

UNIVERZITA SV. CYRILA A METODA V TRNAVE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED



ΚΥΠΤΕΣΕΠCΙΑ ΜΕΤÓΔ SOCIÁLΠΕJ ΠΡÁCΕ

(vysokoškolská učebnica)

PETER SLOVÁK

Trnava 2023

**UNIVERZITA SV. CYRILA A METODA V TRNAVE
FAKULTA SOCIÁLNYCH VIED**



PETER SLOVÁK

**ΚΥΠΤΕΣΕΠΣΙΑ ΜΕΤÓΔ
SOCIÁLNEJ PRÁCE**
(vysokoškolská učebnica)

Trnava 2023

KVINTESENCIA METÓD SOCIÁLNEJ PRÁCE

(vysokoškolská učebnica)

Autor: doc. PhDr. Peter Slovák, PhD.

Recenzenti:

prof. PhDr. Anna Bérešová, PhD.

(Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach Lekárska fakulta, Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny)

prof. PaedDr. Ing. Miroslav Paľun, PhD., MHA, MBA

(Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava)

Za obsahovú a jazykovú stránku práce zodpovedajú autori.

Vysokoškolská učebnica bola schválená Edičnou radou Univerzity sv. Cyrila a Metoda v Trnave a vedením Fakulty sociálnych vied Univerzity sv. Cyrila a Metoda v Trnave.

© Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave

© doc. PhDr. Peter Slovák, PhD.

Všetky práva vyhradené. Bez súhlasu majiteľa toto dielo a ani jeho časti nemožno reprodukovat'.

Vydavateľ: Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave,
Fakulta sociálnych vied, 2023

Vydanie: prvé

ISBN 978-80-572-0332-2

Obsah

Predhovor	5
ÚVOD	6
1 BAZÁLNA TERMINOLÓGIA A OBJASNENIE VÝZNAMOV	7
1.1 Formovanie postupov v sociálnej práci	12
1.2 Akcelerácia vlastných metód sociálnej práce.....	17
1.3 Rôznorodosť metód využívaných v sociálnej práci.....	23
1.4 Pozorovanie a rozhovor ako východiskové metódy práce s klientom	28
2 METÓDY SOCIÁLNEJ PRÁCE	34
2.1 Hodnotenie a diagnostikovanie.....	35
2.2 Intervencia	40
2.3 Prevencia v optike záujmu sociálnej práce	46
2.4 Poradenstvo a komunikácia pri práci s klientom sociálnej práce.....	53
2.5 Metódy aplikované v práci so skupinou	62
2.6 Metódy v priestore komunity	70
2.7 Plánovanie a projektovanie v sociálnej práci.....	76
2.8 Manažment pre sociálnych pracovníkov.....	82
2.9 Sociálna terapia.....	88
3 AUTENTICKÉ PRÍSTUPY A STRATÉGIE	98
3.1 Prístupy a stratégie v práci s osobami so zdravotným postihnutím.....	98
3.2 Prístupy a stratégie v práci s adolescentmi	104
3.3 Prístupy a stratégie v práci so seniormi	108
3.4 Prístupy a stratégie v práci s dysfunkčnými rodinami.....	112
3.5 Podpora kvality života a klienta sociálnej práce	121
3.6 Profesionálna i ľudská disponovanosť pre prácu sociálneho pracovníka.....	125
ZÁVER	130
ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY	131
ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV	144

Predhovor

V sociálnej práci sa značný počet autorov usiloval a ďalej snaží zadefinovať i objasniť ťažisko, respektíve fundament metód sociálnej práce. Zväčša sa zhodujú na škále definícií, ktoré spája vysvetlenie, že primárne ide o postupy práce a sú zároveň označované ako pracovné nástroje sociálnych pracovníkov. Percepcia metód ako pracovných nástrojov je primeraná, avšak v súvislosti s ich konkrétnym uplatnením v praxi, v teréne či v zariadeniach sociálnych služieb je dôležité pripomínať ich individuálny akcent a tým je zvyšovania kvality života konkrétneho klienta sociálnej práce. Inými slovami pri aplikácii metód sociálnej práce sa volí vhodný prístup, respektíve koncepcná stratégia v procese komplexného riešenia autentického problému, ktorým je klient signifikantne poznačený. Preto je strategické baviť sa o metódach, ale zároveň hovoriť o relevantných spôsoboch ako ich uplatniť v zložitosti a komplikovanosti individuálnej situácie klienta, ktorá si vyžaduje nielen odborníka sociálnej práce, ale tiež kooperáciu s inými pomáhajúcimi profesiami.

Orientácia a správny výber z množstva metód a postupov v sociálnej oblasti patrí k nevyhnutnej disponovanosti a výbave zručností sociálneho pracovníka. Podstatné je, aby dokázal vybrať vhodnú a dostupnú metódu intervencie. Náležitá implementácia metód sociálnej práce je profesijným priestorom pre preukázanie flexibility odborníka, ktorý pracuje s ľudským potenciálom. Profesionálne vyzretý sociálny pracovník využíva postupy, ktoré „zo zeme“ zdvíhajú klienta sociálnej práce a pridávajú zmysel jeho úsiliu o nový začiatok. Veď autentické metódy sociálnej práce sa kontinuálne profilujú a evalvujú od začiatku formovania praktickej aplikovanej disciplíny a zároveň vedy.

Kapitál a užitočnosť konkrétnej metódy zhodnocuje človek sám. Platí to v prípade klienta i sociálneho pracovníka, ktorý ju predkladá. Nech metódy sociálnej práce i naďalej umožňujú byť skutočne blízko človeku, ktorý to najviac potrebuje.

ÚVOD

Možno čitateľov hneď na začiatku prekvapí nie tak často frekventovaný termín kvintesencia, ktorého synonymá sú podstata či esencia. Vysokoškolskú učebnicu predkladáme práve v tejto línii. Mala by pomôcť študentom zorientovať sa v metódach sociálnej práce, aby porozumeli významu ich použitia a prenikli k racionálnemu jadrú ich modifikácie pre potreby sociálnej praxe. Význam aplikácie metód sociálnej práce exponuje v pomoci jednotlivcovi či sociálnej skupine a v podpore znovu získať narušenú psychosociálnu rovnováhu. Uplatňujú sa v interakcii sociálneho pracovníka a klienta, ako aj konkrétneho prostredia, v ktorom sa nachádza. V tomto zmysle nachádzame podstatu a rôzne platformy využívania metód v praxi.

Esenciou rozumieme senzitívnu aplikáciu konkrétneho postupu pre naplnenie potrieb klienta sociálnej práce s ohľadom na kontext vzťahov a systémov, do ktorých je včlenený. Osobný kontakt, špeciálna príprava odborníkov, orientácia na hodnoty, respektíve využívanie dostupných zdrojov, sú atribúty využívania vlastných metód sociálnej práce. Nesmieme zabudnúť ani na kľúčovú individuálnu disponovanosť klienta prijať ich na riešenie vlastných problémov. Sociálny pracovník teda pri zavádzaní vhodného postupu riešenia musí vziať do úvahy, že osobnosť klienta tvorí somatický, kognitívny, ale aj afektívno - emocionálny a konatívny rozmer. Preto výber vhodnej metódy považujeme za jeho odbornú kompetenciu a erudovanosť.

Pre dôkladné objasnenie mnohých funkcií metód sociálnej práce, sa vyžaduje poznanie širokej škály základov teórie viacerých vedných disciplín, keďže sa podieľali na ich profilácii. Zároveň je dôležité si uvedomiť, že v sociálnej práci sú metódy percipované ako postupy často viazané na cieľový subjekt, ktorým zvyčajne býva jednotlivec, skupina alebo komunita. Sú dôležitým nástrojom riešenia aktuálne nepriaznivej situácie klienta, rešpektujúc vzťahový kontext a existujúce väzby v jeho živote. Aj preto reflektujeme zreteľnú súvzťažnosť s postupmi psychológie, sociálnej pedagogiky, sociológie či sociálnej politiky.

Predkladané vysokoškolské učebné texty majú napomôcť prvotnému rozhľadu v metódach sociálnej práce a zároveň podnietiť k intenzívnejšiemu a podrobnejšiemu skúmaniu úloh a cieľov samotnej sociálnej práce. Čas ukázal, že aj metódy sociálnej práce prešli zákonitým vývojom, vždy reflektujúce aktuálne sociálne problémy a ich riešenie. Účelom učebných textov je ponúknuť zásadnú orientáciu v používaných metódach sociálnej práce, ako súčasť podpory prípravy budúcich sociálnych pracovníkov.

1 BAZÁLNA TERMINOLÓGIA A OBJASNENIE VÝZNAMOV

Poznať a objasniť kvintesenciu, teda podstatu využívania rôznorodých metód v praxi sociálneho pracovníka je základným predpokladom vhodnej a správnej implementácie postupov, spôsobov a techník pri riešení problému. Veľký slovník cudzích slov uvádza pod termínom metóda hneď niekoľko významov. Označuje ju ako spôsob, ktorým sa získavajú, klasifikujú a vysvetľujú nové vedecké poznatky a tiež ako zámerný, cieľavedomý, uvedomelý postup pri práci alebo v konaní (Šaling, Šalingová, 2006, s. 824).

Postup, cesta smerom ku klientovi

Healy (2012) vysvetľuje, že pri metódach a zručnostiach odborná prax odkazuje na kombináciu teórie, vedomostí i hodnôt. Nazýva to dynamickým modelom metód a zručností. V každej profesijnej interakcii musí odborník uplatňovať cieľavedomosť, najmä ak odhalí napätie medzi potrebami a očakávaniami zo strany používateľov služieb a praxou. Je to apelujúca úloha pri implementácii konkrétnych metód. Základnou výzvou pri aplikácii metód a zručností v sociálnej oblasti je rozvážnosť a premyslenosť.

V sociálnej oblasti a zvlášť pod záštitou sociálnej práce sa implicitne javí klarifikácia pojmu metóda v zmysle postupu, analýzy a riešenia sociálneho problému jednotlivca, skupiny, prípadne komunity (porov. Mátel, Oláh, Schavel, 2011). Mátel et al. (2015) v tejto súvislosti upozorňuje, že pri definícii treba vziať do úvahy etymológiu termínu (cestu za niečím), a zároveň definície rôznych autorov s ich obsahovou analýzou.

Komplexne vysvetliť termín metóda nie je úloha jednoduchá a ľahká. Stretávame sa s rôznymi názormi pokiaľ siahla teoretický výklad tohto slova a kde sú jeho hranice. Denscombe (2014) napríklad jednoznačne určuje diferenciu medzi výskumnou metódou a výskumnou stratégiou v sociálnej oblasti. Vysvetľuje, že stratégia je plán aktivity vytvorený k dosiahnutiu špecifického cieľa. Výskumné metódy sú nástroje pre zber dát, ako sú dotazníky, interview, pozorovania, testovacie škály a rôzne iné dokumenty. Metódy sú akoby ekvivalentom mikroskopu vedca, stetoskopu medika či teleskopu astronóma, ktoré sú inštrumentami umožňujúce získať relevantné dáta. Metódami sa teda snažíme nájsť relevantné odpovede na skúmané problémy v sociálnej oblasti. S určitosťou vieme povedať, že práve metóda je pracovným nástrojom sociálneho pracovníka. Okrem toho aplikovaná sociálna práca pri intervencii disponuje aj s pojmami ako prístup a stratégia. Stratégia je chápaná ako *ľubovoľné pravidlo predpisujúce určitú činnosť v každej situácii procesu rozhodovania, resp.*

z psychologického pohľadu sa jedná o súhrn zámerov a činností človeka, ktoré používa na dosiahnutie svojho cieľa. (Šaling, Šalingová, 2006, s. 1203).

K spoločným cieľom týchto nástrojov práce sociálneho pracovníka patrí:

- podpora schopnosti klienta riešiť problém, adaptovať sa na nároky novej situácie a prostredia,
- sprostredkovanie klientovi kontakt s dostupnými organizáciami, službami,
- rozvíjanie sociálnej politiky a verejných systémov podpory.

V súvislosti so sociálnymi službami pridávame vysvetlenie Matouška et al. (2007a, s. 9), ktorý objasňuje, že *sociálne služby sú poskytované ľuďom spoločensky znevýhodneným, a to s cieľom zlepšiť kvalitu ich života, prípadne ich v maximálnej možnej miere do spoločnosti začleniť, alebo spoločnosť chrániť pred rizikami, ktorých sú títo ľudia nositeľia*“. Isté je, že aplikované metódy sociálnej práce, prístupy a stratégie tento rozmer sociálnych služieb významne sprevádzajú a podporujú.

Matoušek (2008) príznačne označuje metódu za spôsob venovať sústredenú pozornosť človeku, ktorý nutne potrebuje sociálnu službu. Keďže prax sociálnych služieb sa významne viaže na prácu sociálnych pracovníkov, je prirodzené urobiť komparáciu rozličných definícií pojmu metóda, aby boli zreteľné aspekty, z ktorých jednotliví autori vychádzajú pri terminologickom vymedzení v oblasti sociálnej práce. Súhlasíme, že metódy sociálnej práce by mali byť spektakulárne, osobité, budiace pozornosť v očiach širokej verejnosti aj tých, ktorí ich využívajú. A určite odlišné od metód využívaných inými humanitnými vednými disciplínami. Barker (2003) hovorí o metódach sociálnej práce ako špecifických typoch intervencií a ďalších aktivít. Podstatné je poznať cieľ (charakter problému), na koho je zameraný (cieľové objekty), kto bude metódu používať (sociálni pracovníci, terapeuti, streetworkeri) a postup, činnosť ako sa uplatní (Mátel, Schavel, 2015).

Metódou, metodikou a metodológiou k dosiahnutiu cieľa

V súvislosti s rozvojom sociálnej práce sa na Slovensku v deväťdesiatich rokoch dvadsiateho storočia začali využívať metódy sociálnej práce pod legislatívnu záštitou sociálnej pomoci a neskôr sociálnych služieb. Prirodzene metódy využívané v sociálnych službách nemožno vyňať z intervenčného rámca sociálnej práce, ale v tejto súvislosti vnímame autentický prístup a štýl ich uplatnenia v špecifických podmienkach zariadení sociálnych služieb, v domácom prostredí klienta či v teréne.

Metódu sociálnej práce chápal nestor sociálnej práce na Slovensku Štefan Strieženec (1996) ako *spôsob dosiahnuť vopred stanovený cieľ prostredníctvom plánovanej vedomej sociálnej činnosti, pri práci s jednotlivcom, skupinou,*

komunitou, príp. inštitúciou. Je preto na mieste súhlasiť s tvrdením Matouška (2008), že v anglosaskom vnímaní sa ako metódy uplatňujúce v sociálnej oblasti označujú špecifické postupy sociálnych pracovníkov, definované cieľom alebo cieľovou skupinou. Sociálni pracovníci sú profesionáli, ktorí širokospektrálne uplatňujú metódy priamo v špecifických oblastiach sociálnych služieb. Preto si v tomto kontexte dovoľujeme spomenúť pionierku sociálnej práce Mary Richmond (1922), ktorá metódu charakterizuje ako usporiadanie rôznych činností zameraných na dosiahnutie určitého cieľa. Na túto definíciu nadviazali tiež napríklad aj priekopníčky sociálnej práce, absolventky parížskej univerzity École normale supérieure (Oláh et al., 2016).

Iní autori si všímajú špecifickú následnosť krokov, etáp, ku ktorým sú priradené konkrétne činnosti (zber a analýza faktov, hľadanie príčin atď.). V tom prípade však už viac-menej hovoríme o *metodike sociálnej práce* – konkrétnej postupnosti práce pri implementácii vybranej metódy. Nazývaná aj spôsobom poznávania a riešenia sociálnych javov. Lovašová (2016) sa stotožňuje s identifikáciou metodiky podľa Žilovej (2000) ako súbore postupov, metód a techník, ktoré umožňujú sociálnemu pracovníkovi výber najvhodnejšieho spôsobu pomoci klientovi. Inými slovami ide o zaužívanú následnosť krokov pri aplikácii metód zo strany sociálneho pracovníka na základe zaužívanej praxe a skúseností.

Niekedy sa môžeme stretnúť s pojmom *technika*, čo však treba označiť ako návod, zručnosť na použitie metódy, prípadne pracovných postupov, ktoré slúžia k naplneniu určitého cieľa. Metóda je konkrétna cesta a technika je spôsob ako túto cestu zdoláme. Goldstein et al. (2009) vzhľadom k pokročilej praxi klinickej sociálnej práce upozorňuje na vzťahové princípy a techniky. Vytvorenie vzťahu medzi sociálnym pracovníkom a klientom musí prebehnúť skôr ako implementácia metódy. Mnohí autori počas vývoja metodiky sociálnej práce prevzali definíciu metódy v zmysle pracovného nástroja sociálnej práce. V tomto duchu *Cristina de Robertis* (1998) hovorí o spôsobe postupovania sociálneho pracovníka, začínajúc prvým stretnutím až do skončenia práce s klientom.

Treba si tiež uvedomiť, že výber osobitnej metódy a jej aplikácia prevažne závisí na rozhodnutí profesionála. Novotná so *Schimmerlingovou* (1992) navyše hovoria o metóde ako najdôležitejšej podmienke vedeckej práce. *Metódy výskumu sociálnej práce* získavajú fakty sociálnej reality na základe objektívnych situácií najmä prostredníctvom pozorovania, experimentu, analýzy dokumentov či produktov ľudskej aktivity. Fakty získavajú aj zo subjektívnych výpovedí cez rozhovor, dotazník, interview či sociometrická metódy. Je nespochybniteľné, že poznatky z praxe, z priameho kontaktu a interakcie s klientom sociálnej práce sú pre profiláciu vlastných metód sociálnej práce jedinečné. Nutné je však ich

aktualizovať, aby pri aplikovaní v intervenčnom priestore sociálnej práce v plnej miere slúžili svojmu účelu. Metódy by mali reagovať na aktuálne problémy v sociálnej oblasti a to je možné len vďaka kvalitnej vedeckej práci prepojenej s praxou a sociálnou politikou. Tu sa prirodzene postupne dostávame k metodologickým otázkam a konceptom genézy vlastných metód. Žilová (2000) pod pojmom *metodológia* sociálnej práce rozumie vedu o teoretických, gnozeologických, logických a psychologických otázkach metód, metodických postupov a metódik, ako aj princípov a zákonov vedeckého bádania. Ide o tvorivý proces pričom súčasťou metodológie je aj hodnotenie efektu využívaných metód, ale aj metód používaných v oblasti empirického výskumu a následne kreovanie teoretických zovšeobecnení. Aj sociálna práca disponuje systémom vedeckého kreovania vlastných metód, postupov, techník a autentickej metodiky.

Za zmienku stojí sociálnopedagogický pohľad Schillinga a Zellera (2007) na metódy sociálnej práce *ako detailné, riadené pravidlami a na cieľ orientované cesty riešenia problémov*. K tomu podľa neho patrí analýza problémov s diagnostickým ohodnotením, návod, objasnenie cieľov, plán intervencie a vyhodnotenie - evalvácia tohto procesu. Metódy sociálnej práce sú označované všeobecné *konatívno - činnostné koncepty* napríklad psychoterapia rozhovorom, klinicky orientované poradenské koncepty, orientácia v živote, prístupy k vylepšeniu statusu jednotlivca. Práca s jednotlivcom, skupinová sociálna práca a komunitná práca patria ku klasickým metódam sociálnej práce. Ich prebratie z prostredia USA viedlo k prvým rozsiahlym diskusiám o postupoch v sociálnej práci v Európe.

Nezabudnúť na aspekt prístupu

Vráťme sa ešte k termínu prístupy. Tie totiž priamo sprevádzajú metódy využité v práci s klientom sociálnej práce a znamenajú štýl uplatnenia vzťahu sociálny pracovník verzus klient. Aby metóda splnila svoj účel, spôsob jej aplikácie, rešpektovanie protistrany, vytvorenie profesionálneho a zároveň prosociálneho vzťahu, znamená vybrať si jedinečný prístup, ktorý tieto atribúty bude rešpektovať. A to je nástroj, ktorý každý odborne erudovaný a v metódach zručný sociálny pracovník nevyhnutne potrebuje, aby sa dokázal priblížiť k problému a tiež samotnému klientovi. Sociálna práca tak v interakcii s vedomosťami z oblasti psychológie využívajú kognitívny (berúc v úvahu najmä duševné procesy, ako vnímanie, pamäť, učenie, myslenie...), behaviorálny (skúmajúci determinanciu ľudského správania), psychoanalytický (hľadajúc nevedomé motívy človeka), či fenomenologický (spoznajúc subjektívnu skúsenosť človeka) prístup k individualite jedinca a problému klienta sociálnej práce. *Prístup orientovaný na človeka* (PCA - *person centered approach*), holistický

a logoterapeutický sú veľakrát významnou oporou pomáhajúcej profesii v problémovej interakcii. Vo všeobecnosti prístup označujeme ako priestor kadiaľ sa niekam prichádza, možnosť, oprávnenie, ale aj ako postoj, pomer a stanovisko. Tieto synonymá jasne vysvetľujú rozsah aj obsah pojmu. Prístupom sa profesionál v sociálnych službách snaží získať oprávnenie k riešeniu klientovho problému, tiež vyjadruje postoj, stanovisko a navrhuje zmeny v jeho živote. Akým spôsobom to uskutoční, často získa alebo nezíska aj dôveru klienta a je schopný alebo neschopný doriešiť daný problém do konca. Ďalej sociálna práca akceptuje *behaviorálny prístup* vychádza z koncepcie, že každé správanie, je výsledkom, čo sa človek naučil alebo nenaučil (učiteľ – žiak). Podľa *dynamického prístupu* súčasné správanie je determinované minulosťou a rieši kauzalitu (lekár – pacient). *Experienciálny prístup* pramení z humanistickej tradície, človek je schopný ďalšieho rastu, dôležité je, aby si uvedomil vlastné možnosti a vedel využiť svoj potenciál. *Systemový prístup* rieši vzájomné vzťahy medzi elementmi, ktoré konštituuju celok. *Systemický prístup* sa usiluje ihneď pristúpiť k riešeniu, bez hlbšej analýzy problémov. *Eklektický prístup* profesionál prispôsobuje klientovi a jeho problémom metódy, moduluje ich podľa konkrétnej situácie či požiadaviek (Mátel et al., 2015).

Kraus et al. (2008a, s. 903) v Akademickom slovníku cudzích slov vysvetľuje stratégiu ako *všeobecný spôsob, postup, ktorým určitá osoba rieši problémy a ďalej ako súhrn zásahov do riadeného procesu alebo konfliktnej situácie*. Niekedy dochádza k stotožneniu prístupu so stratégiou. Je nutné podotknúť, že akokoľvek by sme chceli určiť spoľahlivé hranice termínov prístup a stratégia, vnímame ich odlišnosť, ale aj vzájomnú previazanosť. Z hľadiska času stratégia dlhodobjšie participuje na konečnom efekte intervencie. Sociálny pracovník si často na základe vlastných praktických skúseností volí zvyčajne uplatňovanú metódu pri riešení konkrétneho sociálneho problému, avšak je na ňom aký osobný prístup zvolí a individuálnu stratégiu naplňania tejto metódy.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Vysvetli rozdiely medzi metódou, metodikou, prístupom a stratégiou v sociálnej práci.
- 2) Ktorá z uvedených definícií metód sociálnej práce najlepšie vystihuje model skutočného pracovného nástroja sociálneho pracovníka?
- 3) Prečo je dôležité, aby aj sociálna práca disponovala vlastnou metodológiou?

1. 1 Formovanie postupov v sociálnej práci

Ak chceme dôkladne porozumieť metódam sociálnej práce, musíme si v nich urobiť časovo-historický exkurz. Matoušek et al.. (2007b, s. 17) hovorí, že dva súbežne pôsobiace motívy poskytovania sociálnych služieb sa v histórii Európy v podstate nemenia. Služby boli a sú stále motivované snahou pomôcť chudobným, prípadne inak sociálne slabým ľuďom. Súčasne sa do nich premietajú záujmy osôb alebo skupín disponujúcich mocou na udržanie spoločenskej rovnováhy.

Filozofia sociálnej práce, respektíve sociálnej služby sa spája už s myslením antiky a neskôr kresťanstva. Uvádzajú sa mnohé prípady solidarity a rušenia dlhov s tými, ktorí sa ocitli v ťažkej sociálnej situácii. Všimnime si napríklad Solónové reformy, rušenie dlžného otroctva, systémové prerozdeľovanie financií, keď hlavný predstaviteľ štátu určoval solidaritu bohatých voči chudobným (Tokárová, 2002). Na solidárnosť s najbiednejšími apeluje zakladateľ kresťanstva Ježiš Kristus, nielen v názoroch, podobenstvách, ale aj v konkrétnych činoch. Ľudská služba človeku je nadradená akémukoľvek zákonu. Na rozdiel od Judaizmu pomoc bola poskytovaná všetkým, nie iba členom izraelskej komunity, teda kresťanstvo sa od začiatku orientovalo aj na nevyvolených. Už *Skutky apoštolské* (Sk, 4, 32 - 35) poukazujú na komunitu kresťanov v Jeruzaleme, ktorá si držala spoločný majetok určený na podporu chudobných a ľudí v núdzi, ako aj na službu diakonov spoločenstvu (Sk 6, 1 - 6); (porov. Biblia, 2016). Islam tiež kládol starostlivosť o starých, vdovy, siroty a žobrákov. Almužny boli povinné – *zakát*, no aj dobrovoľné – *sadaka*.

Stredovek

Cirkev v stredoveku na neuspokojivé sociálne pomery početných skupín obyvateľstva zasiahnutých epidémiami, hladomorom reagovala zakladaním ústavov pri kláštorech a kostoloch. Zvyčajne išlo o útulky a špitály pod záštitou rozličných reholí. Osoby v nich umiestnené bývali stigmatizované chorobou, zmrzačené, siroty, slepci, deti postihnuté úmrtím hlavy rodiny, prípadne nejakou živelnou pohromou a podobne. Schilling (1999) výslovne proklamuje organizovanú pomoc cieľovým skupinám v tomto období: starí ľudia, chorí, duševne chorí, bezmocné a opustené deti a siroty. „Pre týchto ľudí existovala organizovaná inštitúcia pomoci-špitál“. Jedným z mnohých bol šľachtic Mikuláš Konth, ktorý pre svojich sluhov v Hlohovci medzi rokmi 1349 - 1365 vybudoval chudobinec - špitál. Po jeho smrti manželka povolila týmto ľuďom aj výrub dreva na svojich pozemkoch a navyše špitál oslobodila od daní. Ďalší majiteľ panstva gróf Erdödy v 19. storočí zase pre sluhov a bírešov zriadil starobinec a

chudobinec, kde mohli v dôstojnosti prežiť zvyšok svojho života (Felcán, 1995). Ide o prvotné neorganizované formy sociálnych služieb. Na konci stredoveku a na začiatku renesancie vznikali cechy ako organizácie, ktoré sa starali nielen o remeselníkov, ale aj o ich rodiny. Ich snahou bolo starať sa o ich dispozíciu uživiť sa, ale tiež napríklad o dôstojnosť pohrebu členov bratstiev – *fraternitas*, ktoré boli akousi spoločenskou odnožou cechu (porov. Levická, 1999). Svätý Tomáš Akvinský odporúčal kráľom okrem almužien zriaďovať špitály pre chudobných a to nielen pre kresťanov. Prirovnával priateľstvo medzi kráľom a poddanými k priateľstvu medzi rodičom a dieťaťom či k biblickému obrazu starostlivosti pastiera o ovce. Adam (2014) si všima filozofa a svätca Aurelia Augustína (354 – 430), ktorý hovorí: „Ak vidíš lásku, vidíš Najväčšiu Trojicu.“ Teda ak pozeráš na mamu objímajúcu dieťa, vojaka, ktorý pomáha ranenému či zdravotnú sestru dvíhajúcu z lôžka chorého, v tej láske, v tom skutku, je prítomná sila, energia, postoj, pretlmočený duch človeka.

Novovek

Na začiatku tejto doby viaceré duchovne zamerané osoby stále reagujú na núdzu ľudí, ktorú vidia okolo seba. Medzi nimi nájdeme otca chudobných, sirôt, mrzákov a starcov, väzňov i trestancov, francúzskeho kňaza a rehoľníka sv. Vincenta de Paul (1581 – 1660) . Svojho času poznamenal: „Naším poslaním je byť vtelenou Božou dobrotou pre chudobných a chorých a zastupovať im Boha.“ A na inom mieste : „Službe chudobným treba dať prednosť pred všetkým a treba ju preukázať bez meškania.“ Vincent de Paul sa stal zakladateľom Misijnej spoločnosti lazaristov, ktorá sa aj v súčasnosti venuje pastoračnej a charitatívnej činnosti na celom svete (Hünemann, 1983).

V epoche novoveku považujeme obdobie osvietenstva ako predprípravu k formovaniu samotných metód v zmysle pracovných nástrojov využívaných v priestore súčasných sociálnych služieb. S ním totiž prichádza aj zmena myslenia politickej špičky ohľadom prístupu k sociálne slabším skupinám v spoločnosti. „*Represívny prístup k ľuďom žijúcim na okraji spoločnosti bol v našich krajoch zmierňovaný dvorskými dekrétmi Jozefa II z rokov 1782-1786, ktorými sa dosť naliehavo doporučovalo zriaďovanie farských ústavov pre chudobných.*“ (Matoušek, 2007a, s. 19). Treba však podotknúť, že v tom čase už existovali cechy, ktoré sa komunitným spôsobom lojálne venovali svojim členom a ich rodinám, ak sa ocitli v núdzi (tzv. bratské pokladnice). Nejednalo sa síce o priamu sociálnu službu, skôr išlo o organizovanú finančnú pomoc a zabezpečenie. So vznikom centralizovaných štátov v Európe sa začala presadzovať aj centrálna ladená politika štátu voči chudobným. Diferencovaný prístup znamenal, že nie každý mal právo na podporu zo strany štátu.

Práceschopný jedinec bol nútený pracovať (*Workhouses, Arbeitshäuser*) a práceneschopnému boli zabezpečené elementárne podmienky na prežitie (pre opustené deti sirotince, pre ľudí nemajetných chudobince, pre starých starobince). Na našom území vzniká tradícia ústavnej pomoci ako metódy na zabezpečenie primeraného statusu jednotlivca. Dochádza ku koncentrácii znevýhodnených osôb v špecializovaných ústavných zariadeniach, v budovách odkiaľ Jozefom II. boli vyhnané kontemplatívne cirkevné rády a rehole.

Československé reálie sociálnej práce

Vznik Československej republiky v roku 1918 neznamenal automaticky rozvoj metód a postupov sociálnej práce, respektíve sociálnych služieb. Podľa Zákona č. 11/1918 Zb. o zriadení samostatného štátu československého sa primárne napríklad o chudobných mala postarať samotná rodina, dobročinné spolky, súkromnoprávne subjekty. A až po vyčerpaní týchto možností správnym orgánom (obce, mestá) vznikla povinnosť poskytnúť starostlivosť, chudobným, avšak len s domovským právom. Spôsob podpory si výhradne určovali obce. Išlo o podporu pravidelnú, prechodnú alebo formou naturálií.

Prvá Československá republika do oblastí sociálnych opatrení pre vybrané skupiny obyvateľov garantovaných štátom zaradila okrem iného:

- starostlivosť o jedincov postihnutých vojnou,
- starostlivosť o nezamestnaných,
- ochranu žien, detí a mladistvých,
- verejná starostlivosť o chudobných,
- starostlivosť o mládež (Matošek, 2007b, s.122).

Starostlivosť o mládež však nemala jednotný charakter. Na Slovensku sa o ňu staral štát, kým v Čechách samospráva. Duševne chorí boli napríklad odkázaní na pomoc dobrovoľných spolkov, kým reedukácia mravne narušených bola financovaná štátom (tamtiež).

V medzivojnovom období sa v Československu realizovali metódy sociálnej práce často prostredníctvom dobrovoľných alebo poloprofesionálnych organizácií, ku ktorým patrili Československý Červený kríž, organizácie Okresných starostlivostí o mládež, Masarykova Liga proti tuberkulóze. Tiež sa v časoch prvej republiky vo väčšej miere objavovali metódy poradenské ako napríklad mestské sociálne poradne, poradne pre duševné zdravie, poradne pre matky s deťmi, tuberkulózne poradne (Matoušek, 2008). Filozofia poskytovania metód a nástrojov sociálnej práce a sociálnych služieb sa postupne menila. Nárok na zabezpečenie potreby predchádza odkázanosť na potrebu. Vznikali nové subjekty, ktoré poskytovali tieto metódy formou sociálnych služieb. Deklarácia ľudských práv v roku 1948 uviedla dôstojnosť ľudského života ako primárny

aspekt a princíp pre zabezpečovanie metód v sociálnej sfére. Nutné je na tomto mieste podotknúť, že rovnako jednotlivec sa stáva spoluzodpovedným garantom sociálnej ochrany vlastnej osoby, napríklad formou sociálneho poistenia.

V šesťdesiatich rokoch 20. storočia, hlavne v západnej Európe sa pracovné postupy v oblasti sociálnych služieb a sociálnej práce začínajú z ústavov nebadane presúvať do stacionárov, komunitných centier, terapeutických komunit atď. V socialistickom Československu sa starostlivosť o znevýhodnených úplne presunula z obce na štát a jeho orgány. Významná legislatívna norma vymedzujúca tento status quo v sociálnej práci bol zákon č. 55/1956 Zb. o sociálnom zabezpečení. Tento zákon prakticky vytýčil sociálnu starostlivosť pod záštitu štátu. Metódy sociálnej práce a sociálne služby sa teda uskutočňovali centralisticky a boli riadené zhora štátnou mocou. Cirkevné alebo iné neštátne organizácie nemohli poskytovať sociálne služby ani praktizovať žiadne iné metódy v sociálnej oblasti. Sociálne služby podľa zákona č. 101 z roku 1964 boli hlavným metodickým prostriedkom pre riešenie nepriaznivých sociálnych situácií. Preto sa u nás v tomto období nachádzame najmä metódy opatrovateľskej starostlivosti, metódy služieb a kompenzácií pre zdravotne postihnutých. Neskôr sa stav čiastočne upravil zákonom č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení. Spoločnosť si začala uvedomovať perspektívnu nevyhnutnosť starostlivosti aj o mladistvých, ženy s malými deťmi, slobodné matky, o pracovníkov so zmenenou pracovnou schopnosťou. Začala sa zaujímať o prepustených z výkonu trestu a Rómov. Sociálne služby sa však ukrývali pod sociálne zabezpečenie štátu o svojich občanov, čo samozrejme malo symbolizovať dokonalý politický systém. Čiže v konečnom dôsledku sa často diagnostikovaní problémoví jedinci ani nevykazovali, respektíve sociálne problémy boli ideologicky zdôvodňované, riešili sa kolektívne, najmä inštitucionálnou formou.

V atmosfére demokracie

V roku 1990 nastáva v spoločnosti transformačný sociálno-politický proces a v sociálnej sfére sa primárne sociálne reformy sa podieľajú na rozvoji metód sociálnej práce. Levická (2022) zdôrazňuje, že v tomto období nedostatočné poznatky z oblasti sociálnej práce viedli viacerých československých pedagógov k mechanickému preberaniu informácií z anglosaskej literatúry, respektíve obnovené vzdelávanie bolo postavené na nie vždy práve korektných informáciách v zmysle využívania dostupných zdrojov a svoje tu zohrávali aj menej náročné požiadavky na vysokoškolského pedagóga sociálnej práce či profesiu ako takú. Tieto aspekty sa samozrejme odzrkadlili aj na formovaní a implementácii metód sociálnej práce v praxi. Napriek tomu v tomto čase vnímame, že tzv. záchranná

sociálna sieť počítala s rozvojom sociálnej práce a to sa stalo dôležitým impulzom profilácie metód sociálnej práce v slovenských podmienkach.

V rozvoji metód sociálnej práce v našich podmienkach bol podnetný Zákon č. 195/98 Zb. o sociálnej pomoci, ktorý sa pakovane novelizoval a tak prispôboval kontinuálne sa meniacim podmienkam spoločnosti. Legislatívnu štafetu prevzal Zákon č. 448/08 Z. z. o sociálnych službách, ktorý zavŕšil transformáciu sociálnej starostlivosti. Línia zákona diverzifikovala uplatňovania metód sociálnej práce, čo sa týka obyvateľov ako prijímateľov intervencie a tiež organizácií, ktoré ich môžu v praxi aplikovať. Kompetencie sa významnou mierou presunuli na obce a samosprávne kraje, ale aj súkromných poskytovateľov sociálnych služieb.

Ludia, ktorých vzťahy sa stali komplikované a ich situácia ťažko riešiteľná, vždy podvedome vyhľadávali osoby, ktoré mali schopnosť riešiť ich ťažkosti ako aj problémy celej skupiny. Išlo o morálne autority, učiteľov, kňazov, sudcov, lekárov, ktorí vo svojom povolání intuitívne využívali znalosť ľudských pováh a v rámci možností profesie sa usilovali človeku pomôcť. Ako tvrdí Matoušek (2005) v procese globalizácie sa stal určujúci vplyv euroamerickej civilizácie. Vznik konkrétnych inštitúcií na podporu znevýhodnených v USA a Európe pod priamou záštitou štátu sú fenoménom, ktorý vyjadroval stupeň rozvoja sociálnej spoločnosti. Zdôrazňovanie ľudskej dôstojnosti a práv prostredníctvom aplikovanej sociálnej služby sa často stávalo apelom mnohých cirkevných predstaviteľov, najmä však pápežov v ich encyklikách. Cirkev prostredníctvom Leva XIII v prvej sociálnej encyklike *Rerum Novarum* (1891) s podtitulom o robotníckej otázke, oficiálne prvý krát výraznejšie zaujala stanovisko k sociálnym otázkam. Zaujímavosťou je, že encyklika vznikla práve v čase zrodu prvých škôl a kurzov sociálnej práce v západnej Európe a Spojených štátoch amerických (Fabian, 2014). Neskôr sa pridali Pius XI. *Quadragesimo Anno* (1931) – obnovenie spoločenského poriadku na zásadách Evanjelia, Ján XXIII *Pacem in terris* (1963), – o spravodlivosti, pravde, láske a slobode, Ján Pavol II. *Laborem exercens* (1981) – o práci a ľudskej dôstojnosti, ako aj Benedikt XVI. (2005) *Deus carita est* – o kresťanskej láske.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Aké sú neformálne začiatky formovania metód blízkym sociálnej práci?
- 2) Ktoré zákony profilovali rozvoj metód sociálnej práce v atmosfére demokracie u nás?
- 3) Nájdi vo vybranej pápežskej encyklike zásadné impulzy podpory sociálnej práce.

1. 2 Akcelerácia vlastných metód sociálnej práce

Samotné metódy využívané ako pracovné postupy v sociálnej oblasti sa začínajú formovať až na prelome 19. a 20. storočia, keď vnímame aj začiatky Sociálnej pedagogiky. Jej priekopník Friedrich Adolf Diesterweg (1790 - 1866) navrhoval pedagogické, terapeutické a poradenské služby pre jednotlivca, aby bol schopný svoj život zvládnuť samostatne.

Delenie metód v sociálnej práci podľa časovej priamky sa spája s priestorom, v ktorom sa realizovali. Kým v Európe a zvlášť v nemecky hovoriacich krajinách sa sociálna práca do istej miery považovala za aplikáciu, respektíve „predĺženú ruku“ sociálnej pedagogiky, v Spojených štátoch amerických metódy sociálnej práce boli odborne zomknuté s inštitúciami, prostredníctvom ktorých sa uplatňovali. V roku 1918 vznikla Americká asociácia lekárske sociálnych pracovníkov, Národná asociácia sociálnych pracovníkov (1919) a Americká asociácia sociálnych pracovníkov v psychiatrii (1926). Tesne pred vojnou v roku 1936 Americká asociácia skupinových sociálnych pracovníkov.

Tabuľka1 Línie vývoja sociálnej práce a sociálnej pedagogiky

Obdobie	Sociálna práca	Sociálna pedagogika
Začiatok 19. storočia	Neformálny koncept, charitatívna pomoc núdznym	Ústavná výchova
1830 - 1880	Rozvoj praktických činností spojených s pomocou a starostlivosťou v 19. storočí	Rozvoj vychovávateľskej praxe v 19. storočí
Koniec 19. storočia - 1945	Teoretické zdôvodnenie starostlivosti a profesionálna príprava sociálnych pracovníkov	Teoretické základy sociálnej pedagogiky a „sociálno-pedagogické hnutie“
60. - 80. roky 20. storočia	Moderná sociálna práca na ceste k profesionalizácii	Moderná sociálna pedagogika na ceste k vede
koniec 20. storočia a začiatok nového milénia	Sociálna práca, služba i ako veda, konvergencia smerom k sociálnej pedagogike	Interdisciplinárna veda, konvergencia smerom k sociálnej práci

(Zdroj: Tokárová, 2013, vlastné spracovanie)

Profilácia metód v časovom priereze

Metódy sociálnej práce sa teda zásadným spôsobom mohli začať rozvíjať až s ustálením predmetu a obsahu sociálnej práce, čo malo súvis so zavádzaním štátnych systémov sociálneho zabezpečenia v prvých dekádach 20. storočia. Z tohto dôvodu boli cieľovou skupinou chudobní, väzni, chronicky a nevyliciteľne chorí, zdravotne postihnutí a starí ľudia, na ktorých sa sociálne zabezpečenie štátu ešte nevzťahovalo (Matoušek, 2003). Formovanie metód sociálnej práce sa stalo súčasťou odbornej príprav sociálnych pracovníkov až do konca 30. rokov minulého storočia. V ďalšej etape, v čase blížiacej sa 2. svetovej vojny sa k vlastným postupom sociálnej práce pridávajú metódy venujúce pozornosť nezamestnaným, bezdomovcom, problémovým rodinám. Bočáková et al. (2022) si na našom území v 30. rokoch 20. storočia všima vznik tzv. sprostredkovateľní práce pre inteligenciu. Išlo o pomoc mladým absolventom stredných i vysokých škôl pri hľadaní primeraného zamestnania, keďže sa pracovné príležitosti nevytvárali v takej miere, aby nasýtili požiadavky nezamestnaných. Sprostredkovateľne práce pre inteligenciu evidovali 25.000 nezamestnaných študentov.

V medzivojnovom období prevládali metódy prípadovej sociálnej práce a práce s rodinou. Je dobré poznamenať, že za každej spoločensko – politickej situácie, metódy vychádzajú zo sociálnej praxe a tá núti k reflexii a prehodnoteniu stratégií ich využívania. Aj preto druhá svetová vojna a niekoľko rokov po nej (1940 – 1948) priniesla so sebou špecifickú atmosféru, ktorá podnecovala k aplikácii metód osobnej asistencie, opatrovateľskej starostlivosti, stabilizácie a sanácie jednotlivca so zdravotným postihnutím, či rodín s takýmto členom. Medicínske a psychologizujúce vnímanie metód nahrádza koncepcia porozumenia jedinca v rámci prostredia, v ktorom sa nachádza. V 60. rokoch minulého storočia sa začína formovať moderná sociálna práca v zmysle úplnej profesionalizácie. A koniec 20. storočia ako aj začiatok nového milénia exponuje v znamení sociálnej práce ako služby a zároveň vedy, výraznou črtou zostáva konvergencia k sociálnej pedagogike (Ondrejko, 2009).

Diferenciácia dejinných období metodiky sociálnej práce

Ide o relatívne jednotné delenie, pričom sa najčastejšie používa diferenciacia podľa Cristiny de Robertis (1998), ktorú Levická (2003, 2006) vo vlastnom koncepte synkretizovala s poznaním Johannes Schillinga (1999) a Oldřicha Matouška (2003). Aj preto zvyčajne preto evidujeme nasledovné členenie:

- (1900 – 1920) Na začiatku sa metódy formovali kontinuálne s vývojom sociálnej práce, na báze voluntarizmu a neorganizovanej sociálnej starostlivosti. Na konci obdobia dochádza k prechodu k profesionálnej

podobe sociálnych služieb. Aj v dôsledku vzniku prvých škôl sociálnej práce, pretože práve tu sa navrhovali metódy a metodické postupy pre prax sociálnych pracovníkov. Mary Richmond vydáva prácu s dôrazom na oblasť metodiky sociálnej práce (Social Diagnosis). Sociálne služby v tomto období boli odhaľované ako nedostatočné. Napríklad starostlivosť a prístup k ľuďom so somatickými alebo psychickými obmedzeniami bola minimálna a jedinci boli často zneužívaní na rôzne práce. Boli segregovaní a podceňovaní, percipovaní ako záťaž pre spoločnosť (porov. Dávideková, 2014).

- (1920 – 1940) Obdobie vypracovania prvých metodík, ale čas silného vplyvu USA na Európsku sociálnu prácu a sociálne služby. Môžeme hovoriť aj o období medzinárodných kongresov zameraných hlavne na sociálne služby (1928 Paríž, 1932 Frankfurt, 1936 Londýn), počas ktorých sa konferenčné príspevky týkali aj nových metód sociálnej práce a sociálnych služieb. Osobitne medzinárodný kongres sociálnych služieb uskutočnený v júli 1928 v Paríži. V prípravnom výbore tohto prvého celosvetového kongresu v oblasti sociálnej služby za ČSR bola aj Alica Masaryková. Nové metódy expandovali do Európy z USA hlavne pod vplyvom svetovej hospodárskej krízy vo forme metód asistencie, individuálnej práce a samozrejme sociálnych služieb.
- (1940 – 1950) Nastáva prechodné obdobie, kedy klasická metodika (práca s jednotlivcom, skupinou a komunitou) je akoby vytláčaná analýzou a realizáciou konkrétnych úloh v sociálnej oblasti. Tento fakt spôsobila hlavne svetová vojna a s ňou súvisiace sociálno – ekonomické problémy. Ľudia sa potrebujú zotaviť psychosomaticky a tak do popredia sa dostáva úloha sociálnej asistentky. Niekedy sa už uvažuje nie o metóde sociálnej práce, ale o technike (Krakešová – Došková, 1946). Sociálni pracovníci v praxi sa usilujú o dohľad nad rodinou, ošetrovateľskú, finančnú, psychologickú pomoc. Medzinárodná konferencia sociálnej práce v Paríži (1950).
- (1955 – 1960) 50. a 60. roky sú charakteristické rýchlym rozvojom sociálnych služieb v rámci sociálnej starostlivosti najmä v priemyselne rozvinutých krajinách. Meniaca sa spoločnosť otvára problematiku sociálneho uplatňovania sa jednotlivcov a skupín. (Strieženec 2001). Prichádza k znovuobjaveniu potreby uplatňovať metódu „*case work*“. Zdôrazňuje sa odtrhnutie výkonovej časti sociálnej práce od administratívnej, čo malo pozitívny dopad na skvalitnenie praktickej sociálnej práce. Dokonca OSN v rokoch 1950 – 1953 organizovala odborné

semináre, na ktorých sa sociálni pracovníci s touto metódou oboznamovali.

- (1960 – 1980) Obdobie sa označuje sa ako kritické, s ohľadom na klasické metódy sociálnej práce (s jednotlivcom, skupinou, komunitou). Pincus a Minahanová (in Příhodová, 2000) otvárajú diskusiu o generalistickej podstate sociálnej práce. Čím dávajú za pravdu multifaktoriálnosti problémov s ktorými sa stretáva sociálny pracovník vo svojej praxi. Hlavným princípom tejto metódy je pochopenie problémov jednotlivca v kontexte celej skupiny, či komunity. Sociálne služby nie sú obmedzené na inštitúciu alebo zariadenie, ale sú významnou súčasťou života jednotlivca, sociálnej skupiny alebo komunity. Sociálne služby sa stávajú súčasťou mikropraxe (jednotlivec, rodina, malá skupina) a makropraxe (veľké sociálne skupiny, komunity, spoločnosť) (Levicová, 2001). Medzi nové metódy objavujúce sa v tomto období zaraďujeme poradenstvo, terapiu, supervíziu, krízovú intervenciu atď. (Schilling, 1999).
- (1980 - 1993) Ku koncu 20. storočia badáme vývojový posun i orientácii metód sociálnej práce najmä pod vplyvom globalizačných tendencií. Multikulturalizácia v mnohých štátoch silne ovplyvnila sociálnu realitu (rozširovanie EÚ). Svetové hospodárstvo sa ocitlo pod tlakom fenoménov ako je starnutie populácie, nárast svetovej biedy, zvyšovanie podielu chudoby krajín tretieho sveta voči bohatému severu, vojnové konflikty presahujúce regionálny rozmer. Súhlasíme s tvrdením Levickej (2003), že okruh cieľových skupín sociálnej práce sa naďalej rozrastá a preto je nevyhnutné pružne reagovať na požiadavky spoločnosti, eklekticismus nestačí, nevyhnutné je celoživotné vzdelávanie v metódach sociálnej práce.
- (od začiatku milénia po súčasnosť) Globálna sociálnoekonomická kríza, nárast nezamestnanosti prispeli nielen k zhoršeniu celkového stavu svetového hospodárstva, ale zároveň oslabili aj ekonomickú stabilitu ľudí, ktorí v populácii patrili do stratifikačnej strednej vrstvy. Environmentálna a energetická kríza, pandémia Covid-19, vojnový konflikt na Ukrajine či neustála migrácia utečencov z Afriky či Ázie podnecujú revitalizáciu metód sociálnej práce s vybranými klientskymi skupinami. V spoločnosti rezonujú požiadavky implementácie metód na riešenie etnického a rasového napätia, sociálnych nepokojov ako dôsledok zle nastavenej sociálnej politiky. Zostáva boj so závislosťami, pandémiou prenosných chorôb, najmä v krajinách Afriky a Ázie a mnohé iné. Sociálna práca spoločne so sociálnymi službami čelia novým výzvam a čoraz viac sa počíta s využitím inovatívnych metód sociálnej práce, synkretických postupov zameraných

nielen v zmysle sociálnej, ale aj psychosomatickej stabilizácie klienta a podpory duševného zdravia.

