



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost



Slezská univerzita v Opavě

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Slezská univerzita v Opavě
Obchodně podnikatelská fakulta v Karviné

FORMY SOCIÁLNÍ PÉČE

Ivona Buryová

Karviná 2014

Projekt OP VK č. CZ.1.07/2.2.00/28.0017
„Inovace studijních programů na Slezské univerzitě,
Obchodně podnikatelské fakultě v Karviné“

Obor: Ekonomie.

Anotace: Studijní opora „Formy sociální péče“ představuje obecnou problematiku sociální péče a sociální práce, která je určena především studentům studijního programu Hospodářská politika a správa – studijního oboru Sociální management a Veřejná ekonomika a správa. Cílem studijní opory je seznámit studenty s významem sociální péče o handicapované skupiny obyvatel z hlediska jejich integrace do společnosti. Prezentovat studentům přístupy, formy a metody státní i nestátní intervence, legislativní kroky v sociální péči nejen o zdravotně postižené, ale i skupiny obyvatel, které jsou ohroženy sociálním vyloučením.

Klíčová slova: Sociální péče, sociální práce, sociální politika, sociální pracovník, občan – klient.

Autor: **Mgr. Ivona Buryová, Ph.D.**

Recenzenti: Doplňte jména a příjmení včetně titulů

ISBN Doplň oddělení vědy a výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	6
1 SOCIÁLNÍ PÉČE	8
1.1 SOCIÁLNÍ POLITIKA	8
1.2 SOCIÁLNÍ POLITIKA ČESKÉ REPUBLIKY	12
1.2.1 SYSTÉM SOCIÁLNÍHO POJIŠTĚNÍ.....	12
1.2.2 SYSTÉM STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPORY	13
1.2.3 SYSTÉM SOCIÁLNÍ POMOCI	13
1.2.4 SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ.....	14
1.2.5 HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ V NEZAMĚŠTNANOSTI	14
1.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY	15
1.4 HLAVNÍ PROBLÉMY A UDRŽITELNOST DLOUHODOBÉ SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICE .	21
2 KATEGORIZACE JEDNOTLIVÝCH SKUPIN HANDICAPOVANÝCH, VYŽADUJÍCÍ SOCIÁLNÍ PÉČI	24
2.1 OSOBY, KTERÝM JE POSKYTOVÁNA SOCIÁLNÍ PÉČE	25
2.2 OSOBY V KRIZOVÉ SITUACI A V PROBLEMATICKÉM PROSTŘEDÍ.....	25
3 ZÁKLADY SOCIÁLNÍ PATOLOGIE	28
3.1 SOCIÁLNÍ DEVIACE.....	28
3.1.1 STRUKTURA, SUBJEKT, OBJEKT, OBSAH, CÍL A DŮSLEDEK SOCIÁLNÍ DEVIACE.....	29
3.2 SOCIÁLNÍ PATOLOGIE.....	29
3.2.1 PORUCHY CHOVÁNÍ.....	29
3.2.2 DESKRIPTICE PORUCH CHOVÁNÍ.....	32
3.3 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTÍ.....	35
3.3.1 PŘÍČINY UŽÍVÁNÍ DROG.....	36
3.3.2 PROVOKUJÍCÍ A VYVOLÁVAJÍCÍ ČINITELE.....	39
3.3.3 PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ- GAMBLING.....	39
3.4 VYBRANÉ POJMY V SOCIÁLNÍ PATOLOGII	39
4 PROBLEMATIKA SOCIÁLNÍ PREVENCE	44
4.1 TYPY SOCIÁLNÍ PREVENCE.....	44
4.2 CÍLE PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ.....	45
4.3 ZÁSADY PREVENTIVNÍHO PŮSOBENÍ.....	46
5 CHUDOBA JAKO SPOLEČENSKÝ PROBLÉM.....	48
5.1 ŠIRŠÍ POJETÍ CHUDOBY	48
5.2 CHUDOBA A GENDER	49
5.3 CHUDOBA NA VENKOVĚ.....	50
5.4 CHUDOBA VE MĚSTECH	50
5.5 POTRAVINOVÁ KRIZE	51
5.6 CHUDOBA V EVROPSKÉ UNII.....	52
5.7 CHUDOBA V ČESKÉ REPUBLICE	52
5.8 BOJ PROTI CHUDOBĚ	53

6	ZÁKLADY SOCIÁLNÍ GERONTOLOGIE	54
6.1	STÁŘÍ Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE	54
6.1.1	ZÁKONITOSTI V BIOPSYCHICKÉM VÝVOJI	54
6.1.2	PRŮBĚH ŽIVOTNÍ KŘIVKY.....	55
6.2	STÁŘÍ, INVOLUCE	56
6.2.1	KLASIFIKACE STÁŘÍ	56
6.3	SOCIOLOGIE STÁŘÍ	57
6.3.1	DEMOGRAFIE STÁRNUTÍ POPULACE.....	57
6.4	EKONOMICKÉ SOUVISLOSTI	58
6.4.1	SENIORŮ NA TRHU PRÁCE.....	61
6.5	POROVNÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY VE VYBRANÝCH ZEMÍCH.....	61
6.5.1	PÉČE O SENIORY VE ŠVÉDSKU.....	61
6.5.2	ZAKARPATSKÁ UKRAJINA (OBLAST USTĚ ČORNA).....	62
6.5.3	ČÍNSKÁ LIDOVÁ REPUBLIKA.....	62
6.6	PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY VE STÁŘÍ.....	63
6.6.1	MEDIÁLNÍ OBRAZ STÁŘÍ.....	63
6.6.2	VZDĚLÁVÁNÍ VE STÁŘÍ.....	63
6.6.3	PODMÍNKY BYDLENÍ.....	63
7	KOMUNITNÍ PRÁCE A KOMUNITNÍ PÉČE	65
7.1	KOMUNITA	65
7.2	KOMUNITNÍ PRÁCE.....	66
7.2.1	STRUČNÝ HISTORICKÝ VÝVOJ KOMUNITNÍ PRÁCE	67
7.2.2	ETAPY A CÍLE KOMUNITNÍ PRÁCE	68
7.2.3	ORGANIZACE ROZVÍJÍCÍ POSTUPY KOMUNITNÍ PRÁCE.....	68
7.3	KOMUNITNÍ PÉČE	69
7.3.1	HISTORIE KOMUNITNÍ PÉČE	70
7.3.2	KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ.....	71
7.3.3	KOMUNITNÍ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK.....	71
7.3.4	KOMUNITNÍ SESTRA.....	72
8	SOCIÁLNÍ PÉČE O VYBRANÉ SKUPINY HANDICAPOVANÝCH.....	74
8.1	VYSVĚTLENÍ POJMŮ	74
8.2	ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ.....	74
8.2.1	TĚLESNÉ POSTIŽENÍ	74
8.2.2	MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ.....	76
8.2.3	SMYSLOVÉ POSTIŽENÍ.....	78
8.2.4	SMYSLOVÉ POSTIŽENÍ - ZRAKOVÉ.....	79

8.3	SOCIÁLNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ - SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ	82
8.3.1	<i>VNĚJŠÍ PŘÍČINY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ.....</i>	83
8.3.2	<i>VNITŘNÍ PŘÍČINY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ.....</i>	84
8.3.3	<i>PROSTOROVÉ VYLOUČENÍ.....</i>	84
8.3.4	<i>EKONOMICKÉ VYLOUČENÍ.....</i>	85
8.3.5	<i>KULTURNÍ VYLOUČENÍ.....</i>	85
8.3.6	<i>UŽŠÍ SMYSL SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ.....</i>	86
8.3.7	<i>SYMBOLICKÉ VYLOUČENÍ</i>	86
8.3.8	<i>POLITICKÉ VYLOUČENÍ.....</i>	87
8.3.9	<i>SHRNUTÍ PROBLEMATIKY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ</i>	87
9	MULTIKULTURNÍ PÉČE.....	89
9.1	ZÁKLADNÍ POJMY MULTIKULTURNÍ PÉČE	89
9.1.1	<i>KULTURNÍ DIVERZITA, UNIVERZÁLIE A PŘÍBUZNÉ POJMY</i>	90
9.2	ZÁKLADNÍ POJEM TRANSKULTURNÍ PÉČE	93
9.2.1	<i>TRANSKULTURNÍ PŘÍSTUP.....</i>	93
9.3	MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA.....	94
9.4	„MY“ A MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA.....	96
9.4.1	<i>KULTURNÍ IDENTITA.....</i>	96
	ZÁVĚR.....	99
	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	100

ÚVOD

Studijní opora „Formy sociální péče“ představuje obecnou problematiku sociální péče a sociální práce, která je určena především studentům studijního programu Hospodářská politika a správa – studijního oboru Sociální management a Veřejná ekonomika a správa.

Cílem studijní opory je seznámit studenty s významem sociální péče o handicapované skupiny obyvatel z hlediska jejich integrace do společnosti. Prezentovat studentům přístupy, formy a metody státní i nestátní intervence, legislativní kroky v sociální péči o zdravotně postižené, seniory, národnostní a menšinové skupiny.

Problematika sociální péče a s ní související sociální práce je velmi obsáhlá a nelze ji celou ve studijní opoře představit. Proto se autorka opory soustředila na základy, související terminologii a obsahem sociální péče v České republice.

Pro pochopení základů je ve studijním textu, v jejím úvodu, představena sociální politika, její funkce, principy a oblasti, konkrétněji je popsán i systém sociálního zabezpečení v České republice. Dále navazuje problematika sociálních služeb, která vychází z příslušného zákona a je od roku 2007 doslova revolučním obratem v sociální péči. Nejen že definuje služby, které jsou poskytovány skupině zdravotně a sociálně handicapovaným občanům v České republice, ale jasně udává profesní předpoklady sociálních pracovníků, kteří sociální služby v rámci institucí sociální péče poskytují.

Studijní text dále popisuje sociálně patologické jevy a omezuje se jen na základní popis, terminologii a rozdělení sociálně patologických jevů. Nedílnou součástí problematiky je i sociální prevence a její cíle.

Kapitola, věnující se „chudobě, jako společenskému problému,“ je strukturována tak, aby studentům přinesla trochu jiný úhel pohledu. Rozebírá a představuje chudobu ve městě a na venkově, z pohledu gender problematiky apod.

Následující část studijní opory je věnována tématu sociální gerontologie a blíže popisuje proces stárnutí a stáří. Součástí textu je i prezentace ekonomických problémů, související se stárnoucí populací nejen v České republice ale i ve vybraných zemích EU. V závěru kapitoly je stáří představeno z pohledu psychosociálního a seznamuje čtenáře jak s mediálním obrazem stáří, tak naplňováním společenských potřeb jak už v oblasti vzdělávání, či bydlení.

Velmi významnou částí studijní opory je specifikace komunitní práce a komunitní péče. Studenti mají s tímto tématem ve výuce problém, jelikož jsou více ekonomicky orientovaní a se základy sociální práce nemají podrobnější studijní kontakt. Z těchto důvodů je část textu věnována historickému vývoji komunitní práce a komunitní péče a především vysvětlení základní terminologie a jasné definování pojmu „komunitní sociální pracovník“ a komunitní sestra.“ Přibližuje problematiku komunitního ošetrovatelství, které je nedílnou součástí komunitní péče.

Závěr studijní opory se věnuje vybraným skupinám zdravotně a sociálně handicapovaných občanů. Opět je část textu zaměřena na pojmosloví, rozdělení handicapu

a následně zdravotně společenské intervence, které jsou realizovány v rámci zákona o sociálních službách.

Cílem studijní opory „Formy sociální péče“ je obecné seznámení se základy sociální péče a sociální politiky. Seznamuje studenty s nejdůležitějšími pojmy a zásadami sociální práce, s jejími subjekty (stát, instituce, poskytující sociální péči, sociální a zdravotní pracovníci) a objekty (skupiny občanů se zdravotním postižením, skupiny, které jsou ohrožené sociálním vyloučením, apod.).

Ke zpracování studijního textu bylo využito podkladů z literárních zdrojů odborníků z řad sociální práce, komunitní a sociální péče, ošetřovatelství, sociologických a psychologických disciplín. Současně text vychází i z platné právní legislativy.

1 SOCIÁLNÍ PÉČE

Sociální péče je v rámci práva sociálního zabezpečení nástroj sociální ochrany vytvořený státem pro případ sociální události spočívající v nedostatku příjmu způsobeném nepříznivou sociální situací jako důsledku neschopnosti zabezpečit své potřeby a potřeby osob závislých vlastním přičiněním, zejména vlastní výdělečnou činností. Pojem péče je v české právní úpravě tradiční, z obsahového hlediska však spíše odpovídá pojmu sociální pomoci. Sociální pomoc je chápána jako poslední síť sociální ochrany – „záchranná sociální síť“.

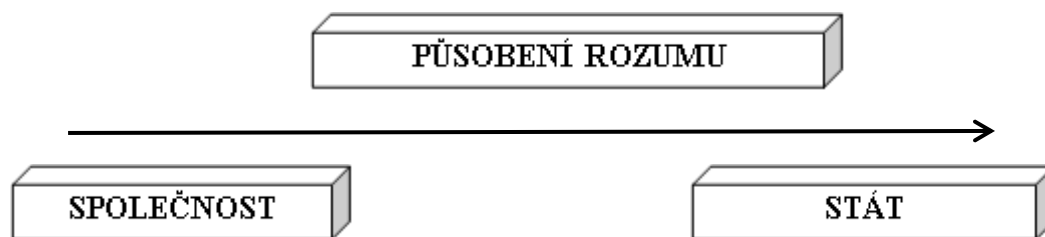
Sociální péče je pojem legislativní tzn. zákonodárný. Pomáhá uspokojit objektivně uznané potřeby a to hmotné, psychické a sociální. Zajišťuje odbornou pomoc pro adaptaci na sociální prostředí a také prevenci v této oblasti. Pomoc poskytuje jednotlivci, skupině, prostředí. Rozsah a šíře sociální péče jsou podmíněny možnostmi nositelů, vyspělostí společnosti, ekonomickým rozvojem.

Pojem sociální péče je neodmyslitelně spjatý s pojmy sociální politika, sociální zabezpečení, životní a existenční minimum, sociální práce a další. Proto je nezbytně nutné, si v následujícím textu ujasnit všechny aspekty, vztahující se k sociální péči.

1.1 SOCIÁLNÍ POLITIKA

Sociální politika je důležitou složkou veřejného života. Podoba všech opatření sociální politiky se odvíjí od chápání jejího smyslu celou společností. Hlavní úlohu v dnešní společnosti hraje v oblasti sociální politiky většinou stát. Dalšími aktéry na tomto poli pak jsou nestátní instituce, nebo třeba samotní občané. Míra začlenění těchto elementů občanské společnosti do sociální politiky se odvíjí v první řadě od určité filosofie, ideologie, která je v dané společnosti vůdčí a také od celého souboru ekonomicko-historických podmínek. (SMUTEK, 2005)

Schéma 1: Vztah státu a společnosti



Zdroj: Vlastní, upraveno – Smutek, M., Sociální stát, 2005

Jednoznačná a všeobecně zaužívaná definice sociální politiky v podstatě neexistuje. V českém jazyce jde o spojení slov „politika“ a „sociální“. S oběma pojmy mohou nastat definiční problémy. V případě slova „sociální“ můžeme rozlišit několik vymezení podle jejich „šíře“ záběru:

- 1) nejširší vymezení = společenský,
- 2) užší = snaha bezprostředně směřující ke zdokonalování životních podmínek lidí,
- 3) nejužší = řešení nepříznivých, nouzových sociálních situací.

Nejpreferovanější ve vztahu k sociální politice je výraz snahy nebo pomoci bezprostředně směřujících ke zdokonalování životních podmínek lidí.

Sociální politika sice funguje jako celek, ale přece jen je dělena do několika základních oblastí, které se vzájemně propojují a souvisejí spolu. Různé oblasti sociální politiky vděčí svému vzniku určitému odlišnému jevu ve společnosti, na který se snaží reagovat. To znamená, že sociální politika může směřovat, vztahovat se:

- k určitému cíli (cílem je např. podpora zaměstnanosti, vzniká politika zaměstnanosti),
- sociální politika je vázána k demografické skupině (např. péče o invalidy, důchodce, vzniká důchodová politika),
- sociální politika je vázána k určité ekonomické jednotce (např. rodina – rodinná politika, region – regionální politika).

SUBJEKTY A OBJEKTY SOCIÁLNÍ POLITIKY

Nejjednodušeji řečeno, subjektem je ten, kdo sociální politiku provádí a objektem je ten, komu je sociální politika určena.

Hlavní subjekt sociální politiky je tedy stát, který určuje pojetí, obsah, cíle a úkoly sociální politiky. Když půjdeme hierarchicky níže, bude univerzální platnost politik (programů) klesat. Naopak když půjdeme výše (nadnárodní instituce a subjekty EU, OSN apod.), bude jejich vliv (zvláště v pak budoucnosti) větší a tyto politiky budou mít univerzálnější platnost. Stát se od ostatních sociálních subjektů liší tím, že je nadán zvláštní mocí regulovat společenské vztahy a vynucovat realizaci své vůle sankčními mechanismy. Dále se liší zvláštní povinností zaručit občanům lidská práva poskytnout jim sociální ochranu. Stát je vybaven zvláštními prostředky k uskutečnění (realizaci) svých sociálně-politických cílů (peníze, instituce).

Z toho, co bylo řečeno, výše vyplývá, že sociální politiku má nejen stát, ale každý subjekt v něm působící. Tak lze oprávněně mluvit o sociální politice politických stran, odborů, zájmových a jiných nestátních organizací. Sociální zájmy nestátních subjektů se mohou se státem ztotožňovat nebo rozcházet či soupeřit. Mohou si sociální politiku hradit ze svých vlastních zdrojů nezávisle na státu. Je proto svým způsobem zavádějící činit ostrý předěl mezi působením jednotlivých subjektů v sociální politice. Podstatné není, kdo sociální činnost provozuje, ale čí a jaké zájmy sleduje, kdo je zabezpečuje a kdo je hradí a zda efektivně dosahuje původního záměru a žádaného sociálního účelu.

Mezi další subjekty řadíme:

- 1) zaměstnavatele a firmy,
- 2) zaměstnavatelské, zaměstnanecké a odborové orgány,
- 3) regiony, místní komunity, obce, jejich orgány a instituce, občanské organizace a iniciativy, zájmové organizace, dobročinné organizace, charitativní instituce, nadace, církve,
- 4) občany, rodiny, domácnosti, svépomocná sdružení, např. rodin postižených dětí.

Z výše uvedeného rámcového seznamu možných subjektů sociální politiky vyplývá, že soudobá sociální politika je ve vyspělých zemích založena na pluralitě subjektů.

Objekty sociální politiky jsou tedy ti aktéři, na které je opatření sociální politiky orientováno, kterým je určeno. Pod pojmem objekt vidíme v první řadě všechny obyvatele dané země. Nahlížíme na ně buď jako na jednotlivce, nebo jako na sociální skupiny, tedy

skupiny osob, mezi nimiž existuje určitá interakce, a tyto osoby si tuto skutečnost uvědomují. Sociální skupina ke své existenci potřebuje:

- 1) trvalý kontakt jejích členů (primární sociální skupiny – rodiny, domácnosti),
- 2) nebo vědomí společných zájmů (např. společné potřeby, způsob života, náboženské cítění), pak jde o sekundární sociální skupiny (nezaměstnaní, důchodci, chudí).

Objekty je možné (a nutné) podle typu opatření sociální politiky různě strukturovat, např.:

- podle věku,
- podle pohlaví,
- podle vzdělání,
- podle příjmu,
- ekonomické aktivity,
- počtu dětí atd.

Jak bylo uvedeno výše v jedné z definic, sociální politika je působení subjektů na objekty. Jaké funkce si tedy toto působení klade za cíl? (SMUTEK, 2005)

FUNKCE SOCIÁLNÍ POLITIKY

Funkcí sociální politiky je vyvolávat určité efekty na straně objektů působením subjektů. V krátkosti shrneme základní funkce sociální politiky, kam patří zejména:

Funkce ochranná, jež bývá považována za historicky nejstarší. Tato funkce tvoří tradiční a stabilní prvek sociálních politik a je ji třeba neustále posilovat. Je výrazem snahy o řešení již vzniklých sociálních událostí, např. chrání před úpadkem do chudoby.

Funkce přerozdělovací, jež se snaží zmírňovat sociální nerovnosti ve společnosti, řeší co, jak, komu, podle jakých kritérií rozdělovat. Hlavním garantem přerozdělování je stát (který vybírá daně a příspěvky do pojišťovacích fondů). Prvotní rozdělení se děje na trhu, sekundární přerozdělení pak představuje sociální politika (daně, přerozdělení prostředků potřebným).

Redistribuční mechanismus spočívá v pohybu statků a služeb. Statky jsou redistribuovány například vládou, která má zvláštní pravomoci nejdříve uložit a vybrat daně, a pak zorganizovat pomoc sociálně potřebným. Podle Morawského (2005) redistribuce nemusí vždy vycházet z rozhodování ústředí (nebo z přijatého zákona), protože do hry může vstupovat zvyk.

V každé době a zemi existuje určitá „prahová“ míra přijatelné nerovnosti, a tedy i míry redistribuce. Redistribuce se vždy pohybuje mezi dvěma mantinely:

1. Příliš vysoká míra přerozdělování oslabuje podněty k práci a podnikání.
2. Příliš nízká míra přerozdělování může oslabit stabilitu a rozvojové možnosti společnosti.

Funkce homogenizační, která bývá považována za relativně novou a spočívá ve snaze poskytovat obyvatelstvu stejné šance (nikoli nivelizovat podmínky života). Spočívá tedy v poskytování stejných šancí vzdělávat se, pracovat, pečovat o své zdraví. Snaží se tedy, aby nebyly rozdíly v šancích v přístupu k těmto statkům.

Funkce stimulační, která se snaží aktivizovat člověka, aby se sám postaral o sebe a případně pomáhal druhým. Obecně řečeno je jejím posláním podporovat, podněcovat, vyvolávat žádoucí sociální jednání jednotlivců a sociálních skupin jak v oblasti ekonomické, tak i mimo ni.

Funkce preventivní, která pochopitelně patří mezi velmi důležité funkce a je ryzím ztělesněním aktivního přístupu k řešení sociální problematiky. Obecně je tedy snahou předcházet nepříznivým sociálním situacím, např. chudobě, rozvodovosti, nezaměstnanosti, kriminalitě apod.

O přínosu funkcí ochranné, preventivní, stimulační nebývá příliš pochyb. Na druhou stranu velikým jablkem sváru vždy byla a je otázka redistribuce. Je redistribuce spravedlivá? Komu co náleží a za jakých podmínek? Proč má někdo „doplácet“ na někoho jiného? (SMUTEK, 2005)

ZÁKLADNÍ PRINCIPY SOCIÁLNÍ POLITIKY

Princip sociální spravedlnosti

Sociální spravedlnost je klíčovým principem sociální politiky. Je jí myšlena jednak spravedlnost v právním slova smyslu (tj. souhrn právních norem a zásad), jednak spravedlnost sociální, kterou lze vymezit pravidly, podle nichž jsou ve společnosti rozdělovány předpoklady a prostředky veřejného blahobytu mezi jednotlivé subjekty. V sociální politice jsou důležité obě významové roviny, protože zákonodárství a právní normy tvoří legitimitu spravedlnosti sociální. Neexistuje nějaká obecně akceptovatelná představa o tom, co je a co není sociálně spravedlivé. Na sociální spravedlnost a rozdělování předpokladů a prostředků veřejného blahobytu jsou rozdílné názory.

Má-li sociální politika jako celek účinně napomáhat ekonomickému rozvoji a stimulovat jej, pak prostřednictvím jejích nástrojů a opatření musí být posilováno výkonové vnímání sociální spravedlnosti. Jsou ale obory sociální politiky, kde se pokládá za sociálně spravedlivé, má-li v něm převahu jen jeden z uvedených principů (např. princip rovných příležitostí ve vzdělávací politice) a v jiném oboru pak jiný princip (např. princip potřeby při řešení problému chudoby). Sociální spravedlnost se nám tak jeví jako vhodná kombinace jejích různých dílčích principů v různých oborech sociální politiky s tím, že ve svém celku může inklinovat k převaze určitého z nich.

Princip sociální solidarity

Sociální solidarita (vzájemná podpora, sounáležitost) souvisí především s utvářením a rozdělováním životních podmínek a prostředků jedinců a sociálních skupin (zejména rodin) v zájmu naplňování ideje sociální spravedlnosti. V soudobých moderních společnostech se solidarita ve značné míře naplňuje především pomocí redistribuční a transferové politiky státu.

Významná je však i solidarita jedinců, spolků, sdružení apod., založená na dobročinnosti a uskutečňující se zpravidla mimo jakýkoliv státní redistributivní mechanismus. Její význam se změnou rolí státu v sociální politice v současné době roste. Sociální solidarita představuje neodmyslitelný myšlenkový atribut sociální politiky a tak, jak je v moderní době chápána – nejen jako vzájemné porozumění a pomoc, ale i jako vzájemná odpovědnost – je považována za významnou hybnou sílu nejen materiálního, ale i mravního a duchovního vývoje lidstva a za předpoklad pokroku. Vždy je však třeba zvažovat míru, v níž je solidarita organizovaná státem naplňována. Je nutno dbát o to, aby přílišná solidarita státu nevedla k útlumu aktivity jedinců a jejich odpovědnosti za vlastní životní podmínky.

Princip subsidiarity

O tomto principu se dnes v moderních sociálních politikách stále více hovoří. Vychází z přístupu k člověku jako individuu s jedinečnými vlastnostmi, vůlí, schopnostmi, dispozicemi atd., které je jedinec jaksi „povinen“ - v mravním slova smyslu – využívat ku prospěchu a sociálnímu bezpečí svému a svých bližních. Přitom tyto jedinečné vlastnosti musí být společností chráněny a rozvíjeny.

Podle principu subsidiarity je každý povinen nejdříve pomoci sám sobě, nemá-li tuto možnost, musí mu pomoci rodina. Rodině rovněž přísluší, aby si pomohla sama svými silami. Teprve dostane-li se do velkých obtíží, volá na pomoc jiná společenství. Teprve na posledním místě je k pomoci vyzýván stát. Jeho povinností je primárně pečovat o vytvoření podmínek, aby si každý mohl pomoci vlastním přičiněním, a sám pomáhá až na posledním místě, jsou-li ostatní možnosti pomoci vyčerpány.

Princip participace

V každé společnosti je značná variabilita individuálních i společenských cílů, ale v demokratické společnosti je dána možnost podílet se, participovat, na společenském životě. V demokratické společnosti je nejen svoboda s vyslovováním cílů, zájmů a potřeb sociálních subjektů, ale i spoluúčast sociálních subjektů na jejich realizování. Naplňování principu participace je postupným procesem, který lze nazvat jako přechod od člověka jako převážně objektu sociální politiky k člověku jako plnoprávnému, odpovědnému a respektovanému subjektu. Člověk přestává být pasivním příjemcem sociálně politických opatření, ale sám se podílí na jejich tvorbě a spolurozhoduje o jejich realizaci. (KREBS, 2007)

1.2 SOCIÁLNÍ POLITIKA ČESKÉ REPUBLIKY

Právní rámec sociálního zabezpečení vytváří stát. na jeho přímé realizaci se kromě státu (reprezentovaného věcně příslušnými ministerstvy) podílejí kraje a obce v samostatné nebo státem přenesené působnosti a nestátní subjekty (občanská sdružení a iniciativy, církve, občané). Byly vytvořeny a legislativně upraveny tři na sebe navazující, relativně však samostatné, systémy – systém sociálního pojištění, státní sociální podpory a sociální pomoci. Hovoříme o třech pilířích sociálního zabezpečení (sociální ochrany obyvatel).

1.2.1 SYSTÉM SOCIÁLNÍHO POJIŠTĚNÍ

Řeší ty sociální události, na které se lze předem připravit, a to povinným pojištěním pro případ stáří, invalidity, ovdovění a osiření, dočasné pracovní neschopnosti, karantény, ošetřování nemocného člena rodiny, těhotenství a mateřství. Tento systém je plně v rukou státu, který ho uskutečňuje prostřednictvím České správy sociálního zabezpečení a okresních správ v území. Vyplácí všechny druhy důchodů (například starobní, invalidní, vdovský, vdovecký, sirotčí), nemocenské dávky, podporu při ošetřování člena rodiny, peněžitou pomoc v mateřství apod. Obce v tomto systému rozhodují o zvláštních příjmech některých z těchto dávek (důchodů) v odůvodněných situacích. Důležitou součástí okresních správ sociálního zabezpečení jsou útvary lékařské posudkové služby, které posuzují zdravotní stav žadatelů o některé dávky, o příspěvky pro zdravotně handicapované občany a zdravotní stav žadatele o příspěvek na péči.

1.2.2 SYSTÉM STÁTNÍ SOCIÁLNÍ PODPORY

Řeší sociální situace, které jsou společností uznány jako „zřetele hodné“. Jde především o podporu rodin s nezaopatřenými dětmi – například při narození dítěte, péči o dítě apod., ale vyplácí se i dávka k úhradě bydlení v souvislosti s deregulací nájemného a zvyšováním nákladů na bydlení. Systém vyplácí dávky, které jsou vázány na výši příjmu (přídavek na dítě, sociální příplatek, příspěvek na bydlení), a dávky, které na výši příjmu vázány nejsou (rodičovský příspěvek, dávky péčovské péče, porodné, pohřebné). Pohřebné je proti minulosti, kdy ho obdržel každý, kdo pohřeb vypravil, v současné době vypláceno pouze osobě, která vypravila pohřeb nezaopatřenému dítěti nebo osobě, která byla rodičem nezaopatřeného dítěte. i tento systém je plně v rukou státu – dávky vyplácejí odbory státní sociální podpory úřadů práce.

1.2.3 SYSTÉM SOCIÁLNÍ POMOCI

Řeší situace hmotné a sociální nouze, které není schopen občan řešit sám nebo s pomocí své rodiny. Radíme sem obvykle poradenství, prevenci, systém sociálně-právní ochrany dětí, systém sociálních služeb, dávek pomoci v hmotné nouzi a systém dávek sociální péče pro těžce zdravotně postižené občany.

Kompetence v poskytování dávek a služeb z tohoto systému přenesl stát na vybrané obce, tzv. obce s pověřeným úřadem a obce s rozšířenou působností. Výdaje na dávky a sociálně-právní ochranu dětí jsou kryty státní dotací. Stát vyplácí i dotace na zabezpečení registrovaných sociálních služeb.

POMOC V HMOTNÉ NOUZI

Jde o pomoc osobám s nedostatečnými příjmy, například v souvislosti se ztrátou zaměstnání nebo s mimořádnými situacemi, které občané nejsou schopni překonat vlastním přičiněním nebo s pomocí své rodiny. Systém pomoci v hmotné nouzi je jedním z opatření, kterými stát bojuje proti sociálnímu vyloučení. Systém vyplácí tři druhy dávek – příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení a mimořádnou okamžitou pomoc. Dávky z tohoto systému vyplácejí obce s pověřeným obecním úřadem (tzv. obce II. stupně) kromě mimořádné okamžité pomoci pro osoby ohrožené sociálním vyloučením, kterou vyplácejí obce s rozšířenou působností (tzv. obce III. stupně).

VEŘEJNÁ SLUŽBA

Je to nový nástroj sociálního začleňování pro osoby dlouhodobě nezaměstnané a pobírající dávky pomoci v hmotné nouzi, který jim umožní obnovit pracovní návyky a zároveň vykonat potřebnou činnost ve prospěch obce. Veřejnou službou se rozumí pomoc obci v záležitostech, které jsou v jejím zájmu, zejména při zlepšování životního prostředí, udržování čistoty ulic a jiných veřejných prostranství, v oblasti kulturního rozvoje a sociální péče. Výkon veřejné služby v rozsahu 20 hodin měsíčně umožní příjemci po šesti měsících pobírání příspěvku na živobytí ve výši životního minima (3126 Kč), výkon veřejné služby v rozsahu 30 hodin měsíčně mu umožní zvýšit si částku příspěvku na živobytí o zhruba 500 Kč, a tím zlepšit svou příjmovou situaci. Naopak příjemci, kteří pobírají příspěvek na živobytí déle než šest měsíců a veřejnou nebo dobrovolnickou službu ve zmíněném rozsahu nevykonají, náleží příspěvek na živobytí pouze ve výši existenčního minima (2020 Kč).

DÁVKY SOCIÁLNÍ PÉČE PRO TĚŽCE ZDRAVOTNĚ POSTIŽENÉ OBČANY

Představují celý systém příspěvků jednorázových nebo měsíčně se opakujících. Jejich přiznání je závislé na posouzení zdravotního stavu žadatele. Jde například o mimořádné výhody pro těžce zdravotně postižené občany, jednorázové příspěvky na opatření zvláštních pomůcek, příspěvky na bezbariérovou úpravu bytu, na zakoupení, celkovou opravu a zvláštní úpravu motorového vozidla, na provoz motorového vozidla, příspěvek úplně nebo prakticky nevidomým občanům (na vodičího psa) apod.

O přiznání těchto dávek rozhodují obecní úřady obcí s rozšířenou působností (obce III. stupně – dávky jednorázové) a pověřené obecní úřady (obce II. stupně – dávky opakující se). Občanům těžce zdravotně postiženým, jimž byl přiznán příspěvek na zakoupení motorového vozidla, mohou obce poskytovat bezúročné půjčky ze svého rozpočtu.

PŘÍSPĚVEK NA PÉČI

Podle zákona o sociálních službách se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby, aby si mohly potřebnou pomoc či sociální službu obstarat. Jeho výše je závislá na zjištěném stupni závislosti na pomoci jiné osoby. Stupeň závislosti se zjišťuje sociálním šetřením v domácnosti žadatele a posouzením jeho zdravotního stavu o příspěvku na péči rozhodují obce s rozšířenou působností v rámci přeneseného výkonu státní správy. Přiznaný příspěvek na péči pak slouží k zajištění a úhradě potřebné pomoci či služby a vyplácí se příjemci, který je povinen oznámit, kdo mu bude potřebnou pomoc poskytovat.

Pokud se rozhodne pro sociální službu, vyplácí se poskytovateli. Využití příspěvku k danému účelu kontroluje správní orgán, který o příspěvku rozhodl.

1.2.4 SOCIÁLNĚ-PRÁVNÍ OCHRANA DĚTÍ

Představuje celý systém ochrany práv a právem chráněných zájmů nezletilých dětí. Zaměřuje se především na děti, jejichž výchova a osobnostní rozvoj jsou zákonem stanoveným způsobem ohroženy. Součástí systému je i sociální práce s dětmi a mladistvými, kteří spáchali přestupek či trestný čin nebo se stali jejich obětí. Do této agendy jsou zařazeny i úkoly náhradní rodinné péče – pěstounské péče a osvojení. Vlastní výkon sociálně-právní ochrany dětí zabezpečují orgány sociálně-právní ochrany dětí, jimiž jsou krajské úřady, obecní úřady obcí s rozšířenou působností, obecní úřady, ministerstvo práce a sociálních věcí a Úřad pro mezinárodněprávní ochranu dětí. Sociálně-právní ochranu dětí dále zajišťují obce a kraje v samostatné působnosti, komise pro sociálně-právní ochranu dětí a další právnické a fyzické osoby, jsou-li výkonem sociálně-právní ochrany pověřeny (tzv. pověřené osoby). Obce v této oblasti hrají nezastupitelnou roli zejména ve vyhledávání dětí, které potřebují ochranu, vyhledávání vhodných osob, jež se mohou stát budoucími pěstouny či osvojiteli, a v neposlední řadě v součinnosti s orgány sociálně-právní ochrany dětí při řešení sociální a bytové situace rodin a v nich žijících nezletilých dětí.

1.2.5 HMOTNÉ ZABEZPEČENÍ V NEZAMĚSTNANOSTI

Otázky zaměstnanosti a systém zabezpečení v nezaměstnanosti jsou v rukou státu, který je řeší prostřednictvím úřadů práce v území. Obce a kraje v rámci svých samosprávných kompetencí se na něm podílejí zejména vytvářením vhodného prostředí pro vznik nových pracovních míst, případně jako zaměstnavatelé při uskutečňování aktivní politiky zaměstnanosti. (Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení)

Odkazované právní předpisy:

- ✓ Zákon č. 111/2006 Sb., o pomoci v hmotné nouzi.
- ✓ Zákon č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře.
- ✓ Zákon č. 115/2006 Sb., o registrovaném partnerství a o změně některých souvisejících zákonů.
- ✓ Zákon č. 118/2000 Sb., o ochraně zaměstnanců při platební neschopnosti zaměstnavatele a o změně některých zákonů.
- ✓ Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.
- ✓ Zákon č. 143/1992 Sb., o platu a odměně za pracovní pohotovost v rozpočtových a v některých dalších organizacích a orgánech.
- ✓ Zákon č. 236/1995 Sb., o platu a dalších náležitostech spojených s výkonem funkce představitelů státní moci a některých státních orgánů a soudců a poslanců Evropského parlamentu.
- ✓ Zákon č. 128/2000 Sb., o obcích (obecní zřízení).
- ✓ Zákon č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí.
- ✓ Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů.
- ✓ Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění.

1.3 SOCIÁLNÍ SLUŽBY

Prostřednictvím sociálních služeb je zajišťována pomoc při péči o vlastní osobu, zajištění stravování, ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, ošetřování, pomoc s výchovou, poskytnutí informace, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, psycho- a socioterapie, pomoc při prosazování práv a zájmů.

