem asistovaný". Práce sociálního pracovníka s klientem může být na asistenci zvířete založená, stejně tak je asistence zvířete jedním z mnoha postupů, které pracovníci s klienty sociální práce mohou realizovat.

Zde je třeba říci, o jakých pozicích a rolích v zooterapii hovoříme, kdo jsou její aktéři. Důraz je kladen na existenci tzv. zooterapeutického týmu. Toto sousloví poukazuje na skutečnost, že jednotliví aktéři vstupující do zooterapie se mohou lišit dle situace, potřeb klienta, možností zařízení, formy sociální služby apod., nicméně cílem zooterapie je vždy pro všechny členy týmu tatáž entita. Je to naplnění cílů práce s klientkou či klientem, které jsou stanoveny v individuálním plánu a podpořeny zapojením cílené zooterapie.

Klientka, klient, pracovníci (případně dobrovolníci) a zvíře mohou zastávat v týmu různé pozice a role dle způsobu zapojení zvířete a dle fáze jejich spolupráce. Jedná se zejména o (Tvrdá, 2017):

a) zvíře jako prostředníka ve vztahu pracovníků s klientem; tým je zde veden pracovníkem přijímající organizace, která poskytuje službu klientovi;
b) zvíře jako domácího mazlíčka (viz výše pet terapie), který „katalyzuje" spolupráci pracovníka a klienta v jeho přirozeném prostředí;
c) zvíře jako ko-terapeuta v situaci, kdy tým tvoří také profesionálové odborníci z jiných oblastí, než je sociální práce; například fyzioterapeut nesleduje zooterapeutické cíle, ale cíle stanovené plánem fyzioterapie a cíleně využívá vybraných prvků a aspektů působení zvířete na člověka tak, aby dosáhl efektivněji svých cílů;
d) asistenční zvíře a pes-asistent – zde je zooterapeutický tým rozšířen o trenéra asistenčních zvířat (u psů se jedná o tzv. kynologický model) a trenéra psů-asistentů (tzv. sociální model[7]).

Zooterapeutický tým vždy tvoří klientka či klient, zvíře, pracovník zodpovědný za individuální plán klienta a specialista zooterapeut, který je v sociální oblasti proškolen alespoň na úrovni pracovníka v sociálních službách. Imperativ dobré znalosti sociální oblasti ukazuje právě náš výzkum s profesionály v práci se zvířaty v pomáhajících profesích, kteří sami poukazovali na nutnost alespoň základní orientace v sociálních aspektech života uživatele zooterapie, ať jím je

[6] Model pet terapie se stal základem mezinárodně úspěšné sociální inovace s názvem Pes-asistent. Inovace, která je pozorovatelná v praxi sociální práce od roku 2013, ukazuje na výhody pet terapie nejen pro samotné klienty, uživatele služeb, ale také pro komunitu a celou společnost. Inovace prokazuje možnosti úspory veřejných financí prostřednictvím další varianty mobilizace vlastních zdrojů klientů sociální práce.

[7] Sociální model přípravy psa-asistenta je založen na alternativním modelu přípravy psa pro psychosociální rehabilitaci klienta sociální služby – alternativa je formulována vůči modelu kynologickému, který převažuje v procesu přípravy asistenčních psů (Elva help, 2019)

primárně pacient zdravotnického zařízení, dítě ve školském zařízení nebo uživatelé sociálních služeb.

Porozumění spleti vztahů, pozic a rolí v zooterapii pomáhá právě anglický termín *animal-assisted social work*. Pojem pochází ze Spojených států amerických a lze jej identifikovat v kurikulu graduálního studia a celoživotního vzdělávání (University of Denver, 2018).

Pojem zooterapie implikuje také nutnost označit profesionála, který tuto činnost v praxi vykonává a stává se praktickou reprezentací termínu. Zooterapeut specialista je profesionál, který se podílí právě na naplňování jednotlivých kroků individuálního plánu klienta sociální práce prostřednictvím cíleného užívání potenciálu zvířete (Tvrdá, 2017) a jeho kompetence budou specifikovány v části věnované metodice profesionální zooterapie.

Zooterapie je definována jako profesionální činnost pro sociální práci, má formu intervence s asistencí zvířete nebo terapie s asistencí zvířete. Je vykonávána zooterapeutem specialistou. Kvalifikační požadavky na pozici zooterapeut specialista dosud nejsou definovány Národní soustavou kvalifikací (Národní soustava kvalifikací, nedatováno), zde vyplývají z poznatků výzkumu a jsou uvedeny dále v textu. Zooterapie podléhá kontrole kvality, poradenství a využívá supervizi.

Zooterapie je definována jako profesionální činnost, která se svou metodikou a požadavky na kompetence pracovníka, který ji vykonává, zásadně liší od aktivit se zvířaty, které jsou vykonávány laiky, dobrovolníky a nadšenci bez znalosti sociální práce, byť tzv. s dobrým úmyslem, nebo na základě předchozího vzdělání či zkušeností z oborů věnovaných specificky studiu zvířat (například veterinární lékař nemůže být automaticky zooterapeutem, musí být proškolen v potřebách cílové skupiny a systému péče o lidi v tíživých životních a sociálních situacích).

Zooterapie je stále se vyvíjející praktický koncept, který reaguje na potřeby praxe sociální práce. Je označením procesu, jehož účelem je součinnost v naplňování individuálních plánů práce s klientem a cílů, které z individuálních plánů vyplývají.

Zooterapie kriticky reflektuje aktuální poznatky sociální práce ve vztahu k jejím teoriím, metodám a technikám, akceptuje etické zásady výkonu sociální práce, stává se součástí multidisciplinarity v přístupu k problémům, které se stávají předmětem sociální práce.

Zooterapie je pojmově nadřazena termínům aktivace s pomocí zvířete, intervence s pomocí zvířete, terapie s pomocí zvířete, animoterapie, pet terapie. Tyto termíny označují jednotlivé dílčí podoby nebo formy zooterapie, další obsahy a vztahují se k dosud publikovaným textům. Pojem zooterapie je může zastřešit a obsahově zahrnout. Současně je pojem zooterapie ve vztahu k předchozím přesahující, jelikož odkazuje na cíle sociální práce v oblasti rehabilitace, sociální rehabilitace a edukace.

Schéma 1: Terminologie zooterapie v sociální práci

Zooterapie pro sociální práci zahrnuje pojmy	
Animoterapie	Pet terapie
↓	
Zooterapie v sociální práci zahrnuje procesy	
Aktivizace, terapie a vzdělávání	Intervence a krizové intervence
↓	
Konkrétní příklad aplikace zooterapie v sociální práci	
Canisterapie	Asistenční zvíře

Metodika profesionální zooterapie v sociální práci

Metodika zooterapie v sociální práci prezentovaná v tomto textu vyplývá z poznatků jak odborných zdrojů reflektovaných výše, tak z výzkumu, v němž sami sociální pracovníci, kteří současně vykonávají roli zooterapeuta specialisty, kategorizovali požadavky kladené na proces zooterapie, její podmínky, a pozici a roli zooterapeuta specialisty ve vztahu k dalším pomáhajícím

profesím, prostředí a institucím, kde je realizována, a ve vztahu k naplňování individuálních plánů práce s klienty sociálních služeb. Ve výzkumu byl kladen důraz na profesionální aspekty výkonu zooterapie v sociální práci, kdy oporou je stručné vymezení profese (Matoušek a kol., 2013:506) jako organizované skupiny lidí specializovaných na řešení určitého typu problému, přičemž profese se od ostatních oborů liší zejména využíváním teoreticky zdůvodněných postupů. Z takového východiska nutně vyplývají požadavky na profesionální výkon zooterapie v sociální práci a jejich souvislost s požadavky kladenými na oblast vzdělávání, jak uvidíme dále v textu.

Rámec výzkumu

Metodologický rámec výzkumu vyplynul z analýzy potřebnosti v oblasti posilování kompetencí sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách pro indikaci zooterapie. Z analýzy potřebnosti byla formulována základní výzkumná otázka: Jaké jsou potřeby, zkušenosti a očekávání profesionálů v sociální práci ve vztahu k zooterapii? Výzkumná otázka byla zodpovídána prostřednictvím kombinace kvalitativních a kvantitativních metod a technik sociologického výzkumu a následně výzkumu evaluačního. Evaluační výzkum, jako jedna z forem akčního aplikovaného výzkumu v sociální práci, byl zvolen proto, že umožňuje průběžně reflektovat změny u cílové skupiny po aplikaci nových znalostí a dovedností[8].

