EKONOMIKA A ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Sborník

3. ročníku mezinárodní vědecké konference

Editoři

Doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc.

Doc. PhDr. Karel Preuss, CSc.

International ART CAMPUS Prague

Fakulta sociálnych vied Univerzity sv. Cyrila a Metoda v Trnave

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava

Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce

PRAHA

2014

Vědecká rada konference

Doc. Mgr. Petr Kaňka, rektor International ART CAMPUS Prague, s.r.o.
PhDr. Peter Horváth, PhD., dekan Fakulty sociálnych vied UCM v Trnave
Prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD., prorektor VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava
MUDr. Miroslav Doležal, kancléř International Art Campus Prague, s.r.o.
Doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., mim. prof. VŠZaSP sv. Alžbety Bratislava
Doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc., Fakulta sociálnych vied UCM v Trnave
Ing. Oldřich Knaifl, CSc., International ART CAMPUS Prague, s.r.o.
PhDr. Karel Preuss, CSc., International ART CAMPUS Prague, s.r.o.

Vědecký redaktor

Doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., mim. prof.

Recenzenti

Prof. PhDr. Václav Furmánek, DrSc.

RNDr. Jaroslava Fišerová, CSc.

Editoři

Doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc.

Doc. PhDr. Karel Preuss, CSc.

© 2014 International ART CAMPUS Prague, s.r.o.

ISBN 978-80-86877-70-9

Citace: PAVELKOVÁ, J.; PREUSS, K. (eds) Ekonomika a řízení ve zdravotních a sociálních službách. Sborník 3. ročníku mezinárodní vědecké konference. Praha : International ART CAMPUS Prague, 2014. 271 s. ISBN 978-80-86877-70-9.

OBSAH

Úvodní slovo konference (Petr Kaňka) 7

Sociálne služby a poradenstvo v systéme prípravy na vysokých školách v SR *(Peter Horváth – Filip Sekan)* 11

Sociálny manažment a jeho využitie v riadení sociálnych subjektov *(Milan Schavel)* 19

Niektoré paradoxy sociálneho zabezpečenia rodín na Slovensku *(Eva Grey)* 26

Možnosti využitia case managementu / care managementu v sociálnych službách v procese ich deinštitucionalizácie *(Andrej Mátel – Mária Kovaľová – Rastislav Galbavý)* 31

Vliv intergeneračního managementu na kvalitu zdravotních a sociálních služeb *(Jan Lojda)* 43

Preventívna sociálna práca koncept edukačnej sociálnej práce *(Mária Machalová)* 51

Aktivizácia ako súčasť individuálneho plánovania v zariadeniach sociálnych služieb *(Mária Dávideková)* 59

Projekt Vzdělávání ve finanční gramotnosti *(Jaroslava Pavelková)* 74

Zkušenosti s podporou zaměstnanosti nezaměstnaných ve věku nad 50 let *(Karel Preuss)* 84

Sociálna politika uplatňovaná v miestnych samosprávach na Slovensku *(Michal Imrovič)* 89

Pôsobnosť samosprávneho kraja v oblasti zdravotnej starostlivosti na Slovensku *(Martin Švikruha)* 98

Špecifiká manažmentu zariadení sociálnych služieb zriadených prešovským samosprávnym krajom *(Anton Kurnát – Jaroslava Vertaľová – Karolína Hlavinková)* 107

Manažment v inštitúciach sociálnych služieb *(Vladimír Gburík – Monika Ondrišová)* 116

Opatrovateľská služba ako jedna z foriem sociálnej pomoci *(Angelika Dudžáková)* 123

Manažment ľudských zdrojov v zariadení sociálnych služieb pre seniorov *(Roman Krbata)* 129

Typologie osobnosti MBTI v návaznosti na volbu lékařské profese *(Lucie Marková)* 135

Vliv osobnosti zakladatele a jeho stylu řízení na typologii a rozvoj organizace *(Jitka Nesnídalová)* 145

Pomáhajúca profesia, stres a konflikty pri výkone povolania *(Peter Slovák)* 154

Manažment bezpečnej manipulácie s imobilnými klientmi *(Mária Cibulová – Zuzana Bohatová –Martin Cibula)* 162

Sociálno-ekonomické zmeny a problematické situácie sprevádzajúce starších ľudí v sociálnych službách *(Dagmar Štiavnická –Monika Mačkinová – Jana Keketiová – Marta Vaverčáková)* 167

Dlhodobá sociálna starostlivosť o seniorov v zariadeniach sociálnych služieb v Slovenskej republike *(Monika Mačkinová – Jana Keketiová – Marta Vaverčáková)* 175

Adaptácia na starnutie a starobu *(Monika Stojáková)* 184

Tyflokabinet jako efektivní sociální služba v pomoci zrakově postiženým spoluobčanům *(Jiří Tůma – Jan Steringa – Alena Tůmová)* 188

Sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení *(Monika Mačkinová – Jana Keketiová – Dagmar Štiavnická – Ján Masaryk)* 193

Kalkulace ve zdravotnictví *(David Mareš)* 202

Politika zamestnanosti SR – možnosti a limity *(Ján Machyniak)* 209

Představení dobrovolnického programu a motivace zájemců o dobrovolnictví ve FNKV *(Martina Hasalíková –Barbora Housková)* 218

Poradenství rodinným příslušníkům nemocných Alzheimerovou nemocí *(Martina Hasalíková)* 227

Reedukácia žiakov z málopodnetného prostredia v reedukačných centrách *(Pavel Bryndzák – Zuzana Ondrušová – Jana Poláchová)* 234

Význam denných stacionárov pre duševne chorých ľudí *(Katarína Letovancová)* 242
Supervízia – efektívna stratégia kvality sociálnych služieb *(Tibor Roman)* 250
Fenomém trvale udržitelného planetárního vývoje *(Jaromír Řezáč)* 257
Alternatívne spôsoby propagácie a financovania neziskových organizácií *(Lukáš Pavelek – Peter Patyi – Dušan Legerský)*..... 268

ÚVODNÍ SLOVO KONFERENCE

CONFERENCE OPENING

Petr Kaňka
rektor International ART CAMPUS Prague, s.r.o.

Dámy a pánové, vážené kolegyně a vážení kolegové,

není nic svůdnějšího, než v dobré společnosti pronést pár nezávazných slov, pokud možno duchaplných, brilantně zkomponovaných. Odolám pokušení, vážím si vašeho i svého času. Cítím potřebu začlenit vás do našeho časoprostoru.

Tato konference se koná na půdě Literární akademie, dříve Soukromé vysoké školy Josefa Škvoreckého, dnes integrované do International ART CAMPUS Prague. U zrodu obsahu Literární akademie stál gentleman české literatury, ale nejen její, protože Škvorecký je nositelem jednoho z nejvyšších kanadských ocenění za literaturu díky skvělému dílu *Inženýr lidských duší*. Když jsem s Josefem pracoval na našem dokumentárním filmu v Torontu, věděl jsem, že Kanaďané získali obrovskou osobnost pro Torontskou univerzitu, která naopak citelně chyběla doma. Ale dějinné procesy způsobují permanentní rozdělování lidí a proměňují společenské útvary, geopolitické celky i přírodu. Pohyb, stejně jako ubývání a přeměňování probíhají permanentně. Spisovatel Škvorecký nesl i v jiné zemi úděl vzdělance, zaznamenával a promýšlel prožívané procesy. Byl od své vlasti oddělen právě proto, aby zachoval svoji integritu, svobodu a podmínky k rozvoji.

Nyní jsem uvedl motiv svého sdělení – dějinné procesy přinášející změny do lidských životů. I my tady jsme dospěli do výrazné fáze změny – kreativní lidé, po výtce autoři, humanitně orientovaní myslitelé a vědci zaměření na umělecké a historiografické disciplíny se propojují na této půdě s lékaři, sociology, ekonomy a právníky. A mnozí z nás jsou v roli manažerů, kteří působí nejen specificky odborně, ale užívají syntézu svých dovedností ke koncepční řídící práci. Vnímám naše spojení jako stékající se prameny k mocnějšímu toku humanistických disciplín, jejichž soudržnost tkví v zájmu o člověka a jeho existenci uprostřed přírody.

A nemohu nyní nezamířit k připomenutí přírodního zákona zrodu a zániku, jenž člověku na planetě Zemi dává základní dimensi. K ní se upíná jak umění, tak vědy rozvíjející péči o zdraví, zajišťující podmínky fyzické i duševní existence člověka. Každý jsme neopakovatelným originálem, definovaným svými vrozenými, ale i nabytými schopnostmi, potenciálem zdraví a z něho plynoucí výkonnosti. A ať jsme obdařeni sebelepšími dispozicemi, všichni stárneme, opotřebováváme se, dopadají na nás negativní vlivy činností i prostředí. Potřebujeme tyto procesy poznat a všechny vegetativní limity zvládat v rámci udržitelnosti své existence.

Je těžké ve společnosti založené na sekularizaci jedním dechem s přírodními zákony zmiňovat i duchovní rozměr člověka, který, jak věřím, není definován pouze jako živá hmota, ale také jako bytost přesahující vegetativní bytí myšlenkou a kreativitou. Copak byly díla jako Mozartova *Jupiterská symfonie* nebo Bachova *Mše h-moll* někdy spoutány a dosloveny návodem k jejich opakovanému variantnímu vzniku? A naopak, byly genetické zákonitosti zvládnuty tak, aby mohl vzniknout originální a neopakovatelný život? Nikoli, zvládli jsme všechny poznatky pouze tak, že umíme vytvořit kopie, nemůžeme však vdechnout našim analytickým poznatkům neopakovatel-

nost originálního stvoření. K tomu je třeba stvořitelské síly, jejímiž jsme v mnoha ohledech nositeli, v mnoha ohledech jejími produkty. A to je hnací motor našeho utkávání se s poznáním a tvorbou. A paradoxně sekularizace bořící rituály a mýty, tvoří rituály a mýty nové, jimiž ovšem dává vzdálenější pojmenování a konstruuje pragmatické definice. A co zůstává? Otázka onoho originálního stvoření, tajemství smrti a tolik viditelné drama denního utrpení živočichů. Nebojme se hovořit ve společnosti, která se chce ubavit k smrti, o sociálních problémech, o podmínkách k udržitelnému zachování života a posledních věcech člověka.

Umění všech žánrů se k otázkám zrození a smrti nutně stále vrací, protože je zrozeno právě z rituálů těchto fází existence. Zastavil bych se u dvou v umění frekventovaných témat, která se vaší konference týkají a procházejí jí jako zlatá nit. První je umírání starých lidí, tedy říkáme tomu přirozený zánik života, druhé jev chápaný jako odchylka a definovaný jako deformace životních funkcí, jemuž říkáme handicap.

Michael Hanecke v lyrickodramatickém filmu *Láska* připomněl především evropsky cítícímu divákovi, že odchod ze života je nesmírně náročná okolnost nejen pro zanikající existenci, nýbrž také pro nejbližší okolí, pro ty, kteří umírajícího znali, milovali i nenáviděli. Umírání jako proměna, ztráta integrity, proměna fyzických i duševních dispozic je každodenní událostí, před níž nezavírají oči ani výrobci filmů. A tím se Hanecke otevřeně až drasticky zabývá, analyzuje přechod života ve smrt jako potřebu bližních umírající bytosti ulehčit a zkrátit utrpení v procesu odcházení. Ale také i těm, kteří umírání doprovázejí. Jak jednoduše jsem to nyní řekl, jak mnohovrstevnatě a nejednoznačně to Hanecke natočil, ve shodě s nedoslovností samotného procesu! V jeho filmu vítězí láska nad smrtí, i když si smrt vynutí kroky, jež považujeme za neetické. Zobrazil paradoxní situaci, protivnou a znepokojivou, navíc i právně postižitelnou. Katastrofa je v podstatě aktem zabití. Co kdyby si dané řešení troufli lidé běžně aplikovat? Starý muž své nemocné ženě poskytl euthanasii tím, že jí ze soucitu zkrátil život. Jak ohodnotit a interpretovat takový akt? K čemu nás umělecké dílo inspiruje?

Denys Arcand ovšem dokázal vytvořit na téma umírání kvalitní kanadskou komedii s názvem *Invaze barbarů*, jež ovšem přechází také v poetické a lyrické polohy. Stárnutí v podstatě zabírá minimálně polovinu běžného životního cyklu, klade otázky etické, lékařské i sociologické. A jde je vůbec od sebe odtrhnout, i když o nich mluvíme v jasně vymezených tématech? Lze smrt jako proces vnímat jinak než komplexně? Smrt to je požadavek na proměnu nároků a potřeb zanikající bytosti, to je také právně dynamický proces, ovšem neméně se dotýká organizačních struktury rodiny, případně pečovatelského ústavu, nemocnice, soužití manželů.

Handicap nám většinou každému z nás není cizí. Přibývá rodin s handicapovanými dětmi, přibývá samotných handicapů. Můj film *Normální ústav* pronikl na hájené území chráněných dílen a domovů pro handicapované v Poustevnách. Kdysi tam komunisté odsunuli z očí veřejnosti řádové sestry de Notre Dame, které tam v chladných barácích zřizovaly pokoje pro mentálně postižené děti a plenky těch nejmenších praly v ledové vodě potoků za domy. Sestry určené k nepotřebě si svoje místo velmi rychle vybojovaly. Znal jsem osobně sestru Akvinelu Loskotovou, která v Praze na Petřinách v blízkosti letohrádku Hvězda na konci života vybudovala respektovaný *Domov svaté rodiny*, oázu péče pro handicapované, v němž nejen sestry de Notre Dame opět pokračovaly ve svém poslání.

Ale tam, kde kdysi svoji dráhu začala, jiné generace prezentované sociologem PhDr. Milanem Chábem hledaly svoji osobitou cestu k péči, cestu emancipace handicapovaných k maximální možné mezi této samostatnosti. Váže se k tomu jeho osobní příběh, v němž jeden z jeho klientů, jemuž nikdo před tím nerozuměl, k němu promluvil, přestože komunikační možnosti postiženého byly naprosto minimální. Doktor Cháb našel klíč ke komunikaci a dokázal předat sdělení tohoto handicapovaného člověka – lepší je svobodná volba nežli sebe lépe míněná odevzdanost do vše zajišťující péče. Aktivita pro limitovanou bytost je také smyslem života. Tím se doktor Cháb vrátil k samotné otázce řešení smyslu existence a připomněl její nefyzický, nejen vegetativní smysl. Člověk má duši, nebo chcete-li ducha, a ten se vždy bude vznášet nad případnou nemohoucností hmoty a usilovat o naplnění vymezeného času k existenci. Existenciální rozměr bytí je důležitější než omezení tělesných a duševních funkcí.

Jako kluk a mladík jsem trávil čas mezi handicapovanými v Poustevnách, Maxově i jinde, poznal jsem důvěrně domov důchodců v Odlochovicích. Doprovázel jsem tam svého tátu na jeho služebních cestách, naplňovaly se tam jarní prázdniny dětí zaměstnanců odboru sociální péče, ale jezdili jsme tam také na houby a na podzimní hony k jeho přátelům. Potkával jsem se jako dítě s klienty těch ústavů a za čas mi nepřipadalo divné, že stáří jinak voní a má podobu vzdálenou od ideálů mládí, stejně jako jsem si zvykl na lyžařky s protézou. Normální život, život ve všech dimenzích. Hodnota tohoto poznávání mě ovšem obohatila až ve fázi zralosti. A proto si dovolím deklarovat, že právě s ohledem na dynamiku mládí, na rvavost a dravost těch nejsilnějších má společnost za úkol nejen rozvíjet, ale i osvětlovat veřejný prostor poznatky o stárnutí, péči o handicapované a o všech aspektech spojených s těmito odvrácenějšími tvářemi prosperity společnosti.

Vrátím se na konci svého přemítání k Josefovi Škvoreckému. Když jsem s ním natáčel v Torontu po uvedení komedie Svěrákových *Vratné lahve*, řekl mi na kameru (použiji jeho citát ve foneticky přesném přepisu): *„No, mně trošku na tom filmu vadilo, že ona to je vlastně komedie o nesnázích stáří. Je to po všech stránkách dokonalé, ale dokud vám není těch osmdesát tři jako mně. Já jsem viděl všechny filmy Svěráka, a vždycky se mi velice líbily, i třeba ten „Kolja“, kterého v Praze děsně kritizovali, že to je sentimentální. Já myslím, že to je velice pěkný film o vztahu zvláštním toho chlapa, toho violoncellisty, že jo, s tím malým klukem, ještě k tomu ruským. A i ten, samozřejmě, ten „Tmavomodrý svět“, to jsem viděl, to mě velice bavilo. No, a tenhle film, jak říkám, po všech stránkách je dokonalý až na to, že mně se to nějak trošku dotýká, víte.“*

Josef Škvorecký vyjádřil jednu důležitou věc – stáří a handicapy je třeba vnímat a reflektovat s porozuměním a respektem ke všem jejich faktorům. Lze na ně nazírat i s úsměvem, ale i tak respektovat latentní přítomnost zanikání, která ho bezohledně doprovází. A to vyžaduje nejen profesionální brilantnost, ale také soucit, porozumění a pokoru před daným faktem.

Ještě bych položil akcent na potřebu osvětlovat všechny aspekty těchto témat navzdory módním myšlenkovým proudům v každé době. Rozvíjet je a přizpůsobovat politickým a ekonomickým podobám společnosti. Přeji proto vaší konferenci zdar a kvalitní výstupy k publikování. Jsem rád, že jsem se s Vámi mohl podělit o myšlenky, které jste svojí konferenci inspirovali.

Těším se na další setkání.

Kontakt na autora

doc. Mgr. Petr Kaňka
rektor

International ART CAMPUS Prague, s.r.o.

Na Pankráci 54
140 00 Praha 4-Nusle
Česká republika
petr.kanka@art-campus.cz

SOCIÁLNE SLUŽBY A PORADENSTVO V SYSTÉME PRÍPRAVY NA VYSOKÝCH ŠKOLÁCH V SR

SOCIAL SERVICES AND CONSULTANCY IN THE SYSTEM OF HIGHER SCHOOL PREPARATION IN SLOVAK REPUBLIC

Peter Horváth – Filip Sekan

Abstrakt

Príspevok dáva obraz o zavádzaní študijného programu Sociálne služby a poradenstvo v podmienkach verejnej vysokej školy na Slovensku – na Fakulte sociálnych vied Univerzity sv. Cyrila a Metoda v Trnave. Okrem praktickej časti je venovaný aj opisu tomuto relatívne novému študijnému programu, ktorý je povinným základom pre jeho akreditáciu. Popri tom ukazuje na celkový systém vysokého školstva v Slovenskej republike po posledných prijatých zákonných úpravách.

Kľúčové slová

Sociálne služby, sociálne poradenstvo, univerzita, študijný program.

Abstract

Paper gives a picture of the implementation of the study program Social services and counseling in terms of public higher education in Slovakia – at the Faculty of Social Sciences at University of St. Cyril and Methodius in Trnava. Except practical part paper is focused also on the description of this relatively new degree program, which is a compulsory basis for its accreditation. In addition paper shows the overall system of higher education in Slovakia after the last received regularization.

Key Words

Social services and counseling, university, degree program.

Úvod

Vysoké školy na Slovensku sa pri výkone svojich funkcií riadia už viac ako dvanásť rokov starým zákonom č. 131/2002 Z. z. o vysokých školách, ktorý bol doteraz novelizovaný viac ako tridsaťkrát. Jeho zmyslom bolo okrem iného zaviesť tzv. bolonský systém, ktorý pozostáva z troch stupňov štúdia – bakalársky, magisterský a doktorandský. Tomuto procesu sa museli postupne prispôsobiť aj všetky študijné programy v jednotlivých študijných odboroch.

Fakulta sociálnych vied Univerzity sv. Cyrila a Metoda v Trnave (ďalej Fakulta sociálnych vied UCM) vznikla 1. decembra 2011 ako najmladšia fakulta na tejto univerzite. Samotná univerzita vznikla prijatím zákona Národnej rady Slovenskej republiky č. 201/1997 Z.z.,

ktorým boli zároveň zriadené aj jej tri pôvodné fakulty – filozofická, prírodných vied a masmediálnej komunikácie. V súčasnosti študuje na najmladšej fakulte v Trnave takmer dve tisíc študentov vo všetkých troch stupňoch štúdia v dennej i externej forme. V tomto akademickom roku očakávame v máji prvých absolventov bakalárskeho štúdia, ktorí by mali pokračovať u nás aj v magisterskom stupni štúdia.

1. Sociálne služby a poradenstvo

Študijný odbor Sociálne služby a poradenstvo je možné študovať v rámci Slovenska od roku 2002, kedy Ministerstvo školstva vydalo Sústavu študijných odborov č. 2090/2002, v ktorom vymedzilo možnosť študovať tento odbor:

1. V prvom stupni vysokoškolského štúdia (Bc.) so štandardnou dĺžkou štúdia 3 roky.
2. V druhom stupni vysokoškolského štúdia (Mgr.) so štandardnou dĺžkou 2 roky. Uchádzač musí mať zároveň dokončený prvý stupeň vysokoškolského štúdia v odbore Sociálne služby a poradenstvo, alebo v príbuznom študijnom odbore[1].
3. V treťom stupni vysokoškolského štúdia (PhD.). Uchádzač musí mať zároveň dokončený druhý stupeň vysokoškolského štúdia v odbore Sociálne služby a poradenstvo, alebo v príbuznom študijnom odbore.

Podobné študijné odbory sa pritom vyučujú aj v zahraničí. V Českej republike existuje ekvivalent v podobe odboru Sociální poradenství a management sociálních služeb na Ostravskej univerzite. Okrem toho sa podobný odbor uplatnil napríklad v Nemecku (Sozialmanagement) na Donau-Universität Krems, alebo vo Veľkej Británii v podobe Social Work and Human Services na University of Canterbury.

Každý z troch stupňov, ktoré sa v rámci tohto odboru dajú študovať na Slovensku, má špecificky vymedzenú oblasť vzdelávania, t.j. to čo musí absolvent konkrétneho stupňa ovládať. V rámci prvého stupňa predstavujú kostru štúdia tieto predmety:

- Základy sociológie.
- Základy psychológie a pedagogiky.
- Sociálna komunikácia.
- Sociálna práca.
- Krízová intervencia.
- Filozofia výchovy.
- Teória výchovy.
- Právny systém SR.

Absolvent bakalárskeho stupňa štúdia získa teoretické aj praktické skúsenosti v oblasti sociálnych služieb a poradenstva. Nadobudne základné znalosti z oblasti sociologických a psychologických vied, sociálnej práce a aplikovanej pedagogiky. Taktiež disponuje vedomosťami v oblasti práce s klientom v konkrétnej sociálnej skupine a znalosťami o efektívnom využí-

[1] Medzi príbuzné študijné odbory sa zaraďujú: Sociálna práca, Pedagogika, Andragogika, Psychológia, Teológia.

vaní voľného času. Absolvent získa praktické zručnosti v oblasti navrhovania a tvorenia formy sociálnej pomoci a ich implementovania do praxe, identifikovanie problémov v najrozličnejších oblastiach sociálnej sféry, alebo nadobudnutie kompetencií sociálneho pracovníka a poradcu (3.1.16 Sociálne služby a poradenstvo).

Absolvent, ktorý vyštuduje prvý stupeň študijného odboru Sociálne služby a poradenstvo je schopný pracovať na nasledujúcich pozíciách:

- sociálno-právny poradca na úrovni prvého kontaktu;
- špecializovaný pracovník v ústavoch a zariadeniach sociálnej starostlivosti, detských domovoch, domovoch mládeže, domovoch dôchodcov, edukačných zariadeniach, inštitúciách azylového typu, personálnych agentúrach; neziskových a mimovládnych organizáciách, sociálno-terapeutických centrách;
- manažér vzdelávacích a rekvalifikačných kurzov.

Druhý stupeň štúdia, zakončený titulom Magister (Mgr.), obsahuje ako kostru štúdia tieto predmety:

- Sociálna etika.
- Sociálna filozofia.
- Sociológia náboženstva.
- Sociálna a personálna výchova.
- Prevencia sociálno-patologických javov.
- Politologické základy sociálnej problematiky.
- Metódy a techniky sociálneho poradenstva.
- Sociálne poradenstvo v ekonomicko-právnej oblasti.

V porovnaní s prvým stupňom štúdia je druhý stupeň viac špecializovanejší na sociálnu politiku, sociálny systém a sociálne služby. Absolvent by mal ovládať legislatívu sociálnej sféry, teoretické koncepcie a metódy sociálnych služieb a poradenstva. Dokáže taktiež navrhovať a realizovať riešenia najrozličnejších sociálnych problémov, spolupracovať s orgánmi činnými v trestnom konaní, vykonávať manželské a rodinné poradenstvo, riešiť problémové otázky minoritných etnických, sociálnych a náboženských skupín, alebo riešiť problémy manželského a rodinného života. Z pohľadu praktických schopností absolvent dokáže pracovať v špecializovaných projektoch, ktoré zahŕňajú identifikáciu problému a analýzu a implementáciu riešení v sociálnych službách a poradenstve. Taktiež je odborne spôsobilý garantovať jednotlivé projekty. Okrem toho má schopnosti pôsobiť v rámci rozhodovacieho procesu v dôležitých inštitúciách a realizovať rozhodnutia dôležité pre chod týchto inštitúcii. Absolvent magisterského stupňa štúdia má väčšie predpoklady zamestnať sa na vyššej pozícii ako absolvent bakalárskeho stupňa štúdia. Medzi pracovné pozície vhodné pre absolventa druhého stupňa môžeme zaradiť: (3.1.16 Sociálne služby a poradenstvo)

- špecializovaný pracovník v štátnej a verejnej správe, ako aj samostatný špecializovaný sociálny poradca v manželskom, rodinnom, kariérnom, azylovom, terapeutickom poradenstve, a pod.;
- odborný riadiaci pracovník v zariadeniach sociálnej starostlivosti, detských domovoch, domovoch dôchodcov, inštitúciách azylového typu, personálnych agentúrach; nezisko-

vých a mimovládnych organizáciách vykonávajúcich činnosť v sociálnej oblasti a poradenskej činnosti, sociálno-terapeutických centrách a pod.;

- odborný garant vzdelávacích a rekvalifikačných kurzov a projektov v sociálnej oblasti.

Posledným stupňom v odbore Sociálne služby a poradenstvo je tretí stupeň s dosiahnutým titulom PhD. Študenti sa v rámci doktorandského štúdia zameriavajú najmä na riešenie výskumných úloh, metodológii a písaní dizertačnej práce. Nosnými témami tretieho stupňa štúdia sú: (3.1.16 Sociálne služby a poradenstvo)

- Metodológia vedeckej práce.
- Metodológia vied o spoločnosti.
- Metódy a koncepcie sociálnych služieb.
- Metódy a koncepcie sociálneho poradenstva.
- Aktuálne problémy sociálnej filozofie.
- Štúdium odbornej literatúry.
- Riešenie grantových vedecko-výskumných úloh.
- Dizertačná skúška.
- Dizertačná práca.

2. Vymedzenie sociálnej politiky a jej miesto v spoločnosti ako vedného odboru

Sociálnu politiku ako súčasť verejnej politiky dnes môžeme zaradiť ako relevantný vedný odbor. Z hľadiska výskumu sa zaoberá najmä praktickou stránkou sociálnej politiky, t.j. analýzou procesov tvorby politiky a jej realizácie. Dôraz kladie aj na skúmanie nerovností v spoločnosti, a politickým procesom, inštitúciám a činnostiam, ktoré tieto nerovnosti priamo ovplyvňujú.

Viacerí autori, zaoberajúci sa sociálnou politikou, majú rôzny pohľad na vymedzenie jej definície, tzn. nie je jednoznačne terminologicky ukotvená. Jej definície a chápanie môže byť rôzne. Príčinu možno hľadať vo viacerých faktoroch. Po prvé slovo „sociálny“ má rôzne interpretácie, každý vedný odbor ho vymedzuje inak. Po druhé je to historická profilácia sociálnej politiky a jej súvislosť so spoločenským prostredím (Krebs a kol. 2007).

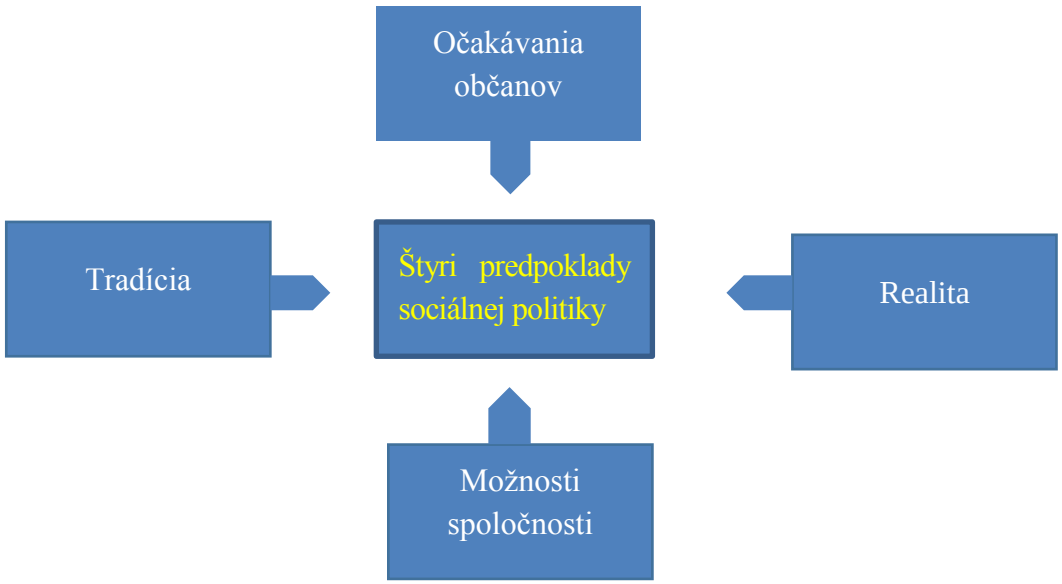
Pre sociálnu politiku je zároveň typický vzťah k multidisciplinarite, teda nie viazanosť k jedinej vednej disciplíne, ale k viacerým, ako sú napríklad politológia, ekonómia, demografia, alebo sociológia (Duková, Duka, Kohoutová 2013).

Z hľadiska terminológie vychádza pojem sociálny hneď z troch latinských slov. Socius, čo v preklade znamená druh, socio v preklade zjednotiť a sociális ako prídavné meno spoločenský alebo spoločný. V najširšom slova zmysle môžeme preto pojem sociálny chápať v zmysle vzťahov ľudí v rámci spoločnosti a prevencia dezintegračných procesov modifikáciou životných, pracovných a zdravotných podmienok. Zaraďujeme sem zdravotnú politiku, politiku zamestnanosti, politiku sociálneho zabezpečenia, populačnú a rodinnú politiku, politiku vzdelávania a bytovú politiku (Knausová 2007).

V užšom slova zmysle chápeme slovo sociálny ako snahu zlepšiť životné podmienky jednotlivých ľudí prostredníctvom cieľavedomej činnosti štátu, inštitúcii a organizácii, ktoré sa usilujú vytvárať podmienky s cieľom zamedziť sociálnu nerovnováhu a tým pádom zabezpečiť harmonický vývoj jedinca a celej spoločnosti. Najužšie poňatie slova sociálny sa na druhej strane zameriava na riešenie nepriaznivých sociálnych situácii s orientáciou na núdzové riešenia (Matoušek 2008).

Sociálna politika sa v priebehu posledných niekoľko rokov stala v oblasti vedy fenoménom často frekventovaným a kontroverzným zároveň. Nemožno ju považovať ako izolovaný prvok v spoločnosti. Je vždy súčasťou nejakého sociálneho celku, pretože pôsobí na rozvoj celého spoločenského systému. Previazanosť jednotlivých sfér má za následok to, že sa jej ciele, nástroje a funkcie neutvárajú izolovane, ale v súlade s ekonomickými, politickými a inými normami života (Krebs a kol. 2007).

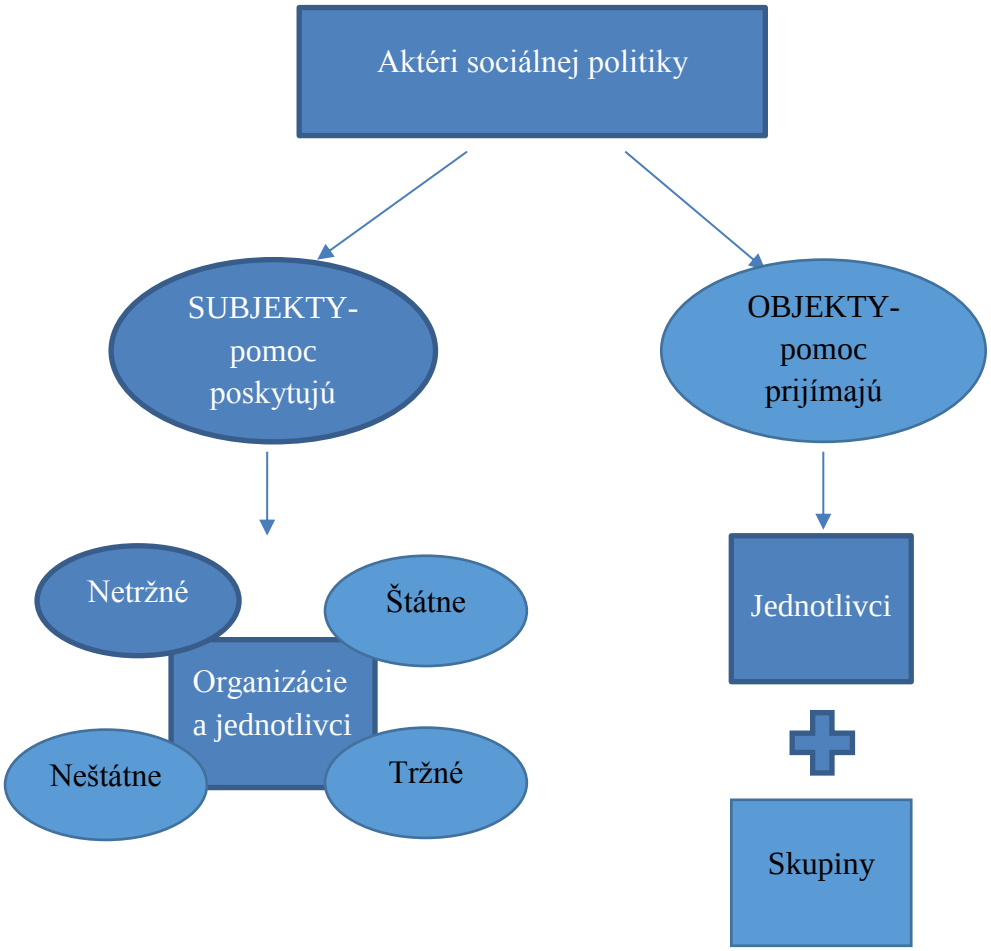
Hlavným cieľom sociálnej politiky je reagovať na negatívne sociálne riziká, ktoré vznikli v spoločnosti a ktoré sú typické pre fungovanie trhového systému. Príkladmi sú chudoba, alebo zvýšená nezamestnanosť. Zameriava sa teda na riešenie konkrétnych sociálnych problémov, ktoré ovplyvňujú celospoločenský vývoj. Sociálna politika teda musí sledovať podmienky spoločenského vývoja a predvídať možné potenciálne ekonomické a sociálne riziká. Okrem toho sa snaží vytvárať priaznivé podmienky pre rozvoj sociálnych skupín a jedincov v spoločnosti. Medzi hlavné poslania sociálnej politiky totiž zaraďujeme vytvorenie dôstojných podmienok pre život a zároveň zaistenie rovných príležitostí pre celú spoločnosť. V praxi to znamená nielen rovnaké príležitosti pre občanov v oblasti pracovných príležitostí, ale aj v oblasti vzdelávania, bývania, zdravotnej starostlivosti atď. Zabezpečenie blahobytu pre všetkých občanov štátu patrí pre sociálnu politiku medzi najdôležitejšie úlohy. Realizáciu sociálnej politiky v štáte pritom ovplyvňujú najmä štyri faktory: tradícia, očakávania občanov, realita a možnosti spoločnosti.



Obr. 1. Štyri predpoklady sociálnej politiky Zdroj: Duková, Duka, Kohoutová 2013

Sociálna politika v štáte je rozvíjaná jednotlivými aktérmi. Z pohľadu účasti a participácii na sociálnej politike rozlišujeme aktérov na subjekty a objekty. Medzi subjekty zaraďujeme tých, ktorí majú vplyv, možnosti a predpoklady k tomu, aby mohli vykonávať určitú sociálnu

činnosť. Realizujú koncepciu politických opatrení a sú zodpovední za efektívnosť svojho konania v rámci sociálnej politiky. Medzi subjekty môžeme pritom radiť štátne, neštátne, aj trhové inštitúcie. Najvýznamnejšie inštitúcie, ktoré patria medzi subjekty, sú parlament, vláda, medzinárodné organizácie, cirkev, zamestnanecké a odborové organizácie atď. Na druhej strane sú objekty charakteristické tým, že sociálnu politiku nerealizujú a nevytvárajú, ale majú z nej prospech. Objekty sú všetci obyvatelia daného štátu, či už jednotlivci, alebo vo forme sociálnych skupín (Duková, Duka, Kohoutová 2013).



Obr. 2. Aktéri sociálnej politiky Zdroj: Duková, Duka, Kohoutová 2013

3. Modely a funkcie sociálnej politiky

História sociálnej politiky je charakteristická sporom o to, aká je úloha štátu a ostatných subjektov v rámci sociálnej politiky. Z hľadiska miery ich participácie sa rozlišujú tri modely, pričom každý z nich sa opiera o vlastný myšlienkový koncept (Krebs a kol. 2007).

A. Redistributívny model

Hlavnou myšlienkou tohto modelu je to, že sociálne potreby ľudí sú vnímané ako ich sociálne práva. Niekedy býva označovaný ako model univerzalistický. Úloha štátu je dominantná najmä kvôli svojej náročnosti na ekonomické zdroje. Vzhľadom k univerzálnemu poskytova-

niu dávok vyžaduje značný rozsah redistribúcie. Dominancia štátu v tomto modeli znázorňuje to, že štát pokrýva takmer celý priestor sociálnej politiky. Úloha neštátnych aktérov je značne obmedzená. Takýto model je typický najmä pre severské štáty ako Švédsko, Holandsko, Dánsko, alebo štáty bývalých socialistických republík vo východnej Európe.

B. Výkonový (korporatívny) model

Tento model kladie dôraz na širšiu kooperáciu občanov a na implementáciu a realizáciu povinného sociálneho poistenia. Úroveň redistribúcie je v porovnaní s predošlým modelom nižšia, najmä kvôli existencii poistných fondov. Štát v tomto prípade zabezpečuje len základné potreby, čím vytvára priestor pre fungovanie neštátneho sektora. Primárnou myšlienkou pritom je, že sociálne potreby sú uspokojované na základe produktivity a výkonu každého jednotlivca. Príkladmi takéhoto modelu sú najmä Francúzsko, Nemecko a Rakúsko

C. Reziduálny model

Tento model je charakteristický silným dôrazom na individuálnu zodpovednosť každého jednotlivca. Vychádza z filozofie tzv. laissez faire, tzn. spolieha výhradne na trh a jeho inštitúcie. Štátna sociálna politika má svoje miesto v tomto modeli len v tom prípade, ak tieto subjekty v plnení svojich úloh zlyhajú. Z toho vyplýva, že rola štátu v procese redistribúcie je v tomto modeli silno potlačená a zo všetkých troch modelov je najnižšia. Takémuto modelu sa najviac približujú Spojené štáty Americké, Japonsko, alebo Veľká Británia.

Takto definované modely sú však skôr abstrakciou dôležitých znakov ako reálne existujúce modelové prípady. Väčšinou totiž predstavuje reálna sociálna politika v jednotlivých štátoch výsledok kombinácie prvkov všetkých troch modelov. Jedným z hlavných dôvodov, prečo je to tak, spočíva v charaktere jednotlivých sociálnych politík, ktorý je značne heterogénny. Táto rozmanitosť determinuje rozdielnu úlohu účasti neštátnych subjektov ako aj úlohy štátu. Ďalším dôvodom je taktiež to, že sociálna politika je flexibilným fenoménom, živým systémom, ktorého charakteristiky sú ovplyvnené najmä historickými zvláštnosťami a národnými špecifikami (Tomeš 2010).

Sociálna politika plní v rámci spoločnosti viaceré funkcie, ktoré by mali byť naplňované a zároveň spolu vzájomne súvisia. Funkcie majú pritom na jednotlivé objekty veľmi rozdielny vplyv. V rámci sociálnej politiky existuje niekoľko rôznych funkcií. Kritéria pre jej klasifikáciu sú rôzne a každá literatúra ponúka vlastnú systematizáciu funkcií sociálnej politiky. Najčastejšie sa však uvádzajú nasledovné funkcie.

- Ochranárska funkcia: táto funkcia je v porovnaní s ostatnými najstaršia. Tvorí stabilný a tradičný prvok sociálnej politiky. Zameriava sa na riešenie sociálnych situácii, pri ktorých sú jedinec, alebo sociálna skupina znevýhodnení voči ostatným, či už v zmysle sociálnom, alebo ekonomickom. Ochranárska funkcia vychádza s exogénnych faktorov, t.j. z humanitných snáh spoločnosti, ako aj z endogénnych faktorov, teda z potreby ochrany človeka ako pracovnej sily.
- Redistribučná funkcia: táto funkcia má na starosti prerozdeliť podiel jednotlivcov na základe výsledku ekonomickej činnosti. Patrí medzi najzložitejšie a zároveň najdôležitejšie funkcie, keďže sa ňou rieši čo, komu, ako a podľa čoho rozdeľovať. Realizácia tejto funkcie spočíva na rôznych mechanizmoch, ako sú trhový mechanizmus, tradície a zvyklosti, vyjednávanie medzi sociálnymi partnermi, hlasovací proces, alebo nelegitímne mechanizmy (podvod,

násilie, apod.). Cieľom prerozdeľovania je zmierniť nerovné postavenie ľudí v takej miere, v akej ju spoločnosť považuje za žiaducu a potrebnú.

- Homogenizačná funkcia: považuje sa za pomerne novú funkciu v rámci sociálnej politiky. Je úzko prepojená s redistribučnou funkciou v tom zmysle, že zámerom vyspelých štátov je smerovať k zmierňovaniu sociálnych rozdielov medzi jedincami a sociálnymi skupinami. Homogenizácia v tomto zmysle teda znamená, že ide o proces, v ktorom majú všetci ľudia v rámci spoločnosti rovnaké šance na vzdelanie, prácu atď. Najviditeľnejším príkladom uplatňovania tejto funkcie je sociálna pomoc nízkopríjmovým skupinám obyvateľstva, poskytovanie pomoci hendikepovaným jedincom, alebo príslušníkov etnických menšín.
- Stimulačná funkcia: cieľom tejto funkcie je podporovať a podnecovať sociálne jednanie medzi jednotlivcami, či už v oblasti ekonomickej, sociálnej alebo inej. Snaží sa ovplyvňovať výkonnosť potenciálu jednotlivcov, ich produktivitu ako aj o opatrenia, ktoré vedú k prospechu celej spoločnosti. Neovplyvňuje však len opatrenia vzdelávacej politiky, ale aj politiku zamestnanosti, alebo zdravotnú politiku.
- Preventívna funkcia: jej zmysel spočíva v tom, že sa snaží predchádzať negatívnym sociálnym situáciám, ako sú chudoba alebo nezamestnanosť. Snaží sa v čo najväčšej miere zabrániť tomu, aby dochádzalo k nežiaducim sociálnym situáciám. Realizácia tejto funkcie plne poukazuje na fakt, že sociálna politika smeruje k eliminovaniu príčin, ktoré bránia jednotlivcom integrovať sa do spoločnosti. Túto funkciu plnia vo väčšej miere vzdelávacia politika vo forme poskytovania vzdelávania a zdravotná politika kladúca dôraz na zdravotnú starostlivosť (Krebs a kol. 2007).

Literatúra

http://www.akredkom.sk/index.pl?tmpl=odbory. [cit. 2014-04-22].

DUKOVÁ, I.; DUKA, M.; KOHOUTOVÁ, I. *Sociální politika.* Učebnice pro obor sociální činnost. Praha : Grada, 2013. ISBN 978-80-247-3880-2.

KNAUSOVÁ, I. *Vybrané kapitoly ze sociální politiky*. Olomouc : UP, 2007. ISBN 80-244-1021-4.

KREBS, V. A KOL. *Sociální politika.* 4. vyd. Praha : ASPI, 2007. ISBN 978-80-7357-276-1.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce.* Praha : Portál, 2008. ISBN 9788073673680.

TOMEŠ, I. Úvod do teorie a metodologie sociální politiky. Praha : Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-680-3.

Kontakt na autory

PhDr. Peter Horváth, PhD.

Mgr. Filip Sekan

Fakulta sociálnych vied UCM
Bučianska 4/A
917 01 Trnava
Slovenská republika
peter.horvath@ucm.sk
filip.sekan@gmail.com

SOCIÁLNY MANAŽMENT A JEHO VYUŽITIE V RIADENÍ SOCIÁLNYCH SUBJEKTOV

SOCIAL MANGEMENT AND ITS UTILIZATION IN MANAGEMENT OF SOCIAL SUBJECTS

Milan Schavel

Abstrakt

Práca sa zameriava na analýzu, komparáciu a logickú systemizáciu riadiacich prvkov a faktorov v sociálnom manažmente z aspektu riadiacej praxe sociálneho pracovníka. Predmetom nášho záujmu je sociálny kapitál z aspektu sociálnych vedomostí, zručností a sociálnych kontaktov v priamej praxi sociálneho pracovníka vo vzťahu k úspechu a k efektivite v riadení. V empirickej časti porovnávame vplyv klasického finančno-personálneho kapitálu s vplyvom sociálneho kapitálu vo vzťahu k úspechu a k efektivite v riadiacej praxi.

Získané výsledky poukázali na úzku prepojenosť sociálneho kapitálu s finančným kapitálom pri rôznej miere vplyvu na úspech a efektivitu v riadení. V práci sme dokázali opodstatnenosť potreby rozvoja sociálneho manažmentu v procese skvalitňovania riadiacej praxe sociálnych pracovníkov.

Kľúčové slová

Sociálny manažment, sociálny pracovník, koncepcie sociálneho manažmentu, sociálny kapitál.

Abstract

The paper focuses on analysis, comparison and logical systematization of control elements and factors in social management from the aspect of the social workers ‘management practice. Our concern is social capital from the aspect of social knowledge, skills and social contacts in social worker’s direct practice and a relation to success and management efficiency. In the empirical section, we compare the impact of traditional financial – personal capital to the impact of social capital in a relation to success and efficient management in practice.

Results refer to close interconnectivity between social and financial capital with various scale of influence on success and effectiveness in management. In this paper we have verified the necessity of the social development management in process of social worker managerial practice improvement.

Key words

Social management, social worker, concept of social management, social capital.

Úvod

Nachádzame sa v období zvýšených nárokov v oblasti zabezpečovania dostatočných finančných zdrojov pre sociálnu sféru, pričom kontinuálne narastajú aj nároky kladené na manažérske vedomosti a zručnosti v oblasti kvalitného fungovania sociálnych systémov a služieb. Hlavným cieľom tejto práce je poskytnúť komplexnú analýzu prvkov a faktorov sociálneho manažmentu s následným odhalením ich preferencie a vplyvu vo vzťahu k úspechu a k efektivite v riadiacej praxi sociálneho pracovníka.

Prínosom teoretickej časti tejto práce je selektívna systemizácia prvkov a faktorov sociálneho manažmentu s následným návrhom logického rámca pre potreby praxe sociálneho pracovníka. Ústredným prvkom logického rámca je sociálny kapitál ako nástroj špecifikácie prvkov a faktorov sociálneho manažmentu.

1. Metódy výskumu

Pri kvantitatívnom spracovaní údajov sme využili údaje získané prostredníctvom dotazníka. Metóda škálovania nám umožnila transformovať subjektívne vyjadrenia respondentov do objektívne merateľných premenných. V rámci následnosti štatistických postupov sme výskum realizovali s využitím analytickej – deskriptívnej a exploračnej metódy, korelačnej metódy merania sily vzájomných súvislostí, komparačnej neparametrickej metódy.

Výskum preferovaných riadiacich nástrojov sociálneho manažmentu v praxi sociálneho pracovníka je zložitým súhrnom objektívnych a subjektívnych faktorov, preto sme si pre výskum zvolili kombináciu metodík kvalitatívneho i kvantitatívneho výskumu. Samotnému zostaveniu výskumného dotazníka predchádzala pilotáž, ktorá sa zamerala na otestovanie validity výskumných otázok. Výskumné otázky sa testovali prostredníctvom kvalitatívnej metódy pološtrukturovaného riadeného rozhovoru na riadiacich pracovníkoch zo sociálnej sféry. Pilotáž prebiehala v zariadeniach sociálnych služieb a v štátnych inštitúciách so zameraním sa na sociálnu agendu. Pri výbere respondentov boli zohľadnené najmä špecifické kritériá výberu, ako sú teritoriálne kritérium zamerané na územie Slovenska v kombinácii s profesionálnym kritériom výkonu riadiacej praxe v sociálnej oblasti. Celkovo bolo oslovených 1087 potenciálnych respondentov z riadiacej praxe sociálnej práce. Návratnosť dotazníkov sa ustálila na počte 536 respondentov, čo predstavuje 49,31 % návratnosti. Pre potreby overovania našich tvrdení sme formulovali nasledovné hypotézy:

1. Úspech a efektivita v riadiacej praxi sociálnych pracovníkov úzko súvisia s tým, aké stratégie riadenia a riadiace nástroje preferujú sociálny pracovníci a či absolvovali vzdelávanie v oblasti manažérskych zručností.
2. Individuálna rovina riadiacich postupov vo výraznejšej miere zaručuje úspech a efektivitu v riadení, ako voľba odborno-technickej roviny postupov a predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi voľbou rovín a mierou vplyvu vzťahových a metodicko-technických faktorov riadenia.

2. Výsledky

Výsledky výskumu poukázali na fakt, že efektivitu a úspech riadiacej praxe sociálneho pracovníka ovplyvňujú tak formálne – finančno-personálne riadiace nástroje, ako i neformálne vzťahové nástroje riadenia vo forme riadiacich nástrojov sociálneho kapitálu. Najpreferovanejšou stratégiou riadenia je využívanie riadiacich nástrojov finančného a personálneho kapitálu, pričom ale tieto nástroje nevykazujú výraznú mieru vplyvu na úspech a efektivitu. Čím má sociálny pracovník vyšší stupeň vzdelania, tým je väčšia miera preferencie strategických nástrojov sociálneho kapitálu, prevažná väčšina sociálnych pracovníkov v riadiacej praxi má záujem o ďalšie vzdelávanie.

Vo vzťahu k vyhodnoteniu pracovných hypotéz uvádzame nasledovné zistenia: Na základe výsledkov frekvenčnej analýzy sme zistili, že percentuálne najväčšiu mieru vplyvu vo vzťahu k úspechu vykazujú nástroje sociálneho manažmentu. Prvá v poradí je skupina nástrojov riadenie toku zručností vo forme riadenia tímovej práce a sociálneho programovania. V uvedenej skupine až 64,55 % respondentov deklarovalo, že najväčší vplyv na úspech a efektivitu v riadení má riadenie toku sociálnych zručností vo forme riadenia tímovej práce a sociálneho programovania.

Výsledky nám poukázali na fakt, že individuálna rovina riadenia je síce považovaná za najefektívnejší metodický prístup k riadeniu, ale metodicko-technické postupy vykazujú väčšiu mieru vplyvu na úspech a efektivitu v riadení. O tom svedčí fakt, že až 61,8 % respondentov deklarovalo, že ich úspech a efektivita v najväčšej miere súvisia s voľbou metodicko-technických postupov v riadení. Na základe χ^2 testov sme zistili, že existuje štatisticky významný vzťah medzi voľbou rovín riadenia a mierou vplyvu metodicko-technických a individuálnych faktorov riadenia.

		16. V akej miere ovplyvňujú osobnostné a vzťahové faktory úspech a efektivitu v riadení?					Celkom
		Vo veľkej miere	V značnej miere	V priemernej miere	V nepatrnej miere	V žiadnej miere	
15. Ktorá rovina metodických prístupov zaručuje väčší úspech a efektivitu vo Vašej riadiacej praxi?	Individuálna rovina podmienená osobnostnými a vzťahovými faktormi riadenia	61 11,4%	114 21,3%	194 36,2%	5 0,9%	3 0,6%	377 70,3%
	Odborno-technická rovina podmienená zvládnutím metodicko-technických postupov riadenia	14 2,6%	32 6,0%	73 13,6%	0 0,0%	1 0,2%	120 22,4%
	Kombinácia individuálnej aj odborno-technickej roviny prístupov	5 0,9%	13 2,4%	17 3,2%	0 0,0%	4 0,7%	39 7,3%
Celkom		80 14,9%	159 29,7%	284 53,0%	5 0,9%	8 1,5%	536 100,0%

Tabuľka č 1 Celkové výsledky deskriptívnej analýzy.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,914[a]	8	0,002
Likelihood Ratio	18,210	8	0,020
Linear-by-Linear Association	3,671	1	0,050
N of Valid Cases	536		

Tabuľka č. 2 χ^2 test vzťahu rovín a miery vplyvu vzťahových faktorov

Na základe výsledkov z krížovej tabuľky je možné konštatovať, že štatisticky najvýznamnejšia rovina je síce individuálna rovina riadenia s 70,3 percentným výsledkom, ale úspech a efektivitu v riadení v prevažnej väčšine našich prípadov ovplyvňuje osobný a vzťahový faktor len v priemernej miere s hodnotou 53,0 %. Na základe χ^2 testov je možné konštatovať, že existuje štatisticky významný vzťah medzi voľbou rovín riadenia a mierou vplyvu vzťahových faktorov vo vzťahu k úspešnosti a efektivite v riadiacej praxi sociálneho pracovníka.

Ďalšou čiastkovou premennou druhej hypotézy bolo skúmanie vplyvu metodicko-technických faktorov vo vzťahu k úspechu a k efektivite v riadení. Postup a metodika boli obdobné ako pri skúmaní vplyvu vzájomných súvislostí v prípade vzťahových faktorov riadenia a sú uvedené v tabuľkách č. 3-4.

		17. V akej miere ovplyvňuje faktor metodicko-technických postupov efektivitu a úspech v riadení?					Celkom
		Vo veľkej miere	V značnej miere	V priemernej miere	V nepatrnej miere	V žiadnej miere	
15. Ktorá rovina metodických prístupov zaručuje väčší úspech a efektivitu vo Vašej riadiacej praxi?	Individuálna rovina podmienená osobnostnými a vzťahovými faktormi riadenia	240 44,8%	79 14,7%	51 9,5%	3 0,6%	4 0,7%	377 70,3%
	Odborno-technická rovina podmienená zvládnutím metodicko-technických postupov riadenia	69 12,9%	30 5,6%	19 3,5%	1 0,2%	1 0,2%	120 22,4%
	Kombinácia individuálnej aj odborno-technickej roviny prístupov	22 4,1%	9 1,7%	4 0,7%	0 0,0%	4 0,7%	39 7,3%
Celkom		331 61,8%	118 22,0%	74 13,8%	4 0,7%	9 1,7%	536 100,0%

Tabuľka č. 3 Kontingencia preferencie rovín a vplyvu metodicko-technických faktorov riadenia

Na základe výsledkov z krížovej tabuľky č. 3 je možné konštatovať, že napriek tomu že individuálna rovina riadenia je síce považovaná za najefektívnejší metodický prístup k riadeniu, ale vyjadrenie miery vplyvu jednotlivých metodicko-technických postupov vykazuje vo väčšej miere súvislosť s úspechom a efektivitou v riadení. O tom svedčí fakt, že až 61,8 % respondentov deklarovalo, že ich úspech a efektivita v najväčšej miere súvisia s voľbou metodicko-technických postupov riadenia. K určeniu vzťahu štatistickej významnosti medzi voľbou rovín riadenia a mierou vplyvu metodicko-technických faktorov sme použili χ^2 testy, za pomoci ktorých sme skonštatovali, že existuje štatisticky významný vzťah medzi voľbou rovín riadenia a mierou vplyvu metodicko-technických faktorov riadenia vo vzťahu k úspešnosti a efektivite v riadiacej praxi sociálneho pracovníka. V uvedenom prípade signifikancia v segmente Likelihood Ratio nedosiahla štatisticky významnú hodnotu, ale pre nás významnejšie testy, ako Pearsonov χ^2 test a Asociačný lineárny test vykazujú štatisticky významnú hodnotu vo vzťahu ku skúmaným premenným a preto aj túto parciálnu časť dokazovania hypotézy potvrdzujeme ako štatisticky významnú. Podrobnosti viď v tabuľke č. 4.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	20,959[a]	8	0,007
Likelihood Ratio	12,209	8	0,142
Linear-by-Linear Association	4,022	1	0,045
N of Valid Cases	536		

Tabuľka č. 4 χ^2 testy vzťahu medzi voľbou rovín a mierou vplyvu metodicko-technických faktorov

Po celkovom vyhodnotení výsledkov výskumu pomocnú hypotézu 2 je možné akceptovať v uvedenom znení len parciálne: „Predpokladáme, že individuálna rovina riadiacich postupov vo výraznejšej miere zaručuje úspech a efektivitu v riadení ako voľba odborno-technickej roviny postupov a predpokladáme, že existuje štatisticky významný vzťah medzi voľbou rovín a mierou vplyvu vzťahových a metodicko-technických faktorov riadenia. Na základe výskumu hlbších súvislostí a za pomoci krížových tabuliek sme dospeli ku korigovanému zneniu nášho predpokladu. Druhá časť hypotézy je potvrdená a bez pochybností a je možné potvrdiť, že existuje štatisticky významný vzťah medzi voľbou rovín riadenia a mierou vplyvu vzťahových a metodicko-technických faktorov riadenia vo vzťahu k efektivite a úspechu v riadení. Prvú časť hypotézy o výraznej miere vplyvu individuálnej roviny na úspech a efektivitu v riadení, nie je možné jednoznačne vysloviť a potvrdiť, nakoľko krížové tabuľky určili síce individuálnu rovinu za primárnu voľbu vo vzťahu k úspešnosti a k efektivite v riadení, ale pri kontrolných analytických skúškach miery vplyvu faktorov riadenia boli v prevažnej miere individuálne a vzťahové faktory označené len za priemerne vplyvné faktory riadenia vo vzťahu k úspechu a k efektivite, pričom metodicko-technické postupy boli v prevažnejšej miere označené za najvplyvnejšie faktory riadenia vo vzťahu k úspechu a k efektivite. Preto platí, že individuálna rovina riadiacich postupov je najpreferovanejším riadiacim prístupom so strednou mierou vplyvu na úspech a efektivitu v riadení, pričom voľba odborno-technickej roviny nie je preferovaná, ale vykazuje veľkú mieru vplyvu na úspech a efektivitu v riadení.

Druhá časť hypotézy je potvrdená bez zmien a platí, že existuje štatisticky významný vzťah medzi voľbou rovín a mierou vplyvu vzťahových a metodicko-technických faktorov riadenia.

Záver

Praktickým prínosom nášho skúmania je empiricky overená koncepcia sociálneho manažmentu, ktorej ústredným prvkom je sociálny kapitál za pomoci ktorého bolo možné logicky tematizovať a identifikovať základné riadiace nástroje neformálnej aj formálnej povahy pre potreby riadiacej praxe sociálnych pracovníkov. Podarilo sa dokázať aj fakt, že riadiace nástroje sociálneho kapitálu sú bežne využívané v praxi sociálneho pracovníka a niektoré z nich vo výraznej miere aj ovplyvňujú úspech a efektivitu v riadiacich procesoch sociálnej práce.

Najvýznamnejšie zistenia nášho výskumu boli nasledovné:

1. Úspech a efektivita riadiacej praxe sociálnych pracovníkov nemá štatisticky významný súvis s tým, aké stratégie riadenia a riadiace nástroje preferujú sociálny pracovníci, ale v malej miere úzko súvisí úspech s tým, či sociálny pracovníci absolvovali tréning manažérskych zručností,
2. najväčšiu mieru vplyvu na úspech a efektivitu riadiacej praxe sociálneho pracovníka má sociálny kapitál vo forme riadenia toku zručností, ale najpreferovanejšou stratégiou je využívanie riadiacich nástrojov finančného a personálneho kapitálu, pričom ale tieto nástroje nevykazujú výraznú mieru vplyvu na úspech a efektivitu,
3. individuálna rovina riadiacich postupov je najpreferovanejším riadiacim prístupom so strednou mierou vplyvu na úspech a efektivitu v riadení, pričom voľba odborno-technickej roviny nie je tak preferovaná, ale vykazuje veľkú mieru vplyvu na úspech a efektivitu,
4. čím má sociálny pracovník vyšší stupeň vzdelania, tým je väčšia miera preferencie strategických nástrojov sociálneho kapitálu,
5. riadiaci pracovníci v štátnej sfére vo väčšej pomernej miere preferujú sociálny kapitál,
6. pracovníci v samospráve prevažne preferujú stratégie riadenia finančného kapitálu,
7. absolvované manažérske vzdelávanie má priemernú mieru vplyvu na úspech a efektivitu,
8. prevažná väčšina sociálnych pracovníkov v riadiacej praxi má záujem o ďalšie vzdelávanie a existenciu štandardov sociálneho manažmentu, pričom za najželanejšiu špecializáciu označili riadenie toku špecifických zručností v sociálnej práci a predmet riadenia toku kontaktov.

Celkovo nám výsledky výskumu poukázali na fakt, že efektivitu a úspech riadiacej praxe sociálneho pracovníka ovplyvňujú tak formálne finančno-personálne riadiace nástroje, ako i neformálne vzťahové nástroje riadenia vo forme riadiacich nástrojov sociálneho kapitálu.

Literatúra

ADAMS, R. *Social work and empowerment.* 3rd ed. Palgrave : Macmillan, 2003. 230 s. *ISBN 1-*4039 0551-7.

FUKUYAMA, F. Social Capital and Development. In: *The Coming Agenda SAIS Review,* 2002, Vol. 22, no 1, p. 23-37.

PAVELKOVÁ, J. Finanční gramotnost. *Slovenská revue pre verejnú politiku a verejnú správu*, 2014, vol. 1, no 1, p. 37-52. ISSN 1339-5637.

PREUSS. K. Strategické řízení – nástroj aplikace etických řešení. In Mátel, A.; Grey, E.; JANECHOVÁ, L. (eds) 2013. *Aplikovaná etika v sociálnej práci 2.* Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 162-168. ISBN 978-80-8132-087-3.

PREUSS, K.; GORDEEVA, A. V. *Strategické řízení v organizacích zdravotních a sociálních služeb.* Brno : Econ publishing, 2012. 246 s. ISBN 978-80-86433-56-1.

ROSE, S.R. *Case Management and Social Work Practice – White Plains.* New York : Longman 1992. 309 s. ISBN 10-080130332X.

SEDLÁK, M. *Manažment.* Bratislava : Elita, 1998. 456 s. ISBN 80-8044-015-8.

STRIEŽENIEC, Š. *Slovník sociálneho pracovníka.* Trnava : AD, 1996. 255 s. ISBN 80-9675589-0-X.

Kontakt na autora

prof. PaedDr. Milan Schavel, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
mschavel@stonline.sk

NIEKTORÉ PARADOXY SOCIÁLNEHO ZABEZPEČENIA RODÍN NA SLOVENSKU

CERTAIN PARADOXES OF SOCIAL SECURITY FOR FAMILIES IN SLOVAKIA

Eva Grey

Abstrakt

Systém sociálneho zabezpečenia na Slovensku pozostáva z troch pilierov: sociálneho poistenia, sociálnej podpory a sociálnej pomoci. Prvé dva piliere sa týkajú fungujúcich aj nefungujúcich rodín. Patrí sem najmä podpora pri narodení dieťaťa a starostlivosti o dieťa do 3 rokov, a tiež podpora rodín s deťmi, ktoré sa plne venujú štúdiu. Tretí pilier – sociálna pomoc – je určená rodinám, ktoré sa vyskytli v náročnej sociálnej situácii, ktorú nevedia alebo nedokážu riešiť vlastnými silami.

Pri podpore fungujúcich rodín s deťmi sa stretávame s viacerými paradoxmi. Jedným z nich je nerovnaký prístup k deťom podľa poradia, v ktorom sa narodili, a tiež k rodičom, ktorí sa celodenne starajú o viacero detí do troch rokov naraz.

Ďalším paradoxom je rozdelenie starostlivosti o dieťa do 3 rokov na dve obdobia, pričom každé z nich patrí do iného piliera sociálneho zabezpečenia.

V našom príspevku sa chceme bližšie pozrieť na tieto skutočnosti.

Kľúčové slová

Sociálne zabezpečenie, sociálne poistenie, sociálna podpora, rodinná politika, príspevok pri narodení dieťaťa, rodičovský príspevok.

Abstract

Social security system in Slovakia consists of three pillars: social insurance, social support and social aid.

The first two pillars are concerning functional as well as s non-functional families. They consist mainly of support at the birth of a child, support for families taking care of children up to the age of 3, as well as a small support for children above 3 years old that are fully devoted to their studies. The third pillar – social aid – is dedicated to families in a critical social situation, which they cannot solve by their own means.

Several paradoxes exist in the state support for functional families. One of them is a discrimination of children based on the order in which they were born. There is also a discrimination of parents who are fully taking care of more than one child below age 3.

Another paradox is that the full care of a child before age 3 is divided into two periods; support for each of them is covered by a different pillar of the social security.

Key words

Social security, social insurance, social support for families, family policy, contribution at the birth of a child, family allowance.

Úvod

Rodina je základnou bunkou spoločnosti. Napriek niektorým negatívnym trendom v spoločnosti, ako je zvyšujúci sa počet rodičov, ktorí nie sú zosobášení a pomaly narastajúce percento rozvodovosti, si štát uvedomuje, že dobre fungujúce rodiny s deťmi sú základom pre dobré fungovanie krajiny. Preto sa snaží i pomocou finančných príspevkov podporovať rodiny s deťmi. Táto podpora sa však v priebehu posledných rokov opakovane mení, a mnohí rodičia nevedia, na čo vlastne majú nárok. Posledné zmeny nadobudli účinnosť 1. januára 2014 a 1. februára 2014.

Zároveň pomaly dochádza k starnutiu obyvateľstva a hrozí demografická kríza nielen na Slovensku, ale aj v okolitých krajinách. Napriek tomu však štátna podpora diskriminuje viacedetné rodiny. Prejavuje sa to v dávkach sociálneho zabezpečenia, ako sú: možnosť čerpania rodičovského príspevku, výške príspevkov pri narodení dieťaťa (Ministerstvo práce, 2014).

Nižšiu podporu viacdetným rodinám štát odôvodňuje možnosťou jej zneužitia. Zneužívaniu sa dá predísť vhodným nastavením systému. Nespravodlivé je, že na takýto systém doplácajú rodiny, ktoré sa snažia vychovávať svoje deti zodpovedne a všestranne.

1. Príspevky a prídavky

Štát poskytuje cez svoje systémy nasledujúce príspevky a prídavky pre rodiny s deťmi.

1.1 Príspevok pri narodení dieťaťa

Príspevok pri narodení dieťaťa je jednorazová štátna sociálna dávka, ktorou štát prispieva na pokrytie výdavkov spojených so zabezpečením nevyhnutných potrieb novorodenca (Zákon č. 383). Vypláca ju príslušný Úrad práce, sociálnych vecí a rodiny.

Príplatok k príspevku pri narodení dieťaťa bola štátna sociálna dávka, ktorou štát priplácal na zvýšené výdavky spojené so zabezpečením nevyhnutných potrieb dieťaťa, ktoré sa matke narodilo ako *prvé dieťa, druhé dieťa alebo tretie dieťa*, ktoré sa dožilo aspoň 28 dní. Tieto príplatky sa niekedy vyplácali len na prvé alebo prvé a druhé dieťa (Zákon č. 235). V súčasnej právnej úprave prišlo k zlúčeniu týchto dvoch dávok do jednej.

Výška príspevku je odstupňovaná podľa poradia pôrodu, z ktorej sa dieťa narodilo. Suma príspevku pri narodení dieťaťa je k 1.1.2014 upravená nasledovne:

- 829,86 eur, ak ide o dieťa narodené z prvého pôrodu až tretieho pôrodu, ktoré sa dožilo najmenej 28 dní,

- -151,37 eur, ak ide o dieťa narodené zo štvrtého pôrodu a ďalšieho pôrodu alebo ak ide o dieťa z prvého pôrodu až tretieho pôrodu, ktoré sa nedožilo 28 dní.

Suma príspevku pri narodení pre dvojičky a viac súčasne narodených detí: suma príspevku (829,86 eur, resp. 151,37 eur) sa zvyšuje o 75,69 eura na každé dieťa, ktoré sa dožilo najmenej 28 dní.

V minulosti sa predpokladalo, že okrem nevyhnutnej výbavičky novorodenca tento príspevok pokryje potreby na kúpu kočíka a detskej postieľky. Nemožno predpokladať, že štvrté dieťa nepotrebuje kočík alebo vlastnú postieľku. Kvalita výrobkov klesá a ich životnosť sa skracuje, takže jeden kočík rodine dlho nevydrží. Ak má rodina deti s malým vekovým rozdielom, často potrebuje špeciálny kočík pre viac detí, ktorý sa pohybuje vo vyššej cenovej kategórii ako kočíky pre jedno dieťa.

Najvyšším novým výdavkom viacdetnej rodiny pritom zďaleka nie je kočík alebo detská postieľka. Pri narodení štvrtého, ako aj šiesteho dieťaťa rodina podľa platných zákonov súvisiacich s cestnou prevádzkou potrebuje osobné motorové vozidlo s väčším počtom miest na sedenie. Typické päť miestne auto potrebuje vymeniť za 6-7-miestne a neskôr za 8 a viacmiestne. Cena takýchto vozidiel je niekoľkonásobne vyššia ako cena 5-miestneho vozidla a zostáva pomerne vysoká aj vtedy, ak sa jedná o už užívané vozidlo z autobazáru. Rodina s malými deťmi bez auta môže mať sťažený prístup k zdravotnej starostlivosti, škole a záujmovým krúžkom pre deti, možnosti cestovať na návštevu, či dovolenku. Rodičia, ktorí sa starajú o niekoľko malých detí naraz si zaiste zaslúžia aspoň malú zmenu stereotypu a možnosť oddychu.

Súčasný systém vôbec nezohľadňuje potrebu väčšieho bytového priestoru pre rodiny s viacerými deťmi.

1.2 Materský príspevok

Ide o finančný príspevok, ktorý matka dostáva hneď po nástupe na materskú dovolenku. Na túto mamička nastupuje 8 alebo 6 týždňov pred vypočítaným dátumom pôrodu a príspevok poberá pri narodení jedného dieťaťa celkovo 34 týždňov, pri dvojčatách a viactorčatách 43 týždňov a keď matka vychováva dieťa sama, tak 37 týždňov.

Ak však matka vychováva ďalšie dieťa, napríklad ročné, dĺžka materskej dovolenky sa jej nepredlžuje – zostáva 34 týždňov ako pri jednom dieťati. Pritom starať sa o dve deti v rozdielnom nízkom veku môže byť náročnejšie ako starostlivosť o dvojičky.

Tento príspevok je individuálny, pretože sa vypočítava z platu každej ženy. Do úvahy sa berie 12 mesiacov predchádzajúceho kalendárneho roka. Žena dostane 65 % zo svojho vymeriavacieho základu. Výška materskej dávky nesmie presiahnuť 766 eur. Vypočítava sa podľa dní v mesiaci, takže suma je pohyblivá.

Paradoxom je, že materský príspevok je súčasťou nemocenského poistenia, čiže prvého piliera sociálneho zabezpečenia, ale rodičovský príspevok, ktorý sa vypláca po uplynutí 34 týždňov, sa vypláca z druhého piliera – štátnej sociálnej podpory. Preto aj platba materského ide zo sociálnej poisťovne a rodičovský príspevok vyplácajú úrady práce, sociálnych vecí a rodiny.

1.3 Rodičovský príspevok

Rodičovský príspevok je štátna sociálna dávka, ktorou štát prispieva oprávnenej osobe na zabezpečenie riadnej starostlivosti o dieťa. Oprávnená osoba má nárok na rodičovský príspevok, ak zabezpečuje riadnu starostlivosť o dieťa do troch rokov veku alebo do šiestich rokov veku, ktoré má dlhodobo nepriaznivý zdravotný stav.

Rodičovský príspevok je 203,20 eur mesačne. Ak oprávnená osoba zabezpečuje riadnu starostlivosť o dve a viac súčasne narodených detí, rodičovský príspevok v sume 203,20 eura sa zvyšuje o 25 % na každé dieťa, ktoré sa narodilo súčasne. Rodič dvojičiek dostane 254 eur mesačne, rodič trojičiek 304,80 eur mesačne (Opatrenie č. 451).

Ak je v rodine *viac detí do troch rokov* veku alebo do šesť rokov veku, no nenarodili sa súčasne, vzniká len *jeden nárok na rodičovský príspevok*. Nárok na rodičovský príspevok nevzniká oprávnenej osobe, ak má nárok na materské (Zákon č. 571).

Ak sa matka stará naraz o 2 deti, dvojročné a trojmesačné, poberá iba jedno materské na trojmesačné dieťa. Alebo ak sa stará o dvojročné a sedemmesačné dieťa, poberá iba jeden rodičovský príspevok, rovnako ako matka, ktorá sa stará iba o jedno dieťa do veku 3 rokov. Ak by matka mala deti vo väčšom časovom rozstupe, dostane príspevok na každé z nich.

Pritom matka, ktorá sa naraz stará o viac detí narodených v malom časovom rozstupe strávi menej celkového času mimo zamestnania, čím šetrí ďalšie financie zo štátneho rozpočtu na odvody a zároveň svojimi daňami doňho prispieva.

Nová zákonná úprava sa snaží motivovať rodičov k starostlivosti o ďalšie deti v rodine. Nárok na rodičovský príspevok nevzniká, ak oprávnená osoba je rodič ďalšieho dieťaťa, ktoré je zverené do osobnej starostlivosti druhého rodiča, do náhradnej osobnej starostlivosti, do pestúnskej starostlivosti.

Ak rodič poberá rodičovský príspevok a zároveň má doma aj staršie školopovinné dieťa alebo viac detí, môže prísť o časť rodičovského príspevku, ak školopovinné dieťa vymešká 15 a viac neospravedlnených hodín v období troch mesiacov po sebe. Rodičovský príspevok sa kráti o 50 %.

1.4 Prídavok na dieťa

Prídavok na dieťa je dávka, ktorou štát prispieva oprávnenej osobe na výchovu a výživu nezaopatreného dieťaťa v zmysle zákona č. 600/2003 Z.z. o prídavku na dieťa a o zmene a doplnení zákona č. 461/2003 Z.z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

Výška prídavku: 23,52 € mesačne na každé nezaopatrené dieťa bez ohľadu na výšku príjmu rodičov. Paradoxom je, že táto výška nezohľadňuje reálne výdavky spojené s výchovou dieťaťa, jej výška je skôr symbolická a nemení sa ani s vekom a stavom dieťaťa. Pritom v minulosti napríklad príspevok rodičom, ktorým sa súčasne narodili 3 a viac detí zohľadňoval vek týchto detí.

1.5 Príspevok rodičom, ktorým sa súčasne narodili 3 a viac detí

Tento príspevok je štátna sociálna dávka, ktorou štát prispieva raz za rok rodičom na zvýšené výdavky, ktoré vznikajú v súvislosti so starostlivosťou o súčasne narodené tri deti alebo v priebehu dvoch rokov opakovane narodené dvojčatá alebo viac detí súčasne (Zákon č. 383).

Výška príspevku je jednotná na každé dieťa v hodnote 110,36 €. Pritom v minulosti bol príspevok diferencovaný podľa veku detí.

Tento príspevok však nedostanú rodičia, ktorí majú dvojičky iba raz alebo dvakrát s väčším časovým odstupom, ako sú dva roky.

Záver

Sociálne zabezpečenie rodín s deťmi na Slovensku obsahuje viacero paradoxov a diskriminačných prvkov, ktoré sa týkajú rodín s deťmi narodenými v krátkom časovom odstupe. Najviac sú diskriminované rodiny s viacerými deťmi, ktorým sa príspevky znižujú napriek tomu, že ich životné náklady sa výrazne zvyšujú. To vedie k chudobe a marginalizácii niektorých rodín.

Súčasná legislatíva zohľadňuje starostlivosť rodičov o ďalšie deti a ukazuje, že takého opatrenia sa dajú nastaviť. Potom sa netreba báť, že podpora viacdetných rodín bude zneužívaná. Naopak, fungujúce rodiny s deťmi sú najlepšou prevenciou sociálno-patologických javov a najmúdrejšou investíciou do budúcnosti sociálneho zabezpečenia.

Literatúra

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny. 2014. http://www.employment.gov.sk/sk/rodina-socialna-pomoc/podpora-rodinam-detmi/penazna-pomoc/

OPATRENIE č. 451 Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky z 11. decembra 2013 o ustanovení sumy rodičovského príspevku

ZÁKON č. 383 z 23. októbra 2013 o príspevku pri narodení dieťaťa a príspevku na viac súčasne narodených detí a o zmene a doplnení niektorých zákonov

ZÁKON č. 235 o príspevku pri narodení dieťaťa, o príspevku rodičom, ktorým sa súčasne narodili tri deti alebo viac detí alebo ktorým sa v priebehu dvoch rokov opakovane narodili dvojčatá a ktorým sa menia ďalšie zákony v znení zákona č. 453/2003 Z. z., zákona č. 601/2003 Z. z., zákona č. 471/2005 Z. z., zákona č. 676/2006 Z. z., zákona č. 592/2007 Z. z., zákona č. 554/2008 Z. z., zákona č. 571/2009 Z. z., zákona č. 180/2011 Z. z. a zákona č. 468/2011 Z. z. (starý)

ZÁKON č. 571 o rodičovskom príspevku a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení zákona č. 513/2010 Z. z., zákona č. 180/2011 Z. z., zákona č. 388/2011 Z. z. a zákona č. 468/2011 Z. z., zákona č. 364/2013 Z. z. a zákona č. 417/2013 Z. Z.

Kontakt na autora

Prof. MUDr. Eva Grey, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
eva.grey@gmail.com

MOŽNOSTI VYUŽITIA CASE MANAGEMENTU / CARE MANAGEMENTU V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH V PROCESE ICH DEINŠTITUCIONALIZÁCIE

POSSIBILITIES OF USING CASE MANAGEMENT / CARE MANAGEMENT IN SOCIAL SERVICES IN THE PROCESS OF ITS DEINSTITUTIONALIZATION

Andrej Mátel – Mária Kovaľová – Rastislav Galbavý

Abstrakt

Deinštitucionalizácia sociálnych služieb vyžaduje od profesionálov nielen zmenu myslenia, eticky senzitívnejší prístup ku klientom, ale aj používanie nových primeraných metód práce. Práve medzi ne môžeme zaradiť metódu case management, resp. care management. Príspevok poukazuje na spoločné princípy procesu deinštitucionalizácie sociálnych služieb a metódou case / care managementu. Patrí medzi ne najmä plné rešpektovanie základných ľudských práv, vrátane práva na sebaurčenie a autonómiu, koordinovaná pomoc klientovi s plným využitím rodinnej a neformálnej pomoci a poskytovanie kvalitných služieb podľa individuálnych potrieb klienta.

Kľúčové slová

Deinštitucionalizácia, prípadový manažment, manažment starostlivosti, sociálne služby, totálna inštitúcia.

Abstract

Deinstitutionalisation of social services requires from the professionals not only a change in thinking, ethically more sensitive approach to clients, but also the appropriate use of new methods of work. Case management or care management is one of these methods. Article points out common principles of the deinstitutionalisation process of the social services and case/care management method. This includes in particular full respect for fundamental human rights, including the right to self-determination and autonomy, coordinated assistance to the client with a full involvement of the family and informal assistance and to provide quality services to meet client's individual needs.

Key words

Deinstitutionalization, case management, care management, social services, total institution.

Úvod

Sociálna práca je profesia založená na hodnotách. Podľa globálnych definícií tejto profesie sú pre ňu zásadnými a ústrednými princípy ľudských práv, sociálnej spravodlivosti, spoločnej zodpovednosti a rešpektovanie rozmanitosti (IFSW / IASSW, 2000, 2014). Žiaľ, systémové nastavenie mnohých inštitúcií sociálnych služieb svojou povahou uľahčuje porušovanie základných ľudských práv užívateľov týchto služieb, obzvlášť právo na autonómiu, sebaurčenie, právo žiť nezávisle, v rámci spoločnosti a zvoliť si dôstojné miesto pobytu. Reakciou na tieto skutočnosti bolo v 70. rokoch 20. stor. iniciovanie procesu deinštitucionalizácie zdravotníckych a sociálnych služieb v USA a niektorých ďalších krajinách. S tridsať – štyridsaťročným oneskorením je tento proces zahájený aj v Českej republike a na Slovensku. V kontexte tohto procesu chceme poukázať na metódu, ktorá sa v Západných krajinách stala jej dôležitou súčasťou. Je ňou case management resp. jeho špecifická podoba care mangement.

1. Deinštitutcionalizácia sociálnych služieb

Pojem deinštitucionalizácia (angl. *deinstitutionalization*) vo všeobecnosti znamená manažérsky proces zmeny systému. V aplikácii na sociálne služby je ňou zvyčajne označovaný proces prechodu osôb vyššieho veku, ľudí so zdravotným postihnutím, osôb s problémami duševných porúch a detí z veľkých inštitúcií do rodín, resp. menších, na komunitnej báze založených zariadení, akými sú spoločné domy, pestúnske zariadenia alebo nezávislé byty (por. Harris, White 2013). Na negatívne dopady vplyvu veľkých inštitúcií poukázal psychiater Russel Barton už v roku 1959 štúdiou *Institutional Neurosis* (1959). Podľa neho mnohé symptómy mentálnych porúch (najmä psychózy) nemajú fyziologický pôvod, ale sú dôsledkami dlhodobého pobytu v inštitúciách. Rezidenti takýchto inštitúcií vytvárajú pasívne (inštitucionalizované) správanie prispôsobením sa týmto rutinám, majú nedostatok významnejších aktivít (por. King, Raynes, Tizard 1971, in Zpráva ad hoc, 2009). Americký sociológ kanadského pôvodu Erving Goffman (1922-1982) ich nazval *totálnymi inštitúciami* (angl. total institutions). Charakterizuje ich ako „miesta pre bývanie a prácu, kde je väčšie množstvo podobne situovaných jednotlivcov izolovaných na dlhšiu dobu od širšej spoločnosti. Tu spolu vedú navonok uzatvorený, formálne spravovaný spôsob života“ (Goffman 1961, s. 11). Totálne inštitúcie utvárajú vlastnú kultúru a medzi jej hlavné charakteristiky patria (Gofman 1961; Cangár 2012; Pfeiffer 2013):

- *depersonalizácia* – odňatie osobného vlastníctva, znakov a symbolov vlastnej jedinečnosti a ľudskosti;
- *rigidná rutina* – pevne stanovený čas pre vstávanie, jedlo aj činnosti, nerešpektujúce osobné preferencie alebo potreby;
- *paušalizované liečebné a odborné postupy* – s ľuďmi sa zaobchádza skupinovo, bez rešpektovania súkromia alebo individuality;
- *sociálny odstup* – odlišné postavenie personálu a klientov, nevyvážený vzťah moci;
- *segregovanosť od lokálnej komunity* – excentrická poloha zariadení sociálnych služieb, odstup od lokálnej komunity a koncentrácia služieb na jednom mieste;

- *naučená pasivita* – získané pasívne správanie ľudí a ich bezmocnosť;
- *nedostatočne rozvinuté sociálne vzťahy*.

K inštitucionalizácii dochádza, keď sa súhrn pravidiel inštitúcie a očakávaných či akceptovateľných vzorcov správania stáva pre hladký priebeh služieb dôležitejší ako orientácia na individuálne potreby jednotlivcov. Inštitúcie potom vytvárajú na ľudí priamy alebo nepriamy tlak, aby sa ich potreby podriaďovali potrebám inštitucionálneho poriadku. Užívatelia takýchto služieb potom nemajú dostatočnú kontrolu nad svojimi životmi a nad rozhodnutiami, ktorá sa ich dotýkajú (Kritériá 2011).

Procesy deinštitucionalizácie majú zmeniť ústavnú (inštitucionálnu, rezidenciálnu) starostlivosť na komunitné služby zamerané na individuálne potreby klientov a ich sociálne začlenenie do bežného života, teda ide o individualizované sociálne služby v komunite. V jednotlivých štátoch Európskej únie (napr. Švédsku, Veľkej Británii), USA a na Novom Zélande začal tento proces už v 70. rokoch 20. storočia. Furmaníková (et al. 2013) zdôrazňujú, že deinštitucionalizácia neznamená len zmenu miesta poskytovanej služby, ale najmä apel na zmenu prístupu, ktorého základnými hodnotami majú byť vlastné rozhodovanie užívateľov služieb, individuálna voľba a možnosť žiť bežný život. Práve zahraničné skúsenosti ukazujú, že ak zmena miesta ubytovania a zlepšenie životných podmienok nie je sprevádzaná adekvátnou zmenou postupov a prístupov pracovníkov k užívateľom služieb (sú zachované pôvodné „inštitucionálne“ postupy), nedochádza k zlepšeniu osobných podmienok a životného štýlu užívateľov (Mansell, Ericsson 1996 In Furmaníková et al. 2013).

K podpore tohto procesu bola v EÚ zriadená *European Expert Group on the Transition from Institutional to Community Based Care* (Európska expertná skupina pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť). Jedným z jej dôležitých výstupov je dokument *Common European Guidelines on the Transition from Institutional to Community-based Care* (Spoločné európske usmernenia pre prechod z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť 2012). Dokument poskytujú praktické rady k procesu realizácie trvalého prechodu z inštitucionálnej starostlivosti na alternatívy pomoci v rámci rodiny a v komunite u jednotlivcov, ktorí v súčasnosti žijú v inštitúciách, a ďalej u osôb, ktoré žijú v komunite, ale často bez adekvátnej podpory.

Česká republika systémovo pristúpila k procesu deinštitucionalizácie sociálnych služieb v roku 2007, kedy prijala dokument „Koncepce podpory transformace pobytových sociálních služeb v jiné druhy sociálních služeb, poskytovaných v přirozené komunitě uživatele a podporující sociální začlenění uživatele do společnosti“ (Usnesení Vlády ČR ze dne 21. února 2007 č. 127). Podľa tohto dokumentu je hlavným cieľom aktivít transformácie zaistenie nástrojov, ktoré pomôžu zariadeniam sociálnych služieb smerovať vo svojom vývoji k poskytovaniu takých služieb, ktoré zodpovedajú individuálnym potrebám každého užívateľa a odborným trendom. Poskytovateľov sociálnych služieb je potrebné podporovať tak, aby sami transformovali svoju činnosť smerom k službám poskytovaným v prirodzenom prostredí, smerujúci k napĺňaniu individuálnych potrieb užívateľov (Pavelková 2014). V prípadoch, kde to nie je možné s ohľadom na situáciu užívateľov, je dôležité maximálne priblížiť ich pobyt životu v domácom prostredí.

Na Slovensku bol schválený prvý systémový dokument až v roku 2011, čiže s vyše 40 ročným oneskorením od svetového diania. Išlo o Vládou SR prijatú Stratégiu deinštitucionalizácie sys-

tému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti, na ktorú nadviazal *Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť* v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015. V úvode Stratégie sa uvádza: „Súčasné zameranie sociálnej politiky EÚ, ako aj aktuálny vývoj medzinárodnej ľudsko-právnej agendy zvýrazňuje potrebu zmeniť systém inštitucionálnej starostlivosti prevládajúci v podmienkach Slovenskej republiky – deinštitucionalizovať a transformovať ho na systém s prevahou služieb a opatrení poskytovaných v prirodzených spoločenstvách organizačne a kultúrne čo najviac podobných bežnej rodine, keďže nie je možné už naďalej ignorovať poznanie, že inštitucionálna starostlivosť s kolektívnym prístupom vedie nielen k traumám a negatívnemu vplyvu na zdravie a osobný rozvoj jednotlivca, ale vedie k sociálnemu vylúčeniu, bezmocnosti, pasivite a nemožnosti plnohodnotného občianstva.“ V súvislosti so situáciou v tejto krajine uvádza výstižne Krupa (2013, s. 16), že občan Slovenskej republiky nemôže byť umiestňovaný v segregovaných inštitucionálnych zariadeniach sociálnych služieb. Podmienkou jeho umiestnenia nemôže byť jeho schopnosť prispôsobenia sa pravidlám prevádzky, ale musí ísť o prispôsobenie podmienok prevádzky potrebám a životu ich prijímateľov.“ Do sociálnej legislatívy boli včlenené princípy deinštitucionalizácie zákonom č. 485/2013 Z. z., ktorým sa mení a dopĺňa zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách. Zmeny v zákone pritom predpokladajú, že deinštitucionalizácia nie je jednorazovým opatrením, ale plánovaným a pokračujúcim procesom reagujúcim na zmeny (Brichtová 2013).

Deinštitucionalizácia sociálnych služieb vyžaduje od profesionálov nielen zmenu myslenia, eticky senzitívnejší prístup ku klientom, ale aj používanie nových primeraných metód práce. Práve medzi ne môžeme zaradiť metódu case management, resp. care management.

2. Case management

Anglický výraz *case management* (prípadový manažment, vedenie prípadu) je používaný od 80. rokov 20. storočia v anglosaskom prostredí ako reakcia na deinštitucionalizáciu sociálnych služieb a na označenie toho, ako sociálny pracovník prispôsobuje sociálnu prácu klientovým potrebám. V tomto období začali byť na úkor ústavnej starostlivosti preferované formy neústavné a klient začal byť vnímaný ako aktívny partner pri rozhodovaní o vhodnej forme sociálnej starostlivosti (por. Matoušek 2008, s. 242). Barker (2003, s. 58) pri definovaní prípadového manažmentu zdôrazňuje, že ide o proces plánovania, hľadania a monitorovania služieb poskytovaných klientovi rozličnými organizáciami, zariadeniami a pracovníkmi. Zvyčajne má primárnu zodpovednosť za klienta jedna konkrétna organizácia, ktorá prostredníctvom prípadového manažéra (*case manager*) koordinuje služby poskytované klientovi. Z hľadiska porozumenia podstaty a významu case managementu je vhodnou cestou aj etymologická analýza. Ide o zložený anglický výraz z dvoch termínov – *case* (skrátene social case čiže sociálny prípad) a *management*. Manažment chápeme ako proces efektívneho dosahovania cieľov prostredníctvom ľudí. Manažment pritom neslúži len na podnikanie, ale uplatňuje sa aj v nepodnikateľských organizáciách, v ktorých je nevyhnutná racionalita konania i efektivita napĺňania cieľov a poslania (Mátel, Schavel 2013). „Sociálna činnosť, do ktorej patrí aj sociálna práca, nemôže prebiehať živelne. Platí pre ňu koncepčné stanovenie strategických cieľov dlhodobého sociálneho rozvoja, jeho plánovanie, organizovanie, vedenie konkrétnych sociálnych činností, koordinovanie sociálnej komunikácie, riadenie sociálnych

inštitúcií, organizácie sociálnych služieb atď.“ (Rehák In Strieženec 2006, s. 107). Sociálny prípad (angl. *social case*, nem. *Der soziale Fall*, resp. *einzelner Fall*, franc. *Le cas social*) je v histórii rozlične definovaný. Už Richmondová (1922) ako zakladateľka prípadovej práce upozorňovala na nesprávnu prax, prevzatú sociálnymi pracovníkmi od lekárov, keď sú osoby v profesionálnej starostlivosti nazývané „prípadmi“. (Sociálnym) prípadom je pre sociálneho pracovníka konkrétna sociálna udalosť alebo problém, v ktorom sa jedinec, skupina alebo komunita nachádzajú. Nemožno ňou však označovať samotnú osobu, pre ktorú sociálna práca používa označenie „klient“. Napriek týmto výhradám sa pod „prípadmi“ nezriedka v praxi rozumeli a označovali samotní klienti, dôsledkom čoho bol vo Veľkej Británii výraz opustený a nahradený care managementom.

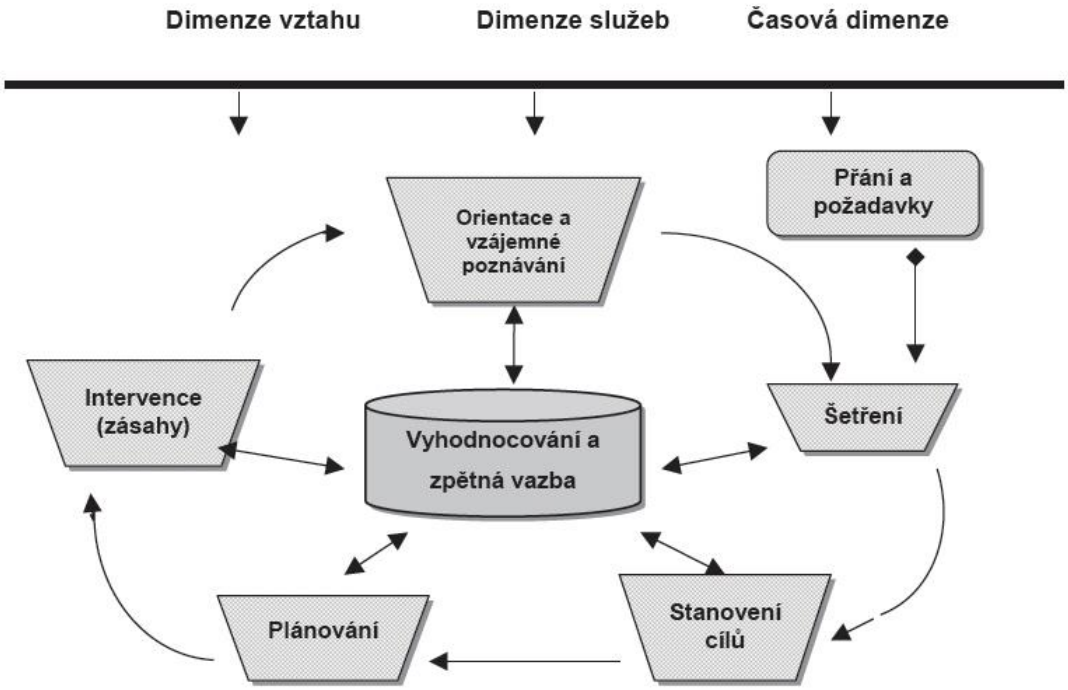
Aktérom prípadového manažmentu je prípadový manažér. V tomto príspevku ho nechápeme ako samostatnú profesiu, ale ako špecifickú rolu, ktorá sa realizuje v rámci profesie. Predpokladom by malo byť, že case manager je zároveň odborným pracovníkom, napr. sociálnym pracovníkom, ošetrovateľkou a pod. V Spojených štátoch amerických sa preto špecifikuje *social work case management*, čiže prípadový manažment v sociálnej práci. Podľa najnovších štandardoch americkej Národnej asociácie sociálnych pracovníkov ho môže realizovať len osoba, ktorá má minimálne bakalárske vzdelanie v odbore sociálna práca, čo je zároveň minimálnym kvalifikačným predpokladom pre výkon tejto profesie v danej krajine. Okrem toho musí spĺňať požiadavku licencie alebo certifikáciu (v závislosti od požiadaviek konkrétneho štátu), musí mať praktické skúsenosti a ovládať zručnosti potrebné na výkon prípadového manažmentu sociálnej práce. Požadovanými vedomosťami sú súčasné teórie sociálnej práce, prax založená na dôkazoch, sociálno-historický kontext, znalosť sociálnej politiky, výskumu a metód evaluácie, ktoré sú potrebné pre kvalitné vykonávanie case managementu (NASW 2013). Medzi typické znaky a princípy prípadového manažmentu môžeme zaradiť nasledovné:

- v centre pozornosti stojí klient – teda nie inštitúcia – ktorého potrebám sa prispôsobujú všetky služby, aby mu boli „šité na mieru“;
- rešpektuje sa autonómia a právo na sebaurčenie klienta, prípadový manažér môže koordinovať a riadiť intervenciu, ale nie klienta; tento má rozhodovaciu právomoc vo všetkých fázach procesu pomoci;
- deinštitucionalizácia pomoci – pokiaľ je to možné, uskutočňuje sa manažment prípadu mimo rezidenciálnych (pobytových) zariadení;
- holistický a komplexný prístup – klient je vnímaný v jeho biologickej, psychickej, sociálnej, kultúrnej a spirituálnej integrite, preto aj služby sú vnímané komplexne, nie izolovane; pomoc sa nezameriava len na slabé stránky (sociálnu patológiu, psychopatológiu), ale na posilňovanie silných stránok klienta;
- spolupracujúci (kolaboratívny) prístup, čoho praktickou konsekvenciou je
  - ✓ multidisciplinárna a interprofesijná spolupráca s lekármi (vrátane špecialistov, napr. psychiatrami), inými zdravotnými pracovníkmi, psychológmi, psychoterapeutmi, políciou apod. – táto prebieha v partnerstve, nie konkurencii;
  - ✓ spolupráca s rozličnými organizáciami a kolegami, ktorí sa podieľajú na podpore klienta;

- systémové prístupy – v nadväznosti na práce Allena Pincusa a Anne Minahanovej (1980, s. 105) môžeme identifikovať nasledovné systémy s ktorými prípadový manažér pracuje:
  - ✓ *Klientsky systém* – základným východiskovým sociálnym systémom je rodinný systém klienta s ktorým prípadový manažér intenzívne spolupracuje. Spolu s priateľmi, známymi klienta, záujmovými spolkami, náboženskou komunitou ona tvorí aj základ osobnej záchrannej siete klienta, ktorá zohráva v jeho živote dôležité miesto. Case manager preto aktívne pracuje s celým klientskym systémom. Dôraz sa dáva aj na komunitné zdroje.
  - ✓ Systém „change-agent" (doslova „sprostredkovateľ zmeny") – patria sem organizácie, v ktorých sú sociálni pracovníci resp. prípadoví manažéri zamestnaní s ich vlastnými štruktúrami, pravidlami a organizačnou kultúrou. Pre klienta je case manager kľúčovou osobou. Vzťah medzi nimi je dôležitou súčasťou procesu pomoci.
  - ✓ *Cieľový systém* – ľudia alebo organizácie na ktoré musí systém „change agent" vplývať, aby sa naozaj dosiahla vytýčená zmena sociálneho prípadu. Samotný systém klienta nemusí byť vždy ústredným predmetom zmeny, môže ísť aj o zmenu sociálneho prostredia, sprístupnenie služieb a pod.
  - ✓ *Akčný systém* – multidisciplinárna sieť pomáhajúcich profesií (napr. všeobecní a odborní lekári, zdravotné sestry, sociálni pracovníci, opatrovateľky, psychológovia, duchovné povolania, polícia, právnici a pod.) a inštitúcií s ktorými prípadový manažér spolupracuje za účelom zvyšovania kvality života klienta. Case manager je v role koordinátora akčného systému (tímu).
- systém je utváraný problémom – neplatí, že klient alebo rodina vytvára problém, ale naopak systém je vytvorený kvôli problému. Case manger sa stáva súčasťou tohto systému bez akýchkoľvek privilégií (väčšia nezávislosť alebo vyššia pozícia), je odborníkom skôr na proces, cieľom je, aby problémový systém mohol byť „rozpustený" (por. Nepustil 2011);
- posudzovanie – case manager sa v rámci klientovho systému zaoberá získavaním informácii, aby klientovi pomohol s identifikovaním cieľov, silných stránok a zmien (por. NASW 2013);
- koordinovanosť – prípadový manažér koordinuje, resp. klientovi pomáha s plánovaním, prípravou, realizáciou a monitorovaním intervenčných stratégií;
- sprostredkovávanie služieb – case manager je v roli brokera, ktorý pomáha spájať klienta s komunitnými zdrojmi alebo službami;
- advokácia – v prípade potreby case manager pomáha klientovi s ochranou jeho práv a pomáha mu s prístupom k zdrojom alebo službám na mikro, mezo a aj makro úrovni; prípadne sú budované efektívne koalície v prospech skupín klientov;
- činnosti a techniky – z hľadiska použitých nástrojov sú využívané najmä individuálne rozvojové plány, sociálne posudky, správy, prípadové konferencie;
- evaluácia – súčasťou je pravidelné vyhodnocovanie, monitorovanie (ne)zrealizovaných zmien, pokroku, overovanie efektívnosti poskytovaných intervencií, kontrola výsledkov plnenia čiastkových úloh a poskytovaných zdrojov pomoci. Táto sa realizuje so všetkými členmi systému;
- úspora (finančných) prostriedkov – ide v ňom aj o zefektívnenie a optimalizovanie služieb.

Prípadový manažér ako sociálny pracovník je pritom schopný samostatne zrealizovať sociálne posudzovanie klienta, poskytnúť rôznorodé formy sociálnej intervencie (napr. poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu, nácvik komunikačných a iných sociálnych spôsobilostí a pod.), koordinovať prípravu, realizáciu a vyhodnocovanie individuálneho rozvojového plánu klienta. Hanzalíková (2012) uvádza, že individuálne rozvojové plány pritom zahŕňa šesť oblastí, kde môže prípadový manažér pomôcť k skvalitneniu života klienta: komunitný život, osobný rast a výkon, individuálna kontrola, práva a dôstojnosť, osobná prosperita a vzťahy.