Vybrané osobnosti sociálnej práce

Metódy sa prirodzene vždy rozvíjajú na poli interakcie jednotlivca a spoločnosti. Nie je zanedbateľné, že sociálny pracovník by mal multifaktoriálne využívať rozličné metódy hlavne s ohľadom na časový, demografický a statusový zreteľ jednotlivca, respektíve sociálnych skupín. Mal by vedieť zabezpečiť terapeutickú pomoc, ako aj poradensky vedieť usmerniť, t. j. využiť systémovo každú metódu pre dobro svojho klienta. Ukázalo sa, že sociálna práca disponuje celistvým súborom metodických postupov, ktoré sú zamerané na najoptimálnejšie riešenie pre klienta problémovej situácie. Profesionál sociálnej práce, sociálnych služieb a poradenstva ich môže nielen využívať, ale zároveň prispôbovať okolnostiam a situáciám priamo v interakcii s klientom. Nemôžu sa používať izolovane, ich úspešnosť závisí od schopnosti sociálneho pracovníka, zvoliť vhodnú kombináciu viacerých pracovných metód.

K vybraným osobnostiam rozvíjajúcim sociálnu prácu a sociálne služby bez výraznejšieho prepojenia na štát a jeho inštitúcie patrili osoby, ktoré pracovali individuálne na základe vlastného morálneho presvedčenia alebo v rámci náboženských, charitatívnych a svojpomocných hnutí. Na tomto mieste spomenieme aspoň niektorých:

- *Ján Almužník* (550 – 619) po smrti manželky v Alexandrii niekoľkým tisíckam chudobným rozdeľoval svoje príjmy. Jeho zásluhou boli vybudované sirotince, nemocnice a pôrodnice pre chudobné ženy, staral sa o utečencov to Sýrie. Pochovný je v Katedrále sv. Martina v Bratislave (Fabian in Žiaková et al., 2012).
- *Caspar Voght* (1752 – 1839) vytváral tzv. záchranné domy a výchovné kolónie, v ktorých išlo o podchytenie výchovy i prevenciu prostredníctvom práce (Scherpner In Schilling, 1999).
- *Johann Heinrich Pestalozzi* (1746 – 1827) sociálna práca so zanedbávanými deťmi, sirotami – Neu Hof (výchova skupiny prácou).
- *Elisabeth Fryová* (1780 – 1845) – ženská penitenciárna sociálna práca.
- *Johann Heinrich Wichern* (1808 – 1881) zakladal predchodcov detských mestečiek, ktoré nazval vnútorné misie, koncepcia stála na dobrovoľnosti, rodičovské práva boli dané zariadeniu a snaha o obnovenie vzťahov medzi deťmi a rodičmi.
- *YMCA, YCCA* (1855 – 1856) – sociálna práca s delikventnou mládežou.
- *Ján Bosco* (1815 – 1888) – taliansky kňaz, zakladateľ saleziánov, život zasvätil chudobným a opusteným chlapcom, jedinečnú výchovnú prácu založil na prevencii, v praxi ju podopieral racionálnosťou, láskavosťou a spiritualitou.

Ženská vetva saleziánov Dcéry Panny Márie Pomocnice sa venuje opusteným a chudobným dievčatám.

- Soledad Torres Acosta (1826 – 1887) – zakladateľka kongregácie Máriine služobnice – služobnice chorých, priekopníčka domácej opatrovateľskej služby.
- Octavia Hillová (1878) – sociálna práca so zamestnanými (*Homes of the London Poor*), odstránením nezamestnanosti sa zlepšila morálka a celkový zdravotný stav, pôsobila aj na vedúcich predstaviteľov mesta. Vyzdvihla vplyv prostredia na sociálne problémy jednotlivca. (Oláh et al., 2008).
- Jane Addamsová (1886) *Hull House* ako azylový dom – sociálna práca s imigrantmi, so ženami, sirotami. V roku 1931 získala Nobelovu cenu mieru. (Ondrušová et al., 2010).
- Česká zemská komisia pre starostlivosť o mládež (1908) – dobrovoľnícky charakter, sociálna práca s osamelou mládežou.
- Mária Terézia Brunschwicková (1928) zakladala detské opatrovne v Uhorsku – Anjelská záhrada.
- Sociálne sestry (1914) v berlínskych nemocniciach zápasia s tuberkulózou, aj v boji proti pohlavným chorobám a alkoholizmu.
- Alica Masaryková (1879 – 1966) zakladateľka prvej československej akadémie pre sociálnu prácu, na čele Československého červeného kríža, pracovala v Masarykovej lige proti TBC.
- Muriel Pagetová (1876 -1938) – britská filatropka, nemocnica pre chorých na týfus v Turzovke, detská nemocnica v Žiline, oddelenie pre podvyživené deti v Modre, rekonvalescenčné stredisko v Košiciach, sedem vývarovní a šesťnásť zdravotno-sociálnych staníc po celom Slovensku.
- Matka Tereza (1910 – 1997) – miesto pôsobenia indická Kalkata, sociálne služby uplatňované v teréne s bezdomovcami a opustenými ženami.
- Cecil Sandersová (1918 – 2005) – zdravotná sestra a sociálna pracovníčka, sociálna práca s ťažko chorými a zomierajúcimi, Hospic sv. Krištofa.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Ktoré historické obdobie vo vývoji metód exponovalo rozvoj individuálnej sociálnej práce?
- 2) Ktorá z uvedených osobností sociálnej práce zásadným spôsobom prispela k profilácii metód sociálnej práce?
- 3) Aké aktualizované metódy sociálnej práce akcentujú v dôsledku aktuálnej globálnej krízy?

1. 3 Rôznorodosť metód využívaných v sociálnej práci

Vedieť správne klasifikovať metódy je nielen umením, ale hlavne zručnosťou odborníka, aby zaujal správny postoj k sociálnemu problému. Aplikácia metód iných vedných disciplín do priestoru sociálnej práce znamená, že sociálny pracovník v sociálnej praxi selektívne využíva logické metódy ako sú analýza, syntéza, indukcia, dedukcia, analógia, komparácia, konkretizácia, zovšeobecnenie a iné. Pri uvažovaní o skúmaných javoch prostredníctvom nich vyvodzuje racionálne závery. Okrem toho využíva aj experimentálne metódy, ktoré sú mu nápomocné pri pozorovaní klienta či situácií. V praxi sa najčastejšie využívajú objektívne pozorovanie, rozhovor, dotazník, test, anketa, sociometria, analýza činností a pod.

Healy (2014) v súvislosti s porozumením potrieb klienta sociálnej práce zdôrazňuje potrebu využívania diskurzu, teda individuálneho rečového vyjadrenia užívateľa služieb. Aplikovať logické i experimentálne postupy hneď na začiatku práce s klientom je devízou adekvátnej voľby konkrétnej metódy zo strany sociálneho pracovníka.

Metódy sociálnopsychologickej praxe

Ak chceme poznať dôvod, príčinu i následok javu, ktorý sa vyskytuje v priestore intervencie sociálnej práce je dôležité spracovať dáta, informácie a ukazovatele, ktoré ho ovplyvňujú. Preto je namieste hovoriť aj o všeobecných vedeckých metódach, univerzálne použiteľných vo vedeckom skúmaní (Mátel, Schavel et al., 2014). Ide o už spomínané najmä logické metódy, často vnímané ako primárne myšlienkové operácie. Sociálna práca využíva najmä poznatky spoločenských vied, sociológie, práva, medicíny, pedagogiky, liečebnej pedagogiky. Pod vplyvom *medicínskych* disciplín sa nezriedka využíva terminológia a stratégie z lekárskej praxe (sociálna anamnéza, prognóza diagnóza, terapia a pod).

Poznanie *psychológie* zásadne ovplyvnili sociálnu prax v zmysle sledovania individuálneho i skupinového správania, motivácie, pozorovania, predchádzajúcich skúseností. Súčasne sa využívajú poznatky z psychológie pri verifikácii rozmanitých dispozícií klienta prostredníctvom testov (napríklad test osobnosti, psychologické testy schopností). Kollárik a Sollárová (2004) pre potreby sociálno – psychologické praxe ponúkajú kvalitatívne a kvantitatívne metódy. Výrazným spôsobom uľahčujú interakciu odborníka a klienta a následne intervenciu. Medzi kvalitatívne metódy využiteľné pre potreby sociálnej práce patrí metóda psychologické explorácie, t. j. kvalitatívny rozhovor, diagnostika sociálne významných vlastností osobnosti, diagnostika interpersonálnych

vzťahov, diagnostika skupín. Manažéri zariadení sociálnych služieb, keďže pracujú najmä s ľudskými zdrojmi môžu využiť špeciálne metódy a stratégie výberu a posudzovania pracovníkov. Metódy posudzovania tvorivosti, situačné metódy, či metódy merania motivácie človeka pri výbere pracovníkov sú spôsoby ako vybrať zamestnancov rezistentných voči psychickej záťaži, ktorej budú vystavení pri výkone povolania (Armstrong, 2009). Samozrejme hlavne na úrovni organizácie a riadenie sociálnych služieb profesionál využíva aj kvantitatívne metódy. A to najmä spracovanie štatistických údajov, využívanie údajovej základne a štatistickej databázy, prípadne štatistické metódy v projektovaní, plánovaní, prípadne štatistickú analýzu empirických dát. Z pedagogiky sa využíva najmä zisťovanie kognitívnych schopností klienta. Veľmi blízky vzťah a spoločný cieľ majú sociálna práca, sociálna pedagogika a liečebná pedagogika, najmä v otázkach socializácie a uspokojovania sociálnych potrieb a záujmov jedinca. Opakovane tak môže dochádzať k prepájaniu využívaných metód zameraných na spoločný cieľ, ktorým je dosiahnutie harmónie a psychosomatickej stability v živote jedinca. Treba podotknúť, že sociálny pracovník pri výkone povolania významne využíva aj štatistické metódy a postupy. V sociálnej oblasti sa rôzne metódy navzájom prelínajú a dopĺňajú, pričom skúsený odborník musí pri práci s objektom vedieť včas a vhodne uplatniť konkrétnu metódu.

Akceptácia konceptu delby metód

Diferenciácia metód sociálnej práce sú najmä výsledkom požiadaviek sociálnej praxe, rôznorodosti a integrácie postupov z iných odborov. Samotné delenie vychádza vždy z komplexného vnímania metód v praxi sociálnej práce. Klasické rozdelenie vlastných metód na metódy práce s jednotlivcom, skupinou, komunitou sa prelína s delením z hľadiska konceptov. Koncept predstavuje súhrn a vzájomnú interakciu viacerých významne pôsobiacich metód.

- Koncept vzťahujúci sa na klienta a metódy, ktoré k nemu prináležia. Priamo zasahujú jeho integritu osobnosti. Najčastejšie je to samotná intervencia a v rámci nej využitie viacerých mikrometód. Sú to metódy zasahujúce predovšetkým do individuálnej roviny intervencie zo strany sociálnych služieb.
- Koncept nepriamo sa vzťahujúcich metód na klienta, priamo sa vzťahujúcich na profesiu, profesionála v odbore. Tu môžeme hovoriť o supervízii, či submetódach ako sebaregulácia, sebvzdelávanie, komunikačné metódy apod.
- Koncept metód s vzrastajúcim významom. Na tejto úrovni sa realizujú metódy sociálneho manažmentu, projektovania a plánovania v sociálnych službách.

Bazálnym delením metód však zostáva deliace hľadisko obsahovej a rozsahovej využiteľnosti v praxi. Kritériom je pragmatické prepojenie a interakcia poznatkov viacerých vedných disciplín. Koncepcia rozlišuje nasledovné:

- metódy, ktoré sú používané spoločensko – vednými disciplínami, aplikované pre oblasť sociálnej práce. Využívajú sa analytická, syntetická, induktívna, deduktívna, genetická, deskriptívna, progresívna, či axiomatická metóda.
- metódy, ktoré sú využívané viacerými disciplínami pomáhajúcich profesií, ako je psychológia, pedagogika a sociálna práca. Sem zaraďujeme sociometrickú metódu, metódy exemplifikácie, heuristiky, optimálnej komunikácie, kauzálnych atribúcií.
- metódy, ktoré sú využívané prednostne v sociálnej práci, sú vlastné praxi sociálneho pracovníka. Ide o široké spektrum metód, ktoré rozdeľuje metódy prostredníctvom rozličných hľadísk pôsobenia praktickej sociálnej práce (Slovák, Vereš, 2006).

Klasické metódy a nadväzujúce postupy

Predpokladom pre správny výber metód sociálnej práce je poznanie ich využiteľnosti z rozličných hľadísk a orientácia sa v prostredí ich poskytovania. Ak vezmeme do úvahy časový aspekt formovania rozlišujeme klasické a moderné metódy. Ich prirodzený vzostup ako autentického nástroj sociálneho pracovníka súvisí s rozvojom teórie sociálnej práce. Zvyčajne sa delia na:

- *klasické*: metódy s jednotlivcom, skupinou, komunitou, rodinou, spoločnosťou
- *moderné*: manažment, projektovanie, plánovanie, poradenstvo, prevencia, supervízia.

Lovášová (2016) pripomína, že formy sociálnej práce predstavujú mnohými autormi označované tzv. hlavné, základné či klasické metódy sociálnej práce, pričom sa rozlišuje päť foriem, ktoré sú dané počtom klientely.

Ak sa zameriame napríklad na demografický aspekt, triediace faktory sú vek, pohlavie či etnikum. Potom rozlišujeme *metódy sociálnej práce s deťmi, mládežou, dospelou populáciou, s klientmi vyššieho veku*. Tiež hovoríme o *metódach práce s mužmi, ženami, s etnickými skupinami*. Významným aspektom diferencie je aj pozícia jednotlivca, v zmysle sociologického chápania statusu. V tom prípade rozlišujeme *metódy sociálnej práce so zamestnanými, nezamestnanými, s bezdomovcami, spoločensky neprispôsobivými, s migrantmi, s vojnovými odídencami*. Svoju diferenčnú úlohu zohráva miesto výkonu práce sociálneho

pracovníka. Hovoríme o metódach terénnej, inštitucionálnej, komunitnej, či ambulantnej sociálnej práci.

Rozsahovo najširším delením metód sociálnej práce je delenie podľa druhu konkrétne vykonávanej činnosti. Ide o metódy sociálnych služieb, sociálnej prevencie a poradenstva. Tiež sem zaraďujeme sociálno – právnu ochranu, náhradnú starostlivosť, sociálne poistenie a dávky v hmotnej núdzi, ako aj penitenciárna a postpenitenciárna starostlivosť. Nesmieme zabudnúť ani na sociálny výskum a jeho metódy, sociálnu diagnostiku a vzdelávanie profesionálov, či supervíziu. Radková et al. (2011) napríklad zdôrazňuje nevyužitý priestor dobrovoľníctva ako špecifickej metódy v priestore sociálnych služieb. Rôznorodosť metód nám zreteľne ukazuje širokospektrálne využitie sociálnej práce pri komplexnej starostlivosti o človeka, v prepojení na činnosti uplatňované v sociálnych službách, prihliadajúc na to, že žiaden odborník si nevystačí s jednou metódou.

Špeciálny pohľad na klasifikáciu metód podal Heines, ktorý ako deliace hľadisko určil bezprostredný kontakt s klientom a rozdelil metódy sociálnej práce na priame a nepriame, resp. metódy orientované na *bezprostredné a nepriame odborné konanie*. Medzi bezprostredné metódy zaraďujeme objasnenie, informovanie, persúázia, poradenstvo, konfrontácia, dohľad, prípadne tvorba nových možností. Metódy orientované na nepriame konanie môžu byť organizácia, dokumentácia, programovanie, plánovanie, metodické konanie, spolupráca s inými odborníkmi (sociálnymi pracovníkmi, pedagógmi, lekármi), supervízia, negociácia – rokovanie, lobovanie (porov. Slovák, Vereš, 2006).

Ak vezmeme akúkoľvek klasifikáciu metód, musíme vziať do úvahy fakt ľudského činiteľa pri ich aplikácii. Každý prípad a klient si vyžaduje neopakovateľný prístup, postup, metodiku. To zvyrazňuje potrebu intuície a odbornej spôsobilosti pomáhajúcej profesie. Záverom môžeme naznačiť jeden podstatný ukazovateľ. A síce, prax uprednostňuje logické a racionálne metódy, na základe ktorých pri ich skúmaní dochádzame k záverom, aby sme ich potom využili v prospech klienta.

Metódy klientovho prirodzeného sveta

V každom prípade je vhodné si uvedomiť, že metódy sociálnej práce sa uplatňujú najmä v klientovom prirodzenom prostredí, čím sa vo svojej podstate dotýkajú:

- štruktúry a rozsahu klientovho sveta,
- miery zvládnutia tohto sveta,
- vývojových charakteristík jeho sveta,
- možností rozširovania klientovho sveta.

Sociálny pracovník intervenuje a využíva postupy v akomkoľvek prostredí, situácii a čase. Prvý klientov svet je jeho vlastná rodina, tu patria *metódy sociálnej práce so zneužívanými, týranými a zanedbávanými deťmi a ich rodinami, metódy sociálnej práce s osamelými rodičmi, metódy sociálnej práce s rodinami v rozvodovom konaní, metódy sociálnej práce s mnohoproblémovými rodinami, metódy sociálnej práce s obeťami násilia*. Ďalej za diferenčné hľadisko možno považovať znevýhodnený status klienta, odchýlky od normy. Ide o *metódy sociálnej práce so zdravotne znevýhodnenými, metódy sociálnej práce s jedincami s mentálnym postihnutím, metódy sociálnej práce s duševne chorými, metódy sociálnej práce so seniormi, metódy sociálnej práce so zomierajúcimi a iné*.

Špecifickým kritériom delenia metód je aj svet klienta ovplyvnený dôsledkami ťažkej a nezvládnutej životnej situácie. Tu môžeme zaradiť *metódy sociálnej práce s užívateľmi omamných a psychotropných látok, metódy sociálnej práce so ženami, ktoré poskytujú platené sexuálne služby, metódy sociálnej práce s rizikovou mládežou, metódy sociálnej práce s dlhodobo nezamestnanými, metódy sociálnej práce s bezdomovcami, metódy sociálnej práce s utečencami, metódy sociálnej práce v rámci probačnej a mediačnej služby*. Metódy spojené s konkrétnymi službami sa poskytujú v nízkoprahových zariadeniach pre deti a mládež, kontaktných centrách, v chránených bývaniach, na chránených pracoviskách v inštitucionálnych zariadeniach pre deti a dospelých, pre ľudí s postihnutím, ale tiež v terapeutických komunitách, azylových domoch pre matky s deťmi, stacionároch, domovoch pre seniorov, hospicoch. Rovnako v rodinných centrách, občianskych poradniach, v probačných programoch, v rámci humanitárnej pomoci atď. (Matoušek et al., 2013).

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Aký je význam metód sociálnopsychologickej praxe pre sociálnu prácu?
- 2) Teória sociálnej práce hovorí o klasických a moderných metódach sociálnej práce. O aké postupy ide?
- 3) Vysvetli termíny priame a nepriame metódy.

1. 4 Pozorovanie a rozhovor ako východiskové metódy práce s klientom

Z praktických skúseností sociálnych pracovníkov považujeme ako východiskové metódy ich praxe pozorovanie a rozhovor. Na rozdiel od iných metód, či postupov, ktoré sú orientované viac štatisticky, v zmysle spracovania dát, dotazníkov, testov a škál, pozorovanie a rozhovor si so sebou nesú individuálny prístup ku každému jedincovi, životnému príbehu, pričom podporujú medziludskú interakciu a u klienta aktívny postoj k sebe samému.

Pozorovanie síce môže na prvý pohľad pôsobiť ako pasívny postup, ale v spojitosti s rozhovorom napomáha objasniť mnohé nevy povedané skutočnosti a tak oba postupy sa stávajú primárnymi diagnostickými a zároveň terapeutickými nástrojmi v rukách odborníka.

Identifikačné metódy, pozorovanie

Kačáni et al. (2004) pozorovanie a rozhovor veľmi trefne označuje ako identifikačné metódy poznávania jedinca. Sú vlastne sprievodnými metódami všetkých identifikačných prostriedkov. Správne realizovaným pozorovaním a rozhovorom, dokážeme poznávať človeka do hĺbky jeho osobnosti, cielene pôsobiť na človeka a prostredníctvom nich usporiadať veci a podmienky, v ktorých samotní ľudia žijú. Zároveň nimi môžeme nasmerovať klienta, aby lepšie poznal seba samého. V konečnom dôsledku sa ich pôsobením zlepšuje porozumenie medzi ľuďmi a vytvára sa perspektíva pre zdravší a šťastnejší život. Aby sme ich dokázali implementovať do praxe je potrebné poznať aj teoretické východiská.

Pozorovaním a rozhovorom sociálny pracovník skúma a následne analyzuje prežívanie a správanie klientov sociálnej práce v interakcii s ich prostredím. Získava nielen primárne informácie, dáta a údaje o človeku alebo sociálnej skupine, ale ich rozborom môže vyhodnocovať účinnosť ďalších postupov. Berryová (2009, s. 75) hovorí o pozorovanom prieskume, kedy metódu priameho pozorovania dopĺňa prieskumom. V kontexte diagnostikovania, aby pozorovanie splnilo svoj účel musí byť zámerné, plánovité, systematické, presné. Vo vzťahu k participantovi je pri pozorovaní podstatný aj výber prostredia a čas, kedy sa uplatňuje. I keď pozorovanie býva zaradované medzi experimentálne metódy a rozhovor medzi exploračné, majú spoločného menovateľa. Ich aplikácia predpokladá bezprostredný kontakt so skúmanou osobou. Okrem toho rozhovor sprevádza širokú škálu terapeutických metód, ktorých je ich nevyhnutnou súčasťou. Najviac v socioterapii, sociálnej rehabilitácii, v psychoterapii, naratívnej

terapii, kognitívno - behaviorálnej terapii, realitnej terapii, rodinnej terapii a v mnohých ďalších.

Aby bolo pozorovanie objektívne, treba ho uskutočňovať bez subjektívneho emocionálneho prepojenia na jedinca. Dôležité je vzdať sa predsudkov, dopredu negatívne akcentovaných postojov ku klientovi alebo sociálnej skupine, ktorej je súčasťou. Rosina (In Kačáni et al., 2004) rozlišuje určité modifikácie pozorovania. Môže sa jednať o prirodzené alebo voľné pozorovanie, kde pozorujeme bežné životné situácie u jedinca. Ďalej navodené alebo žiadané, keď určité situácie umelo vyvoláme v živote klienta. Tiež hovorí o orientačnom alebo príležitostnom pozorovaní, vyvolané náhodnými udalosťami. V každom prípade by malo byť systematické, teda prebiehajúce podľa vopred pripraveného plánu. Pozorovanie vnímame v zmysle introspekcie a extrospekcie. V praxi sociálnych pracovníkov sa ukazuje ako účelné nasmerovať klienta na introspekciu, aby dokázal pozorovať a registrovať vlastné prežívanie, poznávať a hodnotiť svoje duševné zážitky. Prirodzene má význam v situáciách, keď je klient schopný primerane kognitívne reagovať a prijímať podnety k sebahodnoteniu. Vytvára sa tak predpoklad pre kontinuálne terapeutické pôsobenie odborníka a zároveň ide o vstupnú bránu pre nadobudnutie schopnosti prevziať zodpovednosť za svoje konanie a správanie, za svoj život. A to je významný aspekt a vízia práce s klientom.

Rozhovor ako súčasť poradenskej intervencie

Rozhovor sa pochopiteľne najviac využíva v poradenskej intervencii sociálneho poradcu alebo sociálneho pracovníka so zameraním na riešenie psychosomatických a sociálnych stavov jedinca. Výskumy ukázali, že hodnota rozhovoru je podmienená tým, ako starostlivo sa rozhovor pripravuje a vedie (Berryová, 2009). Metóda rozhovoru sa rozvinula ako reakcia na potrebu riešiť nové nepriaznivé sociálne situácie, ktoré spôsobujú problémy jednotlivcov i sociálnym skupinám, priamo prostredníctvom sociálneho poradenstva. Význam a opodstatnenosť metódy sa interpretuje aj jeho spoločenskou úlohou. Prispieva totiž k zlepšeniu narušených sociálnych vzťahov v rôznorodom prostredí. Podporný rozhovor pomáha ľuďom riešiť starosti vlastnými silami, i keď sú istým spôsobom znevýhodnení, duševne, telesne alebo sociálne. Význam vhodne interpretovaných informácií sa javí ako dôležitý aspekt pre začatie zmeny. A tento fakt platí zvlášť u ľudí, ktorí sa ocitli na okraji spoločnosti, z dôvodu straty zamestnania alebo upadnutia do chudoby a podobne.

Niekedy pojmy rozhovor a interview zamieňajú aj sociálni pracovníci. Treba rozlišovať, keďže rozhovor je neštruktúrovaný prístup, má hlbší zámer, nekategorizovaný. V samej podstate nie je vedeckou metódou, aplikuje bez použitia dotazníka. Interview v zásade sa chápe ako vedecká metóda, realizovaná

s vedeckým cieľom. Riadený, kategorizovaný, plánovaný, normalizovaný rozhovor. Kladie vopred pripravené otázky, pričom sa zapisujú do príslušných rubriík odpovede (Kollárik, Sollárová, 2004).

Dávideková (2014), si všíma nezastupiteľné miesto poradenského rozhovoru ako súčasť sociálneho poradenstva. Odbornej činnosti riešenia nepriaznivej sociálnej situácie prostredníctvom poskytnutia informácií, zameraných na:

- *prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity,*
- *zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti fyzickej osoby viesť samostatný život a na podporu jej začlenenia do spoločnosti,*
- *riešenie krízovej sociálnej situácie fyzickej osoby a rodiny,*
- *prevenciu sociálneho vylúčenia fyzickej osoby a rodiny.*

Z atribútov poradenstva vyplýva, že poradenská intervencia, ktorej súčasťou je poradenský rozhovor je primárnou metódou vo vzťahu k riešeniu problematiky širokého diapazónu konkrétnych klientskych skupín. Napríklad pri práci s osobami seniorského veku, s členmi dysfunkčnej rodiny, s nezamestnanými, marginalizovanými, so zdravotne znevýhodnenými osobami a pod. Poradenstvo sa tu vníma ako:

- výmenu informácií,
- proces učenia,
- základ sociálnej interakcie.

Od tejto triády sa odvíja proces a vzťah medzi sociálnym pracovníkom - poradcom a klientom sociálnej práce, rovnako ako aj primárnej sociálnej skupiny či komunity. Základné úrovne poradenskej činnosti začínajú interindividuálnou komunikáciou, čiže rozhovorom a pokračujú cez odborné aktivity a samostatnú, špecializovanú činnosť. Sociálne poradenstvo pre jedincov na pokraji ohrozenie sociálnym problémom, aby bolo účinné musí reflektovať osobitný prístup ku klientovi, prirodzené sociálne väzby a uplatňovať systémový prístup.

Sociálne poradenstvo intervenue najmä cez vzájomný rozhovor, v ktorom často rieši totiž oblasti priamo podmieňujúce konkrétne problémy jedinca :

- problémy v sociálnych vzťahoch,
- deficit v sociálnych zručnostiach,
- problémy vo vzťahu k sociálnym inštitúciám,
- problémy pri výkone sociálnych rolí,
- problémy so zvládnutím sociálnych zmien
- interpersonálne konflikty
- problémy pri riešení nepriaznivej ekonomickej situácie
- problémy sociálnej adaptácie
- problémy v oblasti sociálnej patológie (Schavel, Oláh, 2012).

Rozhovorom skúmame životnú dráhu klienta

Hašková et al. (2014, s. 35) ponúka ako primárne nástroje poznávania jedinca *metódy skúmania životných dráh prostredníctvom kvantitatívneho a kvalitatívneho skúmania*. Kvantitatívne skúmanie označuje ako životnú históriu, ktorá zahŕňa faktické udalosti, postupnosť, prechodnosť aktivít, prípadne konzekvencie v živote človeka. Naproti tomu kvalitatívne skúmanie je priestorom pre poznanie jedinečného životného príbehu, tak ako ho interpretuje, ako rozumie udalostiam samotný aktér a ako je jeho správanie zakotvené v kultúrnych a štrukturálnych podmienkach. a to nie je možné bez odborne precízneho pozorovania a rozhovoru.

V tejto súvislosti Willekens (in Hašková et al., 2014) tvrdí, že kvantitatívna analýza životných dráh sa sústreďí na odhalenie vzorcov časovania a následností životných udalostí. Jedná sa o reťazec udalostí a stavov v rôznych oblastiach života, ktoré človek zažíva od narodenia až po smrť. Partnerské, pracovné, reprodukčné dráhy a mnohé iné. Prostredníctvom pozorovania a najmä rozhovoru implementujeme aj kvalitatívne skúmanie jedinca. Cieľom je získať prístup k perspektíve samotného aktéra, jeho hodnotám, definovaniu situácií a vlastnému chápaniu sociálnych procesov a pravidiel ako výsledku socializácie. V praxi sociálneho poradcu sa preto nevyhnutne vyskytujú tzv. focus groups, pološtrukturované rozhovory, hĺbkové a biografické rozhovory, naratívne interview.

Je pravdepodobné, že za týchto okolností v rozhovore rešpektujeme aj základné princípy uplatňovania sociálneho poradenstva vo vzťahu ku klientovi sociálnej práce. To znamená:

- akceptovať iných bez identifikácie s nimi,
- vytvárať pozitívnu atmosféru,
- rešpektovať autenticitu klienta,
- začať tam, kde sa klient nachádza,
- zvoliť tempo práce primerané klientovi,
- pomáhať hľadať riešenie
- preferovať spoluprácu nie súperenie
- stanovovať realistické ciele.

Rozhovor potrebuje čas a redukciu interferenčných vplyvov

Pri individuálnej komunikácii vzhľadom k vonkajším podmienkam pre vedenie rozhovoru je vhodné vyhľadať pokojný priestor bez rušivých vplyvov (ľudský faktor, faktor prostredia). Terapeutické je pri dôvernom rozhovore zvoliť prechádzku v prírode, či parku. Pri chôdzi sa nielen voľnejšie rozpráva, ale zbavujeme sa stiesnenosti uzavretého priestoru miestnosti. Ak to nie je možné a rozprávame s klientom v miestnosti posadíme ho tak, aby nebol osľňovaný a

nebol v pozícii submisívnej osoby. Je tiež vhodné, ak pri rozhovore máme v zornom uhle hodiny, umožňujúce občas skontrolovať čas, aby sme mohli regulovať rozhovor. Kopřiva (2006, s. 110) tvrdí: „Čím viac priestoru pri rozhovore si pre seba zoberie pracovník, tým menej ho zostane na klienta. Pracovník nemá možnosť sám úplne kontrolovať, nakoľko bude aktívny on a nakoľko klient. Môže len niečo navrhnúť, presadzovať, uľahčovať alebo niečomu zabraňovať. To isté môže aj klient. Výsledná podoba rozhovoru je vždy spoločným dielom obidvoch.“

Na začiatku rozhovoru je dôležité podanie ruky, oslovenie, či iný haptický podnet. Klientovi spočiatku kladieme veľmi jednoduché otázky typu odkiaľ ste, o rodine, o zdraví. Tiež sa môžeme vrátiť k spomienkam na pekné chvíle, príjemné zážitky. Kontinuálne ho povzbudzujeme krátkymi vetami, aby sám začal rozprávať, nevyjadrujeme súhlas, ani nesúhlas. Prioritne pozorne načúvame. V úvode rozhovoru v žiadnom prípade klientovi neklademe zložité otázky, ani neposkytujeme rady. On sám musí nadobudnúť istotu, že sa môže slobodne vyjadrovať, nesmie pociťovať ohrozenie kritikou. Ako profesionáli sa však určite nesprávame pasívne alebo ľahostajne. Parafrázujeme klienta, kladieme kontrolné otázky, vyjadrujeme záujem. To je v začiatkovej fáze komunikácie s jedincom stimulujúce pre ďalšie rozhovory. Úlehla (2009) konštatuje, že keď sa sociálny pracovník stretne s klientom, väčšinou získa od neho množstvo informácií, ktoré ešte výrazne narastajú s každým ďalším členom rodiny, ktorý je zapojený do rozhovoru. Aby sociálny pracovník nebol beznádejne zavalený informáciami, musí ich určitým spôsobom organizovať. Rozhovor totiž nie je iba plytký zber informácií, potrebných k stanoveniu diagnózy, ale najmä terapeutický liečebný nástroj pre ubolenú dušu. V prvom rade objasňujeme skutočnosti, veci, situácie a keď nachádzame zmysluplné vysvetlenie, začíname tomu rozumieť. Tak zistíme nielen to, čo bolo vypovedané, ale aj to, čo bolo zamlčané.

Zásady rozhovoru

V rozhovore s jednotlivcom uvádza Gabura (2010), ako je dôležité komunikáciu prispôbiť intelektovým a jazykovým dispozíciám klienta. Mali by sme sa vyhýbať jazykovým prekážkam, čo rozumieme situácie, keď odosielateľ hovorí príliš rýchlo, nezrozumiteľne, prehĺta časť textu, formuluje dlhé vety s množstvom faktov. Problém môžu spôsobovať aj sémantické bariéry, ktoré vznikajú v nedokonalom ovládaní jazyka. Aktuálne emocionálne rozpoloženie účastníkov komunikácie, exponované rozčúlením, hnevom, prejavmi závidi, nenávidi, či dokonca zúrivosti môžu byť v rozhovore kontraproduktívne. Je užitočné prerušiť dialóg na čas, kým emócie opadnú a až potom pokračovať.

Prekážky intelektuálneho charakteru znamenajú, že prijímateľ nechápe komunikovaný obsah. Odosielateľ používa odborný jazyk, s mnohými termínmi,

cudzie slová. Prekážky v chápaní komunikovaného obsahu sa objavujú vtedy, ak odosielateľ a prijímateľ chápu vysielaný obsah odlišne. V individuálnej komunikácii je čas požiadať o doplňujúce informácie o komunikovanom obsahu alebo o objasnenie zámeru. Pri priamom fyzickom kontakte rozlišujeme prekážky na strane klienta. A to vtedy ak napríklad klient seniorského veku je unavený, nedôveruje opatrovateľovi ako s informáciami naloží, telesne obmedzenia, psychická indisponovanosť, neochota hovoriť na osobnú tému. Na strane pomáhajúcej profesie zase môže nastať vyhýbanie sa citlivým témam, neochota získavať nové informácie, pretože mu vyhovuje status quo, nedostatok času mnohé iné (Mlynková, 2011).

Komunikácia s jednotlivcom si vyžaduje rešpektovanie týchto zásad, keďže otvorený dialóg sa rodí ťažko a je umením profesionála, ak ho dokáže uplatniť čo najskôr. Celkové vyriešenie problému tak skôr nadobudne pozitívne kontúry.

Úlohy a otázky do diskusie

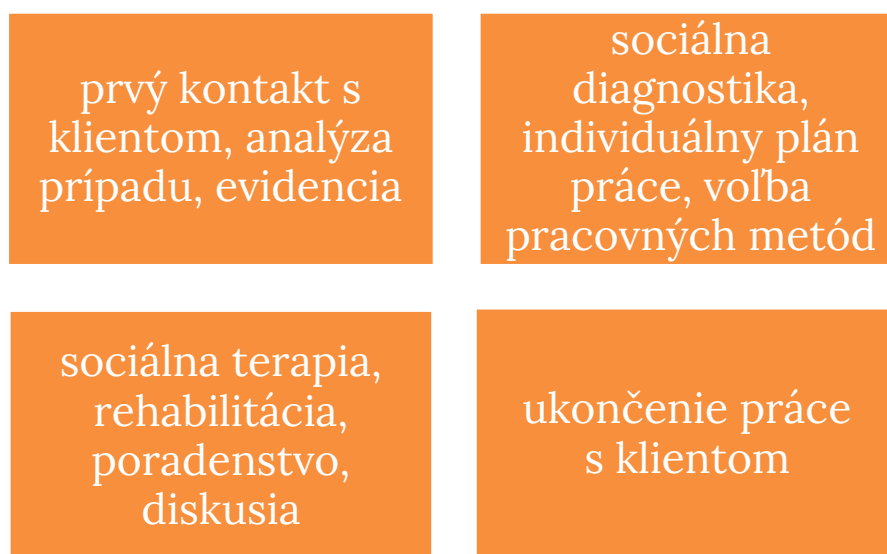
- 1) *Pozorovanie a rozhovor vnímame ako diagnostické postupy. Vysvetlite a skúste naznačiť, v akom prípade môže ísť aj o terapeutický nástroj intervencie.*
- 2) *Súčasťou poradenskej intervencie je riešenie deficitov a problémov. O aké sa sa v sociálnej práci najčastejšie jedná?*
- 3) *Akým interferenčným vplyvom sa pri rozhovore treba vyhnúť a aké zásady rešpektovať?*

2 METÓDY SOCIÁLNEJ PRÁCE

Zákon č. 219/14 Z. z. o sociálnej práci priznáva sociálnemu pracovníkovi a asistentovi sociálnej práce možnosť uplatňovať prístupy zodpovedajúce cieľu vykonávanej sociálnej práce a poznatkom odboru sociálna práca s využitím odborných metód práce prirodzene v závislosti od zamerania sociálnej práce. V každom prípade platí, že bazálnym priestorom uplatnenia týchto metód je sociálna práca s jednotlivcom, čo sa označuje ako mikrorovina sociálnej práce. Nie menej dôležité sú však metódy sociálnej práce so skupinou a komunitou.

Podľa platnej legislatívy klienta sociálnej práce percipujeme aj ako fyzickú osobu odkázanú na sociálnu službu na zabezpečenie nevyhnutných podmienok na uspokojovanie základných životných potrieb, ak to nedokáže sama. (Zákon č. 448/08 Z. z. o sociálnych službách, § 24). Ide o jedinca, ktorý pre „reštart“ vlastného života potrebuje najmä zabezpečiť základné ľudské potreby, aby nebol ohrozený jeho život alebo zdravotný stav. Často ide o osobu, ktorá žije na okraji spoločnosti a nevyhnutne potrebuje starostlivosť zariadení sociálnych služieb ako je nocľaháreň, útulok, domov na pol ceste, nízkoprahového centra alebo zariadenia núdzového bývania. Za obligátne odborné zručnosti pri práci s klientom sociálnej práce považujeme disponovanosť vyhodnotiť aktuálnu sociálnu situáciu, diagnostikovať a indikovať problém. Zároveň je dôležité následne prijať účinné opatrenie v prospech osoby, ktorá je zverená do odbornej starostlivosti. Využívané postupy prevencie, poradenstva, terapie či riadenia sú prirodzenou súčasťou zásahu sociálneho pracovníka, ktorý efektívne implementuje metódy sociálnej práce s jednotlivcom.

Obrázok 1 Tradičný postup práce s jednotlivcom



(Zdroj: vlastné spracovanie)

2. 1 Hodnotenie a diagnostikovanie

Individuálna práca s klientom, prípadne postupy využívané v prostredí malej sociálnej skupiny sú označované aj ako metódy mikropraxe či mikroprostredia. Tieto metódy tvoria bazálnu úroveň metodiky sociálnej práce, teda zaužívanej postupnosti a etapizácie v práci s klientom. Bez nich využitia si nevieme predstaviť efektívne pôsobenie akéhokolvek odborníka v bezprostrednom kontakte s klientom sociálnej práce.

Za primárne metódy mikropraxe jednoznačne považujeme sociálne hodnotenie a diagnostiku. Stali súčasťou etapizácie sociálnej práce podľa Mary Richmondovej (1922), neskôr C. de Robertis (1998). V spojitosti s týmto delením sa začína každý primárny kontakt s jedincom alebo sociálnou skupinou. Niektorí autori využívajú označenie sociálne posudzovanie (*social assessment*). Cieľom diagnostického procesu je odhalenie súboru poznatkov o príčinách, faktoroch sociálneho problému, ktoré ho udržuju a dôsledkoch na život klienta (Ondrušová 2009). V súvislosti s tým sa uplatňuje aj diagnostika mikroprostredia zameraná na zisťovanie rôznych znakov a kvalít malých sociálnych skupín, v ktorých sa jedinec nachádza a tie ho výrazne determinujú.

Hľadanie relevantných informácií

Procesu hodnotenia každého prípadu predchádza kvalitná sociálna anamnéza na základe ktorej získavame relevantné podklady pre hodnotenie a diagnostiku. Cieľom sociálnej diagnostiky je totiž nielen identifikovať problém, ale aj zistiť ako vznikol, čo je hlavnou príčinou vzniku, kde sú jeho korene a v neposlednom rade aj predpoklad ako sa bude vyvíjať.

Matoušek (2008) označuje prípadovú prácu ako proces, kde sociálna štúdia a vyšetrovanie vytvárajú priestor pre sociálne hodnotenie a diagnostiku. Je to čas preskúmania a dôležitých rozhodnutí. Ako sám Matoušek et al. (2013, s. 262) definuje: „každá prípadová práca je proces, v ktorom sa pracovník s klientom stretávajú ako ľudské bytosti a zároveň tvrdí, že anamnéza by sa nemala stať iba kompletným zberom dát, pretože je treba mať na pamäti, že v počiatočnej fáze je klient najzraniteľnejší, ale súčasne najprístupnejší.“ Zber dát a informácií môže byť neúplný, nedostatočný ak sa to vykonáva formálnym aktom typu otázka verzus odpoveď. Pre pomáhajúceho profesionála je produktívne vytvoriť si priestor osobnej komunikácie, kde dialóg na začiatku nie je zameraný len na bleskové získanie dôležitých informácií. S klientom rozprávame o živote, aktuálnom emocionálnom rozpoložení a chápaní vlastnej situácie, o pocitoch z prežitej minulosti, nenaplnených očakávaní a pod. Až tak môžeme postupne

prejsť aj na formálne anamnestické údaje a hľadať miesta, ktoré sú problémovými bodmi riešenia problému. Následné vyšetrenie je vnímané ako zavŕšenie určenia problému a pracovnej hypotézy, čím sa myslí nasmerovanie k účelným metódam sociálnej práce.

Stanovenie diagnózy a ciele sociálnej diagnostiky

V širšom chápaní sociálna diagnóza, obsahuje súbor informácií o klientovi, jeho situácii, a konkrétneho problému. V procese hodnotenia sa určujú najpodstatnejšie a najvýznamnejšie znaky determinujúce správanie človeka, jeho vzťah k užšiemu i širšiemu sociálnemu prostrediu. Tiež je potrebné podrobnejšie poznať konkrétnu situáciu, v ktorej sa klient nachádza. Pri zisťovaní údajov potrebných pre určenie diagnózy nám výrazne pomáha anamnestický rozhovor, analýza sociálneho prostredia, rozhovory s rodičmi a blízkymi príbuznými, či spolupracovníkmi. Potvrďuje sa tak definícia diagnózy v priekopníckom diele *Social Diagnosis* Mary Richmondovej (1922), kde je charakterizovaná ako úsilie o exaktnú definíciu nielen osobnosti človeka, ktorý potrebuje pomoc, ale i jeho sociálnej situácie, v ktorej sa nachádza. Osobnosť človeka je determinovaná okrem psychosomatických determinantov aj činiteľmi prostredia a konkrétnej situácie, v ktorej sa jedinec nachádza. Pri hodnotení a diagnostikovaní klienta sa to nemôže opomenúť. Podľa Řezníčka (1999) úloha diagnózy spočíva v získaní kľúčových informácií o sociálnych problémoch klienta a ich následnom zhodnotení. Za najzákladnejší spôsob ich získavania označuje riadený rozhovor. Nevylučuje však ani využívanie metód vyvinutých inými disciplínami ako napr. psychodiagnostikou či sociometriou (testy osobnosti, osobnostné inventáre, testy inteligencie, sociogramy atď.).

Centrom záujmu diagnostiky na úrovni osobnosti je najmä jeho sociálna stránka, osobnosť ako sociálna bytosť pôsobiaca v určitom sociálnom prostredí, v kontakte s inými ľuďmi v procese interakcie (Kollárik, Sollárová, 2004, s. 105). Diagnostika sa podľa tejto definície orientuje na určenie osobnostných dimenzií, podmieňujúce (uľahčujúce alebo sťažujúce) samostatný život jedinca. Nemala by byť len úsilím o získanie diagnózy v zmysle zadelenia jedinca do zvláštnej skupiny. Cieľom by mala byť indikácia adresnej pomoci, napríklad aj formou sociálnej služby. Sociálnu diagnostiku teda chápeme ako aplikáciu súboru metód pomocou ktorých sa dajú získavať a vyhodnocovať informácie o jedincovi, ktorý sa ocitol v takej situácii, že nutne potrebuje pomoc.

Mapa poznatkov

Pre diagnostikovanie klienta sociálnej práce boli vyvinuté rôzne schematizmy, zoznamy údajov (napr. zoznamy denných činností vykonávaných

klientom alebo úloh stanovených na budúce obdobie). K ich vytvoreniu nám slúžia informácie obsahujúce identifikačné údaje, rodinné pozadie klienta, jeho telesný a duševný stav, emocionálne prejavy správania, doplnené o poznatky ekonomického zázemia, bytových, či hygienických podmienok. V procese získavania týchto informácií treba klásť otázky otvorené (pre spontánnu odpoveď klienta) a informácie z riadeného rozhovoru by sa mali diskkrétne zapisovať, aby nebola rušená sústredenosť jedinca pri odovzdávaní dôležitých informácií.

Najčastejšie tematické okruhy, z ktorých profilujeme otázky pre mapu poznatkov:

- uznanie existencie problému a akceptovanie vlastnej zodpovednosti za správanie,
- hľadanie rady, ochota ju prijať ako aj riziko zmeny naučeného životného štýlu,
- schopnosť plánovať a zodpovedne za seba rozhodovať, ako aj prekonávať prekážky,
- potreba vyjadriť vlastný názor a obraňovať vlastné práva.

Emocionálne prejavy, s ktorými sa môžeme u klienta pri kladení otázok počítať sú zvyčajne smútok a plač, prípadne opačného pólu vtipkovanie, smiech. Niekedy však sociálny pracovník vycíti prvotnú potrebu klienta vyrozprávať sa, verbálnej a emocionálnej podpory.

Ďalší dôležitý fakt, ktorý v procese hodnotenia a diagnostikovania potrebné akceptovať, že k problémom klienta sa žiada pristupovať s ohľadom na sociálne vzťahy a roly, ktoré osoba na seba viaže. Poznanie významnej interakcie a očakávaného správania v určitom čase a priestore. Niekedy môže dôjsť k nesúladu medzi viacerými rolami, prípadne vzťahy pod vplyvom rodinnej exemplifikácie môžu byť dôvodom viacerých zlyhaní klienta. Preto je vhodné ak sa pýtame na:

- zloženie nukleárnej, ale aj rozšírenej rodiny,
- ako sa plnia bežné rodinné funkcie, aké sú jej pravidlá a hranice spolužitia,
- aké sú mravné a etické dimenzie správania sa v rodine,
- ako v rodine dochádza k závažným rozhodnutiam,
- ako sa rodina vyrovnáva s odlišnosťami,
- ako sa v rodine komunikuje a pod.

Kontrolné záznamy o klientovi okrem toho musia obsahovať charakteristické črty a znaky prejavov, činností a schopností. Podľa amerického systému získavania informácií (americká škála AASF – *Assessment of Adult Social Functioning*), otázky by sa mali týkať problematiky prevencie a zvládania

krízových situácií. Ďalší okruh otázok sa týka telesnej a duševnej hygieny, schopnosti asertivity, prispôsobivosti, realistický prístup k situáciám, zvládanie vlastnej deviácie, odlišnosti a pod.

V mape poznatkov treba mať zaznamenanú aj typológiu klienta. Pri *nedobrovoľnom klientovi* (napr. penitenciárna, postpenitenciárna starostlivosť) sa prednostne kladú otázky otvorené a vecné so snahou vybudovať si u klienta rešpekt a uznanie. *Závislé osoby* si zas vyžadujú otázky typu špeciálneho prístupu bez predsudkov. Trpezlivosť môže klienta posilniť k motivácii k zmene. *Manipulatívny klient* (napr. senior) si vyžaduje zvláštny prístup, aby nedošlo ku emocionálnemu vydieraniu pomáhajúcej profesie. Otázkami je nutné stanoviť jasné pravidlá, postupovať priamo, dôsledne a neobľomne. Pri stretnutiach s rizikovými, neštandardne sa správajúcimi klientmi (suicidálny, agresívny, delikventný ..), ohrozujúci pomáhajúcu profesiu je vhodné o tom informovať aj spolupracovníkov a zvoliť špecifické prístupy k riešeniu sociálneho problému (Žiaková, Šrobárová in Fabian et al., 2014). Je nevyhnutné mať v komunikácii voľnú únikovú cestu. Priamosť, vecnosť, korektná otvorenosť v otázkach je najlepšou prevenciou pred možným vznikom konfliktných situácií.

Kľúčové informácie o osobnosti klienta

Sociálna diagnostika sa považuje za východiskovú platformu práce poradcu a nástroj, na základe ktorého možno určiť miesto jedinca v populácii na základe jeho individuality, posúdiť jeho spôsobilosť na výkon v povolání, zhodnotiť jeho reálne limity v rôznych krízových situáciách, ako i jeho možnosti sebarealizácie v spoločnosti. Získava zásadné informácie o sociálnych problémoch klienta a v ich zhodnotení. Poradca musí ich vedieť vyhodnotiť tak, aby na ich základe mohol určiť proces pomoci pri zvládnutí krízových situácií. Primárnou metódou získavania týchto informácií je *riadený rozhovor*. Okrem toho sa používajú *dotazníkové metódy*, *štandardizované testy*, *nepriame - projektívne metódy*, *rôzne pozorovanie* v prirodzenom prostredí i v modelovej situácii, *analýzy existujúcich dokumentov*.