Výzkum probíhal ve dvou formách: základní sociologický výzkum (6 měsíců: srpen 2016 až leden 2017) a evaluační výzkum (24 měsíců: srpen 2016 až červenec 2018). Dílčí vstupy a výstupy výzkumu byly průběžně publikovány a jednotlivé dokumenty v podobě výzkumné zprávy (Thelenová, 2017a), Sborníku textů odborného profesního fóra (Thelenová, 2018d) a evaluačních dokumentů jsou dostupné na internetu (Elva help, 2018). Cílem výzkumu bylo zjistit a pojmenovat představy a očekávání profesionálů v sociální práci, dobrovolníků a neformálních pečujících zainteresovaných do zooterapie právě od profesionální zooterapie vykonávané v sociální práci. Cílem evaluačního výzkumu bylo také tato zjištění bezodkladně formulovat do podoby doporučení pro praxi. V našem případě byla realizace opatření v praxi pozorována zprostředkovaně v procesu tzv. Odborného profesního fóra, což byla projektem testovaná platforma tvorby kompetencí v zooterapii v sociální práci. Účastníci Odborného profesního fóra tvořili současně základní soubor respondentů výzkumu a prezentovali a tvořili v jeho průběhu kompetence nutné pro výkon profesionální zooterapie v sociální práci a v sociálních službách. Tento proces podléhal průběžnému systematickému hodnocení prostřednictvím evaluačního výzkumu. Základní soubor tvořili respondenti splňující kvalifikaci sociálního pracovníka a pracovníka v sociálních službách danou zákonem o sociálních službách, dobrovolníci a neformální pečující. Zapojení do dobrovolnické činnosti a neformální péče v sociální práci respondenti prokazovali čestným prohlášením. Současně tito respondenti splnili podmínku, že sami aktivně vyhledali klíčovou aktivitu projektu zaměřenou na tvorbu kompetencí pro potřeby indikace zooterapie v sociální práci (Odborné profesní fórum). Celkový počet těchto respondentů ve výzkumu byl 52. Pro potřeby sociologického výzkumu zaměřeného na identifikaci potřeb a očekávání od profesionální zooterapie byl vytvořen také kontrolní soubor respondentů. Kontrolní soubor respondentů vstoupil pouze do základního sociologického výzkumu a výzkumu evaluačního se neúčastnil. Důvodem byla skutečnost, že kontrolní soubor respondentů byl také tvořen osobami s kvalifikací dle zákona o sociálních službách, dobrovolníky a neformálními pečujícími, ale nejednalo se o osoby aktivně zapojené do Odborného profesního fóra. Tito respondenti ani nevyhledali aktivity projektu, ani neprokázali zájem či zainteresování v zooterapii v sociální práci. Počet respondentů kontrolního souboru byl 38. Většinu z nich tvořili sociální pracovníci, pracovníci v sociálních službách, dobrovolníci a neformální pečující, kteří se současně v době realizace výzkumu vzdělávali v oboru sociální práce na vysoké škole v bakalářském stupni a v kombinované formě studia (na dvou univerzitách v ČR: Technická univerzita v Liberci a Univerzita Palackého v Olomouci).

[8] Podrobná strategie výzkumu, jeho design, charakteristika vzorku respondentů a způsob práce se získanými daty jsou součástí dokumentů, které jsou volně dostupné na internetu a jsou zde průběžně odkazovány.

Základními technikami sběru dat ve výzkumu byly dotazník, analýza výchozího stavu, otevřené rozhovory a trsování jejich doslovných přepisů, analýza dokumentů, rozbor videozáznamů z facilitovaných skupinových diskusí, rozbor poznámek a dalších materiálů facilitátorů a zooterapeutky specialistky, kteří odborné profesní fórum obsahově a metodicky koordinovali.
Veškerá data z výzkumu byla sumarizována do podoby ucelených dokumentů dostupných na webu projektu (Elva help, 2018). V tomto textu jsou dále prezentovány závěry, výsledky a výstupy zkoumání, které se vztahují k požadavkům profesionální zooterapie, jejího personálního zajištění a možných imperativů pro oblast vzdělávání v sociální práci.

Zooterapie – proces profesionalizace

Podmínky a způsoby realizace profesionální zooterapie (stejně jako požadavky na kompetentního profesionálního zooterapeuta) v sociální práci jsou v tomto textu formulovány na základě hlavních evaluačních dokumentů, zejména *Průběžné evaluační zprávy* (Thelenová, 2018c) a *Závěrečné evaluační zprávy* (Thelenová, 2018e). Přehled imperativů profesionální zooterapie zde vyplývá z odpovědí na základní evaluační otázky stanovené na začátku projektu evaluačním plánem. Každá uvedená odpověď je vždy podpořena důkazem založeným na datech zjištěných v základním nebo evaluačním výzkumu, tedy na výpovědích respondentů s letitou praktickou zkušeností zooterapie. Evaluační otázky byly stanoveny na základě výstupů z *Analýzy výchozího stavu* (Thelenová, 2018a) a korespondují s procesem naplňování cílů projektu v kontextu jednotlivých fází inovačního cyklu. Evaluační otázky jsou konkretizací (operacionalizací) očekávání a potřeby respondentů vůči zooterapii v sociální práci.
Základním požadavkem, který vyplynul z výzkumu, je vytvoření podpůrné sítě a systému poskytování profesionální zooterapie v sociální práci. Je kladen důraz na mobilizaci pracovníků, kteří v současné době zooterapii realizují, aby založili profesní sdružení, jež by hájilo zájmy zooterapeutů a dohlíželo na adekvátní metodiku realizace zooterapie v praxi. Toto sdružení se má zapojit do procesu formulace nové kvalifikace – zooterapeut specialista a její zařazení do Národní soustavy kvalifikací. Cílem činnosti takové profesní organizace má být rozpracování metodiky a standardů kvality profesionální zooterapie a její jasné oddělení od ne-profesionálních způsobů zapojování zvířat v pomáhajících profesích. Dílčím cílem činnosti profesního sdružení bude podpora členů a zooterapeutů v cíleném dalším vzdělávání v oblasti práce se zvířaty a v oblasti zjišťování skutečných potřeb klientů sociálních služeb.
Sdružení bude vyvíjet tlak na své členy, aby absolvovali supervizní výcvik a mohli se stát specializovanými supervizory právě pro oblast zooterapie.
Konkrétně zooterapeuti požadují navázání spolupráce s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR zejména v podobě vydání metodiky podpořené právě ministerstvem, natočení propagačního videa (existuje jedno v podobě výstupu zmiňovaného projektu) také ve spolupráci s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR pro jeho větší legitimitu, vytvoření školicího střediska zooterapie v sociální práci, akreditace výcviku jako formy dalšího vzdělávání sociálních pracovníků a pracovníků v sociálních službách a pravidelné vydávání sborníku příkladů dobré praxe.

Zooterapeut specialista – kompetence

Pojem kompetence v sociální práci je zde užíván v souladu s původním vymezením Havrdové (1999). Jelikož se do tématu textu prolíná oblast vzdělávání, lze specifikovat pojem kompetence ještě prostřednictvím definice Vetešky a Tureckiové (2008:27) jako jedinečnou schopnost člověka úspěšně jednat a dále rozvíjet svůj potenciál na základě integrovaného souboru vlastních zdrojů, a to v konkrétním kontextu různých úkolů a životních situací, spojenou s možností a ochotou (motivací) rozhodovat a nést za svá rozhodnutí zodpovědnost. Tento kompetenční imperativ platí beze zbytku pro zooterapeuta specialistu v sociální práci.
Současně zdůrazňujeme, že na zooterapeuta jako specialistu pro sociální práci jsou kladeny určité požadavky, které se týkají kvalifikace, obsahu práce a profesní sebereflexe. Zooterapeut specialista

je odborník na dvě oblasti současně. Je to odborník na sociální práci a současně na dané zvíře, na zapojení zvířat do interakce s klienty sociální práce, uživateli služeb, pacienty … obecně. V rovině sociální práce je nutné vyžadovat kvalifikaci alespoň na úrovni pracovníka v sociálních službách.
Toto ukazují výsledky našeho výzkumu. Druhou rovinu své odbornosti prokazuje zooterapeut specialista nejrůznějšími certifikáty, které vydávají organizace zaměřující se na výcvik a testování dovedností poslušnosti zvířat, průkazem o zdravotním stavu a adekvátní veterinární péči u zvířete. Ve výzkumu byl pro popis požadovaných kompetencí profesionálního zooterapeuta použit kompetenční model dle Havrdové (1999), jak bylo uvedeno výše. Do kompetenčního modelu byly zasazeny odpovědi respondentů z otevřených rozhovorů, mentálních map a videozáznamů. Výstupem tohoto trsování je stanovení sedmi základních okruhů profesionálních kompetencí, kterými má zooterapuet disponovat.

Imperativy pro profesionálního zooterapeuta specialistu v sociální práci – přehled
Kompetentní pracovník s označením zooterapeut specialista je:

1. kvalifikován v sociální práci minimálně jako pracovník v sociálních službách;
2. prokazatelně proškolen v práci s konkrétním zvířetem;
3. zodpovědný za finální zakázku, která vzniká průnikem nabídky a poptávky po zooterapii v sociální práci a v sociální službě;
4. aktivní ve vytváření a udržování hranic profesionální zooterapie v sociální práci;
5. dovedný v mapování potřeb aktérů zooterapie;
6. ochoten se stále vzdělávat jak ve vztahu ke zvířeti, ke svým cílovým skupinám klientů, tak k sociální práci obecně;
7. přijímán organizací (případně rodinou, klientem), která poptává zooterapii, jako odborník a plnohodnotný člen multidisciplinárního týmu.