Cílem služeb bývá mimo jiné:

- podporovat rozvoj nebo alespoň zachování stávající soběstačnosti uživatele, jeho návrat do vlastního domácího prostředí, obnovení nebo zachování původního životního stylu,
- rozvíjet schopnosti uživatelů služeb a umožnit jim, pokud toho mohou být schopni, vést samostatný život,
- snížit sociální a zdravotní rizika související se způsobem života uživatelů.

Základními činnostmi při poskytování sociálních služeb jsou pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Obsah základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb stanoví prováděcí předpis.

SOCIÁLNÍ PORADENSTVÍ

Sociální poradenství poskytuje osobám v nepříznivé sociální situaci potřebné informace přispívající k řešení jejich situace. Základní sociální poradenství je součástí všech druhů sociálních služeb. Odborné sociální poradenství zahrnuje občanské poradny, manželské a rodinné poradny, sociální práci s osobami společensky nepřizpůsobenými, poradny pro oběti trestných činů a domácího násilí, sociálně právní poradenství pro osoby se zdravotním postižením a seniory. Služba obsahuje poradenství, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

SOCIÁLNĚ ZDRAVOTNÍ SLUŽBY

Sociálně zdravotní služby napomáhají k zajištění fyzické a psychické soběstačnosti osob, kterým jsou poskytovány; jsou určeny osobám, které již nepotřebují akutní zdravotní lůžkovou péči (dostatečná je zdravotní péče ambulantního rozsahu), ale současně jsou natolik nesoběstační, že potřebují pomoc druhé osoby při každodenních úkonech a tato pomoc jim z objektivních důvodů nemůže být zajištěna v domácím prostředí. Sociálně zdravotní služby jsou poskytovány v pobytových zařízeních sociálních služeb nebo v pobytových zdravotnických zařízeních. Služby sociální péče poskytované v rámci sociálně zdravotních služeb (včetně základních služeb) podléhají úhradě. Zdravotnické úkony jsou hrazeny z fondů veřejného zdravotního pojištění.

SOCIÁLNÍ REHABILITACE

Jedná se o soubor specifických činností zaměřených na nácvik potřebných dovedností osoby se zdravotním postižením směřujících k dosažení samostatnosti a soběstačnosti v nejvyšší možné míře s ohledem na její dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav. Cílem je dosažení nalezení vhodného pracovního uplatnění. Proces sociální rehabilitace je integrální součástí poskytování sociálních služeb.

OSOBNÍ ASISTENCE

Osobní asistence se poskytuje v přirozeném sociálním prostředí osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v předem dohodnutém rozsahu a čase. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

PEČOVATELSKÁ SLUŽBA

Pečovatelská služba se poskytuje dětem, osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, a to v přirozeném prostředí i ve specializovaných zařízeních. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, pomoc při zajištění chodu domácnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu. Bezúplatně se poskytuje rodinám, ve kterých se narodily současně tři nebo více dětí, účastníkům odboje 1) a pozůstalým manželům (manželkám) po účastnících odboje starším 70 let.

PRŮVODCOVSKÁ, PŘEDČITATELSKÁ A TLUMOČNICKÁ SLUŽBA

Průvodcovská, předčitatelská a tlumočnická služba se poskytuje osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž schopnosti jsou sníženy v oblasti orientace nebo komunikace, a napomáhá jim osobně si vyřídit vlastní záležitosti. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba je poskytována bez úhrady.

SLUŽBY RANÉ PÉČE

Služby rané péče se poskytují rodičům dítěte ve věku do 7 let, které je osobou se zdravotním postižením nebo jehož vývoj je ohrožen v důsledku nepříznivého sociálního prostředí. Služba je zaměřena na podporu rodiny a podporu vývoje dítěte s ohledem na jeho specifické potřeby. Služba je poskytována především v domácnosti. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

PODPOROVANÉ BYDLENÍ

Podporované bydlení je sociální služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby; služba se poskytuje v domácnosti osob. Služba obsahuje pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

ODLEHČOVACÍ SLUŽBY

Odlehčovací služby jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám se zdravotním postižením a seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby, o které jinak pečuje osoba blízká v domácnosti; cílem služby je umožnit pečující osobě nezbytný odpočinek. Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

CENTRA DENNÍCH SLUŽEB

Centra denních služeb poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení s cílem posílit samostatnost a soběstačnost osob se zdravotním postižením a seniorů v nepříznivé sociální situaci, která může vést k sociálnímu vyloučení. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

STACIONÁŘE DENNÍ A TÝDENNÍ

Stacionáře denní poskytují ambulantní služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Stacionáře týdenní poskytují pobytové služby ve specializovaném zařízení seniorům, osobám se zdravotním postižením a osobám ohroženým užíváním návykových látek, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby.

Služba obsahuje pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení a výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

DOMOVY PRO OSOBY SE ZDRAVOTNÍM POSTIŽENÍM

Domovy pro osoby se zdravotním postižením poskytují dlouhodobé pobytové služby osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

DOMOVY PRO SENIORY

Domovy pro seniory poskytují dlouhodobé pobytové služby seniorům, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Služba obsahuje pomoc při zvládnání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, aktivizační činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

AZYLOVÉ DOMY

Azylové domy poskytují pobytové služby na přechodnou dobu osobám v nepříznivé sociální situaci spojené se ztrátou bydlení. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování nebo pomoc při zajištění bydlení, pomoc při prosazování práv a zájmů, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti. Služba se poskytuje za úplatu.

DOMY NA PŮL CESTY

Domy na půl cesty poskytují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby do 26 let věku, které po dosažení zletilosti opouštějí školská zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy, popřípadě pro osoby z jiných zařízení pro péči o děti a mládež. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ

Chráněné bydlení je dlouhodobá pobytová služba poskytovaná osobám se zdravotním postižením, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Chráněné bydlení má formu individuálního nebo skupinového bydlení; osobě se poskytuje podle potřeby podpora osobního asistenta. Služba obsahuje poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy, poskytnutí ubytování, pomoc při zajištění chodu domácnosti, výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplatu.

KONTAKTNÍ CENTRA

Kontaktní centra jsou nízkoprahová zařízení navazující kontakt s osobami ohroženými závislostí na návykových látkách. Cílem služby je minimalizovat sociální a zdravotní rizika spojená se zneužíváním návykových látek. Služba obsahuje terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

TELEFONICKÁ KRIZOVÁ INTERVENCE

Telefonická krizová intervence je soubor metod a technik krizové práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou a ohrožující, založený na jednorázovém nebo opakovaném telefonickém kontaktu tohoto klienta s pracovištěm telefonické krizové intervence.

KRIZOVÁ POMOC

Krizová pomoc je ambulantní nebo pobytová služba na přechodnou dobu poskytovaná osobám, které se nacházejí v situaci ohrožení zdraví nebo života, kdy přechodně nemohou řešit svojí nepříznivou situaci vlastními silami. Služba obsahuje poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy (nebo pomoc při zajištění stravy), terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

NÍZKOPRAHOVÁ DENNÍ CENTRA

Nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní služby pro osoby bez přístřeší. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně (nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu) poskytnutí stravy (nebo pomoc při zajištění stravy). Služba se poskytuje bezúplatně.

NÍZKOPRAHOVÁ ZAŘÍZENÍ PRO DĚTI A MLÁDEŽ

Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež poskytují ambulantní služby dětem a mládeži ohroženým sociálním vyloučením. Služba je určena rizikovým, neorganizovaným dětem a mládeži, kteří jsou ohroženi sociálně - patologickými jevy nebo mají vyhraněný životní styl neakceptovaný většinou společností. Základním prostředkem pro navázání kontaktu s cílovou skupinou je nabídka volnočasových aktivit. Cílem je zlepšit kvalitu života cílové skupiny předcházením, snížením sociálních a zdravotních rizik souvisejících s jejich způsobem života, umožnit jim lépe se orientovat v jejich sociálním prostředí a vytvářet podmínky, aby v případě zájmu mohli řešit svoji nepříznivou sociální situaci. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

NOCLEHÁRNY

Noclehárny poskytují ambulantní služby osobám bez přístřeší, které mají zájem o využití hygienického zařízení a přenocování. Služba obsahuje pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, poskytnutí nebo zprostředkování informací. Služba se poskytuje za úplatu stanovenou poskytovatelem.

SLUŽBY NÁSLEDNÉ PÉČE A DOLÉČOVACÍ

Služby následné péče a doléčovací jsou ambulantní služby poskytující následnou péči osobám s chronickou psychickou poruchou a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly ambulantní nebo ústavní léčbu ve zdravotnickém zařízení nebo které abstínují. Služba obsahuje terapeutické činnosti, pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

SOCIÁLNĚ AKTIVIZAČNÍ SLUŽBY PRO RODINY S DĚTMI

Sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi jsou ambulantní služby poskytované rodině s dítětem, u kterého existují rizika ohrožení jeho vývoje, nebo je jeho vývoj ohrožen v důsledku dopadů dlouhodobě obtížné sociální situace, kterou rodiče nedokáží sami bez pomoci překonat. Služba obsahuje výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

TERAPEUTICKÉ KOMUNITY

Terapeutické komunity poskytují pobytové služby na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickou psychickou poruchou, které mají zájem o začlenění do běžného života. Služba obsahuje tyto činnosti: poskytnutí stravy, poskytnutí ubytování, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, terapeutické činnosti a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje za úplat.

TERÉNNÍ PROGRAMY

Terénní programy jsou služby poskytované osobám, které vedou nebo jsou ohroženy rizikovým způsobem života. Služba je určena pro problémové skupiny dětí a mládeže, živitele drog, osoby bez přístřeší, osoby žijící v sociálně vyloučených komunitách a jiné sociálně ohrožené skupiny. Cílem služby je tyto osoby vyhledávat a minimalizovat rizika jejich způsobu života. Služba obsahuje zprostředkování kontaktu se společenským prostředím a pomoc při prosazování práv a zájmů. Služba se poskytuje bezúplatně.

Sociální služby pomáhají lidem žít běžným životem - umožňují jim pracovat, nakupovat, navštěvovat školy, navštěvovat místa víry, účastnit se aktivit volného času, starat se sám o sebe a o domácnost apod. Zaměřují se na zachování co nejvyšší kvality a důstojnosti jejich života. Sociální služby jsou poskytovány jednotlivcům, rodinám i skupinám obyvatel. Mezi nejpočetnější skupiny příjemců sociálních služeb patří zejména senioři, lidé se zdravotním postižením, rodiny s dětmi, ale také lidé, kteří z různých důvodů žijí "na okraji" společnosti.

Sociální služby a příspěvek na péči jsou při splnění podmínek stanovených v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, s účinností od 1.1. 2007, poskytovány:

- osobě, která je na území České republiky hlášena k trvalému pobytu,
- osobě, které byl udělen azyl,
- občanovi a rodinnému příslušníkovi občana členského státu Evropské unie,
- cizinci, který je držitelem povolení k dlouhodobému pobytu po dobu delší než 3 měsíce.

Vybrané typy sociálních služeb (azylové domy, kontaktní centra, noclehárny, terénní programy) jsou poskytovány také osobám legálně pobývajícím na území České republiky.

Na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení má nárok každá osoba.

<http://www.mpsv.cz/cs/9>

1.4 HLAVNÍ PROBLÉMY A UDRŽITELNOST DLOUHODOBÉ SOCIÁLNÍ PÉČE V ČESKÉ REPUBLICĚ

Jak Vachek ve svém článku (Zdravotnické noviny, 2012) uvádí, i přesná statistická data týkající se spotřeby a nákladnosti dlouhodobé sociální péče je velmi obtížné pořídit, protože není shoda v tom, co pod pojem dlouhodobá sociální péče řadit. S tím souvisí i obtížnost jakýchkoliv úvah v ekonomické oblasti. Současná právní úprava je nevyhovující, ale s rychlým řešením nelze počítat, protože návrh zákona o dlouhodobé zdravotně-sociální péči legislativní rada vlády už dvakrát odmítla a zdá se, že bude nutné sáhnout spíše k novelizaci stávajících zákonů.

V České republice žije zhruba 400 tisíc osob, které jsou závislé na cizí pomoci, z toho 300 tisíc jsou příjemci příspěvku na péči. Z těchto 300 tisíc jsou dvě třetiny žen a 100 tisíc osob mladších 65 let. Tato data uvedl na červnovém diskusním setkání Institutu pro veřejnou diskusi, věnovaném dlouhodobé péči, Mgr. Tomáš Roubal, analytik OECD. Třetina z celkových 400 tisíc pobývá v zařízeních, z toho 70 tisíc ve zdravotnických zařízeních, 60 tisíc v pobytových zařízeních sociálních služeb, z toho 11 tisíc trvale upoutaných na lůžko. Pracovníků zajišťujících péči o tyto osoby je v ČR zhruba 75 tisíc včetně 1500 lékařů a 2500 pracovníků domácích služeb. Všeobecná zdravotní pojišťovna v roce 2009 vynaložila na zdravotní péči o závislé osoby bez příspěvku na péči necelých 1700 korun, u osob příspěvek pobírajících to bylo přes 8000 korun. Dvě třetiny celkového počtu těchto lidí žijí v domácnostech, z toho je 60 procent žen, a čtvrtina jich žije sama. Tyto osoby jsou chronicky nemocné, mají problémy s mobilitou, mají nižší příjmy a vyšší potřebu zdravotní péče. Podle materiálu Evropské komise The 2012 Ageing Report se veřejné výdaje na dlouhodobou péči v České republice v příštích 50 letech zdvojnásobí.

NEVYJASNĚNÉ DEFINICE PŮSOBÍ PROBLÉMY STATISTIKŮM

Mluvíme-li o dlouhodobé péči, mluvíme o té péči, kterou potřebují lidé závislí na cizí pomoci. To jsou hlavně aktivity denního života, a k tomu někdy může a nemusí přistupovat ošetrovatelská péče. Mluvíme-li ve zdravotnictví o dlouhodobé péči – možná by bylo lepší mluvit o zdravotní péči poskytované po dlouhou dobu, aby se pojmy nepletly –, je to něco zásadně odlišného. Tam je zdravotní indikace k tomu, aby péče byla poskytována dlouho, a ve většině případů je spojena také s tím, že dotyční lidé potřebují pomoc v základních aktivitách. Ale nemusí to být pravda. Takže když budeme používat pojem dlouhodobé péče, musíme si být vědomi, že se jedná v podstatě o čtyři oblasti. V sociální oblasti je to pomoc se základními aktivitami a se zdravotní nebo spíše ošetrovatelskou péčí nebo bez ní. V případě poskytování dlouhodobé zdravotní péče jsou to zase dvě části. Buď současně poskytujeme pomoc v základních aktivitách, nebo zdravotní péči poskytujeme dlouhodobě i v případech bez závislosti na cizí pomoci. To všechno působí obrovské problémy při pořizování statistických dat.

Dlouhodobá péče podle definice OECD vždy zahrnuje pomoc se základními aktivitami denního života, zatímco pokud jde o dlouhodobou zdravotně-sociální péči, ta je poskytována u veškerých chronických onemocnění a velmi často je spojena s pomocí při denních aktivitách. Lůžková zdravotní péče se odehrává v lůžkovém zdravotnickém zařízení a tam je tato pomoc integrální součástí ošetřování. „Nikdy se z něj nevyčleňovala a my si musíme uvědomit obrovskou komponentu této části – člověk má zajištěno všechno včetně hotelových služeb. V okamžiku, kdy opustí zdravotnické zařízení, dochází k problémům. Když se dostane do pobytového sociálního zařízení, začínají problémy s tím, jak platit ošetrovatelskou péči,

jestli součástí pobytu je podávání léků nebo není. Když zůstane doma, může nebo nemusí být indikována zdravotní komponenta, může nebo nemusí být indikována osobní pomoc, ať už prostřednictvím pečovatelské služby nebo jiné organizace. Takže téma dlouhodobé péče je velmi široké a není snadno uchopitelné,“ uvádí S. Vachek.

MÁME NAKROČENO K NURSING HOMES?

Prováděcí vyhláška č. 391/2011 Sb. k zákonu č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, novelizuje hodnocení aktivit, podle nichž se určí schopnost zvládat základní životní potřeby. „Umožňuje, aby lékař nařídil, že dotyčná osoba po nějakou dobu z léčebných důvodů potřebuje cizí pomoc. To je velmi zásadní věc, v původní verzi byl nárok na čerpání služeb vázán na zdravotní postižení. Druhou zásadní věcí je zavedení institutu asistenta sociální péče, který se už nemusí registrovat,“ komentuje Vachek. Dále je v zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, nově vymezena domácí péče – k ošetrovatelské péči přibyla i péče rehabilitační a paliativní. Zákon definuje i následnou a dlouhodobou péči. „Následná péče je vázána především na doléčování a rehabilitaci, dlouhodobá na ošetrovatelskou. To je velmi důležité, protože v České republice chybějí zařízení typu nursing home a těmito úpravami je k nim nakročeno,“ uvádí Vachek.

NIKDO NEPOŽADUJE REDUKCI LŮŽEK V DOMÁCNOSTECH

Náklady na ošetrovací den v pobytových zařízeních se pohybují kolem 1000 Kč oproti až téměř 9000 Kč v lůžkových zdravotnických zařízeních. „Často se argumentuje tím, že když je člověk ve fakultní nemocnici, je velmi drahý. To je nesmysl, jde o celkové náklady. Srovnání má smysl u zařízení, jejichž hlavní náplní jsou činnosti ošetrovatelského charakteru. To jsou například léčebny dlouhodobě nemocných, jejichž náklady jsou podobné jako u sociálních zařízení. Zdravotnická zařízení započítávají i náklady na léky, zdravotnický materiál a další položky. Takže ty prosté úvahy o restrukturalizaci mohou vést k naprosto fatálním ekonomickým důsledkům, protože není pravda, že péče je drahá podle toho, v jakém je člověk zařízení, ale jakou péči potřebuje. Náklady na ošetrovatelskou péči jsou ve zdravotnických a sociálních zařízeních srovnatelné a myslet si, že dojde k výrazným úsporám tím, že pacienty přesuneme z jednoho resortu do druhého, je pošetilé.“ (VACHEK, 2012)

Ekvivalent ošetrovacího dne v domácí péči stojí odhadem 235 Kč. „Ten rozdíl, to není žádné perpetuum mobile, je důsledkem využívání potenciálních kapacit domácností. Pokud chceme dosáhnout nějaké rozumné vyváženosti, musíme se naučit s domácnostmi pracovat. Nejen proto, že dvě třetiny péče jsou poskytovány v samostatných domácnostech, ale i proto, že domácnosti disponují obrovskými prostředky, které vstupují do oběhu. V České republice je asi 12 miliónů lůžek včetně kanapí, ale nejde o počet lůžek, nýbrž o péči o potřebné lidi. V domácnostech nemáme problém, zatím nepřišel nikdo s tím, že bychom dosáhli úspor snížením počtu lůžek v domácnostech. Kromě toho se zvyšuje zdravotní gramotnost obyvatelstva i technické zázemí domácností. Jejich skutečné náklady ovšem nerespektujeme. Musíme naučit stát, že péče v domácnosti není zadarmo, stejně jako bylo třeba učit pacienty, že zdravotní péče poskytovaná státem není zadarmo, i když je takzvaně bezplatná,“ shrnul S. Vachek s tím, že se zbytečně vytvářejí ve srovnání s domácnostmi neefektivní organizace, které nemohou respektovat individuální preference, a snažíme se jejich efektivnost zvýšit

„škrtnou“, „spoluúčastí“, „normami“ a podobně. Dodal, že neřešíme problém v době a formami, které jsou k tomu vhodné. „Existuje velké riziko, že to dopadne jako s důchodovou reformou, pro niž bylo vhodné období mezi roky 1995 a 2005.“ (VACHEK, 2012)

KRITÉRIA PŘECHODU MEZI RŮZNÝMI TYPY PÉČE JSOU NEZBYTNÁ

o osudu návrhu nového zákona o dlouhodobé zdravotně-sociální péči informoval náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči MUDr. Ferdinand Polák, Ph.D. Návrh byl dvakrát vrácen legislativní radou vlády a je patrně legislativně neprůchodný. Jako alternativní řešení se jeví novelizace současných zákonů, která by sice nevedla k požadované legislativní integraci, ale faktická integrace podle F. Poláka jistě možná je. Tento postup by vyžadoval úzkou spolupráci a časovou koordinaci prací na novelách mezi ministerstvem zdravotnictví a ministerstvem práce a sociálních věcí. F. Polák nastínil klíčové body žádoucí legislativní úpravy. Je třeba definovat jednotlivé typy péče – následnou (zdravotní), dlouhodobou (primárně zdravotní, ale už s některými parametry sociální péče) a sociální (s jasnou definicí zajištění zdravotní péče). Definovat je třeba také parametry přechodů mezi jednotlivými typy péče tak, aby vstupy do nich a výstupy z nich probíhaly na základě jasných kritérií, nikoliv na bázi libovůlnosti. Pokud jde o dlouhodobou sociální péči, měla by být financována primárně mimo systém veřejného zdravotního pojištění, a to především soukromými zdroji, sociálním pojištěním nebo připojištěním a sociálními příspěvky.

SOUČASNÝ ZPŮSOB FINANCOVÁNÍ JE NEUDRŽITELNÝ

Jak dnes a v nejbližších letech zajistit dostupnou, kvalitní, klientům vyhovující a nákladově efektivní dlouhodobou péči? Pokud se nám to povede, jak zajistit do budoucna dostatečné zdroje pro její financování? Odpověď na tyto dvě otázky se pokusil nalézt MUDr. Pavel Hroboň, M. S., ředitel Advance Healthcare Management Institute. Dnešní zdroje pro financování dlouhodobé péče jsou pod tlakem úsporných opatření a jsou naplňovány průběžným způsobem. Přitom stárnutí populace nepovede jen ke zvýšené potřebě péče, ale při současném způsobu financování také ke snížení dostupných zdrojů. P. Hroboň vidí řešení ve třech oblastech – prorůstových opatřeních v ekonomice a přesunu k nepřímým daním, ve zvýšení přísunu soukromých zdrojů v okamžiku spotřeby a v doplnění zdrojů zvláštními úsporami občanů. Celoživotní spoření 350 Kč měsíčně by mohlo zajistit dva roky dlouhodobé péče kromě nákladů na byt a stravu, spoření 450 Kč měsíčně po dobu 20 let by zajistilo jeden rok takové péče. Formou by mohlo být povinné nebo dobrovolné spoření podporované státem, například obdoba či náhrada stavebního spoření, nebo povinné či dobrovolné státem podporované pojištění, jakási obdoba penzijního připojištění. Nutné by bylo vymezit rozsah péče, za který by byl odpovědný občan a za který stát, přičemž jednotlivci by si samozřejmě hradil jakýkoliv nadstandard sám. Jako příklad hodný následování uvedl P. Hroboň stát New York, který garantuje občanům dlouhodobou péči, pokud si koupí pojistku, která pokryje tři roky dlouhodobé péče určité úrovně. Jakoukoliv další potřebu péče kryje stát. Občané, kteří si pojistku nekoupí, obdrží od státu dlouhodobou péči na určité minimální úrovni až po vyčerpání všech vlastních a rodinných zdrojů, tedy například i po prodeji domu. (VACHEK, 2012)

2 KATEGORIZACE JEDNOTLIVÝCH SKUPIN HANDICAPOVANÝCH, VYŽADUJÍCÍ SOCIÁLNÍ PÉČI

Cílem sociálních služeb je zmírnit nebo změnit nepříznivou sociální situaci osob, které pro nedostatečnou soběstačnost z důvodu věku, zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné osoby nebo z jiných závažných důvodů nejsou samostatně schopny dostatečně zabezpečovat a uspokojovat své životní potřeby a tyto potřeby nejsou ani jinak zabezpečeny. Sociální služby přitom mohou být poskytovány jednotlivcům i rodinám (MPSV, 2004, str. 10, Zákon č. 108/2006 Sb., §4). Toto vymezení osob, jimž jsou sociální služby určeny (uživatelé sociálních služeb), pokrývá značně široké spektrum příjemců sociálních služeb s lišícími se potřebami a odlišným zázemím (přirozeným i náhradním) pro jejich uspokojení, respektive různými prostředky (přirozenými i náhradními) vhodnými k uspokojení těchto potřeb. Z tohoto důvodu je žádoucí rozlišení uživatelů sociálních služeb do několika různých cílových skupin.

Cílové skupiny lze definovat mnoha různými způsoby, vždy je ovšem potřebné reflektovat skutečnost, že zařazení určitého sociálního jevu do určité kategorie (v tomto případě definování cílové skupiny) je zjednodušením komplexní sociální reality a jako takové sice usnadňuje tuto realitu snáze uchopit, na stranu druhou však nemusí dostatečně postihovat některé důležité aspekty a může se stát překážkou při snaze porozumět příslušnému sociálnímu jevu (jimž právě „nepříznivá sociální situace“ je. Rozhodující je proto kategorie (a tedy i členění cílových skupin) správně vymezením vzhledem k cíli, za nímž mají být rozlišeny.

Velikost a potřeby cílové skupiny potom patří ke klíčovým ukazatelům, které je třeba reflektovat při optimalizaci sítě sociálních služeb v určitém regionu. Optimalizací se zde rozumí snaha přizpůsobit „nabídku“ sociálních služeb „poptávce“. Oba výrazy jsou přitom uvedeny v uvozovkách, neboť tržní vztahy, k nimž tyto pojmy odkazují, mají ve sféře sociálních služeb druhořadý význam (na prvním místě je ochrana a zajištění práv občana, především práv sociálních, a s těmito aspekty související oblasti – chudoba, sociální vyloučení, krizová situace, diskriminace apod.).

Druhým důvodem je, že v případě sociálních služeb na straně „poptávky“ daleko častěji hovoříme o potřebě (tj. něčem spíše daném, co existuje neohledně na to, zda je vhodná služba přístupná) a nikoliv o zájmu (může se měnit podle situace, není-li služba přístupná, může opadnout). Lze proto předpokládat, že „poptávka“, alespoň tedy po určitých typech služeb, bude velmi silně vázána na určité determinující faktory – sociodemografické charakteristiky a zdravotní stav obyvatel, fungování existujících forem sociální ochrany, výskyt různých sociálně nežádoucích jevů či jejich skladbu. O to více je ovšem potřebné analyzovat možnosti optimalizace sociálních služeb (tj. „nabídky“) vzhledem k existujícím potřebám, o nichž právě velikost a situace cílové skupiny mnohé vypovídají.

Situace, v níž se jedinec nachází, může být přirozeně neúplněji (jakkoli možná často velmi subjektivně) posouzena jím samotným. Názor klienta určité sociální služby se ovšem může v řadě ohledů odlišovat od toho, jak svoji situaci nahlízejí osoby v podobné situaci, které ovšem nejsou klienty dané služby. Pomoci tak mohou informace od poskytovatelů sociálních služeb, kteří velmi často disponují dobrou znalostí situace vlastních klientů i situace cílové skupiny obecně. Poskytovatelé služeb se ovšem soustředí

na určitou skupinu osob se specifickými potřebami, a ani v případech, kdy se věnují více takovýmto skupinám, nepokrývají celé široké spektrum.

Při snahách o optimalizaci sítě sociálních služeb vzhledem k potřebám určitého regionu je proto využívána metoda komunitního plánování, která předpokládá zapojení tří klíčových aktérů – zástupců uživatelů sociálních služeb (reprezentujících nejdůležitější cílové skupiny v regionu), poskytovatelů sociálních služeb a zadavatelů. Poslední jmenovanou úlohu plní obecní či krajské úřady a jejich role spočívá právě ve snaze o adekvátní nastavení priorit v oblasti sociálních služeb na úrovni obce, mikroregionu či kraje. Je zřejmé, že zadavatelé nedisponují osobními zkušenostmi se službami jako jejich uživatelé nebo podrobnějšími informacemi o určité oblasti jako poskytovatelé služeb. Na druhou stranu se předpokládá, že mají ucelenější přehled o různých problémech existujících v daném regionu a se situací a pozicí uživatelů a poskytovatelů se mohou důkladněji seznámit právě prostřednictvím kontaktu s nimi.

Obecně lze konstatovat, že uživatele (a to i potencionální lze rozdělit do následujících kategorií:

2.1 OSOBY, KTERÝM JE POSKYTOVÁNA SOCIÁLNÍ PÉČE

Senioři

Senioři využívají především ambulantních služeb – denní centra, poradenské služby. Dále terénních služeb – pečovatelská služba, ošetrovatelské služby poskytované agenturami domácí péče a v některých případech i asistenční služby, které využívají k doprovodu k lékaři a k pomoci při běžných sebeobslužných aktivitách. Senioři tvoří významnou část klientů a uživatelů pobytových služeb – domovy pro seniory, penzióny pro seniory, domy s pečovatelskou službou.

Rodiče na rodičovské dovolené a matky na mateřské dovolené

Tvoří skupinu, která nejčastěji využívá služeb rané péče a poradenských služeb. Využívána jsou i denní centra, zaměřená na pobyt matek s dětmi.

Handicapovaní občané:

tělesně handicapovaní,
mentálně handicapovaní,
smyslově handicapovaní,
handicapovaní s kombinovaným postižením.

Tato kategorie občanů nejvíce využívá ambulantních sociálních služeb, zejména rehabilitační služby a služby sociální rehabilitace, krátkodobé pobytové služby ve stacionářích, které jsou zaměřené na specifický typ postižení a kde je jim poskytnuta celodenní péče. Velmi často je využívána i terénní služba – osobní asistence a další služby – pečovatelská, služba domácí péče, apod.

2.2 OSOBY V KRIZOVÉ SITUACI A V PROBLEMATICKÉM PROSTŘEDÍ

Děti a mladiství v krizové situaci

Jde o skupinu, která je mnohdy vystavena krizovým situacím v rodině (zanedbávání, týrání ze strany dospělých) ale i ve škole nebo v blízkém okolí (šikana, stalking, neschopnost, vyrovnat se s náročnou osobní situací apod). V těchto případech slouží tzv. centra krizové pomoci, telefonická linka bezpečí. Zmíněné služby musí úzce spolupracovat se školami

a zdravotnickými zařízeními, která mohou primárně odhalovat prvky tělesného či psychického strádání dětí a mladistvých.

Rodiče s dětmi v krizové situaci

Nejčastější krizovou situací, do které se zmíněná skupina dostává je zadluženost a nebezpečí chudoby. Spouštěčem sociální události může být nezaměstnanost jednoho z rodičů a následně finanční problémy, které jsou spojeny se ztrátou bydlení a hrozbou exekuce.

Další krizovou situací může být závažná nemoc člena rodiny a změna životní úrovně.

Při řešení možných problémů lze využít poradenské služby, zaměřené na dluhovou problematiku, služby pedagogicko-psychologické poradny, manželské poradny a služby sociálního poradenství, které zajišťují i právní služby.

Občané v krizové situaci

V krizové situaci se ocitnou občané při náhlé ztrátě majetku (povodně, požáry, trestné činy) nebo při ztrátě blízkého člověka (náhlé úmrtí člena rodiny, ztráta blízkého, apod.). Sled několika krizových sociálních událostí může vést až k ztrátě domova a způsobit, že se občan ocitne na ulici bez jakýchkoliv prostředků. Pomoc lze vyhledat v pobytových zařízeních sociálních služeb – azylové domy, noclehárny. Současně v těchto zařízeních funguje i poradenská služba, kde je lidem poskytována i pomoc s vyřizováním dokladů na úřadech, pomoc psychologa apod.

V rámci sociální pomoci je jim poskytnuto bezplatné poradenství a možnosti finanční a hmotné pomoci, o které rozhoduje příslušná obec či město.

Děti a mladiství, žijící v rizikovém sociálním prostředí

Jde o skupinu, která je ohrožena sociálně patologickými jevy (závislost na drogách, kriminalita, záškoláctví, šikana, apod.) V prostředí, které je rizikové jsou zřízena nízkoprahová centra pro děti a mládež, která se věnují zejména volnočasovým aktivitám a zabraňují volnému potulování dětí po ulicích. Jde o ambulantní zařízení sociálních služeb, které má především výchovný a preventivní charakter. V tomto prostředí fungují i tzv. kontaktní centra, která zajišťují pomoc drogově závislým i lidem bez domova (výměna inj. stříkaček, hygienické služby, potravinová pomoc, poradenství, zdravotní pomoc). Současně zde fungují i terénní služby, kde docházejí sociální pracovníci do vybraných rodin a poskytují pomoc při řešení dluhů, při výchovných problémech s dítětem apod. Nelze opomenout i význam sociální práce přímo na ulici tzv. streetwork, která je specifická tím, že sociální pracovník vyhledává rizikové skupiny přímo v terénu a snaží se na ně působit „zevnitř“ a ovlivňovat tak jejich závadové chování.

Osoby žijící ve znevýhodněném socio-kulturním prostředí

Jedná se nejvíce o etnika s kulturní odlišností. Jejich problémem je sociální začlenění do majoritní společnosti a uplatnění na trhu práce. V lokalitách, které jsou ohrožené sociální exkluzí, je dlouhodobá nezaměstnanost a permanentní zadluženost. Občané mohou v souvislosti s těmito problémy využívat služeb komunitní péče, která je zacílena na řešení problémů kulturní odlišnosti a nežádoucího chování komunity a pomoci jim tak se znova začleněním do společnosti. V těchto oblastech jsou k dispozici nízkoprahová centra pro děti a mládež, poradenské služby, zaměřené na kontakt s úřady, na možnosti vzdělávání a rekvalifikace a v neposlední řadě i právní služby. V terénu pracují komunitní sociální pracovníci, kteří úzce spolupracují se členy dané komunity a snaží se pozitivně ovlivňovat život komunity.

MARGINALIZOVANÉ SKUPINY

Děti a mladiství ohrožení drogovou závislostí.

Osoby opouštějící ústavní péči.

Osoby bez přístřeší.

Osoby vracející se z výkonu trestu.

Osoby drogově závislé nebo léčící se z drogové závislosti.

Všem výše zmíněným skupinám je věnována péče, zaměřená především na terciální prevenci. To znamená, snahu, začlenit se do normálního života, navázat vztahy s rodinou a přáteli, pomoc, při uplatnění na trhu práce a získat ubytování spolu s vyřešením sociální podpory. Cílem je zabránit další sociálně patologické situaci. Významnou úlohu zde má kurátorská a mediační služba a služby sociální prevence.

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Charakterizujte stručně skupiny občanů, kterým je určena sociální péče
 2. Co znamená pojem marginalizovaná skupina?
 3. Jaký typ sociální prevence je zaměřen na skupiny, které jsou objektem terciální prevence?
-

3 ZÁKLADY SOCIÁLNÍ PATOLOGIE

Podle Hartla (2010) pojem patologie označuje vědní disciplínu, která se zabývá odchylnými, nenormálními životními pochody a jevy. Patologie sociální je podle zmiňovaného autora zastaralý výraz pro odvětví sociologie, které se zabývá podmínkami a průběhem abnormálních sociálních procesů.

Chceme-li charakterizovat aktuální stav v oblasti výskytu sociálně patologických jevů, pak k nejzávažnějším problémům patří rostoucí procento trestné činnosti dětí a mladistvých, snižování věku pachatelů trestné činnosti, nárůst recidivy páchaní trestných činů dětmi a mladistvými, stoupá agresivita a zejména brutalita mladé generace, množí se případy dětské prostituce, dětské pornografie, roste kriminalita často spojená s xenofobií, gamblerstvím, či drogami. Mezi další problémy je možno zařadit negativní vliv násilí, které je velmi často prezentováno ve sdělovacích prostředcích. Je možno poukázat na neřešené otázky zamezení přístupu dětí k materiálům s násilnou, sadistickou a pornografickou tematikou, která je prezentována na různých nosičích informací, a to Internet nevyjímaje. Jde o signál, že není zcela dořešena úloha a zodpovědnost médií.

3.1 SOCIÁLNÍ DEVIACE

Deviace je podle Hrčky (2001) pojímána v obecném pojetí jako kterákoli odchylka od normální struktury či funkce. Může se vyskytovat u jakéhokoli jevu v přírodě či ve společnosti. Čím je jev složitější a variabilnější, tím větší je předpoklad výskytu deviace.

Hrčka (2001) rozlišuje deviaci jako kvalitu a kvantitu. Deviaci jako kvalitu chápe jako odchylku od normální struktury nebo funkce jevu, deviace jako kvantita odráží počet případů v určitém souboru konkrétního jevu a míru jejich odchylky od normality. Vzhledem k tomu, že jednotlivé jevy představují ve své variabilitě kontinuum míry odchylky od normálního stavu k deviaci, za deviaci je možno považovat až určitou míru odchylky od určeného standardu, který normální úroveň jevu určuje. Není přitom řečeno ve kterém směru odchylka probíhá, zda jde o projev pozitivní či negativní. Na rozdíl od sociální patologie, negativních společenských jevů apod. je pojem deviace hodnotově a emocionálně neutrální. V praxi však převládá pojetí deviace v negativním slova smyslu.

Vzhledem k velkému počtu deviací můžeme tyto dělit na deviace nesociální a sociální. Mezi nesociální řadíme deviace u nesociálních objektů, které nevytvářejí organizovaná společenství a mezi kterými neexistují sociální interakce a vztahy (například jednodušší organismy, předměty). O sociální deviaci mluvíme u objektů sociální povahy, u objektů, kde se vyskytují sociální vztahy a sociální interakce (například společenství lidí).