Diagnostika má nezastupiteľné miesto v sociálnej práci, ale aj v sociálnej psychológii a sociálnom poradenstve. Z pohľadu sociálnej psychológie hovoríme o *diagnostike sociálne významných vlastností (kľúčové informácie) osobnosti*, ktoré odborníkovi môžu významným spôsobom pomôcť zdefinovať schopnosti klienta integrovať sa v prirodzenom prostredí a žiť plnohodnotný život bez obmedzenia. K tomu slúžia viacdimeznionálne osobnostné dotazníky pre dospelých, dotazníky aplikované v pracovnej sfére, ale aj dotazníky pre deti a mládež (Kollárik, Sollárová 2004). Tie sa môžu využiť v poradenstve pre ľudí s *poruchami sociálnej adaptácie*, t. j. v oblasti prevencie a nápravy sociálno-patologických javov,

nakolko poznanie a objasňovanie príčin protispoločenských a kriminálnych javov je nevyhnutnou podmienkou pre ich ciele a úspešné odstraňovanie.

Prioritne sa využívajú psychodiagnostické metódy na stanovenie druhu a miery somatického, či duševného defektu a o problémy v oblasti emočnej reaktivity a štruktúry osobnosti. Sociálna diagnostika určuje stupeň a mieru sociálnej narušenosti osobnosti v dôsledku základného postihnutia, t. j. do akej miery defekt narúša sociálne väzby jedinca s okolím. V rámci diagnostického procesu sa využívajú metódy ako je pozorovanie (najmä klientovho správania v jeho prirodzenom prostredí), považované za súčasť činnostnej diagnostiky (Mátel, Schavel et al., 2014). Okrem toho anamnestický rozhovor či obsahová analýza produktov činnosti jedinca, najmä správ a informácií od iných odborníkov, posudky a hodnotenia z predchádzajúceho prostredia, lekárske, psychologické a sociálno – pedagogické vyjadrenia a pod. Ak je príležitosť kontaktovať sa s rodinou, manželkou, partnerom, deťmi, známymi, spolupracovníkmi, rovesníkmi je treba to využiť a informácie dôkladnej verifikácii.

Tabuľka 2 Kľúčové vedomosti o klientovi v procese diagnostikovania

Informácia o klientovi	meno, dátum narodenia, bydlisko, stav, počet detí, vzťahy v rodine a zamestnaní, vzdelanie, temperament, schopnosť kooperovať a asertívne jednáť	PROCES DIAGNOSTIKOVANIA	dynamické poznávanie (osoba – problém – situácia)
Zručnosti a schopnosti klienta	spoľahlivosť, dôvera, presnosť, dodržiavanie termínov, schopnosť zvládať záťažové situácie, autokontrola, prijatie zmeny, progres		klinické poznávanie (fungovanie osobnosti klienta)
Informácie o prostredí	usporiadanie bytu, dostupnosť služieb, vzdelania, možnosť rekvalifikácie		genetické poznávanie

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Aký súbor informácií obsahuje sociálna diagnóza?
- 2) Aké metódy na získavanie relevantných informácií o klientovi využíva sociálny pracovník?
- 3) Vytvorte mapu poznatkov o vybranom klientovi sociálnej práce.

2. 2 Intervencia

Ak sa zamýšľame nad samotným jadrom práce s klientom sociálnej práce, musíme priznať, že sociálna intervencia je ním v pravom zmysle slova. Význam slova intervencia znamená zasahovať, ovplyvňovať, čo naznačuje samotnú jej podstatu. Cudzojazyčný pôvod termínu sa spája so synonymami zakročenie, zásah, sprostredkovanie (Šaling, Šallingová, 2006, s. 597).

Z pohľadu aplikácie tejto metódy v sociálnej práci ide nielen o priame riešenie, ale aj hľadanie iného odborníka, sprostredkovanie vzťahu a distribúcia k nemu, zablokovanie prehĺbenia problému. Ide o zasahovanie do spôsobov konania jednotlivcov, skupín, inštitúcií. V prípadovej sociálnej práci to znamená, že klient má v sociálnom pracovníkovi, poradcovi, či nej pomáhajúcej profesii psychickú i praktickú oporu.

Intervencia predstavuje samotnú prácu s klientom a to na základe metodického postupu, ktorý sme pre klienta zvolili hodnotení a diagnostikovaní. Intervencia prebieha podľa plánu práce vypracovaným sociálnym pracovníkom v súčinnosti s klientom s prihliadnutím na vopred dohodnuté stretnutia (Lovašová in Žiaková, 2015). Súčasťou samotnej intervencie sú prirodzene ďalšie metódy sociálnej práce ako sociálna terapia, rehabilitácia či poradenstvo.

Zásady intervencie

Sociálna intervencia sa v súčasnosti používa na označenie zámerného zasahovania do spôsobov konania jednotlivca, skupiny či inštitúcií, do ich životných a pracovných podmienok, do štruktúry vzťahov (Bakošová, 2005). Rozlišujeme podľa stupňa naliehavosti bežnú sociálnu intervenciu a krízovú intervenciu. V prvej rovine ide o typ intervencie, ktorý je určený prípadu, kde je možné postupné, kontinuálne a hlavne pokojné riešenie. Pri takejto intervencii sa môže vypracovať plán stretnutí spolu s plánom riešenia situácie.

Krízová intervencia vyžaduje vzdelaním a zručnosťami flexibilného sociálneho pracovníka, keďže sa uskutočňuje v nepredvídateľných situáciách, bez toho žeby bolo niečo vopred naplánované alebo pripravené. V oboch prípadoch však treba mať na zreteli podstatu intervencie, ktorou je vedenie jednotlivca k svojpomoci, nielen ako pasívneho odberateľa „pomocnej ruky“. Ďalej usmerňovať človeka v zmysle viery vo vlastné sily a altruistického správania. Lindsay et al. (2009) zdôrazňuje v intervencii zachovávať psychosociálne prístupy, pochádzajúce z psychodynamickej teórie. V kontexte týchto prístupov treba rátať s popieraním, regresiou v správaní, racionalizáciou, či projekciou. Aj preto platia isté zásady intervencie:

- Ponechať klientovi právo na riešenie vlastného problému podľa svojich možností a schopností. Rešpektovať ním určené hranice intervencie. Akceptovať ho so silnými i slabšími stránkami, prejavíť mu dôveru, že vlastnými silami je schopný zmeny. Zachovať ochranu sociálnej, psychickej a fyzickej integrity klienta a to vrátane práva na odmietnutie intervencie. Musí byť realizovaná transparentne, pre klienta zrozumiteľným spôsobom.
- Hľadať a nájsť silné stránky osobnosti klienta, prienikové hodnoty. Zachovať mlčanlivosť v osobných veciach klienta, umožniť nahliadnúť do vlastného spisu.
- Prevziať zodpovednosť za dobro celej rodiny, resp. užšieho sociálneho prostredia klienta. Nové informácie využívať v prospech klienta.
- Treba vziať do úvahy skutočnosť multifaktoriálnosti intervencie. Intervencia využíva celý komplex metodických postupov (rozhovor, posilňovanie odolnosti klienta, správny odhad a zhodnotenie rizika, vedenie klienta k svojpomoci, výcvik komunikačných zručností a pod.), kým napr. terapia je chápaná len ako jedna z možností intervenčného zásahu.
- Sociálna intervencia by nemala byť vnímaná ako obmedzujúca forma zasahovania sociálneho pracovníka do integrity jedinca, zbavujúca slobody. Klient by sa tiež nemal cítiť ako úplne bezmocná osoba, úplne odkázaná na druhého. V opačnom prípade intervencia nebude tak účinná, aby dosiahla najvyšší stupeň efektívnosti.

Zariadenia sociálnych služieb, v ktorých nájde uplatnenie sociálny pracovník s odbornosťou na krízovú intervenciu sú *terénna sociálna služba krízovej intervencie, nízkoprahové denné centrum, integračné centrum, nocľaháreň, útulok, domov na polceste, zariadenia núdzového bývania* a mnohé ďalšie.

Zameranie sociálnej intervencie sa spája s problémovou oblasťou, ktorá sa rieši, ale je dôležité aj komu sa poskytuje. Prirodzene v našich podmienkach je intervencia chápaná značne pragmaticky, čo naznačil Řezníček (1999) v zmysle sústredeného cieľového prístupu (*task-centered approach*).

V intervencii je vhodné ak sa využívajú komunikačné zásady, ktoré pomáhajú:

- nadväzovať na predchádzajúce aktivity,
- citlivo vedieť prekonať chvíle mlčania,
- prechádzať od všeobecného ku konkrétnemu,
- získavanie kľúčových informácií bez nútenia, navádzania,
- citlivé odkrývanie tabuizovaných tém.

Zameranie a cielená orientácia sociálnej intervencie sa môže chápať ako stratégia dobrého stratéga a tým by sociálny pracovník mal byť. Kvalitná stratégia

začína správnym naplánovaním rozhovoru. Pred ním je pragmatické stanoviť si nielen cieľ, ale aj ďalšiu frekvenciu stretnutí. Informácie pre klienta by sa mali riadiť zásadou objektívnosti a presnosti. Inak môže prísť k nedorozumeniam. Spolu s informáciami a radami je náležité pripájať povzbudenie a poukázanie na riešiteľnosť každej situácie. Tým zmierňujeme obavy samotného klienta. Ďalším dôležitým zreteľom intervencie je uplatnenie behaviorálnych techník pri nácviku správania, ako sú napríklad modelové situácie, hranie rolí, rozvoj vedomých spôsobov zvládania záťaže (Procházka et al., 2014). Prirodzene sa môže využiť metodika konfrontácie, rozlišovania medzi účelom a prostriedkami, využitie brainstormingu ako metódy riešenia problémov nekonvenčným a tvorivým spôsobom.

Kroky intervenčného procesu

Kopřiva (2008) si všíma štyri typy intervencie, čím poukazuje aj na spôsob jej zamerania. Jedná sa o *inštrukciu*, ktorá môže mať i dôraznejšiu formu, avšak za každých okolností znamená vo svojej báze návod k jednaniu a konaniu. Pridáva *komentár*. Ten však nemá tak rázny, direktívny charakter, pretože sociálny pracovník odpovedá na problém vlastným stanoviskom. Často využíva „pozitívne“ rysy problému, aby zvýšil motiváciu jedinca ku spolupráci. Intervencia pomáhajúcej profesie môže spočívať aj v *kladení otázok*. V systematickej práci sú otázky fundamentálnou formou intervencie. Nemôžu byť samozrejme sugestívne, ale majú podobne ako komentár ukázať problém v inom svetle. V neposlednom rade intervenčný proces obsahuje aj *rezonanciu*. Ona dáva smer a zameranie ďalšej intervencii, keďže je autentickým odzrkadlením kontaktu klient verzus sociálny pracovník.

Tabuľka 3 Nevyhnutné kroky intervenčného procesu

Ozn	Krok	Cieľ	Zdôvodnenie	Prostriedky
1	mapovanie problémovej oblasti	získavanie predstavy o celom spektre problémov	pomôže vytvoriť profil problémovej oblasti	zhromaždenie kompletného popisu aktuálnych problémov
2	voľba problému a kontrakt	dosiahnutie zhody medzi klientom a sociálnym pracovníkom, ktorý problém bude	podporuje klientovu ochotu ku spolupráci a zapojeniu	rozhovor nad zoznamom problémov, vyjednávanie výberu

		predmetom spoločného úsilia o zmenu		
3	súhlas so spoluprácou	získanie súhlasu klienta ku spolupráci	podporuje klientovu ochotu ku spolupráci	vysvetlenie, čítanie dohody a žiadosť o súhlas
4	špecifikácia cieľového správania	špecifikácia detailov o vybranom probléme	demonštruje, čo udržuje a posilňuje problém	rozhovor o príkladoch problémového správania možných alternatívach a ich príkladoch
5	základná charakteristik a cieľového správania	získavanie informácií o frekvencii a trvaní problému	poskytne konkrétne východisko pre posúdenie zmeny	tvorba grafov, náčrtov, schém, prvý úsudok
6	identifikácia problému, kontrola okolností	získanie informácií o okolnostiach, ktoré súvisia s výskytom problému	ukazuje význam určitých stimulov dotýkajúcich sa problému	tvorba schém, grafov, ktoré zachytávajú udalosti pred, v priebehu a po výskyte problému
7	vyhodnotenie zdrojov v klientovom okolí	identifikácia možných zdrojov v klientovom okolí	pomáha zaangažovať pomoc z okolia bez ktorej by bolo dosiahnutie zmeny obtiažne	rozhovor s klientom a jeho najbližším okolím
8	špecifikácia behaviorálnych cieľov	špecifikácia behaviorálnych cieľov v pláne zmien	pomáha vyjasniť záverečnú predstavu o žiaducej zmene správania	individuálny rozhovor s klientom
9	formulácia plánu zmien	výber vhodnej techniky	umožňuje výber najefektívnejšej cesty k dosiahnutiu	rozbor informácií získaných v doterajších krokoch, overenie

			žiaducej zmeny	intervenčných možností
10	realizácia	zmena správania	koncentruje úsilie na vlastnú zmenu	uskutočnenie špecifických intervenčných techník
11	sledovanie výsledkov	získavanie informácií o efektívnosti intervencie	poskytuje spätnú väzbu	zber a vyhodnotenie dát
12	zachovanie dosiahnutej zmeny	dosiahnutie stability	pomáha zabrániť recidívam	spolupráca s ľuďmi z blízkeho okolia klienta

(Zdroj: vlastné spracovanie)

Krízová intervencia

Osobitné miesto v praxi pomáhajúcich profesií má krízová intervencia, určená klientovi, ktorý sa náhle ocitol v akútnej krízovej situácii. Býva definovaná ako špecializovaná pomoc osobám, ktoré sa náhle ocitli v kríze. Rozvíja sa prostredníctvom *cielených, odborných a reflektovaných postupov* (Matoušek a kol., 2013, s. 259). Kríza môže byť zjavná i latentná. Pri zjavnej ide o situáciu, keď jednotlivец vedome čelí situácii vyvolávajúcej krízu, plne si ju uvedomuje a pripúšťa. Napríklad tu môžeme zaradiť krízy súvisiace s rozpadom manželstva, vzťahu, havária, úraz a pod. Latentnú krízu si človek naplno neuvedomuje, nechce alebo zo subjektívnych dôvodov si ju nemôže pripustiť.

Najčastejšie delenie kríz je podľa Baldwina (in Vodáčková, 2007) na *krízu situačnú* (niečo stalo bez súhlasu našej vôle a my čelíme následkom), *tranzitornú krízu* (z očakávaných životných zmien), *vývinovú krízu* (z nedoriešených úloh z minulosti), *krízu prameniacu z traumatizujúceho podnetu* (životná prekážka ohrozujúca zdravie, život, vzťah), *krízu v kontexte špecifickej krehkosti* (ochorenie), *neodkladné krízové stavy* (povodeň).

Kríza ako taká prebieha v niekoľkých fázach. Prvou je vnímanie ohrozenia, dôsledkom čoho môže exponovať zvýšená úzkosť. Následne sa objavuje pocit zraniteľnosti a nedostatok kontroly nad situáciou. V tretej etape sa usilujeme o predefinovanie krízy nádejou. V tomto momente je človek najviac otvorený pomoci zvonku. Ak sa pomoc neujme, kríza sa môže ťaživo prehĺbiť. V poslednej fáze môže dôjsť k úplne psychickej dezorganizácii, čo nezriedka prerastá až do nápadných psychologických a emocionálnych zmien.

Riešenie krízy intervenčným zásahom primárne znamená preorientovať psychické zamerania ohrozenej osoby. Nájsť náhradnú aktivitu, zmeniť to čo ešte môžem. Krízová intervencia je z časového hľadiska kratšia, zameraná na zvládnutie akútneho problému a na jej riešení sa môže podieľať viacero odborníkov. Pomáha minimalizovať ohrozenie klienta, posilniť jeho schopnosť vyrovnáť sa so záťažou. Priama postupnosť podľa Vodáčkovej (2007) je z pohľadu profesionála nasledovná. Na začiatok je dôležitá príprava konzultácie, zabezpečenie základných potrieb klienta. Kým začne samotný rozhovor, úlohou pomáhajúceho je vytvorenie bezpečného miesta, rámca dialógu a nakoniec kontraktu (dohody) s klientom.

Princípy krízovej intervencie sú v podstate aj jej znakmi podľa ktorých sa líši od bežnej intervencie. Baštecká (2005) uvádza, žeby mala byť:

- okamžitá (k dispozícii 24 hodín denne),
- ľahko dosiahnuteľná (sieť dostupných krízových centier),
- kontinuálna (pokračovanie spolupráce s odborníkom),
- pôsobiaca ako prevencia pred možným zhoršením stavu,
- aktívna pomoc (aktívne podporovať klientovu energiu),
- pomoc poskytovaná v čo najmenej obmedzujúcom prostredí,
- zahŕňa priestor biopsychosociálny a spirituálny,
- zaoberá sa vzťahovým rámcom (zahŕňa tie osoby, ktorých sa kríza týka)
- zameriava sa len na tie prvky klientovej minulosti a budúcnosti, ktoré bezprostredne s jeho krízovou situáciou.

Proces krízovej intervencie sa skladá z následných fáz:

- *Okamžitá redukcia ohrozenia.* Znamená to riešiť problém v jeho akútnej podobe (napr. intoxikáciu, zranenie alebo somatické obtiaže).
- *Prvotný odhad situácie a jej posúdenie.* Posúdenie aktuálneho stavu môže zohrať kľúčovú úlohu pri ďalšom pôsobení (snažíme sa zistiť čo je spúšťačom reakcií).
- *Formulácia hypotézy.* S vytvorením hypotézy súvisí aj odhad prognózy, čím sledujeme kapacitu klienta a odhad jeho schopností pri riešení vlastného problému.
- *Samotná intervencia.* Znamená proces vyrovnávania sa s krízou, kedy je užitočné dávať podporu nádejou, resp. ponúkať možnosti.

Uznávame, že v krízovej intervencii nie je miesto pre poučovanie, moralizovanie, posudzovanie. Klient totiž emocionálne veľmi prežíva situáciu a podobná aplikácia riešenia by mohla spôsobiť uzatvorenie sa jedinca. Podľa

Levickej (2004) krízová intervencia je chápaná ako terapeutický postoj, kedy sa jedinec sebaotvorením dostáva vlastne do kontaktu so svojou krízou, takže je schopný vnímať a uskutočniť tvorivý obrat vo svojom živote. Z toho vyplývajú aj jej ciele ako napr. umožniť nový spôsob zaobchádzania s úzkosťou, pomáhať pri riešení vnútorných problémov, hľadať zdroje pomoci osobe zasiahnutej krízou.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Vymenuj zásady intervencie a vysvetli ich význam.
- 2) Aké znaky odlišujú krízovú intervenciu od bežnej?
- 3) Akým krízam môže čeliť klient sociálnej práce?

2. 3 Prevencia v optike záujmu sociálnej práce

Univerzálne na celom svete sa prevencia chápe v materiálnom i morálnom rozmere rôznych aktivít a činností na predchádzanie vzniku nežiaducich javov u jednotlivcov, sociálnych skupín, komunit i celej spoločnosti. Cieľom sociálnej prevencie je predchádzať nežiaducim závažným životným problémom, skôr ako sa celý problém zviditeľní a rozvinie. Väčšina dostupných zdrojov sa využíva na liečbu a rehabilitačné služby a len veľmi málo vyčlenených prostriedkov na prevenciu problémov duševného zdravia. Pričom z pohľadu sociálnej práce duševná rovnováha klienta je zásadná. Inovovaný prístup k prevencii si vyžaduje, aby sme prekročili rámec medicínskeho nazerania, v ktorom sa čaká na symptómy choroby či problému. Pre sociálnu prácu je lepšie priblížiť sa k filozofii praxe, ktorá sa zameriava na dlhodobý zdravý vývoj (McCave, Rishel, 2011).

V našom legislatívnom prostredí sa sociálnou prevenciou rozumie špecifická forma sociálnej služby, predtým sociálnej pomoci v zmysle štátom garantovanej starostlivosti o občana v sociálnej oblasti. V zmysle sociálnej služby ide o odbornú činnosť zameranú prevenciu vzniku nepriaznivej sociálnej situácie, riešenie nepriaznivej sociálnej situácie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie fyzickej osoby, rodiny alebo komunity. Ide aj o prevenciu sociálneho vylúčenia (Zákon č. 448/08 Z. z. o sociálnych službách).

Jednou z rozhodujúcich úloh štátu je prijímať opatrenia, ktorých cieľom je vytvoriť priestor na predchádzanie príčin a negatívnych dôsledkov rôznych životných situácií, v ktorých sa rodina a jej členovia ocitnú. Rovnako príležitosti na podporu a pomoc v prípade, ak takéto situácie nastanú. Riešenie niektorých vopred uznaných životných udalostí občanov a rodín s deťmi podporuje systémom štátnej sociálnej podpory. V situáciách, keď nie sú jednotlivci a rodiny

sami schopní riešiť nepriaznivé sociálne situácie, v ktorých sa ocitli, štát garantuje poskytnutie sociálnej pomoci.

Novotná a Schimmerlingová (in Ondrejko, 2009) rozlišujú metódy sociálnej práce preventívne a kuratívne. Pomáhajú predchádzať dysfunkčným procesom narúšajúcich vnútornú harmóniu vývoja jednotlivca, sociálnej skupiny alebo komunity. Stav nerovnováhy prispieva k poruchám vzťahov v spoločenskom a hmotnom prostredí. Obligátne definícia prevencie sa spája s činnosťou orientovanou na zabránenie niečomu. V užšom zmysle sú to:

- činnosti orientované na predchádzanie, zabránenie vzniku problému,
- činnosti následné, ktoré zabraňujú opakovaniu sa problému,
- činnosti zamerané na znižovanie dopadov nežiaduceho konania.

Sociálna prevencia je terminologicky veľmi úzko prepojená s medicínou, navyše od nej prevzala aj spôsob prístupu ku klientovi. V oboch prípadoch ide o stabilizovanie somatických, a psychosociálnych pomerov jednotlivca, o udržanie normálneho fungovania jednotlivca a o jeho integráciu späť do spoločnosti. Prirodzene každá vlastnými metódami. Sociálna prevencia podľa Strieženca (2001) v sociálnej práci predchádza negatívnym sociálnym udalostiam a pre spoločnosť je vysoko efektívna, keď je včasná, sústavná, plánovitá a komplexná.

Primárna, sekundárna a terciárna

Počas profilácie sociálnej práce v sociálnopolitických podmienkach po roku 1989 sa v slovenských pomeroch zaužívalo delenie sociálnej prevencie na primárnu, sekundárnu a terciárnu prevenciu. (porov. Strieženec, Levická, Schavel, Slovák). Primárna prevencia využíva včasné vyhľadávanie rizikových faktorov a snáh o samotnú intervenciu u rizikových osôb. Tiež sa sústreďí na vyhľadávanie klientov, u ktorých je potrebné a vhodné predchádzať sociálnym kolíziám. K najznámejším metódam *primárnej prevencie*, ktoré oscilujú pri vytváraní najvhodnejších podmienok pre zdravý vývoj detí a dospelých, ako aj na ich sociálne usmernenie, patria rôzne preventívne programy, ako napríklad tzv. večery otázok a odpovedí, zábavné popoludnia, výchovné koncerty a iné. Skutočne efektívna primárna prevencia sa u detí a mladých nezaobíde bez dostatočne angažovaných dospelých. Je dôležité zamerať sa najmä na osoby s vyšším rizikom zlyhania. Nejde totiž len o problematiku závislostí, ale v súčasnosti akcentuje rovnako problém šikanovania, či už fyzického, psychického alebo virtuálneho. U detí a dospelých sa predovšetkým musia posilňovať tie osobnostné vlastnosti, resp. druhy správania, ktoré vedú k zdravému,

prosociálnemu spôsobu života. Komplexná prevencia u detí či adolescentov má spĺňať nasledujúce:

- hľadanie miesta vo vlastnej rodine a využívanie jej zdrojov,
- hľadanie orientácie v kamarátskych a partnerských vzťahoch,
- hľadanie orientácie v spoločnosti,
- angažovanosť v spoločenskom dianí,
- vlastné smerovanie na vzdelávacej, pracovnej dráhe,
- spôsoby, ako sa vyrovnáť s traumami,
- spôsoby riešenia konfliktov s ľuďmi (Skiba, Monroe, Wodarski, 2004).

A v neposlednom rade sa nezaobíde bez *hodnotového a spirituálneho ukotvenia*. Náboženská viera je sama osebe prevenciou spoločenského zlyhania, pretože človeka hodnotovo stabilizuje (Matoušek, 2009).

Primárna prevencia, sa parciálne realizuje v:

- *v oblasti osvety verejnosti* – so zámerom poukázať na význam priaznivej spoločenskej atmosféry, v ktorej by sa maloletí mali pohybovať. V primárnej prevencii majú významné miesto médiá a online priestor, internet, mediálne kampane, sociálne siete, blogy, ale tiež škola a neziskové organizácie. Osveta a o zhubnosti sociálno – patologického správania formou kampaní, interakčných prednášok, seminárov, „challenge days“ a iných motivujúcich aktivít. Súčasťou je aj legislatíva ochraňujúca rodiny a detí. Podstatné je včasná identifikácia rizikového správania ako šikanovanie a násilie na školách, iné agresívne správanie, záškoláctvo, užívanie návykových látok, sexuálne rizikové správanie, vandalizmus, xenofóbia, rasizmus, komerčné zneužívanie detí, týranie a zneužívanie atď. (Miovský et al. 2010).
- *v oblasti informovania a osvety pomáhajúcich profesií, vychovávateľov, rodičov* – orientovaná na zvyšovanie povedomia zodpovednosti rodičov k svojim deťom, význam roly otca v rodine a iné. Príprava a výchova k zodpovednému rodičovstvu na školách by mala byť samozrejmosťou. Prevencii na tejto úrovni zodpovedajú aktivity, ktoré eliminujú vznik zraniteľných skupín obyvateľstva a rizikových životných situácií, neželanému tehotenstvu, rodinným rozvratom, alkoholizmu, toxikománii, gamblerstvu nielen detí a dospievajúcich. Vzhľadom na neutíchajúci trysk moderných informačných a komunikačných technológií, je žiaduce využívať informačno-komunikačnú interaktivitu s rodičmi, počítačové programy, výchovno-vzdelávacie aplikácie, tematické vzdelávanie napr. s protidrogovou osvetou a výchovou, edukácia objasňujúca podstatu rešpektovania

rovnoprávnosti či nevhodnosť asociálneho správania. Je dôležité kontinuálne zabezpečovať odborný rast sociálnych a pedagogických pracovníkov.

- *v oblasti vyhľadávania rizikových skupín obyvateľstva (dospelí a deti) a rizikových životných situácií – vychádza zo skúseností, že existujú ľudia, ktorí majú bližšie k agresivite, fyzickým a psychickým atakom či týraniu ako iní. Napríklad osoby s anomálnym vývojom osobnosti, látkovo i nelátkovo závislí, mladiství rodičia, osoby s netradičným životným štýlom, osoby vystavené neustálemu stresu s dopadom na duševné zdravie, jedinci s psychiatrickou diagnózou, osoby s rizikovým sexuálnym správaním, osoby s oslabenou sebakontrolou. Najviac zraniteľné sú deti, ktoré svojim správaním agresorov nevedome provokujú, maloletí, pre iných „nezrozumiteľní“, deti, ktoré unavujú či „dráždia“ ako napr. deti s ľahkými mozgovými dysfunkciami, trucovité deti, deti s poruchami správania, s mentálnym postihnutím, so zníženými intelektovými schopnosťami. Potenciál rizika rozširuje dysfunkčnosť rodinného prostredia (konflikty, závislosť rodiča, hmotná núdza, nezamestnanosť, sociálna neistota).*

Sekundárna a terciárna prevencia

Zabraňuje prehlbovaniu už vzniknutých porúch psychického alebo sociálneho vývinu klienta. V tejto línii sa efektívne využívajú odborné metódy typu nápravnej činnosti, liečebno – výchovnej prevencie, prípadne výchovno – rekreačných táborov, ktoré predchádzajú sociálno – patologickým javom. Pri *sekundárnej prevencii* sa volia predovšetkým metódy zamerané na posilňovanie vôľového konania, zvyšovanie emočnej a stresovej odolnosti, situačné či inscenačné metódy a pod. Sekundárna prevencia sa často uplatňuje v prípadoch, keď už k patologickému javu, či konaniu došlo (napr. fyzickým či psychickým atakom). Chceme však zabrániť ďalšiemu opakovaniu a prehlbovaniu. Viac-menej ide o skrining a včasnú intervenciu, zameranú na identifikovanie problémov jednotlivcov alebo skupín. V tej chvíli sa začína proces diagnostický, ktorý má vyústiť v prognózu prípadu. Z prognózy ďalej vyplýva návrh obsahujúci pomocné, ochranné, terapeutické a ďalšie opatrenia v prospech dieťaťa. V tomto kroku je potrebné zvážiť, či dieťaťu neuškodí zostať v pôvodnej rodine a hľadá sa optimálne riešenie jeho situácie. Sociálny pracovník využíva sekundárnu prevenciu, aby zabránil prehlbovaniu už vzniknutých porúch psychického alebo sociálneho vývinu klienta. Využíva účinné metódy typu nápravnej činnosti, liečebno – výchovnej prevencie, prípadne výchovno – rekreačných táborov, úspešne eliminujúce dôsledky sociálno – patologických javov. Vo výchovno –

rekreačných táboroch sa uskutočňujú preventívne programy a aktivity pre rizikové sociálne skupiny, najmä však pre deti a mládež ohrozené sociálno – patologickými javmi a deti zo znevýhodneného, málo podnetného sociálneho prostredia. Ich poslaním v súlade s úlohou sekundárnej prevencie je zabezpečiť odbornú pomoc a poradenstvo osobám nachádzajúcim sa v krízových situáciách.

Terciárna prevencia znižuje negatívne sociálne dopady a dôsledky. Praktickými formami sú rehabilitačné a resocializačné techniky a činnosti realizované v komunitnom priestore. Z metód majú najväčší význam individuálne programy, domovy na pol ceste, resocializačné metódy a techniky, postpenitenciárna starostlivosť a mnohé iné. Terciárna prevencia predchádza zhoršovaniu stavu už existujúcich problémov, porúch a zabrániť ich recidívam.

Prevencia je ponuka pre...

Podľa legislatívy sa prevencia vykonáva pre :

- *pre maloletých*, ktorí zanedbávajú povinnú školskú dochádzku, s poruchami správania, s nariadenou ústavnou alebo ochrannou výchovou a ktorí sa dopustili konania so známami trestného činu,
- *pre dospelých* prepustených z výkonu trestu, zo zdravotníckeho zariadenia na liečbu závislostí a tým, ktorým bol výkon trestu podmienene odložený,
- *pre ťažko zdravotne postihnutých* a tých, ktorých obmedzuje nepriaznivý zdravotný stav.

Zákon č. 448/08 Z. z. o sociálnych službách indikuje preventívne zameranie sociálnych služieb na predchádzanie vzniku, riešenie alebo zmiernenie nepriaznivej sociálnej situácie jednotlivca, rodiny alebo komunity. Ďalej na zachovanie, obnovu alebo rozvoj schopnosti jednotlivca samostatne viesť život. Tiež na podporu začlenenia jednotlivca do spoločnosti a prevenciu sociálneho vylúčenia, i na riešenie krízovej sociálnej situácie jednotlivca a rodiny.

Do foriem sociálnej prevencie patrí postpenitenciárna starostlivosť o občanov po skončení trestu odňatia slobody. Medzi resocializačné aktivity patria najmä postupy zamerané na zmiernenie, prekonanie a zabránenie opakovaniu dlhodobo pretrvávajúcej sociálnej núdze so zámerom zapojiť občana do života v prirodzenom prostredí. Účelom je odstraňovanie dlhodobo pretrvávajúcich krízových životných situácií. Méťou sociálneho pracovníka je znovuobnoviť schopnosť aktívnej adaptácie klienta na spoločenský systém, ukotviť zmeny hodnotovej orientácie, naučiť ho akceptovať spoločenské normy a pravidlá, prijímať nové pozitívne vzory správania, akceptovať authority, osvojiť si nové sociálne roly, toleranciu a nezávislosť od kontroly a mnohé iné. Cieľovou

skupinou sú najmä jedinci s rôznou úrovňou rozvinutej závislosti, prepustení z väzenia, spoločensky izolovaní, neprispôsobiví a pod.

Vzhľadom k pretrvávajúcej závažnosti dopadov drogovej problematiky, na najrozličnejších zriaďovateľských bázach vzniká celý rad inštitúcií, ktoré poskytujú profesionálnu pomoc a liečbu osobám so závislosťou, ktoré sa tiež zaoberajú preventívnymi programami, tzv. *Prev-centrá*. Pomoc závislým je poskytovaná v rozličných typoch programov podľa aktuálnych potrieb. Najčastejšie ide o terénne programy, kontaktné centrá, denné stacionáre, terapeutické komunity a doliečovací centrá s chráneným bývaním, prípadne chránenou dielňou (Vodáčková, 2007).

Sociálna prevencia sa zabezpečuje aj inými formami, a to napríklad prácou v otvorenom prostredí, v zariadení sociálnych služieb, intervenciou sociálneho pracovníka v prirodzenom sociálnom prostredí klientov, sanáciou rodín, prácou s drogovou závislými jedincami, spoločensky neprispôsobivými, osobami bez prístrešia, prostituujuúcimi a pod. Ambulantné formy prevencie spočívajú v práci najmä Centier poradensko-psychologických služieb pre jednotlivca, pár a rodinu. Ďalej v činnosti rezidenčných služieb a poskytovaním starostlivosti v resocializačných strediskách, krízových strediskách, útulkoch (miesta pre občanov bez prístrešia, obeť domáceho násillia a mládež po ukončení ústavnej alebo ochranej výchovy) a zariadeniach chráneného bývania – tzv. *Domy na pol ceste*. Prevencia v sociálnej práci sa opiera hlavne o rozmer predchádzania sociálno – patologickým javom a deviacie osobitne. Existujú špecifiká preventívnych opatrení najmä pred drogovou, kultovou závislosťou, ale aj prevencia pred samovraždami, záškoláctvom, šikanovaním, syndrómom CAN a pod. Sociálna práca je už svojou podstatou preventívne zameraná, kým napríklad v sociálnej pedagogike je prevencia rozpracovaná teoreticky (Ondrejko, 2009).

Úspešnosť opatrení

Na tomto mieste môžeme pripomenúť Herrigenove (1992) stratégie prevencie. Prvá sa orientuje na ľudí, kým druhá a tretia sa venujú štruktúrnym opatreniam. Zjednodušene povedané primárna prevencia znamená samotné nároky na pomoc, sekundárna na priamu aktuálnu a terciárna dodatočnú pomoc. Prevencia nie je teda len metóda, ale aj jej princíp a samostatná oblasť sociálnej práce.

O úspešnosti prevencie rozhodujú také faktory ako epidemiológia problému, ktorého sa prevencia týka, jej systematika, ale aj rodinné prostredie a odhadnutie výberu preventívneho pôsobenia. Ale tiež príprava a vzdelávanie reprezentantov prevencie prostredníctvom špecializovaných programov formou tréningov a výcvikov (Schavel, Čišecký, 2008). K ďalším patrí podpora a pomoc pre

inštitúcie, ktoré sa podieľajú na realizácii preventívnych aktivít, ako aj spolupráca pri ich plánovaní a projektovaní.

V spojitosti s doplnkovými postupmi sociálnej prevencie či už ide o jednotlivca, skupinu či komunitu je dôležité si uvedomiť, že kľúčovú úlohu zohráva motivácia klienta. Vybrať správnu stratégiu je preto rozhodujúci moment ďalšieho postupu riešenia problému jedinca. K tomu slúžia interakčné stratégie ako sú:

- plánovanie stretnutia a rozhovoru,
- poskytovanie objektívnych informácií,
- behaviorálne techniky, nácvik správania,
- konfrontácia,
- zadávanie domácich úloh,
- rozhodovanie na papieri,
- diskusia.

Metódy sociálnej prevencie so skupinou sa aplikujú na základe požiadavky priameho zadávateľa a tým je zvyčajne štát. Okrem neho sú aktivity realizované tretím sektorom, náboženskými hnutiami alebo svojpomocnými skupinami. Môžu pracovať na spoločných, nápravných alebo cieľoch podporujúcich vzájomnosť a spolupatričnosť. V užšom kontexte tieto preventívne postupy prispievajú k:

- zabráňovaniu vzniku sociálnej disfunkcie u jednotlivých členov skupiny,
- poskytovaniu pomoci a opory jednotlivcom,
- zabezpečeniu rastu a rozvoja funkcií skupiny,
- pomoci jednotlivcom k aktívnej účasti na živote skupiny.

Pri metódach sociálnej prevencie so skupinou je nutné prihliadať na širšie geografické a demografické parametre ich pôsobenia. Podľa Levickej (2002), hlavne z dôvodu, že pomáhajú osobám žijúcim na určitom územnom celku pri riešení konkrétnych životných situácií. Pri ich vymenovaní sme neustále v konfrontácii s etapami sociálnej práce, keďže sú s nimi úzko prepojené:

- metódy získavania informácií,
- metódy kvantifikácie a kvalifikácie sociálnych problémov komunity,
- metódy navrhovania projektov opatrení pre komunitu,
- metódy realizácie projektov opatrení,
- metódy priamej realizácie prevencie, prípadne rehabilitácie sociálno-patologických javov.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) *Pre aké cieľové skupiny sa podľa legislatívy prevencia poskytuje?*
- 2) *Urči podstatné znaky primárnej, sekundárnej a terciárnej prevencie.*
- 3) *Aké faktory rozhodujú o úspešnosti prevencie?*

2. 4 Poradenstvo a komunikácia pri práci s klientom sociálnej práce

Sociálne poradenstvo sa u nás realizuje v diapazóne legislatívneho vymedzenia a individuálneho prístupu poradcu k situácii, problému, jednotlivcovi alebo sociálnej skupine. Zákon č. 448/2008 Z. z. definuje, že sociálne poradenstvo je odborná činnosť zameraná na pomoc fyzickej osobe v nepriaznivej sociálnej situácii. Vykonáva sa na úrovni základného a špecializovaného sociálneho poradenstva.

Podľa Schavela a Oláha (2010, s. 15) sociálne poradenstvo môžeme chápať ako profesionálnu odbornú činnosť, vykonávanú odborníkom a založenú na vzťahu, podpore, pomoci, rozvoji, optimálnom uplatnení klienta a jeho realnej orientácii v živote.

Problematika sociálneho poradenstva je flexibilná, aktuálne reagujúca na podnety. Počet ľudí, ktorí sa nachádzajúcich v informačnej núdzi, respektíve sú odkázaní na pomoc štátu, verejných či súkromných inštitúcií neklesá. Gabura (2013) si všíma model poradenstva s dlhou tradíciou v Nemecku. Každý klient má právo na poradenstvo a poskytovateľ sociálnej služby je zodpovedný za elementárne informačné poradenstvo. Podáva informácie o sociálnych príležitostiach, sociálno-právnych otázkach. Procesuálne poradenstvo využíva aj vzťah medz sociálnym poradcom a klientom pri riešení problémov a hľadani individuálneho prístupu a riešenia. V optike sociálneho poradcu to znamená byť k dispozícii otázkam klienta a zároveň osobou, ktorá vie vyhodnotiť aktuálne emócie a správanie klienta. V tom exponuje práve nemecký koncept podpory človeka v sociálnej kríze *Sociálne poradenstvo a sprevádzanie - Sozialberatung und Betreuung*. Nik nemá so svojim problémom zostať sám.

Stručný náhľad do formovania poradenstva

Poradenstvo ako jedna z najefektívnejších metód sociálnej práce sa začína formovať na prelome 19. a 20. storočia súbežne s rozvojom sociálnej práce ako samostatnej vednej disciplíny. Pri vzniku sociálneho poradenstva vo svete stáli odborníci z rôznych vedných disciplín, ktorí hľadali riešenia pre klienta aj mimo svojej vednej disciplíny ako boli napríklad lekári (A. Salomonová, R. Cabot, B. C. Reynoldsová), psychológovia (V. Robinsonová, J. S. Plant), sociológovia (Hayes, Payot, Bláha), pedagógovia (H. Radlinská, J. Schilling), ale i ďalší. Predchodcom sociálneho poradenstva bola prípadová sociálna práca. Paradoxne dôsledky druhej svetovej vojny v podobe vojnových invalidov, sirôt, vdov, prehlbujúcej sa chudoby podnietili profesionálnu i dobrovoľnícku sociálnu prácu, v ktorej sa objavujú prvky poradenstva. Neskôr však v nedemokratickej dobe po roku 1948,

sa sociálna práca v Československu zredukovala na administratívno-byrokratický systém a rezidenčné formy sociálnej práce (ústavy). Preto sa termín sociálne poradenstvo takmer vytratil (Gabura, 2013).

Stávalo sa, že odborník v rámci poradenstva nevedel ponúknuť tie riešenia, ktoré by klientov problém odstránili alebo eliminovali. Najmä preto, že problém nebol vždy v kontextuálnej odbornej kompetencii pomáhajúceho profesionála. Stávalo sa, že sa riešil symptóm (príznak), ale nie príčina. Vidíme to na príklade, keď medicína síce našla riešenie, liečbu TBC, ale tá bola nedostupná pre chudobných. Aj preto sa profilovali hraničné disciplíny ako sociálne lekárstvo, sociálna psychiatria, sociálna psychológia, sociálna pedagogika atď. a začínal sa rozvoj novej vednej oblasti sociálnej práce, vrátane jej metód, ku ktorým patrí aj sociálne poradenstvo (porov. Levická, 2007, 2011).

V moderných koncepciách poradenstva sa uplatňujú dva prístupy. *Guidance* (vedenie) - predstavuje pomoc jedincovi s cieľom realizovať vhodnú (adekvátnu) voľbu - rozhodnutie. Ťažisko tejto formy spočíva v racionálnom rozhodovaní, v poznávacej stránke poradenského procesu. *Counseling* (rada, poradenská pomoc) - predpokladá nadviazanie hlbokého osobného kontaktu medzi klientom a poradcom. Vychádza z predpokladu sebazoznania klienta a má v zásade nedirektívny charakter, i keď mnohé poradenské školy (dynamická škola, behaviorálna škola, rodinné poradenstvo) majú direktívne východiská. Podľa Gröninga (2020) poradenstvo sa v sociálnej práci chápe ako spoločenskovedný nástroj na komunikatívne rozpracovanie rizikových, neistých a ohrozených životných situácií a ich stabilizáciu, ako aj na reflexiu osobných životných svetov záujemcov o poradenstvo a klientov.

Sociálne poradenstvo

Sociálne poradenstvo ako osobitný druh služieb človeku, jednotlivcovi, dvojici, skupinám alebo inštitúciám sa uskutočňuje v špecifickom type medziľudského vzťahu alebo v špecifickej sociálnej situácii. Vzhľadom na intenzitu a šírku záberu jeho pôsobnosti možno rozlíšiť tri základné typy poradenských situácií. V *mikrosituáciách* sa uskutočňuje individuálne, dyadické, rodinné a skupinové poradenstvo. V *mezosituáciách* ide o hromadné poradenstvo pre vybrané cieľové skupiny a v *makrosituáciách* sú poradcovia a poradenské zariadenia iba jedným z mnohých článkov sociálnej makroštruktúry poradenstva, zúčastňujú sa na príprave a realizácii širších sociálnych programov. Základnou jednotkou sociálneho poradenstva je *dyadické, resp. individuálne poradenstvo*, ktoré aplikuje poznatky sociálnej psychológie. Poradca pomáha klientovi poznať seba samého, jeho schopnosti, záujmy, potreby a pod. Pomáha mu uvedomiť si jeho pozíciu v spoločnosti, chápať konkrétnu životnú situáciu a podporiť jeho pozitívny vývin.

Určujúci vplyv na ďalšiu poradenskú prácu má optimálny priebeh prvého stretnutia poradcu s klientom. Súčasťou sú viaceré procesy: utvára sa *raport* (typ interpersonálneho vzťahu medzi poradcom a iným človekom), určuje sa štruktúra a prvá orientácia v probléme, situácii. Prvý kontakt by mal byť prirodzený, neformálny (vzájomné predstavenie, úsmev, autentické správanie a pod.). Cieľom úvodnej fázy je prvotná informácia o myslení, cítení, názoroch klienta na príčiny príchodu do poradne a na riešenie problému. Preto úvodné *interview* je potrebné viesť nedirektívne, rovnako ako aktivitu a spôsob prezentácie problému nechať na klienta. Ide vlastne o prvú fázu *diagnostického procesu*.

Rozlišujeme základné a špecializované poradenstvo

Základné sociálne poradenstvo poskytuje bazálne informácie o možnostiach riešenia a podľa potreby aj odporúčanie a sprostredkovanie ďalšej odbornej pomoci. Je súčasťou každej sociálnej služby. Špecializované sociálne poradenstvo cielenejšie zisťuje príčiny vzniku, charakteru a rozsahu problémov fyzickej osoby, rodiny alebo komunity a navrhuje poskytnutie konkrétnej odbornej pomoci. Ak ho sociálny pracovník nedokáže realizovať, je jeho povinnosťou distribuovať klienta inému špecialistovi. Cieľové skupiny sociálneho poradenstva sú rodiny, deti, slobodné matky, deti v náhradnej starostlivosti, týrané, zneužívané osoby, seniori a v obzore špeciálneho poradenstva sú to najmä zdravotne a sociálne znevýhodnené osoby, klienti s určitou formou závislosti, dlhodobo nezamestnaní, ale marginálne sociálne skupiny alebo pastoračné poradenstvo a iné.

Sociálne poradenstvo možno vykonávať ambulantnou formou prostredníctvom poradenských miest zriadených na tento účel a terénnou formou prostredníctvom terénnych programov. Z definícií v 90. rokoch minulého storočia podľa Strieženca (1999) sociálne poradenstvo je profesionálna odborná činnosť, ktorú vykonáva odborník a je založená na vzťahu, podpore, pomoci, rozvoji, optimálnom uplatnení klienta v živote. Pomáha odstraňovať alebo zmierňovať negatívne návyky a spôsoby správania klienta a snaží sa začleniť ho do spoločnosti, rodiny, pracovného kolektívu. „Poradenstvo je ale aj proces, ktorý pomáha jedincovi odhaliť a rozvinúť jeho učebné, profesijné a psychické možnosti s cieľom dostať sa na najvyššiu možnú úroveň osobného šťastia a sociálnych užitočností. Poradenstvo je jednou z ciest, ako pomáhať ľuďom prekonať ich problémy, ako objasňovať ich osobné ciele a ako ich dosahovať.“ (Matoušek, 2008, s. 85).

Slovo poradenstvo je odvodené od slova radiť, čím sa mylne vytvára dojem, že poradca je človek, ktorý dáva rady, hotové návody a riešenia, disponuje prostriedkami, ktoré ihneď klientovi pomôžu zvládnuť situáciu či vyriešiť problém. Na základe toho klient môže mať neprimerané očakávania. Domnieva

sa, že poradca problém vyrieši za neho a on bez akejkoľvek námahy a straty času dostane do rúk výsledok. Úlohou sociálneho poradcu je už v úvode poradenskej interakcie korigovať neprimerané očakávania klienta, ponúknuť mu aktívnu participáciu na riešení problému, pričom sociálny poradca ho informuje, vzdeláva, podporuje a vytvára podmienky pre zmenu. Koncepcia moderného poradenstva je postavená na akceptácii klienta ako partnera, ktorý sám za podpory sociálneho pracovníka sa stáva strojcom vlastnej budúcnosti. Poradca pomáha ľuďom určiť a objasniť problém tak, aby boli schopní sami sa rozhodnúť, ako ho vyriešia. „*Pomáhať znamená pomôcť ľuďom, aby si dokázali pomôcť sami*“ (Matoušek, 2004, s. 85).

Účastníkmi poradenského procesu sú minimálne dve osoby, pričom sa medzi nimi vytvára a formuje vzťah. Najmä prostredníctvom komunikácie, prijímania a poskytovania spätnej väzby, prijímania a odoslania informácie, rôznych stratégií práce, profilácie databázy zdrojov, ponúk, interaktívnej činnosti a ďalších iných aspektov. Poradca prostredníctvom interakcie umožňuje klientovi hľadať a nachádzať vlastné odpovede na problémy. Vo svojej podstate cieľom poradenstva je osobnostný rast klienta, zvýšenie kvality jeho života, riešenie potrieb človeka v núdzi, jeho fyzické a duševné zdravie. Rýchlosť postupu riešenia problému závisí od vonkajších (prostredie, čas, finančné prostriedky, spoločenské podmienky, technické zabezpečenie) a vnútorných (schopnosť klienta mobilizovať osobný potenciál na riešenie problému, spolupráca s okolím, kvalifikácia a osobnosť poradcu) faktorov poradenstva.

Priebeh poradenského procesu sa uskutočňuje podľa Mc Mahona (in Gabura, Pružinská 1995) v niekoľkých krokoch:

- nadviazanie vzťahu.
- zhromažďovanie informácií, popis problému a jeho hodnotenie.
- stanovenie cieľa, plány stretnutí, intervencií.
- vlastný priebeh riešenia, uskutočnenie intervencie a zmierenie sa s okolnosťami, ktoré sa nedajú ovplyvniť.
- spätná väzba, zhodnotenie priebehu práce, záver.