Z hľadiska procesu je case management veľmi blízky komplexnému prístupu psychosociálnej rehabilitácii (KoPPR), ktorý môžeme podľa holandských odborníkov Wilkena a Hollandera (1999) cyklicky znázorniť nasledovne:



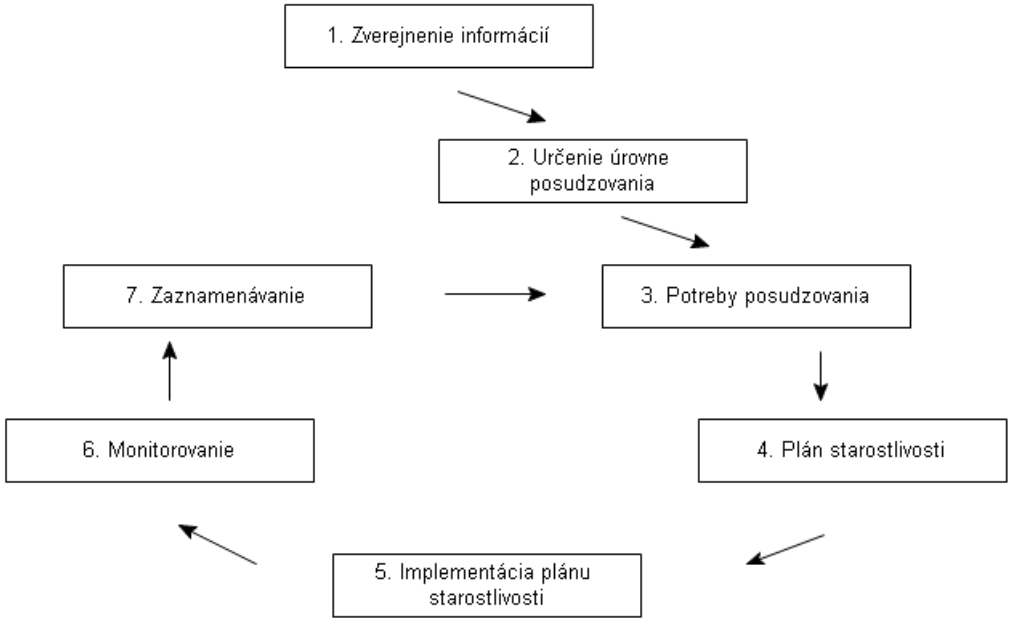
Obr. 1 Fázy procesu KoPPR Zdroj: Wilken, Hollander 1999, s. 62

Krajinou pôvodu case managementu je USA, kde sa rozvinul v 70. rokoch 20. stor. v súvislosti s deinštitucionalizáciou sociálnych služieb a antipsychiatrickým hnutím. V praktickej podobe sa rozvinul do rôznorodých foriem v ďalších krajinách, hlavne anglosaských, ako je Veľká Británia, Nový Zéland alebo Austrália. V Spojených štátoch sa zameriava najmä na pôsobenie prípadových manažérov pri poskytovaní služieb individuálnym klientom, hoci sa môže používať aj pri práci so skupinami, rodinami, organizáciami a komunitami. Služby sociálneho case managementu sú poskytované takmer všetkými agentúrami a organizáciami, ktoré poskytujú priame služby (direct services) občanom (Hanzalíková 2012). V Británii bol veľmi úzko spojený s reformami komunitnej starostlivosti (community care reforms) v 90. rokoch 20. storočia. Cieľom bolo posilniť štátne zdravotníctvo (National Health Trust) organizované zdravotnými úradmi o aktivity sociálnych služieb. Išlo pritom aj o zlepšenie financovania cez systém spoločné integrovaného plánovania zdravotníckych a sociálnych služieb. V zásade išlo o vytvorenie trhovej situácie rozdelením štátneho zdravotníctva na časť nakupujúcej služby pre populáciu v spádovej oblasti a časť, ktorá poskytuje služby na základe zmluvy (Stuchlík 2001). Práve dobrý case management, spolu s náležitým

posúdením potrieb klientov, mali patriť ku kľúčovým predpokladom zvyšovania kvality poskytovaných služieb, vrátane jeho zodpovednosti za stratégiu a účelnejšie financovanie. Szotáková uvádza rozdiel medzi americkým a britským modelom case managementu v tom, že v prvom ide primárne o koordináciu služieb a sprevádzanie klientov pri ich užívaní, v druhom ide najmä o hospodárenie v rámci prípadu a zmluvné zaisťovanie služieb (In Nepustil et al. 2013). Musil, v nadväznosti na Dustinovú (2007), uvádza v tejto súvislosti hospodárenie v rámci prípadu, čiže nakupovanie sociálnych služieb z verejného rozpočtu za účelom uspokojovania uznateľných potrieb spotrebiteľa pri prijateľných nákladoch na získanie daných služieb na trhu (Matoušek et al. 2013, s. 131). Do Českej republiky deinštitucionalizačné a antipsychiatrické prúdy v 70. rokoch neprenikli a o case managemente sa začalo hovoriť až v polovici 90. rokoch 20. stor., teda minimálne s viac ako dvadsaťročným oneskorením za západným svetom. Najaktívnejšou bola v ČR v tomto smere nezisková organizácia Fokus, ktorá vytvorila niekoľko tímov prípadových manažérov, z ktorých niektorí úspešne fungujú dodnes (Stuchlík 2001, In Nepustil 2011). V nemecky hovoriacich krajinách sa case management prekladá ako Fallmanagement. Používa sa však v oboch jazykových podobách, teda aj v anglickej pôvodine. V Hannoveri existuje aj akadémia pod názvom Deutsche Akademie für Fallmanagement. Na nemeckom trhu sociálnej práce sa však nepoužíva ako populárna metóda, skôr zbytočná pre sociálny štát.

3. Care management

V Británii case management pomerne rýchlo ustúpil a bol nahradený konceptom a výrazom care managementom. Išlo o dôsledok dôrazu užívateľov služieb, že nie sú žiadne „prípady“, ktoré má niekto manažovať. Samotní klienti zdôrazňovali, že manažované majú byť skôr služby. Care management je integrovaný a cirkulárny proces v ktorom, sú identifikované jedinečné potreby jednotlivcov v rámci dostupných zdrojov (Harris, White 2013).



Obr. 2 Proces care managementu Zdroj: Harris, White 2013, s. 53

Koncept care managementu bol vyvinutý v Severnej Amerike. Jeho podstatou je prispôsobovanie služieb individuálnym potrebám klientov. Títo sú vnímaní ako jedinečné osoby. V centre pozornosti stojí skôr klient so svojimi potrebami než samotná služba Akcentovaný je holistický prístup. Harris a White (2013) pod označením care manager označujú sociálneho pracovníka alebo výnimočne aj iného profesionálneho pracovníka, ktorý je zodpovedný za vykonávanie care managementu. Z tohto je evidentné, že pri care managemente ide primárne o zmenu terminológie vo Veľkej Británii, pričom sú akcentované tie isté princípy, ktoré sa stali súčasťou aj staršieho case managementu.

V nemecky hovoriacich krajinách Rakúsku, Nemecku a Švajčiarsku sa udomácnil tzv. Pflegemanagement, čomu zodpovedá skôr Care management. Pflegemanagement je personálne a organizačné riadenie v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré poskytujú služby starostlivosti chorým ľuďom, alebo ľuďom s obmedzeniami, s telesným, alebo mentálnym postihnutím (Kämmer 2008). Pflegemanagement je jednou z oblasti sociálneho manažmentu. V súčasnosti sa objavuje na odborných vysokých školách pre študijné odbory v odbornej oblasti orientovanej na prax opatrovateľskej a ošetrovateľskej vedy. Štúdium je smerované pre skúsených odborných pracovníkov v ošetrovateľskej a/alebo opatrovateľskej starostlivosti, ktorí sú v riadiacich pozíciách. Zaujímavosťou je to, že prihlásiť sa na toto štúdium je možné, aj bez predchádzajúceho ukončeného štúdia v ošetrovaní, či opatrovaní (Eisenreich 2002). Nemecká asociácia Deutsche Pflegerat sa snaží o akademizáciu v opatrovateľskej a ošetrovateľskej starostlivosti, ktorá by sa mala uskutočniť do roku 2020. K základným témam vzdelávania sú najčastejšie zaraďované:

- etika v sprevádzaní a v starostlivosti,
- tvorba zmysluplných organizačných štruktúr,
- tvorba odborných procesov starostlivosti (ošetrovateľským opatrovateľský, terapeutický a i.),
- správne určovanie stupňov závislosti,
- vedenie a riadenie,
- personálny rozvoj a perspektívy ďalšieho vzdelávania,
- manažment času,
- komunikačné procesy,
- manažérstvo kvality a riadenie rizík,
- manažment sťažností a kontrola ošetrovateľskej a opatrovateľskej starostlivosti.

Hlavnou perspektívou pre štúdium Pflegemanagement(u) je tzv. „Pflegeprofis“ – „profesionáli v starostlivosti“, ktorí získajú zručnosti potrebné k prevzatiu zodpovednosti za riadenie sociálnych služieb. Zaujímavosťou sú odborné organizácie, ktoré združujú vyšší a stredný manažment. Dôležitou organizáciou pre Pflegemanagement je spolok BALK (Bundesarbeitsgemeinschaft Leitender Pflegepersonen), ktorý sa v roku 2012 premenoval na Bundesverband Pflegemanagement.

Najnovšie výskumné príspevky a štúdie v oblasti care a case managementu bývajú publikované v Care management journals s podtitulmi Journal of Case Management. The Journal of Long Term Home health Care, ktorý vychádza štvrťročne a vydáva ho Springer Publishing Company, LLC, New York (tohto roku vychádza už 15. ročník).

Záver

Deinštitucionalizácia resp. transformácia sociálnych služieb v SR a ČR a metódy case managementu resp. care managementu majú viacero spoločných znakov. Z etickohodnotového hľadiska sú založené na plnom rešpektovaní základných ľudských práv, medzi ktoré patrí aj právo žiť nezávisle v rámci spoločnosti a právo na sebaurčenie. Jeho dôsledkom je aj rozhodovacia právomoc. Sem patrí aj možnosť zvoliť si miesto pobytu (kde a s kým žiť) a vybrať si služby podľa vlastnej potreby. Ide pritom o koordinovanú pomoc klientovi podľa jeho individuálnych potrieb. Efektivita a kvalita sociálnych služieb musia byť garantované (por. Krupa 2013). Východiskom pre tieto služby má byť prirodzené domáce prostredie alebo v nevyhnutných prípadoch zariadenie komunitného typu, ktoré sa mu čo najviac približuje.

Využitie case / care manažmentu je možné pri viacerých cieľových skupinách a rozličných formách sociálnych služieb, akými sú seniori, osoby so zdravotným postihnutím, psychickými poruchami, nezamestnanými, chudobnými rodina, závislými, migrantmi, pri dlhodobej starostlivosti, pri práci s deťmi a rodinami, vo vzdelávaní, v nápravnej starostlivosti, zdravotníckych službách, pri problémoch s bývaním, službách vojnovým veteránom, apod. (por. NASW 2013).

Literatúra

BARKER, R. L. *The Social Work Dictionary.* 5th Ed. Washington, DC : NASW, 2003. ISBN 0-87101-355-X.

BARTON, R. *Institutional neurosis.* Bristol : John Wright, 1959. ISBN sine.

BRICHTOVÁ, L. Novela zákona o sociálnych službách a proces deinštitucionalizácie. *Integrácia*, 2013, č. 1-2, s. 29-33. ISSN 1336-2011.

CANGÁR, M. Východiská deinštitucionalizácie systémov sociálnej starostlivosti vo vybraných krajinách Európy a v Slovenskej republike. In MÁTEL, A.; ROMAN, T.; JANECHOVÁ, L. (eds.) *Aplikovaná sociálna politika.* Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2012, s. 32-41. ISBN 978-80-8132-061-3.

EISENREICH, T. *Handbuch Pflegemanagement*. Neuwied : Hermann Lucherhand Verlag, 2002. ISBN 3-472-04841-7.

FURMANÍKOVÁ, L.; HAVRDOVÁ, Z.; TOLLAROVÁ, B.; VRZÁČEK, P. K fenoménu vůdcovství: kým a jak je iniciován a veden proces transformace pobytových sociálních služeb. *Sociální práce / Sociálna práca*, 2013, roč. 13, č. 1, s. 49-60. ISSN 1213-6204.

GOFFMAN, E. Asylums: essays on the social situation of mental patients and other inmates. New York : Anchor Books, 1961.

HANZALÍKOVÁ, V. Behavioral modification and the practical use of Case management. In TRUHLÁŘOVÁ, Z.; LEVICKÁ K. (eds) *Od teorie k praxi / od praxe k teorii.* Hradec Králové : Gaudeamus, 2012, s. 488-493. ISBN 978-80-7435-138-9.

HARRIS, J.; WHITE, V. *Oxford Dictionary of Social Work & Social Care.* Oxford : University Press, 2013. ISBN 978-0-19-954305-2.

KÄMMER, K. *Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen.* Hannover : Pflege Schlüterssche, 2008. ISBN 978-3-89993-138-9.

KING, R. D.; RAYNES, N. V.; TIZARD, J. Patterns of residential care: Sociological studies in institutions for handicapped children. London : Routledge and Kegan Paul, 1971.

Kritéria komunitní sociální služby. Praha : Národná centrum podpory transformace sociálních služeb, 2012. Dostupné z: https://forum.esfcr.cz/upfiles/documents/70/4c/704c42d5-4c20-46f4-b861-e81d658c59ab/kriteriakomunitnisocialnisluzby.pdf [07-03-2014]

KRUPA, S. Deinštitucionalizácia sociálnych služieb z pohľadu teórie sociálnej práce. *Integrácia*, 2013, č. 1-2, s. 8-16. ISSN 1336-2011.

MÁTEL, A.; SCHAVEL, M. *Teória a metódy sociálnej práce I.* Bratislava : SPRSP, 2013. ISBN 978-80-971445-1-7.

MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce.* 2. vyd. Praha : Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.

MATOUŠEK, O. A KOL. *Encyklopedie sociální práce.* Praha : Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7.

NASW *Social Work Case Management.* Washington : NASW, 2013.

NEPUSTIL, P. Případové vedení / case management ve světle postmoderního kolaborativního přístupu. *Sociální práce / sociálna práca*, 2011, roč. 11, č. 1, s. 74-80. ISSN 1213-6204.

NEPUSTIL, P.; SZOTÁKOVÁ, M. A KOL. *Case management se zotavujícími se uživateli návykových látek.* Praha : Úřad vlády ČR, 2013. ISBN 978-80-7440-076-6.

PAVELKOVÁ, J. Finanční gramotnost. *Slovenská revue pre verejnú politiku a verejnú správu*, 2014, vol. 1, no 1, p. 37-52. ISSN 1339-5637.

PFEIFFER, J. Odkud přicházíme, kde jsme a kam směřujeme v procesu deinstitucionalizace v regionu post-komunistické Evropy. *Integrácia*, 2013, č. 1-2, s. 21-25. ISSN 1336-2011.

PINCUS, A.; MINAHAN, A. *Social Work Practice: Model and Method.* Itasca, IL : F.E. Peacock, 1973.

PREUSS, K.; GORDEEVA, A. V. 2012 *Strategické řízení v organizacích zdravotních a sociálních služeb.* Brno : Econ publishing, 2012. 246 s. ISBN 978-80-86433-56-1.

RICHMOND, M. E. *What is Social Case Work?* New York : Russell Sage Foundation, 1922.

Stratégia deinštitucionalizácie systému sociálnych služieb a náhradnej starostlivosti v Slovenskej republike. Bratislava : MPSVaR SR, 2011.

STRIEŽENEC, Š. *Teória a metodológia sociálnej práce.* Trnava : Tripsoft. ISBN 80-969390-4-1.

STUCHLÍK, J. *Asertivní komunitní léčba, case management.* Praha : Fokus a Centrum pro rozvoj péče a zdraví, 2001.

WILKEN, J. P.; HOLLANDER, D. *Komplexní přístup k psychosociální rehabilitaci*. Výukový modul Komunitní psychiatrie v praxi. Projekt MATRA III. Bilthoven : STORM rehabilitatie, 1999.

ZÁKON NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v z. n. p.

Zpráva Ad-hoc expertní skupiny o přechodu z institucionální na komunitní péči. 2009. Dostupné z: www.mpsv.cz/files/clanky/8387/Zprava-Ad-hoc-expertni-skupiny.pdf [01-03-2014].

Kontakt na autory

doc. PhDr. ThDr. Andrej Mátel, PhD., mim. prof.

PhDr. Mária Kovaľová, PhD.

Mgr. Rastislav Galbavý

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety
Nám. 1. mája č. 1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
✉ andrej.matel@gmail.com

VLIV INTERGENERAČNÍHO MANAGEMENTU NA KVALITU ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽEB

INTERGENERATION MANAGEMENT IMPACT ON THE QUALITY OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

Jan Lojda[2]

We do not live so long, to learn only from our own experience.

Eleanor Roosvelt

Abstrakt

Příspěvek se zabývá využitím sdílení znalostí, dovedností a kompetencí mezi různými věkovými kategoriemi zaměstnanců a dopady tohoto sdílení na kvalitu zdravotních a sociálních služeb. Příspěvek vychází z projektu EU "Intergenerační portfoliový management" jehož pilotní fáze byla ověřena ve zdravotnických institucích v několika evropských zemích včetně České republiky (fakultní nemocnice Brno Bohunice). V příspěvku se autor zaměřuje nejen na výhody a přínosy práce s lidskými zdroji pomocí E-potfolií a mezigeneračního sdílení zkušeností, ale zabývá se taky způsobem implementace a využití tohoto způsobu zvyšování efektivity a kvality práce ve zdravotnictví a sociálních službách. Smyslem příspěvku je otevřít prostor pro diskuzi o cestách zvyšování kvality zdravotnických a sociálních služeb pomocí zkvalitnění práce samotných zaměstnanců. Výhoda tohoto přístupu, založeného na tvorbě vlastního E-portfolia a intergenerační výměně zkušeností je mimo jiné také v tom, že se zabývá uspokojením z práce jako jedním z motivačních faktorů pro zvyšování efektivity a produktivity práce.

Klíčová slova

Intergenerační management, aging management, E-portfolio, kvalita služeb, motivace, sdílení zkušeností.

Abstract

The paper deals with the different ways of sharing knowledge, skills and competences among the different age, gender and social categories of employees, namely in social and health care services. The contribution is emerging from the EU project „Intergeneration portfolio management" which was tested in the hospitals in more European countries including Czech Republic. The author brings reflection on possible implementation of intergeneration sharing

[2] doc. Ing. Jan Lojda, CSc. MBA, prezident ČADUV, prorektor BIVŠ Praha, evaluátor ECBE.

of experience. The basic advantage of this methodology is also in the accepting importance and role of motivation factors for the effectiveness and productivity of labor.

Key words

Intergeneration management, aging management, quality of services, sharing experience.

Úvod

A. Intergenerační portfoliový management

Intergenerační portfoliový management (IPM) je proces pro vývoj portfolia znalostí, dovedností a kompetencí na základě partnerství mezi zkušenějšími a méně zkušenými pracovníky, což často představuje vztah mezi mladšími a staršími pracovníky. Cílovou skupinou tohoto evropského projektu, financovaného v rámci programu Leonardo, jsou zdravotní sestry a zdravotní asistenti, kteří pracují ve zdravotnictví v Rakousku, České republice, Řecku, Velké Británii a v Holandsku.

B. Nová dimenze

Většina zdravotnických odborníků v Evropě má kompetenční rámec, který vychází z jejich klíčových profesionálních znalostí, dovedností a porozumění, které jim umožňují naplňovat požadavky na ně kladené v zaměstnání. Existuje také oceňovací systém založený na diskuzi s jejich nadřízeným, a který se týká jejich výkonnosti, dalšího vzdělávání a potřeb odborného a osobního rozvoje. Projekt IPM ukazuje, že proto, aby byla práce vykonávána dobře je vedle odborných kompetencí třeba vnímat také význam osobních dovedností a kvalit.

Projekt IPM přináší novou dimenzi a nabízí jedinečný nástroj jak využít přednosti a slabiny jednotlivce, společně s životními hodnotami, postoji a zkušenostmi, které ovlivňují pohled zdravotních sester na jejich práci a umožňují jim ji vykonávat. Nabízí zdravotním sestrám příležitost diskutovat v důvěrném prostředí o problémech se svými kolegyněmi, které mohou vyznávat jiné hodnoty a mít jinou životní zkušenost.

Projekt IPM jim umožňuje si uvědomit skutečnosti, o kterých se domnívají, že jsou důležité proto, aby mohly svoji práci vykonávat rády a dobře. Tyto skutečnosti mohou zahrnovat širokou škálu dovedností a zkušeností, další vzdělávání a celý systém a kontext jejich pracoviště.

Jako výsledek těchto diskuzí a postupného učení sestavují zdravotní sestry své osobní portfolio a zjišťují, jak je pro ně důležité si svoje přednosti uvědomovat. Nejedná se pouze o jejich profesní životopis, tedy historii absolvovaných škol, školení a odborných zkušeností. Osobní portfolio jim dovoluje se popsat jako ucelenou osobnost a zahrnuje veškeré informace, o který se domnívají, že jsou důležité proto, aby je jejich práce bavila a dělaly ji rády.

Během procesu učení, který v rámci projektu IPM absolvují, mohou zdravotní sestry také objevit některé pracovní úkony, které by mohly být dělány lépe, efektivněji nebo být změněny tak, aby je sama práce více uspokojovala. Osobní portfolio jim nabízí vynikající základnu pro

diskuzi jak mezi jednotlivými sestrami, tak mezi sestrami a jejich nadřízenými, pro další plánování jejich dalšího vzdělávání a osobního rozvoje.

1. Význam metody

Pilotní fáze projektu ukázala, že skutečně existují významné důvody, aby pracovníci s rozhodovací pravomocí iniciovali procesy, které jsou obsahem projektu IPM. Jsou zde výhody pro organizaci a také úspory nákladů ve smyslu úspor pracovního času zdravotních sester.

Není možné ovšem zapomenout, že odpovědi na tyto otázky závisí v mnoha případech na souvislostech daných vlastním pracovištěm. V některých případech, kdy evaluace práce a vzájemná zpětná vazba není běžná, to může být právě projekt IPM, který funguje v první fázi jako nástroj na iniciování komunikace. V jiných případech, kde kompetenční rozvoj patří ke všeobecně užívané praxi, projekt IPM skutečně přispívá k vývoji strategie pro rozvoj lidských zdrojů.

To znamená, že projekt IPM představuje flexibilní proces, který může být používán v rozdílných situacích a souvislostech. Proto je důležité na počátku identifikovat jasně cíle pro každé konkrétní pracoviště tak, aby přidaná hodnota k existujícím hodnotícím procesům nabídla další reálné možnosti pro profesionální hodnocení zaměstnanců. Ve smyslu zvyšování efektivnosti vytváří projekt IPM prostor pro zahájení komunikace mezi zdravotními sestrami a mezi zdravotními sestrami a jejich nadřízenými. Současně je tak stimulována i vlastní organizace, aby debatovala o způsobech hodnocení lidských zdrojů a jejich kompetenčním rozvoji.

Práce na osobním portfoliu je velmi praktickou činností, která stimuluje diskuzi o vlastních znalostech, dovednostech a postojích, ale také o vlastním obrazu a představách jak mě vidí ostatní. Zajímáme se skutečně o to, kdo jsme a jací jsme? Nebo se obáváme kritiky nebo jiných důsledků. Zde projekt IPM počítal s problémem, že zdravotní sestry nebudou chtít, aby s jejich osobním portfoliem byla seznámena organizace a vše co v něm je uvedeno bylo považováno jako důvěrné. Proto, aby byl projekt IPM v organizaci úspěšný je zapotřebí, aby existoval plán rozvoje lidských zdrojů. Hodnota portfolia je ještě v dalším vyjádření. V současné době nelze vykonávat práci bez znalosti práce s počítači a počítače hrají v práci zdravotních sester stále větší roli a jejich obsluha je součástí jejich profese. To samozřejmě neznamená, že zdravotní sestry samy musí mít nutně všechny dovednosti práce s počítačem. Přenos osobních dat po síti představuje stále ještě hrozbu danou možností jejich zneužití.

Jako předběžný závěr je možné říci, že projekt IPM může v mnoha směrech organizaci napomoci, ale vyžaduje to dostatečnou podporu ze strany nadřízených, kteří by si měli uvědomit výhody sdílení informací uvedených v osobních portfoliích jako výhodu pro svoji personální práci. Největším přínosem projektu IPM tak může být spoluúčast na vytváření a změně kultury organizace směrem k otevřenější a sdílné sociální komunitě. Pro úspěšnost takových procesů je významné nejen zapojení zdravotních sester, ale celé nemocnice, jako jsou lékaři, technický personál atd.

Náklady projektu IPM závisí na konkrétní situaci, ale mohou být nízké, protože projekt IPM lze vnímat jako součást rozvoje lidských zdrojů v organizaci. Nejdůležitějším faktorem pro

uplatnění projektu IPM je dostatek času. Dobře promyšlené procesy implementace projektu mohou být rozhodujícím faktorem jak na něj získat čas. Minimální potřeba času představuje zatížení představované třemi nebo čtyřmi schůzkami po dvou až třech hodinách v průběhu přibližně poloviny kalendářního roku pro každou zdravotní sestru. Dále je potřeba počítat se dvěma až třemi hodinami měsíčně, které zdravotní sestry stráví vzájemnými diskuzemi a inovacemi svých osobních portfolií. Pro nadřízené pracovníky pak projekt IPM představuje časovou zátěž ve formě ustavení dvojic sester a vytvoření správných vzájemných relací a interakcí. Čím jasněji jsou definována očekávání z práce dvojic, tím snadněji bude dosaženo vyšší efektivnosti projektu IPM. Výhody pro organizaci mohou být identifikovány na různých úrovních počínaje zdravotními sestrami a zdravotními asistenty, dále také staničními sestrami, dalšími nadřízenými pracovníky, řediteli/primáři oddělení a koordinátory rozvoje lidských zdrojů. V konečné podobě pocítí výhody celá organizace a v důsledku toho se zlepší péče o pacienty.

2. Souvislosti

Původně jsme představili projekt IPM jako nástroj rozvoje lidských zdrojů s cílem podpořit starší zdravotní sestry a udržet je v zaměstnání v nemocnici formou využití jejich bohatých pracovních zkušeností. Jako výsledek pilotní fáze jsme se přesvědčili, že existují i jiné cesty jak uvést projekt IPM do života a jak zdůraznit všeobecné výhody pro zdravotní sestry nebo zdravotní asistenty, kteří pracují společně.

Popsali jsme projekt IPM jako proces tvorby portfolia znalostí, dovedností a kompetencí získaných na základě partnerství mezi méně a více zkušenými spolupracovníky, často mezi mladšími a staršími. První otázka by mohla být, jaké výhody by projekt IPM mohl přinést vaší organizaci. Odpovědi mohou být různé, ale v každém případě mohou napomoci identifikovat jak a čím projekt IPM přispěje k naplnění strategie a cílů vaší organizace.

Například budete chtít vytvořit vyrovnanější vztah mezi věkovými skupinami a různými zkušenostmi zaměstnanců ve vaší organizaci. Nebo se budete chtít vyhnout syndromu vyhoření u zkušenějších zdravotních sester. Může být, že pro začátek budete chtít pouze zlepšit komunikaci mezi různě starými zaměstnanci s různými zkušenostmi. Také můžete chtít zlepšit váš systém řízení lidských zdrojů. Nebo budete chtít iniciovat proces oceňování výkonů pomocí práce s portfoliem. Stejně tak můžete chtít implementovat jenom tvorbu osobních portfolií. Toto všechno jsou dobré důvody, aby jste použili projekt IPM jako nástroj ve vaší organizaci.

Ovšem ve všech těchto případech zavádění nebo implementace projektu IPM se bude vždy jednat o část procesu změny firemní kultury ve vaší organizaci. Zjistili jsme také, že se někdy objevuje rozdíl mezi organizačními pravidly a každodenní praxí. V evropských pravidlech pro zaměstnance ve zdravotnictví se často vyžaduje přístup zaměřený na pacienta, s vysokou kvalitou nabízené péče, bez ohledu na věk, jako kladný výstup řízení lidských zdrojů v nemocnicích. Běžná jsou také omezení a výzvy dané samotným zdravotním systémem jako jsou například: financování, privatizace, kvalita řízení, nízká úroveň mezd (zvláště u nízko postavených zaměstnanců), špatná komunikace a těžkopádný vrcholový management.

V těchto souvislostech nabízí projekt IPM vytvoření relace mezi pravidly a praxí. Projekt IPM se může stát nástrojem, který označí problémy a výzvy v organizaci a dokáže je propojit.

Je třeba ověřit, zda projekt IPM není v rozporu s jinými praktikami a zkušenostmi ve vaší organizaci. Například dřívější negativní zkušenost s mentorováním může vytvořit bariéru při implementaci projektu IPM. Všechny tyto očekávané problémy je třeba vyřešit v předstihu. Na základě předchozí pečlivé analýzy mohou být procesy projektu IPM přizpůsobeny, vyvinuty a navrženy tak, aby zlepšovaly činnost vaší organizace a dosáhly tak, aby pracovala efektivněji.

V každém případě platí, že aby jste mohli zlepšit činnost vaší organizace je doporučeno vytvoření plánu na provedení změny a sestavit novou strategii. Projekt IPM bude efektivní, pokud se stane součástí širší strategie, která bude zaměřena na realizaci změn v organizaci, protože projekt IPM není sám o sobě nástrojem na řízení změny. Organizační změna obsahuje jak obsahovou tak procesní dimenzi. Lze například využít přístup, kdy představíte projekt IPM na příkladu funkcionálně vytvořené organizační struktury ve zdravotním sektoru. Zcela jinak můžete projekt IPM uvést zdravotní pojišťovně, pro kterou je důležitá distribuce produktů a pracuje s tržními segmenty. Jedná se tedy o zcela odlišné přístupy, které můžeme uplatnit při jeho propojování s existující organizační strukturou. Odlišnosti bychom nalezli i na různých úrovních řízení. Ovšem standardní procesy řízení změny zůstávají vždy stejné a to je základní podobnost všech změn prováděných napříč organizací, průmyslovými podniky a organizacemi, které změnu považuji za svůj hlavní předmět činnosti v oblasti odborné praxe.

3. Zkušenosti

A. RAKOUSKO

Partnerská organizace

EURAG Austria se specializuje na vývoj projektů zabývajících se zastoupením starších lidí v médiích, jejich mediálním obrazem, a také postoji vůči starším pracujícím.

Zkušenosti/výhody/zpětná vazba

IPM je metodou, která může napomoci iniciovat počáteční komunikaci mezi kolegy, mezi kterými do té doby existovala komunikační bariéra, napomoci identifikovat potřeby dalšího školení, identifikovat silné a slabé stránky a podpořit vzájemné předávání zkušeností. Může se stát také nástrojem pro HR manažery, pomocí něhož mohou napomoci k vytváření soudržného pracovního kolektivu. Nutno říci, že výchozí podmínky v Centre for geriatrics Baumgarten jsou s pohledu týmového ducha více jak dobré. Partneři v projektu se potkávali během nočních směn nebo po práci a podávali si zprávy o pracovních zkušenostech protistrany. Partneři si postupně začali uvědomovat, že se od sebe mohou vzájemně učit a mohou získat multilaterální podporu ve vytváření osobního portfolia. Jistou překážku tvořil fakt, že ne všichni pracovníci měli přístup k počítači. Navíc zde byl také problém s úrovní jazykových schopností, kdy osobní portfolio využívají ke komunikaci anglický jazyk, avšak EURAG poskytl německý překlad spolu s psaným průvodcem. Některé zdravotní sestry měly

také strach z umístění osobních sdělení na síť a opustily projekt hned po setkání partnerů. Celkově dokončilo projekt 11 osob. Přestože geriatrické centrum nyní prochází procesem restrukturalizace, což zahrnuje i změnu pracovní působnosti pro mnoho účastníků, nebyla tato záležitost účastníky v portfoliu uvedena, místo toho účastníci preferovali okamžité potřeby školení.

B. Česká Republika

Partnerská organizace

Pilotní projekt byl v případě České republiky zajišťován partnerskou institucí IMBD, Ltd. (celým názvem International Marketing Brno Domicilium, Ltd.), IMBD, Ltd. je malou společností se zaměřením na poskytování služeb spojených se školením, celoživotním vzděláváním (LLL life-long learning) a e-learningem.

Zkušenosti/výhody/zpětná vazba

Praktické zkušenosti z pilotního projektu IPM dokázaly, že mezigenerační portfoliový management může napomoci vytvoření komunikace mezi zaměstnanci a umožnit jim tak vzájemné sdílení zkušeností a posílení role zdravotních sester v nemocnicích. Poslední zmíněný bod je důležitý v posílení personální politiky a procesu získávání nových pracovních sil. Budeme-li hodnotit formální stránku portfolia, objevily se zde připomínky k nedostatečnému prostoru k dokončení jednotlivých sekcí. Vysvětlení lze hledat v nízké jazykové vybavenosti u řady zdravotních sester a nezkušenosti pracovat tzv. on-line. Všechny zdravotní sestry obdržely překlady průvodců pro práci v projektu. Řešení lze, v případě České republiky, hledat v integraci české verze portálu IPM do nemocničního IT systému. Překvapivě pilotní projekt také ukázal, že pro ošetřující personál je práce ve dvojicích a komunikace s přímým nadřízeným vysoce emocionální zkušeností.

C. Nizozemí

Partner

Holandská společnost Odyssee je multilaterální organizací poskytující široké portfolio školení, konzultace, vzdělávací a tréninkové programy pro organizace a skupiny v mnoha různých oblastech působení. Hlavním polem působnosti Odyssee je oblast zaměstnanosti a průmyslových vztahů, v oblastech podnikového managementu, lidských zdrojů, participace pracujících na řízení, předdůchodové vzdělávání a mezigeneračního managementu.

Zkušenosti/výhody/zpětná vazba

Odyssee započal s intenzivním průzkumem mezi svými klienty s cílem nalézt vhodnou skupinu pro nový pilotní projekt. Nakonec se podařilo přesvědčit představenstvo ZZG ke spuštění nového pilotu. Nový pilotní projekt byl delegován přímo na zaměstnance HRM a průvodní ideou bylo využití IPM jako nástroje k vytvoření a podpoře procesu transferu zkušeností. Spolupráce na projektu byla diskutována v projektových skupinách s účastí zástupců managementu s všeobecně kladnými ohlasy. Ovšem důvodem pro konečné odmítnutí ze strany představenstva byly argumenty o úsporách v rozpočtu a neochota učinit

kvalitativní kroky, které byly odmítnuty již v ostatních projektech. Posledním pokusem byla snaha o aplikaci projektu v menší míře a pouze v určité oblasti působení, nikoliv však na celé oddělení. Tato snaha se také nesetkala s úspěchem, důvodem byla opět neochota ze strany managementu a koordinátorů na aplikaci projektu v menším měřítku. Z důvodu deadlinu pro aplikaci pilotního projektu byl projekt ukončen.

D. ŘECKO

Pilotní síť

Z organizačních a byrokratických důvodů spojených s řeckým systémem sociálního zabezpečení nebylo možné spolupracovat s veřejnými zdravotnickými zařízeními. Z tohoto důvodu byla organizací CMT Prooptiki vybrána dvojice soukromých nemocnic

- "RELAX PALACE" – dům s ošetřovatelskou péčí pro starší klienty
- "AKTIOS" – dům s ošetřovatelskou péčí pro starší klienty

Zkušenosti/výhody/zpětná vazba

Přes všechny problémy se účast na pilotním projektu setkala s kladnými ohlasy. Projekt významně přispěl k lepší soudržnosti mezi účastníky. Počáteční obavy o nárůst administrativní náročnosti byly v průběhu projektu vyvráceny a účastnící projevili vůli podílet se na podobném typu projektu i do budoucna.

E. Velká Británie

Partner

Life Academy, Guildford, Surrey, Velká Británie, je národní vzdělávací dobročinný spolek působící v oblasti životního plánování, poradenství a školení, včetně faktoru věkové struktury.

V projektu Life Academy úzce spolupracovala s NHS Employers, národní organizaci zaštiťující zdravotnické organizace zabývající se lidskými zdroji a problémy zaměstnanosti. Tato organizace sehrála klíčovou roli ve zmapování zaměstnanosti v rámci zdravotnických zařízení, zvláště pak v oblasti problémů s rovností a dostupností pracovních míst v tomto sektoru. Velkou měrou také přispěla k propagaci projektu.

Zkušenosti/výhody/zpětná vazba

Life Academy prezentovala výstupy projektu na velké konferenci organizované NHS Employers, které se zúčastnili manažeři odpovědní za rozvoj lidských zdrojů z velkého počtu nemocnic.

Dalšími aktivitami, které proběhly během prací na projektu IPM bylo nahrání videa o projektu IPM, které představuje důkaz o zapojení zdravotních sester a jejich nadřízených v pilotní fázi projektu a několik článků ve zdravotnickém tisku.

Závěr

Úspěšná implementace projektu IPM je možná pouze za dvou okolností, kterými je současně rozvoj zaměstnanců a rozvoj organizace. Při tomto přístupu představuje projekt IPM nástroj pro

rozvoj jednotlivých zdravotních sester. Zdravotní sestra se naučí vytvářet svoji vlastní "success story" na základě využití hodnocení a zpětné vazby od kolegyně, která vyznává jiné hodnoty a má jiné zkušenosti. Vytváření portfolio usnadňuje zdravotní sestře, aby si uvědomila svoje kompetence a silné stránky a současně mohla reflektovat svoje slabé stránky. Portfolio se také používá pro identifikaci potřeby dalšího vzdělávání. Sdílení portfolio s kolegyní napomáhá získání sebedůvěry a může později napomáhat při dalším vyhledávání zaměstnání. Výstupy z portfolia mohou být rovněž využity pro diskuzi o společných problémech v práci a na základě toho pak vyhledat řešení ve formě potřeby dalšího vzdělávání.

Práce s portfoliem, popřípadě s částečně zveřejněným osobním portfoliem, vyžaduje důvěrné pracovní prostředí, ve kterém se zdravotní sestra cítí vyzvána, aby vyjádřila svoje názory, otevřeně mluvila o svých slabých stránkách a kde koordinátoři nebo manažeři projektu mají vůli ji pomoci a napomáhat jí při řešení a překonávání problémů. Abychom zdravotní sestře pomohli překonat obavy se zveřejněním jejího osobního portfolia, musíme dopředu uzavřít dohodu o způsobu jak koordinátor, manažer nebo přímý nadřízený budou pracovat s portfoliem, měřit jeho výstupy a diskutovat o výsledcích. Zcela konkrétním výstupem je, že může být nalezen způsob jak zlepšit dovednosti a kompetence zdravotních sester příjemnou a akceptovatelnou cestou, při současné identifikaci potřeby dalšího vzdělávání nebo žádoucích změn ve způsobu práce. Pokud se portfolio bude pravidelně aktualizovat, například několikrát do roka, může být využito pro tvorbu plánu osobního rozvoje. Na základě informací z portfolia je možné rozpoznat a realizovat vzdělávací potřeby a dosahovat osobních cílů. Na základě diskuzí mezi zdravotní sestrou a nadřízenými nebo koordinátorem projektu jsou tak vytvořeny dobré základny pro její další odborný růst a žádoucí změny její práci.

Projekt IPM vyžaduje hlavně dostatek času, osobní pozornosti a nasazení. Uvedení a seznámení se s projektem IPM trvá obvykle 4 – 6 měsíců. Zdravotní sestry potřebují čas, aby mohla být uskutečněna tři společná setkání a dost času na vzájemnou práci ve dvojicích. Pokud nelze tento čas nabídnout v rámci pracovní doby, je dobré uvažovat o proplácení času věnovanému projektu jako důkaz významu, který projektu organizací přikládá. Představení a zavádění projektu IPM vyžaduje zkušeného projektového manažera, který je provázán s prací nemocnice (organizace) a který dokáže udržovat proces implementace v chodu a umí stimulovat a podporovat své kolegy. Nakonec vyžaduje projekt IPM podporu a angažovanost širšího vedení nemocnice (organizace) jakou je vedení, primáři (ředitelé) oddělení a zaměstnanci oddělení lidských zdrojů. Oni jsou ti, kteří by měli prezentovat svůj zájem o projekt, být trvale informováni o dosaženém pokroku v rámci projektu a kteří by dokázali pracovat s vizí a výzvami projektu tak, aby v dlouhodobém výhledu získali z projektu IPM řadu výhod a zlepšení pro svoji organizaci.

Kontakt na autora

Doc. Ing. Jan Lojda, CSc., MBA

Bankovní institut vysoká škola, a.s.
Nárožní 2600/9
158 00 Praha 5
Česká republika
jlojda@bivs.cz

PREVENTÍVNA SOCIÁLNA PRÁCA
KONCEPT EDUKAČNEJ SOCIÁLNEJ PRÁCE
PREVENTIVE SOCIAL WORK
CONCEPT OF EDUCATIONAL SOCIAL WORK

Mária Machalová

Abstrakt

V príspevku poukážeme na význam preventívnej sociálnej práce, realizovanej spôsobom edukácie dospelých v rámci poskytovania sociálnej pomoci. V rámci sociálnej práce a poskytovania sociálnej pomoci zdôrazňujeme taký prístup, v ktorom má dominantné postavenie aktivizácia sociálnych klientov k svojpomoci a k rozvoju ich vlastného psychického, duchovného a sociálneho potenciálu. Formulujeme autorský náčrt inovatívneho konceptu preventívnej sociálnej práce – Edukačná sociálna práca. Uvádzame spoločenské zázemie edukačnej sociálnej práce, ktorým je európska stratégia celoživotného učenia sa, vzdelávania a poradenstva.

Kľúčové slová

Preventívna sociálna práca, edukačná sociálna práca.

Abstract

This paper we highlight the importance of preventive social work carried out by way of education of adults in the provision of social assistance (helping). In the context of social work and of social assistance (helping) emphasizes an approach that is dominant activation of welfare clients to self-help to and to the development of their own psychological, spiritual and social potential. Formulate innovative artist's sketch of the concept of preventive social – The educational social work. Here social background of educational social work, which is the European strategy for lifelong learning, education and counseling.

Key words

Preventive social work, educational social work.

Úvod

V koncepte edukačnej sociálnej práce ako inovatívnej zložky systému sociálnej práce – sociálnej vedy, študijného odboru a sociálnej pomoci vyjadrujeme presvedčenie,

- že chudoba ducha plodí chudobu materiálnu, a teda sociálna práca má prejaviť svoju identitu vedy, odboru vzdelávania i praktickej činnosti aj tým, že sa jej

sociálny úžitok premietne v *podpore sociálnej svojpomoci* konania ľudí, s cieľom pozdvihnúť ich sociálnu a psychickú zrelosť a zodpovednosť za svoj život;

- že sociálna práca má byť účinnou a reálnou (nielen deklarovanou) podporou *sociálneho zdravia*, čiže preukázateľnou a nástrojmi sociálnej práce zabezpečenou podporou takej sociálnej komunikácie a sociálnych vzťahov, ktoré napomáhajú sociálnej a psychickej integrácii a adaptácii ľudí v prostredí ich žitia;
- že sociálna práca nie je prioritne sanáciou sociálnych problémov a sociálnej patológie, ale má byť reálnym (nielen deklarovaným) *rozvojovým sociálnym programom* na podporu kultivovania *sociálneho* a *individuálneho potenciálu* ľudí.

V príspevku je obsiahnutý stručný náčrt konceptu Edukačnej sociálnej práce ako preventívnej sociálnej práce.

1. Spoločenské východisko konceptu preventívnej Edukačnej sociálnej práce

1.1. Kontext súčasnosti

Čo môže znamenať skutočnosť nazvaná modernizácia spoločnosti pre vedný odbor a prax sociálnej práce, resp. edukačnej sociálnej práce?

Modernizácia spoločnosti je proces, ktorý prebieha tak, že v spoločnosti existuje tradičné zároveň s novým. S podmienkami života pod vplyvom širokospektrálnych zmien si ľudia musia poradiť v pomerne rýchlom životnom tempe. Človek čelí javom *modernizácie:* rozširujúcej sa *racionalizácii;* pokračujúcej *individualizácii*; výraznej *pluralizácii spoločnosti*; *zotieraniu hraníc* medzi prácou, povolaním a vzdelaním; *uvoľnenosťou* v pravidlách správania, ktoré fungovali na základe tradícií a sociálnych noriem; *unifikáciou* v sociálnej a kultúrnej oblasti; *potrebou osôb* permanentne hľadať svoju pozíciu vo svete a v svojom okolí; *zmenou* medziľudských a interpersonálnych *vzťahov* (Baumann 2006 In Sycha 2012, s.26).

Iniciatíva nazvaná Európska cesta k informačnej spoločnosti (vznikla r. 1994) prináša návrhy na prípravu obyvateľov na novú dobu. Úlohou je viesť občanov k *prijatiu zmien, ktoré sú súčasťou vývoja informačnej spoločnosti* (znalostnej, vedomostnej spoločnosti). Edukácia ľudí má zohrať významnú úlohu v tvorbe „európskeho modelu" spoločnosti. Má prispieť tiež k podpore *sociálneho začlenenia a k zvyšovaniu osobnostnej kompetencie ľudí a k ich osobnému rozvoju v súvislosti s úlohami ich života.* Východiskom je presvedčenie, že celoživotné učenie sa ľudí a vzdelávanie má dnes kľúčovú úlohu v živote jednotlivcov a spoločnosti.

V súvislosti so zmyslom konceptu preventívnej edukačnej sociálnej práci je treba poukázať na chápanie *zmeny v sociálnej realite* v súčasnosti. Dochádza k zdôvodňovaniu nových zásad vedeckého uvažovania a praktického konania v intenciách postmodernej paradigmy: *„poriadok a chaos sú komplementárne, pozorovateľ svojim pozorovaním ustanovuje pozorované; každá hodnota je historicky obmedzená, rozpory a náhodnosť nemožno odstrániť"* (Bělohradský 2002 In Sycha 2012, s.26).

Je zrejmé, že ľudia nie sú v stave aktívne reagovať na každú sociálnu zmenu, musia si určiť svoje priority, musia sa rozhodnúť, ktoré zmeny sú z ich pohľadu dôležité a na tie by mali

zamerať svoje úsilie. Je nutné, aby sa na úrovni osôb a na úrovni spoločenských celkov zvyšovala schopnosť adaptability ľudí na sociálne transformácie (Sycha 2012, s.28).

1.2. Kontext sociálnej práce

Sociálna práca ako veda je v štádiu utvárania vlastnej identity. Povedzme, že prechádza *krízou identity* v pozitívnom zmysle v prospech dopracovania sa k *dosiahnutej identite* (k dosiahnutej identite sa z psychologického zreteľa rozvoja osobnosti človeka vyjadrujú autori Atkinson, Atkinsonová a kol. 2003)

K identite sociálnej práce sme sa už vyjadrili v našej monografii (Machalová 2013) Dosahovanie identity sociálnej práce ako vedy, založenej na vlastnej teórii a metodológii, má byť podložené výsledkami systematickej vedeckovýskumnej činnosti, ktoré sú aplikovateľné v praxi sociálnej práce a túto prax nielen vymedzujú, ale aj rozvíjajú. V tomto procese môže byť nápomocným prístup *systémovosti, komplexnosti* a *predikcie* v sociálnej práci *ako vede, profesijnom vzdelávaní a segmente spoločenskej prax*e.

Identita sociálnej práce ovplyvňuje utváranie *identity sociálnych pracovníkov* v spoločenskej praxi, ich profesionalitu a profesijný i sociálny status v spoločnosti.

Sociálna práca zatiaľ nedisponuje *koherentnou teóriou vedeckej disciplíny.* Tá je žiaduca pre vysvetlenie dynamických a mnohoaspektových sociálnych javov reality, ktorú poznáva a skúma. Teórie sociálnej práce sú *deduktívne* (t.j. sú takou väzbou medzi tvrdeniami, že z jedného tvrdenia nemožno vyvodiť iné tvrdenie, ako to je v exaktných vedách). Za týchto okolností teória a výskum si zakladá na *hypotéze ako teoretickej forme poznania*. Empirický materiál výskumu je spojený s overovaním *hypotéz teórii.*

Sociálna práca disponuje *otvorenou teóriou interdisciplinárnej povahy* s relatívne stabilným systémom poznatkov vzhľadom k súčasnému stavu vedeckého poznania sociálnej reality. Ide o „teórie stredného dosahu“, ktoré zahrnujú užšie oblasti sociálne reality. Proces tvorby a inovácie *metodológie a konštrukcia teórií* v sociálnej práci pokračuje v zmysle postupu od jednotlivých teórií a metodológii ku *koherentnej teórii* a *metodológii* tejto vedy.

2. Edukačná sociálna práca – preventívna špecializovaná sociálna práca

2.1. Zmysel konceptu

Zmyslom konceptu edukačnej sociálnej práce je podporiť edukačnými poradenskými aktivitami *rozvoj a kultivovanie tvorivého potenciálu* osôb v krízových sociálnych udalostiach a situáciách, to znamená podporiť tvorivého človeka (Homo creans). Pri tvorbe koncepcie edukačnej sociálnej práce vychádzame zo všeobecne uznávaných odborných názorov na sociálnu prácu.

Sociálna práca je vymedzovaná ako *teoreticko-aplikačná vedecká disciplína, multidisciplinárna profesia i praktická sociálna činnosť*. Jej úlohou je vyvíjať prostriedky účinnej sociálnej pomoci jednotlivcom, skupinám, komunitám. Sociálna práca sa považuje za *transdisciplinárnu* oblasť *vedeckého poznania*, oblasť *výskumu* a za *odbornú praktickú činnosť*. A.

Tokárová (2003, s. 52) je toho názoru, že atribúty sociálnej práce vyplývajú z trendov vo vývoji sociálnej práce ako vedy a tiež *„z komplexnosti sociálnej dynamiky viac faktorovej podmienenosti praktických problémov, ktoré sú predmetom jej skúmania a súčasne objektom sociálnej práce ako profesionálnej činnosti.“* (Tokárová, Matulayová a kol. 2008, s. 111)

Koncept edukačnej sociálnej práce vyjadruje

1. Reflexiu prieniku teoretických a empirických *aspektov sociálnej práce* a jej hraničných edukačných vied *sociálnej pedagogiky* a *sociálnej andragogiky*. Predpokladáme, že sociálna práca ako veda vykazuje potenciál k spolupráci s inými vedami tak, že sa poznatky a metódy vied vzájomne prelínajú.
2. Reflexiu prieniku *praktickej činnosti sociálnej práce a edukácie* – čiže prieniku výchovných, vzdelávacích a výchovnovzdelávacích poradenských aktivít do reality praxe sociálnej práce.
3. Reflexiu diverzifikácie a *špecializácie* sociálnej práce a vznik jej subsystémov. Jedným z nich je *subsystém edukačnej sociálnej práce*. Teoretická a praktická autonómia edukačnej sociálnej práce sa utvára na základe *sociálnej funkcie edukácie dospelých*. Diverzifikácia nastáva v dôsledku vysokej variability a viac príčinnej podmienenosti sociálnych udalostí, situácií a problémov v spoločnosti.

Do systému sociálnej práce vstupuje:

1. Teória edukačnej sociálnej práce ako *subsystém teórie vedy* sociálna práca.
2. Metodológia a metodika edukačnej sociálnej práce ako *subsystém výskumu* v sociálnej práci.
3. Praktická činnosť edukačnej sociálnej práce ako *subsystém praxe* sociálnej práce (Machalová 2013).

2.2. Profilovanie edukačnej sociálnej práce

Edukačná sociálna práca sa profiluje tým, že participuje na riešení sociálnych udalostí a problémov ľudí vo fázach ich: *identifikovania, prevencie, riešenia a hodnotenia efektivity riešenia*. Edukačná sociálna práca sa uplatňuje ako:

1. *Preventívna edukačná sociálna práca* – podpora primárnej prevencie / sociálna edukácia.
2. *Socializačná a resocializačná edukačná sociálna práca* – podpora sekundárnej prevencie / sociálna edukácia, edukačné sociálne poradenstvo.
3. *Rehabilitačná edukačná sociálna práca* – podpora terciárnej prevencie/sociálne doliečovanie.

Algoritmus aplikácie edukačnej sociálnej práce:

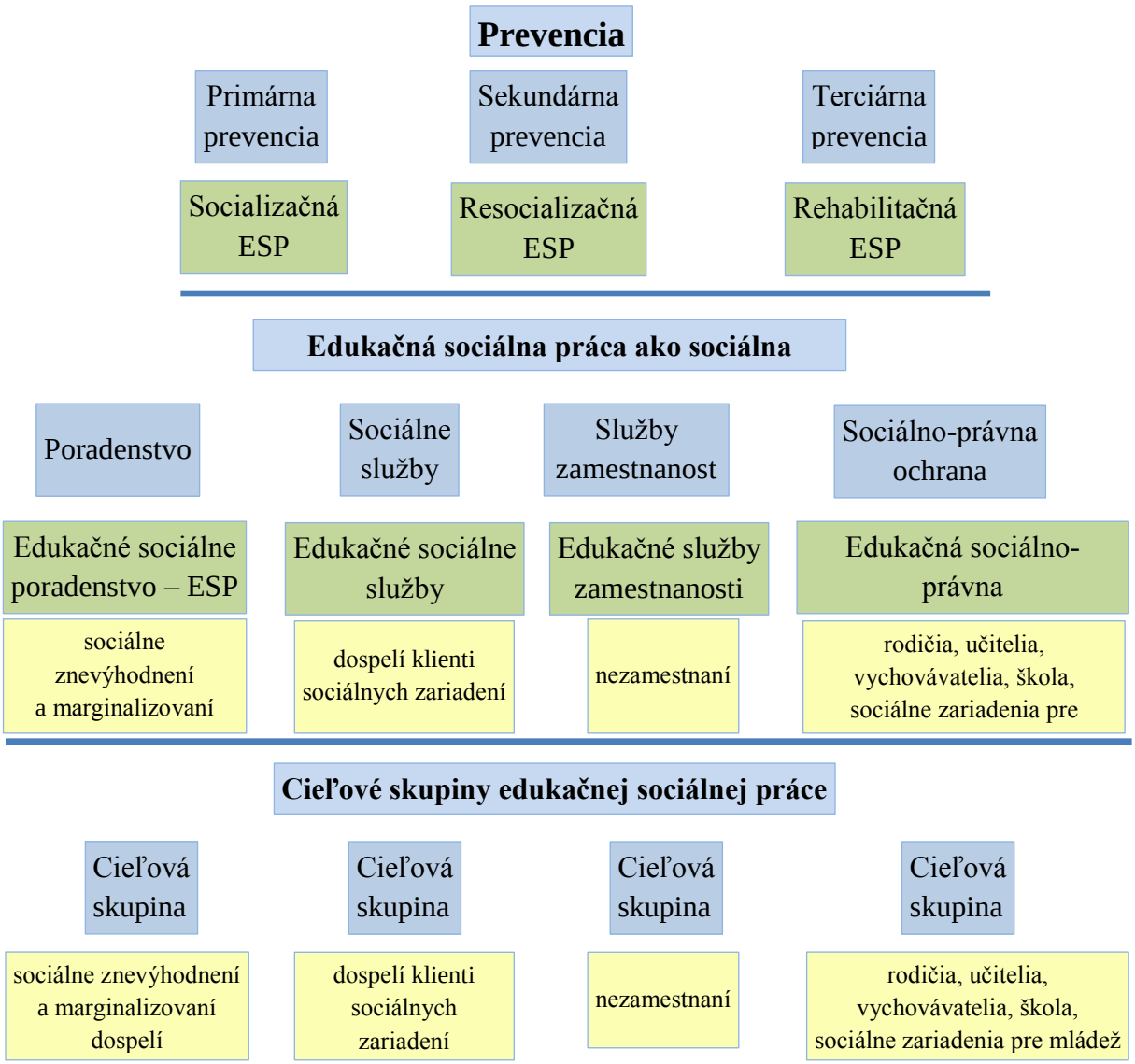
Indikácia ↔ prevencia ↔ návrhy riešenia ↔ intervencia ↔ hodnotenie riešení sociálnych problémov ľudí.

Obsah a nástroje sociálnej pomoci edukačnej sociálnej práce súvisia so skutočnosťou, že život ľudí má sociálny rozmer a vyžaduje od nich neustále prispôsobovanie sa prostredníctvom *učenia sa.* Toto má byť podnecované *edukačnými sociálnymi programami.*

Vplyv sociálnej edukácie (výchovy, vzdelávania, poradenstva) nemožno obísť. Z dôvodu, že akékoľvek spôsoby riešenia hmotnej i sociálnej núdze sú zasahovaním do *sociálnopsychickej identity*, *sociálnopsychickej adaptácie* a *sociálnopsychickej integrity osobnosti* sociálnych klientov. Preto je pre odborníkov stále aktuálna úloha definovať možnosti a limity rozvoja individuálneho potenciálu prostredníctvom edukácie dospelých. Zo spoločenského hľadiska je *edukácia systémovou (strešnou) pomocou* ľuďom. Aj v súčasnosti má veľký význam sociálna funkcia edukácie, ktorá sa uplatňuje v sociálnych životných procesoch *socializácie*, *personalizácie* a *enkulturácie* ľudí v sociálnom prostredí (Machalová 2013).

2.3. Edukačná sociálna práca – špecializovaná preventívna sociálna práca

V edukačnej sociálnej práci ide o presahy: sociálnej reality a edukačnej reality; sociálneho prostredia a edukačného prostredia; sociálnych procesov a edukačných procesov. Sociálna funkcia edukácie je spätá so sociálnym vývinom a rozvojom ľudí.



Obr. 1 Edukačná sociálna práca – špecializovaná preventívna sociálna práca v systéme sociálnej pomoci dospelým

zdroj: autorka

2.4. Edukačná sociálna práca a sociálna pomoc

K modelu osobnej zodpovednosti možno dodať, že je imanentne zakódovaný v názoroch autorov vedeckých a odborných prác v oblasti humanistickej psychológie, sociálnej pedagogiky, sociálnej andragogiky a sociálnej práce. V psychologickom a sociálnom poradenstve sa predpokladá a očakáva od psychoterapeutov, sociálnych poradcov a samotných sociálnych klientov prístup, ktorý podopierame názorom J. Labátha (1993-zdroj neuvedený), ktorý je v súlade s teóriou terapie orientovanej (zameranej) na človeka (klienta), autorom ktorej je C.R. Rogers:

„Klient sám nachádza optimálny spôsob žitia. Problém je následkom nedostatočnej akceptácie človeka a jeho potrieb. V práci s klientom sa kladie dôraz na sociálnu habilitáciu, sebarealizáciu, zrelosť a zodpovednosť. Sociálny pracovník vystupuje v role poradcu – sprievodcu a facilitátora.

Klientom môže byť osoba, rodina, sociálna sieť. Klient je sebe najlepším expertom a zodpovedná osoba. Pracuje sa s reálnymi vzťahmi. Spolupráca je dobrovoľná, klientovi sa ponúkajú alternatívne riešenia. Prístup ku klientovi je humanistický, synergický a symetrický v rámci vzťahu poradca – klient.“



Obr. 2 Edukačná sociálna práca ako preventívna sociálna práca z hľadiska sociálnej pomoci zdroj: autorka



Obr. 3 Edukačná sociálna práca ako preventívna rozvojová sociálna práca v rámci sociálnej starostlivosti zdroj: autorka

2.5. Východisko sociálnej prevencie v edukačnej sociálnej práci

Východiskom sociálnej prevencie je predpoklad, že vznik a pretrvávanie aj riešenie sociálnych problémov ľudí, závisí od reality sociálneho a edukačného prostredia, v ktorom žijú a od prieniku vplyvov týchto prostredí na človeka. To znamená, že sa do popredia dostáva *edukačný hendikep* ako príčina sociálneho znevýhodnenia a zníženej úrovne kvality života sociálnych klientov, vrátane ich života v zariadeniach sociálnych služieb.

3. Spoločenské zázemie edukačnej sociálnej práce

V zámeroch a cieľoch edukačnej sociálnej práce sme zohľadnili koncepčné a strategické dokumenty prijaté na národnej úrovni a vypracované na základe dokumentov predložených európskymi inštitúciami

Stratégiu celoživotného vzdelávania a celoživotného poradenstva predložila Vláda Slovenskej republiky (r. 2000, 2010, 2011). V dokumente Ministerstva školstva, vedy, výskumu a športu SR je zdôraznená požiadavka dostupnosti a podpory vzdelávania na zvýšenie kvality života, prostredníctvom nasledujúcich úloh:

A. „Vytvoriť multimediálnu platformu s voľne dostupným vzdelávacím obsahom pre rozvoj kľúčových a iných dôležitých kompetencií..." (podčiarkla M.M.)
B. „Podporiť aktivity ďalšieho vzdelávania zameraného na rozvoj osobnosti a zvýšenie kvality života s osobitným dôrazom na vzdelávane seniorov." (podčiarkla M.M.)

Občanom sa má uľahčiť prístup k formálnemu aj neformálnemu systému vzdelávania a k poradenstvu realizovanom systémom neformálneho učenia sa *(čiže mimo škôl, vrátane poradenstva)* a informálneho učenia sa *(čiže prostredníctvom kníh, masmédií, tlače, internetu, získavaním skúseností ľudí),* za pomoci komplexných služieb počas celého života človeka *(poznámky – M.M.)*

V dokumente Vlády SR sa uvádza: „Výsledky výskumu a vývoja splnia svoj cieľ z hľadiska zabezpečenia trvalo udržateľného rozvoja spoločnosti len v prípade, že sa uskutoční ich transfer do praktického života. Na podporu tohto transferu sa štandardne používajú špecializované typy organizácií a pracovísk. Úlohou ministerstva v tejto oblasti bude podpora týchto nástrojov."

Ide o podporovanie príslušných kompetencií ľudí, podľa nás vedenie ľudí k rozvoju individuálneho potenciálu. Účelom je skvalitnenie žitia ľudí v sociálnej oblasti: rodiny, pracovného uplatnenia sa, sebarealizácie.

Záverom

Poskytnutie preventívnej špecializovanej edukačnej sociálnej pomoci, vedenie klientov k svojpomoci a vedenie ľudí k rozvoju individuálneho potenciálu znamená:

- Odkrývať ďalší možný a nový pohľad na *zmysel a zameranie* edukácie dospelých aj v sociálnej oblasti.
- Akceptovať edukáciu dospelých (tzn. výchovu, vzdelávanie a poradenstvo) v úlohe významného *druhu a spôsobu sociálnej pomoci*.
- Podporiť v sociálnej prevencii zámer sociálnych pracovníkov viesť (sprevádzať) sociálnych klientov *k svojpomoci a k rozvoju ich vlastného psychického a sociálneho potenciálu* a k jeho uplatneniu v sociálne záťažových situáciách klientov.
- Pre kvalitu života sociálnych klientov je nevyhnutné, aby boli systematicky pripravovaní na *prijatie spoluzodpovednosti* v zvládaní ich sociálnej udalosti, sociálneho problému, sociálnej situácie.

- Aktivizovať sociálnych klientov *k edukácii*. Viesť ľudí k iniciatíve pri dosahovaní *zmeny* svojich *životných pomerov* a k *osobnej zmene.* Motivovať klientov k zvyšovaniu *osobnostných* a *sociálnych kompetencií* aj v rámci obmedzení a limitov rôzneho druhu (z dôvodu zdravia, veku, rodinnej situácie, pracovnej situácie, hmotného a sociálneho zabezpečenia).

Literatúra

ATKINSON, R.C.; ATKINSONOVÁ, R.L. A KOL. *Psychologie.* Praha : Victoria Publishing, 2003. ISBN 80-7178-640-3.

MACHALOVÁ, M. *Preventívna sociálna práca – Edukačná paradigma v sociálnej práci*. Prešov : Prešovská univerzita, 2013. ISBN 978-80-555-0932-7.

SYCHA, M. Vzdělávání dospělých a sociální změna: Analýza vztahu závislosti mezi změnami ve společnosti a vzděláváním. Praha : Karlova univerzita, Filozofická fakulta, 2012. Kvalifikační práce. ISBN sine.

TOKÁROVÁ, A. Sociálna práca ako vedná disciplína. In *Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika – aktuálne otázky teórie a praxe.* Prešov : Prešovská univerzita, 2008, s.111.

TOKÁROVÁ, A. A KOL. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce.* Prešov : Prešovská univerzita a Akcent Print, 2003. ISBN 80-96836758.

Kontakt na autora

Doc. PhDr. Mária Machalová, CSc.

Prešovská univerzita
Masarykova 15
080 01 Prešov
Slovenská republika
machalova.maria@centrum.sk

AKTIVIZÁCIA AKO SÚČASŤ INDIVIDUÁLNEHO PLÁNOVANIA V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

ACTIVATION AS A PART OF THE INDIVIDUAL PLANNING IN SOCIAL SERVICE FACILITIES

Mária Dávideková

Abstrakt

Problematika sociálnych služieb a ich kvalitného a efektívneho poskytovania sociálne odkázaným osobám má svoje významné a dôležité miesto v politikách moderných sociálnych štátov. *Sociálne služby* predstavujú dôležitú súčasť sociálneho zabezpečenia, majú svoje miesto v sociálnej politike nášho štátu v SR, samospráve a neštátnych subjektoch, pomáhajú preklenúť nepriaznivú sociálnu situáciu klienta hlavne z dôvodu ŤZP, nepriaznivého zdravotného stavu, alebo aj z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku. K povinnostiam poskytovateľa sociálnej služby patrí podľa zákona č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov prihliadať na individuálne potreby klientov a aktivizovať ich podľa ich schopností a možností. Čoraz častejšie sa stretávame s pojmom aktivizácia, ktorá má klientov podnecovať k činnosti, zlepšovať ich celkový stav, prípadne zabrániť jeho zhoršovaniu, preto chceme poukázať aj na význam a dôležitosť jednotlivých aktivít a aktivizačných činností v ZSS.

Kľúčové slová

Sociálne služby, pomoc, kvalita, aktivizácia, individuálny plán, sociálny pracovník.

Abstract

The issue of social services and their quality and efficient provision to socially deprived people has its significant and important place in the policies of modern welfare states. *The social services* are an important part of social security, they have their place in the social policy of our state – Slovakia, local government and non-government entities, also they help to bridge the unfavorable social situation of client mainly because of serious disability, unfavorable health condition, or even due to reaching retirement age. To duties of the provider of social services belongs under Law No. 448/2008 of social services and amending Law No. 455/1991 on Trade Licensing, as amended, to take into account the individual needs of clients and activate them according to their abilities and possibilities. We often hear the term activation, which has to encourage clients to activity, improve their overall condition or prevent its deterioration, so we want to highlight the importance and significance of each activity and activation activities in social service facilities.

Keywords

Social services, help, quality, activation, individual plan, social worker.

Úvod

Problematika sociálnych služieb a ich kvalitného a efektívneho poskytovania sociálne odkázaným osobám má svoje významné a dôležité miesto v politikách moderných sociálnych štátov. Sociálne služby a ich modernizácia sú potrebné a dôležité bez ohľadu na to, či zodpovední aktéri a tvorcovia politík presadzujú filozofiu silného sociálneho štátu alebo sa prikláňajú k liberálne orientovanému modelu sociálnej politiky. *Sociálne služby* predstavujú dôležitú súčasť sociálneho zabezpečenia, majú svoje miesto v sociálnej politike nášho štátu v SR, samospráve a neštátnych subjektoch, pomáhajú preklenúť nepriaznivú sociálnu situáciu klienta hlavne z dôvodu ŤZP, nepriaznivého zdravotného stavu, alebo aj z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku. Ich existenciu a potrebu si uvedomíme až vtedy, keď sme na nich odkázaní pri potrebe riešenia problému nás alebo našich rodinných príslušníkov. Sociálne služby v súčasnosti predstavujú veľmi širokú oblasť pomoci klientom v rôznych životných situáciách. Záujem a dopyt po sociálnych službách na našom území v posledných rokoch vzrastá, čo súvisí aj s celkovým demografickým vývojom obyvateľstva.Problematika súčasných sociálnych služieb je v centre pozornosti nielen odborníkov a poskytovateľov služieb, ale tiež aj samotných prijímateľov, pre ktorých sú sociálne služby určené.

K povinnostiam poskytovateľa sociálnej služby v súčasnosti na Slovensku patrí podľa zákona č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov *prihliadať na individuálne potreby klientov a aktivizovať ich podľa ich schopností a možností.* Čoraz častejšie sa stretávame s pojmom aktivizácia, ktorá má klientov podnecovať k činnosti, zlepšovať ich celkový zdravotný stav, prípadne zabrániť jeho zhoršovaniu, preto chceme poukázať aj na význam a dôležitosť jednotlivých aktivít a aktivizačných činností ako súčasti individuálneho plánovania v zariadeniach sociálnych služieb zameraných na cieľovú skupinu seniorov. Aktivizáciu možno ponímať ako špecifický strategický koncept práve pre sociálnu prácu (Preuss 2012; Preuss 2013).

Inštitucionálna starostlivosť o seniorov

Sociálne služby poskytované seniorom a ich súčasná legislatívna úprava na Slovensku sú priamo determinované aj základnými ľudskými právami zakotvenými nielen v rôznych medzinárodných dokumentoch a dohovoroch, ale aj Ústave SR. Efektivita a primeranosť fungovania zariadení sociálnych služieb určených pre seniorov sa odráža od poskytovania sociálnej starostlivosti a uplatňovania metód sociálnej práce, ktoré sú jedným z ich určujúcich faktorov. „*Cieľom komplexnej starostlivosti, sociálnych služieb je v prvom rade udržanie kvality života seniorov v zmysle zabránenia ich segregácie a exklúzie*“ (Határ 2008, s. 50).

Pri zhoršení zdravotného stavu, strate sebestačnosti, vyčerpaní možnosti jednotlivých foriem pomoci v rámci rodiny alebo opatrovateľskej služby, senior volí inštitucionálnu starostlivosť.

Na riešenie rastúcej potreby sociálnych služieb prijala vláda Slovenskej republiky Zákon č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom poistení v znení neskorších predpisov.

Starnutie populácie je spojené so zvyšovaním nárokov na rozsah (zvýšenie počtu opatrovaných osôb) a intenzitu (horšia sebestačnosť seniorov) starostlivosti. Súčasným trendom je zotrvanie seniora čo najdlhšie v domácom prostredí, oproti trendu rastu inštitucionalizácie, preto aj novelou zákona o sociálnych službách sa zvýšil stupeň odkázanosti na sociálnu službu podmieňujúci ústavnú starostlivosť z II. stupňa na stupeň č. IV. Seniori s nižším stupňom odkázanosti si môžu vybrať formu terénnej sociálnej služby, alebo služby v inom type zariadenia. Prijatím Zákona č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách (v platnosti od 1.1.2009) uvádzame, že (od januára 2014 prichádza ďalšia rozsiahla novela zákona o sociálnych službách,) sa u nás zmenila doterajšia filozofia v poskytovaní sociálnych služieb na Slovensku, nová filozofia prináša hlavne väčšiu variabilitu sociálnych služieb, možnosť výberu a kombinácie rôznych druhov sociálnych služieb. Uvedený zákon o sociálnych službách dáva prednosť poskytovaniu sociálnych služieb v prirodzenom prostredí pred poskytovaním starostlivosti v jednotlivých ZSS. Je potrebné uviesť, že v rámci koncepcie deinštitucionalizácie je prioritná terénna forma poskytovania sociálnej služby v prirodzenom – domácom prostredí jedinca, potom ambulantná forma a až následne pobytová forma v zariadeniach sociálnych služieb, ktoré sa poskytujú celoročne, alebo aj týždenne.

Medzi zariadenia sociálnych služieb, ktoré môžu seniori využiť podľa zákona č. 448/2008 Z.z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov sú: zariadenia pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby, špecializované zariadenie. Je dôležité uviesť, že *do 31.12.2013 boli seniori prijímaní aj do domovov sociálnych služieb. Zákon č. 485/2013 Z.z.,(platný od 1.1.2014) ktorým sa mení a dopĺňa zákon o sociálnych službách č.448/2008 z.z. priniesol zmenu, podľa ktorej nie možné prijímať nových seniorov do tohto zariadenia sociálnych služieb, nakoľko je určené fyzickým osobám od 16. roku veku do dovŕšenia dôchodkového veku.* Zariadenia pre seniorov plnia podľa Kamanovej (2010) funkciu náhradnú a stimulačnú. Nahrádzajú prirodzené prostredie seniora a ich úlohou je rozvoj a stimulácia potenciálu klienta, udržanie jeho schopností. Pri poskytovaní sociálnej služby je dôležité zladenie všetkých cieľov tejto služby, čoho výsledkom je:

- klient dostáva sociálnu službu zodpovedajúcu kvantitou a kvalitou jeho potrebám,
- klient sám určuje svoje individuálne ciele,
- sociálny pracovník spolupracuje pri tvorbe plánov s klientom a jeho rodinou.

Seniori majú právo na poskytovanie sociálnej služby, ktorá im svojím rozsahom, formou a spôsobom poskytovania umožňuje realizovať ich základné ľudské práva a slobody, zachováva ich ľudskú dôstojnosť, aktivizuje ich k posilneniu sebestačnosti, zabraňuje sociálnemu vylúčeniu a podporuje ich začlenenie do spoločnosti. V nadväznosti na tieto práva prijímateľov sociálnych služieb sú upravené aj povinnosti poskytovateľov sociálnych služieb, kde patrí z hľadiska dodržiavania ľudských práv, slobôd a podpory aktivizácie povinnosť vypracovávať individuálny plán klienta podľa jeho potrieb, schopností a cieľov, taktiež povinnosť poskytovať sociálnu službu na odbornej úrovni a tiež zákaz používať prostriedky telesného a netelesného obmedzenia prijímateľa sociálnej služby (Hetteš 2011).

Strata sebestačnosti predstavuje závažný zásah do života seniora, v jedinom okamihu sa stáva senior závislým na pomoci iných – rodiny, či zdravotníckeho a sociálneho personálu.

1. Aktivizácia ako významná súčasť individuálneho plánovania

Ako sme už v úvode nášho príspevku uviedli k povinnostiam poskytovateľa sociálnej služby patrí podľa zákona č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách prihliadať na individuálne potreby klientov a aktivizovať ich podľa ich schopností a možností. Aktivizácia klienta prostredníctvom individuálneho plánu poskytovania sociálnych služieb znamená, že sociálne služby sú „šité na mieru klienta“, hlavným cieľom je zlepšiť kvalitu života klientov odkázaným na sociálne služby.

Ďalej ja potrebné uviesť, že v § 9, v odst. 1 sa uvádza: „Poskytovateľ sociálnej služby je povinný plánovať poskytovanie sociálnej služby podľa individuálnych potrieb, schopností a cieľov prijímateľa sociálnej služby, viesť písomné individuálne záznamy o priebehu poskytovania sociálnej služby a hodnotiť priebeh poskytovania sociálnej služby za účasti prijímateľa sociálnej služby (ďalej len individuálny plán).“

V nasledujúcej časti zadefinujeme pojem individuálne plánovanie, jeho ciele, a význam.

1.1. Individuálne plánovanie

Dôležitým aspektom zákona o sociálnych službách č.448/2008 Z.z. je *dôraz na individualizáciu služieb.* Kľúčovým nástrojom tohto prístupu ku klientovi so špeciálnymi potrebami je *„Individuálny plán rozvoja“*. Služby majú byť postavené tak, aby umožnili užívateľovi čo najplnohodnotnejšiu účasť na sociálnom, kultúrnom, ekonomickom živote spoločnosti.

Individuálne plánovanie charakterizuje Hermanová (2010) ako proces riešenia prianí a potrieb prijímateľov sociálnych služieb, ktoré môže ovplyvniť multidisciplinárny tím. Ide o logickú metódu vzájomne prepojených činností, ktoré sa realizujú v prospech a za spolupráce klienta, pri zachovaní individuálnej starostlivosti. Zmyslom individuálneho plánovania je zlepšenie životných podmienok a sociálne začlenenie ľudí, ktorým poskytujeme služby. Individuálny plán je koordinovaný pracovníkom, ktorý podporuje, sprevádza prijímateľa sociálnej služby v procese individuálneho plánovania. Novým prvkom v rámci individuálneho plánovania je kľúčový pracovník. Je to hlavný pomocník klienta a koordinátor všetkých jeho aktivít. Vzhľadom na jeho postavenie a úlohu, ktorú zohráva, sa označuje za kľúčového pracovníka (na základe novely zákona č.448/2008 Z.z. o sociálnych službách – zákon č.485/2013 Z.u. od 1-1.2014).

Individuálne plánovanie je proces, v ktorom prijímateľ a poskytovateľ sociálnej služby spolu hľadajú ciele, ktoré bude prijímateľ v spolupráci s poskytovateľom sociálnej služby dosahovať. V závislosti na dohodnutom cieli je naplánovaný postup, ako tento cieľ bude postupne dosiahnutý. Služby sú plánované individuálne s ohľadom na možnosti a schopnosti prijímateľa sociálnej služby tak, aby boli podporou a aby smerovali k maximálnej možnej miere jeho samostatnosti a nezávislosti. Cieľom je zachovávať v dohodnutej miere taký

spôsob života, na aký bol prijímateľ sociálnej služby zvyknutý pred využívaním sociálnej služby (Hauke 2011).

Na základe uvedených definícií je potrebné, aby sme uvedomili, že individuálne plánovanie nie je len vytvorenie konkrétneho plánu, ale že ide o proces cielený, štruktúrovaný, priebežný, reagujúci na individuálne potreby konkrétneho klienta. V tomto procese je klient naším rovnocenným partnerom, preto nie je prípustné, aby sme mu vnucovali naše predstavy o tom, ako by sa mal správať, ako by mal „vyzerať jeho život." Závažným nedostatkom je taktiež komunikácia – jednanie len s rodinou, bez účasti klienta. Takto zistené ciele sú cieľmi rodiny a nie samotného klienta. To však neznamená, že pri zisťovaní cieľov klienta nemôžeme spolupracovať s jeho rodinou. Práve naopak, rodina nám môže poskytnúť množstvo dôležitých informácií o klientovi.

Čo je cieľom individuálneho plánovania podľa Hauke (2011):

- poskytovať sociálnu službu v čo najväčšom záujme prijímateľa sociálnej služby,
- prispôsobiť sociálnu službu jeho špecifickým podmienkam, požiadavkám, možnostiam a schopnostiam, osobným cieľom,
- zapojiť prijímateľa sociálnej služby do procesu plánovania a výkonu samotnej služby.
- Individuálne plánovanie má veľký význam tak pre samotného klienta, ako aj pre poskytovateľa sociálnej služby. Podrobnejšie o jeho význame hovorí Hauke (2011):

Aký je význam individuálneho plánovania pre prijímateľa sociálnej služby:

- klient je rovnocenným partnerom, pozná svoje práva a povinnosti,
- právom klienta je rozhodnúť sa, či mu poskytovaná služba pomáha napĺňať jeho predstavy o potrebnej pomoci,
- pre klienta znamená väčšie bezpečie – vie ako bude služba prebiehať a v akom časovom rozmedzí,
- zvyšuje klientove kompetencie v oblasti rozhodovania a prijímania zodpovednosti za voľby vo svojom živote – klient tak nie je len pasívnym prijímateľom sociálnej služby, ale je aj spoluzodpovedný za dohodnutý priebeh sociálnej služby na základe dohodnutých osobných cieľov.

Význam individuálneho plánovania pre poskytovateľa sociálnej služby:

- všetci zamestnanci ZSS postupujú rovnakým spôsobom v súlade s individuálnym plánovaním,
- je prostriedkom pre stanovenie kapacity služby,
- je kontrolným mechanizmom k efektívnemu využívaniu služby a pracovnej doby,
- je prostriedkom k zvyšovaniu kvality služby a zmene v ponuke služieb na základe zisťovaných potrieb, prianí a osobných cieľov klientov.

Individuálne plánovanie má niekoľko fáz, ktoré na seba nadväzujú a v špirále sa opakujú. Autorka Hermanová (2010) uvádza nasledovných *5 krokov individuálneho plánovania*:

1. zisťovanie želaní a predstáv, zhodnotenie klienta a jeho potrieb,
2. stanovenie plánu starostlivosti, ktorý odráža *bio-psycho-sociálne a spirituálne potreby klienta*, stanovenie cieľa v spolupráci s klientom tak, aby tento rešpektoval reálne možnosti klienta a vychádzal z materiálnych, technických a personálnych možností poskytovateľa sociálnych služieb,
3. spoločné plánovanie intervencií, ktoré povedú k naplneniu cieľov a saturácii potrieb klienta,
4. vykonanie navrhnutých opatrení,
5. pravidelné hodnotenie efektu poskytnutej sociálnej služby.

Individuálne plánovať službu realizuje sociálny pracovník už pri komunikácií so záujemcom o sociálnu službu, kedy zisťuje, čo si záujemca predstavuje a očakáva od tejto služby. O úlohách sociálneho pracovníka v procese individuálneho plánovania a aktivizácie klientov sa budeme venovať v ďalšej podkapitole.

1.2. Úloha sociálneho pracovníka pri individuálnom plánovaní

Pri nástupe klienta do ZSS sociálny pracovník ***pomáha uchovať kontinuitu života klienta***. Pracuje s jeho životným príbehom, podporuje telesné a duševné zdravie klienta a usiluje sa zvyšovať kvalitu jeho života (Matoušek 2010).

Naplniť zmysel individuálneho plánovania môže sociálny pracovník ZSS v praxi len tým, že bude klienta dobre poznať. Už pri komunikácií a jednaní so záujemcom o sociálnu službu zisťuje:

- súčasný stav záujemcu o sociálnu službu,
- motív – čo záujemcu priviedlo do ZSS,
- informácie a zdroje, odkiaľ sa záujemca dozvedel o zariadení,
- všetky zdroje – materiálne (bytové a iné podmienky), finančné (či poberá nejaký kompenzačný príspevok a pod.) a ľudské (kto z ďalších ľudí sa bude podieľať na starostlivosti o neho),
- očakávania, možnosti, schopnosti, potreby, osobné ciele, ciele spoločnej práce,
- zrozumiteľným spôsobom vysvetľuje záujemcom potrebné informácie o službe, pravidlá jej poskytovania, zoznamuje klientov s právami a povinnosťami, ktoré pre nich vyplývajú z podpisu zmluvy o poskytovaní sociálnej služby, zodpovie klientom všetky otázky, ktoré ich zaujímajú v súvislosti s novou situáciou,
- celý proces administratívne spracuje, navrhne a spracuje zmluvu o poskytovaní SS a poskytne potrebné informácie ostatným členom tímu (Hauke 2011).

V praxi sa sociálni pracovníci v ZSS stretávajú s rôznorodými ľudskými osudmi a životnými príbehmi klientov, preto je veľmi dôležité, aby svojim klientom umožnili pocit vlastnej hodnoty a dôstojnosti, dali im možnosť slobodne, bez obáv vyjadriť svoje pocity, želania a potreby bez toho, aby ich moralizovali. Súhlasíme s vyjadrením Kopřivu (2006), že klient napriek svojmu telesnému, či mentálnemu postihnutiu, potrebuje dôveru a pocit užitočnosti, potrebuje cítiť zo správania pomáhajúceho svoju vlastnú hodnotu.

Ako sme už uviedli, k dôležitým činnostiam sociálneho pracovníka patrí *počúvanie životných príbehov klientov a schopnosť analyzovať potreby* klienta na základe vypočutého. Podľa Grayovej (2009) by sme si pri tom mali vedieť odpovedať na otázky:

- Čo je klient schopný urobiť sám bez pomoci inej osoby?
- Jeho neschopnosť je prechodná, či trvalá?
- Je možné klienta naučiť niečo, čo by zvládol sám?

K základným vlastnostiam sociálneho pracovníka patrí humánnosť. Znamená to, že sociálny pracovník:

- má úctu k životu,
- má záujem o ľudí, ich problémy a individuálne osudy,
- chce pomáhať.

Z praxe vieme, že *úloha sociálneho pracovníka* v ZSS je dôležitá najmä *v období adaptácie klienta* na nové prostredie v ZSS. V spolupráci s ostatnými zamestnancami sa snaží vytvoriť optimálny program, ponúknuť vhodné aktivity a motivovať klienta k účasti na nich. Využíva pri tom svoju kreativitu, aktivity vhodne obmieňa a prispôsobuje záujmom klienta.

Pri zostavovaní individuálneho plánu klienta sociálny pracovník v praxi zisťuje, čo v živote klienta „*nefunguje,* a to sa snaží spolu s klientom preformulovať do cieľa. Zmapuje potrebu pomoci, podpory, ktorú klient potrebuje k úspešnému zvládnutiu každodenných aktivít, zhodnotí efekt poskytovanej služby. Súbežne zisťuje aj ďalšie potrebné informácie a ak je to potrebné upravuje plán tak, aby zodpovedal aktuálnym potrebám, prípadne riešil problémy.

K pochopeniu významu potrieb klienta je dôležité poznať a osvojiť si hierarchiu životných potrieb.

Aby sociálny pracovník mohol byť skutočnou oporou klienta a plánovať služby, potrebuje poznať jeho potreby, na uspokojovaní ktorých sa bude podieľať, a ktoré sú špecifické pre každého jedinca a aktuálnu situáciu.

Potreby determinujú predovšetkým hľadanie cieľa spoločnej práce- osobných cieľov klienta. Pri orientácii v životnej situácii klienta postupuje pracovník od nižšej úrovne potrieb k vyššej. Najskôr sa ubezpečí:

- že klient má naplnené základné *fyziologické potreby*,
- snaží sa zistiť, či netrpí nedostatkom financií, či má príspevok na starostlivosť, či sa cíti bezpečne – *potreby istoty a bezpečia,*
- či má rodinu, ktorá ho navštevuje, či má priateľa, ktorému sa môže zdôveriť, ktorý ho vypočuje, či si niekto vypočuje jeho názory – *potreby sociálne,*
- či má pocit, že s ním okolie jedná s úctou, rešpektuje ho, či sa necíti nepotrebný – *potreby autonómie,*
- až keď sú všetky vyššie uvedené potreby zabezpečené, môže sa pracovník zamýšľať nad uspokojovaním ***potreby sebarealizácie*** – či sa klient netúži vzdelávať, návštevy divadla, ... Patria sem aj *estetické potreby*.

Na základe zistených potrieb klienta sa stanovujú osobné ciele klienta, ktoré budú uspokojované prostredníctvom jednotlivých úkonov (Hauke 2011).

Päťúrovňovú Maslowovu hierarchiu potrieb modifikovali a rozpracovali viacerí autori:

1. ***fyziologické (biologické) potreby*** – vznikajú pri porušení rovnováhy v organizme, ide o potrebu kyslíka, príjmu jedla a tekutín, vylučovania, pohybu, odpočinku, spánku, tepelnej pohody, neprítomnosti bolesti a sexuálne potreby,
2. ***potreba istoty a bezpečia*** – ide o potrebu vyvarovať sa nebezpečenstva a ohrozenia, vyjadruje túžbu po dôvere, ochrane a stabilite,
3. ***potreba lásky a spolupatričnosti*** – ide o potrebu milovať a byť milovaný, potrebu náklonnosti, sociálnej integrácie. Často vystupuje do popredia v situácii osamelosti, opustenosti,
4. ***potreba uznania, ocenenia a sebaúcty*** – prejavuje sa v dvoch rovinách. V prvej rovine ide o sebaprijatie, sebaúctu, sebarešpekt. V druhej rovine ide o potrebu rešpektu, uznania a ocenenia okolím,
5. ***potreby kognitívne*** – potreba poznávať, vedieť, rozumieť, orientovať sa v niečom,
6. ***potreby estetické*** – ide o uspokojovanie túžby po kráse, vkuse, úpravy zovňajšku, požiadavky na upravené, príjemné prostredie, návštevu a sledovanie kultúrnych, umeleckých a spoločenských akcií, vlastnú tvorbu umeleckých diel, vytváranie krásy,
7. ***potreba sebarealizácie*** – potreba dokázať niečo, realizovať vlastný potenciál. Táto potreba je úzko zviazaná s našou spiritualitou, hľadaním seba samého a zmyslu života, súvisí s osobnostným rastom človeka a jeho duchovným vývojom.

Analýza potrieb vychádza z nasledovných zložiek:

- *minulosť* (aspekty z minulosti determinujúce životnú situáciu a správanie klientov),
- *prítomnosť* (aktuálna situácia klienta, zhodnotenie doterajšej poskytnutej pomoci),
- *budúcnosť* (forma starostlivosti a vplyv sociálnych služieb na kvalitu života klienta v budúcnosti.

Význam analýzy potrieb klienta:

a) umožňuje odhaliť skutočné potreby klienta,
b) umožňuje vytvoriť ponuku služieb šitých na mieru klientovi,
c) predstavuje profesionálny prístup ku klientovi a orientáciu na jeho individuálne potreby,
d) umožňuje bližšie a hlbšie spoznať osobnosť klienta a jeho sociálnej situácie,
e) je nástrojom prípravy klienta na zmenu v jeho sociálnom prostredí,
f) znižuje obavy a strach z budúcnosti u klienta, čo vedie k správnemu uspokojovaniu potrieb a požiadaviek klienta,
g) zaručuje, že klientovi je poskytované to, čo potrebuje a čo chce, čím sa naplní význam jeho bytia v klientovom vnímaní,
h) kvalitná analýza potrieb klienta zvyšuje efektivitu poskytovania sociálnych služieb pre seniorov.

Pôsobenie na oblasť nemateriálnych potrieb má veľký význam. Klientovi ním môžeme pomôcť získať vnútorný pokoj, nájsť životný optimizmus, odhaliť nové možnosti a posilniť dôveru v pozitívne očakávania.

2. Vybrané aktivizačné činnosti a ich význam v živote seniorov

Akékoľvek aktivity a činnosti, ktoré seniori vykonávajú sú pre nich v živote užitočné a prospešné. Prinášajú im *osobné pozitíva* – pocit prospešnosti, užitočnosti, spokojnosti, odďaľovanie straty sebestačnosti, sociálnej izolácie, a tiež celospoločenský prospech – svojimi skúsenosťami, vedomosťami a radami obohacujú život mladšej generácie.

Mnohým aktivitám je možné sa venovať skupinovo i individuálne, sú vhodné pre klientov s rôznym zdravotným postihnutím a zníženou mobilitou, či komunikačnými problémami, podnecovaním aktivít u týchto klientov môžeme znížiť ich senzorickú deprivácia a sociálnu izoláciu.

Po posúdení potrieb, záujmov, životných hodnôt, zdravotného stavu, silných a slabých stránok klientov, im môžeme ponúknuť širokú škálu aktivizačných činností, ktorým sa venujeme v nasledujúcich častiach**.** Veľmi dôležitá je nielen pestrá ponuka aktivít a činností, ale aj ich dostatočná informovanosť, bezbariérová dostupnosť, možnosť slobodného výberu, priestor pre vlastnú iniciatívu a nápady klientov.

2.1. Edukatívne aktivity

Seniori, ktorí sa stali klientmi ZSS sú viac-menej ochudobnení o prirodzené kontakty, aktivity a súkromie, preto by tento deficit mal byť kompenzovaný cielenou edukáciou, ktorá zahŕňa uspokojovanie individuálnych psychických a duchovných potrieb seniorov. Z uvedeného dôvodu kladieme dôraz na ***autonómiu orientovanú seniorskú edukáciu***, zacielenú na:

- voľbu edukačných podujatí – seniori majú právo vybrať si z ponuky edukačných
- podujatí podľa svojho záujmu a rozhodnúť o tom, s akými ľuďmi sa budú edukovať (staršími, alebo mladšími),
- rozvíjanie orientačných ponúk, umožňujúcich im reflexívne seba presviedčanie o cieľoch, schopnostiach, sklonoch a podporujúcich proces hľadania zmyslu života,
- sprístupnenie učenia sa založeného na skúsenostiach – umožniť seniorom tzv. sebaurčenie a spolurozhodovanie,

Každý senior je schopný vplyvom sociálnych faktorov z prostredia a vlastnou aktivitou pretvárať, formovať a kultivovať svoju osobnosť. Je pri tom dôležité a potrebné:

- akceptovať seniorov ako rovnocenných partnerov,
- viesť seniorov k sebavýchove, seba zdokonaľovaniu vlastnej osobnosti tým, že im budeme vytvárať optimálne podmienky, metodicky ich usmerňovať a podporovať,
- prispôsobiť obsah edukácie skúsenostiam seniorov, pri edukácii využívať ich životné skúsenosti,
- pomôcť seniorom, vysporiadať sa so všetkými zmenami, ktoré ich čakajú,
- pomôcť riešiť interpersonálne konflikty v ZSS, ktoré vznikajú z dôvodu, že každý senior si prináša so sebou určité špecifikum z vlastnej domácnosti, či rodiny,
- poznať a brať do úvahy, či boli seniori umiestnení v ZSS dobrovoľne, alebo nedobrovoľne, či sa so starobou zmierili a prijali ju ako súčasť života, alebo sa k nej stavajú pesimisticky až negatívne, každý z nich prechádza inými fázami adaptácie,

V celom procese edukácie pôsobíme na sociálno-afektívnu, kognitívnu a perceptuálno-motorickú stránku osobnosti človeka prostredníctvom výchovy, vzdelávania a výcviku, ktoré tvoria tzv. *triaprocesuálny model edukácie* (Határ 2012).

Význam a poslanie seniorskej edukácie môžeme pozorovať v dvoch rovinách:

1. *vo vzťahu k jednotlivcovi* – edukačné aktivity môžu pre seniora predstavovať:
    - rozšírenie možnosti uspokojovať vzdelávacie a záujmové kultúrno-tvorivé, kultúrno-zážitkové potreby,
    - možnosť stimulovať, navodzovať a udržiavať vývinový potenciál seniorov,
    - prostriedok korekcie žiadaných zmien osobnosti seniora,
    - prostriedok zámerného ovplyvňovania individuálnych osobnostných charakteristík, vzorcov správania, hodnotovej orientácie a postojov,
    - zdroj životného optimizmu,
    - prostriedok obohacovania života seniora.
2. Vo vzťahu k spoločnosti predstavuje:
    - jednu z možností spoločenskej podpory života v období staroby,
    - pozitívny mienkotvorný prvok spoločenskej atmosféry a názorov na starobu,
    - integrujúci prvok medzigeneračného pochopenia, medzigeneračnej solidarity, postojov a úcty k životu a iné.

Prioritným poslaním edukácie seniora je:

- rozvíjať jeho osobnosť po všetkých stránkach do maximálne možnej miery (individuálno-osobnostný aspekt),
- vytvorenie optimálnych podmienok pre jeho bezproblémovú integráciu do spoločnosti, aktívnu participáciu na jej dianí, aby mohol byť prínosom pre spoločnosť (spoločenský aspekt) i seba samého (Határ 2008).

Celkový individuálny aj spoločenský význam edukácie seniorov môžeme dokumentovať týmito *funkciami*:

- ***preventívna*** – edukačné aktivity umožňujú spomaľovať *bio-psycho-sociálne* a *duchovné* procesy starnutia, predchádzať ochoreniam a sociálno-patologickým,
- prejavom v správaní a konaní seniorov,
- ***anticipačná*** – zameraná na perspektívy do budúcna, tvorbu nového životného štýlu, uľahčujúca seniorom proces adaptácie na meniace sa podmienky a nový životný štýl, získanie nových vedomostí, poznatkov a zručností, ktoré umožnia seniorom prežiť plnohodnotnejší život,
- ***rehabilitačná*** – súvisiaca s regeneráciou psychických a fyzických síl, nakoľko práve kvôli rôznym somatickým a senzomotorickým ochoreniam často seniori rezignujú na ďalšiu činnosť a životnú aktivitu a edukačné programy ich môžu opäť navrátiť do aktívneho života, lebo v sebe skrývajú aktivizujúcu silu, vďaka ktorej sa seniori cítia byť spoločensky užitočnými,
- ***posilňovacia*** súvisiaca so stimuláciou seniorov, s rozvojom ich záujmov a potrieb, podporou voľnočasových aktivít,
- ***vzdelávacia*** – zameraná na osvojenie si nových vedomostí, zručností, návykov, udržiavanie mysle v kondícii,

- ***kultúrno-kultivačná*** – zameraná na rozvoj a kultiváciu osobnosti seniora vplyvom krásna na človeka z umeleckej a mimoumeleckej oblasti, ktoré mu poskytuje kladný citový zážitok a uspokojenie, umožňuje mu odreagovať sa od problémov každodenného života (Pavelková 2013),
- ***sociálno-psychologická*** – zameraná na zachovanie primeranej kvality života v oblasti sociálnych vzťahov a psychického rozvoja,
- ***adaptačná*** – umožňuje seniorom zvládať proces prispôsobovania sa na rozdiely medzi prostredím a organizmom, dbá o bio-psycho-sociálnu a duchovnú harmóniu osobnosti,
- ***komunikačná*** – slúži na získavanie nových informácií, na výmenu a odovzdávanie vlastných skúseností,
- ***aktivizačná*** – prispieva k fyzickému a psychickému zdraviu, aktivizuje potenciál,
- ***relaxačná*** – slúži na aktívny oddych, ktorý odbúrava únavu a stres nahromadený v dôsledku stereotypu každodenného života (Határ 2008).

Prax nám ukázala, že aj medzigeneračné programy sú obohatením rovnako pre seniorov ako aj pre mladšiu generáciu. Zaraďujeme spoluprácu ZSS so školskými, alebo sociálnymi zariadeniami pre deti a mládež (materské, základné a stredné školy, základné umelecké školy, detské domovy a iné).

Határ (2008) rozdeľuje možnosti edukácie seniorov nasledovne:

- edukáciu realizovanú mimo zariadení sociálnych služieb (napr. U3V),
- edukáciu realizovanú v zariadení sociálnych služieb,

J. A. Komenského myšlienku školy staroby ako súčasti celoživotného vzdelávania napĺňajú U3V. *Vzdelávania seniorov na U3V prináša:*

- oboznamujú osoby vo vyššom veku s novými vedeckými poznatkami, prehlbujú ich sebapoznanie, pomáhajú im získať nadhľad a uľahčiť im tak prispôsobovanie a orientáciu v neustále sa meniacom svete,
- priebežne vzdelávajú seniorov a umožňujú im udržať si rovnoprávne postavenie v spoločnosti.

Dôležité sú aj nasledovné *aktivity na rozvoj kognitívnej stránky osobnosti seniorov v ZSS:* diskusie na aktuálne problémy seniorov, prednášky odborníkov na témy podľa záujmu seniorov, rétorické cvičenia na rozvoj komunikačných zručností a sociálnych spôsobilostí, vzdelávacie kurzy – počítačové kurzy, kurzy cudzích jazykov, kurzy finančnej gramotnosti (Pavelková 2012, 2014), poznávaco-vzdelávacie zájazdy, tréning pamäti, čítanie tlače, vedomostné súťaže, súťaže v spoločenských hrách, tvorba a vydávanie časopisu, cvičenia na orientáciu v priestore a čase.

Význam vzdelávania seniorov nespočíva len v získavaní nových vedomostí či v ich prehlbovaní, ale má pozitívny dopad aj na zdravie seniorov, čím sa myslí dopad na oblasť sociálneho zdravia.

Pri vzdelávaní seniorov je potrebné vyvarovať sa**:** slangových výrazov, cudzích, anglických výrazov, používaniu príliš odborného jazyka.

2.2. Pohybové aktivity

Medzi ďalšie významné aktivity v živote seniora patria pohybové aktivity pre seniorov. Tie sú dôležité pre zachovanie zdravia, ale aj ako prevencia vzniku chorôb. Súčasný výskum upozorňuje, že cvičenie pomáha uchovávať funkcie mozgu a stimuluje krvný obeh. Pravidelné cvičenie spomaľuje zhoršovanie srdečných funkcií, ubúdania svalovej sily a pohyblivosti kĺbov.

K zotrvaniu v pravidelnom cvičení nestačí len racionálna motivácia, že je to užitočné pre zdravie a dlhý život. Seniori potrebujú aj emočný prežitok z pohybu, radosť z atmosféry a družnosti. Uvádzame význam a pôsobenie pohybu na psychiku:

- zlepšuje predstavu človeka o sebe, bol preukázaný pozitívny vplyv pohybu na sebahodnotenie a sebestačnosť,
- zlepšuje uvedomenie si nášho vlastného tela (celku i jeho častí), jeho vzťahu s okolitým prostredím.

Hlavné zásady pre pohybové cvičenie seniorov:

- vedomosti cvičiteľa o fyziologických zmenách a psychike starnutia,
- poznanie zdravotného stavu cvičencov,
- rešpektovanie individuálnych možností a momentálneho stavu,
- postupné zaťažovanie zodpovedajúce zdravotnej a výkonnostnej úrovni cvičencov,
- voľba vhodnej dennej doby (dopoludnia),
- názornosť a slovné vedenie pri cvičení, časté opakovanie,
- motivácia, povzbudenie,
- súlad pohybu s dychovou frekvenciou,
- využitie hudobného doprovodu k udaniu rytmu a navodeniu pohody,
- podpora v aktívnom prístupe k životu.