Do skupiny sociálních deviací patří následující skupiny stavů:

- Zjevné deviantní chování (rozpoznané, označené).
- Zjevné poruchy psychických funkcí jedince, zpravidla se neobjevují samostatně, ale jako forma deviantního chování.
- Zjevné deviantní fyzické charakteristiky při normálním chování (nemoci, malformace, defekty apod.).
- Zjevné deviantní sociální charakteristiky při normálním vzhledu a chování (nemanželské dítě, rozvedený jedinec apod.).

Vidíme, že sociální deviace nelze chápat pouze jako deviantní chování. Hrčka (2001) proto navrhuje použití výrazu sociálně deviantní projevy, které dělí na behaviorální (deviantní chování) a nonbehaviorální (fyzické, sociální, popřípadě psychologické deviantní charakteristiky).

3.1.1 STRUKTURA, SUBJEKT, OBJEKT, OBSAH, CÍL A DŮSLEDEK SOCIÁLNÍ DEVIACE

Struktura sociální deviace je tvořena deformací sociálních hodnot, sociálních institucí, sociálních norem a sociálních vztahů.

Subjekt sociální deviace je ten, kdo se deviantně chová nebo vykazuje deviantní charakteristiku.

Jako **objekt** sociální deviace je možno označit to, na co je deviantní projev zaměřen. Objektem sociální deviace mohou být sociální objekty (například, jedinec, sociální skupina, etnická menšina, národ, společnost), fyzické objekty (například majetek), některé oblasti společenského života (například kultura, ekonomika, politika, životní prostředí), společenské hodnoty (například zdraví, spravedlnost, čest).

Obsah sociální deviace je možno pojímat jako fyzické, psychické nebo sociální charakteristiky či vzorce chování subjektů, které jsou považovány za deviantní ve vztahu k určité normě.

Cílem sociální deviace je dosažení nějakého cíle, uspokojení určité potřeby. Realizace deviantního chování vede k cíli rychleji než chování konformní, popřípadě konformním chováním k uspokojení potřeby dojít nemůže.

Důsledkem sociální deviace je dosažení či nedosažení určitého cíle, uspokojení či neuspokojení potřeby. Z hlediska okolí může dojít ke stigmatizaci nositele deviantního chování a aplikaci sociálních sankcí, nebo dojde k normalizaci sociálně deviantního chování.

3.2 SOCIÁLNÍ PATOLOGIE

Označení sociálně patologické jevy budeme chápat nikoli pouze jako synonymum k termínu sociální deviace, ale jako zjevné deviantní chování z hlediska typů a projevů negativně hodnocené, problematické, společensky nežádoucí, poškozující subjekt deviace, objekt deviace, popřípadě obojí.

Mezi takovéto zjevné deviantní chování můžeme zařadit: poruchy chování, delikvenci, automutilaci, suicidia, problematiku abúzu drog.

3.2.1 PORUCHY CHOVÁNÍ

Poruchy chování u dětí jsou definovány jako opakující se a trvalý (nejméně 6 měsíců) vzorec chování, které porušuje sociální normy a sociální očekávání přiměřená věku dítěte.

Za poruchu chování tak nepovažujeme přestupky, které se vyskytují jednorázově, nebo se dvakrát, třikrát opakují. V tomto případě může jít o impulzivní projev jedince, který vyplývá z jeho nezralosti. I těmto projevům však je třeba věnovat pozornost, aby se zabránilo rozvoji vážnější poruchy. (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ a kol., 2006)

Abychom mohli konstatovat poruchu chování, v průběhu jednoho roku musí být přítomny minimálně tři z níže uvedených symptomů a zároveň jeden ze symptomů musí být trvale přítomen v posledním půlroce.

Mezi symptomy se řadí následující chování:

- ✓ Agrese k lidem a zvířatům.
- ✓ Destrukce majetku a vlastnictví.
- ✓ Nepoctivost nebo krádeže.
- ✓ Vážné násilné porušování pravidel.

Pokud porucha chování začíná v dětském věku, pak alespoň jeden ze symptomů musí být přítomen před desátým rokem věku. Pokud porucha chování začíná v adolescenci, pak žádný ze symptomů nesmí být přítomen před desátým rokem věku.

FAKTOR ZÁVAŽNOSTI

O lehkou poruchu chování se jedná v případě, kdy z poruch chování neplynou žádné problémy, popřípadě problémy malé. Poškození objektu je mírné. O střední poruchu chování se jedná v případě střední frekvence poruchového chování. Poškození objektu problémového chování se pohybuje mezi středním a těžkým.

O těžkou poruchu chování jde v případě, že se vyskytuje více symptomů, než je potřebné ke stanovení diagnózy, nebo se objevují takové poruchy chování, které mají za následek těžké ublížení na zdraví (HORT, HRDLÍČKA, KOCOURKOVÁ, MALÁ, a kol., 2000).

Faktor věku a závažnosti není možno oddělit. Při posuzování závažnosti poruch chování je tedy nutno brát v úvahu věk jedince, míru zralosti jeho osobnosti. Čím je jedinec starší, tím je konkrétní porucha chování považovat za závažnější.

Jak uvádějí Řičan a Krejčířová (2006), u dětí v předškolním věku nejsou ještě morální normy pevně ustálené a interiorizované. Proto určité problémové chování není možno považovat za skutečnou poruchu. Například lži jsou mnohdy projevem bohaté fantazie dítěte, krádeže také nemají ještě svůj pravý význam. Dítě si prostě bere to, co se mu líbí.

Poruchy chování mají v tomto věku spíše podobu negativismu, opozičního chování a agresivity. Jde zejména o to, aby toto problémové chování nebylo fixováno a nerozšiřovalo se o další nežádoucí aktivity. Ve školním věku se z poruch chování nejčastěji vyskytují krádeže, lhaní, agresivita, záškoláctví a útěky z domova. V tomto věku jedinec zpravidla zná etické normy a je si vědom závažnosti jejich porušování.

PŘÍČINY PORUCH CHOVÁNÍ

Příčiny poruch chování rozlišujeme dvojí: Psychologicky podmíněné poruchy chování a rodinně podmíněné poruchy chování.

Psychologicky podmíněné poruchy chování

• Náhradní uspokojení

Každý jedinec má celou škálu potřeb, které se snaží určitým způsobem uspokojit. Kromě biologických potřeb jsou významné například potřeba lásky, sounáležitosti, uznání,

pozornosti, uplatnění, pozitivního hodnocení apod. V případě ztráty nebo citové deprivace nebo v případě nemožnosti vyjádřit určitou potřebu ve svém prostředí, jedinec hledá způsob náhradního uspokojení, které se projevuje jako porucha chování.

- **Volání o pomoc**

V tomto případě jsou poruchy chování zpravidla náhlé a vyskytují se v situaci pro jedince distresové, zátěžové (například v situaci vystupňovaného konfliktu). Jedinec bývá často úzkostný nebo depresivní. Poruchové chování není zaměřeno na uspokojení potřeb. Jedinec se chová nesmyslně, jakoby v panice. Důvod chování nezná a neumí ho vysvětlit.

- **Emoční deprivace.**

Poruchy chování jsou důsledkem dlouhodobé citové deprivace jedince v rodině nebo ústavním prostředí, mnohdy jsou poruchy spojeny s LMD či poruchami učení. Jedinci se cítí společností odmítání, vylučování. Obvykle se rovněž vyskytuje značná impulzivita a potíže v navazování hlubších citových vztahů. Co se rodinného prostředí týče, převládá nedůslednost a nedostatek disciplíny.

- **Disharmonický vývoj osobnosti**

Poruchy chování jsou důsledkem neschopnosti jedince navázat vřelé vztahy k druhým lidem, neschopnosti prožívat lásku i pocit viny, chybí rovněž vnitřní zábrany a kontroly. Chování bývá značně impulzivní, s výraznými agresivními tendencemi. Slouží k okamžitému osobnímu uspokojení, prospěchu. Negativní činy jsou mnohdy předem plánovány. Pro druhé se mohou stát autoritou, často bývají vůdci part. Navenek jsou schopni vystupovat zdvořile, jako lidé citliví, rozumní a milí, předvádět lítost a slibovat nápravu. Sliby však nejsou schopni dodržet. Prognóza není příliš příznivá. Vývoj zpravidla v důsledku trvale narušené struktury osobnosti směřuje k asociální poruše osobnosti dospělých.

- **Psychické poruchy**

Poruchy chování jsou projevem jiné závažné psychické poruchy, například schizofrenie, deprese apod.

Rodinně podmíněné poruchy chování

Rodiče jako model dítěte se sami chovají společensky nežádoucím způsobem a toto chování prezentují jako uspokojivé. Nemají často osvojeny morální normy, sociální normy běžně porušují a stejné chování schvalují u dítěte, mnohdy ho k tomu přímo vybízejí. Dítě kupříkladu není trestáno za porušení normy, ale za to, že se nechalo chytit. Stimulace k nežádoucímu chování může probíhat i skrytě tím, že rodiče opakovaně zdůrazňují zákazy (například nesmíš lhát, krást, podvádět, pít apod.). Dávají vlastně najevo, že toto nežádoucí chování od jedince očekávají. Přisuzují tak dítěti roli „zlobivého dítěte“. Nezřídká dítě tuto roli přijme a identifikuje se s ní.

Dítě je v rodině obětním beránkem. Poruchami chování jedince lze vysvětlit všechny aktuální problémy, nenarušují sebeobraz ostatních členů rodiny, a tak pomáhají udržovat rovnováhu rodinného prostředí (ŘÍČAN, KREJČÍŘOVÁ a kol., 2006).

3.2.2 **DESKRIPCE PORUCH CHOVÁNÍ**

V rámci deskripce poruch chování rozlišujeme:

Lži

Jde o záměrné konstatování nepravdy. Důvody mohou být různé. Zmíníme některé typy lží:

a) Konfabulace (smyšlenky)- jsou typické u dětí do šesti let. Jsou vlastně součástí dětského myšlení, hry.

b) Pseudologia phantastica (bájevá lhavost) - jedinec (často s hysterickými rysy), se do svých produkcí tak vžije, že jim sám věří (typické pro některé děti, rybáře a politiky).

c) Bílé (milosrdné) lži- jedinec si je vědom, že mluví nepravdu, ale nemá z toho vlastní prospěch. Jde spíše o způsob ochrany druhého.

d) Pravé lži- jedinec říká nepravdu pro svůj vlastní prospěch, nezřídka tímto poškozuje druhého.

Krádeže

a) Pravé krádeže- jde o zcizení věci plánované, promyšlené tak, aby riziko dopadení bylo co nejmenší. Krádež jedinci přináší určitý zisk, někdy může být i prostředkem msty, vyjádřením touhy po dobrodružství pod.

b) Kleptomanie- jde o jednání na impulzivním podkladě. Jedinec nekrade pro zisk, krádež není dopředu plánována ani promyšlena.

Opuštění domova

Příčin opuštění domova může být několik. Může to být reakce na zátěžovou situaci, na podkladě impulzivním, v důsledku postižení CNS nebo psychotického onemocnění.

Opuštění domova na podkladě reaktivním

a) Útěky - útekem z domova jedinec řeší pro něj závažnou situaci, například se chce vyhnout trestu, problémům apod. Útěku často předchází boj motivů (utéci nebo zůstat?).

b) Potulování - k potulování dochází nejčastěji tehdy, má-li pro jedince domácí prostředí převážně negativní náboj. Svůj čas pak tráví potulováním se po městě, kinech, hernách, obchodech apod. Zpravidla se večer vrací domů, ale není to pravidlem.

c) Toulky - toulky mají na rozdíl od útěků zpravidla jasný cíl a program, mají delší dobu trvání a jedinec se většinou sám domů nevrací. Toulky jsou nezřídka živeny fantazií, touhou po dobrodružství a jsou podporovány ročními obdobími (nejčastěji se jedinci začínají toulat na jaře a v létě- ne na podzim či v zimě). Toulky jsou rovněž často předem plánovány a jedinec se na toulku připravuje (například materiálně- krade doma peníze, shromažďuje jídlo apod.).

Opuštění domova na podkladě impulzivním

Útěky, potulování a toulky se mohou někdy vyskytovat i jako impulzivní jednání. Jedinec není schopen říci důvod, proč domov opustil. Uvádí, že ho to prostě napadlo (MEČÍŘ, 1985).

Vandalismus

V užším slova smyslu se jedná o nesmyslné ničení kulturních hodnot. V širším slova smyslu jde o ničení a poškozování hodnotných předmětů patřících soukromým osobám nebo společnosti. Rozlišujeme dva typy vandalismu. První typ: Jednání má jasný cíl, je připravováno a je dopředu známa hodnota předmětu, který bude ničen (například msta). Druhým typem je jednání, které není předem připravováno, hodnota předmětu nemusí být známa. Pokud známa je, není tomu přičítán význam (například nevhodná forma hry, demonstrace síly, zahrnutí nudy, ventilace napětí apod.).

Vražda

I u nezletilých jedinců se jedná o velmi vážný delikt. Rozeznáváme několik typů vražd. Vraždy předem plánované - zpravidla loupežné, připravované bez hlubšího emočního hnutí jedince.

Vražda v afektu strachu - vražda je v tomto případě rovněž krycím zločinem, kterým jedinec maskuje jiné nežádoucí chování (například po sexuálním ataku dívky ji chlapec zavraždí ze strachu z toho, že ho následně oznámí).

Vražda v afektu vzteku - často ze žárlivosti a pod vlivem alkoholu, který snižuje schopnost sebekontroly a seberegulace.

Vražda v silném sexuálním vzrušení, vražda z touhy po dobrodružství, vzrušení, z touhy upozornit na sebe a vražda v psychotickém stavu.

Žhářství

Pokud vyloučíme požár v důsledku nehody, pak jde zpravidla o touhu udělat velký požár, vidět hasiče při práci, zažít dobrodružství, upozornit na sebe, prosadit se a získat obdiv (například za obětavost a odvahu při hašení požáru), pomstít se, prožít sexuální vzrušení apod. Žhářství, kde jde o motivaci patickou, se nazývá pyromanie.

Automutilace (sebepoškozování)

Jedná se zároveň o poruchu pudu sebezáchovy. Existuje mnoho forem sebepoškozování (například pálení se, řezání, lámání si končetin, polykání různých předmětů, záměrné nachlazení se apod.) a mnoho příčin sebepoškozování. Pokud vyloučíme automutilaci u psychotiků a silně mentálně retardovaných jedinců, pak cílem je například:

- ✓ snaha vyhnout se problému;
- ✓ snaha vytvořit zástupný problém, odvést pozornost od původního problému;
- ✓ snaha o změnu prostředí;
- ✓ snaha upozornit na sebe;
- ✓ snaha prosadit se, uplatnit se;
- ✓ protest;
- ✓ trestání sebe sama apod. (MEČÍŘ, 1985).

Suicidium (sebevražda)

Sebevražda je vždy velice vážný jev, o to více to platí u nezletilých. O sebevraždě mluvíme u jedinců starších osmi let, protože teprve po tomto věku je vytvořeno pojetí smrti jako takové. Pokud dojde k úmrtí dítěte mladšího, jedná se zpravidla o důsledek nevhodné hry či nešťastnou náhodu. Sebevraždu rovněž můžeme zařadit mezi poruchy pudu sebezáchovy. Rozeznáváme několik typů sebevražd:

a) Sebevražda v pravém slova smyslu:

- jde o chování, které ve svém důsledku může zapříčinit smrt, je zde úmysl zemřít;

- jde o chování zkratovitě a je zpravidla důsledkem existenciální frustrace (například ztráta blízké osoby, vidina permanentního neúspěchu, odmítání apod.).

b) Sebevražda demonstrativní:

- jde o chování, které ve svém důsledku může zapříčinit smrt, není zde úmysl zemřít;
- cílem jsou obdoby jako u automutilace, navíc je demonstrativní sebevražda užívána jako prostředku psychického vydírání okolí;
- jedinec záměrně volí postup, který nevede k úmrtí, avšak prezentuje touhu zemřít
- jedinec volí postup, který může způsobit smrt, ale předem naplánuje způsob i čas „záchrany“.

c) Bilanční sebevražda:

- u nezletilých netypická;
- jde o sebevraždu po určitém bilancování a dlouhé úvaze, kdy perspektivy jedince jsou velmi negativní (například u nevyléčitelně nemocných lidí).

d) Sebeobětování - jedinec obětuje svůj život aby:

- zachránil životy jiné;
- upozornil na určitý problém, vyburcoval veřejnost.

Sebevraždy můžeme rovněž dělit podle toho, zda dojde k úmrtí či nikoli na:

- a) sebevraždy dokonané;
- b) sebevraždy nedokonané (MEČÍŘ, 1985).

Nutno podotknout, že mnoho sebevražd v pravém slova smyslu je naštěstí nedokonaných (jedinec se podaří zachránit či použije nevhodný způsob sebevraždy), avšak některé sebevraždy demonstrativní jsou naopak sebevraždami dokonanými (jedinec špatně sebevraždu naplánuje a není možno ho již „zachránit“).

Antisociální chování

Jako antisociální označujeme chování, které je podle názoru společnosti nesprávné, ale z hlediska zákona není ještě trestné (například lži, menší podvody, drobné výtržnosti, běžné rvačky apod.). Patří sem i vážnější delikty spáchané dětmi do 15 roku věku, které nemohou být zákona trestané (MEČÍŘ, 1985).

Delikvence

Podle Mečíře (1985) se jedná o označení všech trestných jednání spáchaných osobami, které překročily hranici věku, nad níž podléhají trestnosti podle zákona. Jedlička a Kořa (1998) mluví o „juvenilní delikvenci“. Tímto termínem některé obory označují kriminalitu mladistvých. Kriminalita je termín vyjadřující souhrn aktivit (zpravidla sociálně podmíněných), které ve zvýšené míře ohrožují společnost a jsou prohlášeny za trestné činy či přečiny.

3.3 PROBLEMATIKA ZÁVISLOSTÍ

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (1992) je syndrom závislosti chápán jako skupina fyziologických, behaviorálních a kognitivních fenomenů, v nichž užívání nějaké látky nebo třídy látek má u daného jedince mnohem větší přednost, než jiné jednání, kterého si kdysi cenil více. Centrální popisnou charakteristikou syndromu závislosti je touha brát psychoaktivní látky (které mohou, avšak nemusí být lékařsky předepsány), alkohol nebo tabák.

Mezinárodní klasifikace dále uvádí, že definitivní diagnóza závislosti by se měla stanovit pouze tehdy, jestliže během posledního roku došlo ke třem nebo více následujících jevů:

- ✓ silná touha nebo puzení užívat látku;
- ✓ potíže v kontrole užívání látky, a to pokud jde o začátek a ukončení nebo množství látky;
- ✓ somatický odvykací stav, jestliže je látka užívána s úmyslem zmenšit jeho příznaky, což je zřejmé z typického odvykacího syndromu pro tu kterou látku nebo užívání stejné či velice příbuzné látky se záměrem zmenšit nebo odstranit odvykací příznaky;
- ✓ průkaz tolerance jako vyžadování vyšších dávek látky, aby se dosáhlo účinků, které byly původně vyvolány nižšími dávkami;
- ✓ postupné zanedbávání jiných potěšení nebo zájmů ve prospěch užívané psychoaktivní látky a zvýšené množství času věnovaného k získání nebo užívání látky, nebo k zotavení se z jejího účinku;
- ✓ pokračování v užívání přes jasný důkaz zjevně škodlivých následků.

Pojmy toxikomanie a narkomanie (závislost na psychoaktivních nealkoholových drogách) vyjadřují závislost na drogách. Jedinec může být závislý na jedné drozemonotoxikomanie nebo na více drogách (například alkohol + léky potlačující úzkost) - polytoxikomanie.

Kromě výše zmíněných syndromů závislosti můžeme závislost dělit podle oblastí, které jsou u jedince zasaženy, na:

- ✓ psychickou závislost - na jedné straně je způsobena účinkem drogy, na straně druhé osobností jedince (například osobnost nezralá, nevyrovnaná, nedostatečně integrovaná, deprivovaná apod.);
- ✓ fyzická závislost- je způsobena včleněním drogy do látkové přeměny. na její nedostatek či absenci reaguje organismus abstinenčními příznaky;
- ✓ sociální závislost- uživatelé tvoří více méně specifická společenství, ve kterých jsou členové zejména na počátku drogové kariéry svázáni například společnými cíli (užívání drogy, kriminální činnost apod.), hodnotami (droga je na prvním místě), normami, rolami a každý člen zaujímá specifické postavení. Stát se členem takovéto skupiny je jednodušší, než skupinu opustit.

ODVYKACÍ STAV

Jde o skupinu příznaků různého seskupení a stupně závažnosti. Vyskytují se po úplném nebo částečném odnětí látky, která byla před tím užívána trvale. Začátek i průběh odvykacího stavu jsou časově limitovány a závisejí na typu látky a dávce, která byla užívána před redukcí konzumace nebo před jejím vysazením. Mezi kritéria odvykacího stavu patří:

- ✓ jasný důkaz o přerušení nebo snížení užívání opakovaně, dlouhodobě nebo vysokém množství užívané látky;
- ✓ příznaky a znaky, které odpovídají projevům odvykacího stavu u určité látky nebo látek;
- ✓ příznaky a znaky nelze přičítat jiné duševní, behaviorální nebo somatické poruše, která s užíváním látky nesouvisí (SMOLÍK, 1996).

3.3.1 PŘÍČINY UŽÍVÁNÍ DROG

Vznik drogové závislosti podle Janíka a Duška (1990) podmiňují zejména existence drogy, osobnost, sociální prostředí a provokující a vyvolávající činitele.

DROGA

Existenci drog není dle našeho názoru vhodné a nutné odsuzovat. Těžko bychom se kupříkladu obešli bez terapeutických účinků drog. Problémem je abúzus drog, tedy společensky neakceptovatelné užívání drogy, a vytvoření syndromu závislosti. Tyto faktory jsou posilovány nikoli z etických a humanitních důvodů, ale z důvodů ekonomických. Prodej drog je stále velmi výnosný obchod. Čím vyšší poptávka, tím vyšší zisky.

Hlavní příčina problémů tedy podle nás nespočívá v existenci drogy samotné, ale ve vztahu, případně postoji jedinců k droze. Droga sama může být provokující činitel pouze v určitých situacích, za určitých podmínek. Co se nelegální distribuce drog týče, preventivně může působit rozumná legislativa a přiměřená represe. Při vytváření postojů k droze hrají roli osobnost jedince, sociální prostředí a provokující a vyvolávající činitele (FLEISCHMANN, 1999).

OSOBNOST

Pokud vyjdeme z běžné typologie osobnosti, není dosud zcela prokazatelné, zda určitý typ osobnosti inklinuje k abúzu drog více než typ jiný. Za jedince zvýšeně ohrožené bychom mohli pokládat:

- ✓ osobnosti akcentované- jsou nápadné rozvojem některých rysů, avšak bez výrazné odchylky od normy;
- ✓ osobnosti anomální- určitý rys je výrazněji vyjádřen, avšak běžný život jedince není narušen a jedinec se zpravidla nedostává do konfliktu se společností;
- ✓ osobnosti psychopatické- jedná se o trvalou nevyváženou skladbu osobnosti tím, že některé vlastnosti jsou vyvinuty přebujele, jiné se dostatečně nerozvinou. (MEČÍŘ, 1985).

Zůstaneme-li v rovině tzv. „normální osobnosti“, mezi extrémně ohroženou část populace patří dospívající jedinci. Mimo jiné je to dáno jejich zvýšenou emocionální labilitou, hyperkritičností vůči sobě i okolí, rozporem mezi jejich sociální rolí, kdy je od nich očekáváno chování a jednání na dospělé úrovni, a sociální pozicí, kde jsou jim dosud

přiznávána práva nedospělého, dítěte, a zvýšeným prožíváním strachu až úzkosti pramenící z nejistoty pojetí vlastní osoby, z nejistoty o své roli v životě apod.

Preventivní působení v oblasti abúzu drog je v této souvislosti nutné zaměřit na vytvoření takového sociálního prostředí, které povede ke kompenzaci nejohroženější části populace a k vytvoření pozitivních postojů k jiným fenoménům, než je droga a její abúzus (FLEISCHMANN, 1999).

SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ

Pokud pomineme vnitřní výbavu jedince, působí v procesu socializace prostřednictvím konkrétních mechanismů tzv. činitelé prostředí. Patří k nim činitelé mikroprostředí, mezoprostředí, exoprostředí a makroprostředí (HELUS, 2007).

Z činitelů mikroprostředí jedince v jeho vývoji bezprostředně ovlivňují zejména rodiče, případně prarodiče, sourozenci, spolužáci, učitelé, kamarádi apod. Zmíníme-li se kupříkladu o působení rodiny, což je zpravidla první sociální skupina, které se jedinec stává členem, její působení by mělo být prosociální, rodina by měla bezpodmínečně zabezpečit plnění svých základních funkcí- funkci výchovnou, emocionální, ochrannou, ekonomickou a biologickou. Nejsou-li tyto funkce řádně plněny, rodina se stává dysfunkční, případně afunkční a její působení je spíše protipreventivní. Neméně významné je působení učitelů.

Z činitelů mezoprostředí je významné, do jaké míry jsou zachovány transkontextuální vazby - např. činnostní, vědomostní, dovednostní, dále pak jaké kvality jsou vztahy mezi činiteli mikroprostředí například kvalita vztahů mezi rodiči a učiteli.

V rámci exoprostředí hraje roli kupříkladu to, zda jedinec vyrůstá v malém městě či vesnici, nebo ve městě s velkým počtem obyvatel, kde působících vlivů je více a větší je i anonymita jedince, dále profese rodičů apod.

Činitelé makroprostředí sice nepůsobí přímo, avšak například kultura národa, ideologie státu jedince v jeho vývoji ovlivňují, a to zejména prostřednictvím činitelů mikroprostředí.

MECHANISMY SOCIALIZACE

Při koncipování programů primárně preventivního působení bychom měli také zohlednit to, jaké mechanismy působí v rámci socializace jedince. Mezi základní socializační mechanismy tedy patří sociální činnosti- hra, učení, práce, dále imitace, identifikace, sugesce a sociální zpevnování.

Sociální činnosti by svou formou a obsahem měly mít pro jedince progresivní charakter, neměly by vést k regresi osobnosti jedince. Ve spojení se sociálními činnostmi by měly být uspokojeny primární, ale i sekundární potřeby jedince, zejména potřeba úspěchu, uznání, poznávání, potřeba být okolím pozitivně hodnocen. Pokud sociální činnosti nejsou progresivní, pokud potřeby jedince nejsou dostatečně uspokojeny, jedinec je frustrován a psychicky deprivován, což jsou faktory zvyšující ohrožení jedince z hlediska nebezpečí abúzu drog.

U imitace jde o to, že jedinec buďto automaticky, nevědomě, či záměrně napodobuje vzorce chování či jednání modelu, který je pro něj přitažlivý, má k němu určitý vztah. Zde je důležité, jaké modely budou jedinci předkládány. Ne vždy je chování a jednání modelu, i když modelu atraktivního a úspěšného, prosociální. Máme tedy snahu jedincům předkládat

modely sociálně žádoucí, pozitivní, jakési vzorce bez chyb. A zde se můžeme dočkat tzv. „bumerangového efektu“ (Kondáš a kol., 1979). Jedinec model nenapodobuje, ale ignoruje či odmítá. Příčin může být několik. Model není pro jedince subjektivně přitažlivý, nevidí v něm cestu, jak být například úspěšný a pozitivně hodnocen, model je pro něj nedosažitelný, nemůže realizovat určitý předkládaný vzorec chování a jednání, model je předkládán příliš často a příliš intenzivně, je jedinci vnucován. Jestliže se tedy chceme vyvarovat neúspěchu v podobě nepřijetí sociálně žádoucího modelu a mnohdy, paradoxně, přijetí modelu sociálně nežádoucího, neměli bychom nevhodně operovat modely ideálními. Vhodnější je diskutovat s jedinci o pozitivních a negativních předkládaných modelech a citlivě, avšak důsledně, vést jedince k tomu, aby zvolil model prosociální. Práce je to obtížná, avšak jak subjekt socializace (ten, který působí), tak objekt socializace (jedinec, na kterého je působeno) mohou ve svém důsledku prožít pocit úspěchu a pozitivního uplatnění v určité sociálně žádoucí činnosti i v životě. Mnohdy zde platí: „Nemohu-li být nejlepší v tom, že jsem nejlepší, budu alespoň nejlepší v tom, že budu nejhorší.“ Motivem bývá například komplex méněcennosti, psychická deprivace, snaha uniknout, snaha vyjádřit protest apod.

Identifikace spočívá v tom, že jedinec pouze nenapodobuje určitý model, ale ztotožňuje se s jeho názory, postoji, hodnotami apod. Tak, jako je mnohdy obtížné dosáhnout toho, že jedinec přijímá sociálně žádoucí názory, vytváří si sociálně žádoucí postoje a přijímá sociálně žádoucí hodnoty, je velmi obtížné změnit sociálně nežádoucí názory, postoje, hodnoty.

Prostředkem v obou případech je **mechanismus sociálního zpevňování**. Formy jsou v zásadě dvě- odměna a trest. Opíráme se zde o přirozenou tendenci jedince vyhledávat podněty a situace, které jsou subjektivně prožívány jako příjemné, a vyhýbat se podnětům a situacím, které jsou subjektivně prožívány jako nepříjemné.

Odměnou tedy navozujeme prožitek libý, **trestem** prožitek nelibý. Ve vztahu k uvedenému bychom zmínili alespoň dva problémy. Prvním problémem je to, že při aplikaci drogy jedinec zpravidla očekává a mnohdy také následně prožívá pocity libé. Droga tedy může být pro jedince, minimálně v počátcích drogové kariéry, jakousi odměnou. Odměnou, kterou realizoval on sám, a to svobodně, nezávisle na okolí, zejména nezávisle na autoritách, vůči kterým je zpravidla hyperkritický, bez ohledu na to, zda se o odměnu zasloužil prosociálním chováním a jednáním. Druhým problémem může být forma a míra trestu. Pokud je trest nepřiměřený, pak je, ač si je jedinec vědom svého provinění, prožíván jako křivda. To vede obvykle k obrannému agresivnímu chování, kdy prostředkem agrese může být užití drogy.

Dalším socializačním mechanismem, který může významnou měrou přispět k efektivitě preventivního působení, avšak také k rozvoji drogové závislosti, je sugesce. Tu je možno charakterizovat jako nekritické přijímání informací bez racionální korekce. Sugestivní působení je založeno v první řadě na prožitcích. Pokud tedy v rámci preventivního působení navodíme atmosféru z hlediska emocionálního významnou, pravděpodobnost efektivit našeho působení se zvýší. Tím však nechceme říci, že by informace podávané v rámci preventivního působení měly postrádat racionální jádro. Je vždy nutno zvážit, jaké informace zvolíme a jakým způsobem je budeme podávat. Zároveň není možné opominout kvalitu vztahu mezi komunikátorem (ten, který informace předává) a komunikantem (ten, který informaci přijímá). Vztah by měl být vždy založen na vzájemné důvěře, akceptaci (přijetí druhého i s jeho případnými nedostatky), kongruenci (opravdovost vztahu) a empatii, tedy schopnosti vcítit se do prožívání druhé osoby (FLEISCHMANN, 1999).

3.3.2 *PROVOKUJÍCÍ A VYVOLÁVAJÍCÍ ČINITELE*

Dosud jsme stručně naznačili některé vlivy, které podporují jak prosociální vývoj jedince, tak mohou, v rámci dysfunkčnosti svého působení, vést k rozvoji drogové závislosti.

Konkrétních provokujících a vyvolávajících činitelů může být celá řada. Mohou působit izolovaně či v kombinaci. Jde o interindividuální záležitost. Motivem k užití drogy je velmi často touha po dobrodružství, po neobvyklém a intenzivním prožitku, snaha nebýt izolován v rámci sociální skupiny, vyjádřit nesouhlas, protest, posílit své sebevědomí, uniknout apod.

V pozadí pak ve většině případů najdeme psychickou deprivaci jedince, a to hlavně deprivaci emocionální, sociální, případně senzomotorickou, a frustraci, kdy překážka na cestě k cíli je pojmána jako pro jedince nepřekonatelná či nesmyslná. V těchto situacích bývá významným provokujícím činitelem druhá osoba, avšak za velmi významného provokujícího činitele je možno v těchto situacích považovat drogu samotnou (FLEISCHMANN, 1999).

3.3.3 *PATOLOGICKÉ HRÁČSTVÍ- GAMBLING*

Patologické hráčství je možno charakterizovat jako nutkavou potřebu hrát, a to na úkor materiálních, pracovních, rodinných a sociálních hodnot, na úkor svých dřívějších zájmů. Jedinec ztrácí sebekontrolu, kontrolu nad penězi, časem, úrovní mezilidských vztahů. Závislost na hraní se postupně prohlubuje. Motivem hraní je zpravidla touha po prožitku citového vzrušení, touha po úspěchu, zisku, napínavé činnosti, kde výsledek není předem znám, mnohdy jde o určitou formu úniku (zejména u žen).

Důsledkem jsou problémy zejména v oblasti pracovní (hra na úkor studia, pracovní činnosti, což vede ke zhoršení výsledků činnosti apod.), společenské (postupná izolace, neschopnost navazování a udržování kontaktů, konflikty v rodině apod.), osobní (preferenci hry nad jinými, potřebnějšími činnostmi, nad dřívějšími zájmy, a to i proti vůli „hráče“).

Kariéra patologického hráče probíhá ve třech fázích:

- ✓ Fáze vyhrávací - jde o první fázi, kdy jedinec pocítuje libý prožitek z výhry, bývá čím dál více vtahován do hry, s vidinou zisku do hry investuje čím dál více času a financí.
- ✓ Fáze prohrávací - jde o druhou fázi, kdy hráč stále více prohrává, do hry investuje stále více peněz a času, aby získal alespoň vložené investice zpět. Své prohry a ztráty před okolím maskuje. Lže, půjčuje si peníze, které zpravidla není schopen řádně vrátit, hraní skrývá. Objevují se vážné problémy v rodině, škole, práci apod.
- ✓ Fáze ztráty sebekontroly - jde o třetí fázi. Hráč se ocitá ve vážných finančních problémech, které nezřídka řeší majetkovou trestnou činností. Není schopen strukturovat svůj čas, většinu času hraje. Dochází k rozpadu rodiny, ztrátě zaměstnání, vyloučení ze školy apod. Hráč tuto situaci mnohdy vidí jako bezvýchodnou, objevují se deprese, někdy suicidální pokusy. V této fázi je terapie nutností (BARTLOVÁ, 1998).

3.4 **VYBRANÉ POJMY V SOCIÁLNÍ PATOLOGII**

Abstinence - stav, kdy se jedinec vědomě a ze své vůle naprosto zříká použití něčeho či nějaké činnosti (sex, alkohol, léky).

Abstinenční syndrom - abstinenční příznaky se vyskytují u všech návykových látek. Některé jsou tak málo patrné, že je možno je více či méně přehlédnout nebo zanedbat, některé příznaky jsou intenzivní a mohou být nebezpečné životu.

Odvykací příznaky: zívání, pocení, zívání, pocení, slzení, zvýšená teplota, rozšířené zorničky, třes, husí kůže, nechutenství, úzkost, nevolnost, zvracení.

O souboru odvykacích příznaků, které se typicky vyskytují pohromadě, mluvíme jako o abstinenčním příznaku.

Adaptace - přizpůsobení - vyjadřuje nejobecnější funkci psychiky. Život je neustálá adaptace. Adaptaci je nutno chápat dynamicky, nejde o pasivní přizpůsobování, ale o aktivní vztah k podmínkám existence v rámci uspokojování individuálních potřeb, v němž se uplatňuje ohled na jiné jedince a společnost. Adaptace předpokládá realistické hodnocení skutečnosti.

Asimilace - postupné včleňování jedné skupiny obyvatelstva (obvykle menšinové) skupině většinové tak, že ztrácí některé své kulturní znaky a osvojuje si jiné.

Asociace - sdružování, seskupování lidí v sociální celky, volné spojení organizací stejného druhu.

Asociál - kdo porušuje práva a zájmy společnosti, člověk bez sociálního citění, vyhraněný sobec.

Defektologie - nauka o lidech, zvláště dětech, trpící duševními poruchami nebo tělesnými nedostatky.

Delikventní parta - negativní orientace, často i protispolečenského charakteru, vyšší stupeň organizovanosti, vedoucí většinou starší, soudně trestán.

Deviace negativní a pozitivní - Jedná se o snahu postihnout skutečnost, že každá odchylka od normy je deviací, tedy nejen porušení normy, ale i její přehánění a dovádění do krajnosti. Z hlediska je deviací stejně tak chudoba jako nadměrné bohatství, podobně porušování etiky i jejich přehnané dodržování.

Droga - jakákoliv látka (substance), která, je-li vpravena do živého organismu, může pozměnit jednu nebo více funkcí.

Fyzická závislost - stav organismu, vzniklý podáváním drogy, zpravidla (ne vždy dlouhodobějším a častým) který se projevuje výskytem abstinenčních příznaků, je-li podávání drogy na určitou dobu zastaveno. Organismus fyzicky závislý na droze se droze přizpůsobil, zahrnul ji do své látkové výměny, takže na přerušení přísunu této drogy reaguje poruchou - abstinenčními příznaky.

Integrace osobnosti - znamená jednotu struktur a funkcí biogenních, psychogenních a sociogenních, jako základ duševního zdraví.

Invalidita - nezpůsobilost k vojenské nebo i jiné službě a k práci vůbec. Dělíme na úplnou a částečnou.

Kriminalita - negativní společensko-historicky podmíněný jev, souhrn jednání, jehož důsledkem je trestná činnost.