Dôvera a podpora

Veľmi dôležité je budovať dôveru klienta k poradcovi. Exponuje v pocitoch klienta, že poradca rozumie tomu, čo sa mu snaží vysvetliť a má záujem pomôcť mu. Poradca si môže pred prvým kontaktom s klientom preštudovať písomné materiály a pripraviť sa na rozhovor. Perry (2008, s. 17) zdôrazňuje, že *prvé stretnutie, interview je akoby ísť naslepo na prvé rande*. Prvé chvíle kontaktu, neverbálne akcenty rozhodujú o vytvorení dôvery a vzájomnom prijatí. *Informácie o klientovi nezískava poradca len z toho, čo mu klient hovorí*. Sleduje držanie jeho

tela, očný kontakt, tempo reči, mlčanie, výraz tváre, tón hlasu, schopnosť pridržiavať sa určitej témy. Je potrebné stanoviť si presné časové rozpätie práce s klientom (klient často cíti potrebu s poradcom byť čo najdlhšie), optimálny čas je 45 – 60 minút. Čas by sa nemal skracovať, aby si klient nemyslel, že poradca nemá záujem, ale ani predlžovať, aby si nemyslel, že je zvýhodňovaný. Zároveň by sa mal určiť čas celého procesu. V rámci metód intervencie môže poradca učiť klienta správne sa rozhodnúť, zvládať stres, myslieť efektívne (nácvik správania hraním rolí). Poradca by mal v tejto rozhodujúcej etape poskytnúť klientovi citovú podporu a podporovať jeho sebadôveru, pretože klient sa vyberá novým smerom – do neznáma, čo u neho môže vzbudzovať neistotu. Hoci bol doterajší spôsob jednania neúspešný, je ťažké vzdať sa ho, pretože bol klientovi dôverne známy. Spätná väzba má svoj význam. Či už ide o konkrétne prejavy správania, resp. len o vyjadrenie postojov a pocitov konkrétneho poradcu. Obsahovať má pozitívne, ale aj kritické informácie. Klienta neprerušujeme, nezačneme hneď vysvetľovať, argumentovať, ale najskôr sa zamyslíme. Stretnutie s klientom by sa nemalo ukončiť náhle. Je potrebné postupne ho viesť k samostatnému, správne rozhodovaniu a zvládnutiu riešenia problému a to trvá určitú dobu (Perry, 2008).

Sociálne poradenstvo sa realizuje v rámci sociálnej komunikácie, komunikačného procesu, čo určuje aj klientovu dispozíciu prijať informácie a rady. Komunikačný proces alebo komunikačná výmena je podľa Vybírala (2009, s. 26) *zdieľanie prežívaného alebo emocionálne zaujatie a intenzita emócií, ktoré zdieľanie vzbudzuje*. Vyjadrujeme s ním svoje zámery a odhaľujeme motiváciu nášho správania. V súvislosti s poradenstvom komunikáciu vnímame ako výmenu informácií, zároveň proces učenia a základ sociálnej interakcie.

Poradenská činnosť v moderných pomáhajúcich profesiách získala status samostatnej, špecializovanej a profesionálnej činnosti. Nedá sa nekomunikovať a zároveň sa snažiť uplatniť kvalitu vzťahu. Pri kontakte s človekom sa nám otvára priestor pre efektívnu komunikáciu a význam pomáhania získava na pridanej hodnote. Podatť pomocnú ruku bez dialógu je síce možné, ale vyjadriť úctu, obdiv, či poďakovanie v interakcii s klientom ponúka príležitosť, že rozhovor bude zároveň aj terapeutickým prostriedkom (Pease, 2006).

Komunikáciou otvárame trinástu komnatu klienta

Komunikáciou sa vždy určitým spôsobom odhaľujeme, ponúkame priestor, aby nás iní spoznali. Sociálny pracovník odkrýva trinástu komnatu klienta. Ako človek žije, čím naplňa svoju myseľ, čo ho trápi a neustále sa „otvárajúce rany“, kde trávi čas svojho života, aký slovník používa, to všetko sa stáva súčasťou otvoreného, ľudsky senzitivného dialógu medzi ním a klientom. Pomáhajúci nevyužíva komunikáciu pre svoju úžitok. Ak by to urobil nedokázal by prispieť

k porozumeniu, zvládnutiu problémov iných, ale skôr sa by sa podielal na vzniku nových konfliktov a nedorozumení. Za prispenia ľudskej i odborne akostnej komunikácie, citlivého a taktného prenosu myšlienok, pocitov a informácií sa vzťah prehĺbi.

Existuje zopár techník, ktoré je dobré uplatniť ak chceme, aby komunikácia bola nástrojom kvality vzťahu s klientom. Šlepecký (in Schavel, Oláh, 2012, s. 130) uvádza v poradenskom rozhovore *slová na uvítanie, povzbudenie a otvorené otázky, podpora a upokojenie, spoluúčasť, empatiu, ale aj konštruktívnu konfrontáciu, reflexiu, interpretáciu, mlčanie*. Ak vstupujeme do rozhovoru, zbavme sa predsudkov, zachovajme autenticitu vlastného prejavu a akceptujme iného. Křivohlavý (2010, s. 21) zvýrazňuje *načúvanie, ktoré nadväzuje na počúvanie*. Ide o psychologický moment komunikačného splynutia.

Watzlawick, Bavelasová a Jackson (in Šatánek, 2004) uvádzajú niekoľko dôležitých bodov, ktoré nesmieme prehliadnúť, ak chceme dosiahnuť účinnú komunikáciu. V kontexte poradenskej aktivity si treba uvedomiť, že či hovoríme alebo mlčíme neustále prebieha výmena informácií, významov. Každá komunikácia viaže na seba a definuje vzťah. Má obsahový aj vzťahový aspekt. Komunikačná výmena je buď symetrická alebo komplementárna, čiže založená na rovnosti alebo rozdielnosti. V prvom prípade odrážame správanie toho druhého, v druhom dopĺňame správanie iného. Komunikácia nie je jednoduchý model akcie a reakcie. Možné ju chápať na transakčnej úrovni. Ako uzavretú a nedeliteľnú operáciu. Zo strany poradcu je vhodné zamyslieť sa aké podnety odovzdáva neverbálnymi prejavmi, mimikou, gestikou, proxemikou, haptikou. Celkový obraz komunikujúceho človeka sa skladá z drobných častí a spoločne vytvárajú mozaiku, ktorá komunikanta osloví, vystraší alebo odradí od vzťahu s pomáhajúcim jedincom. Čiže na samom začiatku sa buduje vzťah, ktorý sa komunikačným procesom rozvíja alebo zastane na úrovni formálneho (informačného) dialógu, prípadne úplne zanikne. Komunikačná výmena predstavuje interakciu, keď pri rovnomernom vzťahu dokážeme zrkadliť svojho komunikačného partnera, viac alebo menej sa usilujeme doplniť čo nebolo vypovedané.

Účinná a neinvazívna komunikácia

Existujú okolnosti, ktoré veľmi ovplyvňujú vzťahy a to najmä vlastnosti osobnosti v konatívnej oblasti ako napríklad ohľaduplnosť, sebadôvera, úprimnosť, empatia, altruizmus, spravodlivosť a pod. Ak nemám rád sám seba, ťažko budem mať rád niekoho druhého. Pozitívna komunikácia začína pochopením ľudskej jedinečnosti. Vôľové vlastnosti ako zásadovosť, cieľavedomosť, vytrvalosť, rozhodnosť, sebaovládanie, iniciatívnosť, či

samostatnosť výraznou mierou prispievajú k správnej komunikácii. Zelinová a Zelina (2009, s. 54) uvádzajú termín *imidž osobnosti ako dojem, akým osoba pôsobí na okolie. Je to predstava hodnoty, ktorú osoba prisudzuje sebe alebo iným. Pritom platí, že čím väčší imidž, tým väčšia sebaúcta, sebadôvera a pravdepodobnosť väčšieho úspechu.* To platí aj v komunikačnom procese. Ťažko si predstaviť, že klient sociálnych služieb bude rešpektovať profesionála - poradcu, ktorý bude značne sugestibilný, nebude si dôverovať, nebude rozhodný. V komunikácii aj napriek prejavenej empatii, sa nesmie ľahko podliehať vplyvom okolia, podriaďovať sa mu aj proti vlastnému presvedčeniu. Ide o falošnú empatiu komunikátora, ak pozornosť nezamerá na racionalizáciu problému, na rozanalýzovanie celej situácie, len z toho dôvodu, že to klient neočakáva a citovo ho „vydiera“.

Účinná komunikácia nemusí byť invazívna. Podľa skúseností platia isté pravidlá neinvazívnej komunikácie, ako konkrétnosť a zrozumiteľnosť výpovede. Ďalej ide o schopnosť podľa okolností zvoliť si vždy primeranú formu (osobné stretnutie, list, SMS, mail, plagát, tlačová správa) a rozumné dávkovanie množstva informácií naraz. Komunikácii prospieva, ak pracujeme s relevantnými údajmi (eliminovať dohady, neoverené informácie) a ak nielen vysielame signály, ale sme aj dobrými prijímateľmi, poslucháčmi. Dôležité je vedieť počúvať a dokázať prejsť empatiu. Ak necháte partnera rozprávať a budete „dobro“ počúvať, možno vám povie viac, ako chcel (Ciccotti, 2008).

Odpoveďami prečo komunikovať neinvazívne, bez naliehania a imperatívov je nasledujúce:

- efektívnejšie vedenie klienta,
- udržanie klienta v realite „v obraze“, pochopenie pokynov a požiadaviek,
- lepšie prepojenie ľudí s inštitúciou, v ktorej starostlivosti sa nachádza,
- zvýšenie motivácie a záujmu o zlepšenie vlastnej situácie,
- lepšie medziludské vzťahy a porozumenie s pomáhajúcou profesiou,
- lepšie riadenie ľudských zdrojov,
- redukcia napätia a konfliktných situácií.

Súhlasíme s Mačkinovou a Musilovou (2013, s. 114), že *pozitívna komunikácia, by mala byť základom akejkoľvek komunikácie s klientom sociálnej práce.* Je potrebné vyvarovať sa termínom nie je možné, nedá sa a nadmieru extrahovať negatívne akcenty klientovej situácie. Pri rozhovore s klientom by nemali chýbať pohotovosť myslenia, kultivovanosť vyjadrovania, presvedčivé vystupovanie s ohľadom na prosociálne správanie a empatiu. Poznať rozhranie čo komunikáciou zvládnem, dosiahnem u klienta, čím mu ublížim alebo sklamem, má nezastupiteľnú funkciu v ďalšom rozvoji klienta.

Podporná komunikácia

Oporou klientovi v komunikácii je ak pomáhajúca profesia rešpektuje zásady:

- Dokáže zabezpečiť vhodný priestor pre osobnú, ľudsky dôstojnú komunikáciu.
- Komunikáciou „tu a teraz“ nerieši zložité problémy, na ktoré je potrebné dostatok času. V dialógu dáva spätnú väzbu, prednostne rieši sporné body a problémové oblasti.
- Počúva a načúva, klienta nechá dohovoriť, nechce víťaziť.
- Venuje komunikácii dostatok času, analyzuje aktuálnu situáciu, problémy. možnosť vyjadriť sa.

Časté prerušovanie klienta v rečovom prejave je príznakom vlastného neurotického prejavu, vnútorného nepokoja alebo nutkavého pocitu stáleho náhlenia sa, čo vo väčšine prípadov spôsobuje narušenie vzájomného vzťahu. Komunikačný proces je vzťah, v ktorom si odosielateľ niečo želá, chce odovzdať a príjemca sa učí tomuto komuniké (obsahu) porozumieť. Sociálny poradca je ten kto informuje, presviedča, zdieľa, mení a organizuje. Klient je osoba, ktorá odhaduje, rovnako zdieľa, spolupracuje, vyjednáva, poddáva sa. Obe strany majú vlastné záujmy. Dôležité je vytvoriť rovnováhu, zosynchronizovať sa, aby obaja v maximálne možnej miere zo vzťahu získali úžitok.

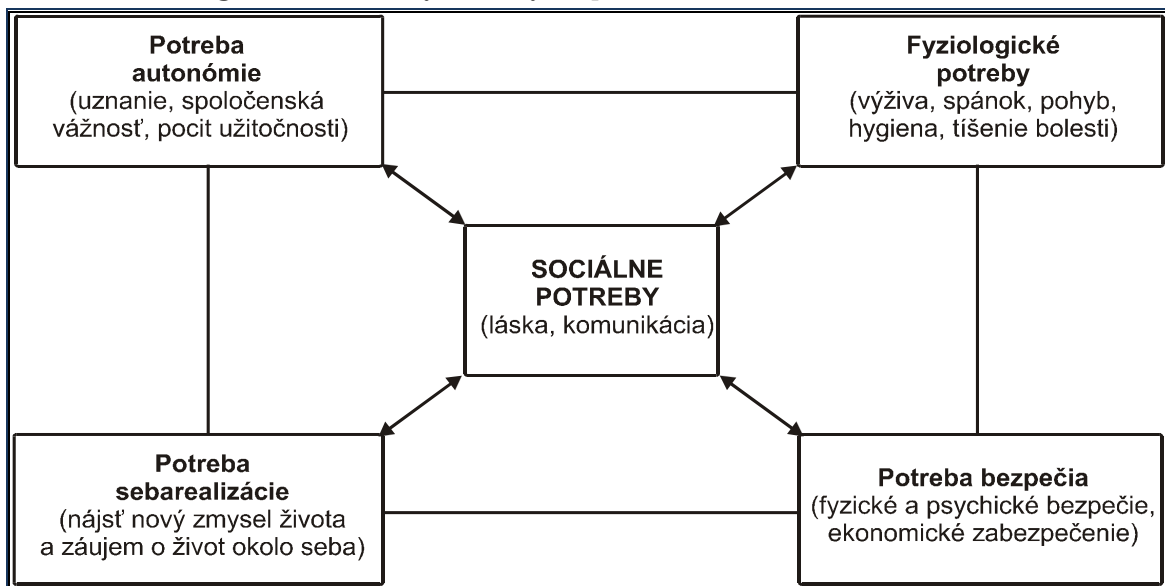
Zásadné otázky pre poradcu

Neinvazívny dialóg, bez naliehania a imperatívov znamená pre sociálneho pracovníka skôr ako začne radiť, pýtať sa: „Kto som, kto to hovorí? Kto ponúka radu? Hovorím sám za seba alebo vyjadrujem názory niekoho iné, určitej skupiny? Prečo a čo vlastne hovorím? Aké slová používam, akým výrazom sa vyhýbam? Čo zamlčujem, čo prikrášľujem? Hovorím k podstate alebo sa strácam v množstve nepodstatných informácií? Čo predchádzalo nášmu rozhovoru? Aká vnútorná pohnútko ma vedie k dialógu?“ Ak si ich sociálny pracovník položí, zásadným spôsobom zabraňuje komunikačnej interakcii v zmysle tzv. raportu – akéhosi obojstranného služobného hlásenia. Podľa Vybírala (2009, s. 262) ide o mylné chápanie komunikácie: „Predstavuje istú kvalitu rozhovoru alebo celého stretnutia, ale nehovorí ešte nič o kvalite vzťahu. Inými slovami: odborník na komunikáciu navodí takú situáciu, aby sa jeho partner cítil dobre. Dobrý pocit z komunikácie vedie spravidla k tomu, že sa druhý človek viac uvoľní, viacej zverí, bude spontánnejší a pod.“ Avšak môže nastať situácia, keď prijímateľ informácií sa môže domnievať, že ho poradca má rád a pritom ide len o dobre odvedenú prácu s puncem profesionality. Tomu sa treba vyhnúť. Môže ísť o štartovací blok možného emočného vydierania, čím sa vzťah klient a sociálny pracovník stáva problémovým. Nie je dobré, ak sa necháme manipulovať, avšak ani keď sami

manipulujeme. Čo v tom prípade robiť? Vždy komunikovať tak, ako by sme sa s klientom už nemali zajtra stretnúť. Byť pripravení, že po nás môže prísť iný profesionál, ktorý kvalitu našej komunikácie ocení a rozvinie. To nám zabráni citovému naviazaniu. Zároveň sa nevytvára priestor bezbrehej vďačnosti a emocionálneho vazalstva. Byť si vedomí, že náš spôsob komunikácie bude ovplyvňovať klienta, aby sa zamyslel nad sebou, prijal vlastné riešenia, zmenil vystupovanie. Treba brať zreteľ, že zajtra už zranenie nemusíme napraviť, nedorozumenie vysvetliť a konflikt urovnať.

Spochybníť osobnú a emocionálne akcentovanú komunikáciu pri riešení psychosomatických problémov klienta si nedovolí žiaden odborník. Ako zrealizovať zrozumiteľnú a nenútenú komunikáciu sa musí naučiť každý pomáhajúci sám. Je to akoby senzitivne otváranie trinástej komnaty klienta, kde nesmieme zraniť, uraziť, zosmiešniť, podceňiť, či zahanbiť. To sú axiómy emocionálne podpornej komunikácie. Poradenskou intervenciou napomáhame saturácii primárnych i sekundárnych potrieb jedinca. Maslow (in Drapela, 2011) medzi ľudskými potrebami komunikácii priradil centrálnu pozíciu. Je zjavné, že sociálne potreby lásky a potreby vyjadrovať sa, byť vypočutý sú centrálnou axiómou ľudských potrieb.

Obrázok 2 Diagram štruktúry ľudských potrieb



(Zdroj: Drapela, 2011, vlastné spracovanie)

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Aké sú rozdiely medzi základným a špecializovaným sociálnym poradenstvom?
- 2) Objasni Guidance a Counselling prístupy v poradenstve.
- 3) Aké sú benefity neinvazívnej komunikácie?

2. 5 Metódy aplikované v práci so skupinou

Každý človek sa v priebehu svojho života stáva členom rôznych sociálnych skupín. Od narodenia je vo vzťahu s inými členmi skupiny, je na nich do značnej miery závislý a utvára si k nim určité vzťahy. Človek sa najskôr stáva členom primárnej sociálnej skupiny, rodiny, neskôr rôznych iných skupín, priateľských, pracovných, záujmových atď. V každej sociálnej skupine človek napĺňa istú rolu, expozé vlastnej osobnosti, pričom ho zároveň utvára.

Sociálna skupina je v podstate súborom dvoch alebo viacerých osôb. Členovia majú niektoré spoločné ciele, normy a v určitom ohľade sú vo svojich rolách od seba závislí. Inými slovami ide o zoskupenie ľudí, medzi ktorými sa vytvorili isté vzájomné vzťahy (Kopecká, 2015). Práve v skupinovom prostredí sú v značnej miere uplatňované sociálne služby.

Sociálna práca so skupinou (*Social Group Work*) do 30. rokov 20. storočia sa nespájala s prípadovou sociálnou prácou, nebola ani súčasťou praktickej sociálnej práce a vzdelávania. Mnohí prípadoví sociálni pracovníci považovali skupinových pracovníkov za ľudí, ktorí sa hrajú s deťmi, vyučujú tanec, chodia kempovať alebo vyučujú umenie a remeslá. Až do roku 1937 neboli skupinoví pracovníci prijatí do štruktúr AASW – americkej asociácie sociálnych pracovníkov (Mátel et al. 2015, porov. Brieland in Edwards et al., 2004).

Napriek tomu v súčasnosti hovoríme o expanzii metód sociálnej práce so skupinou, ktoré sa stali efektívnym intervenčným nástrojom sociálnej práce. Sociálny pracovník pri implementácii týchto metód by mal vedieť vyvinúť dostatočný vplyv na všetkých jedincov nachádzajúcich sa v skupine. Využíva pri tom akcenty skupinovej sociálnej práce, pri ktorej sa ľudia ovplyvňujú vzájomnou interakciou. Je to najlepší spôsob ako pomôcť ľuďom, ktorých spája rovnaký problém. V skupine si klient uvedomí, že nie je sám so svojim problémom a rovnaké problémy i ťažkosti ho „začleňujú“ do skupiny, ktorá mu pomáha v hľadaní a nachádzaní riešení. Je to ako v rodine, kde platia nepísané pravidlá a existujú vzťahy, ktoré nás môžu posúvať vpred, ale aj brzdiť (Satir, Baldwin, 2012).

Metodika skupinovej sociálnej práce je náročná na osobné skúsenosti a zručnosti sociálneho pracovníka. Mal by disponovať vedomosťami o procesoch v skupinách, aby sa ich následne dokázal zmocniť v prospech klientov. Čiže činnosť sociálneho pracovníka je v skupine orientovaná najmä na podporu funkčnosti skupiny v smere rozvíjania vzájomne pozitívnych vzťahov medzi jednotlivými členmi. Ďalej na zosúladenie cieľov skupiny s individuálnymi zámermi osôb nachádzajúcimi sa v tejto organizačnej jednotke.

Zamerania skupinovej sociálnej práce a delenie skupín

Podobne ako existujú rôzne smery individuálnej sociálnej práce, je možné rozlíšiť rôznorodé zamerania skupinovej sociálnej práce. Modely sociálnej práce so skupinou sa rozlišujú podľa:

- teoretickej orientácie (napr. behaviorálna),
- problémových typov alebo okruhov (drogová závislosť),
- podľa druhu klientely (ženy, deti, seniori),
- z časového hľadiska (krátkodobé, dlhodobé skupiny),
- z aspektu veľkosti (malé 3 – 15 členov, stredné 15 – 30 a veľké nad 30 členov),
- podľa pohybu členov skupiny (uzatvorené a otvorené skupiny).

Uzatvorené skupiny väčšinou s jasne štruktúrovaným programom a s vopred definovanými cieľmi majú po dlhšiu dobu rovnaké zloženie, nepriberajú ďalších členov. Otvorené skupiny kontinuálne prijímajú nových členov, tí ktorí už nepotrebnú pomoc odchádzajú. Program si do skupiny väčšinou prinášajú jej členovia.

Delenie skupín je dôležité s ohľadom na správnu kvalifikáciu problému, s ktorým sa skupina stretáva. Existuje viacero kritérií. Pre sociálneho pracovníka je vhodné ak diferenciácia prebieha v rovine vymedzenia problému a pragmatického spôsobu jeho riešenia. Brown (in Slovák, Vereš, 2007) rozlišuje šesť druhov skupín:

- homogénne,
- skupiny zamerané na určitú úlohu,
- psychoterapeutické skupiny,
- svojpomocné skupiny,
- skupiny pre výcvik medziludských vzťahov,
- skupiny zamerané na dosiahnutie sociálnych cieľov.

Rôznorodosť skupín, s ktorými pracuje sociálny pracovník

Homogénne skupiny sú je zoskupením osôb „rovnakého druhu“. Môže ísť o osoby s rovnakým postihnutím alebo s problémom. Jej členovia sa stávajú súčasťou vzájomnej interakcie so skupinou ľudí prirodzene začlenených do spoločnosti, pričom prebieha medzi nimi dialóg. Skupiny úlohovo alebo účelovo zamerané, riešia exponovaný konkrétny problém. Sociálni pracovníci pomáhajú skupine sledovať celý zložitý proces problému. Sú však závislí na cieľoch, ktoré si klienti sami vyberú. Psychoterapeutické skupiny využívajú viacero modelov, keďže ich súčasťou je široká škála klientov. Nachádzajú sa v nich jedinci s patologickým správaním, ale tiež tí, ktorým účasť pomáha v osobnom raste.

Využívajú interpersonálne učenie, skupinovú súdržnosť a terapeutické faktory integrácie (Yalom, Leszcz, 2007). Využívajú skupinovú dynamickú terapiu, ktorá čerpá z psychoanalytickej teórie a zameriava sa na osobné pocity, vnútorné a vonkajšie vzťahy. Transakčná analýza určuje, ktorý stav ega (rodič, dieťa, dospelý) vyvolal podnet na transakciu a ktorý na tento podnet reagoval. Je zjavné, že dáva prednosť sebaoznaniu pred skupinovým procesom (Berne, 2019). Svojpomocné skupiny zdôrazňujú vzájomnú pomoc bez aktívneho vstupu sociálneho pracovníka. Príkladom sú „Anonymus Alcoholics“, ale tiež napr. podporné skupiny rodičov s mentálne postihnutým dieťaťom, príbuzní psychiatrických pacientov a pod. *Human Relation Training Groups*, teda skupiny pre výcvik medziľudských vzťahov sú experimentálneho charakteru. Venujú sa najmä senzitívnemu vnímaniu a reakciám vyplývajúcim zo sociálneho problému. Tiež skupiny zamerané na dosiahnutie cieľov napríklad v práci s mládežou alebo vybranou komunitou.

Ako predkladajú Novotná a Schimmerlingová (1992) sociálnym pracovníkom musí byť skupina ovplyvňovaná tak, aby sa zmobilizovali jej vnútorné sily, čím sa podnietia skupinové procesy a interakcie. Okrem iného má sociálne správanie v skupine formatívny význam. Papelová a Rothmanová (in de Robertis, 1998) rozdeľujú skupiny podľa modelových pracovných činností, ktoré sú zdrojom pôsobenia sociálneho pracovníka v nich na:

- skupiny so sociálne orientovaným modelom práce,
- skupiny s nápravným modelom práce,
- skupiny s interakčným modelom práce.

Skupinové procesy

Špecifickým a výrazným terapeutickým prvkom skupiny, využívaným v prospech klienta je *skupinový vplyv*. Je to výrazný fenomén, ktorý ovplyvňuje fungovanie jednotlivcov v skupine. Označujeme ním širokú paletu spôsobov a ciest, ktorými skupina vplýva na svojich členov. Hanzlíková (2002) rozlišuje niekoľko procesov vplyvu v skupine ako sociálna facilitácia (podpora), sociálne zaháľanie, skupinová polarizácia a deindividuácia. *Sociálna facilitácia* býva súčasťou skupinových stretnutí, pričom sa využívajú prvky koučingu, mediácie, mentoringu, moderovania, moderácie, lektorovania. Facilitácia počas skupinových stretnutí, ale i porád či školení má uľahčovať proces diskusie tak, aby účastníci získali také výstupy, kvôli ktorým sa zišli. Sociálny pracovník nadobúda rolu podporovateľa ich osvojenia a je sprevádzajúcim lídrom skupiny. *Jav sociálneho zaháľania* má závažný dopad na prácu v skupine. Ide o sklon ľudí vynaložiť menšie úsilie vo chvíli, keď spoločne pracujú na splnení skupinovej úlohy, ako keď sú za úlohu osobitne zodpovední. Ide o zbavovanie sa

zodpovednosti, spoliehanie sa na iných členov skupiny. Sociálne zaháľanie, lenivosť (*social loafing*) teda znamená, že jedinec pracujúci v skupine podáva štandardne nižší výkon ako keby pracoval sám. Ak je do činnosti zapojených viacero ľudí, jednotlivec štandardne vynakladá menšie úsilie ako keď je sám (Hayes, 2013).

Skupinová polarizácia nastáva, ak názory viacerých členov skupiny po diskusii sú extrémnejšie ako boli pred ňou. Sú teda posunuté k jednému alebo druhému pólu, polarizované. Ku polarizácii dochádza vtedy, ak väčšina členov skupiny sa striktne pridržiava pevného stanoviska. Do diskusie vstupuje každý s názorom, opierajúc sa o niekoľko argumentov za a proti. Keď sa dozvie o ďalších, ktoré zmenia jeho pomer mení sa aj jeho celkový pohľad na skupinu a jej členov (Výrost, Slaměník, 2008).

Polarizácia v skupine nastáva ak väčšina členov skupiny sa prikláňa k jednému pólu názorov, čím strháva na svoju stranu aj postoje ďalších jednotlivcov.

Skupina sa môže za určitých okolností stať prostredím, v ktorom sa jednotlivec akoby strácal, čo ovplyvňuje aj jeho správanie. Tomuto javu hovoríme *deindividuácia*. Je charakteristická znížením osobného sebauvedomovania, so sprievodnými zmenami myslenia. Môže ísť o dôsledok istého stupňa anonymity, napríklad pri agresívnom správaní sa často stráca sociálna zodpovednosť.

Proces formovania skupiny

Sociálny pracovník spoločne s členmi skupiny si často prechádza zaužívanou postupnosťou skupinovej práce využíva ich špecifické etapy pri práci so skupinou. Úloha odborníka spočíva v stanovení potrieb a cieľov skupiny, čím sa zvýrazňuje rôznorodosť prístupu k jednotlivej skupine. Ciele si formuluje sama skupina podľa svojho zamerania a zloženia. Často ide o vzájomnú podporu, prípadne poskytnutie informácií, osobný rast alebo odstránenie chorobných symptómov v správaní (Kratochvíl, 1995).

Samotné vytvorenie skupiny podlieha normotvorným procesom, ako popisuje Yalom (1999):

- orientácia a závislosť,
- konflikt, dominancia, revolta,
- rozvoj súdržnosti,
- vyzretá skupinová práca.

V jednotlivých etapách pozorujeme hľadanie vlastnej autentickej štruktúry a cieľov. Ďalej bojom o dominanciu, prípadne prisúdenie jednotlivcovi určitej roly v skupine. Keď prejde tento časový úsek nastáva čas harmonizácie vzťahov, kedy prevláda kooperácia a kohézia, až dosiahne pevnú stabilitu pre hlbšie prepracovanie vlastných problémov. Podobný charakter má aj tvorba skupiny

u Riegera (1998), ktorý ju však rozsahovo ešte viac dimenzuje na rozhodovanie, orientáciu, združovanie, podvoľovanie, konfrontáciu, objavovanie, uvoľnenie.

Tuckman (in Mátel, Hardy, 2013) rozlišuje etapu *formovania* (forming), *búrenia* (storming), *normalizácie* (norming), *optimálneho fungovania* (performing) a *ukončenia, oplakávania* (adjourning, mourning). Počas postupných krokov sa môže sledovať konkrétna práca v skupine. *Prvá etapa* sa orientuje na jej samotnú profiláciu. V nej sa spracúvajú primárne informácie o členoch skupiny jednotlivo a vyberajú sa vhodné metódy. Je potrebné zistiť samotný princíp vzťahov a motiváciu pre zotrvanie v skupine. Je vhodné vytvoriť samostatný projekt ďalšieho pôsobenia skupiny. Stretnutie všetkých členov skupiny a vysvetlenie pravidiel, ako aj dôležitosť aktívnej účasti na práci významne podnecuje efektivitu a progres v nej samotnej. Možno rátať s členmi skupiny, ktorí budú len pasívnymi poberateľmi aktivít, iní zas môžu mať neprimerané očakávania, čo samozrejme vytvorí bariéru napríklad pri komunikácii alebo stanovení cieľov. *Druhá etapa* spočíva vo formovaní a udržiavaní skupiny, čiže dochádza k voľbe vodcu, lídra skupiny, k tlaku na očakávané správanie a následné hierarchické usporiadanie pomerov v skupine. V závere tejto etapy už jednotlivci môžu pociťovať podporu na základe interpersonálneho pôsobenia. Zároveň sa vytvára vlastná skupinová identita, ktorá však môže prerásť k výraznému presadzovaniu individuálnych záujmov. Nastáva vnútorná diferenciácia. Prejavuje sa vyhranenými konfliktnými situáciami potrebnými na vyčistenie atmosféry v skupine. Po upokojení často nastáva zlepšenie fungovania skupiny a dosahovania jej cieľov. Skupina pracuje konštruktívnejšie, utvára sa skupinová súdržnosť, členovia vyjadrujú osobné postoje bez ohrozenia, utvára sa vedomie skupinového „my“. Optimálne fungovanie znamená, že členovia ju berú ako „svoju“. Odborník sa nachádza v pozícii facilitátora a môže byť nahradený členom skupiny, ktorý poskytuje rady, nápady, len ak je o to požiadaný (Navrátil, 2001).

Záverečná etapa znamená zhodnotenie práce, rekapituláciu naplnenia vytýčených cieľov. Bezprostredne nemusí dôjsť aj k ukončeniu spolupráce s odborníkom, pretože skúsenosti, poznatky, ale tiež ľudský kapitál sa dá využiť pre inú skupinu. Niektorí odborníci tvrdia, že členovia skupiny sa môžu cítiť nešťastní, keďže odlúčenie, prerušenie kontaktov a vzťahov berú ako možné ohrozenie, preto je vhodné posilňovať aj záujmy jedinca mimo skupiny.

Skupinové princípy

Pri jednotlivých etapách treba vždy brať do úvahy skupinové princípy, pretože sa podieľajú na celkovej stratégii formovania skupiny ako takej. Možno sem zaradiť:

- prácu s vlastnými silami jednotlivca v skupine,
- podporovať viac spoluprácu ako súťaživosť,
- poznanie východiskovej situácie skupiny,
- dať priestor pre vlastné rozhodnutia,
- vedieť stanoviť hranice.

Vo všetkých druhoch skupín, okrem svojpomocnej, zohráva profesionál ako líder skupiny dôležitú úlohu. Musí ovplyvňovať skupinu tak, aby sa mobilizovali jej vnútorné sily, aby sa vhodným spôsobom rozvíjali vzájomné vzťahy vo vnútri skupiny, aby prebiehali určité skupinové procesy a interakcie, ktoré majú formatívny význam pre sociálne chovanie skupiny. Skupinový proces má teda svoje zvláštne zákonitosti a dynamiku. V procese interpersonálnych vzťahov ako uvádza Nakonečný (2009) sa vytvárajú a menia sociálne role, ktoré sa časom ustávajú a upevňujú. Kontakty sa postupne diferencujú a vytvárajú typickú skupinovú atmosféru. Vo vzájomných vzťahoch sa prekonáva počiatočná fáza „cudzoty“ a „orientácie“ a vzniká fáza „dôvery“ a „konformity“. V tejto situácii sa najviac uspokojujú osobné a spoločenské potreby individua. Vytvárajú sa nové vzory chovania, hodnôt a morálnych zásad, ktoré pokiaľ odpovedajú spoločenským normám, môžu prekonať chyby a slabosti jednotlivého človeka. Na jednotlivca tu pôsobí tiež mienka, prípadne zákazy a príkazy celého kolektívu. Sociálny pracovník vychádza z aktuálnej situácie skupiny. Musí počítať s určitými konfliktami, ktoré sa prejavia alebo vznikajú behom skupinového procesu. Keď je to potrebné pripustí, aby sa konflikt v skupine prejavil a v rámci skupiny vyriešil. Keby malo prísť k ohrozeniu celej predchádzajúcej práce mal by vedieť konfliktu zabrániť.

Keď sa skupinový proces nezačne a skupina nepracuje, treba hľadať príčiny. Môže to byť nedostatočnou podporou, zložením a veľkosťou skupiny. Najčastejšou príčinou býva, že vedúcemu skupiny sa nepodari získať všetkých členov skupiny pre určité ciele a postupy. Rovnako môže vzniknúť rozpor medzi účelom skupiny, ktorý presadzuje vedúci skupiny a tým, ktorý presadzujú jej členovia. Úspech je závislý na pozornosti, ktorá sa venuje procesom vo vnútri skupiny, stavu ich vývoja a na zásadách vedúceho skupiny.

Sociálny pracovník v rolách a funkciách poradenskej skupiny

Poradenské skupiny môžu mať rôzny štýl vedenia. Líder, vedúci skupiny podľa Trotzera (in Gabura, Pružinská, 1995) sa môže nachádzať v rôznych roliach. Očakáva sa od neho:

- *Rola experta* – poradca využíva svoje znalosti a skúsenosti, rozdáva rady, odobruje kvalitu navrhnutých riešení, práca skupiny je orientovaná na neho. Riziko prístupu je v tom, že klient sa naučí závislosti na niekom múdrejšom, šikovnejšom.
- *Rola režiséra* – poradca aktívne štrukturuje skupinovú prácu, preberá na seba zodpovednosť za skupinové dianie, zasahuje do procesu, ochraňuje skupinu i jednotlivých členov. Riziko spočíva v tom, že členovia skupiny sa nenaučia preberať zodpovednosť, pružnosť skupiny je obmedzená jedným hľadiskom.
- *Rola facilitátora* – poradca uľahčuje členom skupiny sebaotvorenie, profiluje prostredie dôvery a spolupráce, zodpovednosť za skupinové dianie a riešenie problémov necháva na členov, upozorňuje na nebezpečenstvá. Riziko tohto vedenia je, že líder sa môže ocitnúť v roli nerozhodného, alebo neistého rodiča.
- *Rola účastníka* – poradca je na rovnakej úrovni s ostatnými členmi, prezentuje sa autenticky a transparentne. Problémom môže byť „dávkovanie“ seba samého a ústráženie svojich narcistických potrieb, aby neohrozil vývoj a ciele skupiny.
- *Rola pozorovateľa* – poradca ostáva mimo diania v skupine, vyhýba sa interakcii, komentuje len nevyhnutné. Skupina je frustrovaná neosobnosťou poradcu a neistá z jeho sledovania.
- *Rola moderátora* – poradca rozbieha skupinovú aktivitu, prináša techniky, komentuje skupinovú udalosť. Vývoj však necháva na skupine. V prípade „zárazu“, pomáha jej, no bez priameho návodu či rady. Riziko menšia osobnú zaangažovanosť poradcu, komentáre môžu pôsobiť ako niečo umelo implantované zvonku.

Poradenská pozícia sociálneho pracovníka sa prelína s funkciami v skupinách, pričom ich povaha pochádza z úloh, ktoré má naplňať:

- *Poskytovateľ služieb alebo opatrovateľ* – pomáha klientom skupiny v ich dennom režime, keďže vzhľadom k postihnutiu, chorobe, či neschopnosti sami nedokážu vykonávať dôležité činnosti, v pobytovom zariadení alebo v domácnosti klienta.
- *Sprostredkovateľ služieb* – pomáha klientom získať kontakt s potrebnými zariadeniami, prípadne inými zdrojmi odbornej pomoci.

- *Učiteľ sociálnej adaptácie* - napomáha klientom modifikovať ich správanie tak, aby mohli účinnejšie riešiť svoje problémy.
- *Poradca alebo terapeut* - pomáha klientom získať náhľad na ich postoje, pocity a spôsoby jednania, so zámerom napomôcť ich osobnému rastu alebo adaptabilnejšiemu jednaniu (psychosociálna diagnostika a poradenstvo pracovníka v skupine).
- *Prípadový manažér* - rola presadzovaná len v posledných desaťročiach, usiluje o zabezpečenie, koordináciu, vhodný výber a súvislé poskytovanie kontinuálnych služieb, najmä u klientov s viacerými potrebami, (prípadová diagnostika, plánovanie služieb, terapie, nadväzovanie vzťahov k iným odborníkom, pravidelné sledovanie poskytovaných služieb a obhajovanie záujmov klienta).
- *Manažér pracovnej náplne* - plánuje načasovanie a dávkovanie intervencie, sleduje kvalitu poskytovaných služieb a priebežne spracúva informácie. Ide najmä o profesionálov v skupinách, ktorí aplikujú operatívne rozhodovanie a zasahovanie.
- *Personálny manažér (personalista)* - osoba zabezpečujúca výcvik a výučbu, samoštúdium, konzultácie a riadenie ďalších pracovníkov skupiny.

Ondrušová et al. (2009, 2010) okrem toho pridáva kategorizáciu *úradníka, vedca, pedagóga, psychológa, terapeuta, zmocnenca, či mediátora*.

Polyvalencia alebo špecializácia

Existuje niekoľko metodických zákonitostí práce so skupinou, ktoré by mal ovládať každý, kto pracuje so skupinou ako nástrojom pre riešenie problémov jednotlivca. Podstatné je naučiť sa kultúre jednať s ľuďmi i umeniu viesť ich. Klienti skupiny na základe rozpoznannej erudovanosti a praktických skúseností odborníka prirodzene akceptujú jeho vedenie. Sociálny pracovník by mal tvorivo nadväzovať kontakty, určovať sociálne diagnózy a uplatňovať sociálno-výchovnú intervenciu. Tiež využívať vlastné sociálne zručnosti, aby pomohol klientom uspokojiť ich potreby a urovnať narušené vzťahy, ktoré vznikli v rôznych životných obdobiach a situáciách. Umenie jednať s človekom si vyžaduje nielen znalosť praktických postupov, ale aj osobnostné dispozície a etický záujem. Pretože nezriedka jednáme s človekom, ktorý je v spoločnosti určitým spôsobom znevýhodnený, hendikepovaný, odsúvaný na okraj záujmu spoločnosti. Kľúčové je uľahčiť racionálnu orientáciu človeka v náročných životných situáciách, v nežiaducich psychických a sociálnych problémoch. Profesionáli pracujúci v skupine a so skupinou tiež musia trpezlivo hodnotiť informácie získané z externých zdrojov, ako aj z vlastných zistení.

Polyvalencia a špecializácia sú príznačné princípy v sociálnej práci so skupinou. Neustále medzi nimi dochádza k oscilácii (pravidelné striedanie) v rôznych sférach sociálnej, zdravotnej alebo psychologickéj starostlivosti. Polyvalentný (viacnásobný) prístup na teritoriálnom úseku (obec, obvod) znamená, že profesionál pracuje s dostupnými sociálnymi skupinami žijúcimi v danom obvode bez ohľadu na rôznorodosť ich sociálnych problémov. Zaoberá sa tak ťažkosťami rodín s deťmi, ako aj problémami mladistvých či dospelých delikventov, občanov starých, chorých, a pod. Prístupu do značnej miery zodpovedajú organizačné opatrenia inštitúcie zodpovednej za celú oblasť sociálnej pomoci, prípadne konkrétneho zariadenia sociálnych služieb. Podľa zástancov polyvalencie výhody spočívajú v tom, že chráni príslušný rajón pred neriadenými mnohopočetnými zákrokmi sociálnych pracovníkov, často špecializovaných iba v určitej oblasti a chráni intimitu rodiny, či komunity. Prostredníctvom jednotlivých klientov teda príslušní odborníci, sociálni pracovníci spoznávajú problematiku svojho obvodu a jeho obyvatelia svojich kontaktných pracovníkov. To značne uľahčuje aktivizáciu spoluobčanov k spolupráci na riešení sociálnych problémov a zjednocuje ich nazeranie na možné sociálne zmeny.

Špecializačný prístup znamená, že k rôznorodému spektru sociálnych klientov, maladaptívnych, či inak sociálne odkázaných, determinovaných vlastným statusom pristupuje odborník disponibilný pre riešenie vybranej problematiky. Má hlbšie znalosti, disponuje zručnosťami, individuálnu praktickú skúsenosť v konkrétnej oblasti práce so špecifickou skupinou. Napríklad v oblasti gerontológie, geriatrickej ak pracuje so starými ľuďmi, alebo v oblasti rodinnej terapie ak pracuje s dysfunkčnou rodinou.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Podľa akého zamerania rozlišujeme modely sociálnej práce so skupinou?
- 2) Ktoré skupinové procesy majú zásadný význam na formovaní skupiny a podpore jej členov?
- 3) Vysvetli princípy polyvalencie a špecializácie v sociálnej práci so skupinou.

2. 6 Metódy v priestore komunity

Termín komunita špecificky zastrešuje jedinečnosť územného ohraničenia menšej sociálnej jednotky a v súvzťažnosti interpersonálnej spolupráce pri napĺňaní zmyslu vlastného života. Popple (2000) vysvetľuje, že pojem komunita má deskriptívny a hodnotiaci význam. Ide o myšlienkový konštrukt a zároveň aj popis

územia, lokality. Za hlavný znak považuje zmysel pre komunitu, ktorý chápeme ako pocit blízkosti a zdroj solidárneho správania.

Sociálna práca s komunitou

Novotná, Schimmerlingová (1992) priznávajú, že sociálna práca s komunitou pomáha ľuďom v špecifických životných situáciách. Rešpektuje biologické, etnické, psychologické, kultúrne, sociálne, ekonomické, ekologické potreby obyvateľov komunity. Je najmladšou z trojice klasických metód sociálnej práce diferencovaných podľa predmetu na ktorý je zameraná. Na konci 19. storočia vo svete, najmä v USA sa začali rozširovať komunitné centrá ako odpoveď na nárast chudoby a potrebu integrácie cudzincov (porov. Matoušek, 2003, Fabian et al., 2014). V našich podmienkach začiatky komunitnej sociálnej práce siahajú do medzivojnového obdobia prvej Československej republiky, keď sa na našom území realizovali viaceré sociologické prieskumy etnických a kultúrnych komunit. Zisťovali stav sociálnych, zdravotných a kultúrnych podmienok v štáte z dôvodu zlepšenia a nápravy.

Predpokladom vzniku komunity sú tieto aspekty:

- osobité vzťahy k miestu bydliska,
- rovnaké nazeranie na problémy,
- rovnaká ekonomická a spoločenská úroveň,
- rovnaký pohľad na predstaviteľov mocenskej štruktúry, resp. samosprávy,
- intelektové a citové prepojenie (Mattessich, Monsey, Roy, 2007).

Najčastejšie sa stretávame s variantami delenie na:

- občiansku komunitu (sídlná, spoločný priestor, každodenné aktivity),
- výcvikovú komunitu (sebapoznanie, zmena postojov),
- terapeutickú komunitu (organizácia liečebnej jednotky, prípadne inštitúcie),
- spirituálnu komunitu (spoločné myšlienky, idey, duchovný rozvoj) (Matoušek, 2008, porov. Šlosár in Fabian et al. 2014).

Zámerom subvencie rozvoja komunitnej práce zo strany spoločnosti je podpora skupín a jednotlivcov dlhodobo vystavených sociálnemu vylúčeniu. Prostredníctvom neustálej intervencie komunitného sociálneho pracovníka, prípadne asistenta sociálneho pracovníka by mala odstraňovať príčiny sociálnej deprivácie v konkrétnej komunite. Cieľovými klientmi sú občania znevýhodnení na základe ich somatického alebo mentálneho postihnutia, ohrození sociálnym vylúčením. Ďalej osoby žijúce v uzavretých, sociálne izolovaných komunitách s

relatívne vysokou mierou sociálnej odkázanosti, „sprevádzané“ rozmanitými sociálno-patologickými javmi. Do tejto kategórie patria najmä osoby v hmotnej núdzi, s nízkym stupňom vzdelania, osoby s nízkou alebo žiadnou kvalifikáciou, dlhodobo nezamestnaní, nezamestnaní starší ako 50 rokov, so zdravotným postihnutím, osamelí rodičia s nezaopatrenými deťmi, osoby po návrate z výkonu trestu odňatia slobody bez sociálneho a rodinného zázemia, obyvatelia separovaných a segregovaných rómskych osád.

Rôznorodosť príčin a rozmanitosť typov znevýhodnení si vyžaduje individuálny prístup ku každej rizikovej cieľovej skupine, založený na stratégii sociálneho začlenenia do občianskej spoločnosti. Poslaním komunitnej práce je odstraňovanie bariér a znevýhodnení, ktoré vznikli v dôsledku nečakaných i „reťaziacich“ sociálnych udalostí.

Viacrozmerný pohľad na komunitu

Komunitná práca má vo svete tradíciu. Pôvodne termín sociálna práca s komunitou (tiež sociálna práca so spoločnosťou) ohraničoval tú časť sociálnej práce, ktorá presahovala sociálnu prácu s jednotlivcom, rodinou a skupinou (Chytil, 2002). V odbornej literatúre sa stretávame s rôznymi definíciami. Keller (1996, s. 512) vymedzuje komunitu ako „sociálny útvar charakterizovaný zvláštnym typom sociálnych väzieb vo vnútri, medzi členmi a špecifickým postavením navonok, v rámci širšieho sociálneho prostredia.“

Vo svojej podstate vo väčšine prípadov ide o bazálnu prepojenosť s územnou komunitou. Pričom komunita je percipovaná hranicami (môžu byť geografické, ekonomické, politické ale i sociálne), postavená na pilieroch (spoločné záujmy, hodnoty, problémy) a má štruktúru (formálnu a neformálnu organizovanosť, sociálne zoskupenie cez ktoré vykonávajú určité funkcie) (porov. Mattessich, Monsey, Roy, 1997, Raabe, 2009, Mátel, Hardy, 2015).

Pocit spolupatričnosti, solidarity je niektorými sociológmi považovaný za hlavné znaky komunity. „Komunita je pocit spolupatričnosti členov, záujem jeden o druhého a o celú skupinu a spoločná viera, že potreby členov komunity budú naplnené cez pospolitosť“. (Mattessich, Monsey, Roy 1997, s. 57).

Hartl (1997) definuje komunitu v zmysle miesta, kde človek môže získavať emocionálnu podporu, ocenenie a praktickú pomoc v každodennom živote. Podľa Musila (1998) sa v sociálnej práci pod pojmom komunita označuje:

- *kategória znevýhodnených* – neorganizované zoskupenie ľudí, ktorí potrebujú pomoc,
- *komunita záujmov* – organizovaná záujmová asociácia, ktorá vyslovuje svoje záujmy a pracuje na nich,

- *servisná komunita* – organizované prepojenie profesionálov (organizácie zaoberajúce sa poskytovaním pomoci) a členov komunity schopných zapojiť sa do realizovania a podpory akcií,
- *obec* – chápaná ako sociálny priestor, kde sa vytvárajú vzťahy medzi poskytovateľmi služieb a znevýhodnenými, ktorí sú ale schopní vyjadriť svoje požiadavky a pomáhať pri ich realizácii.

Vzťah medzi sociálnou prácou a komunitnou prácou

Healy (2000) uvádza tri typy vzťahov medzi sociálnou a komunitnou prácou.

- Komunitná práca je metódou sociálnej práce.
- Komunitná práca je metóda a zároveň filozofická koncepcia, ktorá stojí na rozdielnom politickom a filozofickom základe ako sociálna práca.
- Sociálna práca a komunitná práca môžu byť časťami rovnakého systému sociálnych služieb, rozdiel je však v praxi a filozofickej orientácii.