2.3. Duchovné aktivity

V seniorskom veku sa čoraz viac dostáva do popredia otázka aj naplnenia duchovných potrieb. Seniori uvažujú a premýšľajú o doterajšom živote, o jeho zmysle a naplnení. Preto je vhodné zaradiť túto tému do aktivizačných programov. Všeobecne tieto programy rozdeľujeme do dvou oblastí:

1) ***pastorácie*** – duchovná starostlivosť vykonávaná duchovným, zahŕňa bohoslužby, biblické hodiny, sviatostné obrady, návštevy chorých,
2) ***spirituálne aktivity*** – ktoré môže viesť aj laik, napr. čítanie náboženskej literatúry, biblických textov, životných osudov svätých, spev duchovných piesní, etické semináre zahŕňajúce otázky životných hodnôt (napr. pravda, láska, odpustenie), slávenie tradičných sviatkov (napr. Vianoce, Veľká noc), doplnené o spomienky (napr. aké zvyky dodržiavali,).. *Vhodné môžu byť aj návštevy koncertov duchovnej hudby, prípadne aj pozvanie chrámového zboru z blízkej farnosti do ZSS.*

Klienti, ktorí majú naplnené duchovné potreby, majú v sebe vnútornú silu, sú vnútorne vyrovnanejší, vyžaruje z nich harmónia, chápu situácie v predošlých etapách svojho života i v tej súčasnej, sú tolerantní, neprichádzajú do konfliktu s okolím, dokážu podporiť ostatných.

Medzi ďalšie obľúbené aktivity v ZSS patria predovšetkým záujmové aktivity, krúžky.

Záujmové aktivity

Klienti s rovnakými, alebo aj podobnými záujmami sa môžu pravidelne stretávať v skupinkách pri činnosti, ktorá bude vychádzať z ich potrieb sebarealizácie a tvorivosti. Medzi obľúbené záujmové krúžky patria:

- ***krúžok šikovných rúk*** – podporuje tvorivosť, zručnosť, cit pre estetiku, precvičuje jemnú motoriku, klienti sa oboznámia s mnohými materiálmi a technikami, svojimi výrobkami môžu skrášľovať svoje prostredie (izbu, spoločenské miestnosti, chodby), alebo ich podarovať svojim priateľom a blízkym, majú možnosť svoje výrobky prezentovať na rôznych výstavách v zariadení a mimo neho,
- ***krúžok varenia a pečenia*** – venuje sa zásadám správnej výživy, tvorivosti pri príprave jedál, múčnikov a cukroviniek, estetike stolovania,
- ***krúžok rozhlasový a vydavateľský*** – prezentuje rôzne oblasti činnosti a života v zariadení, moderovanie vylepšuje komunikačné schopnosti, rečový prejav, môžu prezentovať svoj talent, vlastnú tvorbu poézie, či prózy, pripravovať relácie k rôznym sviatkom, výročiam a zaujímavým udalostiam,
- ***literárno-dramatický, spevácky*** a mnohé iné, ktoré vyplývajú zo záujmov klientov v ZSS.

Kultúrno – spoločenské podujatia v ZSS

Jednotlivé ZSS organizujú kultúrno-spoločenské programy pri príležitostí rôznych sviatkov a osláv, do organizácie a prípravy ktorých sa snažia aktívne zapojiť svojich klientov – zadelia im úlohy a podporujú ich iniciatívu, podporujú ich vynaložené úsilie a úspechy. Na týchto programoch majú možnosť klienti prezentovať výsledky svojich činností zo záujmových krúžkov, sú tiež vhodnou príležitosťou slávnostne sa obliecť a upraviť, čo im dodáva pocit vlastnej hodnoty a dôstojnosti. Dôležitý je aj spoločenský život mimo zariadenia – klienti môžu navštevovať rôzne výstavy, múzeá a galérie, trhy umeleckých remesiel, kultúrne podujatia, koncerty, divadelné predstavenia, spevácke a tanečné vystúpenia a iné podujatia.

Záver

Očakávané zmeny v dynamike starnutia populácie prinášajú mnohé výzvy v oblasti spoločenského vnímania starnutia, najmä vo vzťahu k aktívnemu starnutiu, ktoré môžeme definovať ako proces maximálneho využitia príležitostí v oblasti zdravia, spoločenskej participácie a ochrany, smerujúci k zdokonaľovaniu kvality života. Ak sa nám podarí starších ľudí aktívne zapojiť do riešenia spoločenských problémov, môže sa tak zmierniť ich opustenosť a zraniteľnosť, ktoré sú dôsledkom rastúceho individualizmu. V kontexte demografických prognóz sa vynorili nové dimenzie staroby ako spoločenského aj individuálneho problému. Je potrebné zmeniť prístup spoločnosti k starobe, odstrániť bariéry aj v podobe ageizmu a vytvoriť podmienky pre aktívnu starobu, posilniť zodpovednosť a sebestačnosť seniorov a ich integráciu

v spoločnosti. Najvhodnejšou cestou ako si zachovať čo najvyššiu mieru nezávislosti a autonómie v starobe je zostať telesne, duševne a spoločensky aktívny a usilovať sa o zmysluplný život.

Veľkou snahou poskytovateľov sociálnych služieb je zabezpečiť seniorom primeranú starostlivosť tak, aby bola zabezpečená požadovaná kvalita ich života. Je to možné iba pri dôslednej analýze individuálnych potrieb klientov. Na jej základe je potom možné spolu s klientom stanoviť plán starostlivosti, ktorý rešpektuje bio-psycho-sociálno-spirituálne potreby klienta a tiež jeho možnosti a schopnosti. Zapájanie a účasť na aktivitách pozitívne vplýva na samotný proces adaptácie seniorov v ZSS, pomáha v napĺňaní stanovených cieľov v individuálnom plánovaní, avšak môžeme konštatovať, že pre väčšinu klientov sú aktivizačné činnosti veľkým prínosom a obohatením ich života.

Literatúra

GRAYOVÁ, C. *Ako opatrovať chorých*. 2. vyd. Martin: Príroda, 2010. 192 s. ISBN 978-80-07-01835-8.

HATÁR, C. *Edukácia seniorov v sociálnych zariadeniach*. Nitra: EFFETA – Stredisko sv. Františka Saleského, 2008. 125 s. ISBN 978-80-89245-08-6.

HATÁR, C. Sociálna andragogika. Kapitoly z teórie a metodiky sociálno-edukačnej starostlivosti o dospelých. Nitra: UKF Nitra, 2012. 152 s. ISBN 978-80-558-0037-0.

HAUKE, M. *Pečovatelská služba a individuální plánovaní.* Praha: Grada Publishing, 2011. 136 s. ISBN 978-80-247-3849-9.

HERMANOVÁ, M. Obsah a forma individuálního plánování sociálních služeb. In *Sociální služby,* 2010, č. 5, s. 18. ISSN 1803-7348.

HETTEŠ, M. *Starnutie spoločnosti. Vybrané kapitoly sociálnej práce so seniormi.* Bratislava: Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 192 s. ISBN 978-80-8132-031-6.

KAMANOVÁ, I. Etika v inštitucionalizovaných sociálnych službách. In: *Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách – zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie.* Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. ISBN 978-80-89271-89-4, s. 134-142.

KOPŘIVA, K. *Lidský vztah jako součást profese.* 5. vyd. Praha: Portál, 2006. 147 s. ISBN 80-7367-181-6.

MATOUŠEK, O. ET AL. *Sociální práce v praxi.* 2. vyd. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 978-80-7367-818-0.

MOJTOVÁ, M. Zdravotne sociálny pracovník. Nitra: Univerzita Konštantína filozofa, FSV, 2013. ISBN 978-80-558-0269-5

PAVELKOVÁ, J. Vzdělávání seniorů v oblasti finanční gramotnosti. In *Ekonomické a právní otázky zadlužení ekonomik, podniků a domácností*. Praha : SVSES, 2012, s. 180-195. ISBN 978-80-86744-93-3.

PAVELKOVÁ, J. Sociální a vzdělanostní souvislosti finanční gramotnosti. *Socioekonomické a humanitní studie*, 2013, vol. 3, no. 1, p. 62-65. ISSN 1804-6800.

PAVELKOVÁ, J. Finanční gramotnost. *Slovenská revue pre verejnú politiku a verejnú správu*, 2014, vol. 1, no 1, p. 37-52. ISSN 1339-5637.

PREUSS, K.; GORDEEVA, A. V. *Strategické řízení v organizacích zdravotních a sociálních služeb.* Brno : Econ publishing, 2012. 246 s. ISBN 978-80-86433-56-1.

PREUSS. K. Strategické řízení – nástroj aplikace etických řešení. In Mátel, A.; Grey, E.; JANECHOVÁ, L. (eds) 2013. *Aplikovaná etika v sociálnej práci 2.* Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 162-168. ISBN 978-80-8132-087-3.

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

Kontakt na autora

Doc. PhDr. Mária Dávideková, PhD.

Univerzita sv. Cyrila a Metoda
Fakulta sociálnych vied
Bučianska 4/A
917 01 Trnava
maria.davidekova@gmail.com

PROJEKT VZDĚLÁVÁNÍ VE FINANČNÍ GRAMOTNOSTI

PROJECT EDUCATION IN FINANCIAL LITERACY

Jaroslava Pavelková

Abstrakt

Příspěvek je věnován problematice vzdělávání ve finanční gramotnosti. Život na dluh se stal pro mnohé lidi běžnou součástí života. Tradičně konzervativní postoje k úsporám a zadlužování se postupně mění; rostou tendence k rychlé spotřebě a ochotě se zadlužovat. I nová sociální rizika, např. nezaměstnanost, pracující chudoba, zestárnutí v chudobě, osaměle žijící staří lidé, bezdomovci, atd., představují potenciální nebezpečí pro jednotlivce i rodinu, která snižuje schopnost zajistit si vlastními silami finanční nezávislost. Na základě této skutečnosti byl připraven projekt Vzdělávání ve finanční gramotnosti pro sociální pracovníky, kde se naučí neformálním přístupem implementovat základní znalosti a dovednosti finanční gramotnosti do povědomí vybraných sociálních skupin a naučí je řešit vzniklé problémy (poskytnutí základního poučení o povaze osobních a rodinných financí, seznámení s jednoduchými metodami vytváření a řízení osobních a rodinných rozpočtů, předcházení stavů insolvence, exekucí, apod.).

Klíčová slova

Finance, chudoba, zadlužování, finanční gramotnost, vzdělávání, sociální pracovník.

Abstract

The article is dedicated to the issue of education in financial literacy. Life on the debt has become for many people a normal part of life. The traditionally conservative attitudes, toward saving and borrowing, are gradually changing; growing tendency to rapid consumption and the willingness of the debt. And new social risks, such as unemployment, poverty, aging in poverty, lonely old people, homeless, etc., represent a potential danger for the individual and the family, which reduces the ability to secure your own financial independence. On the basis of this fact was ready to project Education in financial literacy for social workers, who will learn the informal approach to implement basic financial literacy knowledge and skills into the awareness of selected social groups and teach them to solve problems (providing basic instructions of personal and family finance, introduction with the simple methods to create and manage personal and family budgets, the prevention of insolvency, foreclosures, executions, etc.).

Key words

Finance, poverty, indebtedness, financial literacy, education, social worker.

Úvod

V současné době, stále přetrvávající celosvětové ekonomické krize (2014), se stále častěji do popředí běžného života člověka, rodiny i komunity dostávají sociálně-ekonomické problémy, které způsobují sociálně nepříznivou situaci jedince i celé společnosti. Finanční problémy, které jsou vyvolané např. ztrátou zaměstnání, odchodem do důchodu, ztrátou partnera, ztrátou bydlení, ale i významně nízkou znalostí finanční gramotnosti, či lehkovážnou důvěrou v neznámé produkty nebankovních i bankových subjektů, může vést k dluhové pasti, k vysoké úvěrové zadluženosti, která je může přivést na hranici, anebo až za hranici chudoby.

1. Současný stav problematiky

Otázkám finanční gramotnosti je věnovaná stále větší pozornost nejen v České a Slovenské republice, ale v celé Evropské unii, jako i ve vyspělých zemích OECD; poslední dobou i v nově se rozvíjejících zemích Asie. Finanční gramotnosti je řešena v množství různých studií, které jsou zaměřeny zejména na poznávání současného stavu. Celosvětově se zájem postupně přenáší od poznání samotného existujícího stavu k otázkám rozšíření všeobecného povědomí o finanční gramotnosti v populaci, tak jako i v jejích jednotlivých cílových skupinách (absence základních znalostí, dovedností a hodnotových postojů k hospodaření s financemi, které jsou nezbytné k tomu, aby občan zabezpečil sebe i své blízké z pohledu této problematiky v současné společnosti. Souhrnně je tato skutečnost nazývána *finanční gramotnost.*[3] Proti jednotlivci – finančně negramotnému občanovi – stojí profesionální skupiny, vybavené všemi moderními znalostmi marketingů, reklamy, psychologie atd., jež jsou spolu s právními specialisty a obrovskými finančními zdroji připraveny neznalého člověka zbavit nejen peněz, ale mnohdy absolutně všeho. Jen finančně gramotný člověk se orientuje v problematice peněz a cen, což neznamená jen umět počítat.

Finanční gramotnost úzce souvisí s determinantami vzniku sociálně-ekonomických problémů jedince. Nedostatek finančních prostředků ve spojitosti s finanční negramotností je závažným problémem, od kterého se odvíjí i další sociální problémy rodiny. Mezi faktory, které ovlivňují úroveň těchto problémů, můžeme zahrnovat nejčastěji dlouhodobou nezaměstnanost, nízkou úroveň dosaženého vzdělání, sociální vyloučení jedince, neplánovaný příchod dítěte, neúplnou rodinu, matky samoživitelky, ztráta partnera, rozvod, apod. Nepříznivá sociální situace se zhoršuje v posledních letech i demografickým vývojem společnosti. Stárnutí společnosti a nárůst seniorů žijících v chudobě, která je rovněž způsobená sníženou znalostí finanční gramotnosti zapříčiňuje nárůst exekučních zásahů u této populace.

2. Chudoba

Chudoba představuje globální celosvětový, multidimenzionální problém, s kterým zápasí i nejbohatší státy světa (Mátel, Schavel et al. 2011). V evropském kontextu je podrobněji řešena od konce 19. století (chudobný byl ten, kdo žil v špatných životních podmínkách

[3] http://www.cofet.cz/cs/.

a bojoval s fyzickým přežitím). Chudobu je možné definovat jako nedostatek materiálních prostředků na uspokojování potřeb jedince (Botek 2009, s. 91). Z pohledu sociálního často vede k sociálnímu napětí, které je nebezpečím pro politickou a hospodářskou stabilitu společnosti (Mátel, Schavel et al. 2011, s. 376).

Podle Deklarace Světového summitu o sociálním rozvoji v Kodani (OSN 1995, § 19) prohlašuje, že chudoba má různé projevy, zahrnující neexistenci příjmu a produktivních zdrojů postačujících na zajištění udržitelného živobytí, hlad a podvýživu, špatný zdravotní stav, omezený nebo neexistující přístup k vzdělání a dalším základním službám, zvýšenou nemocnost a úmrtnost, bezdomovectví a nevhodné bydlení, škodlivé prostředí, ale též sociální diskriminaci a vyloučení. Mimo jiné se navíc projevuje neúčasti na přijímání rozhodnutí a na občanském, společenském a kulturním životě.

Chudobu můžeme rozdělit na **absolutní** a **relativní**. V prvním případě, tzv. chudobě absolutní, mluvíme o stavu vážného nedostatku základních lidských potřeb, mezi které můžeme zařadit jídlo, pitná voda, hygienická zařízení, zdravotní služby, bydlení, vzdělání a dostupné informace; nezávisí jen na příjmu jedince, ale také na přístupu k sociálním službám, jak vyplývá z výše uvedeného dokumentu. Podle Mareše (1999, s. 111), je relativní chudoba založena na porovnání standartu chudých a těch, kteří chudí nejsou. Je definována v souvislosti s mírou životní úrovně v dané zemi (používá se zejména v zemích OEDC). Jedná se o stav, kdy jednotlivec nebo skupina uspokojuje svoje potřeby na výrazně nižší úrovni, jako je průměr v dané společnosti (Tomeš 2010). V současné době chápeme chudobu a její důsledky v podobě sociální exkluze, tedy vyloučení chudých, znevýhodněných.[4] Úzce to souvisí s problémem společenské odpovědnosti v podnikatelských aktivitách (Preuss 2012).

Od 80. let 20. století se začíná hovořit o nových sociálních rizicích (Castel 2003, in Keller 2009, s. 61), které představují události, které výrazně snižují schopnost jedince zajistit si vlastními silami svojí sociální nezávislost; pokud člověk není proti těmto událostem zajištěný, žije v trvalé nejistotě, nemá moc zvládat přítomnost ani pozitivně participovat na budoucnosti. Podle Kellera (2010, s. 146) patří mezi ně např.:

- Nová pracující chudoba – situace, kdy člověk sice má práci, ale její charakter a odměna za ní mu však neumožňuje vymanit se z chudoby; dokonce mu neumožňuje hradit náklady na bydlení bez potřebných sociálních dávek.
- Hrozba zestárnutí v chudobě, i když člověk pracoval celý život a řádně odváděl daně a pojistné dávky. Zajištění ve stáří se stává nejkritičtějším místem v systému solidárního sociálního pojištění (dopady zvyšujícího se věku populace, snižujícího se počtu dětí v rodině, zvyšující se počet neúplných domácností, včetně vzrůstající nezaměstnanosti (Keller 2009, 68).
- Vznik malých nukleárních rodin, s kterými vzrůstá riziko finančního zajištění nejen ve stáří, ale i v případě nemoci. Rodina neplní pečovatelskou úlohu pro více generací, jak to bylo zvykem v případě rozvětvené, vícegenerační rodiny.

[4] Sociální exkluze označuje marginalizaci lidí anebo čtvrtí a využívání barier, které jim omezují plné začlenění do většinové společnosti. Nejzranitelnější jsou lidé chudí, neúplně vzdělaní, fyzicky či duševně hendikepovaní, bývalí delikventi a odsouzení, příslušníci národnostních skupin, apod. (Barker 2003, s. 403).

- Hrozba, že člověk nezíská kvalifikované (nebo žádné) zaměstnání, i když jedinec investoval svůj čas, úsilí i energii do vzdělání. Podle citovaného autora se tato hrozba začíná dotýkat i vysokoškolsky vzdělaných lidí.

1. Chudoba a vyloučení v České republice

Chudoba, ani sociální vyloučení, se nevyhýbá České republice. S nástupem tržní ekonomiky vzrostla nezaměstnanost, přičemž sociální podpora ze strany státu se začala postupně ztenčovat, včetně starobních důchodů; ty sice mírně rostou, ale nepokryjí ovšem životní náklady. Zatímco celková životní úroveň většiny lidí stoupala, část obyvatelstva zaznamenala její pokles. V každém případě se ovšem tato „nová chudoba" liší od chudoby v rozvojovém světě. Z důvodu bezplatného školství a zdravotnictví, které bylo a je dostupné téměř všem, zůstávají v České republice ukazatele lidského rozvoje jako vzdělanost a zdraví na poměrně vysoké úrovni.[5]

Podle Českého statistického úřadu (duben 2014) je ohroženo 1,5 miliónu osob, což v přepočtu činí přes 15 % z celkové populace.[6] Nejvíce ohroženi chudobou jsou ti, u kterých se setkává příjmová chudoba, nezaměstnanost a materiální deprivace. Tuto obtížnou situaci řeší tedy téměř 129 tisíc osob. Ekonomičtí experti Českomoravské konfederace odborových svazů ale současně upozorňují, že řadu lidí od oficiálního začlenění do pásma chudoby dělí příjem vyšší o pár desetikorun. Jak uvádí H. Popelková (in Vavroň 2014), autorka studie *„Vývoj chudoby v ČR*", tak vypadá česká realita, a to v oficiálních statistikách nejsou zachyceny tisíce bezdomovců, lidí žijících po azylech a ubytovnách. Toto zvyšuje podle studie i počty chudých o dalších více jak sto tisíc lidí.[7] Chudoba nejen devastuje lidi, omezuje schopnost získat vzdělání, ale vyvolává i napětí ve společnosti. Napětí mezi bohatými a chudými totiž považuje přes 60 % Čechů za poměrně silné. Jak uvádí citovaná studie. Tento názor je rozšířen mezi všemi sociálními skupinami; převažuje tedy i mezi bohatými a materiálně dobře zajištěnými lidmi. Mezi příjmově chudými najdeme nejčastěji lidi se základním vzděláním a více žen než mužů. Na propočty, zda jste již chudý, nebo ještě ne, existují určitá pevná měřítka. Pokud se vezme za základ tzv. příjmová chudoba, zatím hranicí, kdy se můžete považovat za příjmově chudého, je 115 tisíc ročně, to je 9 680 Kč měsíčně. Do této kategorie spadají jednak děti (odhadem kolem 256,6 tisíce dětí), senioři, ale i mladí ve věku 18–24 let, lidé bez práce, samoživitelky a nezaměstnaní. Určitou absurditou je, že do pásma chudoby se dostávají i lidé pracující za minimální mzdu, která je v současnosti nižší než hladina příjmu pro pásmo chudoby, říká ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová (in Vavroň 2014). Vysokoškoláci vykazují příjmovou chudobu jen ve 2,6 % případů své vzdělanostní skupiny. Chudoba je odlišena i regionálně. Nejvyšší míru vykazují kraje s nejvyšší mírou nezaměstnanosti a největšími sociálními problémy konkrétně Ústecký a Moravskoslezský kraj. Nejpříznivější situace je naopak v Praze a Plzeňském kraji.

---

5 http://www.rozvojovka.cz/chudoba.
6 http://www.novinky.cz/finance/334816-od-chudoby-deli-mnoho-lidi-jen-stokoruny.html.
7 http://projekty.osu.cz/vedtym/dok/publikace/spilackova_nedomova_forum%201_2014.pdf.

Druhým měřítkem chudoby je míra materiální deprivace, jež vyjadřuje podíl osob žijících v domácnostech, které mají nedostatek nebo neuspokojivou situaci nejméně u čtyř z devíti sledovaných položek. Sleduje se schopnost platit pravidelné platby (nájem, hypotéky), schopnost z vlastních zdrojů uhradit nečekaný výdaj ve výši 9 300 korun, schopnost zaplatit týdenní dovolenou mimo domov, dostatečně vytopený byt, maso na jídelníčku obden a vlastnictví barevné TV, automatické pračky, automobilu a telefonu. Míra materiální deprivace se podle studie v Česku udržuje na úrovni 6,2–6,6 procenta populace; v přepočtu se podle statistiků s materiální deprivací potýká přes 680 tisíc osob. Vedle nezaměstnaných jsou materiální deprivací nejvíce ohroženy rodiny s dětmi, zejména rodiny neúplné, v posledních letech ale narůstá i počet domácností důchodců. Materiální deprivací jsou častěji ohroženi lidé, kteří bydlí v nájemních bytech. Jejich podíl se v roce 2012 meziročně zvýšil na úroveň 17,4 procenta.

Třetím ukazatelem chudoby je míra pracovní intenzity, která vyjadřuje podíl osob do věku 60 let v domácnostech, kde osoby v produktivním věku (18–59 let) odpracovaly v průběhu minulého roku méně než 20 % pracovní doby. Nízkou pracovní intenzitu vykazovalo v ČR 536 tisíc osob, zejména mužů, jak uvádí jako další informaci presntovaný dokument.

V mezinárodním srovnání všech tří ukazatelů chudoby jsme na tom relativně dobře. Menší míru chudoby vykazovalo pouze Nizozemí (15 %), Norsko (13,7 %) a Island (12,8 %). Země evropské osmadvacítky vykazovaly v průměru míru chudoby 24,8 procenta populace. Za chudého či sociálně vyloučeného se ale v Česku samo označuje podstatně více lidí, a to dokonce i s příjmy, které výrazně překračují oficiální pásma chudoby či materiální deprivace.[8]

Experti v dokumentu to zdůvodňují právě tím, že velký počet lidí dělí od pásma chudoby, materiální deprivace atd. jen velmi tenká, často stokorunová hranice, kterou pociťují při každé platbě. Stále více lidem totiž nerostou příjmy, zato výdaje, zejména spojené s bydlením. Třetina domácností vychází se svými příjmy obtížně. Lidé musí z důvodů nedostatku peněz měnit životní způsob. Podle expertů to ale může být problém v případě, kdy se začne šetřit na výdajích na zdraví, či na zvýšení vzdělanosti. Nemožnost z důvodů chudoby pokračovat ve vzdělávání, absolvovat placené odborné kurzy automaticky snižuje možnost najít dlouhodobé zaměstnání. Dlouhodobé zaměstnání je přitom základní podmínka pro vymanění se z chudoby. Systém bezplatných rekvalifikací na zásadní změny nestačí. Podle odborů je proto tuto situaci třeba brát v potaz při všech změnách sociálního systému. Každé odložení valorizací, dlouhodobé nezvyšování mezd, odbourávání řady sociálních dávek může do pásma chudoby poslat desetitisíce lidí. Jak uvádí J. Vavroň (Právo, 29. 4. 2014), to samozřejmě zpětně zvýší tlak na sociální systém, nespokojenost populace a napětí ve společnosti.

4. Projekt Vzdělávání ve finanční gramotnosti

Sociální pracovníci působící v obcích, anebo v zařízeních sociálních služeb zaznamenávají potřeby a požadavky v rámci sociálního a specializovaného poradenství také v oblasti ekonomických problémů. Aktuální finanční krizi ukázala potřebnost finančního vzdělávání,

[8] http://www.novinky.cz/ekonomika/326640-chudoba-a-socialni-vylouceni-hrozi-v-cesku-1-5-milionu-idi.html.

zaměřeného na praktické schopnosti, spojeného se správou osobního nebo rodinného rozpočtu, které jsou předpokladem pro finanční zabezpečení jedince a rodiny. Finanční vzdělávání směřuje k aktivní a zodpovědné práci s osobními i rodinnými financemi a přispívá k prevenci zadlužování občanů a domácností. Finanční gramotnost je soubor znalostí, zručností a hodnotových postojů občana, nevyhnutných k tomu, aby finančně zabezpečil sebe a svojí rodinu v současné společnosti a aktivně vystupoval na trhu finančních produktů a služeb (Pavelková 2014). Finančně gramotný občan se orientuje v problematice peněz a cen a je schopný zodpovědně spravovat osobní/rodinný rozpočet, spolu se spravováním finančních aktiv a finančních závazků s ohledem na měnící se životní situaci. Z těchto důvodů byl připraven projekt Vzdělávání finanční gramotnosti pro sociální pracovníky a pomáhající profese (Společnost pre rozvoj sociálnej práce na Slovensku, pod vedením autorky příspěvku), který je seznámí se základy finančního poradenství. Absolvent vzdělávacího programu získá odborné vědomosti z pohledu sociálního poradenství ve vzdělávací oblasti finanční gramotnosti (vzdělávání, prevence, poradenství). Naučí se zručnosti ve vedení poradenského rozhovoru se sociálními klienty v otázkách finanční gramotnosti, osvojí si používat metody sociálního poradenství, využívat poradenské postupy a optimalizuje poradenský proces v řešené vzdělávací oblasti. Je schopný analyzovat a identifikovat problém sociálního klienta se zřetelem na jejich finanční gramotnost, akceptovat etické principy poradenské praxe, metodicky usměrňovat postupy při práci se sociálním klientem s využitím sebereflexí (Dávideková 2010; Schavel 2010). Naučí se ovládat nestandartní situace v oblasti komunikace a kooperace mezi poradcem a sociálním klientem s orientací na motivaci klienta k pozitivní změně a jeho mobilizaci při hledání nových alternativ vyřešení problému vlastními schopnostmi, k prevenci finanční zadluženosti, včetně odkazů na další poradní státní i nestátní instituce k vyřešení finanční situace klienta (zdělávání finanční gramotnosti se zaměřením na cílovou skupinu starší populace; ovládá jak neformálním přístupem implementovat, či řešit základní znalosti a dovednosti finanční gramotnosti do povědomí starších lidí, tedy poskytnutí základního poučení o povaze osobních a rodinných financí, seznámení s jednoduchými metodami vytváření a řízení osobních a rodinných rozpočtů, s řešením nejčastějších situací, předcházení stavů insolvence, metodami jejich řešení apod.).

5. Struktura projektu

Vzdělávací aktivita se skládá z dvou modulů. První modul je věnován frekventantům edukační aktivity. Druhý představuje metodiku, jak pracovat s cílovou skupinou, která má problémy s finanční gramotností a neumí hospodařit se svými finančními prostředky a se svým majetkem (nejen důvod exekucí, ale i nízký finanční měsíční příjem na hranici, či pod hranicí chudoby).

Úvod do problematiky finanční gramotnosti

Vymezení a charakteristika finanční gramotnosti současný stav problematiky finanční gramotnosti ve společnosti s dopadem na jedince a jeho rodinu, globální pohled na finanční gramotnost, potřeba informovanosti a vzdělávání v oblasti finanční gramotnosti.

Možné příčiny vzniku dluhu

Vlastní zavinění, pořizování nadbytečných věcí, neplacení nájmu, nesplácení povinných poplatků aj.). Podíl příslušníků rodiny na vzniku dluhu; převzetí povinnosti ručení (v rámci rodiny, mezi přáteli, známými, neznámými), kombinovaná zadlužení, návykové závislosti; mentální retardace, neschopnost participace na vlastním životě.

Psychologické a sociální aspekty finanční gramotnosti

Finanční gramotnost z pohledu ekonomické psychologie (psychická zátěž a stres, motivace, psychologický vliv informace a reklamy, psychologie nezaměstnanosti, sociálně patologické jevy ve vztahu k finanční gramotnosti). Předlužení jedince a rodiny, sociální vyloučení z důvodu předlužení, sociálně znevýhodněné (nízkopříjmové) skupiny obyvatelstva, předlužení jako sociálně-ekonomický problém společnosti, její řešení, sociální práce s postiženou skupinou.

Ekonomické aspekty současné finanční gramotnosti

Otázka vzdělanosti ve finanční gramotnosti z pohledu Slovenské a České republiky, zemí střední Evropy, vyspělých státech OECD, včetně rozvíjejících se krajin Asie. Porovnání pomoci v hmotné nouzi ve státech Evropské unie, včetně požadovaných kritérií na její poskytnutí. Nebezpečí vzniku sociálně-ekonomických problémů rodiny s následným sociálním propadem (faktory ovlivňující vznik tohoto statutu), demokratický vývoj společnosti.

Informační gramotnost v rámci finanční gramotnosti

Zdroje informací a média z pohledu finanční gramotnosti, média veřejné služby, komerční média, poradny, sociální sítě na internetu, propagace, reklama (pravdivost, klamavost, regulace aj.), *public relation*, podpora prodeje, vztah reklamy a spotřebitele.

Ochrana spotřebitele

Ochrana spotřebitele, metody poskytovatelů úvěrů a poskytování státními a nestátními institucemi, lichváři, triky ve smlouvách a obchodních podmínkách, osobní zodpovědnost, stát a zákon, sdružení obrany spotřebitelů, poradny pro zadlužení lidi.

Peněžní gramotnost

Peníze (funkce, druhy), domácí a zahraniční měna (mezibankovní úrokové sazby a kurz koruny, kurzovní lístek), způsoby placení (hotovostní platební styk, bezhotovostní platební styk), bankovní a nebankovní sektor, úrok a úroková sazba, typy bankovních účtů, platební karty, spoření, pojištění, investice, úvěry, alternativní způsoby financování, asociace a sdružení v oblasti financí v SR a ČR.

Cenová gramotnost

Trh a tržní mechanismus (poptávka, nabídka, faktory ovlivňující nabídku a poptávku, tržní rovnováha dokonala a nedokonalá konkurence, monopoly z pohledu konkurence. Cena (atributy ceny, druhy, metody stanovení ceny, odlišné ceny stejných výrobků, cenové praktiky), inflace.

Rozpočtová gramotnost

Veřejní finance, státní rozpočet, daně a daňový systém, rozpočtová (fiskální) politika, osobní a rodinný rozpočet (příjmy domácnosti, výdaje domácnosti, majetek a závazky domácnosti, rodinný rozpočet, řešení schodku rodinného rozpočtu, finanční plánování ve vztahu k životnímu cyklu rodiny

Právní aspekty a právní gramotnost

Uzavírání smluv o poskytnutí peněžních prostředků (obsah, formy, všeobecné obchodní podmínky), trestně právní dopady (poškození věřitele, zvýhodnění věřitele, úvěrový podvod, úpadek), spory vznikající při neplacení a jeho řešení, vymáhání práv věřitele exekucí, insolvence.

Charakteristika cílové skupiny znevýhodněných občanů s důrazem na starší populaci

Charakteristika jednotlivých skupin znevýhodněných jedinců s jejich specifickými atributy způsobu života ve vztahu k problematice finanční gramotnosti (senioři, osamělí rodiče, mládež z ústavních zařízení, marginalizována komunita, apod.).

Praktické vzdělávací aktivity

Praktické vzdělávací aktivity zaměřené na zmíněná odborná témata finanční gramotnosti se zřetelem na charakteristiku příjmové skupiny (projektové metody výuky, diskusní skupiny, situační hry v oblasti finanční gramotnosti) a tréninkový program – praktická cvičení. Využití všech typů médií. Řešení jednotlivých příkladů z učebních osnov na praktických příkladech.

Závěr

Osobní neschopnost a následné dlouhodobé neřešení existenčních problémů občanů často způsobuje jejich hmotnou nouzi, spojenou s jejich dalším možným sociálním vyloučením. Je doprovázena kumulací dalších složitých sociálních kolizí, jako je např. zadlužení, rozpad rodiny a některé další nežádoucí sociálně patologické jevy (Mareš 2013). Jen promyšleným předcházením či aktivním řešením tohoto nepříznivého stavu v podobě poradenství dobře připraveným (vzdělaným) sociálním pracovníkem v oblasti finančního poradenství může napomoci při eliminaci i prevenci sociálního vyloučení v důsledku předluženosti u znevýhodněného jedince, či jeho rodiny v současné společnosti (sociální poradenská činnost v oblasti finanční gramotnosti za podpory politických rozhodnutí a legislativních předpokladů).

Literatura

BARKER, R.L. *The Social Work Dictionary*. 5th Ed. Washington DC : NASW, 2003. 493 s. ISBN 0-87101-335-X.

BOTEK, O. *Sociálna politika pre sociálnych pracovníkov*. Piešťany : PN print, 2009. 112 s. ISBN 978-80-970240-0-0.

DÁVIDEKOVÁ, M. Sociálna opora a sociálne služby v systéme sociálnej ochrany seniorov na Slovensku. In *Sociální, ekonomické, právní a bezpečnostní otázky současnosti*. Praha : SVŠES, 2010, s.70-81. ISBN 978-80-86744-84-1.

DÁVIDEKOVÁ, M. Etické hodnoty a dôstojnosť v sociálnej práci. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci*. Brno : Institut meziodborovych studii, 2010, s. 23 -30. ISBN 978-80-87182-13-0.

KELLER, J. *Soumrak sociálního státu.* 2. vyd. Praha : Slon, 2009. 160 s. ISBN 978-80-7419-017-9.

KELLER, J. *Tři sociální světy*. Praha : Slon, 2010. 212 s. ISBN 978-80-7419-031-5.

KOLEKTIV AUTORŮ. 2011 *Slabikář finanční gramotnosti*. Praha : COFET, 2011. 448 s. ISBN 978-80-9043-96-1-0.

MAREŠ, D. Kritické faktory sociálně – ekonomického zabezpečení fyzických osob s úvěrem. In Preuss, K.; Pavelková, J. (eds) *Ekonomika a řízení ve zdravotních a ekonomických službách*. Praha : VŠAPs, 2013. 175-181. ISBN 978-80-87871-00-3.

MAREŠ, D. Disponibilní příjem a životní úroveň obyvatelstva jako předpoklady pro poskytnutí úvěru. In PAVELKOVÁ, J.; PREUSS, K. (eds) *Sociální a vzdělanostní souvislosti finanční gramotnosti*. Praha : BIVŠ, 2012. 102-107. ISBN 978-80-7265-224-2.

MAREŠ, P. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1999. 248 s. ISBN 80-85850-61-3.

MÁTEL, A.; SCHAVEL, M. ET AL. *Aplikovaná sociálna patológia v sociálnej práci*. Bratislava : VŠ ZaPS sv. Alžbety, 2011. 442 s. ISBN 978-80-8132-009-5.

PAVELKOVÁ, J. Finanční gramotnost. *Slovenská revue pre verejnú politiku a verejnú správu*, 2014, vol. 1, no 1, p. 37-52. ISSN 1339-5637.

PAVELKOVÁ, J. Vzdělávání seniorů v oblasti finanční gramotnosti. In *Zadlužení fenomén současnosti.* Praha : SVSES, 2012, s. 230-242. ISBN 978-80-86744-92-6.

PAVELKOVÁ, J. Sociální a vzdělanostní souvislosti finanční gramotnosti. *Socioekonomické a humanitní studie*, 2013, vol. 3, no. 1, p. 62-65. ISSN 1804-6800.

PAVELKOVÁ, J. Vzdělávání seniorů v oblasti finanční gramotnosti. In *Ekonomické a právní otázky zadlužení ekonomik, podniků a domácností*. Praha : SVSES, 2012, s. 180-195. ISBN 978-80-86744-93-3.

PAVELKOVÁ, J. Kompetence finanční gramotnosti u starší populace. In *Ekonomika a řízení ve zdravotních a sociálních službách.* Praha : Vysoká škola aplikované psychologie, 2013, s. 133-146. ISBN 978-80-87871-00-3.

PAVELKOVÁ, J. Etika podnikání v oblasti služeb využívaných seniory. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci 2.* Batislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2013, s. 96-108. ISBN 978-80-8132-087-3.

PREUSS. K. 2012 Společenská odpovědnost v podnikatelských aktivitách. In Mátel, A.; Grey, E.; JANECHOVÁ, L. (eds) 2013. *Aplikovaná sociálna politika.* Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 272-279. ISBN 978-80-8132-061-3.

SCHAVEL, M. A KOL. 2010 *Sociálna prevencia*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 267 s. ISBN 978-80-89271-22-1.

TOMEŠ, I. *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. Praha : Portál, 2010. 440 s. ISBN 978-80-7367-680-3.

VAVROŇ, J. Od chudoby dělí mnoho lidí je stokoruny. *Právo*, 29/4/ 2014. ISSN 1211-2119. http://pravo.novinky.cz/[cit.2014–05–05]. Dostupné na: <http://www.novinky.cz/finance/334816-od-chudoby-deli-mnoho-lidi-jen-stokoruny.html>.

ZÁKON Č.108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 29/2007 Sb.

ZÁKON Č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění zákona č. 29/2007 Sb. – Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, ve znění pozdějších předpisů.

USNESENÍ PŘEDSEDNICTVA ČNR Č. 2/1993 Sb., o vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součásti ústavního pořádku České republiky. Sb. Zák. ČR, 1993, částka 1, s. 17-23.

OSN. *World Summit for Social Development.*1995. A/Conf.166/9.[cit. 2014–05–05. Dostupné na: <www.un.org/documents/ga/conf166-9htm>.

http://www.novinky.cz/finance/334816-od-chudoby-deli-mnoho-lidi-jen-stokoruny.html [cit. 2014–05–04].

http://www.novinky.cz/ekonomika/326640-chudoba-a-socialni-vylouceni-hrozi-v-cesku-1-5-milionu-lidi.html [cit. 2014–05–05].

http://www.rozvojovka.cz/chudoba [cit. 2014–05–04].

http://projekty.osu.cz/vedtym/dok/publikace/spilackova_nedomova_forum%201_2014.pdf [cit. 2014–05–04].

http://www.cofet.cz/cs/ [cit. 2014–05–04].

http://pravo.novinky.cz/ [cit. 2014–05–05].

Cofet, www.cofet@cofet.cz.

Právo. Praha : Borgis. ISSN 1211-2119.

Kontakt na autora

doc. RNDr. Jaroslava Pavelková, CSc.

Fakulta sociálnych vied UCM v Trnave
Bučianska ul. 4/A
917 01 Trnava
Slovenská republika
jaryk@post.cz

ZKUŠENOSTI S PODPOROU ZAMĚSTNANOSTI NEZAMĚSTNANÝCH VE VĚKU NAD 50 LET

EXPERIENCE IN SUPPORTING OF GETING EMPLOYMENT OF UNEMPLOYED OVER 50

Karel Preuss

Abstract

Příspěvek se zabývá výsledky metod vypracovaných na podporu zaměstnanosti pro skupinu nezaměstnaných nad 50 let věku v rámci projektu JobTool. Pozitivní výsledky, které svého času projekt přinesl, vyžadují nové ověření a prohloubení metodiky. Příspěvek definuje hlavní oblasti zkoumání a potřebná zlepšení.

Klíčová slova

Nezaměstnanost, JobTool, trh práce, sociální práce, úřad práce.

Abstract

The paper deals with the results of the methods elaborated to promote employment for a group of unemployed people over 50 years of age within the project JobTool. The positive results that the project brought in his time, require a new validation and deepening of the methodology. Paper defines the main areas of study and the necessary improvement.

Key words

Unemployment, JobTool, labor market, Labor Office.

Úvod

Problematika starších osob, zejména ve věku nad 50 let, které ztratí zaměstnání, představuje již delší dobu, přinejmenším od počátku recese v roce 2008, společensky závažnou otázku. Nejde jen o to, že v citlivém předdůchodovém období dochází k výraznému snížení příjmu, který bude mít vliv i na výši budoucího důchodu. Právě tato věková skupina je náchylná k propadu do dlouhodobé nezaměstnanosti. Sociálně preventivní úloha podpory straších osob při hledání nového zaměstnání je proto významných faktorem (Schavel et al. 2012; Mátel, Schavel, Drexlerová 2012).

Jako příčina se obvykle uvádí zastaralost jejich vzdělání, malá perspektivnost z pohledu zaměstnavatelů a nevyhovující odborné zaměření (ztráta zaměstnání je nejčastěji způsobena snižováním počtu zaměstnanců nebo úpadkem zaměstnavatele v důsledku recese v daném odvětví). Mezinárodní zkoumání v rámci projektu *„JobTool“* (LLP-LDV-TOI-07-BG-

166010) v letech 2007 – 2009 ukázalo, že důležitým faktorem, který významně ovlivňuje úspěšnost hledání nového zaměstnání, je schopnost prezentace svých schopností.

Právě v tomto ohledu řada starších pracovníků postrádá dostatečné zkušenosti. Nezřídka pracovali pro jediného zaměstnavatele celý svůj aktivní život – od vyučení až do propuštění, často třicet a více let. Je tedy zcela pochopitelné, že postrádají dovednosti potřebné pro uplatnění na současném „trhu práce."

Ztráta zaměstnání či dlouhodobá nemožnost získat zaměstnání nové s sebou nese nejen snížení životní úrovně, ale často působí i velmi negativně na psychiku člověka – na jeho sebepojetí. V některých případech vede až k destrukci osobnosti se společenskými následky vyloučení z rodiny a společnosti, v krajních případech i sebepoškození nebo sebevraždě (Dávideková 2010). Ztráta zaměstnání s sebou nese finanční a společenské ohrožení (Mareš 2013).

Projekt „JobTool"

Projekt *„JobTool"* byl podporován prostředky Evropské komise a účastnily se ho organizace z Bulharska (ECQ Ltd. Sofie), Slovinska (Kadis d.o.o. Ljubljana), Rakouska (FH Joanneum Graz) a České republiky (BIVŠ Praha). Konečným cílem bylo vytvoření metodiky pro postup pracovníků úřadů práce při poradenství a podpoře nezaměstnaným vybraných věkových skupin. Základem se stala technika vyvinutá slovinskou společností Kadis d.o.o., která umožňuje systematičtější práci s těmito skupinami nezaměstnaných, pomáhá jim překonávat jejich psychické hendikepy a podporuje jejich zapojení do pracovní činnosti. Uvedená technika byla vyvinuta v rámci evropského grantu *"The ICTE method – the integration of counselling, training and employment provision".* Výsledky projektu byly Evropskou komisí v roce 2006 vysoko hodnoceny – grant byl považován za jeden z nejúspěšnějších v rámci Evropské unie.

V projektu *„JobTool"* přitom nešlo o mechanické přenesení slovinských zkušeností do jiných zemí. Základem se stalo zkoumání a porovnání specifických podmínek jednotlivých zemí: kulturních, legislativních a dalších rozdílů, které vytvářejí rámec konkrétních podmínek v každé zemi. Přístupy pak byly uplatňovány diferencovaně, s přihlédnutím k těmto rozdílům, aby bylo dosaženo co nejlepšího výsledku (Pavelková 2014).

Projekt se netýkal výhradně jen věkové kategorie nad 50 let. Byl zaměřen na podporu nezaměstnaných ve dvou věkových kategoriích: do 25 let a nad 50 let. V obou těchto kategoriích se jako důležité jevilo usilovat o zlepšení především komunikačních dovedností a chování při výběrových řízeních a v kontaktu s potenciálními zaměstnavateli, případně personálními agenturami jako jejich zástupci (Pavelková 2011).

Výsledkem práce na projektu byl návrh komplexní metodiky přípravy nezaměstnaných na hledání nového pracovního místa. Tato metodika byla vtělena do dvou manuálů, z nichž prvá je určen pro pracovníky úřadů práce, a druhý přímo využívají samotní nezaměstnaní. Manuál pro pracovníky úřadů práce se zaměřuje na metodickou podporu jejich činnosti při poradenství pro nezaměstnané a na metodicky správné využití celé metodiky. Manuál pro nezaměstnané pak slouží jako svého druhu učební podpora, která přináší praktické návody

a cvičení, umožňující získat potřebné dovednosti a návyky. Vedle toho byla zajištěna on-line podpora v českém jazyce (*http://www.jobtool.bg/*) a pracovníci úřadu i nezaměstnaní dostali k dispozici interaktivní CD-ROM.

Zkušenosti z implementace metodiky

Navržená metodika byla dlouhodobě aplikována Úřadem práce v Karlových Varech. Nejprve byly provedeny vzorové přednášky doc. Pavelkovou za účasti dalších členů týmu, poté metodiku převzaly pracovnice Úřadu práce. Již první výsledky skupin se jevily jako velmi slibné. Využívání metodiky bylo sledováno za účasti zahraničních členů týmu s cílem ověřit její funkčnost a využitelnost obou manuálů. Hodnocení výsledků mezinárodním týmem vyznělo velmi dobře. Výsledky České republiky byly využity i v konečné zprávě o projektu jako vzorový příklad, který posloužil při prohlubování metodik ostatních členských institutcí v rámci projektu.

I samotnými pracovníky Úřadu práce v Karlových Varech byly výsledky a použitelnost metodiky hodnoceny jako velmi dobré. Zejména se dařilo připravit starší nezaměstnané, seznámit je s technikami výběrových řízení a naučit je potřebným dovednostem. Metodika byla přijata jako standardní postup a je dlouhodobě využívána

Porovnání se skupinami v rámci Karlovarského kraje, u kterých nebyla navržená metodika použita, potvrdilo lepší připravenost na současné požadavky trhu práce. Výsledky při hledání nového zaměstnání byly významně lepší – rozdíl činil téměř 17%. Přesto je třeba výsledky hodnotit opatrně – zkoumání omezené na jeden specifický kraj nelze mechanicky přenášet na celou republiku.

Stávající využití metodologie

V současné době je metodika využívána v rámci územního pracoviště Úřadu práce ČR v Karlových Varech.[9] O využití metodiky projevily zájem i další Úřady práce, ale poté, kdy ztratily v rámci restrukturalizace resortu svoji právní samostatnost, musely od jednání odstoupit.

Přes dobré hodnocení, kterého se dostalo výstupům projektu, je třeba je s odstupem času podrobit novému přezkoumání:

- z hlediska výsledných efektů,
- z pohledu efektivity používané metody,
- z pohledu možností zlepšení využívaných technik.

Je také třeba provést porovnání s dalšími skupinami, u kterých nebyla metoda použita. Vzhledem k vývoji situace v oblasti zaměstnanosti, ke změnám v legislativě i praxi postupů při hledání nového zaměstnání je třeba znovu ověřit funkčnost metodiky a zabývat se z novu možnostmi jejího zlepšení.

[9] Úřady práce v rámci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR prošly v mezičase celkovou restrukturalizací.

Další zkoumání

Dosavadní využití metodiky připravené v rámci projektu *JobTool* se jevi jako velmi dobré, ale příliš omezené. Protože s odastupem času j potřebné provést v nástrojích úpravy odpovídající vývoji legislativy, je příležitost postoupit i v oblasti metodické podpory.

Možnosti dalšího vývoje metodiky vidíme zejména v oblastech:

- mezigeneračního propojení pro předávání specifických informací mezi nezaměstnanými různých věkových skupin;
- rozšíření elektronické podpory pro přípravu nezaměstnaných na nový vstup do zaměstnání;
- zlepšení postupů využívajících kontaktů s firmami;
- prohloubení poradenských metod a nástrojů pracovníků Úřadu práce.

Závěr

Jádro týmu zůstalo zachováno a poté, kdy se Bankovní institut vysoká škola, a.s. rozhodl opustit práci v oblasti zdarvotnictví a sociální práce, se přesunul na International Art Campus Prague, kde byl vytvořen specializovný Institut zdravotních a sociálních služeb, jehož se stal základem. Po fázi institutcionální stabilizace, která by měla být ukončena získáním akreditace pro studijní obor *Ekonomika a řízení zdravotních a sociálních služeb,* se chceme soustředit právě na další rozvoj metodiky vypracované v rámci projektu *JobTool*.

Literatura

DÁVIDEKOVÁ, M. Etické hodnoty a dôstojnosť v sociálnej práci. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci*. Brno : Institut meziodborovych studii, 2010, s. 23-30. ISBN 978-80-87182-13-0.

MAREŠ, D. Kritické faktory sociálně – ekonomického zabezpečení fyzických osob s úvěrem. In Preuss, K.; Pavelková, J. (eds) *Ekonomika a řízení ve zdravotních a ekonomických službách*. Praha : VŠAPs, 2013. 175-181. ISBN 978-80-87871-00-3.

MAREŠ, D. Disponibilní příjem a životní úroveň obyvatelstva jako předpoklady pro poskytnutí úvěru. In PAVELKOVÁ, J.; PREUSS, K. (eds) *Sociální a vzdělanostní souvislosti finanční gramotnosti*. Praha : BIVŠ, 2012. 102-107. ISBN 978-80-7265-224-2.

MÁTEL, A.; SCHAVEL, M.; DEXLEROVÁ, B. *Sociálno-ekologické perspektívy ako teoretická platforma pre riešenie sociálno-ekonomických problémov spoločnosti.* In *Sociální a vzdělanostní souvislosti finanční gramotnosti* (sborník příspěvků z vědecké konference). Praha : BIVŠ, 2012, s. 23. ISBN 978-80-7265-224-2.

PAVELKOVÁ, J. Finanční gramotnost. *Slovenská revue pre verejnú politiku a verejnú správu*, 2014, vol. 1, no 1, p. 37-52. ISSN 1339-5637.

PAVELKOVÁ, J. Sociálně-antropologické aspekty zaměstnanosti a bezdomovectví. *Socioekonomické a humanitní studie*, 2011, vol. 1, no. 2, p. 81-98. ISSN 1804-6800.

PAVELKOVÁ, J.; PREUSS, K.; DOLEŽAL, M. Příspěvek k otázce nezaměstnanosti. *Speciální pedagogika*, 2010, roč. 20, č. 1. s. 51-66. ISSN 1211-2720.

PREUSS, K. Zadluženost a otázky ekonomické a sociální udržitelnosti. In ONDŘEJ, J.; MARKOVÁ, L.; HÁLA, M. (eds) *Ekonomické a právní otázky zadlužení ekonomik, podniků a domácností.* Sborník mezinárodní konference. Praha : SVŠES, 2012. 207-213. ISBN 978-80-86744-93-3.

PREUSS. K. Strategické řízení – nástroj aplikace etických řešení. In Mátel, A.; Grey, E.; JANECHOVÁ, L. (eds) 2013. In *Aplikovaná etika v sociálnej práci 2.* Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety. 162-168. ISBN 978-80-8132-087-3.

PREUSS, K.; PAVELKOVÁ, J.; GORDEEVA, A.; DOLEŽAL, M. The Strategic Aspects of Corporate Social Responsibility from the Perspective of Social Integration of Individuals. *Clinical Social Work*, 2011, vol. 2, no. 6, p. 30-35. ISSN 2222-386X.

SCHAVEL, M. ET AL. *Sociálna prevencia.* Liptovský Ján : Prohuman, 2012. ISBN 978-80-89535-06-4.

Kontakt na autora

doc. PhDr. Karel Preuss, CSc.

International ART CAMPUS Prague, s.r.o.
Na Pankráci 54
140 00 Praha 4-Nusle
Česká republika
karel.preuss@seznam.cz

SOCIÁLNA POLITIKA UPLATŇOVANÁ V MIESTNYCH SAMOSPRÁVACH NA SLOVENSKU

SOCIAL POLICY APPLIED IN LOCAL SELF-GOVERNMENT IN SLOVAKIA

Michal Imrovič

Abstrakt

Cieľom príspevku je poukázať na aktuálny chrakter realizácie sociálnej politiky na miestnej úrovni v podmienkach Slovenskej republiky. Poukázať na možnosti realizácie sociálnej politiky v rámci kompetencií, ktorými samospráva disponuje. Vymedziť kompetencie sociálnej politiky a priblížiť aktuálny stav jej realizácie na vybranej miestnej samospráve na Slovensku.

Kľúčové slová

Sociálna politika, miestna samospráva, kompetencie.

Abstract

The aim of this paper is to show the current state of implementation of social policy at the local level (local self-government) in the Slovakia. Point out the possibility of implementing social policy within the competencies that local self – government disposes. Define the competencies of social policy and bring the current state of its implementation on a selected local government in Slovakia.

Key words

Social policy, local self-government, competences.

Úvod

Občania sa spoločne združujú a vytvárajú tak spoločenstvo, ktoré označujeme ako samospráva obcí resp. miest. Miestna úroveň je tak dôležitým elementom a má vytvárať také podmienky pre svojich obyvateľov, aby sa v nej cítili bezpečne a v prípade istých negatívnych životných skúseností vedela poskytnúť pomoc. Oblasťou, ktorá sa venuje práve týmto atribútom je sociálna politika. Jedná sa o široký záber kompetencií ako aj úloh vedúcich k zmierneniu negatívnych životných situácií svojich obyvateľov. Sociálna politika má zabezpečiť a pomáhať predchádzať udalostiam, ktoré by viedli k často krát neriešiteľným situáciám a preto miestna samospráva je tou, ktorá má napomáhať prostredníctvom svojej sociálnej politiky.

Sociálnu politiku považujeme za dôležitú a preto sa v nej budeme venovať v našom príspevku. Sociálna politika je naviazané na rôzne aspekty života spoločnosti ako napríklad

sociálne, ekonomické ale aj politické. Práve politická vôľa vládnucej autority samospráv predstavuje tú moc, ktorá určuje smerovanie sociálnej politiky krajiny. Keďže aj sociálna politika reflektuje aktuálne spoločenské dianie, je na mieste neustály jej vývoj. Možno si to ani neuvedomujeme ale oblasť sociálnej politiky sú neoddeliteľnou súčasťou života. V príspevku sa tak zameriame na sociálnu politiku na miestnej úrovni.

1. Sociálna politika na úrovni miestnej samosprávy v podmienkach Slovenskej republiky

Sociálnu politiku chápeme ako „ sústavné a cieľavedomé úsilie jednotlivých sociálnych subjektov a zmenu alebo udržanie a fungovanie svojho alebo iného sociálneho systému.“ (Tomeš 1996, str. 19.) Sociálnu politiku tak môžeme definovať ako sektorovú politiku, ktorej snahou je sociálne zabezpečiť svojich občanov. Sociálnu politiku uskutočňuje štát ako aj ďalšie rozličné subjekty. V podmienkach miestnej samosprávy môžeme teda hovoriť o zabezpečení najmä obyvateľov obcí resp. miest, ktorých životné udalosti posunuli do znevýhodnenej situácii v porovnaní s ostatnými. Sociálna politika je budovaná na základe sociálnej spravodlivosti, sociálnej solidarite, subsidiarite a participácie.

Ako sme už vyššie uviedli sociálna politika sa vyskytuje v rôznych oblastiach života spoločnosti. Možno ju klasifikovať nasledovne:

a) sociálne zabezpečenie,
b) politika zamestnanosti,
c) vzdelávacia politika,
d) zdravotná politika,
e) rodinná politika,
f) bytová politika (Geffert 2009).

Rovnako je potrebné zadefinovať si funkcie sociálnej politiky. Za prvú môžeme považovať ochrannú funkciu, ktorej úlohou je riešiť už vzniknutú sociálnu situáciu. Jedná sa o jedincov prípadne ich rodiny, ktorí sa dostali do znevýhodnenej situácie vo vzťahu k ostatným. V poradí druhou funkciou sociálnej politiky je rozdeľovacia funkcia. Rozdeľovacia funkcia veľmi úzko súvisí s princípom spravodlivosti. Je potrebné si uvedomiť že v prípade tejto funkcie sa nejedná len o rozdeľovanie príjmov, dôchodkov, ale aj životných situácii, šancí v živote, aby každý mal rovnakú možnosť sebarealizácie. Treťou funkciou je stimulačná funkcia, ktorej hlavnou úlohou je stimulovať k všeobecne žiaducemu správaniu a konaniu jedinca ako aj jeho rodiny. Ďalšou v poradí je preventívna funkcia v rámci ktorej dochádza k prijímaniu opatrení, ktoré odstraňujú príčiny nepriaznivých sociálnych situácií ako napr. bezdomovectvo a pod. Poslednou rovnako dôležitou funkciou sociálnej politiky je homogenizačná funkcia, ktorá sa snaží o vytvorenie rovnorodejšej spoločnosti s cieľom odstrániť veľké neodôvodniteľné rozdiely medzi jedincami. Predovšetkým ide o poskytovanie rovnakých možností vzdelania, práce, zdravotníckej starostlivosti podľa individuálnych schopností jedincov (Stanek 2006).

V súvislosti s vykonávaním sociálnej politiky je potrebné si vymedziť pojmy ako subjekt a objekt sociálnej politiky. Za subjekt sociálnej politiky považujme toho, kto sociálnu politiku

resp. niektorú jej funkciu vykonáva. Subjekt zároveň sociálnu politiku realizuje a vytvára. V našom prípade subjektom sociálnej politiky je miestna samospráva t.j. obce, mestá. Mestá a obce majú pristupovať zodpovedne k riešeniu sociálnej situácie svojich obyvateľov pričom úlohou sociálnej politiky je predovšetkým posilňovať pozíciu jednotlivca v podmienkach miestnej samosprávy. Objekt sociálnej politiky sú jedinci (adresáti) ku ktorým smeruje sociálna politika a títo jedinci majú z nej reálny prospech a prínos. V súvislosti s našim predmetom záujmu hovoríme o obyvateľoch obce resp. mesta, ktorý reálne využívajú podporné mechanizmy v rámci sociálnej politiky miest, obcí (Geffert 2009).

V súvislosti s reformou verejnej správy na Slovensku má súvis aj decentralizácia moci a prenesenie kompetencií v oblasti sociálnej politiky. Cieľom bolo čo najintenzívnejšie vnímať potreby obyvateľov a rovnako čo najefektívnejšie vykonávať sociálnu politiku na úrovní obcí a miest, čím sa uplatnil princíp subsidiarity. Z nášho pohľadu je práve uplatňovanie princípu subsidiarity veľmi dôležitým princípom, nakoľko prostredníctvom jeho uplatňovania je väčšia pravdepodobnosť efektívnejšieho prístupu výkonu sociálnej politiky na miestnej úrovni. Inými slovami povedaná potreby obyvateľov z pohľadu miestnej samosprávy môžu byť riešené efektívnejšie a promptnejšie, čo je pre obyvateľov veľmi významný atribút uplatnenia pomoci. Je však nevyhnuté vnímať aj skutočnosť rozsahu tvorby, vykonávania a plnenia sociálnej politiky na miestnej úrovni. Vieme, že všetky kompetencie sú viazané na finančný rozpočet každej jednej obci. Vzhľadom na vysoký počet miest a obcí na Slovensku (2927 obcí) je prinajmenšom otázne, či malé obce je možné o ich sociálnej politike vôbec uvažovať, keď na základný chod výkonu samosprávy nedisponujú dostatkom financií.

Pre uplatňovanie sociálnej politiky na miestnej úrovni je nevyhnutné vymedziť kompetencie, ktorými samospráva disponuje na jej vykonávanie. Treba pritom vychádzať z viacerých legislatívnych zdrojov. Asi najdôležitejším je poznať zákon č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení v znení neskorších predpisov. Predmetom a obsahom tohto zákona je zadefinovanie ako aj kompetencie samosprávy na Slovensku. Za hlavné orgány sú považované orgány ako je starosta obce a obecné zastupiteľstvo. Vo výlučnej kompetencii obecného zastupiteľstva je možnosť zriadenia ďalších orgánov, ktoré majú rôzny charakter. Jedná sa preto o stále resp. dočasné orgány a majú zväčša poradný, výkonný, či kontrolný charakter. Okrem originálnych kompetencií môžu byť zo štátu na samosprávu prenesené kompetencie za predpokladu že samosprávu ich bude vykonávať efektívnejšie. Tu dochádza k prepojenie decentralizácie a uplatňovanie princípu subsidiarity. V prípade vykonávania prenesených kompetencií sa obec riadi predpismi a právnymi normami štátu. Kontrolným orgánom je vláda resp. príslušný rezort podľa povahy pôsobností. Zároveň zákon ukladá samospráve starať sa rozvoj obce pri vytvárať podmienky na kvalitný život a zabezpečenie čo najlepšej starostlivosti o svojich obyvateľov (369/1990 Zb. o obecnom zriadení)

Kompetencie, ktoré má zabezpečovať miestna samospráva v kontexte sociálnej politiky vyplývajú z jej obligatórnych kompetencií zakotvených v zákone č. 369/1990 Zb. o obecnom zriadení. Zákon, venuje sociálnemu zabezpečeniu občanov a kompetenciám, ktoré má obec v tejto oblasti bol zákon NR SR č. 195/1998 Zb. o sociálnej pomoci v znení neskorších predpisov. V súčasnosti obec tak plní úlohy na úseku sociálnej pomoci v rozsahu zákona o sociálnej pomoci podľa Zákona č. 155/1998 Z. z. v znení neskorších predpisov. Tento zákon sa delí na dve časti: a) sociálna prevencia, b) riešenie sociálnej núdze. Obec mala v kompe-

tencii najmä riešenie sociálnej núdze. V súvislosti so zákonom č. 416/2001 Z. z. o prechode niektorých pôsobností z orgánov štátnej správy na obce a VUC vytvoril podmienky na prechod kompetencií smerom k obciam a VÚC. Proces decentralizácie bol následne vyjadrený zákonom č. 453/2003 Z. z. o orgánoch štátnej správy v oblasti sociálnych vecí, rodiny a služieb zamestnanosti. Ďalším dôležitým zákonom v tejto oblasti je zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele. Zákon o sociálnej pomoci sa neskôr rozdelil prijatím zákona o sociálnych službách a zákona o peňažných príspevkoch na kompenzáciu ťažkého zdravotného postihnutia. Predmetom nášho záujmu však zostáva v kontexte sociálnej politiky miestnej samosprávy najmä Zákon č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách. Sociálna služba zabezpečuje v ponímaní tohto zákona prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity, riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny, prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny,) zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti, a zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby (Zákon č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách) Ďalej sa zákon venuje komu môže byť poskytnutá sociálna služba. Sociálna služba sa poskytuje ako obyvateľom tak cudzincom s trvalým pobytom na území Slovenskej republiky.

Vychádzajúc z tohto zákona, do pôsobnosti obce spadajú nasledovné aspekty riešenia sociálnej politiky. Sociálne služby podľa druhu sú:

a) sociálne služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadeniach, ktorými sú:
    1. nocľaháreň,
    2. útulok,
    3. domov na pol ceste,
    4. nízkoprahové denné centrum,
    5. zariadenie núdzového bývania,
b) sociálne služby na podporu rodiny s deťmi, ktorými sú:
    1. pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladenia rodinného života a pracovného života,
    2. poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti,
    3. poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu,
c) sociálne služby na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu ťažkého zdravotného postihnutia, nepriaznivého zdravotného stavu alebo z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku, ktorými sú:
    1. poskytovanie sociálnej služby v zariadení pre fyzické osoby, ktoré sú odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek,
    2. opatrovateľská služba,
    3. prepravná služba,
    4. sprievodcovská služba a predčitateľská služba,
    5. tlmočnícka služba,

6. sprostredkovanie tlmočníckej služby,
7. sprostredkovanie osobnej asistencie,
8. požičiavanie pomôcok,

d) sociálne služby s použitím telekomunikačných technológií, ktorými sú:
1. monitorovanie a signalizácia potreby pomoci,
2. krízová pomoc poskytovaná prostredníctvom telekomunikačných technológií,

e) podporné služby, ktorými sú:
1. odľahčovacia služba,
2. pomoc pri zabezpečení opatrovníckych práv a povinností,
3. poskytovanie sociálnej služby v dennom centre,
4. poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre,
5. poskytovanie sociálnej služby v jedálni,
6. poskytovanie sociálnej služby v práčovni,
7. poskytovanie sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny (Zákon č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách).

Rovnako vyššie spomínaný zákon uvádza nasledovne formy sociálnych služieb. Ide predovšetkým o tieto. Sociálna služba sa poskytuje: ambulantnou formou, terénnou formou, pobytovou formou alebo inou formou podľa nepriaznivej sociálnej situácie a prostredia, v ktorom sa fyzická osoba zdržiava.

V súvislosti s vykonávaním sociálnej služby v pôsobnosti obce môžeme hovoriť o nasledovných činnostiach, ktorých obec vykonáva podľa § 80 zákona č. 448/2008 o sociálnych službách:

a) vypracúva, schvaľuje komunitný plán sociálnych služieb vo svojom územnom obvode,
b) utvára podmienky na podporu komunitného rozvoja,
c) je správnym orgánom v konaniach o1. odkázanosti na sociálnu službu v zariadení pre seniorov, v zariadení opatrovateľskej služby, v dennom stacionári, o odkázanosti na opatrovateľskú službu a odkázanosti na prepravnú službu, 2. zániku odkázanosti na sociálnu službu uvedenú v prvom bode, 3. odkázanosti na sociálnu službu uvedenú v prvom bode po zmene stupňa odkázanosti, 4. povinnosti rodičov alebo detí platiť úhradu za sociálnu službu alebo jej časť podľa § 73 ods. 11 a 12,
d) vyhotovuje posudok o odkázanosti na sociálnu službu podľa § 51,
e) poskytuje alebo zabezpečuje poskytovanie 1. sociálnej služby na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb v nocľaháreni, v nízkoprahovom dennom centre, 2. sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu, v zariadení pre seniorov, v zariadení opatrovateľskej služby a v dennom stacionári, 3. opatrovateľskej služby, 4. prepravnej služby, 5. odľahčovacej služby,
f) poskytuje základné sociálne poradenstvo,
g) môže poskytovať alebo zabezpečovať poskytovanie aj iných druhov sociálnej služby podľa § 12,

h) uzatvára zmluvu 1.o poskytovaní sociálnej služby, 2.o poskytovaní finančného príspevku pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy a finančného príspevku na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby, 3.o uhradení ekonomicky oprávnených nákladov podľa § 71 ods. 6 s inou obcou, alebo s iným poskytovateľom sociálnej služby, ktorého zriadila alebo založila iná obec alebo iný vyšší územný celok, 4. o zabezpečení poskytovania sociálnej služby s budúcim poskytovateľom sociálnej služby podľa § 8 ods. 8,

i) zriaďuje, zakladá a kontroluje nocľaháreň, nízkoprahové denné centrum, nízkoprahové denné centrum pre deti a rodinu, zariadenie pre seniorov, zariadenie opatrovateľskej služby a denný stacionár,

j) môže zriaďovať, zakladať a kontrolovať aj iné zariadenia podľa tohto zákona,

k) hradí inej obci alebo inému vyššiemu územnému celku ekonomicky oprávnené náklady podľa § 71 ods. 6,

l) poskytuje podľa § 75 ods.1 a 2 finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy a finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby,

m) môže poskytovať podľa § 75 ods. 7 finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby,

n) môže poskytovať podľa § 75 ods. 8 finančný príspevok pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy a finančný príspevok na prevádzku poskytovanej sociálnej služby neverejnému poskytovateľovi sociálnej služby,

o) kontroluje hospodárenie s finančným príspevkom pri odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby pri úkonoch sebaobsluhy a s finančným príspevkom na prevádzku poskytovanej sociálnej služby,

p) ukladá opatrenia na odstránenie zistených nedostatkov pri výkone pôsobnosti ustanovenej v písmene o) a kontroluje ich plnenie,

q) kontroluje účelnosť využitia finančných prostriedkov poskytnutých podľa § 71 ods. 6,

r) vedie evidenciu

   1. posudkov o odkázanosti na sociálnu službu podľa stupňa odkázanosti fyzickej osoby na pomoc inej fyzickej osoby,
   2. rozhodnutí podľa písmena c),
   3. prijímateľov sociálnych služieb vo svojom územnom obvode,

s) vyhľadáva fyzické osoby, ktorým treba poskytnúť sociálnu službu, str. 9/63

t) poskytuje štatistické údaje z oblasti poskytovania sociálnych služieb štátnym orgánom sociálnych služieb na účely spracovania štatistických zisťovaní a administratívnych zdrojov,

u) uhrádza poskytovateľovi zdravotnej starostlivosti zdravotné výkony na účely posúdenia odkázanosti na sociálnu službu (Zákon č. 448/2008 Z.z o sociálnych službách).

2. Príklad mesta Zvolen

Ako sme si v úvode stanovali priblížime si aktuálny stav realizácie sociálnej politiky a je vybraných aspektov na konkrétnej miestnej samospráve na Slovensku. V našom prípade svoje pozornosť budeme venovať Mestu Zvolen. Mesto Zvolen má z demografického hľadiska dominantné postavenie v okrese Zvolen. Zhruba dve tretiny obyvateľov a domácností žije v okresnom meste a jedna tretina pripadá na zvyšných 25 obcí okresu (Komunitlný plán sociálnych služieb v Meste Zvolen).

Podľa dostupných údajov Mesto Zvolen aktívne pracuje na sociálnej politike mesta, ktorému sa venuje odbor sociálnych služieb. Plní nasledovné úlohy:

a) vykonáva prostredníctvom opatrovateliek v domácnosti pomoc pri zabezpečovaní
   - nevyhnutných životných úkonov,
   - nevyhnutných prác v domácnosti,
   - kontaktu so spoločenským prostredím, najmä sprievodom, tlmočením v posunkovej reči pre nepočujúce osoby,
b) posudzuje sociálnu situáciu v domácnosti, odkázaných na opatrovateľskú službu a navrhuje primeranú pomoc,
c) stanovuje rozsah hodín starostlivosti a výšku úhrady za poskytnutú službu,
d) pripravuje návrhy na rozhodnutie o poskytovaní opatrovateľskej služby a jej úhrade,
e) vykonáva šetrenie v domácnostiach klientov, ktorým bude poskytovaná opatrovateľská činnosť,
f) vedie evidenciu opatrovaných a opatrovateliek,
g) vypočítava mesačné úhrady za poskytnutú opatrovateľskú službu a sleduje ich plnenie,
h) výkon prenesených kompetencií štátnej správy v zmysle zákona 448/2008 o sociálnych službách – posudzovanie odkázanosti na sociálnu službu do zariadenia pre seniorov a opatrovateľskú službu (MsU Zvolen, 2014).

Mesto Zvolen v súčasnosti zabezpečuje sociálne bývanie: 6 zariadení sociálnej starostlivosti (4x DD/DSS, 2x útulok), ktoré poskytujú aj ubytovacie služby s celkovou kapacitou 306 miest, 109 bytov pre dôchodcov (ul. Novozámocká 51-53 a M. R. Štefánika 35-37), 17 bytov pre telesne postihnutých občanov (15 bytov v bezbariérovom bytovom dome na Novozámockej ul. 71. a po 1 byte v novopostavených bytových domoch na Mojmírovej ul. a ul. A. Hlinku), § 43 bytov s nižším štandardom (ul. Sokolská). Nakoľko časť obyvateľov mesta si vzhľadom na svoju vzdelanostnú, kultúrnu a sociálnu úroveň nedokáže bežnými postupmi a spôsobmi zabezpečiť primerané bývanie. Bez pomoci sa títo obyvatelia môžu dostať do kategórie marginalizovaných skupín, kde im hrozí až úplné sociálne vylúčenie. Jednou z ciest ako zabezpečiť dôstojné životné podmienky pre marginalizované skupiny obyvateľstva je výstavba nájomných bytov s nízkym nájmom a nižším štandardom zohľadňujúce majetkové a príjmové pomery užívateľov. ÚPN mesta Zvolen vyčlenil pre tieto účely lokalitu Pod Strážou I ako časť pre sociálne bývanie a výstavbu bytových domov počte cca 265 bytov. Ako analýzy ukazujú sociálne bývanie vo Zvolene bude mať vzrastajúcu tendenciu (Komunitlný plán sociálnych služieb v Meste Zvolen).

Mesto Zvolen poskytuje v oblasti sociálnej politiky:

- opatrovateľskú službu – je jednou z najžiadanejších služieb, ktoré mesto v sociálnej sfére poskytuje. Aktuálne pracuje 30 opatrovateliek, ktoré poskytujú opatrovateľskú službu prevažne dôchodcom a zdravotne postihnutým občanom v rôznom rozsahu,
- prepravnú službu – sociálny taxík,
- spoločné stravovanie – jedáleň zriadená Mestom a ďalšie zmluvné jedálne vo všetkých mestských častiach,
- jednorazová dávka v hmotnej núdzi,
- základné sociálne poradenstvo.

Mesto Zvolen je zriaďovateľom: 8 klubov dôchodcov, 1 klubu zdravotne postihnutých, 1 jedálne, 1 detských jaslí, 1 útulku Nádej. V oblasti sociálnej politiky mesto Zvolen spolupracuje aj Banskobystrickým samosprávnym krajom. Je zapojené vo viacerých projektoch prostredníctvom ktorých sa neustále a dlhodobo snaží poskytovať kvalitné služby v sociálnej oblasti. Ako príklad uvádzame niekoľko projektov : Projekt Seniorcentrum Môťová, Projekt Balkán, Projekt Stráže, Projekt komunitnej sociálnej práce a iné.

Mesto Zvolen zároveň prichádza s víziou do roku 2020. „Želáme si, aby do roku 2020 v meste Zvolen bola dobudovaná komplexná sieť sociálnych služieb, ktorá bude dostupná pre jednotlivé sociálne skupiny a dlhodobo udržateľná,

- bola zabezpečená informovanosť o sociálnych službách, prepojenosť a spolupráca subjektov pôsobiacich v sociálnych službách,
- žili spokojní a ohľaduplní obyvatelia, ktorí nájdu potrebné sociálne služby,
- bola práca sociálnych pracovníkov kvalitná a docenená.“ (Komunitný plán sociálnych služieb v Meste Zvolen, 2011)

Záver

Problematika sociálnej politiky na miestnej úrovni na Slovensku je stále veľmi aktuálnou témou, nakoľko spoločenský vývoj je dynamický a preto problémy rôznej povahy sa stále objavujú. Môžeme konštatovať, že sociálna politika je zadefinovaná vo viacerých legislatívnych normách a tak miestne samosprávy pri výkone svojich kompetencií sa majú o čo opierať. V našom príspevku sme teoreticky vymedzili dôležité atribúty sociálnej politiky. Zároveň sme sa pozreli na vybranú samosprávu a jej realizáciu vlastnej sociálnej politiky. Mesto Zvolen aktívne využíva prostriedky na plnenie kompetencii v sociálnej oblasti, čo deklaruje aj prijatý *Komunitný plán sociálnych služieb v Meste Zvolen*. Problematika sociálnej politiky Mesta Zvolen je tak aktívnou súčasťou výkonu samosprávy. Mesto Zvolen si aj naďalej v budúcnosti kladie za cieľ zlepšovať a skvalitňovať služby v sociálnej oblasti pre všetkých obyvateľom mesta.

Literatúra

STANEK, V. A KOL. *Sociálna politika.* Bratislava : Sprint vfra, 2006. 391s. ISBN 80-89085-66-0.

TOMEŠ, I. *Sociální politika: teorie a mezinárodní zkušenost.* Praha : Socioklub,1996. ISBN 80-902260-0-0.

GEFFERT, R. *Sociálna politika.* Košice : UPJŠ, 2009. ISBN 978-80-7097-740-8.

Komunitný plán sociálnych služieb v meste Zvolen, 2011.

ZÁKON Č. 461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

ZÁKON Č.460/1992 Zb. Ústava SR v platnom znení.

ZÁKON Č.369/1990 Zb. o obecnom zriadení v znení neskorších predpisov.

ZÁKON Č. 448/2008 Z. z o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Kontakt na autora

PhDr. Michal Imrovič

Fakulta sociálnych vied UCM Trnava
Katedra verejnej politiky a verejnej správy
Bučianska ul. 4/A
917 01 Trnava
Slovenská republika
imrovicmichal@gmail.com

PÔSOBNOSŤ SAMOSPRÁVNEHO KRAJA V OBLASTI ZDRAVOTNEJ STAROSTLIVOSTI NA SLOVENSKU

REGION COMPETENCE IN HEALTH CARE IN SLOVAKIA

Martin Švikruha

Abstrakt

V predkladanom príspevku sa budeme zaoberať pôsobnosťou regionálnej samosprávy v oblasti zdravotníctva v podmienkach Slovenskej republiky. Okrem zdravotníctva sa budeme venovať problematike kompetenčnej vybavenosti samosprávnych krajov. Keďže ide o veľmi diskutovanú oblasť, ktorá je podrobovaná na Slovensku ostrej kritike a to nielen na úrovni regionálnej samosprávy, pokúsime sa predostrieť možné návrhy na zlepšenie respektíve riešenia súčasných problémov inšpiráciou vo vybraných európskych krajinách. Krajinami, ktoré by mohli byť pre Slovensko inšpiráciou v oblasti pôsobnosti regionálnej samosprávy na úseku zdravotníctva sú severské krajiny ako Švédsko alebo Dánsko, kde práve regionálna úroveň územnej samosprávy je miestom zameraným na rozvoj a podporu zdravotníckej starostlivosti.

Kľúčové slová

Zdravotná starostlivosť, regionálna samospráva, kompetenčná úprava samosprávnych krajov, jednosektorová politika.

Abstract

In the present contribution we will discuss competence of regional self-government in the health sector in the Slovak Republic. In addition to health care, we will address issues of competence facilities self-governments regions. As this is a highly debated area that subjection Slovakia strong criticism not only at the level of regional government. We will try to table possible suggestions for improvement respectively solving current problems inspiration in selected European countries. Countries that could be inspiration for Slovakia in the scope of regional self-government in the field of health Nordic countries such as Sweden or Denmark, where just the regional level of government is a place focused on the development and promotion of health care.

Key words

Health care, regional self-government, competence adjustment of self-governments regions, single sector policy.

Úvod

Zdravie je rozhodujúcim faktorom rozvoja spoločnosti. Politika v oblasti zdravotníctva by mala predstavovať prioritu pre vládnych činiteľov, keďže táto oblasť patrí medzi základné

práva občanov zabezpečujúcim plnohodnotný život. Zachovanie a zlepšovanie zdravia je najlepšou investíciou pre silnú ekonomiku a spokojnú spoločnosť. Kvalita každej ekonomiky okrem ďalších faktorov je ovplyvnená tiež dobre nastaveným a fungujúcim zdravotným systémom. Politika zdravia je strategickou rozvojovou politikou spoločnosti, ktorá formuluje ciele, stratégie a priority štátu zamerané na starostlivosť o zdravie jeho podporu, ochranu, rozvoj. V dôsledku týchto skutočností ide zároveň o jeden z rezortov, s ktorým sa spája veľká zodpovednosť a najmä náročnosť, keďže výdavky naň úzko súvisia so zámerom politických subjektov eliminovať nepretržitý nárast jeho nákladov. Práve zdravotníctvo je jednou z mnohých oblastí pôsobnosti samosprávnych krajov na Slovensku, ktoré sú zriaďovateľmi rozpočtových a príspevkových organizácii kam patria aj zariadenia zdravotnej starostlivosti. Kraj teda disponuje do určitej miery kompetenciami v oblasti zdravotníctva, keďže mu prislúcha vykonávanie dozoru nad činnosťou nemocníc a taktiež nad dodržiavaním personálnych pravidiel. Samosprávne kraje oplývajú pomerne širokým spektrom kompetencií, no na druhej strane nedisponujú dostatočným množstvom finančných prostriedkov k ich napĺňaniu čo sa prejavuje aj v oblasti zdravotníctva.

1. Sféra pôsobnosti samosprávneho kraja v podmienkach Slovenskej republiky s dôrazom na oblasť zdravotníctva

Druhý stupeň územnej samosprávy na Slovensku, teda regionálnu samosprávu tvoria jednotky nesúce názov samosprávne kraje alebo vyššie územné celky. Orgány pôsobiace na úrovni tohto stupňa územnej samosprávy uplatňujú svoju pôsobnosť v rámci stredného školstva, sociálnych služieb, kultúry či zdravotníctva a v neposlednom rade pri zabezpečovaní rozvoja svojho regiónu. Ide teda o veľmi rozsiahlu oblasť kompetenčnej pôsobnosti, ktorá je do určitej miery upravená v zákone o samospráve vyšších územných celkov, avšak v tomto zákone je pôsobnosť samosprávnych krajov stanovená príliš všeobecne. V dôsledku toho je ich pôsobnosť presnejšie špecifikovaná vo vymedzených oblastiach prostredníctvom jednotlivých zákonov. Samosprávny kraj teda uplatňuje svoju pôsobnosť v rozličných oblastiach, pričom v rámci zdravotníctva, ktoré je predmetom tohto článku je bližšie špecifikovaná pôsobnosť na úseku zdravotnej starostlivosti v zákone č. 578/2004 Z. z. z 21. októbra 2004 o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a tiež pôsobnosť na úseku humánnej farmácie determinovaná zákonom č. 140/1998 Z. z. o liekoch a zdravotníckych pomôckach. Na jednotlivé oblasti pôsobnosti vyššieho územného celku bližšie poukážeme prostredníctvom trenčianskeho regiónu, nachádzajúceho sa na severozápade Slovenska pri hraniciach s Českou republikou, patriaceho z pohľadu rozlohy a tiež počtu obyvateľov k menším jednotkám regionálnej samosprávy na Slovensku.

Samosprávne kraje disponujú pomerne širokou škálou kompetencií, keď na úseku školstva patrí do pôsobnosti samosprávneho kraja stredné školstvo, kde je vyšší územný

celok zriaďovateľom viacerých škôl alebo školských zariadení[10], ktoré majú status rozpočtových alebo príspevkových organizácií. Podobná situácia je aj v ďalších oblastiach, keď v rámci sociálneho zabezpečenia zaisťujú činnosť domovov sociálnych služieb[11], určujú v nich, koľko budú klienti za tieto služby platiť. Trenčiansky samosprávny kraj má vo svojej zriaďovateľskej pôsobnosti dvadsať päť sociálnych zariadení. Dôležitou oblasťou pôsobnosti samosprávnych krajov je aj oblasť kultúry, kde sú zriaďovateľmi viacerých inštitúcií[12]. Na úseku dopravy spadá do pôsobnosti tejto územnosprávnej jednotky správa ciest II. a III. triedy a tiež vydávanie licencií na autobusovú dopravu. Popri iných činnostiach zabezpečuje vo svojej základnej pôsobnosti opravu a údržbu ciest v Trenčianskom kraji v dĺžke približne 1800 km[13] (Plán opráv ciest II. a III. triedy na rok 2009, 2009). Disponuje oprávnením upravovať ceny a zľavy v prímestskej a autobusovej doprave. Hlavným zdrojom príjmov na opravy ciest je daň z motorových vozidiel, ktorú platia podnikatelia za svoje osobné autá, autobusy a kamióny. Na uvedenú činnosť v oblasti dopravy zriaďuje príspevkovú organizáciu, ktorou je Správa ciest trenčianskeho samosprávneho kraja.

Ako sme sa už zmienili, popri uvedených kompetenciách samosprávnych krajov je jeho dôležitou súčasťou pôsobnosť v rámci zdravotníctva. V oblasti zdravotnej politiky je fundamentálnym predstaviteľom vláda, ktorej intervencie sú vysvetľované na základe zaisťovania prístupu a kvality. Vláda je najväčšou poisťovňou prostredníctvom zdravotnej starostlivosti a zdravotnej pomoci a verejné nemocnice sa chovajú ako poskytovatelia poslednej inštancie pre tých, ktorí nemôžu platiť za starostlivosť. Licencovanie, akreditácia a ďalšie regulácie spolu priamo alebo nepriamo ovplyvňujú vstup lekárov, zubárov a ďalších odborných pracovníkov na tento trh, tak ako aj nemocníc, sanatórií a ostatných ústavných poskytovateľov. Vláda na čele s Ministerstvom zdravotníctva je garantom zdravotnej politiky. Zastupuje dlhodobé záujmy spoločnosti a zároveň zavádza inštitucionalizované mechanizmy dosahovania konsenzu medzi odlišnými záujmami hlavných aktérov. Musí stanovovať priority zdravotnej politiky, jej pravidlá, zaistenie finančných, materiálnych a personálnych zdrojov. K zabezpečeniu jednotného odborného vedenia starostlivosti o zdravie občanov Ministerstvo zdravotníctva riadi zdravotníctvo a za tím účelom vydáva obecne záväzné právne predpisy pre organizáciu a výkon zdravotnej starostlivosti a vykonáva dozor nad úrovňou tejto starostlivosti. V pôsobnosti ministerstva je vydávanie povolenia na prevádzkovanie ambulancie záchrannej zdravotnej služby, špecializovanej nemocnice, zariadení biomedicínskeho výskumu, tkanivového zariadenia, biobanky a referenčného zariadenia (Zákon č. 578/2004 Z. z., čl. 1, §11).

V súčasne sa uplatňujúcom systéme zdravotníctva v podmienkach Slovenskej republiky je významným hráčom popri vláde a ministerstve zdravotníctva aj vyšší územný celok, ktorý je

---

[10] Na príklade Trenčianskeho samosprávneho kraja ide o jedenásť Gymnázií, tridsaťjeden Stredných odborných škôl, dve Spojené školy, jednu Jazykovú školu a dve školské zariadenia (Organizácia (OvZP) TSK/ Vzdelávanie 2014).

[11] Trenčiansky samosprávny kraj má vo svojej zriaďovateľskej pôsobnosti dvadsať päť sociálnych zariadení.

[12] V trenčianskom regióne je kraj z hľadiska kultúry zriaďovateľom troch múzeí, troch knižníc, jednej galérie, štyroch osvetových stredísk a jednej hvezdárne (Organizácia (OvZP) TSK / Kultúrne služby, 2014).

[13] Z uvedenej dĺžky správy ciest TSK tvoria cesty II. triedy takmer 350 km, cesty III. triedy približne 1140 km a na základe zmluvy zabezpečuje TSK aj údržbu takmer 308 km ciest I. triedy (Plán opráv ciest II. a III. triedy na rok 2009, 2009).

zriaďovateľom niektorých nemocníc a má právo zdravotníckym zariadeniam ukladať licencie pre všeobecné nemocnice, pričom môže tiež odvolať riaditeľa krajskej nemocnice. Samosprávny kraj v rámci preneseného výkonu štátnej správy vydáva súhlas na prevádzkovanie ambulancie, ktorá nespadá do pôsobnosti ministerstva, zariadenia na poskytovanie jednodňovej zdravotnej starostlivosti, stacionára, polikliniky, všeobecnej nemocnice, agentúry domácej ošetrovateľskej starostlivosti, zariadenia spoločných vyšetrovacích a liečebných zložiek, liečebne, hospicu, domu ošetrovateľskej starostlivosti alebo mobilného hospicu (Zákon č. 578/2004 Z. z., čl. 1, §11). Na základe aktuálnej právnej úpravy je ponechaná samosprávnym krajom kompetencia vydávať povolenia pre nemocnice, zároveň však priznáva právo kontrolovať zdravotnícke zariadenia okrem vyššieho územného celku i ministerstvu. Do pôsobnosti samosprávneho kraja tiež patrí možnosť predať alebo prenajať nemocnice, ktoré majú v zriaďovateľskej pôsobnosti a viaceré samosprávne kraje tento krok využili, keďže v období decentralizácie prešli na samosprávne kraje mnohé kompetencie, avšak bez adekvátnych finančných prostriedkov, ktoré chýbali samosprávnym krajom na prevádzkovanie týchto zariadení. Kraj ako zriaďovateľ zdravotníckych príspevkových zariadení je povinný hradiť vytvorenú stratu z rozpočtu kraja a tak sa znižujú možnosti pre ostatné príspevkové organizácie kraja v oblasti školstva, kultúry, sociálnych vecí, pozemných komunikácií, životného prostredia atď. (Zákon č. 302/2001 Z. z.). Tieto všetky organizácie sú odkázané na príspevok z rozpočtu kraja a plnia tzv. „verejný záujem“. Aj keď niektoré príspevkové organizácie majú povolenú doplnkovú činnosť, výnosy z nej slúžia na zaistenie hlavnej činnosti, ktorá nie je zisková, a o túto čiastku sa zníži príspevok kraja. Hlavné príjmy zdravotníckych zariadení tvoria úhrady zo zdravotného poistenia. Funguje to na základe uzavretia zmluvy poisťovne so zdravotníckym zariadením na obdobie pol roku, kde je určené koľko bude platiť poisťovňa za jednotlivé lekárske výkony. Výška tejto úhrady tak závisí na počte výkonov nemocnice, kvalifikácií personálu, kvalite poskytovanej starostlivosti, vybavení zdravotníckym zariadením. Tieto prostriedky sú však vlastnými prostriedkami organizácie nie zriaďovateľa, a tak ich zriaďovateľ nemá možnosť kontrolovať a tieto organizácie môžu požadovať príspevky z krajského rozpočtu neopodstatnene vysoké, čím by fungovali tieto organizácie neefektívne a neekonomicky. V súčasnosti len Trenčiansky samosprávny kraj[14] spolu so žilinským ako posledné dva prevádzkujú nemocnice samostatne[15].

Z uvedeného vyplýva, že samosprávne kraje disponujú pomerne veľký množstvom kompetencií, čo vyvoláva negatívne domnenie, že vykonávajú veľa vecí, avšak nekvalitne. Problematickým sa javí byť v prípade samosprávnych krajov veľký priestor venovaný určitým záležitostiam, ktoré by mohli byť riešené aj na inej úrovni, čím by sa vytvoril priestor pre väčšiu pozornosť k plneniu kľúčového poslania vyšších územných celkov v podobe všestranného regionálneho rozvoja. Stať sa rozhodujúcim aktérom v oblasti prosperity regiónov, čo by malo byť hlavným poslaním samosprávnych krajov znemožňujú vyšším

[14] Medzi jeho pôsobnosť spadajú tri zdravotnícke zariadenia, ktorými sú nemocnice s poliklinikou II. typu na Myjave, v Prievidzi a v Považskej Bystrici (Organizácia (OvZP) TSK / Zdravotníctvo 2014).

[15] Ostatné samosprávne kraje na Slovensku zdravotnícke zariadenia predali alebo prenajali súkromným spoločnostiam.

územným celkom niektoré ich právomoci[16], ktorých prenesením na iné orgány verejnej správy by sa dosiahol nárast efektivity výkonu vyšších územných celkov. Na druhej strane samosprávne kraje nedisponujú kompetenciami, ktoré nevyhnutne potrebujú, aby mohli uskutočňovať svoje hlavné poslanie. Medzi tieto kompetencie, ktoré by sa mali dostať do pôsobnosti regionálnej samosprávy spadá výraznejší podiel na rozhodovaní o prerozdeľovaní doplnkových zdrojov EÚ, posilnenie koordinačnej úlohy VÚC pri rozvoji územia smerom k obciam či spolurozhodovanie o cestách 1. triedy a diaľniciach. S posilnením kompetencií vyšších územných celkov sa stotožňuje aj Bauer z Karpatského rozvojového inštitútu tvrdiac: „aby župy mohli plniť svoje najdôležitejšie poslanie – úlohu hlavného hráča v regionálnom rozvoji – je potrebné posilniť ich právomoci, napríklad v politike zamestnanosti, regionálnej doprave.“(Šteiner, Kozlayová 2010, s. 51). Popri širokom kompetenčnom zábere vyšších územných celkov je ďalším problémom objavujúcim sa na tejto úrovni finančná podvýživenosť.

V dôsledku decentralizácie prešli na vyššie územné celky kompetencie, ktorými sa predpokladalo, že nastane efektívnejšie a najmä všestrannejšie rozvíjanie regionálnej úrovne samosprávy než by tomu bolo pokiaľ by zostali kompetencie v rukách centrálnej vlády alebo miestnej samosprávy. Ako usúdil riaditeľ Karpatského rozvojového inštitútu Šteiner vychádzajúc z prieskumu v oblasti regionálnej samosprávy: „nielen činnosť a vnútorné nastavenie fungovania samospráv, ale predovšetkým základný rámec a podmienky, v ktorých VÚC v súčasnosti pôsobia, sú nevyhovujúce“ (Žoldošová 2010, s. 8). Z legislatívneho rámca vyplývajú vyšším územným celkom povinnosti, najmä starať sa o všestranný rozvoj svojho územia a potreby svojho obyvateľstva a zabezpečenie vzniku rozvojového programu a tiež jeho napĺňanie z čoho vyplýva, že vyššie územné celky by mali plniť úlohu rozhodujúceho aktéra pri vzostupe svojho územia a mali by do veľkej miery pôsobiť na kvalitu a rýchlosť regionálneho rozvoja na Slovensku. V dôsledku napĺňania týchto kritérií sú rozhodujúce finančné možnosti, ktoré by mali byť dostačujúce na plnenie ich poslania. Hlavný príjem regionálnej samosprávy je tvorený dvoma spôsobmi. Prvým je podiel na daniach z príjmov fyzických osôb a druhým je daň z motorových vozidiel. Hoci prvý spôsob získavania finančných prostriedkov pre jednotlivé samosprávne kraje sa javí byť dobrý, pri druhom spôsobe je zjavná regionálna diferencia, keď Bratislavský kraj má dvojnásobný príjem v porovnaní s ostatnými župami. Regionálna samospráva má minimálny podiel na všetkých výdavkoch z čoho je jasné, že finančná sila regionálnej samosprávy je príliš malá (Šteiner, Kozlayová 2010). Ročne ide do vyšších územných celkov takmer jeden a štvrť miliardy eur, čo tvorí približne päť percent celkových verejných výdavkov (Žoldošová 2010). Tieto zdroje sa používajú výlučne na financovanie náležitostí vyplývajúcich zo zákona v oblasti kultúry, dopravy, stredného školstva a týmto subjektom zostáva čo najmenšia suma financií na rozvojové regionálne aktivity.

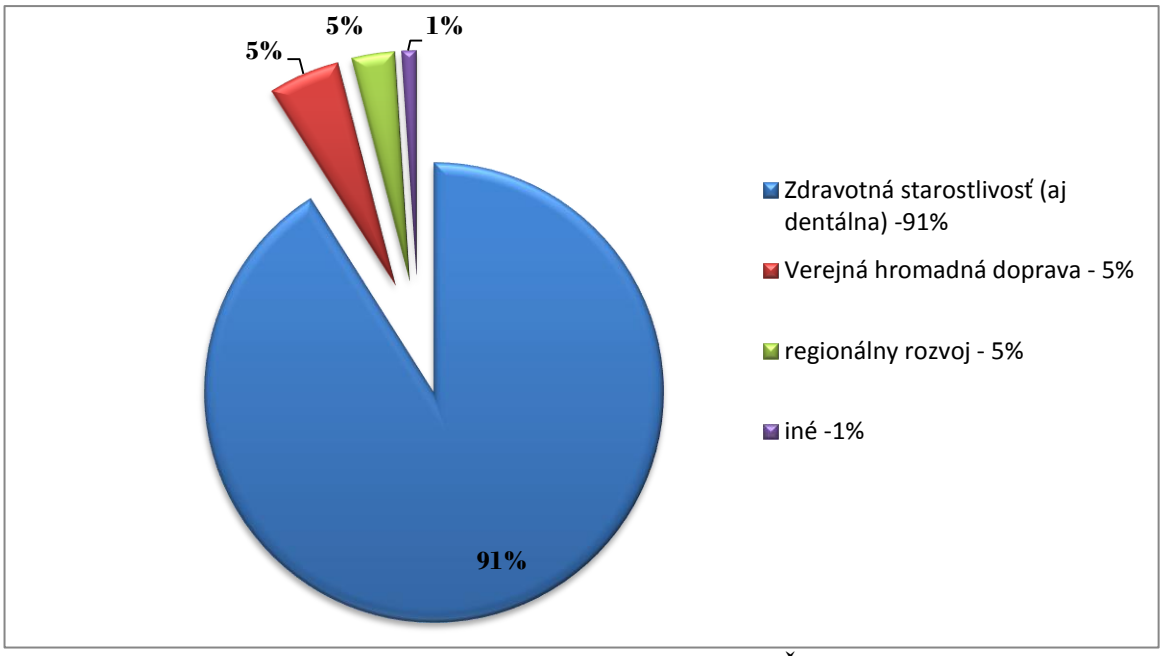
[16] Ide napríklad o povoľovacie konania v poskytovaní zdravotnej starostlivosti, manažment kultúrnych a sociálnych zariadení na územiach miest či prerozdeľovanie štátnych peňazí do stredného školstva.

2. Zmena v oblasti zdravotnej politiky na úrovni samosprávnych krajov – severský model

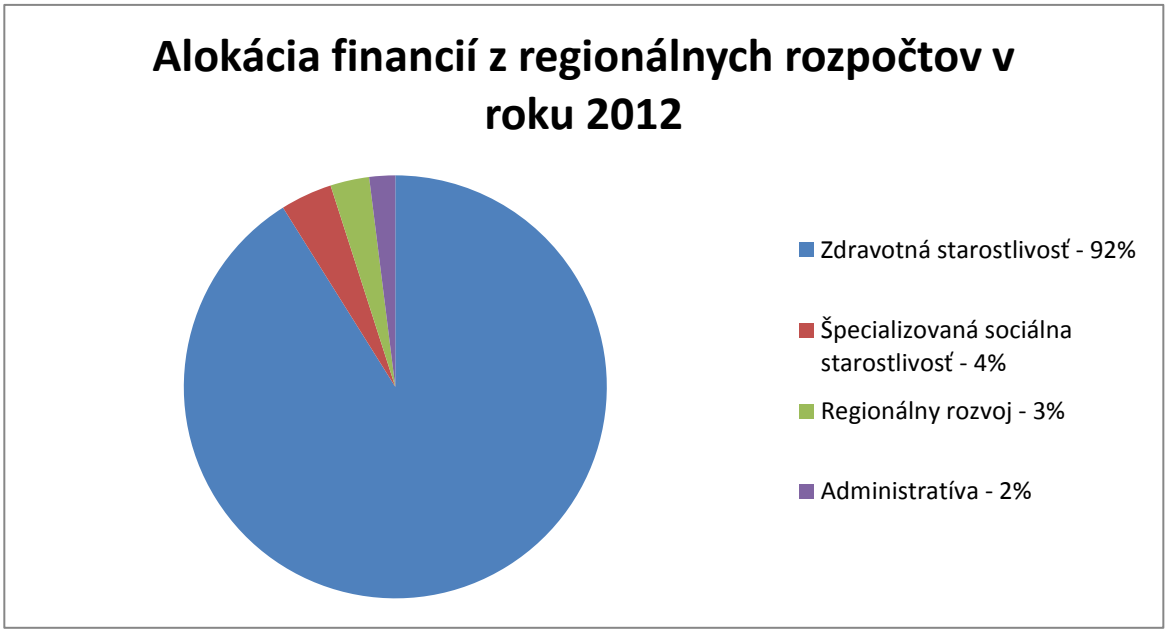
Súčasný stav v oblasti kompetencií regionálnej samosprávy je neprehľadný. Vyznačuje sa veľkým množstvom duplicít v rámci pôsobnosti, čo nielen zneprehľadňuje správu vecí verejných pre občana, ale aj veľmi zvyšuje počet nákladov na správu, komplikuje a zneprehľadňuje legislatívu a jej napĺňanie, sťažuje vynútiteľnosť práva, nevyžaduje vysokú profesionalitu zamestnancov a ich komplexné chápanie problémov, ako aj vytvára podmienky pre korupciu a klientelizmus. V dôsledku toho sa domnievame, že nárast funkčnosti samosprávnych krajov by bolo možné docieliť inšpirovaním sa v určitých oblastiach zo zahraničných krajín, kde je regionálna samospráva významným aktérom v rámci verejnej správy. V tomto prípade považujeme za podnetný práve model jednosektorovej politiky so zameraním na zdravotníctvo uplatňujúci sa v severských krajinách na regionálnej úrovni.