Kriminalistika - nauka o způsobech a prostředcích, jimiž se nalézají, zajišťují, trvale uchovávají a zkoumají soudní důkazy užívané k objasnění trestných činů, zajišťují pachatele a hledají způsoby, jak zabránit trestným činům.

Kriminální psychologie - zabývá se osobnostní pachatele trestného činu a psychologickými vlivy, které se podílejí na zločinnosti.

Kriminologie - nauka zabývající se zločinností jako společenským jevem, jeho formami, stavem, vývojem, jakož i opatření směřující k jeho potlačení a k předcházení zločinnosti, k prevenci.

Patologie - nauka o chorobných pochodech a změnách v těle organismu.

Patologie sociální - zabývající se průběhem a podmínkami abnormálních sociálních procesů, jako je kriminalita, toxikomanie, pracovní úrazy, dopravní nehodovost apod.

Pederas - homosexuální muž, někdy ve vztahu k hochům.

Pedofil - osoba se sexuálním zaměřením k dětem nebo k mladistvým.

Postpenitenciární péče - péče poskytovaná osobám propuštěným z výkonu trestu, u nás tzv. kurátoři pracující při zastupitelských úřadech a metodicky řízení Ministerstvem práce a sociálních věcí.

Prevence - předcházením nežádoucím jevům, nemocem.

Promiskuita - časté střídání sexuálních partnerů.

Psychická závislost - duševní stav vzniklý podáváním drogy a projevující se různým stupněm přání drogu užívat. Tento stupeň může sahát od pouhého přání, kterému není těžko odolat, přes touhu, dychtivou touhu či bažení až k neodolatelnému a opakujícímu se nutkání požit drogu. Psychická závislost bývá někdy chápána jako slabší méně významná, než závislost fyzická.

Psychopatologie - defektní psychologická věda, která systematicky studuje nepříznivé, maladaptivní a morbidní duševní podmínky, profese, vlastnosti, zvyky či stavy. Moderní psychopatologie nepokládá psychopatologické projevy za důsledky „nemoci“, ale spíše za způsob projevu nebo života, který má svou logiku, i když je sociálně maladaptivní. Předpokládá se, že jde o výslednici určité vrozené dispozice, utvářejícího vlivu rodiny, traumatických zkušeností, které formovaly vývoj osobnosti, stresů a konfliktů v citovém vývoji a neschopnost jedince vyrovnat se s těmito zdroji napětí.

Recidiva - návrat, opakování něčeho, co již pominulo. Spáchání téhož trestného činu, pro který byl už pachatel trestán.

Referenční skupina - (vztažná) - jedinec se ztotožňuje s jejími normami, chce k ní patřit, skupina silně ovlivňuje jeho prožívání a chování.

Resocializace - výchovné působení na osoby propuštěné z nápravných výchovných ústavů a jejich zařazení do společnosti, postupné začleňování do společnosti osoby duševně nebo tělesně postižené, apod.

Socializace - psychologický proces, v němž dochází k postupné přeměně člověka jako biologické bytosti v bytost společenskou. i když se jedinec rodí jako lidský subjekt, vztah společnosti a jedince v procesu socializace je nutně asymetrický. Socializace nemůže probíhat bez vzájemného působení, interakce mezi lidmi. S interakcí je úzce spjata komunikace. Socializace je proces celoživotní.

Sociální deprivace - dochází k trvalému neuspokojování těch základních potřeb, které za normálních okolností vedou k utváření a zachování osobní identity.

Sociální deviace - odchylka od společenské normy, např. právně postižitelné chování. Selhání v mezilidských vztazích, nedostatečná sociální zralost.

Sociální dezintegrace - proces narušení strukturální či funkční jednoty, směřování k celkovému rozpadu, eventuálně zániku sociální skupiny, sociálního systému. Při soc. dezintegraci přestávají fungovat instituce, platit sociální vztahy, normy, vzorce chování, na nichž spočívala předchozí integrace.

Sociální dezorganizace - narušení sociální organizace, sociálního řádu, ve specifitějším významu oslabení, narušení nebo rozkladu konkrétního normativního řádu a vzorů chování v dané společnosti nebo větší sociální skupině.

Sociální choroby - nemoci vzniklé nebo negativně ovlivňované působením sociálních podmínek. Dnešní pojetí chorob sociologie.

Sociální konflikt - v principu důsledek nedostatkivosti statků, o něž sociální aktéři usilují a odlišnost hodnot, které vyznávají jako sociologický jev, vystupuje konflikt v mnoha formách, souvislost a intenzita, což znesnadňuje pokusy o jeho obecnou definici.

Sociální kontrola - konfrontace reálného chování jedince nebo skupiny s kolektivními sdílenými hodnotami a normami tohoto chování, průběžně prováděná účastníky sociální interakce. Zjišťuje deviaci od standardů společenského soužití a jeho regulativní mechanismus směřuje k jejich odstranění prostřednictvím sankcí.

Sociální kurátor - zaměstnanec okresního úřadu pracující v oboru sociálních věcí a zdravotnictví okresního úřadu, jehož úkolem je bdít nad mladými, několikrát trestanými osobami a napomáhat jim řešit jejich problémy po propuštění z ústavu nápravné výchovy.

Sociální parazitismus - stav, kdy jedinec, rodina, soc. skupina či vrstva žijí na úkor jiných lidí nebo politického a hospodářského systému. Formy jsou velmi rozvinuté, korupce, rozkrádání, život na úkor podpor z nezaměstnanosti, z různých nadací. Za parazity jsou považováni všichni, kdož sami nepracují, žijí z majetku, z dědictví, z vykořisťování.

Sociální psychologie - usiluje o poznání a výklad toho, jak se lidská společnost podílí na utváření, fungování a vývoji psychiky, i toho, jaké místo má psychika ve společenském procesu, jaká je její regulační funkce v sociálních vztazích lidí.

Sociální psychologie je věda, zkoumající vliv společenské determinace - chování na psychiku či vědomí a regulační vliv psychiky v sociálních vztazích jednajících jedinců. Nejčastější alternativní definice uvádějí formování osobnosti v interakci a modifikaci činnosti podmíněné členstvím ve skupině.

Sociální skupina - sdružení tří a více osob, které mají mezi sebou vzájemný vztah, jenž je dán znaky: psychická vazby, společné hodnoty, shodná činnost, sounáležitost ke skupině, vedení skupiny.

Toxikománie - je stav chronické nebo periodické intoxikace, která škodí jedinci i společnosti, a je vyvolán opakovaným užíváním drogy.

Transvestitismus - sexuální úchylka projevující se touhou žít podle způsobu druhého pohlaví. Např. oblékání šatů druhého pohlaví.

Typologie - začlenění skupiny osob, objektů či jevů do skupiny dle určitých kritérií, znaků či souboru znaků.

Vandalismus - primitivní ničení kulturních hodnot, potěšení z ničení. Nepatří sem terorismus, šikany. V zásadě projev skupinového protestu, provokace, upozornění na sebe, spontánní reakce na fotbalovém zápase i jako akt zvěle, msty, rasové nesnášenlivosti.

Volný čas - čas, který zbývá po splnění pracovních a nepracovních povinností, včetně spánku.

Výchovné poradenství - činnost, dnes týmová (psychologové, pedagogové, sociologové, psychiatři, sexuologové, právníci) zaměřená na překonávání psychologických a výchovných problémů jedince a rozvoj jeho osobnosti, nejčastější je pomoc dětem a mládeži s poruchami chování nebo smyslově či mentálně postiženým.

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Charakterizujte pojmy droga, intoxikace, abúzus.
 2. Charakterizujte syndrom závislosti a odvykací stav.
 3. Charakterizujte gambling.
 4. Vytvořte případovou studii – kazuistiku na problém drogové závislosti a gambling.
-

4 PROBLEMATIKA SOCIÁLNÍ PREVENCE

Hovoříme-li v této souvislosti o potřebě vytvoření podmínek pro činnost subjektů, které se zabývají prevencí výskytu sociálně patologických jevů, je nutno diferencovat tři základní úrovně preventivních aktivit.

4.1 TYPY SOCIÁLNÍ PREVENCE

Primární prevence zahrnuje vytváření a zabezpečení optimálních podmínek pro fyzický, psychický a sociální vývoj jedince. Jak uvádí Kondáš a kol. (1979), úkolem primární prevence je zabezpečovat optimální podmínky tělesného a duševního zdraví a předcházet vzniku nepřiměřených projevů a poruch. Zejména primární prevenci je možno považovat za celospolečenský úkol, na jehož plnění by měly participovat stát svou politikou sociální, školskou a zdravotnickou. Na vlastní realizaci by měli spolupracovat ekonomové, politici, pedagogové, psychologové, lékaři, legislativci apod.

Sekundární prevence má zachytit poruchu fyzického, psychického a sociálního vývoje v počátečním stadiu, zajistit potřebná opatření pro ohroženého jedince a zabránit rozšíření poruchy mezi jedince jiné. Sekundární prevence je úkol zejména pro výchovné instituce (včetně škol), rodiče, psychologické, sociální a zdravotnické služby.

Terciální prevence má za úkol předcházet zhoršování stavu, recidivám a eliminovat důsledky sociálně patologických jevů. Zde by se měli angažovat již úzce specializovaní odborníci.

Nespecifická primární prevence je zpravidla prováděna rodiči, učiteli mateřských škol (dále jen MŠ), 1. stupně základních škol (ZŠ) a pracovníky mimoškolních aktivit. na úrovni MŠ se děti, se souhlasem rodičů, učí pracovat s informacemi, je posilováno jejich sebevědomí a učí se zdravému životnímu stylu. na 1. stupni ZŠ je součástí vyučování výchova ke zdravému životnímu stylu, k odpovědnosti za své chování, k toleranci, sebeúctě a posilování sebevědomí. Žáci se učí komunikačním schopnostem, řešení problémových situací, schopnosti čelit negativnímu vlivu vrstevníků, asertivnímu jednání. V rámci volného času je zapotřebí rozšířit nabídku organizovaného i neorganizovaného využití volného času.

Specifická primární prevence je zpravidla realizována školskými úřady, pedagogy, pedagogicko-psychologickými poradnami, vrstevníky, externími odbornými organizacemi státními i nestátními. Prevence je zaměřena především na žáky 2. stupně základních škol, středních škol, odborných učilišť. Formou práce jsou například besedy ve třídě v rámci vyučování, akce peer aktivistů na školách, besedy s odborníky, uživateli, ex-usery a návštěvy specializovaných zařízení. Tak jsou žákům podávány pravdivé informace o návykových látkách, jsou nacvičovány komunikační dovednosti, asertivita, cvičí se ve schopnosti čelit negativnímu tlaku vrstevníků, je podporováno jejich sebevědomí, sebeúcta a jsou vedeni k odpovědnosti za své chování.

Nutno podotknout, že ne vždy jsou specifika uvedených aktivit zohledňována v předkládaných projektech a koncepcích, což komplikuje nejen samu realizaci jednotlivých záměrů, ale zejména jejich efektivitu. Kupříkladu na některých školách a v mnoha rodinách je nedostatečně vykonávána prevence sekundární. Preventivní aktivity pak směřují buďto do oblasti primární prevence, nebo je odpovědnost přesouvána na odborníky pracující již v oblasti prevence terciální. Zejména školy se ve své preventivní činnosti zaměřují převážně

na oblast prevence primární. Přitom rozložení žáků například z hlediska postoje k drogám, respektive užívání drog může být následující. Vezmeme-li jako příklad malou sociální skupinu- školní třídu, není výjimkou rozdělení do následujících podskupin:

1. podskupina - jedinci, kteří jsou na droze závislí;
2. podskupina - jedinci, kteří s drogou experimentovali a mají tendenci drogu užívat dále;
3. podskupina - jedinci, kteří s drogou experimentovali a nemají tendenci drogu užívat dále, avšak připouštějí možnost opakování aplikace drogy z různých důvodů;
4. podskupina - jedinci, kteří s drogou mají zkušenost, avšak nechťejí ji opakovat;
5. podskupina - jedinci, kteří s drogou zkušenost nemají, avšak experimentování se nebrání;
6. podskupina - jedinci, kteří s drogou zkušenost nemají a zásadně ji odmítají;
7. podskupina - jedinci, kteří drogy sami distribuují, aniž by je užívali (FLEISCHMANN, 1999).

S ohledem na rozložení jedinců ve skupině se jeví jako nezbytné postupovat při preventivním působení diferencovaně. Tento přístup však klade zvýšené požadavky na subjekty, zejména pedagogy, kteří v rámci prevence působí.

Primární prevence se opírá zejména o systém výchovně- vzdělávací. Ač se obecně zdůrazňuje nezastupitelnost obou složek tohoto systému, sledujeme jisté přeceňování složky vzdělávací a inteligenčního kvocientu (IQ) na úkor složky výchovné, kde je zastoupen velkou měrou tzv. emocionální kvocient (EQ). Zkušenosti ukazují, že pouze vysoký inteligenční kvocient není garantem úspěchu, avšak ve škole, i mnohými rodiči, je vyžadována a hodnocena především IQ- inteligence. Proto mnozí psychologové a pedagogové doporučují doplnit vzdělávací proces o složku tzv. „lidského vzdělávání“, které je možné nazvat emocionální inteligencí. Ta se opírá především o pět schopností, které je třeba rozvíjet už od dětství. Jsou to:

- Sebevědomí.
- Organizace vlastního života.
- Motivování sebe sama.
- Empatie.
- Angažovanost v kontaktu s druhými lidmi. (BROCKERT, BRAUNOVÁ, 1997).

Socializační činitelé působí na jedince komplexně. Proto by mělo být i preventivní působení komplexní. Rovněž s ohledem na potřebu rozvoje výše uvedených vlastností je vhodné nastítnit, v rámci jakých dimenzí můžeme rozvíjet jaké stránky osobnosti, s jakým cílem, jakými prostředky apod. Inspirovat se můžeme tzv. „schématem třídímenzionální socioprofesionální přípravy.“ (ŠMAHEL, ŘEZÁČ, 1996)

Výsledkem komplexního působení by měl být jedinec, který ví, umí a je. Tedy jedinec vzdělaný, adaptabilní, schopný překonávat překážky, schopný kooperace, sebevědomý, s pozitivním vztahem k sobě a druhým lidem atd. Můžeme stručně říci člověk sociálně zralý.

4.2 CÍLE PREVENCE SOCIÁLNĚ PATOLOGICKÝCH JEVŮ

Zásadními cíli sociálně patologických jevů je především předcházet jejich výskytu a šíření. Dále vytvořit informační a realizační prostor pro prevenci sociálně patologických jevů. Eliminovat možnosti dětí a dospívajících setkat se a aplikovat sociálně patologické chování. Zvýšit resistenci jedinců vůči sociálně patologickým jevům.

Primárně preventivní působení je ve své podstatě zaměřeno na oblast emocionální a konativní. Jde především o změnu postojů k sociálně patologickým jevům a změnu chování jedince. Kognitivní oblast v této souvislosti není rozhodující. Například informací a znalostí o negativních účincích drog mají jedinci dostatek, přesto však drogu úmyslně užívají, respektive zneužívají.

Vedle zohlednění stanovených cílů je rovněž důležité rozhodnout, na koho bude preventivní působení zaměřeno. Půjde o všeobecné působení na nediferencovanou část populace- všeobecná prevence, či se prevence bude týkat konkrétních jedinců či skupiny s jistými charakteristickými rysy (například poruchy chování) - specifická prevence? (FLEISCHMANN, 1999)

4.3 ZÁSADY PREVENTIVNÍHO PŮSOBNÍ

Prevence sociálně patologických jevů by měla probíhat systémově a měla by respektovat zásady zaměřenosti, komplexnosti, koordinace, kontinuálnosti, včasnosti, mezioborovosti a primárnosti psychické regulace.

Z hlediska zaměřenosti by mělo být preventivní působení **zaměřeno na** všechny děti a mládež, komplexní postup zahrnuje kromě orientace na dítě i zaměřenost na jeho širší okolí, tj. například na rodiče, pedagogy apod.

Postup by měl být **koordinován**, aby byla vyloučena duplicita, rozporuplnost v působení zodpovědných subjektů.

Jednotlivé preventivní aktivity by na sebe měly **navazovat**, měly by probíhat kontinuálně, a to od zjištění poruchy až po eliminaci nežádoucího chování.

Pokud se objeví první signály ohrožení psychického a sociálního vývoje dětí a mládeže, měla by být pomoc zajištěna **včas**. Prevence je tím účinnější, čím dříve s ní začneme. S preventivním působením vlastně začínáme od narození dítěte, avšak za základ preventivního působení je možno považovat předškolní a mladší školní věk (důležitý vliv rodičů a školy). V období dospívání je prevence mnohdy komplikována vlivem vrstevníků, u kterých mohou být některé sociálně patologické jevy zaznamenány.

Efektivní preventivní působení se neobejde bez **týmové, mezioborové spolupráce** například mezi pedagogy, psychology, lékaři, sociálními pracovníky a právníky.

Z hlediska primárnosti psychické regulace by měla být prevence prioritně zaměřena na nedostatky v úrovni psychické regulace chování. Preventivní působení by mělo zohledňovat zásadu přiměřenosti věku, vzdělání, dovednostem a zkušenostem jedince.

Co se týká priorit při realizaci systému prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže, je především nutné:

- realizovat systém vzdělávání pedagogických pracovníků, přednostně pak vyškolit školní metodiky prevence;
- realizovat minimální preventivní programy na školách a školských zařízeních, zefektivnit spolupráci s rodiči a zabezpečit možnost seberealizace dětí a mládeže ve volném čase;

- realizovat modifikované preventivní strategie a metody hlavně ve vztahu k jedincům s výchovnými problémy, k postiženým a jinak rizikovým skupinám dětí a mládeže, a to jako součást výchovně vzdělávacího procesu na školách a školských zařízeních;
- zvýšit účinnost systému pedagogicko- psychologického poradenství;
- vypracovat systém hodnocení účinnosti realizovaných preventivních aktivit. Tento systém bude předpokladem pro sledování efektivity preventivního působení na příslušných úrovních.

Co se školských zařízení týče, mohou využít následující kritéria preventivního působení. (MARHOUNOVÁ, NEŠPOR, 1995)

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Vymenujte a charakterizujte typy sociální prevence.
 2. Jaké jsou cíle sociální prevence?
 3. Vymenujte a charakterizujte zásady sociální prevence.
-

5 CHUDOBA JAKO SPOLEČENSKÝ PROBLÉM

Chudoba je velmi komplexní a složitý pojem. V současné době je považována za jeden z nejpálčivějších problémů globalizovaného světa. Mezinárodní společenství vnímá chudobu stále intenzivněji jako fenomén, který je třeba vymýtit, respektive zmírnit jeho dopady, nemá-li být nadále brzdou globálního společenského rozvoje.

Motivace západního světa pro boj s chudobou jsou převážně dvojího druhu. V důsledku ničivých světových válek 20. století vzrostla mezinárodní solidarita a snaha bohatých zemí pomoci převážně svým bývalým koloniím, za jejichž situaci cítí spoluzodpovědnost. Velkým dílem přispívá i rozmach komunikačních technologií a celosvětové turistiky. Proces globalizace vede ke zmenšení světa ve smyslu prostorovém i časovém. Kvůli tomu se dojem vzdálenosti mezi jednotlivými kontinenty a kulturami ztrácí. Zadruhé pro boj s celosvětovou chudobou existují pragmatické důvody: globální jevy, které s chudobou mají spojitost (příliv migrantů a uprchlíků, nelegální obchod s lidmi, zbraněmi a drogami a mezinárodní a lokální terorismus), ohrožují bezpečnost a stabilitu bohatých zemí. V neposlední řadě hrají roli i důvody ekonomické - rozvíjející se státy mohou představovat odbytiště výrobků vyspělých zemí a zdroj levné pracovní síly.

5.1 ŠIRŠÍ POJETÍ CHUDOBY

Příjmová chudoba, která činí člověka „číselně“ chudým, je ovšem pouze jednou z mnoha dimenzí chudoby. Britský vědec Peter Townsend definoval chudobu jako neschopnost účastnit se společenského dění a žít na úrovni, která je v dané společnosti běžná. Ekonom a nositel Nobelovy ceny Amartya Sen podobně založil své pojetí chudoby na tezi, že chudoba nespočívá pouze v nedostatku příjmů, ale v nemožnosti plnohodnotně žít v jejich důsledku. O komplexnějším chápání chudoby v mezinárodních finančních organizacích svědčí projekt Světové banky z roku 2000 Hlasy chudých (Voices of the Poor), kterého se zúčastnilo přes 60 tisíc chudých lidí z celého světa a který jasně ukázal, že pro chudé v rozvojových zemích není příjem zdaleka jedinou nebo nejdůležitější součástí chudoby. Ekonomický přístup k chudobě však stále zůstává velmi vlivný.

Za dimenze chudoby se dnes považuje:

Zdraví - v Indexu lidského rozvoje (Human Development Index - HDI; Rozvoj) je zdraví vyjádřeno jako průměrná střední délka života v dané zemi; v rozvojových zemích je mnohem kratší než v zemích vyspělých. Kvůli nedostatku (či finanční nedostupnosti) kvalitní zdravotní péče umírají ročně miliony chudých lidí na příčiny, kterým se díky modernímu lékařství dá předejít: vysoká úmrtnost dětí a matek při porodu, vysoká úmrtnost dětí do pěti let věku, nemoci způsobené zavadnou vodou, zápal plic, tuberkulóza či HIV&AIDS. Zdravotně postižení snáze podléhají extrémní chudobě, častěji jsou jim upřena základní lidská práva. Postižené ženy bývají více vystaveny sexuálnímu a jinému násilí, postižené děti mají mnohonásobně nižší šanci na vzdělání apod. Zdraví tak zásadně ovlivňuje přístup ke zdrojům, schopnost těžit z rozvoje země a přispívat k němu.

Vzdělání - v Indexu lidského rozvoje se vzdělání měří procentem dospělé populace, která je negramotná. Nedostatek finančních prostředků, kvalitních učitelů, školních pomůcek, komplikovaný přístup ke vzdělání pro chudé lidi zejména v odlehlých venkovských oblastech a v neposlední řadě celková chudoba lidí, kteří své děti posílají do práce spíše než do školy,

má za následek někdy až padesátiprocentní negramotnost (v případě ženské části populace mnohdy daleko vyšší).

Přístup ke službám - právě rozhovory s chudými lidmi po celém světě odkryly rozsah problematiky přístupu ke službám jako je nejen zdravotnictví a školství, ale i kanalizace a sběr odpadu, dostupnost elektřiny, přístup k vodě, dopravní služby, dále telekomunikační a informační služby či funkční policie. Nejenže jsou služby v mnoha částech rozvojového světa neadekvátní, ale pro chudé obyvatelstvo zejména na venkově často i finančně či fyzicky nedostupné.

Infrastruktura - nedostatečná infrastruktura způsobuje sociální izolaci chudého obyvatelstva; občané se nemohou dostávat do škol, nemocnic a úřadů, a nemohou ani efektivně obchodovat či účastnit se společenského života s lidmi, kteří nežijí v jejich bezprostředním okolí.

Bezpečnost - v chudinských, především městských čtvrtích často operují všemocné gangy, které ohrožují život zvláště chudých obyvatel. Smutnou realitou také zůstává, že v případě přírodní katastrofy nebo vypuknutí válečného konfliktu se oběťmi stávají především chudí lidé - ti bohatší mají finanční prostředky a sociální kapitál (společenské kontakty a vazby), které jim spíše umožní dostat se mimo ohrožení života.

Sociální vyloučení - obvykle se vztahuje ke skupině, ne k jedinci. Vyjadřuje existenci přímého (apartheid, odepření volebního práva) či nepřímého mechanismu (diskriminace a sociální znevýhodnění, které v praxi existuje, i když je nelegální), který určité skupině znemožňuje plnohodnotně se zařadit do společnosti. Mezi nejpočetnější sociálně vyloučené skupiny patří extrémně chudí lidé a národnostní menšiny. V nejobecnější rovině jde i o ženy, děti (zejména sirotky), seniory či obyvatele odlehlých (venkovských, horských apod.) oblastí. Patří sem i zdravotně postižení.

Další dimenze – mezi další rozměry chudoby můžeme zařadit například neschopnost účastnit se společenského a náboženského života komunity nebo i nemožnost vystupovat na veřejnosti beze studu. To se týká například sexuálních menšin, kterým v některých zemích hrozí i smrt.

5.2 CHUDOBA A GENDER

Podle údajů Rozvojového programu OSN (United Nations Development Programme - UNDP) zasahuje chudoba muže a ženy nerovnoměrně. Ženy v současnosti tvoří asi dvě třetiny všech chudých na světě. Placené zaměstnání tvoří jen třetinu práce, kterou ženy vykonávají. Dvě třetiny práce (týkající se péče, výchovy a vztahů, práce v domácnosti, na zahradě, na poli a podobně) dělají bez finanční odměny a bez zohlednění v ekonomických statistikách. U mužů je poměr přesně obrácený. Neplacená práce přitom tvoří takřka dvě třetiny veškeré práce vykonávané lidmi. Přitom platí, že investice do rozvoje žen bývá pro celkový sociální rozvoj rodiny a země výhodnější než investice do rozvoje mužů. To se týká zejména vzdělání: vzdělaná žena vstupuje do manželství a rodí později, má proto méně dětí, ty jsou však zdravější a mají větší naději, že v budoucnu vystudují.

5.3 CHUDOBA NA VENKOVĚ

Odborníci odhadují, že 70 procent všech chudých lidí na světě žije na venkově. V chudých částech světa, které jsou převážně zemědělské, zpravidla není jiná práce než pěstování plodin nebo chov dobytka, která je fyzicky vyčerpávající a na finančním trhu málo ohodnocená. Bohužel zemědělství zůstávalo po dlouhou dobu mimo zájem mezinárodního společenství. Boj s chudobou na venkově se tedy soustřeďoval především na zvyšování produktivity a na pěstování nových, výnosnějších či odolnějších plodin. Velký důraz na pěstování plodin určených na vývoz však zároveň představuje riziko pro potravinovou bezpečnost chudých zemí.

Zejména v zemích Latinské Ameriky, ale i v ostatních částech světa, se jednou z největších příčin chudoby na venkově jeví nerovné a nespravedlivé rozdělení půdy. Výsledkem kolonizace a jiných historických jevů bylo původní obyvatelstvo systematicky zbavováno půdy a nuceno pracovat za nízké mzdy na půdě cizí. Dobře provedená agrární reforma, ve které lidé, kteří půdu obdělávají, získají možnost stát se jejími vlastníky, je tedy považována nejen za způsob nápravy historických křivd, ale také za jeden z hlavních způsobů, jak čelit chudobě ve venkovských oblastech.

Velké nebezpečí, které zvyšuje riziko růstu chudoby na venkově, je přirozená migrace do měst. Z venkova odcházejí zpravidla ti nejschopnější v produktivním věku a samostatnost vesnic se tak jejich odchodem citelně oslabuje. V posledních letech se zásadním problémem staly zábery půdy (landgrabbing): bohatí investoři (zahraniční firmy nebo vlády) skupují nebo do dlouhodobého pronájmu přebírají půdu, aby zde pro své potřeby pěstovaly potraviny, suroviny pro průmysl nebo biopaliva - a to i v zemích, kde místní obyvatelstvo trpí podvýživou. Zábery půdy bývají provázány porušováním práv místních zemědělců a tradičních vlastníků půdy.

5.4 CHUDOBA VE MĚSTECH

Chudoba se pochopitelně projevuje i ve městech. Typickým rysem chudoby ve městech je bezdomovectví. Zatímco na venkově se o člověka, který nemá dostatek prostředků na vlastní živobytí, obvykle postará příbuzenstvo či širší komunita, ve městech se často nacházejí jedinci, jejichž sociální vazby jsou z různých důvodů narušené a kteří se v případě existenční krize ocitnou doslova na ulici.

Dalším rysem chudoby ve městech jsou chudinské čtvrti, v rozvojovém světě pak jejich extrémní verze v podobě slumů.

Jejich charakteristiku tvoří:

- vysoká koncentrace obyvatelstva,
- vysoká nezaměstnanost a podíl neformálního sektoru,
- nízká vzdělanost, částečně související s nekvalitními školami v těchto čtvrtích,
- vysoké procento onemocnění, pramenící z nízké úrovně zdravotní péče,
- vysoká koncentrace obyvatel a neexistující či nedostatečné hygienické infrastruktury,
- kvůli níž se choroby snadno šíří,
- vysoká kriminalita a z ní plynoucí nebezpečí bezprostředního ohrožení na životě, které může až několikanásobně přesahovat celonárodní průměr,
- sociální vyloučení komunity a s ním související stigma.

Zatímco v 70. letech žilo ve městech 37 procent všech lidí, podle odborných odhadů v roce 2007 světová městská populace dohnala venkovskou, po roce 2010 ji již předběhla. To však neznamená, že by žila v lepších podmínkách: v subsaharské Africe žije 70 procent městských obyvatel ve slumech. Do roku 2030 se očekává roční nárůst celosvětové populace o 0,97 procenta; populace ve městech by naproti tomu rostla o 2,67 procent ročně.

Ještě před několika lety se předpokládalo, že v důsledku urbanizace by mělo být v roce 2015 ve světě 23 megapolí (měst s více než 10 miliony obyvatel) - tuto míru svět dosáhl již v roce 2011. Podle odhadů žijí v současné době ve městech 3,6 miliardy lidí, z nichž téměř polovina zde bydlí bez registrace. Ve slumech dnes žije bezmála miliarda lidí (třetina městské populace v rozvojových zemích) a do roku 2030 by jejich počet mohl dosáhnout až dvou miliard. Největší podíl městského obyvatelstva žijícího ve slumech najdeme v subsaharské Africe (tři pětiny), v jižní a jihovýchodní Asii (třetina), méně v Latinské Americe (čtvrtina).

5.5 POTRAVINOVÁ KRIZE

Obyvatelé chudých zemí jsou dnes ohroženi prudkým nárůstem cen potravin, zvláště od roku 2007 až 2008. Příčin současného stavu je mnoho – od rostoucí poptávky v silnicích velkých ekonomik Číny a Indie, až po důsledky výkyvů počasí jako jsou záplavy nebo extrémní sucha. Vzhledem k růstu cen ropy rostou i náklady na dopravu potravin a nákup hnojiv. Svou roli sehraává i nástup biopaliv a s ním spojené zábory půdy velkými investory nebo cizími vládami. Velký tlak pociťují mladé a křehké demokracie, jejichž fungování potravinová nestabilita ohrožuje. V řadě zemí propukají nepokoje kvůli nedostatku jídla.

Vzrůstá počet lidí, které dříve nedostatek jídla netrápil. Inflace stále více vyčerpává jejich minimální příjmy. Nakupují tedy menší množství nebo méně výživné potraviny. Výsledek je stejný – hlad a podvýživa. Například v Afghánistánu spotřebovala v roce 2008 průměrná rodina asi 45 procent svých příjmů na nákup jídla, v roce 2006 to ale bylo jen 11 procent. Připomeňme, že čtrnáct let trvající válka v Libérii začala právě násilnými nepokoji kvůli prudkému zvýšení cen rýže.

na potravinovou krizi je nutné reagovat okamžitou humanitární pomocí. Na dodávkách potravin je závislých téměř 80 milionů lidí. Ve střednědobém horizontu je potřeba posílit rozvojovou pomoc zemím, které jsou krizí nejvíce postiženy. Musíme přitom více počítat s událostmi způsobenými klimatickou změnou a podporovat budování systémů ochrany proti suchu i povodním.

Z dlouhodobého hlediska je nutné výrazně zvýšit zemědělskou produkci a efektivitu obchodu. Celá třetina potravinového deficitu může být vyrovnána například rozvojem místních distribučních sítí zemědělských produktů a podporou přístupu drobných zemědělců na trh. Mluví se o další tzv. zelené revoluci, která má využít vědu a moderní technologie na pomoc zemědělství zejména v Africe. Nezbytná bude také regulace stále se šířící praxe zabírání kvalitní půdy (landgrabbing), která je v rozporu se zajištěním místní potravinové bezpečnosti.

5.6 CHUDOBA V EVROPSKÉ UNII

Přestože se v Evropě nacházejí některé z nejvyspělejších zemí světa, najde se na kontinentu i řada těch, jež se potýkají s vysokou mírou chudoby. Snahy koncipovat společnou koordinovanou politiku boje proti chudobě a sociálnímu vyloučení v EU se objevily až v 90. letech. Jejím obsahem byl především boj proti nezaměstnanosti, respektive podpora zaměstnanosti („from welfare to workfare“). Stále více chudých však dnes nalezneme i mezi pracujícími („working poor“).

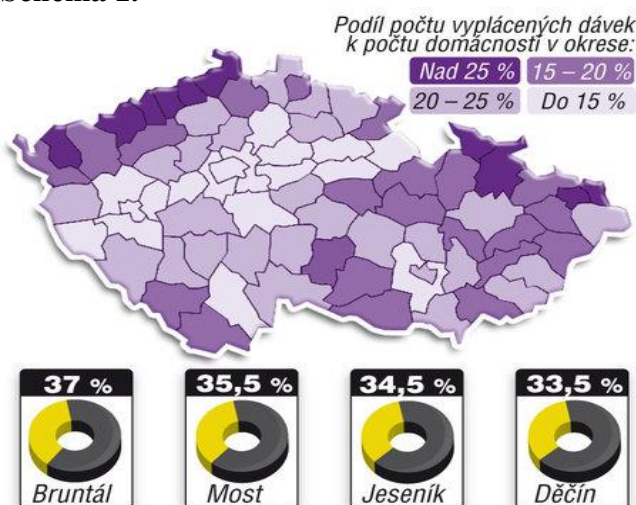
V posledních letech byla v rámci EU rovněž zavedena otevřená metoda koordinace v oblasti boje proti tzv. sociálnímu vyloučení (tento termín nahrazuje v evropských politikách pojem chudoba). V roce 2001 vydal Výbor pro sociální ochranu společná pravidla pro vydávání Národních akčních plánů proti chudobě a sociálnímu vyloučení na období let 2003-2005. Jednotlivé členské státy mají podle tohoto programu každoročně předkládat národní zprávy o postupu uvedených národních akčních plánů. Od roku 2007 jej nahradil nový integrovaný program PROGRESS.

5.7 CHUDOBA V ČESKÉ REPUBLICE

Stejně jako v ostatních zemích bývalého východního bloku došlo i v ČR v posledních letech k nárůstu počtu chudých lidí. S nástupem tržní ekonomiky vzrostla nezaměstnanost, přičemž sociální podpora ze strany státu se začala postupně ztenčovat. Zatímco celková životní úroveň většiny lidí stoupala, část obyvatelstva zaznamenala její pokles. V každém případě se ovšem tato „nová chudoba“ liší od chudoby v rozvojovém světě. Kvůli bezplatnému školství a zdravotnictví, které bylo a je dostupné téměř všem, zůstávají v České republice ukazatele lidského rozvoje jako vzdělanost a zdraví na poměrně vysoké úrovni.

Podle metodiky Evropské unie z roku 2006 však v České republice žije v chudobě každý desátý obyvatel. To znamená, že jeho příjmy nedosahují 60 procent středního příjmu. Chudobou jsou v ČR, stejně jako jinde na světě, nejvíce ohroženy děti, nezaměstnaní, zdravotně postižení či chronicky nemocní, ženy, neúplné rodiny, národnostní menšiny a venkovské obyvatelstvo. V České republice se nachází více než 300 vyloučených lokalit, tzv. ghatt, ve kterých žije 80 tisíc lidí a ve kterých je nezaměstnanost vyšší než 90 procent.

Schéma 1.



Zdroj: <http://www.blesk.cz/clanek/zpravy-udalosti/194305/mapa-chudoby>

5.8 BOJ PROTI CHUDOBĚ

V současné době je nejdůležitějším dokumentem v oblasti boje proti chudobě program Rozvojové cíle tisíciletí vytvořený v roce 2000 na Summitu tisíciletí OSN. Cíle jsou považovány za velmi ambiciózní a nepředpokládá se, že se skutečně podaří je všechny do roku 2015 naplnit. Přesto mají vysokou ideologickou a morální hodnotu. (více viz samostatná kapitola 3.3 Rozvojové cíle tisíciletí.) V souladu se závěry Summitu tisíciletí a další velké konference v mexickém Monterrey za hlavní předpoklady pro boj s chudobou OSN považuje:

Efektivní domácí politiku - vlády rozvojových zemí musí investovat do podpory zaměstnanosti: vytvářet nové pracovní příležitosti a nezaměstnaným nabídnout sociální podporu, z níž je možné pokrýt základní potřeby. Rozvojové země také musí zlepšit vládu zákona, posílit respekt k lidským právům, omezit korupci a vytvořit efektivní instituce a podmínky pro rozvoj ekonomiky a příliv externích zdrojů.

Přímé zahraniční investice - soukromé zahraniční investice do rozvojových zemí přinášejí zisk a vytvářejí pracovní příležitosti mnohdy v lokalitách, kde by jinak panovala vysoká nezaměstnanost. Působením zahraničních investic se do rozvojových zemí také přenášejí modernější technologie, manažerské a pracovní postupy a další know-how.

Mezinárodní obchod - musí dojít k postupnému odbourávání subvencí (zejména zemědělských výrobků) v bohatých zemích a zároveň k odbourávání obchodních bariér tak, aby rozvojové země měly přístup na trhy ve vyspělých zemích. Obchodní bariéry musí odstraňovat rozvojové země i mezi sebou.