Genéza metód komunitnej práce vychádza z rozpadu tradičných komunit v dôsledku industrializácie a urbanizácie. Vznik komunitnej práce, sa datuje do druhej polovice 19. storočia. Jedným zo zakladateľov bol anglikánsky vikár vo východnom Londýne Samuel Augustus Barnett, ktorý začal so svojou manželkou organizovať praktickú pomoc medzi farníkmi. Barnett tvrdil, že poskytovatelia pomoci chudobným by mali s nimi žiť, aby sami zažili aké problémy prináša chudoba. V roku 1884 založil univerzitu – Toynbee Hall, kde vedľa bohatých, mohli študovať aj chudobní študenti. (Popple, 2000).

Barnett (in: Matoušek et al. 2003, s. 255) svoje názory zhrnul do 3 základných princípov:

- *každý má právo na svoj osobnostný rast a môže k tomu využiť všetky dostupné prostriedky v spoločnosti,*
- *efektívna zmena je evolučná (má tendenciu presadiť sa, „uchytiť sa“),*
- *silné komunity a pozitívne sociálne zmeny závisia na osobnej komunikácii napriek ekonomickému a sociálnemu rozdeleniu,*

Na konci 19. storočia na základe modelu Toynbee Hall bolo založených 30 settlementov, prevažne v univerzitných mestách. V settlemente žilo asi 14 študentov, ktorí ľuďom v danej lokalite ponúkali rekreačné a vzdelávacie služby. Settlementy využívali komunitnú prácu, skupinovú prácu a advokáciu (Encyclopedia, 1987).

Cieľom settlementov bolo riešenie lokálnych problémov formou miestnych akcií a učenie chudobných hodnotám strednej vrstvy (abstinencia, pracovitosť, šetrnosť). Jane Addams (in Zastrow, 2008) chápala settlementy ako „experimentálne úsilie pomôcť v riešení sociálnych a priemyselných problémoch,

ktoré majú za následok moderné podmienky života vo veľkých mestách“. Hnutím settlementov sa inšpiroval vývoj komunitnej práce v Nemecku. Teológ Friederick Siegmund-Schultze v roku 1911 sa spolu s rodinou a s niekoľkými priateľmi presťahoval do chudobnej štvrťi vo východnom Berlíne. Presadzoval myšlienku sociálneho zmieru medzi príslušníkmi rôznych tried, politických názorov a náboženstiev (Chytil, 2002).

Za predchodcov komunitnej práce bývajú tiež považované kolektívne akcie robotníckeho hnutia. Ich centrom bol Glasgow, kde na začiatku 20. storočia prebehlo množstvo stávk a kampaní za 40 hodinový pracovný týždeň, proti zvyšovaniu nájmu, za lepšie bytové podmienky. Medzi prvými organizáciami využívajúcimi komunitnú prácu boli *The Charity Organization Societies* (1877) a *New York Association for Improving the Condition of the Poor* (1843). Typické pre ich činnosť bolo zapojenie dobrovoľníkov, ktorí navštevovali chudobné rodiny, nezamestnaných alebo ináč postihnutých. Snažili sa vplývať na svojich klientov tým, že ich podporovali v sebestačnosti (Popple, 1995).

Camphillská komunita

Industriálny rozvoj v prvej polovici 20. storočia „prinútil“ sociálnych pracovníkov opustiť úrady a ísť do ulíc za tými, ktorí sa ocitli v sociálnych problémoch. Zistili, že potrebujú ďalšie vedomosti a zručnosti, ale aj to že je nevyhnutné pracovať nielen s ľuďmi, ktorí majú problémy, ale aj s ich rodinou, sociálnou skupinou či komunitou, do ktorej patria. Postupne sa komunitná práca stávala nielen prostriedkom pomoci sociálne slabým, ale aj spôsobom, ako „modelovať“ život v komunite. Príkladom je Camphillská komunita (Camphill community), v ktorej trvale žijú dospelí opatrovatelia (vedúci domácností) počas najmenej jedného roku, tiež dobrovoľní pomocníci poskytujúci starostlivosť osobám so zdravotným hendikepom. *Klienti sú ľudia s mentálnym postihnutím, prípadne ľudia s chronickým duševným ochorením alebo telesným postihnutím* (Matoušek, 2009, s. 39).

Klienti sú integrovaní do systému rodinného života. Komunitu tvorí päť až sedem samostatných domácností. Programy komunity siahajú od vzdelávania formou Waldorfskej školy až k remeselnej výrobe, pestovaniu rastlín, chovu zvierat, športovej a kultúrnej činnosti. Zdôrazňujú sa pevné denné pravidlá, dôležité sú rituáli a slávnosti. Vedúci domácnosti môže byť jednotlivec alebo manželský pár. Približne 1/3 členov sú samotní klienti. Začiatky existencie týchto komunit siahajú do roku 1939, keď prvú komunitu založil škótsky lekár Karl König na statku Camphill neďaleko Aberdeenu. V súčasnosti sa terapeutické komunity nachádzajú v 22 krajinách. V Česku nájdeme *Camphill na soutoku* v obci České Kopisty. Komunita poskytuje sociálne služby (Centrum denných služieb,

Chránené bývanie), obchodné remeslnícke či kultúrne aktivity, vzdelávanie, mo najmä zastrešujúce spoločenstvo, ktoré je spoločným životom a prácou s ľuďmi so špeciálnymi potrebami (Camphill spolek, 2023).

Komunitná práca vo verejnom priestore

V posledných dvoch dekádach 20. storočia sa komunitná práca stala významným nástrojom riešenia sociálnych problémov. Vážnosť komunitných pracovníkov sa zvýšila. Stávajú sa zamestnancami verejnej správy, ale i neziskových organizácií rôzneho typu. Na Slovensku registrujeme prácu s územnou komunitou a tiež terapeutickú komunitnú prácu, podľa platnej legislatívy Zákona č. 448/08 Z. z. o sociálnych službách.

Do popredia vystupuje nielen úsilie pomáhať marginalizovaným komunitám, ale tiež podpora členov komunity k participácii na riešení vlastných problémov. Intervencia komunitného pracovníka prebieha v rovine osobitného prístupu a aktivizácie jednotlivcov komunity, aby sa sami postarali o riešenie problému. Využíva sa aplikácia autentického projektu, k vyriešeniu konkrétneho problému. Komunitná práca je metóda univerzálna, dajú sa ňou riešiť lokálne problémy v oblasti sociálnych služieb, etnického napätia, susedských vzťahov, vzdelávania, atď. To kladie veľký dôraz na kreativitu komunitného pracovníka. (in Matoušek et al., 2003). Práca s komunitou okrem iného znamená realizovať komunitnú starostlivosť v rámci samosprávy, rozvoj komunitných organizácií, komunitné plánovanie, komunitné vzdelávanie, komunitné akcie. Zapojení sú samotní jeho účastníci, teda zadávatelia (samosprávny kraj, obec, zastupiteľstvo), poskytovatelia a prijímatelia sociálnych služieb (porov. Giertliová, Beňuš in Mátel, Hardy, 2013).

Do koncepcie komunitného plánovania patrí partnerstvo a dialóg, zapojenie celej komunity do plánovacích procesov, hľadanie nových a kreatívnych prístupov. Tiež informovanosť a medializácia procesov i výstupov, spolupráca a koordinácia organizácií, inštitúcií. Komunitné plánovanie je aktívny proces zisťovania potrieb, zdrojov. Je potrebné zvážiť záujmy občanov, možnosti poskytovateľov služieb a tých, ktorí poskytujú zdroje na naplnenie potrieb komunity.

Sociálny pracovník v komunite a komunitný projekt

Komunitný sociálny pracovník v žiadnom prípade nie je komunitný aktivista, ako sa mylne niekedy interpretuje. Na komunitného pracovníka sú kladené väčšie požiadavky, na znalosti ako aj profesionálne zručnosti. Mal by:

- načúvať potrebám jednotlivých skupín žijúcich v komunite,
- pomôcť členom komunity zapojiť sa do procesu,

- žiť uprostred konfliktov a napätia,
- napísať projekt,
- skončiť svoju prácu v pravý čas a odovzdať svoje kompetencie členom komunity.

V praxi rozlišujeme nasledovné postavenia komunitného pracovníka v komunite. Môže ísť o dominantné postavenie *experta*, ktorý komunite predkladá návody na riešenie, uprednostňuje cieľ pred procesom, nezriedka ho komunita odmieta. Iné je *partnerské postavenie* komunitného pracovníka, prameniace z hodnôt, zdieľanými s komunitou, dáva návody, podporuje vyjadrenia aj ostatných členov komunity. Jeho tradičnými úlohami zostáva hľadanie sociálnych priorít a potrieb komunity, povzbudzovanie členov, aby rozpoznali svoje problémy a pokúsili sa ich zvládnuť pomocou dostupných služieb, informovať o možných postupoch riešenia. Iniciovať diskusie o problémoch, a spoločne s členmi komunity realizovať aktivity zamerané na ich odstránenie, napríklad aj formou komunitného projektu.

Kinkor (2003) vyčleňuje znaky, ktoré by mal dobrý komunitný projekt obsahovať. Projekt obsahuje myšlienku otvorenej spoločnosti, ktorá je schopná neustálej zmeny, len aby vyriešila svoje problémy. Dáva príležitosť ľuďom robiť veci tak ako chcú, cítia a považujú za dobré, vytvára príležitosť myslieť kreatívne, podieľať sa na veciach verejných. Projekt pomáha prekonávať čiernobiele videnie problémov, odкрýva a používa potenciál komunity, jednotlivé kroky projektu majú širšiu naviazanosť.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Aké aktivity považujeme za predchodcov komunitnej práce?
- 2) Aké druhy komunit rozlišujeme?
- 3) Na čo musí byť pripravený sociálny pracovník v komunite?

2. 7 Plánovanie a projektovanie v sociálnej práci

Správne plánovanie a projektovanie je základom úspechu každej intervencie a býva súčasťou poskytovania sociálnych služieb s pridanou hodnotou. Z pohľadu sociálnej práce sú metódami, ktoré využívajú najmä riadiaci pracovníci, pomáhajúci profesionáli v priestore budovania a inovácie sociálnych služieb. Odborníci prostredníctvom plánovania a projektovania nadobúdajú nadhľad v sociálnej situácii, využívajú ich na presvedčanie, motivovanie a získavanie zdrojov i spolupracovníkov pre nové myšlienky, či už v zariadení sociálnych služieb, v priestore samosprávy i v celom regióne.

Plánovanie je časťou riadenia, ktoré sa v dôsledku delby práce a špecializácie v ňom osamostatnilo a predstavuje jednu zo základných manažérskych funkcií. Uplatňuje sa v rôznych objektoch riadenia. Existuje na každom ich stupni. Plánovanie je svojim spôsobom projektovanie budúcnosti (Dravecký, 2014).

Komunitné plánovanie

Projektovanie a plánovanie patrí do skupiny tzv. moderných metód uplatňovaných v sociálnej oblasti. My sa skôr stotožňujeme s označením novších, aktuálnych metód sociálnej práce. Východiskom pre aplikáciu projektovania a plánovania či už v regióne, komunite, respektíve v konkrétnom zariadení je schopnosť využiť predkladaný sociálny potenciál.

V kontexte sociálnych služieb sa najčastejšie na úrovni územnej komunity, miest a obcí využíva komunitné plánovanie ako základný nástroj pre zabezpečenie a realizáciu sociálnych služieb. Základom komunitného plánovania sociálnych služieb je spolupráca zadávateľov (obec, VÚC) s užívateľmi (klienti) a poskytovateľmi sociálnych služieb (inštitúcie, organizácie) pri tvorbe plánu, rokovaní o budúcej podobe sociálnych služieb a realizácii konkrétnych krokov. Plánovanie sa vždy realizuje na základe analýzy predchádzajúcich rokov, pričom je potrebné stanoviť si ciele rozvoja. Podstatným prínosom komunitného plánovania je samotný proces jeho prípravy a tvorby, do ktorého sa zapájajú rôzne subjekty, inštitúcie, organizácie, ale aj samotní občania mesta, či obce. Spoločným cieľom zainteresovaných strán je predovšetkým zabezpečiť dostupnosť kvalitných sociálnych služieb v danom územnom priestore.

Na komunitné plánovanie sa hľadí optikou modernej, participatívnej formy riadenia a plánovania sociálnych služieb. V Zákone o sociálnych službách č. 448 /08 Z. z. sa komunitné plánovanie sociálnych služieb stáva obligátnou súčasťou záujmov obcí a miest. Okrem nich i samosprávne kraje majú povinnosť vypracovať koncepciu rozvoja sociálnych služieb na svojom území. Legislatíva určuje, že obce majú poskytovať alebo zabezpečovať základné sociálne poradenstvo a sociálnu službu fyzickej osobe, ktorá nemá zabezpečené nevyhnutné podmienky na uspokojovanie základných životných potrieb v zariadení. K tomu využívajú nocľahárne, nízkoprahové denné centrá, pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa, sociálne služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu, sociálne služby v zariadení pre seniorov, zariadenia opatrovateľskej služby, denné stacionáre, opatrovateľské služby, prepravné a odľahčovacie služby.

Sociálne plánovanie

„Sociálne plánovanie je úsilie organizovať sociálny vývoj tak, že vychádza z koherentnej a optimálnej štruktúry cieľov na základe rešpektovania reálnych prostriedkov. Je to jeden zo základných nástrojov riadenia a vedenia.“ (Strieženec, 2001, s. 122). Stanovenie cieľov a tvorba plánov patrí k východiskovým funkciám manažmentu organizácií. Ide o dlhodobý proces vychádzajúci z dlhodobého zámeru organizácie, akceptujúci vývoj faktorov vonkajšieho aj vnútorného prostredia a na základe analýzy a prognózovania (predpovedania) stanoví krátkodobé i dlhodobé ciele. Rozhodnutie o pláne je výsledkom plánovacieho procesu a pozostáva z vytýčenia hlavných i čiastkových cieľov a stanovenia predpokladov pre ich realizáciu (Sedlák, 2012).

Sedlák (2000) klasifikuje plány podľa dvoch hlavných hľadísk:

Z časového hľadiska

- dlhodobé (konceptné, strategické; viac ako 5 rokov),
- strednodobé (taktické; 1 – 3/5 rokov),
- krátkodobé (operatívne; mesačné, menej ako 1 rok).

Z hľadiska objektov riadenia

- plánovanie organizácie ako celku,
- plánovanie častí organizácie

Každý plán bez ohľadu na jeho časovú dĺžku, rieši dve skupiny otázok, ktoré sa týkajú cieľov, ktoré sa majú v danom období dosiahnuť a zdrojov, prostriedkov (ľudských, materiálnych, finančných), potrebných na ich realizáciu (Dravecký, 2014).

Základnými prvkami plánovania sú:

- **ciele** – stavy, ktoré chceme v budúcnosti dosiahnuť. Dôležité je určiť priority cieľov, t.j. poradie realizácie cieľov. Musí byť určené vecné vymedzenie, merateľnosť a časová ohraničenosť.
- **akcie** – prostriedky, resp. špecifické činnosti, pomocou ktorých dosiahneme plánované ciele. Na naplnenie jedného cieľa sa plánuje niekoľko akcií súčasne. (plánujú sa aj alternatívne možnosti, odhady, analýzy, prieskum trhu a pod.).
- **zdroje** – isté obmedzenia, s ktorými manažér pri plánovaní musí počítať. Základnými zdrojmi sú ľudský potenciál, financie, informácie. Musí existovať zdrojová základňa, lacnejšie zdroje verzus nákladné.
- **implementácia** – plán obsahuje prostriedky a spôsoby realizácie, určenie pracovníkov a ich podielu na vykonaní úloh plánu. Určujú sa pracovníci

s presne určenými úlohami, potrebných na uskutočnenie plánu (Bělohlávek et al., 2006).

Plán je účinný vtedy, ak je dostatok času na realizáciu jeho čiastkových cieľov a zmeny stanovené plánom prebiehajú postupne. Dobré plánovanie pomáha realizovať zložité veci jednoduchým spôsobom. Spolu s organizovaním, kontrolovaním a vedením ľudského potenciálu je nevyhnutnou disponovanosťou každého sociálneho pracovníka.

Projektovanie v sociálnej práci

V sociálnej oblasti existuje príležitosť využiť projekt zameraný na získanie finančných dotácií zo štrukturálnych fondov EÚ, príp. iných grantových schém. Kreovať projekt vyjadruje schopnosť sociálneho pracovníka, mať zámer a víziu riešenia komplikovanej situácie či problému a zvládnuť ju vlastnými silami. „Projekt chápeme ako návrh na uskutočnenie určitého zámeru s určením spôsobu jeho realizácie, ako konkrétny realizovateľný plán. Projekt možno chápať ako úlohu, ktorá má definovaný začiatok a koniec a zohľadňuje pôsobenie všetkých premenných faktorov nevyhnutných na dosiahnutie cieľa projektu. Je to konkrétny spôsob realizácie zámerov, ktoré chceme uskutočniť alebo na základe projektu dokáže iná osoba tieto zámery zrealizovať.“ (Strieženec, 1999, s. 122).

Dolanský et al. (1996) chápe projekt nasledovne:

- niečo, čo má začiatok a koniec s ohľadom na stanovený cieľ,
- má dočasný charakter, po dosiahnutí cieľa je realizácia projektu zrušená,
- je jedinečný, systémový, obmedzený zdrojmi, neistotou a rizikom,
- cieľový stav alebo výsledný produkt musia byť dosiahnuté v limitovanom čase,
- výnimočný súbor činností, ktoré sa líšia od rutinných činností obsahom aj cieľovým zameraním,
- má viacero etáp a fáz; tak ako sa etapy menia, menia sa aj úlohy organizácie a zdroje podieľajúce sa na projekte,
- snaha realizovať jedinečný súbor činností v rámci vymedzených nákladov a času,
- vyžaduje spoluprácu mnohých odborníkov z rôznych oblastí; dosiahnutie cieľa je závislé na vzájomnej prepojenosti jednotlivých čiastkových činností.

Repková (2004) uvádza ako charakteristiku sociálneho projektu nasledovné znaky:

- vychádza z priorít sociálnej politiky a pravidiel konkrétneho SPG,

- ide o formalizovanú sociálnu akciu, riešenie sociálneho problému skupiny ľudí, komunity,
- originálnosť riešenia,
- časové vymedzenie + dočasnosť realizácie,
- neistota/ riziko,
- fázovanie/etapy,
- synergia zdrojov,
- viacodborovosť,
- udržateľnosť výsledkov.

Samotná typológia projektov, ktoré je možné uplatniť v sociálnych službách:

- sériové projekty,
- pilotné projekty,
- materiálne projekty,
- ideové projekty,
- projekty vývoja nových produktov a služieb.

Projektový zámer pozostáva z viacerých, logicky nadväzujúcich častí. Spravidla ide o informácie, ktoré sa týkajú cieľovej skupiny, východiskovej situácie, plánu aktivít a ich časového rozloženia, stanovenia kvantitatívnych i kvalitatívnych cieľov a rozpočtového plánu. V zásade nejedná o jednoduchú postupnosť, ako vypracovať projektový zámer. Začína východiskovou situáciou a základným cieľom, postupne vstupuje do ostatných oblastí.

Metodika realizácie sociálneho projektu

V každom prípade treba brať zreteľ na zaužívanú postupnosť kreovania projektov.

Rozlišujeme fázy:

Prípravná/Predinvestičná fáza

- formujú sa nové myšlienky,
- identifikuje sa problém,
- stanovujú sa ciele,
- spracuje sa projektový zámer (projektový formulár),
- schvaľuje sa projektový zámer,
- prijímajú sa korekcie,
- schvaľuje sa subvencia.

Investičná /implementačná/realizačná fáza

- realizácia naplánovaných aktivít (podľa časového plánu),
- priebežné hodnotenie/komunikácia,

- spracovávanie monitorovacích správ,
- prijímanie prípustných korekcií.

Vyhodnocovacia/diseminačná fáza

- záverečné hodnotenie (príprava záverečnej správy),
- finančný audit,
- šírenie výsledkov (podľa stanovených výstupov),
- využívanie poznatkov pre budúci projekt (porov. Sedlák, 2007, 2012, Repková, 2004, Dolanský, 1996).

Väčšina programov na realizáciu projektov má vopred stanovenú štruktúru, ktorú musí spracovateľ projektu rešpektovať. Bazálna štruktúra projektového obsahu:

- názov,
- kto bude realizátorom projektu,
- číselné označenie projektu,
- začiatok projektu,
- dokončenie projektu.

Okrem toho ďalšími významnými časťami projektu sú:

- *východisková situácia*: uvádza sa, z akej spoločenskej požiadavky projektový zámer vychádza, na akú situáciu nadväzuje, aké má opodstatnenie,
- *cieľ projektu*: definuje sa vždy cez prospech klienta ako odberateľa výsledkov projektu, nie cez úlohy realizátora projektu,
- *úlohy vyplývajúce z cieľa projektu*: ide o stanovenie úloh, ktoré musia byť splnené, aby bol naplnený stanovený cieľ,
- *cieľová skupina*: kto bude odberateľom projektu,
- *vstupné parametre*: určí sa, ako a ktoré parametre cieľovej skupiny chceme projektom ovplyvniť,
- *výstupné parametre*: určí sa, ako sa sledované parametre zmenili,
- *časový harmonogram*: kedy sa ktorá etapa aktivít uskutoční,
- *náklady*,
- *projektová hierarchia*: rozdelia sa právomoci členov projektového tímu,
- *predpokladané dôsledky a problémy v realizácii projektu*: s čím treba rátať, čo možno očakávať.

Klasifikácia projektov aj v sociálnej oblasti najčastejšie korešponduje rozdelením aké uvádza Dolanský et al. (1996) a ten rozlišuje projekty:

- *komplexné* – sú jedinečné, neopakovateľné, majú viacej zdrojov, väčší počet subprojektov, sú dlhodobé atď.

- *špeciálne* – majú presne určené zdroje a náklady, realizuje ich väčšia organizačná jednotka pozostávajúca z dočasne určených pracovníkov, sú strednodobé atď.
- *jednoduché* – sú to malé projekty, realizované činnosti sú jednoduché, realizované jednou alebo malým počtom osôb, sú krátkodobé atď.

Poznáme tiež *sociálne projekty* – zamerané na zvládnutie konkrétneho sociálneho problému, *makroprojekty* – zamerané na riešenie regionálneho sociálneho problému a *prognostické projekty* – zamerané na riešenie globálneho sociálneho problému (porov. Strieženec, 2001).

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Vysvetli rozdiely medzi komunitným a sociálnym plánovaním.
- 2) Aké projekty poznáme v sociálnej oblasti?
- 3) Aké dôležité časti má mať projekt?

2. 8 Manažment pre sociálnych pracovníkov

Manažment v sociálnej práci sa úspešne etabloval vo viacerých praktických rozmeroch. Už pri profilácii sociálnej práce na Slovensku po roku 1989 sa javil ako podstatný nástroj, prostriedok, pomocou, ktorého sa dosahujú strategické ciele trvalého sociálneho rozvoja a zároveň sa aktivizuje sociálny pracovník ako manažér a súčasne aj sociálny klient (Strieženec, 1996).

Vaverčáková a Hromková (2018) vnímajú špecifické úrovne manažmentu v sociálnej práci:

- sebariadenie sociálneho pracovníka (selfmanažment, plánovať osobné ciele, úlohy, konkrétny program, súčasťou je timemanažment),
- prípadový manažment (casemanažment, manažment sociálneho prípadu úzko prepojený s prípadovou prácou a sociálnymi službami v procese deinštitucionalizácie),
- manažment odborného tímu (organizuje vedenie ľudí vo vertikálnej i horizontálnej rovine),
- manažment (sociálnej) organizácie (manažment v pozícii vedúceho zamestnanca sociálneho subjektu).

Zvyčajným exemplifikačným modelom komplexného manažmentu je zariadenie sociálnych služieb. Od profesionála v sociálnych službách pri výkone

riadenia sa očakáva aby naplnil tri základné roly. A síce informačnú, interpersonálnu a rozhodovaciú. V zmysle podávania informácií bol spracovateľom a hovorcom podstatných správ. V interpersonálnej roli dokázal vzťahovo spájať, tvoriť a riešiť. A v roli rozhodovacej bol vyjednávačom, alokátorom (rozmiestňovať, rozdeľovať) úloh, funkcií, zdrojov (Donnelly et al., 1997).

Terminologické ukotvenie

Termín manažment pochádza z anglického *manage* – riadiť, viesť, organizovať, spravovať, dosiahnuť ciele, súbor riadiacich činností (porov. Veľký slovník cudzích slov, 2006).

Dravecký (2014) ponúka definíciu: „*Manažment sa najčastejšie chápe ako systém princípov, metód, techník a postupov používaných v riadení inštitúcií a ako výsledok spojenia vedy a umenia riadiť.*“ Cestu k jeho štúdiu a rozpracovaniu otvoril americký strojný inžinier Frederick Winslow Taylor (1856 – 1915), ktorý sa považuje za zakladateľa vedeckého manažmentu. Manažment predstavuje moderné špičkové riadenie v zmysle vysokej profesionality. Označuje sa ním riadiaci aparát firmy a celá rozhodovacia činnosť riadiacich pracovníkov. Pričom zahŕňa aj výber pracovníkov pre firmu, organizáciu ich pracovného režimu, tvorbu pracovnej a podnikovej klímy, sociálne otázky fungovania podniku, riešenie otázok odmeňovania, motiváciu, stimuláciu a sankcie (porov. Strieženec, 2001).

Majtán et al. (2016, s. 11) definuje: „*Manažment je ucelený súbor činností, ktorými riadiaci subjekt cielavedome pôsobí na riadený objekt za účelom dosiahnutia čo najvyššej hodnoty pre vlastníkov, zamestnancov a zákazníkov.*“

V tejto súvislosti sa Vaverčáková a Hromková (2018) stotožňujú s interpretáciou manažmentu v štyroch významoch:

- proces (praktická činnosť manažéra zameraná na cieľ),
- profesia (nástup pracovníkov do manažérskeho funkcie, 40. roky 20. storočia),
- vedná disciplína (integruje poznatky spoločenských, prírodných a technických disciplín, úloha je vytvoriť metodológiu riadenia),
- umenie (úsilie osloviť celého človeka. Jeho pragmatickú, sociálnu, morálnu, estetickú i citovú stránku).

Manažment je proces tvorby a udržiavania prostredia, v ktorom jednotlivci pracujú spoločne a účinne dosahujú vybrané ciele. Je to proces optimalizácie využitia ľudských materiálnych a finančných zdrojov na dosiahnutie cieľa (Peare, Robinson, In Kunz, Kozler, 2008). Donnelly (in Mydlíková, 2004) chápe manažment ako proces koordinovania činnosti skupiny pracovníkov, realizovaný

jednotlivcom alebo skupinou ľudí za účelom dosiahnutia určitých výsledkov, ktoré nemožno dosiahnuť individuálnou prácou.

Priroritou sú ľudské zdroje

Mydlíková (2004) sa domnieva, že východiskom k identifikácii manažmentu v sociálnej práci je poznatok v kontexte, že každá organizácia sa skladá z dvoch navzájom prepojených systémov: riadiaceho a riadeného. Pre sociálnu prácu rovnako platí: „Nemožno dosiahnuť vysokú kvalitu a produktivitu bez schopnosti manažéra dennodenne aplikovať najnovšie technologické postupy a zručnosti, zodpovedajúce podmienkam.“

Už začiatkom 20. storočia sa rozvíjajú prístupy a metódy na zvyšovanie produktivity práce, rozširovanie podnikateľských aktivít a tvorbu maximálneho zisku. Sociálny manažment sa špecializuje na koordinovanie činností ľudí pracujúcich v organizáciách, pôsobiacich v oblasti sociálnej pomoci, služieb, prevencie a poradenstva. Sociálny manažment kladie dôraz na ľudské zdroje. „Práve v ľudských zdrojov, v ich formovaní, motivovaní, odmeňovaní, v racionálnom hospodárení s nimi a v celkovej starostlivosti o zamestnancov sa nachádza kľúč k prosperite a konkurenčnej schopnosti.“ (Vaverčáková, Hromková, 2018, s. 7). V sociálnych službách je výber kvalitných a produktívnych ľudských zdrojov úspechu. Na sociálnom trhu sa v súčasnosti objavujú organizácie, ktoré pracujú systematicky a cieľavedome so svojimi klientmi a pomáhajú im riešiť sociálne krízy. Aj sociálna oblasť, sociálne služby majú svoj trh, ktorý obsadzuje ten zdatnejší, kvalifikovanejší a schopnejší. V danej oblasti vnímame manažment ako nástroj, ktorý umožní organizáciám sústrediť sa na skutočné poslanie, na kvalitnú odbornú prácu v prospech klienta.

Na základe uvedeného z pohľadu kontinuálnej prípravy a vzdelávania sumarizujeme, že manažment sa chápe ako „systém princípov, metód, techník a postupov používaných v riadení inštitúcií a ako výsledok spojenia vedy a umenia riadiť“ (Obdržálek, Kingová et al., 2004, s. 174). Aj preto je dôležité, aby absolventi študijných programov sociálne služby a poradenstvo boli pripravovaní pre riadiacu prax. Je potrebné si uvedomiť, že v sociálnej sfére vedúci pracovník manažuje ľudské i materiálne zdroje podobne ako manažér v komerčnej oblasti. V organizáciách poskytujúcich sociálne služby by sa manažérom mala stať osoba, ktorá je v sociálnej oblasti erudovaná, zároveň s nadhľadom a odstupom schopná riadiť, dokáže načúvať a komunikovať s ľudskými zdrojmi. Rozlišujeme personálne riadenie (personálna administratíva, výkonnosť) a riadenie ľudských zdrojov (rozvoj ľudských zdrojov, konkurenčná výhoda), pričom oboje by malo byť súčasťou kvalitného manažéra v sociálnych službách. Pretože svoje zámery

realizuje manažér sprostredkovane, prostredníctvom svojich podriadených (porov. Vaverčáková, Hromková, 2018).

Entita osobnosti manažéra v sociálnych službách a poradenstve v sebe zahŕňa vrodené a získané vlastnosti nevyhnutne potrebné pre výkon tohto povolania. Medzi vrodené vlastnosti patria potreba viesť a riadiť, túžba mať moc a uplatňovať svoj vplyv, sociálna inteligencia a citlivosť. Pre moderné a najmä úspešné riadenie je však dôležité nadobudnúť aj získané zručnosti a vlastnosti ku ktorým radíme: schopnosť a ochota počúvať druhých, ochotu komunikovať, dôslednosť, zmysel pre zodpovednosť, schopnosť nadhľadu a odstupu, morálne kvality, orientácia na úlohu, nie na zvýraznenie vlastnej osobnosti.

Úlohy manažéra v sociálnej oblasti

Manažérom v sociálnej oblasti, zvlášť v pozíciu vedúceho pracovníka, nutne akcentuje niektoré nároky interného či externého prostredia, ktoré túto rolu robia obtiažnou. Môže ísť o existujúce záujmové skupiny uplatňujúce vlastné potreby, ktoré sú v rozpore s potrebami iných (napr. vedúci a bežní zamestnanci). Vedúci pracovník prirodzene nesie vyššiu mieru zodpovednosti za dianie v organizácii, ako bežný zamestnanec. Môžeme u neho vnímať vysokú mieru neistoty a rizika, ktoré manažér v sociálnej oblasti podstupuje, hlavne ak ide o organizácie, ktoré sú každoročne nútené obhajovať svoju činnosť, riskuje so zavedením nových služieb, prístupov a stratégií. Okrem toho z pozície manažéra treba zámery či zmeny citlivo realizovať, keďže k vedúcemu pracovníkovi sa informácie často dostávajú sprostredkovane, najmä prostredníctvom podriadených a nemusia úplne korešpondovať s objektívnym pohľadom na celú situáciu. K bazálnym úlohám manažéra patrí:

- *Definovať ciele.* Manažér si kontinuálne kladie otázku, čo chce organizácia dosiahnuť, t. j. aké sú jej ciele a ako to dosiahne, teda aké postupy pri dosahovaní cieľov využije.
- *Určovať priority.* V každej organizácii vznikajú problémy, ktoré je potrebné riešiť. Keďže každý vedúci pracovník rozhoduje, je úlohou manažéra určiť poradie dôležitosti riešenia problémov, aby sa nestalo, že sa budú riešiť bežné pracovné problémy na úkor dôležitých úloh.
- *Predchádzať chybám.* Manažér pružne reaguje na realitu, neustále sleduje chod organizácie, odhaľuje chyby a slabiny a v prípade potreby nedostatky odstraňovať.
- *Orientovať sa na klienta.* Tak ako v komerčnej sfére je dôležitá spokojnosť zákazníka, v sociálnej práci je dôležité pochopenie potrieb klienta. Vhodné je uvedomiť si, že nejde len o základné potreby ako zabezpečenie stravy, hygieny, ubytovania a pod. Manažér by sa mal

vždy orientovať na splnenie úlohy, nie na zviditeľnenie svojej osobnosti (Sedlák, 2007).

Samotný proces manažmentu sa označuje ako riadiaci proces. Pozostáva zo základných fáz:

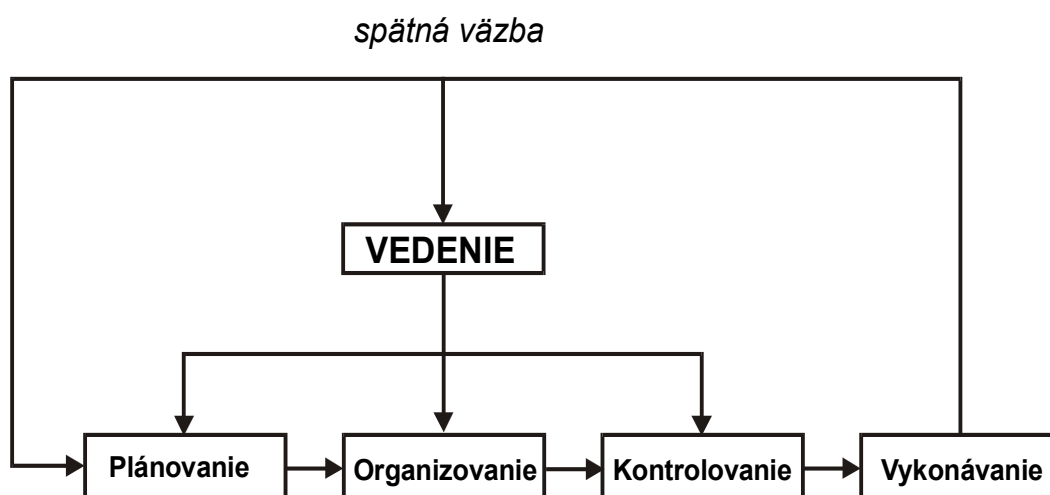
- prípravné, predbežné riadenie,
- priebežné riadenie – vedenie ľudí,
- kontrola.

V tejto súvislosti sa stretávame s nasledovnými základnými manažérskymi funkciami:

- plánovanie,
- organizovanie,
- vedenie ľudí,
- kontrola.
- komunikácia,
- koordinácia,
- marketing (porov. Donnelly 1997, Hambálek, 2010, Sedlák, 2012).

Manažment je chápaný ako neustále nastolovanie a udržiavanie rovnováhy medzi pólmi odbornosti a ľudskosti, erudovanosti a empatii. Manažér kontinuálne berie do úvahy krátkodobé a dlhodobé vízie a ciele, zameranie na detaily a nadhľad, koncentráciu a deje v prvej línii, opatrnosť a veľkorysosť, využívanie príležitosti a nesenie možných rizík.

Obrázok 3 Proces manažmentu v sústave manažérskych funkcií

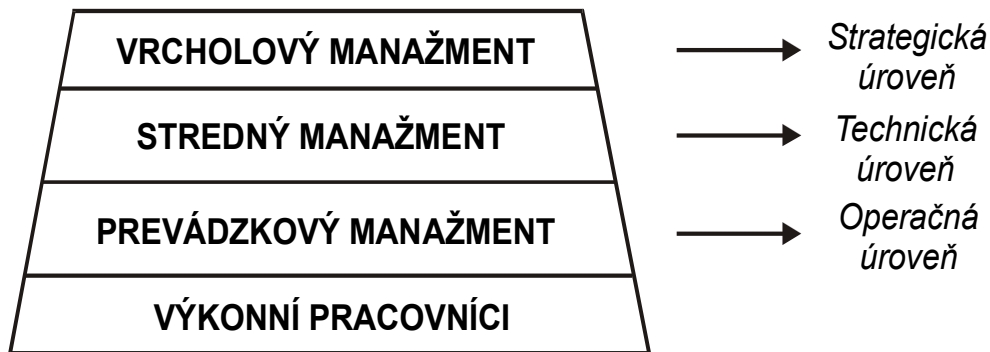


(Zdroj: Sedlák, 2007, vlastné spracovanie)

Ešte je na mieste si niečo povedať o typoch a úrovniach manažmentu. Každá organizácia má svoje vlastné, osobitné chápanie úrovni manažmentu. Inú úroveň manažmentu ma napr. dobrovoľnícka organizácia, inú výskumné pracovisko, ale

napriek rozdielom majú tieto úrovne spoločnú charakteristiku hierarchie a následnosti.

Obrázok 4 Úrovne manažmentu

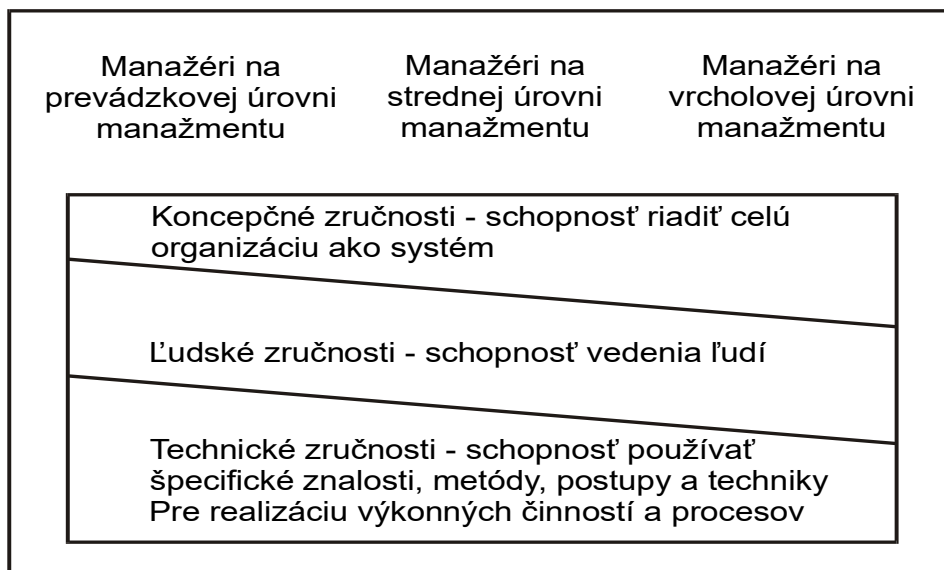


(Zdroj: Donnelly in Mydlíková, 2004, vlastné spracovanie)

Operačná úroveň je základom fungovania organizácie. V nej sa manažéri usilujú čo najlepšie rozmiestniť zdroje pre produkciu výstupov. Technická úroveň je zabezpečená prostredníctvom riadenia operačných činností a väzbou medzi producentmi a konzumentmi. Strategická úroveň udržiava dlhodobé ciele a rozvoj organizácie, bez narušenia vzťahov so sociálnym prostredím. Preto treba disponovať pestrou škálou manažérskych zručností:

- *sociálne, ľudské zručnosti* - schopnosť komunikovať s ľuďmi, vedieť ich motivovať, efektívne kontrolovať svojich podriadených, riešiť problémy, odovzdávať podriadeným presné informácie,
- *technické zručnosti* - rozumieť jednotlivým pracovným postupom a operáciám, ktoré vykonávajú podriadení, mať znalosti o technikách, metódach a postupoch, ktoré sú potrebné pri realizácii výkonných činností,
- *konceptné zručnosti* - schopnosť vidieť organizáciu ako systém, ktorý treba neustále usmerňovať aby dosahoval strategicky dôležité výsledky; poznať aktivity organizácie a vedieť ich koordinovať.

Obrázok 5 Základné manažérske zručnosti



(Zdroj: Donnelly, 1997, vlastné spracovanie)

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Aké špecifické úrovne manažmentu v sociálnej práci rozlišujeme?
- 2) Čo patrí k základným úlohám manažéra?
- 3) Akými zručnosťami by mal disponovať manažér nielen v sociálnych službách?

2. 9 Sociálna terapia

Pri riešení individuálnych problémov a eliminovaní negatívnych dôsledkov u klienta sociálnej práce, sa termín sociálna terapia terminologicky synchronicky spája s medicínou či psychológiou. Interpretuje sa tým istá prepojenosť s vykonávanými postupmi u osoby, ktorá nevyhnutne potrebuje terapeutickú intervenciu pri sanácii nepriaznivých pomerov vo svojom živote.

Metóda sociálnej terapie

Sociálna terapia je podľa Matouška (2003, s. 216) profesionálna intervencia zameraná na podporu klientových významných blízkych osôb. Jedná sa o sociálnu podporu, kedy naznačuje, že napríklad stresujúce udalosti ľudia zvládajú vďaka formálnej a neformálnej pomoci iných ľudí a pomáhajúci profesionál je jeden z nich.

Inými slovami sú to všetky postupy, ktoré majú liečebné účinky na psychosomatický a sociálny status jedinca. Najčastejšie sa uplatňujú sociálno – výchovným pôsobením na klienta s cieľom dosiahnuť nápravu (sanáciu) pomerov

v osobnom živote klienta. Sanácia sa realizuje prostredníctvom konkrétnej formy sociálnej pomoci. Levická (2007, s. 91) uvádza, že k formovaniu sociálnej terapie koncom 19. storočia prispel aj Richard Cabot, ktorý pôsobil v General Massachusetts Hospital v Bostone. Upozorňoval, aby sa vytvorila opatrovateľská služba, ktorú by sme dnes mohli nazvať sociálnou službou. Cieľom tejto služby by bola pomoc pri riešení rodinných, partnerských, či výchovných, ekonomických, či iných problémov pacientov, ktoré fungujú ako prekážka pri uzdravovaní.

Svetová zdravotnícka organizácia (WHO) definuje poslanie sociálnej terapie ako poskytnutie chorému alebo chorobou ohrozenému možnosti vytvoriť si sociálne kontakty priaznivé pre udržanie alebo znovu utvorenie jeho primeraného sociálneho správania. Jeho úlohou je posilniť, obnoviť a udržať pacientov záujem o reálny spoločenský život a reálne vzťahy v ňom. „Pod sociálnou terapiou rozumieme činnosť zameranú na obnovu, zlepšenie, ozdravenie alebo zmiernenie sociálneho stavu, v ktorom sa klient nachádza. Odstránenie porušenej rovnováhy medzi klientom a prostredím.“ (Strieženec, 1999, s. 112)

Tokárová a Matulayová (2008) tvrdia, že pojem sociálna terapia prvý raz použili Wronsky a Salomonová v roku 1926, pričom sa hovorilo aj o terapii sociálnych vzťahov a terapii vzťahov medzi majoritou a minoritou. Rodená Berlínčanka Alice Salomon poukazovala na, že možnosti vzájomnej spolupráce medzi jednotlivcami, či štátmi sú rovnaké ako možnosti boja jeden proti druhému. Závisí teda na voľbe (Plischke, 2003).

Spočiatku sa s termínom sa stretávame pri práci s duševne chorými klientmi, pri ktorých sa klasická psychoterapia nedala uplatniť. Sociálna terapia je psychosociálna intervencia sociálneho pracovníka s využitím rôznych terapeutických metód. Prirodzene z pohľadu sociálnej práce vnímame aj socioterapiu, v ktorej ide o obnovu, posilnenie a terapiu sociálnych vzťahov (porov. Mátel et al. 2015).

Balogová et al. (2016, s. 16) objasňuje: „Socioterapiu vnímame ako druh intervencie v sociálnej práci, ktorý sa môže opierať o rôzne prístupy (koncepty), pričom využíva rozmanité metódy, formy a techniky práce, ktorej cieľom je aktivizácia (sociálneho) potenciálu klienta, s dôrazom na vzťahy klienta k prostrediu, prostredia klienta a klienta v prostredí, pričom dôležitú úlohu zohráva.“

Obsahom sociálnej terapie je zvyčajne poradenstvo, diagnostika, krízová intervencia, prevencia, respektíve spolupráca s inými odborníkmi a kľúčovými osobami pre klienta. Okrem toho rozličné formy rehabilitácie, resocializácia a priama terapeutická práca.

Socioterapia ako jedna z metód práce so skupinou je napríklad najčastejšie používanou metódou u abstínujúcich od alkoholu alebo iných návykových látok. Po absolvovaní protialkoholického liečby vstupuje abstinent do procesu

komplexného doliečovania a v ňom do fázy rehabilitačnej, reintegračnej, readaptačnej a resocializačnej. Socioterapia sa využíva aj pri liečbe patologických hráčov a iných nelátkových závislostí. Cieľom je stabilizovať odvyknutie od alkoholu, drogy, nacvičiť nové socializačné formy pri opätovnej integrácii do sociálnych vzťahov rodiny, pracoviska.

Význam sociálneho učenia

Podstatou socioterapie je sociálne učenie, často uskutočňované v socioterapeutických kluboch. V dôsledku sociálneho učenia vzniká sociálna interakcia, ktorá predstavuje východisko pre osvojovanie sociálnej skúsenosti. Pokiaľ prebieha v skupine, je ňou jedinec ovplyvňovaný nielen vo svojom výkone, ale i v spôsobe, akým problém rieši, takže sa učí sociálnemu správaniu voči členom skupiny a zaujíma v nej určitú rolu. Ide o aktívne osvojovanie si tých foriem správania, ktoré iných podnecujú, posilňujú a podporujú, respektíve odnaučia takým spôsobom správania, ktoré demotivujú a nepodporujú očakávané vzorce správania. Pri sociálnom učení si jedinec v interakcii s druhým človekom alebo skupinou osvojuje potrebné zručnosti a postoje, prijíma ďalšie hodnoty a normy. Platí schéma *skúsenosť – učenie – zmena správania* (Nakonečný et al. 2015).

Prvým krokom je *napodobňovanie*, kde človek preberá spoločenské názory a postoje, spôsob života, sympatie či antipatie, ale i kladné či záporné prejavy ľudí, vhodné i nevhodné vzory správania, nezriedka so sociálno-patologickým akcentom (napr. nikotinizmus, alkoholizmus, narkománia). Druhým krokom je *sociálne upevňovanie*. Využíva buď sociálnu odmenu (pochvala, uznanie, prejavy sympatie atď.), alebo sociálne trestanie (sankcie prejavy nesúhlasu, odmietanie), čím sa posilňuje a upevňuje určitý spôsob správania. Ďalším krokom je učenie sa *identifikáciou*, keď sa človek stotožňuje s človekom – vorom, ku ktorému má kladný vzťah a prejavuje mu úctu. Dochádza k porovnávaniu, autoregulácii a sebvýchove.

V aktívnom sociálnom učení (ASU) sa vyčleňuje osobitná trieda sociálno-psychologických javov. Je programom pre cieľavedomé, zámerné zdokonaľovanie určitých sociálnych schopností a zručností človeka. Pri aktívnom sociálnom učení sa človek aktívne a vedome podieľa na analýze svojej činnosti i činnosti skupiny, socioterapeutického klubu. Učí sa poznávať nedostatky vlastného konania i aktivít skupiny, vedome využíva predchádzajúce poznatky a skúsenosti z predchádzajúcej činnosti k ďalšiemu riadeniu, vedomému korigovaniu, k životnej orientácii. Účelom je zvyšovanie sociálnej kompetencie človeka. Metóda aktívneho sociálneho učenia nie je len programom, ale i plánom pre zámerné zdokonaľovanie sociálnych činností, pre zvyšovanie sociálnej spôsobilosti a

efektívnosti sociálneho správania človeka (klienta, pacienta). Aplikuje sa v socioterapeutických kluboch abstinentov a pomáha prekonávať vzťahy medzi abstinentom a prostredím, najmä spoločenským, ktoré sa vyostrujú, a abstinentný spôsob života potom pôsobí ako záťaž. Poslaním socioterapeutického klubu je pomáhať, učiť novému životnému spôsobu bez návykových látok, asociálneho správania a s primeraným riešením problémových situácií, frustrácií, konfliktov. Cieľom socioterapie je zvýšiť kvalitu života jednotlivca, zmobilizovať jeho vnútorné kapacity a potenciál sociálnych vzťahov smerom k zmierneniu napätia u jednotlivca, i jeho sociálnom systéme. Socioterapia je práca so sociálnymi skupinami aj jednotlivcami, ktorí sú znevýhodnení, ohrození alebo vo vzájomnom konflikte. Zúčastnené strany sa považujú za rovnocenných partnerov a žiadna zo zúčastnených strán sa nepovažuje za nositeľa problému (Inštitút psychoterapie a socioterapie, 2016).

Súčasťou sociálnej terapie sú...

Z teoretického hľadiska sa otázkam sociálnej terapie venovali Haag, Rogers, Richmondová, Krakešová-Došková, Goldberg, Lang, Sokolowska, Satirová, Hanzlíček, Kratochvíl a mnohí ďalší (porov. Strieženec, Matoušek, Levická). Podľa prístupu jednotlivých autorov môžeme o širokej diverzifikácii uplatnenia sociálnej terapie. Aj preto sa v rámci tejto metódy využívajú:

- *rodinná terapia* – zameriava sa na interakciu v rodine (vzťahy a väzby), cieľom je zlepšiť fungovanie rodiny ako celku. Medzi najznámejšie formy patrí Rodinná terapia Virginie Satirovej. Jej autorka vypracovala účinné metódy pre skvalitňovanie komunikácie a iných procesov v rodinách a organizáciách. Kľúčovými konceptmi sú kongruencia, osobná zodpovednosť a sebaúcta, ktoré tvoria podstatu *systemického modelu rastu* Virginie Satirovej. Jej učenie spája praktickosť s duchovným zmyslom života a smeruje k rozvoju duševného a telesného zdravia, tvorivosti a produktívnosti ľudí a rozvíjaniu ich ľudskej dimenzie a potenciálu. Vychádza z predpokladu, že jedinca možno pochopiť a liečiť len v sociálnom kontexte, predovšetkým však v kontexte rodiny. Rodinu chápe nielen za systém tvorený jednotlivými jej členmi, ale hlavne vzťahmi medzi nimi. Terapia je tak zameraná na vzťahy medzi jej členmi, na spôsob komunikácie (Satirová, 2004).