Severský model zdravotného zabezpečenia je založený na spoločných princípoch, ktoré spočívajú v daňovom financovaní, verejne vlastnených a prevádzkovaných nemocníc, všeobecného pokrytia a univerzálnej dostupnosti pre všetkých obyvateľov (Magnussen, Vrangbaek, Saltman 2009). Systém zdravotnej starostlivosti v severských krajinách je do značnej miery decentralizovaný, kde väčšina úkonov a administratívnych rozhodnutí sa realizuje na miestnej a regionálnej úrovni, pričom štát je zodpovedný za vytváranie rámcovej legislatívy. Prevádzkovanie zdravotníckych zariadení je v Dánsku a v Nórsku v rukách regiónov. Podobne je na tom Švédsky systém, kde regióny a obce majú určitú voľnosť v zmysle organizácie zdravotnej starostlivosti. Regióny zodpovedajú za zaistenie zdravotných služieb a zdravotná starostlivosť sa poskytuje zväčša na úrovní obcí. Tieto krajiny vykazujú vysokú úroveň výdajov na zdravotníctvo umožňujúci rovnaký prístup obyvateľov k vysoko kvalitnej zdravotnej starostlivosti. Severské krajiny vynaložia finančné prostriedky zodpovedajúce deviatim až jedenástim percentám hrubého domáceho produktu na financovanie systému zdravotnej starostlivosti. Financovanie zdravotných systémov pochádza najmä z verejných zdrojov, z regionálnych a miestnych daní, ktoré sú dopĺňané štátnymi dotáciami. Dánske regióny po nedávnej reforme zodpovedajú za financovanie nemocníc regióny, ktoré svoje prostriedky získavajú od štátu vo forme grantov. Švédske regióny majú voľnosť pri nastavení výšky daní, pričom regionálne dane sú vo Švédsku hlavným zdrojom financovania nemocníc a podľa potreby sú dopĺňané dotáciami od štátu (Fredriksson, 2012). Pre tento severský model je taktiež príznačná existencia súkromných zdravotných inštitúcii, ktoré poskytujú určitý podiel zdravotných služieb pre verejný zdravotný systém. Zubné lekárstvo je v severských krajinách spoplatnené.

V Dánsku a vo Švédsku patrí práve zdravotná starostlivosť medzi dve najhlavnejšie úlohy jednotiek regionálnej samosprávy. Tento stav možno pozorovať na príklade prerozdelenia rozpočtov regiónov, ktoré môžeme vidieť na grafe 1 a grafe 2. S ohľadom na množstvo financií prerozdeľovaných z krajských rozpočtov na pokrytie výdavkov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti môžeme teda tvrdiť, že švédske regióny sú tiež orientované jednosektorovo, podobne ako dánske regióny (Sleziak 2013).



Graf 1. Prerozdelenie financií z rozpočtov regiónov za rok 2012 vo Švédsku Zdroj: Statistics Sweden



Graf 2. Alokácia financií z regionálnych rozpočtov v roku 2012 v Dánsku Zdroj: Statistics Denmark

Dánsko sa vyznačuje oproti ostatným severským krajinám určitou zvláštnosťou, spočívajúcou v tom, že regionálna samospráva nie je spôsobilá vyberať dane. V dôsledku tohto sa tu uplatňuje grantový princíp dotácii od štátu zabezpečujúci krytie výdavkov súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti. Pre regionálnu úroveň nie sú určené ďalšie granty od štátu, ktoré by boli viazané na výkon konkrétnej kompetencie. Regionálna úroveň samosprávy neprijíma iba granty od štátu, ale aj od municipalít nachádzajúcich sa v príslušnom regióne. Tieto granty predstavujú len marginálny zdroj príjmov do regionálnych rozpočtov. Skutočným cieľom týchto municipálnych grantov je vytvorenie spolupodielu municipalít na výdavkoch smerujúcich do zdravotníctva, čím sa má vytvoriť stimul vedúci municipality k vytváraniu účinných systémov prevencie v oblasti zdravotnej starostlivosti, vedúcich k zníženiu dopytu po

nákladnej nemocničnej liečbe (Sleziak 2013). Zníženie dopytu po nemocničnej liečbe zároveň vedie k zníženiu grantov smerujúcih z municipalít do regiónov. Centrálna vláda sa aj touto formou snaží podnietiť efektivitu v poskytovaní služieb územnou samosprávou. Dôležitý zdroj príjmov okrem grantov predstavujú aj poplatky, ktoré sú regióny oprávnené vyberať za poskytovanie služieb v zdravotníctve (Hansen, Borge, Dahlberg 2012).

Záver

Zdravie je najväčšou hodnotou v živote človeka a preto zdravotná politika je jednou z najdôležitejších oblastí pôsobenia štátu, ktorého úlohou je zabezpečiť občanom zdravotnú starostlivosť. Zodpovedná zdravotná politika môže pozitívne ovplyvňovať úroveň zdravotných zariadení, ich dostupnosť, či kvalitu poskytovaných služieb. Zdravotníctvo je zároveň jednou zo sfér pôsobnosti samosprávnych krajov. Na Slovensku disponujú samosprávne kraje pomerne širokou škálou kompetencií. Zároveň však treba dodať, že výkon týchto kompetencií nie je zadefinovaný v zákonoch venujúcich sa tejto problematike a najmä samosprávne kraje nedisponujú dostatočným množstvom kapitálu na ich plnohodnotné vykonávanie. V dôsledku toho považujeme za žiaduce rozprúdenie diskusie o význame a smerovaní nielen regionálnej samosprávy na Slovensku, ale rovnako aj miestnej samosprávy, ktorá dlhodobo čelí kritike zo strany odbornej verejnosti. Domnievame sa, že obe úrovne územnej samosprávy v rámci zlepšenia výkonu svojej funkcie potrebujú prejsť rozsiahlou reformou. V tejto súvislosti považujeme za inšpiratívny model, predstavujúci príklad pre zlepšenie fungovania regionálnej úrovne územnej samosprávy. Ide o uplatňujúci sa systém v oblasti územnej samosprávy v severských krajinách, kde agenda jednotiek regionálnej samosprávy je orientovaná jednosektorovo. Práve vyčlenenie jednej oblasti, ktorú by vykonávali samosprávne kraje naplno, považujeme za krok vpred, ktorým by došlo k zefektívneniu ich činnosti a v dôsledku toho by sa zlepšilo vnímanie regionálnej samosprávy aj z pohľadu samotných občanov. Ide však o zložitý proces, ktorý si vyžaduje uskutočnenie komplexného súboru zmien nielen na úrovni regionálnej samosprávy, ale aj na úrovni miestnej samosprávy. Pokiaľ by sme si za príklad vybrali Dánsko, tak ide o krajinu ktorá je počtom obyvateľov porovnateľná so Slovenskou republikou. Počet municipalít v Dánsku je však niekoľkonásobne nižší ako počet obcí v Slovenskej republike. Sídelná štruktúra Slovenskej republiky je v komparácii so skúmanými krajinami extrémne fragmentovaná. Hlavne malé obce s počtom obyvateľov nižším ako tisíc nie sú schopné vykonávať všetky kompetencie zverené štátom. Dokonca väčšina malých obcí nie je schopná poskytovať ani základné kompetencie samostatne a sú nútené spolupracovať s priľahlými obcami. Rovnako z finančného hľadiska nedokážu obce napĺňať svoju základnú agendu. Popri riešení problému fragmentovanej sídelnej štruktúry by inšpirácia dánskym modelom priniesla aj vytvorenie jednosektorovej politiky na regionálnej úrovni, pričom uplatňujúci sa stav v severských krajinách považujeme za dobrý príklad zosúladenia funkčnosti regionálnej samosprávy a kvalitného zdravotníctva.

Literatúra

FREDRIKSSON, M. *Between Equity and Local Autonomy: A Governance Dilemma in Swedish Healthcare* [online]. Uppsala University, 2012 [2014-04-02]. ISBN 978-91-554-8239-8. Dostupné z: http://uu.diva-portal.org/smash/get/diva2:461056/FULLTEXT01.pdf

HANSNEN, J. B.; BORGE, L. E; DAHLBERG, M. Local government in Dennmark, Norway and Sweden. s. 63-155. In MOISIO, A. (ed) *Local public sector in transition: A Nordic perspective.* Helsinky : VATT, 2012. 246 s. ISBN: 978-951-561-938-9

MAGNUSSEN, J.; VRANGBAEK, K.; SALTMAN, R.B. *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms and Current Policy Challanges* [online]. Open University Press, 2009 [cit. 2014-03-30]. ISBN 978-0-33-523813-2. Dostupné *z*: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/98417/E93429.pdf

Organizácia (OvZP) TSK / Zdravotníctvo, 2014. [online]. 2014. [cit. 2014-3-23] Dostupné na internete: http://www.tsk.sk/organizacie-v-zriadovatelskej-posobnosti-tsk/zdravotnictvo-1/nemocnice.html?page_id=54414

Organizácia (OvZP) TSK / Vzdelávanie, 2014. [online]. 2014. [cit. 2014-3-18] Dostupné na internete: http://www.tsk.sk/organizacie-v-zriadovatelskej-posobnosti-tsk/vzdelavanie-1.html?page_id=54378

Organizácia (OvZP) TSK / Kultúrne služby, 2014. [online]. 2014. [cit. 2014-3-22] Dostupné na internete: http://www.tsk.sk/organizacie-v-zriadovatelskej-posobnosti-tsk/kulturne-sluzby-1.html?page_id=54386

Plán opráv ciest II. a III. triedy na rok 2009, 2009. [online]. 2014. [cit. 2014-3-26] Dostupné na internete: http://www.sctsk.sk/sprava-ciest-tsk/plan-oprav-ciest/plan-oprav-ciest-ii.-a-iii.-triedy-na-rok-2009.html?page_id=320

SLEZIAK, J. 2013 *Komparácia modelov územnej samosprávy severských krajín*. [Rigorózna práca] Trnava : FSV, UCM v Trnave, 2013. ISBN sine.

ŠTEINER, A; KOZLAYOVÁ, A. 2010 *Dobré spravovanie rozvoja regiónov – výzva pre Slovensko*. Košice: Karpatský rozvojový inštitút, 2010. 166 s. ISBN 978-80-970368-0-5.

ZÁKON Č. 302/2001 Z. z. o samospráve vyšších územných celkov v znení neskorších predpisov.

ZÁKON Č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ŽOLDOŠOVÁ, D. 2010 Vyššie územné celky mali byť silnými hráčmi v regióne. Nie sú. Potrebujeme regionálne samosprávy v takej podobe ako fungujú doteraz? In: *Obecné noviny*, Inprost s.r.o. [online]. 2010, roč. 3, č. 42, s. 8-9 [cit. 2013-01-14] Dostupné na internete: http://www.inprost.sk/sites/inprost.sk/files/2010/ON_42-2010.pdf

Kontakt na autora

PhDr. Martin Švikruha

Fakulta sociálnych vied UCM Trnava
Bučianska ul. 4/A
917 01 Trnava
Slovenská republika
martin.svikruha@gmail.com

ŠPECIFIKÁ MANAŽMENTU ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB ZRIADENÝCH PREŠOVSKÝM SAMOSPRÁVNYM KRAJOM

SPECIFICS OF MANAGEMENT SOCIAL SERVICES ESTABLISHED BY PREŠOV REGION

Anton Kurnát – Jaroslava Vertaľová – Karolína Hlavinková

Abstrakt

Dôležitým faktorom riadenia zariadení, ktoré poskytujú sociálne služby, je najmä správne nastavená legislatíva. Sociálne služby v Slovenskej republike v súčasnosti zďaleka nepokrývajú potrebu obyvateľov, súvisiacu hlavne s nedostatkom finančných zdrojov. Na podmienky existencie a strategického riadenia rôznych typov zariadení sociálnych služieb majú významný vplyv nielen politické rozhodnutia, rôzne lobistické záujmy, ale aj zriaďovatelia, najmä obce a samosprávne kraje. Rôzne špecifické podmienky prinášajú pre tzv. rozpočtové organizácie aj určité nevýhody. Turbulentná doba prináša nové výzvy nielen pre sociálnu prácu, ako profesiu, ale aj pre organizácie, ktoré služby sociálnej práce poskytujú. Zavádzať koncepty moderného flexibilného riadenia a vedenia pracovných tímov a organizácie je cesta k tomu, aby klienti, dostali profesionálne služby formou, ktorá rešpektuje ich práva a potreby.

Kľúčové slová

Prešovský samosprávny kraj, manažment, rozpočtová organizácia, spoločenská zodpovednosť, informačný systém.

Abstract

Correctly set the legislation is an important factor of management facilities that provide social services. Social services in Slovak Republic are currently far from covering the needs of the population, mainly related to the lack of financial resources. The conditions of existence and the strategic management of different types of social services have a significant impact not only political decisions, various lobbying interests but also the founders, especially municipalities and autonomous regions. Anyway, some various specific conditions are bringing for budgetary organizations also some disadvantages. Nowadays bring new challenges not only for social work as a profession but also for organizations which provide social work services. The way to ensure that clients receive professional service in a form that respects their rights and needs is to introduce modern concepts of management and leadership flexible work teams and organizations.

Key words

Prešov region, management, budgetary organisation, social responsibility, information system.

1. Sociálne služby v PSK

Na území PSK poskytujú sociálne služby verejní a neverejní poskytovatelia. PSK má v 27 ním zriadených zariadeniach sociálnych služieb celkovú kapacitu 2316 miest. Obce a mestá disponujú vo svojej zriaďovateľskej pôsobnosti kapacitou 906 miest. Celkom verejní poskytovatelia disponujú kapacitou 3222 miest v rozpočtových organizáciách.

Neverejní poskytovatelia sociálnych služieb disponujú na území PSK kapacitou 1329 miest. Z tejto štatistiky vyplýva „nepomer medzi poskytovaním služby ambulantnou (329 miest) a pobytovou (4222 miest) formou, ktorý je možné vysvetliť rozdielnym dopytom zo strany obyvateľov PSK (VUC PSK 2013). Takmer všetky zariadenia sociálnych služieb v PSK majú inštitucionálny charakter alebo vykazujú prvky inštitúcie. Počtom obyvateľov je PSK najväčším v Slovenskej republike. V kraji je najvyššia pôrodnosť a dosahuje sa najvyšší prirodzený prírastok v SR. V tomto kraji sa znižuje podiel predproduktívneho veku a narastá počet obyvateľov v produktívnom a poproduktívnom veku. Odhaduje sa, že od roku 2018 budú prevažovať na Slovensku seniori nad deťmi (VÚC PSK 2013). Proces starnutia obyvateľstva je výzvou aj v oblasti poskytovania sociálnych služieb, nakoľko predpokladá stále sa zvyšujúci dopyt po kvalitných sociálnych službách.

Za jednu z národných priorít rozvoja sociálnych služieb považuje Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky aj zvýšenie kvality a dostupnosti sociálnych služieb, s dôrazom na rozvoj nedostatkových sociálnych služieb alebo na rozvoj sociálnych služieb, ktoré v jednotlivých samosprávnych krajoch a obciach úplne chýbajú.

Jedným z princípov národných priorít rozvoja sociálnych služieb, ale aj priorít Európskeho Spoločenstva je deinštitucionalizácia sociálnych služieb a postupné znižovanie kapacity zariadení sociálnych služieb a vytváranie zariadení komunitného typu. Do ukončenia transformácie veľkokapacitných inštitucionálnych zariadení na zariadenia komunitného typu alebo podobné rodinnému prostrediu však musia sociálne služby aj naďalej poskytovať súčasné inštitucionálne zariadenia sociálnych služieb v ktorých je viac ako 80% prijímateľov sociálnej služby. Sú to najmä domovy sociálnych služieb a zariadenia pre seniorov. Aj po ukončení tohto procesu však budú existovať inštitucionálne zariadenia pre dlhodobo chorých, a to najmä z dôvodu ekonomickej efektívnosti a špecifikám v otázkach kvality poskytovanej sociálnej aj zdravotníckej starostlivosti najmä u klientov s hlbokým stupňom intelektovej disability, v kombinácii s iným ťažkým zdravotným postihnutím. Domov sociálnych služieb ALIA v Bardejove, v ktorom pracujú aj autori príspevku, je jednou z rozpočtových organizácií zriadených PSK. Sociálne služby, ako verejná organizácia, poskytuje 45 rokov. Od roku 2000 sídli Domov v čiastočne zrekonštruovaných priestoroch bývalej materskej školy. Prevádzka služieb je v troch navzájom prepojených dvojposchodových budovách. Cieľové skupiny tvoria prijímatelia sociálnej služby s intelektovou disabilitou, s kombinovaným telesným a zmyslovým postihnutím a poruchami správania s celoročnou pobytovou formou pre 70. klientov. V ambulantnej forme poskytovania sociálnej služby s kapacitou pre dvoch klientov sa v súčasnosti služba neposkytuje. Najpočetnejšou cieľovou skupinou sú ľudia s kombináciou iného ťažkého zdravotného postihnutia. Štruktúru podľa stupňa intelektovej disability a vekových pásiem vystihujú nasledovné tabuľky:

Rozdelenie podľa jednotlivých stupňov intelektovej disability	
stupeň intelektovej disabilty	*počet prijímateľov sociálnej služby*
ľahký	8
stredný	14
ťažký	23
hlboký	14
iný	8
demencie	3

Tabuľka 2. Rozdelenie podľa jednotlivých stupňov intelektovej disability zdroj: DSS ALIA v Bardejove 2014

Rozdelenie podľa vekových pásiem (podľa IS Cygnus)	
vekové pásmo	*počet prijímateľov sociálnej služby*
19 – 26 rokov	1
29 – 65	68
66 – 85	1
vekový priemer	43

Tabuľka 3. Rozdelenie podľa vekových pásiem zdroj: DSS ALIA v Bardejove 2014

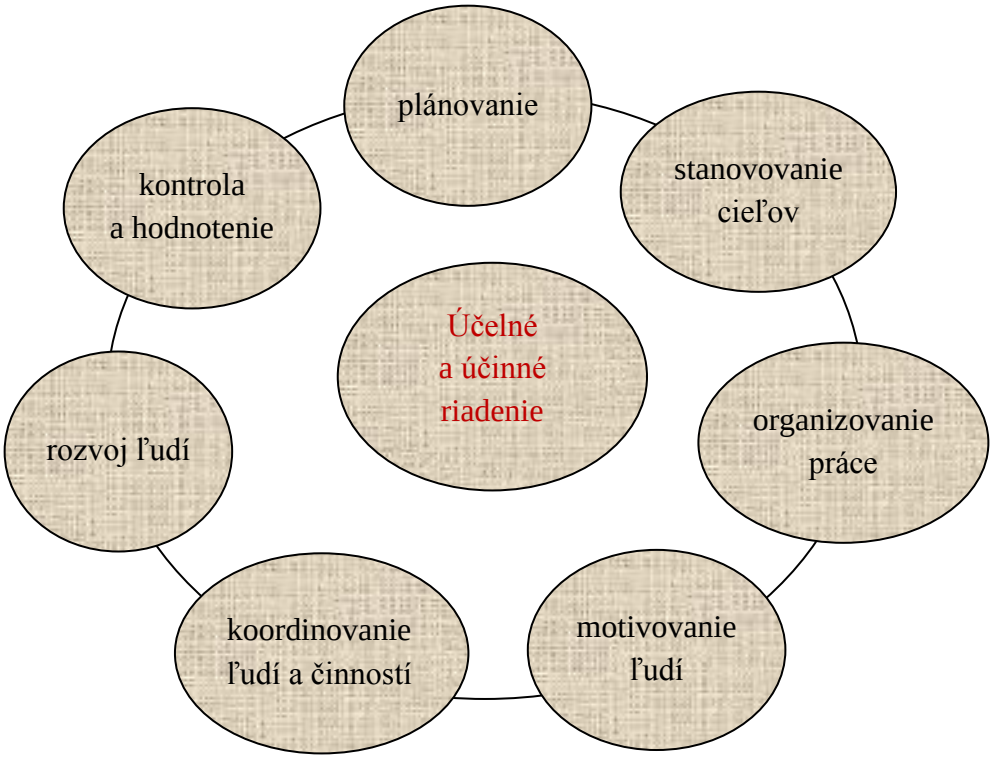
Štruktúra odborných pracovníkov v DSS ALIA je opísaná v nasledovnej tabuľke:

odbornosť	**počet pracovníkov**	**VŠ vzdelanie**
sociálny pracovník	4	3
ergoterapeut	4	2
inštruktor sociálnej rehabilitácie	2	2
opatrovateľ	19	
sestra v ZSS	2	1
fyzioterapeut	1	
celkom	32	8

Tabuľka 4. Vzdelanostná úroveň odborných pracovníkov zdroj: DSS ALIA v Bardejove 2014

2. Manažment sociálnych služieb

Tak ako aj iné oblasti, manažment všeobecne je v neustálej transformácii a je postavený na aktívnych manažéroch, ich zručnostiach a schopnostiach. Títo boli organizovaní najčastejšie v trojúrovňovej pyramíde od početnejšieho najnižšieho až po vrcholový manažment. Úlohou manažérov bolo dosahovanie lepších výsledkov organizácií v konkurenčnom prostredí. Od 80. rokov minulého storočia bol manažerizmus ako ideológia riadenia organizácií len manažérmi postupne zavádzaná v západných krajinách v sektore verejných služieb, neskôr aj u nás. Dôvodom bola hlavne privatizácia a vytvorenie konkurenčného a trhového prostredia aj tu. Dochádza však k polemike, či výlučne manažérsky prístup neobmedzuje individualizáciu sociálnej pomoci, či podpory podľa potrieb jednotlivých klientov. Niektorí autori uvádzajú nevyhnutnosť spolu existencie manažérskych postupov a profesionality sociálnych pracovníkov (Matoušek 2013). Manažment je proces na dosiahnutie cieľov organizácie prostredníctvom ľudskej práce a ostatných organizačných zdrojov. Aj v sociálnych službách je procesom alebo sériou súvislých a opakovaných činností, ktoré sa zameriavajú a koncentrujú na dosiahnutie špecifických cieľov.



Obr. 2. Špecifiká riadenia a vedenia zdroj: Hambálek 2010

V súčasnosti existuje viacero spôsobov riadenia (kontinentálne prístupy – americký, európsky, ázijský, štýly – autokratívne, direktívne, liberálne, štýl „záujmového klubu“ ap.) a vedenia, koučovania. Niekde uprostred týchto štýlov je vedenie spravodlivé, ale prísne, ako kompromis medzi potrebami ľudí a potrebami odvádzať výkon. Štýl, v ktorom ide o tendenciu podávať vysoký výkon, pričom sa kladie dôraz na vysokú mieru rozvoja dôvery, spolupatričnosti, rešpektu a vzájomnej podpory. Je teda výhodné, ak je orientácia na ľudí a na výkon vyvážená, keďže sa zameriava na úspech aj medziľudské potreby. Schéma znázorňuje

vzájomné prepojenie ôsmich okruhov manažmentu, kde nejde o procesy zhora dole, ale o interaktívne, obojstranné a obohacujúce výmeny riadenia a vedenia (Hambálek 2010). Pre manažment akejkoľvek organizácie sú najdôležitejší členovia jednotlivých tímov, ich odborná kvalifikácia a zručnosti, ako aj ich nasadenie pre vec a schopnosť spolupracovať so všetkými zainteresovanými stranami. Výber správnych ľudí a určenie ich zodpovedností a kompetencií v rámci vhodnej organizačnej štruktúry je kľúčom k úspešnému manažmentu. Koučovanie, ako spôsob manažovania, vzbudilo za posledné roky záujem a považuje sa za efektívnu metódu zmeny a rozvoja, ktorej výsledky závisia od účasti a zaangažovanosti klienta v procese. Je predmetom vzdelávania manažmentu sociálnych zariadení PSK a úvah smerujúcim až k zmenám organizačných štruktúr na akési štruktúry tímov. Často sa stáva, že koučovaný prezentuje, záujem a pritom je v skutočnosti v odpore. Vnímavosť jednotlivca voči koučingu tak môže kolísať a rozvojové potreby sa môžu líšiť v závislosti od úrovne, resp. štádia zmeny, kde sa koučovaný nachádza. Existuje mnoho modelov koučovania a schém, ktoré popisujú proces implementácie koučovania do organizačného systému. Koučovacie intervencie by mali sanovať princípy zážitkového učenia, reflexie počas učenia a riešenia problémov. Mali by smerovať k vytváraniu osobných cieľov a k novým riešeniam. „Koučing môže byť vo všeobecnosti produktívnejším a zmysluplnejší, ak sa koučovaní doňho zapoja dobre naplánovaným a vedomým spôsobom. Aj koučing je orientovaný na výkon.“ (www.coachingplus.org Newsletter 42/strana 2/9, 2013)

3. Špecifiká riadenia rozpočtových organizácií PSK

Úlohou manažmentu každej organizácie poskytujúcej kvalitné sociálne služby je dosahovanie maximálnej spokojnosti jej klientov individualizovaným prístupom pri zásadnom dodržiavaní ľudských práv, dôstojnosti a etiky sociálnej práce. Pri dosahovaní tohto cieľa majú rozpočtové organizácie ako verejní poskytovatelia však iné východiská ako neverejní poskytovatelia, ako napríklad neziskové organizácie alebo príspevkové organizácie, v Českej republike. Je ich možné definovať najmä v štátnej legislatíve a všeobecných záväzných nariadeniach obcí a samosprávnych krajov v oblasti financovania poskytovania sociálnej služby, úhrad za poskytovanú sociálnu službu, správe majetku, flexibility nadefinovaných organizačných štruktúr, individualizácii potrebnej úrovne pomoci, podpory a sprevádzania a iných oblastí. Tieto špecifiká vytvárajú pre manažovanie sociálnych zariadení mantinely, isté obmedzenia, odlišné pre verejných poskytovateľov nie len v PSK. Ako príklad je možné uviesť nasledovné:

- Zákon o rozpočtových pravidlách neumožňuje viaczdrojové financovanie zariadení. Každý príjem rozpočtovej organizácie je príjmom jej zriaďovateľa. Sú to aj príjmy z úhrad za sociálnu službu, príjmy zo zdravotných poisťovní za poskytovanie 9 vybraných zdravotných výkonov, príjem z úhrad za zvýšenie stravnej jednotky a príjmy za poskytnuté služby nad rámec zmluvne dohodnutej starostlivosti. Tieto príjmy nie sú refinancované zariadeniam, ktoré na ne vynaložili určité zvýšené náklady zo svojho rozpočtu.
- Investičný majetok, najmä strojová a prístrojová technológia sa postupne opotrebováva počas svojej doby životnosti, odpisuje sa. Odpisy investičného majetku nie sú plánovanou

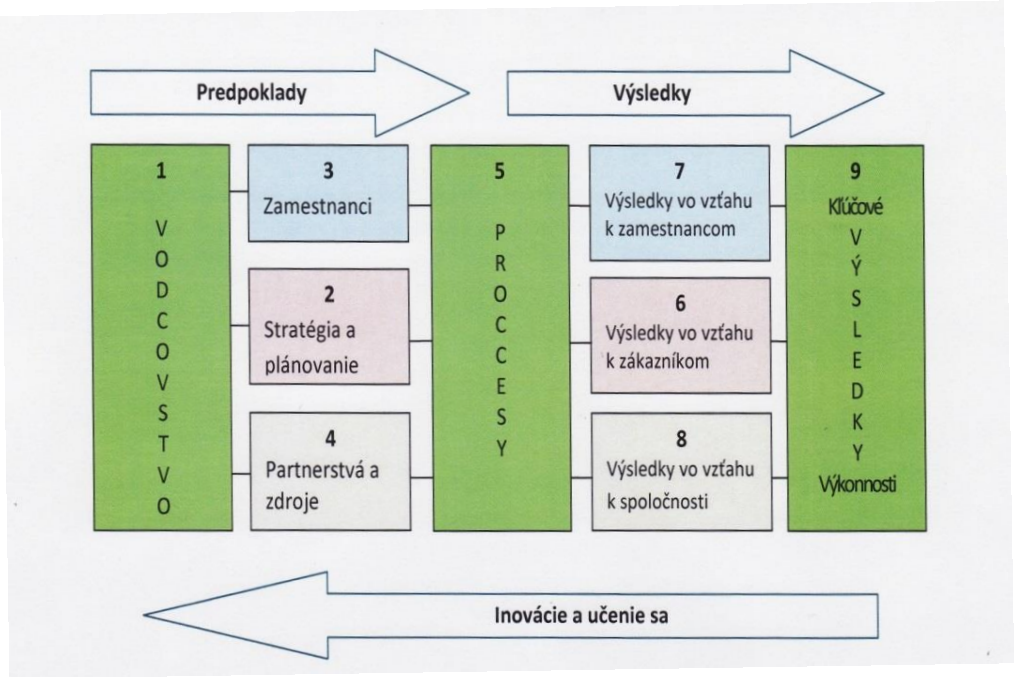
súčasťou rozpočtov, nie je definovaný jednotný systém obnovy strojovej technológie po jej životnosti alebo vyradeniu, do procesu je vnesené značné politikum.

- Posudzovanie odkázanosti na sociálnu službu aj po novele Zákona NR SR č. 448/2008 Z. z., o sociálnych službách platnej od 1.1.2014, ostalo v kompetencii samosprávnych krajov. Pri nedostatku voľných miest v pobytových zariadeniach, o ktoré je najväčší záujem, vzniká nevhodné kríženie cieľových diagnostických skupín a vekových skupín v jedinom zariadení na úkor kvality života klientov týchto zariadení. Faktom je, že klientov s psychiatrickými diagnózami výrazne pribúda. Vzhľadom k tomu, že v niektorých regiónoch takmer neexistujú žiadne špecializované zariadenia, musia žiť v jednom zariadení klienti s rôznymi diagnózami.
- Úhradu jednotlivých stupňov odkázanosti sa vo VZN PSK zohľadňuje druh a forma sociálnej služby, ale nezohľadňuje sa suma, za jednotlivé úkony starostlivosti. Pri stupni odkázanosti „VI“ a úhrady za ňu, sa teda predpokladá, že ide o fyzickú osobu, ktorá je v maximálnej miere odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, pri všetkých úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a pri základných sociálnych aktivitách. Faktom je, že takto sú posúdení aj tí klienti, ktorí mnohé úkony zvládajú sami alebo s podporou a nie je potrené dané úkony vykonávať inou fyzickou osobou. Úhrada je ale stanovená rovnako pre všetkých.
- Organizácia, ktorá poskytuje sociálne služby, musí spĺňať rovnaké podmienky podľa hore citovaného zákona o sociálnych službách. V oblasti financovania a úhrad za poskytovanú službu sú ale diferencovaní verejní poskytovatelia (rozpočtové organizácie) a neverejní poskytovatelia. Konkurenčné prostredie sa tak oslabuje, zároveň ciele manažmentu, smerujúce k dosahovaniu lepších výsledkov, vyššej kvalite za primeranú cenu, sú do istej miery degradované.

4. Systém riadenia kvality a Spoločenská zodpovednosť

4.1. Manažovanie kvality

V súčasných podmienkach je kvalita neoddeliteľná od spoločenskej zodpovednosti, zahŕňa všetky činnosti a každého jednotlivca v organizácii a je nástrojom resp. cieľom manažovania. Zahŕňa všetky oblasti nezávisle na veľkosti organizácie a rovnako zahŕňa aj verejné služby. Jedným zo systémov riadenia kvality je aj model CAF (Common Assesment Framework). Spoločný systém hodnotenia kvality. Je nástrojom komplexného manažérstva kvality založený na predpoklade, že výnimočné výsledky dosiahnuté v organizačnej výkonnosti, vo vzťahu ku klientom, zákazníkom, zamestnancom a spoločnosti je možné dosiahnuť prostredníctvom vodcovstva s jasnou stratégiou a plánovaním, zamestnancami, partnerstvami, zdrojmi a procesmi. Model pozerá na organizáciu z rôznych uhlov naraz, holistický prístup k analýze organizačnej výkonnosti. Model CAF (obr. 3) je verejne prístupný a bezplatne poskytnutý ako jednoduchý nástroj na aplikáciu, ktorý pomáha organizáciám verejného sektora v rámci celej Európy implementovať techniky manažérstva kvality s cieľom zlepšiť výkonnosť. Ako nástroj komplexného manažérstva kvality sa model CAF hlási k princípom výnimočnosti a má za cieľ trvalé zlepšovanie organizácií poskytujúcich verejné služby.

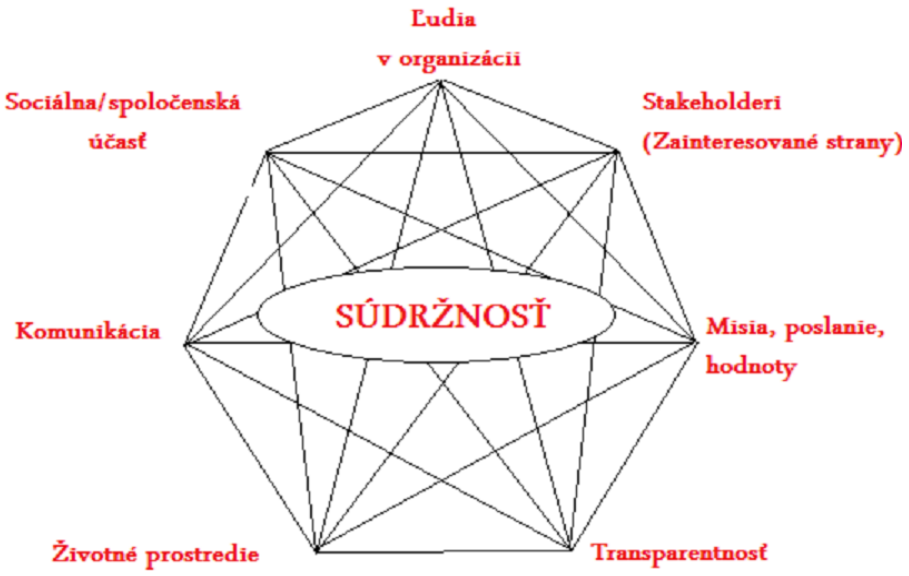


Obr. 3. Spoločný systém hodnotenia kvality zdroj: Common Assesment Framework 2013

4.2 Spoločenská zodpovednosť organizácie.

Žiadna organizácia v súčasnom globálnom svete nefunguje izolovane od okolitého sveta, ale je jeho priamou a predovšetkým aktívnou súčasťou. Každá činnosť, každý vyrobený výrobok alebo poskytovaná služba vplýva na ľudí, okolitú spoločnosť a životné prostredie, či už v menšej alebo väčšej miere. Aktivity sú založené predovšetkým na pochopení jej významu a na dobrovoľnom vykonávaní. Vyžaduje posun pohľadu na úlohu organizácie v spoločnosti, kde organizácia hodnotí aj environmentálne a sociálne aspekty sovej činnosti (http://www.unms.sk/swift_data/source/dokumenty/kvalita/2014/ncsrsz/NCSRSZ_2014. pdf).

Spoločensky zodpovedné riadenie organizácie je koncept, v rámci ktorého sa podniky či organizácie snažia integrovať do svojich aktivít spoločenský záujem, pričom vychádzajú zo svojho vplyvu, ktorí majú na zainteresované subjekty (stakeholders). Medzi zainteresované subjekty patria všetci, ktorých sa aktivity organizácie akýmkoľvek spôsobom dotýkajú. Spoločenská zodpovednosť presahuje povinný legislatívny rámec a vzniká na dobrovoľnej báze. Výsledkom je zvýšenie kvality života zamestnancov, ich rodín ako aj miestnej komunity a spoločnosti v širšom meradle (Európska Únia, 2001). Model spoločenskej zodpovednosti hovorí o súlade medzi hodnotami a medzi konaním k ceste za nimi.



Obr. 4. Model sociálnej zodpovednosti zdroj: Observatori del Tercer Sector, 2005

K vybudovaniu sociálnej zodpovednosti musíme reflektovať 7 oblastí, ktoré priamo ovplyvňujú existenciu organizácie. Tento model podporuje reflexiu, ktorej cieľom je pomáhať identifikovať, analyzovať a štrukturovať informácie potrebné k dosiahnutiu požadovanej úrovne sociálnej zodpovednosti manažmentu.

1. Zamestnanci. Neexistuje organizácia bez ľudí, naopak, organizácia sú ľudia, ktorí pre ňu pracujú.
2. Zainteresované strany. Vyžaduje sa spolupráca všetkých k napĺňaniu cieľov a úloh.
3. Poslanie a hodnoty dávajú zmysel organizácie.
4. Transparentnosť je podmienkou dôveryhodnosti všetkých zainteresovaných strán medzi sebou, podporuje kredibilitu organizácie.
5. Environmentálny manažment. Musíme si uvedomiť, že každá organizácia pohlcuje prírodné zdroje a vytvára odpad. Zodpovednosťou každej je si uvedomiť rozsah tohto a prispôsobiť svoje aktivity.
6. Komunikácia (marketing), vytvára obraz organizácie navonok. Spája širšie okolie s cieľovou skupinou.
7. Spoločenská účasť na procesoch, ktoré sa netýkajú priamo organizácie, ale na ktorých by sme sa mali chcieť zúčastniť (kultúra, šport, politické postoje apod.).

Záver

Manažment zariadení sociálnych služieb ako pracovných multidisciplinárnych a interdisciplinárnych tímov je značne zložitý. Vysoko postavené ciele smerujúce k neustálemu zlepšovaniu kvality služieb v kontexte dynamicky sa meniacich podmienok daných najmä štátnou a regionálnou legislatívou sú náročné na zdroje, samozrejme finančné, ale najmä ľudského potenciálu. Rastie potreba ďalšieho vzdelávania nielen manažmentu, ale najmä odborných pracovníkov k pochopeniu potreby

tímovej spolupráce, komunikačným zručnostiam a hlavne potreby zmeny vžitej paradigmy na individualizovanú sociálnu službu. Práca ľudí v sociálnych zariadeniach je viac povolaním a poslaním, ako len obyčajným zamestnaním. Napriek tomu, práca ľudí v sociálnej oblasti nie je finančne ohodnotená tak, ako by si zaslúžila. Aj tu existujú veľké regionálne rozdiely a špecifiká. Pri komparácii s inými štátmi Európskej Únie, napr. v Českej republike, aj určité zaostávanie vo všetkých oblastiach týkajúcich sa sociálnych služieb, vrátane napr. aj využívania informačných technológii.

Literatúra

HAMBÁLEK, V. *Manažment v sociálnej práci.* Bratislava : VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. ISBN 978-80-89392-20-6.

MATOUŠEK, O. ET AL. *Encyklopedie sociálni práce*. Praha : Portál Praha, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7**.**

http://www.unms.sk/swift_data/source/dokumenty/kvalita/2014/ncsrsz/NCSRSZ_ 2014. pdf [cit. 15-03-2014].

www.coachingplus.org Newsletter 42/strana 2/9, 2013 [cit. 18-03-2014] .

http://www.ovlegal.sk/files/uznanie.pdf [cit. 18-03-2014].

http://www.po-kraj.sk/sk/samosprava/udaje/uradna-tabula/materialy-pripomienkovanie/materialy/koncepcia-rozvoja-socialnych-sluzieb-uzemi-psk-navrh-dodatku.html [cit. 24-03-2014].

Kontakty na autorov

Ing. Anton Kurnát

PhDr. Jaroslava Vertaľová

Domov sociálnych služieb ALIA v Bardejove
Ťačevská 38
085 01 Bardejov
Slovenská republika
dssalia@stonline.sk
socialny@dssalia.sk

PhDr. Karolína Hlavinková

OZ ALIA pre pomoc postihnutým občanom
Ťačevská 38
085 01 Bardejov
Slovenská republika
hlavinkova@stonline.sk

MANAŽMENT V INŠTITÚCIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

MANAGEMENT INSTITUTIONS OF SOCIAL SERVICES

Vladimír Gburík –Monika Ondrišová

Abstrakt

Príspevok je obsahovo orientovaný na osobnosť manažéra zastávajúceho vedúcu pozíciu v inštitúciách sociálnych služieb. Manažér, ako každá ľudská bytosť, sa vyznačuje určitými pozitívnymi i negatívnymi vlastnosťami, s právom na úspech i neúspech. V organizácii zastáva pracovné miesto, ktorému zodpovedajú určité povinnosti, úlohy, právomoc i zodpovednosť. Osobnosť manažéra dotvárajú jeho postoje, ktoré vyjadrujú vzťah k iným ľuďom, predmetom, skutočnostiam. V práci manažéra je významná jeho orientácia, dôležité sú hlavne sociálne schopnosti, tzv. sociálna inteligencia človeka, psychologické schopnosti a vyžaduje sa od neho inteligencia.

Kľúčové slová

Manažment, manažér, sociálne služby, komunikácia, asertivita, sociálna inteligencia.

Abstract

The paper is content-oriented personality manager has taken over the leading position in the institutions of social services. Manager, as every human being has certain positive and negative characteristics, the law of success and failure. The organization takes the job, which corresponds to certain tasks, duties, authority and responsibility. Manager completes the personality of its position, expressing the relationship to other people, the subject, the facts. The manager's work is noted for its orientation, are particularly important social skills, so. Human social intelligence, psychological skills, and he shall be required intelligence.

Key words

Management, manager, social services, communication, assertiveness, social intelligence.

1. Manažment a manažér

V súčasnosti existuje veľmi veľa definícií manažmentu, veľmi veľa kníh, v ktorých je opísaný manažment. Tieto práce sa zaoberajú všetkými aspektmi tohto problému. Po ich prečítaní a preštudovaní si začneme uvedomovať, že manažment, alebo vo všeobecnosti riadenie ľudí vzniká vtedy, keď ľudia začínajú pracovať v skupinách. Je potrebné, aby skupinu ľudí riadil jeden človek – manažér.

"Manažment v sociálnej práci je nástroj, prostriedok pomocou ktorého dosahujeme strategické ciele trvalého sociálneho rozvoja, aktivizujeme sociálneho pracovníka ako sociálneho manažéra a súčasne aktivizujeme sociálneho klienta" (Strieženec, 2006. s. 108).

1.1. Manažér – jeho osobnosť

Pojmom manažér sa označuje ten, ktorý vedie ľudí, zodpovedá za zverený úsek činnosti, má vedúcu funkciu. Manažér vplýva na iných, dáva im úlohy a vytyčuje základné smery vývoja, má ľudí, ktorí ho nasledujú. Manažér presvedčuje, usmerňuje a vychováva ľudí k tomu, aby ochotne plnili úlohy a využili svoje schopnosti na ich plnenie.

Podľa Čorbu (1999) je manažment (z anglického management) v našich nových spoločensko-ekonomických podmienkach bežným a často používaným pojmom. Jeho podstata je odvodená od slova "to manage", čo znamená starať sa, viesť, dirigovať, riadiť, vládnuť, ovládať.

Každý človek disponuje určitými typickými črtami správania, každý z nás je osobnosťou. Pritom platí, že dôležitým znakom osobnosti je jedinečnosť, osobitosť u každého človeka a jej neopakovateľnosť. Osobnosť tvorí súhrn vnútorných predpokladov na vykonávanie pracovnej činnosti.

"Vo všeobecnosti osobnosťou rozumieme každého jednotlivca s relatívne stálymi a trvalými aspektmi, ktoré ho odlišujú od iných ľudí a ktoré tvoria základ jeho správania" (Vetráková 2002. s. 19). S ohľadom na vplyvy vonkajšieho okolia sa správanie osoby môže meniť. Napríklad v zamestnaní je jednotlivec tichý a nenápadný, ale na futbalovom ihrisku je plný energie a života. Mnohé z prejavov správania majú svoju príčinu v rodine, sú zdedené alebo získané v prvých rokoch života. Existujú však prejavy správania, ktoré sú relatívne pevné a trvanlivé. Vyjadrujú *temperament, charakter, schopnosti a zručnosti jedinca, typické črty a motívy jeho správania.* Niektoré charakteristiky osobnosti viac závisia od stavu vnútornej dispozície jednotlivca, kým iné výraznejšie určujú vonkajšie vplyvy.

Dôležitým predpokladom úspešnej práce manažéra sú jeho mimoriadne osobnostné charakteristiky. Manažér svojím správaním a konaním ovplyvňuje pomerne veľa ľudí, jednotlivcov i pracovné skupiny. Od jeho kvality závisí priebeh i výsledky činnosti organizácie.

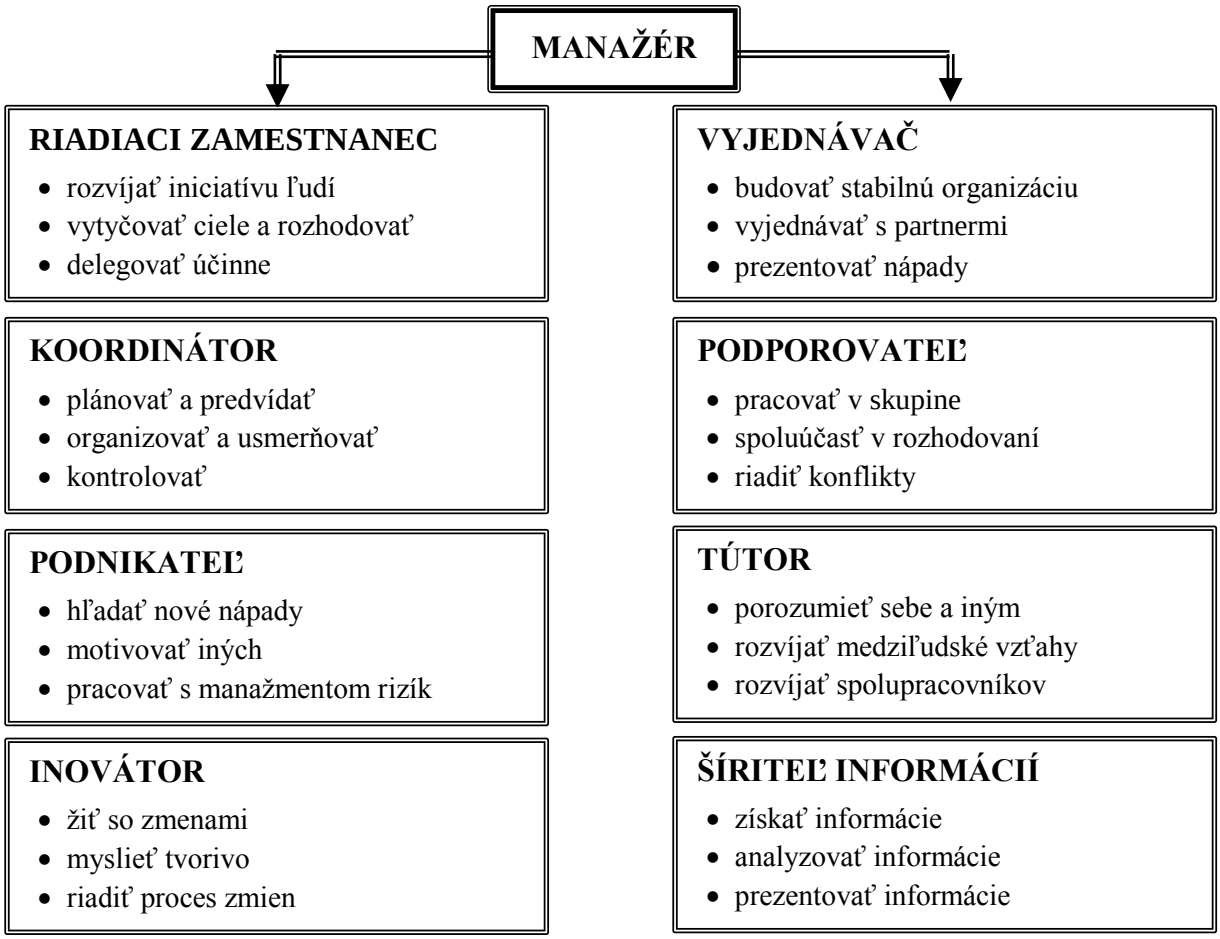
Podľa Vetrákovej (2002) mal by preto byť schopný:

- jasne a zrozumiteľne formulovať zamestnancom ciele, úlohy, zodpovednosť i práva,
- strategicky myslieť, podnikateľsky a eticky konať a rozhodovať,
- efektívne komunikovať, s využitím spätnej väzby a aktívneho počúvania,
- pracovať v skupine, byť jej uznávaným vedúcim a motivovať druhých,
- efektívne využívať informácie,
- rozumne riskovať, pohotovo reagovať, pružne sa prispôsobiť meniacim sa trhovým podmienkam,
- rozhodovať aj v zložitých situáciách, tvorivo pristupovať k riešeniu odborných a riadiacich situácií,

- efektívne kombinovať, rozmiestňovať a využívať zdroje na dosiahnutie cieľov organizácie,
- účinne využívať svoj obmedzený čas a zvládnuť psychicky a fyzicky náročné situácie,
- pripraviť nových nastupujúcich odborníkov, dobre organizovať a kontrolovať prácu
- zamestnancov.

1.2. Manažér a jeho úloha

Hlavnou úlohou manažéra je vykonávať v spolupráci so zamestnancami aktivity, ktoré sú časťou procesu manažmentu. Obyčajne na to využíva svoje schopnosti a zručnosti, avšak konkrétny spôsob práce manažéra závisí od jeho osoby a praktických skúseností



Obr. 1. Osem rolí manažéra

Zdroj: podľa interného učebného materiálu Polytechnickej univerzity v Leedse „The eight functions of management and the skills and competencies necessary for effective management," 1992.

Osem rolí manažéra tvorí jeden celok. To však neznamená, že všetci manažéri na každej úrovni riadenia im venujú rovnakú pozornosť. Závisí to od ich statusu v organizácii a delegovanej právomoci a s tým súvisiacej zodpovednosti.

2. Organizácia práce a efektívna komunikácia v práci manažéra

Nikto nemôže úspešne riadiť iných, ak sa nenaučil efektívne riadiť sám seba. Spoznanie svojich schopností a znalostí, vrátane nedostatkov, skúmanie spôsobov zvyšovania pracovného výkonu na základe lepšieho využitia svojich predností je predpokladom, že manažér dokáže organizovať prácu nielen sebe, ale aj zamestnancom, ktorých riadi.

2.1. Manažment v zariadeniach sociálnych služieb v Spišskom Štvrtku a v Spišskom Podhradí

Postavenie a pôsobnosť oboch zariadení určuje zákon NR SR č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov. Zariadenia sú samostatnými rozpočtovými organizáciami napojenými na rozpočet Prešovského samosprávneho kraja (ďalej PSK) zriadené PSK, ktorý kontroluje ich činnosť a v prípade zistenia nedostatkov prijíma potrebné opatrenia. Zariadenia môžu konať nad rámec svojej hlavnej činnosti iba s predchádzajúcim súhlasom zriaďovateľa. Obe zariadenia sídlia v historických budovách bývalých kláštorov, ktoré boli v reštitúcii reholiam prinavrátené. Majú aj spoločnú ďalšiu históriu, keďže ako domovy sociálnych služieb vznikli po roku 1950. Vystriedalo sa tam viac ako tisíc klientov.

Domov sociálnych služieb (ďalej DSS) v Spišskom Štvrtku je koedukované zariadenie pre 120 klientov, pracuje tam 66 zamestnancov, z ktorých je 38 odborných. Nakoľko je to zariadenie s celoročným pobytom, jednotlivé úseky sú nastavené na optimálne využitie svojich zamestnancov na všetky svoje zákonom využiteľné služby.

DSS sa vnútorne člení na tieto úseky:

a) úsek ekonomiky a vnútornej prevádzky,
b) úsek sociálnej práce a opatrovateľskej starostlivosti,
c) úsek stravovacej prevádzky.

V podmienkach DSS v Spišskom Štvrtku je v rámci manažmentu vytvorené dvojstupňové riadenie:

- manažér na najvyššom stupni riadenia – riaditeľ DSS
- manažér na strednom stupni riadenia – vedúca úseku ekonomiky a vnútornej prevádzky
  – vedúca úseku sociálnej práce a opatrovateľskej starostlivosti
  – vedúca úseku stravovacej prevádzky

DSS v Spišskom Podhradí je takisto koedukované zariadenie pre 109 klientov, z toho v jeho organizačnej jednotke Zariadení podporovaného bývania je 11 klientov. O chod zariadenia sa stará kolektív 59 zamestnancov, z toho je 36 odborných.

DSS sa člení na úseky:

a) úsek ekonomiky a vnútornej prevádzky,
b) úsek sociálnej práce,
c) úsek opatrovateľskej starostlivosti,
d) úsek stravovacej prevádzky,

V podmienkach DSS v Spišskom Podhradí je v rámci manažmentu vytvorené dvojstupňové riadenie:

- manažér na najvyššom stupni riadenia – riaditeľ DSS
- manažér na strednom stupni riadenia – vedúca úseku ekonomiky a vnútornej prevádzky
  – vedúca úseku sociálnej práce
  – vedúca úseku opatrovateľskej starostlivosti
  – vedúca úseku stravovacej prevádzky

V oboch zariadeniach je na čele pracovného tímu riaditeľ. Jeho úlohou je zabezpečovať výkon všetkých riadiacich funkcií, pričom sa snaží uplatňovať všetky svoje manažérske zručnosti a praktické skúsenosti, všetky úlohy, ktoré sme opísali v kapitole 1.2 – Úlohy manažéra (riadiaca úloha, koordinátor, tútor, podnikateľ, inovátor, vyjednávač, podporovateľ, šíriteľ informácií). Pri rozhodovaní využíva demokratický štýl riadenia a štýl založený na zodpovednosti zamestnancov. Zamestnanci sú motivovaní dosiahnuť ciele a hodnoty, na ktorých im záleží. Vysoká pracovná morálka, využívanie talentu a umu zamestnancov, vysoká interná motivácia sa premietajú aj do prostriedkov komunikácie, ktorá prebieha v rovnocennom prostredí, má svoj cieľ a zmysel. Riaditeľ zodpovedá za dosahovanie stanovených cieľov organizácie, vrátane aktívnej účasti na ich tvorbe a zabezpečení.

2.2. Vybrané komunikačné zručnosti v manažmente

Väčšinu dňa venujú ľudia komunikácii – čítaniu, písaniu, rozprávaniu a počúvaniu. Pritom najviac nedorozumení pramení z nedostatočnej komunikácie. Podstatou komunikácie je vzájomné informovanie sa založené na odovzdaní a prijatí informácií. Vynikajúca myšlienka stráca zmysel, ak sa interpretuje na nesprávnom mieste, nevhodným spôsobom a nie správnym ľuďom.

P. Drucker (Fuchsová 2000, s. 703) tvrdí, že 70 % všetkých chýb na pracovisku je spôsobených nedostatočnou komunikáciou. Nedorozumenia, nejasne definované ciele a nesprávne interpretácie sú bežné a často vedú k nekvalitnej práci a napätiu či konfliktom. Najväčšiu zodpovednosť za úroveň komunikácie v organizácii majú manažéri.

Na základe prijatých cieľov v organizácii je možné definovať hlavné funkcie komunikácie v práci manažérov:

a) informačná – poskytuje informáciu jednotlivcovi alebo skupine,
b) motivačná – motivuje ľudí pri plnení cieľov organizácie,
c) kontrolná – kontroluje sa činnosť jednotlivca alebo skupiny,
d) emotívna – umožňuje vyjadriť pocity, názory ľudí.

Hlavné funkcie komunikácie manažérov rozvinul Conrad (Ferjenčík 2001, s. 23-24), ktorý zvýraznil systém práce v organizácii založený na usmerňovaní, informovaní a riadení zamestnancov, aby sa splnili úlohy organizácie.

V komunikácii na pracovisku je veľmi účinná spätná väzba. Jej účinnosť je vo vzájomnom reagovaní. Ak manažér prijme spätnú väzbu (súhlasnú, neutrálnu alebo negatívnu), môže

pokračovať rovnako alebo zmeniť spôsob podávania informácie. Správne prebiehajúci dialóg sprevádza stála výmena spätných väzieb. Umenie manažérov, ktorí sú úspešní v komunikácii, spočíva v schopnosti vedieť poskytnúť a prijať spätnú väzbu.

Vetráková (2002) hovorí, že komunikácii sa darí v prostredí, kde sa rešpektujú nasledovné odporúčania:

a) byť úprimný, otvorený, nepretvarovať sa,
b) akceptovať druhého,
c) vedieť počúvať a prejaviť skutočný záujem.

Jednou z komunikačných zručností je aj asertivita. Asertívne správanie vychádza z predpokladu, že je možné osvojiť si schopnosti a techniky, ktoré nám umožnia prekonať pôsobenie emócii a vďaka tomu efektívne vyjadriť svoje potreby, pocity a postoje. Umožňuje nám kontrolovať vlastné správanie a zachovať si sebaúctu aj vtedy, keď pociťujeme úzkosť alebo máme pocit, že situáciu nezvládame.

Podľa Lachnerovej (2009) Základom asertívneho správanie je:

- jasná formulácia cieľov,
- otvorená, nezáludná a priama komunikácia,
- schopnosť ukázať, že chápete pohľad na vec, ktorý zastáva druhá strana,
- schopnosť neustupovať v podstatných veciach a jednať pružne tam, kde je to vhodné.

V neposlednom rade ku komunikačným zručnostiam v práci manažéra sú veľmi dôležité sociálne schopnosti, tzv. sociálna inteligencia človeka (sociálna spolupatričnosť). Jej úroveň podmieňuje úspešnosť v zaobchádzaní s ľuďmi. Patrí k nim pamäť na ľudí, odhad ich citov, myšlienok a motívov, dobrá komunikácia, schopnosť motivovať ľudí, schopnosť vytvárať pozitívnu atmosféru na pracovisku.

Záver

Keď človek nastupuje do funkcie manažéra, ide do toho s určitou predstavou a očakávaním. Prvý problém nastáva vtedy, keď sa jeho predstavy a očakávania nezhodujú so zavedeným systémom, do ktorého vstúpi. Manažér si uvedomí, že má len dve možnosti – buď zo všetkého vycúva, alebo začne nastavovať nový systém, pričom využíva všetky získané odborné vedomosti s cieľom zlepšiť efektívnosť a výkonnosť systému. Z hľadiska manažéra musia sociálne služby uspokojiť nielen potreby prijímateľov sociálnej služby, ale aj potreby zamestnancov, potreby štátu, zriaďovateľa a celej verejnosti. Je veľmi ťažké zosúladiť, aby boli všetci spokojní. Závisí od šikovnosti manažéra, jeho talentu a iných daností, ako sa mu podarí rozumne využiť nástroje, o ktorých sme sa hoci len stručne zmienili v našom príspevku.

Literatúra

ČORBA, V. *Základy všeobecného manažmentu*. Prešov : Grafotlač, 1999. ISBN 80-88722-72-1.
FERJENČÍK, J. *Komunikácia v organizáciách*. Bratislava : Ekonóm, 2001. ISBN 80-2014-0798-7.

FUCHSOVÁ, K.; KRAVČÁKOVÁ, G. Komunikácia ako dôležitá zložka kompetentnosti moderného manažéra. In PAULÍK, T. (ed.) *Česká ekonomika 2000*. Sborník z mezinárodní konference. 2. díl. Karviná : Obchodně podnikatelská fakulta SU, 2000. ISBN 80-7248-059-6.

LAHNEROVÁ, D. *Asertivita pro manažery*. Havlíčkův Brod : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2892-6.

STRIEŽENEC, Š. *Teória a metodológia sociálnej práce*. Trnava : Tripsoft, 2006. ISBN 80-96390-4-1.

VETRÁKOVÁ, M. *Komunikácia v práci manažéra*. Prešov : Akcent print, 2009. ISBN 978-80-89295-18-0.

Kontakt na autorov

Ing. Vladimír Gburík

Domov sociálnych služieb
Námestie Slobody 256/6
053 14 Spišský Štvrtok
Slovenská republika
v.gburik@gmail.com

PhDr. Monika Ondrišová

Domov sociálnych služieb
Hviezdoslavova 1
053 04 Spišské Podhradie
Slovenská republika
monikaondris@gmail.com

OPATROVATEĽSKÁ SLUŽBA AKO JEDNA Z FORIEM SOCIÁLNEJ POMOCI

NURSING SERVICE AS A FORM OF SOCIAL ASSISTANCE

Angelika Dudžáková

Abstrakt

Príspevok popisuje opatrovateľskú službu ako formu sociálnej pomoci. V úvode vychádza zo zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Následne popisujeme poskytovanie opatrovateľskej služby seniorom. Snažili sme sa podať prehľad od okamihu, keď potrebujeme využívať opatrovateľskú službu až po samotné zrealizovanie poskytnutia služby. Vzhľadom k tomu, že opatrovateľská činnosť je multidisciplinárny odbor, práca je zameraná aj na splnenie kvalifikačných predpokladov pre výkon práce opatrovateľky.

Kľúčové slová

Opatrovateľská služba, sociálne služby, demografický vývoj, starostlivosť o starých ľudí.

Abstract

This paper describes the nursing service as a form of social assistance. The introduction is based on the Law about social services number 448/2008 and on amendments to the Law number 455/1991 about Trade Licensing (Trade Licensing Act), as amended. The following we describe care services to seniors. We have tried to give an overview from the time when we need to use care service to the very execution of service. Because the nursing activity is a multidisciplinary department, work is also aimed to meet the qualification requirements for the performance of work nurse.

Keywords

Care services, social services, demographics, elderly care.

Úvod

Hoci staroba a starnutie predstavujú prirodzenú súčasť života človeka, v rámci spoločnosti je potrebné riešiť priamy dosah očakávaných demografických zmien. Problém starnutia sa týka každého z nás. Pre staršiu generáciu je problém starnutia v kvalite jej života. Pri poslednom sčítaní obyvateľstva v roku 2011, celkový počet obyvateľov v Slovenskej republike je 5 397 036. Keď toto číslo rozdelíme na drobné, dostaneme nasledujúce údaje.

Ekonomické vekové skupiny	muži	ženy
predproduktívny vek (0 – 14 rokov)	424 109	402 407
produktívny vek (15 – 64 rokov)	1 946 432	1 939 895
poproduktívny vek (65 rokov a viac)	256 507	426 366

Tabuľka č. 1. Obyvateľstvo Slovenskej republiky podľa ekonomických vekových skupín

Odchodom do dôchodku sa život človeka nekončí. Naopak. Dôležitá je úspešnosť aktívneho starnutia, ktorá je podmienená aj zdravotným stavom človeka. Starý človek má žiť a dožiť predovšetkým v rodine, vo svojom domácom prostredí.

1. Čo je opatrovateľská služba?

Opatrovateľská služba je sociálna služba. Špecifikom uvedenej služby je skutočnosť, že je vykonávaná v domácom prostredí klienta. Opatrovateľská služba je legislatívne definovaná Zákonom č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov.

§ 41

Opatrovateľská služba

(1) Opatrovateľská služba je sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá

a) je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej II podľa prílohy č. 3 a

b) je odkázaná na pomoc pri úkonoch sebaobsluhy, úkonoch starostlivosti o svoju domácnosť a základných sociálnych aktivitách podľa prílohy č. 4.

(2) Opatrovateľskou službou sa poskytujú úkony podľa prílohy č. 4. Rozsah úkonov na základe sociálnej posudkovej činnosti určuje obec v hodinách alebo podľa jednotlivých úkonov podľa prílohy č. 4. Minimálny rozsah úkonov sebaobsluhy nesmie byť nižší, ako je minimálny rozsah zodpovedajúci stupňu odkázanosti fyzickej osoby posúdený podľa prílohy č. 3, ak sa poskytovateľ sociálnej služby s prijímateľom sociálnej služby na návrh prijímateľa sociálnej služby nedohodne inak v zmluve o poskytovaní sociálnej služby.

V záujme zachovania dôstojnosti a udržania základnej sebaobsluhy človeka je veľmi dobré, keď na pomoc odkázaná osoba má možnosť zostať vo svojom domácom prostredí.

2. Kto poskytuje opatrovateľskú službu?

Subjekt, ktorý je zapísaný do registra poskytovateľov sociálnych služieb. Poskytovatelia sociálnych služieb sú verejný a neverejný. O aký subjekt ide, pre prijímateľa sociálnej služby nemá žiadny dopad.

Verejný poskytovateľ je samospráva – obec a právnická osoba zriadená alebo založená obcou. Neverejní poskytovatelia sú organizácie zriadené buď súkromnými osobami, Slovenským červeným krížom, Katolíckou charitou alebo Evanjelickou diakoniou a inými zriaďovateľmi. Zoznam poskytovateľov si môžeme vyhľadať v Centrálnom registri poskytovateľov na

webovej stránke Ministerstva práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky alebo na webovej stránke príslušného samosprávneho kraja.

Zamestnancom poskytovateľa opatrovateľskej služby je fyzická osoba, ktorá musí spĺňať kvalifikačné požiadavky:

a) má vyššie odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
b) má úplné stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
c) má stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti,
d) má nižšie stredné odborné vzdelanie získané v odbore vzdelávania so zameraním na opatrovanie alebo na poskytovanie zdravotnej starostlivosti, alebo
e) absolvovala akreditovaný kurz opatrovania najmenej v rozsahu 220 hodín.

Morálne predpoklady: činnosti v oblasti sociálnych služieb podľa tohto zákona vykonáva fyzická osoba, ktorá je spôsobilá na právne úkony v plnom rozsahu.

Bezúhonnosť: za bezúhonnú fyzickú osobu sa na účely tohto zákona považuje fyzická osoba, ktorá nebola právoplatne odsúdená za úmyselný trestný čin. Bezúhonnosť sa preukazuje výpisom z registra trestov nie starším ako tri mesiace. Podmienku bezúhonnosti musí spĺňať aj zodpovedný zástupca poskytovateľa sociálnej služby a fyzická osoba, ktorá je zodpovedná za poskytovanie sociálnej služby.

Opatrovateľka musí byť schopná vykonávať práce obslužného a pomocného charakteru v opatrovateľskej činnosti v domácom prostredí klienta a v sociálnych zariadeniach. Od opatrovateľky sa vyžaduje: ľudskosť, ozajstný záujem a zanietenie starať sa o druhých, komunikačné schopnosti, verbálne aj písomné, charakterové vlastnosti, schopnosť súcitu, trpezlivosť, empatia, pružnosť, usilovnosť, prispôsobivosť a spoľahlivosť.

3. Kto má nárok na opatrovateľskú službu?

Občan (alebo fyzická osoba), ktorý je odkázaný na pomoc inej osoby pri sebaobslužných úkonoch, pri starostlivosti o svoju domácnosť, pri základných sociálnych aktivitách a pri dohľade. Terénna opatrovateľská služba je poskytovaná každému občanovi, ktorý potrebuje pomoc pri všetkom, čo potrebuje pre svoj život: pri hygiene, pri príprave a konzumácii jedla, vyprázdňovaní, obliekaní a vyzliekaní, pri nákupoch, upratovaní, pri návšteve u lekára alebo pri vybavovaní po úradoch. Pokiaľ by sme to mali zhrnúť, tak by sme uviedli, že opatrovateľská služba je zameraná na uspokojovanie bio-psycho-sociálnych potrieb človeka.

4. Ako žiadať o opatrovateľskú službu?

Klient podáva písomnú žiadosť na sociálne oddelenie (alebo sociálny odbor) obecného úradu o určenie odkázanosti na sociálnu službu. Ak nemôže podať žiadosť sám, môže to za neho urobiť aj iná osoba. Tú však musí klient splnomocniť. Tlačivá žiadosti majú mestá a obce na

webe. K žiadosti stačí zdravotná dokumentácia, ktorú má klient doma a nie je staršia ako pol roka. Ak dokumentáciu klient nemá, alebo je treba priložiť potvrdenia ošetrujúceho lekára o zdravotnom stave, obce a mestá tiež vyžadujú potvrdenia o výmere dôchodku.

Potom nasleduje posudzovanie žiadosti. Posudzovanie robia pracovníci sociálneho oddelenia obecného úradu. V rámci hodnotenia žiadosti môžu navštíviť domácnosť žiadateľa o túto službu. Žiadosť musia úradníci vybaviť do 30 dní od jej podania. Ak žiadateľ nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb, obec poskytuje službu bezodkladne.

Ďalším krokom je vydanie rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu. Toto rozhodnutie vydá obecný úrad. Na základe rozhodnutia má klient nárok na opatrovateľskú službu. Tú si môže vybrať z registra poskytovateľov, ktorých eviduje príslušný samosprávny kraj alebo Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky.

Ak sa klient rozhodne platiť v plnej sume hodinovú taxu u súkromnej opatrovateľskej služby, v tom prípade nepotrebujete právoplatné rozhodnutie o odkázanosti na poskytovanie opatrovateľskej služby.

Následne klient uzatvára zmluvu s poskytovateľom terénnej opatrovateľskej služby.

5. Aká je cena za poskytovanie opatrovateľskej služby?

Výšku ceny za opatrovateľskú službu pri podaní žiadosti o určenie odkázanosti na sociálnu službu, určí obec vo všeobecnom záväznom nariadení. Podľa zákona musí klientovi pri opatrovateľskej službe a ambulantnej službe bez poskytovania stravy zostať 1,4–násobok životného minima pre jednu plnoletú fyzickú osobu. Ak klient má nižší dôchodok, túto službu platí za neho rodina.

Uvádzame príklady ceny za opatrovateľskú službu pre klienta:

Za každú i začatú hodinu opatrovateľskej služby	***v euro***
V obvyklom pracovnom čase v pracovných dňoch od 07,00 do 15,00 hod.	1,20
V pracovných dňoch v čase od 15,00 do 22,00 hod.	2,90
V pracovných dňoch v čase od 22,00 do 07,00 hod.	4,50
V dňoch pracovného voľna a vo sviatok v čase od 07,00 do 15,00 hod.	4,70
V dňoch pracovného voľna a vo sviatok v čase od 15,00 do 07,00 hod	5,60

Tabuľka č. 2. Cena za opatrovateľskú službu s rozhodnutím o odkázanosti na sociálnu službu

Za každú i začatú hodinu opatrovateľskej služby	***v euro***
V obvyklom pracovnom čase v pracovných dňoch od 07,00 do 22,00 hod.	3,80
V pracovných dňoch v čase od 22,00 do 07,00 hod.	4,75
V dňoch pracovného voľna a vo sviatok v čase od 07,00 do 22,00 hod.	4,95
V dňoch pracovného voľna a vo sviatok v čase od 22,00 do 07,00 hod	5,90

Tabuľka č. 3. Cena za opatrovateľskú službu bez rozhodnutia o odkázanosti na soc. službu

Koncepcia opatrovateľskej služby	Cena opatrovateľskej služby*
Pomoc v domácnosti Kvalifikácia : **Gazdiná, pomocník v domácnosti**	700,- € / 1 mesiac
Pomoc v domácnosti a základná starostlivosť Kvalifikácia : **Opatrovateľ / ka**	850,- € / 1 mesiac
Odborná starostlivosť Kvalifikácia : Zdravotná sestra, zdravotnícky asistent	1200,- € / 1 mesiac

Tabuľka č. 4. Cenník služieb bez rozhodnutia o odkázanosti na sociálnu službu za 24 hodinovú opateru

Položme si otázky.

1. Koľko ma, ako klienta, bude stáť, keď som prijímateľom sociálnej služby, konkrétne domácej opatrovateľskej služby, pokiaľ mám vydané rozhodnutie a poskytovaná opatrovateľská služba mi bude poskytovaná 24 hodín denne?

Za týždeň 24 hodinovej dennej opatrovateľskej služby v domácom prostredí, zaplatím 606,40 eur, pri uzatvorenej zmluve o poskytovaní sociálnej služby. K tejto sume treba ešte pripočítať aj náklady na bývanie, domácnosť a stravu.

2. Koľko ma bude stáť, ako klienta, keď som prijímateľom sociálnej služby v zariadení pre seniorov? Cena za poskytnuté služby je od 269,- eur mesačne. Slovák (2013, s. 482) dodáva: *„rozmer kvality života je ohraničený viacerými aspektmi, ktoré sa podieľajú na subjektívnom vnímaní vnútornej spokojnosti v spojitosti so svojim aktuálnym somatickým, psychickým a sociálnym statusom“.* Aká je teda cena vlastne cena za opatrovateľskú službu? Odpoveď je myslíme jasná.

Záver

Opatrovateľská starostlivosť nás sprevádza celým životom, od narodenia až po smrť. Domáca opatrovateľská služba je forma sociálnej pomoci, pri ktorej človek zostáva vo svojom domácom prostredí. Je to jeden zo spôsobov, ako zabezpečiť starostlivosť o seniora so zachovaním princípov etiky, psychológie a morálky.

V príspevku sme vychádzali zo zákona č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. Snažili sme sa podať ucelený pohľad na poskytovanie domácej opatrovateľskej služby od zistenia skutočnosti, že potrebujem túto službu využívať, cez to ako žiadať o túto službu až po samotné poskytnutie sociálnej služby.

Skúsme hľadať riešenia, ktoré by pomohli a uľahčili nielen našim seniorom využívať domácu opatrovateľskú službu – ucelený, prehľadný a hlavne zrozumiteľný materiál, ktorý by jednoducho inštruoval o postupných krokoch po uskutočnenie samotnej služby – poskytovať službu aj bezodplatne cez študentov študujúcich sociálne odbory, ktorí by mali zároveň možnosť realizovanie odbornej praxe.

To čo dávame, to aj dostaneme!

Literatúra

BUŠOVÁ, B.; BEDNÁRIK, R.; BRICHTOVÁ, L.; REPKOVÁ, K. *Starostlivosť o dlhodobo chorých starších ľudí – prehľad foriem pomoci.* Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2011. ISBN sine.

BUŠOVÁ, B., BEDNÁRIK, R., BRICHTOVÁ, L., REPKOVÁ, K. *Starostlivosť o dlhodobo chorých starších ľudí – praktický sprievodca rozličnými formami pomoci.* Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2011. ISBN sine. Dostupné z http://www.opatrovaniedoma.sk /wordpress/wp-content/uploads/2011/08/brozura-pre-profesionalov.pdf [cit. 2014-03-02].

JUHAŠČÍKOVÁ, I.; ŠTUKOVSKÁ, Z. *Obyvateľstvo Slovenskej republiky v kontexte európskeho roku aktívneho starnutia*. Bratislava : Štatistický úrad Slovenskej republiky, 2012. ISBN 978-80-8121-144-7. Dostupné na http://www.informovanypacient.sk/source/download /2011/p_starostlivost-o-dlhodobo-chorych.pdf [cit. 2014-03-02].

SLOVÁK, P. Analýza kvality života jednotlivcov v zariadení pre seniorov. In KLUGEROVÁ, J. A KOL. *Rodina v II. decéniu 21. storočí.* Praha : Educa service, 2013. ISBN 978-80-87306-13-0.

ZÁKON Č. 448/2008 o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov. http://www.employment.gov.sk/CRP http://peniaze.pravda.sk/obcan-a-stat/clanok/21196-ako-funguje-opatrovatelska-sluzba-doma [cit. 2014-03-02].

http://www.skalica.sk/sk/mesto/organizacie-a-institucie [cit. 2014-03-02].

http://www.slovenskypacient.sk/clanok/1300/domaca-opatrovatelska-sluzba [cit. 2014-03-02].

http://www.trnava.sk/mestske organizacie [cit. 2014-03-02].

http://www.trnava-vuc.sk/socialna pomoc [cit. 2014-03-02].

Kontakt na autora

PhDr. Angelika Dudžáková

Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave
Fakulta sociálnych vied
Bučianska 4/A
917 01 Trnava
Slovenská republika
✉ angelika.dudzakova@ucm.sk

MANAŽMENT ĽUDSKÝCH ZDROJOV V ZARIADENÍ SOCIÁLNYCH SLUŽIEB PRE SENIOROV

HUMAN RESOURCES MANAGEMENT
IN SOCIAL SERVICES FACILITIES FOR SENIORS

Roman Krbata

Abstrakt

Základné zdroje procesu manažmentu a transformácie zdrojov na výsledky resp. vstupov na výstupy sú ľudské, finančné a materiálno-technické zdroje. V oblasti sociálnych služieb, tak ako v oblasti zdravotníctva a školstva, sú ľudské zdroje najdôležitejším zdrojom, pretože bez ľudí si nevieme predstaviť poskytovanie sociálnych služieb, zdravotnej starostlivosti a vzdelávania. Dôležitými predpokladmi pre výkon praktických činností v oblasti sociálnych služieb sú pozitívne charakterové povahové vlastnosti zamestnanca, jeho pozitívny vzťah k výkonu činností v sociálnych službách, humánne motivačné predpoklady a zodpovedný prístup k plneniu pracovných povinností. Cieľom tohto príspevku je predložiť odborný názor z praxe a postoj k riešeniu poslania, motivácie a výkonu pracovných činností zamestnancov v oblasti pobytových sociálnych služieb pre seniorov.

Kľúčové slová

Ľudské zdroje, personálny manažment, sociálne služby, zariadenie pre seniorov.

Abstract

Basic sources of process management and transformation of resources or for the results. inputs to outputs are human, financial, material and technical resources. In the area of social services, such as in health and education are the most important source of human resources, because without people can not imagine the provision of social services, health care and education. Important prerequisites for the exercise of practical activities in the field of social services are positive character traits official, his positive attitude to pursue activities in social services, human motivational assumptions and responsible approach to their duties. The aim of this paper is to present an expert opinion from the experience and attitude to solving mission, motivation and employment relationships of employees in residential social services for seniors.

Key words

Human resources, personnel management, social services, facilities for the seniors.

Úvod

V zmysle zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní (živnostenský zákon) v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“) v Slovenskej republike je určený minimálny štandard počtu odborných zamestnancov a celkový počet zamestnancov vo vzťahu k počtu prijímateľov sociálnych služieb (ďalej len „klient“). Zariadenie pre seniorov je druhom sociálnej služby s pobytovou formou a poskytuje sociálne služby fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek, je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a jej stupeň odkázanosti je najmenej IV. Sociálna službu v zariadení pre seniorov je z hľadiska ľudských zdrojov zabezpečovaná personálnym zabezpečením odborných, obslužných a ďalších činností. Z manažérskeho hľadiska je vecou manažmentu zariadenia sociálnych služieb dodržiavať minimálne počty zamestnancov. Vo vzťahu k náročnosti poskytovaných sociálnych služieb, náročnosti starostlivosti o klientov, poskytovania zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti, musí manažment strategicky pristupovať k prípadnému navýšeniu počtu zamestnancov so zachovaním efektívnosti, hospodárnosti a udržateľnosti kvality poskytovaných sociálnych služieb, produktivity práce a udržania nákladov na cenu práce vo vzťahu k celkovým nákladom zariadenia.

Štandard poskytovaných služieb v zariadení pre seniorov

Poskytovaná sociálna služba v zariadení pre seniorov v rozsahu odborných, obslužných a ďalších činností je zabezpečená odbornými zamestnancami, kvalifikovanými zamestnancami obslužných a ďalších činností a nekvalifikovanými zamestnancami obslužných a ďalších činností:

- odborné činnosti:
  - ✓ pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby,
  - ✓ sociálne poradenstvo,
  - ✓ sociálna rehabilitácia,
- obslužné činnosti:
  - ✓ ubytovanie,
  - ✓ stravovanie,
  - ✓ upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva,
- ďalšie činnosti:
  - ✓ osobné vybavenie,
  - ✓ utváranie podmienok na úschovu osobných vecí,
  - ✓ zabezpečenie záujmovej činnosti.

Štandard personálneho zabezpečenia

Personálny štandard v zmysle zákona v zariadení pre seniorov je stanovený pre celkový počet zamestnancov vo vzťahu k počtu klientov a pre počet odborných zamestnancov vo vzťahu k celkovému počtu zamestnancov. Na jedného zamestnanca je určený maximálny počet klientov v počte dvaja klienti. Minimálny percentuálny podiel odborných zamestnancov k celkovému počtu zamestnancov je určený na minimálnej hranici 52 %. Z uvedeného

vyplýva, že v zariadení pre seniorov s registrovaným počtom X klientov by mali byť nasledovné minimálne počty zamestnancov:

kapacita zariadenia: X miest

celkový počet zamestnancov: X/2 = PZ (počet zamestnancov)

počet odborných zamestnancov: PZ x 52 % = POZ (počet odborných zamestnancov)

Za odborného zamestnanca v sociálnych službách je považovaný najmä sociálny pracovník, vychovávateľ, pracovný terapeut, špeciálny pedagóg, liečebný pedagóg, sociálny pedagóg, psychológ, opatrovateľ, fyzioterapeut, asistent liečebnej výživy, sestra poskytujúca odborné ošetrovateľské úkony, inštruktor sociálnej rehabilitácie. [1] V zariadení pre seniorov sú v bežných podmienkach a v praktickom procese odbornými zamestnancami predovšetkým:

- sociálny pracovník,
- opatrovateľ,
- sestra poskytujúca odborné ošetrovateľské úkony (zdravotná starostlivosť v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti),
- asistent liečebnej výživy,
- pracovný terapeut,
- psychológ.

Kvalifikovanými zamestnancami obslužných a ďalších činností sú:

- ekonóm,
- kuchárky,
- údržbári, kuriči, vodiči.

Nekvalifikovanými zamestnancami obslužných a ďalších činností sú:

- pomocnice v kuchyni,
- práčky,
- upratovačky.

Personálne zabezpečenie v praxi

V tabuľke 1. sú údaje z realizovaného prieskumu 10 zariadení pre seniorov (ZpS). Získané údaje o počte zamestnancov (PZ) a počte odborných zamestnancov (POZ) sú porovnané so štandardnými počtami podľa zákona. Vzhľadom k tomu, že ide len o 10 štatistických jednotiek, a z hľadiska preukazného výstupu je potrebných minimálne 30 štatistických jednotiek, získané údaje je potrebné akceptovať ako údaje informatívne v rámci informatívneho prieskumu.

ZpS	kapacita	štandard PZ	štandard počtu OZ	reálny PZ	reálny POZ	pomer reálneho PZ k štandardu	pomer reálneho POZ k štandardu
1	60	30,0	15,6	31	17	1,03	1,09
2	25	12,5	6,5	31	17	2,48	2,62

ZpS	kapacita	štandard PZ	štandard počtu OZ	reálny PZ	reálny POZ	pomer reálneho PZ k štandardu	pomer reálneho POZ k štandardu
3	57	28,5	14,8	28	15	0,98	1,01
4	35	17,5	9,1	20	11	1,14	1,21
5	19	9,5	4,9	10	5	1,05	1,01
6	35	17,5	9,1	23	12	1,31	1,32
7	28	14,0	7,3	13	11	0,93	1,51
8	17	8,5	4,4	17	8	2,00	1,81
9	65	32,5	16,9	36	20	1,11	1,18
10	20	10,0	5,2	13	8	1,30	1,54
						Ø 1,33	Ø 1,43

Tabuľka 1. Údaje z prieskumu počtu všetkých a odborných zamestnancov v zariadeniach pre seniorov

Organizačná štruktúra zamestnancov v zariadeniach pre seniorov je tvorená jednotlivými úsekmi, ktoré zabezpečujú odborné, obslužné a ďalšie činnosti spravidla v dvoch alternatívach:

Alternatíva A

- úsek riaditeľa,
- úsek sociálno-zdravotný,
- úsek ekonomicko-prevádzkový.

Alternatíva B

- úsek riaditeľa,
- úsek sociálnej práce,
- úsek zdravotný,
- úsek ekonomicko-prevádzkový.

V tabuľke 2. sú získané údaje z realizovaného prieskumu schémy organizačnej štruktúry podľa alternatívy „A“ alebo „B“.

ZpS	kapacita	štandard PZ	štandard počtu OZ	reálny PZ	reálny POZ	organizačná štruktúra „A“	organizačná štruktúra „B“
1	60	30,0	15,6	31	17		B
2	25	12,5	6,5	31	17	A	
3	57	28,5	14,8	28	15	A	
4	35	17,5	9,1	20	11	A	
5	19	9,5	4,9	10	5	A	
6	35	17,5	9,1	23	12	A	
7	28	14,0	7,3	13	11	A	
8	17	8,5	4,4	17	8	A	
9	65	32,5	16,9	36	20	A	
10	20	10,0	5,2	13	8	A	
						90 %	10 %

Tabuľka 2. Údaje z prieskumu alternatív organizačnej štruktúry v zariadeniach pre seniorov

V tabuľke 2. je prehľad o organizačnom riešení nepretržitej prevádzky (NP) v odborných činnostiach pomoci pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby vykonávaných:

- opatrovateľmi (opatrovateľská starostlivosť),
- sestrami v zariadení sociálnych služieb (poskytovanie ošetrovateľskej starostlivosti.

ZpS	kapacita	klienti s V. a VI. st. odkázanosti	štandard PZ	štandard počtu OZ	reálny PZ	reálny POZ	opatrovatelia v službách NP	sestry v službách NP
1	60	88 %	30,0	15,6	31	17	+	+
2	25	76 %	12,5	6,5	31	17	+	-
3	57	82 %	28,5	14,8	28	15	+	+
4	35	68 %	17,5	9,1	20	11	+	-
5	19	78 %	9,5	4,9	10	5	+	-
6	35	69 %	17,5	9,1	23	12	+	+
7	28	74 %	14,0	7,3	13	11	+	-
8	17	78 %	8,5	4,4	17	8	+	-
9	65	73 %	32,5	16,9	36	20	+	+
10	20	78 %	10,0	5,2	13	8	+	-
		Ø 76,4 %					100 %	40 %

Tabuľka 3. Údaje z prieskumu zabezpečenia odborného personálu v nepretržitej prevádzke

Z uvedených údajov a informácií je možné konštatovať, že:

a) V zariadeniach pre seniorov je v priemere splnený počet 2 klientov na jedného zamestnanca a zároveň je splnený pomer odborných zamestnancov k celkovému počtu zamestnancov.
b) V zariadeniach pre seniorov je v prevažnej väčšine organizačná štruktúra tvorená v schéme troch úsekov: úsek riaditeľa, úsek sociálno-zdravotný a úsek ekonomicko-prevádzkový.
c) Vo väčšine zariadení pre seniorov nie je v nepretržitej prevádzke personálne pokrytie sestrami s vykonávaním ošetrovateľskej starostlivosti.

Záver

V poskytovaní sociálnych služieb v pobytovom zariadení pre seniorov nie je pravidlom poskytovanie zdravotnej starostlivosti v rozsahu ošetrovateľskej starostlivosti v nepretržitej prevádzke zamestnancami s kvalifikačnými predpokladmi zdravotníckeho pracovníka t. j. sestrami so vzdelaním zdravotná sestra resp. vyšším odborným vzdelaním, alebo vysokoškolským vzdelaním I. stupňa v odbore ošetrovateľstvo. Z dôvodu zvyšovania počtu klientov s vyšším stupňom odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby (stupeň V. a stupeň VI.) v priemere až 76,4 %, je potrebné konštatovať, že personálne zabezpečenie odbornými zamestnancami v odbore ošetrovateľstvo resp. zamestnancami v pracovnej pozícii sestra v zariadení sociálnych služieb je potrebné riešiť a zabezpečiť v rámci nepretržitej prevádzky v pracovných činnostiach pomoci na odkázanosť.

Literatúra

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

Kontakt na autora

Ing. Roman Krbata, PhD.

Centrum sociálnych služieb
Skalka nad Váhom II/74
91331 Skalka nad Váhom
e-mil: romankrbata@mojtelecom.sk
☎ +421903670290

TYPOLOGIE OSOBNOSTI MBTI V NÁVAZNOSTI NA VOLBU LÉKAŘSKÉ PROFESE

MBTI PERSONALITY TYPOLOGY AND ITS ROLE IN THE CHOICE OF MEDICAL PROFESSION

Lucie Marková

Abstrakt

MBTI typologie osobnosti je prakticky použitelný empirický indikátor osobností typů. Na základě dlouhodobých výzkumů jej vytvořily I. B. Myersová a K. C. Briggsová. Tyto autorky navázaly a rozvinuly Jungovo pojetí osobnosti, které rozšířily o čtvrtou dimenzi.

MBTI typologie vychází z toho, že se lidé liší ve svém zaměření vůči světu, ve způsobu vnímání a zpracování informací. Lidé mohou při vnímání světa a událostí buď upřednostňovat své smysly, nebo svoji intuici. Získané informace hodnotit a zpracovávat buď především prostřednictvím myšlení, či především prostřednictvím svých pocitů. V zaměření vůči světu mohou být introvertní nebo extravertní. Dále je podstatné, zda dávají přednost uzavřeným záležitostem, z čehož se odvíjí jejich potřeba vytvořit si rychlý úsudek, záležitost uzavřít a již se jí dále nezabývat, či se naopak cítí lépe, pokud mohou nechat věci otevřené, přijímat nové informace a podněty, které mohou mít významný vliv na jejich názor, čili cítí se lépe s neustále zapojeným procesem vnímání.

Typologie osobnosti MBTI se využívá především v oblasti managementu, v personálním řízení a nově i ve školství. Její znalost je užitečná i v oblasti poskytování zdravotní péče. Je naprosto evidentní, že se lékaři setkávají se všemi osobnostními typy pacientů. Z hlediska typologie je zajímavý pohled na lékaře a zdravotnický personál samotný. Z výsledků výzkumů vyplývá např. větší zájem určitých osobnostních typů o lékařskou profesi jako takovou včetně motivů volby konkrétní specializace. I když jsou k určité lékařské specializaci přitahování lidé konkrétního typu, lékařské týmy nejsou homogenní, skládají se z různých typů osobností. To je velkou výhodou pro efektivní činnost lékařských týmů, ale rovněž to může být zdrojem nedorozumění a konfliktů. Znalost typologie nám pomůže pochopit jedinečnost každého typu osobnosti, zefektivnit týmovou práci a překonávat zdroje konfliktů.

Klíčová slova

Myers-Briggs Type Indicator (MBTI), volba lékařské profese, volba lékařské specializace

Abstract

The MBTI is an empirical indicator of personality types applicable in practice. Based on a long-term research, it was developed by I. B. Myers and K. C. Briggs, who expanded Jungian personality theory by a fourth dimension, having followed it up and evolved even further.

The MBTI typology records the differences in people's orientation toward the external world, the way they perceive and process information, preferring either sensing or intuition, being guided by thinking or feeling and showing either extravert or introvert behaviour. The MBTI assessments also indicate people's tendencies towards having their matters settled once and for all, making quick judgements and decisions, versus preferring to remain open to new impulses and stimuli that may profoundly impact on their views, feeling more comfortable in the instantaneous, ongoing process of perception.

The MBTI tool has been employed in human resource management in particular, being recently launched in education as well. Its working knowledge is also applicable in the health service since doctors and nurses come into contact with various personality types of patients. Interestingly, medical personnel themselves can be viewed through the prism of the above psychological types. Research outcomes, for instance, point to higher interest in medicine – including the choice of a specialization – among certain personality types. Despite a particular specialization being attractive for the same type, medical teams are lacking in homogeneity, consisting of different personality types. This leads to a considerable increase in medical team efficiency, causing, however, potential conflicts and misapprehensions. Thus, good knowledge of typology enables us to capture the uniqueness of all personality types, make team work more efficient and eliminate sources of strife.

Key word

Myers-Briggs Type Indicator (MBTI), medical profession choice, medical specialization selection

1. Úvod do typologií osobnosti

Žádná z typologií nepodává a ani nemůže podávat komplexní charakteristiku osobnosti. Zařazením osobnosti k určitému typu dostáváme jen hrubou charakteristiku základních, dle typologie zdůrazněných, rysů osobnosti. Žádná z typologií nepopisuje konkrétní schopnosti člověka, zařazením osobnosti k určitému osobnostnímu typu zpravidla nezískáme informaci o jeho intelektových, senzomotorických, sociálních či uměleckých schopnostech. Typologie rovněž nevystihují stupeň rozvinutí charakterových vlastností. Přesto se domnívám, že seznámení se s typologií osobnosti, která odráží současný stav poznání a je podložena řadou výzkumů, může napomoci k pochopení sama sebe a lidé kolem nás.

2. Jungova teorie osobnosti

Jeden z největších myslitelů 20. století, který přispěl k pochopení vnitřního světa člověka, je švýcarský lékař a psychiatr *Carl Gustav Jung* (1875–1961). Na rozdíl od psychoanalýzy, která analyzuje život člověka až od jeho příchodu na svět, Jung svoji pozornost zaměřil hluboko do minulosti a zkoumá historickou zkušenost celého lidstva. Osobnost člověka se

podle něj skládá ze čtyř hlavních subsystémů.[17] Kolektivního nevědomí, které zahrnuje zkušenost lidských i zvířecích předků, osobního nevědomí, které zahrnuje zapomenuté, vytěsněné či potlačené zážitky člověka, ega, které je středem vědomí a já, které spojuje vědomí s nevědomím.

Jung zavedl pojem *introverze – extraverze* a rozlišuje čtyři psychické funkce: *smyslové vnímání,* zahrnující smyslovou zkušenost, *intuici*, umožňující poznat skrytý význam, *myšlení,* kterým zkoumá, co vnímaný předmět je, a *cítění,* kterým oceňuje hodnotu předmětu.[18] Jedna funkce není důležitější nebo významnější než jiná. Podstatné jsou naše preference. Sklon k tomu, čemu dáváme přednost, jak fungujeme. Jung kombinací dvou postojů a čtyř funkcí vytvořil určité psychologické typy. V knize „Analytická psychologie. Její teorie a praxe" Jung popisuje *vnímání* jako smyslovou funkci, která říká, že něco je, jde o uvědomění si zevních faktů. Vnímáním člověk „získává informace o světě vnějších objektů".[19] Další funkcí je *myšlení*, které říká, co věc je, dává věci jméno. Třetí funkcí je *cítění*, které člověka informuje pomocí citových odstínů o hodnotách věcí, informuje jej např. o tom, zda je věc přijatelná či nepřijatelná, příjemná či nepříjemná. Čtvrtou funkcí je *intuice* neboli tušení. Je to funkce, kterou „vidíme za roh", funkce umožňující poznat skryté významy. Je druh vnímání, které nejde přes smysly, ale jde cestou nevědomí. Jung ve své knize o intuici říká: „Nevím, jak to funguje. Nevím, co se děje, když člověk ví něco, co by rozhodně vědět neměl. Nevím, jak na to přišel, ale přišel na to a může podle toho jednat."[20]

Myšlení a cítění jsou funkce racionální, *smyslové vnímání a intuice* jsou funkce iracionální (obchází rozum). Z výše uvedených dvojic je jedna funkce dominantní a druhá méněcenná. Pokud je dominantní funkcí např. myšlení, cítění je v méněcenném stavu. Dominantní funkce je vysoce diferencovaná a může být ovládána vůlí. Např. člověk s velmi rozvinutým myšlením, může své myšlenky ovládat, může si myslet to, či si vědomě může nařídit, že si bude myslet úplný opak. Protože však člověk nemůže perfektně využívat myšlení a zároveň každou myšlenku citově hodnotit, vysoce rozvinutá dominantní funkce neumožňuje plně rozvinout funkci nedominantní. Není žádný důvod se domnívat, že určitá funkce je ta nejdůležitější, i když mnoho lidí si myslí, že právě ta jejich dominantní funkce je jediná správná. Jung k tomuto problému poznamenává: „Existuje spousta lidí, kteří věří, že problémy světa se dají vyřešit myšlením. Avšak žádné pravdy nemůže být dosaženo bez všech čtyř funkcí. Když jste svět promysleli, učinili jste toho jen jednu čtvrtinu; zbývající tři čtvrtiny mohou být proti vám."[21]

---

[17] DRÁPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997, s. 31–38.
[18] DRÁPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti*. Vyd. 1. Praha: Portál, 1997, s. 38.
[19] JUNG, C. G. Analytická psychologie: její teorie a praxe: tavistocké přednášky. Vyd. 2. Praha: Academia, 1993, s. 54.
[20] JUNG, C. G. Analytická psychologie: její teorie a praxe: tavistocké přednášky. Vyd. 2. Praha: Academia, 1993, s. 25.
[21] JUNG, C. G. Analytická psychologie: její teorie a praxe: tavistocké přednášky. Vyd. 2. Praha: Academia, 1993, s. 66.

3. Typologie MBTI (Myers-Briggs Type Indicator)

Na Jungovu typologii osobnosti navázaly americké autorky *Isabel Briggs Myersová* (1897–1980) se svoji matkou *Katharine Cook Briggsovou* (1875–1968). Autorky Jungovu typologii rozšílily o čtvrtou dimenzi, o způsob, jakým se lidé stavějí ke světu. Všimly si, že se lidé staví rozdílně k plánování běhu životních událostí a k přijímání nových informací ze svého okolí.

MBTI typologie vychází z toho, že se lidé liší ve svém zaměření vůči světu, ve způsobu vnímání a zpracování informací. Lidé mohou při vnímání světa a událostí buď upřednostňovat své *smysly (Sensing),* nebo svoji *intuici (Intuition)*. Získané informace hodnotit a zpracovávat buď především pomocí *myšlení (Thinking)*, či především pomocí svých *pocitů (Feeling).* V zaměření vůči světu mohou být *introvertní (Introversion)* či *extravertní (Extraversion)* a dále z pohledu zaměření vůči světu je důležité, či lidé dávají přednost uzavřeným záležitostem, z čehož se odvíjí jejich potřeba vytvořit si rychlý *úsudek (Judging)* a již se danou záležitostí dále nezabývat, či se naopak cítí lépe, pokud mohou nechat záležitosti otevřené, pokud mohou přijímat další, nové informace a podněty, které mohou mít významný vliv na jejich názor, čili cítí se lépe, pokud mohou mít neustále zapojený proces *vnímání (Perceiving).* V každé dvojici výše uvedených funkcí a zaměření je jedna z páru dominantní a druhá je spíše pomocná, podpůrná. Pokud v každém páru vyznačíme to, co v osobnosti převládá, dostaneme kombinaci funkcí a zaměření, která charakterizuje danou osobnost.

Člověk se rodí s určitými preferencemi, např. s vrozeným sklonem k introvertnímu či extravertnímu zaměření své osobnosti. To však neznamená, že mezi našimi vrozenými preferencemi a naším chováním existuje jen přímá vazba. Můžeme se např. vědomě rozhodnout, že se v určitých situacích budeme chovat jinak, a přestože jsme introverti, se budeme v určitých situacích chovat extravertně. Abychom se ale chovali extravertně, musíme vynaložit větší námahu, a pokud toto chování nebudeme cílevědomě udržovat, vrátíme se do vrozeného vzorce.

3.1. Extraverze & introverze

Pod pojmem extraverze a introverze chápeme určitý postoj, ne chování. Pro jeho určení je rozhodující, odkud člověk získává podněty pro své rozhodování a jednání, odkud získává psychickou energii. Pro extraverty je zdrojem energie vnější svět, lidé, činnosti, věci. Samota extraverty vyčerpává. Introverti pro načerpání energie naopak potřebují být o samotě, v klidu, čerpají energii zevnitř sama sebe. Jde o dlouhodobý postoj, ne o krátkodobou změnu potřeb. I extravertně zaměřený člověk občas potřebuje být sám, i introvertní člověk někdy rád vyjde do společnosti a konverzuje s neznámými lidmi.

Extravert čerpá energii z vnějšího světa. Má potřebu být s jinými lidmi, tráví s lidmi hodně času a k pocitu životní spokojenosti potřebuje jejich přijetí. Podle M. Čakrta[22] extravert vyvolává společenské interakce, otevřeně sděluje své názory a emoce, upřednostňuje činnosti

[22] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch.* Vyd. 1. Praha: Management Press, 2010, s. 16–18.

konané společně s jinými lidmi, upřednostňuje přímou, osobní komunikaci a spolupráci. Extravert nejlépe zpracovává informace nahlas, potřebuje své myšlenky nejdříve vyslovit, potřebuje je slyšet a v průběhu toho si vyjasňuje, co si vlastně myslí. Rád se hned pouští do řešení problému, až po zahájení úkolu začíná věci promýšlet.

Introvertova energie pochází z jeho vnitřního světa, čerpá ji v průběhu činností, které vykonává o samotě. Dobíjí se např. četbou, procházením svých myšlenek, meditací. Protože je teritoriální, potřebuje kolem sebe prostor, který nikdo nebude narušovat. Podle M. Čakrta[23] je pro introverta typická zdrženlivost ve sdělování svých názorů a projevování emocí, upřednostňování hlubokých vztahů s nemnohými lidmi, upřednostňování psaného textu, který jim dává prostor lépe porozumět sdělení a precizněji formulovat své myšlenky. Introverti jsou schopni hluboké koncentrace, problém musí nejdříve promyslet, až pak se pustí do jeho řešení. Nejdříve potřebují informace vnitřně zpracovat, až poté jsou ochotni prezentovat své myšlenky. Ke zpracování nových informací potřebují klid na vnitřní duševní práci.

3.2. Smyslové vnímání & intuitivní vnímání

Lidé s převahou **smyslového vnímání** upřednostňují vnímání především prostřednictvím svých smyslových orgánů, využívají svůj zrak, sluch, čich, chuť, vnímání vůní, doteků, pohybu. M. Čakrt[24] uvádí, že lidé se smyslovým vnímáním se zajímají především o fakta, zabývají se tím, co je v dané době s dostupnými prostředky možné, co je proveditelné. Starají se o to, aby věci fungovaly, potřebují si věci vyzkoušet, prověřit. Stavějí především na tom, co sami odpozorovali, co bylo vyzkoušeno a co se osvědčilo. Nemají kladný vztah k abstrakcím, obecným teoriím a neprověřeným hypotézám. Jsou tradicionalističtí – ctí to, co je prověřeno časem. Pracují vytrvalým tempem, u opakujících se úloh s jasnou představou o tom, jak jim práce bude dlouho trvat. Když se setkají s novým problémem bez možnosti uplatnění známého postupu řešení, mohou selhat. Protože nedůvěřují své intuici, nerozvíjí ji. Nebaví je učení pro učení, učení pro nabytí znalostí a dovedností pro ně samé, potřebují ihned vědět, jak je možné nově nabyté znalosti a dovednosti využít. Vyžadují konkrétní odpovědi na konkrétní otázky, jasné pokyny, soustřeďují se především na právě řešený problém a nezajímají se příliš o další kroky, návaznosti a širší souvislosti. Zabývají se raději fakty, čísly, dávají přednost činnostem, které jsou hmatatelné, viditelné a mají z jejich pohledu praktické výsledky.