Zvýšení oficiální rozvojové pomoci na 0,7 % HND - aby byla rozvojová spolupráce ze strany bohatých zemí schopna dosáhnout svých cílů, je zapotřebí, aby se zvýšil její objem. Na konferenci OSN v Monterrey v roce 2002 se nejvyspělejší státy světa zavázaly navýšit rozvojovou pomoc na 0,7 % HND, přesto ale i objemově největší dárci rozvojové pomoci ve světě se této výši přibližují pouze pomalu (viz kapitola 3.5 Rozvojová politika vyspělých zemí).

Odpouštění dluhů - mnohé země dnes vynakládají na splácení dluhů stejné množství peněz, které díky rozvojové spolupráci získají. V takové situaci nedisponují dostatečnými finančními prostředky, aby mohly vést domácí politiku, která bude chudobu aktivně snižovat.

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Charakterizujte dimenze chudoby.
 2. Jaký je rozdíl mezi chudobou na venkově a ve městě?
 3. Jaké jsou příčiny chudoby v České republice a které skupiny obyvatel jsou ohroženy?
-

6 ZÁKLADY SOCIÁLNÍ GERONTOLOGIE

„Krásní mladí lidé jsou hříčkou přírody, ale krásní staří lidé jsou umělecká díla.“

J.W.Goethe

Stárnutí populace je jedním z největších úspěchů lidstva a Evropa je v historii tohoto úspěchu na předním místě. Nicméně stárnutí populace a onemocnění vyššího věku představují také výzvu, která má stále větší význam jak pro jedince, tak pro systémy zdravotní péče, pro biologické, epidemiologické, lékařské vědy i pro veřejné zdravotnictví. Mnoho vědců z různých oblastí vědy a výzkumu velmi aktivně pracuje ve snaze lépe porozumět problémům souvisejícím se stárnutím a vyrovnat se s výzvami, které přinese lidem 21. století.

Na tyto otázky není možné pohlížet jen z jednoho úhlu pohledu. Je zapotřebí koordinovaného, aktivního a spojeného úsilí mnoha disciplín. Proto je třeba vytvořit strategii, která bude začínat základním výzkumem a která se bude zabývat všemi důležitými aspekty stárnutí. Aplikovaný výzkum je velice důležitý, ale stejně důležité je, aby poznatky, které tento výzkum přinese, byly rychle využity v praxi, a to jak v edukaci profesionálů, tak v podpoře zdravého způsobu života a k vytvoření takové zdravotní a sociální péče, která bude lépe reagovat na potřeby starších lidí. Proto musíme vytvořit strategie zdravého a úspěšného stárnutí, které budou vycházet z vědeckých důkazů a které budou adekvátně reagovat na potřeby starších lidí s ohledem na komplexitu a heterogenitu vyššího věku.

Lepší porozumění mechanismům stárnutí dále rozvinuté o poznatky moderní gerontologie a geriatrické medicíny je základním požadavkem pro vytvoření nových klinických postupů, pro zlepšenou ochranu zdraví a pro management dysfunkcí a onemocnění vyššího věku. Adekvátní pozornost a podpora výzkumu s ohledem na závažné problémy veřejného zdravotnictví (včetně podpory zdraví, prevence onemocnění, dysability a křehkosti, zlepšení kvality života, kvality péče, organizaci zdravotní péče a zdravotní ekonomie) povedou k lepší aplikaci výsledků základního a klinického výzkumu do každodenní praxe.

Gerontologie, věda o stárnutí a stáří, se klasicky rozděluje do čtyř subdisciplín:

- sociální vědy o stáří - sociální gerontologie,
- psychologie stárnutí gerontopsychologie,
- biologie stárnutí,
- klinická gerontologie - která zahrnuje geriatrickou medicínu, psychiatrii vyššího věku a gerontologické ošetřovatelství.

6.1 STÁŘÍ Z POHLEDU VÝVOJOVÉ PSYCHOLOGIE

„Čtyřicítka, to je stáří mladých, padesátka, mládí starých“

Victor Hugo

Vývoj jedince od zrození až po stáří a smrt neprobíhá rovnoměrně. Zejména v období zrání, dospívání jsou etapy překotných změn.

6.1.1 ZÁKONITOSTI V BIOPSYCHICKÉM VÝVOJI

Zákon jedinečnosti průběhu vývoje – vývoj jedince je jedinečný a neopakovatelný, a proto se interindividuálně liší.

Zákon vývojové nerovnoměrnosti - jednotlivé duševní funkce, procesy a vlastnosti se nerozvíjejí souběžně. Nastupují a zdokonalují se v různou dobu lidského života.

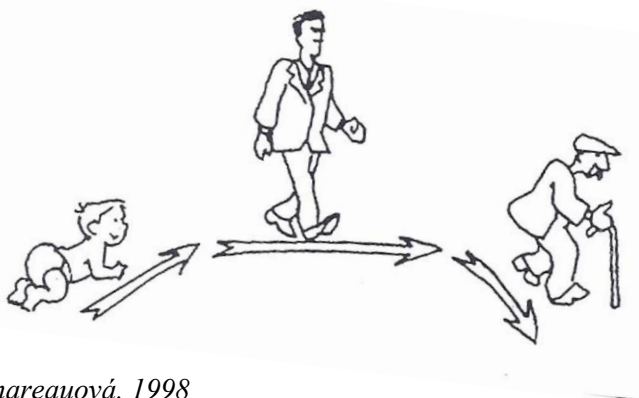
Zákon postupného zpomalování tempa – v raných fázích vývoje probíhá vývoj rychle, jsou patrné pokroky, postupně se vývoj zvolňuje.

Zákon postupné vývojové diferenciaci a integrace - v průběhu života se zjemňují, rozlišují, specifikují duševní možnosti a předpoklady člověka. Jednotlivé funkce se diferencují po celý život. Např. vyhranění motivů jednání, potřeby, zájmy, vztahy, apod.

6.1.2 PRŮBĚH ŽIVOTNÍ KŘIVKY

Životní křivka začíná fází progresu - dětství, mládí. Následuje dlouhé období přirovnané k rodině - dospělost a pak přichází období úpadku – stáří.

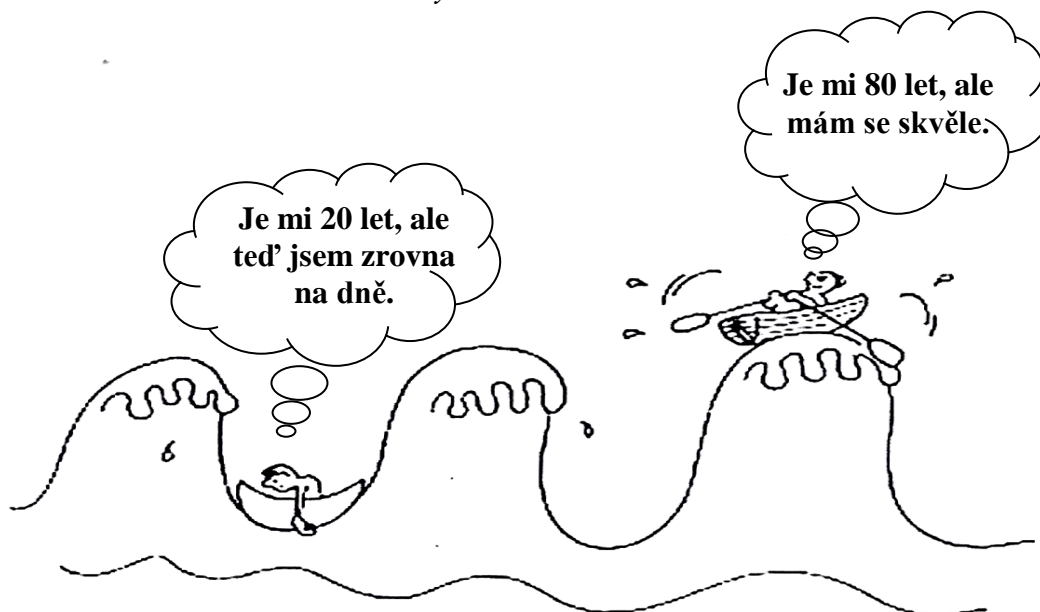
Obrázek 1: Průběh životní křivky



Zdroj: Pichaud, Thareauová, 1998

Jiný pohled stáří nemusí představovat úpadek, ten se může dostavit kdykoliv v průběhu života a zbrzdit jeho vývoj. V každém věku může člověk něco získávat a vyvíjet se. Může také být konfrontován se ztrátami, strádáním ranami. V průběhu celého života, od narození až do smrti dělá člověk pokroky, vyrovnává se ztrátami a nedostatky, žije naplno.

Obrázek 2: Průběh životní křivky 2



Zdroj: Pichaud, Thareauová, 1998

6.2 STÁŘÍ, INVOLUCE

Samo stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Jde o tzv. involuční úbytek potenciálu zdraví.

Existuje rozpor mezi stářím. Rozlišujeme kalendářní věk člověka a biologický věk, což je míra jeho zdatnosti, míra involuce. Někteří lidé jsou na svůj věk neobvykle zdatní, výkonní, jiní působí předčasně zestárlým dojmem.

Stárnutí lze charakterizovat jako souhrn pochodů, především biofyzilogických, probíhajících v čase. Postupné změny jsou nezvratné, způsobují nakonec zánik organismu a smrt. Proces stárnutí u člověka je spojen se změnami nejen fyzickými ale i psychickými a sociálními. Stáří je výsledný stav procesu stárnutí.

Definice stárnutí podle Pichauda (1998) je „*působení času na lidskou bytost*.“ Obecně lze říci, že definice stárnutí může být i neutrální, protože připouští destruktivní i konstruktivní důsledky. Některé vlastnosti osobnosti se nemění (jazykové dovednosti, slovní zásoba) nebo se zlepšují, např. vytrvalost, trpělivost, pochopení pro jednání druhých. Zlepšuje se rozvaha nebo se stupňují i takové vlastnosti jako je šetrnost či lakota.

6.2.1 KLASIFIKACE STÁŘÍ

Počátek kalendářního stáří se v hospodářsky vyspělých zemích považuje 65 let. Souvisí to s odchodem do starobního důchodu, tato hranice se stále posouvá. Od této hranice můžeme rozlišovat rozdělení věku na:

- 65-74 (79) let - počínající stáří, rané stáří, mladí senioři,
- 75-80 (89) let - vlastní stáří, senioři, pokročilý věk,
- 90 a více let - dlouhověkost, zralí senioři.

Podle Světové zdravotnické organizace je nejběžnějším měřítkem stárnutí chronologický věk, a členění se následovně:

- 45 - 59 let – střední, zralý věk,
- 60 - 74 let – vyšší (starší věk), rané stáří.
- 75 – 89 let – pokročilý (stařecký) věk, vlastní stáří, senium,
- 90 a více let – dlouhověkost.

Rané stáří je ještě přijatelná úroveň tělesných i duševních schopností, Pro toto období je typická snaha seniora, oddálit nástup stáří např. pokračováním v zaměstnání.

Po 75. roce života jde o období pravého stáří. Dochází k celkovému zhoršení zdravotního stavu, ztráta plné soběstačnosti, pokles aktivity, snížení úrovně paměti.

Dovršení 80. roku života – tzv. čtvrtý věk, je mezní tím, že naživu je pouze polovina původní generace seniora, objevuje se nárůst problémů spojených s tělesným i mentálním úpadkem, zvýšené riziko vzniku a kumulace různých zátěžových situací a s tím zvýšené nároky na adaptaci seniora. (VÁGNEROVÁ, 2007)

6.3 SOCIOLOGIE STÁŘÍ

Seniorská populace je výrazně různorodá (heterogenní). Liší se výrazně věkem, zdravotním stavem, funkční zdatností, rodinnou situací, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi, hodnotovým systémem, genetickými vlohami pro dlouhověkost a dalšími okolnostmi.

Ze vzájemné odlišnosti vyplývá také rozdílnost očekávání, priorit, přání a potřeb, a to ve zdraví i nemoci. Hrubou chybou v poskytování péče seniorům je zprůměrování jejich potřeb!

S pokračujícím stářím roste ovdovělost, která je výraznější u žen. Ovdovělost patří k hlavním příčinám osamělosti starých lidí. Závažný sociologický faktor představují vysoké nároky při adaptaci na změněný životní styl s převahou volného času, který současně může vést k poklesu životní úrovně.

Staří lidé jsou více ohroženi nemocí, úrazem, úmrtím, ztrátou soběstačnosti, náhlou změnou zdravotního stavu, ovdověním, osamělostí, diskriminací, ponižováním i dalšími negativními jevy, jimž jsou schopni čelit jen omezeně. Právě z těchto důvodů musí poskytovatelé služeb aktivně vyhodnotit ohroženost seniorů a zajistit prevenci jejich důsledků. (SÝKOROVÁ, 2007)

6.3.1 DEMOGRAFIE STÁRNUTÍ POPULACE

Důvodem přibývání starých lidí je:

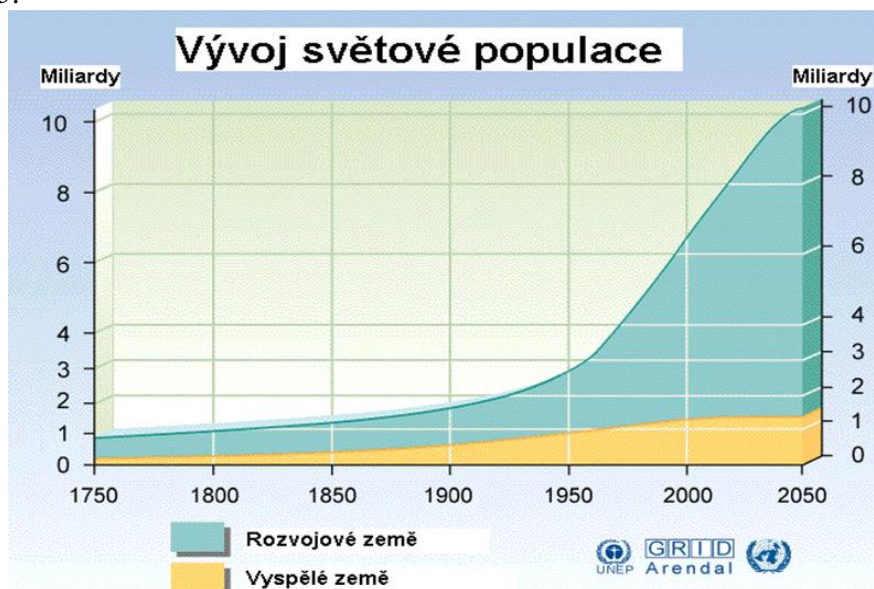
Relativní – roční míra růstu populace v současnosti významně klesá, demografický vývoj světové populace se do 50 let ustálí:

- v r. 2020 – vzrůst počtu lidí na 7,5 mld.;
- v r. 2050 stabilizace na 9 mld.;

Ve vyspělých zemích bude docházet ke stabilizaci populace, v rozvojových zemích naopak k nárůstu. Předpokládá se, že Střední východ a severní Afrika do r. 2050 zdvojnásobí populaci, Subsaharská Afrika ztrojnásobí populaci

Absolutní – klesá úmrtnost ve středním věku a více lidí se dožívá stáří. Dochází ke zrychlení růstu počtu osob ve vysokém věku. Je stále vyšší naděje dožití – současnost: 66 let. Existují regionální rozdíly: nejnižší hodnoty jsou v subsaharské Africe (okolo 40 let), nejvyšší v Japonsku (přes 80 let). Po roce 2010 vstoupí mezi seniory mimořádně silné poválečné ročníky.

Obrázek 3:



Zdroj: http://maps.grida.no/go/graphic/world_population_development

Problémy, o kterých se hovoří, v souvislosti se stoupajícím počtem seniorů v celé EU jsou:

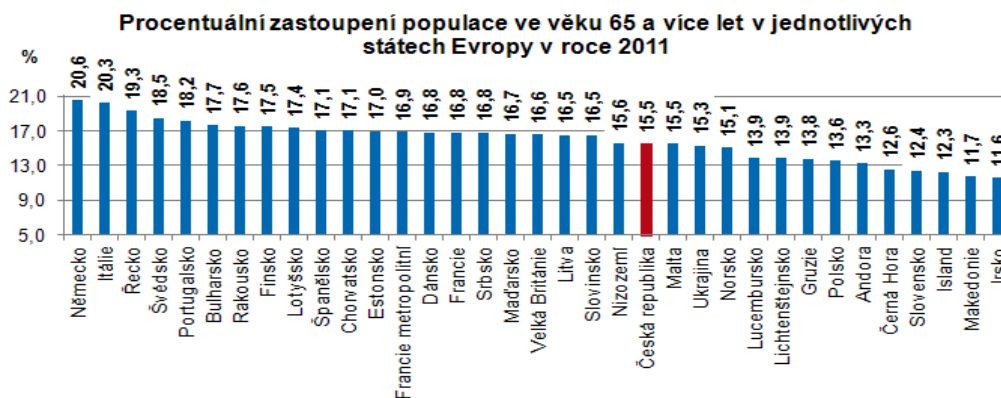
- zpomalení ekonomického vývoje vlivem stárnoucího spektra pracovní síly,
- větší zatížení zdravotnictví,
- problém sociálního zabezpečení občanů v důchodovém věku.

6.4 EKONOMICKÉ SOUVISLOSTI

Propad příjmu penzionovaných osob ve věku 65-74 let oproti příjmu pracujících osob ve věku 50 až 59 let v r. 2010 jsou nejvyšší v Chorvatsku, kde příjem mužů je 37 % a žen 30% - jedná se o hodnoty příjmu, který pobírali ve věku 50 - 59 let. U mužů je vysoký propad i v Dánsku, na Islandu, v Lotyšsku, na Maltě, v Belgii, Švýcarsku.

U žen – v Bulharsku, Slovinsku a Řecku (na 37 - 48 %). Nejmenší propad - muži - Francie (na 71 %), Rumunsko a Rakousko (shodně na 68 %), ženy – Lucembursko 74 %.
V ČR – muži 52 %, ženy 55 %.

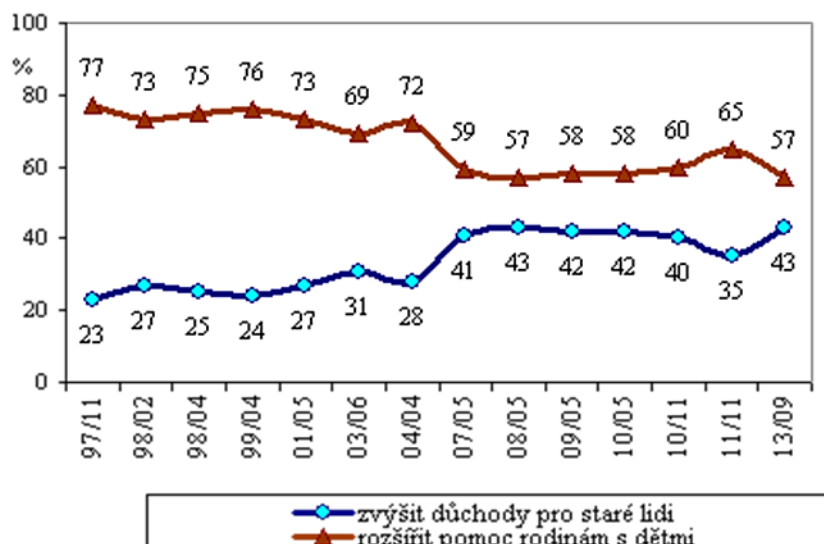
Obrázek 4:



Zdroj: <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>, zdroj dat: eurostat,

Dle výzkumu STEM TRENDY 09/2013 z 15. 10. 2013 vyšly výsledky, že více než polovina lidí (57 %) by spíše podpořila rodiny s dětmi, než by zvyšovala důchody, přesto, že se přiklání k názoru, že důchodci jsou na tom hůře. Jak je vidět z Obrázku 5, nejmarkantnější rozdíl je z roku 1998. Kde preferuje názor, upřednostnit pomoc rodinám s dětmi. Teprve v roce 2007 lze vidět prvky mezigenerační solidarity, kde dochází k určitému názorovému vyrovnání.

Obrázek 5:



Zdroj: <http://www.parlamentnilisty.cz/arena/monitor/Seniori-nemaji-dustojne-stari-Mysli-si-to-stale-vice-lidi-289877>

Výrazná většina občanů v České republice (80%) nepovažuje aktuální starobní důchody za přiměřené a dostatečné na pokrytí základních potřeb důchodců. Většina veřejnosti se domnívá, že současný systém důchodového zabezpečení neumožňuje strávit lidem důstojné stáří (80%). Nejkritičtější jsou samotní důchodci a nejméně kritičtí studenti.

Průzkumy agentury STEM ukazují, že jen 28% občanů má za to, že aktuální výše stačí na pokrytí základních životních potřeb.

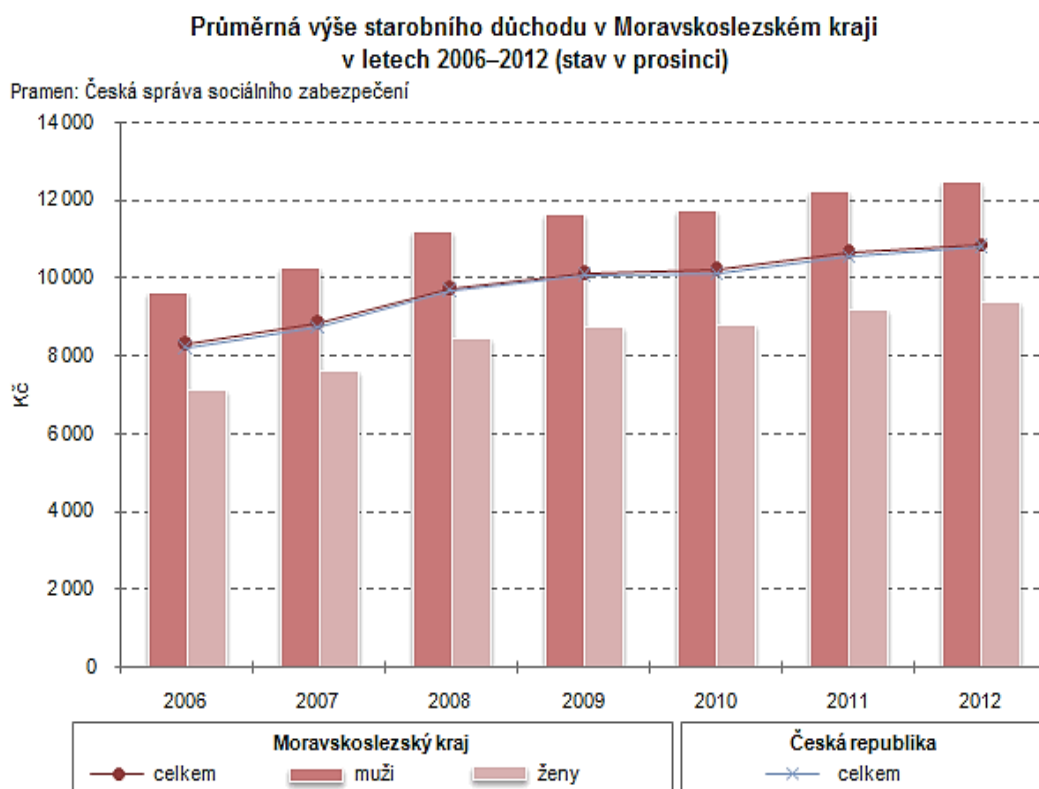
V roce 2012 **celkový důchod** vyplácený v Moravskoslezském kraji dosáhl částky 10 506 Kč a proti průměru ČR byl o 16 Kč vyšší, ve srovnání s ostatními kraji byl třetí nejvyšší.

Starobní důchod v Moravskoslezském kraji činil 10 845 Kč, byl proti průměru ČR vyšší o 67 Kč a ve srovnání s ostatními kraji byl třetí nejvyšší.

Nejvyšší starobní důchody byly vypláceny v roce 2012 v okrese Karviná a Ostrava-město, **nejnižší** v okrese Bruntál.

Nejvyšší důchody celkové i starobní byly v roce 2012 vypláceny v Praze, nejnižší důchody pobírali důchodci žijící v Olomouckém kraji.

Obrázek 6:



Zdroj: <http://www.cssz.cz/cz/duchodci>, <http://www.mpsv.cz/cs/9>

Ze zprávy Global Age Watch Index 2013 vyplývá, že lidé starší 60 let mají nejlepší životní podmínky ve Švédsku, Norsku a Německu. Česká republika je mezi 91 zeměmi je na 25. místě. Nejhůře se žije seniorům v Pákistánu, Tanzanii a Afghánistánu. Bulharsko je na 47. místě, Rumunsko na 48., Slovensko - 49. a Polsko zaujímá 62. místo.

Průzkum se týkal 4 oblastí a sledoval dostatečné materiální zabezpečení seniorů, úroveň zdravotní péče, možnost zaměstnání a vzdělání a celkovou vstřícnost prostředí. (<http://www.cssz.cz/cz/duchodci><http://www.novinky.cz/ekonomika/>)

Starobní penzi u nás pobírá přibližně 1,73 miliónu lidí, v důchodovém věku se nachází 6 procent obyvatel. Česká republika patří mezi evropské země s nejrychleji stárnoucí populací. V r. 2050 budou lidé nad 80 let tvořit 34 % všech seniorů.

Schválený Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí (současný platí do roku 2017) je určen na pomoc seniorům v podpoře jejich podnikání, práci či dalším vzdělávání. Přesto ČR opakovaně obsazuje přední příčky mezi ostatními zeměmi EU v oblasti věkové diskriminace.

Chybí státem stanovený standard zaručující všem seniorům stejná práva a dostupnost základní zdravotní a sociální péče. Zdravotní a sociální péče fungují jako dva nezávislé celky, nejsou úzce provázány jako v jiných zemích světa. Péče o seniory je soustředěna do ústavů a domovů seniorů různého typu. Výběr zařízení je limitován finančními možnostmi seniora, případně jeho blízkých (spoluúčast na nákladech). Většina seniorů chce zůstat ve svém domácím prostředí, vést nadále samostatný a zároveň výrazně levnější život, chybí však terénní ambulantní služba, kterou by vykonávali terénní zdravotníci.

6.4.1 SENIOŘI NA TRHU PRÁCE

Je třeba si uvědomit nutnost změny pohledu společnosti na zaměstnávání starších občanů a vytvoření mezigenerační solidarity. Podporovat a orientovat společnost na úspěšné stárnutí, zdravé a aktivní stáří. Je to výhoda především pro stát – zaměstnaný senior je nejen pracovní silou, ale navíc platí daně a přispívá na svůj vlastní důchod.

V souvislosti se zaměstnáváním seniorů se setkáváme s pojmem **age management**. Jde o opatření Národního akčního plánu podporujícího pozitivní stárnutí – představuje řízení věkové struktury pracovníků – strategie organizací v oblasti zaměstnávání starších lidí s alternativními pracovními úvazky, respekt ke zdraví a pochopení životního stylu starších pracovníků v souladu se strategií mezigeneračního předávání znalostí a nástupnictví v organizacích.

Další alternativou je zavedení **sociálního podnikání** – měnící se demografie Evropy vyžaduje nový přístup k sociálním službám a péči o seniory, nutnost směřovat veřejné prostředky k terénním a odlehčovacím službám tak, aby bylo možno přijímat potřebnou péči v domácím prostředí

Neméně významná je větší informovanost pro seniory a jejich blízké. Dosud základní informace poskytují:

Registr poskytovatelů sociálních služeb - registr Ministerstva práce a sociálních věcí - všechny právnické nebo fyzické osoby, které mají oprávnění k poskytování sociálních služeb.

Linka seniorů – bezplatná linka pro seniory a osoby, které o ně pečují, pro řešení jakýchkoliv starostí či problémů.

Databáze služeb pro seniory – v databázi vše potřebné od zařízení pro seniory v příslušném kraji, přes psychiatrickou péči až po denní centra pro seniory.

6.5 POROVNÁNÍ SOCIÁLNÍ PÉČE O SENIORY VE VYBRANÝCH ZEMÍCH

6.5.1 PÉČE O SENIORY VE ŠVÉDSKU

Švédská vláda poskytla zdravotnickému systému v letech 2012–2014 360 milionů švédských korun (SEK) na projekt, který má pacientům zajistit větší výběr zdravotní péče a služeb. Obce a regiony, jež budou chtít získat finanční prostředky navíc, se musí zapojit do projektu „integrace a koordinace“. Hlavní odpovědnost za monitoring a zkvalitňování celonárodní sítě zdravotních a na ně navazujících sociálních služeb ponese švédská asociace obcí a regionů.

Švédsko se brání větší privatizaci ve zdravotnictví (zákonem zakázalo regionům privatizaci větších nemocnic), avšak u ambulantní péče nyní hodlá vyrovnat způsob jejího hrazení tak, aby za stejné výkony získali různí poskytovatelé stejnou odměnu. Podmínkou je, aby obec či region prokázaly faktické zkvalitnění dostupnosti a návaznosti služeb.

Zpráva *OECD Health Care Quality Review of Sweden* uvádí, že Švédsko má větší podíl starších lidí než většina zemí OECD – 5,2 % má více než 80 let ve srovnání s průměrem 4,2 %. Výdaje na péči o seniory tvoří 3,6 % HDP ve srovnání s průměrem OECD 1,7 %.

Švédsko má nejvyšší počet ošetřovatelů na obyvatele, kteří poskytují péči tam, kde je obecně nejvíce žádaná – sedm z deseti závislých seniorů dostane péči v domácím prostředí.

Kvalita zdravotní péče je obecně na velmi dobré úrovni. Počet hospitalizací, kterým mohlo být předem zamezeno, z důvodu chronických onemocnění, patří mezi nejnižší v OECD (průměr 45,8).

90 % lidí, kteří využili primární péči ve Švédsku, uvedlo, že byli léčeni s úctou a ohleduplně. Švédské registry sledují kvalitu péče, kterou pacienti dostávají a patří mezi nejrozvinutější v rámci OECD.

6.5.2 ZAKARPATSKÁ UKRAJINA (OBLAST UŠŤ ČORNA)

Nejpalčivější problémy, které trápí Zakarpatskou Ukrajinu je všudypřítomná korupce, alkoholismus, zvětšující se disproporce mezi chudými a bohatými, drogy a HIV/AIDS, rozpad sociálních vztahů a málo uspokojujícím způsobem fungující systém sociální a zdravotní péče.

Domov pro seniory zaměstnává 6 pracovníků a pravidelně do něj dochází zdravotní sestra. Pracovníci se na směnách střídají po dvou. V pracovním týmu se nerozlišují kuchařky a pečovatelky. Pracovnice musí v době své služby zvládnout uvařit, uklidit prostory domova, umýt nádobí a zajistit přímou péči u uživatele, která je pouze základní a nedostačující. Chybí péče o nehty, vlasy, vousy a základní hygienická péče o kůži. Uživatelé nejsou polohováni.

Nefunguje sociální systém, takže neexistují žádné zákonné standardy kvality. Přesto se senioři v ústavech sociální péče mnohdy nacházejí v mnohem standardnějším podmínkách, než jim nabízí jejich obvyklé domácí prostředí.

6.5.3 ČÍNSKÁ LIDOVÁ REPUBLIKA

Čína – Expandující asijský obr řeší problém, na který se nikdo nepřipravoval. Podle čínské tradice se o staré rodiče mají postarat jejich děti. Čínský stát se proto o seniory nikdy nestaral a pečovat o ně neumí. Domovy důchodců prakticky neexistují a děti se o své rodiče starat nechťejí. Politika jednoho dítěte, kterou zavedli čínští komunisté v obavě z nekontrolovatelného baby-boomu v roce 1979, nyní ohrožuje demografickou stabilitu z opačné strany. Podle prognóz komunistických plánovačů se mělo od konce 70. let do roku 2010 narodit čtyři sta milionů dětí. Tyto prognózy nevyšly. Čínští prognostici nedokázali ani spočítat, jaký efekt bude mít nadměrné stárnutí populace.

Za dva tři roky bude jen v Pekingu a Šanghaji osm milionů seniorů. Jen za posledních deset let přibylo čtyřicet milionů čínských šedesátníků. Senioři potřebují v určitém věku pomoc a péči, a proto se začali zajímat o umístění v domovech sociální péče. Vzbudili tím zájem podnikatelů. První domovy pro seniory už stojí a o překot se staví další. Podnikatelé se svými projekty lehce nahradí chybějící státní péči, ale od seniorů a jejich pracujících dětí si nechají dobře zaplatit. Tak budou tyto domovy pro většinu Číňanů nedosažitelné. V luxusním pečovatelském domě stojí umístění seniora zhruba dvou a půl násobek průměrného důchodu, což si zatím může dovolit málokdo.

Peking už začíná obracet a politiku jednoho dítěte zmírňuje. Podle odhadů se kontrola porodnosti nyní týká asi 35 % obyvatel, což je téměř půl miliardy lidí. Uvažuje se dokonce o úplném zrušení tohoto omezení. Problém stárnoucí Číny už to ale nevyřeší. (www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/)

6.6 PSYCHOSOCIÁLNÍ POTŘEBY VE STÁŘÍ

6.6.1 MEDIÁLNÍ OBRAZ STÁŘÍ

Je možná málo známou pravdou, že starší lidé vztah a postoj médií k sobě vnímají jako jednu z forem špatného zacházení. Proto je jistě zajímavé srovnání s doporučeními Organizace spojených národů, která se právě médií týkají. Alespoň veřejnoprávní média by si v kulturní zemi tyto zásady měla uvědomit a respektovat je. V mnoha společnostech představují staří lidé pokladnici informací, znalostí, tradice a spirituálních hodnot. Je také potřeba vzdělávat širokou veřejnost o skutečnosti a otázkách souvisejících se stárnutím populace. Takováto výchova musí začít v raném věku. Je důležité, aby bylo stáří pochopeno jako přirozený proces. Proto je třeba připravit informační, edukační a komunikační kampaně s cílem prosazovat pozitivní image stáří jako běžného sociálního jevu, se kterým se každý setkává a jež se také každého týká. Dále také vést kampaně zaměřené na tvůrce politiky, pedagogy, poskytovatele péče, osobnosti z oblasti náboženství, starší občany, rodiny a širokou veřejnost.

6.6.2 VZDĚLÁVÁNÍ VE STÁŘÍ

Senioři nejsou zdaleka jen pasivními příjemci péče, jak na ně máme někdy tendenci deformovaně pohlížet. Senioři jsou přirozenou a důležitou součástí společnosti, její paměť a zároveň silou, která může pomoci řešit důležité problémy.

Do veřejných programů zaměřených na různé společenské otázky je třeba začlenit také seniory, a to jako zaměstnance nebo jako dobrovolníky. Dále je třeba podporovat další vzdělávání seniorů, například prostřednictvím Univerzit třetího věku či programů pro seniory nabízených již existujícími institucemi, a posílit nebo vytvořit program garantující přiměřenou edukaci, výcvik, výzkum a vývoj v souvislosti se stárnutím a stářím. Program by měl zajistit edukaci, výcvik a rekvalifikaci pro lidi, kteří mají zájem zabývat se otázkami stáří a dalšími sociálními, ekonomickými, vývojovými a zdravotními aspekty stárnutí. Výzkumné projekty by měly být podporovány v již existujících strukturách vědy a výzkumu, věda a výzkum by měly přispět k lepšímu porozumění stáří a souvisejícím otázkám.

6.6.3 PODMÍNKY BYDLENÍ

Přiměřené bydlení a příjemné prostředí jsou nezbytné pro pohodu všech lidí. Je obecně uznáváno, že bydlení má velký vliv na kvalitu života každého člověka v každé zemi. Vhodné bydlení je tím důležitější pro starší občany, protože ti tráví doma většinu svého času. Bydlení seniorů s důrazem na jeho individuální charakter je třeba chápat nikoli jako přemrštěný požadavek, ale přímo jako prevenci a oddálení závislosti. Společnost by měla umožnit bezbariérové bydlení integrované v komunitě a také odstranit bariéry ve veřejných institucích. Domy s pečovatelskou službou je třeba profilovat jako otevřená komunitní centra aktivit a služeb pro seniory. Je nutno podporovat bezbariérovou výstavbu včetně bezbariérové dopravy.

Senioři potřebují takovou pomoc a podporu, aby mohli setrvat ve svých domovech tak dlouho, jak je to možné. K tomu je zapotřebí zdravotnických a sociálních služeb poskytovaných v domácnosti. To vše předpokládá adaptované vlastní byty, vícegenerační bydlení a chráněné bydlení. Možnosti bydlení pro seniory by měly být zahrnuty při plánování měst a obcí. Ústavní řešení je alternativou pro ty, kteří si již nepřejí nebo nemohou zůstat doma.

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Definujte pojem sociální gerontologie.
 2. Charakterizujte nejvýznamnější změny ve stáří.
 - 3 Co si představujete pod pojmem „aktivní stáří“
 4. Charakterizujte ekonomické důsledky, vyplývající z problematiky stárnutí obyvatelstva.
-

7 KOMUNITNÍ PRÁCE A KOMUNITNÍ PÉČE

7.1 KOMUNITA

Komunita je mnohoznačný termín a má různé významy. V českém Encyklopedickém slovníku je heslo komunita uvedeno jen jednou a je definováno z hlediska sociologického a psychologického. Sociologicky - jsou definovány dva hlavní přístupy:

- **Teritoriální** (sídelní, ekologická) - je to souhrn osob, které žijí v určitém vymezeném prostoru, kde vykonávají každodenní aktivity a obvykle tvoří autonomní jednotku (velikost nerozhoduje - obce, sousedství, kraj, stát, apod.).
- **Zájmová** (morální, psychická, spirituální) – skupina lidí, kteří mají společné zájmy, myšlenky a ideje, lidé se stejným etnickým původem, postižením apod.