Základní kompetencí zooterapeuta v sociální práci je nastavení a udržení hranic pro proces zapojování zvířete do práce s klientem a do fungování služby tak, aby to bylo bezpečné pro zooterapeuta, klienta, zvíře i zařízení. Kompetentní pracovník v zooterapii dokáže reflektovat a odlišit jednotlivé roviny zapojení zvířete do interakce s klientem, dokáže rozlišit zooterapii od (třeba i velmi kvalitní) aktivizace, která nemá terapeutický nebo intervenční charakter, a není tak součástí procesu naplňování cílů a individuálních plánů s klientem, nejedná se o sociální práci.
Kompetentní zooterapeut v sociální práci umí balancovat nabídku a poptávku. Dokáže odmítnout typově a podmínkami neodpovídající poptávku, zejména tzv. *masovky* (hromadné akce pro klienty zpravidla pobytových zařízení sociálních služeb, kdy se v jedné místnosti schází až několik desítek klientů, ke kterým je vpuštěno zvíře). S touto kompetencí úzce souvisí dovednost zooterapeuta odlišovat tzv. odborné a komerční nabídky spolupráce. Profesionální zooterapeut, který nabízí spolupráci a svou odbornost v sociální práci, nevylučuje poskytování komerčních služeb (např. canisterapie pro volný čas). Je nutné, aby zooterapeut uměl reflektovat rozdíly v této činnosti a srozumitelně je vysvětlovat potenciálním uživatelům či zákazníkům tak, aby měly všechny zainteresované strany realistická očekávání. Základní vodicí linií na hranici odborné a jakési komerční zooterapie je plnění cílů stanovených v plánu klienta. Je to tedy obsah zakázky.
Profesionální zooterapeut dokáže pracovat na svých vlastních očekáváních, která vkládá tzv. *u vstupu* do procesu zapojování zvířete v sociální práci. Reflektuje svoje reálné možnosti, využívá za tímto účelem poradenství, supervize, vzdělávání aj.
Kompetentní profesionál v zooterapii umí identifikovat potřeby a očekávání klienta, pracovníků zařízení, nebo rodiny za současného zohlednění možností zvířete. Kompetentní zooterapeut se neustále vzdělává ve dvou oblastech současně – v potřebách svých cílových klientských skupin a v potenciálu zvířete. Současně o své zvíře pečuje např. prostřednictvím údržby jeho pohybového aparátu (Burianová, 2018).
Důležitou složkou kompetence zooterapeuta je dovednost a současně možnost edukovat zájemce o zooterapii v jejích nutných podmínkách, bez jejichž splnění není zooterapie možná. Přijímající

zařízení musí rozumět tomu, co je zooterapie, jak probíhá, jaké lze očekávat efekty, na čem je třeba se předem dohodnout tak, aby se skutečně jednalo o cílenou činnost podporující cíle práce s klientem a individuální plán.

Standardy kvality zooterapie v sociální práci

Návrh standardů kvality zooterapie je formulován na základě výsledků výzkumu, jehož data slouží k formulaci zásad a stanovení jejich obsahu a výstupů projektu[9]. Terminologickým a metodickým modelem a inspirací jsou zde Standardy kvality sociálních služeb MPSV (2018). Realizovaný výzkum nám umožnil standardy pojmenovat a formulovat jejich rámcový obsah. Konkretizace kritérií jednotlivých standardů musí být předmětem další odborné rozpravy zainteresovaných odborníků. Zde se nejedná o předpis, který by byl bez další specifikace a konkretizace univerzálně přenositelný do jakékoli praxe. Musí být vždy nasycen obsahem, který odpovídá konkrétní instituci, službě, cílové skupině a dalším parametrům.

Standardy kvality profesionální zooterapie v sociální práci navrhujeme členit do oblastí, které jsou komentovány níže:

1. Cíle zooterapie a způsoby jejího poskytování.
2. Proces zooterapie – práva a zájmy aktérů.
3. Nezbytné podmínky a vlastnosti prostředí pro zooterapii.
4. Jednání se zájemcem a smlouva o službě.
5. Vztah mezi individuálním plánováním, vedením dokumentace a zooterapií.
6. Pracovní postupy v zooterapii.
7. Zooterapeut – předpoklady profesionální činnosti.
8. Zooterapeut – etické zásady, práce s informacemi.
9. Zooterapeut – profesní rozvoj a multidisciplinární spolupráce.
10. Systémová podpora zooterapeuta – metodika, supervize, poradenství, výcvik.
11. Práva a povinnosti organizace přijímající zooterapii.
12. Stížnosti, rizika a nouzové situace v zooterapii.
13. Posilování kvality a legitimity profesionální zooterapie v sociální práci.

Komentář ke standardům kvality profesionální zooterapie

Stejně jako sociální služby obecně, také zooterapie jako konkrétní podoba intervence a terapie ve vztahu ke klientovi sociální služby musí být především transparentní. Proto cíle zooterapie a způsoby jejího poskytování musí být zveřejněny poskytovatelem srozumitelnou formou, musí být jasně stanoven okruh potenciálních uživatelů služeb zahrnujících zooterapii, musí být formulován očekávaný efekt zooterapie. Poskytování služeb zahrnujících možnost využít zooterapii musí být založeno na písemně zpracované metodice, která je pro zájemce dostupná a nabízí alternativy způsobů individuálního využití zooterapie tak, aby v jejich rámci budoucí uživatel mohl uplatnit svoji vůli a aktivně se podílet na formulaci konečné zakázky.

V případě druhého navrhovaného standardu (Proces zooterapie – práva a zájmy aktérů) navrhujeme vycházet opět z obecných standardů kvality sociálních služeb s důrazem na písemný charakter zpracování pravidel profesionálního jednání v situacích potenciálně ohrožujících práva a svobody aktérů služby (doporučujeme zpracovat a průběžně revidovat analýzu rizik zooterapie ve vybrané sociální službě).

Za podstatné považujeme rozšířit tento standard o zohlednění a písemné ukotvení práv a dobrých životních podmínek *(welfare)* zvířete, a to v kontextu platné české a evropské legislativy (Veterinární a farmaceutická univerzita v Brně, nedat.). Z tohoto imperativu pak vyplývá, že

[9] Autorkami *Návrhu standardů kvality zooterapie v sociální práci* jsou Tvrdá, Thelenová (2018). Název projektu: Nová řešení pro rozvoj kompetencí ZOO-terapie v sociální práci. Číslo projektu: CZ.03.2.63 /0.0/0.0/15_203/0001508. Web projektu: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/

pracovník – zooterapeut specialista musí dobře znát tzv. konejšivé signály zvířete, musí jejich popis zapracovat do metodiky služby a seznámit s nimi klienta. Zvíře musí konat zooterapii dobrovolně. Jak zkoumala Glenk (2017), na základě zkušeností terapeutických psů tato americká odbornice tvrdí, že během realizace aktivizačních a jiných zooterapeutických technik lze pozorovat indikátory celkové pohody zvířete. Velký význam pro tento a následující standard má zjištění, že významnou roli hraje častost a délka zapojení zvířete, novost prostředí, kontrolovatelnost situace, věk a obeznámenost s klienty. Současně Glenk (2017) poukazuje na nutnost systematického studia chování zvířat v procesu zooterapie, jelikož jednoznačné závěry o indikátorech jejich pohody v procesu zooterapie vzhledem k heterogenitě popisovaných situací dosud neexistují.
Nezbytné podmínky a vlastnosti prostředí pro zooterapii – jak vyplývá z předchozího uvedeného imperativu Glenk – jsou standardem definovány vždy s ohledem na typ (např. velikost, srst apod.) a druh služebního zvířete, s ohledem na konkrétní aktivitu realizovanou v zařízení, či s klientem v domácím prostředí nebo v exteriéru. Jednání o místě realizace je vždy součástí procesu kontraktování před samotným zahájením realizace.
Standard musí stanovit minimální hygienicko-epidemiologické podmínky profesionální zooterapie stejně jako možné kontraindikace a konkretizovat je.

Jednání se zájemcem a smlouva o službě
Smlouva o službě zahrnující zooterapii musí být srozumitelná a zohledňovat role všech aktérů včetně jejich práv a povinností, které vyplývají z jejich pozice a role v zooterapeutickém týmu. Jednání se zájemcem je vždy otevřené a podléhá vnitřním pravidlům poskytovatele. Tento standard zohledňuje požadavek praxe zooterapie v sociální práci ve vztahu k nezbytnému detailnímu identifikování skutečných potřeb a očekávání klienta, zařízení poskytujícího sociální službu nebo rodiny právě od zooterapie, jejího zapojení do sociální práce, jejích možných efektů stejně jako jejích limitů. Smlouva a vnitřní pravidla poskytovatele zohledňují situaci, kdy je zájemce o službu odmítnut či delegován jinému poskytovateli, a také situaci, kdy musí být služba předčasně ukončena např. z důvodů identifikovaných na straně zvířete.