Lidé s převahou **intuitivního vnímání** nevěnují tolik pozornosti tomu, jak jim realitu zprostředkují jejich smysly, svoji pozornost zaměřují na svoji intuici, tušení, důvěřují svému „vnitřnímu hlasu“. Intuitivní lidé se zabývají podobnostmi, pravidelnostmi a dokáží tak odhalit možnosti, které jsou uloženy hluboko, mimo smyslové vnímání. Intuitivní lidé se příliš nezajímají o to, co je, ale o to, co by mohlo být. Nejprve je zajímají nápady, ideje, až poté se zajímají o fakta. M. Čakrt[25] uvádí, že lidé s převahou intuitivního vnímání bývají

---

[23] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2010, s. 18 – 19.

[24] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch.* Vyd. 1. Praha: Management Press, 2010, s. 22–23.

[25] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch.* Vyd. 1. Praha: Management Press, 2010, s. 23–24

abstraktní – ve smyslu dovednosti číst mezi řádky, odpoutat se od konkrétní reality a nacházet nová spojení, možnosti, nové významy, hledají nové způsoby, jak pohlížet na realitu, jak věci dělat jinak. Dokáží z nových znalostí a teorií vyvodit nové poznatky a závěry; proto mají rádi znalosti pro ně samé, nepotřebují zdůrazňovat jejich konkrétní využití. Jsou teoretičtí – důvěřují teoriím, rádi je vytvářejí, s oblibou formulují nové hypotézy, usilují o vytvoření něčeho nového, vyznaného, jedinečného. Tito lidé nesnášejí rutinu. Pracují v návalech energie, nevědí, kdy bude jejich práce hotová. Mají na paměti celkový obraz úlohy, a to ve všech fázích řešení projektu. Mají sklon skákat od zadání k závěrům, vynechávat logické postupy, jsou ochotni problém znovu a znovu definovat, ptát se, zda si položili správnou otázku, jsou ochotni měnit zadání a brát v úvahu změnu okolností. Nevěnují pozornost detailům, občas jim unikají podstatné skutečnosti, chybují ve faktech, někdy jsou schopni vidět komplexní řešení celého problému a nedokáží vysvětlit, jak k danému řešení dospěli.

Odlišnost lidí se smyslovým a intuitivním vnímáním je obrovská a způsobuje nejvíc problémů v mezilidských vztazích. Jsou zdrojem řady nedorozumění, pomluv, pohrdání. Smyslové typy např. nerozumí tomu, jak intuitivní lidé mohou přehlížet detaily, které jsou do očí bijící. Proč se zabývají hypotézami, tušeními a fantaziemi, místo, aby se drželi reality a vydávali přesné instrukce. Intuitivní typy naopak nevidí smysl v zahrabávání se v podružnostech, v dodržování postupů, ve spoléhání se na minulost. Podle nich je dodržování přesných postupů „návodem k tomu, jak zaručeně neudělat jedinou chybu na cestě ke kolosálnímu omylu.“[26]

3.3. Myšlení & cítění

Existují dva způsoby, na základě kterých informace zpracováváme a vyvozujeme závěry. Jde o proces tzv. myšlení, nebo cítění. Pro nezasvěceného člověka jsou výše uvedené pojmy poměrně zavádějící. Vyvolávají představu, že první skupina dokáže užívat rozum, zatímco druhá pouze cit. Oba způsoby zpracování jsou však racionální, první je založen na respektování objektivní logiky, druhý na respektování vnitřně stanoveného hodnotového systému.

Pro racionalitu *myšlení* je důležitá předvídatelnost, která je založená na logice příčin a následků, numerickém či abecední pořádku, zákonitostech a hierarchii. Lidé dávající přednost myšlení se podle M. Čakrta[27] rozhodují neosobně, bezrozporně, po zvážení všech pro a proti. Upřednostňují rozhodování bez emocí, rozhodování na základě objektivních a transparentních postupů, problematiku si vyjasňují pokládáním mnoha otázek. Jsou kritičtí – domnívají se, že nejlepších výsledků se dá dosáhnout identifikací a následným vytknutím nedostatků a chyb. Lidé s preferencí myšlení nejsou citově chladní, potřebují však svým citům porozumět.

Racionalita *cítění* je subjektivní, je založena na hodnotovém systému konkrétního člověka, vychází z jeho přesvědčení a ze vztahů. Tato racionalita je individuální, situační a předvídatelná z hlediska zachování harmonie. Člověk s preferencí cítění hodnotí vjemy, fakta, události především z hlediska libosti, přijatelnosti. Pohybuje se v určité škále při hodnocení např. událostí, které mohou být pro něj přijatelné či nepřijatelné, určitou situaci považují za příjemnou či nepříjemnou, morální či

[26] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch.* Vyd. 1. Praha: Management Press, 2010, s. 25.

[27] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch.* Vyd. 1. Praha: Management Press, 2010, s. 27–28.

nemorální. Lidé s citovým zpracováním mají rádi soulad, harmonii a uvědomují si rozpoložení ostatních. Protože potřebují soulad, harmonii, mohou mít problém vynést rozhodnutí, které by se mohlo dotknout osobní pohody druhých lidí. Harmonické vztahy pokládají za důležitější než bezchybný výkon či logicky bezrozporné rozhodnutí. Lidé s preferencí cítění nejsou intelektuálně nevýkonní, své myšlenky však potřebují procítit.

3.4. Usuzování & vnímání

Dostáváme se k poslední dvojici preferencí, k zaměření osobnosti vůči světu. Lidé s preferencí usuzování dávají přednost věcem uzavřeným, konečným, tito lidé si chtějí rychle udělat o něčem úsudek a definitivně se rozhodnout. Lidé s preferencí vnímání dávají přednost věcem otevřeným, chtějí mít otevřenou možnost přibírat do svých úvah další nové informace, nechtějí dělat rychlé závěry, které se, pod vlivem dalších získaných informací, mohou jevit jako ukvapené či chybné.

Lidé s preferencí *usuzování* se, po získání informací, chtějí hned pustit do jejich zpracování, co nejdříve vynést konečný úsudek, věc uzavřít a poté se začít věnovat dalším činnostem. Pro tyto lidi je podle M. Čakrta[28] charakteristická systematičnost – stanovují postupy činnosti, připravují se na „všechny“ eventuality. Vytváří si jasnou představu o tom, co a jakým způsobem se bude dít, mají rádi pořádek ve věcech, výdrž a rozhodnost. Požadují respektování hierarchie, dodržování zákonů, předpisů, norem, nařízení.

Lidé s preferencí *vnímání* odkládají vynesení definitivního rozhodnutí, ne proto, že se rozhodnout neumí, ale proto, že neustále vyhledávají další nové informace, které by měli zahrnout do svých úvah. Jsou to lidé s neustále otevřeným procesem vnímání. Když vnímající musí vynést konečné rozhodnutí, cítí tíhu svého rozhodnutí, jsou znepokojeni tím, že se možná mohli rozhodnout lépe, kdyby objevili ještě další relevantní data. Lidé se preferencí vnímání hledají v učení, práci a dalších činnostech prvky zábavy. Podle M. Čakrta[29] se lidé s preferencí vnímání vyznačují spontaneitou, nemají potřebu držet se plánů a dodržovat společenské konvence. Snadno se vyrovnávají se změnami, mají rádi překvapení, nejsou předpojatí, jsou vždy ochotni zvážit nová fakta, události, náměty. Nemají potřebu druhým organizovat život. Mají rádi nové znalosti a zkušenosti, hledají způsoby, jak věci dělat jinak. Protože mají neustále otevřený proces vnímání, jsou ho ochotni uzavřít až s blížícím se termínem, kdy pracují s velkým výdejem energie.

Rozpory mezi lidmi s touto odlišnou preferencí nejsou zanedbatelné. Usuzující berou vnímající jako lidi, kteří jim narušují časový harmonogram, postupy, lidi, kteří se nedokážou rozhodnout a zabývají se záležitostmi, které s řešeným úkolem zdánlivě nesouvisí. Vnímající nechápou, proč usuzující chtějí svoji práci za každou cenu dokončit a to i v případě, že práce je odvedena špatně, protože celý rozhodovací proces vycházel z nekvalitně, povrchně shromážděných podkladů.

---

[28] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2010, s. 32.

[29] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch.* Vyd. 1. Praha: Management Press, 2010, s. 34.

3.5. Základní osobnostní typy MBTI typologie osobnosti

Kombinováním výše popsaných dimenzí dostáváme 16 osobnostních typů, které můžeme sdružovat do 4 temperamentů. První temperamentovou podskupinu (zeleně zvýrazněnou) označujeme pojmem „Hráči“, ke kterému se řadí lidé s převažujícím smyslovým vnímáním, kteří dávají přednost otevřeným záležitostem – skupina SP. Druhou temperamentovou podskupinu (žlutě zvýrazněnou) nazýváme „Strážci“. Jde o lidi se smyslovým vnímáním, kteří dávají přednost uzavřeným záležitostem – skupina SJ. Třetí temperament (fialově zvýrazněný) – „Idealisté“, zahrnuje osobnosti s převahou intuitivního vnímání a citového zpracování informací – skupina NF. Poslední temperament (modře zvýrazněný) – „Racionálové“ zahrnuje osobnosti s převahou intuitivního vnímání s analytickým zpracováním informací – skupina NT.

SMYSLOVÉ VNÍMNÁNÍ				INTUITIVNÍ VNÍNÁNÍ			
		myšlení	cítění	cítění	myšlení		
INTROVERTI	usuzování	ISTJ 6 %	ISFJ 6 %	**I**N**F**J 1 %	**I**N**T**J 1 %	usuzování	INTROVERTI
	vnímání	ISTP 7 %	ISFP 5 %	**I**N**F**P 1 %	**I**N**T**P 1 %	vnímání	
ETRAVERTI	vnímání	ESTP 13 %	ESFP 13 %	**E**N**F**P 5 %	**E**N**T**P 5 %	vnímání	ETRAVERTI
	usuzování	ESTJ 13 %	ESFJ 13 %	**E**N**F**J 5 %	**E**N**T**J 5 %	usuzování	

Tabulka č. 1. Přehled 16 osobnostních typů MBTI[30] včetně jejich zastoupení v daných skupinách[31]

Hráči (ISTP, ISFP, ESTP, ESFP)

Hráči jsou otevřeni vnějším vlivům, žijí přítomností, potřebují svobodu, jsou odvážní, nebojí se riskovat a zkoušet nové věci a postupy. Do vykonávané činnosti zapojují všechny zdroje. Rádi zkouší vše nové proto, aby se ujistili, co všechno jsou schopni zvládnout. Jsou připraveni, pokud existuje alespoň kousek naděje, o všem vyjednávat, a proto dobře čelí krizovým situacím. Nepřemýšlejí v rámci dlouhodobých cílů, nebaví je učení pro učení a získávání vědomostí samo o sobě. Neradi se dlouhodobě připravují k výkonu povolání a proto je jejich zastoupení na vysokých školách, v porovnání k jejich vysokému podílu ve společnosti, téměř zanedbatelné. Pokud se hráči rozhodnou pro lékařskou profesi, tak se podle

[30] MYERS, I. B. – MYERS, P. B.. *Gifts differing: understanding personality type*. [New edition]. Palo Alto : Davies-Black, 1999, s. 212–213.

[31] ČAKRT, M. *Typologie osobnosti pro manažery: kdo jsem já, kdo jste vy?* Vyd. 1. (4. dotistk), Praha : Management Press, 2002, s. 168–205.

výzkumu I. B. Meyrsové[32], introvertní hráči věnují především anesteziologii, vyžadující dlouhodobou koncentraci a ostražitost vůči nebezpečí, zručnost a rychlou reakci, extravertní hráči se specializují na chirurgii, gynekologii a porodnictví, vyžadující naprosto přesné smyslové vnímání, zručnost a rychlost.

Strážci (ISTJ, ISFJ, ESTJ, ESFJ)

Strážci jsou povoláni k tomu, aby byli užiteční, systematicky se připravují na budoucnost, ctí tradice a hierarchii. Díky systematickému přístupu jsou schopni dosahovat velmi dobrých studijních výsledků, zvlášť v oblastech, které nekladou nároky na kreativitu. Strážci pečují o starší a mladší generaci. Proto velmi často nacházejí uplatnění ve zdravotnictví a sociálních službách. Strážci pečují o stabilitu organizace, rodiny, ctí pravidla, předpisy, čerpají ze zkušeností svých a druhých, používají osvědčené postupy. Nemají rádi inovace, neradi riskují. Pracují s tím, co je z jejich pohledu reálné, s tím, jaká je konkrétní situace a k té hledají konkrétní návody. Problémem jsou však „změny", které vnímají jako nežádoucí zdržení. Při volbě lékařské profese se zaměřují na ty obory, ve kterých mohou využít své vysoce rozvinuté smyslové vnímání reality. Introvertní strážce najdeme především mezi patology, gynekology, porodníky, anesteziology, extravertní strážce s převahou myšlení mezi praktickými lékaři, extraverty s převahou cítění ve větší míře mezi pediatry.

Idealisté (INFJ, INFP, ENFP, ENFJ)

Pro idealisty jsou velice podstatné otázky smyslu života, mezilidské vztahy a budoucnost lidstva. Mají dar empatie a výřečnosti. Protože se v nich snoubí intuice s cítěním, dokážou odhalovat pozitivní potenciál lidí a motivovat je k nejlepším výkonům. Bývají charismatičtí, se schopností oslovit davy. Lákají je povolání, ve kterých mohou ovlivňovat postoje a chování ostatních, povolání bohatá na osobní kontakty, velmi často volí lékařské profese. Jsou ve všech lékařských specializacích, ale naprosto převažují ve psychiatrii, často vyučují na lékařských fakultách.

Racionálové (INTJ, INTP, ENTJ, ENTP)

Racionálové si nesmírně váží inteligence. Naprostou prioritou je pro ně pochopení systémů a souvislostí, pochopení podstaty věcí. Jsou schopni předpovídat, zlepšovat, vysvětlovat události a jevy v širokých kontextech. Jsou to tvůrci nových technologií a postupů. V lékařství je přitahují vysoce náročné profese vyžadující abstraktní myšlení. Jsou zastoupeni především mezi neurology, v lékařském výzkumu, patology, specializují se na vnitřní lékařství, introvertní typy s převahou vnímání se zaměřují ve větší míře i na psychiatrii. Stimulačně na ně působí dostatečně náročné úkoly, v nichž mají jistou svobodu ve volbě strategií a metod.

Závěr

Z pohledu typologie MBTI lékařská profese nejvíce láká introvertní osobnosti s intuitivním vnímáním, citovým zpracováním a otevřeným procesem vnímání (tzv. INFP). Nicméně těchto

[32] MYERS, I. B. – MYERS, P. B.. *Gifts differing: understanding personality type*. [New edition]. Palo Alto : Davies-Black, 1999, s. 159–164.

lidí je v populaci pouze kolem 1 %. Lékaři mohou ke své profesi přistupovat z vědeckého hlediska a usilovat o objevení nových metod léčby. V tomto případě je velmi vhodná kombinace intuitivního vnímáni, které umožňuje řešit nové problémy, introvertního zaměření osobnosti se schopností dlouhodobého soustředění a otevřený proces vnímání, který je nesmírně důležitý pro to, aby lékař-vědec dokázal vzít v úvahu rozsáhlou síť aspektů, které výsledek ovlivňují a to bez snahy svůj výzkum za každou cenu co nejrychleji uzavřít. Lékaři mohou ke své profesi přistupovat rovněž z lidského hlediska, v tomto případě je nezbytné mít dobře rozvinuté cítění a schopnost navodit vřelou atmosféru a důvěru.

Lékařské týmy nejsou homogenní. Skládají se z různých typů osobností, což může být velkou výhodou, ale i zdrojem mnohých nedorozumění, očerňování a hádek. Domnívám se, že poznáním svého konkrétního typu osobnosti a složení celého lékařského týmu by mělo vést k pochopení rozdílných pohledů, reakcí a chování, pochopení silných a slabých stránek jednotlivých osobností. Je důležité silné stránky každého člena týmu využívat tak, aby se vytvořil harmonicky vyvážený tým, který si bude vědom jedinečnosti každého člena. Tým, který bude posilovat vzájemné porozumění a nebude se zbytečně nesoustřeďovat na rozdmýchávání konfliktů. To proto, že v konfliktní situaci nemohou podávat dobré výkony lidé s citovým zpracováním informací, jelikož je konfliktní situace vyčerpává, ani lidé s racionálním zpracováním informací, protože je emoční disharmonie ruší.

Literatura

ČAKRT, M. *Typologie osobnosti: volba povolání, kariéra a profesní úspěch.* Vyd. 1. Praha : Management Press, 2010. 217 s. ISBN 978-80-7261-220-8.

ČAKRT, M. *Typologie osobnosti pro manažery: kdo jsem já, kdo jste vy?* Vyd. 1. (4. dotisk). Praha : Management Press, 2002. 257 s. ISBN 80-85943-12-3.

DRÁPELA, V. J. *Přehled teorií osobnosti.* Vyd. 1. Praha : Portál, 1997. 175 s. ISBN 80-7178-134-7.

JUNG, C. G. *Analytická psychologie: její teorie a praxe: tavistocké přednášky.* Vyd. 2. Praha : Academia, 1993. 205 s. ISBN 80-200-0480-7.

MYERS, I. B.; MYERS, P. B. *Gifts differing: understanding personality type.* [New edition]. Palo Alto : Davies-Black, 1999. 228 s. ISBN 978-0-89106-074-1.

Kontakt na autora

Ing. Lucie Marková

Soukromá vysoká škola ekonomických studií, s. r. o.
Lindnerova 575/1, 180 00 Praha 8 – Libeň
Česká republika
lucie.markova@svses.cz

VLIV OSOBNOSTI ZAKLADATELE A JEHO STYLU ŘÍZENÍ NA TYPOLOGII A ROZVOJ ORGANIZACE

THE INFLUENCE OF THE FOUNDER´S PERSONALITY AND HIS/HER MANAGEMENT STYLE ON THE TYPOLOGY AND DEVELOPMENT OF THE ORGANIZATION

Jitka Nesnídalová

Abstrakt

Aktuální personální práce se přizpůsobuje faktorům, které jsou charakteristické pro současnou dobu. Geneze personální práce se odvíjí od služby, tedy personální administrativy přes personální řízení před 2. světovou válkou, kdy se využívá spolupráce pracovního kolektivu, formují se personální útvary a zavádí se operativní řízení. V 50. a 60. letech 20. stol. je personální práce chápána jako řízení lidských zdrojů úzce spjatá s politickou situací v naší zemi. V současnosti se používá pojem lidský kapitál, který je definován jako znalosti, dovednosti, pochopení věcí a potenciál zaměstnanců. Lidský kapitál spolu se strukturálním kapitálem (sítě zákazníků, procesní know-how, databáze, značky, systémy a důvěra veřejnosti) tvoří intelektuální kapitál. Při vedení lidí se začal využívat indikátor osobnostních typů MBTI®, který byl navržen podle Jungovy teorie osobnostních typů. Při práci na této teorii pro jednotlivce se začalo zkoumat, zda by mohla být využita i pro typologii organizace. Ověřilo se, že tato typologie organizace může být efektivně aplikovaná při práci v týmech, při získání sebevědomí zaměstnanců, při řešení konfliktů i při řízení kariéry. Společenské změny mají dopad i na to, že pracovní síla je na trhu práce i v samotných organizacích stále více diverzifikovaná, a tomu se musí přizpůsobit i oblast personálního řízení.

Klíčová slova

Personální řízení, lidský kapitál, indikátor osobnostních typů MBTI, typologie organizace, index charakteru organizace, management diversity.

Abstract

Current personnel work adapts itself to the factors which characterize recent times. The key factor of personnel management is the human being in the centre of attention. The genesis of personnel work develops from the service, that is the personnel administration, through the personnel management before WW2, where the co-operation of the staff is being used, personnel departments are formed and operational management is being introduced. In h the 50´ and 60´ of the 20th century personnel work is understood as management of human resources closely related to the political situation in this country. Currently the term human capital is which is defined as knowledge, skills understanding of things and potential of employees. Human capital together with structural capital (customer networks, process know-how, databases, trademarks, systems and trust of the public), form intellectual capital. The

Myers-Briggs Type Indicator (MBTI®) assessment has been introduced in HR management. It is based on Jung´s theory of human psychological types. When applied to individuals it soon became evident it could also used for typology of an organization. It was proved that this typology can effectively be applied to team work, when improving the self consciousness of employees, when resolving conflicts and during career management. The changes in society have an impact on the diversification of the work force both on the labour market and within the organizations themselves, and the personnel management had to reflect these changes.

Keywords

Personnel management, human capital, Myers-Briggs Type Indicator MBT, typology of organization, Organization Character Index, management diversity.

1. Personální management

Původ slova management pochází z latinského manus (ruka), v italštině existuje managgio (vedení, ovládání), v angličtině je ekvivalent manage (vést, řídit) nebo management (vedení, řízení). Managementem je kromě základních funkcí vedení označována i skupina řídících pracovníků, kteří je vykonávají. Podle Vebera [9] "managementem budeme rozumět proces systematického provádění všech manažerských funkcí a efektivního užití všech zdrojů podniku ke stanovení a dosažení podnikových cílů". Peter Drucker[5] management definuje následovně: „Management není vědou o nic více, než je vědou medicína: v obou případech jde o praktické obory. Každý praktický obor čerpá z velkého souboru skutečných věd. Právě tak, jako medicína čerpá z biologie, chemie, fyziky a řady dalších přírodních věd, management zase čerpá z ekonomiky, psychologie, matematiky, politické teorie, historie a filozofie. Stejně jako medicína je však management zároveň samostatným oborem s vlastními předpoklady, s vlastními záměry, s vlastními výkonnostními cíli a kritérii*."* Zhruba před padesáti lety vznikl v USA case management (koordinovaná péče), který lze chápat následujícím způsobem:[10] *"Lékaři a sestry byli žádáni o zprostředkování zdravotních služeb a sociální pracovníci byli vyhledáváni pro sociální služby. Tyto dva systémy s různou orientací, ač měly oba na zřeteli klientovo blaho, jednaly často zcela protichůdně. Tým lékařů často plánoval více péče, zatímco sociální pracovník usiloval o snížení závislosti jednotlivce na systému. Case management se objevil jako odpověď na tuto fragmentaci a je považován jako krok směrem ke zlepšování systému dlouhodobé péče."* Z předcházejících definic vyplývá, že obecný management zahrnuje tyto oblasti:

- specifickou funkci při řízení organizace,
- způsob vedení lidí,
- odbornou disciplínu a obor studia[11].

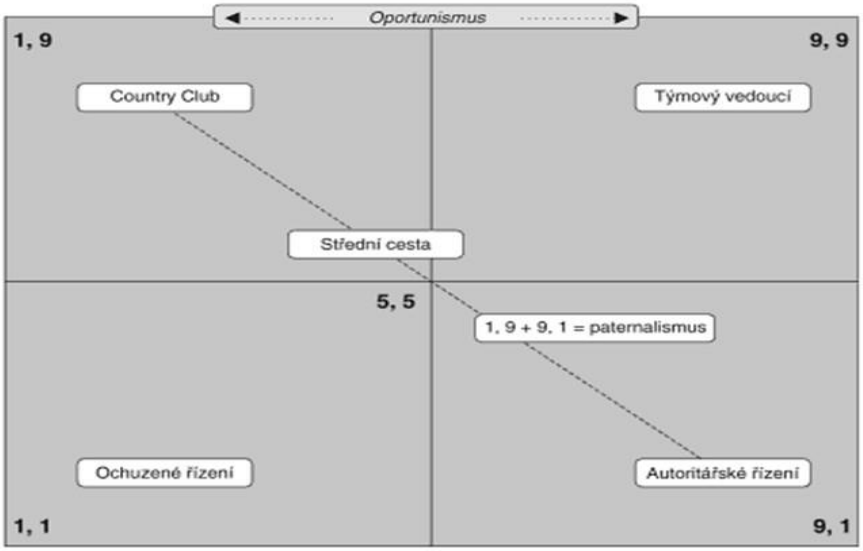
Řízení lidských zdrojů je současná koncepce personální práce, která má respektovat hlavní cíle a záměry managementu jakékoliv organizace. Podle Koubka[6] „je řízení lidských zdrojů charakteristické strategickým přístupem k personální práci a všem personálním činnostem, orientací na vnější faktory formování a fungování pracovní síly organizace s tím, že personální práce přestává být záležitostí odborných personalistů a stává se součástí každodenní práce všech vedoucích

pracovníků“. Podle Armstronga,[1] lze „řízení lidských zdrojů definovat jako strategický a logicky promyšlený přístup k řízení nejcennějšího statku organizace, tj. v ní pracujících lidí, kteří jako jednotlivci i jako kolektivy přispívají k dosažení jejích cílů“.

2. Typologie organizace

Organizace se liší předmětem podnikání, velikostí, strukturou, cíli, kterého chtějí dosáhnout, lokalitou, kde působí, ale také charakterem a firemní kulturou. Firemní kultura je chápána jako ovzduší, které obecně převládá ve firmě. Tvoří ji i vnější projevy, jako logo firmy, jednotné oblečení, firemní barvy, systém vnitřní komunikace a komunikace navenek. Firemní kultura je ovlivňována vnitřními a vnějšími vlivy, do vnitřních patří především řídící síly, firemní strategie, předmět podnikání a zaměstnanci. Do vnějších vlivů patří podmínky ekonomické, geografické, sociální, charakter tržního prostředí, legislativa a úroveň vědy a výzkumu. Podle Pfeirera a Umlaufové [7] je „firemní kultura souhrn představ, přístupů a hodnot ve firmě všeobecně sdílených a relativně dlouhodobě udržovaných.“

Podle Armstronga[1] „Firemní kultura představuje soustavu sdíleného přesvědčení, postojů, domněnek, norem a hodnot existujících v organizaci… Formuje způsob jednání a vzájemného působení lidí a výrazně ovlivňuje způsoby vykonávání práce.“ Podle Šiguta[8] „Firemní kultura vyjadřuje vždy určitý charakter, duch podniku, vnitřní pravidla hry, která ovlivňují myšlení a jednání pracovníků, ale i celkovou atmosféru, ve které probíhá veškerý vnitropodnikový život.“ Nositelem firemní kultury je především vedení. Následující tabulka je charakterizovaná jako manažerská mřížka, kdy se na svislici určuje styl vedení manažera v bodovém rozmezí 1 – 9 podle zájmu na lidech a v bodovém rozmezí 1 – 9 podle zájmu na výkonu.



Tabulka č. 1. *Manažerská mřížka* zdroj[3]

Schéma ukazuje různé stylu vedení lidí, praxe ukazuje, že nejlepším způsobem je kombinace uvedených stylů vedení.

2.1 Index charakteru organizace (OCI)

Další typologií firemní kultury může být podle *Indexu charakteru organizace (OCI)*,[2] který na základě 16 osobnostních typů podle švýcarského psychologa Carla Junga vyvinuly Američanky Katharine Cook Briggs a Isabel Briggs Myers. Berou v úvahu to, že charakter organizace je z velké části dán osobností zakladatele, přihlížejí i k historii organizace, náledníkům a současnému vůdci. Vytvořily nástroj k určení osobnostního typu *Myers-BriggsTypeIndicator® (MBTI®)*. „Instituce je prodlouženým stínem člověka.“[4] Dotazník OCI je experimentální nástroj určený pro ty, kteří pracují s organizacemi a v organizacích a kteří se nebrání změnám a zlepšování, i když zatím ještě nebyl statisticky ověřen. Index charakteru organizace má 36 otázek a používá čtyřbodovou stupnici. Otázky jsou např. zaměřeny na věnování pozornosti zákazníkům nebo tomu, co organizace dělá nejlépe, jak se organizace rozhoduje – hlavou nebo srdcem, co je bráno vážněji, když se řeší osobní problémy – obecné principy a standardy nebo individuální okolnosti a situace. Součtem čtyř sloupců vznikne podle stanovených bodů charakter organizace[2]:

- organizace ESTJ (extravertní, smyslově vnímající, myslící, usuzující) – má administrativní a funkční předpoklady pro růst, má jasná pravidla, stanovené odpovědnosti a definované pevné alogické postupy. Nedůvěřuje tomu, co je abstraktní, měkké nebo nekvantifikovatelné. Žádný nápad není nesmysl, což zaměstnance uklidňuje, ale také omezuje, je to prostor pro notorické nespokojence, dodržuje hierarchii, je důležité vymezení rolí, působnosti, tituly jsou brány vážně a organizační standardy jsou přísné a ortodoxní, organizace je spolehlivá, ale strnulá. Prostředí je stabilní, organizace nemá ráda změny, zvraty, může mít problémy poznat nové trendy, zřejmě nebude vyvíjet radikálně nové výrobky a služby. Lidé v této organizaci mají rádi předvídatelné věci, jsou realisté, nedůvěřují pocitům, dávají přednost formálním vztahům a tradicím. Organizace mají sklon věci uchovávat a ochraňovat – ideální v oblastech, kde se něco vytvoří a pak udržuje. Příklad organizací: velké výrobní firmy, uvnitř firem výrobní nebo provozní úseky
- organizace ESFJ (extravertní, smyslově vnímající, cítící, usuzující) – je zaměřená navenek a jedná sebejistě, působí většinou v obchodě a v oblasti, která vyžaduje marketing služeb, velmi ctí loajalitu zaměstnanců, je ekonomicky odpovědná, uznává tradice, je dobrá v rutinních operacích a její výkon má vysoký standard, její agenda je jasná a přehledná. Může být strnulá a příliš složitý problém řeší velmi těžko. Lidé jsou zde přátelští, mají pocit sounáležitosti. Organizaci se daří dobře v dobách stability, kdy se příliš nemění konkurenční prostředí. Příklad organizací: firma Procter & Gamble, uvnitř firem oddělení poskytující služby zákazníkům
- organizace ENTJ (extravertní, intuitivní, myslící, usuzující) – ráda přebírá velení nad situací a jedná s rozhodností, může být mocná s ničivými sklony. Opírá se o strategii a plány, opomíjí je vysvětlit zaměstnancům, je horší při zavádění strategie do praxe a stanovení taktických postupů, je orientovaná na budoucnost a příležitosti. K zaměstnancům i zákazníkům přistupuje inženýrsky – hledá mechanistická řešení, pracovní záležitosti bere neosobně, problémy řeší funkční analýzou. Organizace je proaktivní, občas nekomunikuje dost citlivě, ocenění lidí může být opomenuto a úsilí neuznáno.

Dobře plánuje změny, jejich realizací se může nechat odradit. Příklad organizací: PepsiCo (porazí Coke kampaní „The Pepsi challenge“, firma American Airlines (expanzivní strategie na trhy, které se opouštějí)

- organizace ENFJ (extravertní, intuitivní, cítící, usuzující) – organizace je dynamická s pozitivním, energickým stylem, klade důraz na vizi, zajistí, aby ji každý sdílel, je pro ni charakteristická vysoká míra lidských interakcí, bere vážně organizační kulturu, je proaktivní, má vysoké cíle, dokáže podle nich jednat, může mít nereálná očekávání, ve vedení je charismatická osobnost, převládá nedůvěra k pevné hierarchii, může zdůrazňovat smysl na úkor faktů, výsledkem může být idealismus, zastírání věcí. Lidé mohou být přetíženi až do vyhoření. Příklad organizací: firma Nordstrom, americký řetězec obchodních domů vyšší tříd, Herman Miller, výrobce nábytku
- organizace ENFP (extravertní, intuitivní, cítící, vnímající) – tvůrčí organizace, zaměřující se na výchovu a vzdělávání lidí a služby veřejnosti, problémy se strukturou a systémy, vedoucí se brání příkazům a nařízením, organizace může mít potíže se sledováním detailů a kontrolou plněním příkazů, očekává, že se věci budou vyvíjet přirozenou cestou, umí nadchnout zákazníky i své zaměstnance, ti jsou zpravidla optimističtí, na druhých vidí to lepší, organizace dokáže zachytit podněty týkající se nových trendů, občas může být intuice klamná, organizace nemají zpravidla dlouhé trvání. Příklad organizací: firma W. L. Gore &Associates, tvůrce a výrobce tkaniny GORE-TEX®, uvnitř firem jsou to oddělení public relations a marketingová oddělení
- organizace ENTP (extravertní, intuitivní, myslící, vnímající) – optimistická organizace, nic pro ni není nemožné, milují vytváření problémů, řešení se mohou zvrtnout v určitý druh hry, která může ztratit přitažlivost, kdy je problém vyřešen, organizace láká zlepšování, málokdy jsou hierarchicky uspořádány, hrdinou může být geniální tvůrce, který může být špatným vůdcem, oceňují rychlost, diskuze, nebere vážně formální postupy, s realitou zachází jako s proměnou, kterou lze tvůrčím způsobem měnit. Příklad organizací: firmy v oblasti výzkumu a vývoje, uvnitř firmy výzkumná a vývojová oddělení
- organizace ESTP (extravertní, smyslově vnímající, myslící, vnímající) – organizace má podnikavého ducha, umí manipulovat s vnějším prostředím, umí rychle a pragmaticky vyhodnocovat situace, racionálně odhadne riziko, neumí věci dotahovat do konce, nepříznivé situace dokáže obrátit ve svůj prospěch, podceňuje motivace svých zaměstnanců, zaměřuje se na přítomnost, není důsledná, podmaní si chaos a jde zase dál. Příklad organizací: firma RedAdair`s, která se zabývá hašením ropných vrtů, organizace Citibank
- organizace ESFP (extravertní, smyslově vnímající, cítící, vnímající) – poskytuje klientům přesně to, co chtějí, zprostředkovává zážitky a materiální výhody i svým zaměstnancům, projevuje smysl pro humor, činnost je spontánní, nezajímají ji předchozí případy ani formální postupy, nemá pochopení pro stresové situace, problémy mohou přerůst do nebezpečných rozměrů, neumí předvídat, je dobrá na public relations, změny často dělá pouze kosmetické, životnost těchto organizací není příliš dlouhá. Příklad organizací: firmy s módními výstřelky, úspěšná firma Mary KayCosmetics
- organizace ISTJ (introvertní, smyslově vnímající, myslící, usuzující) – nejstabilnější ze všech organizací, vůči vnějšímu světu se chová uzavřeně, je rezervovaná a výkonná,

plánuje a dodržuje termíny, je spolehlivá a pečlivá, nesnáší nepořádek, brání se prudkým změnám, nedůvěřuje teoriím, pilně pracuje, preferuje logiku a zdravý rozum, udržuje rituály, je funkční organizací s přesně určenými zodpovědnostmi, uznává konvenční organizační kulturu. Příklad organizací: firmy v ocelářském průmyslu, telekomunikacích, veřejných službách

- organizace ISFJ (introvertní, smyslově vnímající, cítící, usuzující) – svědomitá, odpovědná, opírá se o předchozí zkušenosti, bere ohled na problémy lidí, je jim oporou, je orientovaná na lidi, nepodléhá módnosti, ctí tradicionalismus, cítí ekonomickou odpovědnost, může svou vytrvalost zasvětit zastaralým věcem, není pružná, rozhodování probíhá za zavřenými dveřmi. Příklady organizací: nemocnice, školy
- organizace INTJ (introvertní, intuitivní, myslící, usuzující) – nezávislá, inovativní, ikonoklasická, sama sebe považuje za unikátní, nectí autority, je pragmatická, často průkopníkem, její předností je strategie, ne taktika, může podceňovat bolest a stres zaměstnanců, očekává, že svoje zájmy podřídí zájmům organizace, je poměrně nepřípustná kritice, je flexibilní, rychle reaguje na změny, pracuje rychle, rychlé analýzy, rychlá řešení, je intelektuálně kreativní, silnou stránkou jsou racionální inovace. Příklad organizací: firma Bell Labs společnosti AT& T
- organizace INFJ (introvertní, intuitivní, cítící, usuzující) – působí klidně, věří v to, co určuje její smysl a strategii, bere své lidi vážně, zvenku je těžké zjistit, co se v organizaci děje, váží si základních hodnot organizace, pod povrchem probíhá široká škála komunikačních projevů, je citlivá vůči vnější i vnitřní kritice, personální politika využívá individuálních schopností jedince, přitahuje lidi s vysokou mírou očekávání, pořádá společné akce a slavnosti, používá trénink, mentorování, koučování, plánování kariéry, dobře zvládá změny, pokud nejsou v rozporu s jejími hodnotami. Příklad organizací: firma Johnson & Johnson
- organizace INFP (introvertní, intuitivní, cítící, vnímající) – je vždy na nějaké křížové výpravě, je idealistická, sní o pomoci, zlepšování, záchraně, chrání si své soukromí, působí svěže a mladistvě, optimisticky, občas naivní, má nechuť k formálním postupů a organizačním systémům, věří, že lidé mají dobré úmysly, věří, že chování lidí by se mělo shodovat s představami, které jsme si o nich vytvořili, nemá mnoho standardních operačních postupů, při zvládání změny dokáže vycítit skrytý potenciál, zvlášť u lidí, je adaptabilní. Příklady organizací: skupiny, které hájí sociální reformy a životní prostředí
- organizace INTP (introvertní, intuitivní, myslící, vnímající) – zabývá se systémy a návrhy, ne implementací, navenek působí tajemně, považuje soukromí za nedotknutelné, řídí se intuicí a tušením, je samotář, který si jde vlastní cestou, intuice může být pastí – nerealizovatelná myšlenka, nezajímá se o pocity zaměstnanců, mezilidské vztahy jsou chladné, podporuje změnu, pokud si ji vysní, když je do ní tlačena, odmítá ji, má problémy s lidskou stránkou změny, organizace bývají součástí většího celku, spojeného kapitálem nebo vývojem nového výrobku. Příklady organizací: firma Polaroid, těžko si udržuje svou sílu a energii po odchodu jejího zakladatele Erwina H. Landa
- organizace ISTP (introvertní, smyslově vnímající, myslící, vnímající) – má sklon být rovnostářská, chová se spontánně, se sklonem bojovat s větrnými mlýny, netouží měnit svět, chce dělat jednu věc dobře a s potěšením, řízení může být jednoduché s cílem, aby

lidé mohli mistrně zvládat svou práci, nemá zájem s nikým komunikovat, snaží se dodržovat kvalitu výrobků a služeb, jde jí spíš o estetickou hodnotu než o funkčnost, z vlastní iniciativy nevyhledává změnu. Příklady organizací: řemeslnické firmy, umělecké a sportovní organizace

- organizace ISFP (introvertní, smyslově vnímající, cítící, vnímající) – zabývá se řemeslem, uměleckým oborem, hierarchii a autority většinou toleruje, aby vytvořila podmínky pro svobodnou práci, kultura je individualistická založená na odbornosti a slušnosti, dlouhodobě neplánuje, projevuje malý zájem o formální komunikaci, práce lidí je spíše určitou formou divadla, hry, soutěže než prací, organizace reaguje na změny tak, jak na ně reagují její zaměstnanci, neujme se vedení, nebude hledat zdroje, nebude testovat trh, je to druh antiorganizace, nejlépe se jí daří, když je součástí velkého celku, samostatně nebude mít dlouhého trvání.

3. Identifikace rozhodujících 8 typů organizace

Dotazník OCI je stejně jako nástroj MBTI založen na čtyřech párech opačných preferencí, pro potřeby dotazníku OCI jsou určeny následující preferenční páry:

- extraverze (E) nebo introverze – je organizace otevřená, orientovaná k trhům a konkurenci (E) nebo je zaměřená dovnitř na své vlastní technologie, na představy svých šéfů a svou pevnou firemní kulturu (I)
- smyslové vnímání (S) nebo intuice (N) – jak organizace shromažďuje informace, co upřednostňuje, je zaměřená na současnost, detaily, realitu (S) nebo je zaměřená na budoucnost, na možnosti, které se mohou realizovat (N)
- myšlení (T) nebo cítění (F) – způsob práce organizace, rozhodování, posuzování situací, postupuje na základě principů jako následek – schopnosti – výkonnost (T) nebo prosazuje osobní přístupy, hodnoty, společný užitek, tvořivost (F)
- usuzování (J) nebo vnímání (P) – organizace, kde se preferuje realizace firemních rozhodnutí, jasné definice věcí a pak se problém řeší, jsou usuzující (J) nebo organizace hledá více vstupů, nechává věcem volný průběh, nebrání se možnosti nechat je otevřené (P)

Popis, kategorizace a identifikace rozhodujících 8 typů organizace jsou uvedeny v následujících tabulkách.

Extravertní organizace	Introvertní organizace
Mají otevřené hranice	Mají uzavřené hranice
Dovolují ostatním, aby se podíleli na rozhodování	Zabraňují ostatním, aby se podíleli na rozhodování
Spolupracují při rozhodování	Dosahují konsensu poté, co již bylo rozhodnuto
Reagují rychle	Reagují pouze po prostudování problému
Experimentují s několika možnými způsoby řešení	Podrobně prozkoumají jednotlivé možnosti a pak vyzkoušejí jeden způsob řešení
Důvěřují ústní komunikaci	Důvěřují písemné komunikaci
Podporují spolupráci mezi odděleními	Trpí nedůvěrou mezi odděleními

Pro radu se obracují ven	Trvají na tom, že si poradí samy
Na firemní oslavy zvou lidi zvenku	Oslavy pořádají v „rodině“
Mají-li problémy, vyhledávají pomoc zvenku	Mají-li problémy, zavřou brány
Motto: „Odpověď je venku, jen ji musíme najít“	Motto: „Odpověď je uvnitř, jen ji musíme najít“

Tabulka č. 2. Hledisko otevřenosti a uzavřenosti vůči okolí zdroj[2]

Smyslově vnímající organizace	Intuitivní organizace
Nejraději pracují s detaily	Nejraději pracují s celkovým obrazem
Umějí zpracovat velké množství dat	Umějí odhalit nastupující trendy
Dávají přednost spolehlivé rutině	U rutiny jsou poněkud nedbalé
Dávají přednost postupné změně	Dávají přednost transformační změně
Dělají zlepšení	Mění paradigmata
Na intuitivní organizace pohlížejí jako na vznášející se v oblacích	Na smyslově vnímající organizace pohlížejí, jako že uvízly v bahně
Budoucnost vidí jako prodloužení přítomnosti	Věří, že budoucnost lze vytvořit
Kladou důraz na cíle a plány	Kladou důraz na smysl a vizi
Důvěřují zkušenostem a autoritě	Důvěřují rozhledu a tvořivosti
Směřují k funkčnímu uspořádání	Využívají interdisciplinární týmy
Motto: „Změňme strukturu“	Motto: „Změňme systémy hodnot“

Tabulka č. 3. Hledisko reakce na situace zdroj[2]

Myslící organizace	Cítící organizace
Svá rozhodnutí zakládají na zásadách	Svá rozhodnutí zakládají na hodnotách
Uvažují na základě pravidel a výjimek	Uvažují na základě konkrétních lidských situací
Cení si toho, co je logické	Cení si toho, o co mohou pečovat
Zdůrazňují cíl	Zdůrazňují lidi
Věří, že kritika vede k výkonnosti	Věří, že podpora vede k efektivitě
Povzbuzují zaměstnance, aby žili budoucností	Povzbuzují zaměstnance, aby pracovali, jak nejlépe umějí
Jsou sociální stroj	Jsou sociální společenství
Motto: „Dělej správné (nebo rozumné) věci“	Motto: „Pracuj dobře pro společnou věc“

Tabulka č. 4. Hledisko efektivnosti výsledků zdroj [2]

Usuzující organizace	Vnímající organizace
Usilují o rozhodnutí	Nechávají možnosti otevřené a hledají více informací
Jejich slabou stránkou může být shromažďování informací	Jejich slabou stránkou může být vytváření rozhodnutí
Stanovují jasné, specifické standardy	Stanovují obecné standardy
Často moralizují	Jsou uvolněné a celkem tolerantní
Věci definují do detailů	Věci nechávají nejasné a nedefinovatelné
Motto: „Lov ryby nebo připravuj návnadu“	Motto: „Neprom eškej jedinou příležitost“

Tabulka č. 5. Hledisko řešení problémů zdroj[2]

4. Management diverzity

Z předcházejícího textu lze usuzovat, že osobnost zakladatele má zásadní význam na typologii organizace, její životní cyklus a dobu trvání. Z hlediska zaměstnanců je velmi vhodné, aby vedení využilo management diverzity, tedy způsob, jak v rámci personální strategie přistupovat k zaměstnancům typu X a Y, i k dospívající generaci Z (internetová generace). Jednou z možností, jak tuto situaci řešit, je i využití typologie MBTI®.

Literatura

[1] ARMSTRONG, M. *Řízení lidských zdrojů: nejnovější trendy a postupy: 10. vydání*. 1. vyd. Praha: Grada, 2007. 789 s. ISBN 978-80-247-1407-3.

[2] Bridges, W. Typologie organizace: Využití osobnostních typů v procesu rozvoje organizace. 1. vydání. Praha: Management Press, 2006. ISBN 80-7261-137-2. Dostupné z: www.mgmtpress.cz

[3] CEJTHAMR, V.; DĚDINA, J. *Management a organizační chování*. 2., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Grada, ©2010. 344 s. Expert. ISBN 978-80-247-3348-7.

[4] ČAKRT, M. Typologie osobnosti pro manažery: manažerské styly, rozhodování, komunikace, konflikty, týmová práce, time management a změny. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Management Press, 2009. 306 s. ISBN 978-80-7261-201-7.

[5] EDERSHEIM, E. H. *Management podle Druckera: odkaz zakladatele moderního managementu*. Vyd. 1. Praha: Management Press, 2008. 239 s. Knihovna světového managementu; sv. 24. ISBN 978-80-7261-181-2.

[6] KOUBEK, J. *Řízení lidských zdrojů: základy moderní personalistiky*. 4., rozš. a dopl. vyd. Praha: Management Press, 2007. 399 s. ISBN 978-80-7261-168-3.

[7] PFEIFER, L.; UMLAUFOVÁ, M. *Firemní kultura*: *Konkurenční síla sdílených cílů, hodnot a priorit*. Vydání první. Praha: PORTÁL, 2005. ISBN 80-7169-018-X.

[8] ŠIGUT, Z. Firemní kultura a lidské zdroje. 1. vydání. Praha: ASPI Publishing, 2004. ISBN 80-7357-046-7.

[9] VEBER, J. *Management: základy, moderní manažerské přístupy, výkonnost a prosperita*. 2., aktualiz. vyd. Praha: Management Press, 2009. 734 s. ISBN 978-80-7261-200-0.

[10] https://www.facebook.com/casemanagementcr [cit. 15-03-2014].

[11] http://www.theexperts.cz/byznysexpert/obchod/46-definice-managementu [cit. 17-03-2014].

Kontakt na autora

Ing. Jitka Nesnídalová, Ph.D.

Soukromá vysoká škola ekonomických studií, s. r. o.
Lindnerova 575/1
180 00 Praha 8
Česká republika
jitka.nesnidalova@svses.cz

POMÁHAJÚCA PROFESIA, STRES A KONFLIKTY PRI VÝKONE POVOLANIA

HELPING PROFESSIONS, STRESS AND CONFLICTS AT WORK

Peter Slovák

Abstrakt

Prečo vznikajú konfliktné situácie pri výkone povolania? Môže sa tomu pomáhajúca profesia brániť alebo prípadne sa vyhnúť takejto situácii? Poznať príčiny vzniku konfliktov a ich vplyv na správanie v každodenných pracovných alebo osobných situáciách, patrí k základným zručnostiam osôb pracujúcim s ľuďmi. Dôsledky konfliktov môžu negatívne ovplyvniť kvalitu práce a empatické nazeranie na problém. Spôsoby ich zvládania, kooperatívne riešenie konfliktov patrí k základným predpokladom pre profesionálny a zároveň ľudský výkon odborníka, ktorý pracuje s ľudským potenciálom. Na začiatok by však možno stačilo, ak by sme sa naučili ovládať stres a vyhýbať sa situáciám, podnecujúcim vznik záťažových situácií pri samotnom výkone povolania. Konfliktné situácie ničia nielen vzťahy, ale významne aj profesionalitu odborníka.

Kľúčové slová

Konflikty, pomáhajúca profesia, stres.

Abstract

Why conflict situations arise by the Professional work? It may be the helping professions to prevent or avoid this situation? Knowing the causes of conflicts and their impact on behavior in everyday work or personal situations, is one of the basic skills of working with people. The consequences of conflicts can negatively affect the quality of work and empathic thinking on the problem. Ways of coping, cooperative resolution of conflicts is a fundamental prerequisite for professional as well as human performance specialist who works with the human potential. To begin with, it may be enough, if we learn to control stress and avoid situations inspire the emergence of stressful situations in the actual professional. Conflict situations do not destroy only relationships, but also an important professional skill.

Keywords

Conflicts, helping professions, stress.

Úvod

Problematika stresu a konfliktných situácií pri výkone povolania je chápaná na základe mnohých aspektov. Jedným z nich je psychohygiena prostredia, či životný štýl. Tiež spôsoby relaxácie sú len čiastočné atribúty pomáhajúce eliminovať rýchle pracovné a životné tempo,

náročnosť výkonu povolania, kde prichádza odborník do priameho kontaktu s klientom. Do kontaktu s klientom ako človekom, neustále vyžadujúcim podporu, istú mieru osobnej intervencie a odovzdávanie vlastných psychických síl. Nesporne aj z tohto dôvodu je náročnosť výkonu povolania pomáhajúcej profesie vysoká. Preto v tomto rozmere nastáva značná disponibilita pre vytváranie stresových a následne konfliktných situácií. Žiaden konflikt nevznikne sám od seba, bez príčiny. To asi všetci dobre poznáme. Obdobne ako pri iných situáciách medziľudského styku, aj v konfliktoch je dôležité vyjasniť si príčiny a dôvody vzniku. A čo je ešte dôležitejšie, klarifikovať o čom hovoríme vo vyhrotených situáciách. Veľakrát pod vplyvom stresu si ani neuvedomujeme aké sú naše verbálne prejavy. Tie môžu nielen začať problémovú situáciu, ale ju aj natoľko vyostriť, že jej vyriešenie bude dlhodobým rébusom. Ako teda rozumieme termínu konflikt v procese výkonu povolania? Je konfliktom len iný názor klienta a sociálneho pracovníka, či pokojná alebo ráznejšia diskusia o odlišných riešeniach nejakej situácie? Prípadne konfliktom rozumieme iba stav, ktorý subjektívne prežívame? V konečnom dôsledku oboje. My sami si nesieme do vzťahu s klientom svoj život, problémy, nevyriešené skutočnosti, osobné zranenia a podobne. Stávame sa akýmsi podhubím pre vznik konfliktnej interakcie s okolím. Ak dlhodobo túto situáciu neriešime vytvára sa predpoklad pre syndróm vyhorenia. Pomáhajúca profesia s týmto symptómom len veľmi ťažko dokáže pomôcť svojmu klientovi a často sama potrebuje psychickú stimuláciu, aby dokázala odovzdať svoje odborné zručnosti a ľudský potenciál.

1. Konflikt

Na začiatku si treba uvedomiť, že prirodzene existujú ľudia, ktorí v sebe prechovávajú zvýšenú náchylnosť ku konfliktom. V populačnej vzorke sa vždy nachádzajú tí, ktorých nazývame konfliktogénnymi. Nezáleží či sa jedná o klienta alebo pomáhajúceho. Sú to najčastejšie osoby:

a) pre ktoré sú rozhodujúce najmä citovo – emocionálne argumenty a nevedia alebo nechcú pochopiť racionálne argumenty druhého,
b) pre ktoré neovládaná emocionálnosť znemožňuje pokojne a zodpovedne uvážiť svoje správanie,
c) ktorí sa preceňujú, majú skreslenú predstavu o sebe, keď zistia, že nezvládajú situáciu vyvolávajú konflikty,
d) ktorí sa podceňujú, prežívajú pocit neistoty obáv, konflikty vznikajú v dôsledku rôznych zábran, z nedostatku odvahy sa rozhodnúť.

Konflikt najčastejšie označujeme ako stretnutie dvoch alebo viacerých protikladných, do určitej miery vylučujúcich sa snažení, názorov, tendencií, postojov, záujmov atď. Priebeh tohto dynamického procesu závisí od účastníkov konfliktu, ich temperamentu. jeho spracovania, atď. Boroš (2001, s. 216) definuje konflikt „*na označenie situácie, v ktorej je človek postavený pred viaceré možnosti, resp. v ktorých sa stretávajú nezlučiteľné tendencie*“.

Samotnému konfliktu často predchádza stres. Na úplnom začiatku sú stresogénne faktory. Začiatok všetkých problémov pri výkone povolania pomáhajúcej profesie začína dlhodobou zvýšenou psychickou záťažou, ktorá vzniká vzájomnou interakciou s klientom. Pomáhajúci

vždy viac dáva ako prijíma. Profesionál si po určitom čase začína uvedomovať svoje obmedzenia, nedostatočnosti a ohraničenosť vo vzťahu ku klientovi. Na začiatku zvládnuteľná záťaž, ktorá môže byť pre neho ľahko prekonateľná, neskôr môže byť obrovským problémom. Pri krátkodobom kontakte s klientom sa nám zdá, že ide len o namáhanie adaptačných spôsobilostí osobnosti, resp. organizmu. V kladnom prípade jedinec to prijíma ako výzvu vynaložiť maximum síl, v negatívnom situáciu nezvládne a po čase vyhorí. Musíme si uvedomiť, že dlhodobá záťaž človeka, ktorý každý deň spracováva a rieši podnety iných spravidla vedie k úplnej psychosomatickej vyčerpanosti a aj z tohto dôvodu sa hromadia u neho dispozície k vytváraniu stresogénnych faktorov. Označujeme ich ako spúšťacie podnety, stresory a odpoveďou sú stresové reakcie.

Z hľadiska subjektívneho prežívania výkonu povolania sme vybrali a označili ako stresogénne faktory najmä sťažené životné podmienky (kognitívna a emocionálna nedostatočnosť porozumieť a spracovať podnety, zníženie spoločensko – ekonomickej kvality života, podmienky znemožňujúce realizovať určitú činnosť bežným zaužívaným spôsobom).

Pocit nedostatku času (subjektívne prežívaný nedostatok času, strata zmyslu vlastnej aktivity pri plnení úlohy). Ďalej tlak nezáujmu a apatie (zo strany blízkeho i širšieho sociálneho prostredia, zo strany odbornej verejnosti, vlastný nezáujem o život okolo seba, izolovanosť, opustenosť), prípadne tlak ohrozenia (súvisí s možným alebo pravdepodobným ohrozením nielen zdravia, či života, ale aj osobných záujmov, nezvládnutie klientovej situácie).

Mimoriadne náročné až traumatizujúce situácie sú tiež signálom pre stres nielen klienta, ale aj pomáhajúceho. Helus (2011) označuje všeobecný adaptačný syndróm ako schopnosť organizmu zvládnuť záťaž. Uplatňuje sa v troch fázach. V prvej sa jedná o šok. V podstate ide o poplachovú reakciu na pôsobiaci stresor. Do krvného obehu je vylúčený adrenalín zvyšujúci fyziologickú aktivizáciu. Druhá fáza je rezistencia, to znamená, že fyziologická aktivizácia sa stupňuje, organizmus mobilizuje do krajnosti svoje sily vysporiadať sa s pôsobiacim stresorom. Nakoniec tretia fáza alebo vyčerpanie hovorí o tom, že ak stres trvá príliš dlho, síl odolávať ubúda. Jedinec podľahne bez spôsobilosti odolať. Najčastejšie psychické a fyziologické reakcie z toho plynúce sú úzkosť, strach, anxieta. Protichodné reakcie ako zlosť, agresivita. Neskôr sa môže pridať apatia, depresia, až oslabenie kognitívnych funkcií. Typickými prejavmi prezentovanými navonok sú snaha o únik zo situácie, žiadosť o pomoc, často aj nevyjadrená. K fyziologickým patrí zrýchlený metabolizmus, nadmerná srdcová činnosť, rozšírenie zreníc, zvýšenie krvného tlaku, zrýchlenie dýchania, svalové napätie (Zelinová, Zelina, 2008).

Čoho sa teda treba vyvarovať, najmä v situácii ak sa musíme zachovať profesionálne? V postupnosti krokov rozvoja konfliktu zistíme určité aspekty, ktorým by sa bolo dobré vyvarovať najmä v interakcii s klientom. Negatívne prežívanie stúpa počas všetkých fáz rozvoja konfliktu. Situácia je stále horšia. Neskôr negatívne emócie mierne klesajú. Ak sa však objaví deštruktívny podnet, často sa vraciame späť do fázy deštrukcie. Takto sa to potom opakuje. Riziko spočíva v tom, že konflikt môže nadobúdať ešte negatívnejšie črty ako predtým a môže viesť k absolútnej deštrukcii. Prečo sa vlastne sociálny pracovník ocitá na rozhraní stresu a konfliktu? Najmä preto, že pracuje s ľudským potenciálom, ľudskými emóciami. Vyžaduje si úplnú individuálnu zaangažovanosť do riešenia problému. Podľa

Ondrušovej (2010) existuje niekoľko stratégií pomoci sociálnych pracovníkov klientovi. Od poskytovania bazálnych rád a informácií, cez usmerňovanie správania a učenie, až po kontaktné poradenstvo. Všetky tieto stratégie sa viažu na priamu interakciu a v mnohých prípadoch je profesionál vystavený jednosmernému odovzdávaniu energie, pričom tlak povinností byť profesionálne erudovaný a zároveň byť prosociálny je veľký. Z tejto skutočnosti pramení frustrácia, ako ďalší významný prvok pri výkone povolania.

Motivovaný človek sa stretáva pri dosahovaní cieľov samozrejme vždy s prekážkami. Tak vzniká zložitý psychický stav, ktorý označujeme ako frustrácia. *To znamená frustrácia je situácia, ktorú vyvoláva najčastejšie prekážka na ceste k cieľu alebo ohrozenie, oddialenie, znemožnenie jeho dosiahnutia. Je typ psychickej záťaže, pri ktorom ide o zmarenie možností realizovať aktualizovanú potrebu jej zablokovaním.*(Zelinová, Zelina, 2009, s. 111). Môže sa jednať o objektívne definovanú situáciu alebo vnútorne, subjektívne prežívaný stav. Sociálny pracovník je vystavený takejto forme záťaže permanentne.

Obranné frustračné mechanizmy, ktorými môže v dôsledku toho reagovať na vzniknutú situáciu sú na jednej strane agresivita alebo regresia (nezrelé správanie, detské, primitívne), hlavne ak sa nám v práci nedarí podľa našich predstáv. Ak frustrácia pôsobí na pomáhajúceho dlhodobo, môže sa to prejaviť ako snaha uplatniť únik z frustračnej situácie (napr. po jednom nevydarenej komunikácii s klientom zanechať povolanie). Niektorí profesionáli dokážu zabojovať aj pod vplyvom nezvládnutej situácie a snažia sa o potlačenie, prípadne racionalizáciu (ak sme z niečoho frustrovaní a nedosiahneme cieľ, meníme taktiku a tvrdíme o vine druhého, nezaujímavosti pre nás a pod.). V opačnom prípade vytvárame projekciu (vlastné nedokonalé správanie, zlyhanie pripisujeme iným). V mnohých prípadoch autistické myslenie (človek si vypracuje vlastné vysvetlenie svojho neúspechu a nerešpektuje fakty), identifikácia (prisvojuje si úspech iných, hoci sám sa na ňom nepodieľal). Neraz sa človek s frustrujúcou situáciou zmieri, prijíma stratu, odovzdáva sa sneniu. Dôležité je, aby búrlivý priebeh emócií vo frustrujúcej situácii, nezničoval úroveň myslenia človeka a jeho ďalších kognitívnych procesov.

Všetko to však začína zvýšenou záťažou a stresom pri výkone povolania. Záťažou rozumieme namáhanie adaptačných spôsobilostí osobnosti, respektíve organizmu. V kladnom prípade jedinec ju prijíma ako výzvu vynaložiť maximum síl, v negatívnom situáciu nezvládne. Ako stres označujeme záťaž dosahujúcu takého stupňa, že presahuje sily jedinca ju zvládať. Stres je psychický stav, kedy sa človek stretáva s udalosťami, ktoré vníma ako ohrozenie svojej duševnej alebo telesnej pohody. Stres je charakteristická fyziologická odpoveď na poškodenie alebo ohrozenie organizmu. V bežnej reči sa stres používa na spoločné označenie konfliktu, úzkosti, frustrácie, záťažovej situácie.

Osobnosť sociálneho pracovníka je vystavená rovnako nutnosti byť neustále kongruentný (Oláh a kol., 2008). Čím sa rozumie zhoda vonkajšieho prejavu s vnútorným prežívaním. Otvorené prežívanie a autentickosť má byť zásadným predpokladom pre výkon povolania. Avšak z hľadiska stresu a konfliktných situácií, ktorým je každodenne vystavený zažíva skôr deprivovanosť. O deprivácii hovoríme vtedy, ak človek nemôže vôbec alebo čiastočne dlhodobo uspokojovať svoje potreby následkom nedostatočných podnetov na svoj osobný rozvoj. Tu sa zamyslime, ako je čas na vlastnú psychohygienu u profesionála veľmi dôležitý a ako je

využívaný. Pomáhajúca profesia môže pri zvýšenej dlhodobej psychsomatickej záťaži trpieť nasledovnými druhmi deprivácie.

a) Deprivácia základných biologických potrieb (spánok, pohyb, absolútna vyčerpanosť).
b) Senzorická deprivácia (ak vplyvom zhoršeného somatického stavu, nedokáže naplno využívať všetky zmyslové orgány pri výkone povolania).
c) Citová deprivácia (chýbajú napríklad citové zážitky s blízkou osobou, viac spracováva emocionalitu druhého a zanedbáva vlastný citový život).
d) Kognitívna deprivácia (nedostatok podnetov v oblasti poznávania, myslenia, učenia).
e) Sociálna – separačná deprivácia (samota, izolácia, separácia, obmedzený kontakt s inými ľuďmi, ako so svojimi klientmi).
f) Deprivácia z nedostatku súkromia, intimity (človek je neustále v spoločnosti rovnakých ľudí a životných podmienok, problémy klienta sa mu miešajú do osobného života).
g) Existencionálna (nedostatkov podnetov na objavenie zmyslu a významu pracovného života, strata zmyslu svojej práce, nakoľko nevidieť exaktné výsledky).

Samotné dôsledky deprivácie sa môžu prejaviť ako zhoršený psychický stav jednotlivca (neurotické správanie, nesústredenosť, emocionálne obavy), zhoršený zdravotný stav (poruchy spánku, zažívania, bolesti hlavy, oslabenie imunity), zhoršená socializácia (problém so začleňovaním do sociálnych skupín, izolácia).

Vráťme sa však ešte ku konfliktom. Konflikt je situácia, v ktorej je človek postavený pred viaceré možnosti, resp., v ktorých sa stretávajú nezlučiteľné, protichodné tendencie. Pomáhajúca profesia najčastejšie rieši intrapersonálne konflikty. Čiže vnútorné (vnútorné protirečenia, rozpor medzi verbálnym prejavom a mimikou, gestikou), odohrávajúce sa vo vnútri ľudského indivídua, môžu sa neskôr premietnuť aj do konfliktov interpersonálnych. Je to akýsi rozpor medzi tým čo vykonávam, ako to robím a aké mám výsledky svojej námahy. Interpersonálne, teda vonkajšie konflikty vznikajú na základe protichodnosti záujmov, názorov dvoch osôb. Tiež ako stret motivačných síl, záujmov, cieľov, hodnôt, postojov v medziľudských vzťahoch. V danej situácii je potrebné zachovať rozvahu a emocionálnu stabilitu nakoľko to je základ pre akceptáciu odborníka zo strany klienta.

Príčiny vzniku konfliktov Zelina, Zelinová (2009) vysvetľujú tromi základnými dôvodmi. A síce osobnostnými, štrukturálnymi a komunikačnými príčinami. Osobnostné príčiny vyvolávajú a udržiavajú nežiaduce osobnostné vlastnosti jednotlivcov. Štrukturálne príčiny vznikajú na základe nezhody medzi prvkami štruktúry skupiny, členmi skupiny, ich vzťahmi a podobne. Vzájomné nepochopenie, nedorozumenie, nečestnosť vo vzťahoch (nehovoríme si pravdu a skôr či neskôr sa objaví konflikt), polopravdy, nevypovedané pravdy (so svojou pravdou zostáva jedna strana osamotená a tým jej vzniká nárok cítiť sa dotknutou, urazenou).

Nedbalosť (nedodržanie slova, zodpovednosti), ale aj samotný zámer (je to najsilnejší zdroj pre vznik aj riešenie konfliktov; ak je mojím zámerom nepochopenie druhého alebo poškodenie tak konflikt zaručene vznikne), či rozdielne názory, presvedčenie bez akceptácie druhého. Problémom môže byť aj nevytvorenie hraníc (čo chceme, čo nechceme, čo potrebujeme a čo si neželáme od druhých; ak to neurobíme stále nám budú tieto hranice porušovať). Samotné nezvládnutie konfliktu (konfliktu sa vyhýbame alebo nie sme ochotní ho

riešiť, často potom reagujeme emocionálne, z hnevu alebo zo strachu a preto útočíme alebo bránime sa), prípadne strach je zdrojom mnohých konfliktov. A v neposlednom rade skryté očakávania, vedomé aj nevedomé.

2. Prečo by sme mali konflikty riešiť?

Základnou odpoveďou je skutočnosť, že konfliktov v našom živote je dosť a stále sa hromadia a nakoniec náš život by bol jeden veľký konflikt. Konflikty je dobré riešiť preto lebo nám jednak znepríjemňujú život a berú nám radosť zo života. Pri výkone povolania osobitne platí, že konflikty nám môžu brať odvahu pokúsiť sa o niečo o čo by sme sa mali urobiť, aj keď je to riskantné. Konflikty nám narúšajú dobré vzťahy, bývajú pozadím veľmi zlých medziľudských vzťahov, celkovo neriešené konflikty znižujú kvalitu nášho života!

Ako ich teda riešiť a vyriešiť? Ideálom by bolo, ak by sme dokázali nepripustiť reakciu na konfliktnú situáciu, nedať sa strhnúť citmi, potlačiť emocionálno – citovú tenziu. To je však nadľudský výkon. Skôr pripadajú do úvahy racionalizácia konfliktu, rozanalyzovanie, pochopenie entity, čiže podstaty konfliktu. Vo vzťahu ku klientovi je vhodné nastaviť ho na spoločné hľadanie východísk ako predchádzať podobným situáciám.

Existujú určité zásady postupnosti pri riešení konfliktu. Na začiatku je treba si vyjasniť podstatu, prečo a v čom sa obe strany rozchádzajú v názoroch (predpokladom je otvorená komunikácia). Vyjasniť si príčiny konfliktu (často sa ukáže, že príčiny sú nepodstatné, ide o vzájomné nepochopenie). Pokojne prebrať možnosti (kompromisy) a navrhovať alternatívy riešenia. Nakoniec je dobré prijať rozhodnutie ako stabilný fakt, ktorý už nerozoberáme a nevraciame sa k nemu. Ak si to situácia nevyžaduje snažíme sa vo vzťahu ku klientovi vyhnúť autoritatívnemu (rozhodcovskému alebo súdnemu konaniu) a využívame skôr alternatívne riešenie konfliktu (pozitívne riešenie). Zásady pozitívneho riešenia konfliktov možno zhrnúť do niekoľkých bodov. Aktívne počúvanie iného. Vyjednávanie (obojstranné obhajovanie svojich pozícií, postojov). Mediácia (riešenie konfliktu cez nezávislú osobu, sprostredkovateľa). Porozumenie vlastným emóciám, sebe samému.

Pri riešení konfliktu sa profesionál zameriava na problém a nie na osobu. Pýta sa z čoho pramenia nedorozumenia, nie prečo je jednotlivec príčinou. Zameriavame sa na záujmy nie na obhajobu vlastnej pozície. Dáva najavo, že je motivovaní k obojstranne prospešnému a výhodnému riešeniu. Pri vyjednávaní uplatňuje asertívnu komunikáciu. Jasne, stručne formuluje svoj názor. Vytvára priestor pre názor druhej strany. Aktívne počúva. Zabezpečuje-..k obojstrannú komunikáciu, pričom venuje pozornosť vlastnej i klientovej neverbálnej komunikácii. Sumarizuje, oceňuje prínos druhej strany.

Vyrovnávanie sa s náročnými životnými situáciami dokáže človek s vysokou emocionálnou inteligenciou. Poznanie vlastných emócií – sebauvedomenie. Ovládanie emócií – sebaovládanie. Schopnosť motivovať seba samého – sebamotivácia. Vnímavosť k emóciám druhých – empatia a umenie medziľudských vzťahov – angažovanosť patria k povinnej výbave profesionála ak chce uspieť pri riešení konfliktných situácií.

Záver

Pomáhajúca profesia má vedieť analyzovať nadobudnuté poznatky a aplikovať ich v praxi. Uplatňovať znalosti z psychohygieny, metódy a techniky sebapoznania, sebaregulácie, sebavýchovy, na zvládanie stresov a rizík povolania. To sú základné aspekty ktoré napomáhajú predchádzať vzniku úplne zbytočných konfliktov v interakcii s klientom. Citlivo a taktne komunikovať s ľuďmi, uplatňovať etické princípy v správaní a konaní. Ďalším predpokladom pre zvládanie stresu je schopnosť profesionála vytvárať prostredie dôvery, bezpečia, optimizmu. Samostatne a aktívne zvládať riešenia každodenných pracovných situácií. To sú zas primárne atribúty zachovania prirodzenej psychohygieny v pracovnom prostredí. Je treba však povedať, že konflikt má aj pozitívne dôsledky. Vedie k zmene, ktorá môže byť pozitívna, ak sa starostlivo pracuje na hľadaní príčin vzniku konfliktu a konštruktívnom riešení. Stres v určitej miere aktivizuje ľudí, má mobilizačné účinky. Je jeden z prostriedkov komunikácie, lebo pomenovanie konfliktu, jeho identifikácia pomáha otvárať nové komunikačné kanály, ktoré by v opačnom prípade zostali zatvorené.

Pomáha prejavovať skryté emócie, ktoré dovtedy ovplyvňovali prežívanie jednotlivcov, má výchovný aspekt, zistíme veľa o sebe, ale oveľa viac aj o iných. Výsledkom vyriešeného konfliktu môže byť zdravšia a pozitívnejšia atmosféra. A o to nám pri výkone povolania vo vzťahu ku klientovi predsa ide.

Literatúra

BOROŠ. J. 2001 *Psychológia.* Bratislava : IRIS, 2001. 272 s. ISBN 80-88778-87-5.

HELUS, Z. 2011 *Úvod do psychologie: Učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ.* Praha : GRADA, 2011. 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.

KOPECKÁ, I. 2011 *Psychologie: Učebnice pro obor sociální činnosť.* Praha : GRADA, 2011. 200 s. ISBN 978-80-247-3875-8.

KŘIVOHLAVÝ, J. 2009 *Psychologie zdraví*. Praha : Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.

LANGMEIER, J.; KREJČÍKOVÁ, D. 2006 *Vývojová psychologie.* Praha : GRADA, 2006. 368 s. ISBN 80-247-1284-9.

MAČKINOVÁ. M.; MUSILOVÁ, E. 2013 *Děti a senioři jako klienti sociální práce.* České Budějovice : Nová Forma, 2013. 178 s. ISBN 978-80-7453-310-5.

ONDRUŠOVÁ, Z. A KOL. 2010 *Základy sociálne práce pre pomáhajúce profesie.* Bratislava : VŠZSP sv. Alžbety, 2010. 190 s. ISBN 978-80-89392-21-6.

OLÁH, M.; SCHAVEL, M.; ONDRUŠOVÁ, Z. 2008 *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce.* Bratislava : VŠZSP sv. Alžbety, 2008. 208 s. ISBN 80-969449-6-7.

ŘÍČAN, P. 2006 *Cesta životem: Vývojová psychologie.* Praha : Portál, 2006. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.

WALSH, D. 2005 Skupinové hry a činnosti pro seniory. Praha : Portál, 2005. 204 s. ISBN 80-7178-970-4.

ZELINOVÁ, M.; ZELINA, M. 2008 *Psychológia pre stredné pedagogické školy, pedagogické a sociálne akadémie a pedagogické a kultúrne akadémie.* Bratislava : SPN, 2008. 158 s. ISBN 978-80-10-01449-1.

ZELINOVÁ, M.; ZELINA, M. 2009 *Psychológia: Sociálna psychológia pre pedagogické a sociálne akadémie.* Bratislava: SPN, 2009. 160 s. ISBN 978-80-10-01796-6.

Kontakt na autora

PhDr. Peter Slovák, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
dr.slovak@gmail.com

MANAŽMENT BEZPEČNEJ MANIPULÁCIE S IMOBILNÝMI KLIENTMI

MANAGEMENT OF THE SAFE HANDLING OF DISABLED CLIENTS

Mária Cibulová – Zuzana Bohatová – Martin Cibula

Abstrakt

Cieľom prieskumu je na základe dostupnej literatúry vykonať analýzu sociálnych služieb a na základe výsledkov sformulovať návrhy a odporúčania na etický prístup pri manipulácií s imobilnými klientmi v sociálnych zariadeniach. V prvej kapitole sme sa zamerali na legislatívu, ktorá ustanovuje základné právne predpisy v oblasti bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci v sociálnej sfére. V druhej kapitole sme definovali zariadenie sociálnych služieb z rôznych zdrojov. V ďalšej kapitole sme sa zaoberali poškodením chrbtice, ktoré vyplýva zo zlej manipulácií s klientmi. V záverečnej kapitole sa zaoberáme podmienkami na zlepšenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci zamestnancov a navrhujeme patričné opatrenia, ktoré dosiahneme edukáciou.

Kľúčové slová

Bezpečnosť a ochrana zdravia pri práci, hygiena práce, poškodenie chrbtice, zariadenie sociálnych služieb.

Abstract

The aim of survey is based on the available literature to analyze social services and the results of the proposals and recommendations we use on the ethical approach in handling the disabled clients in social institutions. In the first chapter we looked at the legislation that establishes the basic legislation on health and safety at work in the social sphere. In the second chapter we defined social services facilities from different sources. In the next chapter we dealt with back injuries resulting from poor handling with clients. The final chapter deals with the conditions for improving health and safety at work of employees and propose appropriate measures to achieve education of.

Keywords

Health and safety at work, hygiene of work, back injury, social services facilities,

Úvod

Žiadne zariadenie, ktoré sa zaoberá sociálnou sférou nemôže byť úspešné, ak sa nestará o svojich zamestnancov a klientov, riziko vzniku pracovných úrazov a ich nepriaznivých ekonomických a sociálnych dôsledkov, na druhej strane vytvára podmienky na väčšiu zainteresovanosť zamestnancov, čo sa v konečnom dôsledku odzrkadlí v kvalitnom poskytovaní sociálnych služieb.

1. Úloha zamestnávateľa

Nedeliteľnou súčasťou práce zamestnávateľov je zaoberať sa filozofiou posudzovania rizík vychádzajúcich z princípu, že jednoduchým splnením predpisov na zaistenie bezpečnosti a ochrany zdravia pri práci nie je možné dosiahnuť požadovanú úroveň bezpečnosti na pracovisku hlavne pri manipulácií s imobilnými klientmi sociálnom zariadení. V záujme zamestnávateľa má byť hlavne podporovať vedomie, že v organizácií je za bezpečnosť a ochranu zdravia pri práci zodpovedný každý zamestnanec a nie iba vedúci zamestnanci. Zamestnávateľ nemôže zlepšovať manipulácií s imobilnými klientmi bez aktívnej účasti všetkých zamestnancov. Účinnosť riadenia vo všeobecnosti závisí od toho, ako je zorganizovaná práca, ako sú stanovené povinnosti a zodpovednosť jednotlivých zamestnancov, či zamestnanci chápu, ako efektívne je určená organizačná štruktúra a plnia si svoje povinnosti. To isté platí o riadení bezpečnej manipulácií s imobilnými klientmi.

Zákonnou povinnosťou zamestnávateľa je povinnosť školiť zamestnancov o príslušných bezpečnostných predpisoch, o zásadách bezpečného správania, o bezpečných pracovných postupoch a ohrozeniach a rizikách pri práci a o prevencií proti nim. Tak isto musí overiť vedomosti zamestnancov. Aj vzdelávanie zamestnancov má byť v systéme riadenia bezpečnej manipulácie. Hlavnou úlohou vzdelávania je popri sprostredkovaní informácií a inštrukcií aj získavanie zručnosti, návykov a postojov nevyhnutných na bezpečný výkon práce a bezpečné opatrovateľstvo. Kontrola musí byť systematická, plánovaná a dokumentovaná.

2. Inšpekcie

V predchádzajúcich rokoch v rámci všetkých krajín európskej únie sa vykonávajú inšpekcie zamerané na bezpečnú manipuláciu s klientmi ktoré môžu spôsobiť ochorenia podporno-pohybovej sústavy pod logom *Chráňte svoje zdravie, obmedzte záťaž!* Inšpekciou sa zisťujú skutočnosti, že problematika podporno-pohybovej sústavy si vyžaduje vzhľadom nárastu počtu ochorení trvalú pozornosť.

Cieľom týchto inšpekcií je upozorniť zamestnávateľov a zamestnancov na riziko poškodenia podporno-pohybovej sústavy súvisiacej s nesprávnou manipuláciou s imobilnými klientmi. Ďalej bolo zistené, že technická vybavenosť v sociálnych zariadení na Slovensku v porovnaní s vyspelými krajinami (napr. polohovane klientov, dvíhanie klientov z postele a do postele, vybavenie pomôckami) zaznamenávame veľký deficit v tejto oblasti. Prioritou každého zamestnanca bez toho rozdielu či pracuje v pobytovej časti zariadenia, alebo v terénnej opatrovateľskej službe musí byť to, aby si uvedomoval, že v našej Správe zariadení sociálnych služieb by sa mal každý klient cítiť bezpečne. Lebo len v bezpečnom prostredí sa seniori budú cítiť lepšie, pri posilnení sebadôvery objavia nové možnosti života a vlastný potenciál žitia v novom prostredí, alebo vo svojom domácom prostredí. Podľa Hubačovej (2004) práca personálu v domovoch opatrovateľských služieb je porovnateľná z hľadiska fyzickej namáhavosti práce s prácou personálu na geriatrických oddeleniach na oddeleniach pre dlhodobo chorých, kde je prevažná časť pacientov imobilná alebo čiastočne imobilná. Podľa viacerých autorov prácu personálu v takých zariadeniach možno porovnať s fyzicky stredne ťažkou prácou v priemysle.

Ošetrovateľstvo spolu s opatrovateľskou starostlivosťou sa od nepamäti spája s ušľachtilou a obetavou prácou ženy. Rapčíková (2007) uvádza, že pôvodné ošetrovanie vždy predstavovalo najmä milosrdnú a láskavú pomoc chorému, alebo trpiacemu človeku. Treba však zdôrazniť, že

profesionalita nevylučuje ľudskosť, ľudský prístup, ktorý nestojí veľa v povolaní opatrovateľky a dá sa zrealizovať všade a za každých okolností. Problém je však často vo výške dôchodku a tak vzniká nemožnosť dovoliť si poberať sociálne služby od poskytovateľov.

Ekonomické ukazovatele potvrdzujú neschopnosť spoločnosti postarať sa o dôstojnú starobu svojich starších obyvateľov. Prirodzená súčasť životného cyklu človeka predstavuje staroba a starnutie. Aj keď podľa nemeckého spisovateľa a novinára Petra Bamma, ktorý povedal „Ľudia majú v podstate len dve želania – zostarnúť a pritom zostať mladí.“ Túžbou viacerých seniorov je aby tento krásny proces plynul v ich prirodzenom prostredí. Z tohto dôvodu sa čoraz častejšie kladie dôraz na podporu terénnych a ambulantných sociálnych služieb pre seniorov a taktiež pre odkázané a zraniteľné skupiny obyvateľov. Okrem tohto sa bude podporovať aj deinštitucionalizácia sociálnych služieb a zlepšovanie podmienok pre podporu neformálnej starostlivosti v prostredí miestnej územnej samosprávy. Problematika sa bude riešiť aj prostredníctvom dobrovoľníkov a komunity, ktoré sa môžu zapájať inovatívnym spôsobom. Určitým spôsobom medzi dobrovoľníkov rátame aj rodinných príslušníkov, lebo rodina je nie len dôležitý ba priam najdôležitejší aspekt v terénnej opatrovateľskej službe. V súčasnosti participuje na starostlivosti o seniorov jednoznačne najúčinnejšie rodina spolu s rôznymi zdravotníckymi inštitúciami. Podľa Ondriovej proces starnutia obyvateľov ovplyvní viaceré oblasti spoločenského života – od politiky cez ekonomiku až po zdravotníctvo, sociálne veci a služby.

3. Terénna opatrovateľská služba v Nitre

Celková spoločenská klíma v populácii sa mení z dôvodu zvyšovania počtu a podielu starších a starých ľudí. Táto klíma ak je vyplnená aktívnou starobou je prínosom pre samotného jednotlivca, ktorému poskytuje pocit uspokojenia. Od roku 2013 kedy v Nitre zabezpečuje terénnu opatrovateľskú službu Správa zariadení sociálnych služieb sa služby postupne skvalitňujú, dostupnosťou, kvalitou aj kvantitou. Okrem domácnosti sa terénna opatrovateľská služba poskytuje aj v troch domoch opatrovateľských služieb. Najviac opatrovaných je 80 obyvateľov v druhom dome opatrovateľskej služby je 15 a v treťom 10 obyvateľov opatrovaných.

Do budúcnosti sa však ako hlavné kritérium pre pridelenie nájomného bytu podľa všeobecného záväzného nariadenia mesta Nitry bude zohľadňovať nutnosť poskytovania opatrovateľských sociálnych služieb. S kandidátom, ktorý spĺňa dané kritéria sa podpíše zmluva so Služybytom Nitra o prenájme a následne so Správou zariadení sociálnych služieb o poskytovaní obyvateľom vybraných služieb. Klientom v dome opatrovateľskej služby ako aj klientovi v domácnosti sa poskytujú služby spojené s hygienou tela, nákupy, príprava stravy, podávanie stravy imobilným klientom, podávanie pripravených liekov, návštevy u lekára, bežné domáce práce, pranie a žehlenie bielizne a ďalšie zmluvne dohodnuté úkony. Klienti, ktorých zdravotný stav si vyžaduje aj ošetrovateľskú starostlivosť sú podľa ošetrovateľského plánu navštevovaní, prípadne sa realizujú konzultácie s príbuznými za účelom poradenstva.

Na základe získaných informácií a záujmu rodinných príslušníkov sú zabezpečované rehabilitačné pomôcky, jednorazové a iné pomôcky potrebné pre klienta. U zvlášť imobilných klientov v domácom prostredí sú zabezpečené elektricky polohovateľné postele, prípadne zdvíhacie zariadenie, ktoré je nevyhnutné na vertikalizáciu imobilného klienta, pri polohovaní a zvlášť pri vykonávaní hygienických úkonov ako je celkový kúpeľ prípadne sprchovanie klienta.

V takýchto prípadoch musíme myslieť na bezpečnosť klienta a súčasne na bezpečné vykonávanie opatrovateľských úkonov zo strany personálu. Jedným z najlepších preventívnych prístupov je eliminácia rizika tak, že sa vyhneme priamemu vystaveniu zamestnancov riziku eliminációu ručnej manipulácie. Znamená to úplnú mechanizáciu alebo automatizáciu manipulačnej úlohy. Implementáciu týchto opatrení však sťažuje manipulácia s ľuďmi v nemocničnom prostredí alebo v sociálnom zariadení bez zdvíhacích prístrojov (Gáliková, E. 2008).

Z tohto dôvodu je nutné brať do úvahy aj dôstojnosť pacienta. Množstvo manipulačných činností s klientom ako sú polohovanie z lôžka na stoličku, z lôžka na nosidlo, z lôžka do vane, vplýva na rizikové faktory súvisiace s chrbticou najmä v dôsledku hmotnosti klientov, zaujatých polôh tela atď. Preto sa rizikovej ručnej manipulácií možno vyhnúť používaním zdvíhacieho zariadenia alebo prenášacích koľajníc. K eliminácií rizika neodmysliteľne patrí aj redukcia rizika, ku ktorej patria technické opatrenia, mechanické pomôcky a to sú výškovo nastaviteľné lôžka a vane, prenášacie stoly, vozíky. Tieto všetky a ďalšie pomôcky veľkom mierou umožňujú redukciu či dokonca elimináciu rizík spojených s manipuláciou (Škrla, P., Škrlová, M. 2008).

Hubačová vo svojej štúdií (Hubačová, L., Ritter, J. 2004), ktorá prebiehala v dvoch domovoch opatrovateľskej služby (jeden v Západoslovenskom kraji, druhý vo Východoslovenskom kraji) sledovala metódou celosmenových časových snímok práce formou nepretržitého pozorovania počas siedmich po sebe nasledujúcich kalendárnych dní. Výsledky štúdie domovoch opatrovateľskej služby sú porovnateľné so štúdiami, ktoré boli realizované v slovenských nemocniciach, kde bol najčastejší výskyt zápalových artropatii, opakujúce bolesti v oblasti chrbta a bolesti horných i dolných končatín. Až 28% respondentov predpokladá, že ich zdravotné problémy súvisia so zamestnaním. Pri porovnaní energetického výdaja tak u žien ako aj u mužov s hodnotami hraníc dlhotrvajúceho výkonu sa zistilo, že sú tieto hraničné hodnoty prekračované. To znamená, že fyzická námaha, ktorú by mal zamestnanec dlhodobo v práci vykonávať podľa svojho veku je u vyšetrovaného súboru zamestnancov nadmerná. Vysoký energetický výdaj z pohľadu celkového energetického výdaja za službu tak aj priemerného minútového energetického výdaja svedčí o neprimeranej fyzickej náročnosti viacerých pracovných výkonov, ktoré sú súvisia s opatrovaním imobilných a čiastočne imobilných obyvateľov. Manipulácia s imobilnými je spojená s významným podielom statických prvkov v dôsledku polohovaného a transportovaného zaťaženia. Príčin nadmernej pretrvávajúcej fyzickej námahy je viacero. V prvom rade je to nedostatok mechanizmov na uľahčenie manipulácie s obyvateľmi.

Hubačová v citovanej štúdii zaznamenala používanie týchto mechanizmov: gumenná kúpacia posteľ, hydraulická stolička, rebrík a bočnice na posteľ. Priemerná hmotnosť obyvateľov s ktorými personál manipuloval bola 49-98 kg. Táto hmotnosť však bola odlišná počas nočných a víkendových služieb, kedy často dvíhať a umývať obyvateľov musela len jedna osoba. Pracovníci pri možnosti subjektívneho hodnotenia príčin nadmernej fyzickej záťaže sa sťažovali, že absentuje mužská pomoc a tiež na nedostatočné technické zabezpečenie pri vykonávaní pracovných činností, na častú manipuláciu s bezvládnymi obyvateľmi. Napriek nadmerne fyzickej záťaži personál má vidieť v chorom človeka, ktorý trpí a ktorý už aj preto má nárok, aby sa personál k nemu správal zdvorilo a šetrne. Pred obyvateľom personál nikdy neprejavuje zlú náladu, naopak najideálnejšie by bolo, keby personál šíril pohodu, optimizmus, ktorý by mal pochádzať zo spokojnosti a duševnej rovnováhy personálu. Okrem zdravotných problémov zamestnanci udávali aj psychickú záťaž pri výkone profesie. Počas vykonávania svojho povolania

pracovníci za hlavný problém pri hodnotení pracovných podmienok udávali organizačné problémy, nedostatok pomôcok pri práci, nepriaznivé medziľudské vzťahy, vlastné zdravotné problémy a nevyhovujúce pracovné podmienky. Z tohto dôvodu je zámerom mnohých sociálne politických projektov rozhodnejší boj proti negatívnemu modelu starého človeka ako nepotrebného a zbytočného. Kladie sa dôraz na vzdelávanie verejnosti zameranej na pozitívne predstavy o starnutí. V tejto oblasti sa predovšetkým podpora očakáva od sociálne ekonomických vied a zlepšovanie materiálnych podmienok života.

Záver

Prieskum sa zaoberal etickým prístupom pri manipulácií s imobilnými klientmi, ktorým poskytujú sociálne služby pracovníci v pobytových zariadeniach, alebo v ich domácím prostredí. Práca uvádza údaje o problematike nepoužívania zdvíhacieho zariadenia, ako aj problém nedodržiavania pokynov pracovníkmi v týchto zariadeniach.

Literatúra

ŠKRLA, P.; ŠKRLOVÁ, M. 2003 *Kreativní ošetřovatelský management.* Praha : Advent-Orion, 2003. 477 s. ISBN 80-7172-841-1.

GRAYOVÁ, C. 2010 *Ako opatrovať chorých.* 2. vyd. Martin : Príroda, 2010. 192 s. ISBN 978-80-07-01835-8.

GÁLIKOVÁ, E. A KOL. 2008 Je práca zdravotných sestier fyzicky náročná? In *Bezpečná práca* roč. 39. 2008, č. 6, s. 7-10. ISSN 0322-8437.

HUBAČOVÁ, L.; RITTER, J. 2004 Pracovná záťaž ošetrovateľského personálu v domovoch opatrovateľskej služby. In *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík* roč. X. 2004, č. 3, s. 97-101. ISSN 1335-5090.

ONDRIOVÁ, I.; ŠÍMOVÁ, Z. 2009 Problematika zdravého stárnutia a staroby. In *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík* roč. XV. 2009, č. 3, s. 23-25. ISSN 1335-5090.

RAPČÍKOVÁ, T. 2007 Práva pacienta a kvalita ošetrovateľskej starostlivosti. In *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík* roč. XIII. 2007, č. 1, s. 13-15. ISSN 1335-5090

ZÁKON Č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona o živnostenskom podnikaní v úplnom znení.

Kontakt na autora

PhDr. Mária, CIBULOVÁ, PhD.

Inštitút zdravotníctva a sociálnej práce sv. Ladislava
ul.Slovenská11940 52 Nové Zámky
ul. Habánska 169, Horné Lefantovce 951 45
cibulova.maria@gmail.com

SOCIÁLNO–EKONOMICKÉ ZMENY A PROBLEMATICKÉ SITUÁCIE SPREVÁDZAJÚCE STARŠÍCH ĽUDÍ V SOCIÁLNYCH SLUŽBÁCH

SOCIO-ECONOMIC CHANGES AND PROBLEMATIC SITUATIONS ACCOMPANYING OLDER PEOPLE IN THE SOCIAL SERVICES

Dagmar Štiavnická – Monika Mačkinová – Jana Keketiová – Marta Vaverčáková

Abstrakt

V príspevku sme sa zamerali na aktuálne sociálno – ekonomické zmeny a problematické situácie sprevádzajúce starších ľudí, ktoré sa dotýkajú práve a najmä osôb vyššieho veku. Ďalej sme vyzdvihli sociálnu pomoc riešenia zložitých životných situácií starších ľudí, načrtli sme možnosti sociálnej prevencie a poradenstva týchto problémov a poukázali sme na osobnú zodpovednosť jednotlivca za vlastnú situáciu, kde práve sociálna práca pomáha pri riešení mnohých sociálnych problémov.

Kľúčové slová

Senior, sociálna práca, sociálna pomoc, sociálne služby, sociálno-ekonomické problémy.

Abstract

In this paper, we focused on the current socio-economic changes and problematic situations accompanying the elderly, affecting law and especially the elderly. Furthermore, we highlighted the social assistance solutions to complex life situations of older people, we outline the possibilities of social prevention and counseling these problems and pointed us to personal responsibility for their situation, where just social work helps to solve many social problems.

Key words

Senior, social work, social assistance, social services, socio-economic problems.

Úvod

Problematika starnutia populácie sa dnes dostáva na popredné miesto záujmu a stáva sa veľmi aktuálnou témou, ktorá si vyžaduje nemalú pozornosť. Aj keď nie vždy dokážeme odhadnúť vývoj tohto sociálneho javu, jeho podstatu a s tým spojené nemalé problémy, túto skutočnosť si musíme začať postupne uvedomovať, aby sme mohli spoznať predpokladaný vývoj daného javu a boli naň plne pripravení aj s navrhovanými postupmi a konštruktívnymi riešeniami.

So staršími ľuďmi sa v našom každodennom živote stretávame prakticky všade, aj keď to v reálnej miere nevnímame. Naša zaneprázdnenosť a každodenné starosti a radosti nám bránia uvedomiť si, že život nám plynie príliš rýchlo. A ani sa nenazdáme a ocitáme sa na prahu

staroby. Stáva sa nám, že často uvažujeme ako toto obdobie starnutia zastaviť, a ak to nejde, tak aspoň čo najviac spomaliť. Túžba po dlhom a zdravom živote sa v poslednom období nielen u nás, ale aj vo svete veľmi rozšírila a mali by sme si uvedomiť, že vyšší vek je priamym následkom zvyšujúcej sa životnej úrovne a môže priniesť nielen radosť, životný optimizmus, ale aj sociálnu zmenu s výskytom sociálnych problémov, ktoré predstavujú bezprostredné dôsledky nepriaznivej sociálno-ekonomickej situácie krajiny a sú odrazom celkového komplexného vývoja spoločnosti. Vysoká nezamestnanosť a s ňou spojená chudoba (hmotná núdza) a sociálna odkázanosť ako aj vyšší vek a starnutie populácie sa tak nepriamo stávajú odrazom záujmu celej spoločnosti a prinášajú aj celý rad spomínaných ekonomických, zdravotných a sociálnych problémov. K riešeniu týchto problémov je však potrebná „celospoločenská ochota“ ako aj nastavenia vhodných alternatív a pripravenosť spoločnosti na stotožnenie sa s úlohami.

1. Sociálne postavenie v starobe

Z hľadiska egoizmu je staroba obdobím straty, celkového úpadku a zhoršenej kvality života. Zmyslom sociálnej práce je však poskytnutie sociálnej pomoci a pozitívna zmena v živote seniora ako aj efektívne riešenia sociálnych a ekonomických problémov a zlepšovanie vyskytujúcich sa zložitých situácií, ktoré postihujú práve ľudí vo vyššom veku.

Na kvalitu života má veľký vplyv sociálne postavenie človeka a následné prežívanie starnutia a staroby. Pokiaľ sociálne postavenie človeka je na takej úrovni, v ktorej má zabezpečený dostatočný prijem, z ktorého vyplývajú všetky ostatné záležitosti ako sú napríklad odvody do zdravotnej a sociálnej poisťovne, z ktorých je následne poskytovaná zdravotná a sociálna starostlivosť jeho kvalita života je na dobrej úrovni. V zákone č. 460/1992 Z.z a na základe zdravotného poistenia majú občania právo na bezplatnú zdravotnú starostlivosť a na zdravotnícke pomôcky za podmienok, ktoré ustanovuje tento zákon.“ (Zákon č. 460/1992 Z.z) Pokiaľ je sociálne postavenie človeka na takej úrovni a doslova sa dá povedať že, každý deň je pre neho zápas o prežitie, tak hovoriť o jeho kvalitnom prežívaní starnutia a následnej staroby nie je na mieste, pretože, kvalita života má pre takéhoto človeka úplné iný význam a jeho rebríček hodnôt je postavený na každodennom živote zápasiť nielen s ekonomickými a zdravotnými problémami, ale odchodom do dôchodku u mnohých starších ľudí dochádza aj k výrazným sociálnym problémovým situáciám, ktorým musia čeliť. S touto skutočnosťou je veľmi úzko prepojená ekonomická situácia, ktorá má za následok obmedzenie v spoločenských a kultúrnych aktivitách a v nemalej miere aj obmedzenie kontaktov s priateľmi a blízkymi osobami (Malíková 2011, s. 22).

1.1. Zmena životného programu

Odchod do dôchodku sa vyskytujú výrazné sociálne zmeny a človek sa musí adaptovať na úplne nové podmienky či sa jedná o starobný dôchodok alebo predčasný starobný dôchodok. Tieto zmeny sa týkajú nielen akceptácií sociálnych dôsledkov vlastného prežívania života, ale hlavne sociálneho postavenia a životného programu seniora.

Pod pojmom staroba teda môžeme rozumieť aj čas, kedy starší ľudia začínajú bilancovať prežité roky, ako aj premýšľať nad životnými úspechmi resp. neúspechmi. Mnohí starší ľudia ešte pred odchodom do dôchodku prijímajú nové výzvy, možnosti uplatnenia sa, ktoré počas ich produktívneho veku buď neboli dostupné, alebo ich z rôznych dôvodov nemohli uskutočniť. Aktívni seniori absolvujú rôzne kurzy, vzdelávajú sa alebo zužitkujú svoje zručnosti a znalosti, ktoré nadobudli v minulosti (Štilec 2004).

Na druhej strane sú ale seniori, ktorí z akýchkoľvek dôvodov nemôžu naplniť svoj životný sen a vtedy do popredia by mala vstúpiť ako „ochrana" spokojného, plnohodnotného a ekonomicky zabezpečeného starnutia, práve spoločnosť.

Jedincovi, ktorý nastupuje ne cestu dôchodcu, by mali byť vytvorené podmienky na nové sociálne postavenie, status a rolu, ktorú bude vo svojom živote predstavovať. Akceptácia nového statusu, môže seniorovi priniesť prospech v prichádzajúcom období starnutia a staroby.

Vstupom do dôchodku, ktorý je mnohokrát spojený so stratou sociálnych kontaktov, sociálneho postavenia, znížením príjmu a stratou životného programu sa môže podieľať aj vznik manželských kríz, tým že manželia trávia spolu viac času a doteraz neboli na to zvyknutí. Veľmi stresujúco pôsobí strata partnera, príbuzných, priateľov, čo vyvoláva osamelosť, pocit nepotrebnosti a neužitočnosti (Krajčík, 2000).

Odchod do dôchodku je zložitou záležitosťou pre človeka z dôvodu, vystavenia sa úplne novým doteraz nepoznaným situáciám a vynára množstvo nových problémov. Uspokojovanie požiadaviek a potrieb starnúcej skupiny ľudí sa v tomto životnom období diametrálne líši v porovnaní s predchádzajúcimi obdobiami produktívneho veku a to nielen v zdravotnej starostlivosti, spoločenskom živote ale aj v sociálnom zabezpečení. U seniorov vo všeobecnosti za najdôležitejšie kritérium možno považovať rôznorodosť potrieb a možnosti ich uspokojovania, či už ide o potreby psychologické, fyziologické alebo sociálne (Slovák 2013).

Odchod do dôchodku a sním spojené mnohé sociálne a ekonomické problémy si vyžaduje prístup, ktorý upriamuje pozornosť, nielen na zmenu sociálneho statusu, zmenu životného programu starnúceho jedinca, ale aj zohľadnenie zdravotného stavu. Napriek týmto zmenám sú seniori dôležitou súčasťou spoločnosti a prinášajú nemalé životné skúsenosti a danosti, z ktorých môže naša spoločnosť nielen čerpať, ale ich môže aj plne využívať.

1.2. Sociálno-ekonomické zmeny a dôsledky starnutia

Problémom dneška je do značnej miery zvyšujúci sa počet starších ľudí, ktorí si vyžadujú odbornú starostlivosť, mnohokrát spojenú s vysokými nákladmi na potrebnú liečebnú starostlivosť, čím dochádza k zaťaženosti hlavne štátu a sociálneho zabezpečenia, ale v neposlednom rade aj rodiny ako takej. Odchodom do dôchodku sa u nich ekonomická situácia viditeľne mení. Počas aktívneho životného obdobia boli zvyknutí na svoj životný štandard, ale v dôsledku odchodu do dôchodku tomu tak už nie je. Dôvodom tejto negatívnej situácie je hlavne viditeľne znížený príjem starobného dôchodku. Na rozdiel od vyspelejších krajín EU, Slovensko je krajinou, ktorá následkom socializmu štyridsať rokov určitým spôsobom stagnovala, ekonomika a sociálny rozvoj sa nerozvíjali takým tempom, čo sa hlavne odrazilo na dôchodkovom systéme výškou vyplácaných dôchodkov.

Ďalšie nepriaznivé zmeny v dôsledku strnutia sú aj: „Sťahovanie, vplyv ageizmu, strach zo staroby, samoty, nesebestačnosti, generačnej osamelosti – úmrtie partnera a strach z fyzickej závislosti z dôvodu ochorenia, pohybového a zmyslového obmedzenia“ (Malíková 2011, s. 22). Ďalším negatívom ovplyvňujúcich seniorov s dopadom na sociálno – ekonomické zmeny je narušenie vzťahov vo vnútri rodiny, k priateľom a známym.

Zmena sociálno – ekonomických podmienok však ovplyvňuje život seniorov aj v oblasti ich ekonomického zabezpečenia. Štát prestal byť jedinou inštitúciou zodpovednou za zabezpečenie ekonomických podmienok pre dôstojnú starobu a nemalú časť zodpovednosti presunul na občana. Ten sa v relatívne krátkom časovom úseku musel prispôsobiť novým podmienkam (Lacko 2011).

K rýchlejšej adaptácii neprispeli a ani časté a pretrvávajúce zákonné zmeny v tejto oblasti. A tak na jednej strane u seniorov vidieť radosť z toho, že zmena sociálno – ekonomických podmienok im priniesla pozitíva v nových možnostiach aktívnej staroby, zároveň však pretrvávajú u nich obavy, ako finančne zabezpečiť potreby v seniorskom veku.

Musíme však poznamenať, že napredovanie ekonomiky a rýchle životné tempo prináša zmeny pre celú spoločnosť, ktorá by pri riešení sociálnych a ekonomických problémov nemala zabúdať na to, že nežijeme len teraz, ale mala by hľadieť viac aj do budúcnosti.