Pri rodinnej intervencii stratégie pomáhajú adaptačným mechanizmom, napríklad formou rozširovania emocionálneho zážitku (zaistenie informácií, podporujúce rady, uznanie a chápanie zážitkov, emocionálnej bolesti a iné, psychodráma - *family sculpting*), rozvinutia interpersonálnych zručností

(vedieť počúvať, pýtať sa na významy) a reorganizácie štruktúry (prerámčovanie problémov, označenie hraníc a zmeny štruktúry rodiny).

- *realitná terapia* – orientuje sa na klientov s problémovým správaním. Vychádza z predpokladu, že asociálne správanie je snahou o uspokojenie základných potrieb, lásky a potreby vlastnej hodnoty, pričom sa uspokojujú tzv. skratkou – okamžite, bez ohľadu na vhodnosť, či nevhodnosť konania, na sociálne normy a podobne. Účelom je, aby klient prevzal zodpovednosť nad svojim správaním, selfkoncept.
- *kognitívno - behaviorálna terapia (KBT)* – aplikovaná napr. pri depresiách, úzkostných stavoch, anorexii či závislostiach. Cieľom je zmena klientovho správania, ale aj spôsobu uvažovania o sebe, svojom okolí, o problémových situáciách a vytvorenie nových, „zdravých“ schém uvažovania. Zámerom samostatnej *behaviorálnej terapie* je zmena správania, ktoré bráni klientovi v úspešnej samostatnej existencii. Podporuje profiláciu zručností, aby zvládol sociálnu situáciu, v ktorej sa ocitol. Súčasťou behaviorálnej terapie môžu byť aj určité submetódy ako systematická desenzibilizácia (ukončiť úzkostné reakcie a vyhýbavé správanie relaxáciou a predstavami). Nezriedka sa pracuje s odmenami a trestami. „Odmeňovanie“ môže byť pozitívne a negatívne, upevňuje však určitý vzorec správania. „Trestanie“ rovnako, ale oslabuje určitý vzorec správania. Pozitívne v tomto prípade znamená reakciu na prítomnosť určitého správania, negatívne znamená reakciu na neprítomnosť špecifického správania.
- *nácvik asertivity* je formáciou zručností, ktoré sú potrebné, aby bol človek schopný vyjadrovať sa priamo, čestne a primerane svojim vlastným názorom, potrebám a pocitom, bez toho, aby porušoval práva iných (Navrátil, 2001).
- *naratívna terapia* – umožňuje klientovi identifikovať a vyrozprávať jeho životné príbehy, pomôcť mu porozumieť tomu, čo sa udialo a odhaliť aj momenty, ktoré mohli spôsobiť určité skreslenie reality. Využíva sa napríklad, pri práci s obeťami domáceho násillia, hromadných nešťastí a pod. Vytvára sa tu priestor pre dekonštrukciu určitých presvedčení, čím sa napomáha jedincovi hľadať nové vnímanie osobnej identity (Procházka et al., 2014).
- *encounterové skupiny* je všeobecné nie príliš presné označenie skupín psychoterapeutického charakteru zameranej na sebaopoznanie a osobnostný rozvoj. Patria medzi ne napr. skupiny medziľudských vzťahov, výcvikové skupiny, T- skupiny (tréningové), skupiny osobného

rastu, zážitkové skupiny a pod. Počet 8 až 12 členov, čo prirodzene podporuje osobnú interakciu a zároveň aj záujem každého člena o jej existenciu. Ciele skupiny nie sú často pevne stanovené. Nezriedka je to iba o zážitkoch, no výraznejší terapeutický účinok nadobúdajú pri snahe o zmenu v spávaní, postojoch, hodnotách, životného štýlu. Významným prvkom tu je spätná väzba, ktorá sa realizuje systémom „teraz a tu“. Získanie pohľadu do vlastných myšlienok, pocitov a správania, pochopenie prostredníctvom vzťahových vzorcov v skupine i mimo nej je podstatným terapeutickým prvkom pre klienta sociálnej práce.

- *sojppomocné a podporné skupiny* - od 70. rokov 20. storočia sa rozširujú spoločenské úlohy sociálnej práce. Školia sa dobrovoľníci (tzv. paraprofesionáli), sociálna práca poskytuje konzultácie sojppomocným skupinám, prepájajú sa prirodzené a umelé sociálne skupiny. Sojppomocné skupiny sojho času reagovali na anonymitu veľkomiest, na potrebu jedincov niekam patriť, a tak nahradiť tradičné väzby, ktoré predtým významne predstavovali terapeutické prostredie. Pozitívny sociálny fenomén ponúka človeku pomocnú ruku a odstraňuje pocity závislosti a bezmocnosti. Platí zásada: „Kto pomáha druhému je schopný pomôcť aj sám sebe.“ Nevzniká asymetria profesionál – klient. Odborník je skôr v pozadí. Fungovanie skupín je finančne nenáročné, požiadavky sú len na miesto, kde sa stretávať. Členmi skupiny je ich terapeutický priestor prirovnávaný k tzv. ideálnej rodine, kde skúsenosti sa odovzdávajú zo starších na mladších. Yalom a Leszcz (2007) si všímajú rozšírené využívanie a zjavnú účinnosť sojppomocných skupín. Sú otvorené, prístupné a ponúkajú psychickú podporu každému, kto má črty, vlastnosti a charakteristiky typické pre skupinu. Zdôrazňuje sa skôr vnútorná, než vonkajšia odbornosť. Ide o podelenie sa o skúsenosti členov, konštruktívne porovnávanie, čo nemôžu poskytnúť odborníci zvonka. V kontakte s inými ľuďmi s podobným osudom jej členovia si zvyšujú vlastnú hodnotu a získavajú nádej prostredníctvom poznania iných, ktorí prekonali podobný problém (Anonymní alkoholicy - AA, Anonymní gambleri, Kruh priateľov - priatelia niekoho kto spáchal samovraždu, Uzdravené srdcia, Spolucítiaci priatelia - smútiaci rodičia atď.). Členovia si cenia sojppomocných skupín, uvádzajú lepšie zvládanie života, väčšiu duševnú pohodu, väčšiu vedomosť o sojjom stave a zníženie využívania iných možností zdravotnej starostlivosti (tamtiež, s. 506).
- *internetové podporné skupiny* - sú novým spôsobom terapie aj z dôvodu rozšírenia online priestoru. Internetové podporné skupiny majú

podobu súbežných skupín v reálnom čase (je to podobné ako chatovanie) alebo nesúbežných skupín, ktorých členovia posielajú svoje oznamy a komentáre (nástenkovým spôsobom). Skupiny môžu byť časovo vymedzené alebo bez pevne stanovenej dĺžky. Internetové podporné skupiny môžu byť vedené aktívne, moderované alebo môžu prebiehať bez akéhokoľvek vedenia zo strany spolučlenov, prípadne odborníkov. Výhody svojpomocných skupín spočívajú v možnosti prekonávať vzdialenosti, ktoré by napr. klient nezvládol, kvôli jeho fyzickému hendikepu. Tiež psychosociálne stigmatizovaní jedinci (ľudia so sociálnou fóbiou, osoby so zdravotným postihnutím) môžu využiť príležitosť relatívnej anonymity. Negatíva exponujú najmä v ťažkopádnom, skreslenom informovaní a zdieľaní so svojim emočným stavom. Poznáme napríklad program Wisconsinkej univerzity, podporný systém pre všeobecné posilnenie zdravia CHES (Comprehensive Health Enhancement Support System). Podporoval HIV pozitívnych ľudí, onkologických pacientov, pacientov s Alzheimerovou chorobou a osoby, ktoré ich opatrujú. Skupinový program poskytuje najskôr dôležité informácie aj prostredníctvom online prístupu k odborníkom, potom samozrejme získanie sociálnej podpory pri zdieľaní sa so svojim životným príbehom. A nakoniec pomáha klientovi vytvoriť a uskutočniť plán činnosti konštruktívnej zmeny (Yalom, Leszcz, 2007).

Základy parciálnych postupov sociálnej terapie nachádzame v oblasti medicíny, psychológie, sociológie, špeciálnej a liečebnej pedagogike. Profesionál umožňuje klientovi získať nové pozitívne zážitky, pričom sa majú zmobilizovať zdroje v klientovi samotnom, ale aj v jeho okolí. Novotná – Schimmerlingová (1992) uvádzajú, že základným nástrojom sociálnej terapie je osobný kontakt s klientom. Človek má možnosť hovoriť o svojom probléme, analyzovať vlastnú problémovú situáciu s inou osobou a hľadať jej riešenia.

V sociálnej terapii ide o sociálno-výchovné pôsobenie

Sociálna terapia si zakladá na interakcii klienta a sociálneho pracovníka, terapeuta. Levická (2003) zdôrazňuje jej dynamický rozmer najmä v oblasti formovania názorov, postojov, presvedčení, citov i samotného konania klientov. Zvyčajným nástrojom sociálnej terapie nie je teda iba terapeutický rozhovor ako základný prostriedok povzbudenia aktivity klienta, ale je ním i vzťah sociálneho pracovníka a klienta. Sociálno – výchovné pôsobenie cieľavedomým formovaním usmerňuje klienta k zmene postojov a svojej vlastnej situácie (porov. Novotná, Schimmerlingová, 1992).

V intervenčnom portfóliu pomáhajúcich profesií nachádzame viaceré parciálne postupy, metódy, ktoré majú spoločný základ a orientáciu v terapii, liečbe, teda v úsilí o zmenu či už hovoríme o *muzikoterapii, ergoterapii, arteterapii, psychoterapii, biblioterapii, pohybových a relaxačných technikách* a pod. (Orlíková, Bočáková, 2021).

Východiskovým bodom pre sociálneho terapeuta, napríklad v rodinnej terapii podľa Satir a Baldwin (2012, s. 124) sú *akcenty záväzku (ľudská bytosť a jej rast) a kongruencie (autenticita, súlad vonkajšieho s vnútorným), kompatibility (schopnosť pracovať so všetkými, s ktorými sa stretávame), kompetencie (rôznorodosť poznatkov a poznania), kooperácie (spolupráca, tvorivosť), súcitu (empatie), uvedomelosti a komunity (sme súčasťou prostredia)*.

Zakouřilová (in Matoušek et al. 2013) označuje sociálnu terapiu ako špecifický druh odbornej intervencie, ktorej cieľom je priamym alebo nepriamym pôsobením podporovať žiaduce zmeny v správaní klienta. Okrem toho musí zohľadňovať elementy širšieho i užšieho sociálneho prostredia, v ktorom klient žije a koná. V sociálnej terapii teda v konečnom dôsledku nejde len o ovplyvňovanie sociálneho správania osoby, ale aj o súbor aktivít a zásahov v konkrétnom prostredí klienta a nemožno ho od sociálnej terapie oddeľovať.

Metodické usmernenia k sociálnej terapii

Payne (2005) hovorí o reflektívno - terapeutickom prístupe, keď reflexia poskytovaná odborníkom posilňuje schopnosť sebareflexie klientom. Aby sa naplnila, mali by sa zachovať metodické pokyny realizácie sociálnej terapie:

- poskytnúť klientovi oporu, prejavíť záujem o klientov problém, pomôcť a porozumieť, dať najavo dôveru v klientove schopnosti, povzbudiť, upokojiť,
- zabezpečiť priamy vplyv pracovníka na klienta cez *poskytovanie adresných rád*,
- poskytnúť pomoc prostredníctvom katarzie (očista zážitkom), ventilácie citov, emócií,
- iniciovať a nasmerovať diagnostický, či poradenský rozhovor, aby sa klient uvoľnil a dal voľný priechod citom, respektíve mal priestor uvažovať, zamyslieť sa, nad príčinami, ktoré sa podieľali jeho osobnej situácii,
- pomôcť klientovi uvažovať nad dynamikou šablón vlastného správania a svojich reakcií, nad vývojom tohto správania a vzťahu k vlastnej minulosti,
- pôsobiť *nepriamymi prostriedkami*, pomoc pri výchove detí, zlepšiť bytovú situáciu.

Metóda behaviorálnej terapie – Videotrénin interakcii

V druhej polovici 60. rokov 20. storočia sa v odbornej literatúre objavuje nový prístup v sociálnej terapii, nazývaný aj terapia správania. Podľa nej človek sa

správaníu učí celý život. Správanie, ktoré spôsobuje nejaké zmeny v okolí a je konateľom považované za príjemné, bude jedinec opakovať. Správanie sa upevňuje tými následkami, ktoré vytvára. Naopak ak zmeny sú nepríjemné, nežiaduce, je pravdepodobné, že sa správanie opakovať nebude. Podľa Coulshedovej (in Čáp, Dytrych 1988), Zelinovej, Zelinu (2008) a mnohých ďalších existujú typické spôsoby učenia:

- *respondentné* – jedinec je opakovane vystavený situáciám, ktoré mu spôsobujú problém a učí sa ich znovuprežívaním zvládnuť,
- *operačné* – učenie podmieňovaním, pri ktorom dochádza k zámerne podmienenej odpovedi, prinášajúcej motivačnú odmenu,
- *pozorovacie* – demonštráciou, exemplifikačným modelom, sa jedinec učí správaniu pozorovaním „z diaľky“, je podmienené kvalitným vzorom,
- *poznávacie* – má veľmi blízko k psychiatrickej praxi, keďže jedinec sa snaží nájsť nový uhol pohľadu na seba prostredníctvom zmeny postojov, myslenia, cítenia a prežívania,
- *učenie prostredníctvom adaptácie* – účelové alebo autentické podriadenie sa zásadám a normám skupiny.
- *priamym usmernením a poučením* – najmä z hľadiska objasňovania dôsledkov.

Učeniu novému správaniu významne napomáha Videotrénung interakcií. Pomocou neho sa synkretizujú pozitívne najefektívnejšie spôsoby učenia a vytvára sa ucelený obraz prežívania danej situácie. Jedinec tak sám seba môže vidieť v problémovej situácii a pochopiť príčinu vlastného zlyhávania. Videozáznamom bežných situácií a následným rozborom s klientom, sa vytvára predpoklad úspešného riešenia problému v ktorom sa klient ocitol (Matoušek, 2003).

Svoj pôvod má táto metóda v Holandsku, kde sa začala uplatňovať pri práci s mládežou s poruchami správania v polovici osemdesiatich rokov 20. storočia. Pomocou nej si jedinec môže uvedomiť interakčné vzorce, ktoré pri bežnom vnímaní zostávajú utajené. Sociálny terapeut natáča bežné životné situácie, ktoré môžu byť aj imitované a potom pre podrobnú analýzu vyberá isté sekvencie. Môžu sa zopakovať pre porovnanie a reflexiu. Najčastejšie problémy riešené prostredníctvom videozáznamu sú:

- partnerské, súrodenecké a pracovné vzťahy,
- výchovné problémy,
- problémy s učením,
- poruchy správania
- multiproblémové rodiny,

- sociálne – emočné problémy
- v náhradnej rodinnej starostlivosti v procese osvojovania si dieťaťa.

Na základe záznamu rodičia môžu pochopiť prečo nemajú dobrý kontakt so svojím dospelým synom. Po analýze uvidia opakované vzorce správania (neprijímanie iného názoru, skoré ukončovanie rozhovoru, okamžité riešenia bez diskusie atď.) vedúce k odcudzeniu sa vo vzťahu. Kosová et al. (2014) hovorí o významnosti vzťahu v terapeutickom procese. Musí sa bezpodmienečne vytvoriť, aby terapia bola úspešná.

Tabuľka 4 Plán socioterapeutickej pomoci

I. Iniciatíva a príjem,	venovanie pozornosti, naladenie sa	zrakový a fyzický kontakt, prijemná intonácia a výraz
II. Interakcia	utvorenie skupiny, kooperácia	spoločné jednanie, vzájomná pomoc
III. Diskusia	podelenie sa o obsah, utvorenie názorov rozhodovania	pravidelné striedanie sa v názoroch
IV. Zvládanie rozporov	správne pomenovanie rozporu	zaujímanie stanovísk, prispôsobovanie sa pravidlám

(Zdroj: autor, 2016)

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Definujte pojem sociálna terapia.
- 2) Ktoré problémy klientov sociálnej práce rieši sociálna terapia?
- 3) Aké najčastejšie metódy sú používané v sociálnej terapii?

3 AUTENTICKÉ PRÍSTUPY A STRATÉGIE

Nezriedka sa stáva, že v praxi sociálnej práce reflektujeme značnú podobnosť jej vlastných metód, prístupov či stratégií s psychologickými či pedagogickými postupmi či princípmi. Vo svojej podstate je tento proces prirodzený, keďže sociálna práca má vo vlastnom intervenčnom portfóliu aj poznávanie ľudskej duše a výchovný rámec.

Túto skutočnosť pripomína Tokárová (2013), keď v teórii sociálnej práce na výchovu a vzdelávanie vníma viaceré názory, ktoré balancujú medzi dvomi krajnými paradigmami. Jedna zdôrazňuje a iná odmieta edukologizáciu (pedagogizáciu) praktickej sociálnej práce. V každom prípade v sociálnej práci je len málo činností bez výchovno-vzdelávacej intencie. A platí to aj pre jej metódy. Príkladom sú sociálne služby, kde účinnosť aplikácie samotných metód sociálnej práce, závisí od edukačnej a výchovnej dispozície ich realizátorov. V pedagogickej príprave na povolanie sociálnych pracovníkov je preto dôležité zamerať sa na profiláciu zručností a schopností, nielen na technickú implementáciu postupov. Najmä na spôsobilosť ako ich dokážu ponúknuť klientovi, čím priblížia ich významnosť a terapeutický účinok, aby ich prijal za svoje. Víťazí samotný prístup a stratégia. Tie totiž určujú výsledok.

3. 1 Prístupy a stratégie v práci s osobami so zdravotným postihnutím

Aplikácia psychologických poznatkov v starostlivosti a prístupe k človeku so zdravotným znevýhodnením je atribútom profesionality. Problémy, ktoré vo vzťahu k ľuďom so zdravotným znevýhodnením riešime v súčasnosti nie sú nové. Líši sa len kontext času, spoločenská štruktúra a škála prostriedkov podporujúcich alebo zanedbávajúcich túto špecifickú sociálnu skupinu.

Spoločným zreteľom hodnotenia vzťahu spoločnosti k zdravotne znevýhodneným, je nezriedka len vnímanie ich nedostatočností a sťaženého prístupu k pracovnému a spoločenskému uplatneniu. Dimenzia autonómneho života a sebestačnosti pri napĺňaní potrieb i aktívna účasť na živote v spoločnosti patria k želaným aspektom prirodzeného spôsobu života aj pre zdravotne znevýhodnených. Šmidová (in Oláh, 2016) zdôrazňuje základné východisko prístupu k osobám s postihnutím. Je ňou skutočnosť, že postihnutie spočíva v spoločnosti a nie v osobe, ktorá je postihnutá. Nová koncepcia vníma mieru

znevýhodnenia ako hendikep len vtedy, keď sa človek v nevýhodnej situácii nachádza trvale.

Primerane akcentovaný prístup spoločenskej majority k osobám so zdravotným postihnutím v prvom rade znamená zachovanie prirodzenej interakcie s nimi. Vyhýbať sa extrémnym prejavom paternalistickej ochrany, ale tiež ľahostajnému, nevšímavému, až hostilnému správaniu. Sociálny pracovník, by mal pracovať v module konštruktívneho prístupu. Zachovať individuálnu psychohygienu vo vzťahu k ľuďom, ktorí si nežiadajú o ľútosť, ani o projektívne chápanie ich stavu, ale o empatickú podporu zvládania vlastných bariér svojimi silami. Ako naznačuje Požár (porov. 1997, 2007) , aby sme sa nesnažili pomáhať im aj vtedy, keď to vôbec nepotrebujú. Napriek pozitívnym zmenám Novosad (2011, s. 68) upozorňuje: „Vzťah spoločnosti k ľuďom s postihnutím zostáva aj napriek nespočetným humanizujúcim tendenciám v mnohých oblastiach protikladný.“ Nevhodný akcent postoja možno pozorovať aj u tých, ktorí osobám s postihnutím pomáhajú. Do vzťahu nevstupujú ako rovnocenní partneri, ale s istou nadradenosťou, s pocitom, že konajú niečo šľachetné, čo by iní mali oceniť. Zabúdajú, že v podobnej situácii sa môžu sami ocitnúť.

Zmena percepcie znevýhodnenia

V samotnom slovnom označení, telesného alebo zdravotného znevýhodnenia, sa neraz podvedome kladie dôraz na termín postihnutie, ako ohraničenie, obmedzenie, symptóm alebo syndróm, čím sa určuje celý priebeh vzťahu a to by sa malo zmeniť. Treba vychovávať a motivovať ľudí, aby k človeku s telesným postihnutím, pristupovali ako k jedinečnej ľudskej jednotke a až potom registrovali jeho nedostatky. Aj to patrí k úlohám sociálnej práce, aby sa v spoločnosti podieľala na zmene myslenia. Prípravou dospelujúcej generácie k správne nazeraniu na život so zdravotne znevýhodnenými, sa profiluje zdravá spoločenská klíma a zabraňuje priamej alebo nepriamej sociálnej izolácii jedincov so zdravotnými obmedzeniami. Vždy je možnosť voľby. Buď akceptácia partnerského prijatia osôb so zdravotným znevýhodnením alebo vyčlenenie len oklúzneho priestoru starostlivosti a pomoci, čo môže pre majoritu byť v konečnom dôsledku stratou.

Odlíšnosť nie je prekážkou

Psychologické dopady kreovania obrazu odlišného tela, sa stávajú pôdou pre nie príliš vhodné vnímanie osôb tejto sociálnej skupiny. Vnímanie fyzickej odlišnosti sa uskutočňuje podľa Novosada (2011) v troch rovinách a síce:

- v sociálnej rovine,
- v rovine profesionálneho pomáhanie,
- v osobnostnej rovine.

Keď hovoríme o sociálnej rovine, myslíme na odchýlku od funkčnej a vzhľadovej normy a následné reakcie okolia na človeka s telesným alebo iným viditeľným odlišením. Často sa stretávame s nemiestnym rozrušením, fascináciou, neskrývanou zvedavosťou alebo popudeným odmietaním bežnej „viditeľnosti“ ľudí s postihnutím. Tu niekde je koreň pokrivených postojov a predsudkov. U zdravotníckych alebo sociálnych profesií v prístupe k týmto osobám neraz dochádza k zvecneniu a depersonalizácii ľudského tela. Často sa vyjadrujú o odlišnom, dysfunkčnom tele, ako o veci, s ktorou je treba niečo urobiť. Napríklad ošetriť, vykúpať, obliecť, nakrmiť, prepraviť, sprevádzať atď. Žiaľ nevedomujú si, že človeku neúmyselne znižujú jeho status. Pritom stratégia prístupu by mala vychádzať zo skutočnosti, že telesná stránka je len parciálna súčasť ľudskej bytosti, ktorá má zároveň vlastnú emocionalitu, cíti, vníma a má právo na dôstojnosť a rešpekt.

Osobná percepcia rozvíja vzťah k vlastnému telu a identifikáciu s ním, vplyv telesnej schémy a sebauvedňovania, existenčné dopady odlišnosti na život človeka, reflexiu vlastného tela v reakciách a postojoch druhých a pod. V mnohých ohľadoch sa u osôb s vrodenným postihnutím a u jedincov so získaným postihnutím líši vzťah k vlastnému telu. Prijímanie vlastného tela je neľahkou, individuálnou cestou a nie každý ju zvládne. Murphy (2001) vysvetľuje, že niektoré postihnutia rozrušujú intaktnú časť populácie viac ako iné. Existuje určitá hierarchia devalvácie, ktorá sa mení so závažnosťou a typom postihnutia. Na vrchole sú ľudia s deformáciou tváre alebo nápadným znetvorením tela. Napríklad ľudia pripútaní na invalidný vozík, sa obrazne nachádzajú uprostred symbolického rebríčka, pričom kritériom je miera odchýlky od štandardnej ľudskej podoby. Pri starostlivosti o nich nastáva určitá diferenciacia medzi postojom a prístupom. Pomáhajúci o čosi menej akcentujú klientove emócie, vôľové vlastnosti, iné autentické črty charakteru, čo v konečnom dôsledku vyvoláva napätie.

Využiť emočnú inteligenciu

Preto ak hodnotíme psychologické aspekty postojov a starostlivosti, je nutné osobitne sa venovať emocionálnym prejavom u človeka so zdravotným znevýhodnením. Znevýhodnený jedinec často totiž „nasáva“ spôsob prijímania jeho obmedzení zo strany okolia. Miera adaptácie na svoje znevýhodnenie sa priamo úmerne prejavuje v oblasti emocionálneho prežívania. Požár (2007) to objasňuje nasledovne. Osoba so somatickým, mentálnym, či psychickým znevýhodnením sa prejavuje:

- oneskoreným a obtiažnym vytváraním citov,

- dominanciou citov viažucich sa na uspokojovanie primárnych potrieb,
- neadekvátnosťou citových reakcií vo vzťahu k podnetu ktorý ich vyvoláva,
- nedostatočnou racionálnou kontrolou citov,
- značnou impulzívnosťou citových reakcií a zníženou schopnosťou neprejsť navonok aktuálny citový stav.

Prirodzene berieme do úvahy autenticnosť zdravotného postihnutia, ako aj osobitosť prejavov osobnosti . Nie všetky atribúty emocionálneho prežívania musia platiť razom. Pri somatickom znevýhodnení, keď je zachovaná istá kvalita kognitívnych procesov môže dochádzať k expresívnejšiemu seebavyjadreniu, sebaútočnosti, hnevu a agresivite voči iným i sebe samému. Človek si neraz kladie otázku prečo som v prístupnosti znevýhodnený práve ja, z akého dôvodu mám komplikovanejší život, čo v emocionálnej rovine vytvára bariéru voči zdravým osobám. Sociálnopsychologický aspekt zvládania vzťahu zdravá osoba verzus jedinec so zdravotným znevýhodnením, predpokladá aplikáciu rôznych nenásilných, nie však „nasilu“ produkovaných aktivít za účelom dosiahnutia, alebo znovu dosiahnutia integrity. Wharamová (2014) približuje niekoľko impulzov. U sociálnych pracovníkov je nevyhnutné zamerať sa na zvyšovanie emočnej gramotnosti a aplikovaní emočnej inteligencie v praxi. U klientov so zdravotným hendikepom intenzívnejšie pracovať na porozumení a prijatí emócií, sebaopoznaní a sebaovládania, ako aj v zaobchádzaní s vlastnými emóciami.

Kompenzácia nie je cieľ ale prostriedok

Dilatácia vzťahu medzi osobami so zdravotným znevýhodnením a spoločnosťou sa v pragmatickej rovine rieši rôznymi kompenzáciami, náhradou poškodenej funkcie. Psychosociálne kompenzačné mechanizmy vlastné človeku nachádzame už v procese zvládania záťažovej situácie. K tomu sa pridávajú kompenzačné prostriedky. Avšak samotné technické pomôcky, vytváranie náhradných programov funkcionovania, či ekonomické zvýhodnenia ešte nemusia splniť svoj účel. Kompenzácie vnímame ako „technické“ sprevádzanie jedinca, nie však riešenie. Ako tendencie znevýhodneného jedinca podporiť v aktivizácii a postojoch s cieľom dosiahnuť dorovnanie výkonnosti funkcie či orgánu. V istom ohľade sa však akosi pozabudlo na motiváciu, dôležitý aspekt reálneho fungovania osoby s istými exogénnymi ohraničeniami. I keď sa napríklad pri chápaní mentálneho postihnutia zdôrazňuje znížená inteligencia, pozornosť sa venuje aj nedostatočnej sociálnej kompetencii (Vašek, 2005). Odhliadnuc od zdravotného znevýhodnenia, by malo byť prioritou viesť osobu k rozvinutiu sociálnych kompetencií, zručnostiam, ktoré ho budú rovnocenne začleňovať medzi väčšinovú spoločnosť. Teda nielen prostriedky zlepšia

komunikáciu, adaptáciu, autonómiu, ale najmä vnímanie a pochopenie zo strany intaktnej populácie.

Konzekvence vzťahu

Čo by malo byť súčasťou vyváženej starostlivosti a erudovaného prístupu k zdravotne znevýhodnenej osobe? Jednoznačne odstrániť paternalistický prístup. Senzitívna integrácia bez obmedzenia práv a povinností všetkých zúčastnených. Zachovanie autonómie v rozhodovaní. Rešpektovať ich osobnostné dispozície, vlastnosti, schopnosti, črty, jedinečnosť temperamentu, emocionálne zranenia. Dať šancu a vytvárať priestor pre rozvíjanie dialógu, pomáhať získať základné sociálne zručnosti, dispozície na riešenia problémových situácií. Naučiť ľudí s obmedzeniami plánovať a vytvárať vlastné projekty. Nie iba prijímať, čo pripravila spoločnosť. Sami najlepšie vedia čo potrebujú k vyššej kvalite života. Hľadať príčiny neúspechu a potrebné informácie nielen o sociálnych službách alebo kompenzačných pomôckach, ale predovšetkým naučiť ich samostatne pristúpiť k riešeniu situácií. Viest' s nimi dialóg o rozmanitých formách správania, ktoré si spontánne ani exemplifikáciou nevedia osvojiť a tiež o intímnych sférach života. Komunikovať o informáciách, dôležitých predpisoch a opatreniach, týkajúcich sa ich každodenného života (Matoušek, 2005). V tom je východisko zmeny myslenia a vzťahu zdravých voči znevýhodneným a naopak.

Vzťah sa utužuje ak v ňom partner cíti oporu. Nesmieme zabudnúť, že dôležitým rozmerom sociálnopsychologického prístupu je u zdravotne znevýhodneného poznanie podstaty sociálnej opory i úžitku z nej. Křivohlavý (2009, s. 98) vysvetľuje, „že sociálna opora má v živote človeka svoj význam. Javí sa ako dôležitý moment v procese zvládania životných ťažkostí, zvlášť tam, kde človek ochorie, kde sa dostáva do určitej životnej krízy, kde bol postihnutý nehodou (úrazom), kde bol chodom udalostí hlboko sklamaný, kde stojí pred závažným rozhodnutím a pod.“

O sociálnej opore sa rozpráva aj ako o „airbagu“ pred nárazmi, životnými otrasmi, ktoré nastali v dôsledku zdravotného znevýhodnenia. Jej účinnosť prirodzene závisí aj od ochoty osoby s postihnutím požiadať o pomoc, dať najavo svoju prosbu. U zdravej časti populácie je podstatný moment, či potrebu vidí a počuje. Záleží aj na vhodnej interpretácii signálov zo strany znevýhodnených. Morálny aspekt sociálnej opory je ukrytý v spätnej väzbe. Ak sa podarí vytvoriť, je tu šanca jedinca s obmedzeniami aktivizovať. Sociálny pracovník ako reprezentant pomáhajúcej profesie, má pre zdravotne znevýhodnených sprostredkovať rozvoj pozitívnej interakcie s blízkym sociálnym prostredím a zabezpečiť ich aktívnu spoluúčasť pri tvorbe nových mechanizmov riešenia nezvládnutých vzťahov. „Vyústením má byť postupné znižovanie podpory zo

strany iných, aby stále viac pre seba robil sám klient. Tento cieľ je možné uplatňovať bez ohľadu na mieru postihnutia“ (Matoušek, 2005, s. 114).

V sociálnopolitickej rovine sa vo vzťahu k občanom so zdravotným postihnutím najviac zdôrazňuje *antidiskriminačný prístup* (občan so zdravotným postihnutím má mať rovnaké možnosti ako človek bez zdravotného postihnutia) a *koncept preferenčného zaobchádzania* (alebo koncept kompenzácie znevýhodnení). Rešpektovanie princípu rovnosti je v každom prípade východisko integrácie. Každý človek by mal mať rovnakú príležitosť (nie však automaticky rovnakú úroveň) uskutočniť svoje plány a predstavy o živote, vytvorené porovnateľné podmienky na rozvoj aktivít k ich napĺňaniu. Nesmieme zabúdať, že sociálnu politiku realizujú rôzne subjekty, ktoré za jej výkon nesú aj zodpovednosť. Ako uvádza Bednárik (in Tokárová et al., 2007) hlavným subjektom, ktorý do značnej miery určuje poňatie, obsah, ciele a úlohy sociálnej politiky v danom časovom období, je štát a jeho orgány (na Slovensku predovšetkým vláda, MPSVaR, VÚC, Ústredie práce, sociálnych vecí a rodiny, Úrady práce, sociálnych vecí a rodiny, Sociálna poisťovňa, poskytovatelia zdravotníckych služieb). Tu všade by sa mala objaviť nová filozofia vnímania osôb s obmedzeniami. Bočáková (2015) zdôrazňuje, že samotná sociálna politika je ukazovateľ všestranného rozvoja spoločnosti. Máme síce normy, tabuľky, ktoré určujú ako technicky vieme uľahčiť život týmto ľuďom, ale žiaľ, stále nemáme prirodzené vzťahy, expektanciu - očakávané správanie sociálneho okolia, absentuje ochota prijímať ich ako partnerov, nie ako subjekty pomoci.

Ľudia so zdravotným znevýhodnením o ľútosť nestoja. Sme spolu, i keď každý z nás je napojený na svoje problémy, vlastné prežívanie a saturáciu potrieb. Jeden od druhého sme však akosi príliš vzdialení často nemôžeme prepojiť naše svety navzájom. Problém, dysfunkcia, nedostatok je to, čo nevieme spoločne „updatovať“. Majoritná populácia môže pomáhať a zároveň čerpať zo vzťahu. Pomáhať kompenzáciami, legislatívou, rušením bariér, emocionálnych prekážok strachu, obáv. Skutočná podpora a porozumenie, ktoré očakávajú obe strany nie je príliš ďaleko, ale ani príliš blízko. Žiada sa vyjadriť ju v ľudsky citlivom a konštruktívnom dialógu bez predsudkov, založenom na vôli a sebaregulácii vlastného správania u oboch zúčastnených strán.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) *Prečo je dôležité v prístupe k osobám so zdravotným znevýhodnením viac zapájať emočnú inteligenciu?*
- 2) *Vysvetli pojmy sociálna opora, kompenzácia.*
- 3) *V čom by sa mal zmeniť vzťah medzi majoritnou populáciou a osobami so zdravotným znevýhodnením?*

3. 2 Prístupy a stratégie v práci s adolescentmi

Prístupy a stratégie k adolescentným jedincom v značnej miere kopírujú modely a perspektívy sociálno-výchovnej práce v školskom prostredí. Už dlhšie sa odborníci z oblasti sociálnej pedagogiky i sociálnej práce venujú aj samotnému prostrediu školy, problémovým situáciám a javom, ako aj sociálno – patologickým prejavom správania detí a dospievajúcich na oboch stupňoch školského systému. Je zjavné, že sa v pozitívnom smere zmenil sociálno-výchovný prístup k dospievajúcim, no stále existujú nevykryté miesta, ktoré treba riešiť.

Prevenencia si nežiada až tak veľa

Niet pochybností, že primárnou úlohou sociálno-výchovnej intervencie pomáhajúcej profesie je predchádzanie vzniku sociálno-patologického správania žiakov a študentov v bežných výchovno-vzdelávacích situáciách školy i pri mimoškolských aktivitách. Je však rovnako významné pôsobiť aj na prostredie, z ktorého pochádzajú. Laická verejnosť, napríklad považuje úlohu školského sociálneho pracovníka alebo sociálneho pedagóga v prostredí školy za vhodnú a potrebnú, avšak nie za absolútne nevyhnutnú. Niektorí sú presvedčení, že akcentujúce sociálno-patologické správanie a problémy mladých, učitelia dokážu v školskom prostredí vyriešiť vlastnými silami, prípadne o pomoc požiadajú odborníkov mimo školy. Ide o mylnú predstavu. Nie je v silách pedagógov s primárnou povinnosťou vzdelávať, zvládnuť aj ďalšie interpersonálne a rodinné problémové situácie. Pritom práve školský sociálny pracovník môže intenzívne pracovať na tomto poli. Nízky výskyt sociálno-patologických javov, je pre školu rovnako dôležité, ako mať priaznivé výsledky ich riešenia. V prostredí školy, ktorá sa usiluje o prevenciu, vládne pozitívna sociálna klíma, žiaci chodia do školy s vedomím miesta istoty a bezpečia (Slovák, 2014).

V tomto smere úloha sociálneho pracovníka, sociálneho pedagóga, poradcu, nespočíva iba v riešení už rozvinutých problémov, ale veľkú časť jeho práce tvorí najmä organizácia a koordinácia preventívnych aktivít. Perspektíva sociálno-výchovného pôsobenia sa zdá byť stanovená, ale otázka znie aká je jej realizácia, prípadne ako ju vnímajú dospievajúci, ktorí oscilujú práve v interakcii medziľudských vzťahov a výchovno-vzdelávacieho prostredia. Aktívna intervencia pomáhajúcej profesie znižuje riziko ohrozenia vlastného osobného rozvoja dospievajúceho. V súčasnosti je nevyhnutnosťou mať v škole nablízku osobu, ktorá riziko bude eliminovať. Dospievajúci by mal mať jasno v tom, že nie je na problém sám, že v školskom a výchovnom prostredí má k dispozícii odbornú a zároveň ľudskú pomoc.

Ciele prevencie

Školské alebo výchovné prostredie je priestor, ktoré potrebuje koordinátora prevencie. Kraus (2008b, s. 101) ho terminologicky vymedzuje ako všetky zariadenia, kde výchova je v zásade primárnou záležitosťou. Spadajú sem školy všetkých typov a stupňov a k nim patriace školské kluby a ďalej domovy mládeže, centrá voľného času, detské domovy, krízové centrá pre mládež. Z pohľadu sociálnej práce koordinátor preventívnych a intervenčných aktivít vo vzťahu k problémovému správaniu jedinca je to o čo žiada škola. A realizátor primárneho poradenstva pri riešení problémovej situácie dieťa či dospelujúceho. Vychádzame z tvrdení Emmerovej (2007), ktorá vysvetľuje ciele školskej prevencie:

- nahradenie autoritatívnej atmosféry humanisticko-tvorivou výchovou,
- podpora harmonického vývinu osobnosti,
- preferovanie zdravého životného štýlu v školských a mimoškolských aktivitách,
- vytvorenie podmienok na formovanie zdravej osobnosti žiaka a jeho odolnosti voči patologickým sociálnym vplyvom a tlakom,
- vychovanie žiakov k osobnej zodpovednosti za svoje rozhodnutia,
- vytvorenie priestoru na pomoc pri riešení problémov žiakov (rodinné, sociálne, osobné, vzdelávacie),
- podpora rozvoja pozitívnych vzťahov v sociálnom kontexte,
- systematická a komplexná informovanosť žiakov k danej problematike.

V tomto rozmere sme spoznali, že ak má mať školské sociálno-výchovné pôsobenie svoje opodstatnenie, je za potreby zmeniť systém vzťahov učiteľ – verzus pomáhajúca profesia a žiak, najmä v zmysle uplatňovania humanisticko-tvorivej výchovy a atmosféry. Nie súperenie, ale dopĺňanie, nie vymedzovanie sa voči problému žiaka, ale kooperácia. Študenti pozitívne vnímajú vytvorenie miesta prvého kontaktu pri riešení osobných problémov žiakov. Ide o priestor saturovania sekundárnych potrieb istoty a bezpečia jedinca na škole. Triedny učiteľ, vedenie školy, sú limitovaní časom a nedokážu by ť tu a teraz k dispozícii. Isto je výborné ak je pripravený školský psychológ, či výchovný poradca. Školský sociálny pracovník však pre študentov ponúka istotou urgentnej dispozície a informovanosti o danej problematike. Práve tento spôsob je aktuálne najčastejšie uplatňovaný v našich školách. Tu práve vidíme fixný priestor pre stabilného sociálneho pracovníka, sociálno-výchovného pracovníka, respektíve sociálneho poradcu pre konkrétnu školu.

Teraz, tu a potom

Ak klasické rozlíšenie prevencie na primárnu, sekundárnu a terciárnu aplikujeme do predchádzania sociálno-patologického správania žiakov škôl, potom primárna prevencia predstavuje elimináciu možných príčin vzniku takéhoto správania. Ide o súbor opatrení, zameraných na to, aby konkrétny problém vôbec nevznikol. Schavel et al. (2010) pripomínajú, že sa to týka najmä rozvíjania vedomostí, motivácie osoby k adaptácii jeho správania, preferovaniu hodnôt a postojov akceptovaných v spoločnosti. Z pohľadu konkrétnych metód je dôležité najmä pôsobenie prostredníctvom osvetu, vzdelávania a výchovy. Využívanými formami v školskom prostredí môžu byť besedy, prednášky či organizovanie voľno-časových aktivít. Charakteristické pre prevenciu v školskom prostredí, je oslovenie širokej skupiny žiakov. I keď v tomto smere účinnejšie aktivity s potenciálom osloviť študenta sa realizujú v malých skupinách, kde diskusia prebieha „face to face“. Žiaľ nie vždy je to možné.

Sekundárna prevencia sa orientuje na žiakov priamo ohrozených sociálno-patologickými javmi, pričom má podobu včasnej intervencie. Cieľom je zabrániť prehlbovaniu alebo šíreniu už vzniknutých problémov. Znamená práve na mieste „tu“ kontinuálny monitoring zo strany školského sociálneho pracovníka, sociálneho pedagóga, poradcu. Ďalej podpora sociálnej klímy v prostredí jednotlivých tried, či krúžkov, vyhľadávanie osôb s problémovým správaním, za účelom sociálno-výchovného pôsobenia, ako aj účelová konfrontácia s jeho primárnym výchovným prostredím.

Terciárna prevencia sa uplatňuje v následnej („potom“) terapeutickej aktivite (porov. Schavel et al. 2010). Cieľovou skupinou sú žiaci s diagnostikovanými problémami, ktorí okrem toho že ohrozujú seba, predstavujú riziko pre svoje najbližšie sociálne prostredie (drogovo závislí, agresívni, šikanujúci žiaci). Cieľom je zabránenie recidívam, resocializácia, znižovanie dôsledkov porúch, integrácia jednotlivca do spoločnosti. Ide aj o kontrolnú aktivitu osôb zo strany školského sociálneho pracovníka, ktoré sa vracajú do prostredia školy z resocializačného procesu, komunit, diagnostických centier.

Školská sociálno-výchovná práca

Reprezentuje činnosť, ktorá škole ako inštitúcií pomáha s procesom socializácie žiakov. Predstavuje príležitosť prvého kontaktu v prípade, že žiak má výchovno-vzdelávací problém zvládanie nových vzťahov a adaptáciu na nové prostredie. Koriguje nežiaduce vplyvy nového prostredia. Zároveň tu sociálno-výchovný pracovník, vystupuje ako konzultant pre pedagógov v oblasti výchovy konkrétneho žiaka, interakcie triedneho kolektívu, vzťahov medzi žiakmi žiakmi či pedagógmi. Školský sociálny poradca, sociálno-výchovný pracovník disponuje

kontaktmi na odborníkov z oblasti iných pomáhajúcich profesií, rôznych mimoškolských organizácií pracujúcich v oblasti prevencie. Ciuttiová (2006) radí medzi aktivity školského sociálneho pracovníka:

- evidenciu prípadov,
- diagnostiku sociálneho prostredia tried,
- vyhľadávaciu, mapovaciu a intervenčnú činnosť,
- organizáciu priebežných kontrol odľahlých častí školy (šatne, WC, dielne, telocvične),
- analyzovanie záškoláctva a dodržiavanie povinnej školskej dochádzky,
- podporu žiakov vyžadujúcich si osobitnú starostlivosť (individuálna a skupinová práca),
- účasť na pedagogických poradách a na rodičovských združeniach,
- účasť na triednických hodinách, hodinách náboženstva, etickej výchovy,
- konzultácie s rodičmi, žiakmi a pedagógmi,
- návštevu rodín žiakov,
- pomoc žiakom a ich rodinám pri riešení sociálnych problémov,
- plánovanie a organizácia preventívnych aktivít,
- tvorbu siete kontaktov s odbornými zariadeniami a špecializovanými inštitúciami,
- účasť pri realizovaní závažných výchovných krokov voči konkrétnemu žiakovi.

Z týchto možností adolescenti najčastejšie vyberajú vyhľadávaciu, mapovaciu a intervenčnú činnosť. Lengyiel (2006) uvedené aktivity dopĺňa ešte o tvorbu letákov pre rodičov a pedagógov, podporu záujmovej činnosti detí, prevádzkovanie „help linky“ (záznamník, e-mail), mediačné a diskusné činnosti. Perspektíva sociálnej práce na školách predpokladá, že je a bude dôležitým činiteľom úspešnej sekundárnej socializácie.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) *Ako vnímate pozíciu a úlohu školského sociálneho pracovníka?*
- 2) *Vyber dve alebo tri aktivity, prostredníctvom ktorých si sociálny pracovník alebo sociálny pedagóg dokáže vytvoriť konštruktívny vzťah s adolescentom.*
- 3) *Aké akútne problémy mladých rieši v súčasnosti školský sociálny pracovník?*

3. 3 Prístupy a stratégie v práci so seniormi

Populačné starnutie zasahuje takmer všetky sféry fungovania spoločnosti. Predstavuje obrovskú výzvu 21. storočia pre západnú civilizáciu. Sociálna práca je aplikovanou disciplínou, ktorá disponuje metodologickým potenciálom parciálnych riešení voči tomuto fenoménu súčasnosti i blízkej budúcnosti. V individuálnej rovine prístupy a stratégie predstavujú inštrumenty budovania vzťahu sociálneho pracovníka a klienta seniora.

Hľadať objektívne činitele akosti života

Aplikovaným prístupom i stratégiám voči jednotlivcovi seniorského veku predchádza profilácia vzťahu s pomáhajúcim profesionálom. Žiada sa realizovať dôkladná anamnéza, na ktorú nadväzuje analýza potrieb človeka v tejto ontogenetickej etape života, pričom sociálny pracovník prihliada na prostredie a životné podmienky, v ktorých sa jedinec nachádza.

Bazálny prístup pomáhajúceho k človeku seniorského veku je multispektrálny. Hodnotovo ukotvený, sa odvíja od disponovanosti nazerať na jedinca seniorského veku bez predsudkov. Kvalita života seniora osciluje aktuálnym somatickým, psychickým a sociálnym stavom, čo sa prirodzene prejavuje v subjektívnom vnímaní vnútornej spokojnosti. Pomáhajúca profesia je postavená pred úlohu hľadať objektívne činitele akosti života v rozličnom type prostredia (domáce, rezidenčné), v ktorom sa senior nachádza. Kontinuálne monitorovanie spokojnosti klienta seniora s vonkajšími podmienkami prostredia, ako aj intrapersonálneho „nastavenia“ je kvalitatívnym znakom efektívnej opatrovateľskej služby a rezidenčnej starostlivosti (Dudžáková, 2014).

Istú odlišnosť vnímame v prístupe k samostatne žijúcej osobe seniorského veku. Napriek tomu v oboch prípadoch platí, že rešpektovanie autenticity osobnosti a podpora primárnych i sekundárnych potrieb je predpokladom nielen zachovania, ale i znovuobjavenia hodnoty života, zvlášť v tak zraniteľnom období akým je staroba. Seniorom sa mení nielen doterajšia sociálna pozícia a rola, ale aj status, čím ich duševná rovnováha je vystavená značnému tlaku. Hodnotové atribúty, ktoré životu dodávali zmysel ako nezávislosť, zamestnanie, pracovný výkon, interpersonálne vzťahy založené na vzájomnej prospešnosti sú nenávratne preč. Sociálny pracovník by mal byť pripravený podieľať sa na formovaní zmeny postojov seniora a kreovaní nových spôsobov prijímania sénia, aktualizácii životného zmyslu a vlastných predstáv o kvalite života. Žiaľ práve individuálna percepcia seniorského veku sa sústreďuje na vlastnú nedostatočnosť, ohraničenosť, stratu sebestačnosti a samostatnosti vo vzťahu k okolitému prostrediu. Tým sa človek stáva ešte viac závislým ako si to vyžaduje jeho aktuálny stav. Sociálny

pracovník má profesijnú dispozíciu posilňovať adaptáciu, rozvíjať osobnú autonómiu, pomáhať prekonávať bariéry a predkladať telesne, duševne i sociálne prístupnú aktivizáciu klienta seniora. Inými slovami objaviť novú akosť života.

Individuálny plán seniora súčasť partnerského prístupu

Premyslenú prácu s klientom v rezidenčných podmienkach legislatívne podporuje Zákon č. 448/2008 Z. z., podľa ktorého je povinnosťou poskytovateľa sociálnych služieb plánovať poskytovanie sociálnej služby za účasti prijímateľa podľa jeho *individuálnych* potrieb, schopností a cieľov. Zásadným spôsobom sa tu predkladá rešpekt voči jedinečnosti, a autonómii osoby seniorského veku. Preto sa žiada, aby sociálny pracovník (pracovník sociálnej rehabilitácie) vypracoval individuálny rozvojový plán klienta alebo tiež s označením Individuálny plán práce s klientom. Cieľom je vyprofilovať takú podporu, aby prijímateľ sociálnej služby žil zmysluplný a relatívne autonómny život. Plán by sa mal orientovať na neustále zlepšovania podmienok života a životného štandardu seniora v rezidenčnom prostredí. Svojim spôsobom ide o nástroj spolupráce so seniorom.