Psychologicky je definována jako typ organizace, kde jsou odstraněny vztahy nadřízenosti a podřízenosti, čímž se dosahuje lepší komunikace a spolupráce.

V zahraničních slovnících najdeme odkazů více. Např. anglický Collinsův jazykový slovník obsahuje 16 hesel, v americkém Crolierově multimediální encyklopedii je na toto heslo celkem 1 363 odkazů.

Podle Jarvise lze definice zahrnout do pěti základních okruhů:

1. Komunita je skupina lidí, kteří žijí nebo pracují společně.
2. Komunitu představuje jakákoliv geografická oblast, v níž lidé žijí.
3. Komunitu představuje jakákoliv geografická oblast, v níž lidé žijí a jsou ve vzájemné interakci.
4. Jde o vzdělávací činnost skupiny lidí, kteří se vzdělávají mimo zdi školské instituce.
5. Komunita je ideální uspořádání lidí, kteří žijí a pracují v dokonalé harmonii.

Můžeme rozlišit také:

- Terapeutickou (léčebnou) komunitu – specifická forma organizace léčebné instituce, která umožňuje otevřenou komunikaci všech členů instituce včetně pacientů a jejich spolurozhodování a podílení se na léčbě.
- Výcvikovou komunitu – zaměření na sebepoznání, nácvik nezbytných dovedností (komunikace apod.), postojů, apod.

Komunita je sociální místo, kde člověk může získávat lidsko-emocionální podporu, ocenění a praktickou pomoc v každodenním životě.

Kromě výše uvedených definic, lze komunitu chápat jako skupinu nebo tým, takže ji lze definovat následovně:

„Komunita je skupina lidí, kteří něco sdílejí. Obsah sdílení může být velmi různý. Například to může být oblast, kde žijí (například jihočeši), mohou to být společné zájmy (například modeláři), mohou to být společné hodnoty (např. vegani).“ (HÁJEK, 2006)

Někteří autoři vymezují pojem komunity striktněji. Například autor knihy „The Different Drum: Community Making and Peace” (1987), Scott Peck, uvádí, že komunita má tyto zásadní charakteristiky:

Identita a sounáležitost - členové mají vysoké sebeuvědomění i uvědomění si ostatních a světa, který je obklopuje. Organizační kultura je prochnuta pocitem míru, lásky, moudrosti a síly. Členové to často vnímají tak, že tento pocit sounáležitosti přesahuje jejich individualitu, přičemž si to někdy (ne vždy) vztahují i k nějaké vyšší síle (moudrosti, duchu apod.)

Prostředí - komunita je bezpečné místo. Členové skupiny si pomáhají, sdílí své obavy a bez pocitu ohrožení mezi sebou volně komunikují.

Řešení konfliktů - konflikty jsou v komunitě řešeny moudře. Lidé si naslouchají, respektují jeden druhého. Uznávají svoje omezení i omezení ostatních, chápou vzájemné rozdíly a respektují je. Nezápasí mezi sebou.

Přijímání rozhodnutí - členové komunity se scházejí, aby věc posoudili z více hledisek a pochopili kontext celé situace. Rozhodnutí takto učiněná jsou ohleduplná k zájmům všech zainteresovaných stran.

Vedení - komunita není vedena jedincem; je vedena spíše duchem komunity, který je vytvářen společně. (HÁJEK, 2006)

7.2 KOMUNITNÍ PRÁCE

Komunitní práce je jednou z hlavních forem a metod sociální práce (vedle individuální- případové a skupinové sociální práce). Komunitní práce se uplatňuje v rámci státního i soukromého sektoru a zajišťují ji komunitní pracovníci. Aby mohli dobře vykonávat svou práci, musí disponovat určitými znalostmi v dané problémové oblasti – bydlení, sociální zabezpečení, organizace, instituce – místní správa a dovednostmi, mezi které patří motivace klientů, analýza potřeb, výzkum, skupinová práce, vyjednávání, adekvátní komunikace, poradenství, management – časový, finanční, projektování, záznam a psaní zpráv, monitoring, evaluace, apod. Spousta těchto dovedností je totožná s dovednostmi zdravotní sestry.

Komunitní pracovníci ovšem nepracují jen v zařízeních sociální péče, ale také například v institucích, které se zabývají zdravotní politikou komunity, bydlením a rozvojem komunity, politikou zaměstnanosti v komunitě apod. Komunitní práce se uskutečňuje jak v rámci státního, tak i nestátního sektoru.

Komunitní práce nereprezentuje jednotný model práce s komunitou. Do tohoto přístupu náleží různé školy a patří mezi ně modely označené například jako organizace komunity, sociální rozvoj, rozvoj lokality či sociální plánování. Komunitní přístup staví na hodnotách, jako jsou naslouchání jeden druhému, vytváření příležitostí ke společné diskusi a sdílení názorů i zážitků a na spolupráci zvládání nesnází, při společném učení a objeovávání řešení.

Komunitní sociální práce je:

Metoda, ve které jsou jednotlivci, skupiny a organizace zapojeny do plánované činnosti s cílem ovlivnit společné problémy.

Napomáhá rozvoji společenských institucí a zahrnuje dva důležité procesy:

- ✓ plánování - tj. vymezení problémových oblastí, diagnostikování případů, zformulování řešení,
- ✓ organizace – tj. stanovení nezbytných strategií pro ovlivnění činnosti.

Úsilí, které je zaměřeno na podporu kolektivní aktivity lidí, kteří sdílejí určitou potřebu.

Pomoc obyčejným lidem, aby společným úsilím zlepšili svoji vlastní komunitu (Twelvtrees).

Metoda řešení sociálních problémů prostřednictvím podpory společenství – komunit, v místech, kde lidé žijí a kde problémy vznikají.

Metoda směřující k vyvolání a podporování změny v rámci místního společenství. Vychází z toho, že komunita má více sil a možností než jedinec, ale i jedinec má obvykle více sil než se domnívá, jen je potřeba těmto silám dát možnost, aby se mohly objevit. Cílem je podpořit vlastní aktivitu lidí, navodit prostředí, ve které spolu mohou jinak a účinněji než dosud komunikovat o určitém problematickém tématu. Toto téma musí být těmto lidem společné. (KRÁTKÁ, ŠILHÁKOVÁ, 2008)

7.2.1 STRUČNÝ HISTORICKÝ VÝVOJ KOMUNITNÍ PRÁCE

Vývoj komunit a komunitní práce je datován různě. Za příklad komunitní péče lze považovat již návrh péče o duševně nemocné, popsany Platonem (Ústava). Máme-li na mysli komunitní práci zajišťovanou profesionály, datuje se na počátek 20. století, kdy sociální práce začala být realizována nejen tzv. „od stolu“, ale také v terénu přímo v komunitě, kdy se zjistilo, že je nutné pracovat nejen s jednotlivci, jejich vrstevnickou skupinou či rodinou a tedy blízkým okolím, ale také s hlavními představiteli – „mluvčími“ konkrétní komunity.

Významnou roli v komunitní sociální práci hrála také později 60. léta, kdy se sociální pracovníci zaměřovali na pomoc lidem v rámci místních komunit, snažili se již pojmenovat a analyzovat jejich sociální potřeby, hledali způsoby uspokojování těchto potřeb a využívali ke své práci také nezbytné zdroje komunity (např. finanční, kulturní, historické apod.).

Younghusbandová popsala komunitní práci jako jednu ze tří metod sociální práce, která se zaměřuje zejména:

- ✓ na pomoc lidem v rámci místní komunity,
- ✓ snaží se určit jejich sociální potřeby,
- ✓ zvážit nejúčinnější způsoby jejich uspokojení (naplnění)
- ✓ začít na nich pracovat podle toho, jak to umožňují zdroje, které jsou k dispozici.

Podle této zprávy vláda ve Velké Británii vypracovala „White paper“ – zásady prevence snažící se zabránit rozpadu rodin a snížit tak delikvenci mladistvých – preventivní program. Až do poloviny 60. let byla komunitní práce spojena se sociální prací, kterou sice nenahrazovala, ale vhodně doplňovala. Rozvíjela se i prostřednictvím vzdělávacích programů a tréninku.

Sedmdesátá léta jsou typická solidaritou se skupinami lidí, kteří žijí v nedůstojných životních podmínkách a jsou bez práce. V tomto období vznikla také koncepce pozitivního duševního zdraví.

V 80. letech se v sociální práci začínají řešit otázky nerovností – definované postavením ve společnosti, rasových, daných věkem, zdravotním stavem a pohlavím. Do popředí vstupuje péče o staré lidi, o tělesně a mentálně postižené, etnické minority, závislosti drogové, nezaměstnané, osoby s nedostatečným vzděláním, sociálně nepřízpůsobivé.

Využívá se role tzv. komunitního aktivisty (zevnitř komunity, který na sebe přebírá určité role a ovlivňuje komunitu, spolupracuje se sociálním pracovníkem).

V 90. letech je komunitní sociální práce chápána již jako součást sociálních služeb a hlavním cílem je předcházet nedostatkům v lidských vztazích (prevence) nebo již vzniklé alespoň usměrňovat. Pro komunitního pracovníka zde platí: své okolí zaktivizujete tak, jak zaktivizujete sami sebe.

Během posledních dvaceti let byla komunitní práce velmi ovlivněna společenským vývojem. (KRÁTKÁ, ŠILHÁKOVÁ, 2008)

7.2.2 ETAPY A CÍLE KOMUNITNÍ PRÁCE

Komunitní práce by neměla být nahodilou aktivitou, měla by postupovat v těchto krocích:

Monitoring, porozumění komunitě a jejím sociálním problémům (průběžné sledování lokality s cílem včasného odhalení problémů a získání co nejvíce informací. Může mít charakter sběru a vyhodnocování informací).

Porozumění systému sociálních služeb v komunitě (jejich propojení).

Výzkum a analýza, příprava intervence – zásahu – na makroúrovni (pokud se během průběžného monitoringu začíná projevovat nějaká nesrovnalost, je k jejímu hlubšímu pochopení možno využít výzkum – dotazník, expertní rozhovor aj.).

Projektování, rozvoj intervenční strategie (navržení projektu, jehož cílem má být odstranění nebo zmírnění problému – identifikace problému lokality, cíle projektu, zdroje, které budou při jeho realizaci využity a konkretizuje se prováděcí plán, zjednodušeně řečeno - problém – cíl - výsledek).

Výběr vhodné strategie a vhodných taktik (metod, technik). Implementace (provedení, uskutečnění) – jde o vlastní činnost.

Hodnocení – evaluace (hodnotící výzkum) uskutečněné intervence – má přinést informaci o efektivitě daného programu.

CÍLE KOMUNITNÍ PRÁCE:

- studium sociálních potřeb a problémů lokality,
- zpracování návrhů řešení potřeb a problémů,
- zajištění podpory pro navrhovaná řešení (podpora např. města, regionu),
- integrace všech dostupných prostředků komunity k realizaci projektu (využití i zahraničních zkušeností). (KRÁTKÁ, ŠILHÁKOVÁ, 2008)

7.2.3 ORGANIZACE ROZVÍJÍJÍCÍ POSTUPY KOMUNITNÍ PRÁCE

V České republice lze rozlišit několik typů organizací, které u nás v současnosti využívají a rozvíjejí postupy komunitní práce:

Komunitní nadace - jde o subjekt, který sdružuje majetek, nadační jmění, za účelem rozdělování výnosů z majetku organizacím nebo jednotlivcům, kteří se podílejí na rozvoji komunity).

Komunitní koalice - více či méně jde o volné sdružení neziskových organizací s cílem zmapovat neziskové organizace v dané lokalitě, vytvořit podmínky pro partnerské vztahy uvnitř této koalice a pak i navenek – vůči státu, místní správě, médiím. Smyslem je posílení postavení nestátních neziskových organizací vůči ostatním sektorům.

Organizace zaměřené na komunitní práci v sociální a zdravotní sféře - snaží se o pojetí více respektující potřeby člověka a organizování zdravotních či sociálních služeb v dané komunitě, napomáhají vzniku středisek – center pro poskytování služeb, které v komunitě chybějí – denní centra, domy na půli cesty.

Organizace zaměřené na účast veřejnosti v přípravě rozvojových plánů - snaží se vyvolávat zájem občanů o to, co se jich týká, řídí se přesvědčením, že veřejná správa sama o sobě nemůže hrát roli, kterou jí ukládá zákon, tj. být garantem rozvojových plánů obce.

Organizace zaměřené na ochranu životního prostředí - jde jim o zavádění principů, zásad a přístupů, které mají zajistit udržitelnost života, do praxe, zpravidla se opírají o širokou pomoc dobrovolníků, zejména mládeže.

Informační a kulturní centra - obsahem jejich činnosti je práce s informacemi, kulturními hodnotami, jimž se snaží vtisknout komunitní rozměr tak, aby se např. zapojili místní obyvatelé a posílila se jejich zakotvenost v komunitě.

Organizace přímo zaměřené na rozvoj dané komunity - tyto organizace mají rozvoj komunity přímo ve svém poslání, nepracují s nějakou vizí či rozvojovým dokumentem, ale jde především o tříbení vztahů ke komunitě, o historické vazby a jejich obnovu nebo o vytvoření vazeb nových.

Komunitní školy - jedná se o nové, moderní pochopení školy v komunitě – dopoledne se v takové škole učí žáci, odpoledne a večer slouží komunitě k setkávání různých zájmových skupin, k realizaci vzdělávacích kurzů pro místní obyvatele, ke kulturním akcím pro veřejnost.

Komunitní akce – rituály - nejde zde o typ organizace, ale o akce, které obvykle partnersky realizuje více organizací najednou. Snaží se vyzdvihnout nějakou přednost – přírodní, kulturní, historickou, která napomáhá k identifikaci obyvatel se svou komunitou. Může jít o akci jednodenní či vícedenní, např. město pohádky, město zeleně apod. (KRÁTKÁ, ŠILHA KOVÁ, 2008)

7.3 KOMUNITNÍ PÉČE

Jedná se o péči o zdraví populace v komunitě, tedy v terénu mimo zdravotnické zařízení (nemocnici). Vzhledem k tomu, že dnešní ošetřovatelství a sociální péče jsou orientovány především na upevňování a podporu zdraví člověka, rodiny a komunity, v poslední době se těžiště práce zdravotníků a sociálních pracovníků přesouvá do terénu (ve světě je to víc jak polovina odborníků pracující samostatně).

Strategie WHO (World Health Organization; Světová zdravotnická organizace) prosazuje tzv. rodinnou sestru, která by ovlivňovala zdraví celých rodin. Zaměřuje se na péči o jedince v jeho domácím prostředí, na prevenci a podporu zdraví, na zvyšování vlastní odpovědnosti každého jednotlivce o své zdraví, na edukaci populace v péči o své zdraví a také monitoring potřeb jednotlivce, jejich analýzu a poskytnutí pomoci.

Komunitní péče je péče o zdraví populace v komunitě - mimo nemocnici. Jde o péči poskytovanou v rámci komunity (tj. systém tvořený státními i nestátními službami, jež jsou dostupné členům komunity) nebo péči poskytovanou členy komunity (tj. jde o péči

obvykle svépomocného charakteru, kterou si navzájem poskytují susedé, rodiny, různá neformální společenství). Předěl mezi oběma typy péče není ostrý.

Komunitní péče je zaměřena:

- na péči o člověka v domácím prostředí,
- na prevenci, upevnění a podporu zdraví a soběstačnosti,
- na edukaci populace v péči o své zdraví,
- na zvyšování odpovědnosti každého občana za své zdraví a osobní rozvoj,
- na odhalování potřeb jedince a poskytnutí pomoci.

V uvedených činnostech se na celém světě uplatňují hlavně zdravotní sestry a sociální pracovníci, protože mají k lidem hodně blízko, často získávají jejich důvěru a jsou schopni pracovat samostatně. Obecně jsou nazýváni komunitními pracovníky.

Komunitní péče věnuje mimořádnou pozornost prostředí, v němž člověk žije, zatímco klasický přístup se zabývá především vnitřním životem jedince a jeho vztahy v rodině, komunitní přístup tento záběr ještě rozšiřuje o další životní podmínky klientů - bydlení, zaměstnání, volný čas, seberealizace a sebeuplatnění, lékařská péče, doprava, sociální a zdravotní služby aj.

7.3.1 HISTORIE KOMUNITNÍ PÉČE

Komunitní péče má poměrně dlouhou historii. V západních zemích se považuje za období vzniku 2. polovina 19. století, kdy docházelo k rozpadu tradičních komunit vlivem industrializace, urbanizace a migrace obyvatel. První organizace tohoto typu byla založena v Anglii a v USA, nejprve na bázi dobrovolníků, kteří pracovali se sociálně slabými skupinami obyvatel. Účelem bylo především podpořit jejich soběstačnost a schopnost sebezpečí.

Další poměrně velký rozvoj zaznamenala komunitní péče v 60. letech 20. století, kdy se otevřely ústavy a mnoho málo soběstačných lidí potřebovalo podporu za jejich zdi.

V českých zemích se komunitní péče rozvíjela velmi obtížně. Vše, co se odehrálo před druhou světovou válkou lze jen okrajově zahrnout do oblasti práce v komunitě, spíše se jednalo o spolky „okrašlovací“. Ošetřovatelství v komunitě rozvíjel např. Československý červený kříž.

Po únoru 1948 se postupně spíše zájmové aktivity „sjednotily“ pod Národní frontou a aktivita lidí byla velmi silně ovlivňována komunistickou ideologií. I dnes lze cítit, jak pozůstatky myšlenkových stereotypů překážejí rozvoji komunitní práce u nás.

Bez působení tohoto vlivu nezůstala ani profese porodní asistentky a možnosti jejího vývoje jako autonomní profese, jejíž představitelky měly a mají nesporně kladný vliv na procesy probíhající v komunitě. Samostatná práce v terénu – komunitě postupně úplně zanikla.

Až konec 90. let znamená u nás rozvoj komunitní péče v tzv. euroamerickém pojetí. Vedle různých neziskových organizací, institucí veřejné správy, ojedinělých podnikatelských aktivit, se i v oblasti poskytování zdravotnické péče v rámci zahájení významných reforem objevuje strategie zdravotní péče založené na zásadách primární zdravotní péče. Lidé jsou vybízeni k převzetí odpovědnosti za svoje zdraví, v popředí stojí podpora zdraví

a prevence chorob, rozvoj komunit a je vyvíjen tlak na poskytování zdravotnických služeb blíže k místu, kde člověk žije, blíže k jeho komunitě tak, aby mohla být využita síla a schopnosti komunity.

V důsledku toho by mělo dojít i ke změně toku finančních zdrojů na poskytování péče a ke stanovení kompetentnosti poskytovatelů zdravotní péče. (KRÁTKÁ, ŠILHÁKOVÁ, 2008)

7.3.2 KOMUNITNÍ OŠETŘOVATELSTVÍ

Termín komunitní péče se často zaměřuje s termínem primární péče. Primární zdravotní péče se chápe jako péče poskytovaná praktickým lékařem při prvním kontaktu s nemocným. Současný trend zaměřuje primární péči na plnění zdravotní politiky v komunitě. Znamená to ve skutečnosti přesunutí péče z akutních zdravotnických zařízení do komunitních. To ale znamená, že součástí komunitní péče se stává nejen primární, ale i sekundární a terciální péče, stejně jako prevence.

Komunitní ošetřovatelství (community nursing, public health nursing) je uskutečňováno zpravidla mimo nemocnici a zajišťuje potřebnou péči o rodinu, jednotlivce či skupinu obyvatel zaměřenou jednak na ochranu zdraví, prevenci onemocnění a výchovu (edukaci) ke zdraví. Důraz je kladen na to, aby člověk pochopil, jak chránit své zdraví a pečovat o ně a také převzít za tento stav spoluzodpovědnost.

Komunitní ošetřovatelství se ale zaměřuje také na rehabilitaci včetně edukace rodinných příslušníků pro poskytování laické ošetřovatelské péče. Sestra úzce spolupracuje se sociálním, ekonomickým a politickým sektorem v komunitě. Důraz je kladen na práci s klientem a jeho rodinou v jejich přirozeném prostředí. Komunitní ošetřovatelství zasahuje do všech oblastí života od narození (početí) po smrt, včetně péče o pozůstalé, tzv. doprovázení. Na komunitního pracovníka jsou s rozvojem komunitní práce kladeny čím dál větší požadavky – jak na jeho znalosti, tak na jeho profesionální dovednosti.

7.3.3 KOMUNITNÍ SOCIÁLNÍ PRACOVNÍK

Komunitní pracovník by měl mít znalosti z filosofie, sociologie, psychologie, sociální práce, sociální politiky a ekonomie. Měl by být profesionálem, který dokáže:

- žít uprostřed konfliktů a napětí,
- naslouchat potřebám jednotlivých skupin žijících v komunitě,
- usnadňovat a podporovat jednání různých zájmových skupin,
- pomoci obyvatelům komunity zapojit se do procesu,
- napsat projekt,
- skončit v pravý čas svou práci a předat svou kompetenci místním obyvatelům.

O úspěchu komunitního pracovníka při řešení problému také rozhoduje i to, jaké vyznává hodnoty a jak ovlivňuje hodnoty uznávané komunitou. Komunitní pracovník by měl mít dobrou sebereflexi, měl by kolem něho fungovat systém zpětných vazeb a měl by mít možnost požádat o konzultaci nebo o supervizi, když se dostane do obtížné situace.

Je možné rozlišit dvě různá postavení komunitních pracovníků v komunitě:

1. dominantní postavení komunitního pracovníka – komunitní pracovník je vnímán jako expert, který předkládá komunitě hotové návrhy, upřednostňuje cíl nad procesem, často se setkáváme s odmítnutím této role komunitou.

2. partnerské postavení komunitního pracovníka – komunitní pracovník vychází důsledně z toho, co je v komunitě k dispozici, vychází z hodnot sdílených komunitou, dává návrhy, ale podporuje v tom i ostatní.

Profesní způsobilost komunitního sociálního pracovníka řeší Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách, který stanoví v platném znění a uvádí i mj. v § 79, odst. 1), že: Podmínkou registrace je bezúhonnost a odborná způsobilost všech fyzických osob, které budou přímo poskytovat sociální služby“, přičemž odborná způsobilost se posuzuje podle § 110 odst. 4) a 5), § 116 odst. 5) a § 117.

V § 110 odst. 4) zákona se uvádí, že: „Odbornou způsobilostí k výkonu povolání sociálního pracovníka je:

a) **vyšší odborné vzdělání** získané absolvováním vzdělávacího programu akreditovaného podle zvláštního právního předpisu 40) v oborech vzdělání zaměřených na sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost,

b) **vysokoškolské vzdělání** získané studiem v bakalářském nebo magisterském studijním programu zaměřeném na sociální práci, sociální politiku, sociální pedagogiku, sociální péči nebo speciální pedagogiku, akreditovaném podle zvláštního právního předpisu 41),

c) **absolvování akreditovaných vzdělávacích kurzů** v oblastech uvedených v písmenech a) a b) v celkovém rozsahu nejméně 200 hodin a praxe při výkonu povolání sociálního pracovníka v trvání nejméně 5 let, za podmínky ukončeného vysokoškolského vzdělání v oblasti studia, která není uvedena v písmenu b),

d) u **manželského a rodinného poradce vysokoškolské vzdělání** získané řádným ukončením studia jednooborové psychologie nebo magisterského programu na vysoké škole humanitního zaměření současně s absolvováním postgraduálního výcviku v metodách manželského poradenství a psychoterapie v rozsahu minimálně 400 hodin nebo obdobného dlouhodobého psychoterapeutického výcviku akreditovaného ve zdravotnictví.

Odbornou způsobilost sociálních pracovníků ve zdravotnictví řeší následující odstavec 5):

Odbornou způsobilost k výkonu povolání sociálního pracovníka při poskytování sociálních služeb ve zdravotnických zařízeních ústavní péče podle § 52 má též sociální pracovník a zdravotně sociální pracovník, který získal způsobilost k výkonu zdravotnického povolání podle zvláštního právního předpisu 42).

7.3.4 KOMUNITNÍ SESTRA

Komunitní sestra je všeobecná sestra se specializovanou způsobilostí. Svou způsobilost získá studiem v akreditovaných studijních programech nebo kurzech. Specializační vzdělávání poskytuje informace z oblasti domácí péče, péče o rodinu, péče o seniory, péče v prevenci pracovních rizik apod. (nařízení vlády č. 463/2004 Sb. v oboru komunitní ošetrovatelská péče (komunitní péče pro porodní asistenci).

Podmínkou pro přijetí do těchto vzdělávacích programů je úspěšně ukončené kvalifikační studium, které opravňuje k získání způsobilosti všeobecná sestra. Dále musí mít uchazeč praxi minimálně 24 měsíců na klinickém pracovišti.

Činnosti komunitní sestry jsou dány vyhláškou č. 424/2004 Sb. po získání specializované způsobilosti vykonává činnosti dle § 4 (činnosti všeobecné sestry bez odborného dohledu) a dále bez odborného dohledu a bez indikace poskytuje, organizuje a metodicky řídí ošetrovatelskou péči včetně vysoce specializované činnosti ve svém oboru (edukace, hodnocení stavu klienta, koordinace práce členů týmu, příprava standardů v oblasti specializace, vede specializační vzdělávání, analyzuje zdravotní a sociální situaci klienta a jeho blízkých osob ve vlastním sociálním prostředí, realizuje poradenství... § 48, § 52 vyhlášky č. 424/2004 Sb.).

Z uvedených činností vyplývá, že komunitní sestra velmi úzce spolupracuje s lékařem, sociálními pracovníky, odborným pracovníkem v ochraně veřejného zdraví. (KRÁTKÁ, ŠILHÁKOVÁ, 2008)

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Definujte pojmy komunitní práce a komunitní péče.
 2. Jak souvisí komunitní ošetrovatelství s komunitní péčí?
 3. Definujte profesní podmínky sociálního – komunitního pracovníka.
 4. Charakterizujte pojem „komunita“ a uveďte příklady.
-

8 SOCIÁLNÍ PÉČE O VYBRANÉ SKUPINY HANDICAPOVANÝCH

8.1 VYSVĚTLENÍ POJMŮ

Handicap je termín, který se objevuje v Anglii kolem roku 1827 (z angl. „hand in cap“ - ruka v klobouku) a pochází z prostředí dostihového sportu. „Ruka v klobouku“ označuje, které z lehčích, starších nebo trénovanějších koní ponosou větší zátěž, aby byly podmínky pro všechny stejné. (VÁGNEROVÁ, 1992)

Vágnerová (1999, s. 98) předkládá následující definici: „*Termín handicap označuje komplex znevýhodnění různého druhu, především sociálního, která z něho vyplývají a jsou do značné míry odstranitelné.*“

Pfeiffer (2005, s. 38) vychází z Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD). „*Tato klasifikace vychází z koncepce nemocí na ose etiologie → patologie → manifestace. Mezinárodní klasifikace poruch, disabilit a handicapů (IC IDH) navazuje na toto koncepci nemoc → porucha (impairment), disabilita → handicap. Nemoc se projeví morfologicky a funkčně na úrovni orgánu nebo tělesného systému poruchou, která od určitého rozsahu počne omezovat člověka v jeho aktivitách jakožto subjektu. Člověk nemůže vykonávat některou běžnou činnost nebo i více činností a stává se disabilním. Jak porucha, tak disabilita se většinou promítají do roviny sociální (společenské) a disabilní člověk pociťuje handicap, nebo můžeme říci, že je handicapovaný.*“

Jako hlavní pojmy nové klasifikace byly navrženy pojmy tělesné funkce, tělesné struktury, aktivita a participace a faktory prostředí.

Obecně handicap (postižení) můžeme rozdělit na zdravotní a sociální.

8.2 ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ

Definice zdravotního postižení byly v minulosti orientovány převážně na samotné postižení - vadu, nedostatek, defekt. Současný teoretický diskurz přiřazuje k definici postižení aspekt personální, sociální a ekologický.

8.2.1 TĚLESNÉ POSTIŽENÍ

Je možné, že ani neexistuje jednotná a vše říkající definice pro zdravotní postižení. Pojem tělesného postižení bývá obvykle redukován pouze na postižení pohybového ústrojí. Jako tělesně postižená je obecně vnímána osoba, jejíž pohybový handicap je zjevný a nedá se přehlédnout. Tělesná postižení mohou být vrozená nebo získaná. Vrozené vady vznikají během těhotenství nebo při porodu, získaná postižení může potom způsobit buď úraz, nebo různé choroby. Na rozdíl od vad vrozených mohou vzniknout samozřejmě v kterémkoli období života.

Murphy (2001) ve své antropologické autobiografii popisuje postižení, jako zároveň stav těla i aspekt sociální identity. Proces postižení je dán somatickými příčinami, avšak význam mu dává společnost. Ve své knize Umlčené tělo popisuje svět tělesně postižených lidí jako stejně roztodivný, jako je ve společnostech neznámých amazonských pralesů. Tím upozorňuje na to, že lékařská věda sama o sobě nikdy nepostihne představy a emoce, které doprovázejí osoby s tělesným postižením.

V Hartlově psychologickém slovníku je zdravotní postižení popsáno, jako trvalý nebo dlouhodobý stav, který nelze pomocí dostupných prostředků zcela odstranit. Můžeme však zmírnit nepříznivý dopad soustavou promyšlených opatření.

V publikaci Bartoňové (2005) se píše o jedinci s postižením jako o osobě se speciálními vzdělávacími potřebami. Co je však velmi důležité, uvádí, že poškození tělesného rázu nemusí vždy vést k narušení nebo omezení všech dovedností a schopností.

Handicapovaný člověk mívá zpravidla narušeny klasické role zastávající ve společnosti. Jedná se hlavně o soběstačnost, partnerské a rodinné role, zájmové činnosti, schopnost cestovat apod.

AKCEPTACE HANDICAPU

Něco akceptovat, znamená říci „ano“. V případě handicapu se jedná o akceptaci faktu nemoci. Akceptace je možná, pokud dokáže jedinec reálně nahlížet na sebe sama, začlenit handicap do obrazu své osobnosti a být tak v souladu se sebou samým. Přijmout situaci objektivně, ne jako „strašné neštěstí“. To je ovšem problematické, protože fakt handicapu je v logickém rozporu s představou běžného člověka. Přijetí postižení může znesnadňovat např. přílišné lpění na dokonalosti vlastní nebo svého konání, neschopnost delegovat některé pravomoci a povinnosti na druhé lidi, případně redukovat své plány a zájmy přiměřeně svému stavu. Východiskem může být přijetí postižení jako nedílné součásti života, jednoho z jeho úkolů.

Důležité také je, zda člověk čije s defektem od narození či ne. Je-li tomu tak, lépe se na něj adaptuje a svou situaci považuje do určité doby za normální. Ostatní složky osobnosti se vyvíjejí kompenzačně právě vlivem omezení či nedostatku v jiné oblasti. Naopak defekt získaný méně zasahuje vývoj funkcí osobnosti, které se do té doby vyvíjely normálně a postižený již získal určitou identitu a sociální vztahy. Zde jsou však mnohem větší nároky na adaptaci, jelikož defekt znamená obrovský zásah do osobnosti, způsobuje trauma a je velice těžce prožíváno.

Jedním z projektů, které u nás probíhají na podporu integrace tělesně postižených do společnosti, je projekt „Kroky k integraci“. Klade si za cíl zvýšit povědomí veřejnosti o potřebách handicapovaných, zlepšit komunikaci mezi většinovou populací a lidmi se zdravotním postižením, zlepšit bezbariérovost na školách v ČR atd.

V České republice se odhadovaný počet zdravotně postižených občanů blíží až k 1,2 mil. osob. Podle statistik Ministerstva práce a sociálních věcí ročně přibude 200 lidí, kteří zůstanou těžce zdravotně postižení v důsledku úrazu. V souladu s postupující demokratizací a všestrannou humanizací společenského života ve vyspělých zemích, se stále více do popředí dostává problematika vyrovnávání příležitostí všech občanů. Jedna z nich se vztahuje k postoji většinové společnosti vůči potřebám zdravotně postižených občanů a schopnost přijmout je mezi sebe. i přesto, že se situace v přístupu k lidem se zdravotním postižením v České republice výrazně zlepšuje, stále je potřeba překonávat řadu bariér v této oblasti.

8.2.2 MENTÁLNÍ POSTIŽENÍ

Světová zdravotnická organizace definuje mentální postižení jako: „*Stav zastaveného nebo neúplného duševního vývoje, který je charakterizován zvláště porušením dovedností, projevujícím se během vývojového období, postihujícím všechny složky inteligence, to je poznávací, řečové, motorické a sociální schopnosti. Postižení se může vyskytnout bez, nebo současně s jinými somatickými nebo duševními poruchami*“ (WHO, MKN-10).

Jiná definice hovoří o: „*Neschopnosti dosáhnout odpovídajícího stupně intelektového vývoje (méně než 70 procent normy), přestože byl takový jedinec přijatelným způsobem výchovně stimulován*“ (ŠIŠKA, 2012).

Americká asociace pro intelektová a vývojová postižení (AAIDD – American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) definuje mentální postižení takto: „*Mentální postižení je snížená schopnost charakterizovaná výraznými omezeními v intelektových funkcích a také v adaptačním chování, což se projevuje v pojmových, sociálních a praktických adaptačních dovednostech. Toto postižení vzniká před dosažením věku osmnácti let*“. Kromě hranice osmnácti let se u některých autorů můžeme setkat s hranicí dvou let věku, přičemž postižení vzniklá po tomto věku dítěte jsou označována za demenci. Dále AAIDD stanovuje pět předpokladů pro aplikaci předchozí definice:

- snížení aktuální funkčnosti musí být posuzováno v souvislosti s prostředím a komunitou typickou pro daný věk a kulturu jedince,
- bere v úvahu kulturní a jazykovou rozmanitost,
- bere v úvahu individuální rozdíly v komunikaci, ve vnímání, v pohybových možnostech a v chování,
- u každého jedince se vedle omezení zohledňují i jeho silné stránky,
- současně se zjišťováním limitů jedince má být vypracováván systém cílené podpory daného jedince – s vhodnou individuální podporou dojde k celkovému zlepšení kvality života osoby s mentálním postižením.

V této definici je patrná snaha chápat mentální postižení jako proměnnou veličinu. Nezávisí totiž pouze na nedostatečnosti jedince, ale je zde zohledňován i vliv vnějšího prostředí. Zdůrazněn je zde význam cílené podpory, která má vycházet z konkrétních schopností a potřeb lidí s mentálním postižením.

V současnosti se při snaze vymezit mentální postižení uplatňuje více přístupů, které reflektují různé úhly pohledu na problematiku mentálního postižení. Od těchto přístupů se dále odvíjí poslání služeb, které jsou lidem s postižením poskytovány.

V rámci staršího medicínského modelu byl kladen důraz zejména na zkoumání a diagnostikování rozumové nedostatečnosti. Tento přístup je dnes kritizován především proto, že postiženému člověku určoval jeho životní cestu a ospravedlňoval jeho sociální vyloučení. Na kritiku medicínského přístupu reaguje model sociální (někdy též označován jako ekologický), dle kterého to není výlučně tělesné, smyslové nebo mentální postižení, které zneschopňuje, oslabuje nebo znevýhodňuje jedince. Postižení je zde naopak chápáno jako důsledek znevýhodňujících vlivů ze strany společnosti.

Oliver tento proces označuje jako sociální model postižení. Podle Olivera (1990 In, ŠIŠKA, 2012) může i člověk s postižením prožívat spokojený život jako lidé bez postižení tehdy, není-li poskytován servis zaměřen pouze na rehabilitaci, reedukaci a kompenzaci.

Poskytovaný servis by se měl zaměřit spíše na odstraňování diskvalifikujících bariér ve vnějším prostředí. Tento sociální model předpokládá, že nemůžeme mluvit o mentálním postižení, aniž bychom zároveň nehovořili o prostředí, ve kterém se daný člověk pohybuje.

Tentýž člověk proto může být v určitém prostředí chápán jako člověk s mentálním postižením, zatímco v jiném prostředí o mentálním postižení hovořit nelze. Rozlišujícím znakem zde není otázka jedincovy adaptace na dané prostředí, ale podpora, kterou potřebuje, aby v daném prostředí mohl plnohodnotně žít.

Hodnocení v tomto pojetí nezohledňuje rozumovou úroveň, ale míru podpory, kterou jedinec potřebuje k životu v daném prostředí. Toto pojetí je v současnosti reflektováno i v postoji AAIDD. V lednu roku 2004 byla Americkou asociací pro mentální postižení vydána standardizovaná škála („Supports Intensity Scale“), která měří míru podpory, kterou člověk potřebuje k tomu, aby mohl v určitém prostředí žít. V rámci těchto oblastí se zjišťuje typ podpory, kterou jedinec s mentálním postižením v dané oblasti potřebuje.

Světová zdravotnická organizace dělí v desáté revizi mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) mentální postižení do šesti kategorií podle inteligenčního kvocientu následovně:

- Lehká mentální postižení (IQ 50–69).
- Střední mentální postižení (IQ 35–49).
- Těžká mentální postižení (IQ 20–34).
- Hluboká mentální postižení (IQ pod 20).
- Jiná mentální postižení.
- Neurčená mentální postižení.

Hlavním kritériem této klasifikace zůstává **inteligentní kvocient (IQ)**. Zde je třeba připomenout, že zjištěná hodnota IQ nám u jedince sice nabízí relativně objektivní posouzení jeho rozumových schopností, na druhou stranu ale poskytuje informace „pouze“ o nedostacích rozumové úrovně jedince bez zdůraznění jeho ostatních schopností či silných stránek.