1.3. Ekonomické zabezpečenie o ľudí vo vyššom veku

Predlžovanie ľudského veku znamená aj zvyšovanie ekonomických nárokov na zabezpečenie komplexnej starostlivosti aktívneho starnutia seniorov. Starostlivosť o seniorov je však finančne náročná. Ak odhliadneme od prostriedkov, ktoré do ekonomického zabezpečenia vkladá štát zo štátneho rozpočtu, sú tu aj ďalšie pramene. Tie sú využívané predovšetkým na krytie aktivít v prospech ľudí v sociálnej núdzi, v ktorých sa nachádza aj množstvo seniorov (Lacko 2011)

Starí ľudia sú ohrozenou skupinou hlavne z dôvodu, že sú vylúčení z trhu práce z hľadiska veku. Chudoba dôchodcov vyplýva z poklesu príjmov v súvislosti so zámenou mzdy za dôchodok, z pokročilého veku. V európskych krajinách je prevažná väčšina starých ľudí zabezpečená na starobu zo systémov sociálneho poistenia, alebo systémov sociálneho zabezpečenia. Táto časť populácie je chránená pred chudobou štátom. Aj v Slovenskej republike je zabezpečená valorizácia dôchodkov pre túto časť populácie, avšak táto valorizácia nie je postačujúca. Vyšší životný štandard dosahujú väčšinou pracujúci dôchodcovia, ktorým finančné prilepšenie odbúrava neistotu z budúcnosti a umožňuje zlepšenie ich života.

Dôležitú úlohu, ktorá pomáha občanovi zabezpečiť základné životné podmienky, nadobudnúť sociálnu stabilitu a obnoviť sociálnu nezávislosť zohráva úroveň sociálnej ochrany, v ktorom pôsobí aj systém sociálneho zabezpečenia ako komplexný systém inštitúcií, nástrojov a vzťahov, ktoré plnia sociálne, ekonomické a ďalšie funkcie. Systém sociálneho zabezpečenia tvorí sociálne poistenie, štátna sociálna podpora a sociálna pomoc a je neoddeliteľnou súčasťou sociálneho systému.

2. Sociálno-zdravotná starostlivosť a poradenstvo

Systém zdravotnej, ako aj sociálnej starostlivosti o starších ľudí, zachovanie sebestačnosti a sociálnej integrity, prevencia adaptačného zlyhania, akceptácia špecifík vyššieho veku, schopnosť vykonávania bežných činností, ako aj schopnosť samostatnej existencie to sú aktuálne témy, s ktorými sa denne stretávame v našej spoločnosti.

Prepojenie medzi sociálnou a zdravotnou starostlivosťou sa javí ako najvýhodnejší ekonomický model starostlivosti o seniorov. Podľa Konečného (1997) starostlivosť o starších ľudí je základnou a dôležitou oblasťou sociálnej politiky nielen u nás, ale aj vo všetkých európskych krajinách. Medzi tieto formy starostlivosti patrí sociálne poradenstvo, dávky sociálnej pomoci, sociálne služby, sociálnoprávna ochrana aj peňažné príspevky na kompenzáciu (Hrozenská a kol. 2008).

Sociálne poradenstvo má špecifické postavenie v celom systéme sociálnych služieb. Ide o bezplatné poskytovanie informácií o možnostiach riešenia nepriaznivej sociálnej situácie alebo jej predchádzaniu a na základné sociálne poradenstvo má nárok každý občan (Dvořáčková 2012).

Poradenstvo je založená na vzťahu pomoci, pričom poradca má snahu podporiť rast, rozvoj, zrelosť a lepšie uplatnenie klienta, aby sa efektívnejšie orientoval vo svete a vyrovnal s vlastnou sociálnou situáciou a mal by sa podieľať na analýze problémov, pokúsiť sa lepšie poznať sám seba, pochopiť motiváciu a kauzalitu svojho správania a hľadať nové primerané formy života (Štiavnická 2014).

2.1. Sociálne služby – sociálna práca

Sociálne služby majú veľmi výrazný vplyv na kvalitu života mnohých ľudí, hlavne pomáhajú tým, ktorí sú na pomoc sociálnych služieb odkázaní a skvalitňujú im život. Podmienky poskytovania sociálnych služieb sú stanovené zákonom o sociálnych službách. Sú definované v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení zákona č. 455/1991 Zb. o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov a sú jednou z foriem sociálnej pomoci, ktorá je určená na riešenie hmotnej alebo sociálnej núdze, v dôsledku ktorej si občan nemôže sám ani s pomocou rodiny zabezpečiť základné životné podmienky, sú tiež určené na riešenie sociálnej pomoci pre občana s ťažkým zdravotným postihnutím a to prostredníctvom peňažných príspevkov na kompenzáciu sociálnych dôsledkov jeho postihnutia, ako aj formou poskytovania vhodnej sociálnej služby. Jednou z hlavných myšlienok je snaha o včasné a účinné pôsobenie na človeka v sociálnej núdzi, s cieľom motivovať jednotlivcov k vlastnej aktivite a schopnosti, plnohodnotne sa integrovať do spoločnosti. Zároveň sa kladie dôraz na vlastnú pomoc rodiny, ktorá plní zásadné výchovné, sociálne a ekonomické funkcie a preto je ako nenahraditeľná spoločenská inštitúcia základom humánnej a demokratickej spoločnosti (Zákon NR SR č. 448/2008 Z. z).

Od 1. 1. 2014 nastali v oblasti poskytovania sociálnych služieb viaceré zmeny. Novela zákona o sociálnych službách reaguje na problémy z aplikačnej praxe. Novelou sa zavádzajú nové druhy sociálnych služieb (napr. komunitné centrum, terénna práca krízovej intervencie,

podpora samostatného života) a odborných činností (napr. stimulácia komplexného vývoja dieťaťa so zdravotným postihnutím, preventívna aktivita), pričom väčšina z nich je oslobodená od platenia úhrady. Významnou zmenou pre prijímateľov sociálnej služby je zvýšenie hranice ochrany ich príjmu pred platením neprimeranej úhrady za službu. Táto úprava chráni najmä tých klientov, ktorých príjmy sú veľmi nízke, t.j. sú pod hranicou zákonom určených súm životného minima alebo len nepatrne presahujúce túto hranicu. upravili sa nové sociálne situácie a mnohé pojmy, ktoré umožnia lepšie reagovať na každodenné potreby klientov, ktorí sa ocitli v sociálnej núdzi.

Význam týchto služieb v živote občanov by mal nadväzovať na legislatívu, ako aj na poskytovateľov sociálnych služieb a mal by viezť k zabezpečeniu práva, dostupnosti a najmä kvality poskytovaných sociálnych služieb ako i k zabezpečeniu vytvorenia rovnakých príležitostí pre všetkých. Sociálne služby tak zohrávajú dôležitú úlohu v boji proti sociálnemu vylúčeniu a chudobe. Preto je lepšia prevencia, ktorá nás stojí menej prostriedkov ako odstraňovanie dôsledkov, ktoré je niekoľko násobné drahšie a trvá oveľa dlhší čas a v našom prípade by to malo platiť dvojnásobne, pretože finančných prostriedkov, ktoré sú vyčlenené na sociálne služby je veľmi málo.

V sociálnej práci a zvlášť pri poskytovaní sociálnych služieb je akceptácia voči iným ľudom, v sociálnych zariadeniach veľmi dôležitá. Sociálnu prácu so seniormi môžeme opísať ako pomoc, podporu, pochopenie, empatiu. Čiže potom sociálna práca v zariadení sociálnych služieb je profesionálna činnosť snažiaca sa o sociálnu zmenu klienta, jeho posilnenie na úroveň maximálneho osamostatnenia a zbavenia sa pocitu nepotrebnosti, a získanie podpory nového životného cieľa. Pracovník poskytujúci sociálne služby v zariadeniach sociálnych služieb musí mať dostatočnú vnútornú silu a vnútorné presvedčenie a empatiu, na zvládnutie pomoci a podpory seniorom. Včasná a adresná sociálna pomoc šetrí spoločnosti ekonomické prostriedky, ale aj v rámci pomoci zabraňuje vzniku sociálno-patologických javov v spoločnosti.

Záver

Starší ľudia sú integrálnou súčasťou spoločnosti a spoločnosť to sme my všetci v každej fáze nášho neopakovateľného života. Starší ľudia ako pokladnica múdrosti, skúseností a tradície sú priam predurčení na to, aby sa o tieto informácie delili s tými najmladšími. Staroba sa stáva pre človeka neoceniteľným darom a len od neho samotného závisí, či ju príme, naplní a objaví v nej skutočnú krásu ľudskej bytosti, pretože staroba patrí k prirodzenosti, ako aj k vyvrcholeniu celoživotného vývinu. Schopnosť spoločnosti postarať sa o tých, ktorí nedokážu sami zvládať nepriaznivé životné situácie, sa odvíja nielen od ekonomiky štátu, ale aj od sociálneho zdravia celej spoločnosti v danom štáte. Štát tvorí sociálnu politiku, vytvára a koordinuje kompetencie v oblasti sociálneho zabezpečenia medzi jednotlivými právnymi subjektmi a tiež vytvára systémové riešenia sociálnych situácií, čiže vystupuje v pozícii zákonodarcu. Snahou spoločnosti je tak zlepšiť starým ľuďom kvalitu ich života, zabezpečiť ekonomickú a sociálnu istotu, ako aj nerušené a spokojné starnutie i starobu až do vysokého veku aj formou sociálnej služby.

Dopyt po zariadeniach poskytujúcich komplexné sociálne služby by mali vyriešiť z časti nepriaznivú sociálno-ekonomickú situáciu. Vzhľadom na neustále stúpajúce ceny a nedosta-

čujúci starobný dôchodok je štandard kvality života starších ľudí mizivý. Vyšší vek však nemôžeme chápať len ako zmenu k horšiemu. Je to aj obdobie života s vlastnými kvalitami. Starší človek má právo rozhodovať o sebe a o vlastnom živote (Draganová 2006).

Starnutie populácie je v súčasnej dobe považované za jednu z najvýraznejších výziev budúceho rozvoja spoločnosti. A preto sa musí spoločnosť pripraviť na zvyšovanie podielu čoraz starších ľudí.

Všeobecne možno konštatovať, že sociálna politika štátu odzrkadľuje vyspelosť danej krajiny. Schopnosť spoločnosti postarať sa o tých, ktorí nedokážu sami zvládať nepriaznivé životné situácie, sa odvíja nielen od ekonomiky štátu, ale aj od sociálneho zdravia celej spoločnosti v danom štáte. Štát tvorí sociálnu politiku, vytvára a koordinuje kompetencie v oblasti sociálneho zabezpečenia medzi jednotlivými právnymi subjektmi a tiež vytvára systémové riešenia sociálnych situácií a snahou spoločnosti je zabezpečiť ekonomickú a sociálnu istotu, ako aj nerušené a spokojné starnutie až do vysokého veku.

Literatúra

BALOGOVÁ, B. *Seniori v spektre súčasného sveta.* Prešov: Akcent Print, 2009.103 s. ISBN 978 80-89295-19-7.

DRAGANOVÁ, H. ET AL. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2006. s. 38-129. ISBN 978-80-8063-240-3

DVOŘÁČKOVÁ, D. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory.* Praha: Grada Publishing, a.s., 2012. 112 s. ISBN 978-80-247-4138-3.

HROZENSKÁ, M. ET AL. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská.* Martin: Osveta, spol. s r.o., 2008. 180 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

KONEČNÝ, S. Sociálna politika u nás a vo svete. In: Zborník referátov z vedeckej konferencie s medzinárodnou účasťou, „Ľudské práva v sociálnej praxi – dospelý ako subjekt a objekt sociálnej práce". Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 1997. ISBN 80-88885-07-8, s. 16-23

KRAJČÍK, Š. *Geriatria*. Trnava : SAP- Slovak Academic Press, 2000. s. 16-66. ISBN 80-88908-68-X.

LACKO, M. *Hmotné zabezpečenie v starobe*. Bratislava: Sprint dva, 2011. 120 s. ISBN 978-80-89393-65-7.

MALÍKOVÁ, E. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: Grada Publishing, 2011. 328 s. ISBN 978-80-247-3148-3.

SLOVÁK, P. *Aplikovaná etika v sociálnej práci 2. „Pohľad dospievajúceho na etiku v práci so seniorom".* Zborník referátov z medzinárodnej vedeckej konferencie. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 2013. 336 s. ISBN 978-80-8132-087-3.

ŠTIAVNICKÁ, D. *Sociálno – právna ochrana, prevencia a poradenstvo*. (Prednáška na akademickej pôde Slovenskej zdravotníckej univerzite, v Bratislave, 5.2.2014). Bratislava: SZU- FOaZOŠ, 2014.

ŠTILEC, M. *Program akivního stylu života pro seniory.* Praha: Portál, 2004. 135 s. ISBN 807-17 892-08.

ZÁKON NR SR Č.461/2003 Z. z. o sociálnom poistení v znení neskorších predpisov.

ZÁKON NR SR Č. 460/1992 Zb. *Ústava Slovenskej republiky* v znení neskorších ústavných zákonov.

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

Kontakt na autora

PhDr. Dagmar Štiavnická, DiS.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Katedra sociálnej práce
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
stiavnickada@gmail.com

doc. PhDr. Monika Mačkinová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Katedra sociálnej práce
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
monika.mackinova@gmail.com

doc. PhDr. Jana Keketiová. PhD.

Trnavská univerzita v Trnave
Katedra sociálnej práce
Trnava, Slovenská republika
jana.keketiova@gmail.com

doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave
Katedra sociálnej práce
Trnava, Slovenská republika
marta.vavercakova@gmail.com

DLHODOBÁ SOCIÁLNA STAROSTLIVOSŤ O SENIOROV V ZARIADENIACH SOCIÁLNYCH SLUŽIEB V SLOVENSKEJ REPUBLIKE

LONG-TERM CARE FOR SENIORS SOCIAL IN SOCIAL SERVICES IN THE SLOVAK REPUBLIC

Monika Mačkinová – Jana Keketiová – Marta Vaverčáková

Abstrakt

Práca sumarizuje dostupné informácie ohľadne schopnosti adaptácie sa seniorov na dlhodobú starostlivosť v zariadeniach sociálnych služieb a to z hľadiska zdravotného aj sociálneho. Zamerali sme sa na problematiku z dvoch smerov. Jeden je postoj spoločnosti voči seniorom a z toho plynúca kvalita poskytovaných služieb. Druhým smerom je postoj seniorov voči ponúkaným službám a to hlavne voči dlhodobej starostlivosti v zariadeniach.

Kľúčové slová

Adaptácia, zariadenia sociálnych služieb, dlhodobá inštitucionálna starostlivosť.

Abstract

These theses summarize available information about adaptation skills of senior on long-term care in institutions from health and social point of view. We focused on this from two directions. One is attitude of society towards seniors and the quality of care services as result of this attitude. The second direction is position of seniors towards this offer of services especially in long-term institutional health care.

Key words

Adaptation, social service facilities, long-term institutional care.

Úvod

V práci sa budeme venovať dlhodobej starostlivosti o seniorov v zariadeniach sociálnych služieb a to hlavne adaptácii na nové prostredie. Schopnosť prispôsobiť sa zmeneným podmienkam budeme vnímať z dvoch uhlov. Prvým je snaha spoločnosti o hladký priebeh prechodu starému človeku z domova do zariadenia a druhým postoj samotného seniora k tejto životnej zmene.

Možnosti poskytovania sociálnych služieb pre seniorov a druhy zariadení, v ktorých sa tieto služby pre seniorov poskytujú a sú upravené v zákone č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Seniorov sa týka prvý diel piatej hlavy: *Zariadenia pre fyzické osoby odkázané na pomoc inej fyzickej osoby a pre fyzické osoby, ktoré dovŕšili dôchodkový vek*. Patria sem: zariadenie podporovaného bývania, zariadenie pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, rehabilitačné stredisko, špecializované zariadenie a denný stacionár.

1. Sociálne zariadenia

V **zariadení podporovaného bývania** sa podľa tohto zákona poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ak je odkázaná na dohľad, pod ktorým je schopná viesť samostatný život. Okrem dohľadu sa poskytuje ubytovanie, sociálne poradenstvo, pomoc pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov, upravujú sa podmienky na prípravu stravy a vykonáva sociálna rehabilitácia.

V **zariadení pre seniorov** sa poskytuje sociálna služba okrem fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby aj fyzickej osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek a poskytovanie sociálnej služby v tomto zariadení potrebuje z iných vážnych dôvodov. V tomto zariadení sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí a zabezpečuje záujmová činnosť.

V **zariadení opatrovateľskej služby** sa poskytuje sociálna služba na určitý čas plnoletej fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ak jej nemožno poskytnúť opatrovateľskú službu. V tomto zariadení sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva a utvárajú podmienky na úschovu cenných vecí.

V **rehabilitačnom stredisku** sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby, ktorá je slabozraká a fyzickej osobe, ktorá je nepočujúca alebo ktorá má ťažkú obojstrannú nedoslýchavosť. V tomto zariadení sa poskytuje sociálna rehabilitácia, sociálne poradenstvo, pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, ubytovanie, stravovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

V **domove sociálnych služieb** sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby podľa zákonom stanovených kritérií alebo fyzickej osobe, ktorá je nevidiaca alebo prakticky nevidiaca podľa zákonom stanovených kritérií. V tomto zariadení sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, ošetrovateľská starostlivosť, ubytovanie, stravovanie, upratovanie, pranie, žehlenie a údržba bielizne a šatstva, osobné vybavenie, pracovná terapia, záujmová činnosť a vytvárajú podmienky na vzdelávanie a úschovu cenných vecí (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Ak má senior Parkinsonovu chorobu, Alzheimerovu chorobu, sklerózu multiplex či iné veľmi vážne postihnutie a z rozličných dôvodov mu nemôže poskytovať starostlivosť doma, starostlivosť môže vyhľadať **v špecializovanom zariadení**. Poskytuje služby vo všetkom, čo potre-

bujú pre svoj bežný život, teda nielen pri sebaobsluhe (hygiena, strava, pohyb), ale aj pri trávení voľného času a kontaktu s rodinou, či okolím So žiadosťou o poskytnutie služieb v špecializovanom sa treba obracať na vyššie územné celky. Informáciu o konkrétnych špecializovaných zariadeniach je možné nájsť na internete, v telefónnom zozname, prípadne na vyššom územnom celku. Prehľad existujúcich špecializovaných zariadeniach je v Centrálnom registri poskytovateľov sociálnych služieb na stránkach Ministerstva práce sociálnych vecí a rodiny (Bušová et al. 2011, s. 15).

V **dennom stacionári** sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby a je odkázaná na sociálnu službu v zariadení len na určitý čas počas dňa. V tomto zariadení sa poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálna rehabilitácia, stravovanie, pracovná terapia a záujmová činnosť (Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

V týchto zariadeniach sa poskytuje formálna starostlivosť, ktorá je charakteristická tým, že je:

- poskytovaná osobám, ktoré sú odkázané na pomoc inej osoby pri bežných denných činnostiach (úkony sebaobsluhy, starostlivosti o domácnosť a základné sociálne aktivity) alebo sú ohrozené z vážnych dôvodov (napr. domáce týranie, strata obydlia),
- poskytovaná profesionálnymi pracovníkmi sociálnych služieb zabezpečovaných miestnou alebo regionálnou samosprávou alebo neverejnými poskytovateľmi,
- poskytovaná vo forme sociálnych služieb (vrátane sociálneho poradenstva) v domácom prostredí alebo v nejakom zariadení dennou, týždennou alebo celoročnou formou,
- financovaná primárne z rozpočtov miestnej a regionálnej samosprávy, úhrady užívateľa/ sociálnej služby, príp. z iných zdrojov,
- vyžadujúca plnenie zákonom stanovených kvalifikačných predpokladov na strane zamestnancov sociálnych služieb (Bednárik et al. In Repková 2010, s. 28).

1.1. Služby poskytované seniorom v zariadeniach sociálnych služieb

Druhy sociálnych služieb na riešenie nepriaznivej sociálnej situácie z dôvodu dovŕšenia dôchodkového veku sú podľa zákona č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov: opatrovateľská služba, prepravná služba, sprievodcovská a predčítateľská služba, tlmočnícka služba, sprostredkovanie tlmočníckej služby alebo osobnej asistencie a požičiavanie pomôcok.

Na lokálnej úrovni pre dlhodobú starostlivosť o staršie osoby pôsobia zariadenia pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, zabezpečovanie terénnej opatrovateľskej služby, prepravnej služby, odľahčovacej služby a základného sociálneho poradenstva. Na regionálnej úrovni pre dlhodobú starostlivosť o starších sú k dispozícii domovy sociálnych služieb, špecializované zariadenia, na tejto úrovni sa zabezpečuje tlmočnícka služba a poskytovanie základného sociálneho poradenstva. V rámci podporných služieb je možné starším odkázaným osobám a ich rodinám poskytovať služby monitorovania a signalizácie potreby pomoci, služby v denných centrách, stravovacích zariadeniach a v strediskách osobnej hygieny či v práčovniach (Repková 2011, s. 17).

Odľahčovacia služba je podľa horeuvedeného zákona sociálna služba poskytovaná fyzickej osobe, ktorá opatruje fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím podľa osobitného Predpisu ktorou sa poskytuje alebo zabezpečuje fyzickej osobe s ťažkým zdravotným postihnutím sociálna služba počas obdobia, v ktorom fyzická osoba, ktorá opatruje, nemôže opatrovanie vykonávať (zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách).

Pri poskytovaní odľahčovacej služby, je obec povinná zabezpečiť sociálnu službu fyzickej osobe, podľa jej výberu v takom rozsahu, ako je odkázaná na pomoc inej fyzickej osoby. Z uvedeného vyplýva, že ak si fyzická osoby vyberie poskytovanie opatrovateľskej služby a je odkázaná na pomoc v rozsahu určenom zákonom, je potrebné jej zabezpečiť sociálnu službu najmenej v rozsahu 12 hodín denne. V súlade s ustanovením § 54 sa prostredníctvom odľahčovacej sociálnej služby poskytuje alebo zabezpečuje sociálna služba fyzickej osobe, ktorá je opatrovaná fyzickou osobou v rámci príspevku na opatrovanie. Opatrovanej osobe sa teda poskytuje niektorá so sociálnych služieb za podmienok upravených zákonom (http://www.employment.gov.sk/ index.php?SMC= 1&id=15690, 07.11.2011).

Druhy starostlivosti o seniorov rozoznávame: *Komunitná starostlivosť*: domáca starostlivosť, preventívne návštevy, opatrovanie v domácnosti, neformálna domáca starostlivosť, rodina ako poskytovateľ starostlivosti, priatelia, sociálna sieť a aktivity, denné centrá, atď. *Intermediárna starostlivosť*: asistované bývanie v komunite, denná starostlivosť, odľahčovacia starostlivosť, krátkodobá starostlivosť, ošetrovateľstvo. *Akútna starostlivosť*: nemocničná a pohotovostná starostlivosť. *Rezidenčná starostlivosť*: domy opatrovateľskej služby, domovy pre starších ľudí s jednotkami starostlivosti, hospice pre ľudí s potrebou paliatívnej starostlivosti (Kümpers et al. In Repková 2011, s. 23). V našich podmienkach je jej súčasťou tak zdravotná ako aj sociálna starostlivosť.

Ďalej sa zameriame konkrétne na adaptáciu seniorov na inštitucionalizované prostredie a faktory ovplyvňujúce ich schopnosť socializácie sa v novom prostredí. Adaptáciou budeme rozumieť schopnosť starého človeka prispôsobiť sa novému prostrediu, ktoré bude musieť po zbytok svojho života považovať za svoj domov. Úspešná adaptácia závisí od dôvodov, ktoré viedli k rozhodnutiu spoľahnúť sa na inštitucionálnu starostlivosť, miery funkčnej poruchy, blízkosti rodiny, partnera, náročnosti vybavovania formálnych záležitosti a v neposlednom rade finančné zabezpečenie. Socializáciou budeme rozumieť tendenciu starého človeka zapájať sa do rôznych spoločenských činností a zúčastňovať sa na aktivitách každodenného života. Oba pojmy sú spájané hlavne so starostlivosťou poskytovanou dlhodobo v zariadení alebo počas celého roka. Definícia OECD (Nicholsonová 2011) definuje dlhodobú starostlivosť ako súbor služieb potrebných pre osoby odkázané na pomoc inej osoby pri vykonávaní základných aktivít každodenného života. Zložka osobnej starostlivosti je často poskytovaná v kombinácii so základnou zdravotnou starostlivosťou ako sú ošetrenie rán, manažovanie bolesti, podávanie liekov, zdravotnícke monitorovanie, prevencia, rehabilitácia alebo paliatívna starostlivosť.

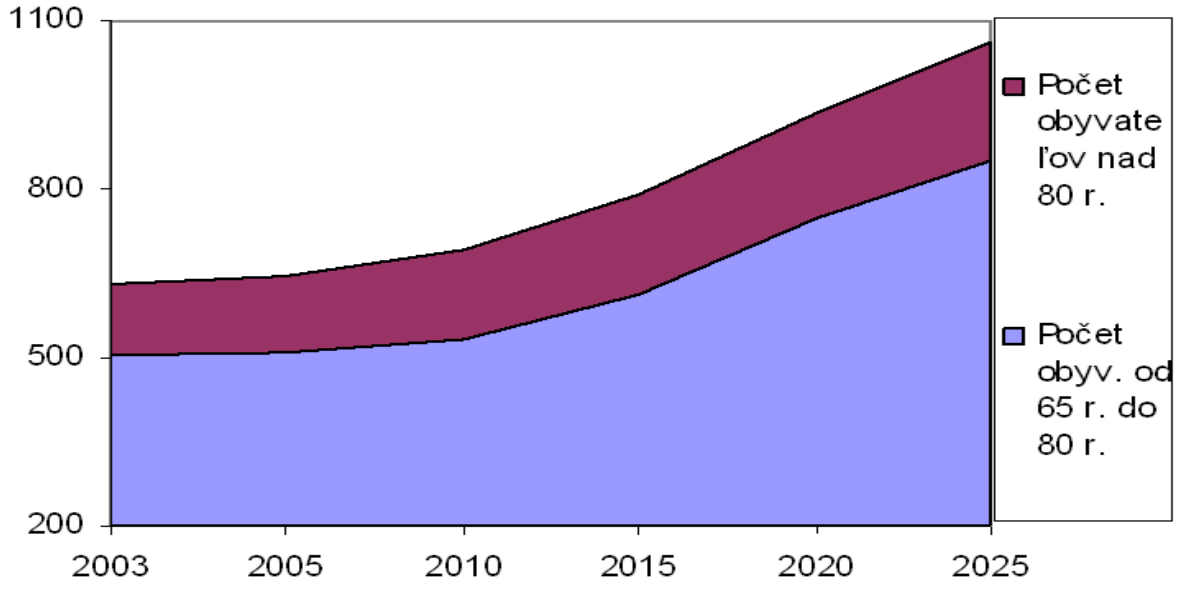
„Dlhodobá starostlivosť je na Slovensku zabezpečovaná najmä prostredníctvom systému sociálnych služieb, ktorú dopĺňa zvýšená pozornosť voči starším osobám v systéme zdravotníckej starostlivosti.“ (Repková 2011, s. 16).

V súčasnosti sa uplatňuje vízia rozvoja sociálnych služieb koncipovaná v dokumente *Národné priority rozvoja sociálnych služieb*. V dokumente sa vychádza z reálneho stavu v poskytovaní

sociálnych služieb poznačeného ich čiastočnou nedostupnosťou a nedostatočnými materiálno-technickými podmienkami ich poskytovania. Primárnym cieľom je preto zvýšiť dostupnosť a prístupnosť sociálnych služieb pre všetkých občanov, ktorí sú na ne odkázaní a dosiahnuť udržateľnosť ich financovania. Národné priority boli vypracované so zámerom rámcovať a pomáhať aktérom pri rozvíjaní ich aktivít v tejto oblasti a priamo sú východiskom pre vypracovanie záväzných *Koncepcií rozvoja sociálnych služieb pripravovaných samosprávnymi krajmi* (regionálna úroveň) a záväzných komunitných plánov sociálnych služieb vypracovaných samosprávnymi orgánmi obcí a miest (lokálna úroveň). Regionálne koncepcie a plány obcí budú slúžiť ako nástroje rozvoja sociálnych služieb na samosprávnej úrovni (Repková 2011, s. 27-28).

2. Senior v súčasnej spoločnosti

Na Slovensku žije vyše 900 tisíc obyvateľov vo veku 60 a viac rokov, ktorí tvoria 17% populácie. Pribúdajúci vek, zdravotné ťažkosti a sociálna izolácia sú hlavnými príčinami postupnej rezignácie a straty životného optimizmu (Nadácia Orange 2010). V dnešnej dobe je senior spájaný so sociálnym statusom dôchodcu, je považovaný za neaktívneho či neproduktívneho a s mnohými zdravotnými ťažkosťami. Tento stereotypný pohľad na starobu považuje seniorov za homogénnu skupinu bez individuálnych rozdielov, ktorá je pre spoločnosť skôr záťažou, pretože odčerpáva významnú časť spoločenských zdrojov (Matoušek et al. In Tirpák, Michančová 2011, s. 100). Prežívanie staroby ako obdobia života závisí od vyrovnania sa s novými podmienkami a obmedzeniami v živote, od orientácie v osobnej situácii a identifikácie s novými rolami a s vlastnými možnosťami. Niekedy k záťažovej situácii prispieva aj skutočnosť, že súčasná spoločnosť je silno orientovaná na mladosť, výkonnosť, efektívnosť, teda viac pragmaticky a len málo oceňuje hodnoty, sprevádzajúce skôr staršie obdobia života – napr. skúsenosť, životnú múdrosť, hlbšie sebapoznanie a podobne (Ruiselová 2004, s. 439).



Graf č. 1. Prognóza počtu seniorov v Slovenskej republike do r. 2025 (v tis.) zdroj: Nicholsonová 2011

Súčasný trend v oblasti starostlivosti o seniorov v Európe je zameraný sa na ideály sebaurčenia a sebaopatery, odráža zmeny v postojoch tvorcov politík, odborníkov aj užívateľov, pričom zdôrazňuje väčšiu zodpovednosť jednotlivca a rodiny, ako aj poskytovanie financií namiesto služieb (Kümpers et al. In Repková 2011, s. 68).

Práve tieto skutočnosti silno vplývajú na kvalitu a rozsah poskytovanej starostlivosti o seniorom. Spomínané faktory priamo súvisia s náročnosťou prispôsobovania sa seniorov novým podmienkam nie len smerom k spoločnosti ale aj vo svojom súkromí. Aby sme lepšie pochopili prečo vznikajú problémy adaptácie sa na nové životné podmienky v prípade seniorov, musíme najskôr pochopiť ako je vnímaná inštitucionálna starostlivosť oproti iným formám.

Adaptácia seniorov na dlhodobú starostlivosť v zariadeniach

Na kvalitu života v zariadení vplýva skutočnosť, prečo je práve táto forma starostlivosti riešením, prístup personálu, rozsah poskytovaných služieb a prístup k týmto službám. Dlhodobá starostlivosť v zariadení by mala pozostávať v závislosti od druhu zariadenia z:

- poskytovania nevyhnutnej starostlivosti (stravovania, bývania, zaopatrenia),
- ďalšej starostlivosti (poradenstva, záujmovej i kultúrnej činnosti),
- osobného vybavenia,
- podporovania účasti na spoločenskom živote,
- zabezpečenia úschovy cenných vecí (Bartošovič, Pavlov 2006, s. 347-348).

Dlhodobá starostlivosť je poskytovaná správne a riadne ak sa prihliada na faktor kvality života, ktorý podľa Svetovej zdravotníckej organizácie tvoria: (WHO In Šimová 2004, s. 129):

1. *Fyzické zdravie* – od neho závisí energia a únava, bolesť a diskomfort, spánok a rozvoj.
2. *Psychologické zdravie* – vyjadruje image, negatívne a pozitívne city, sebahodnotenie, spôsob myslenia, učenie, pozornosť (sústredenosť)
3. *Úroveň nezávislosti* – pohyb, denné aktivity, pracovná kapacita, závislosť na liekoch
4. *Sociálne vzťahy* – osobné vzťahy, sociálna opora, sexuálna aktivita
5. *Prostredie* – prístup k finančným zdrojom, sloboda, bezpečie, zdravé prostredie a sociálna starostlivosť, domov, prístup k informáciám, účasť na rekreácií, cestovanie, fyzické prostredie
6. *Spiritualita* – osobná viera a presvedčenia, hodnotová orientácia.

Ak seniori nedokážu o seba postarať, žiadajú o prijatie do zariadenia pre seniorov. Po hmotnej stránke sú tam veľmi dobre zaistení, ale strácajú dve veľké ľudské hodnoty – slobodu a súkromie (Vansač In Tirpák, Michančová 2011, s. 104). „Žiadatelia o miesto v domove očakávajú zaopatrenie, ošetrovanie, uľahčenie situácie príbuzným, nadviazanie kontaktov s rovesníkmi, zlepšenie bytovej situácie, v každom prípade ale ošetrovanie a liečbu. Na druhej strane sa ale obávajú straty individuality, slobody, aktivity, bytu, kontaktov a príjmu.“ (Hegyi 1993, s. 54). Podľa Vágnerovej (In Tirpák, Michančová 2011, s. 105) umiestnenie v zariadení pre seniorov znamená pre seniora veľmi veľkú zmenu spôsobu života, ktorá je spojená so:

- stratou zázemia, to jest známeho teritória (byt, materiálne a sociálne okolie),

- potvrdzuje stratu autonómie a sebestačnosti seniora,
- je chápané ako signál blížiaceho sa konca života.

Úspešná adaptácia

Adaptačný proces na sociokultúrne podmienky inštitucionálneho zariadenia spravidla prebieha v troch etapách:

- *Prvá fáza*: očakávania – ide o časový úsek začínajúci rozhodnutím, podaním žiadosti až po vlastný odchod seniora do zariadenia sociálnych služieb.
- *Druhá fáza*: vlastnej adaptácie – k nej dochádza následne po nástupe seniora do tohto zariadenia, pričom môže trvať v priemere šesť mesiacov.
- *Tretia fáza*: doznievajúcej stresovej situácie – býva sprevádzaná aktívne a pozitívne ladeným prispôsobovaním sa seniora na nové sociálne podmienky a životný štýl (Határ In Tirpák, Michančová 2011, s. 105).

Úspešná socializácia

Úspešná socializácia sa prejavuje snahou seniora zapájať sa do aktivít v každodennom živote a v podobe sebarealizácie podľa svojich možností. „Jednou zo základných ľudských potrieb je potreba sebarealizácie. Táto potreba má snahu sa napĺňať výlučne v činnostiach, ktorých cieľom je prospech jednotlivca a spoločnosti, v ktorej jedinec žije. Výkon takýchto činností nazývame prácou, tá dáva človeku možnosť ďalších socializačných procesov prostredníctvom ktorých sa osobnosť človeka zdokonaľuje, je preňho osobitým zdrojom sociálnych kontaktov a tak ho chráni od sociálnej izolácie.“ (Vágnerová In Skarupová 2011, s. 50).

Sociálna inklúzia (začlenenie) je hlavne u seniorov nesmierne dôležité z hľadiska kvality života a ich nezávislosti. Príležitosť spolupracovať a podieľať sa na fungovaní spoločnosti alebo komunity im prináša pocit autonómie a dôstojnosti. U seniorov obvykle dochádza k znižovaniu sociálnych kontaktov, k znižovaniu aktivity a strate pocitu užitočnosti. Pre ľudí žijúcich v inštitucionalizovaných zariadeniach je nesmierne dôležitá spolupráca a kontakt s komunitami mimo tohto zariadenia (Holmerová 2007, s. 39). Vzhľadom na fenomén starnutia populácie sa považuje za prioritu venovať adekvátnu pozornosť otázkam inštitucionálnej sociálno-výchovnej starostlivosti o seniorov.

Problémy pri socializácii

Samostatnú skupinu tvoria geriatrické sociálne syndrómy. Takto označujeme klinicky významné situácie, ktoré postihujú jedincov vyššieho alebo vysokého veku a vznikajú pri narušení rovnováhy pri priamom pôsobení nepriaznivých sociálnych činiteľov alebo pri neprimeranej reakcii seniora na ne.

Disfunkcia rodiny – patrí medzi najčastejšie sociálne syndrómy v geriatrii. Vzniká ak rodina nechce, nemôže alebo nevie plniť svoju podpornú funkciu voči seniorovi.

Sociálna izolácia – vzniká napríklad pri strate spoločenskej úlohy a prestíže odchodom do dôchodku, pocitom nepotrebnosti, nepripravenosti na starnutie, porucha zdravia, extrémna chudoba, antisociálne správanie alebo sociálna deviácia.

Násilie páchané na senioroch – patrí sem zneužívanie (ak sa od seniora vyžaduje viac podpory, či už finančnej, psychickej alebo fyzickej než je schopný poskytnúť), zanedbávanie v podobe deficitu v citových vzťahoch, nedostatku podpory, starostlivosti a prejavov rodinnej súdržnosti a v neposlednom rade týranie a to fyzické alebo psychické (hrozby, nátlak).

Socioekonomický stres – dochádza k narušeniu nie len osobnej identity, ale aj k ohrozeniu sociálnej existencie či k ohrozeniu, obmedzeniu alebo spochybneniu jeho sociálnej kompetencie (Hegyi 2001, s. 41-42).

Literatúra

BARTOŠOVIČ, I. 2006 *Seniori v domove dôchodcov*. Bratislava : Charis, 2006. 156 s. ISBN 80-88743-63-X.

BARTOŠOVIČ, I.; PAVLOV, P. 2006a Starostlivosť o seniorov v domovoch dôchodcov. *Via practica*. 2006, 3. ročník, 7-8 číslo, s. 347-350. ISSN 1336-4790.

Bartošovič, I.; Pavlov, P. 2006b Minimum z klinické gerontologie pro lékaře a sestru v ambulanci. *Via practica* roč. 3. 2006, čís. 7-8, s. 347-350. ISSN 1336-4790.

HEGYI, L.; KRAJČÍK, Š. 2010 Geriatria pre praktického lekára. In BARTOŠOVIČ, I.; OCHABA, R.; BIELIK, I. Niektoré problémy sociálnej inštitucionálnej starostlivosti o seniorov na Slovensku. *Lekársky obzor* roč. 59. 2010, čís. 9., s. 348 – 358. ISSN 0457-4214.

HOLMEROVÁ, I. 2007 *Vybrané kapitoly z gerontológie.* 3. vydanie. Praha : EV public relations, 2007. 145 s. ISBN 978-80-254-0179-8.

NÁRODNÉ PRIORITY ROZVOJA sociálnych služieb. Bratislava : Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky, 2009. 35 s.

NICHOLSONOVÁ, L. 2011 *Je potrebné legislatívne upraviť dlhodobú starostlivosť na Slovensku?* Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky. Slovenské ekonomické fórum 26.9.2011.

REPKOVÁ, K., ET AL. 2011a *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (2) : Prevencia a rehabilitácia. Rámec pre dlhodobú starostlivosť*. Bratislava : Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2011. 153 s. ISBN 978-80-7138-131-0.

REPKOVÁ, K., ET AL.2011b *Dlhodobá starostlivosť o starších ľudí na Slovensku a v Európe (3): Správa, riadenie a financovanie.* Bratislava: Inštitút pre výskum práce a rodiny, 2011. 230 s. ISBN 978-80-7138-133-4.

SVETOVÁ ZDRAVOTNÍCKA ORGANIZÁCIA. *Indikátory kvality života*. In: ŠIMOVÁ, Eva. Kvalita života seniorov [online]. Košice : Fakulta verejnej správy, Univerzity Pavla Jozefa Šafárika, 2004. Dostupné z WWW: http://www.pulib.sk/elpub2/FF/Dzuka3/17.pdf [cit. 2011-08-07].

TIRPÁK, P.; MICHANČOVÁ, S. 2011 Kvalita života a ľudské práva v prosociálnej spoločnosti [online]. Prešov : Prešovská univerzita v Prešove, Gréckokatolícka teologická fakulta, Katedra aplikovanej edukológie, 2011. 211 s. ISBN 978-80-555-0343-1.

VANSAČ, P. 2011 Kvalita života starších ľudí v zariadení pre seniorov. In TIRPÁK, P.; MICHANČOVÁ, S. *Kvalita života a ľudské práva v prosociálnej spoločnosti.* Prešov :

Prešovská univerzita v Prešove, Gréckokatolícka teologická fakulta, Katedra aplikovanej edukológie, 2011. 211 s. ISBN 978-80-555-0343-1.

ZÁKON NR SR Č. 36/2005 Z.z. o rodine v znení neskorších predpisov.

ZÁKON NR SR Č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách v znení neskorších predpisov.

Kontakty na autory

doc. PhDr. Monika Mačkinová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Katedra sociálnej práce
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
monika.mackinova@gmail.com

doc. PhDr. Jana Keketiová. PhD.

Trnavská univerzita v Trnave
Katedra sociálnej práce
Trnava, Slovenská republika
jana.keketiova@gmail.com

doc. PhDr. Marta Vaverčáková, PhD.

Trnavská univerzita v Trnave
Katedra sociálnej práce
Trnava, Slovenská republika
marta.vavercakova@gmail.com

ADAPTÁCIA NA STARNUTIE A STAROBU

ADAPTATION AT AGING AND OLD AGE

Monika Stojáková

Abstrakt

Príspevok sa zaoberá sociálnym rozmerom starnutia slovenskej populácie. Predstavuje priebeh adaptačného procesu na starnutie a starobu s dôrazom na zmenu sociálneho statusu (samotný odchod do dôchodku, na proces aktívneho starnutia a s tým súvisiacej edukácie a formy prípravy na aktívne a hodnotové starnutie).

Kľúčové slová

Starnutie, staroba, sociálny rozmer, sociálna adaptácia, sociálna dezorientácia, aktívne starnutie.

Abstract

Contribution is devoted to social dimension of ageing of the Slovak population. It introduces an adaptation of the process of ageing and old age with an emphasis on the change of social status (the retirement age, on the process of active ageing and related education and training for active ageing and its value).

Key words

Aging, old age, social dimension, social adaptation, social disorientation, active ageing.

Úvod

Sociálna adaptácia nemôže byť plnohodnotná bez aktívneho vzťahu seniora k sociálnemu prostrediu. Adaptácia seniora súvisí s tým, ako zachováva, plní a rozvíja svoju zmenenú funkciu, ako sa zúčastňuje na živote rodiny, aké má kontakty s inými ľuďmi, ako udržiava svoje fyzické a duchovné schopnosti na základe uspokojovania vlastných potrieb. Dôležitou podmienkou adaptácie je optimalizácia vzťahov, ktoré možno dosiahnuť na základe hlbokého vzájomného emocionálneho pochopenia.

1. Počiatok staroby

Za začiatok sociálnej, ale aj psychologickej staroby je potrebné považovať rok odchodu ženy a muža do starobného dôchodku, teda okolo 60. roku života. Tento vek je podmienený vznikajúcim sociálnym statusom muža a ženy pri odchode do dôchodku. Status dôchodcu má predovšetkým výrazne psychologický a emocionálny dopad pre jednotlivca a jeho okolie, ale tiež zmenu jeho spoločenského postavenia danú nielen obmedzením spoločenských aktivít,

ale aj ekonomického obmedzenia. Možno povedať, že v tomto veku sa začína sociálna staroba jedinca. Sociálna pozícia seniora je určená jeho postavením, ktoré zaujíma vo vzťahu k ostatným sociálnym pozíciám. Sociálna pozícia sa skladá zo sociálneho statusu a sociálnej roly. Získaná sociálna pozícia sa nadobúda vlastním úsilím jedinca. Pripísaná je vrodená, pridelená je príslušnosťou k určitej spoločenskej vrstve. Pre seniora, ktorý sa usiluje o zdravú a pozitívnu starobu je dôležité, ako vidí sám seba a ako ho vnímame my. Sociálna rola úzko súvisí jednak so spoločenskými normami správania, ktoré sú zakotvené v spoločenských zvykoch, obyčajach, zákonoch a tabu, jednak s formami sociálnej kontroly správania sa indivídua. Sociálna adaptácia je interakčný proces, diferencovaného a v podstate celý život prebiehajúceho prispôsobovania meniacemu sa spoločenského a hmotnému prostrediu života subpopulácie seniorov, v ktorej starý človek žije, kde sa starý človek vyrovnáva s novými alebo zmenenými faktormi svojho sociálneho prostredia, do ktorého je včlenený. Konečnou fázou adaptačného procesu je úplné vyrovnanie, včlenenie nových podmienok, parciálna adaptabilita alebo inadaptabilita. V našej spoločnosti je vytvorený model staroby, ktorý práve starým ľuďom vyhovuje. Seniori sa musia aktívne a s príznačnou múdrosťou usilovať o obojstranne dobré vzťahy s deťmi a vnukmi. Chcú byť užitočnými a zanechať spomienku ako lúč večnosti, ktorý bude sprevádzať mladšiu generáciu celým pozemským životom (Koval 2005).

Podľa Hamiltona (1999) adaptácia na starobu by mohla u niektorých jedincov prebiehať lepšie, pokiaľ by starší človek mal možnosť zapojiť sa buď do dobrovoľníckych aktivít, alebo do pracovného procesu.

Situácia, v ktorej sa človek ocitol na prahu 21. storočia pripomína novú historickú križovatku, na ktorej musí globalizované ľudstvo nájsť nový zmysel svojej existencie i nový smer svojho rozvoja. V podmienkach globalizácie ľudský zmysel nestratil svoj zmysel. Zmysel stráca len život, ktorý žijeme bez predstáv, ktoré nám vnútila moderná spoločnosť (Balogová a kol. 2009).

Proces starnutia je spojený s výraznými zmenami v sociálnej oblasti. K podstatným zmenám dochádza predovšetkým v rodine. Strnúci rodičia, ktorých deti už dospeli a opustili domácnosť, žijú väčšinou sami. Strácajú nielen rodičovskú, ale i prarodičovskú funkciu, predovšetkým však i významnú materiálnu, sociálnu a psychickú podporu svojich detí v starobe (Žumarová, Balogová 2009).

2. Fenomén aktívneho starnutia

Predpokladá sa, že v roku 2030 bude štvrtina populácie v ekonomicky rozvinutom svete vo veku nad 65 rokov a v takmer polovici západnej Európy vo veku nad 50 rokov. Odborníci z viacerých oblastí výskumu sa venujú otázkam starnutia a staroby z viacerých uhlov pohľadov. Predĺžil sa priemerný vek, znížila sa úmrtnosť, ale maximálna dĺžka života a tempo starnutia zostali rovnaké. Hrozenská (2008) v tejto súvislosti hovorí o tom, že súčasná veda dokáže podstatne znížiť úmrtnosť v strednom veku, ale riziko úmrtia vo vysokých vekových skupinách neovplyvnila. Akýkoľvek pokrok medicíny, akékoľvek zlepšenie životných podmienok, akékoľvek zlepšenie v hygiene, to všetko podstatne znížilo riziko smrti u mladých a stredne starých ľudí, nepomohlo to však zraniteľnému organizmu starcov.

Ako uvádza Holmerová (2006) v minulosti sa otázkam aktívneho starnutia nevenovala takmer žiadna pozornosť. Vyššieho, či vysokého veku v dobrom zdravotnom stave sa nedožívalo mnoho ľudí, čo znamenalo, že nebolo dôležité riešiť podobnú problematiku. Situácia sa ale celkom zmenila. V súčasnej dobe je dôležité propagovať celoživotný aktívny prístup k životu a zvyšovať informovanosť verejnosti o formách zdravého života v starobe. Na Slovensku sa zatiaľ tento postoj nestal bežnou súčasťou života dnešných seniorov. Myšlienka aktívneho starnutia môže byť do budúcnosti riešením nielen pre spoločnosť, ale aj samotného seniora. Je nesmierne dôležité, aby človek vyššieho veku nachádzal zmysluplnosť svojho života, a aby bola čo najdlhšie zachovávaná jeho autonómia. V minulosti neboli seniori zvyknutí uvažovať o príprave na starobu, ani rozmýšľať nad starnutím ako aktívnej časti svojho života. Skôr sa od starnutia očakávalo pasívne trávenie voľného času. V poslednom čase však dochádza k veľkým zmenám, ľudia si začínajú uvedomovať, že situácia sa mení. Budúci seniori by preto mali pozerať na toto životné obdobie úplne inak. Je síce pravdou, že na zmenu nikdy nie je neskoro, ale nie je možné ľuďom prikazovať, akým spôsobom majú žiť (Pavelková 2014). Niektorým vyhovuje väčší podiel aktivity v priebehu života, iným zasa naopak. Vo väčšine je starnutie pokračovaním predchádzajúceho štýlu života a preto je nutné začať s aktívnym prístupom čo najskôr (Hamilton 1999).

Z prieskumov uskutočnených v posledných rokov jasne vyplýva, že existuje priama súvislosť medzi životnou spokojnosťou a schopnosťou aktívneho prístupu k životu. Celková spokojnosť seniora je vyššia, ak zostáva optimistom, venuje sa rôznorodým činnostiam a koníčkom, a ak u neho prebehla aspoň neplánovaná príprava na starobu (Kuchařová a kol. 2002).

Záver

Akékoľvek formy sebavzdelávania, získavania nových vedomostí a poznatkov, ale aj pravidelné stretávanie sa ľudí dôchodkového veku, prispievajú k plnohodnotnému prežitiu života v starobe, a preto by sa celá naša spoločnosť mala snažiť všetky zmienené aktivity sprístupniť čo najväčšiemu počtu seniorov. Prostredníctvom edukačných programov môžu ľudia vyššieho veku získať vyššie ohodnotenie a pocit uspokojenia z prevádzaných činností. Taktiež môžu nadväzovať nové priateľstvá, kvalitne tráviť voľné chvíle, zlepšiť si predpoklady pre mimopracovné aktivity a vyhnúť sa pocitom osamelosti, či nepotrebnosti pre spoločnosť (Haškovcová 2000).

Literatúra

BALOGOVÁ, B. ET AL. 2009 *Múdrosť veku – vek múdrosti*. Prešov : FF PU Prešov, 2009. 101 s. ISBN 978-80-555-0084-3.

HAMILTON, I. S. 1999 *Psychologie strárnutí*. Praha : Portál, 1999. 320 s. ISBN 80-7178-274-2.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2000 *Thanatologie*. Praha : Galen, 2000. 191 s. ISBN 80-7262-034-7.

HOLMEROVÁ, I. ET AL. 2006 Aktívní stárnutí. *Česká geriatrická revue*. roč. 4. 2006, č. 3, s. 163-168. ISSN 1214-0732.

HROZENSKÁ, M. ET AL. 2008 *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin : Osveta. 2008. 182 s. ISBN 978-80-8063-282-3.

KOVAL, Š. 2005 *Gerontológia a geriatria pre sociálnych pracovníkov*. Učebné texty pre bakalárske a magisterské štúdium sociálnej práce. Trnava : FZaSP, 2005.

KUCHAŘOVÁ, V. 2002 *Život ve stáří*. Praha : Výskumný ústav práce a sociálních věcí, 2002. 89 s. [cit. 11.01.2010]. Dostupné na htt://www.vupsv.cz/.

PAVELKOVÁ, J. Finanční gramotnost. *Slovenská revue pre verejnú politiku a verejnú správu*, 2014, vol. 1, no 1, p. 37-52. ISSN 1339-5637.

ŽUMAROVÁ, M.; BALOGOVÁ, B. 2009 *Medzigeneračné mosty*. Svidník : Menta Media, 2009. 112 s. ISBN 978-80-89392-08-7.

Kontakt na autora

PhDr. Monika Stojáková

Sociálna poisťovňa Svidník

monikastojakova@centrum.sk

TYFLOKABINET JAKO EFEKTIVNÍ SOCIÁLNÍ SLUŽBA V POMOCI ZRAKOVĚ POSTIŽENÝM SPOLUOBČANŮM

TYFLOKABINET AS EFFECTIVE SOCIAL SERVICE ASSISTANCE VISUALLY IMPAIRED FELLOW

Jiří Tůma – Jan Steringa – Alena Tůmová

Abstrakt

Jakékoliv zdravotní postižení ovlivňuje zásadním způsobem život jak postiženého člověka, tak i jeho rodiny. Jedním ze znaků vyspělé společnosti je to, jak se umí postarat o slabé, staré a nemocné. To, co je pro zdravého jedince každodenní samozřejmostí, může být pro postiženého jedince nepřekonatelný problém. Společnost Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. chce jako sociální služba efektivně pomoci zrakově postiženým spoluobčanům a dosáhnout tak maximální jejich samostatnosti.

Klíčová slova

Pomoc, postižení, sociální služba, tyflokabinet, zrak.

Abstract

Any disability affects a major life as a handicapped person, and his family. One of the features of an advanced society is how you can take care of the weak, the sick and elderly. What is a healthy individual daily course, may be affected individual insurmountable problem. Company Tyflokabinet Czech Budejovice, o.p.s. wants as a social service to effectively help the visually impaired fellow citizens to achieve their maximum independence.

Key words

Assistance, disability, social services, tyflokabinet, sight.

Úvod

Postižení potřebují pro překonávání překážek v běžném životě pomoc svého okolí, které jim pomáhá nejen po stránce fyzické, ale poskytuje jim i nutnou podporu a motivaci. Snahou vyspělé společnosti by mělo být začlenění zdravotně postiženého člověka do běžného života a umožnit mu jeho plnohodnotné prožití. Důležitou roli v každodenním životě zrakově postiženého člověka hraje jeho rodina a nejbližší okolí. Zrakově postižení se v mnoha případech musí zcela spoléhat na pomoc ostatních a jsou na nich závislí. Sama rodina ovšem nemůže postiženému poskytnout komplexní péči na takové odborné úrovni, jako specializovaná pracoviště. Dostupnost služeb, jejich komplexnost a návaznost je pro zrakově postiženého člověka velmi důležitá. Posláním společnosti Tyflokabinet České Budějovice, o.p.s. je prostřednictvím poskytovaných služeb usnadnit uživatelům život a pomáhat jim dosáhnout maximální možné míry samostatnosti a nezávislosti na pomoci jiných osob a služeb. Jde především o soubory specifických činností

směřujících k dosažení samostatnosti, nezávislosti a soběstačnosti osob, a to rozvíjením jejich schopností a dovedností, posilováním různých návyků a nácvikem dalších úkonů potřebných pro běžný život, edukací, vybavením informací.

Dle zákona o sociálních službách [6] má Tyflokabinet registrovány tyto sociální služby:

1. Odborné sociální poradenství.
2. Sociální rehabilitace.
3. Průvodcovské a předčitatelské služby.

1. Odborné sociální poradenství

Posláním odborného sociálního poradenství je poskytovat osobám se znevýhodněním a jejich rodinným příslušníkům potřebné informace přispívající k řešení problémů. [3]. Služba obsahuje poradenství v oblasti čerpání navazujících služeb, pomoc při zajištění kontaktu uživatele se společenským prostředím, pomoc s orientací v sociálních systémech, právu, psychologii a v oblasti vzdělávání, vyřizování běžných záležitostí a sociálně terapeutickou činnost. Poskytují se bezplatné odborné poradenství a konzultace při výběru kompenzačních pomůcek jako jsou počítače s hlasovým výstupem, optické a optoelektronické pomůcky – tzv. kamerové lupy, speciální elektronika, pomůcky usnadňující orientaci a samostatný pohyb – bílé hole, akustické systémy pro snadnou orientaci, časoměrné pomůcky, indikátory a měřící přístroje s hlasovým výstupem. V případě zájmu o kompenzační pomůcku vystavuje Tyflokabinet písemné vyjádření o vhodnosti zvolené pomůcky pro podání žádosti na příspěvek Úřadu práce dle vyhl. 388/2011 Sb. [5].

2. Sociální rehabilitace

Náplní sociální rehabilitace je:

- nácvik obsluhy běžných zařízení, spotřebičů a nácvik péče o domácnost,
- nácvik samostatného pohybu včetně orientace ve vnitřním i venkovním prostoru,
- nácvik dovedností potřebných k úředním úkonům, nácvik vlastnoručního podpisu,
- nácvik schopnosti využívat dopravní prostředky,
- nácvik chování v různých společenských situacích,
- nácvik běžných a alternativních způsobů komunikace, kontaktu a práce s informacemi,
- upevňování získaných motorických, psychických a sociálních schopností a dovedností.

Sociální rehabilitace pomáhá v době, kdy je celá společnost závislá na informačních technologiích a vzniká pro osoby, které mají zrakové postižení, velké nebezpečí v podobě ztíženého přístupu k informacím a vzdělání. [4]. Díky moderním technologiím jsme na každém kroku obklopeni obrazovkami a displeji. Prostřednictvím sociální služby mají nevidomí a slabozrací šanci tuto bariéru překonat a aktivně využívat vše, co naše informační doba nabízí. I nevidomý člověk dokáže ovládat osobní počítač a pracovat s Internetem. Může si vyhledávat informace na webových stránkách, posílat e-maily nebo studovat učivo. Úkolem je takového člověka naučit využívat speciální kompenzační pomůcky, které nahradí jeho zrak.

Při práci s počítačem, který je vybaven hlasovým výstupem, není ani nutno zapínat monitor, protože vše, co by zdravé oko na monitoru vidělo, počítač svému uživateli přečte lidským hlasem nebo zobrazí ve hmatové podobě na elektronickém braillském řádku.

3. Průvodcovské a předčitatelské služby

Zajišťuje zprostředkování a tvorbu informací (předčítáním nebo přepisováním do vhodné podoby), kontakt se společenským prostředím (doprovázením), pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí uživatelů. V terénní formě je služba využívána na území města České Budějovice k doprovodu k lékaři, na vyšetření do nemocnice, na úřady, instituce, kulturní akce, za nákupy, do center poskytujících sociální služby, žáků do škol. Sociální pracovník pomáhá při orientaci uživatele ve městě, uvnitř budov a v dopravních prostředcích. V případě úředních jednání pomáhá s předčítáním a vyplňováním formulářů. V Tyflokabinetu je služba realizována digitalizací textů, přepisem a tiskem do bodového písma pro nevidomé uživatele, předčítáním osobní korespondence. [1]

Tyflokabinet také nabízí digitalizaci a přepis tištěných textů, například učebnic, a následný tisk v Braillově bodovém písmu nebo zvětšeném černotisku. Vyhledávají se informace na Internetu. Cílem je zpřístupňování informací nevidomým a jinak těžce zrakově postiženým občanům včetně vydávání našeho měsíčníku „Paprsek“, který obsahuje základní sociálně-právní a jiné informace. „Paprsek“ je vydáván v černotisku, v braillském provedení nebo je zasílán v elektronické podobě.

V nabídce je technické poradenství v oblasti informačních a komunikačních technologií a elektroniky se speciální úpravou pro zdravotně postižené osoby se specifickými potřebami. Obracet se klienti mohou i v případě, že si nejsou jisti s obsluhou libovolného elektronického zařízení, nerozumí-li návodu, který je v cizím jazyce, nebo potřebují poradit při koupi.

V Tyflokabinetu se provádí opravy kompenzačních pomůcek a výpočetní techniky, instalace a reinstalace kompenzačního software, aplikačního software a instalace hardware pro zdravotně znevýhodněné. [2]

Pro zájemce o kompenzační pomůcky na bázi výpočetní techniky je důležité nejprve zvládnout psaní na klávesnici počítače. Proto se realizují speciální kurzy "Psaní všemi deseti" pro nevidomé a jinak zrakově postižené. Součástí dalších vzdělávacích aktivit je projekt doučování předmětů vyučovaných na základních školách, zejména anglického jazyka. Doučování je individuální a zaměřuje se na specifické potřeby žáků. Od roku 1997 pořádá Tyflokabinet České Budějovice Letní počítačové rekondice pro zrakově postiženou mládež. Rekondice se tradičně konají v posledním srpnovém týdnu v penzionu Sigma nedaleko Jindřichova Hradce a jsou zaměřeny na prvky sociální rehabilitace a volnočasové aktivity. Nejedná se o klasické rekondiční pobyty, činnost se zde věnuje výuce využití a obsluhy informačních technologií, prostorové orientaci, hrám, sportu, hudbě, zábavě a všemu, co patří k létu.

Závěr

V současné době jsou zrakově postiženým lidem poskytovány odborné komplexní služby, a to jak terénní, které jsou poskytovány přímo v jejich domácím prostředí, tak i ambulantní na specializovaném pracovišti. Právě poskytování služeb v domácím prostředí má na psychiku postiženého jednoznačně pozitivní vliv. To, že se nachází v důvěrně známém prostředí, které má rád a je obklopen svými věcmi, mu do jisté míry dodává pocit bezpečí. Nepodléhá tolik pasivitě, stresu, beznaději a nemusí se adaptovat na nová prostředí, kde by mu byla poskytována péče. To umožňuje jeho plné soustředění na proces rehabilitace již v počátku. Rehabilitace představuje proces opětovného uschopňování při předchozím nerozvinutí, ztrátě nebo poškození určitých funkcí a schopností člověka. Právě rehabilitace je u zrakově postižených velice důležitý proces. Smyslem a cílem rehabilitace je co možná nejúplnější začlenění zdravotně postižených lidí do kvalitního a aktivního života.

Literatura

[1] http://www.tyflokabinet-cb.cz/index.htm [cit. 2013-0319].

[2] http://www.tyflokabinet-cb.cz/sluzby.htm [cit. 2013-0319].

[3] TOMÁNEK, P. 2013. Manželstvo a rodina v kultúrno-sociálnom kontexte. „Moderné podoby rodín: cesta k rozvodu?“ Trnava : Dobrá kniha, 2013. s. 11-49. ISBN 978-80-7141-819-1.

[4] TOMÁNEK, P. 2011. Súčasné problémy rodinnej výchovy. In *Rodina a škola*, roč. 60, č. 1, 2012. s. 16-17. ISSN 0231-6463.

[5] Úřad práce dle vyhl. 388/2011 Sb.

[6] Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách

Kontakt na autory

PhDr. Jiří Tůma, PhD.

Vysoká škola zdravotnictví a sociální práce sv. Alžbety Bratislava
Ústav sv. Jana Nepomuka Neumanna Příbram
Jiráskovy sady 240
261 01 Příbram
Česká republika
Doručovací adresa:
Krumlovská 18
370 07 České Budějovice
jirkatuma@centrum.cz

Ing. Jan Steringa

Tyflokabinet České Budějovice o.p.s.
Roudenská 485/18
370 01 České Budějovice
reditel@tyflokabinet-cb.cz

Mgr. Bc. Alena Tůmová

Univerzita Karlova v Praze
Odbor pro vědu a výzkum
Ovocný trh 3/5
Praha 1
114 00 Praha
Česká republika
alenatumova@centrum.cz

SOCIÁLNY PRACOVNÍK V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

SOCIAL WORKERS IN HEALTH CARE FACILITIES

Monika Mačkinová – Jana Keketiová – Dagmar Štiavnická – Ján Masaryk

Abstrakt

Cieľom práce bolo zachytiť význam práce sociálneho pracovníka a jeho postavenie v sociálnej práci ako aj zmysel celkovej sociálnej práce v sociálnom a zdravotnom systéme na našom území.

Kľúčové slová

Sociálny pracovník, Sociálna práca, sociálne služby, zdravotnícke zariadenie.

Abstract

The goal was to capture the importance of the work of social workers and its position in social work as well as the overall sense of social work in social and health care system in our country.

Key words

Social worker, social work, social services, medical equipment.

1. Sociálna práca

Sociálna práca je v súčasnosti vo svete vnímaná ako praktická činnosť, ktorá sa zameriava na riešenie alebo upravovanie problémov jednotlivca, skupiny, komunity. Na ich riešení sa podieľajú sociálny pracovníci a to prostredníctvom realizovania sociálnych služieb. V našich podmienkach je však sociálna práca vnímaná ako činnosť, ktorá sa zameriava na získavanie informácií o príčinách vzniku sociálnej núdze a o potrebách poskytovania sociálnej pomoci. Prostredníctvom praktickej sociálnej práce sa v spoločnosti poskytujú rôzne formy sociálnej starostlivosti, ale dbá sa aj na vedecké poznanie sociálnej práce, ktoré sa sústredí na rôzne možnosti riešenia sociálnych situácií, na formy organizovania a poskytovania sociálnych služieb ako aj na primerané vzdelávanie budúcich sociálnych pracovníkov. Sociálna práca sa má po teoretickej aj praktickej stránke dopĺňať a nadväzovať a jej hlavnými cieľmi by malo byť zlepšovanie podmienok a kvality života jednotlivcov, skupín, komunít a celej spoločnosti (Levická 2004). Sociálnu prácu môžeme definovať ako odbornú činnosť, ktorá zaisťuje sociálnu starostlivosť o človeka na profesionálnej úrovni a to za pomoci špeciálnych pracovných metód (Strieženec 2001). Taktiež je charakterizovaná ako činnosť, ktorá sa zaujíma o optimálne fungovanie sociálnych inštitúcií a sústreďuje sa na starostlivosť o človeka, na pomoc jednotlivcom, rodinám či skupinám (Matoušek 2003).

1.1. Hlavné úlohy sociálnej práce

V sociálnej práci sa za hlavné úlohy považujú najmä efektívne riešenie sociálneho problému, neustále napredovanie v sociálnej prevencií a zlepšenie sociálnych služieb tak, aby čo najviac korešpondovali zo sociálnymi problémami celkovej spoločnosti. Cieľom sociálnej práce je predchádzať sociálnym problémom, ktoré vznikli na základe poruchy fyzického, psychického, sociálneho vývoja jednotlivca, skupiny, komunity alebo sociálneho prostredia. Pomocou odborných pracovných metód sociálnej práce sa s aktívnou spoluprácou jednotlivca, skupiny alebo komunity sociálna práca snaží o integrovanie a vrátenie späť do spoločnosti. Pritom využíva individuálne zdroje, s ktorých pomocou hľadá zdroje spoločenskej podpory a možnosť napojenia jedinca alebo rodiny na ňu. Za základné ciele sa taktiež považujú: podpora sociálneho klienta pri riešení problému, pri adaptácií sa na nároky spoločnosti a pri vyvíjaní sa osobnosti sociálneho klienta. Sprostredkovanie kontaktu medzi klientom a organizáciami, ktoré mu môžu pomôcť formou služby, zdroja alebo príležitosti. Napomáhanie a dohliadanie na to, aby sa s klientom pracovalo efektívne, humánne a s rešpektovaním základných ľudských práv a slobôd. Podieľanie sa na rozvíjaní a zlepšovaní sociálnej politiky štátu (Draganová 2006).

Sociálna prevencia je neoddeliteľnou súčasťou sociálnej práce a sústreďuje sa predovšetkým na vytváranie priaznivých podmienok v spoločenskej, sociálnej, ekonomickej, kultúrnej či výchovno-vzdelávacej oblasti alebo v oblasti zamestnanosti. Medzi základné ciele sociálnej prevencie patrí predchádzanie stavu sociálnej a hmotnej núdze, eliminácia vzniku a šírenia sociálno-patologických znakov, pomoc pri výskyte fyzických, psychických, sociálnych porúch, ako aj zabraňovanie ich zhoršeniu a v neposlednom rade vytváranie poradenských, výchovných, nápravných či resocializačných činností, ktorých zámerom je pôsobenie na jednotlivca, skupiny, komunity, ktoré sú označované ako rizikové či ohrozené (Schavel, Čísecký, Oláh 2008).

Sociálna služba je podľa zákona 448/2008 Z.z o sociálnych službách charakterizovaná ako odborná činnosť, obslužná činnosť, alebo ďalšia činnosť alebo súbor týchto činností, ktoré sú zamerané na prevencie vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny, alebo komunity, na zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti. Zameriava sa na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb fyzickej osoby, na riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny a na prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.

Dôležitou zložkou sociálnych služieb je sociálne poradenstvo, ktoré by malo vždy poskytovať základné informácie o možnostiach riešenia daného sociálneho problému a taktiež poskytovať aj odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej konkrétnej odbornej pomoci (Oláh, Roháč 2010).

Sociálne poradenstvo sa poskytuje hlavne osobám zo sociálnymi problémami, ktorý sa nachádzajú v situácií, ktorú nedokážu vyriešiť sami či už vlastnými silami alebo za pomoci rodiny, priateľov. Patria sem sociálne problémy, ako napríklad: problémy v manželstve, medzigene-

račné problémy, problémy s deťmi, seniormi, zdravotne postihnutými, alebo s osobami po výkone trestu (Slovák, Vereš 2009).

1.2. Sociálna práca v zdravotníctve

Hlavným objektom sociálnej práce v zdravotníctve je samotný klient sociálnej práce – pacient, teda jednotlivec, skupina, komunita. Sociálna práca v zdravotníctve preskúmava proces zlyhania, proces socializácie a resocializácie pacienta, ako aj prevenciu vzniku a šírenia negatívnych činiteľov. Využíva sociálne a technické opatrenia, efektívne a špecializovane využitie nálezov, posudkov, rozhodnutí a spoluprácu s odborníkmi, ktorí sa zaoberajú starostlivosťou o človeka. Sociálna práca v zdravotníctve taktiež zahŕňa starostlivosť o pacientov, to znamená o jednotlivcov chorých, ale aj zo zdravotnými postihnutiami, o deti, dospievajúcich a dospelých zo špecifickými sociálnymi a zdravotnými potrebami, ako aj o seniorov a ľudí umierajúcich. Sociálna práca sa ako špecifická samostatná činnosť využíva na zlepšenie sociálnej situácie jednotlivca, rodiny, komunity a celej spoločnosti teda sociálneho prostredia. Hlavnými zložkami prístupu k subjektom sociálnej práce je najmä etický prístup, správna voľba sociálnej činnosti ako aj podpory a sprevádzania (Mojtová 2008).

Sociálna práca v zdravotníctve sa poskytuje bez ohľadu na vek, pohlavie, rasu, kultúru, sexuálnu orientáciu, vierovyznanie, sociálnu či ekonomickú príslušnosť, poprípade iné demografické odlišnosti. Pri poskytovaní sociálnej práce v zdravotníctve sa najskôr určí sociálna diagnóza a na jej základe sa vytvorí plán sociálnej terapie a na záver sa zhodnotia výsledky a ciele poskytovanej sociálnej práce (Šustrová 2012).

2. Sociálne faktory a ich vplyv na zdravie

V súčasnosti sa každý jednotlivec berie ako bio-psycho-socio-enviromentálna bytosť a prostredie, v ktorom sa nachádza je taktiež zložené z biologických, sociálnych a iných činiteľov, ktoré na seba navzájom vplývajú. V dnešnej dobe sa začína vyskytovať čoraz viac ochorení, ktoré sú spôsobené inými činiteľmi ako biologickými a to najmä sociálnymi a psychickými činiteľmi. Pre zdravie človeka je teda veľmi dôležité prostredie v ktorom sa nachádza, ktoré ho obklopuje ako aj samotný stav človeka, ktorý by mal vykazovať známky biologickej, psychickej a sociálnej pohody. Medzi biologické faktory, ktoré pôsobia na zdravie človeka patrí životné prostredie, práca, stres, sociálne vzťahy, spôsob života, stav a kvalita prostredia, genetika, organizácia systému starostlivosti o zdravie populácie (Bartlová 2005).

Stres a ťažké životné situácie sú pre každého človeka náročné a je veľmi dôležité ako je daný organizmus schopný zvládať takéto situácie a náročné podmienky. Na psychické a duševné zdravie veľmi vplýva aj zamestnanosť a vzdelanie. Ak má človek zamestnanie a je finančne zabezpečený, má pocit istoty a pokoja a to sa odráža aj na zdravotnom stave U jednotlivcov, ktorí sú dlhodobo nezamestnaní sa prejavuje zhoršenie zdravotného stavu najmä po psychickej stránke a neskôr má negatívny dopad aj na fyzickú stránku jednotlivca. Zdravie taktiež ovplyvňuje aj úroveň vzdelania, čo dokazujú aj štúdie, že vysokoškolsky vzdelaní jedinci majú menšiu úmrtnosť ako jedinci s nižším vzdelaním (Bartlová 2005).

3. Zdravotná starostlivosť

Zdravotná starostlivosť je podľa zákona 576/2004 o zdravotnej starostlivosti, o službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti definovaná ako súbor pracovných činností, ktoré vykonávajú zdravotnícky pracovníci, vrátane poskytovania liekov, zdravotníckych pomôcok a dietetických potravín, s cieľom predĺženia života fyzickej osoby, zvýšenia kvality jej života a zdravého vývoja budúcich generácií. Zdravotná starostlivosť zahŕňa prevenciu, diagnostiku, dispenzarizáciu, liečbu, ošetrovateľskú starostlivosť, pôrodnú asistenciu a biomedicínsky výskum. Ak chceme aby bola poskytovaná zdravotná starostlivosť čo najefektívnejšia, je dôležité aby každé zdravotnícke zariadenie malo profesionálny multidisciplinárny zdravotnícky tím.

Medzi základné podmienky poskytovania zdravotnej starostlivosti je aby poskytovateľ a zdravotnícki pracovníci poskytovali zdravotnú starostlivosť v súlade zo zákonom 576/2004, teda musí byť dodržaný štandardný terapeutický aj diagnostický postup a zdravotná starostlivosť je vtedy poskytnutá „ lege artis“, teda je v súlade so súčasnými poznatkami vedy.

Ďalším veľmi významným bodom v poskytovaní zdravotnej starostlivosti je etický rozmer, ktorý zahŕňa určité vzorce správania, ako aj riešenie zložitých etických otázok, ktoré riešia nezávislé etické komisie. V súčasnosti je vzťah medzi lekárom a pacientom založený na metóde informovaného súhlasu, čo znamená, že pacient je najprv lekárom informovaný a poučený o plánovanom zákroku, o následnej zdravotnej starostlivosti, o nežiaducich účinkoch, alebo o možných alternatívach a až potom môže byť zdravotná starostlivosť poskytnutá (Tóth 2012).

4. Sociálny pracovník v zdravotníckom zariadení

Sociálny pracovník je základným pilierom sociálnej práce a preto jeho charakteristiku z teoretického ale aj praktického hľadiska definuje niekoľko autorov, ako napríklad: sociálny pracovník je profesionál, ktorý disponuje špecifickými vlastnosťami a schopnosťami. Je prínosom pri zlepšení situácie jednotlivca, skupiny, komunity alebo spoločnosti. Usiluje sa vyriešiť a eliminovať poruchy a negatívne faktory, ktoré pôsobia na klienta. Vedie svojho klienta k plnej zodpovednosti a osobnej účastnosti pri riešení problému (Oláh 2009).

Sociálna práca bez sociálneho klienta by ani nemohla existovať, preto sa sociálny klient označuje za veľmi dôležitú súčasť celkovej sociálnej práce.

4.1. Náplň práce sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení

Sociálny pracovník ako profesionál a ako plnohodnotný člen zdravotníckeho multidisciplinárneho tímu, by mal vždy myslieť na to, že v náplni práce má spoluprácu s klientom, spoluprácu s inými sociálnymi pracovníkmi, prípadne ostatnými subjektmi, ktoré sa taktiež podieľajú na sociálnom i zdravotnom stave klienta, ako aj spoluprácu zo samým sebou, čo znamená, že by mal na sebe neustále pracovať a rozvíjať svoju osobnostnú i profesionálnu stránku. Náplň práce sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení vždy súvisí s typom zdravotníckeho zariadenia, v ktorom vykonáva svoju činnosť (Levická 2004).

Náplň práce sociálneho pracovníka v zdravotníckom zariadení by sa dala vymedziť do niekoľkých bodov. Patria sem najmä výchovná a poradenská činnosť, odborné sociálne a právne poradenstvo. Sociálny pracovník podľa potreby zastupuje klienta na úradoch, súdoch, políciı́ a snaží sa sledovať celkové sociálne prostredie, ale aj sociálne prostredie klienta, aby čo najviac pochopil jeho sociálny či zdravotný problém. Sociálny pracovník spolupracuje s lekármi, ostatnými zdravotníckymi pracovníkmi, s rodinou, zo školou či zamestnávateľom, ako aj s inými sociálnymi pracovníkmi a inštitúciami v záujme klienta. Môže sa zúčastňovať na výskumoch či prieskumoch v zdravotníckom zariadení, spolupracuje s klientom pri plnení rôznych terapií, ktoré sú obsahom sociálnej terapie klienta. Aktívne si dopĺňa svoje vzdelanie a pracuje podľa morálnych a etických zásad a rešpektuje práva klienta (Levická 2004).

Sociálny pracovník pracuje na jednotlivých oddeleniach v zdravotníckom zriadení. Patrí sem práca na:

- geriatrickom oddelení
  Práca je veľmi špecifická a odborná, nakoľko starnutie a staroba je individuálny proces, ktorý prebieha v každom ľudskom organizme inak. Práca zo seniormi spočíva v správne zvolenom type komunikácie. Seniori mávajú často sluchové, alebo zrakové postihnutie, sú viacej emotívnejší, ľútostivejší a zraniteľnejší preto nato treba pri komunikácií brať ohľad. Od sociálneho pracovníka sa tiež očakáva, že bude pomáhať seniorom pri adaptácií sa na iné prostredie, nakoľko adaptačná schopnosť seniorov vo vyššom veku je už veľmi znížená. Sociálny pracovník veľmi úzko spolupracuje s rodinou pacienta, aby získal čo najviac informácií o pacientovi ako aj o sociálnom prostredí v ktorom žije, či v ktorom sa mu poskytuje domáca starostlivosť (Németh 2009)

  Okrem pracovnej činnosti na geriatrickom oddelení, sociálny pracovníci pracujú a vykonávajú svoju odbornú činnosť aj na:

- psychiatrickom oddelení

  Sociálna práca na psychiatrickom oddelení je veľmi náročná nakoľko príznaky psychických chorôb pacientov sú veľmi rôznorodé a špecifické. Sociálny pracovník komunikuje s pacientom metódou rozhovoru a tak získava najviac informácií o ňom.

- gynekologickom a pôrodníckom oddelení

  Sociálny pracovník poskytuje prevažne odborné poradenstvo z oblasti edukácie, napríklad antikoncepcia, hniezda záchrany, prevencie pri nechcených tehotenstvách a taktiež z oblasti odbornej pomoci v spolupráci s lekármi, psychológmi či právnikmi. Medzi ďalšie povinnosti sociálneho pracovníka patrí napríklad pomoc tehotným ženám a matkám s deťmi v hmotnej, alebo sociálnej núdzi vybaviť azylové ubytovanie, alebo poskytnúť sociálnu pomoc vo forme terénneho sociálneho pracovníka, alebo terénnej opatrovateľskej služby v domácom prostredí pacientky (Mojtov 2008).

- pediatrickom oddelení
  Sociálny pracovník na pediatrickom oddelení vykonáva náročnú a zodpovednú prácu nakoľko sú na pediatrických oddeleniach deti od novorodeneckého veku až po deti v puberte, čo je veľmi široký záber sociálnej problematiky. Sociálny pracovník

poskytuje sociálnu pomoc nielen dieťaťu, ale aj jeho rodičom a to vo forme poradenstva, napríklad pri sociálnom zabezpečení, zdravotnom, sociálnom, nemocenskom poistení, ako aj pri sociálnom poradenstve v právnych veciach (Mojtová 2008).

5. Metódy sociálnej práce s hospitalizovaným klientom

Metóda môže byť definovaná aj ako spôsob, akým možno dosiahnuť vopred stanovený cieľ, podľa vopred plánovanej sociálnej činnosti pri práci s jednotlivcom, skupinou, komunitou a to z rôznych hľadísk (Strieženec 2001).

Sociálny pracovník si po zvolenej metóde dôsledne naplánuje spôsob akým bude vykonávať sociálnu činnosť a bude postupovať podľa vopred stanovených etáp sociálnej práce, ktoré robia sociálnu prácu efektívnejšou a najmä zlepšujú spoluprácu medzi sociálnym pracovníkom a pacientom. Základné etapy práce sa delia na etapu sociálnej evidencie, etapu sociálnej diagnostiky, etapu riešenia sociálnej pomoci, etapu sociálnej terapie, a etapu overovania výsledkov. Jednotlivé etapy sme podrobnejšie rozpísali v ďalšej podkapitole (Slovák, Vereš 2009).

Výber metód sociálnej práce s pacientom podmieňuje niekoľko faktorov, a to napríklad typ pacienta, typ jeho problému a spôsob akým je potrebné problém riešiť. Výber metód je aj odzrkadlením samotného sociálneho pracovníka, jeho osobnosti, vzdelania a praktických skúseností. Preto je veľmi dôležité celoživotné vzdelávanie sociálneho pracovníka, neustále oboznamovanie sa s novými poznatkami v oblasti metód sociálnej práce s pacientom, ako aj dobrý rozhľad v súčasnej sociálnej a zdravotnej problematike. Pri práci s pacientom v zdravotníckom zariadení sa využívajú najmä metódy sociálnej práce s jednotlivcom – case work a so skupinou – group work (Slovák, Vereš 2009).

5.1. Etapy práce sociálneho pracovníka

V sociálnej práci, ako v odbornej špecifickej činnosti, je dôležité dodržiavať určitý postup pri práci a je nutné aby sa sociálni pracovníci držali týchto postupov, aby bola poskytovaná sociálna starostlivosť čo najefektívnejšia a korešpondovala čo najviac s potrebami klienta. Jednotlivé etapy sú popísané nasledovne (Tokárová 2003):

1. etapa – sociálna evidencia a prvý kontakt s klientom

Pri začiatku spolupráce sociálneho pracovníka a sociálneho klienta je veľmi dôležitý prvý kontakt, keď sa navzájom spoznávajú a vytvárajú si o sebe prvotný názor. Sociálny pracovník vysvetlí pacientovi všetky postupy pri poskytovaní sociálnej pomoci. Musí mať naštudovanú zdravotnú dokumentáciu, alebo chorobopis pacienta, aby už dopredu vedel o fyzickom, psychickom a sociálnom stave pacienta. V tejto etape zohrávajú veľkú úlohu komunikačné zručnosti sociálneho pracovníka (Draganová 2006).

2. etapa – sociálna diagnostika

Nasledovná etapa je zameraná na to, aby sociálny pracovník využitím individuálneho štruktúrovaného rozhovoru zistil čo najviac informácií pre doplnenie sociálnej a psychosociálnej anamnézy pacienta. Tá by mala obsahovať kľúčové informácie o tom ako vznikol problém

a ako sa postupne vyvíjal, až po súčasnosť. Sociálny pracovník pri komunikácií s pacientom používa otvorené otázky aby získal čo najviac informácií. V tejto etape by mala správna sociálna anamnéza už obsahovať dostatok informácií priamo o klientovi (Kaščák 2005).

3. etapa – návrh a plán riešenia sociálnej pomoci

V tretej etape sociálny pracovník vypracuje navrhovaný plán sociálnej terapie a vysvetlí pacientovi všetky postupy, podľa ktorých mu bude poskytovaná sociálna pomoc. Aby bola tretia etapa úspešná, treba dbať na tieto body: plán sociálnej pomoci je rozdelený do niekoľkých etáp, väčšina pacientov má viacero problémov súčasne, preto sa treba venovať každému problému pacienta (Draganová 2006).

O pláne sociálnej pomoci by mali byť informovaný aj ostatný členovia zdravotníckeho tímu, prípadne sa zapojiť do plánu sociálnej pomoci. Je nutné sa s pacientom dohodnúť kto, čo, za akých podmienok a dokedy v rámci plánu sociálnej pomoci spraví. V tretej etape je veľmi vhodné využiť činnosť dobrovoľníckych organizácií, ktoré môžu klienta inšpirovať a dodať mu chuť do ďalšieho života. V súčasnosti je dobrovoľníctvo súčasťou každej modernej spoločnosti (Marček 2008).

4. etapa – sociálna terapia a intervencie

V tejto etape by mal sociálny pracovník nájsť pre pacienta taký typ intervencie, ktorý mu bude najviac vyhovovať, bude najlepšie reagovať na jeho potreby a bude pre neho najväčším prínosom. Pri stanovení intervencie by mal sociálny pracovník využívať a podporovať silné stránky pacienta a viesť ho k samostatnosti (Mojtová 2008).

V bežnej intervencií sa pracuje s pacientom u ktorého riešenie problému vyžaduje len postupné a pokojné riešenie a stretávanie sa so sociálnym pracovníkom podľa vopred dohodnutého a vypracovaného plánu sociálnej pomoci. Avšak pri krízovej intervencií sa pracuje s klientom, ktorý je v akútnej krízovej situácií, alebo v ťažkej životnej situácií. Intervencia sa poskytuje v čase a spôsobom, ktorý je najvhodnejší pre klienta a najlepšie reaguje na jeho potreby taktiež podľa dohodnutého a vopred vypracovaného plánu sociálnej pomoci (Oláh, Schavel, Ondrušová, Navrátil 2009).

5. etapa – overovanie výsledkov a ukončenie spolupráce

Pri overovaní výsledkov je dôležité celkové zhrnutie spolupráce sociálneho pracovníka a pacienta, ale aj kontrola všetkých metód a spôsobov sociálnej pomoci, ktoré sociálny pracovník pri práci s pacientom použil. Ukončenie spolupráce sociálneho pracovníka a pacienta môže skončiť buď úplným vyriešením sociálneho problému pacienta, alebo len čiastočným či nedostatočným vyriešením sociálneho problému ako aj odoslaním pacienta k inému odborníkovi (Draganová 2006).

Záver

Cieľom práce bolo zachytiť význam práce sociálneho pracovníka a jeho postavenie v sociálnej práci ako aj zmysel celkovej sociálnej práce v sociálnom a zdravotnom systéme na našom území. Je dôležité si uvedomiť to, že každý je potencionálnym sociálnym klientom a práve sociálny pracovník je tým dôležitým článkom v sociálnom systéme, ktorý príde do kontaktu

zo sociálnym klientom ako prvý a má tú možnosť klienta nasmerovať na správnu cestu, ukázať mu správny cieľ, ktorého by sa mal držať. A taktiež ho podporovať aby zo svojej cesty nezišiel opäť na nesprávny smer. Keď sa jednotlivec stane sociálnym klientom jedným zo základných pilierov práce sociálneho pracovníka je určiť správnu sociálnu diagnózu a následnú terapiu, aby sa mohol začať efektívne riešiť problém sociálneho klienta. Pevne verím, že v budúcnosti sa v sociálnej práci bude klásť väčší dôraz najmä na sociálnu prevenciu pri práci s klientom a taktiež dúfam že sociálny pracovník bude mať vyššiu hodnotu predovšetkým v zdravotnej starostlivosti ako aj v celkovom vnímaní sociálnej starostlivosti.

Literatúra

BARTLOVÁ, S. 2005 *Sociologie medicíny a zdraví.* 1. vyd. Praha : Grada-Avicenum, 2005. 23 a 143 s. ISBN 80-2-4-7-1-1-9-7-4.

DRAGANOVÁ, H. A KOL. 2006 *Sociálna starostlivosť,* 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. 63 s. ISBN 978-80-8063-240-3.

HANZLÍKOVÁ, A. 2002 *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia 1.diel.* 1. vyd. Bratislava : Univerzita Komenského, 2002. 13 s. ISBN 80-223-1533-8.

KAŠČÁK, M. 2006 *Klinická propedeutika.* 1. vyd. Martin : Osveta, 2006. s 12. ISBN 80-8063-215-4.

LEVICKÁ, J. 2004 *Základy sociálnej práce.* 1. vydanie Trnava : Spoločnosť pre podporu vedy a vzdelávania na FZaSP TU, 2004. 7 s. ISBN 80-968952-3-0.

MATOUŠEK, O. 2003 *Slovník sociální práce.* 1. vyd. Praha : Portál, 2005. s 107. ISBN 80-71785490.

MOJTOVÁ, M. 2008 *Sociálna práca v zdravotníctve.* 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. 10 s. ISBN 978-80-89271-45-0.

OLÁH, M.; SCHAVEL, M.; TOMKA, M. 2008 *Príručka pre skvalitnenie supervízie v detských domovoch.* 1. vyd. Bratislava : Asociácia vzdelávateľov v sociálnej práci, 2008. 29 s. ISBN 978-80969905-0-4.

OLÁH, M.; SCHAVEL, M.; ONDRUŠOVÁ, Z.; NAVRATIL, P. 2009 *Sociálna práca – vybrané kapitoly z dejín, teórie a metód sociálnej práce.* 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2009. 77 – 78 s. ISBN 80-969449-6-7.

OLÁH, M.; ROHÁČ, J. 2010 *Atribúty sociálnych služieb.* 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 38 s. ISBN 978-80-89271-88-7.

OLÁH, M. A KOL. 2011 *Metódy sociálnej práce v praxi.* 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2011. 68 s. ISBN 978-80-8132-027-9.

SCHAVEL, M.; ČISELICKÝ, F.; OLÁH, M. 2008 *Sociálna prevencia.* 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2008. 15 s. ISBN 978-80-89271-22-1.

SLOVÁK, P.; VEREŠ, M. 2009 *Metódy sociálnej práce 1.* 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2009. 11 s. ISBN 978-80-89271-27-6.

STRIEŽENC, Š. 2001 *Úvod do sociálnej práce.* 2. vyd. Trnava : Tripsoft, 2001. 114 s. ISBN 80-968294-6-7.

ŠUSTROVÁ, M. 2012 *Sociálna práca v zdravotníctve.* 1. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2012. 11 s. ISBN 978-80-8132-041-5.

TOKÁROVÁ, A. 2003 *Sociálna práca.* 2. vyd. Prešov : Prešovská univerzita-Akcentprint, 2003. 442 s. ISBN 80-968367-5-7.

TÓTH, K. A KOL. 2008 *Právo a zdravotníctvo.* 1. vyd. Bratislava : Herba, 2008. 128 s. ISBN 978-80-89171-57-6.

TÓTH, K. A KOL. 2012 *Úvod do právnych disciplín pre sociálne štúdie.* 1. Vydanie Bratislava : Herba, 2012. 19 s. ISBN 978-80-89171-96-5.

ZÁKON Č. 296/2010 Z. z. o odbornej spôsobilosti na výkon zdravotníckeho povolania, spôsobe ďalšieho vzdelávania zdravotníckych pracovníkov, sústave špecializačných odborov a sústave certifikovaných pracovných činností.

ZÁKON Č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

ZÁKON Č. 578/2004 Z. z. o poskytovateľoch zdravotníckej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Kontakt na autory

doc. PhDr. Monika Mačkinová, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Katedra sociálnej práce
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
monika.mackinova@gmail.com

doc. PhDr. Jana Keketiová. PhD.

Trnavská univerzita v Trnave
Katedra sociálnej práce
Trnava, Slovenská republika
jana.keketiova@gmail.com

PhDr. Dagmar Štiavnická, DiS.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Katedra sociálnej práce
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
stiavnickada@gmail.com

MUDr. Vladimír Masaryk, PhD.

ÚVN Ružomberok
Ružomberok, Slovenská republika
masarykv@uvn.sk

KALKULACE VE ZDRAVOTNICTVÍ

HEALTH CARE COSTING

David Mareš

Abstrakt

Článek se zabývá významností zrušení poplatků za pobyt v nemocnici pro kalkulace a rekalkulace stávajících výkonů ve zdravotnickém zařízení a to vzhledem k zachování celkové efektivnosti a hospodárnosti zdravotnického zařízení. Jedná se tedy o problematiku controllingu, celkového finančního plánu a dosavadních ekonomických výsledků zdravotnického zařízení. Na kalkulace je nahlíženo jako na dynamickou součást zdravotnického zařízení a to vzhledem k neustálým změnám úhrad za jednotlivé výkony. Dochází tak k rekalkulacím jednotlivých výkonů, které si platí pacient s cílem získat na těchto výkonech úbytek peněžních prostředků z jiných výkonů, které již nejsou či nebudou hrazeny.

Klíčová slova

Kalkulace výkonu, zdravotnické zařízení, finanční plán.

Abstract

The article is dealing with the importance of a cancellation of the fee required for a stay in a hospital, for costing and recalculation of the existing performance in an institution of health services aimed at maintaining the effect and thriftiness of the institution of health services. The problem is thus constituted by controlling, the total financial plan and the up-to-now economic effects of the institution of health services. Costing has usually been regarded as a dynamic component part of institution of health services due to incessant changes in payment for individual services. As a result, recalculations of payments for services by the patient have to be done in order to gain money from the decrease in cases of other services no longer paid by the patient now or in the future.

Key words

Costing of performance, institution of health services, financial plan.

Úvod

Článek se zabývá problematikou vhodné kalkulace nadstandardních výkonů a rekalkulací stávajících výkonů ve zdravotnickém zařízení. Kalkulace či rekalkulace bude třeba učinit, protože dojde k výpadku v příjmech nemocnice za pobyt. Vzhledem k tomu, že dojde k výpadku příjmů za pobyt v nemocnici a pravděpodobně i k vyšším nákladům bude cílem nových kalkulací nebo rekalkulací zachování efektivity a hospodárnosti zdravotnického zařízení jako celku. Jedná se tedy o problematiku, která přesahuje problematiku kalkulací – con-

trollingu a zasahuje do celkové finanční stránky subjektu, která je měřitelná prostřednictvím finančního plánu nebo celkového hospodářského výsledku dané společnosti. Můžeme tedy očekávat podle[33] „Zvýšený tlak ze strany pacientů na prodloužení pobytu na lůžku to znamená k růstu tzv. obložnosti z důvodů toho, že pacienti si snaží pobyt prodloužit. Ať už proto, že se o ně doma nemá kdo starat nebo chtějí ušetřit na svých výdajích. Pro nemocnice to znamená především nárůst nákladů na stravu, léky, praní prádla. Klade to také vyšší nároky na personál, sestry, ošetřovatelky". Je třeba se zabývat i dlašími makroekonomickými a sociálními konsekvencemi problému (Preuss 2012).

Konkrétně tento výpadek příjmů a růst nákladů může vést k rekalkulacím takových nadstandardních služeb jako jsou: například nadstandardní pokoj, výběrové menu, telefonické konzultace s lékařem, služba call back, individuální doprovod atd. Mimoto problémem je nezřídka nízká úroveň finanční gramotnosti obecně (Pavelková 2014).

1. Analýza významnosti zrušení poplatků za pobyt v nemocnici

Pro analýzu významnosti v oblasti nákladů se musíme zabývat vývojem hospitalizace v nemocnici tj. počtem hospitalizovaných pacientů a průměrnou délkou ošetření ve dnech.

Hospitalizace v nemocnicích	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
hospitalizovaní pacienti celkem v tis.	2108	2180	2222	2223	2184	2187	2164	2165	2155	2132	2181
průměrná délka ošetř. doby ve dnech	8,3	8,3	8,1	8,0	7,8	7,7	7,4	7,4	7,3	7,2	6,9

Tabulka 1. Hospitalizace v nemocnicích Zdroj: http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989#13

Z výše uvedené tabulky vyplývá, že pokud jde o počet hospitalizovaných pacientů, můžeme hovořit o jejich proměnlivé výši, která má charakter vzrůstů a následných poklesů. Nicméně průměrná délka ošetření má od roku 2002 do roku 2012 klesající tendenci vyjma roků 2008 a 2009, kdy můžeme hovořit o stabilní úrovni na 7,4 dnech. Je třeba však zdůraznit, že statistická data se týkají všech rezortů a rok 2013 v době psaní článku nebyl k dispozici.

K ucelené analýze je ještě třeba provést analýzu výdajů na regulační poplatky a znát jejich podíl na celkových poplatcích a to za účelem zjištění významnosti vynechání tohoto zdroje v příjmech nemocnice. Nově zavedené regulační poplatky můžeme datovat od počátku roku 2008[34]. „Z tohoto zdroje pak pochází i další analýza poplatků a to, že ze čtyř základních druhů poplatků dosáhly nejvyšší částky 2 458 mil. Kč (tj. 46,8 % z uhrazených poplatků) poplatky za recept (resp. za předepsané léčivé přípravky či potraviny pro lékařské účely). Následovaly poplatky za návštěvu u lékaře v úrovni 1 374 mil. Kč (26,2 %), za hospitalizaci (resp. ústavní

[33] http://karvinsky.denik.cz/z-regionu/zrusene-poplatky-v-nemocnicich-pacienti-nespechaji-domu-20140226-3u1c.html.

[34] http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3306-13.

a lázeňskou péči) ve výši 1 242 mil. Kč (23,6 %) a konečně poplatky za pohotovostní službu ve výši 180 mil. Kč (3,4%). V roce 2011 zůstaly poplatky za hospitalizaci na stejné úrovni jako v roce předchozím i přesto, že došlo od 1.12.2011ke změně výše regulačního poplatku za jeden den pobytu v nemocnici, ústavním či lázeňském zařízení z 60 Kč na 100 Kč. Výše poplatků za recept a za využití pohotovostních služeb poklesla o 6% – 7%. Meziroční srovnání ukazuje 10% pokles výdajů za návštěvu lékaře. Od zavedení regulačních poplatků v roce 2008 se celková výše regulačního poplatku za návštěvu lékaře snížila o 31% a dosáhla zatím svého historického minima."

	2008	2009	2010	2011	Index 2011/2010
Poplatky za recept	2 411 161	2 659 293	2 657 363	2 457 967	92,5
Poplatky za návštěvu lékaře	1 805 866	1 650 240	1 530 418	1 374 137	89,8
Poplatky za hospitalizaci	1 176 098	1 262 562	1 242 669	1 242 211	99.9
Poplatky za pohotovost	178 145	207 753	191 444	179 915	94,0
Celkem	5 571 270	5 779 848	5 621 894	5 254 230	93,5

Tabulka 2. Hospitalizace v nemocnicích v tis. Kč Zdroj: *http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3306-13*

Z výše uvedené tabulky pak vyplývá, že poplatky za hospitalizaci nemají významný podíl na celkových poplatcích, ale představují nezanedbatelnou platbu.

2. Charakteristika financování příspěvkových organizací

Příspěvkové organizace nemají za cíl tvorbu zisku, ale jak je uvedeno[35] „v poskytování veřejně prospěšných služeb. Každá příspěvková organizace může Hlavním finančním zdrojem jsou:

- platby za diagnostické a léčebné výkony od zdravotních pojišťoven určené na úhradu standardní péče, tedy prostředky na běžné hospodaření. Finance jsou nemocnici poskytnuty ve formě zálohy, která je následující rok doúčtována,
- výzkumná činnost je hrazena formou grantů od českých a zahraničních grantových agentur,
- poskytování služeb jiným organizacím, například farmaceutickým firmám, s nimiž spolupracuje na vývoji léků a nemocnice tím šetří za léky pro pacienty, kteří jsou do klinických studií zařazeni a jejichž léčba by jinak musela být hrazena z balíku paušálních plateb,
- dary, a to účelové nebo neúčelové, peněžní i nepeněžní, prostředky od fyzických nebo právnických osob jsou poskytovány na základě smluv o konkrétním určení a účelu daru,
- příjmy z komerční činnosti např. příjmy z činnosti nemocniční lékárny nebo příjmy z pronájmu nebytových prostor, tzn. pronájmy prodejních míst stánkařům v prostorách nemocnice, poskytnutí plochy pro komerční reklamu apod."

[35] Brucknerová, A. *Finanční analýza – Gastroskopie.* Praha . BIVŠ, 2004.

3. Analýza významnosti zrušení poplatků za pobyt v nemocnici

Zrušení poplatků za hospitalizaci může souviset s etickou problematikou zdravotní péče na základě[36] teze, že „s podnikáním ve zdravotní péči a službách souvisí vytváření potřebných kompetencí. Kompetencí se zde rozumí nejen rozpoznání diagnózy, tedy potřeby zákazníka, ale také to, že se mu nenabídne díky své podnikavosti nic, co dál nepotřebuje, jen kvůli tomu, aby zvýšil svůj zisk. Kompetentní zdravotnický podnikatel se chová eticky vůči pacientovi a nevyužívá jeho nemoci ke stimulaci zvýšené spotřeby jím nabízených služeb, což je v konečném důsledku v rozporu s tradičním podnikáním a marketingem, který cíleně stimuluje poptávku po službách."

Výše uvedené faktory mohou vést k stimulaci lékařů k pobízení k „nákupu" tzv. nadstandardních služeb ve zdravotnictví s motivem získat tak, výpadek finančních prostředků získaných od pacientů za pobyt v nemocnici.

Na daný fakt může mít vliv struktura financování zdravotnických zařízení a jejich objemy, tak jak uvádí Brucknerová[37] „Od roku 1993, kdy byly přijaty nové zákony týkající se zdravotnictví, došlo k několika změnám ve způsobu, jakým se vypočítávají a přiznávají úhrady jednotlivým zdravotnickým zařízením za poskytnutou zdravotní péči". Řídí se tzv. Úhradovou vyhláškou, kterou každým rokem vydává Ministerstvo zdravotnictví České republiky. V současné době jsou lékaři a nemocnice financováni z veřejného zdravotního pojištění následujícími způsoby:

Ambulantní pracoviště:

- kapitační platby (paušální částka za zaregistrovaného pacienta), týká se především soukromých lékařů,
- výkonová úhrada (na základě provedených výkonů),
- kombinace obou.

Lůžková zařízení:

- paušálními platbami,
- na základě smluv o speciální péči.

Úhrady péče od zdravotních pojišťoven probíhají formou paušálních plateb. Stanovení výše paušálu se vypočítá z výkonnosti zdravotnického zařízení tzv. referenčního období. Paušály jsou určeny na pokrytí běžné zdravotní péče a provozu zdravotnického zařízení. Nad rámec úhrady této péče jsou uzavírány smlouvy se zdravotními pojišťovnami na úhradu speciální péče, jde o platby na zvláště nákladné pacienty.