Vztah mezi individuálním plánováním, vedením dokumentace a zooterapií
Zooterapeut specialista je členem týmu, který pracuje s klientem nebo v zařízení, které vede dokumentaci o své práci s klientem, realizaci sociální služby, respektuje požadavky individuálního plánování apod. Zooterapeut specialista vede vlastní dokumentaci vztahující se k průběhu a efektům zooterapie a tuto dokumentaci dává k dispozici jak uživateli služby, tak ostatním členům týmu tak, aby mohlo docházet k propojování požadavků individuálního plánu právě s procesem zooterapie.
Standard číslo šest se týká pracovních postupů v zooterapii, které jsou součástí metodiky poskytování zooterapie. Pracovní postupy respektují obecné požadavky kladené na metody a techniky sociální práce, formy a způsoby poskytování sociálních služeb. Zooterapeut či poskytovatel zooterapie má propracované postupy zapojování zvířete do sociální interakce v sociální službě a zohledňuje vždy konkrétní potřebu či žádost klienta nebo zařízení. Pracovní postupy v zooterapii zahrnují intervize, poradenství, supervize a případně průběžné evaluace, které umožňují hodnotit efektivitu poskytované služby. Důležitou součástí jsou písemně zpracované postupy reflektování situace, pozice a role zvířete, jeho potřeb, limitů a možností. Vše je součástí dokumentace vedené zooterapeutem.
Zooterapeut musí naplňovat základní a současně nutné předpoklady pro profesionální činnosti v zooterapii v sociální práci. Poskytovatel zooterapie má v souladu s obecnými standardy písemně zpracovanou organizační strukturu a požadavky na pozici zooterapeuta specialisty, má definovanou jeho pozici a roli v týmu. Zooterapii pro klienty sociální práce může na profesionální úrovni realizovat pouze odborník vzdělaný v oblasti sociální práce alespoň na úrovni pracovníka v sociálních službách, který současně prokáže dobré znalosti v etologii konkrétního zvířete a dovednost se zvířetem pracovat. Zooterapeut disponuje komunikačními dovednostmi, dovedností profesní sebereflexe, otevřeností a ochotou k dalšímu vzdělávání.

Zooterapeut – v souladu se standardem číslo osm – respektuje etické zásady jak sociální práce, tak specificky sociální práce se zapojením zvířete (tzn., že respektuje práva a welfare zvířete, jak stanoví zde standard číslo dvě). Etické zásady vyplývající z *Etického kodexu sociálního pracovníka České republiky* (APSSCR, 2017) se zde vztahují beze zbytku také na způsoby zacházení s informacemi. Poskytovatel zooterapie má mít písemně zpracované vnitřní směrnice zohledňující aktuální požadavky zákona o ochraně osobních údajů včetně tzv. GDPR[10].

Zooterapeut dle zde navrhovaných standardů musí reflektovat svůj profesní rozvoj a zapojení do multidisciplinární spolupráce. Poskytovatel služeb spojených s využitím potenciálu zvířete v sociální službě má písemně zpracovány a zcela transparentní požadavky na specifické další vzdělávání zooterapeutů specialistů, na rozvoj jejich profesní reflexe a sebereflexe a na posilování jejich kritického myšlení vůči vlastním osobním motivům pro danou profesionální činnost. Zooterapeut specialista je vždy členem multidisciplinárního týmu, což vyplývá z organizační struktury pracoviště, a má jasně definovány pravomoci a z nich plynoucí zodpovědnost vůči plnění cílů práce s klientem a poslání zařízení poskytovatele.

Podpora zooterapeuta – metodika, supervize, poradenství, výcvik – je standard číslo deset, jehož formulace vyplývá z předchozího. Poskytovatel zooterapie pro sociální práci má mít k dispozici podpůrnou sít odborníků na metodiku, supervizi, poradenství a výcvik dílčích dovedností nutných pro profesionální zooterapii. Poskytovatel realizuje analýzu výchozího stavu u každého zooterapeuta ve vztahu k nové cílové skupině nebo zakázce a na základě analýzy výchozího stavu stanoví potřeby zooterapeuta, jejichž naplnění je nutnou podmínkou profesionálního výkonu jeho aktivit. Metodická podpora zooterapeutů je zásadní a znamená využití modelu odborného profesního fóra coby ověřeného funkčního nástroje tvorby kompetencí.

Organizace, která přijímá nebo poptává zooterapii jako externí službu, má stanovena svá práva a povinnosti standardem číslo jedenáct. Zejména má mít stanoveno, jaké jsou základní a nevyhnutelné podmínky pro realizaci zooterapie, jaká jsou očekávání poptávajícího, jaké je nutné personální zajištění realizace zooterapie na straně přijímající organizace. Organizace poptává službu zahrnující zooterapii s ohledem na individuální plán práce, na poslání a cíle své služby, jejichž dočasnou součástí se stává zooterapie. Zodpovědnost za výsledný efekt nese zejména přijímající organizace, zooterapeut nese zodpovědnost za tu část, kdy indikuje, vyjednává, realizuje a vyhodnocuje službu zahrnující zooterapii.

Stížnosti, rizika a nouzové situace se specificky objevují také v procesu užití zooterapie. Proto poskytovatel těchto služeb opět pomocí průběžného rozboru rizik určuje, konkrétně pojmenovává rizika poskytování zooterapie s ohledem na všechny potenciálně zapojené aktéry a subjekty. Rizika a nouzové situace jsou identifikovány také ve vztahu k prostředí realizace a veřejnosti, která může být při zooterapii v exteriéru nebo v terénu jejímu uskutečňování přítomna. Nouzové situace v zooterapii poskytovatel definuje také ve vztahu k restriktivním opatřením, která jsou součástí vnitřních směrnic poskytovatele.

Posilování kvality a legitimity profesionální zooterapie v sociální práci je posledním, třináctým standardem a znamená, že poskytovatel zooterapie pro sociální práci má zpracovány postupy a nabízí služby spojené s osvětovou a vzdělávací činností v zooterapii. Poskytovatel zooterapie nabízí poradenství, školení, výcviky, kurzy, stáže a další platformy pro posilování porozumění pozici a roli zooterapie v její profesionální podobě a právě v kontextu sociální práce, případně dalších pomáhajících profesí.

Standardy kvality zooterapie v sociální práci úzce souvisí s řádnou vnitřní dokumentací poskytovatele, s evidencí poskytovaných služeb, s publicitou služeb atd. Standardy kvality profesionální zooterapie v sociální práci mají sloužit jako nutné vodítko pro pracovníky, kteří sami zooterapii neprovádí, nesou však zodpovědnost za její realizaci vůči uživateli služby, klientovi

[10] Obecné nařízení o ochraně osobních údajů (angl. General Data Protection Regulation neboli GDPR) je nová legislativa EU, která výrazně zvyšuje ochranu osobních dat občanů (Škorničková, 2018).

sociální práce. Jsou to pracovníci, kteří rozhodují, zda je zooterapie vhodná právě pro daného uživatele, klienta, v daném zařízení, situaci apod. Standardy kvality profesionální zooterapie v sociální práci jsou zde formulovány jako požadavek praktiků, který vyplynul z výzkumu, nikoli jako odraz naplnění těchto požadavků v praxi sociální práce.

Zooterapie v sociální práci – výzvy pro vzdělavatele

Zmiňovaný projekt *Nová řešení pro rozvoj kompetencí ZOO-terapie v sociální práci* díky svému evaluačnímu výzkumu ukázal na možnou platformu pro tvorbu kompetencí v zooterapii v sociální práci v rámci tzv. dalšího profesního vzdělávání v sociální práci. Nejedná se o institucionalizovanou ani akreditovanou formu vzdělávací činnosti tradičního typu. Odborné profesní fórum je inspirací pro vzdělavatele dospělých a zejména osob, které jsou již zainteresovány v praxi sociální práce nebo jiné pomáhající profese obecně, byť v daném projektu bylo pilotně testováno ve vztahu k zooterapii. Model profesních kompetencí specialisty zooterapeuta je prostřednictvím odborného profesního fóra rozvíjen v souladu s tezí Delorse (1996) ve všech čtyřech oblastech či pilířích vzdělávání:

1. Učit se vědět nebo poznávat tím, že specialista zooterapeut kombinuje dostatečně široké obecné znalosti a možnosti hlubšího zaměření na konkrétní problém – cíl zooterapie.
2. Učit se jednat za účelem získání nejen jasně definované profesionální dovednosti, ale také za účelem dovednosti řešit širší portfolio situací a pracovat v multidisciplinárních týmech a zooterapeutických týmech (které zahrnují také klienty či uživatele).
3. Učit se spolu žít, rozvíjet chápání ostatních lidí, pracovat na společných projektech a učit se zvládat konflikty. Zooterapeut se podílí na široké osvětě své práce tak, aby byl zřetelný její rámec a snižována rizika.
4. Učit se být zooterapeutem tak, aby každý rozvíjel svou osobnost a byl schopen jednat s rostoucí autonomií, úsudkem a osobní zodpovědností.

Vzdělávání zooterapeuta specialisty nesmí v tomto ohledu vynechat žádnou z rovin potenciálu člověka – paměť, kognice, smysl pro krásu, fyzické dispozice, komunikační dovednosti (Delors, 1996). Zařazení tématu zooterapie do vzdělávání sociálních pracovníků a pracovnic na vysokých a vyšších odborných školách v ČR v disciplíně teorie a metody sociální práce realizuje Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, na Technické univerzitě v Liberci byl do akademického roku 2010/2011 tématu zooterapie věnován prostor jednoho semináře v disciplíně Praktická péče o zdravotně postižené a seniory.