Pro život člověka s mentálním postižením je však důležité i hledisko tvůrčí a praktické, či takzvaná **emocionální inteligence**. Ta zahrnuje uvědomění si sebe samého, sebmotivaci, vytrvalost, regulaci nálad, kontrolu impulzů, empatii (vcítění se do druhých) a naději nebo optimismus. Hodnota IQ by tedy v diagnostice jedinců s mentálním postižením měla představovat orientační, nikoliv stěžejní parametr. (ŠIŠKA, 2012)

8.2.3 SMYSLOVÉ POSTIŽENÍ

Smyslové postižení je postižení zrakového a sluchového aparátu. V mnohých případech dochází i k jejich kombinaci. Postižení sluchu je problematické tím, že současně dochází i k postižení řeči. Stejně jako u jiných postižení je důležité, zdali se jedná vadu vrozenou (onemocnění matky v prenatálním stadiu plodu, drogová závislost, apod.) nebo vadu získanou, např. úrazem nebo vážnou nemocí.

Podle místa poškození sluchového ústrojí rozlišujeme následující poruchy:

- **centrální** – poškození je na úrovni II.–V. neuronu sluchové dráhy; nečastější příčinou je trauma nebo tumor,
- **periferní** – poškození je na úrovni zevního ucha až jader sluchového nervu.

Základním vyšetřením je **otoskopie**, která objasní nález na zvukovodu a bubínku přitom se může zjistit banální příčina, např. obturující cerumen – mazová zátka).

Vyšetření sluchu řeči: Provádí se plným hlasem – vox magna (V), nebo šepotem – vox sibilans (vs).

Ladičkové zkoušky (Rinneho zkouška, Weberova zkouška, Schwabachova zkouška) jsou základní zkouškou rozlišení převodní a percepční nedoslýchavosti.

Tónová audiometrie: Subjektivní vyšetření, které se provádí pomocí elektroakustického přístroje – audiometru. Definitivně potvrdí typ a charakter sluchové poruchy.

Slovní audiometrie: Tento typ vyšetření nás informuje, jak pacient rozumí řeči. Pacient opakuje slova, která slyší v různých intenzitách.

Otoakustické emise: Vyšetření zvuků vycházejících jako produkty mechaniky zevních vláskových buněk hlemýždě. Jejich nepřítomnost ukazuje především na kochleární poruchu.

Terapie všech sluchových poruch se opírá o odstranění vyvolávající příčiny, pokud to je možné. Alternativou může být sluchadlová korekce, u zcela neslyšících kochleární implantát.

ZÁSADY KOMUNIKACE S NESLYŠÍCÍMI

Typickým příznakem zhoršování sluchu je stížnost pacienta, že sice slyší, ale nerozumí. Nemocní mají problém rozumět při běžné komunikaci a opakovaně se ptají, co bylo řečeno. Často je i doma rodina upozorňuje, že si pouštějí příliš nahlas televizi. Nedoslýchavost by neměla být přijímána pasivně, zejména ne tehdy, pokud postihuje kvalitu života a komunikaci s rodinou a přáteli. Většina z nás pocítuje při kontaktu s postiženými lidmi určitou nejistotu, přesto bychom se měli pokusit zábrany překonat a vyjít postiženému člověku vstříc. Když se na ulici setkáte se zrakově postiženým, pravděpodobně ho okamžitě identifikujete podle bílé hole a černých brýlí. Sluchově postiženého již poznáte hůře (pouze hluchoslepí mají červenobílou hůl). Přesto se s takovými lidmi setkat můžete a nemusí to být zrovna jednoduché. Jistě si tedy kladete otázku, jak se sluchově postiženým člověkem komunikovat.

Rady, jak mluvit s neslyšícími, by se daly shrnout do následujících několika bodů:

- velmi důležitý je **oční kontakt**, kdy je třeba se přesvědčit, zda o vás nedoslýchavý ví (např. poklepáním na rameno),
- **zjistit způsob komunikace**, zda sluchově postižený chce mluvit, odezírat, psát nebo používat znakovou řeč,

- a **umožnit neslyšícímu lépe odezírat**, nezakrývat si ústa, nepodpírat si bradu a nežvýkat,
- **mluvit přirozeně**, nehovořit příliš rychle, nekřičet a neslabikovat, dále je důležité znát důvod rozhovoru, předem vysvětlit, jakou spolupráci od něj budete potřebovat,
- **používat známá slova** a jednoduché věty, vyhýbat se složitým souvětím,
- **zpětná vazba** znamená ujistit se, zda neslyšící správně rozuměl – neptejte se, zda rozuměl, ale co rozuměl, pokud se komunikace nedaří nebo potřebujete získat přesný údaj, nebojte se použít papír a tužku,
- **volit přímý rozhovor**, neobracet se na doprovod nebo na tlumočníka,
- vycházet z konkrétní situace a potřeb daného člověka.

Moderní medicína a technika nám dávají nejen možnost sluchovou poruchu včas odhalit, ale také ji léčit nebo alespoň kompenzovat technickými pomůckami. Pokud člověk špatně slyší, jedním z řešení je sluchadlo. Moderní typy sluchadel jsou malá elektronická zařízení. Nejsou to jen zesilovače zvuků, ale většinou dokážou rozlišit i směr, odkud zvuk přichází, a odlišit hluk od lidské řeči, a tu pak izolovaně zesílit.

Význam dobrého sluchu dokládá skutečnost, že si sluchadlo opatřuje stále více lidí. Sluchadla pomáhají nedoslýchavým vnímat zvuky, které dříve neslyšeli. Komunikace s rodinou, přáteli a kolegy je jednodušší. Sluchadla nenahrazují normální sluch, ale kvalitní, dobře seřízená sluchadla pomáhají v mnoha denních situacích, a tím se zvyšuje i kvalita života. (STRNADOVÁ, 2008)

8.2.4 SMYSLOVÉ POSTIŽENÍ - ZRAKOVÉ

Zrakově postižení (někdy též ZP) přesněji osoby se zrakovým postižením jsou lidé s různými druhy a stupni snížených zrakových schopností. Blíže se tímto termínem rozumí ti, u nichž poškození zraku nějak ovlivňuje činnosti v běžném životě a u nichž běžná optická korekce nepostačuje. Nezařazujeme tedy člověka, který nosí dioptrické brýle a s nimi docela normálně vidí - to znamená, že má zrakovou vadu lehčího stupně a s brýlemi zvládá bez potíží každodenní činnosti, nemá omezení v přístupu k informacím, v orientaci a samostatném pohybu, v pracovním uplatnění, v sociální oblasti apod.

Abychom zdůraznili tento rozdíl, mluvíme někdy o těžce zrakově postižených. Tím máme na mysli skupinu zrakově postižených, u nichž právě onen vážný funkční důsledek zrakové vady zasahuje do běžného života, lidí, jimž už běžná brýlová korekce nepostačuje k plnému normálnímu vidění.

Skupinu těžce zrakově postižených můžeme dále dělit na nevidomé a slabozraké. Při očním vyšetření se zkoumá zraková ostrost vyjádřená tzv. vizem udávaným zpravidla ve zlomku, kde první číslo znamená vzdálenost v metrech, ze které dotyčný čte a druhé číslo pak vzdálenost, ze které čte tu samou velikost písmene člověk s nepostiženým zrakem. (Vizus zdravého oka je tedy např.: 6/6). Vyšetření zrakové ostrosti do dálky se provádí nejčastěji na Snellenových optotypech, což jsou tabulky s řadami postupně se zmenšujících znaků. Dalším zkoumaným parametrem je velikost zorného pole. Toto pole může být v důsledku zrakové vady zúženo, omezeno nebo v něm může docházet k lokálním výpadkům - tzv. skotomům.

Podle výsledků oftalmologického vyšetření je možno zrakově postiženého člověka zařadit do některé z 5 kategorií zrakového postižení:

- kategorie 1: střední slabozrakost,
- kategorie 2: silná slabozrakost,
- kategorie 3: těžce slabý zrak,
- kategorie 4: praktická nevidomost,
- kategorie 5: úplná nevidomost.

ZÁSADY KOMUNIKACE S NEVIDOMÝM

Při setkání s nevidomým jednejte přirozeně a prakticky. Pozdrav nebo oslovení můžete v rušném prostředí doprovodit lehkým dotykem na předloktí nevidomého, aby bylo jasné, že mluvíte právě k němu. Pomoc nabídněte, ale nevnučujte. Zeptejte se, jestli pomoc potřebuje a jakou. Pomozte tehdy, když nevidomý o pomoc stojí, a to způsobem, na kterém se k vzájemné spokojenosti dohodnete.

Při komunikaci s nevidomým nezapomínejte na to, že nevidí vaše gesta a že neverbální sdělení je vhodné nahradit slovy. Můžete nevidomému přetlumočit i výrazná gesta jiných osob, pokud mu to umožní lepší orientaci v komunikaci. Nepoužívejte směrové výrazy typu „támhle“. Při uvádění stran pamatujte na jejich relativitu, tzn. výraz „vlevo“ doplňte upřesněním např. „z vaší strany“. Používejte raději výraz „nevidomý“ než „slepý“.

Při nabídce doprovodu nevidomému navrhněte, aby se přidržel vašeho lokte nebo paže, protože takto může snadno jít půl kroku za vámi, sledovat vaše pohyby a přirozeně na ně reagovat. Nestrkejte nevidomého před sebou, i kdyby vám to poskytovalo pocit větší kontroly nad „ohroženou“ osobou. Stala by se z vás špatně ovladatelná dvojice, ve které je nevidomá osoba vystavena jako první všem kolizím bez možnosti na ně včas reagovat.

Při doprovázení jde nevidomý na bezpečnější straně, tempo pohybu je dáno potřebou pomalejšího z dvojice. Před překážkou zastavte nebo zpomalte a popište situaci.

Na obrubníky a schodiště vstupujte kolmo. Před vstupem zpomalte nebo zastavte a uveďte směr (nahoru, dolů) a popište případné zvláštnosti (točité schody, zúžená místa, podhledy). Dohodněte se s nevidomým, jestli se chce přidržel zábradlí, ale nenutěte ho k tomu.

Madlo, opěradlo sedadla i jiné předměty ukažte nevidomému tak, že na ně položíte ruku, za kterou se vás nevidomý přidrží. Toto gesto doplňte slovním popisem. Můžete se také dohodnout, že jeho volnou ruku položíte na hledanou věc.

Při nástupu nebo výstupu z hromadných dopravních prostředků nevidomému popište situaci, pomozte mu například najít madlo na křídle dveří nebo madlo uprostřed nástupního prostoru a pak jděte jako první. Pokud to volný prostor dveří umožňuje a vy budete nastupovat ve dvojici vedle sebe, pak nastupujte kolmo na hranu schodů tak, že jdete o schod napřed a nevidomý se vás přidrží za paži. Nástup doplňujte slovním popisem. Po nástupu se chytněte madla nebo tyče a nevidomý výše popsáním způsobem vyhledá totéž madlo nebo tyč, aby se mohl bezpečně držet. Nejprve nevidomému pomozte nalézt tuto pevnou oporu a pak se teprve domlouvejte, jestli potřebuje sedět.

Při nástupu do osobního automobilu se s nevidomým předem dohodněte, jak mu můžete pomoci. Někdo uvítá, když mu pomůžete nalézt kliku zavřených dveří, jiný bude například hledat horní rám dveří otevřených.

Před vstupem na eskalátor se s nevidomým předem dohodněte, jakou pomoc od vás potřebuje. Někdo vás požádá o pomoc s vyhledáním začátku eskalátoru, pak prozkoumá situaci pomocí hole a nastoupí i vystoupí sám. Jiný nevidomý uvítá, když na eskalátor budete vstupovat společně. V tom případě je důležité zastavit se těsně před vstupem na eskalátor a vstupovat na něj po pokynu nevidomého, až bude mít dostatečně situaci pod kontrolou. Dohodněte se s nevidomým, jestli se na eskalátoru chce držet vás nebo madla. Celá akce může předem vypadat složitěji a nebezpečněji, než tomu ve skutečnosti bude.

Rovněž při nástupu do soupravy metra se s nevidomým předem dohodněte, jakou pomoc od vás očekává. Pokud nastupujete jako dvojice vedle sebe, snažte se stát čelem ke dveřím soupravy, abyste mohli nastupovat kolmo. Nebezpečný prostor mezi vozem a nástupištěm nevidomému ohlaste krátce před tím, než ho budete překračovat, aby nevidomý mohl na pokyn reagovat. Nevidomému pro vyhledání nebezpečného meziprostoru může dobře posloužit bílá hůl. Někteří nevidomí uvítají, když jim pomůžete, aby si rukou našli boční stěnu stojícího vozu těsně u dveřního prostoru, a sami si pak řídí nástup.

Pokud při doprovázení vznikne situace, se kterou si nevíte rady, nezapomeňte, že jste na její řešení dva. Je možné, že nevidomý stejný problém už řešil mnohokrát.

Velký hluk, silný vítr, déšť a sníh nevidomému velmi ztěžují samostatný pohyb. V takových podmínkách se též snižuje pozornost a vnímavost chodců k problémům ostatních. Právě v těchto situacích může být vaše pomoc mimořádně užitečná.

Nevidomého, kterého znáte, pozdravte jako první, i když je mladší než vy. K pozdravu připojte oslovení, aby věděl, že pozdrav patří právě jemu. Když se zároveň představíte, možná nevidomému ulehčíte situaci s vaší identifikací. Poznávat lidi podle hlasu může být zejména v nečekaných situacích velmi náročné.

Vstoupíte-li do místnosti, ve které je nevidomý, dejte o sobě vědět. Obdobně mu oznamte svůj odchod, aby později třeba nemluvil do prázdna.

Při pomoci v interiéru se s nevidomým dohodněte o uložení jeho předmětů (kabátu, tašky) tak, aby v případě vašeho odchodu byl schopen si své věci najít sám. Při seznamování nevidomého s prostředím upozorněte zejména na předměty trčící do prostoru, jako jsou velké vázy nebo zavěšené skříňky. Pozor na tašky odkládané na podlahu a jiné předměty odložené na nečekaných místech. Nepříjemnou překážkou v interiérech bývají napůl otevřené dveře, neboť nevidomému hrozí přímým čelním nárazem.

Jednáte-li s nevidomým, kterého někdo doprovází, projednávejte záležitosti nevidomého přímo s ním a ne s průvodcem. Nevidomý s vámi sice nemůže udržovat zrakový kontakt, za své záležitosti je však odpovědný sám. Průvodce není zástupcem nevidomého. Pokud se nevidomý s průvodcem na zastupování dohodli, nevidomý vám to pravděpodobně řekne.

Nevidomý v restauraci obvykle potřebuje pomoc při vyhledání místa, šatny nebo věšáku. Vítanou informací je popis uspořádání jídla na talíři, stačí uvést směry z pohledu nevidomého (vlevo maso, vpravo brambory, nahoře zelenina, dole vejce). O uspořádání předmětů na stole se s nevidomým dohodněte. Řekněte mu také, jestli je s vámi u stolu ještě někdo jiný.

Vaše včasné, věcné a nedramatizující slovní upozornění na výkop, lešení, stavební zábor, nevhodně zaparkované auto na chodníku apod. může být neocenitelnou pomocí samostatně se pohybujícímu nevidomému.

Všechny výše uvedené zásady je samozřejmě nutno přizpůsobit situaci, při které jde o přímé ohrožení zdraví a života. (MICHÁLEK, 2011)

Dnes se podstatně změnilo postavení zdravotně postižených ve společnosti, nejinak je to i u nevidomých a slabozrakých. Sociální systém poskytuje zrakově postiženým různé příspěvky a dávky včetně mimořádné dávky na pomůcky (vodící pes, počítač, apod.).

Zrakově postižení mají též většinou průkazy ZTP a ZTP/P, které je opravňují například ke slevě v dopravě, MHD zdarma, slevy v divadlech, památkách apod.

Organizace, která zdravotně postižené sdružuje a hájí jejich zájmy je Sjednocená organizace nevidomých a slabozrakých České republiky, která poskytuje i terénní služby, zřizuje organizace Tyfloservis O. P. S. a Tyflocentra, svými službami pokrývá celé území ČR, dále zřizuje Středisko výcviku vodících psů v Praze 5. Tato organizace též vydává tiskoviny pro nevidomé a slabozraké.

Vydáváním knih v Braillově písmu se v ČR zabývá Knihovna a tiskárna pro nevidomé K. E. Macana v Praze, která provozuje i pobočky a poskytuje i půjčování knih jak osobně tak zásilkovou službou. Tiskoviny v Braillově písmu nepodléhají poštovní platbě.

Důležitou roli v sociální péči sehrává také Středisko rané péče, které vyhledává zrakově postižené v raném dětství a pomáhá rodině s vytvořením podmínek pro dítě.

Speciálně pedagogická centra se zabývají pomoci nevidomým a slabozrakým žákům, tato centra jsou i pro jinak postižené, ale fungují zvláště.

Zrakově postižení mohou být integrováni v klasických školách, ale mohou také využít systému speciálního školství, které je plnohodnotné, skládá se z mateřských, základních a středních škol a základních praktických škol.

8.3 SOCIÁLNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ - SOCIÁLNÍ VYLOUČENÍ

Následující podkapitola pojednává o sociálním vyloučení a o životním stylu, který s sebou existence v sociálně vyloučeném prostředí přináší. Osoby, které jsou sociální exkluzí postiženy, spadají do definice osob se speciálními vzdělávacími potřebami, a to jako osoby znevýhodněné sociálně dle zákona č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání, § 4. Zákon charakterizuje sociální znevýhodnění mj. jako „rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením, ohrožení sociálně patologickými jevy“. Aniž bychom souhlasili s hodnotící charakteristikou „nízké sociálně kulturní postavení“, rádi bychom objasnili, že životní styl obyvatel sociálně vyloučeného prostředí je opravdu specifický a může v důsledku do značné míry ovlivňovat školní úspěšnost dětí, které v tomto prostředí vyrůstají. Lze tedy konstatovat, že sociálním vyloučením (exkluzí) rozumíme proces, kdy jsou jednotlivci či celé skupiny vytěšňovány na okraj společnosti a je jim omezován nebo zamezen přístup ke zdrojům, které jsou dostupné ostatním členům společnosti. Mezi tyto zdroje řadíme především zaměstnání, bydlení, sociální ochrana, zdravotní péče a vzdělání.

Koncept sociální exkluze byl zformulován v sedmdesátých letech minulého století ve snaze vytvořit analytický nástroj, který umožní zkoumat příčiny vyloučení určité skupiny obyvatel ze zbytku společnosti a určovat mechanismy, prostřednictvím kterých vyloučení působí. Nejprve byl vztahován k osobám, na něž nebylo pamatováno v systému sociální podpory, zaměřoval se tedy na ekonomické otázky lidského života. Později byl rozšířen i na oblast sociálních vztahů a v současné době tento koncept umožňuje popsat různé oblasti problémů, s nimiž se musí sociálně exkludované osoby vyrovnávat. Mluvíme tedy o sociálním vyloučení v oblasti ekonomické, prostorové, kulturní, sociální v užším smyslu slova, v oblasti politické a symbolické.

Poprvé se koncept sociálního vyloučení objevil ve Francii, kde se jím označovaly osoby, které stály mimo systém sociálního zabezpečení. Postupně získával pojem na popularitě i v ostatních zemích Evropy, především ve Velké Británii. Význam termínu se rozšířil: dnes nezahrnuje pouze neschopnost dosáhnout na dávky sociálního zabezpečení, ale popisuje a vysvětluje řadu dalších jevů. V 90. letech se tento pojem stal součástí sociální politiky Evropské unie. (TOUŠEK, 2007)

8.3.1 VNĚJŠÍ PŘÍČINY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ

Vnější vlivy či příčiny sociálního vyloučení jsou takové jevy, které jsou mimo dosah a kontrolu vyloučených osob. Takové vlivy nemohou sociálně vyloučení lidé ovlivnit vlastním jednáním či tak mohou činit jen obtížně. Vnější příčiny jsou dány širšími společenskými podmínkami nebo vyplývají z jednání lidí, kteří se nacházejí vně sociálního vyloučení.

Do této oblasti patří především:

- trh práce a jeho charakter,
- bytová politika státní správy a místní samosprávy,
- sociální politika státu,
- praxe místních samospráv ve vztahu k sociální oblasti,
- diskriminace či stigmatizace některých jedinců na základě charakteristik jako rasa, etnicita, národnost, sociální status apod.

Příklad:

V městské lokalitě se nacházejí dva panelové domy, které jsou označovány médii a lokálními institucemi jako „problémové“, a místní nájemníci jsou paušálně nazýváni „neplatiči“. Tyto objekty nesou známky sociálně vyloučené lokality. na začátku 90. let přidělovala místní samospráva byty v jednom z objektů pouze na základě toho, zda byl žadatel o byt shledán úředníky podle barvy pleti nebo příjmení Romem. V této praxi se v některých případech pokračovalo i v dalších letech, aniž by byl respektován systém přidělování bytů. Osoby, jež byly na základě vůle místní samosprávy považovány za Romy, se takto ocitly v sociálně vyloučené lokalitě z důvodů, které samy nemohly jakkoli ovlivnit. Jedinou možnou obranou by bylo odmítnutí přiděleného bytu. Takové odmítnutí by však mělo za následek ztrátu možnosti získat byt jiný, což byla pro většinu žadatelů příliš vysoká cena. Proto většina z nich byty přijala, zároveň s bydlením v dané lokalitě však přijali i stigmatizaci těch „problémových“ nebo „neplatičů“. (TOUŠEK, 2007)

8.3.2 VNITŘNÍ PŘÍČINY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ

Vnitřní vlivy či příčiny jsou takové jevy, které jsou důsledkem jednání konkrétních lidí, jichž se sociální vyloučení týká. Ti mohou svým jednáním vlastní situaci sociálního vyloučení přímo způsobovat, anebo posilovat její stávající existenci. Třebaže se jedná o příčiny individuální, jsou povětšinou důsledkem příčin vnějších.

Jsou to například:

- ztráta pracovních návyků při dlouhodobé nezaměstnanosti,
- dlouhodobá neschopnost hospodařit s penězi a dostát svým finančním závazkům,
- orientace na okamžité uspokojení potřeb vyplývající z dlouhodobé frustrace,
- apatie a nízká motivace k řešení vlastních problémů apod.

Kromě vnějších a vnitřních příčin rozlišujeme i mechanismy sociálního vyloučení, které jsou definovány jako prostorové, ekonomické, kulturní, symbolické a politické. Všechny uvedené mechanismy spolu souvisejí a vzájemně se prolínají.

8.3.3 PROSTOROVÉ VYLOUČENÍ

Prostorové vyloučení je nezřetelnějším projevem sociální exkluze. Sociálně vyloučené osoby obvykle žijí v lokalitách, které se vyznačují nízkou kvalitou bydlení. Tyto lokality mohou mít podobu městské části, ulice anebo jednoho či více objektů. Zmíněné lokality jsou odborníky označovány jako ghetta, sociálně vyloučené lokality či nepřesně (chudinské, etnické) enklávy. Místní samosprávy tyto lokality nazývají „objekty pro nepřizpůsobivé občany“, „byty pro neplatiče“, „holobyty“ či v lepším případě „byty pro sociálně slabé občany“. Média a veřejnost pak o těchto lokalitách mluví jako o „domech hrůzy“, „Bronxu“, „Mexiku“ apod. Ve většině případů se v těchto lokalitách lidé ocitají nedobrovolně, a to v důsledku zamýšleného či nezamýšleného jednání místní samosprávy či v důsledku ostatních faktorů sociálního vyloučení (zejména v důsledku vyloučení ekonomického). Je nutné upozornit na to, že život ve vyloučené lokalitě přináší vyšší ekonomickou zátěž pro samotné obyvatele, ale ve svých důsledcích i pro místní samosprávu a státní správu. Existence vyloučených je dražší pro všechny, kdo se na jejím vzniku a „provozu“ podílejí. Zároveň zde dochází ke koncentraci vnějších i vnitřních příčin sociálního vyloučení, jejímž následkem je posilování a reprodukce vyloučení jednotlivých osob.

Příklad:

Někteří odborníci označují sociálně vyloučené lokality metaforicky jako „továrny na neplatiče“. Jejich poznatky z terénu ukazují, že mnozí lidé se neplatiči stali až poté, co se v sociálně vyloučené lokalitě ocitli, a to v důsledku podmínek, které zde panují. Ačkoli se totiž jedná převážně o lokality, které mají sloužit „sociálně slabším“ občanům, náklady na bydlení jsou zde v důsledku prostorového vyloučení paradoxně vyšší než jinde. Vyšší náklady na bydlení jsou spojené se špatným stavem objektů, nevhodným vytápěním (elektrické přímotopy bez nočního proudu), špatnou izolací či vysokými nedoplatky za vodné, stočné a elektřinu ve společných prostorách. U mnohých lidí, kteří se do vyloučené lokality dostali pouze na základě úřední představy o jejich etnicitě, došlo k zadlužení až v důsledku zvýšení životních nákladů, způsobeného nedobrovolným přestěhováním. (TOUŠEK, 2007)

8.3.4 EKONOMICKÉ VYLOUČENÍ

Ekonomické vyloučení se projevuje uzavřením přístupu na primární, ale i na sekundární trh práce, chudobou a následným uzavřením životních šancí. Na situaci ekonomického vyloučení, která znamená ztížený nebo zamezený přístup k finančním zdrojům, lidé reagují tak, aby dokázali sehnat alespoň minimální prostředky nutné k uspokojení základních potřeb. Jejich chování je adaptací na situaci, ve které se ocitli. Adaptací na ekonomické vyloučení je orientace na sféru černé ekonomiky, černého trhu práce a závislost na sociálních dávkách. Uzavření přístupu na trh práce přitom nemusí být jen důsledek diskriminace či nedostatku pracovních nabídek (vnější příčiny sociálního vyloučení), ale též vysoké zadluženosti či ztráty pracovních návyků (vnitřní příčiny).

Ekonomické vyloučení je úzce spjato s **chudobou**. Obvykle se rozlišuje mezi chudobou absolutní a relativní.

Absolutní chudobou se rozumí stav, kdy u člověka nedochází k uspokojování potřeb, které jsou nutné k zabezpečení jeho sociálního či fyzického přežití. Oproti tomu **relativní chudoba** je vymezena ve vztahu k obecně platným životním standardům ve společnosti (např. Evropská unie vymezuje hranici chudoby jako 50% průměrného příjmu). Ve vztahu ke konceptu sociálního vyloučení bývá uváděno, že chudoba není nutnou podmínkou sociálního vyloučení, ačkoli tomu tak často je. Jinak řečeno, chudý člověk nemusí být sociálně vyloučený a sociálně vyloučený nemusí být nutně chudý.

Příklad:

Pan R. Č. je dlouhodobě nezaměstnaný a společně s manželkou mají řadu dluhů. Převážně se jedná o pokuty za jízdu na černo v MHD, u nichž v některých případech již soud rozhodl o exekuci majetku. Třebaže je rodina zadlužená a potýká se s nedostatkem financí, pan R. aktivně zaměstnání neshání. Nevyplatí se mu to, neboť by v důsledku exekučních rozhodnutí o značnou část mzdy okamžitě přišel. Legální zaměstnání by mu v jeho situaci nepřineslo zvýšení příjmů. Raději se tedy spoléhá na sociální dávky a příležitostnou práci na černo. Třebaže se dopouští porušování zákonů, z pohledu sociálního vyloučení je jeho chování racionální adaptací. (TOUŠEK, 2007)

8.3.5 KULTURNÍ VYLOUČENÍ

Kulturním vyloučením je zpravidla míněn omezený přístup ke vzdělání a znalostem, které jsou většinou společností uznávány a ceněny. Odborně se hovoří o vyloučení ze sdílení kulturního kapitálu společnosti. Omezení přístupu ke vzdělání je opět způsobeno kombinací vnějších a vnitřních příčin. Vnějšími příčinami je například praxe umisťování dětí z „problémových romských“ rodin do speciálních škol, kde získávají méně kvalitní vzdělání než zbytek jejich vrstevníků. Vnitřními příčinami jsou zde například nízké vzdělání rodičů, kteří nechápou souvislost mezi vzděláním a životním úspěchem, a své děti dostatečně nemotivují ke školní docházce a úspěšnosti.

Příklad:

Syn paní M. Š., kterému je nyní 9 let, začal mít před rokem problémy ve škole, které nesouvisely s jeho studijními výsledky, ale byly důsledkem konfliktu s třídním vyučujícím. Ten několikrát odmítl syna paní M. Š. pustit během vyučování na toaletu, v důsledku čehož se syn vždy pomočil. Rodiče prostřednictvím terénního sociálního pracovníka podali stížnost, jejímž výsledkem byl návrh vedení školy na přeřazení syna do speciální školy. Psycholog přeřazení nedoporučil, protože na základě testů k tomu neshledal žádné důvody. Nicméně paní M. Š. přesto s přeřazením souhlasila s pocitem, že „tam mu bude lépe“ a problémy se tak vyřeší. Tím značně snížila šance svého syna na získání kvalitního vzdělání. (TOUŠEK, 2007)

8.3.6 UŽŠÍ SMYSL SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ

Sociálním vyloučením v užším smyslu se rozumí fakt, že společenské styky vyloučených lidí se omezují na kontakty s lidmi, kteří se nacházejí ve stejném postavení jako oni, a i počet těchto kontaktů je zpravidla nižší, než počet kontaktů průměrného jedince z většinové společnosti. Obdobně jako v případě kulturního vyloučení hovoří odborníci o vyloučení ze sdílení sociálního kapitálu společnosti.

ETNICITA

Etnicita je nejčastěji chápána jako vznik, reprodukce a udržování sociálně uznávaných kulturních rozdílů. Základem etnicity jsou tedy kulturní odlišnosti a etnicita (stejně jako kultura) je zcela nezávislá na jakýchkoli biologických (dědičných) faktorech. Etnicita však vzniká až v okamžiku, kdy spolu přicházejí do kontaktu minimálně dvě společenství, která se navzájem považují za kulturně odlišná; jinak řečeno – etnicita je aspektem vztahu, nikoli vlastnictvím skupin.

Život v sociálně vyloučené lokalitě je životem v izolaci od sociálních vztahů zvenčí – „normální“ lidé z okolí se tomuto místu vyhýbají, nechodí sem často ani ti, kdo by měli (někdy sem dokonce odmítají jezdit i vozy lékařské záchranné služby). Vyměnit byt, který se nachází v takovéto oblasti, je nemožné, protože nikdo o něj nemá zájem. Případná vzdálenost také samozřejmě ztěžuje problém s dojížděním do práce či vůbec dostupnost jakékoli pracovní příležitosti. Lidé odtud velmi často neodcházejí ani za různými sporty, zájmy a koníčky, protože na jejich provozování nejsou k dispozici prostředky. V takto uzavřeném světě záhy začne vznikat specifický životní styl, který se promítá i do chápání lidí zde žijících a do jejich výkladů okolního světa. Odlišný způsob uvažování o světě není dán nikterak „etnický“, je způsoben oddělením místních obyvatel od okolní společnosti a nemožností konfrontovat svá každodenní zjištění a zkušenosti s někým „zvenčí“. Jedinci, kteří zde vyrůstají, tak nemají příležitost osvojit si normy chování či životní strategie, uplatňované ve zbytku společnosti, a osvojují si pouze kulturní návyky svého okolí, které je ovšem v očích majority handicapují.

8.3.7 SYMBOLICKÉ VYLOUČENÍ

Symbolické vyloučení je označení situace, která nastává, kdy již lidé nepotřebují k vyslovení soudu o „těch druhých“ nijak přemýšlet a „každý ví“, jak to „s nimi je“, jací jsou, co od nich očekávat. Tyto soudy přitom nejsou založeny na podstatné a četné osobní zkušenosti či úvaze, ale na základě prostého vizuálního zařazení jedince ke skupině, na základě rozpoznání jeho skupinové příslušnosti. Odsuzující výroky o „nepřizpůsobivých“ spoluobčanech pak automaticky přecházejí i na ostatní, podobně vyhlížející osoby, což těmto lidem dále komplikuje možnost uspět v okolní společnosti a výrazně snižuje jejich motivaci se o to alespoň pokoušet, protože na základě svých záporných zkušeností (již předem) očekávají, že v této snaze nebudou úspěšní. Setrvávají proto v prostředí, které důvěrně znají a které jim sice nenabízí životní standard, jaký zná běžná společnost, ale poskytuje jim pocit bezpečí a chrání je od každodenní konfrontace jejich „jinakosti“ s okolím.

V tomto okamžiku se celý problém zacyklí. Lidé, kteří jsou postiženi sociálním vyloučením, již ztrácejí chuť a vůli uspět v okolní společnosti, a své postoje předávají i vlastním dětem, které v exkludovaných lokalitách vyrůstají. Životní styl sociálně vyloučených obyvatel se tak permanentně reprodukuje a přenáší z generace na generaci. Vystoupit z něj bez výrazné podpory okolního světa již takřka není možné. A to je další

neblahý důsledek předsudků – neexistuje možnost, aby na základě pochopení souvislostí byla lidem s omezenými možnostmi poskytnuta jiná šance, než která je jim dostupná.

8.3.8 POLITICKÉ VYLOUČENÍ

Tímto termínem označují společenské vědy absenci jedinců či sociálních skupin v demokratických procesech a jejich neúčast na politické moci, v krajním případě pak vyloučení z veřejného života, což může vést i k narušování občanských, politických a lidských práv vůbec. Znamená to, že příslušníky marginalizované skupiny nevidíme jen mezi politickými představiteli společnosti, ale často ani ve volebních místnostech jako voliče. (Pokud se v českém politickém prostředí objeví vlivná osoba, pak rozhodně nepochází z prostředí sociálně vyloučené lokality, a není jisté, zda bude opravdu hájit zájmy exkludovaných osob, byť se tím někteří tzv. romští lídři často zaštiťují.) Neúčastní se však navíc ani veřejného života v širším slova smyslu, nebývají členy žádných kulturních či sportovních sdružení nebo organizací a sami takovéto instituce nezakládají (opět připomínáme, že mluvíme o sociálně exkludovaných osobách, nikoli o těch, které okolí často identifikuje jako Romy). Je to částečně dáno tím, že bez zkušenosti uplatnění se ve společnosti a podílení se na standardních mechanismech jejího fungování není příležitost k sebemenšímu projevení vlastní iniciativy, a není tak prostor pro pochopení smyslu fungování celého systému a jeho jednotlivých částí. Pokud má mladší generace tendenci se zapojit, jejich rodiče je nechtějí či prostě z finančních důvodů nemohou podporovat, a stává se i to, že zapojení dítěte do nějakého kroužku či organizace zabráni podobné důvody, které vedou k výše zmíněné „etnizaci“ některých školských zařízení – proti docházce dítěte se postaví rodiče ostatních dětí.

8.3.9 SHRNUTÍ PROBLEMATIKY SOCIÁLNÍHO VYLOUČENÍ

Popis sociálně vyloučené lokality si můžete přečíst i v povídkách Karla Čapka Obrázky z domova. Čapek líčí prvorepublikovou Prahu, přičemž velmi emotivně zachycuje například vznik nové městské čtvrti v pražských Vršovicích („Rafanda“), kterou bychom dnes nepochybně označili jako čtvrť „sociálně vyloučenou“ nebo dokonce jako ghetto, či policejní razie v několika chudinských oblastech v Košířích („Razzie“), které jsou stíženy nejen chudobou, ale také sociálně patologickými jevy (prostituce, alkoholismus) nebo šířením infekčních nemocí (tuberkulóza). Čapek ukazuje, že chudoba a sociální vyloučení nesouvisí s nějakými „danými“ či „vrozenými“ vlastnostmi lidí („lenost“, „nepřízřivost“), ale mají své strukturální příčiny a objevují na různých místech světa a v různých dobách.

Termínem sociální vyloučení (exkluze) se označuje situace, kdy se určitá skupina obyvatel dostane do jisté (často dlouhodobé) formy izolace od ostatních členů společnosti.

Jde o koncept multidimenzionální, který umožňuje popsat různé roviny problémů, s nimiž se musí sociálně exkludovaní vyrovnávat.

V oblasti ekonomické jde především o znevýhodnění či přímo vyloučení z trhu práce, které vede k tomu, že osoby v produktivním věku nezískávají prostředky k obživě legální prací, tedy prací na smluvním základě, ale stávají se klienty systému sociálního zabezpečení a podobných institucí.

Nevýhodná ekonomická situace pak omezuje osoby, které jsou jí postiženy, mimo jiné i na trhu s byty, takže se tito lidé soustřeďují (popř. jsou příslušnými institucemi soustřeďováni) do specifických oblastí s nízkou kvalitou života. Tato skutečnost rovněž

postihuje ekonomiku v místě, kde je vyšší koncentrace nezaměstnaných (chybí prostředky, které by bylo možno investovat do zlepšování bydlení, služeb, nákupu dražšího zboží, ale také do pojištění či spoření). Tyto oblasti se následně stávají pro socioekonomicky zdatnější obyvatelstvo neatraktivními, a proto je opouští, čímž dochází ke vzniku jakýchsi novodobých ghett s vlastními životními normami, pravidly a etikou.

V sociálně vyloučených lokalitách dochází v důsledku jejich uzavřenosti vůči okolí k nárůstu sociálně patologických jevů a kriminality (lichva, zneužívání alkoholu a omamných látek, obchod s drogami i lidmi, prostituce jako jediné možné řešení finanční situace apod.), což zpětně může ohrožovat i zbytek společnosti. To dále prohlubuje obecné kulturní vyloučení, které vzniká nedostatkem komunikačních možností mezi „běžnou“ společností a exkludovanou skupinou.