---

[36] Šebestová, J. *Dilema teorie a praxe podnikání ve zdravotních službách.* Karviná : Slezská univerzita v Opavě, 2011. ISBN 978-80-7248-702-8.

[37] Brucknerová, A. *Finanční analýza – Gastroskopie.* Praha : BIVŠ, 2004.

Problémem je také velký časový rozdíl mezi poskytnutím zdravotní péče pacientům, konečným vyúčtováním a doplacením úhrad od zdravotních pojišťoven. Protože zdravotnické zařízení musí hradit včas své závazky k dodavatelům, vzniká tak problém v cash-flow nemocnice.“

4. Kalkulace ve zdravotnickém zařízení

Kalkulace musí být přizpůsobeny jednotlivému typu zdravotnického zařízení, tak aby vyhovovaly co nejlépe cílům, kterým slouží. Pro co nejpřesnější výpočet se proto zavádí analytické účty ze kterých se následně čerpají zdroje informací.

Za vstupní zdroje tedy můžeme považovat např.:

- Výsledkové účty za minulé období v obratové formě (na které se účtovaly platby od pacientů) za celé předcházející účetní období (jedná se o kumulativní účty).
- Výsledkové účty za minulé období v obratové formě (na které se účtovaly platby od pojišťoven na klienta v analytickém členění dle typu pojišťovny).
- Finanční plán pro aktuální či budoucí účetní období, který vychází z uzavřených smluv se zdravotními pojišťovnami a opírá se buď o stávající uzavřené smlouvy nebo/a předpokládá obnovení nových smluv za stejných podmínek v rámci dobrých obchodních vztahů. Srovnáním částek z minulého účetního období a finančního plánu můžeme zjistit výsledek hospodaření pro následující účetní období.

Výsledkové účty	MD	D
1. Tržby od pojišťoven		X
2. Tržby od klientů		X
A. Spotřeba materiálu	X	
B. Spotřeba energie	X	
C. Opravy a udržování	X	
D. Ostatní náklady	X	
E. Osobní náklady	X	

Tabulka 3. Využití minulých účetních dat pro kalkulaci v následujícím účetním období
Zdroj: upraveno Čiripová 2004

Z finančního plánu (který se plánuje nejčastěji na základě historických dat, případně za pomoci finančního modelování) se dá zjistit celkový rozdíl, který bude chybět pro vyrovnané hospodaření či dosáhnutí plánovaného zisku o tento rozdíl/ztrátu se mají upravit případné kalkulace. Tento finanční rozdíl/ztráta se pak může, jak je uvedeno v[38] „přepočítat na jednotlivé budoucí pacienty, jejichž celkový počet bude odhadnuté číslo pro celé následující

[38] Čiripová, P. *Kalkulace nákladů.* Praha : BIVŠ, 2004.

účetní období“. Z tohoto údaje lze pak zjistit platbu na den. Rovněž lze přepočítat finanční rozdíl na jednotlivé nadstandardní profitové výkony podle následujícího vzorce.

Cena pro uživatele ve zdravotnickém zařízení	Přímé náklady
	Nepřímé náklady
	Zisková přirážka

Tabulka 4. Kalkulace ve zdravotnickém zařízení Zdroj: autor

Přímé náklady často nazývané jednicové náklady, se mohou přímo přiřadit k jednotlivému výkonu, často je to materiál, který je s daným výkonem přímo spjat, má často přímou vazbu na pacienta a jeho hodnoty se mohou odvíjet od počtu pacientů/výkonů. Nepřímé náklady jsou takové náklady, které se rozpočítávají často na celé množství výkonů (může jít například o odpisy, které není možné přiřadit přímo k výkonu, ale musí se přepočítat na pacienta čí výkon). Hranice mezi přímými náklady a nepřímými je často relativní.

Příklady přímých a nepřímých nákladů mohou být:[39]

Přímé náklady:

- spotřeba materiálu,
- sterilizace,
- údržba,
- stravování,
- oprava prádla,
- skladová přirážka,
- praní prádla.

Nepřímé náklady:

- spotřeba energie,
- ostatní služby,
- mzdové náklady,
- daně a poplatky,
- doprava,
- nájemné,
- likvidace odpadu,
- režie,
- kopírování.

[39] Kulašová, V. *Kalkulácia zisku na jedného pacienta.* Praha : BIVŠ, 2004.

Závěr

Zrušení poplatků za pobyt v nemocnici se může projevit u každého zdravotnického zařízení v různé míře a to v závislosti na počtu hospitalizovaných pacientů a průměrné délky pobytu. Nicméně lze očekávat, že se průměrná délka pobytu v nemocnici prodlouží a dojde v tomto důsledku k růstu nákladů, které se budou muset zohlednit při kalkulacích výkonů. Dle statistických zjištění vyplývá, že poplatky za hospitalizaci nemají významný podíl na celkových poplatcích, ale představují nezanedbatelnou platbu, jejíž nedostatek by se měl zohlednit.

Literatura

BRUCKNEROVÁ, A. *Finanční analýza – Gastroskopie.* Praha : BIVŠ, 2004. Kvalifikační práce. ISBN sine.

ČIRIPOVÁ, P. *Kalkulace nákladů.* Praha : BIVŠ, 2004. Kvalifikační práce. ISBN sine.

KULAŠOVÁ, V. *Kalkulácia zisku na jedného pacienta.* Praha : BIVŠ, 2004. Kvalifikační práce. ISBN sine.

PAVELKOVÁ, J. Finanční gramotnost. *Slovenská revue pre verejnú politiku a verejnú správu*, 2014, vol. 1, no 1, p. 37-52. ISSN 1339-5637.

PREUSS. K. 2012 Zdravotní a sociální služby jako strategické faktory ekonomické udržitelnosti. In Kovářová, M.; Rovenský, J.; Trnka, A. (eds) *Aspekty kvality života.* Venované 15. výročiu založenia UCM v Trnave. Trnava : UCM, 2012. 107-110. ISBN 978-80-8015-435-8.

ŠEBESTOVÁ, J. *Dilema teorie a praxe podnikání ve zdravotních službách.* Karviná : Slezská univerzita v Opavě, 2011. ISBN 978-80-7248-702-8.

http://karvinsky.denik.cz/z-regionu/zrusene-poplatky-v-nemocnicich-pacienti-nespechaji-domu-20140226-3u1c.html [cit. 11-03-2014].

http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/cr_od_roku_1989#13 [cit. 11-03-2014].

http://www.czso.cz/csu/2013edicniplan.nsf/p/3306-13 [cit. 11-03-2014].

Kontakt na autora

Ing. David Mareš, Ph.D., M.B.A.

Bankovní institut vysoká škola, a.s.
Nárožní 2600/9
158 00 Praha 5
Česká republika
dmares@bivs.cz

POLITIKA ZAMESTNANOSTI SR – MOŽNOSTI A LIMITY

EMPLOYMENT POLICY OF SLOVAK REPUBLIC – POSSIBILIETIES AND LIMITS

Ján Machyniak

Abstrakt

Miera zamestnanosti je významným ukazovateľom efektívnosti politiky zamestnanosti každého štátu. Vo všeobecnosti sa predpokladá, že čím je zamestnanosť vyššia, tak tým je životná úroveň obyvateľstva danej krajiny vyššia. Vysoké percento zamestnanosti práceschopného obyvateľstva je teda cieľom každej vlády. V príspevku sa preto venujeme politike zamestnanosti Slovenskej republiky, pričom dôraz kladieme predovšetkým na limity aktuálne realizovanej politiky zamestnanosti vlády a identifikujeme možnosti, akým spôsobom podporiť aktívnu politiku zamestnanosti Slovenskej republiky.

Kľúčové slová

Miera zamestnanosti, nezamestnanosť, politika zamestnanosti.

Abstract

The employment rate is an important indicator of the effectiveness of the employment policies of each state. In general, it is as summed that he higher employment is the standard of living of the population of the country is higher. High employment rate of the working population is thus the goal of any government. The paper focus on the limits of current employment policies implemented by the government and identify options how to promote active employment policy of the Slovak Republic.

Key words

Employment rate, unemployment, employment policy.

1. Teoreticko – praktické vymedzenie (ne)zamestnanosti

Mieru zamestnanosti môžeme objektívne považovať za jeden z kľúčových determinantov kvality života a výšky životnej úrovne akéhokoľvek štátu na svete. Práve z tohto dôvodu každá vláda považuje vysokú mieru nezamestnanosti za strašiaka, s ktorým je potrebné bojovať. Nie však každá vláda k tomuto sociálnemu problému pristupuje zodpovedne a prijíma rovnako efektívne riešenia. Veľakrát totiž realizácia určitej verejnej politiky v oblasti riešenia tak závažného sociálneho problému,[40] akým nepochybne nezamestnanosť je, vedie k vytvára-

[40] Vo všeobecnosti za sociálny problém môžeme považovať „oblasť prílišného nepomeru medzi žiaducim a skutočne existujúcim, keď sa sociálne podmienky menia pod vplyvom nejakých faktorov a existujúce sociálne inštitúcie, vzniknuté v minulých podmienkach a fungujúce silou sociálnej inercie, sa po starom pokú-

niu nových sociálnych problémov. Samozrejme, tie si vyžadujú inovatívny prístup, resp. použitie iných, v mnohých prípadoch nákladnejších nástrojov verejnej politiky. V tomto kontexte možno preto zdôrazniť nielen v oblasti znižovania miery nezamestnanosti potrebu realizácie tzv. aktívnej verejnej politiky, ktorá sa predovšetkým snaží anticipovať možné ohrozenia i rozvojové príležitosti uspokojovania verejných záujmov a v dostatočnom predstihu adekvátne reagovať na predpokladaný vývoj (Potuček a kol. 2006).

Vráťme sa však k nezamestnanosti, nakoľko ju považujeme za jeden z najnegatívnejších javov v súčasnej spoločnosti. Relatívne vysoká miera nezamestnanosti sa stala po roku 1989 každodennou realitou všetkých postkomunistických krajín strednej a východnej Európy. Táto skutočnosť vytvárala tlak na postkomunistické vlády jednotlivých štátov a tie boli nútené vybudovať administratívne siete úradov, ktoré mali za úlohu znížiť alebo zmierňovať dopady nezamestnanosti na občanov štátu (Čabanová, Munková 2006).

Definovať nezamestnanosť je relatívne zložité. Vo všeobecnosti možno povedať, že zo sociálneho hľadiska nezamestnanosť predstavuje jav, na základe ktorého je osoba schopná práce vyradená z možnosti pracovať v platenom zamestnaní. „Ide teda o sociálno-ekonomický jav spojený s existenciou trhu práce. Predstavuje dôsledok a súčasne prejav nerovnováhy na trhu práce, medzi ponukou a dopytom po práci.“ (Mareš 2002, s. 10) Z makroekonomického pohľadu možno nezamestnanosť definovať ako stav, keď skutočný produkt ekonomiky je pod úrovňou potencionálneho produktu. Na tomto mieste je potrebné zdôrazniť, že v tomto prípade ide o tzv. cyklickú nezamestnanosť, ktorá je vo všeobecnosti považovaná za nedobrovoľnú. Na druhej strane sa však v spoločnosti objavuje prirodzená miera nezamestnanosti, pri ktorej neexistuje na trhu práce nedobrovoľná nezamestnanosť. Na margo vyššie uvedeného možno konštatovať, že vyššia miera straty pracovných príležitostí zvyšuje prirodzenú mieru nezamestnanosti a vyššia miera nových pracovných príležitostí naopak znižuje prirodzenú mieru nezamestnanosti. Nezamestnanosť je tak definovaná prostredníctvom troch kľúčových atribútov:

1. Nedobrovoľným charakterom – nemožnosťou získať zamestnanie,
2. Pracovnou schopnosťou – spôsobilosťou byť zamestnaný
3. Pripravenosťou pre výkon zamestnania,
4. Aktívnym hľadaním zamestnania – dochádzaním na úrad práce (Tomeš 2010).

Vo všeobecnosti možno identifikovať tri kľúčové príčiny tendencie zvyšovania miery nezamestnanosti medzi ktoré zaraďujeme predovšetkým (1) *demografické zmeny* úzko súvisiace s demografickou štruktúrou ekonomicky aktívneho obyvateľstva a s rastúcou ekonomickou aktivitou dospievajúcej mládeže, (2) *vládna politika* od ktorej do značnej miery závisia podmienky pre vytváranie nových pracovných miest a rast miezd, (3) *štrukturálne zmeny*- v tomto kontexte máme na mysli rýchlo meniace sa ekonomické prostredie v rámci globálneho trhu (ekonomika sa prudko mení, zatiaľ čo pracovná sila na tieto zmeny reaguje pomaly).

šajú riešiť novo vzniknuté problémy.“ (Potuček a kol. 2006, s. 37). Inými slovami: „ide o rozpor medzi tým, aké veci sú, a aké chceme aby boli.“ (Veselý 2009, s. 50).

Miera nezamestnanosti je v matematickom vyjadrení výsledkom podielu nezamestnaných na ekonomicky aktívnom obyvateľstve.

$$\mathbf{u = U/(L+U),}$$

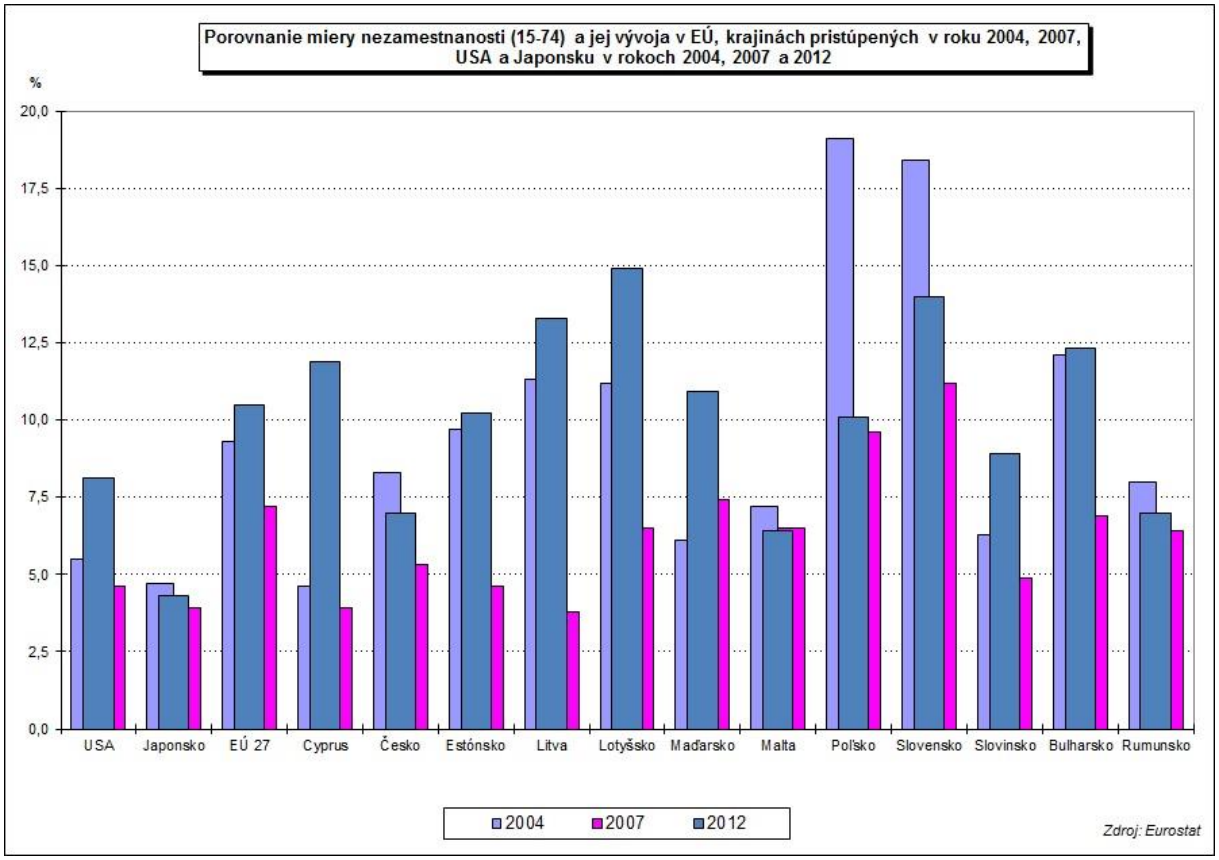
kde:

u je miera nezamestnanosti,

U je počet nezamestnaných,

L je počet zamestnaných.

Na tomto mieste je potrebné zdôrazniť, že v krajinách Európskej únie a sveta neexistuje univerzálne platné číslo miery nezamestnanosti. Možno len predpokladať, že želateľný stav miery nezamestnanosti je niekde na úrovni vyspelých krajín západnej Európy.



Zdroj: Štatistický úrad SR

Hlavné typy nezamestnanosti

- Frikčná nezamestnanosť – je konkrétnym druhom nezamestnanosti, v ktorom sa počet nezamestnaných približuje počtu voľných pracovných miest na danom trhu práce a v danom povolaní. V tomto kontexte je potrebné zdôrazniť, že ľudia neustále vstupujú do pracovného pomeru a z neho dobrovoľne alebo nedobrovoľne vystupujú. Ide teda o typ nezamestnanosti, ktorý bude v rámci slobodného trhu vždy prítomný (Schavel a kol. 2010).
- Štrukturálna nezamestnanosť – tento typ nezamestnanosti vzniká predovšetkým v dôsledku dynamických zmien v ekonomike. Je to spôsobené skutočnosťou, že niektoré

odvetvia hospodárskeho života vznikajú, rozširujú sa, prosperujú a naopak, niektoré z nich zanikajú. Dôvodom ich úpadku môžu byť determinanty ako napr. nezáujem o vybrané tovary a služby zo strany spotrebiteľa, zvýšené náklady na výrobu v dôsledku zavádzania nových technológií, ale i zmena politických a ekonomických cieľov vlády príslušného štátu (Bugár 2005).

- Cyklická nezamestnanosť – ide o nezamestnanosť, ktorá je vytvorená ekonomickým cyklom. Vo všeobecnosti možno povedať, že vzniká poklesom celkového dopytu po práci, ktorý je spôsobený celkovým poklesom dopytu po najrozličnejších tovaroch a službách. Na tomto mieste je žiaduce upozorniť, že pokiaľ je cyklická nezamestnanosť pravidelná a je jasne preukázateľná jej spojitosť s prírodným cyklom, tak v tom prípade hovoríme o tzv. sezónnej nezamestnanosti (Mareš 1994).

2. Politika zamestnanosti SR

Politiku zamestnanosti možno definovať ako činnosť, ktorej primárnym cieľom je dosiahnuť rovnováhu medzi ponukou a dopytom na trhu práce, produktívne vyžitie pracovnej sily, prípadne samotné zabezpečenie dôstojného práva občanov na zamestnanie a to všetko čo možno v najkratšom čase. Vo všeobecnosti možno konštatovať, že dobre realizovaná politika zamestnanosti zaručene povedie k efektívnym výsledkom a k celkovému rastu životnej úrovne obyvateľstva.

Politika zamestnanosti sa orientuje predovšetkým na tieto aktivity:

- na rozvoj infraštruktúry trhu práce,
- podporuje vytváranie nových pracovných miest a rovnako pracovných činností,
- zameriava sa na zvýšenie adaptability pracovnej sily,
- podieľa sa na zabezpečení životných podmienok tých, ktorí sa stali dočasne nezamestnanými formou dávok a podpory v nezamestnanosti (Krebs a kol. 2007).

Po parlamentných voľbách konaných 10. marca občania podporili realizáciu programu strany SMER – sociálnej demokracie, ktorý je založený na politickej stabilite, istotách pre ľudí a proeurópskej orientácií. Na základe dosiahnutých výsledkov bola s súlade s ústavnými postupmi vymenovaná II. vláda Róberta Fica. V rámci svojho programového vyhlásenia sa vláda zaviazala uskutočniť konštruktívne zmeny najmä v nasledujúcich oblastiach:

- zmierniť dopady krízy a posilniť istoty ľudí,
- konsolidovať verejné financie tak, aby deficit verejných financií bol v roku 2013 pod tromi percentami HDP,
- podporiť hospodárky rast a cenovú stabilitu,
- znížiť vysokú nezamestnanosť mladých ľudí a systematicky riešiť problém dlhodobej, najmä regionálnej nezamestnanosti,
- konsolidovať verejné zdravotníctvo s dôrazom na jeho finančnú stabilizáciu,
- posilniť spoluzodpovednosť za plnenie strategických cieľov Európskej únie a zároveň presadzovať oprávnené záujmy Slovenskej republiky v Európskej únií a efektívne využívať prostriedky z fondov Európskej únie na modernizáciu a rozvoj štátu a spoločnosti,
- posilniť hospodársku, sociálnu a územnú súdržnosť spoločnosti,

- založiť dlhodobé tendencie pre hospodársky, sociálny, enviromentálny a vedecko-technický rozvoj Slovenska,
- byť vládou otvorenou všetkým vrstvám slovenskej spoločnosti aj prostredníctvom vytvorenej Rady solidarity a rozvoja za účasti partnerov sociálneho dialógu (Programové vyhlásenie vlády SR 2012).

Vo svojom programovom vyhlásení sa vláda zaviazala, že okrem iného podporí všestranný trvalo udržateľný hospodársky rozvoj štátu ako predpoklad tvorby kvalitných pracovných miest a zlepšovania materiálnych podmienok každej spoločenskej činnosti. V tomto kontexte vláda určuje základné smerovanie ako zo Slovenska urobiť konkurencieschopný hospodársky priestor založený na znalostiach, spoločenskej súdržnosti a enviromentálnom rozvoji. Samozrejme vláda počíta s tým, že touto politikou sa vytvoria predpoklady pre rýchlejší a udržateľný ekonomický rast a dosiahnutie vyššej úrovne zamestnanosti a sociálneho pokroku (Programové vyhlásenie vlády SR 2012).

V rámci vyššie spomínaného trvalo – udržateľného hospodárskeho rastu sa vláda zaviazala zabezpečiť konkurencie schopné reálne hospodárstvo v globálnom priestore, ktoré: (1) nie je dominante založené na lacnej pracovnej sile, neistote v pracovnoprávnych vzťahoch, znižovaní ochrany zdravia a bezpečnosti pri práci, agentúrnom zamestnávaní, na špekuláciách a podvodoch, (2) odvíja svoju globálnu konkurencieschopnosť od zamestnancov, ktorí ovládajú moderné svetové technológie, metódy a techniky, a ktoré dokážu pružne využívať a zdokonaľovať, (3) kooperuje s efektívnou verejnou správou, ktorá vytvára základný rámec stability podnikateľského prostredia, (4) rozvíja modernú konkurencieschopnú infraštruktúru schopnú komunikovať so svetom, (5) pracuje v stabilnom právnom prostredí, ktoré je dodržiavané a vymožiteľné, (5) je zdokonaľované otvoreným a rovnocenným sociálnym dialógom (Programové vyhlásenie vlády SR 2012).

Na základe programového vyhlásenia vlády Slovenskej republiky hospodárska politika vlády v oblasti zamestnanosti vychádza z toho, že trh práce nie je možné vnímať výlučne len ako operatívne správajúci sa systém, ktorý rýchlo reaguje na zmeny na pôde trhu tovarov a služieb. Stratégia vytvárania nových pracovných miest musí vytvoriť také vnútorné a vonkajšie prostredie, ktoré bude schopné nepretržite obnovovať rovnovážny stav medzi ekonomickými potrebami podnikateľov a spoločnosti na jednej strane a na schopnosti a efektívnu motiváciu zamestnancov na druhej strane. Vláda Slovenskej republiky vychádza z toho, že kvalitné pracovné miesta sa tvoria výlučne v prostredí zdokonaľovania ľudskej práce. Cieľom vládnej politiky v oblasti zamestnanosti je vytváranie takých podmienok prostredníctvom trhovo konformných nástrojov, v rámci ktorých by hospodárstvo Slovenskej republiky nielen efektívne využívalo dostupnú pracovnú silu, ale ju aj kvalitne rozvíjalo (Programové vyhlásenie vlády 2012).

Medzi hlavné krátkodobé ciele vlády Slovenskej republiky patrí predovšetkým zníženie vysokej nezamestnanosti s osobitným zreteľom na nezamestnanosť mladých – prevažne absolventov škôl a dlhodobú nezamestnanosť, ktorá je kľúčovým problémom Slovenska už niekoľko rokov. V tomto smere sa vláda zaviazala vytvoriť nasledovné samostatné programy:

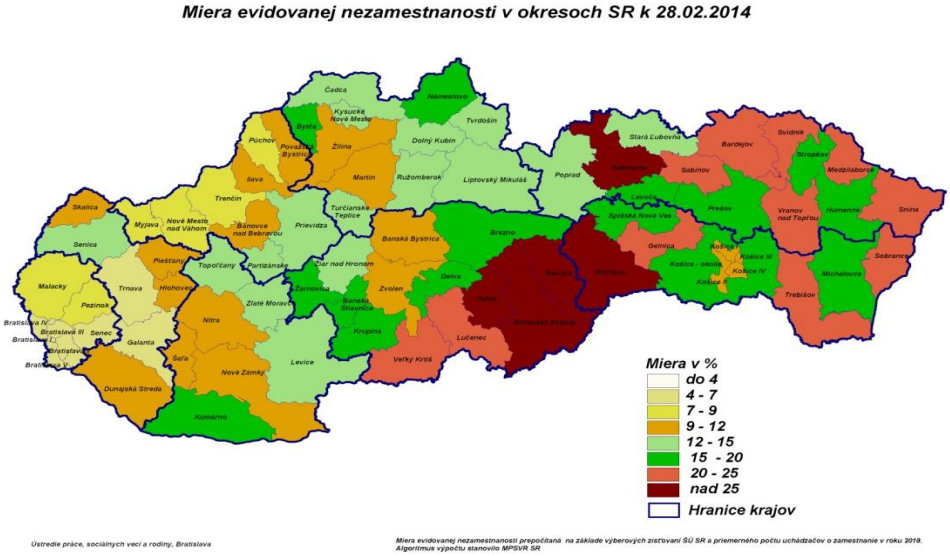
- zamestnávania mladých ľudí, ich prípravy na plynulý vstup na trh práce, vrátane lepšieho prepojenia potrieb hospodárskej praxe so vzdelaním absolventov škôl. K tomu

sa využijú realokované zdroje zo štrukturálnych fondov EÚ tak, aby sa urýchlil efekt na zvrátenie nepriaznivého stavu v nezamestnanosti mladých ľudí;

- riešenia dlhodobej nezamestnanosti so štruktúrou nástrojov aktívnej politiky trhu práce, najmä zvýšenia ich účinnosti u niektorých špecifických cieľových skupín;
- skvalitnenia monitoringu trhu práce spojeného so systematickým vyhodnocovaním účinnosti prijatých programov pri posilnení účasti sociálnych partnerov pri ich tvorbe a realizácii;
- cielenej podpory celoživotného vzdelávania, tak aby rástol ľudský a sociálny kapitál na úrovni podnikov, zvlášť u malého a stredného podnikania;
- znižovania administratívneho zaťaženia podnikateľskej sféry vrátane zjednodušenia daňového a odvodového systému;
- výraznejšej regionálne diferencovanej podpory malého a stredného podnikania;
- vytvárania zelených pracovných miest, vo vodnom a odpadovom hospodárstve, stavebníctve, energetike a vo výskume, vývoji a inováciách, v technológiách a výrobkoch príznivých životnému prostrediu;
- rozšírenia produkcie slovenských podnikateľských subjektov pre významných strategických priemyselných výrobcov v SR, v štátoch V4 a v Rakúsku (Programové vyhlásenie vlády SR 2012).

V tomto kontexte pomocným orgánom vlády Slovenskej republiky sa stala Rada solidarity a rozvoja, ktorá predstavuje platformu pre diskusiu a hľadanie riešenia konsenzu medzi vládou a predstaviteľmi sociálnych partnerov, cirkví a odborných inštitúcií pri príprave dôležitých rozhodnutí, ktoré sa týkajú spoločnosti ako celku.

Faktom zostáva, že v súčasnosti sa aj napriek charaktere verejnej politiky v oblasti politiky zamestnanosti nedarí zlepšiť aktuálny nežiaduci stav. V tomto kontexte je mimoriadne dôležité upozorniť na rozdielnu výšku nezamestnanosti v rámci jednotlivých regiónov Slovenska – samosprávnych krajov. Táto skutočnosť však je spôsobená nielen zlou politikou vlády, ale aj socio-ekonomickými podmienkami obyvateľstva v rámci jednotlivých regiónov.



Zdroj: Štatistický úrad SR

Ak sa bližšie pozrieme na vyššie uvedenú mapu zistíme, že bez práce je v súčasnosti viac ako 14,2 % práceschopného obyvateľstva. Dlhodobo najhoršia situácia je na juhovýchode a východe Slovenska. Medzi najohrozenejšie okrasy spravidla patria: Kežmarok, Revúca, Rimavská Sobota, Poltár. Na tomto mieste je potrebné upozorniť, že tento stav je okrem relatívne nedostatočne vybudovanej dopravnej infraštruktúry spôsobený aj negatívnym demografickým vývojom populácie. Vo všeobecnosti možno konštatovať, že mladí ľudia sa v dôsledku absencie voľných pracovných miest migrujú do iných častí štátu. To spôsobuje, že obce a mestá v rámci týchto okresov obývajú prevažne ľudia v postproduktívnom veku. Z týchto oblastí sa tak postupne vytrácajú inovácie a záujem domácich a zahraničných investorov o poskytovanie tovarov a služieb.

Naopak, situácia na západe a juhozápade Slovenska je podstatne lepšia. Výška miery nezamestnanosti sa v rámci okresov pohybuje v hraniciach 4 – 12 %. Vo všeobecnosti platí, že čím sa okres nachádza bližšie k hlavnému mestu, tak tým je miera nezamestnanosti nižšia. Sme toho názoru, že v blízkej budúcnosti musí nevyhnutne dôjsť k aktívnejšej a efektívnejšej politike vyrovnávania týchto disparít, pretože reálne nám v rámci niektorých krajov hrozí masová nezamestnanosť. Tá so sebou nepochybne prináša nasledujúce spoločensky nežiaduce javy:

1. ohrozuje kontinuitu vývoja sociálneho a kultúrneho systému spoločnosti, čo sa v konečnom dôsledku prejavuje v znižovaní prostriedkov vynaložených vládou do spoločensky významných oblastí, akými nepochybne sú:
   - vzdelávací systém počnúc základnými školami a končiaci vysokoškolským vzdelaním,
   - verejné zdravotníctvo,
   - sociálna starostlivosť a pomoc sociálne znevýhodneným občanom a obyvateľom jednotlivých regiónov Slovenska,
   - vedy a výskumu, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu v rozvoji demokratickej spoločnosti,
   - kultúry a umenia, ktoré sa nezanedbateľnou mierou podieľajú na formovaní osobnosti každého jednotlivca žijúceho v modernej spoločnosti;
2. výrazne zvyšuje riziko tzv. sociálno – patologických javov v spoločnosti;
3. vedie k sociálnej izolácií tých zložiek obyvateľstva, ku ktorým nie je rovnomerne sprístupnené právo na prácu, garantované štátom;
4. napokon vedie k vážnemu ohrozeniu kvality spoločenských vzťahov a hodnotného systému v spoločnosti (Paukovič, 2007), čoho sme koniec – koncov boli svedkami v nedávnych regionálnych voľbách v Banskobystrickom samosprávnom kraji.

Ako možné riešenie nezamestnanosti v podmienkach Slovenskej republiky vidíme predovšetkým v systematickom napĺňaní dlhodobých a rovnako krátkodobých cieľov. V tomto kontexte je nanajvýš potrebné znížiť mieru dlhodobej nezamestnanosti mladých ľudí, ktorí vo všeobecnosti predstavujú budúcnosť nášho štátu a spoločnosti. Ako vhodným nástrojom sa javí prijatie legislatívneho opatrenia, ktoré by obligatórne zaviedlo povinnú prax v rámci vyučovacieho procesu nielen na stredných odborných školách, ale i na všetkých verejných vysokých školách. Predpokladáme, že týmto postupom by absolventi a teda potenciálni uchádzači

o voľné pracovné miesta získali prvotný kontakt s pracovnými návykmi a naskytla by sa príležitosť konfrontácie teoretických vedomostí s praktickými zručnosťami ešte predtým, ako absolvent plnohodnotne vstúpi na pracovný trh. Rovnako by i potenciálni zamestnávatelia získali prehľad o mladých šikovných ľuďoch, ktorí by v budúcnosti mohli doplniť ich rady kvalifikovaných zamestnancov.

Čo sa týka situácie v rizikových oblastiach Slovenska je potrebné v čo najkratšom čase dobudovať dopravnú infraštruktúru, čím by za vytvorili priaznivejšie podmienky pre podnikateľské aktivity nielen domácich, ale i zahraničných podnikateľských subjektov. Rovnako štát musí efektívnejšie poskytovať finančné zdroje tým odvetviam národného hospodárstva, ktoré sú v súčasnosti na ústupe a hrozím im dlhodobý reálny pokles, v niektorých prípadoch zánik.

V oblasti zvýšenia zamestnanosti v podmienkach Slovenskej republiky je z nášho pohľadu nevyhnutné aktívne podporovať oblasť malého a stredného podnikania. Malé a stredné podniky totiž predstavujú 95 až 98 %všetkých podnikateľských subjektov a preto sa im vo viacerých krajinách dostáva zo strany štátu zvýšenej pozornosti. Na margo malých a stredných podnikov možno konštatovať, že predstavujú dynamický element trhu, ktorý zabezpečuje zamestnanosť aj v tých oblastiach, kde sa väčšie podniky z rozličných príčin nenachádzajú (Mura, 2011). Práve takto zameraná politika môže znamenať zníženie miery nezamestnanosti v silno postihnutých oblastiach Slovenska.

Literatúra

BUGÁR, Š. 2005 *Sociálna politika III*. Olomouc : Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, 2005. 79 s. ISBN 80-244-1093-1.

ČABANOVÁ, B.; MUNKOVÁ, G. 2006 Sociální politika. In Potuček, M. a kol. *Veřejná politika.* Praha : Slon, 2006. s. 245-276. ISBN 80-86429-50-4.

KLIMENTOVÁ, E.; ŽÁČEK, Š. 2004 *Sociální politika II*. Olomouc : Univerzita Palackého, Filozofická fakulta, 2004. 64 s. ISBN 80-244-0788-4.

KEBS, V. A KOL. 2007 *Sociální politika.* 4. přepracované a aktualizované vyd. Praha : ASPI, 2007. 504 s. ISBN 978-80-7357-276-1.

MAREŠ, P. 1994 *Nezaměstnanost jako sociální problém*. Praha : Sociologické nakladatelství, 1994. 142 s. ISBN 80-901424-9-4.

MAREŠ, P. 2002 *Nezaměstnanost jako sociální problém*. 3. upravené vyd. Praha : Sociologické nakladatelsví, 2002. 172 s. ISBN 80-86429-08-3.

MURA, L. 2011 *Ekonomika malého a středního podnikání.* Dubnica nad Váhom : MiFid, 2011. 185 s. ISBN 978-80-89400-22-5.

PAUKOVIČ, V. 2008 Nezamestnanosť ako sociálny jav, štruktúra nezamestnanosti, príčiny, dôsledky a riešenia problému v Slovenskej republike. In *Sociálne a politické analýzy,* 2008, 2, 1, s. 166-194. ISSN 1337-5555.

POTUČEK, M.; LELOUP, T. L. 2006 *Přístupy k veřejné politice*. In POTUČEK, M. A KOL. *Veřejná politika.* Praha : Slon, 2006. 9-32. ISBN 80-86429-50-4.

SCHAVEL, M. A KOL. 2010 *Sociálna prevencia*. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 267 s. ISBN 978-80-89271-22-1.

TOMEŠ, I. 2009 *Úvod do teorie a metodologie a sociální politiky*. Praha : Portál, 2009. 439 s. ISBN 978-80-7367-680-3.

VESELÝ, A. 2009 *Vymezení a strukturace problému ve veřejné politice*. Praha : Karolinum, 2009. 262 s. ISBN 978-80-246-1714-5.

Kontakt na autora

PhDr. Ján Machyniak

Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave
Fakulta sociálnych vied UCM v Trnave
Katedra verejnej politiky a verejnej správy
Bučianska 4/A
917 01 Trnava
Slovenská republika
jan.machyniak@gmail.com

PŘEDSTAVENÍ DOBROVOLNICKÉHO PROGRAMU A MOTIVACE ZÁJEMCŮ O DOBROVOLNICTVÍ VE FNKV

VOLUNTEER PROJECT AND MOTIVATION OF APPLICANTS FOR VOLUNTEERING AT VINOHRADY UNIVERSITY HOSPITAL

Martina Hasalíková – Barbora Housková

Abstrakt

Příspěvek se věnuje dobrovolnictví a motivaci zájemců o dobrovolnictví ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady. V úvodu je popsán dobrovolnický program ve FNKV, který je zaměřen výhradně na pomoc pacientům v nemocničním prostředí. Výběr dobrovolníků proto musí být podstatně přísnější než u jiných typů dobrovolnictví. Hlavní část příspěvku se zabývá formálními náležitostmi spojenými s fungováním dobrovolnického programu ve zdravotnickém zařízení, zaměřuje se na související legislativu, popisuje činnost dobrovolníků a uvádí přehled zapojení dobrovolníků v rámci jednotlivých oddělení FNKV. V závěru jsou zmíněny výsledky výzkumu provedeného na základě výstupů z přijímacího pohovoru se žadateli o dobrovolnictví. Uvedený výzkum se zaměřuje na motivaci uchazečů o dobrovolnictví ve FNKV a jejich sociodemografický popis.

Klíčová slova

Dobrovolnictví, motivace.

Abstract

The talk addresses the issue of volunteering and motivation of people interested in volunteering at the Vinohrady University Hospital, Prague. In the introductory part we will describe the volunteer program in the above mentioned hospital, which focuses exclusively on helping patients in the hospital environment. The conditions for selecting volunteers in this area must therefore be significantly more stringent than in other areas of volunteering. In the following part we will describe the formalities and related legislation associated with the operation of the volunteer program in the health care facility, and provide the overview of the activities and involvement of the volunteers within each department of the hospital. In the final part we will provide the results of the research arising from the job interviews with the candidates for volunteering, focusing on their motivation and their socio-demographic description.

Key words

Motivation, volunteerism.

1. Představení Dobrovolnického programu FNKV, jeho legislativa a personální struktura

Dobrovolnický program ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady (dále jen DP FNKV) funguje od roku 2009. Vznikl ve spolupráci s občanským sdružením Lékořice o.s., která od roku 2005 provozuje dobrovolnický program v Thomayerově nemocnici v Krči.

DP FNKV je financován Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady a grantem z Ministerstva zdravotnictví České republiky. Akreditace uděluje Ministerstvo vnitra České republiky.

Problematiku dobrovolnictví řeší Zákon č. 198/2002 Sb. o dobrovolnické službě a o změně některých zákonů (zákon o dobrovolnické službě). In: Sbírka zákonů, Česká republika, 2002, částka 82, s. 4835- 4839. Specifika dobrovolnického programu jsou uvedena a popsána ve *Věstníku Ministerstva zdravotnictví České republiky* č. 6/2009, s. 102- 114.

Na organizaci činnosti dobrovolníků se podílí řada pracovníků FNKV. Interním garantem DP FNKV je náměstkyně pro ošetřovatelskou péči Mgr. Libuše Gavlasová. „Interním garantem programu je zaměstnanec nemocnice, nejlépe člen managementu, který prosazuje a podporuje průběh programu hlavně na úrovni vedení nemocnice. Podílí se na tvorbě celkové koncepce a rozvojové strategie programu, spolupracuje na zakomponování dobrovolnické pomoci do systému komplexní péče a prezentuje program v rámci nemocnice i mimo ni“ (Věstník MZ 2009: 105). Externím konzultantem programu je Mgr. Karin Pospíšilová, výkonná ředitelka Lékořice o.s., která pomáhá svými cennými radami jak v oblasti organizace dobrovolnické práce ve FNKV obecně, tak i při řešení konkrétních situací. Odborným garantem DP FNKV pro danou kliniku je vždy přednosta či vedoucí lékař, kontaktní osobou DP FNKV pro danou kliniku je vrchní či staniční sestra. Koordinátorkou dobrovolnického programu FNKV je PhDr. Martina Hasalíková. Koordinátorkou dobrovolníků je Barbora Housková. Na činnost dobrovolníků navíc pravidelně dohlíží externí supervizor.

„Přínos dobrovolnické činnosti pro pacienty je doložen zvláště v oblasti emocionální podpory, tedy v péči o psychický stav pacienta, a jeho posilování prostřednictvím vztahu založeného na oboustranné důvěře“ (Kořínková 2010, s. 13).

Dobrovolník svou činností propaguje hodnoty aktivního občanství. Vhodně doplňuje činnost zdravotnických profesionálů a přispívá k lepší psychosociální pohodě pacienta.

2. Vstupní pohovor

Informace ke smíšenému sociologickému průzkumu provedeného ve zmíněném nemocničním zařízení jsou čerpány z odpovědí uchazečů, získaných během vstupním pohovoru. Dotazníky s každým z uchazečů vyplňovala koordinátorka dobrovolníků, která s uchazeči prováděla řízený rozhovor. Od konce roku 2009, kdy tento program vznikl, do ledna 2014, se o dobrovolnickou činnost v uvedeném nemocničním zařízení ucházelo sto sedmdesát tři kandidátů a kandidátek. Vstupní pohovory vždy probíhaly v klidném prostředí pouze za přítomnosti koordinátorky a trvaly půl hodiny až hodinu.

Struktura vstupního pohovoru:

- sociodemografický popis uchazeče – pohlaví, věk, vzdělání, rodinný stav,
- osobní motivace,
- zkušenosti s dobrovolnictvím,
- preference cílových skupin,
- zaměstnání,
- zdraví,
- rodina,
- duchovní život,
- dovednosti.

Průzkum je zpracován na základě vyplněných dotazníků, ze kterých byly vybrány pouze otázky, které jsou relevantní pro popis zkoumaného souboru. Průzkum je zakódován z důvodu zachování anonymity uchazečů, neboť dobrovolnický program ve FNKV stále běží a k prosinci 2013 bylo 33 z těchto uchazečů stále aktivními dobrovolníky. Ke každé vybrané otázce byla zpracována škála odpovědí, kdy například původní okruh pro tvorbu škály čítal 45 položek, ze kterých byly pak na základě redukce a shody vytvořeny jednotlivé kategorie.

Je rovněž nutno podotknout, že na některé otázky, například na otázku zjišťující názor na alternativní medicínu, však nemáme od mnohých respondentů odpovědi. Tato skutečnost je dána tím, že dotazník by postupem času zdokonalován a tyto otázky do něj byly zařazeny až po určité době fungování dobrovolnického programu.

3. Motivace uchazečů o DP FNKV – rozdělení motivací podle Claryho

Gill E. Clary je sociální psycholog působící na St. Catherine University ve státě Mineapolis. Po sérii výzkumů motivací o dobrovolnickou činnost definoval šest funkcí, které dobrovolnictví pro člověka má a ke každé z nich přiřadil odpovídající motivaci. Hlavním cílem této studie je pochopit důvody, účely, plány a cíle, které charakterizují fenomén dobrovolnictví (Ferreira a kol. 2011, s. 5, překlad autorky), dostupné na: http://www.academia.edu/2909089/Motivation_among_hospital_volunteers_an_empirical_analysis_in_Portugal). Jsou jimi:

a) Hodnoty

Jednou z funkcí, kterou může účast v servisních střediscích dobrovolníkům plnit, je možnost vyjadřovat hodnoty vztahující se k altruistickému a humanitárnímu přístupu k ostatním. Podle zmíněných autorů je starost o druhé často pro ty, kteří se stanou dobrovolníky, charakteristická (Anderson & Moore 1978). Je to něco, co odlišuje dobrovolníky od nedobrovolníků (Allen & Rushton 1983), a je to také to, co předurčuje, zdali dobrovolníci dokončí svou předpokládanou dobu služby.

b) Porozumění

Druhou funkcí, kterou dobrovolnictví může plnit, je příležitost osvojit si nové studijní zkušenosti a možnost uplatnit znalosti, dovednosti a schopnosti, které by jinak mohly zůstat

nevyužity. V souvislosti s tím, jak je o znalosti a ocenění pojednáváno v teoriích zabývajících se postoji a přesvědčením, slouží jako příklad této funkce porozumění značný počet Gidronových (1978) dobrovolníků ve zdravotnických a psychiatrických zařízeních, kteří očekávali, že jim tato práce přinese možnosti osobního růstu, sebevzdělávání a poznání rozmanitostí života.

c) Společenská funkce

Třetí funkce, kterou dobrovolnictví může plnit, odráží motivaci týkající se vztahů s ostatními. Dobrovolnictví může přinášet příležitosti být s přáteli nebo se zapojit do činnosti, na kterou příznivě pohlížejí důležité osoby. Tato společenská funkce jednoznačně souvisí se sociálně přizpůsobivou funkcí, kterou zmiňuje Smith (Smith a kol. 1956) a která je uváděna jako významná v několika studiích o užitečnosti, včetně Rosenhanova (1970) vyobrazení do jisté míry zaangažovaných aktivistů občanských práv, jejichž motivace byla vedena očekáváním společenské odměny a obavou z trestu plynoucího z nesouhlasu společnosti.

d) Zaměstnání

Čtvrtá funkce, kterou dobrovolnictví může plnit, je spojena s přínosem, který může mít pro budování kariéry. Tato funkce souvisí s utilitární (praktickou) funkcí, kterou popisuje Katz (1960), a jejím příkladem jsou dobrovolníci Junior League, které zkoumal Jenner (1982). 15% těchto dobrovolníků vnímalo dobrovolnictví jako prostředek sloužící k přípravě na nové zaměstnání nebo k udržení si dovedností důležitých ve stávajícím zaměstnání.

e) Ochranná funkce

Kořeny páté funkce můžeme vystopovat ve funkcionalistických teoriích vycházejících z chápání motivace jako procesu spojeného s fungováním ega. Podle Katzovy defenzivy ega (Katz, 1960) nebo Smithovy externalizace (Smith a kol. 1956) je taková motivace založena na potřebě ochraňovat ego před zápornými jevy sebe sama, a dobrovolnictví tak může sloužit ke snížení pocitu viny nad tím, že mám v životě více štěstí než jiní, a může sloužit k řešení osobních problémů. Ochranná funkce nabízí vysvětlení závěrů, ke kterým došli Frisch a Gerard (1981). Podle jejich zjištění někteří dobrovolníci Červeného kříže uvedli, že vykonávají dobrovolnickou činnost, aby unikli svým negativním pocitům.

f) Funkce posílení, obohacení

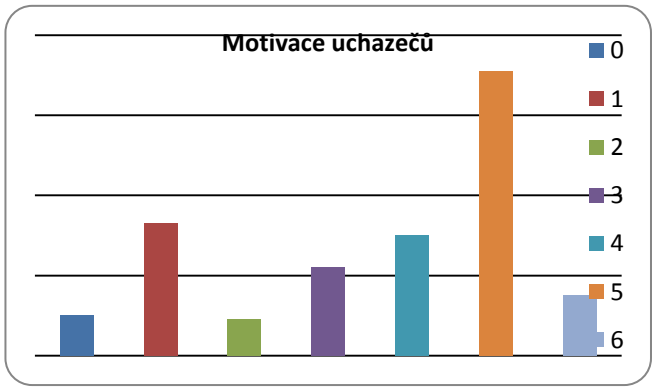
Konečně šestá navrhovaná funkce dobrovolnictví se odvozuje z náznaku, že vliv ega může být ještě výraznější, a nejde jen o ochranu sebe sama, ale jedná se zejména o oblast posílení ovlivňovací pozice (Clary a kol. 1998, 1518).[41] Příkladem může být čerstvý důchodce, který hledá sebeuplatnění a využití nově nabytého volného času.

V rámci výzkumu autorka narazila na 45 odlišných motivů k dobrovolnictví a ty po diskuzi s vedoucí práce rozdělila do pěti skupin, které definoval Clary (hodnoty, společenská funkce, zaměstnání, ochranná funkce a funkce obohacení). Oproti původní Claryho koncepci byla zařazena nová kategorie, místo původní uváděné kategorie „porozumění“ byla na základě četnosti odpovědí uchazečů a uchazeček definována nová struktura, nazvaná „zvědavost“,

[41] Překlad autorky, celý text dostupný na: http://psycnet.apa.org/psycinfo/1998-02892-008.

protože svou podstatou typy motivace, které do ní spadají, nelze zařadit ani do jedné z výše zmiňovaných zbývajících pěti skupin..

Celkový součet odpovědí na otázku vztahující se k motivaci je číslo vyšší než je 173, což byl skutečný počet respondentů, neboť někteří jedinci uváděli typů motivace k dobrovolnické činnosti více než pouze jednu. Výsledné číslo pak bylo 190 odpovědí. Třicet tři z těchto odpovědí spadá do kategorie „hodnot“, které je možno charakterizovat jako motivaci altruistickou. Sedmdesát jedna odpovědí pak uvádí motivaci, kterou lze zařadit do skupiny obohacující funkce. Ta se vyznačuje velkým vlivem ega, a proto ji autorka řadí mezi typy motivace čistě egoistické. Ostatní druhy motivace se pohybují na pomezí mezi těmito jednoznačnými protipóly. Výsledný graf typů motivace ukazuje jednoznačnou převahu typu motivace egoistické.



0 – Neuvedeno

1 – Hodnoty

2 – Společenská funkce

3 – Zaměstnání

4 – Ochranná funkce

5 – Funkce posílení, obohacení

6 – Zvědavost na nemocniční prostředí

Graf č. 1. Motivace uchazečů

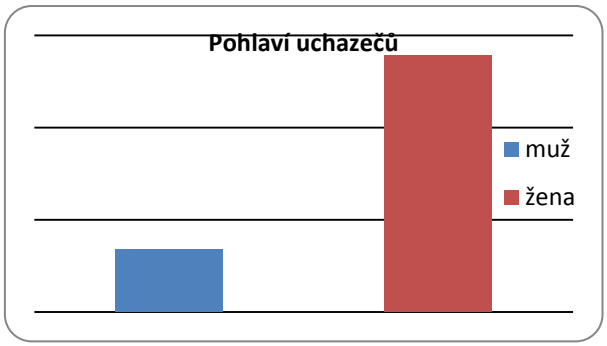
4. Sociodemografický popis výzkumného souboru, předchozí zkušenosti s dobrovolnictvím, zapojení do DP FNKV

Do této kategorie patří věk uchazečů, jejich pohlaví, rodinný stav, nejvyšší dosažené vzdělání, profese a náboženská víra.

Výsledky z výzkumu, který provedli Gillespie a King, ukazují, že motivy k dobrovolnictví ovlivňuje věk, pohlaví i rodinný stav. Studie také ukázala velké rozdíly v sociálním zázemí, rolích ve společnosti, zdraví a charakterových vlastnostech jednotlivých uchazečů o dobrovolnictví a jejich případnou míru zainteresovanosti v činnosti dobrovolníka (Gillespie, King 1985).[42]

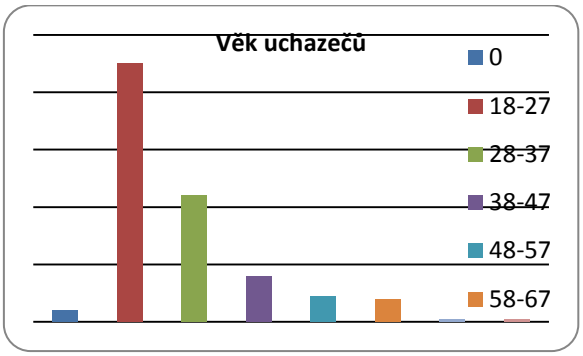
Ze 173 uchazečů o dobrovolnictví ve FNKV tvoří většinu ženy. Vyčísleno přesně, ve zkoumaném období se zde o zapojení do DP ucházelo 139 žen a 34 mužů. Výzkum, který provedli Wymer a Samu, ukazuje, že dobrovolnice jsou podstatně více empatické než dobrovolníci muži a obě skupiny maji často odlišnou motivaci (Wymer, Samu 2010). Výsledek výzkumu potvrzuje, že se o dobrovolnictví ve zdravotnickém zařízení zajímají především ženy.

[42] Překlad autorky, dostupné na: http://heinonline.org/HOL/LandingPage?handle=hein.journals/jrlsasw12&div=48&id=&page).



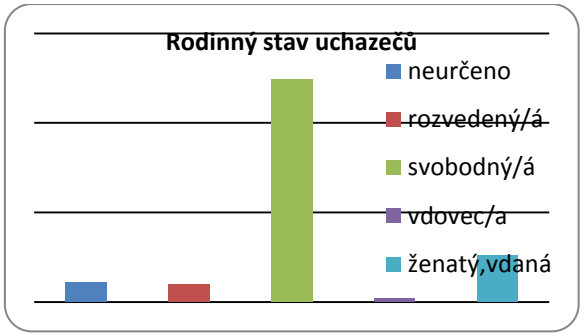
Graf č. 2. Pohlaví uchazečů

Graf č. 3 je důkazem toho, že největší zájem o dobrovolnictví ve zdravotnickém zařízení mají lidé ve věku 18 – 27 let (90 uchazečů). Na tomto výsledku se velkou měrou podílí skutečnost, že v uvedeném věkovém rozmezí se dotváří charakter a sociální hodnoty a mnoho jedinců hledá nové zkušenosti a rozšíření obzorů. Praxe v dobrovolnictví navíc může být užitečná pro kariérní rozvoj jedince. Graf má klesající tendenci, což znamená, že s přibývajícím věkem počet uchazečů klesá. Z daného grafu dále vyplývá, že druhá nejpočetnější věková skupina je od 28 do 37 let (44 uchazečů). Ve věkovém rozmezí od 38 do 47 let se do FNKV dostavilo 16 uchazečů, uchazečů starších 48 a mladších 57 let bylo 9, věkovou kategorii od 58 do 67 let reprezentovalo 8 uchazečů a starší 68 let byli pouze dva uchazeči. Průměrný věk uchazečů byl 30.3 let, přičemž nejmladšímu uchazeči bylo 17 a nejstaršímu 78 let.



Graf č. 3. Věk uchazečů

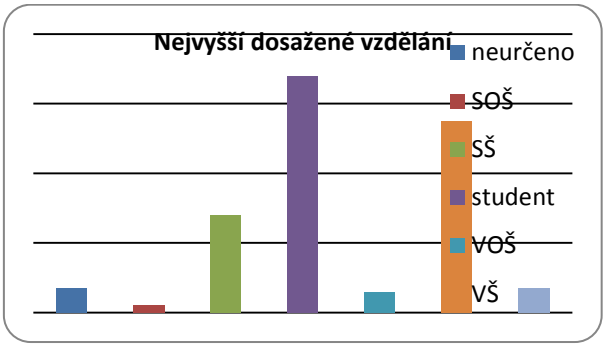
Nejčastější odpovědí na otázku týkající se rodinného stavu bylo „svobodný/svobodná“. Svobodných uchazečů bylo 124.



Graf č. 4. Rodinný stav uchazečů

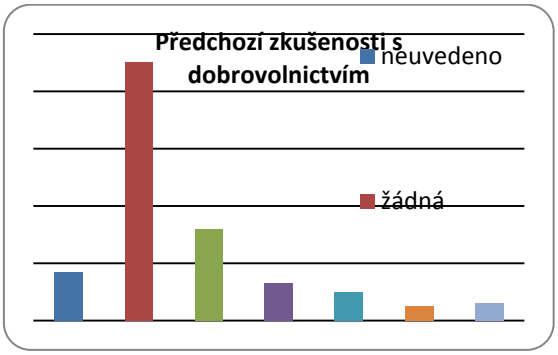
Jak již bylo zmíněno výše, nejpočetnější skupinu uchazečů o dobrovolnictví tvoří lidé ve věku od 18 do 27 let. To, že většina z nich jsou studenti, je zjevné z grafu č. 5, který je zpracován na základě údajů týkajících se nejvyššího dosaženého vzdělání. Z uvedené tabulky lze vyčíst, že studentů je mezi uchazeči celkem 68. Jejich motivací je ve většině případů především možnost praxe, která je povinnou součástí studia. Na základě zvoleného systému členění typů motivace se tato motivace řadí do třetí kategorie, tedy kategorie zaměstnání. Jde spíše o motivaci egoistickou, neboť základním podnětem zde není touha pomoci někomu jinému, ale spíše pomoci sobě samotnému. Dobrovolnická činnost může kladně ovlivnit hodnocení uchazeče během přijímacího řízení na vysokou školu.

V těsném sledu za studenty jsou mezi uchazeči lidé, kteří mají ukončené vysokoškolské vzdělání.



Graf č. 5. Nejvyšší dosažené vzdělání

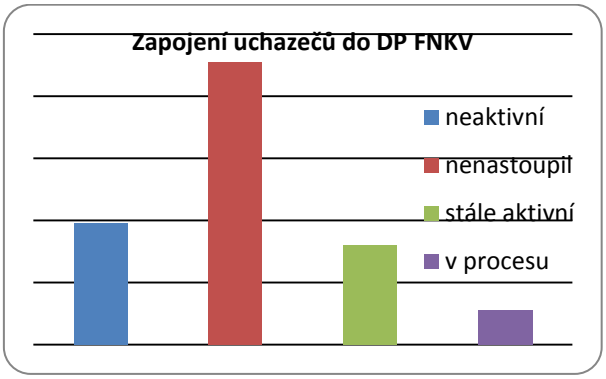
Celkem devadesát uchazečů o dobrovolnictví ve FNKV nemělo žádnou osobní zkušenost s dobrovolnickou činností. Jsou to většinou lidé, kteří hledají nové zkušenosti a uplatnění. Většina z těch, kteří zkušenost s dobrovolnickou činností mají, pracovala s dětmi (32), ať už jako pořadatelé dětských kroužků, vedoucí na letních táborech, nebo jako soukromí učitelé bez nároku na odměnu. S dobrovolnictvím se seniory mělo zkušenost 10 lidí, 13 uchazečů pomáhalo osobám s postižením. Pouze pět uchazečů mělo zkušenost přímo s dobrovolnictvím v nemocničním zařízení. V jiných druzích dobrovolničení, než je zmíněno výše, se angažovalo 6 uchazečů. Údaje o předchozích zkušenostech nejsou dostupné u 17 uchazečů, neboť tato otázka byla zařazena do dotazníku až v květnu v roce 2010.



Graf č. 6. Předchozí zkušenosti s dobrovolnictvím

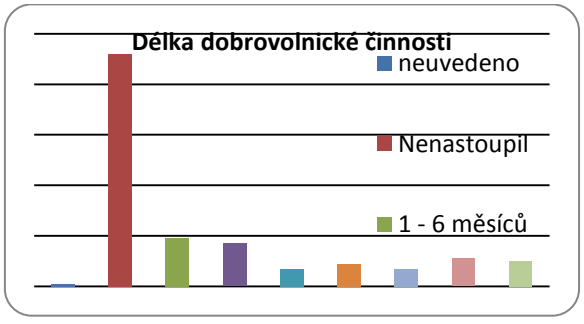
Absolvování vstupního pohovoru s koordinátorkou dobrovolnictví není zárukou, že daný zájemce do DP FNKV opravdu nastoupí. Důvody mohou být různé, nejčastějším ale bývá to, že má uchazeč o dobrovolnickém programu v nemocnici představy, které neodpovídají realitě.

Mnoho z nich se zase neztotožní s pravidly, se kterými jsou seznámeni. Pro chod dobrovolnického programu je přitom nutné, aby s nimi byli účastníci vnitřně identifikováni. Dalším častým důvodem bývá nedostatek času, případně nedostatečná časová flexibilita a nemožnost pravidelného docházení na oddělení. Někteří uchazeči nejsou do programu přijati, protože pro tento druh dobrovolničení nejsou vhodní a mohli by být pro DP i rizikoví. Informace, zda uchazeči opravdu k dobrovolnické činnosti nastoupili či nikoli, je v současném okamžiku dostupná pouze u 162 zájemců, neboť zbývajících 11 uchazečů je v současné době proškolováno a zatím nepodepsali dohodu o dobrovolnické činnosti ani koordinátorku neinformovali o případném upuštění od záměru stát se ve FNKV dobrovolníkem. Ze zbývajících 162 zájemců do DP FNKV nenastoupilo 90 uchazečů, kteří se dostavili na vstupní pohovor. Z celkového počtu 173 uchazečů tedy nastoupilo sedmdesát dva osob.



Graf č. 7. Zapojení uchazečů do DP FNKV

Při podepisování dohody o dobrovolnické činnosti se nový dobrovolník zavazuje pracovat po dobu jednoho roku s možností následného prodloužení dohody. Dobrovolník, který z jakéhokoli důvodu již dále nechce činnost vykonávat, může kdykoli od dohody odstoupit. Graf číslo 16 znázorňuje dobu, po kterou je/byl dobrovolník ve FNKV aktivní. V tomto grafu jsou uvedeni jak dobrovolníci neaktivní, tak i ti, kteří jsou stále aktivní. Mnoho z dobrovolníků pracovalo, případně pracuje v DP po dobu delší než jeden rok, což je vzhledem k náročnosti tohoto typu dobrovolnické činnosti obdivuhodné. Stálých dobrovolníků, kteří se programu účastní déle než dva a půl roku, je 11.



Graf č. 8. Délka dobrovolnické činnosti

Aktualizovaný počet výstupů ze vstupních pohovorů k 1. dubnu 2014 je přesně 188. Z těchto mnoha zájemců je v současné době aktivních 38 dobrovolníků. Dobrovolnický program FNKV bude v roce 2014 rozšířen na další oddělení nemocnice.

Literatura

CLARY, E.; SNYDER, M.; RIDGE R.; COPELAND, J.; STUKAS, A.; HAUGEN, J.; MIENE, P. 1998 Understanding and assessing the motivations of volunteers: A functional approach. *Journal of Personality and Social Psychology* [online] 1998, vol. 74, issue 6, s. 1516-1530. DOI: 10.1037/0022-3514.74.6.1516. Dostupné z: http://psycnet. apa.org/psycinfo/1998-02892-008 [cit. 2013-08-22].

FERREIRA, M.; PROENCA, T.; PROENCA, J. 2011 An Empirical Analysis about Motivations among Hospital. In *Research Work in FEP WORKING PAPERS Progress* n. 418, 2011. Dostupné z: http://www.academia.edu/2909089/Motivation_among_hospital_volunteers _an_empirical_analysis_in_Portugal [cit. 2013-09-06].

FRIČ, P.; POSPÍŠILOVÁ, T. A KOL. 2010 V*zorce a hodnoty dobrovolnictví v české společnosti na začátku 21. století*. 1.vyd. Praha : Agnes, 2010. ISBN 978-80-903696-8-9.

TOŠNER, J.; SOZANSKÁ, O. 2006 *Dobrovolníci a metodika práce s nimi v organizacích.* 2.vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-178-6.

VĚSTNÍK MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY č. 6/2009, s. 102- 114.

VINOPAL, J. 2009 Situace standardizovaného dotazování z hlediska kognitivních přístupů. *Sociologický časopis* 2009, 397–420. ISSN 0038-0288.

WILSON, M. A.; MUSICK, J. 2008 *Volunteers a social profile*. Bloomington : Indiana University Press, 2008. ISBN 02-531-1686-4

Kontakt na autora

Barbora Housková
Koordinátorka dobrovolníků ve FNKV

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Dobrovolnický program FNKV
Šrobárova 50, pavilon K1
100 34 Praha 10
barahouska@seznam.cz

PhDr. Martina Hasalíková
Koordinátorka dobrovolnikého programu FNKV

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Dobrovolnický program FNKV
Šrobárova 50, pavilon K1
100 34 Praha 10
MartinaHasalíková@seznam.cz

PORADENSTVÍ RODINNÝM PŘÍSLUŠNÍKŮM NEMOCNÝCH ALZHEIMEROVOU NEMOCÍ

COUNSELING TO FAMILY MEMBERS OF ALZHEIMER'S PATIENS

Martina Hasalíková

Abstrakt

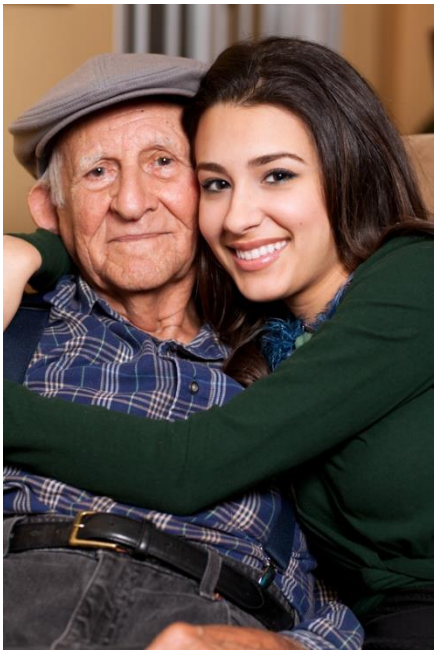
Hlavním tématem tohoto příspěvku je stručný úvod do problematiky pečujících, kteří se starají o blízkého člověka nemocného Alzheimerovou nemocí. V příspěvku se setkáme s nejčastějšími potížemi, se kterými se setkávají blízcí takto nemocných lidí. Představeny budou nejčastější postoje, se kterými se v poradenské praxi setkáváme, dále pak bude zmíněna zátěž pečovatelů při progresi choroby. Chybět nebude ani stručný přehled výzkumů, které se této problematiky v ČR dotýkají. V krátkosti se také seznámíme s možnostmi státní podpory, na kterou mají nemocní nárok.

Klíčová slova

Alzheimerova nemoc, zátěž pečovatele, očekávání blízkých nemocného, péče, příspěvek na péči.

Abstract

The main topic of this speech is a brief introduction to the problems of caregivers who care for a loved one suffering from Alzheimer's disease. We will meet the most common difficulties, which are burdening relatives of those people, especially when the disease progresses. I will speak also about most common attitudes, which we meet in counseling practice.There will also be a brief overview of researches, relating to this issue in Czech republic. In brief, we will acquainted with the possibilities of state support of people, who care.



Keywords

Alzheimer’s disease, caregiver burden, expectations of the close people, who surrounding the patient, caregiver state support.

1. Význam poradenství rodinným příslušníkům nemocných Alzheimerovou nemocí

Alzheimerova nemoc je zákeřná tím, že má plíživý průběh a na nemocném člověku není na první pohled vidět. Zprostředkovat blízkým nemocného porozumění tomu, v čem spočívá kognitivní deficit a jak nemocného ohrožuje (například nevypnutím plynu, vody, podepisování nejrůznějších smluv telefonních operátorů či dodavatelů elektřiny, toulání se, chybná finanční rozhodnutí apod.) je klíčovou rolí poradenského pracovníka. Blízcí nemocného jsou dotazováni na to, v čem vnímají největší těžkosti a řešení hledáme společně pro konkrétní

situaci, ve které se daná rodina nachází. Během rozhovoru probíráme, jak dále postupovat, jak zařídit péči o nemocného, co to obnáší a v jakých oblastech bude potřeba udělat změny oproti dosavadnímu způsobu života. Velmi často také blízcí nemocného hovoří i o tom, jak těžké pro ně je ztrácení člověka, který jim je blízko a zároveň je jeho vnější podoba fyzicky vedle nich.[43] Manželé či manželky nemocných litují vysněné představy o společném aktivním stárnutí, děti se vyrovnávají s proměnou osobnosti mámy či táty. Holly a Mast (2009) uvádějí, že pro pečující je největším zdrojem stresu právě obrácení rolí, následné pocity ztrácení úcty k rodiči jako autoritě a nechuť smířit se s tím, že nemocný rodič už nadále není schopen obstát při zvládání svých úkolů (Foizie 2012, s. 5- 9).[44] Comer připomíná, že stejně tak jako například u blízkých, kteří pečují o nemocného s onkologickým onemocněním, procházejí příbuzní pacientů s Alzheimerovou nemocí stejnými pěti stadii vyrovnávání se smutkem, jak je popsala v roce 1969 Dr. Kübler-Rossová (1. popírání 2. hněv, agrese 3. smlouvání 4. deprese 5. smíření, akceptace) (Comer, dostupné na: http://crinstitute.org/wp-content/uploads /2013 /11/transcript_comer.pdf). Při komunikaci s příbuznými nemocného je potřeba na tyto fáze vyrovnávání se se smutkem myslet, protože zatímco manželka může být ve stadiu deprese, syn či dcera mohou procházet stadiem smlouvání – intenzivně hledají kontakty na další specialisty, obracejí se na nejrůznější léčitele, do noci vyhledávají informace na internetu apod. Pidrman proto klade největší důraz na to, aby pečovatel dostal adekvátní informace, které mu objasní celou problematiku. „Pro pečovatele je nesmírně důležité, aby se vyhnul přehnaným očekáváním, aby si uvědomil náročnost a dlouhodobost péče o nemocného s demencí." (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 49). Za klíčové u pečovatelů považuji právě vyhnutí se nadměrným očekáváním od nemocného. Při narůstající zátěži je pak pečovateli vnímáno chování nemocného jako „naschvál" („Vždyť mohla zamést, po zemi je plno chlupů od psa, ale ona nic nedělá!" anebo „Dříve táta strašně rád jezdil na víkendy k nám, teď se pořád vymlouvá, že bydlíme daleko…"). Porozumění stagingu nemoci a požadování reálného výkonu, který lze po nemocném člověku vyžadovat, je prevencí proti frustraci „navíc".

2. Pečující osoby nejvíce zatěžují behaviorální a psychologické příznaky demence

Sheardová upozorňuje na to, že „nejzávažnější zátěží pro pečovatele jsou behaviorální a psychologické příznaky demence a rozvinou se během času prakticky u všech pacientů s touto diagnózou. Účinným prostředkem v redukci stresové zátěže jsou právě nefarmakologické intervence, které mohou pečovatelé využívat ke zvládání především behaviorálních

[43] Všichni členové rodin se musí vyrovnávat s bolestí, že se loučí s jedním z nich, s někým, koho mají rádi. Pomalu ho ztrácejí, i když ještě žije. Během tohoto dlouhého a pomalého procesu, kdy se s tím musí smiřovat, prožívají všechny emoce spojené s procesem truchlení: popření, neochotu uvěřit, vzpouru, zármutek, stud, hněv, osamělost, vinu, žárlivost, bezmocnost atd. (Bujissen 2006, s. 111).

[44] Important aspect of the affectional fiction in later maturity involves the relationship of parents and their children. These relationships can be considered and underwood by the same analytical scheme involving role expectations and fulfilment which was outlined for studying conjugal relations (Tibbits et al. 1960, s. 473).

komplikací nemoci svých blízkých.“ (Sheardová 2011, s. 12 (3): 124–126, dostupné na: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5266).

Pidrman a Kolibáš (2005) povrzují, že „péče o nemocného s kognitivním deficitem bez těchto projevů je snazší a vděčnější. Nepřipravený pečující může jednat zkratkovitě, což vede k dalšímu navýšení projevů BPSD u nemocného“ (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 43). „Role pečovatele v péči o nemocného s BPSD je klíčovým faktorem. Postoje, vztah, schopnost zvládat nepředvídatelné situace, emoční napětí mezi pečovatelem a pacientem, jsou nakonec těmi faktory, které určí, zda bude nemocný schopen dále pobývat ve vlastní rodině či zda bude odsouzen k pobytu v ústavu. Péče o nemocného s BPSD znamená péči 24 hodin denně. Nepředstavuje jen starost během dne nebo usínání pacienta na osm, popřípadě více hodin v noci. Pečovatel by neměl nemocného opouštět ani při nejrůznějších cestách mimo byt, včetně například vyšetření u lékaře. Vysoké nároky kladené na pečovatele znamenají také vyšší fyzickou i duševní zátěž. Vyšší stresový prožitek pečovatele může vést ve svém důsledku ke zhoršení vztahu s nemocným. Je nezbytné, aby pečovatel dobře rozuměl projevům nemocného, dokázal je popsat a uměl na ně reagovat. Je důležité, aby odlišil projevy nemoci (demence, BPSD) od projevů vzdoru či neporozumění“[45] (tamtéž, s. 44).

3. Důsledky dlouhodobé zátěže pečující osoby

„Existují spolehlivé důkazy o tom, že péče o dementního pacienta má obvykle za následek výrazně vyšší míru deprese, stresu a dalších souvisejících zdravotních problémů pečující

[45] Následující přehled ukazuje ty vzorce chování ze strany pečovatele, které mohou vést ke zhoršení BPSD či k jejich provokaci:

- provádění náhlých a neočekávaných změn v okolí pacienta,
- nečekané změny v časových stereotypech, na které je pacient zvyklý,
- hyperkritický postoj vůči nemocnému,
- ignorování pacientových přání,
- dávání příslibů, které nejsou následně plněny,
- přílišné kontrolování nemocného,
- projevy zloby či agresivity vůči nemocnému,
- přeceňování či nedoceňování možností nemocného,
- nejednoznačné nebo složité příkazy či doporučení,
- nesrozumitelná komunikace (příliš tichá nebo příliš rychlá řeč),
- nepřiměřeně direktivní přístup.

Faktory, které snižují riziko provokace BPSD či zmírňují jejich projevy:

- empatický, klidný a tvůrčí přístup k pacientovi, který vyplývá z adekvátního vzdělání (poučení) ošetřovatele,
- dostatek času, nevyvolávání časového stresu,
- zachování časového stereotypu v režimu dne pro respektování rozumné flexibility,
- adaptabilita pečovatele a schopnost akceptovat nastalé změny,
- realistické požadavky na pacienta a realistická očekávání,
- přiměřená duševní a tělesná zátěž, vyžadovaná po nemocném,
- respektování individuality nemocného,
- poskytnutí nemocnému co možná největší samostatnosti, jaká je v dané situaci možná,
- akceptování emočního rozpoložení nemocného,
- pokusit se zachovat si smysl pro humor,
- nezvýrazňovat pacientovy limity (Pidrman – Kolibáš 2005, s. 46-47).

osoby“ [46] (Stuart, Hamilton 1999, s. 221). „Bylo zjištěno, že prevalence depresí mezi pečovateli, kteří se starají o dementní pacienty, je mezi 15 až 50 %. Přes 10 % pečovatelů splňuje kritéria pro některou z úzkostných poruch. Dále 7 až 35 % pečovatelů užívá pravidelně některé psychofarmakum. Z pohledu duševního zdraví jsou pečovatelé nejvíce ohroženi afektivními poruchami, zejména depresi a úzkostnými poruchami.[47] Ty jsou provázeny bohatou symptomatologií, somatizačními potížemi, poruchami spánku a poruchami soustředění. Z hlediska tělesného zdraví jsou pečovatelé ohroženi celou paletou nemocí, které jsou označovány jako psychosomatické. Jde jak o hypertenzi, poruchy trávicího systému, tak častější výskyt infekčních onemocnění“ (Pidrman, Kolibáš 2005, s. 46). „Pečovatelé totiž mohou vnímat, že postupně ztrácejí pocit své vlastní integrity a poznenáhlu zcela podléhají nárokům role toho, kdo poskytuje péči. K pečování jako sociální roli nejsme vychováváni, neumíme si představit přijetí zodpovědnosti za takové rozhodnutí a bývá spíše zvykem si na to najmout někoho, kdo to má v popisu práce. Být sám tím, kdo pečuje, tak zvyšuje pocity bezmocnosti, které následně prohlubují vnímání zátěže (Aneshensel, Pearlin, Schuler 1993)“ (Foizie 2012, s. 5-10). „Teoreticky jsou zajímavé závěry, k nimž dospěli Morrissey et al. (1990). Podle nich může být pro míru pociťované deprese rozhodující právě význam sociální role pečovatele (v této studii jimi byli výhradně partneři). Nemá-li pečovatel placené zaměstnání (zůstává v domácnosti), pak dochází k omezování společenských kontaktů a narušení výkonu každodenních povinností spojených s vedením domácnosti; tyto dva faktory jsou spolu s mírou postižení partnera považovány za hlavní příčiny deprese. U partnerů stále docházejících do zaměstnání byl zjištěn menší vliv závažnosti partnerova postižení, ale zároveň větší narušení výkonu každodenních domácích činností.

Obraz následků nadměrné psychické zátěže	% respondentů	BM index
Zvýšení spotřeba kávy, cigaret a alkoholu	57 %	BM > 3,8
Změna zdravotního stavu v souvislosti s rolí pečovatele	54 %	BM > 3,6
Problémy se zvládáním běžných denních aktivit	26 %	BM > 4

Tabulka č. 1. Obraz následků nadměrné psychické zátěže Zdroj: Jedlinská, Hlúbik, Levová 2009, dostupné na:http://profeseonline.upol.cz/psychicka-zatez-laickych-rodinnych-pecujicich

4. Role sociální opory u pečujících osob

Je zajímavé, že velké množství přátel a příbuzných dokáže zmírnit depresi u partnerů trvale přítomných v domácnosti, ale naopak ji zvyšuje u zaměstnaných partnerů. Morissey et al. uvádějí, že v tomto druhém případě patří mezi „přátele“ i kolegové ze zaměstnání, kteří mohou stres nechtěně zvyšovat (poskytují sice příležitost k interakcím, nejsou však většinou zdrojem pomoci). Značnou roli zde hraje i postoj pečovatele a jeho ochota pomoc přijmout.

[46] Especially burdensome for relatives was the need to adjust to mild and moderate levels of symptomes (Pruchno – Resch 1989), particuralry when symptoms asociatted with mild impairment do not comform to expectations and become stressful (Morycz 1980, Morris et al. 1988) until escalation of the symptoms makes it clear that the behavioral changes are due to dementia (Vetter et al. 1999: Vol 54/B No. 2, s. 96).

[47] Mezi tyto negativní důsledky u těch, kdo sami pečují, patří zejména pocity zatížení, břemene, frustrace, při dlouhodobém či profesionálním pečování i syndrom vyhoření (Kebza 2005, s. 166).

Stuart a Hamilton předkládá výsledky studie, ve které poukazuje na to, že hloubka deprese má částečně vliv na míru vnější pomoci, kterou je pečovatel schopen přijmout“ (Stuart, Hamilton 1999, s. 221-222). Dotýkáme se zde pojmu sociální opora, u kterého se na chvíli zastavíme. Kebza (2005) sociální oporu popisuje jako důležitou položku, která byla identifikována mezi faktory moderujícími vliv nepříznivých životních událostí na psychiku člověka. „V rámci koncepce sociální směny může být sociální opora definována jako probíhající transakce zdrojů mezi členy sociální sítě a explicitním nebo implicitním cílem posílení či podpoření pocitu osobní pohody“ (Kebza 2005, s. 153). „Především je nezbytné odlišovat anticipovanou (očekávanou) sociální oporu, mobilizaci (aktivaci) sociální opory a získanou (obdrženou) sociální oporu. Diferenciace podle těchto kritérií se objevuje teprve ve studiích z počátku devadesátých let Anticipovaná sociální opora („anticipated“, též očekávaná – „expected“, vnímaná jako dosažitelná – „percieved available“, kognitivní „cognitive“) je anticipativně založený konstrukt, zatímco získaná „obdržená“ („recieved“, též behaviorální – „behavioral“, objektivní „objective“) sociální opora je retrospektivně založený konstrukt. Anticipovaná opora je přesvědčení („belief“), že významné blízké osoby jsou připraveny pomoci, objeví-li se taková potřeba. Anticipovaná sociální opora je primárně reflexí sociálního prostředí. Reprezentuje obecný pocit jedince, že je ostatními akceptován, že se o něj zajímají a že mu pomohou, bude-li potřebovat. Je tedy reprezentací toho, jak jedinec percipuje své sociální začlenění („social embeddeness“). Získaná sociální podpora naproti tomu představuje pomocné transakce (např. emocionální, instrumentální nebo jiné povahy), jichž se jedinci skutečně dostalo. Anticipovaná sociální opora reflektuje obecná očekávání jedince, zatímco získaná sociální opora je založena na konkrétní zkušenosti ve specifické situaci. U anticipované sociální opory je předpokládán pozitivní vliv na pohodu a zdraví. U získané sociální opory nejsou podle některých výzkumů vyloučeny ani negativní důsledky“ (Kebza 2005, s. 162–163).

5. Cíle podpůrného rozhovoru s pečovatelem

Velmi důležitý je i rozhovor s pečovatelem, během kterého by se měl odborník ptát nejen na jeho nemocného blízkého, ale i na pečující osobu samotnou. Indikátory „zahlcení péčí“ jsou například otázky na to, kdy pečující osoba sama navštívila své lékaře, zda dochází k zubaři, ženy na pravidelné gynekologické prohlídky apod. Velmi časté u pečovatelů bývá odkládání vlastních operačních zákroků či pobytů v lázních apod., protože mají obrovské obavy o to, kdo jiný by se postaral. Proto je v poradně zásobujeme kontakty na respitní (odlehčovací) služby, aby v případě potřeby věděli, kam se obrátit. Mezi služby, o kterých jsou pečovatelé v poradně dále informováni, je způsob postupu při žádání o příspěvek na péči, poradenství jak postupovat, pokud je potřeba u nemocného stanovit stupeň inkontinence. Pečující jsou povzbuzováni k tomu, aby se informovali na možnost získání příspěvku na mobilitu, příspěvku na bydlení. S ošetřovatelskými úkony jim může pomoci agentura domácí péče, lze poptat i domácí fyzioterapii a pečovatelé jsou informováni o tom, že se v těchto otázkách mohou obracet na své praktické lékaře. Sýkorová připomíná, že „sama pečující osoba by rozhodně neměla zapomínat na sebe. Doporučuje se (ale ne vždy je to reálné, jak by potvrdili mnozí pečovatelé) zorganizovat si čas a péči takovým způsobem, aby měl pečovatel vyhrazen jeden den v týdnu (a nejlépe i určitou část každého dne, např. 1 hodinu) pro sebe a své zájmy.

Pro pečovatele je velmi důležité, aby se neizoloval od okolí a pěstoval aktivní sociální kontakty (pečující osoby mají zpravidla tendenci „uzavírat se do sebe“ a zůstávat doma se svým údělem, starostmi, pocity studu – toto období je třeba překonat, jinak se nebezpečí vyčerpání stane velmi akutním). Pro pečující osoby je podstatná míra a kvalita informovanosti o zdravotním a psychickém stavu seniora, výhledech (např. o pravděpodobné rychlosti postupu onemocnění), možnostech pomoci (seniorovi i pečujícímu), o doporučovaných postupech a přístupech, ale také o rizicích (opět, jak pro seniora, tak pro pečující osobu), tím lépe může zvážit vlastní síly i síly nejbližšího okolí a zvolit (nejlépe společně s odborníky) nejvhodnější způsob péče o seniora“ (Matýsková in Sýkorová et al. 2004: 50–51). Dlužno však říci, že v naší republice podpůrná síť specialistů, kteří se zabývají nemocným s demencí, doposud není nijak systémově utkána. Málokteré pracoviště nabízí při svém klinickém pracovišti právě i Poradnu pro pečovatele, kam se mohou blízcí nemocného obracet v jakékoliv fázi nemoci a je jim poskytováno poradenství jak v ošetřovatelské péči, sociálních službách, tak i lidská podpora v osobě, která je připravena jim profesionálně naslouchat.

Literatura

ANESHENSEL C. S.; PEARLIN L.; SCHULER, R. 1993 Stress, role captivity, and the cessation of caregiving. *Journal of Health & Social Behavior* 1993, dostupné na: http://roa .sagepub.com/content/21/4/515.full.pdf+html [cit. 2013-04-21].

BUIJSSEN,H. *Demence,průvodce pro rodinné příslušníky a pečovatele.* Praha : Portál, 2006. ISBN 80–7367-081-x.

COMER, M. 2013 *Caring for loved ones with Alzheimer's disease*. Dostupné na: http://crinstitute.org/wp-content/uploads/2013/11/transcript_comer.pdf [cit. 2014-02-16].

FOIZIE, J. 2012 Comparison of caregiver burden among types and stages of dementia. *School of social work* 5/2012. Dostupné na: http://sophia.stkate.edu/cgi/viewcontent.cgi?article =1024&context=msw_papers [cit. 2013-04-27].

JEDLINSKÁ, M.; HLÚBIK, P.; LEVOVÁ, J. 2009 Psychická zátěž laických rodinných pečujících. *Profese* on-line: II/l 2009: 27-38. ISSN 1803-4330. Dostupné na: http:// profeseonline.upol .cz/psychicka-zatez-laickych-rodinnych-pecujicich [cit. 2013-04-18].

JIRÁK, R.; HOLMEROVÁ I.; BORZOVÁ, C. *Demence a jiné poruchy paměti : komunikace a každodenní péče.* Praha : Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6 .

KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví.* Praha : Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.

KUCHAŘOVÁ, V. 2002 *Život ve stáří. Zpráva o výsledcích empirického šetření*. [Living in oneĺs old age. A report on a Survey Results.]. Praha : SOCIOKLUB, 2002; Praha: VÚPSV, 2002. ISBN sine.

PIDRMAN, V; KOLIBÁŠ, E. 2007 *Demence*. Praha : Grada, 2007. ISBN 978-80-247-1490-5.

RŮŽIČKA, E *Diferenciální diagnostika a léčba demencí*. Praha : Galén, 2003. ISBN 80-7262-205-6.

SHEARDOVÁ K. 2011 *Současné možnosti terapie demencí, význam nefarmakologických intervencí*. 2011: 12 (3): 124–126. Dostupné na: http://www.solen.sk/index.php?page=pdf_view&pdf_id=5266 [cit. 2013-06-12].

STUART-HAMILTON, I. *Psychologie stárnutí.* Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-274-2.

SVOBODOVÁ K. 2009 in VOTOČEK: *Kvalita života a sociální opora pečujících – diplomová práce*. 2009: Masarykova Univerzita Brno. Dostupné na: http://is.muni.cz/th/101121/lf_m/VOTOCEK__J._Kvalita_zivota_a_socialni_opora_pecujicich__DP_.pdf [cit. 2013-01-11]

SÝKOROVÁ, D.; CHYTIL, O. (eds) 2004 *Autonomie ve stáří – strategie jejího zachování*. Ostrava : Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta – Albert, 2004. ISBN: 80-7326-026-3

TIBBITS, C. (ed.) 1960 *Handbook of social gerontology: Societal aspect of aging.* Chicago (Il) : The university of Chicago Press, 1960. ISBN sine

TOPINKOVÁ, E. 1999 *Jak správně a včas diagnostikovat demenci: manuál pro klinickou praxi.* Praha : UCB Pharma, 1999. ISBN 80-238-4913-1.

TOŠNEROVÁ, T.; BAHBOUH, R. 2001 *Pocity a potřeby pečujících o starší rodinné příslušníky.* Ambulance pro poruchy paměti, 2001. Dostupné na: http://aa.ecn.cz/img_upload/07bc9d1453b4bc61934a7ebb36075df2/pocityapotreby.pdf) [cit. 2012-10-21]

VESELÁ, J. 2001 *Sociální služby a jejich poptávka*. Praha : VÚPSV 2001. Dostupné na: http://praha.vupsv.cz/Fulltext/SoSPo.pdf [cit. 2013-03-14]

VESELÁ, J. 2003 *Sociální služby poskytované seniorům v domácnosti*. Praha : VÚPSV, 2003. ISBN 80-239-1353-0. Dostupné na www.vupsv.cz [cit. 2013-02-16]

VÝZKUM GGS www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=571 [cit. 2013-05-18]

Kontakt na autora

PhDr. Martina Hasalíková

Fakultní nemocnice Královské Vinohrady
Neurologická klinika – ambulance
Poradna pro pečovatele
Pavilon K1, dveře č. 5
Šrobárova 50
134 00 Praha 10
Česká republika
☎ +420 777 677 868
MartinaHasalikova@seznam.cz

REEDUKÁCIA ŽIAKOV Z MÁLOPODNETNÉHO PROSTREDIA V REEDUKAČNÝCH CENTRÁCH

Pavel Bryndzák – Zuzana Ondrušová – Jana Poláchová

Abstrakt

Práca pozostáva popisu práce odborných a pedagogických pracovníkov v špeciálno výchovných zariadeniach. Hlavne práca s klientom pri tvorení individuálnych reedukačných plánov. Základná klasifikácia špeciálno výchovných zariadení, ich úloha a cieľe v reedukačnom systéme. Popisujeme úlohu sociálneho pracovníka a vychovávateľa v špeciálno vychóvných zariadeniach

Kľúčové slová

Diagnostické centrum, reedukačné centrum, rodina, individuálny reedukačný plán, ústavná starostlivosť, predbežné opatrenie.

Abstract

The work of dealing with youth issues in the broader general context. We have tried to formulate and manage text, so that was not intended only a narrow circle of experts, but anyone who has an interest in young people in difficult life situations. Work overlap problem adolescents who live disoriented fault of her family, but also ineffective in an individual work of re-education work with the child in re-education centers.

Keywords

Diagnostic centre, re-education centre, family, individual re-education plan, institutional care, praise and punishment.

Úvod

Cieľom práce je poukázať na niektoré prvky, ktoré významne vplývajú na správanie dieťaťa v špeciálno výchovných zariadeniach.V práci vymedzujeme základné pojmy, ako sú rodina, výchovné štýly rodičov, ktorých znaky sú odrazom správania dieťaťa v jeho celom živote. Ďalej poukazujeme na potrebu realizácie individuálneho reedukačného plánu dieťaťa v špeciálno výchovných zariadeniach a jeho následné využitie.

1. Metódy

V prieskume používame štandardizovaný dotazník Mezera, Dotazník školského správania žiaka (Mezera, 1998,a), Dotazník rizikového správania sa žiaka (Mezera, 1998,b). Respon-

denti sú chlapci z diagnostického centra Bratislava. Porovnávali sme hodnotenie chlapcov s rokom 2012 a 2013.

2. Results

Resocializácia a prevýchová nemôže končiť prepustením jedinca na „slobodu“. V nepripravenosti väčšinou zlyháva celý proces a aj metóda individuálny reedukačný plán vytvorený. Väčšina prepustených detí sa dostáva do problémov už o pár dní. Niektorí sa vrátia do rodín, ktoré ich podporia, niektorí do rodín ktorá ich odmieta, alebo ostáva u kamarátov z detstva resp. na ulici. Dôraz by sme odporúčali klásť na programy, ktoré prispievajú k príprave detí na reálnejší život, právne vedomie.

Záver

Navrhujeme: spraviť analýzu individuálneho reedukačného plánu v RC, je potrebné vytvoriť spoluprácu (vychovávateľ, sociálny pracovník, učiteľ, psychológ, sociálny kurátor). vytvorenie supervízie pri individuálnom reedukačnom plane, vylepšenie metodiku IRP o analýzu sociálnu – spoluprácu s rodinou dieťaťa.

Základy osobnosti človeka a charakterové črty sa začínajú formovať už v ranom veku, kedy dieťa postupne začína vnímať dianie v rodine a začleňuje sa do spoločnosti v procese socializácie. V procese socializácie zastáva významný podiel práve rodina ako prvá sociálna skupina, s ktorou dieťa prichádza do kontaktu. Podstatnú úlohu v tomto procese má jedna zo základných funkcií rodiny, a to socializačná funkcia. *„Rodina dieťaťu sprostredkováva vplyv konkrétnej kultúry, oboznamuje ho s jej hodnotami, zvyklosťami.“* (Pružinská, 2005, s. 26). Dieťa si začína postupne uvedomovať svoju osobnosť, svoje vlastné „ja“ a vplyvom rodiny, vlastného poznania a skúseností, ktoré postupne získava, sa jeho povahové a charakterové črty rozvíjajú a upevňujú. Skôr, ako vôbec rozumie významu slov, reaguje na tón hlasu, podľa neho sa učí rozoznávať úprimnosť, či neúprimnosť, klamstvo či lož, pochvalu alebo pokarhanie. Až v neskoršom veku, v dvoch – troch rokoch, začína preverovať slová a ich význam a na základe nich sa učí rozoznávať, čo robí správne a čo nie, v akých súvislostiach ho rodičia chvália alebo karhajú.

Každý, kto vyrastal v rodinnom prostredí (vytvorenom akýmkoľvek zväzkom), je ovplyvnený či už úsmevom rodiča alebo jeho zdvihnutým prstom. V každej situácii, či si to už uvedomujeme alebo nie, v istej miere kopírujeme blízku osobu z našej rodiny, ktorá mala od detstva výrazný vplyv na našej výchove.

„Sila príkladu je mimoriadne pôsobivá v rodine.... Na príklade rodičov, v kladom i zápornom zmysle, formuje sa charakter dieťaťa.... Vzťah rodičov, ich vzájomná úcta, láska, ohľaduplnosť, pomoc, porozumenie, pozornosť, vytvárajú v dieťati pevné morálne zásady.“ (Rozinajová, 1981, s. 67).

Ak však rodina zlyhá z rôznych príčin, štát sa o deti musí postarať, oddelenie SPO ÚPSVaR hľadá najoptymálnejšie formy starostlivosti odvíjajúce sa od potrieb dieťaťa. Ale ako už z názvu odborného článku vyplýva venujeme sa deťom s poruchami správania. Najčastejšie

dôvody, ktoré vedú sociálne kurátorky odd. SPO k rozhodnutiu umiestniť dieťaťa do detského domova, diagnostického alebo reedukačného centra sú:

Zo strany dieťaťa:

- záškoláctvo,
- delikventná činnosť,
- fajčenie, užívanie alkoholických nápojov, experimentovanie s nelegálnymi drogami a inými návykovými látkami v priestoroch školy a na školských podujatiach,
- opakujúce sa problémy s disciplínou, neslušné správanie, agresivita,
- úmyselné poškodzovanie školského majetku,
- agresívne správanie voči spolužiakom a učiteľov v škole alebo na školskom podujatí,
- znemožňovanie vyučovacieho procesu a prevádzky školy,
- krádeže,
- úmyselné ublíženie na zdraví,
- šikanovanie a vydieranie,

Ďalším z dôvodov je aj problematika rodičovskej starostlivosti o dieťaťa: tú ale už zakomponovávame nielen biologickú rodinu, ale aj pestúnsku starostlivosť či profesionálnych rodičov.

- Mikloško (2010) uvádza, základné rozdelenie **porúch socializačno – výchovnej funkcie** zlyhávania rodín **rodičia sa nechcú starať** o svoje deti (osamelé matky, rodičia, ktorí sami vyrástli v detskom domove, rodičia zo slabších sociálnych vrstiev),
- **rodičia sa nemôžu starať** o svoje deti (nedokážu dieťaťu poskytnúť dostatočnú starostlivosť, sú vo výkone trestu, zlý zdravotný stav rodičov, závislosť rodičov od návykových látok, my dopĺňame pestúnskych rodičov, ktorí majú dieťa v osobnej starostlivosti, ako sú starý rodičia nastáva nezhoda vo výchove, ktorý uvádzame ako generačný problém, často nastáva choroba, ďalej uvádzame skupinu profesionálnych rodičov. Stáva sa, že zo strany zamestnávateľa vedenia detského domova je realizovaný nevhodný výber uchádzača o zamestnanie profesionálneho rodičovstva v problematike ako je dieťa s poruchami správania),
- rodičia sa nevedia starať o svoje deti (deti maloletých matiek, mentálne postihnutí rodičia, ktorí sami vyžadujú starostlivosť, rodičia zbavení svojprávnosti.
- Poláchová a Bryndzák (2011) uvádzajú ďalšiu skupinu rodín, rodinu, ktorá potrebuje pomoc na určitý čas. V dobe keď je kríza v rodine z dôvodov nesúladu rodičovskej výchovy „dvojkoľajnej“, kde je u dieťaťa diagnostikovaná porucha správania a ADHD, kde v niektorých prípadoch u dieťa vzrastá trestnú činnosť, je agresívne voči sebe, svojej rodine a k širšiemu sociálnemu okoliu je potrebné na určitú dobu vyňať dieťaťa z rodiny. V tom to čase by nielen dieťaťa ale aj rodičia mali navštevovať odbornú sociálnu, psychosociálnu – terapeutickú pomoc. Tak ako dieťaťa pracuje na zmene správania musia aj rodičia. Ďalej autori uvádzajú, že v tom to procese odlúčenia dochádza z oboch strán (rodič, dieťaťa) k zmene postojov v riešení konfliktu, dochádza k odpúšťaniu, načerpaniu nových síl a k nadhľadu na daný problém.

Tieto dôvody sa zvyčajne kombinujú a kumulujú, pričom často nadobúdajú charakter trestných činov. Z údajov poskytnutých jednotlivými zariadeniami vyplýva, že problémy s deťmi, ktoré experimentujú z legálnymi a nelegálnymi drogami v minulosti mali najmä reedukačné centrá a diagnostické centrá dnes tento problém už uvádzajú aj detské domovy. Prípady závislosti od nelegálnych látok sa riešia v spolupráci s resocializačnými a zdravotníckymi zariadeniami.

Radi by sme Vám uviedli program, ktorý do praxe zaviedol Dr. Š. Matula, PhD., uvádza stav a perspektívu uplatňovania individuálnych reedukačných plánov dieťaťa v rezorte sociálnych vecí a rodiny nazývame (individuálny plán dieťaťa.)

Autor sa zameral na reedukáciu v školských výchovných zariadeniach na jeho súhrn pedagogických a psychologických postupov, ktorých cieľom je resocializácia reedukovaných osôb. V priebehu reedukácie ide o prácu s deťmi a mládežou, ktorá je prevažne ťažko vychovateľná najmä v dôsledku narušených sociálnych vzťahov. Cieľom je preto odstránenie porušených vzťahov, úprava postojov, záujmov, motivácie čo je základným predpokladom pre normalizáciu sociálnej pozície jedinca (Švancar, 1988).

Ako hovorí Sarka a Matula (1977): "Prevýchova začína tam, kde výchova končí, kde buď zlyhali metódy a prostriedky, alebo výsledok výchovy je proti záujmom spoločnosti." Efekt prevýchovy je ťažšie merateľný a hodnotiteľný ako efekt výchovy. Vychovávatelia v každodennej vychovávateľskej činnosti môžu ale i nemusia mať jasne formulované ciele svojho úsilia, ale vždy k nim smerujú, majú ich na zreteli. Tieto ciele sú dané normami spoločnosti, v ktorej sa výchova odohráva. Pri reedukačných postupoch to tak celkom nie je, pretože cieľom je tu jedinec z rôznou mierou poškodenia či rysov odchyľujúcich sa od normy. Pri prevýchove si nevystačíme so všeobecne formulovanými cieľmi. Bezprostredným cieľom tu musí byť poznanie miery a hĺbky poškodenia konkrétneho jedinca a voľba metód, ako toto poškodenie redukovať alebo odstrániť (Štúrová 1982).

Zostavenie individuálneho reedukačného programu (ďalej len IRP) vychádza predovšetkým:

A. z východiskového sociálneho, edukačného a psychického stavu dieťaťa, ktorý je súčasťou diagnostickej správy príslušného diagnostického centra
B. z hodnotenia adaptačno – diagnostickej fázy (spravidla v trvaní 1 mesiaca), ktorú dieťa absolvuje po príchode do reedukačného domova.

V dotazníku ako uvádza Š. Matula (2002) sa odborní tím zameriava:

- **školskú analýzu** aktuálnej školskej prosperity žiaka s prognostickým výhľadom a (v prípade oddôvodnenej potreby) doporučením foriem individuálneho prístupu vo vyučovacom procese,
- **výchovnú analýzu** dynamiky správania a výchovného prispôsobovania sa dieťaťa na pomery a režim v diagnostickom centre s prognostickým výhľadom a (v prípade oddôvodnenej potreby) doporučením foriem individuálneho prístupu vo výchovnom procese, mieru sociálnej narušenosti a aspoň orientačný náčrt jeho špecifických výchovných potrieb,
- **psychologickú analýzu** osobnosti dieťaťa a popis dynamiky psychologickej adaptácie na podmienky ústavnej výchovy,

- analýzu zdravotného stavu dieťaťa.

Zavedenie IRP predpokladá istú unifikáciu formy diagnostickej správy, pretože jej obsah má byť východiskom reedukačných stratégií v priebehu prvých 30 dní pobytu dieťaťa v reedukačnom detskom domove, alebo v detskom domove. Prílohou diagnostickej správy je preto schéma – „Východiskový edukačný stav“, v ktorej sa už pri odchode z diagnostického centra navrhuje reedukačná stratégia pre tie položky v oblastiach telesného, sociálneho, školského a psychologického (osobnostného) vývinu, ktoré boli diagnostikované ako „reedukačne zreteľahodné“.

IRP je metodologicky konštruovaný tak, aby bolo možné v krátkom čase analogickým spôsobom „formalizovať“ odbornú činnosť školských zariadení podieľajúcich sa na prevencii a reedukácii a to najmä centier výchovnej a psychologickej prevencie, ktoré by mali celoplošne svojím odborno – preventívnym pôsobením predchádzať činnosť diagnostických centier, resp. reedukačných domovov a detských domovov na druhej strane slúžiť ako inštitucionálna báza starostlivosti o deti podmienečne prepúšťané z reedukačných detských domovov.

Napriek tomu, však implementácia IRP v praxi reedukačných zariadení ukazuje o opodstatnenosti potreby unifikácie a štandardizácie postupov reedukácie, ktoré majú skvalitniť a zefektívnych štátnu starostlivosť o zverencov týchto zariadení.