Podľa Matouška et al. (2007) senior ako prijímateľ sociálnej služby sa stáva partnerom poskytovateľa služieb a preto má právo výberu tejto služby podľa objektívne získaných údajov. Partnerský prístup exponuje zachovávaním ľudských práv a rešpektovaním jedinečnosti, dôstojnosti a autonómie. Limitujúcimi faktormi môžu byť vzdialenosť a dostupnosť služby, finančné hľadisko, ponuka služieb vzhľadom na potreby prijímateľa.

Psychosociálna intervencia sociálneho pracovníka v živote klienta seniora znamená určitý zásah aj do jeho vzťahu s prostredím. Problémom napríklad môžu byť aj generačné konflikty v rodine (Bočáková, Bérešová, 2019). V tejto línii sa nachádza aj poradenská činnosť, ktorá nie je len súčasťou zabezpečenia sociálnej služby či pomoci. Pomoc sa nevyčerpáva iba na poskytovanie rád a informácií klientom a príbuzným, ale je predovšetkým pôsobením, riešením, zariaďovaním a vybavovaním konkrétnych problémov ako napríklad:

- preloženia klienta zo zdravotníckeho zariadenia, do zariadenia s následnou starostlivosťou (do liečebne dlhodobo chorých alebo do zariadenia pre seniorov, sociálnych služieb),
- zabezpečenie potrebnej opatrovateľskej alebo ošetrovateľskej starostlivosti o klienta v domácom prostredí, do momentu príchodu do inštitúcie,
- zabezpečenie primeraného bývania, peňažného príspevku a kompenzačných pomôcok,
- angažovanie príbuzných k aktívnej spolupráci pri riešení problému.

Samozrejme sociálny pracovník či iná pomáhajúca profesia sa musí riadiť platnými zákonnými normami a normami organizácie, rešpektovať práva klienta, spolupracovať s ďalšími pracovníkmi zariadenia, zúčastňovať sa supervízií atď. (Malíková, 2011). To všetko je súčasť takpovediac administratívno – technického rámca intervencie.

Menej problémové starnutie a nezávislý život

Vnímame však aj osobný rozmer práce s klientom vyššieho veku. Názory samotných seniorov na kvalitu ich života sú pre pomáhajúci tím rovnako dôležité, ako názory odbornej verejnosti či akademického prostredia. Ich prijatie, prípadne dešifrovanie nevy povedaných záujmov sa stáva strategickým potenciálom starostlivosti o seniora s pridanou hodnotou. Podnetná je preto aj vzájomná konfrontácia. Vo vzťahu k bežným požiadavkám seniorov podľa Hughesovej (in Hrozenská et al., 2008) treba brať zreteľ na:

- subjektívnu spokojnosť – poznať minulosť klienta a jeho nároky,
- fyzické prostredie – štandardy bývania, dostupnosť služieb, prostredia, verejná doprava, možnosti využitia voľného času,
- socio-ekonomické činitele – hmotné zabezpečenie, príjem, majetok, stravovanie,
- kultúrne aspekty – vek, pohlavie, národnosť, konfesia,
- zdravotný stav – kontrolovať funkčné schopnosti, mentálnu, kognitívnu, fyzickú pohodu,
- osobná nezávislosť – podporovať dispozíciu autonómneho rozhodovania,
- psychickú spokojnosť – rešpektovať morálny status, pocit šťastia, porozumenia.

Rešpektovaním týchto aspektov, sa eliminuje problémové starnutie. Možnosti, rôznorodosť aktivít a príležitostí pre klienta vyššieho veku posilňujú jeho rezilienciu voči problémom involučných psychosomatických i sociálnych zmien.

Postupy s ohľadom na index aktívneho starnutia

Z celospoločenskej koncepcie Národného programu aktívneho starnutia na roky 2014 -2020 vyplynula kontinuálna úloha pomáhať seniorom zachovať tzv. *index aktívneho starnutia*. K základným princípom podpory aktívneho starnutia patrí:

- *Princíp dôstojnosti* – vychádza z nevyhnutnosti rešpektovať potreby ľudí každého veku, súčasťou je právo seniorov na ochranu pred rôznymi formami zlého zaobchádzania.

- *Princíp rovnakého zaobchádzania* – znamená zákaz akejkoľvek diskriminácie či už na základe veku, v oblastiach zamestnanosti prístupu k zdravotnej starostlivosti, celoživotnému vzdelávaniu, bývaní, sociálnych a finančných služieb.
- *Princíp rodovej rovnosti* – posilňuje dôstojnosť človeka bez ohľadu na jeho príslušnosť k pohlaviu a rešpektuje rôznorodosť životných skúseností a voľby seniora, ktoré prekračujú stereotypné očakávania vzťahujúce sa k starnúcim ženám a mužom.
- *Princíp nezávislosti* – vyplýva z práva seniorov na sebaurčenie a nezávislosť v súlade s ich telesnými a mentálnymi kapacitami. Znamená aj právo zotrvať čo najdlhšie v prirodzenom domácom, prípadne komunitnom prostredí s adekvátnymi podmienkami bezbariérového bývania a inými potrebnými službami a podporou.
- *Princíp sebarealizácie* – vychádza z chápania aktívneho starnutia ako dlhodobého procesu a aktívneho prístupu k životu. Podmienkou je dostupnosť celoživotného vzdelávania, uľahčenie prístupu k novým technológiám, podpora dobrovoľníctva seniorov ako formy ich komunitnej participácie a budovania súdržnejšej spoločnosti.
- *Princíp solidarity* – vyplýva z potreby vyrovnannej medzigeneračnej výmeny
- *Princíp subsidiarity* – pramení v potrebe zdieľanej zodpovednosti aktérov na rozličných úrovniach (národná, regionálna, miestna, komunitná, rodinná, individuálna) pri naplňovaní cieľov a zámerov podpory aktívneho starnutia ako verejného záujmu (Národný program aktívneho starnutia na roky 2014 – 2020).

Participácia na vlastnom sociálne aktívnom živote, nezávislosť a autonómia sú primárne parametre. Je otázka čo sme naplnili, respektíve kde sú rezervy a sociálna práca prostredníctvom vlastných metód sa môže na nich zúčastniť. Metódy, prístupy i stratégie sociálnej práce voči seniorom má sprevádzať odborne spoľahlivý prístup s puncom altruizmu. Rešpektuje hodnotu indexu, najmä v oblastiach ako je zamestnanosť, sociálna participácia, nezávislý život, aktívne starnutie. Postupy sociálnej práce akcentujú inovovaný prístup k osobám seniorského veku. Podporujú zotrvanie klienta v prirodzenom prostredí, rozvoj terénnych i ambulantných sociálnych služieb a pobytočných sociálnych služieb v zariadeniach s týždenným pobytom. Implementáciou vlastných metód a kontinuálnym vzdelávaním sociálnych pracovníkov sa zvyšuje kvalita a humanizácia poskytovaných sociálnych služieb.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Vysvetli čo je to *individuálny plán seniora* a načrtni svoju víziu.
- 2) Aké sú základné princípy aktívneho starnutia?

3. 4 Prístupy a stratégie v práci s dysfunkčnými rodinami

Pre rodiny, ktoré sa ocitli v nepriaznivej psychosociálnej situácii, platí, že ich aktuálny status sa spája nielen s materiálnou núdzou, ale predovšetkým ide o dôsledok dlhodobého „progresu“ dysfunkčnosti primárneho sociálneho prostredia. Existuje viacero sociálnych služieb, ktoré môžu rodinám určitým spôsobom aspoň čiastočne pomôcť, no v konečnom dôsledku je potrebné riešiť dysfunkciu, teda príčinu a nie dôsledok.

Legislatívna podpora

Zákon č. 448/2008 o sociálnych službách určuje nasledovné sociálne služby na podporu rodiny s deťmi:

- pomoc pri osobnej starostlivosti o dieťa a podpora zosúladenia rodinného a pracovného života,
- poskytovanie sociálnej služby v zariadení dočasnej starostlivosti o deti,
- poskytovanie sociálnej služby v nízkoprahovom dennom centre pre deti a rodinu.

Medzi najčastejšie využívané podporné služby zaraďujeme odľahčovaciu službu, pomoc pri zabezpečení opatrovnických práv a povinností, poskytovanie sociálnej služby v dennom centre, poskytovanie sociálnej služby v integračnom centre, poskytovanie sociálnej služby v jedálni, v práčovni a sociálnej služby v stredisku osobnej hygieny. Rodine so špecifickými problémami môže pomôcť *odľahčovacia služba*. Ide o sociálnu službu poskytovanú človeku, ktorý opatruje osobu s ťažkým zdravotným postihnutím. Poskytuje sa počas obdobia, keď osoba, ktorá dlhodobo opatruje, nemôže opatrovanie vykonávať. Cieľom odľahčovacej služby je umožniť človeku nevyhnutný odpočinok za účelom udržania jeho fyzického a duševného zdravia a prevencie jeho zhoršenia. Tí, ktorí sú zainteresovaní do opatrovania to vedia oceniť. Počas odľahčovacej služby je obec povinná poskytnúť alebo zabezpečiť osobe s ťažkým zdravotným postihnutím sociálnu službu podľa jej výberu, a to terénnu, ambulatnú alebo pobytovú sociálnu službu v rozsahu najmenej 12 hodín denne (Zákon č. 448/2008 Z. z.).

Ďalšou dôležitou sociálnou službou pre rodiny, v ktorých dochádza k zlyhávaniu zabezpečovacej a výchovnej funkcie je pomoc pri výkone opatrovnických práv a povinností. Ide o sociálnu službu poskytovanú osobe, ktorá má záujem vykonávať funkciu opatrovníka a osobe, ktorá si sama nedokáže uplatňovať a chrániť práva a právom chránené záujmy.

Za pomoc sa v uvedenom zmysle považuje:

- zastupovanie osoby v konaní o pozbavení, obmedzení, vrátení spôsobilosti na právne úkony,
- súčinnosť pri spisovaní návrhov na súd na začatie konania o pozbavení, obmedzení, vrátení spôsobilosti na právne úkony,
- poskytovanie alebo sprostredkovanie sociálneho poradenstva alebo iného poradenstva s cieľom nájsť možnosti pri uplatňovaní práv a právom chránených záujmov osôb, ktoré si ich nedokážu sami uplatňovať a chrániť,
- spolupráca so zariadeniami, úradmi práce, sociálnych vecí a rodiny, súdmi a ďalšími osobami pred začatím konania a počas konania o pozbavení, obmedzení, vrátení spôsobilosti na právne úkony,
- vyhľadávanie a príprava osôb, ktoré majú záujem vykonávať funkciu opatrovníka a príprava opatrovníkov na výkon opatrovníckych práv a povinností. (Zákon č. 36/2005 Z. z.).

Osobitnou sociálnou službou pre rodiny, ktoré sa starajú o osoby vyššieho veku alebo zdravotne znevýhodnených je *denné centrum*. V dennom centre sa poskytuje sociálna služba počas dňa osobe, ktorá dovŕšila dôchodkový vek, osobe s ťažkým zdravotným postihnutím alebo nepriaznivým zdravotným stavom, rodičovi s dieťaťom alebo starému rodičovi s vnukom alebo vnučkou. V dennom centre sa najmä poskytuje sociálne poradenstvo a zabezpečuje záujmová činnosť.

Dysfunkčná, klinická či patologická rodina

Spomínané legislatívne akcenty pomoci rodine sú vo formálnej rovine garantované štátom. Rodina ako primárna sociálna skupina má prednostné právo, aby jej sociálna práca aj prostredníctvom sociálnych služieb venovala zvýšenú pozornosť. V živote primárnej sociálnej skupiny emočne sú vyhranené situácie psychického, sociálneho a vzťahového charakteru, ktoré ak sa neriešia môžu exponovať až do sociálno-patologických prejavov správania, vo forme *syndrómu CAN (child abuse and neglect)*. Syndróm vyjadruje neprimerané fyzické i psychické násilie, ktoré sa uskutočňuje na bezbranných členoch skupiny. Znakmi domáceho násillia je opakovanosť, dlhodobosť, stupňovanie a takmer každodenná prítomnosť. Partneri môžu žiť v spoločnej domácnosti, byť rozvedení, žiť oddelene, prípadne vôbec spolu nemusia žiť.

Niekedy problémovú rodinu s črtami syndrómu autori označujú aj ako klinickú rodinu, čiže „rodinu, ktorá sa vďaka svojím problémom dostala do styku s poradenským alebo terapeutickým zariadením“ (Matoušek et al., 2013). Ide o dysfunkčnú alebo patologickú rodinu. Zlyhávanie čo i len v jednej funkcii, či už

biologicko - reprodukčnej, ekonomickej, socializačnej alebo výchovnej, je predispozíciou vzniku klinickej rodiny. Vlastnými silami už nie je schopná zabezpečiť optimálne fungovanie, pretrváva atmosféra nedôvery a nepriemných očakávaní. Reakcie členov sa vyznačujú úsilím o nepriateľskú odvetu, kapituláciu druhej osoby. Klinická rodina, ktorá si vyžaduje intervenciu býva dôsledkom nepružného chápania mužskej a ženskej úlohy v rodine a z neschopnosti sa navzájom zastúpiť. Dochádza k apatii a nezáujmu o druhého. Rodina pod vplyvom stereotypu navonok funguje, ale vnútorné väzby jej členov postupne odumierajú. Po štádiu disharmónie prepukajú už zjavné klinické formy správania (negatívne emočné prejavy od irónie až po fyzické ataky). Dostáva sa do odbornej starostlivosti a vyžaduje hlboký zásah do jej vnútra, aby bola ochránená pred úplným zrútením jej ohrozovaných členov (Matoušek, 2005).

Okrem služieb a materiálnej pomoci klinickej rodine, dôležitým impulzom stabilizácie pomerov je vhodne zvolený prístup a stratégia riešenia problémov. K základným strategickým cieľom rodinnej politiky štátu patrí dosiahnutie relatívnej ekonomickej nezávislosti rodín, čím sa do značnej miery podporujú jej funkcie. Kullberg (2005) zdôrazňuje, že v západných sociálnych štátoch sú u muža väzby na pracovný trh pevnejšie. Pri ich narušení dochádza často k vzniku osobnostnej disaptability, čo deštruktívne pôsobí na stabilitu manželských a rodičovských vzťahov. V treťom miléniu je zmysel rovnoprávnosti a primeranej delby rodinných rolí štandardnou súčasťou partnerského vzťahu. Štát ich podporuje :

- právnou ochranou rodiny a jej členov (postoj štátu k iným suboptimálnym formám rodinného spolužitia je určovaný najmä potrebami maloletých),
- sociálno-ekonomickým zabezpečením rodiny (vytváranie politických, legislatívnych, daňových, inštitucionálnych podmienok v zmysle zachovania rovnováhy medzi rastom výdavkov a príjmov rodín, sociálne zabezpečenie),
- výchovou a prípravou mládeže na manželstvo a rodičovstvo (výchovnej funkcii rodiny pomáha celá spoločnosť, škola, cirkev, neziskový sektor.).

Rodina, ktorú postihol syndróm CAN

Dunovský et al. (1995) v súvislosti so syndrómom CAN hovorí o multifaktoriálnom spoločenskom jave a interdisciplinárnom probléme. Na základe toho Matoušek (2004) rozlišuje rozličné metódy práce s obeťami syndrómu CAN ako krízové služby, poradenské služby, vzdelávacie programy, terapeutické služby a preventívne programy. Podporný zásah sa realizuje prostredníctvom materiálnej i psychickej podpory a právnej pomoci. Podstatné je zabezpečiť bývanie bez strachu, starostlivosť o dieťa a prístup k verejným

službám. Tiež stretnutia s odborníkmi za účelom podpory sebaúcty a sebavedomia. V mnohých okresných mestách fungujú bezplatné Centrá právnej pomoci ako štátne inštitúcie, resp. konzultačné pracoviská pre ľudí, ktorí si nemôžu dovoliť finančne nákladného advokáta (Zákon č. 327/05 Z. z.). Ľudia sa najčastejšie na centrum obracajú s problémami z oblasti občianskeho a rodinného práva (výživné, úprava styku s dieťaťom), prípadne pracovného práva (Gáliková, 2006).

Tabuľka 5 Formy a prejavy syndrómu CAN

Formy	Prejavy aktívne	Prejavy pasívne
<i>Telesné týranie, zneužívanie a zanedbávanie</i>	tržné rany, pomliaždené rany a poranenia, popáleniny, bitie a z toho vyplývajúce zlomeniny, krvácania, dusenie, trávenie škodlivými látkami	neprospievanie dieťaťa, vyhladovanie, nedostatky v bývaní, ošatení, v zdravotnej a výchovnej starostlivosti
<i>Duševné a citové (psychické) týranie, zneužívanie a zanedbávanie</i>	agresia, nadávky, ponižovania, strašenia, vyhrážania, pretrvávajúci stres, šikanovanie	zanedbanosť duševná a citová prejavujúca sa v správaní
<i>Sexuálne zneužívanie</i>	pohlavné zneužitie, ohmatávanie v oblasti erotogénnych zón, znásilnenie, incest	exhibícia, video foto, audio-pornografia, zahrnutie detí do sexuálnych aktivít dospelých

(Zdroj: Dunovský et al. 1995, vlastné spracovanie)

Odpoveď na najčastejšie príčiny vzniku patologického správania je od snahy uspokojiť najrôznejšie nutkanie, frustrácia alebo napätie až po vyslovene psychopatické sklony páchatel'ov. Ďalšou príčinou môže byť určitý genetický prenos takéhoto zachádzania s dieťaťom, prípadne ženou z generácie na generáciu. Príčinou je tiež závislosť, zraniteľnosť a bezmocnosť detí a žien voči páchatel'ovi (porov. Dunovský et al., 1995).

Monitoring rizikových skupín a faktorov

Sociálny pracovník vyhľadáva a monitoruje rizikové faktory ovplyvňujúce vznik klinických rodín. Zo skúsenosti ľudí pracujúcich s rodinami, v ktorých sa vyskytuje týranie, zneužívanie či zanedbávanie vyplýva, že ľudia, zodpovední za výchovu a starostlivosť detí, majú niekedy blízko k takémuto patologickému správaniu. Často sú schopní násilného konania len na základe podráždeného, kričiaceho, nepokojného dieťaťa. Životné povinnosti, rodičovské vyhorenie, strata opory v partnerovi môžu spustiť neprimerané reakcie. Pri zanedbávaní stačí jeho pasivita, nenápadnosť, uzavretosť. Dôležité je vnímať prepojenosť rizikových skupín dospelých a detí.

Podľa Chalk a King (2015, s. 33) *definícia rodinného násillia sa mení nielen z hľadiska časového, ale aj kultúrneho*. Stále platí, že všeobecne rizikovými situáciami sú obvykle:

- situácie hmotného nedostatku (alkoholová, drogová závislosť, patologické hráčstvo, nezamestnanosť rodičov),
- situácie nedostatku lásky a citového naplnenia (bývanie u starých rodičov, pracovné preťaženie rodičov - workoholizmus, „uvoľnená sexualita“, promiskuitné vzťahy).

Tabuľka 6 Prehľad rizikových skupín detí a dospelých

	Fyzické a psychické týranie	Sexuálne zneužívanie	Zanedbávanie
Rizikové skupiny dospelých	ľudia prežívajúci dlhodobý stres, s anomálnym vývojom osobnosti (psychopatickí jedinci), s agresívnymi povahovými črtami, neurotickí ľudia	muži trpiaci sexuálnymi úchylkami, muži staršie-ho veku, u ktorých je oslabená kontrola chovania (dementní jedinci), drogová závislosť	mentálne retardovaní rodičia, somaticky chorí (invalidi), osamele žijúce osoby, bezdomovci, workoholici
Rizikové skupiny detí	deti impulzívne, nepokojné, nesústredené, s výkyvmi ná-lad, neprosievajúce v škole, detí neobratné, nešikovné, detí svojim chovaním provokujúce	dievčatá predčasne telesne vyzreté, osoby s mentálnym postihnutím neschopné posúdiť správanie dospelého, introverti	deti s pohybovým obmedzením, so zmyslovými chybami, detí netemperamentné, apatické, tiež detí mentálne zaostalé

(Zdroj: vlaste spracovnaie)

Čo sa týka násilia na bezbranných členov rodiny rozlišujeme tieto stupne:

- *ľahký stupeň násilia* - označovaný ako útok fyzickej formy bez viditeľných následkov na zdraví, exponované strkaním, sácaním, fackou, úderom, šklbaním vlasov, trhaním šiat,
- *stredný stupeň násilia* je útok fyzického rázu s viditeľnými dôsledkami na zdraví, akými sú opuchy, modriny, pomliaždeniny, fyzické ataky s údermi, škrtením, kopaním, bitím,
- *ťažký stupeň násilia* je označovaný útok fyzického charakteru, následkom sú vážne pomliaždeniny následkom zlomenín, škrtenia, kopania a podobne, bodnutia, postrelenie, znásilnenie, zneužívanie a iné.

Jednou z možností prevencie je osвета. Vplyv na rodičov v smere plánovaného rodičovstva, citlivého prežívania tehotenstva, účasti otca na výchove dieťaťa, vytváranie dôverného vzťahu nielen na systéme autority a iné. Do osvety sa žiada zapájať aj psychológov, terapeutov, pedagógov, lekárov či právnikov.

Možnosti bezprostrednej intervencie sociálneho pracovníka:

- izolácia maloletého, resp. mladistvého od nevhodného pôsobenia sociálneho prostredia, napr. znemožnením kontaktu dieťaťa s osobami, ktoré negatívne vplyvajú na jeho osobnosť na základe súdneho rozhodnutia, tiež zmenou výchovného prostredia náhradou novým výchovným prostredím atď.,
- výchovný dohľad nad rodinou ako implementácia ochrannej metódy, čím sa zabezpečuje riadna starostlivosť dospelaj zodpovednej osoby za dieťa,
- rekonštrukcia vzťahov uprostred rodiny, najmä tam, kde jeden z rodičov sa vráti z výkonu trestu alebo sa uskutočňuje návrat dieťaťa do rodiny. Sociálny pracovník vplyva na atmosféru a spoluprácu jednotlivých členov.
- organizovanie náhradnej starostlivosti (náhradná osobná starostlivosť, osvojenie, pestúnska starostlivosť, ústavná výchova), ďalej sem patrí vedenie prehľadu detí, ktorým treba zabezpečiť náhradnú starostlivosť spolu s prehľadom vhodných adeptov náhradnej starostlivosti,
- výchovné opatrenia (napomenutie, dohľad, obmedzenie),
- výkon funkcie opatrovníka a kolízneho opatrovníka maloletých,
- rozhodnutie o okamžitom umiestnení dieťaťa do starostlivosti nahradzujúcej starostlivosť rodičov (predbežne opatrenie), čím sa dieťa uchráni pred ujmu, kým by sa čakalo na rozhodnutie súdu,

- navrhovanie súdu o nariadení alebo zrušení ústavnej výchovy, zrušení výchovných opatrení, obmedzení a pozbavení rodičovských práv,
- výchovná činnosť, ktorá má pomôcť k zlepšeniu vzťahov v rodine, z ktorého bolo dieťa vyňaté pre zlyhanie výchovnej funkcie a obnovu rodinného prostredia pre prípadný návrat dieťaťa späť do rodiny,
- svedectvo v súdnom procese, účasť na trestnom konaní proti mladistvým,
- koordinácia činností ostatných štátnych orgánov a iných právnických, ktoré pôsobia v starostlivosti o deti s poruchami správania, o deti, ktorých výchova je ohrozená alebo narušená (porov. Zákon č. 36/2005 Z. z. o rodine , 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele)

Náhradná starostlivosť, konzekvencie dysfunkčnosti rodiny

Náhradnou starostlivosťou je podľa legislatívy starostlivosť, ktorá dočasne nahrádza osobnú starostlivosť rodičov o maloleté dieťa v prípadoch, ak ju rodičia nezabezpečujú alebo nemôžu zabezpečiť. Náhradná starostlivosť, na základe ktorej vznikajú vzťahy, práva a povinnosti medzi dieťaťom a inou osobou, môže vzniknúť len rozhodnutím súdu.

Rozumie sa ňou:

- zverenie maloletého dieťaťa do osobnej starostlivosti inej fyzickej osoby než rodiča (ďalej len „náhradná osobná starostlivosť“),
- pestúnsku starostlivosť,
- ústavnú starostlivosť (Zákon č. 36/2005 Z. z.).

Náhradná osobná starostlivosť a pestúnska starostlivosť sú rodinné formy náhradnej starostlivosti. Ústavnú starostlivosť, môže súd nariadiť len vtedy, ak výchova maloletého dieťaťa je vážne narušená alebo ak rodičia nemôžu zabezpečiť osobnú starostlivosť o dieťa z iných vážnych dôvodov a maloleté dieťa nemožno zveriť do náhradnej osobnej starostlivosti alebo do pestúnskej starostlivosti.

Vo výhode je profesionálna rodina

Profesionálna rodina je organizačná súčasť detského domova. Ide o domáce prostredie zamestnanca detského domova, v ktorom sa poskytuje starostlivosť určenému počtu detí v rodinnom dome alebo v byte poskytnutom detským domovom, v dome či v byte, ktorého je zamestnanec vlastníkom, spoluvlastníkom, prípadne nájomcom. Profesionálny rodič je zamestnanec detského domova, ktorý vykonáva ústavnú starostlivosť v rodinnom dome alebo

byte poskytnutom detským domovom, alebo vo vlastnom dome či byte. Pre vykonávanie profesionálneho rodičovstva je potrebné spĺňať kvalifikačný predpoklad úplného stredného vzdelania a absolvovať prípravu na profesionálne vykonávanie náhradnej starostlivosti (Vyhláška Ministerstva školstva Slovenskej republiky č. 41/1996 Z.z. o odbornej a pedagogickej spôsobilosti pedagogických pracovníkov v znení neskorších predpisov). Ak ide o dieťa, u ktorého sa prejavujú poruchy správania alebo je závislé, môže vykonávať starostlivosť v profesionálnej rodine len fyzická osoba, ktorá získala vysokoškolské vzdelanie druhého stupňa, spĺňa osobitné kvalifikačné predpoklady a absolvovala prípravu na profesionálne vykonávanie náhradnej starostlivosti. Prípravu na profesionálne vykonávanie náhradnej starostlivosti môže záujemca absolvovať na každom úrade práce, sociálnych vecí a rodiny alebo u akreditovaného subjektu.

Konkrétne možnosti intervencie zo strany sociálnej práce

V prípade násilia v rodine sú podstatné dobre nastavené primárne východiská riešenia situácie. Experti zdôrazňujú možnosť úniku, v prípade bezprostredného ohrozenia. Vo vyspelých krajinách sú zriadené anonymné azylové domy (*refuge*), v ktorých pôsobí odborne vyškolený personál. V Európe sa stretáme s útulkami (*shelters*), intervenčnými centrami, tiež tzv. ženské domy (*women's house / refuge*), či krízové centrá. (Mátel, Schavel et al., 2011). Žene zabezpečia bezplatné ošetrovanie, právnu a psychologickú pomoc. Na Slovenku funguje občianske združenie žien *Fenestra*, ktoré je podpornou organizáciou, s poradenským centrom, pôsobí v oblasti prevencie násilia na ženách a deťoch. Upozorňuje na dôsledky páchaného násilia, poskytuje bezplatnú pomoc a služby, zabezpečuje multi – inštitucionálnu spoluprácu (www.fenestra.sk). Kvalitné poradenské služby v tejto oblasti poskytuje tiež napr. Centrum Nádej. Vyškolení terapeuti vedia čo robiť pri domácom násilí a vhodne pomôžu.

Koncepcia pôsobenia sociálneho pracovníka by mala obsahovať strategické postupy spolupráce s rodinou dieťaťa, poradenské služby, publikačnú a informačnú aktivitu. Depistáž rizikových faktorov a skutočností, ako aj v zmysle aktívneho postupu pri vyhľadávaní a ochrane ohrozených detí. Vedenie databázy, prieskumné šetrenie, návrhy na riešenie a aktivovanie odbornej i laickej verejnosti aj formou rôznych projektových aktivít, mediálnych kampaní, podpora rekondično-relaxačných pobytových táborov pre deti opustené, zanedbávané a pre deti zo sociálne slabých rodín, iniciovať vznik podporných skupín žien a spolupodieľať sa na tréningu rodičovských zručností a chápania partnerských rolí.

Širokospektrálne intervenčné „nastavenie“ sociálnej práce zahŕňa:

- podporu špeciálno-pedagogickej starostlivosti založenú na rodinnom vzore na nevyhnutne dlhý čas potrebný na sanáciu rodinného prostredia,
- psychoterapeutickú pomoc, v zmysle zmiernenia psychickej traumy spôsobenej týraním, zneužívaním
- pomoc v krízových situáciách, „krátkodobé pobyty“, v ktorých ide vlastne o možnosť újsť pred hrubosťou a agresivitou manžela či iného páchatela
- poskytovanie anonymnej pomoci formou bezplatných liniek záchrany, Linka detskej istoty, LDI - UNICEF, Linka detskej dôvery - LIENKA, tiež fungujúce špeciálne linky napríklad v Bratislave, Košiciach, Prešove. Osobitné miesto majú linky proti násiliu orientované ako Ambulantné krízové stredisko, Linka pomoci obetiam násilia, pomôcť môže IPčko.sk - internetová poradňa pre mladých,
- depistážnu činnosť a prevencia - vytváranie databázy týraných a zneužívaných detí a spolupráca so zahraničnými partnermi (ICCPN - Veľká Británia, Fond ohrozených detí Českej republiky, IPSCAN - Medzinárodná organizácia pre prevenciu týrania, ktorej členom sa v roku 1995 stal aj SLONAD), čo je najlepším predpokladom vybudovania prevenčného systému v tejto oblasti.

Okrem toho je nutné spomenúť prevenciu a poradenstvo pre klinickú, dysfunkčnú, patologickú či inak problémovú rodinu. Zahŕňa sociálno-diagnostickú činnosť a sociálno-výchovné pôsobenie na klientov, opiera sa o moderné sociálno-terapeutické metódy práce a smeruje k riešeniu sociálnych problémov jednotlivcov, skupín a komunit. Bočáková a Bérešová (2019) pripomínajú pozitívny podiel rodinnej mediácie na riešení problémov rodiny ohrozenej dysfunkčnosťou. Záujmom štátu je podporovať rodiny v plnení všetkých ich funkcií. „Rodinný mediátor má legislatívne upravené svoje miesto v rámci interdisciplinárnej spolupráce a ako odborník na komunikáciu môže prispieť k riešeniu problémov v rodine v spolupráci s ostatnými oprávnenými subjektmi.“ (tamtiež, s. 65)

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Ako slovenská legislatíva podporuje funkčnosť rodiny?
- 2) Objasni zásadné rizikové situácie, ktoré podnecujú k rozvoju násilia v rodine?
- 3) Aké možnosti intervencie voči dysfunkčnej rodine môže využiť sociálny pracovník?

3. 5 Podpora kvality života a klienta sociálnej práce

K zásadným otázkam života klienta sociálnej práce patrí jeho kvalita. Tá je samozrejme ohraničená viacerými aspektmi, ktoré sa podieľajú na subjektívnom vnímaní vnútornej spokojnosti v súvzťažnosti s aktuálnym somatickým, psychickým a sociálnym statusom. Poznanie objektívnych činiteľov kvality života jednotlivca, klienta sociálnej práce v danom type prostredia, je úloha pred ktorú je neraz postavený sociálny pracovník.

Kvalita života má dimenziu existenciálneho rozmeru

Napĺňať nielen primárne, ale i sekundárne potreby je podmienkou zachovania hodnoty života, zvlášť v jeho zraniteľných fázach. Kvalitu života si jednotlivci začne uvedomovať najmä vtedy, ak sa začne jeho životná situácia významne meniť. Napríklad pre osoby seniorského veku zásadná zmena nastáva stratou sebestačnosti v bazálnych životných úkonoch, prípadným nástupom do zaradenia pre seniorov. Mení sa ich doterajšia sociálna rola, ale aj status a s tým sa mení aj orientácia životných. To čo dávalo životu zmysel, nezávislosť, zamestnanie, spoločenské vzťahy, rodinné prostredie prestáva platiť. Pokles kvality života u starých ľudí možno ľahko rozpoznať. Prejavuje sa atmosférou ťaživosti, absenciou zmyslu života, závislosťou a stratou autonómie (Draganová, 2006, s. 129).

U seniora nastupuje existenciálny rozmer uvažovania o vlastnom živote. Podľa Rogersa (in Drapela, 2011) dobrý život je proces, nie stav bytia. Je to smerovanie, nie cieľ. Adaptácia do značnej miery určuje aj ďalšiu aktivitu klienta a postoj k ontogenetickej životnej etape či involučným zmenám. Sociálny pracovník, nezriedka v pozícii pracovníka sociálnej rehabilitácie vo vzťahu ku kvalite života by mal seniora orientovať ku kreovaniu konštruktívneho spôsobu prijímania sénia. Pomáha hľadať novú životnú náplň, respektíve podnecuje k osobnej aktivite podľa klientových predstáv o kvalite života. Väčšinou je situácia odlišná. Jediniec sa skôr sústreďí na svoju nedostatočnosť, ohraničenosť, stratu sebestačnosti a samostatnosti k okolitému prostrediu. Tým sa stáva ešte viac závislým ako si to vyžaduje jeho aktuálny somatický, psychický a sociálny stav.

Model podpory kvality života seniora „ABA“

Sociálny pracovník v rezidenčných podmienkach zariadenia by mal pomáhať preklenúť časový úsek od vstupu do inštitucionálnych podmienok až po obdobie úplnej adaptácie klienta. Na základe našich skúseností v tejto situácii sociálny pracovník môže pracovať s trojrozmerným modelom podpory kvality života klienta vyššieho veku a úspešnej adaptácie nami označeným akronymom

„ABA“ ako *autonómia, odstránenie bariér a spontánna animácia*. Rozvíja osobnú autonómiu klienta, napomáha prekonávať bariéry a nenásilnou animáciou rieši dobrovoľnú aktivizáciu.

Kvalita života je považovaná za subjektívnu kategóriu. Na jej objektívne poznanie tejto konštanty sa používajú rôzne modely prístupu. Najkomplexnejšie je vypracovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou *medicínsky prístup*, podľa ktorej sa kvalita života hodnotí v šiestich oblastiach a v nich sa nachádza rôzny počet indikátorov kvality:

- *telesné zdravie* – posudzuje sa energia, únava, bolesť a nepohoda, spánok, oddych,
- *psychické funkcie* – hodnotí sa predstava vlastného tela a zovňajšku, negatívne a pozitívne emócie, sebahodnotenie, myslenie, pamäť, pozornosť,
- *úroveň nezávislosti* – indikátormi sú mobilita, závislosť od liekov, pracovná kapacita,
- *sociálne vzťahy* – osobné vzťahy, sexuálna aktivita, sociálna podpora,
- *prostredie* – predmetom hodnotenia sú finančné zdroje, sloboda, fyzická bezpečnosť, prostredie domova, environmentálne prostredie, dostupnosť informácií,
- *spiritualita* – osobné presvedčenie, religiozita (Balogová, 2005).

V užšom náhľade sa kvalita života vyznačuje možnosťou zmiernovať telesné i duševné utrpenie, bolesť a dosahovanie nezávislosti človeka od iných osôb, ako aj spôsobilosť uniesť zložité situácie, záťaž, stres. A bezpochyby spôsobilosť žiť vo vyhovujúcich interpersonálnych vzťahoch, zúčastňovať sa spoločenských aktivít, vlastné zabezpečovanie života uspokojovaním konkrétnych primárnych a sekundárnych potrieb. Aj samotné životné udalosti ovplyvňujú kvalitu života, bezprostredne menia aktuálne prežívanie kvality života a tiež ovplyvňujú dlhodobú kvalitu života (Payne, 2005).

Sociálny pohľad na kvalitu života vychádza z charakteristiky subjektívnej kategórie, ktorá je determinovaná vonkajšími okolnosťami (napríklad sociálno – politickou situáciou, kultúrnymi podmienkami, atmosférou v spoločnosti a i.), ktoré môžu pôsobiť ako determinanty kvality života, no najdôležitejším faktorom je samotný človek a jeho životný postoj (Balogová, 2005).

Psychologický a sociologický prístup ku kvalite života

Kvalita života je jeden z nosných pojmov sociálnej práce, sociálnych služieb a sociálnej politiky. Sociálna dimenzia kvality života je jednou z východiskových kategórii sociálnej práce a sociálnej politiky. Strieženec (2001) chápal kvalitu života ako súhrn objektívne i subjektívne posúdateľných stránok činnosti a

vnemov človeka v jeho každodennom živote, reálnom sociálnom priestore s konkrétnymi pravidlami vzájomného spolužitia, s reálnymi otázkami cieľa, zmyslu a údelu pozemského života. V rezidenčných podmienkach zdôrazňujeme nutnosť zachovať si mieru sebarealizácie a duševnej harmónie, čo sa stáva zrkadlom životnej spokojnosti v iných ako domácich podmienkach.

Psychologický prístup sociálneho pracovníka poradcu rezonuje v zameraní pozornosti na subjektívne prežívanie, myslenie a hodnotenie spokojnosti s vlastným životom. Zároveň rieši aj negatívne akcenty ako je kríza, strata zmyslu života, depresia, traumatické životné skúsenosti. Ako pozitívnu veličinu kvality života označuje psychologický prístup prežívanú subjektívnu pohodu – *subjective well-being* a dôraz sa kladie na všeobecné hodnotenie kvality života, vyjadrujúce duševnú pohodu a spokojnosť (Hnilicová, 2005).

V nadväznosti na objasnenie tohto prístupu Vaďurová a Mühlpachr (2005) delia základné dimenzie osobnej pohody nasledovne. Sebaurčenie ako kladný postoj sám k sebe, akceptácia seba samého, svojich dobrých aj zlých vlastností, rešpektovanie vlastnej minulosti. Pozitívne vzťahy s inými, uspokojujúce vzťahy s inými, záujem o dobro iných, empatia. Autonómia, nezávislosť od posudzovania a očakávania iných, celková nezávislosť, sebaurčenie, zachovávanie vlastného názoru. Netreba však zabudnúť ani na životné prostredie, prehľadnosť o dani vo svojom prostredí, okolí, schopnosť využiť ponúkané príležitosti, dosahovanie vlastných cieľov a potrieb v závislosti od vonkajších udalostí. Zachovanie vôle ku zmyslu života a v každej životnej etape dať priestor aj pre osobný rozvoj, schopnosť vnímať pozitívne zmeny vlastnej osobnosti, vlastného ja. Medzi indikátory ovplyvňujúce osobnú pohodu môžeme zaradiť zdravotný stav, subjektívne hodnotenie komplexného zdravia, vek, aktivita v religiozite, sociálne – ekonomické postavenie, objektívny ukazovateľ činnosti a fyzických schopností (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Sociologický prístup vymedzuje kvalitu života vytýčením aspektu životná úroveň, v zmysle hodnoty majetku, materiálnym vybavením domácnosti, ale tiež sleduje dopad sociálnych, či zdravotných programov na kvalitu života obyvateľstva. Ako objasňuje Tokárová (2002) životná úroveň vyjadruje stupeň uspokojovania potrieb v závislosti od vedomej potreby, miera uspokojovania potrieb je vyjadrená subjektívne, pretože miera kvality života nie je závislá na uspokojovaní materiálnych potrieb.

Metóda SEIQoL

Jedinci neschopní vytvoriť si sebareflexné nazeranie na svoju osobnosť spôsobujú nemalé problémy s adaptáciou vlastnou aj iných, čím významne ovplyvňujú vlastné duševné zdravie. Aj osoby vyššieho veku sú schopné

vypovedať o tom, čo prežívajú, čo cítia, sú schopní sebaanalýzy. Podnet im môže dať sociálny pracovník, opatrovateľ alebo zdravotná sestra.

Ak vysvetľujeme kvalitu života, musíme si tiež uvedomiť, že ju môžeme posudzovať v *makrorovine*, keď sa zaoberáme kvalitou života veľkých spoločenských celkov. V *mezorovine* ide o otázky kvality života malých sociálnych skupín. A napokon v *mikrorovine* je to osobný priestor. Jedná sa o život jednotlivca, individua, týka sa každého z nás jednotlivo. Pri samotnom stanovení kvality života ide v každom prípade podľa Křivohlavého (2009) o subjektívne hodnotenie spokojnosti, zdravotného stavu, života, atď. Odporúča koncepciu metódy SEIQoL (*Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life* – Program hodnotenia individuálnej kvality života). Podľa nej si prostredníctvom tohto programu každý individuálne hodnotí kvalitu vlastného života na základe vlastných predstáv, očakávaní, presvedčení. Táto metóda zisťuje kriticky závažné aspekty života, o ktorých klient vypovedá sám. Kvalitu života vyjadruje v tomto prípade miera subjektívneho uspokojenia s dosahovaním životných cieľov. V mnohých prípadoch sa napríklad klienti vyššieho veku vyjadrujú v zmysle prepojenia materiálnej a sociálnej dimenzie kvality života, respektíve dimenzie zdravia. Avšak značné percento seniorov sa cieľovo orientuje aj na zachovanie vnútornej rovnováhy a na psychický a spirituálny rozmer vlastného života.

Psychosociálne sprevádzanie klienta sociálnej práce

Z aspektu garancie kvality sociálnych služieb je dôležité poznať ako samotný klient subjektívne a objektívne hodnotí poskytované služby v rámci vlastného životného štandardu. Tokovská (2010) uvádza, že nové sociálne prostredie značne ovplyvňuje životný štýl a životný priestor seniora. K tomu sa často pridružujú obavy z ohrozenia jeho súkromia aj dôstojnosti. Zároveň zdôrazňuje, že je dôležité prijať seniora ako klienta bez predsudkov, takého aký je a bez našich predstáv, bez samotnej projekcie dôjde u neho k zmene. Najmä ak dokážeme prejaviť záujem o jeho osobu, naplniť očakávania porozumenia a pomoci.

Klient môže bez predsudkov vyjadriť svoju vôľu pred profesionálom, využívať jeho podporu pri dôležitých rozhodovacích procesoch a udržiavaní kontroly nad svojím životom. Matoušek et al. (2005) to vo vzťahu ku klientovi vyššieho veku vyhodnocuje takto. V centre celého procesu nesmie byť záujem inštitúcie, ale vždy záujem seniora.

Neexistuje univerzálny zoznam potrieb, ktoré sú pre seniora nevyhnutné z aspektu naplnenia kvality jeho života v prostredí inštitúcie. Významné sú však psychosociálne potreby, ktoré ak nie sú dostatočne saturované, môžu

spôsobovať problémy. Határ (2005) do skupiny týchto psychosociálnych potrieb zaraďuje:

- potrebu stimulácie, v rámci ktorej sa uspokojujú zmysluplné aktivity seniora,
- potrebu orientácie a učenia z hľadiska nového životného štýlu v inštitúcii,
- potrebu aktivity,
- potrebu citovej istoty a bezpečia,
- potrebu seberealizácie a otvorenej budúcnosti.

Stotožňujeme sa s názormi Matouška et al. (2005), aby nový člen komunity zariadenia pre seniorov mal k dispozícii dostatok informácií o prostredí, v ktorom bude žiť, podporu pri nadväzovaní nových priateľstiev a rovesníckych kontaktov. Aby mal možnosť stať sa členom neformálnych skupín, príležitosť individualizovať si svoj priestor a vykonávať také aktivity, ktoré sám považuje za zmysluplné. Pre kvalitný seniorov, ich seberealizáciu, psychické zdravie a spokojnosť patria činnosti, ktoré im prinášajú radosť, uspokojenie, pocit potrebnosti, užitočnosti. Psychosociálne sprevádzanie teda akcentuje uspokojovanie potrieb, kontinuálnu podporu nezávislosti či rešpektovanie spirituálnych potrieb.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) Ako by ste vysvetlili termín kvalita života?
- 2) Objasni model podpory kvality života seniora „ABA“ a metódu SEIQoL.
- 3) Ktoré psychosociálne potreby klienta sociálnej práce treba saturovať?

3. 6 Profesionálna i ľudská disponovanosť pre prácu sociálneho pracovníka

Osobná disponovanosť v zmysle dostatku telesných i duševných síl, ľudskej pripravenosti a profesijnej erudovanosti je nevyhnutnou výbavou sociálneho pracovníka. Poznanie zákonitostí fungovania ľudskej psychiky a osobnosti je zase východiskom pre správne hodnotenie klienta a následne transfer potrebných informácií voči nemu. Sociálny pracovník by mal kontinuálne aktualizovať reflexiu prístupu ku klientovi, aby sa udržal zdravý vzťah.

Zachovania prirodzených sociálnych väzieb a rešpektovania systémového prístupu je dôležitý substrát kvalifikovaného prístupu. Aj z dôvodu, že sociálny pracovník sa nachádza v pozícii primárneho poradcu, ktorý rieši:

- problémy v sociálnych vzťahoch, deficity v sociálnych zručnostiach
- problémy vo vzťahu k sociálnym inštitúciám,
- problémy pri výkone sociálnych rolí,
- problémy so zvládnutím sociálnych zmien,
- interpersonálne konflikty,
- problémy pri riešení nepriaznivej ekonomickej situácie
- problémy sociálnej adaptácie,
- sociálne problémy (nezamestnanosť, ťažké zdravotné postihnutie),
- problémy v oblasti sociálnej patológie a ďalšie (Mátel, Oláh, Schavel, 2011).

Je zjavné, že k tomu sa nevyhnutne viaže schopnosť pomáhajúceho profesionála zvládnuť multispektrálnosť problémov klienta. Odborná erudovanosť sa rovnako spája so schopnosťou altruizmu a empatie.

Profesionálny a ľudský prístup

Človek, ktorý je predmetom záujmu tak medicíny, psychológie, pedagogiky či sociálnej práce je biopsychosociálna bytosť a je dôležité, aby sa významná časť pozornosti zo strany pomáhajúceho profesionála venovala ľudskému telu a psychike. *Psychika sa chápe ako vlastnosť a funkcia vyššej nervovej sústavy a je spojená s činnosťou mozgu. Tieto dva aspekty ovplyvňujú človeka v tom, že prostredníctvom pocitov a vnemov umožňujú vnímať a odrážať vlastný a okolitý svet.* (Zelina, 2008, s. 18)

Nastavenie správnej optiky na klienta sociálnej práce „zaostruje“ na ľudskú psychiku, keďže je reálnym odrazom objektívneho i subjektívneho, zároveň sociálne i vývinovo determinovaná. Psychika reaguje na základe podnetov, ktoré ju aktuálne zasahujú. Do úvahy treba vziať tiež jej biologickú podmienenosť (genetické vplyvy, dedičnosť, genotyp, fenotyp, temperament, vlohy), preformované spôsoby adaptácie (inštinky, pudy, reflexy), ale aj komplexnú telesnú konštitúciu (anatomicko - fyziologická zostava organizmu, celkový telesný stav). A v neposlednom rade aj reguláciu a riadenie činnosti orgánov a udržiavanie stabilného vnútorného prostredia (homeostázy). Psychika prirodzene reaguje na primárne potreby človeka (jesť, piť, dýchať, vylučovať) a je ovplyvnená endokrinným systémom a nervovou reguláciou (Kopecká, 2011).

Erudovanosť a senzitívny ľudský prístup sa nevyklúčujú, ale spájajú v:

- akceptovaní iných, bez identifikácie s nimi,
- vytváraní pozitívnej atmosféry,
- rešpektovaní autenticity klienta,
- schopnosti začať tam, kde sa klient nachádza,
- zvolení tempa práce primerané klientovi,

- pomáhajú hľadať riešenie,
- preferujú spoluprácu, nie súperenia,
- určujú realistických cieľov.

Ide o vyjadrenie zmeny pozície vo vzťahu sociálny pracovník a klient. Doterajší výrazne asymetrický vzťah, ktorý je založený na tom, že sociálny pracovník, poradca vie čo je pre klienta najlepšie, sám rozhoduje, prikazuje, určuje a klient sa iba prispôsobuje. Mení sa na vzťah symetrizujúci, monitorujúci, akceptujúci autonómiu klienta, jeho jedinečnosť. (Schavel, Oláh, 2008, s. 35).

Kompetencie

Individualita klienta sociálnych služieb si vyžaduje špecifický prístup. Spôsobilosti sociálneho pracovníka sú synonymom kompetencií poradcu a sú priamo naviazané na jeho aktivity a k najvýznamnejším z nich patria nasledovné:

- rozvíjanie komunikácie ako základného predpokladu pre schopnosť počúvať a byť vypočutý, tréningy a návštevy s klientom,
- motivovanie klienta k vzájomnej spolupráci, modelovanie určitých situácií zo života, ktoré sa klient postupne učí s poradcem zvládať,
- orientácie v probléme klienta a schopnosť hľadať a plánovať riešenia,
- podpora klienta a jeho vedenie k samostatnosti, využívanie možností a príležitostí k podpore klienta, jeho sebavedomia, zodpovednosti a sebakontroly, systémová práca s rodinou, skupinové a komunitné poradenstvo,
- zasahovanie a poskytovanie služby osobne, tvárou v tvár, v prípade nemožnosti osobného kontaktu musí byť sociálny pracovník schopný kontrolovať kvalitu poskytovaných služieb (Mátel, Oláh, Schavel, 2011).