V systému dalšího vzdělávání sociálních pracovníků akreditovaného MPSV nabízí v současné době několik na sebe navazujících kurzů profesionální zooterapie NNO Elva help, z. s., Liberec. Ostatní nabídky jsou věnovány konkrétním technikám zooterapie s ohledem na konkrétní druh zvířete zapojeného do interakce s uživatelem služby.

Vzdělávání v zooterapii – americká inspirace

Inspiraci pro inovaci vzdělávacího systému ve vztahu k zařazení zooterapie do kurikula vzdělávání sociálních pracovníků lze nalézt v zahraničí.

Například na americké univerzitě v Denveru je studium sociální práce s asistencí zvířat koncipováno jako rozšiřující studium pro magisterská studia v oboru Praxe sociální práce s asistencí zvířat, a ještě dvou dalších (University of Denver, 2018). Absolvent tohoto postgraduálního vzdělávání se učí tvořit, implementovat a hodnotit programy zooterapie, ve kterých se zvíře stává učitelem, terapeutem, facilitátorem a podpůrným systémem. Absolvent dále nabývá kompetence vybírat nejvhodnější zvíře pro konkrétní terapii ve všech jejích podobách stejně jako pečovat o zvíře v souladu s celonárodně platnými standardy welfare (ve smyslu „dobrých životních podmínek“) zvířete. Také existence dokumentu, který na národní úrovni stanoví standardy péče o zvíře zapojené do pomáhajících profesí, lze vnímat jako více než inspirativní. Významným výstupem učení v denverském vzdělávacím modulu je pochopení způsobů, jak rozpoznat, hodnotit

a intervenovat v případě násilí, které je identifikováno na úrovni častého spoluvýskytu zneužívání zvířete a současně násilí na člověku (rozumíme tomu tak, že např. v rodině, kde lze pozorovat týrání domácího mazlíčka, lze předpokládat výskyt některé z forem násilí na „lidských členech" domácnosti). Tento příklad ilustruje význam pet terapie jako součásti konceptu zooterapie. Studenti se dále učí osvojit si a správně používat terminologii založenou na přírodních terapiích ve své sociálně pracovní praxi a stávají se obhájci dobrých životních podmínek a práv zvířat stejně jako etického zacházení s nimi.

S ohledem na kvalifikační požadavky na české sociální pracovníky stanovené zákonem o sociálních službách je však složité odpovědět na otázku, jakým systémovým krokem by v České republice mohla být tato vzdělávací inovace realizována. Významnou úlohu by zde mohly sehrát zastřešující organizace vzdělávání v sociální práci, zejména Asociace vzdělavatelů v sociální práci (dále také ASVSP). Toto profesní sdružení vytváří platformu pro setkávání představitelů vysokých a vyšších odborných škol, na kterých se vzdělávají studenti v oborech s názvem *sociální práce* (a s podobnými názvy). Na těchto školách by bylo možné zavést nabídku rozšiřujícího studia jak pro vyšší odborné, bakalářské, tak pro magisterské programy, v níž by figurovala zooterapie jako obor připravující do praxe zooterapeuty specialisty v souladu s obsahem nabízeným univerzitou v Denveru a imperativy zjištěnými výzkumem a letitou praxí (převážně) neziskových organizací v ČR. Variantou inovace vzdělávacího systému je model změny Minimálního standardu vzdělávání v sociální práci ASVSP (ASVSP, 2019). Inovace systému vzdělávání sociálních pracovníků na vysokých a vyšších odborných školách zahrnuje variantu směřování ke kompetenčnímu modelu a cílům učení spíše než k tradiční struktuře dílčích disciplín a jejich témat. Kompetenční model ve vzdělávání sociálních pracovníků rozvíjí vzdělávání v dovednostech, kompetencích, nabízí nové možnosti hodnocení a podpory odborné práce v praxi sociální práce. Zde včetně modelů zahrnujících zooterapii. Vzdělávání založené na stanovených cílech učení směřujících ke tvorbě kompetencí může zohlednit potřeby indikace specifických přístupů ke klientovi včetně zooterapie lépe než tradiční model založený na strukturovaných znalostech[11].

Současně by se obsah „denverského modelu vzdělávání" měl promítnout do možností nediplomových akreditovaných kurzů v sociální práci a dalších pomáhajících profesích. Požadavkem praxe (nejen respondentů výzkumu, ale i organizací) je akreditovaný výcvik v kompetencích zooterapeutů zejména pro potřeby indikace zooterapie.

Významným krokem k posílení této tendence je jednání o zařazení kvalifikace zooterapeut specialista do národní soustavy kvalifikací. V tomto musí sehrát zásadní roli profesní sdružení zooterapeutů v sociální práci, které se postupně utváří mj. také díky aktivitám projektu Nová řešení pro rozvoj kompetencí ZOO-terapie v sociální práci.

ZÁVĚR

Zde prezentovaný výzkum poukazuje na možné imperativy praxe sociální práce pro oblast její teorie (či akademické disciplíny) a pro oblast vzdělávání.

Terminologická nejasnost a vágnost pojmů vysvětlujících využívání potenciálu zvířat v sociální práci brzdí rozvoj této aktivity, která se v praxi těší narůstajícímu zájmu a poptávce. V tomto textu bylo stanoveno, že zooterapie je pro české prostředí vhodným zastřešujícím pojmem pro aktivity se zvířaty, které zahrnují aktivaci, terapii, intervenci (včetně krizové) a edukaci v jejich původních významech převzatých z anglicky psaných zdrojů. Konkrétní aplikace dílčí úrovně zooterapie je zodpovědností profesionálního zooterapeuta, který nese zodpovědnost za míru a způsob využití

[11] Pilotně je tato varianta inovace vzdělávání testována prostřednictvím projektu INOVACE VOV_PEDAGOGICKO-SOCIÁLNÍ OBLAST, který realizuje ve spolupráci několik vyšších odborných škol a vysokých škol vzdělávajících sociální pracovníky v ČR. Zahraniční inspirací je kompetenční model sociálního pracovníka ve Velké Británii (Caritas, 2019).

potenciálu zvířete ve prospěch plnění cílů individuálního plánu práce s klientem. Účelem tohoto textu bylo formulovat celkový rámec profesionálního rozhodování ve vztahu k možnému zapojení zooterapeutického týmu včetně zvířete do procesu sociální práce.

Důraz je kladen na existenci zooterapeutického týmu, to znamená spolupracující skupiny lidí, která sleduje cíle práce s klientem a jejíž součástí je zvíře a klient. Pro existenci takových týmů je zásadní úroveň znalostí a dovedností zooterapie jeho jednotlivých členů.

Pro kvalitní vzdělávání v zooterapii pro sociální práci je nutné formulovat metodiku poskytování této činnosti v sociální práci ve velmi konkrétních obrysech, je třeba projednat standardy kvality zooterapie a zahájit proces legitimizace nové profese v Národní soustavě kvalifikací – zooterapeuta specialisty.

Současně je nezbytné podpořit vzdělávání v zooterapii pro všechny sociální pracovníky a pracovníky v sociálních službách tak, aby se součástí jejich kompetence stala dovednost správně indikovat zooterapii v případě konkrétního klienta sociální práce, konkrétního uživatele sociální služby či konkrétního zařízení poskytujícího sociální služby.

Jasně definovaná oblast zooterapie jako konceptu využívání potenciálu zvířat v sociální práci a dalších pomáhajících profesích je užitečná pro odlišení kompetencí osob, které se v této oblasti pohybují. Do procesu aktivace se zvířetem lze zapojit odborně vedené dobrovolníky, odborníky na práci se zvířaty (například veterinární pracovníky, kynology, ornitology apod.), nicméně indikovat cílené užití zooterapie v procesu naplňování cílů stanovených individuálním plánem práce s uživatelem sociální služby nebo klientem sociální práce může pouze profesionál vzdělaný alespoň na úrovni pracovníka v sociálních službách. Výzkum, na jehož datech stojí tento text, ukazuje, že bez tohoto základního přehledu o sociální oblasti nelze eliminovat rizika poškození členů zooterapeutického týmu či kvality sociální služby a tím legitimity sociální práce.

Smyslem tohoto textu bylo na základě dat z výzkumu podpořit takovou diskusi a zahájit proces, na jehož konci bude kvalitně vzdělaný zooterapeut specialista, člen multidisciplinárního týmu v sociální práci, který spolupracuje na naplňování dílčích cílů sociální práce s klientem formulovaných individuálním plánem nebo individuální smlouvou. Na druhé straně zde bude vzdělaný sociální pracovník a školený pracovník v sociálních službách s dovedností rozpoznat, zda a v jaké podobě je zapojení zooterapie vhodné a užitečné pro konkrétního klienta, uživatele služby, a bude schopen vhodně zapojit zooterapii do konkrétního individuálního plánu, připravit pro zooterapii podmínky a komunikovat s poskytovatele služeb v zooterapii.

POUŽITÉ ZDROJE

Antitera [online]. ©2009–2020. Dostupné z: anitera.cz

APSSCR. 2017. *Etický kodex sociálního pracovníka České republiky* [online]. Praha: APSSCR. [24. 8. 2018]. Dostupné z: http://www.apsscr.cz/ckfinder/userfiles/files/Etick%C3%BD%20kodex_Profesn%C3%AD%20svaz_verII.pdf

ASVSP. 2019. *Minimální standard vzdělávání v sociální práci ASVSP* [online]. Brno: ASVSP. [24. 1. 2019]. Dostupné z: http://www.asvsp.org/standardy/

BALOGOVÁ, B. 2017. Editorial. *Sociální práce / Sociálna práca,* 17(5), 3–4.