Úspešnosť výchovného a prevýchovného procesu je tým väčšia, čím viac sa postupné zmeny osobnosti približujú uvedeným hľadiskám. Je prirodzené, že existujúce obvyklé podoby domovov dosť dobre nemôžu efektívne naplňovať niektoré požiadavky. K významným prostriedkom výchovy a prevýchovy nepochybne patrí režim. Režim je možné vymedziť ako cieľavedomé usporiadanie života, ktorý zabezpečuje optimálne plnenie všetkých úloh. V celkovom ponímaní obsahuje presné vymedzenie a dodržiavanie práv, povinností, zodpovednosti a vzájomného vzťahu medzi všetkými jedincami, racionálna organizácia každodennej činnosti ľudí z hľadiska času a obsahu, jednotný systém pravidiel a noriem správania a konania celej komunity.

Uvádzame prieskum Diagnostického centra pre mládež – Záhorská Bystrica. V diagnostickom centre došlo odborným tímom k úprave pozorovacej škály IRP v roku 2012, zamerali sa na 8 pozorovacích škál (kategórii). Prieskum bol realizovaný formou dotazníka prostredníctvom učiteľov a vychovávateľov v období školského roka 2012/2013.

Uvádzame 8 kategórií: zručnosti, schopnosti; sociálna zrelosť; postavenie v skupine; rešpektovanie autorít a pravidiel; interpersonálne vzťahy, reakcie; temperament; vôľové a sebaregulačné vlastnosti; emocionálna a afektívna stabilita.

76 klientov z toho 15 chlapcov z DeD

Priemerný vek – 16, Chlapcov celkom – 76, Vek 15 – 18, Spolu -76 chlapcov

Formy pobytu: Ústavná starostlivosť (DeD) – 15, Predbežné opatrenie – 3, Žiadosť zákonných zástupcov (DDP) – 28.

Pri realizácii v individuálnom plánovaní boli najčastejšie využívané témy a problémy chlapcov ako sú: Práca s rodinou alebo DD – 75 krát, Dôslednosť, režim, disciplína – 58

krát, Pozitívna motivácia – 45 krát, Usmerňovanie správania, soc. zruč. – 37 krát, Individuálna odborná práca – 30 krát, Školské povinnosti – 30 krát, Rovesnícke vzťahy – 31 krát, Reálny pohľad, sebakritika – 24 krát, Sebadôvera, sebaistota – 23 krát, Podpora komunikatívnosti – 15 krát, Zapájanie do činností – 13 krát, Hygienické návyky – 9 krát, Provokácie – 8 krát, Psychiater – 6 krát, Hlásenia u riaditeľa – 5 krát, Menej pozornosti – 4 krát, Zmena skupiny – 4 krát, Tendencie k šikanovaniu – 4 krát, Ochrana pred šikanovaním – 2 krát.

Pri vyhodnotení dotazníkov zamestnanci došli k výsledkom, ktoré slúžia aj ako spätná väzba v silných a slabých stránkach samotného zariadenia. Dôležité čo si zamestnanci uvedomujú je zamerať sa na výsledky v tabuľke č. 3 „z zhoršené správanie“. Stanovili si ciele zintenzívniť a skvalitniť výchovné štandardy práve v jednotlivých ukazovateľoch daných výsledkoch. Ďalej je dôležité sa zamerať aj na vplyvy, ktoré ovplyvňujú hodnotenie klientov, ktoré sme už uviedli v článku.

Položka	%
DD	+23
Manuálna zručnosť	+11,1
Dokáže druhých ovplyvniť	+10
Verí si	+9,88
Aktívny	+7
Dobrý vzťah k matke	+6,4
Priateľský, milý k ľuďom	+5,86
Dobre spolupracuje so skupinou	+5,4
Dokáže sa dobre sústrediť	+5,13
Obľúbený v skupine, všetci ho uznávajú	+5
Má dobrý vzťah k práci	+4,6
Dokáže si priznať chyby	+4,3
Myslí aj na druhých, ako sa cítia	+3,5
Vyžaduje pozornosť	+3,2
Samostatný, nepotrebuje kontrolu	+2,7
Dokáže si udržať svoj názor	+1,2
Má dobré vedomosti	+1
Podelí sa s členmi skupiny	+0,9
Má primerané psychomotorické tempo	+0,72
Dokáže ovládať svoju hyperaktivitu, impulzivitu	+0,7
Dokáže sa brániť šikane	+0,4

Tabuľka. č. 1. Zlepšenie správania

Položka	
Dobré hygienické návyky	
Komunikatívny, spoločenský	

Dokáže sa prispôsobiť	
Vyrušuje a zabáva druhých v skupine alebo triede	
Má dobrý vzťah k otcovi	

Tabuľka č. 2. Rovnaké správanie

Položka	%
Má pod kontrolou svoju agresivitu	- 9,8
Má silnú vôľu	-5,2
Emocionálne vyrovnaný	-4,74
Zodpovedný, zrelý	-4,65
Spoľahlivý, pravdovravný	-3,78
Disciplinovaný, vzorne dodržiava pravidlá	-3,48
Dôveruje dospelým	-2,88
Úprimne sa snaží o zlepšenie	-2,84
Akceptuje dospelú autoritu	-2,6
Dobre spolupracuje s učiteľom, vychovávateľom	-2
Dokáže byť konštruktívny pri konfliktoch	-1,31
Problémy dokáže riešiť konštruktívne	-1,3

Tabuľka č. 3. Zhoršené správanie

Resocializácia nemôže končiť prepustením jedinca na „slobodu“ ukončenie ústavnej starostlivosti v DeD, RC. V nepripravenosti väčšinou zlyháva celý proces a aj metóda individuálny reedukačný plán vytvorený ako aj metóda individuálnych plánov dieťaťa. Väčšina prepustených detí, ml. dospelých sa dostáva do problémov už o pár dní či mesiacov. Niektorí sa vrátia do rodín, ktoré ich podporia, niektorí do rodín ktorá ich odmieta, alebo ostáva u kamarátov z detstva resp. na ulici. Alebo návrat do zlej rovesníckej skupiny (partii) Dôraz by sme odporúčali klásť na programy, ktoré prispievajú k príprave detí na reálnejší život, právne vedomie.

Literatúra

LABÁTH, V. 1985 *Model krátkodobého korektívneho pôsobenia v podmienkach diagnostického ústavu pre mládež.* Bratislava : DÚM, 1985. ISBN sine.

BRYNDZÁK, P. 2009 *Práca s mládežozu s poruchami správania*. Dizertačná práca. Bratislava : VŠ ZaSP sv. Alžbety, 2009. ISBN sine.

BRYNDZÁK, P.; HUDEČKOVÁ, V. (eds) 2010 *Križovatky II.* Recenzovaný zborník z medzinárodnej konferencie „Škola alebo výchova“. Bratislava : Maclix, 2010. ISBN 978-80-969253-3-9.

HRONCOVÁ, J. A KOL. 2000. *Sociálna pedagogika a sociálna práca*. Banská Bystrica: Univerzita Mateja Bela, 2000. 293 s. ISBN 80-8055-427-7.

KUMÁRIK, E. 1999 *Pedagogika emocionálne a sociálne narušených.* Bratislava : UK, 1999. ISBN 80-223-1394-7.

MAKARENKO, A. S. 1954 *Spisy.* Sv. 5. Praha : SPN, 1954. ISBN sine.

MATĚJČEK, ZD. 2003 *Co děti nejvíc potřebují*. 3. vyd. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-853-8.

MATĚJČEK, ZD. 2000. *Co, kdy a jak ve výchově dětí.* 3. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-494-X.

MATULA, Š. 2000 *Vzorový Individuálny reedukačný program pre deti umiestnené v diagnostických centrách a reedukačných domovoch.* Bratislava, Ministerstvo školstva 2000. ISBN sine.

SARKA, J.; MATULA, Š. 1977 *Vplyv sociologických, psychologických a pedagogických charakteristík na prevýchovu dieťaťa vo výchovnom ústave.* Bratislava : VÚDPaP, 1977. ISBN sine.

ŠTÚROVÁ, J.; DANEŠOVÁ, M. 1982 *Nové formy skupinovej práce v prevýchovnom procese.* Bratislava : VÚDPaP, 1982. ISBN sine.

ŠVANČAR, Z.; BURIANOVÁ, J. 1988 *Speciálne-pedagogické problémy ústavní a ochranné výchovy.* Praha : SPN, 1988. ISBN sine.

VANĚK, J. 1972 *K biologickým a psychologickým zretelúm výchovy.* Praha : SPN, 1972. ISBN sine.

VANIŠ, L. 1974 *Problém prevýchovy.* Praha : Naše Vojsko, 1974. ISBN sine.

VNÚTORNÝ PORIADOK Diagnostického centra pre mládež. Interný materiál DCM, 2008.

ZÁKON Č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a sociálnej kuratele.

Kontakt na autory

PhDr. Mgr. Pavel Bryndzák, PhD.

PhDr. Zuzana Ondrušová

PhDr. Jana Poláchová

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Diagnostické centrum pre mládež Bratislava
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika

VÝZNAM DENNÝCH STACIONÁROV PRE DUŠEVNE CHORÝCH ĽUDÍ

IMPORTANCE OF TAKE-CARE CENTRES FOR MENTALLY ILL PEOPLE

Katarína Letovancová

Abstrakt

Ľudia trpiaci duševným ochorením sú skupinou klientov vyžadujúcou si pozornosť a podporu. Ich ochorenie je príčinou mnohých sociálnych problémov, ktoré vplývajú na život nielen duševne chorého, ale aj jeho rodinných príslušníkov. Dopad duševného ochorenia často krát nedokážu zvládnuť bez pomoci a v časnej intervencie. Tejto problematike sa však stále nevenuje dostatočná pozornosť. Za jeden z ukazovateľov neustáleho ignorovania problému považujeme nedostatok denných psychiatrických stacionárov a zariadení sociálnych služieb špecializovaných pre potreby danej skupiny klientov. Tento nedostatok existuje napriek nespornému významu daných zariadení. Denné psychiatrické stacionáre svojou intervenciou predchádzajú opätovnej hospitalizácii a v konečnom dôsledku dopomáhajú duševne chorému k obnoveniu pracovných a sociálnych zručností a k návratu do spoločnosti. Ich nespochybniteľný význam tkvie aj v pomoci a v podpore rodiny duševne chorého klienta.

Kľúčové slová

Duševné ochorenie, denný psychiatrický stacionár, psychoedukácia.

Abstract

People, suffering from mental illness, are a group of clients requiring special attention and support. This disease causing many social problems. These problems affect the lives not only of the man, who suffers from mental illness, but also the live of his family. The impact of mental illness often can not cope without assistance and early intervention. This issue is still not sufficiently addressed. As the one of the indicators of constant problem ignoring we consider insufficient amount of take-care centres and specialised social service facilities focusing to the needs of the client groups. This absence exists despite of the indisputable importance of these facilities. Interventions of take-care centres prevent re-hospitalization and help mentally ill clients to renew work and social skills and return back to society. Their unquestionable importance lies also on helping and providing support to families of mentally ill clients.

Key words

Mental illness, take-care centre, psycho-education.

Úvod

Duševné ochorenia sú v súčasnosti veľmi rozšírené. Len depresiou trpí odhadom 121 miliónov ľudí svetovej populácie. Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) odhaduje, že do roku 2020 sa depresia umiestni na druhom mieste príčin zdravotného postihnutia (Depresion: What You Know Can Help You, 2010). Závažnejším psychotickým ochorením schizofréniou trpí približne 24 miliónov ľudí svetovej populácie. Na Slovensku je to 1% populácie, čo predstavuje zhruba 54 160 obyvateľov (Learning About Schizophrenia, 2008). Ľudia trpiaci duševným ochorením si preto zasluhujú zvýšenú pozornosť.

Duševne chorí ľudia sa musia v živote vyrovnať s množstvom závažných a život obmedzujúcich problémov. Okrem toho, že sú sužovaní závažnými prejavmi ochorenia, sú odsudzovaní zo strany spoločnosti. Duševne chorí ľudia sú diskriminovaní, stigmatizovaní a vylučovaní na jej úplný okraj. To spôsobuje, že nemôžu viesť plnohodnotný život a ich opätovné začlenenie po často krát ťažkých a dlhodobých liečbach v zdravotníckych zariadeniach je veľmi náročné. Ďalším závažným problémom spôsobeným stigmatizáciou je izolovanie sa zo strany duševne chorých a obmedzovanie pôvodných sociálnych kontaktov. Izolácia má za následok neplnohodnotné trávenie voľného času. Práve v tomto smere duševne chorým pomáhajú denné psychiatrické stacionáre. Tie prostredníctvom veľkého množstva voľno-časových aktivít a dobre nasmerovaných sociálnych opatrení pomáhajú duševne chorým opätovne nadobudnúť stratené alebo obmedzené sociálne zručnosti a posilniť stratenú sebadôveru. Klienti sú vedení hlavne k aktívnemu zapájaniu sa do celodenných programov, ktoré spolu s liečebnou a rehabilitačnou starostlivosťou majú za cieľ dosiahnutie pracovnej, sociálnej rehabilitácie a opätovný návrat do spoločnosti. Okrem aktívneho zapájania sa do aktivít v rámci programu v dennom stacionári sú klienti motivovaní k lepšiemu a k plnohodnotnejšiemu využívaniu voľného času aj v prostredí svojho domova. Toto všetko pozitívne vplýva na ich kvalitu života. Význam liečby poskytovanej duševne chorým klientom v denných stacionárov je v tomto smere nenahraditeľný.

Napriek veľkému prínosu denných stacionárov sú podľa nášho názoru ešte stále chýbajúcou zložkou starostlivosti o duševne chorých občanov Slovenskej republiky.

1. Význam denných psychiatrických stacionárov

Na prelome rokov 2012/2013 sme vykonali kvalitatívny výskum, ktorého hlavným cieľom bolo zistiť dopad schizofrénia na život človeka a jeho rodiny. V tomto výskume sa nám podarilo zistiť množstvo významných problémov v živote človeka trpiaceho duševným ochorením a jeho rodiny. Zistené problémy sme zaradili pri každej skupine participantov do štyroch hlavných kategórii. Použitím kvalitatívnej výskumnej metódy sme dospeli k zisteniu, že schizofrénia spôsobuje u človeka, ktorý ňou trpí, ale aj u jeho rodiny, značné bariéry. V živote duševne chorého sú to *zdravotné bariéry, pracovné bariéry, bariéry v sociálnej interakcii* a má dopad aj na *emocionálne prežívanie ochorenia*. V rodine sa po prepuknutí ochorenia začínajú vyskytovať *bariéry v ekonomickej oblasti života, bariéry v sociálnej interakcií*, rovnako tak *psychická záťaž*. Rodinní príslušníci nie sú uchránení ani pred

štrukturálnou diskrimináciou. Všetky tieto problémy sú príčinou zhoršenej kvality života človeka trpiaceho schizofréniou, ako aj jeho rodiny.

Jedným zo zistených problémov, ktorý rozoberieme v tomto príspevku, je *nedostatočná sieť stacionárov*, ktorú sme zaradilo do kategórie štrukturálna diskriminácia. Participantmi v tejto časti výskumu boli rodinní príslušníci ľudí trpiacich schizofréniou. Podľa ich vyjadrení by privítali väčší počet denných psychiatrických stacionárov. Nielen však vo veľkých, ale aj v menších mestách, aby nemuseli prekonávať pri navštevovaní stacionára veľké vzdialenosti. Dochádzanie im spôsobuje nie len časové, ale aj finančné problémy. Stacionáre v blízkosti ich bydlísk by im poskytli aj čas na regeneráciu, priestor pre vlastné súkromie a rovnako by to prospelo ich blízkemu, ktorého duševný stav by sa mohol na základe terapií, poradenstva a práce v stacionári zlepšiť. To by malo pozitívny vplyv na celkové fungovanie človeka trpiaceho schizofréniou a rovnako aj na kvalitu života jeho rodiny.

V súčasnosti funguje na celom území Slovenska len okolo 19 denných psychiatrických stacionárov a to v mestách Trnava, Bratislava, Trenčín, Bojnice, Martin, Žilina, Ružomberok, Liptovský Mikuláš, Banská Bystrica, Zvolen, Rimavská sobota, Košice, Michalovce, Bardejov (Denné psychiatrické stacionáre v SR, www.odos-sk.com).

Tento počet je veľmi nízky vzhľadom na skutočnosť, že len schizofréniou trpí asi jedno percento obyvateľstva (Čo je schizofrénia, www.dusevnezdravie.sk).

Podľa nášho názoru je problémom aj už participantmi predznačené geografické rozmiestnenie jednotlivých stacionárov. Tie sú situované zväčša vo väčších mestách, čo predstavuje pre rodinu duševne chorého člena ďalšie komplikácie. Z nášho výskumu vyplynulo, že rodina človeka trpiaceho duševným ochorením schizofréniou má nedostatok finančných prostriedkov. Práve z tohto dôvodu predstavuje vzdialenosť jednotlivých stacionárov bariéru, kvôli ktorej rodina nedokáže zabezpečiť svojmu duševne chorému členovi návštevy denného stacionára. Tieto skutočnosti majú za následok izolovanosť nie len duševne chorého človeka, ale aj jeho rodinných príslušníkov, ktorí mu musia potom poskytovať 24 hodinovú starostlivosť. Vyčerpanosť, tlak a stres môžu zväčšovať napätie v rodine, ktoré sa zas môže odzrkadliť na zhoršení zdravotného stavu duševne chorého človeka alebo môže byť príčinou relapsu. Vzniká opakujúci sa kolobeh, ktorý nie je rodina schopná riešiť. Práve z toho dôvodu, by mala byť následná starostlivosť o duševne chorých zastrešená oveľa väčším počtom denných psychiatrických stacionárov, než ako je to v súčasnosti.

Význam denných stacionárov tkvie hlavne v poskytovaní stacionárnej liečby. V rámci nej sú pacienti súčasťou terapeutickej komunity, ktorá im poskytuje emočnú podporu, interpersonálny kontakt a štrukturovaný program. Ich hlavnou výhodou je skutočnosť, že je stav pacienta denne monitorovaný s možnosťou okamžitej krízovej intervencie. Na jej základe sa potom upravuje farmakologická a psychoterapeutická liečba (Moťovský 2010).

„Stacionáre poskytujú liečebnú a rehabilitačnú starostlivosť chorým a celodenné programy, ktoré sú zamerané na nácvik každodenných praktických aj pracovných zručností, podporu sociálneho zázemia klienta“ (Marková a kol. 2006, s. 45).

Denné psychiatrické stacionáre sú zriaďované na základe Metodického pokynu na zriadenie a prevádzku psychiatrických stacionárov, ktorý bol vydaný v roku 2006 Ministerstvom

zdravotníctva Slovenskej republiky. Denný psychiatrický stacionár je zariadenie ambulantné. Toto zariadenie poskytuje klientom denný program. Klienti môžu dochádzať do denného stacionára buď ešte počas nemocničnej fázy liečby svojho ochorenia, rovnako ho môžu navštevovať ako pokračovanie po svojej nemocničnej liečbe, alebo na odporučenie svojho ambulantného psychiatra, u ktorého sú pre svoje duševné ochorenie sledovaní. Denný psychiatrický stacionár je zdravotnícke zariadenie. Poskytovaná liečba v stacionári však kladie osobitný dôraz na psychoterapiu, psychiatrickú rehabilitáciu a psychosociálnu rehabilitáciu. Cieľom tohto druhu liečby je predísť opätovnej hospitalizácii a v konečnom dôsledku dosiahnuť pracovnú a sociálnu rehabilitáciu a návrat pacienta do spoločnosti (Bražinová 2012).

Rovnako je cieľom čo najviac skrátiť alebo zamedziť hospitalizácii v lôžkových psychiatrických zariadeniach. Denné psychiatrické stacionáre sa zameriavajú hlavne na aktívne zapojenie klientov do už spomínaných denných aktivít. Tieto denné aktivity a programy sa využívajú ako príprava klientov na zaradenie do programov chráneného bývania a chránenej práce v chránených dielňach. Neopomenuteľnou súčasťou denných psychiatrických stacionárov je aj poskytovanie sociálnej a právnej pomoci. Denné psychiatrické stacionáre sú buď súčasťou iného zdravotníckeho zariadenia, psychiatrickej ambulancie, lôžkového oddelenia v rámci nemocníc, psychiatrickej nemocnice, alebo sú kombinované so zariadeniami krízovej intervencie, či ambulanciami klinického psychológa (Marková, Vandlářová, Babiaková 2006).

Klienti v stacionári majú individualizovaný liečebný program. Pobyt klienta trvá niekoľko hodín denne, v priemere 4-12 týždňov. Sociálna rehabilitácia v ňom je zložená z komunitných sedení, individuálnej či skupinovej psychoterapie, práce v pracovných a umeleckých dielňach a sociálnym poradenstvom. Nevýhodou je ich nedostatočný počet (Bražinová 2012).

Súčasťou aktivít v denných psychiatrických stacionároch je aj edukácia, ktorá je určená nielen ľuďom trpiacim duševným ochorením, ale aj ich príbuzným. Je to nesmierne dôležitá aktivita vzhľadom na nedostatok informácii o duševných ochoreniach na strane rodinných príslušníkov a samotného klienta.

V našom výskume sme zistili, že závažným problémom identifikovaným na strane rodinných príslušníkov býva prevažne v období nástupu ochorenia u ich blízkeho, nedostatok informácií. Na tomto základe sme analyzovali *neznalosť ochorenia*, ktorá spôsobovala popieranie ochorenie a odkladanie návštevy odborného lekára a zahájenie včasnej liečby. Práve kvôli nedostatku informácií boli rodinní príslušníci nútení *hľadať informácie o ochorení*, či už z odborných publikácií, článkov v časopisoch, médií alebo z internetu. Nedostatok informácií bol podľa nich spôsobený aj *bariérami v kontakte s lekármi*. Lekári nemali dostatok času na podrobné oboznámenie rodiny o ochorení a o problémoch, ktoré budú nútení riešiť a o spôsoboch ich riešenie alebo používali príliš odborný slovník, ktorý pôsobil pre našich participantov zmätočne. Všetky tieto zistenia sme rovnako, ako už spomínanú *nedostatočnú sieť denných stacionárov,* zaradili do štrukturálnej diskriminácie.

Na základe týchto zistení považujeme za veľmi významnú aktivitu denných stacionárov už spomínanú psychoedukáciu.

Nevedomosť o duševným ochoreniach vyvoláva v ľuďoch strach a obavy. Strach nie je len na strane nevedomej spoločnosti, ale samozrejme aj na strane samotného človeka, ktorý týmto ochorením trpí a v neposlednej rade aj na strane jeho rodiny.

„Rodinná psychoedukácia je systematická, štrukturovaná a didaktická informácia chorým a ich blízkym o ochorení a jeho liečbe, ktorej cieľom je naučiť ich zaobchádzať s ochorením a uľahčiť adaptáciu.“ (Bankovská-Motlová a kol. 2001a, s. 136)

„Rodinná psychoedukácia je dôležitou súčasťou terapeutického plánu pacientov so schizofréniou.“ (Bankovská-Motlová a kol. 2001b, s. 10)

Rodinná intervencia a psychoedukácia môže byť nápomocnou pri priaznivom ovplyvňovaní dynamiky rodinných vzťahov a môže chrániť pacienta pred relapsom (Bankovská-Motlová a kol. 2001a).

Rodičia psychicky chorého dieťaťa sú označovaní ako riziková skupina, u ktorej sa vo veľkej miere vyskytuje znekvalitňovanie života vo viacerých oblastiach. Psychická porucha dieťaťa, ktorá má chronický priebeh, je príčinou zhoršenej kvality života nielen dieťaťa, ale aj jeho rodičov a blízkeho príbuzenstva. Miera znekvalitnenia života je ovplyvnená subjektívnym prežívaním vzniknutej situácie a schopnosťou spracovať záťažovú situáciu, akou psychická porucha dieťaťa je. Najvýraznejšie sa tieto problémy objavujú u rodičov, ktorí majú veľmi blízky vzťah k dieťaťu (Ondrejka a kol. 2007).

Bankovská-Motlová a kol. (2001) poukazuje na skutočnosť, že celosvetovo sú známe rôzne rodinné psychoedukačné programy, ktoré sú jedným z najdôležitejších doplnkov farmakoterapie. Výskumy dokazujú ich vplyv na zníženie frekvencie relapsov a skrátení rehospitalizácií. Stretnutia sú zväčša krátkodobé (8-25 stretnutí). Tieto programy sa medzi sebou líšia. Poznáme individuálnu rodinnú psychoedukáciu, individuálnu rodinnú psychoedukáciu doplnenú skupinovou psychoedukáciou iba pre príbuzných, skupinovú rodinnú psychoedukáciu, paralelnú skupinovú psychoedukáciu: skupiny pre pacientov a skupiny pre ich príbuzných. Ich základom je poskytovanie podrobných teoretických a praktických informácií o psychózach, o účinkoch farmakologickej liečby, zvláštna pozornosť sa venuje relapsom a ich varovným príznakom a stresu, ako možnému spúšťaču ochorenia. Účastníci takýchto programov sa učia, ako rozpoznať rizikovú komunikáciu, za ktorú považujeme nadmerné kritizovanie, hostilitu, prílišný záujem o veci druhého a malú mieru vrelosti, ktorá sa môže podieľať na zhoršení zdravotného stavu človeka so schizofréniou a môže byť príčinou relapsu. Práve preto sa kladie veľký dôraz na to, aby sa rodinní príslušníci naučili komunikovať pre pacienta vhodnejším spôsobom. V programe sa riešia aj prípadné konflikty, ktoré v rodinne pretrvávajú a sú zdrojom nevhodného napätia. Psychoedukácia nie je primárne zameraná len na problémy a symptómy pacientov, ale pomáha znižovať existujúcu záťaž rodiny a pomáha rodine prispôsobiť sa životu s duševne chorým členom.

Psychoedukácia pacientov vedie k znižovaniu frekvencie relapsov a rehospitalizácií, k zníženiu symptómov. Ľudia so schizofréniou sa po jej absolvovaní lepšie zapoja v pracovnej rehabilitácií, zvyšuje sa ich zamestnanosť, dokážu sa lepšie adaptovať vo svojom sociálnom prostredí. U príbuzných sa znižuje záťaž, zmierňujú sa ochorenia, znižuje sa využívanie zdravotnej starostlivosti a tým sa zlepšuje ich kvalita života (Bankovská-Motlová a kol., 2002).

Aj vďaka psychoedukácii je význam denných psychiatrických stacionárov nespochybniteľný. Napriek tomu sú ešte stále chýbajúcou zložkou starostlivosti o duševne chorých. Podľa nášho názoru nie je význam denných stacionárov daný len ich pozitívnym vplyvom na život človeka trpiaceho duševným ochorením, ale hlavne na život jeho rodiny. Tá býva v systéme sociálnej pomoci opomínaná. Nezameriava sa na ňu žiadna pozornosť, preto je dopad duševného ochorenia na ňu tak závažný. Napriek určitému počtu občianskych združení, neziskových organizácii a svojpomocných skupín zameriavajúci sa na oblasť pomoci duševne chorým a ich rodinám, sociálna práca podľa nášho názoru nevenuje danej problematike ešte stále dostatočnú pozornosť. Ako sme spomínali, denný psychiatrický stacionár, napriek tomu, že pozitívne pôsobí na riešenie sociálnych dopadov psychickej poruchy daného klienta, je zdravotnícke zariadenie. Zariadenia orientované skôr sociálne v danej oblasti chýbajú. Zákon 448/2008 o sociálnych službách definuje denný stacionár ako zariadenie, v ktorom sa poskytuje sociálna služba fyzickej osobe odkázanej na pomoc inej fyzickej osoby, a ktorá je odkázaná na sociálnu službu v zariadení len na určitý čas počas dňa. Denný stacionár podľa zákona poskytuje pomoc pri odkázanosti na pomoc inej fyzickej osoby, sociálne poradenstvo, sociálnu rehabilitáciu stravovanie a zabezpečuje pracovnú terapiu a záujmovú činnosť. Neopomína ani rodinu, či inú fyzickú osobu zabezpečujúcu pomoc fyzickej osobe v domácom prostredí, ktorej poskytuje sociálne poradenstvo na účel spolupráce pri sociálnej rehabilitácii (Zákon 448/2008, §40).

Zákon 448/2008 o sociálnych službách síce definuje denný stacionár, no napriek tomu na Slovensku existujú takto orientované zariadenia, špecializované na pomoc ľuďom trpiacim duševným ochorením, len približne tri.

Záver

Ministerstvo práce, sociálnych vecí a rodiny Slovenskej republiky schválilo 14. decembra 2011 Národný akčný plán prechodu z inštitucionálnej na komunitnú starostlivosť v systéme sociálnych služieb na roky 2012 – 2015, ktorý má dopomôcť k systematickému odstraňovaniu dôsledkov inštitucionálnej izolácie a segregácie ľudí vyžadujúcich dlhodobú pomoc a starostlivosť v špecializovaných zariadeniach. Základom tejto stratégie je jej snaha o deinštitucionalizáciu. Deinštitucionalizácia je v princípe zameraná na vytvorenie a zabezpečenie podmienok pre nezávislý a slobodný život všetkých občanov odkázaných na pomoc spoločnosti v prirodzenom sociálnom prostredí komunity. Tento zámer môže byť naplnení len vytváraním a doplnením už existujúceho systému starostlivosti komplexom kvalitných alternatívnych služieb. Tie by mali byť zastrešované podporou komunity, odborníkov, členov rodiny a dobrovoľníkov (Deinštitucionalizácia sociálnych služieb, www.employment.gov.sk).

Ako sme predznačili v texte, podľa nášho názoru sa tento zámer stále nedarí napĺňať. Nielen nedostatočná sieť denných psychiatrických stacionárov sa javí ako deficit. V systéme následnej starostlivosti a sociálnej pomoci duševne chorým chýbajú sociálne služby zameriavajúce sa na riešenie práve sociálnych dopadov duševných ochorení nie len na život človeka trpiaceho týmto ochorením, ale aj na život jeho rodinných príslušníkov. Práve kvôli deinštitucionalizácii sú na rodinu kladené oveľa väčšie nároky na starostlivosť o ich duševne chorých rodinných príslušníkov. Napriek tomu sú v systéme pomoci opomínanou skupinou.

Nie v takom rozsahu ako v minulosti, ale podľa nášho názoru nie je spolupráca medzi rodinami a profesionálmi pôsobiacimi v oblasti duševného zdravia dostatočná.

Chýbajúce alebo nedostačujúce sú aj rôzne komunitné služby, ako napríklad chránené pracoviská, chránené dielne, zariadenia podporovaného bývanie, denné centrá, rehabilitačné strediská. Je preto nevyhnutné doplniť sieť existujúcich sociálnych služieb o ďalšie služby vytvárané špeciálne pre potreby psychiatrických pacientov. Rovnako je podľa nášho názoru dôležité geografické rozmiestnenie jednotlivých zariadení a sociálnych služieb. Ako sme predznačili v texte, nemali by byť situované len do veľkých miest, pretože kvôli nedostatkom finančných prostriedkov ľudí trpiacich duševným ochorením a ich celej rodiny sa pre nich stáva služba nedostupnou.

Literatúra

BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, L. A KOL. 2001a Rodinná psychoedukace u schizofrenie: Demografické charakteristiky a kvalita života příbuzných. In *Psychiatrie*. roč. 13, 2001, č. 4, s. 136 – 139. ISSN 1211-7579.

BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, L. A KOL. 2001b Rodinná psychoedukace u pacientů s první atakou schizofrenie. In *Psychiatrie*. roč. 5, 2001, č. 3, s. 10 – 14. ISSN 1211-7579.

BANKOVSKÁ-MOTLOVÁ, L. A KOL. 2002 Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných. In *Psychiatrie.* roč. 6, 2002, č. 4. s. 46 – 49. ISSN 1211-7579.

BRAŽINOVÁ, A. 2012 Sociálna rehabilitácia ľudí s duševnými poruchami. [online]. Dostupné na: <http://www.nrozp.sk/index.php/soc-rehabilitacia/psychicke-postihnutie/98-socialna-rehabilitacia-ludi-s-dusevnymi-poruchami> [cit. 2012-09-05].

Čo je schizofrénia. [online]. Dostupné na: <http://www.dusevnezdravie.sk/schizofrenia.html> [cit. 2010-10-23].

Deinštitucionalizácia sociálnych služieb. [online]. Dostupné na: <http://www.employment .gov.sk/topdf/deinstitucionalizacia-socialnych-sluzieb.pdf?docid=2855&inse ts=20> [cit. 2014-03-18].

Denné psychiatrické stacionáre v SR. [online]. Dostupné na: <http://www.odos-sk.com/down load/Adresar_uzitocnych_kontaktov.pdf> [citované 2013-01-30].

Depresion: What You Know Can Help You. [online]. USA: World Federetion for Mental Health, 2010. 64 p. Dostupné na: http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH _GIAS_Depression_English.pdf [cit. 2014-03-18].

Learning About Schizophrenia. [online]. USA: World Federetion for Mental Health, 2008. 32 p. Dostupné na: <http://wfmh.com/wp-content/uploads/2013/11/WFMH_GIAS_Learning AboutSchizophrenia.pdf>. ISBN 978-0-09763865-5-1. [citované 2014-03-18].

MARKOVÁ, E.; VANGLÁŘOVÁ, M.; BABIAKOVÁ, M. 2006 *Psychiatrická ošetřovatelská péče*. Praha: Grada Publishing, 2006. 352 s. ISBN 80-247-1151-6.

MOŤOVSKÝ, B. 2010 Manažment liečby pacienta so schizofréniou. In *Via practica*. [online]. 2010, roč. 7, č. 4, s. 174 – 179. Dostupné na: <http://www.solen.sk/index.php?page =pdf_view&pdf_id=4535&magazine_id=1> [cit. 2012-09-05].

ONDREJKA, I. A KOL. 2007 Psychosomatické kontexty kvality života rodičov detí s psychickými poruchami. In *Psychiatria – Psychoterapis – Psychosomatika: časopis, psychiatrov, psychoterapeutov a spychosomaticky orientovaných odborníkov na Slovensku.* [online]. 2007, roč. 14, č. 2-3, s. 63 – 70. Dostupné na: http://www.psychiatria-casopis.sk /files/psychiatria/2-3-2007/PSY23-2007-cla1.pdf [cit. 2012-09-17].

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

Kontakt na autora

Mgr. Katarína Letovancová

Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Univerzitné námestie 1
918 43 Trnava
Slovenská republika
katarina.letovancova@gmail.com

SUPERVÍZIA – EFEKTÍVNA STRATÉGIA KVALITY SOCIÁLNYCH SLUŽIEB

SUPERVISION – EFFECTIVE STRATEGY OF SOCIAL WORK QUALITY

Tibor Roman

Abstrakt

Cieľom príspevku je predstaviť supervíziu v sociálnych službách v kontexte zvyšovania kvality poskytovania služieb prostredníctvom práce personálu s prijímateľom sociálnej služby. Supervízia svojou činnosťou dokáže pôsobiť na množstvo zručností a faktorov, ktoré supervidovaný môže preniesť do spôsobu výkonu svojej práce. Kvalita sociálnej služby je vo svojej podstate špecifická, odlišná od všeobecných definícií kvality, napríklad výrobku. Výnimočnosť poskytovanej služby spočíva okrem všeobecne koncipovaných cieľov a hodnôt, ktoré sa i legislatíva snaží štandardizovať i vo výnimočnosti prístupu personálu. Spôsob ako personál aplikuje sociálnu službu považujeme za jednu z najdôležitejších stratégií kvality. Predstavíme, čo supervízia dokáže a ako môže prispieť k efektivite a kvalite sociálnych služieb na teoretickej úrovni. Oproti teórii ponúkame praktické poznatky supervízora ako reflexiu na aktuálne problémy, ktoré supervízia rieši v sociálnych službách. Výstupom sú odporúčania, ktoré môžu pomôcť personálu v procese celoživotného vzdelávania, efektívnejšiemu výkonu supervízie, teda k ceste kvalitnejšej sociálnej služby.

Kľúčové slová

Sociálna práca, personál, sociálne služby, supervízia.

Abstract

The aim of the study is to introduce social work supervision in the context of increasing the quality of provided service by means of the work of the personnel with the receiver of the social service. Supervision by its activities can affect various skills and factors, which the supervisee can bring into the implementation of his own work. The social work quality is in its essence specific, different from the general definitions, for example the product. The uniqueness of provided service liesnot just in generally formulated goals and values, which also legislation tends to standardize but it lies also in uniqueness of the personnel approach. The way the personnel applies social work we consider as the one of the most important quality strategy. We introduce what supervision can do and how it can contribute to effectiveness and quality of social work on theoretical level. On contrary to theory we offer practical experience of a supervisor as the reflection on actual issues which supervision deals with in social work. The outcomes are recommendations that might help the personnel in the lifelong learning, in more effective supervision that corresponds with qualitatively higher social services.

Key words

Social work, personnel, social service, supervision.

1. Čo je supervízia

Existuje mnoho definícií supervízie v sociálnej práci. Napríklad podľa Európskej školy supervízie sa hovorí o činnosti, pri ktorej prostredníctvom zámerného pozorovania a cielených otázok uvažujeme nad úrovňou starostlivosti o klienta a zvyšujeme pracovníkovu (supervizantovu), schopnosť reflexie vlastnej práce a sebareflexie (Schavel a kol. 2013). Supervíziu nemožno zamieňať s poradenstvom, terapiou, alebo mediáciou či riadením a napriek podobnosti supervízie s coachingom je potrebné ich oddeliť. Supervízia v sociálnej práci vzhľadom na výklad a analýzu slova (dohľad, dozor, kontrola, riadenie, vedenie a ďalšie podobné významy i vo význame slova supervízor) v praxi rezonuje ako niečo, čo zasiahne do zabehnutého systému a takzvaného sociálneho kludu organizácie. To v prvých fázach zavedenia supervízie v sociálnych službách mohlo pôsobiť dojmom, že manažér vnímal supervíziu ako zásah do jeho kompetencií, a personál mal, alebo i máva pocit obavy, že supervízor bude zasahovať do personálnej politiky organizácie, čím by mohla byť ohrozená jeho existencia v pracovnom procese. Pre sociálnu prácu považujeme za dôležité preferovať význam supervízie skôr na úrovni nadhľadu a ponúkania nezávislého pohľadu supervízora na prácu supervizanta tak, aby sa supervizantovi otvárali nové možnosti videnia na svoju prácu, ktoré on predtým z akýchkoľvek dôvodov nevidel, alebo ho nenapadli. V tejto súvislosti môžeme hovoriť o supervízii i v zmysle schopnosti pozerať sa cez, alebo ponad. Význam supervízie spočíva práve v inom pohľade supervízora na tú istú vec, problém, činnosť, udalosť, situáciu ako pozerá supervizant. Ponúkaná iná optika môže priviesť supervizanta k uvedomeniu si skutočností, ktoré sú pre jeho prácu dôležité a ako uvádza Schavel a kol. (2013) má supervízia bez posudzovania prostredia aplikácie niekoľko spoločných úloh, ktoré smerujú k skvalitneniu práce, nadobudnutiu schopnosti predchádzať chybám, hľadaniu a nachádzaniu alternatívnych postupov a podobne.

Pre sociálne služby ponúkame stručný prehľad o čom supervízia v skutočnosti je, aby vzhľadom na zákonnú povinnosť absolvovania supervízie v sociálnych službách nebola vnímaná ako niečo ohrozujúce, ale práve naopak prínosné, niečo čo prinesie nové poznatky, rast kvality poskytovanej služby, motiváciu personálu hľadať vo svojej práci nové prístupy smerom ku klientom, prijímateľom sociálnej služby. Snažíme sa o vytvorenie takého chápania supervízie, ktoré by prinieslo oživenie namiesto zaužívaných stereotypov a uvedomenie si potreby neustále monitorovať a prehodnocovať vlastnú činnosť tak, aby nás práca bavila, videli sme v nej zmysel.Supervízor nepochybuje, že personál sa väčšinou snaží pracovať s klientom čo najlepšie, ani nehľadá chyby v práci supervizanta.

Prostredníctvom supervízie ako poradenskej metódy sa zameriava na zvyšovanie kvality profesionálnej práce s nasmerovaním na psychické, sociálne a inštitucionálne faktory. Supervízia je i vzdelávacím procesom, v ktorom kompetentný prijíma zodpovednosť za výcvik toho, kto disponuje nižšou úrovňou vedomostí a zručností v oblasti sociálnej pomoci. Supervízia je podpora, kde ide o podporovanie a kontrolu schopností, vedomostí a zručností

v rovine etickej i hodnotovej. Vytvára predpoklady a podmienky pre rozvoj profesionality, vzdelávania a odborného rastu zamestnancov, zároveň slúži ako prostriedok sebapoznávania v prospech kvalitnejšej práce s ľuďmi.(Schavel a kol., 2013)

Z hľadiska možností zmeny skrytých teórií a predpokladov, alebo vzorcov nášho myslenia, ktoré sú základom nášho myslenia a zároveň základom nášho skutočného konania, ktoré umožňuje odhaliť dialóg, ktorého účelom je pochopiť a zmeniť zmýšľanie zúčastnených sa môže dialóg zmeniť na supervíziu. Pokiaľ je predmetom dialógu pracovná situácia, kontext a postupy či vzťahy pracovníka k profesii, ku klientom či spolupracovníkom, pričom jeho zmyslom je prekročiť bloky, ktoré brzdia tvorivosť, spoluprácu, alebo kvalitný pracovný výkon, stáva sa takýto dialóg supervíziou.(Havrdová, Hajný, 2008)

2. Čo supervízia dokáže

Aby sme na teoretickej úrovni preukázali, že supervíziu môžeme považovať za jednu z efektívnych stratégií ako dosiahnuť kvalitu sociálnych služieb, predstavíme, čo je možné prostredníctvom aplikácie jednotlivých druhov supervízie dosiahnuť.

1. Prostredníctvom supervízie môžeme ukázať, ako sa niečo naučiť. Učenie spočíva nie len v aplikácii techník, ktoré sa v supervízii používajú, ale i v odovzdávaní si vzájomných poznatkov medzi supervizantmi prostredníctvom napríklad reflexií a spätnej väzby na aplikované techniky, pocitov, ktoré pri nich prežívajú, alebo i vlastnými osobnými skúsenosťami i skúsenosťami a konkrétnymi príkladmi supervízora.
2. Supervízia dokáže ponúkať možnosti, ako niečo zmeniť, čo znamená, že získanými skúsenosťami, ktoré nám môže otvoriť nové poznanie ako výsledok učenia. Supervizant môže nájsť nové alternatívne riešenia, alebo prehodnotenie doterajšej činnosti do nových prístupov, ktoré sa mu na základe nového poznania javia ako efektívnejšie, výhodnejšie, než tie doterajšie, výsledkom čoho je túžba po zmene, ktorá nadobudla konkrétne obrazy.
3. Supervízia prináša i emocionálnu ventiláciu, ktorá zbaví supervizanta prípadnej tenzie, blokov a neistôt. Tie mohli doteraz brániť v efektívnej práci, či už ako výsledok vlastných problémov, alebo pracovných, ktoré neboli riešené. Komunikáciou týchto problémov v prostredí, ktoré je bezpečné a akceptujúce prichádza k emocionálnemu uvoľneniu, alebo úľave a nadobudnutiu dôvery v seba samého i svojich schopností.
4. Supervízia môže minimalizovať neistoty, ktoré supervizant môže mať dlhodobo ako reakciu na spôsob pracovného zaťaženia, požiadaviek nadriadených, kritiky a podobne, čo môže vyvolávať pochybnosti o svojich schopnostiach. Minimalizácia neistôt môže pôsobiť motivačne a posilniť sebavedomie supervizanta smerom ku kvalitnejším výkonom a odbúrania negatívnych pocitov.
5. Supervízia pôsobí ako profesionálna podpora a prevencia voči syndrómu vyhorenia, ktorý paralyzuje supervizanta v práci i v osobnom živote. Syndróm vyhorenia je v sociálnych službách jav, ktorý spôsobuje v prípade výskytu problémy v poskytovaní kvalitnej sociálnej služby, pretože zásadným spôsobom znižuje pracovnú efektivitu vyhoreného a spôsobuje problémy v interakcii s klientom i spolupracovníkmi, môže spôsobiť i pracovné absencie, alebo personálne zmeny.

6. Supervízia monitoruje vzťahové situácie, to znamená, že dokáže odkryť ako funguje vzájomná interakcia a kvalita vzťahov medzi spolupracovníkmi, medzi personálom a klientmi, medzi personálom a nadriadenými, medzi pracovníkmi rozdielnych funkcií, alebo oddelení, či profesií a dokáže identifikovať kongruenciu v týchto vzťahoch, alebo problémy v nich.
7. Supervízia umožňuje pochopiť situáciu klienta a proces práce s ním. Pochopiť klienta je nevyhnutným predpokladom ako sa zbaviť nesprávneho hodnotenia klientovho správania, ktoré nekorešponduje s očakávaním personálu. Bez pochopenia dôvodov správania sa klienta nie je možné s ním efektívne pracovať tak, aby v procese práce s ním boli v prvom rade reflektované potreby klienta a až potom očakávania personálu, alebo organizácie. Uvedomenie si primárnosti klientovho záujmu vedie k zásadným zmenám v pracovných stereotypov a rešpektovaní výnimočnosti každého klienta.
8. Supervízia svojou činnosťou chráni klienta pred nekompetentnými zásahmi personálu. Zámerne zovšeobecňujeme personál, pretože každý pracovník dokáže svojou nekompetentnosťou zasiahnuť klienta tak, že ho môže emocionálne raniť, prípadne znížiť kvalitu jeho života v rôznych oblastiach. Supervízia dokáže identifikovať kompetencie personálu a jasne ich vysvetliť i priviesť personál k pochopeniu, ktoré činnosti sú pre klienta nekompetentnými zásahmi do jeho súkromia či integrity.
9. Supervízia pomôže v uvedomení dôležitosti a nezastupiteľnosti každej pracovnej pozície a bráni kategorizácii pracovného tímu, čím môže zásadným spôsobnom ovplyvniť pracovné prostredie, ktoré sa jednoznačne prenáša i na kvalitu poskytovanej sociálnej služby.
10. Supervízia dokáže spojiť rozdielne pomáhajúce profesie v jeden fungujúci tím, ktorý na formálnej i neformálnej úrovni môže na základe pochopenia, spolupatričnosti a akceptácie budovať participujúci kolektív uvedomujúci si dôležitosť spolupráce pre dobro klienta.
11. Spájaním a vzájomným pochopením personálu dokáže supervízia vytvárať pozitívne pracovné prostredie, ktoré pôsobí na personál motivačne a jednoznačne zvyšuje kvalitu poskytovanej sociálnej služby.
12. Supervízia pomáha personálu sa vzájomne chápať a spolupracovať ako výsledok procesu sebapoznávania, poznávania iných a sebauvedomenia si dôležitosti vzájomnej investície do budovania vzťahov medzi personálom. Vzájomné pochopenie a spolupráca je tým kvalitnejšia, čím viac je ochotný personál dovoliť jeden druhému poznať sa vzájomne.
13. Supervízia smeruje personál k záujmu o klienta, pretože jednotlivé procesy supervízie zdôrazňujú, že klient je ten, kto je predmetom primárneho záujmu a jeho výnimočnosť spočíva v práve, aby kvalita jeho života bola profesionálnym prístupom poskytovateľa sociálnej služby zachovaná, alebo zvyšovaná.
14. Supervízia nepriamo pôsobí na budovanie a posilňovanie dobrého mena poskytovateľa sociálnej služby, pretože kreovanie kolektívu smerom ku klientovi je pozitívne prenášané samotnými klientmi i rodinnými príslušníkmi klientov.

15. Supervízia môže znižovať migráciu personálu ako výsledok tvorby pozitívneho pracovného prostredia, ktoré je v súčasnosti vysoko cenené pracovníkmi. Tí sú v záujme udržania si pozitívnej pracovnej klímy často pracovať i za menší plat.
16. Supervízia pomáha personálu stotožniť sa s cieľmi organizácie, pretože supervizantmi sú i vedúci pracovníci, ktorí pod supervíziou dokážu často meniť i svoje riadiace prístupy, pochopiť personál, transparentnejšie a ohľaduplnejšie riadiť, čím dokážu jasnejšie definovať ciele organizácie, ktoré majú smerovať ku klientovi a dobrému pracovnému prostrediu.

Uvedený odpočet možností a kompetencií supervízie chápeme ako súčasť marketingových stratégií, ktoré sú v sociálnych službách zamerané na kvalitu poskytovanej služby. Takúto stratégiu považujeme za účinnú i z hľadiska dlhodobosti, pretože súčasná legislatíva ukladá pravidelnú supervíziu, ktorá dokáže priebežne kvalitu sociálnej služby monitorovať a flexibilne reagovať na akúkoľvek zmenu, ktorá by mohla ohroziť ciele organizácie, či klienta, alebo personál.

2.1. Kto by mal byť supervidovaný

Všetci pracovníci v sociálnych službách, ktorí prichádzajú do interakcie s klientom by mali byť účastníkmi supervízie, pretože svojim konaním a správaním a aktuálnym (napr. emocionálnym)stavom priamo ovplyvňujú klienta i spolupracovníkov. Aby sme naplnili i možnosti supervízie a zároveň i posilňovali proces celoživotného vzdelávania považujeme za nevyhnutné, aby sa viedli skupinové i individuálne supervízie so všetkými pracovníkmi organizácie. V prvých fázach, kedy sa ešte neriešia konkrétne objednávky smerujúce k riešeniu profesionálnych pracovných problémov a kreuje sa kolektív na spoluprácu so supervízorom je efektívne, keď supervízor pracuje podľa zásad skupinovej supervízie s mixovanou skupinou profesií a nižších stupňov riadenia. V takejto zostave môže dlhodobo pokračovať i v riešení konkrétnych problémov, ktoré pokiaľ ide o klienta je možné efektívne riešiť len vtedy, ak sa personál vzájomne informuje o probléme, i prijatých spôsoboch riešenia. Vzájomná neinformovanosť môže spôsobiť nekompetentný zásah do práce s klientom a negovať úspešnosť riešeného problému.

2.2. Kde by supervízia mala byť

Napriek tomu, že riešime kvalitu poskytovaných sociálnych služieb považujeme za dôležité ako odporúčanie vymenovať rezorty, kde by podľa nášho názoru mala supervízia byť súčasťou starostlivosti o človeka na profesionálnom základe v jej komplexnosti. Ako kľúčové miesta supervízie v sociálnej práci vidíme výkon supervízie na všetkých úrovniach poskytovaných sociálnych služieb v časti štátna správa, verejná správa, samospráva, mimovládne organizácie i súkromné organizácie poskytujúce sociálne služby. Niektoré inštitúcie z uvedených už majú túto povinnosť zo zákona, čo považujeme za pozitívne legislatívne ukotvenie supervízie ako stratégie vedúcej ku kvalite práce s klientom. Napriek tomu zostávajú rezorty, ktoré by jednoznačne vzhľadom na pretrvávajúce problémy mali supervíziu do svojho systému zaviesť. Rezort školstva je priestor, ktorý sa podľa nášho názoru od materských škôl po stredné školy bez supervízie nezaobíde a bol by prínosom i pre

budúcu skutočnú sociálnu prácu v školách. Zdravotníctvo je rovnako rezortom, kde by supervízia svoje miesto i význam zastala a dokázala by meniť kvalitu poskytovaných zdravotných služieb. Verejnoprávne inštitúcie by mali vytvoriť priestor pre supervíziu rovnako, pretože aktuálny spôsob práce s klientom je často riešenou problémovou oblasťou. Priestor pre supervíziu vidíme i v silových zložkách, kde sa aplikuje sociálna práca, konkrétne ide o armádu, políciu a väzenstvo. Práve väzenstvo sa javí ako najväčší priestor pre supervíziu vzhľadom na väzenské špecifiká a preukázané problémy v zaobchádzaní s väznenými či vo výkone väzby, alebo výkone trestu odňatia slobody.

2.3. Čo supervízia aktuálne rieši

Súčasná praktická supervízia v sociálnych službách je na Slovensku vykonávaná v zariadeniach sociálnych služieb v zmysle zákona o sociálnych službách, kde sú taxatívne vymenované druhy sociálnych služieb, ktoré sú povinné vykonávať supervíziu. Napriek zákonnej povinnosti sú sociálne služby, ktoré supervíziu odmietajú a snažia sa argumentovať nedostatkom finančných prostriedkov. Takýto stav evidujeme napríklad na úrovni samosprávy, hlavne miest a obcí. V zariadeniach kde sa supervízia začala realizovať skôr, ako vznikla jej zákonná povinnosť je už dobre etablovaná a prijatá ako efektívna stratégia smerujúca ku kvalite. Objednávky na supervíziu aktuálne smerujú do oblasti vzťahov na pracovisku, ktoré sú najskôr povrchne označované za dobré, pod supervíziou sa menia na nedostatočné a proces supervízie ukazuje, kde sú slabé miesta v riešení vzťahov na pracovisku. Naše skúsenosti hovoria o preferovaných povrchných a formálnych vzťahoch, bez skutočného záujmu o človeka s deklarovaným dobrým vzťahom na úrovni kvalitného vzájomného poznania. Aplikáciou základných sebapoznávacích techník a techník smerujúcich k poznávaniu iných sú pomerne rýchlo identifikované povrchné poznania a často prekvapenia z nevedomosti jedného o druhom. Hlbšie poznávanie môže v prvých fázach viesť k zlepšeniu pracovných vzťahov na úrovni poznania napríklad spoločných problémov, alebo vzájomného pochopenia a podobne.

Druhou aktuálne častou problematikou pre supervíziu je vzájomná interakcia nadriadený – podriadený. V tejto časti bývajú deklarované a identifikované prejavy moci, nepochopenie, pocit nespravodlivosti, nejednotnosť v prístupoch pri riešení konfliktov, alebo pracovných problémov, direktívny spôsob riadenia, zraňujúci, ponižujúci spôsob komunikácie, neobjektívne odmeňovanie, absencia oceňovania a pozitívneho posilňovania a podobné.

Problémy medzi sociálnymi pracovníkmi a zdravotným personálom sú pomerne frekventované objednávky, ktoré sú nasmerované k vzájomnej rivalite a nespolupráci, prípadne v extrémnych prípadoch k vzájomnému negovaniu a podceňovaniu svojich činností, často pred klientmi. Takáto nezdravá rivalita je dlhodobou záležitosťou, ktorá je tradovaná vstupom sociálnych pracovníkov do teritória predtým výhradne zdravotného personálu.

Vzájomná interakcia a kategorizácia všetkých pracovníkov rozdielnych funkcií je preferovanou objednávkou, ktorá sa prelína s riešením vzťahov. V tomto prípade ide však o statusovú kategorizáciu a neformálnou vlastnou organizačnou štruktúrou. Ide o vzájomné podceňovanie sa, povyšovania sa, nespolupráce a neochoty so vzájomne pomôcť, alebo sa zastúpiť a podobne.

2.4. Čo skôr ako supervízia

Z uvedeného vyplýva, že riešenie problematiky profesionálnych problémov smerujúcim ku kvalite práce s klientom je aktuálne na konci záujmu supervizantov a preferujú osobné riešenie problémov, čo je logické, ak sa doteraz pracovný kolektív neposilňoval v tímovej spolupráci na profesionálnej úrovni. Pre zlepšenie aktuálneho stavu a budúcu supervíziu smerujúcu k práci s klientom sa nám osvedčilo pred nástupom supervízie absolvovanie vzdelávania personálu akreditovanými lektormi v oblasti sociálno psychologických výcvikov základnej úrovne v rozsahu minimálne 60 až 80 hodín. Štruktúra interakčného výcviku je zameraná na proces sebapoznávania a poznávania iných, základných sociálno komunikačných zručností a cvičení zameraných na etiku v sociálnej práci. Absolventi dostanú certifikát o absolvovaní výcviku a rozsahu hodín i so zameraním, čo niektorých, ktorí by splnili kvalifikačné predpoklady na ďalšie vzdelávanie motivuje rozširovať si vzdelávanie až do naplnenia základných podmienok na akreditované výcviky napríklad v oblasti sociálneho poradenstva, mediácie, prípadne i supervízie v sociálnej práci. Pre funkcie, ktoré nemajú kvalifikačné predpoklady má výcvik význam začlenenia do kolektívu, odbúranie zbytočných blokov a rozdielov medzi personálom, kreovanie pracovného tímu na nových základoch smerujúcich ku kvalite vzťahov. Výsledkom takého postupu je i ocenenie vedenia, že niečo spravil pre odborný rast personálu, aj napriek prvotnému odporu, ktorý vychádzal z pracovnej preťaženosti, absolvovania výcviku bez nároku na mzdu a podobne. Počas výcviku však personál menil názor, identifikoval význam výcviku. Takto vybavený personál dokáže lektor pripraviť na budúcu supervíziu, ktorú personál prijíma ochotne ako prostriedok na ďalšie vzdelávanie a kvalitnejšie metódy práce s klientom, pričom stráca pocit ohrozenia supervíziou, čo zásadne šetrí čas supervízora a teda i finančné prostriedky objednávateľa.

Literatúra

HAVRDOVÁ, Z.; HAJNÝ, M. ET AL. 2008 *Praktická supervize: Prúvodce supervizí pro začínajíci supervizory, manažéry a příjemce supervize.* Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1.

SCHAVEL, M.; HUNYADIOVÁ, S.; KUZIŠIN, B. 2013 *Supervízia v sociálnej práci: Teória, prax a výskum.* Bratislava : Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2013. ISBN 978-80-971445-0-0.

Kontakt na autora

doc. PhDr. Tibor Roman, PhD.

Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej prace sv. Alžbety Bratislava
Katedra sociálnej práce
Nám.1.mája č.1
810 00 Bratislava
Slovenská republika
romantibor@gmail.com

FENOMÉM TRVALE UDRŽITELNÉHO PLANETÁRNÍHO VÝVOJE

A PHENOMENON OF SUSTAINABLE DEVELOMPENT PLANETARY

Jaromír Řezáč

Abstrakt

Autor příspěvku reflektuje problémy, související s možnostmi vývoje společnosti v rovině přežití člověka v dlouhodobé perspektivě při omezených zdrojích planety Země jakožto uzavřeného systému. Definuje proto pojem trvale udržitelného vývoje planety Země z hlediska environmentálního, hospodářského a sociálního a odraz tohoto pojmu v pojetí legislativních, institucionálních a společenských iniciativ národních i nadnárodních. Současně se zabývá průmětem problematiky udržitelného rozvoje do cílů a činnosti hospodářských a sociálních subjektů. Závěrem také poukazuje na iniciativu České manažerské asociace, která v roce 2012 jako další člen založila v České republice pobočku světové podnikatelské rady pro udržitelný rozvoj (World Business Council for Sustainable Development) – role byznysu je v tomto pojetí povýšena z úzkého firemního postoje do pozice nezbytného partnera pro celospolečenský dialog pro přežití ekonomického a sociálního homo sapiens.

Klíčová slova

Indikátory udržitelnosti, limity růstu, planetární vývoj, systém konečných zdrojů, udržitelný rozvoj, vzorce spotřeby a výroby.

Abstract

The Author reflects problems associated with option in the development of society in terms of human survival in the long run with the limited resources of the planet Earth as a closed system. Therefore, defines the concept of sustainable development of the planet Earth from an environmental, economic and social point of view, and a reflection of this concept of this concept in the conception of legislative, institutional and social initiatives, national and international. At the same times deals with the projection of sustainable development in the objectives and activities of its economic and social actors. Finally, the initiative also highlights the Czech Management Association which was, in 2012, established as an additional member in the Czech Republic branch of the World Business Council for Sustainable Development – the role of bisiness in this concept is promoted from a narrow company-centered attitude to a necessary partner participating in the broad societal dialogue for the survival of an economic and social homo sapiens.

Key words

Sustainability indicators, limits to growth, planetary evolution, finite system resources, sustainable development, consumption and production patterns.

Úvod

Je třeba si uvědomit, že jak demokracie, tak bezpečnost planetárního vývoje mají charakter společenských neekonomických cílů. Jsou to navíc statky veřejné a jako takové jsou nedělitelné a nevylučitelné a mají svou univerzální hodnotu jak pro jednotlivce, tak pro celou společnost. Tyto světové veřejné statky jsou namísto ochrany bezohledně obětovány zákonu zisku a požadavkům ekonomické, kulturní, politické a vojenské globalizace multipolárního světa. Globální deformace a konflikty přitom vyvěrají ze samotného utopického paradigmatu neoliberálního kapitalismu, tj. principu odstranění chudoby na principu „výhra – výhra", tedy „win – win" (obecný blahobyt pro všechny), nikoliv na reálné dynamice kapitalistické ekonomiky „vítěz bere vše", tedy „win – lost". Tržní ekonomika (neoliberalismus) má navíc imanentně ve své podstatě zabudován cyklus s konjunkturami a krizemi, tedy neudržitelný[48].

Ve stejném okamžiku, kdy západní státníci nadšeně mluví o tom, že jsme zažili desetiletí neočekávaného míru a bohatství, upadl stále rostoucí počet zemí do dluhů, nezaměstnanosti, zhroucení zdravotních a sociálních služeb, zhroucení trhů, právě tak jako naléhavě potřebných infrastruktur. To, co může pomoci západním koncernům, totiž striktní prosazování deregulace, privatizace a flexibilizace v rozvojových zemích, je pro tyto samotné země často ničivé (Beck, 2007).

Zanikající národní a rychle nastupující agresivní kosmopolitní politika také potlačuje a ohrožuje funkce evropského modelu sociálního státu, vybudovaného na principu uplatňování práva a svobody občanů s ohledem na sociální spravedlnost a solidaritu a který je kompromisem mezi kapitálem a prací, trhem a státem, konkurencí a solidaritou, trhem a ekologií (Evropský sociální model v ohrožení, 2013).

Uvedené i další negativní symptomy vývoje nutně implikují celoplanetární obranný reflex posílení imunity společnosti vůči pokračující devastaci planety Země tak, aby byl zabezpečen další *trvale udržitelný vývoj (udržitelný život) planety (sustainable development), tedy takový rozvoj lidské společnosti, který uvádí v soulad hospodářský, sociální a společenský pokrok s plnohodnotným zachováním životního prostředí.* Mezi hlavní cíle trvale udržitelného rozvoje tudíž patří především zachování životního prostředí dalším generacím v co nezměněné podobě tak, aby jak jsme ho převzali od našich předků. V úvahu přitom přicházejí v úvahu tři základní scénáře budoucího vývoje (Keller, 1995):

- Konzervativní alternativa: dílčí vylepšování existujícího světa bez podstatných změn.
- Evoluční alternativa: systematická příprava a co nejrychlejší provádění zásadních změn zaměřených na řešení globálních klíčových problémů.
- Revoluční alternativa: nezvládnutelná exploze v důsledku v důsledku stupňování existujících i nově se objevujících globálních problémů.

Není zřejmě reálné, aby konzervativní alternativa nalezla řešení problémů lidstva, ponechání prostoru pro revoluční alternativu by znamenalo nejen rozpad lidské civilizace, ale také

[48] Jaroslav A. Jirásek: *K udržitelnému rozvoji*. Příspěvek na konferenci *Manažer roku*, duben 2013

ohrožení života na Zemi – lze proto doufat, že lidstvo najde v sobě sílu a dobrou vůli realizovat evoluční alternativu.

1. Trvale udržitelný rozvoj – historický exkurs

V posledním desetiletí se stala slova „trvalý“ a „trvale udržitelný“ velmi používanými. Obdobně anglické a ve světě evidentně mnohem běžnější „sustainable“ a „sustainability“. V obou jazycích vyjadřují tyto výrazy něco, co trvá nebo přetrvává, pokračuje ve své existenci, zůstává. Jejich užití je především ve spojení s trvale udržitelnými formami lidské společnosti na této planetě, tedy o udržení základních podmínek pro uchování života na planetě Zemi.

Historicky prvé **z**mínky o ekonomické setrvalosti se připisují již T. R. Malthusovi (1776 – 1834) v publikaci An Essay on the Principle of Population z roku 1878 a J. S. Millovi (1806 – 1873) v práci Principles of Political Economy vydané v roce 1848 (Goodland, 1995). Mill zdůrazňoval, že prostředí, příroda, musí být chráněny před nespoutaným růstem, má-li se zachovat lidský blahobyt, Malthus zase připomínal tlaky vyvíjené exponenciálním růstem lidské populace na konečné množství planetárních zdrojů. Vývoj pokračoval ekonomickými, politickými a etickými diskusemi, provoláními i mezivládními jednáními zejména po 2. světové válce, avšak teprve ve 2. polovině 20. století si kapitalistická společnost uvědomila závažnost toho, co uvedení myslitelé uvedli ve svých publikacích.

V dubnu 1968 byl založen globální think tank o názvu *Římský klub* (Club di Roma, The club of Rome) sdružující uznávané osobnosti z mnoha zemí a provádějící výzkumy beroucí v potaz problém vývoje světa jako celku tak, aby bylo možno vést rozhodující kroky ke stanovení limitů růstu, popř. limitů směru růstu. V roce 1972 Římský klub uveřejnil zprávu zadanou týmu vědců z Massachusettského technologického institutu (MIT), obsahující výsledky počítačově simulovaného vývoje lidské populace a využívání přírodních zdrojů do roku 2100 a nazvanou *Meze růstu* (orig. The Limits to Growth). Z této zprávy bylo patrno, že během 21. století dojde k brutálnímu populačnímu pádu v důsledku znečištění, vyčerpání úrodnosti obdělávané půdy a nedostupnosti energetických zdrojů (především fosilních paliv). Římský klub také definoval trvale udržitelný rozvoj jako „stav globální rovnováhy, při které se počet obyvatel Země a kapitál udržují na více-méně konstantní úrovni a tendence působení na růst či pokles těchto veličin musí být pod důslednou kontrolou“.

Mezinárodní společenství uznalo naléhavost ochrany životního prostředí[49] na konferenci OSN o lidském životním prostředí v r. 1972 ve Stockholmu a vyslalo jasný signál: „Planeta Země je vážně ohrožena námi samými, kteří si neuvědomujeme zranitelnost jejích životodárných systémů a svou vlastní neuváženou činností je poškozujeme a ničíme“. Na konferenci byl rovněž diskutován konflikt mezi hospodářským rozvojem a potřebou chránit životní prostředí, inspirovaný uvedenou analytickou studií MIT, kterou předložili Donella H. Meadowsová, Dennis L. Meadows, Jorgen Randers a William W. Behrens o názvu *„Limits to Growth“*. Do

[49] *Životní prostředí* je část okolního světa, s níž je člověk ve vzájemném působení, kterou používá, ovlivňuje svým chováním a které se sám přizpůsobuje (definice UNESCO). Základními složkami životního prostředí jsou voda, vzduch a půda.

češtiny přeložená kniha *Meze růstu* (Meadows D. H., 1972) poukázala na zřejmý rozpor mezi hospodářským růstem a účinnou ochranou životního prostředí, přírody a přírodních zdrojů. Na základě simulačního modelu, který vycházel z vývoje hospodářství, stavu prostředí a přírodních zdrojů za poslední století, dospěli autoři k jednoznačnému závěru, že ve stávajícím hospodářském růstu nelze pokračovat. Tento růst má exponenciální charakter s růstovou mírou 5 % ročně, přičemž růst HDP je provázen paralelním růstem zátěže prostředí a čerpání planetárních zdrojů. Zvláště nedostatek neobnovitelných zdrojů (především uhlí a kovových rud) spolu s nedostatkem potravin nutně povede ke světovému kolapsu.

O vyřešení rozporu mezi hospodářským růstem a ničením základních přírodních zdrojů se pokusilo Valné shromáždění OSN, když v r. 1983 ustavilo *Světovou komisi pro životní prostředí a rozvoj* (World Commission on Environment and Development – WCED), která dostala jasné zadání prozkoumat vztah mezi hospodářským rozvojem a ochranou životního prostředí. V r. 1987 vydala Komise pod vedením norské ministerské předsedkyně Gro Harlem Brundtlandové závěrečnou zprávu nazvanou *„Naše společná budoucnost"*.

Do češtiny přeložená zpráva ve formě knihy *Naše společná budoucnost* (Brundtand, 1991) došla k závěru, že je sice pravdou, že hospodářský rozvoj v posledních desetiletích měl a až dosud má ekologicky[50] devastující charakter a je spojen s růstem zátěže prostředí. Takový stav však není fatálně nutný. Hospodářský rozvoj je možno převést na trvale udržitelnou trajektorii, to znamená usměrnit jej tak, aby potřeby současné generace nebyly naplňovány na úkor generací příštích nebo jiných společností (rozvoj vyspělého světa se nesmí dít na úkor světa rozvojového). K tomu vymezuje základní principy, kterými by se měla řídit hospodářská politika: oživit hospodářský růst, změnit kvalitu růstu, uchovávat a obohacovat základnu přírodních zdrojů, zajistit udržitelnou úroveň populace, nově orientovat techniku a odstraňovat její rizika, při rozhodování integrovat ekonomické a ekologické aspekty, reformovat mezinárodní hospodářské vztahy a posílit mezinárodní spolupráci. Zpráva také definuje dnes všeobecně uznávanou *definici udržitelného rozvoje* takto: „Udržitelný rozvoj je takový rozvoj, který zajistí naplnění potřeb současné generace, aniž by byla ohrožena možnost naplnění potřeb generací příštích"[51]. Zpráva WCED dále upřesňuje, že termínem „potřeby" se myslí základní potřeby vždy těch nejchudších obyvatel planety, tj. dostatečné množství jídla, pitné vody, odpovídající přístřeší, základní úroveň zdravotních, sociálních a vzdělávacích služeb a kvalitní životní prostředí.

Principy udržitelného rozvoje byly poté rozpracovány na Konferenci OSN o životním prostředí a rozvoji, konané v r. 1992 v brazilském Riu de Janeiro pod názvem *„Summit Země"*. Konference konstatovala, že ekonomický vývoj nemá dosud v žádné zemi a v žádném odvětví trvale udržitelný charakter a z toho vyplývající požadavek sladění ekonomického rozvoje s ekologickými principy. Vypracovala rozsáhlý akční plán zvaný *„Agenda 21",* který vysvětluje, jakým způsobem dosáhnout udržitelnosti hospodářského rozvoje – musí to být kvalitativní rozvoj, který povede ke zvýšení lidského blahobytu, aniž bude ničit základnu

---

[50] *Ekologie* je nauka o vzájemném soužití mezi organismy a jejich životním prostředím.

[51] Zákon č. 17/1992 Sb., o životním prostředí definuje trvale udržitelný rozvoj takto: *„Trvale udržitelný rozvoj společnosti je takový rozvoj, který současným i budoucím generacím zachovává možnost uspokojovat jejich základní životní potřeby a přitom nesnižuje rozmanitost přírody a zachovává přirozené funkce ekosystémů"*.

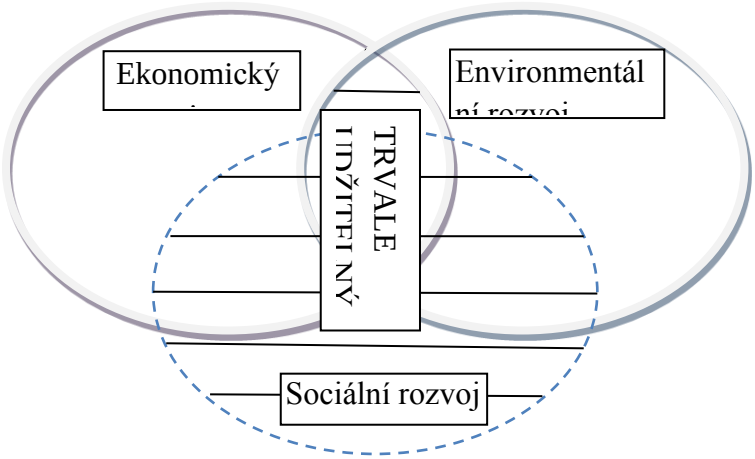
přírodních zdrojů, dále zhoršovat kvalitu prostředí a redukovat bohatství přírody. Zároveň by měl být sociálně spravedlivý a dbát na potřeby rozvojových států. Jakoby stranou Agendy 21 stojí Deklarace z Ria de Janeiro o životním prostředí a rozvoji, jejíž zásada číslo jedna staví člověka do středu zájmu o trvale udržitelný rozvoj – ochrana životního prostředí, přírody a přírodních zdrojů, má-li být úspěšná, musí být nejen sladěna s hospodářským rozvojem, ale musí mít i výrazný lidský rozměr. U příležitosti konference v Riu de Janeiro byla rovněž založena *Světová podnikatelská rada pro udržitelný rozvoj* (World Business Council for Sustainable Development – WBCSD), která sdružuje více jak 200 CEOs nejdůležitějších firem na všech kontinentech a je založena na následujících pilířích:

- Společensko sociální kapitál (společnost založená na širokém přijetí principů udržitelnosti, spojená se změnou postojů).
- Lidské zdroje (zabezpečení konkurenceschopné a vysoce inovativní ekonomiky založené na adekvátních lidských zdrojích).
- Vytvořit podmínnky pro sociální smír všech společenských skupin a urychleně eliminovat společensky škodlivé jevy (především korupční prostředí).
- Stát a kvalita institucí (právní stát a efektivní státní administrativa a samospráva).
- Přírodní zdroje a energie (dosažení nízkomateriálového, energetického a emisního profilu společnosti).
- Zemědělství a lesnictví (udržitelnost a efektivita potravinové produkce a využití lesního potenciálu).
- Mobilita (adekvátní dopravní infrastruktura, bezpečná a nízkouhlíková mobilita).
- Smart cities (dosažení vysoké úrovně kvality života v městských aglomeracích a municipalitách).
- Podnikatelské subjekty musí přizpůsobit modely svého podnikání potřebám dlouhodobého rozvoje společnosti (jejich manažeři musí vidět dál než je termín kvartálního hodnocení výsledovky).
- Udržitelný rozvoj je nástrojem uchování prosperity ekonomiky i při rostoucích nárocích, vyplývajících z požadavků společenské odpovědnosti organizací.
- Přihlášení se k podpoře úsilí o zajištění udržitelného rozvoje společnosti proto představuje vyvrcholení souboru podnikatelských opatření, kterými organizace zajišťuje (při zvyšování vlastní prosperity) plnění jí přijatých závazků vůči společnosti, jejíž je integrální součástí.[52]

Lidský rozměr podtrhl *„Sociální summit“,* který se konal v Kodani v r. 1995 a ve svém závěrečném komuniké zdůraznil význam sociálního pilíře udržitelného rozvoje. Právě této

[52] Pod záštitou České manažerské asociace byla dne 26. 4. 2012 v prezidentském salonku paláce Žofín v rámci *Dne úspěšných manažerů a firem* slavnostně podepsána *dohoda o založení české pobočky WBCSD,* v níž se sdružují společnosti i jednotlivci, kteří se snaží vytvořit podmínky pro udržitelnou budoucnost podnikání, společnosti a životního prostředí. Pobočka připravuje a realizuje podnikové či sektorové programy a projekty místního, regionálního a národního charakteru se zaměřením na propojování cílů udržitelného hospodářského vývoje, zajištění sociálních hodnot a environmentální přijatelnosti podnikání.

konferenci vděčíme za to, že byly postupně definovány známé tři pilíře udržitelného rozvoje: sociální, ekonomický a environmentální podle obr. 1.



Obr. 1. Tři pilíře udržitelného rozvoje Zdroj: autor

Pojem trvale udržitelného rozvoje je od tohoto summitu právě znázorňován třemi elipsami (resp. kruhy, pilíři), které znázorňují vzájemný poměr životního prostředí, hospodářství a společnosti ve vzájemných časoprostorových závislostech. Výzvy trvale udržitelného rozvoje znamenají nový vztah k budoucnosti (osa času) a změnu vztahů bohatého Severu a chudého Jihu (prostorové hledisko).

Doposud snad největším setkáním světových představitelů byl „Summit tisíciletí“, který se konal v září 2000 v New Yorku. Definoval celosvětovou agendu v oblasti lidského rozvoje do r. 2015 a přijal následujících osm tzv. Rozvojových cílů tisíciletí (Millenium Development Goals):

1. Odstranit extrémní chudobu a hlad.
2. Dosáhnout základního vzdělání pro všechny.
3. Prosazovat rovnost pohlaví a posílit roli žen ve společnosti.
4. Snížit dětskou úmrtnost.
5. Zlepšit zdraví matek.
6. Bojovat s HIV/AIDS, malárií a dalšími nemocemi.
7. Zajistit udržitelný stav životního prostředí.
8. Budovat světové partnerství pro rozvoj.

Výsledky summitu významně ovlivnily zaměření rozvojové pomoci i úsilí v ochraně životního prostředí, orientované významně na zlepšení lidského údělu.

Završením koncepce udržitelného rozvoje se stal *Světový summit o udržitelném rozvoji,* který se konal na přelomu srpna a září 2002 v Johannesburgu. *„Rozvoj“*, tedy vývoj kladným, žádoucím směrem, směrem k lepšímu stavu, je základním a všeobecně přijatým společenským cílem. Aby však mohl trvat bez závažných krizí do daleké budoucnosti, nesmí zanedbat žádný ze svých hlavních rozměrů. *Ekonomický rozměr* udržitelnosti vychází z nutnosti zachovat při každé hospodářské činnosti základní kapitál a využívat jen vyprodukovaného zisku. To se

týká nejen kapitálu vyrobeného, ale i kapitálu přírodního. *Sociální rozměr* se týká jednotlivců i společnosti: *lidský rozměr* znamená odstranění chudoby, zlepšování zdraví, delší průměrný věk, méně nemocí, ale také vzdělanost, slušné životní podmínky, bezpečnost; s*polečenský rozměr* se týká především institucí demokracie, zabezpečení lidských práv a svobod a spravedlivého společenského uspořádání. *Environmentální rozměr* poukazuje na to, že hospodářská činnost a celkový civilizační rozvoj jsou nutně ovlivněny přírodními podmínkami. Lidé a jejich činnost jsou součástí zemské biosféry[53] a jsou plně závislí na přírodních zdrojích a na planetárních životodárných systémech, jako je systém klimatický, fyzikálně-chemické fungování atmosféry, hydrologický cyklus, biogeochemické cykly chemických prvků a zejména biologická rozmanitost, přírodní bohatství genů, druhů a ekosystémů. Summit přijal rozsáhlý *Johannesburský implementační plán,* který má přispět k uskutečnění myšlenek udržitelného rozvoje.

Evropská unie se přihlásila k myšlence udržitelného rozvoje v mnoha prohlášeních a dokumentech, naposledy v *Lisabonské smlouvě* podepsané v prosinci 2007.

Strategie udržitelného rozvoje Evropské unie byla přijata v Göteborgu v červnu 2001 a obnovená verze v červnu 2006.

Česká republika přijala svou *Strategii udržitelného rozvoje ČR* v prosinci 2004. Vytyčuje strategické cíle v rámci tří pilířů (ekonomického, environmentálního a sociálního) a tří průřezových oblastí (Věda a vzdělávání, Mezinárodní souvislosti, Správa věcí veřejných).

1. Trvale udržitelný rozvoj – východiska a principy

Východiskem pro pochopení pojmu „trvale udržitelný rozvoj“ je již vpředu uvedený globální exponenciální růst populace, výroby potravin, průmyslové produkce, spotřeby přírodního bohatství i znečištění a kauzální vztahy mezi těmito entitami. Exponenciální růst je hnací silou, která způsobuje, že ekonomika lidstva se blíží fyzickým možnostem planety Země. Je hluboce zakořeněn v lidské kultuře, je vlastní struktuře globálního systému (Meadows D. H., 1972). Světová populace a průmyslový kapitál (světový průmysl) jsou motory v industrializovaném světě na principu autoreprodukce. Populace a průmyslový kapitál jsou schopny růst exponenciálně, a jak rostou, vyžadují a podporují růst materiálových a energetických průtoků a produkci znečištění a odpadů. Jiné veličiny, jako je produkce potravin, využívání přírodního bohatství a znečištění, mají tendenci růst exponenciálně ne proto, že by reprodukovaly samy sebe, ale že jsou poháněny populací a průmyslovým kapitálem – nenajdeme u nich autoreprodukci. Z tohoto důvodu produkce potravin, spotřeba přírodního bohatství a energie nenarůstaly díky své strukturální kapacitě, ale proto, že exponenciálně rostoucí populace vyžadovala více potravy, materiálů a energie, a dosud byla v jejich produkci úspěšná. Podobně znečištění a odpady narůstaly nikoliv z důvodů vnitřních procesů samoreprodukce, ale proto, že jsou poháněny narůstajícím množstvím přemísťovaných materiálů a spotřebovávané energie, které

[53] *Biosféra* (též *živý obal Země*), někdy označovaná též jako biogeosféra, je část planety Země, kde se vyskytují nějaké formy života (oživený prostor povrchové vrstvy nad Zemí a na Zemi). Zahrnuje část atmosféry (přibližně do výšky 18 km v oblasti tropů a 10 km v polárních oblastech), prakticky celou hydrosféru a povrh litosféy (do desítky metrů pod povrchem půdy, v případě jeskyní obývaných živými organismy až do hloubky několika kilometrů).

vyžaduje rostoucí ekonomika lidstva. Výsledkem je varující skutečnost – lidská populace, výroba průmyslového kapitálu a toky energie a materiálu, které je udržují, mohutně rostou (pouze s několika krátkými přestávkami) po staletí.

Uvedený planetární vývoj je také zdrojem následujících globálních problémů (Nováček, 1994):

- Rozpor mezi růstem počtu obyvatel a omezenými zdroji, přelidnění, hlad, násilí a války (především o zdroje).
- Ztráty zemědělské produkce, potravinový problém, hladomory v chudých zemích, podvýživa.
- Vážné zdravotní problémy obyvatel planety – v rozvojových zemích vyplývají zdravotní problémy z chudoby a absence sociálního zajištění, ve vyspělých zemích vyplývají zdravotní problémy především ze stylu života.
- Problém chudoby – chudoba není jen záležitostí rozvojových zemí, i země rozvinuté, demokratické a bohaté mají vzrůstající počet lidí „na dně".
- Problém opuštěnosti a problém být nežádoucí.
- Problém zachování druhové rozmanitosti života – rychlé a rozsáhlé vymírání druhů způsobené člověkem.
- Úbytek lesů a tropických pralesů (tj. nejproduktivnějších přírodních ekosystémů), způsobený těžbou dřeva, získáváním zemědělské půdy pro rolníky a získávání palivového dříví pro domácnosti v rozvojových zemích).
- Šíření pouští, způsobené nesprávným obděláváním půdy, nadměrným pasením, nadměrným kácením stromů a dřevin na palivové dříví, ničením tropických pralesů a změnami klimatu.
- Problémy hospodaření s vodou (včetně oceánů), kde regionálně je jí nedostatek na velkých územích nebo je zcela nepřístupná pro využití člověkem (v rozvojových zemích 2 miliardy lidí nemá přístup ke kvalitní pitné vodě).
- Ohrožení půdy (zničení produktivní půdy) vodní nebo větrnou erozí, okyselováním, chemizací a intenzifikací zemědělství, vysoušením krajiny, extenzivním pastevectvím a extenzivním hospodařením na orné půdě.
- Znečištění atmosféry, narušení klimatu, narušení ozonové vrstvy, skleníkový efekt, kyselý déšť.
- Neschopnost racionálního využívání ekosystémů[54] jakožto výsledek vpředu uvedených globálních problémů.

Závěr

Z uvedeného je zřejmé, že problematika udržitelného rozvoje se promítá do sféry sociální, ekonomické, přírodní a tedy ekologické, morální i etické – posléze je otázka udržitelnosti kladena i obecně, systémově. A právě naše planeta, její příroda a osídlení lidskou civilizací, je

[54] *Ekosystém* je obecné označení části přírody (biosféry) jakožto funkční soustavy živých i neživých složek životního prostředí, jež jsou navzájem spojeny výměnou látek, tokem energie a předáváním informací a které se vzájemně ovlivňují a vyvíjení v určitém prostoru a čase (Wikipedie).

jediným uzavřeným systémem. Lidstvo, nebo přesněji dnes zdánlivě tak úspěšná civilizace euroamerického typu však prožila celé své dějiny v systémech otevřených, v neustálém dobývání nových kolonií, přírodních zdrojů, úložišť a odbytišť; žila tedy na dluh prostoru, ale díky setrvačnosti přírodních a společenských procesů i na dluh času. Proto naše zkušenosti, dosavadní vývoj, dosavadní přírodovědná, společenskovědní ani politická empirie nejsou mechanicky extrapolovatelné k řešení problémů trvale udržitelného rozvoje planety.

Ve světle uvedených skutečností musí mít problematika trvale udržitelného planetárního rozvoje dnes mnohem širší pojetí než výsledky jednání summitu v Johennesburgu – kromě ekonomického, sociálního a environmentálního rozměru[55] akcentuje především *morální a etickou dimenzi* udržitelného rozvoje. Ta vychází z následujících *principů:*

- Lidstvo, ale i ostatní činitelé mimo lidský život, mají přirozenou estetickou hodnotu, která převyšuje jejich ekonomickou užitečnost.
- Biodiverzita[56] a ekologické bohatství mají také přirozenou estetickou hodnotu, která převyšuje jejich ekonomickou hodnotu.
- Lidé by neměli nikdy zasahovat do přírodních procesů kromě plnění životně důležitých potřeb.
- V antropoekologickém systému krajiny není člověk nadřazen přírodě, nýbrž je její nedílnou součástí.
- Trvale udržitelný rozvoj (přesněji způsob života) je zaměřen na hledání harmonie mezi člověkem a přírodou, mezi společností a jejím životním prostředím tak, abychom se co nejvíce přiblížili k ideálům humanismu a úcty k životu a přírodě ve všech jejích formách. Je to způsob života, který hledá rovnováhu mezi svobodami a právy jednotlivce a jeho odpovědností[57] vůči jiným lidem i přírodě jako celku, a to včetně odpovědnosti vůči budoucím generacím (1996). Hledání a prosazování hodnot, které by nás přivedly k humanismu a harmonii vztahů mezi člověkem a přírodou, je společným údělem lidí nábožensky věřících i těch, kteří věří v člověka, jeho schopnost rozlišovat dobro a zlo.

I přes relativně dlouhý vývoj názorů a značnou rozpracovanost problematiky trvale udržitelného rozvoje planety neexistují přitom jednoznačná východiska, na nichž by se shodli vědci, tím méně pak ekonomové a politici. Je to dáno mimo jiné i tím, že neexistuje sjednocující zájem a vůle přežít v dlouhodobé perspektivě lidstva. Možná východiska řešení rozporu mezi stávajícími trvale neudržitelnými formami průmyslové výroby a zemědělské produkce a potřebou přechodu k formám trvale udržitelným zatím odpovídají nedoloženým představám, dobře míněným přáním, projekcím minulosti do budoucnosti nebo málo oprávněným nadějím.

---

[55] Environmentální rozměr akcentuje především *přírodní únosnost* jakožto stanovení limitního prahu využívání přírodního ekosystému a *environmentální únosnost* zahrnující přírodní i člověkem vytvořené prostředí, vychází nejen z citlivosti vůči vnějším vlivům, ale i z ekologické a kulturní hodnoty území.

[56] *Biodiverzita,* tedy druhová rozmanitost, znamená variabilitu všech žijících organismů, zahrnuje diverzitu v rámci druhů, mezi druhy i diverzitu ekosystémů. Je popsána jako rozmanitost života ve všech jeho formách, úrovních a kombinacích (Enviwiki).

[57] Hluboká filosofická krize Západu vznikla mimo jiné i porušením rovnováhy mezi právy a povinnostmi jednotlivce, kde došlo k výraznému vychýlení ve směru práv jednotlivce směrem od jakéhokoliv smyslu pro povinnost.

Možná koncepce trvalé udržitelnosti je totiž založena na předpokladu obecné harmonie a altruismu. To však ignoruje skutečnost, v níž je lidský vývoj často poháněn konflikty a soupeřením. Lidé prakticky nikdy nežili v dokonalé harmonii nejen s přírodou, ale ani sami se sebou. Také ve vývoji přírody se vyskytují vítězové a poražení (princip „win – lost“). Představa, že lidstvo (státy, národy, globální uskupení) mohou harmonicky vytvářet podmínky trvalé udržitelnosti prostě jen proto, aby se dosáhlo všeobecné harmonie s přírodou, je tedy v současném pojetí nepravděpodobnou až naivní. Navíc současný koncept trvalé udržitelnosti ignoruje různorodou rozličnost lokálních, regionálních i globálních zájmů. To, co je trvalé udržitelné pro malé skupiny, může být dlouhodobě neudržitelné pro velké entity.

Navíc koncept trvale udržitelného vývoje zatím redukuje analýzu sociálních, ekonomických, kulturních a politických procesů na jednoduchý biofyzikální systém – tento koncept se snaží poznat technologický, ekonomický, politický, sociální a kulturní vývoj metodami odvozenými ze studia biologických a fyzikálních systémů (biologický a fyzikální redukcionismus).

Řešení není pouze v systémových změnách, v přeorganizování struktur světa a legislativy a tvorby mezinárodních institucí apod. – to je důsledek. Důležitější je to, co bychom mohli nazvat existenciální revolucí, tj. jakési vzpamatování lidské bytosti, renesance lidské odpovědnosti, kdy každý člověk by si měl uvědomit, že nese odpovědnost za celý svět. Musí zájem globální nadřadit svému zájmu partikulárnímu, musí myslet i na to, co bude poté, až umře, politik nemůže myslet od voleb k volbám, ale musí myslet i na to, co se bude dít, až v nějakých volbách bude kandidovat jeho vnuk.[58]

Představitelé Římského klubu, ale nejen oni, apelují rovněž na potřebu globálního či planetárního vědomí – nejspíše půjde o dlouhodobý proces, ovlivňovaný především vývojem našich hodnotových orientací. Vědomí globální vzájemné závislosti, chápání jedné Země jako vesmírného systému, ze kterého není úniku (až na malé výjimky), je pro přežití lidstva klíčové. Nebude-li však na Zemi vědomí vzájemné globální závislosti, spoluzodpovědnosti a tolerance, bude to mít tragické následky. Teolog, vědec a paleontolog Teilhard de Chardin (Teilhard de Chardin, 1990) šel už počátkem minulého století ještě dále a mluví o „kosmickém vědomí“. Měli bychom podporovat to, co nás spojuje, nikoli to, co naše názory liší.

Přirozeným východiskem snah o trvalou udržitelnost musí být lidská skromnost a pokora a zároveň odvaha. Pokora před přírodou, která přežije i bez lidí, zatímco lidé bez přírody přežít nemohou. Odvahu nazývat věci pravými jmény, odvahu kritizovat mocné, kteří smysl pro skromnost a pokoru nemají, pravdivě pojmenovat postavení supervelmocí z hlediska jejich vzorců výroby a spotřeby na globální úrovni.

Literatura

BECK, U. 2007 *Moc a protiváha moci v globálním věku.* Praha : Sociologické nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-86429-67-0.

BRUNDTAND, G. H. ET AL. 1991 *Naše společná budoucnost.* Praha : Academia, 1991. ISBN 80-85368-07-2.

[58] Z rozhovoru Václava Havla pro seriál „Vize 2000“ televizního vysílače 3sat.

GOODLAND, R. 1995 The concept of environmental sustainability. *Annu. Rev. Ecol. Syst.* 1995, Sv. 26. ISSN 0066-4162.

GORE, A. 1994 *Země na misce vah: Ekologie a lidský duch.* Praha: Argo, 1994. ISBN 80-85794-21-7.

http://cs.wikipedia.org/wiki/Udržitelný rozvoj.

KELLER, J. 1995 *Přemýšlení s Josefem Vavrouškem.* Praha : G plus G, 1995. ISBN 80-901896-1-X.

KOLEKTIV AUTORŮ. 1996 *Závod s časem.* Praha : Ministerstvo životního prostředí, 1996. ISBN 80-85368-81-1.

MEADOWS D. H.; MEADOWS D. L. ET AL. 1972 *The Limits to Growth.* New York : Universe Books, 1972. ISBN sine.

MILL, J. S. 1944 *Principles of Political Economy.* New York, Columbia University Press, 1944. ISBN sine.

MILL, J. S. 2011 *Utilitarismus.* Praha: Vyšehrad, 2011. ISBN 978-80-7429-140-1.

MOLDAN, B. 2009 *Podmaněná planeta.* Praha: Karolinum, 2009. ISBN 978-80-246-1580-6.

NOVÁČEK, P.; HUBA, M. 1994 *Ohrožená planeta.* Olomouc : Vydavatelství Univerzity Palackého, 1994. ISBN 80-7067-382-6.

ŘEZÁČ, J. 2013 Evropský sociální model v ohrožení. In PREUSS, K.; PAVELKOVÁ, J. (eds) *Ekonomika a řízení ve zdravotních a sociálních službách.* Sborník z mezinárodní vědecké konference. Praha : VŠAPs, 2013. 198 s. ISBN 978-80-87871-00-3.

Kontakt na autora

Ing. Jaromír Řezáč

Na Nivách 1050/18
141 00 Praha 4 – Michle
Česká republika
jaromir.rezac@seznam.cz

ALTERNATÍVNE SPÔSOBY PROPAGÁCIE A FINANCOVANIA NEZISKOVÝCH ORGANIZÁCIÍ

ALTERNATIVE WAYS OF PROPAGATION AND FINANCING OF NON-GOVERNMENTAL ORGNISATIONS

Lukáš Pavelek – Peter Patyi – Dušan Legerský

Abstrakt

Poster popisuje nové spôsoby propagácie a financovania neziskových organizácii. Uvádza prehľad nových stratégii, ktoré sa rozvinuli s nástupom webu 2.0 ako crowdfunding, vírusový marketing a event marketing a načŕta možnosti využitia týchto techník v rámci propagácie neziskových organizácii.

Kľúčové slová

Propagácia, marketing, fundraising, web 2.0, davové financovanie.

Abstract

The poster describes new ways of promoting and funding non-profit organizations. It provedies an overview of the new strategies that have emerged with the advent of web 2.0 such as crowdfunding, viral marketing and event marketing and proposes options for using these techniques in the context of promoting non-profit organizations.

Key words

Propagation, marketing, fundraising, web 2.0, crowdfunding.

1. Event marketing

Ako event-marketing môžeme označiť sprostredkovanie zážitkov vrátane ich plánovania a organizovania. Tieto zátžitky majú za úlohu vyvolať psychické podnety ktoré podporia image firmy alebo organizácie. Mnoho autorov definuje event marketing rôzne a vznikajú preto nepresnosti pri definovaní tohto pojmu. Event (príp. plurál events) môžeme chápať a do slovenčiny prelotžiť hneď niekoľkými rôznymi formami. Ako príklad možno uviesť pár jeho najbežnejších variant z anglického prekladu: udalosť, zážitok, spomienka, predstavenie. Najčastejšie sa v odbornej literatúre používa pojem zážitkový marketing. S týmto slovným spojením sa môžeme stretnúť menej často než s jeho anglickým označením – event marketing (Event Marketing 2.0, 2014).

Pod pojmom event marketing rozumieme podľa Šindlera (2003), zinscenovanie zážitkov, ako aj ich plánovanie a organizáciu v rámci firemnej komunikácie. Tieto záţitky majú za úlohu vyvolať psychické a emocionálne podnety sprostredkované usporiadaním najrôznejších akcií, ktoré podporia imidţ firmy a jej produktov. Podľa Kotíkovej (2008) eventy môžeme

charakterizovať ako jedinečné, dočasné, špeciálne naplánované, riadené a organizačne zabezpečené akcie alebo udalosti.

2. Vírusovy marketing

Vírusový marketing (virálny) je metóda, ktorá využíva už existujúce sociálne siete na spropagovanie výrobku či posilnenie povedomia o značke, využívajúc pri tom m skutočnosť, že ľudia majú tendenciu informovať svojich známych o výrobkoch, službách či informáciách, ktoré sami považujú za hodné pozornosti (Godin 2001, 2003). Pojem "vírusový" vychádza z toho, že tento spôsob propagácie sa správa podobne ako biologický či počítačový vírus, teda sa šíri samočinnou reprodukciou. V tejto súvislosti sú zaužívané 3 pojmy, ktoré majú veľmi podobný význam, odlišujú sa iba v jemných odtieňoch. Virálny marketing, buzz marketing a word of mouth. Vo všetkých troch prípadoch sa marketéri snažia vygenerovať "buzz" (vravu o produkte, šírenie posolstva), či už v online alebo offline svete. Rozdiely Uplatňuje sa tradičné ústne podanie od človeka k človeku (word of mouth) – v duchu hesla "dobré sa chváli samé", ktoré je však posilnené vďaka moderným komunikačným nástrojom. Tak môže byť virálne video sprevádzané mohutnou publicitou a diskusiami na internete (buzz) alebo kuriózny event môže iniciovať šírenie word of mouth. Jeden z najvýznamnejších faktorov, ktoré prispeli k dnešnej móde word of mouth je všeobecné prijatie digitálnych médií, ktoré umožnili šíriť správy rýchlejšie a viac exponencionálne než kedykoľvek predtým (Kirby, Marsden 2006).

3. FUNDRAISING A CROWDFUNDING

Laicky by sme o pojme fundraising mohli povedať, že ide o získavanie finančných a nefinančných prostriedkov pre potreby organizácie. Ledvinová (1997) pod pojmom fundraising vidí postupy a metódy pomocou ktorých možno získať prostriedky na činnosť organizácie, ale ide aj o presvedčenie ostatných, že práve do tejto organizácie sa oplatí investovať a teda motivovať druhých k dobrým skutkom. Podľa Poláčkovej ide o profesionálnu, časovo a organizačne premyslenú činnosť, ktorá je zameraná na vyhľadávanie sponzorov, získavanie finančných i nefinančných prostriedkov zameraných na podporu činností organizácií (Poláčková 2005). Rovnako ide o získavanie zdrojov, prostriedkov pre neziskové organizácie, ktoré majú finančné problémy a tieto prostriedky by napomohli k odstráneniu problémov v organizácií (Škarabelová 2005).

Pojem crowdfunding označuje (niekedy označovaný ako crowdfinancing alebo crowdsourced capital, slovensky davové financovanie alebo davová podpora) je spôsob získavania kapitálu pre nové projekty a podniky pomocou vyžiadaných mikropríspevkov od veľkého množstva zúčastnených, zvyčajne online prostredníctvom internetovej platformy. Táto iniciatíva môže byť použitá pri neziskových kampniach (napr. s cieľom zvýšiť finančné prostriedky pre školy a sociálne organizácie), politické kampane (na podporu kandidáta alebo politickej strany), dobročinné kampane (napr. núdzové prostriedky pre chorého človeka), obchodné kampane (napr. pre dizajn a predaj nového produktu), alebo financovanie start-upových spoločností. Crowdfunding má svoj pôvod v koncepte *crowdsourcingu*, čo je je novotvar na označenie spôsobu deľby práce, pri ktorom sa zadá bližšie nešpecifikovanej skupine ľudí ako všeobecná výzva (Canada Media Fund 2012).

Literatúra

CROWDFUNDING IN A CANADIAN CONTEXT – Exploring the Potential of Crowdfunding in the Creative Content Industries 2012. Canada Media Fund. Toronto, Ontario.

EVENT MARKETING 2.0. How to Boost Attendance Through Social Media. [online]. Dostupné na: http://www.cvent.com/en/pdf/social-media-event-marketing-ebook.pdf [cit. 2014-3-19].

EVENT MARKETING. [online]. Dostupné na: http://www.mmr.cz/getmedia/58c98a7f-18f5-48b4-9a7d-d82513d70e97/GetFile34.pdf [cit. 2014-03-19].

GODIN, S. 2001. Unleashing the Ideavirus. Hyperion. 2001. ISBN 978-0786887170

GODIN, S. 2009 *Purple Cow: Transform Your Business by Being Remarkable*. Portfolio Hardcover. 2009. ISBN 978-1-10118-455-4.

KIRBY, J.; MARSDEN, P. 2006 Connected Marketing: The Viral, Buzz and Word of Mouth Revolution. Burlington : Butterworth-Heinemann, 2006. ISBN 978-0-7506-6634-3.

LEDVINOVÁ, J. 1997 Fundraising z místních zdrojů : Budování udržitelných neziskových organizací. Baltimore : The John Hopkins University Institute, 1997. ISBN 1-886333-31-9.

KOTÍKOVÁ, H.; SCHWARTZHOFFOVÁ, E. 2008 Nové trendy vpořádání akcí a událostí (events) v cestovním ruchu. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2008. ISBN 978-80-87147-05-4.

POLÁČKOVÁ, Z. 2005 *Fundraisingové aktivity: jak získat finanční prostředky od mínstní komunity*. Praha : Portál, 2005. ISBN 80-7178-694-2.

ŠINDLER, P. 2003 *Event marketing: Jak využít emoce v marketingové komunikaci.* Praha : Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0646-6.

ŠKARABELOVÁ, S. 2005 *Marketing ve veřejném sektoru*. Brno : Masarykova univerzita, 2005. ISBN 978-80-210-4292-6.

Kontakt na autory

Mgr. Lukáš Pavelek, PhD.

Mgr. Peter Patyi

Mgr. Dušan Legerský

Trnavská univerzita v Trnave
Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce
Univerzitné nám. č.1
91843, Trnava
Slovenská republika
☎ +421 33 5939 408
lukas.pavelek@truni.sk
peter.patyi@gmail.com
dusan.legersky@gmail.com

EKONOMIKA A ŘÍZENÍ VE ZDRAVOTNÍCH A SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH

Sborník z 3. mezinárodní vědecké konference

Editoři: Jaroslava Pavelková, Karel Preuss

Vydavatel: International ART CAMPUS Prague, s.r.o.
(dříve Literární akademie Jaroslava Škvoreckého)
Institut zdravotních a sociálních služeb

Vydání: první
CD-ROM
Počet kusů: 200
Místo vydání: Praha
Rok vydání: 2014

ISBN 978-80-86877-70-9