Janoušková a Nedělníková (2008) zameriava rozmer kompetencií sociálneho pracovníka do týchto oblastí:

- priama práca s užívateľom,
- nepriame aktivity v prospech rodiny,
- aktivity nutné pre realizáciu a rozvoj sociálnych služieb,
- metodické vedenie terénnych pracovníkov podľa organizačného usporiadania organizácie,
- aktivity v prospech vlastného profesijného rozvoja.

Azda najvýstižnejšie definuje súbor kompetencií sociálneho pracovníka Havrdová (in Hudecová et al., 2010), ktorá rozlišuje šesť hlavných kompetencií sociálneho pracovníka – schopnosť rozvíjať účinnú komunikáciu, orientovať sa a plánovať postup, podporovať klienta a pomáhať mu v sebestačnosti, zasahovať a poskytovať služby, prispievať k práci organizácie a odborný rast sociálneho pracovníka. Schopnosť rozvíjať účinnú komunikáciu charakterizuje ako dispozíciu

nadviazať kontakt, prispôbiť rozhovor veku a povahe klienta. Rešpektovať zhodné i odlišné hľadiská. Poskytovať primeraný priestor na vyjadrenie spätnej väzby, zlepšovať komunikáciu medzi klientom a inými organizáciami, motivovať ho prekonávať prekážky. Schopnosť orientovať sa a plánovať je disponovanosťou orientovať sa v potrebách a možnostiach klienta, jeho rodiny, v legislatíve a v spoločenských predpisoch. Zbierať informácie z dostupných zdrojov, viesť dokumentáciu, naučiť klienta porozumieť dôsledkom vlastných rozhodnutí. Podporovať a pomáhať mu v sebestačnosti predstavuje zručnosť sociálneho pracovníka poskytnúť emočnú podporu, učiť rozlišovať silné i slabé stránky, práva i povinnosti, ale tiež pomáhať mu získať kontrolu nad vlastným správaním.

Pre rast kompetencie sociálny pracovník sleduje informácie v sociálnej oblasti a neustále si dopĺňa vzdelanie, využíva kontakty a skúsenosti získané pri výkone povolania, pragmaticky si určuje profesijné ciele a učí sa účelnému využívaniu svojho pracovného času (Merry, 2004).

Disponovanosť

Disponovanosť či disponibilita (*disponibillitas* – použiteľnosť) sociálneho pracovníka nadväzuje na jeho kompetentnosť v sociálnej oblasti. Disponibilita je „možnosť voľne nakladať disponovať dačím alebo dakým.“ (Šaling, Šalingová, 2006 s. 298). Spája sa so schopnosťou profesionála využívať potenciál svojich schopností a vlastností v prospech klienta. Sociálny pracovník – poradca nasadzuje nielen svoje znalosti, skúsenosti a zručnosti, ale aj časť vlastnej osobnosti, svetonázoru a životnej filozofie a štýlu. Len zrelá a vyrovnaná osobnosť sa môže venovať práci s inými ľuďmi bez prenášania vlastných problémov do ich života, pripravená vyhýbať sa projekcii (vlastné nedostatčnosti prisudzovať iným) . Profesionalita a zároveň silné osobné kvality pomáhajúceho, ktoré vie preukázať v jednaní so svojimi klientmi sú zásadné a motivujú klientov k pozitívnej zmene v ich živote.

Dôležitá je rovnako kongruencia, čiže zhoda vonkajšieho prejavu s vnútorným prežívaním, pretože rozpor môže na klienta pôsobiť umelo, falošne a demotivujúco, dokonca ho môže nabádať správať sa rovnako. V tejto súvislosti medzi ďalšie vlastnosti sociálnych pracovníkov nevyhnutné k výkonu povolania zaraďujú viacerí autori empatiu, vrelosť, autentickosť, tvorivosť, flexibilitnú dôraznosť, angažovanosť a ľudský prístup ku klientovi. (porov. Řezniček, in Levická, 2011).

Andrejiová a Magurová (2012) zdôrazňujú, že najdôležitejšou vlastnosťou sociálneho pracovníka je jeho osobnosť a povaha, pričom vo svojej práci sa musí angažovať celý. Korektnú víziu disponovanosti sociálneho pracovníka ponúkajú Mačkinová a Musilová (2013, s. 7) nasledovne: „Ten kto chce ľuďom

slúžiť, či už po telesnej, duševnej alebo duchovnej stránke, väčšinou súhlasí, že by ich mal poznať, že by im mal vedieť porozumieť, aby vedel, ako sa oni cítia a myslia, po čom túžia, čo potrebujú, prípadne prečo a akým spôsobom škodia druhým i sebe“. Disponovanosť musí ísť v ruku v ruke s efektívnou komunikáciou, byť schopný riešiť problémy, konflikty a budovať vzťah. Len vtedy je šanca, že sociálny pracovník aplikovanými metódami sociálnej práce zabráni nežiaducemu správaniu a eliminuje jeho dôsledky.

Úlohy a otázky do diskusie

- 1) V čom sa spája erudovanosť a senzitívny ľudský prístup sociálneho pracovníka?
- 2) S akými kompetenciami prichádza sociálny pracovník za klientom?
- 3) Prečo je vo vystupovaní sociálneho pracovníka podstatná kongruencia?

ZÁVER

V živote sú chvíle, keď si zrazu uvedomíme, že všetko, o čo sa tak usilujeme, môže mať napokon relatívnu hodnotu. V prípade klienta sociálnej práce to platí dvojnásobne. Zmeny, ktoré nastali v jeho živote zásadne ovplyvnili aj spôsob uvažovania o životných prioritách, vzťahy, prístup k prostrediu a všedným ľudským perspektívam.

Vysokoškolská učebnica svojim obsahom zvyrazňuje, že metódy sociálnej práce sú cesty, ktoré by mali viesť k človeku. Sprevádzať by ich mali ľudsky senzitivne prístupy, odbornosť a zručnosti pomáhajúceho profesionála, ktorý vie strategicky využiť osobitý štýl ako sa vysporiadať s predkladaným problémom. Všetko za predpokladu, že sociálny pracovník na prvom mieste vníma a akceptuje človeka a až potom klienta. Zároveň rešpektuje bio – psycho – sociálnu a spirituálnu entitu s dimenziou individuálneho životného príbehu.

Kompetencie sociálneho pracovníka a rozsah možnej intervencie si vyžadujú, aby metódy vedel začleniť do systému využiteľného v praxi. Prirodzene neoddeliteľnou súčasťou ich implementácie je podpora schopností klienta riešiť si problém vlastnými silami. Inými slovami metódy sociálnej práce istým spôsobom považujeme aj za postupy v nasmerovaní jedinca. Sú podporným mechanizmom v starostlivosti o zverenú klientelu s ohľadom na etiku a humanizačné princípy sociálnej práce. Dovoľujeme si povedať, že ich monitoring v praxi môže poslúžiť aj pri kreovaní sociálnej politiky. Ich dôkladné poznanie sociálnemu pracovníkovi pomáha v odbornom raste a získavaní individuálnych zručností, keďže metódy sociálnej práce sú pracovným nástrojom odborníka, ktorý ak ich vie efektívne využiť v prospech jednotlivca, skupiny alebo komunity o výsledok sa obávať nemusí.

Implementácia prostriedkov, foriem a metód sociálnej práce s puncom človečenstva podporuje komplexnú percepciu vybraných problémov sociálnej práce. Prioritou intervenčného nasadenia metód sociálnej práce je ochrana ľudského života, udržanie prijateľnej kvality života a integrácia jedinca so zámerom pomôcť mu preklenúť kritické obdobie života. Preto považujeme za nevyhnutné neustále sa vzdelávať v metódach sociálnej práce. Veríme, že naše učebné texty relevantne vyplnia čiastku v mozaike študijných materiálov budúcich sociálnych pracovníkov.

ZOZNAM POUŽITEJ LITERATÚRY

- ANDREJIOVÁ, Lucia. - MAGUROVÁ, Dagmar. 2012. *Význam komunitného sociálneho pracovníka v marginalizovaných skupinách Rómov*. In *Zdravotníctvo a sociálna práca*, roč. 7, č. 4. 2012. ISSN 1336-9326.
- BARGEL, Miroslav. - MÜHLPACHR, Pavel. a kol. 2010. *Inkluze verzus exkluze – dilema sociální patologie*. Brno: Institut Mezioborových studií, 2010. 186 s. ISBN 978-80-87182-12-3.
- BAKOŠOVÁ, Zlatica. 2011. *Sociálna pedagogika ako životná pomoc*. Bratislava: UK, 2011. 251 s. ISBN: 978-80-969944-0-3.
- BALOGOVI, Beáta et al. 2016. *Kompendium sociálnej práce pre magisterský stupeň štúdia*. Prešov: Akcent Print. ISBN 978-80-89295-70-8.
- BALOGOVI, Beáta. 2005. *Seniori*. Prešov : Akcent Print, 2005. 157 s. ISBN 80-969274-1-8.
- BARKER, Robert. L. 2003. *The Social Work Dictionary*. 5th Ed. Washington, DC: NASW. 493 p. ISBN 0-87101-355-X.
- BAŠTECKÁ, Bohumila. 2005. *Terénní krizová práce*. Praha: GRADA, 2005. 300 s. ISBN 80-247070-8-X.
- BĚLOHLÁVEK, František. - KOŠŤAN, Pavol. - ŠULEŘ, Oldřich. 2006. *Management*. Praha: Computer Press, 2006. 736 s. ISBN: 80-251-0396-X.
- BERNE, Eric. 2019. *Ako sa ľudia hrajú. Psychológia ľudských vzťahov*. Bratislava: Aktuell, 2019. 205 s. ISBN 978-80-8172-058-1.
- BERRYOVÁ, Lilly, M. 2009. *Psychológia v práci. Úvod do organizačnej a pracovnej psychológie*. Bratislava: Pegas, 2009. 696 s. ISBN 978-80-551-1842-0.
- BIBLIA. STARÝ A NOVÝ ZÁKON. 2016. Trnava: Spolok sv. Vojtecha. 3359 s. ISBN 978-80-8161-220-6.
- BOČÁKOVÁ, Oľga. 2015. *Sociálna politika a sociálne zabezpečenie*. Brno: Tribun EU, 2015. 170 s. ISBN 978-80-263-0938-3.
- BOČÁKOVÁ, Oľga et al. 2022. *Chudoba a nezamestnanosť v kontexte sociálnej politiky a sociálnej práce v medzivojnovom období*. In *Participácia slovenskej sociálnej práce na riešení chudoby*. Trnava: FSV UCM, 2022. ss. 6 – 35. ISBN 978-80-572-0264-6.
- BOČÁKOVÁ, Oľga. - BÉREŠOVÁ, Anna. 2019. *Mediačná služba – Alternatívna froma riešenia konfliktov*. Nemšová: J+K, s.r.o., 2019. 79 s. ISBN 978-8089788-39-2.
- BOČÁKOVÁ, Oľga. - KUBÍČKOVÁ, Darina. et al. 2022. *Sociálna rehabilitácia ako súčasť komplexnej rehabilitácie*. Nemšová: J+K, s.r.o., 2022. 127 s. ISBN 978-80-89788-62-0.

- BOČÁKOVÁ, Oľga – SEDLÁČEK, Juraj. et al. 2022. *Participácia slovenskej sociálnej práce na riešení chudoby*. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda, 2022. 154 s. ISBN 978-80-572-0264-6.
- BOOHER, Dianna. 2003. *Komunikujte s jistotou*. Praha: Computer Press, 2003. 360 s. ISBN 80-722-615-6-8.
- BOROŠ, Július. 2002. *Úvod do psychológie*. Bratislava: IRIS, 2002. 305 s. ISBN 80-89018-35-1.
- CAKIRPALOGLU, Panajotis. 2012. *Úvod do psychologie osobnosti*. Praha: GRADA, 2012. 287 s. ISBN 978-80-24740-33-1.
- CAMPBELL, Jean. 2000. *Creative art in groupwork*. Bicester: Winslow Press Limited, UK, 2000. 199 p. ISBN 80-7178-428-1.
- CAMPBILL SPOLEK. 2023. In: *Camphill na soutoku* [online]. [cit. 2023-02-07]. Dostupné z: <http://www.camphill-na-soutoku.cz/>
- CHALK, Rosemary. – KING, Patricia., A. 2015. *Violence in families : assessing prevention and treatment programs*. Washington, DC 20418: NATIONAL ACADEMY PRESS, 2015. ISBN 0-309-05496-6.
- CICCOTTI, Serge. 2008. *Lépe porozumět sobě i ostatním*. Praha: Portál, 2008. 224 s. ISBN 978-80-7367-364-2.
- ČÁP, Jan. – DYTRYCH, Zdeněk. 1968. *Utváření osobnosti v náročných životných situacích*. Praha: SPN, 1968.
- DÁVIDEKOVÁ, Mária. 2014. *Sociálne služby*. Trnava: Univerzita sv. Cyrila a Metoda, Fakulta sociálnych vied, 2014. 180 s. ISBN 978-80-8105-579-9.
- DENSCOMBE, Martyn. 2014. *The Good Research Guide: For Small-scale Social Research Projects*. Berkshire: Open University Press. 2014. 349 p. ISBN 13:978-0-335-26470-4.
- De ROBERTIS, Cristina. 1998. *Metodyka dzialania w pracy socjalnej*. Katowice: Slask, 1998. 300 s. ISBN 83-7164-109-5.
- DOLANSKÝ, Václav et al. 1996. *Projektový management*. Praha: GRADA, 1996. 376 s. ISBN 80-7169-287-5.
- DONNELLY, James, H. – GIBSON, James. – IVANCEVICH, John. 1997. *Management*. Praha: GRADA, 1997. 824 s. ISBN: 80-7169-422-3 .
- DRAGANOVÁ, Helena. a kol. 2006. *Sociálna starostlivosť*. Martin: Osveta, 2006. 198 s. ISBN 978-80-8063-240-3.
- DRAPELA, Victor, J. 2011. *Přehled teorií osobnosti*. Praha: Portál, 2011. 176 s. ISBN 978-80-262-0040-6.
- DRAVECKÝ, Ján. 2014. *Základy manažmentu I. Študijný text*. Levoča: Pedagogická fakulta Katolíckej univerzity v Ružomberku, 2014. 56 s.
- DUNOVSKÝ, Jiří. – DYTRYCH, Zdeněk. – MATĚJČEK, Zdeněk et al. 1995. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: GRADA, 1995. 248 s. ISBN 80-7169-192-5.

- DUDŽÁKOVÁ, Angelika. 2014. *Opatrovateľská služba ako jedna z foriem sociálnej pomoci*. In ekonomika a řízení ve zdravotních a sociálních službách. Praha: International ART CAMPUS, Prague, s.r.o., 2014. ISBN 978-80-254-2662-3. ss. 123-128.
- EMMEROVÁ, Ingrid. 2007. *Prevenencia sociálnopatologických javov v školskom prostredí*. 1. vyd. Banská Bystrica : Pedagogická fakulta UMB v Banskej Bystrici, 2007. 129 s. ISBN 978-80-8083-440-1.
- ENGELBRECHT, Lambert K. 1999. *Introduction to social work*. Wellington: National Book Printers, Goodwood. 145 s. ISBN 0 620 23567 5
- FABIAN, Anton et al. 2014. *Svet sociálnej práce*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ, 2014. 292 s. ISBN 978-80-8152-097-6.
- FELCÁN, Arpád. 1995. *Hlohovecko kedysi dnes a zajtra*. Hlohovec: Jozef Urminský junior. 79 s. ISBN: 80 900419-4-9.
- FENESTRA. 2015. *Stanovy občianskeho združenia*. 2015. [online]. [2016-07-20]. Dostupné na: <
http://www.fenestra.sk/sites/default/files/pdf/stanovy_zdruzenia_fenestra.pdf>.
- GABURA, Ján. 2010. *Komunikácia pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: UK, 2010. 196 s. ISBN: 978-80-223-2752-7
- GABURA, Ján. 2013. *Teória a proces sociálneho poradenstva*. Bratislava: IRIS, 2013. 309 s. ISBN 978-80-89238-92-7..
- GABURA, Ján. - PRUŽINSKÁ, J. 1995. *Poradenský proces*. Praha: SLON, 1995. 147 s. ISBN 978-80-8585-010-9.
- GOLDSTEIN, Eda, G. - MIEHLS, Dennis - RINGEL, Shoshana. 2009. *Advanced clinical social work practice. Relational principles a techniques*. New York: Columbia University Press. 2009. 244 s. ISBN 978-0231-14318-9.
- GRÖNING, Katharina. 2020. *Beratung (Soziale Arbeit)*. [online]. socialnet Lexikon. Bonn: socialnet, [2023-02-04]. Dostupné na:
[https://www.socialnet.de/lexikon/3602In Das Netz für die Sozialwirtschaft](https://www.socialnet.de/lexikon/3602In%20Das%20Netz%20f%C3%BCr%20die%20Sozialwirtschaft).
- HALL, Calvin. S. - LINDZEY, Gardner. - LOEHLIN, John. C. - MANOSEVITZ, Martin. 1999. *Psychológia osobnosti. Úvod do teórií osobnosti*. Bratislava: SPN, 1999. 514 s. ISBN 80-08-03001-1.
- HAMBÁLEK, Vladimír. 2010. *Manažment v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety, 2010. 90 s. ISBN 978-80-89392-20-6.
- HANZLÍKOVÁ, Alžbeta. et al. 2002. *Úloha ošetrovateľstva v ochrane komunitného zdravia*. Bratislava: UK, 2002. 176 s. ISBN 80-223-1533-8.
- HARTL, Pavel. 1997. *Komunita občanská a komunita terapeutická*. Praha: SLON, 1997. 221 s. ISBN: 80-85850-45-1.

- HARTL, Pavel. – HARTLOVÁ, Helena. 2009. *Psychologický slovník*. 2. Vyd. Praha: Portál, 2009. 776 s. ISBN 978-80-7367-569-1.
- HAŠKOVÁ, Hana. et al. 2014. *Vlastní cestou. Životní dráhy v pozdně moderní společnosti*. Praha: SLON, 2014. 398 s. ISBN 978-80-7419-1.
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. 2010. *Fenomén stáří*. 2. vyd. Praha: Brain team, 2010. 400 s. ISBN 978-80-87109-199.
- HATÁR, Ctibor. 2005. *Inštitucionálna edukatívna starostlivosť o seniorov v Slovenskej republike*. Vydanie prvé. Nitra : Pedagogická fakulta UFK, 2005. 112 s. ISBN 80- 8050-821-6.
- HAYES, Nicky. 2013. *Principles of Social Psychology*. Erlbaum UK: Taylor & Francis, 2013. 168 s. ISBN 978-80-262-0534-0.
- HEALY, Karen. 2000. *Social Work Practices. Contemporary Perspectives on Changes*. London: SAGE Publications, 2000. ISBN 0-7619-6722-7.
- HEALY, Karen. 2014. *Social work theories in context. Creating frameworks for practise*. 2ND EDITION. New York: PALGRAVE Macmillan, 2014. ISBN 978-1-137-02424-4.
- HEALY, Karen. 2012. *Social work methods and skills. The Essential foundations of practise*. New York: PALGRAVE Macmillan, 2012. ISBN: 978-0-230-57517-2.
- HEGYI, Ladislav. – KRAJČÍK, Štefan. 2010. *Geriatría*. Bratislava: Herba, 2010. ISBN 978-80-89171-73-6.
- HEIDBRINK, Horst. 1997. *Psychologie morálního vývoje*. Praha : Portál, 1997. 176 s. ISBN 80-7178-154-1.
- HELUS, Zdeněk. 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: GRADA, 2007. 280 s. ISBN 978-80-247-1168-3.
- HELUS, Zdeněk. 2011. *Úvod do psychologie. Učebnice pro střední školy a bakalářská studia na VŠ*. Praha: GRADA, 2011. 320 s. ISBN 978-80-247-3037-0.
- HNILICOVÁ, Helena. 2005. *Kvalita života a jej význam pre medicínu a zdravotníctvo*. In *Kvalita života a zdravia*. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- HROZENSKÁ, Martina et al. 2008. *Sociálna práca so staršími ľuďmi a jej teoreticko-praktické východiská*. Martin: Vydavateľstvo Osveta, 2008. 181 s. ISBN 978-80-8063-282-3.
- HUDECOVÁ, Anna. et al. 2010. *Profesijné kompetencie sociálnych pracovníkov v kontexte intencionálnych a inštitucionálnych reflexií*. Banská Bystrica: Pedagogická fakulta UMB, 2010. 151 s. ISBN 978-80-557-0112-7.
- HUPKOVÁ, Ingrid. – LIBERČANOVÁ, K. 2012. *Drogové závislosti a ich prevencia*. Trnava: Pedagogická fakulta TU, 2012. 154 s. ISBN 978-80-8082-563-8.
- INŠTITÚT PSYCHOTERAPIE A SOCIOTERAPIE. 2016. *Socioterapia*. [2016-01-05]. Dostupné na internete: <[http:// http://www.socioterapia.sk/socioterapia/](http://www.socioterapia.sk/socioterapia/)>.

- HÜNERMANN, Viliam. 1983. Svätý Vincent de Paul. Misionár lásky. Rím: Slovenský ústav sc. Cyrila a Metoda. 334 s. ISBN 80-85198-40-1.
- CHYTIL, Oldřich. 2002. K problematice využívání terminologie ve výuce sociální práce. Dizertačná práce. Trnava: FZaSP TU, 2002.
- JANOUSHKOVÁ, Klára. - NEDĚLNÍKOVÁ, Dana. 2008. *Profesní dovednosti terénních sociálních pracovníků. Sborník studijných textů.* Ostrava : Ostravská univerzita, 2008. 403 s. ISBN 978-80-7368-504-1.
- KAČÁNI, Vladislav. et al. 2004. *Základy učitel'skej psychológie.* Bratislava: SPN, 2004. 230 s. ISBN 80-10-00429-4.
- KALVACH, Zdeněk. Et al. 2004. *Geriatric a Gerontologie.* Praha: Grada Publishing, 2004. 861 s. ISBN 80-247-0548-6.
- KARSTEN, Hartmut. 2006. *Ženy – muži: Gendrové role, jejich původ a vývoj.* Praha : Portál – edice spektrum, 2006. 183 s. ISBN 80-7367-145-X.
- KELLER, Jan. 1996. *Komunita.* In *Velký sociologický slovník.* Praha: Karolínium, 1996. s. 512 -514.
- KELLER, Jan. 2006. *Úvod do sociologie.* Praha: SLON, 2006. 204 s. ISBN 80-86429-39-3.
- KINKOR, M. 2003. *Komunitní práce.* In MATOUŠEK, O. a kol. *Metody a řízení sociální práce.* Praha : Portál, 2003. 380 s. ISBN 978-80-7178-548-2
- KLČOVANSKÁ, Eva. 2001. Význam hodnôt vo vzťahu k štruktúre osobnosti. In: *Človek v centre psychologického skúmania a starostlivosti.* Acta Psychologica Tyrnaviensia 5. Trnava : UCM, 2001. s. 23-32. ISBN 80-89074-12-X.
- KLEVETOVÁ, Dana. 2008. *Motivační prvky při práci se seniory.* Praha : Grada, 2008. 208 s. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KOLLÁRIK, Teodor. - SOLLÁROVÁ, Eva. 2004. *Metódy sociálnopsychologickej práce.* Bratislava: Pegas, 2004. 266 s. ISBN 80-551-0765-3.
- KOPECKÁ, Ilona 2015. *Psychologie 3. díl. Učebnice pro obor sociální činnost.* Praha: GRADA, 2015. 268 s. ISBN 978-80-247-3877-2.
- KOPŘIVA, Karel. 2008. *Lidský vztah jako součást profese.* Praha: Portál, 2008. 148 s. ISBN 80-7367-181-6.
- KOSOVÁ, Martina. et al. 2014. *Logoterapie. Existenciální analýzy jako hledání cest.* Praha: GRADA, 2014. 208 s. ISBN 978-80-247-4346-2.
- KRAKEŠOVÁ-DOŠKOVÁ, Marie. 1946. *Psychogeneze sociálních případů. O vzniku sociální úchylnosti.* Praha: Nová Osvěta, 1946. 343 s.
- KRAUS, Jiří. et al. 2008a. *Akademický slovník cudzích slov.* Bratislava: SPN, 2008. 1054 s. ISBN 978-80-10-01425-5.
- KRAUS, Blahoslav. 2008b. *Základy sociální pedagogiky.* Praha: Portál, 2008. 216 s. ISBN 978-80-7367-383-3.

- KRAJČÍK, Štefan. 2005. *Geriatría*. Trnava: FZaSP TU, 2005. 82 s. ISBN 80-88908-68-X.
- KRATOCHVÍL, Stanislav. 1995. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén, 1995. 329 s. ISBN 80-85824-20-5.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.
- KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2010. *Povídej – Naslouchám*. Praha: Karmelitánske nakladateľství, 2010. 135 s. ISBN 978-80-7195-405-7.
- KUBÍČKOVÁ, Darina. 2015. *Seniori a sociálna starostlivosť*. In *Sympóziu sociálnych služieb vo verejnej správe. Vedecké štúdie*. Brno: Tribun EU, 2015. 176 s. ISBN 978-80-263-0959-8. ss. 118-128.
- KULLBERG, Christian. 2005. *Differences in the Seriousness of Problems and Deservingness of Help: Swedish Social Workers' Assessments of Single Mothers and Fathers*. In: *The British Journal of Social Work*, Volume 35, Issue 3, April 2005, Pages 373–386.
- LEVICKÁ, Jana. 2022. *Kritická reflexia obrazu dejín sociálnej práce*. Trnava: Fakulta sociálnych vied UCM, 2022. 83 s. ISBN 978-80-572-0265-3.
- LEVICKÁ, Jana. 1999. *Náčrt dejín sociálnej práce*. Trnava: SAP, 1999. 104 s. ISBN 80-88908-29-9.
- LEVICKÁ, Jana. 2002. *Metódy sociálnej práce*. Trnava: ProSocio, 2002. 121 s. ISBN 80-89074-38-3.
- LEVICKÁ, Jana. 2007. *Metódy sociálnej práce pre 3. Ročník stredných pedagogických škôl pedagogických a sociálnych akadémií a pedagogických a kultúrnych akadémií*. Bratislava: SPN, 2007. 152 s. ISBN 978-80-10-00959-6.
- LEVICKÁ, Jana. 2011. *Metódy sociálnej práce pre 4. Ročník stredných pedagogických škôl, pedagogických a sociálnych akadémií a pedagogických a kultúrnych akadémií*. Bratislava: SPN, 2011. 128 s. ISBN 978-80-10-01675-4.
- LEVICKÁ, Jana. 2004. *Základy sociálnej práce*. Trnava: FZaSP TU, 2004. 172 s. ISBN 80-968952-3-0.
- LINDSAY, Trevor. et al. 2009. *Social Work Intervention*. Glasgow: Learning Matters Ltd., 2009. 173 p. ISBN 978-1-84445-199-9.
- LENGYEL, Peter. 2006. *Projekt zavedenia školskej sociálnej práce do základných škôl*. [online]. Považská Bystrica, 2006. [2013-03-20]. Dostupné na internete: <http://www.piatzasz.sk/download_file_f.php?id=109223>.
- LOVAŠOVÁ, Soňa. 2016. *Sociálna práca: formy, postupy a metódy*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ, 2016. 103 s. ISBN 978-80-8152-386-1.
- MAČKINOVÁ, Monika. – GAŽOVÁ, Zuzana. 2014. *Manažment a komunikácia v sociálnej práci*. Bratislava: SZU, 2014. 137 s. ISBN 978-80-89702-06-0.

- MAČKINOVÁ, Monika. – MUSILOVÁ, Eva. 2013. *Děti a senioři jako klienti sociální práce*. České Budějovice: Nová Forma, 2013. 178 s. ISBN 978-80-7453-310-5.
- MAJTÁN, Miroslav et al. 2016. *Manažment*. Bratislava: SPRINT, 2016. 408 s. ISBN 978-80-8971-027-0.
- MALÍKOVÁ, Eva. 2011. *Péče o seniory v pobytových sociálních zařízeních*. Praha: GRADA, 2011. 328 s. ISBN 978-80-2473-148-3.
- MÁTEL, Andrej. – HARDY, Mária. et al. 2013. *Vybrané kapitoly z metod sociální práce II*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2013. 507 s. ISBN 978-80-8132-074-3.
- MÁTEL, Andrej. – OLÁH, Michal. – SCHAVEL, Milan. 2011. *Vybrané kapitoly z metod sociální práce I*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2011. 214 s. ISBN 978-80-8132-027-9.
- MÁTEL, Andrej. – SCHAVEL, Milan. 2011. *Aplikovaná sociální patológia*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2011. 442 s. ISBN 978-80-8132-009-5.
- MÁTEL, Andrej – SCHAVEL, Milan. 2015. *Teória a metódy sociálnej práce I*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2015. 443 s. ISBN 978-80-971445-6-2.
- MÁTEL, Andrej – HARDY Mária. – BACHYNCOVÁ, Daniela. 2015. *Teória a metódy sociálnej práce II*. Bratislava: Spoločnosť pre rozvoj sociálnej práce, 2015. 346 s. ISBN 978-80-971445-7-9.
- MATTESSICH, Paul. – MONSEY, Barbara., R. – ROY, Corina. 2007. *Community Building: What Makes It Work: A Review of Factors Influencing Successful Community Building*. Michigan: Amherst H. Wilder Foundation, 2007. 102 p. ISBN 978-094-006-912-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. et al. 2013. *Encyklopedie sociální práce*. Praha: Portál, 2013. 576 s. ISBN 978-80-262-0366-7.
- MATOUŠEK, O. et al. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 384 s. ISBN 80-7178-548-2.
- MATOUŠEK, O. et al. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2008. 384 s. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2009. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál, 2009. 288 s. ISBN 80-7178-549-0.
- MATOUŠEK, Oldřich. et al. 2005. *Sociální práce v praxi*. Praha : Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X.
- MATOUŠEK, Oldřich. et al. 2007a. *Sociální služby*. Praha: Portál, 2007. 184 s. ISBN 978-80-7367-310-9.
- MATOUŠEK, Oldřich et al. 2007b. *Základy sociální práce*. Praha: Portál, 2007. 310 s. ISBN 80-7367-331-4.

- McCAVE, Emily, L. – RISHEL, Carrie, W. 2011. *Prevention as an Explicit Part of the Social Work Profession: A Systematic Investigation*. In *ADVANCES IN SOCIAL WORK*, Fall 2011, 12 (2) pp. 226-240.
- MERRY, Tony. 2004. *Naučte sa byť poradcom. Poradenstvo zamerané na človeka*. Bratislava: Pegas, 2004. 216 s. ISBN 80-551-0768-8.
- MIOVSKÝ, Michal., SKÁCELOVÁ, Lenka., ZAPLETALOVÁ, Jana., NOVÁK, Petr. 2010. *Primární prevence rizikového chování ve školství*. Praha: Sdružení SCAN, Univerzita Karlova v Praze & Togga, 2010. 256 s. ISBN: 978-80-87258-47-7.
- MLYNKOVÁ, Jana. 2011. *Péče o staré občany*. Praha: GRADA, 2011. 192 s. ISBN: 978-80-247-3872-7.
- MOJTOVÁ, Martina. et al. 2008. *Vybrané kapitoly z etiky pre študentov zdravotníckych a sociálnych odborov*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2008. 126 s. ISBN 978-80-89271-40-5.
- MPSVR SR. 2016. *Profesionálne rodiny*. [citované 2016-01-03]. Dostupné na internete: <http://www.upsvar.sk/socialne-veci-a-rodina/socialno-pravna-ochrana-deti/professionalne-rodiny.html?page_id=12846/>.
- MYDLÍKOVÁ, Eva. 2004. *Manažment v sociálnej práci*. Vyd. 1. Bratislava: Občianske združenie Sociálna práca, 2004. 112 s. ISBN 80-89185-04-5.
- MURPHY, Robert. F. 2001. *Umlčené telo*. Praha: Slon, 2001. 188 s. ISBN 80-85850-98-2.
- NAKONEČNÝ, Milan et al. 2015. *Obecná psychologie*. Praha: Triton, 2015. 662 s. ISBN 978-80-7387-929-7..
- NAKONEČNÝ, Milan. 2009. *Sociální psychologie*. Praha: ACADEMIA, 2009. 498 s. ISBN 978-80-200-1679-9.
- NÁRODNÝ PROGRAM AKTÍVNEHO STARNUTIA NA ROKY 2014 – 2020. *Základné princípy verejných politík podpory aktívneho starnutia* [citované 2023-02-24]. Dostupné na internete: <https://www.employment.gov.sk/files/legislativa/dokumenty-zoznamy-pod/npas.pdf>
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman, 2001. 166 s. ISBN 80-903070-0-0.
- NOVOSAD, Libor. 2000. *Základy speciálního poradenství*. Praha: Portál, 2000. 159 s. ISBN 80-7178-197-5.
- NOVOSAD, Libor. 2011. *Tělesné postižení jako fenomén i životní realita*. Praha: Portál, 2011. 168 s. ISBN 978-80-7367-873-9.
- NOVOTNÁ, Věra. – SCHIMMERLINGOVÁ, Věra. 1992. *Sociální práce její vývoj a metodické postupy*. Praha: Karolinum, 1992. ISBN 80-7066-483-5.

- OBDRŽÁLEK, Zdeněk. - HORVÁTHOVÁ, Kinga. et al. 2004. *Organizácia a manažment školstva. Terminologický a výkladový slovník*. Bratislava: SPN, 2004. 420 s. ISBN 80-10-00022-1.
- OLÁH, Michal et al. 2016. *Sociálna práca v praxi*. Bratislava: IRIS, 2016. 394 s. ISBN 978-80-89726-58-3.
- OLÁH, Michal. - SCHAVEL, Milan. - ONDRUŠOVÁ, Zlatica. 2008. *Úvod do štúdia a dejín sociálnej práce*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2008. 208 s. ISBN 80-969449-6-7.
- ONDREJKOVIČ, Peter. et al. 2009. *Sociálna patológia*. Bratislava: VEDA, 2009. 577 s. ISBN 978-80-224-1074-8.
- ONDRUŠOVÁ, Z. et al. 2009. *Základy sociálnej práce*. Brno: MSD, 2009. 140 s. ISBN 978-80-7392-109-5.
- ONDRUŠOVÁ, Zlatica. et al. 2010. *Základy sociálnej práce pre pomáhajúce profesie*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2010. 190 s. ISBN 978-80-89392-216.
- ORLÍKOVÁ, Monika. - BOČÁKOVÁ, Oľga. 2021. *Pohybové aktivity a relaxačné techniky pre seniorov*. Metodická príručka. Trnava: FSV UCM, 2021. 96 s. ISBN 978-80-572-0164-9.
- PAVELOVÁ, Luba. 2007. *Vybrané kapitoly z poradenstva pre sociálnych pracovníkov*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2007. 98 s. ISBN 978-80-89271-29-0.
- PAYNE, Malcolm. 2005. *Modern Social Work Theory*. New York: PALGRAVE MACMILLAN, 2005. 366 s. ISBN 978-1-40391-836-9.
- PAYNE, Jan. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- PEASE, Alian. - PEASE, Barbara. 2006. *People skills for life. Úspešné komunikačné zručnosti*. Bratislava: IKAR, 2006. 102 s. ISBN 80-551-1247-9.
- PERRY, Wayne. 2008. *Basic Counseling Techniques*. Bloomington: Author House, 2008. ISBN 978-1-4343-5524-9.
- PETLÁK, Erich. Ladislav Požár et al. 1997. *Školská integrácia detí a mládeže s poruchami zraku*. IN: EFETA - otvor sa: vedecko-odborný časopis o komplexnej rehabilitácii ľudí s postihnutím. 1997, 7(3), 29-30. ISSN 1335-1397.
- PLISCHKE, Mirja. 2003. *Alice Salomon. Die ungleiche Entlohnung von Männer- und Frauenarbeit*. ebook. 14 s. ISBN 978-3-638-16490-0.
- POPPLER, Keith. 2000. *Analysing Community Work. Its Theory and Practise*. Philadelphia: Open University Press. 2000. 130 p. ISBN 0-335-19408-7.
- POŽÁR, Ladislav. 2007. *Základy psychológie ľudí s postihnutím*. Trnava : Typi Universitatis Tyrnaviensis, 2007. 184 s. ISBN 978-80-8082-147-0.
- PROCHÁZKA, Roman. - ŠMAHAJ, Jan. - KOLAŘÍK, Marek. - LEČBYCH, Martina. 2014. *Teorie a praxe poradenské psychologie*. Praha: GRADA, 2014. 256 s. ISBN 978-80-247-4451-3.

- RADKOVÁ, Libuša. et al. 2011. *Dobrovoľníctvo a problémy súčasnej spoločnosti*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce TU, 2011. 186 s. ISBN 97880-89533-07-7
- REPKOVÁ, Kvetoslava. 2004. *Projektovanie v sociálnej práci*. Stratégie, koncepčné východiská i praktické otázky. Bratislava: EPOS, 2004. 224 s. ISBN: 80-8057-310-7.
- RICHMOND, Mary. E. 1922. *What is Social Case Work?* New York: Russell Sage Foundation, 1922.
- RITVO, Eva. C. – CLICK, Ira. D. 2009. *Párová a rodinná terapia*. Trenčín: F, 2009. 198 s. ISBN 978-80-88952-56-5.
- ŘEZNÍČEK, Ivo. 1999. *Metody sociální práce*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1999. 80 s. 80-85850-00-1.
- SATIR, Virginia. – BALDWIN, Michelle. 2004. *Krok za krokom. Sprievodca pri vytváraní zmien v rodinách*. Bratislava: Centrum poradensko - psychologických služieb pre jednotlivca, pár a rodinu v SR., 2004. 168 s. ISBN 80-969132-0-4.
- SATIR, Virginia. – BALDWIN, Michelle. 2012. *Terapie rodiny. Krok za krokom podľa Virginie Satirovej*. Praha: Portál, 2012. 152 s. ISBN 978-80-262-0179-3.
- SEDLÁK, Mikuláš. 2007. *Manažment*. Bratislava: Iura Edition, 2007. 364 s. ISBN 80-8078-133-0.
- SEDLÁK, Mikuláš. 2012. *Základy manažmentu*. Bratislava: Iura Edition, 2012. 330 s. ISBN 978-80-8078-455-3.
- SCHAVEL, Milan. – ČIŠECKÝ, František. – OLÁH, Michal. 2008. *Sociálna prevencia*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2008. 140 s. ISBN 978-80-89271-22-1.
- SCHAVEL, Milan. – OLÁH, Michal. 2008. *Sociálne poradenstvo*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2008. 224 s. ISBN 80-8068-487-1.
- SCHAVEL, Milan. – OLÁH, Michal. 2012. *Sociálne poradenstvo a komunikácia*. Bratislava: PROHU, 2012. 218 s. ISBN 978-80-89535-08-8.
- SCHAVEL, Milan. – OLÁH, Michal. 2010. *Sociálne poradenstvo v sociálnej práci*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2010. 160 s. ISBN 978-80-89392-19-6.
- SCHAVEL, Milan. et al. 2010. *Sociálna prevencia*. 3. vyd. Bratislava : Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, 2010. 266 s. ISBN 978-80-89271-22-1.
- SCHILLING, Johannes. 1999. *Sociálna práca. Hlavné smery vývoja sociálnej pedagogiky a sociálnej práce*. Trnava: SAP, 1999. 272 s. ISBN 80-88908-54-X.
- SCHILLING, J. – ZELLER, Susanne. 2007. *Soziale Arbeit*. München: Ernst Reinhard Verlag, 2007. 297 s. ISBN 979-3-8252-8304-9.
- SKIBA, D., MONROE, J., & WODARSKI, J. S., (2004). *Adolescent substance use: Reviewing the effectiveness of prevention strategies*. In *Social Work*, 49 (30), 2004, 343-353.

- SLOVÁK, Peter. - VEREŠ, Martin. 2006. *Metódy sociálnej práce I*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, 2006. 70 s. ISBN 80-969449-0-8.
- SLOVÁK, Peter. - VEREŠ, Martin. 2007. *Metódy sociálnej práce II*. Bratislava: VŠZSP sv. Alžbety, SAP, 2007. 120 s. ISBN 978-80-89271-19-1.
- SLOVÁK, Peter. 2015. *Percepcia odbornej prípravy v oblasti sociálnych služieb*. In PREUSS, K. - PAVELKOVÁ, J. (eds.) *Sociální a zdravotní služby ve prospěch integrace sociálně a zdravotně znevýhodněných*. Sborník 4. Ročníka medzinárodnej vedeckej konferencie. Příbram: Ústav sv. Nepomuka, 2015. 240 s. ISBN 978-80-905973-9-6. ss. 89-96.
- SLOVÁK, Peter. 2013. *Perspektíva sociálno-výchovnej práce v školskom prostredí*. In BARGEL, M., JANIGOVÁ, E., JAROSZ, E., JUZL, M. *Sociální pedagogika v kontextu životních etap člověka*. Brno: Institut mezioborových studií, 2013. 1259 s. ISBN 978-80-87182-43-7, s. 591-597.
- SLOVÁK, P. 2014 *Prevenca neprimeraného správania v školskom prostredí*. In BIEŇKOWSKA, I., FAJFER-KRUCZEK, I. *Resocjalizacja, probacja, praca penitencjarna*. Tom I. Cieszyn: ARKA, 2014. 295 s. ISBN 978-83-931587-4-4, s. 255-262.
- SRHOLEC, Anton. 2014. *Človek ako bytosť duchovná*. In *Dobrá prax - naša inšpirácia*. Zborník z konferencie s tematickým zameraním na Aktuálne problémy sociálnej práce. Trnava: Trnavská univerzita, TSK, 2014. 152 s. ISBN 978-80-971439-5-4.
- STRIEŽENEC, Štefan. 1996. *Slovník sociálneho pracovníka*. Trnava: AD, 1996. 255 s. ISBN 80-967589-0-X.
- STRIEŽENEC, Štefan. 2001. *Úvod do sociálnej práce*. 2. vyd. Trnava: Tripsoft, 2001. 197 s. ISBN 80-968294-6-7.
- SVĚTÉ PÍSMO STARÉHO I NOVÉHO ZÁKONA. 2000. Rím: Slovenský ústav sv. Cyrila a Metoda, 2000.
- ŠALING, Samo., IVANOVÁ -ŠALINGOVÁ, Mária., MANÍKOVÁ, Zuzana. 2006. *Veľký slovník cudzích slov*. 4. vydanie. Bratislava: SAMO, 2006. 1392 s. ISBN 80-89123-05-8.
- ŠATÁNEK, J. 2004. *Komunikácia v rodine*. Banská Bystrica: UMB, 2004. 84 s. ISBN 80-8055-981-3.
- ŠTÚR, Ivan. 2006. *Metamorfózy života. Diferenciálna psychológia ľudského vývinu*. Bratislava: Durlák, 2006. 93 s. ISBN: 80-8915-809-9.
- TOKÁROVÁ, Anna. 2013. *Edukačné aspekty sociálnej práce*. In: *Pedagogika.sk*. Roč. 4, č. 3, s. 214-232. ISSN 1338-0982.
- TOKÁROVÁ, Anna. et al.. 2007. *Sociálna práca. Kapitoly z dejín, teórie a metodiky sociálnej práce*. 3. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2007. 572 s. ISBN 978-80-969419-8-8.

- TOKÁROVÁ, Anna. - MATULAYOVÁ, Tatiana. 2008. *Sociálna pedagogika, sociálna práca a sociálna andragogika. Aktuálne otázky teórie a praxe*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity, 2008. ISBN 978-80-8068-927-8.
- TOKOVSKÁ, Miroslava. 2010. *Etické aspekty inštitucionálnej starostlivosti o seniorov*. In: *Aplikovaná etika v sociálnej práci a ďalších pomáhajúcich profesiách. Zborník z medzinárodnej vedeckej konferencie*. Bratislava: VŠZaSP sv. Alžbety. 413 s. ISBN 978-80-89271-89-4.
- TOŠNEROVÁ, Tamara. 2002. *Ageizmus – průvodce stereotypy a mýty o stáří*. 1.vyd. Praha: Ambulance pro poruchy paměti, Ústav lékařské etiky 3. LF UK a FN Kralovské Vinohrady, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0.
- ÚLEHLA, Ivan. 2009. *Umění pomáhat*. Praha: Slon. 2009. 128 s. ISBN 978-80-86429-36-6.
- VAĎUROVÁ, H. - MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života. Teoretické a metodologické východiská*. 1.Vydanie. Brno: Masarykov univerzita, 2005. 145 s. ISBN 80-210-3754-7.
- VAŠEK, Š. 2005. *Základy speciální pedagogiky*. 1. vyd. Praha : Vysoká škola Jana Amose Komenského, 2005. 142 s. ISBN 80-86723-13-5.
- VAVERČÁKOVÁ, Marta. - HROMKOVÁ, Michaela. 2018. *Manažment v sociálnej práci*. Trnava: Fakulta zdravotníctva a sociálnej práce Trnavskej univerzity, 2018. 84 s. ISBN 978-80-568-0136-9
- VODÁČKOVÁ, D a kol. 2007. *Krizová intervence. Krize v životě člověka. Formy krizové pomoci a služeb*. Praha: Portál, 2007. 544 s. ISBN 978-80-7367-342-0.
- VYBÍRAL, Z. 2009. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2009. 320 s. ISBN 978-80-7367-387.
- VÝROST, Josef. - SLAMĚNÍK, Ivan. 2008. *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha: GRADA, 2008. 408 s. ISBN 978-80-247-1428-8.
- WHARAMOVÁ, Jane. 2014. *Emoční inteligence. Cesta do středu sebe sama*. Praha: Práh, 2014. 199 s. ISBN 978-80-7252-542-3.
- YALOM, Irvin., D. - LESZCZ, Molyn. 2007. *Teorie a praxe skupinové psychoterapie*. Praha: Portál, 2007. 648 s. ISBN 978-80-7367-304-8.
- ZASTROW, Charles. 2008. *Introduction to Social Work and Social Welfare*. Belmont, CA: Brooks/Cole, Cengage Learning, 2008. 643 p. ISBN: 978-0-495-80952-4.
- ZELINA, Miron. 2003. *Ako byť sám sebou? Metodická príručka*. Bratislava: OG-Poľana, 2003. 72 s. ISBN 80-89002-83-8.
- ZELINA, Miron. 2008. *Psychológia I. Pre stredné pedagogické školy, pedagogické a sociálne akadémie a pedagogické a kultúrne akadémie*. Bratislava: SPN, 2008.160 s. ISBN 978-80-10-01546-7.

ZELINOVÁ, Milota. - ZELINA, Miron. 2008. *Psychológia IV. pre stredné pedagogické školy, pedagogické a sociálne akadémie a pedagogické a kultúrne akadémie*. Bratislava: SPN, 2008. 158 s. ISBN 978-80-10-01449-1.

ZELINA, Miron. - ZELINOVÁ, Milota. 2009. *Sociálna psychológia pre pedagogické a sociálne akadémie pedagogické a kultúrne akadémie a stredné pedagogické školy*. Bratislava: SPN, 2009. 158 s. ISBN 978-80-10-01796-6.

Zákon č. 417/2013 Z. z. o pomoci v hmotnej núdzi a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Zákon č. 327/2005 Z. z. o poskytovaní právnej pomoci osobám v materiálnej núdzi.

Zákon č. 36 / 2005 Z. z. o rodine a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 219/2014 Z. z. o sociálnej práci a o podmienkach na výkon niektorých odborných činností v oblasti sociálnych vecí a rodiny a o zmene a doplnení niektorých zákonov

Zákon č. 448/2008 Z. z. o sociálnych službách a o zmene a doplnení Zákona č. 455/1991 o živnostenskom podnikaní v znení neskorších predpisov.

Zákon č. 305/2005 Z. z. o sociálnoprávnej ochrane detí a o sociálnej kuratele.

Zákon č. 100/1988 Zb. o sociálnom zabezpečení.

ŽIAKOVÁ, Eva et al. 2012. *Sociálna práca. Teoretické východiská a praktické postupy*. Košice: Filozofická fakulta UPJŠ, 2012. 286 s. ISBN 978-80-7097-870-2.

ŽILOVÁ, Anna. 2000. *Kapitoly z teórie sociálnej práce*. Žilina: Edis, 200. 119 s. ISBN 80-7100-783-8.

ZOZNAM TABULIEK A GRAFOV

Tabuľka 1 Línie vývoja sociálnej práce a sociálnej pedagogiky

Tabuľka 2 Kľúčové vedomosti o klientovi v procese diagnostikovania

Tabuľka 3 Nevyhnutné kroky intervenčného procesu

Tabuľka 4 Plán socioterapeutickej pomoci

Tabuľka 5 Formy a prejavy syndrómu CAN

Tabuľka 6 Prehľad rizikových skupín detí a dospelých

Obrázok 1 Tradičný postup práce s jednotlivcom

Obrázok 2 Diagram štruktúry ľudských potrieb

Obrázok 3 Proces manažmentu v sústave manažérskych funkcií

Obrázok 4 Úrovne manažmentu

Obrázok 5 Základné manažérske zručnosti

KVINTESENCIA METÓD SOCIÁLNEJ PRÁCE
(vysokoškolská učebnica)

Autor: doc. PhDr. Peter Slovák, PhD.

Recenzenti:

prof. PhDr. Anna Bérešová, PhD.

(Univerzita Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach Lekárska fakulta, Ústav sociálnej a behaviorálnej medicíny)

prof. PaedDr. Ing. Miroslav Paľun, PhD., MHA, MBA

(Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety, Bratislava)

Vydavateľ: Univerzita sv. Cyrila a Metoda v Trnave,
Fakulta sociálnych vied, 2023

Vydanie: prvé

Vydané: online na stránke <https://fsvucm.sk/publikacie/>

Rozsah: 144 strán

ISBN 978-80-572-0332-2



ISBN 978-80-572-0332-2