BICKOVÁ, J. 2018. Stručný vývoj canisterapie v ČR. In: THELENOVÁ, K. (Ed.). *Možnosti profesionální zooterapie v sociální práci.* Liberec: Elva help, 28–30.

BURIANOVÁ, A. 2018. Údržba pohybového aparátu zvířat pracujících v sociálních službách. In: THELENOVÁ, K. (Ed.). *Možnosti profesionální zooterapie v sociální práci.* Liberec: Elva help, 14–18.

BUSCH, C. 2016. Animal-Assisted Interventions for Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder: A Theoretical Review and Consideration of Future Research Directions. *Psychological Reports,* 118(1), 292–331.

CARITAS. 2019. *Inovace VOV pedagogicko-sociální oblast* [online]. Olomouc: Caritas. [24. 1. 2019]. Dostupné z: http://www.caritas-vos.cz/admin/files/ModuleText/613-projekt-vov.pdf
DELORS, J. 1996. *Learning, the Treasure within: Report to UNESCO of the International Commission of Education for the Twenty-first Century.* Paris: UNESCO Publishing.
EATON-STULL, Y. 2016. Mental Health Monitor: Animal-Assisted Crisis Response. *Social Work Today,* 16(5), 32–33.
ELVA HELP. 2019. *Pes-asistent – psychosociální rehabilitace* [online]. Liberec: Elva Help, z. s. [24. 1. 2019]. Dostupné z: http://elvahelp.cz/wp-content/uploads/2015/12/informacni-letak-1.pdf
ELVA HELP. 2018. *Výstupy projektu* [online]. Liberec: Elva help. [24. 9. 2018]. Dostupné z: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/newpage1
GLENK, L. M. 2017. Current Perspectives on Therapy Dog Welfare in Animal-Assisted Interventions. *Animals,* 7(2), 1–17.
HAVRDOVÁ, Z. 1999. *Kompetence v praxi sociální práce.* Praha: Osmium.
HEIMLICH, K. 2001. Animal-Assisted Therapy and the Severely Disabled Child: A Quantitative Study. *Journal of Rehabilitation,* 67(4), 48–54.
HUBLOVÁ, P. 2011. *Animoterapie* [online]. Praha: Metodický portál RVP. [22. 8. 2018]. Dostupné z: https://wiki.rvp.cz/Knihovna/1.Pedagogick%C3%BD_lexikon/A/Animoterapie
MATOUŠEK, O. a kol. 2013. *Encyklopedie sociální práce.* Praha: Portál.
MATOUŠEK, O. a kol. 2001. *Základy sociální práce.* Praha: Portál.
MENNA, L. F. 2016. Evaluation of the Efficacy of Animal-Assisted Therapy Based on the Reality Orientation Therapy Protocol in Alzheimer's Disease Patients: A Pilot Study. *Psychogeriatrics,* 16(4), 240–246.
MPSV. 2018. *Standardy kvality sociálních služeb* [online]. Praha: MPSV. [20. 8. 2018]. Dostupné z: https://www.mpsv.cz/cs/5963
NÁRODNÍ SOUSTAVA KVALIFIKACÍ. Nedatováno. *Profesní kvalifikace* [online]. Praha: Národní soustava kvalifikací. [20. 8. 2018]. Dostupné z: https://www.narodnikvalifikace.cz/vyber-kvalifikace/profesni-kvalifikace
NERANDŽIČ, Z. 2006. *Animoterapie aneb jak nás zvířata umí léčit.* Praha: Albatros.
HEALTHLINE. ©2005–2020. *Pet Therapy* [online]. San Francisco, New York: Healthline. [22. 8. 2018]. Dostupné z: https://www.healthline.com/health/pet-therapy
SCHMITZ, A. 2017. Animal-Assisted Therapy at a University Centre for Palliative Medicine – a Qualitative Content Analysis of Patient Records. *BMC Palliative Care,* 16, 1–13.
Sociální práce / Sociálna práca. 2017. Terapie v sociální práci? Brno: ASVSP, 17(5).
SOUTER, M. A., MILLER, M. D. 2015. Do Animal-Assisted Activities Effectively Treat Depression? A Meta-Analysis. *Anthrozoös,* 20(2), 167–180.
ŠKORNIČKOVÁ, E. 2018. *GDPR* [online]. Praha: Eva. [24. 8. 2018]. Dostupné z: https://www.gdpr.cz/gdpr/
TEDESCHI, F., FITCHED, J., MOLIDOR, Ch. E. 2008. The Incorporation of Animal-Assisted Interventions in Social Work Education. *Journal of Family Social Work,* 9(4), 59–77.
THELENOVÁ, K. 2018a. *Analýza výchozího stavu* [online]. Liberec: Elva help. [21. 8. 2018]. Dostupné z: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/newpage1
THELENOVÁ, K. 2018b. Profesní sebereflexe v zooterapii v sociální práci. In: THELENOVÁ, K. (Ed.). *Možnosti profesionální zooterapie v sociální práci.* Liberec: Elva help, 9–13.
THELENOVÁ, K. 2018c. *Průběžná evaluační zpráva* [online]. Liberec: Elva help. [21. 8. 2018]. Dostupné z: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/newpage1
THELENOVÁ, K. (Ed). 2018d. *Sborník textů Odborného profesního fóra* [online]. Liberec: Elva help. [22. 8. 2018]. Dostupné z: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/newpage1
THELENOVÁ, K. 2018e. Závěrečná *evaluační zpráva* [online]. Liberec: Elva help. [21. 8. 2018]. Dostupné z: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/newpage1

THELENOVÁ, K. 2017a. *Možnosti profesionální ZOO-terapie v sociální práci. Výzkumná zpráva z projektu Nová řešení pro rozvoj kompetencí ZOO-terapie v sociální práci* [online]. Liberec: Elva help. [22. 8. 2018]. Dostupné z: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/newpage1
THELENOVÁ, K. 2017b. Sociální práce – představy a očekávání (budoucích) profesionálů. In: ZÁMEK, D., FIRSTOVÁ, J. a kol. (Eds.). *Quo Vadis, sociální práce v ČR?* Praha: Institut pro veřejnou správu Praha, 35–39.
TVRDÁ, A. 2018. Principy AASW ve vztahu k výcviku psa. In: THELENOVÁ, K. (Ed.). *Možnosti profesionální zooterapie v sociální práci.* Liberec: Elva help, 38–50.
TVRDÁ, A. 2017. Obor AASW a jeho oblast zooterapie – metody a aktivizační prvky. In: HEJDIŠ, M. (Ed.). *1. ročník kynologicko-animoterapeutické konference Hranice, 11. února 2017, zborník príspevkov.* Trenčín: SpoSoIntE, 77–87.
TVRDÁ, A., THELENOVÁ, K. 2018. *Návrh standardů kvality zooterapie v sociální práci* [online]. Liberec: Elva help. [21. 8. 2018]. Dostupné z: https://zooterapie-elvahelp.dudaone.com/newpage1
UNIVERSITY OF DENVER. 2018. *Animal-Assisted Social Work Certificate* [online]. Denver: University of Denver. [16. 6. 2018]. Dostupné z: https://www.du.edu/socialwork/programs/oncampus/twoyear/certificates/aaswcertificate.html
VETERINÁRNÍ A FARMACEUTICKÁ UNIVERZITA V BRNĚ. Nedatováno. *Právní předpisy upravující ochranu a welfare zvířat* [online]. Praha: Fakulta veterinární hygieny a ekologie. [24. 8. 2018]. Dostupné z: https://cit.vfu.cz/ozw/predpisy.htm
VETEŠKA, J., TURECKIOVÁ, M. 2008. *Kompetence ve vzdělávání.* Praha: Grada.
VODÁČKOVÁ, D. 2013. Krizová intervence. In: MATOUŠEK, O. a kol. *Encyklopedie sociální práce.* Praha: Portál, 259–261.
Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Lukáškovi jsme už pomohli, možná i vy znáte děti jako je on

V roce 1988 zviditelnil autismus Dustin Hofman ve filmu Rain man. Díky fenomenálně zahrané postavě svérázného Raymonda, přistupujeme k lidem s tímto postižením citlivěji. A to je dobře - už kvůli Lukáškovi.

„Hodný a šikovný kluk. Jen příliš nerozumí světu kolem sebe," zhodnotila osmiletého syna v žádosti o pomoc s úhradou letního tábora pro autistické děti jeho maminka Pavla. *„Často nechápe moje reakce. Zároveň nerozumí tomu, proč já nechápu ty jeho! Navíc mu diagnostikovali středně těžkou mentální retardaci, což nám situaci neulehčuje. Lukášek má i oslabenou imunitu a chladnější měsíce vždy promarodí. Pro mě tak zimní období znamená pozornost od rána do noci."* Potíže se nevyhnuly ani mladšímu bráškovi Matějovi, který se potýká s ADHD.

Přichází Patron a s ním i pomoc

„Změna prostředí na letním táboře pro autistické děti by oběma chlapcům velmi prospěla. Pobyt by jim pomohl zejména v oblasti sociálních dovedností a při navazování nových vztahů," tvrdí Markéta Novotná, sociální pracovnice – poradkyně rané péče. Ochotně se ujala role Patrona, kterého musí mít každý zveřejněný příběh na stránkách Patrona dětí. Maminka obou kluků navíc neměla osm let dovolenou! Jako samoživitelka však Pavla není schopna tábor pro oba syny uhradit. *„Dočasné odloučení od dětí by tedy i jí umožnilo nadechnout se a nabrat nové síly,"* dodává Patronka. Podařilo se, příběh dárce oslovil a na tábor se dětem složili v poměrně krátké době.

Přidejte i vy dětem do života štěstí

Žádost o pomoc Patrona dětí může jako první vyplnit zákonný zástupce dítěte nebo Patron. To je osoba, která rodinu zná a ví, že potřeba pomoci je skutečná. Těmi nejvhodnějšími Patrony jste vy, sociální z OSPOD, charit a jiných organizací, ale i zdravotníci, učitelé či vedoucí volnočasových aktivit. Na přání rodiny může být zveřejněný příběh i zcela anonymní – fotografii dítěte nahradí ilustrace a jméno lze změnit. Přispěvatelé navíc ihned na **www.patrondeti.cz** vidí, že peníze, které darovali, se na konkrétní příběh a do posledního haléře připsaly. Veškerý provoz projektu Patron dětí totiž hradí Nadace Sirius, která ho založila. Přidejte se i vy a společně s Patronem dětí zlepšujte dětské osudy. Vyplnit žádost je velmi jednoduché. Celý proces trvá pár minut.

Chcete zjistit více? Pište na **info@patrondeti.cz** nebo volejte na infolinku 601 188 166.



patron dětí | společně za lepší dětství

Eliška Černá: Z ulice do bytu. Sociální práce v procesu reintegrace do bydlení. Sociologické nakladatelství, 2019.

Sociologové zabývající se problematikou bydlení doposud publikovali studie nebo knihy orientované na možnosti celé populace řešit svou bytovou potřebu. Na knižním trhu je nyní k dispozici práce, která velmi kvalifikovaně analyzuje možnosti sociální práce a sociálních pracovníků pomáhat v této oblasti, zejména bezdomovcům a vyloučeným z bydlení.

Autorka rozčlenila publikaci opřenou o teoretické i empirické poznatky do deseti kapitol, v nichž komparuje domácí praxi s přístupy uplatňovanými ve Velké Británii. Ze sociologického hlediska určitě stojí za pozornost všechny části knihy, pro potřeby sociální práce jsou však některé více aktuální, zejména druhá, pátá, šestá, osmá a devátá.

Druhá kapitola, s názvem Přístup k bydlení: otázka kompetencí nebo lidského práva?, se zabývá dvěma teoretickými modely podporovaného bydlení pro lidi bez domova: Bydlením po přípravě a Bydlením především, jejich výhodami, ale i limity. Přibližuje podobu rozdílně uplatňované sociální práce s jejími znaky pro oba modely.

Pátá kapitola analyzuje točení se v kruhu bezdomovectví, resp. dlouhodobost bezdomovectví, spojenou s nepřetržitým využíváním sociálních služeb. Sestup dolů se odehrává velmi rychle, ale reintegrace člověka do společnosti je naproti tomu komplikovaná. Izolovanost od rodiny a od původních sociálních vazeb je tím klíčovým momentem, který podporuje osamělost. Dlouhodobé bezdomovectví má však dopady i na pomáhající pracovníky, vede k pocitům marnosti a demotivuje. Potřeba vlastní autonomie, nedostatek soukromí a osobního volna jsou těmi hlavními okolnostmi, které nutí lidi bez domova k vyhýbání se různým ubytovacím zařízením. Nedostatek spolehlivého a stabilního zázemí v sociálních službách, spojený s takovou triviální potřebou, jakou je uložení dokladů na bezpečném místě, je pro ně rovněž velkým problémem. Uvedený stav nepřispívá ke stabilizaci jejich situace a nevytváří prostor pro hledání řešení.

Šestá kapitola zdůrazňuje význam sociální práce zaměřené na změnu jednotlivce. Současně sleduje jednotlivé stupně podpory klienta za pomoci individuálního plánování se sociálními pracovníky. Ti pokládají za důležité, aby lidé bez domova byli nasměrováni na sociální služby, ale zároveň si uvědomují vznik možných rozporů mezi zájmy sociální služby a lidí bez domova. Praxe ukazuje, že představy sociálních pracovníků a lidí bez domova se lišily. Spolupráce mnohdy začíná na něčem, co samotní žadatelé o službu ani nechtějí. Kapitola je uzavřena konstatováním, že dominantní skupiny definují lidi z různých znevýhodněných skupin často dehonestujícím způsobem a ten vede k zakoušení tzv „zchudlé identity“ (s. 94), resp. k působení mechanismu etiketizace i v této oblasti.

Sociální práce zaměřená na změnu situace, tak zní název osmé kapitoly. Autorka představuje nástroje pomoci, které sociální pracovníci ve Velké Británii využívali v procesu reintegrace do bydlení. Domnívám se, že některé zkušenosti s individuálním plánováním, týkajícím se účastníků projektu Bydlení především, mají univerzální platnost a dají se využít i na jiných úsecích sociální práce. Oblasti individuálního plánu, v nichž uživatelé potřebovali podpořit, se

týkaly a) fyzického zdraví, b) duševního zdraví, c) struktury dne a volného času, d) prevence kriminálních aktivit. Informátor bez domova, zapojený do plánování, charakterizoval proces poskytování podpory jako postupný, krok za krokem. Jiným významným prvkem byl diskurz o podpoře vedoucí ke spoluzodpovědnosti za řešení situace. Podpora člověka bez domova stavěla na několika aspektech: na budování důvěry a otevřenosti, bezpodmínečnosti, která spočívala např. v tom, že uživatelé drog nebyli posuzováni za svou minulost a podpora byla poskytována za všech okolností. Asertivita byla definována jako aktivní vyhledávání uživatele pracovníky v situacích, kdy přestal s nimi udržovat pravidelný kontakt. Uživatelé projektu si sami stanovovali způsob, jakým jim byla podpora poskytována, včetně její délky a intenzity.

Devátá kapitola přibližuje dopady a možnosti reflexivity v sociální práci z hlediska konkrétního projektu Bydlení především, i v obecné, teoretické rovině. Uvádí typologii reflexivity v sociální práci, spolu s jejími významy. Domácí i zahraniční literatura charakterizuje reflexivitu ve třech podobách: a) Reflexivita jako tvorba životního projektu. Zaměřuje se na hledání individuálních odpovědí orientovaných na vlastní situaci klienta. b) Reflexivita jako kritika poznání. Týká se dovednosti sociálních pracovníků monitorovat svou praxi, zejména s ohledem na uživatele sociálních služeb. c) Reflexivita jako emoční introspekce. V návaznosti na druhou podobu se k ní přidává rozpoznání vzájemného ovlivňování mezi myšlením a prožíváním. Emoční odpovědi mohou prohloubit vztah s uživateli. Praktikování reflexivity pomáhá protnout začarovaný kruh bezdomovectví.

Autorka recenzované publikace nabízí detailní pohled nejen na minulou, ale i současnou pomoc lidem, kterým se nedostává bydlení. Přibližuje problematiku spojenou s reintegrací do bydlení nejen teoreticky, ale i prostřednictvím výsledků kvalitativního výzkumu. Kniha může být inspirativní pro studenty sociální práce, pro sociální pracovníky. Pro zaměstnance MPSV a pro členy Parlamentu ČR, zapojené v sociálních výborech, by měla být „povinnou četbou".

Ján Mišovič,
Katedra etiky, psychologie
a charitativní práce TF JU

EDIČNÍ PLÁN

ROK 2020

4/2020 - ERIS Journal - Summer 2020 - Social Work with Children
Editory čísla jsou Brian Littlechild, Karen Mills (University of Hertfordshire, United Kingdom) a Arlene Montgomery (University of Texas at Austin, USA).
Číslo vyjde 31. srpna 2020.

5/2020 - Síťování v sociální práci
Editorem čísla je Roman Baláž (Masarykova Univerzita).
Číslo vyjde 30. září 2020.

6/2020 - Evaluace v sociální práci
Editory čísla jsou Tatiana Matulayová (Univerzita Palackého v Olomouci) a Ondřej Hora (Masarykova univerzita v Brně).
Číslo vyjde 31. prosince 2020.

ROK 2021

1/2021 - ERIS Journal - Winter 2021 - Forced Migration and Minority Groups
Editory čísla jsou Janet Carter Anand (University of Eastern Finland, Finland) a Stefan Borrmann (University of Applied Sciences at Landshut, Germany).
Akademické texty můžete posílat do 10. srpna 2020.
Číslo vyjde 28. února 2021.

2/2021 - Raná péče a sociální práce
Editorky čísla jsou Miriam Slaná a Eva Mydlíková (Trnavská univerzita v Trnavě).
Akademické texty můžete posílat do 30. července 2020.
Číslo vyjde 31. března 2021.

3/2021 - Metody sociální práce
Editorem čísla je Libor Musil (Masarykova univerzita v Brně)
Akademické texty můžete posílat do 30. října 2020.
Číslo vyjde 30. června 2021

4/2021 - ERIS Journal - Summer 2021 - Histories of social work
Editorkou čísla je Marie Špiláčková (Ostravská univerzita)
Akademické texty můžete posílat do 10. února 2021.
Číslo vyjde 31. srpna 2021.

5/2021 - Profesionalizace sociální práce
Editory čísla čísla jsou Tatiana Matulayová (Univerzita Palackého v Olomouci) a Milan Schavel (Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety v Bratislavě)
Akademické texty můžete posílat do 31. ledna 2021.
Číslo vyjde 30. září 2021.

6/2021 - Informační a komunikační technologie
Editorkou čísla je Hana Pazlarová (Univerzita Karlova v Praze)
Akademické texty můžete posílat do 30. dubna 2021.
Číslo vyjde 31. prosince 2021.

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 Cídlovou (olga.cidlova@socialniprace.cz), která vám online přístup zřídí.

Obsah prakticko-publicistické části čísla 3/2020

O ČEM SE MLUVÍ

Názor
Robert Huneš: Eutanázie je rozhodnutí, které nelze vrátit zpět

Komentář
Iva Kuzníková: 10 let vzdělávání zdravotně sociálních pracovníků na FSS OU

Reflexe
Šárka Slavíková, Michaela Čadková Svejkovská: Sociální práce na onkologických odděleních a na pomezí zdravotně sociálních služeb

FAKTA, LEGISLATIVA, DOKUMENTY

Reflexe
Petra Samcová: Spolupráce Společnosti pro ranou péči, pobočky České Budějovice

Apel
Luba Pavelová: Dozreli sme na Slovensku?

Esej
Eva Křížová: Skleněná koule Michela Foucaulta

INSPIRACE PRO PRAXI

Kritická úvaha
Patrik Burda: Sestra a její práce se sociálně znevýhodněnými klienty na ambulanci poskytující akutní péči

Metodika
Nikoleta Bedušová: Sociálna asistencia do zdravotnického zariadenia

Reflexe praxe
Anna Krausová: Jaké jsou možnosti a limity nastavení systému sociálního bydlení pro osoby s mentálním postižením?

Online publicistika bude **postupně zveřejňována v průběhu července až září 2020.**

Anotace čísla 5/2020

Síťování v sociální práci

Zvažujeme-li povahu problémů, k jejichž řešení má sociální práce přispět, objevíme obrovský, mlhavý a nejednoznačně ohraničený prostor nezvládaných lidských obtíží. Toto, řekněme, pole sociální práce se rozprostírá mezi občanem a státem, mezi jednotlivcem a společností, mezi začleňováním a vylučováním, mezi rozvojem a tradicí. Na tomto poli se sociální pracovnice a pracovníci denně snaží o 1) posílení jednotlivců při zvládání životních obtíží, 2) upravení obtíže způsobujících životních podmínek a sociálních struktur a 3) optimalizaci vzájemně přijatelných vztahů či interakcí mezi jednotlivci a představiteli sociálních struktur (úředníky státní a obecní správy, zaměstnavateli, zdravotnickým či pedagogickým personálem, bezpečnostními složkami státu či obcí atd.).

Podle Mezinárodní federace sociálních pracovníků mají sociální pracovnice a pracovníci na tomto poli směřovat k rozvoji společnosti, k soudržnosti mezi lidmi a k dennímu naplňování lidských práv. Při balancování mezi občanem a státem, mezi jednotlivcem a společností, mezi začleňováním a vylučováním, mezi rozvojem a tradicí jsou nuceni se ptát: Čí potřeby je nutné uspokojovat? Jakým rizikům je třeba předcházet? Čí práva nemají být porušována? Jaký rozvoj je žádoucí? Jak dosáhnout soudržné společnosti a současně naplnit práva jednotlivce? Tyto a řada podobných otázek naznačují, jak komplexní jsou problémy, před kterými sociální pracovnice a pracovníci stojí.

S ohledem na naznačenou komplexnost problémů se lze domnívat, že sociální pracovnice a pracovníci jako jednotlivci a ani sociální práce jako specifický obor si sami neporadí. Pro zvládnutí komplexních společenských problémů je žádoucí funkční spolupráce mezi obory, profesemi, skupinami i jednotlivci.

Síťování lze chápat jako osobitou činnost, při níž dochází k funkčnímu propojování mezi obory, profesemi, skupinami a jednotlivci, a to za účelem vytvoření různě ustálených sítí, které jsou schopny:

- produkovat specifické poznatky o povaze sociální reality s cílem využití těchto interdisciplinárních poznatků tvůrci sociálních politik, sociálních pracovníků, jiných pomáhajících odborníků a lidmi s obtížemi (síťování v oblasti vědy);
- produkovat specificky připravené odborníky, jejichž interdisciplinární znalosti a schopnosti mohou přispět k ustavování funkční spolupráce aktérů při řešení komplexních problémů (síťování v oblasti vzdělávání);
- produkovat specifické přístupy, metody a činnosti, jejichž interdisciplinární provázanost může přispět k řešení výše naznačených komplexních problémů (síťování v oblasti praxe).

Číslo 5/2020 klade důraz na všechny tři oblasti síťování (věda, vzdělávání a praxe). Vítáme teoretické, metodologické i empirické texty, které mají ambice rozvíjet odbornou diskusi na téma funkčního propojování či ustavování spolupráce za účelem řešení komplexních problémů na výše naznačeném poli sociální práce.

Kompletní anotaci čísla naleznete v Edičním plánu na www.socialniprace.cz

Roman Baláž,
editor čísla

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.

Poslaním časopisu Sociální práce / Sociálna práca je:
- podporovať schopnosť českej a slovenskej spoločnosti riešiť životné problémy ľudí prostredníctvom sociálnej práce;
- podporovať kvalitu sociálnej práce a profesionalizáciu praxe sociálnej práce;
- prispievať k rozvoju sociálnej práce ako vedeckej disciplíny a k skvalitneniu vzdelávania v sociálnej práci;
- podporovať záujmy poskytovateľov a užívateľov sociálnych služieb.

V záujme dosiahnutia týchto cieľov bude časopis v rámci obce sociálnych pracovníkov a s nimi spolupracujúcich a pomáhajúcich pracovníkov iných odborov podporovať:
- postoje, ktoré považujú odbornosť a ľudskosť za rovnocenné kritériá kvality sociálnej práce;
- postoje, ktoré kladú dôraz na prepojenie teoretického zdôvodnenia postupov sociálnej práce s jej praktickou orientáciou na problémy klientov a ich reálne možnosti;
- súdržnosť všetkých, ktorí sa angažujú v prospech riešenia problémov klientov prostredníctvom sociálnej práce;
- otvorenú, odlišnosti chápajúcu, poučenú a vecnú diskusiu v rámci obce sociálnych pracovníkov;
- chuť a záujem sociálnych pracovníkov vidieť samých seba očami iných.

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. Zaslaný příspěvek musí být určen výhradně pro publikaci v časopise Sociální práce / Sociálna práca. Počet příspěvků od jednoho autora je omezen na dva za jeden rok.

Nabídka rukopisů a recenzní řízení
Akademickým textem se pro účely našeho časopisu rozumí výzkumná, popř. přehledová stať (teoretická, historizující aj.). Předpokladem zařazení příspěvku do recenzního řízení je skutečnost, že v textu autor systematicky pracuje s relevantními prameny, objasňuje výzkumnou metodologii a s ohledem na svůj výzkumný cíl prezentuje také zjištění. Vzhledem k profesnímu charakteru časopisu preferujeme texty, které obsahují vedle zmíněných aspektů také aplikační dimenzi, v níž autor objasňuje relevanci svých zjištění v kontextu sociální práce.
Recenzní řízení je oboustranně anonymní a je prováděno dvěma na sobě nezávislými recenzenty. 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 osmi měsíců od data obdržení stati.

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 slovenský 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 celého textu včetně názvu, medailonu autora, abstraktů, klíčových slov, textu stati a poznámek pod čarou je max 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 výrazně kontrastní barvy (upozorňujeme, že časopis je černobílý).

2. Publikační 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 falšování dat, ztrácí možnost v časopise SP/SP publikovat.
Autor zasláním příspěvku uděluje souhlas k užití svého příspěvku v elektronických databázích, ve kterých je časopis SP/SP 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. 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 eight 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 afilation 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".

seni

Inkontinence pod kontrolou

SENI CARE – KOMPLEXNÍ PÉČE O SUCHOU A CITLIVOU POKOŽKU

JEMNÉ ČIŠTĚNÍ



REGENERACE A AKTIVACE



ÚČINNÁ OCHRANA



SENI INKONTINENCE POD KONTROLOU

LEHKÁ INKONTINENCE



STŘEDNÍ INKONTINENCE



TĚŽKÁ INKONTINENCE



TZMO Czech Republic s.r.o. / Vlastibořská 2789/2, 193 00 Praha - Horní Počernice / **T:** +420 226 212 312 / **F:** +420 226 212 311 / **www.seni.cz**

Poslední vydaná čísla









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

www.socialniprace.cz