Jedinci, kteří zde vyrůstají, nemají příležitost osvojit si normy chování či životní strategie většinové společnosti a osvojují si víceméně pouze sociokulturní návyky svého okolí, které je ovšem v očích zbytku společnosti handicapují.

Ruku v ruce s kulturním vyloučením jde i vyloučení sociální v užším slova smyslu. Tím máme na mysli, že jsou-li od sebe lidé (podle jakéhokoli klíče) oddělováni již od raného dětství a neobjeví-li se ani v době dospívání či v dospělosti dostatek prostoru, kde by se mohli bez problémů setkávat, poznávat a navazovat spolu kontakty, potom ti z nich, kteří jsou odsouváním z veřejného prostoru postiženi, nemají dostatek vztahů (sociálních vazeb), které by procházely napříč celou společností. Pokud jsou příležitosti k navazování takovýchto vazeb omezeny, nezbývá, než se orientovat na své nejbližší okolí, to znamená na osoby, které jsou od většinové společnosti izolovány podobně jako oni sami.

Dochází i k určité formě politického vyloučení – exkludované osoby absentují v demokratických procesech, v krajních případech jsou úplně vyloučeny z participace na občanských, politických a vzdělávacích právech.

Neúčastní se ani veřejného života v širším slova smyslu, nejsou členy žádných sdružení či organizací, sami většinou takovéto instituce nezakládají.

Celou problematiku sociálně vyloučených lokalit v České republice dále komplikuje fakt, že drtivou většinou obyvatel těchto enkláv jsou osoby, které bývají svým okolím (bez ohledu na reálně pocíťovanou identitu, případně vědomě deklarovanou národní či etnickou příslušnost) označovány jako příslušníci romské populace.

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Charakterizujte pojem „handicap“ a uveďte historické souvislosti vzniku pojmu.
 2. Jak rozdělujeme zdravotní postižení – uveďte příklady.
 3. Zamyslete se a vysvětlete pojmy „sociální znevýhodnění“ a „sociální exkluze“.
 4. Čím je podmíněn vznik sociálního vyloučení?
 5. Uveďte mechanismy, vytvářející typy sociálního vyloučení.
-

9 MULTIKULTURNÍ PÉČE

Kulturně specifická péče je přístup vzniklý ze spojení péče a původně antropologického pojmu kultury. Pojem „kultura“ má ovšem řadu různých aspektů, které jsou:

Normy, ideály a vidění světa nabyté v kulturním prostředí dávají jednotlivcům, kteří se jimi řídí, pocit bezpečí, sounáležitosti a řádu. Kulturní hodnoty se často řídí nadosobními symboly a odlišují se od biologicky a geneticky předaného dědictví. Znamenají rovněž určitý závazek a odpovědnost.

Kultury se vyznačují zjevnými i nepozorovanými pravidly chování a lidskými očekáváními.

Kultury vytvářejí hmatatelné jednotící symboly – například styl oděvu, a na druhé straně i nemateriální vyjádření své svébytnosti – zvláštní slovní pojmenování, gesta, představy.

Kultury mají tradiční obřadní praktiky, stravovací rituály atd.

Na kulturu lze nahlížet z hlediska jejího příslušníka i „zevnitř“ – to označujeme jako „**emický**“ pohled. Ten vyžaduje značnou sdílnost a pochopení, neboť ne vždy je pro člověka z dané kultury snadné se o něm svěřovat. Druhý, rovněž nezanedbatelný, je pohled „**etický**“, tj. z vnějšku (vně dané kultury).

Kultury se vyznačují vnitřní (intrakulturní) variabilitou i variabilitou ve vzájemném (extrakulturním) srovnání.

Od pojmu kultura je vhodné odlišit pojem „etnikum“. Ten obvykle odkazuje na barvu pleti a národní dědictví. Kultura představuje komplexnější, holistický náhled, který zahrnuje navíc (získané) životní hodnoty, postoje, atd.

Výše zmíněné kulturní hodnoty definujeme následovně:

Jsou to silné vnitřní a vnější orientující síly, které formují a uspořádávají myšlení, rozhodování a jednání jednotlivce nebo skupiny. (IVANOVÁ, ŠPIRUDOVÁ, KUTNOHORSKÁ, 2005)

9.1 ZÁKLADNÍ POJMY MULTIKULTURNÍ PÉČE

Pro sociální odborníky představují vlastní (i klientovy) kulturní hodnoty vodítka v sociální činnosti. Pořadí priorit může být jiné u osob pocházejících ze západních a z východních kultur. S tím by měli být srozuměni a brát ohled na to, že východní oblasti jsou zdrženlivé vůči západnímu nadšení pro technologický rozmach a růst výkonnosti.

Dalším pojmem vycházejícím z antropologie je **kulturní šok**. Hovoříme o něm v souvislosti s lidmi, kteří jsou dezorientováni v cizím prostředí, a obtížně hledají způsoby, jak přiměřeně reagovat při kontaktu s příslušníky jiných kultur. Kulturní šok vzniká například v souvislosti s přistěhovalectvím (imigrací) a uprchlictvím.

Důležité jsou rovněž pojmy **uni(mono)kulturalismus** a **multikulturalismus**. První označuje důraz na rozhodující funkci mateřské kultury při formování jednotlivce s ohlednutím od zkoumání jiných kultur; druhý označuje panoramatickou perspektivu, beroucí v úvahu existenci mnoha rozličných kultur/subkultur a jejich vliv.

Uni(mono)kulturalizmus se pojí s **etnocentrismem**, což je přesvědčení, že vlastní osobní založení je tím nejkvalitnějším či nejpříjemnějším v celém výběru životních cest. Etnocentrismus může být problémový pouze tehdy, pokud (v případě pečujícího) udržuje neopodstatněné rigidní stereotypy v péči a neusiluje o poznání a pochopení zvyků jiných kultur. Povědomí o jiných kulturách pomáhá pečujícímu vcítit se do klientů“ z odlišných prostředí – pak se kupříkladu nepozastaví nad tím, že někteří klienti vyhledávají jako pochoutku pokrmy z hmyzu, vačic, apod.

Blízko k etnocentrismu má pojem **kulturní předpojatost** (cultural bias). Taková předpojatost může narušovat vztahy s klienty a obírat je o prostor, který pro projevy své kulturní pestrosti mají.

Postoj vedoucí v krajní podobě k popření společných rysů kultur a společných hodnot se nazývá **kulturní relativizmus**. Umírněný relativizmus se však otevírá objevování specifík a obecností (univerzálií) napříč kulturami, aniž by se přitom například sestra vzdávala svých vlastních kulturních kořenů.

Při výuce ve zdravotnických oborech i v klinické praxi někdy dochází k tzv. **kulturnímu vynucování** (cultural imposition). Je dosud poměrně časté u zdravotních sester, které svá kulturní měřítka a návyky z pozice autority roubují na pacienty, čímž jim z různých důvodů upírají právo svobodného rozhodování.

Od 50. let 20. století se ujal termín **kulturní slepota**. Vystihuje stav, kdy jedinec nedokáže zřetelně vnímat, že jeho vlastní konání je kulturně předpojaté. Tuto situaci ilustruje příklad sestry, která si dlouho nedokázala uvědomit, že nemá podávat svému arabskému pacientovi léky v polední době, kdy nebyl na pokoji k zastížení a věnoval se modlitbě v jiné části nemocniční budovy. Tato sestra rigidně trvala na svém kulturně podmíněném režimu.

Novým pojmem v multikulturní péči je **kulturní bolest**. Dochází k ní například tehdy, když zdravotnický personál nerozliší, že některými svými výroky a postupy vyvolává u klienta diskomfort, pocit ponížení, apod. Zraňující například mohou být poznámky o pacientově vzrůstu, tělesné konstituci nebo tmavší pleti.

Další věcí, kterou je třeba mít na paměti, je fakt, že lidé různých kultur různě reagují na somatickou a emoční bolest – mohou ji hlasitě dávat najevo nebo naopak přecházet bez povšimnutí (například ve vietnamské kultuře) aj.

Jedním z východisek tohoto přiměřeného hodnocení bolesti z pozice sestry je znalost **biokulturalizmu** - tedy toho, jak fyzikální a biokulturní faktory ovlivňují reakce různých klientů na nepříjemné pocity, tělesná postižení, apod.

Existují dokonce kulturně vázaná onemocnění a kulturně - geograficky podmíněné stavy zdraví (kuru, amok...).(IVANOVÁ, ŠPIRUDOVÁ, KUTNOHORSKÁ, 2005)

9.1.1 KULTURNÍ DIVERZITA, UNIVERZÁLIE A PŘÍBUZNÉ POJMY

Kulturní diverzita označuje rozmanitost kulturních skupin a rozdíly mezi nimi, které se týkají životního stylu, jazyka, hodnot, norem a dalších aspektů. Povědomí o kulturní diverzitě pomáhá sestrám a sociálním pracovníkům poskytovat kulturně-specifickou péči.

Naproti tomu **kulturní univerzálie** znamenají to, co je všem lidským bytostem společné; všeobecnou podstatu člověka nebo skupiny předmětů a jevů. Přísně (kvantitativně a statisticky) vzato však stoprocentní univerzálie neexistují.

U pomáhajících profesionálů se někdy vyskytují náznaky rasově determinovaných **předsudků** (příčemž výraz rasa se v populárním užití zplošťuje na barvu pleti, tedy fenotypický vzhled, bez zřetele ke genetickým a kulturním kořenům). Komunitní pracovníci se učí problémy diskriminace a předsudků účinně řešit. Učí se také vyhnout myšlenkovým stereotypům nepružného „škatulkování“ a raději si osvojí hlubší pochopení a znalost odpovědi na otázku PROČ (klient takto smýšlí, jedná... apod.).

Předsudky definujeme jako soustavu předpojatých myšlenek, představ a názorů na určitého jednotlivce, skupinu nebo kulturu. Přitom tyto myšlenky, představy a názory nežádoucím způsobem zužují a zkrslují vidění těchto osob a celé situace. (IVANOVÁ, ŠPIRUDOVÁ, KUTNOHORSKÁ, 2005)

Pět hlavních interakcí v kulturních modelech:

Krátký kontakt s jinou kulturou (culture encounter) – během konferencí, apod. Často nestačí k plnohodnotnému pochopení dotyčné kultury. Nečiní člověka expertem na otázku daného kulturního prostředí.

Enkultura (enculturation), tzn. včlenění se do dané kultury – spočívá v plném poznání a osvojení si hodnot té či oné kultury. Tak například prochází enkulturací dítě při výchově v rodině. o enkulturaci hovoříme i u studentek ošetrovatelských oborů, které plně pronikají do rolí a struktur své profese, „ošetrovatelské kultury“.

Akultura – proces přejímání mnoha (ale obvykle ne všech) rysů kultury B jednotlivcem nebo skupinou kultury A.

Socializace – jde o proces společenského začleňování; znamená naučit se běžnému pracovnímu a jinému fungování v rámci větší společnosti nebo v rámci určité země.

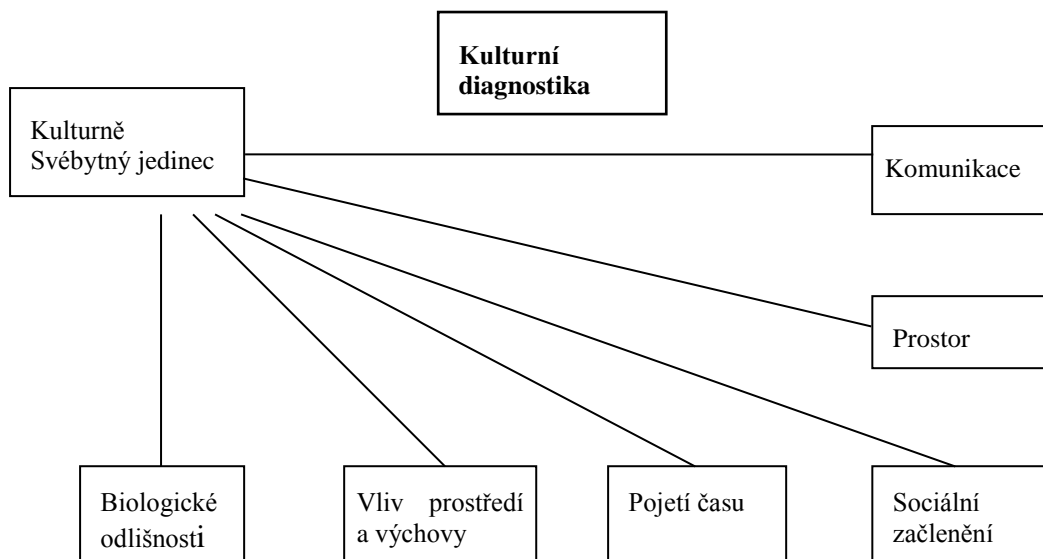
Asimilace – obvykle označuje proces cíleného a selektivního přizpůsobení; nedosahuje míry akultura a zůstává spíše u jednotlivostí.

Kulturně rozmanitá péče

Aby naše péče byla kulturně přiměřená, potřebujeme znát řadu kulturních jevů v celé jejich rozmanitosti. Zvláště v novém tisíciletí, které přináší mnoho změn a více heterogenních populací, bude nezbytné uplatňovat transkulturní dovednosti co nejlépe. Sociální práce, která bere ohled na kulturní diverzitu (rozmanitost), věnuje v praxi pozornost především následujícím šesti jevům:

- komunikaci;
- prostoru;
- sociálnímu začlenění;
- pojetí času;
- vlivu prostředí a výchovy;
- biologickým odlišnostem (viz.: Schéma č. 1).

Schéma č. 2: Šest jevů kulturní diverzity



Zdroj: Vlastní, – upraveno podle SEDLÁKOVÉ, G., SOUKUPOVÉ, J., *Transkulturní ošetrovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové, 2007, s. 213.*

Spolu s rostoucím uvědoměním multikulturních aspektů péče se rozšiřuje termín „kulturní kompetence“ (způsobilost pro kvalifikovanou kulturní péči).

Kulturní kompetenci lze definovat prakticky tolika způsoby jako kulturu samotnou. Jak Ivanová a kol. (2005) uvádějí, kulturní kompetence znamená uvědomění si samotné existence člověka s jeho způsobem myšlení, vjemy, a vlivem prostředí, aniž by to mělo nežádoucí vliv na péči poskytovanou tomu kterému klientovi. Autorka dále dodává, že kulturní kompetence je vlastně schopnost přizpůsobit péči klientovi. V tomto smyslu jde tedy o vědomý proces, který nemá nutně lineární průběh.

Kulturní kompetence označuje dlouhodobý proces sebevzdělávání, sbírání zkušeností a rozvoje vnímavosti i interaktivních dovedností. Tento proces se promítá do osobností těch, kdo péči poskytují, i do péče samotné. Pro kulturní způsobilost je nutné stále usilovat o takovou pečovatelskou praxi a postoje, které dovolují proměnit všechny její intervence na pocit spokojenosti z pohledu klienta i personálu.

Kulturní kompetence má dynamický, pružný charakter. Umožňuje jednotlivcům, institucím a celým systémům poskytovat kulturně uzpůsobenou péči, která využívá účinných strategií, vycházejících z postojů, přesvědčení, chování a kulturního dědictví těch, k nimž je péče směřována. V osvojování si kulturní způsobilosti hraje důležitou roli myšlenkové zpracování profesních modelů. Jde ale o víc – o vyšší, propracovanější úroveň kognitivních a psychomotorických dovedností, postojů a hodnot.

Při zajišťování kvalitní kulturně uzpůsobené péče je třeba myslet na to, že každý jedinec je svébytnou osobností s vlastním kulturním profilem, vlastní sumou prožitků a zkušeností a vlastním inventářem kulturních norem. Identita člověka nalézá své vyjádření i v osvojených kulturních zvyklostech. Přes tuto jedinečnost je však užitečným východiskem obecná znalost o dané kulturní skupině. (IVANOVÁ, ŠPIRUDOVÁ, KUTNOHORSKÁ, 2005)

9.2 ZÁKLADNÍ POJEM TRANSKULTURNÍ PÉČE

9.2.1 TRANSKULTURNÍ PŘÍSTUP

Přístup, který nazýváme transkulturním, z velké části pokračuje tam, kde kulturně-standardní přístup končí, a dále jej problematizuje. Klade si otázky, které souvisejí s vnímáním jednotlivých skupin, například:

- ✓ Jak poznám, že daná osoba patří k jiné skupině?
- ✓ Co je to kultura a jak vlastně definuje a ovlivňuje životy jednotlivců a skupin?
- ✓ Mluvíme zde o lidech, kteří mají jinou barvu pleti, jinou národnost, jiné občanství, nebo jen o rozdílech v chování?
- ✓ Je možné, aby se kulturní identifikace měnila v čase?
- ✓ Mohu být zároveň příslušníkem více kultur? (MOREE, 2008)

Transkulturní přístup namísto popisu jednotlivých sociokulturních skupin začíná přemýšlením o příčinách a hranicích mezi odlišností každého z nás. Ukazuje se, že pro práci s kulturní rozmanitostí a různorodostí je v současném světě nutné umět nejprve správně hledat příčiny rozdílů, které vnímáme a dokázat je chápat ve vztahu ke konkrétnímu člověku a jeho charakteristikám. Transkulturní přístup proto více než o charakteristikách určitých skupin mluví o zkušenostech jednotlivce, které spoluvytváří jeho kulturu a které se pak při vzájemném dialogu s ostatními projevují právě jako kulturní rozdíly.

V oblasti multikulturní výchovy se myšlenka transkulturality objevuje od 80. let a rozvoj transkulturního přístupu je v evropských zemích spojený především se vzrůstající migrací a s otevíráním tržního prostoru. To s sebou přináší stále intenzivnější prolínání mezi kulturami, na které transkulturní přístup upozorňuje.

Transkulturní péči se rozumí kognitivně zpracované a předané profesní i lidově tradiční hodnoty, přesvědčení a navyklá životní schémata, která mají pomáhat jednotlivci nebo skupině a podporovat je v udržení zdraví, zkvalitnění životního stylu a životních podmínek.

Transkulturní péče mapuje a zohledňuje různé podoby péče v konkrétních kulturních prostředích.

Rozlišujeme několik typů péče:

- preventivní,
- útěšná (zvláště pro děti),
- povzbuzující a motivující (reassurance care),
- péče založená na náklonnosti, tj. péče filiální,
- péče výchovná. (IVANOVÁ, ŠPIRUDOVÁ, KUTNOHORSKÁ, 2005)

Další veličinou je **kulturní prostor**. Vystihuje zákonitosti, jimiž se v dané společnosti řídí teritoriální členění, vzdálenost dvou osob při hovoru, zaměření pohledu, apod. (Například antropolog Hall v západní kultuře rozlišoval tři pásma:

1. intimní zóna 0-40/50cm;
2. osobní zóna do 50 cm;
3. sociální/veřejný prostor 90-180 cm;

Méně osobního prostoru vyžadují například Japonci, více Kanadčané a Skandinávci. Otázka tělesného doteku závisí často na kultuře, pohlaví i věku (nebo věkovém rozdílu). Sdílené významy a životní zkušenosti ve své celistvosti nazýváme kulturním kontextem. Ke kulturnímu kontextu počítáme i společenské a přírodní/civilizační prostředí. Rozlišujeme semknutý a volný kulturní kontext. Ve volném kontextu jde o menší afinitu, osoby ve volném kulturním kontextu potřebují k dosažení plné shody více komunikace a objasnění postojů.

9.3 MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA

Multikulturní výchova (Multicultural education) je nejčastěji se vyskytující termín v USA, Velké Británii, Kanadě, Austrálii, v mezinárodních publikacích, sbornících.

Cílem multikulturní výchovy je vnímání a hodnocení kulturních systémů odlišných od vlastní kultury. Přizpůsobení výchovného prostředí etnickým, rasovým, náboženským a jiným minoritám a jejich specifickým jazykovým a kulturním potřebám. Tolerance a kulturní dialog v soužití členů různých kultur, menšin či většin.

Multikulturní výchova vyjadřuje snahu vytvářet prostřednictvím vzdělávacích programů způsobilost lidí chápat a respektovat i jiné kultury než svou vlastní. Má značný praktický význam vzhledem k vytváření postojů vůči imigrantům, příslušníkům jiných národů, ras apod.

V politické rovině se multikulturalismus prosazuje zdůrazňováním lidských práv a svobod, které nesmí být ohrožovány a deformovány privilegii určitých rasových, etnických nebo náboženských skupin.

Kulturní jevy jsou sice často neviditelné a skryté, nicméně při léčení a ošetřování klientů a zkvalitňování jejich života je potřeba se jim věnovat. **Transkulturní pohled** proto přináší nový rozměr v péči, neboť se povznáší nad dosavadní (mimořadně také kulturně značně podmíněnou) dichotomii mysl – tělo. K perspektivě komunitní péče postupně přibývá sledování etnohistorie, lidových léčitelských a pečovatelských praktik, i mapování různých světonázorů.

Paušální, nepružné nahlížení na lidi z různých kulturních zázemí opomíjí takové komparativní znaky, jako je rozdílný význam a užití gest, symbolů, proxemiky (využití a vymezení osobního prostoru), apod. Naproti tomu objevování těchto mnohotvárností je pro sociální a zdravotnické pracovníky fascinující zkušeností.

K rozvoji potřeby multikulturní péče a s tím související multikulturní výchovy v celosvětovém měřítku přispívají následující faktory:

- trvalý vzestup populační migrace,
- kulturní fluktuace a míšení,
- nárůst kulturního vědomí klientů,
- rozšíření elektronické komunikace a tím i sblížení v prostoru světa,
- výskyt kulturních střetů, které poškozují zdraví a životy,
- větší pohyb profesionálů po různých územích,
- množství právních kroků, které podnikají klienti na obhajobu svých kulturních práv,
- zájem o lidská práva, včetně práva na adekvátní péči,

- střetávání „kultury života“ (podpora zestárých, péče o děti) s „kulturou smrti“ (eutanázie, potraty),
- posun od péče soustředěné do nemocnic k péči v přirozených komunitách (včetně bezdomovců),
- sklon ke komplementární/alternativní zdravotní péči, včetně domorodých praktik,
- větší požadavek kulturních menšin na adekvátní péči,
- prohlubování rozdílů mezi kulturou chudých a bohatých,
- výskyt násilí, vyvěrajícího často z hněvu nad sociálním útlakem nebo nespravedlností,
- širší povědomí obyvatelstva o rozmanitosti kultur a o potřebě se smysluplně dorozumět. (IVANOVÁ, ŠPIRUDOVÁ, KUTNOHORSKÁ, 2005)

K některým výše uvedeným faktorům a trendům poznamenejme několik dalších postřehů:

Populační migrace vzrostla především po 2. světové válce, a to v souvislosti s chudobou, válkami, hladem, pronásledováním, přírodními katastrofami, ale i touhou po uchopení nových možností a profesní kariéry.

Stěhování obyvatel z Kambodži, Vietnamu, Karibské oblasti a dalších oblastí znamenalo výzvu pro lékaře i sestry ve vzdálených zemích, kteří se zhostili úkolu pomáhat uprchlíkům.

S nárůstem kulturního vědomí klientů zdravotní péče vyvstalo jako samozřejmost očekávání, že sestry a lékaři jsou morálně a profesně zavázáni přizpůsobit svou péči klientově kultuře. Tento společenský imperativ žádá od personálu znalost různých forem kulturní identity.

Zavádění vyspělých technologií do diagnostiky, léčby a péče se setkává s různými reakcemi ze strany klientů jednotlivých kultur. Lidé ze zemí, kde se nepoužívá moderní zdravotnická technika, někdy zažívají kulturní šok při prvním setkání s ní. Zobrazovací metody a použití různých typů záření znamenají také pro některé pacienty důvod k obavám.

Pohyb zdravotnického personálu po celém světě žádá, aby byla transkulturní výbava všem poskytnuta ještě před vycestováním. Důležitou roli hraje jazyková vybavenost, včetně terminologie. Je též potřeba znát východiska a hlubší pozadí klientových přesvědčení, a to u národnostních i konfesijních skupin.

Žaloby směřované na adresu zdravotních sester a sociálních pracovníků pro urážky, zanedbání kulturních ohledů, pro přehlížení kulturní specifiky a pro vnucování vlastních postojů naznačují, že kulturní křivdy bude nutné dále a dále zmírňovat. Svědčí rovněž o potřebě seznámit sestry s pojetím spravedlnosti v různých zemích, komunitách a kulturách – tedy o potřebě aplikovat transkulturní rozhledy.

Potřebu orientace ve světě kultur zesiluje rovněž různá role mužů a žen v různých společnostech a přihlídnutí k právům dítěte i právu rodičů o něm rozhodovat.

9.4 „MY“ A MULTIKULTURNÍ VÝCHOVA

Cílem této podkapitoly je zmapovat ty oblasti, které by měl každý člověk – odborník - ve svém životě reflektovat ještě předtím, než se pustí do multikulturní výchovy. Právě v sociálních, zdravotních a pedagogických disciplínách, kde jde o celostní pohled na člověka, je důležité znát sám sebe tak, aby si s námi probírané téma nehrálo, ale my si mohli hrát s ním.

Následující text všechny zájemce o multikulturní výchovu zve k pátrání po vlastních osobních i historických zkušenostech a vlastních předsudcích. Setkání se sebou sama vám může pomoci vnímat multikulturní výchovu nejen jako jednu z povinných průřezových témat, ale jako disciplínu, v níž se můžeme setkat s druhým člověkem a z tohoto setkání vyjít o něco bohatší.

V této kapitole se budeme zabývat širokou škálou otázek od kulturní identity, přes osobní zkušenosti až po zkušenosti celých generací. Následující text je tedy určitou skládačkou vlivů, které na nás působí a o kterých bychom měli vědět a uvažovat.

9.4.1 KULTURNÍ IDENTITA

Kulturní identita je velmi složitý koncept, o kterém byly popsány celé knihy, respektive knihovny, a není cílem kapitoly představit debatu na toto téma v celé jeho šíři.

Přiblížíme alespoň jednu z definic Beneše (1997): „*Kulturní identita je charakterizována jako vědecky poznáný a vymezený prostor hodnot a znaků, dochovaných v autentické podobě výtvorů a relací mezi nimi, jež danou pospolitost postihují z hlediska osobitosti projevů, jedinečnosti a nezastupitelnosti hodnot i vztahů v jejím rámci a již bere daná pospolitost za svou jako výraz své osobité kultury a společenského povědomí. Každý územní celek (lokální, regionální, státní - národní) s konkrétními podmínkami přírodního prostředí a bohatství, práce a způsobu života lidí v kontinuitě vývoje, fixovaného vědomím příslušnosti jedince k pospolitosti, má svou kulturní identitu jako soubor osobitých znaků a projevů, jimiž se odlišuje od jiných pospolitostí s jinou identitou. Udržení vlastní identity proti světovému trendu postupného stírání specifických znaků vlivem unifikace všech projevů zajišťuje vědomí sounáležitosti jako součásti občanského vybavení, integruje jedince do pospolitosti a reprezentuje ji vůči okolnímu světu. Zánik identity by ohrozil danou skupinu, protože by znamenal zničení vazeb na minulost jako kolektivní paměť národa. Navíc ztráta kterékoli kulturní identity by byla ochuzením všelidské kultury, obrovského souboru všech hodnot lidstvem vytvořených, představujících i faktor dalšího rozvoje.*“ (BENEŠ, 1997, str. 22)

Zkusme se však zaměřit na praktické důsledky vnímání naší (kulturní) identity při hledání odpovědi na otázku, zda se mě osobně multikulturní výchova týká či nikoli. Zkuste si dvě malá cvičení a zamyslete se.

CVIČENÍ I

Které z následujících výroků máte chuť zaškrtnout, pokud byste jejich pomocí měli odpovědět na otázku „kdo jsem?“

*člověk, žena/muž, učitel/učitelka, kuchař/kuchařka, domovník/domovnice,
horolezec/horolezkyně, bruslař/bruslařka, matka/otec, dcera/syn,
manžel/manželka, kamarád/kamarádka, cestovatel/cestovatelka, Evropan/Evropanka,*

chalupář/chalupářka, houbař/houbařka, Pražan/Pražanda, Čech/Češka, vesničan/vesničanka, katolík/katolička, nevěřící, muslim/muslimka, věřící, milovník/milovnice, cyklista/cyklistka, čtenář/čtenářka, filatelista/filatelistka, dobrovolný hasič/dobrovolná hasička, kolega/kolegyně, představitel/představitelka menšiny, imigrant/imigrantka, homosexuál, heterosexuál, Rom/Romka, Němec/Němka, cizinec/cizinka, našinec, jiné.....“

..... jaké jiné charakteristiky chcete doplnit?

Pokud si první cvičení uděláte opakovaně v různém časovém období, zjistíte, že pokaždé zaškrtnete trochu jiné kategorie, což do značné míry souvisí s aktuální životní situací, zkušenostmi a také tématy, která jsou pro vás v daném období důležitá. Když své odpovědi srovnáte s odpověďmi některých z vašich známých nebo kolegů, zjistíte také, že se vaše identifikace budou v mnoha ohledech lišit. Každý z nás volí jiné kategorie, s kterými se identifikuje, a to právě v závislosti na životní situaci, zkušenostech a osobnostním vývoji. Co to znamená? Když pomineme termíny jako je kultura, příslušnost nebo identifikace a zaměříme svoji pozornost na to, jak tato slova působí v našich konkrétních životech, absolvujeme pravděpodobně mentální cestu, kterou urazila oblast týkající se kulturní identity za posledních padesát až šedesát let v evropském i světovém měřítku. Všichni nějak cítíme, že pocházíme z nějaké země, etnické skupiny nebo společenství, která má nějakou relevanci pro náš praktický život. na druhou stranu – jak si počít s faktem, že každý z nás (ač např. ze stejné státní nebo etnické skupiny) se identifikujeme s různými kategoriemi z našich životů? (MOORE, 2008)

Zkuste si následující cvičení.

CVIČENÍ 2

Symbolická kopretina

Nakreslete si kopretinu a do každého lístku kopretiny nakreslete symbol pro nějakou skupinu, jejímiž členy jste se v životě cítili být. Vedle lístku do rámečku vždy napište jméno člověka, který pro vás byl ve skupině důležitý a který tuto skupinu pro vás ve vašich vzpomínkách symbolizuje.

Pokus o odpověď na otázku, jak můžeme nakládat s vlastní identitou a s kulturními rozdíly, nabízí např. Karl-Heinz Flechsig (2000). Ten hovoří o tzv. transkulturním přístupu (jak je uvedeno v kapitole 9.2), kdy je identita dána na základě individuálních zkušeností a příslušností k různým skupinám. Etnicita a státní příslušnost samozřejmě tuto identitu ovlivňují, ale nejsou to jediné proměnné. Sociální status, náboženská příslušnost, koníčky, profesní identita a další faktory velmi zásadně ovlivňují život každého jednotlivce i to, jakým kulturním rozdílem budeme při setkáních čelit. Německý a český kolega, kteří spolu dlouhodobě spolupracují v oblasti multikulturní výchovy, budou řešit podstatně méně takových rozdílu (ač mají odlišný etnický původ a odlišný mateřský jazyk) než kupříkladu český fotbalový fanoušek a český policista. A v takovýchto výčtech příkladů bychom mohli pokračovat dále. Co z tohoto krátkého úvodu týkajícího se vývoje pohledů na kulturní identitu

vyplývá? Pro tuto chvíli minimálně pozvání k zamyšlení se nad tím, co vše utváří naši vlastní identitu a co z těchto zkušeností můžeme použít při multikulturní výchově. (MOORE, 2008)

Při setkání s druhým člověkem, který se od nás v některých oblastech hodně liší, musíme udělat mnoho životních rozhodnutí. To první a zásadní je, zda jsme ochotni připustit, že jeho/její pohled na danou věc, jiný systém hodnot, jiné zvyky, rituály i představa o tom, co je normální, se mohou zásadně lišit od našich a že je tato odlišnost legitimní. Když používáme slova jako rituály nebo hodnoty, nemyslíme tím žádné velké věci, ale drobnosti z každodenních interakcí. Ochota připustit, že náš pohled na svět je jen jedním z mnoha a přitom nikoli ten určující, se nazývá **interkulturní senzitivita**. (MOORE, 2008)

Zkušenost setkání s kulturní odlišností sama o sobě nestačí. Důležitá je především reflexe tohoto setkání, která buďto vede ke zvýšení empatie a zájmu o danou oblast, nebo od ní může naopak odradit.

OTÁZKY A ÚKOLY

1. Definujte pohled na jinou kulturu tzv. „emický“ a „etický“.
 2. Charakterizujte pojem multikulturalismus a zamyslete se nad jeho pozitivními a negativními důsledky.
 3. Jak vysvětlíte pojem transkulturní přístup? Uveďte příklady
 4. Pro které profese je důležitá multikulturní výchova?
-

ZÁVĚR

Sociální péče, sociální práce a sociální politika jsou témata, která jsou stále předmětem občanského diskurzu ale i objektem sociologických výzkumů a následně vedou k teoretizování a vytváření podkladů pro další společenské zkoumání a odborné teoretizování.

Ve studijním textu „Formy sociální péče“ nenaleznete všechny aspekty, týkající se problematiky, související se sociální péčí a sociální politikou. Obsahem studijní opory je především základ těchto disciplín a nejdůležitější témata, která s nimi nejvíce souvisejí.

Struktura studijní opory a výběr textu vycházely především z potřeb studentů Obchodně podnikatelské fakulty v Karviné, kteří studují studijní program Hospodářská politika a správa, studijní obor Sociální management a Veřejná ekonomika a správa. Jde o studijní obory s ekonomickým zaměřením, kde se studenti s problematikou sociální péče a sociální práce setkávají pouze v předmětech Sociální politika a Formy sociální péče.

Cílem studijní opory je dát studentům ucelený, logicky na sebe navazující text, který je základem pro pochopení dané problematiky a srozumitelně reflektuje na současné změny a potřeby, související jak s profesní problematikou v sociální sféře, tak i s postavením sociálních služeb v České republice a některých státech EU.

Jednotlivé kapitoly obsahují pojmový aparát a vybrané definice, vztahující se k obsahu kapitoly. Pro zpětnou vazbu vědění je za každou kapitolou prostor pro otázky a úkoly.

Zpracovaný studijní text vychází z dostupných pramenů literatury, zaměřené na sociální péči, sociální politiku, ošetrovatelství a sociální práci. Bylo čerpáno jak ze soudobých zdrojů, tak i ze starších, které již nebyly novelizovány, ale představují významnou historickou textovou hodnotu pro tento studijní text. Současně byly v textu využity články z odborných časopisů a elektronické publikace.

Studijní opora vznikala v průběhu posledních dvou let a neustále měnila „svou tvář.“ Neustále byla přizpůsobována společenským a legislativním změnám v České republice, které souvisely s jednotlivými tématy studijního textu.

Přínosem studijní opory „Formy sociální péče“ je ucelený pohled na současnou problematiku sociální péče a souvislosti v oblastech sociální politiky a sociální práce. Předložený studijní text bude zajímavý nejen pro studenty studijních oborů na Obchodně podnikatelské fakultě v Karviné ale i pro odbornou veřejnost a ostatní zájemce z řad laiků o sociální problematiku.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- [1] BARTLOVÁ, S. 1998. *Sociální patologie*. Institut pro další vzdělávání pracovníků v zdravotnictví, Brno, ISBN: 80-7013-259-0.
- [2] BARTOŇOVÁ, M. 2005. *Současné trendy v edukaci dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v České republice*. 1. vyd. Brno: MSD, spol. s. r. o., ISBN: 80-86633-373.
- [3] BENEŠ, J. 1997. *Základy muzeologie*. Opava. Slezská univerzita, ISBN: 8090197434.
- [4] BROCKERT, S., BRAUNOVÁ, S. 1997: *Testy emocionální inteligence*. Praha, Ikar, ISBN: 80-7202-149-4.
- [5] FLEISCHMANN, O. 1998. *Drogy jako celosvětový problém*. In.: Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 1. UJEP, Ústí nad Labem, ISBN: 80-7044-255-7.
- [6] FLEISCHMANN, O. 1999. *Problematika primární prevence abúzu drog*. In.: Primární Prevence Sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 2. UJEP, Ústí nad Labem, ISBN: 80-7044-255-7.
- [7] FLEISCHMANN, O. 2000. *Některé příčiny užívání drog*. In.: Primární prevence sociálně patologických jevů v pedagogické praxi 3. UJEP, Ústí nad Labem, ISBN: 80-7044-308-1.
- [8] HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2010. *Velký psychologický slovník*. Portál, Praha, ISBN: 978-80-7367-686-5.
- [9] HELUS, Z. 2007. *Sociální psychologie pro pedagogy*. Praha: Grada, ISBN 978-80-247-1168-3.
- [10] HORT, V., a kol. 2000. *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Portál, Praha, ISBN: 80-7178-472-9.
- [11] HRČKA, M. 2001. *Sociální deviace*. Sociologické nakladatelství, Praha, ISBN 80-85850-68-0.
- [12] IVANOVÁ, K., ŠPIRUDOVÁ, L., KUTNOHORSKÁ, J. 2005. *Multikulturní ošetřovatelství I*. Vydavatelství Grada, Praha, s. 58, ISBN 80-247-1212-1.
- [13] JANÍK, A., DUŠEK, K. 1990. *Drogy a společnost*. Avicenum, Praha, ISBN 80-201-0087-3.
- [14] JEDLIČKA, R., KOŤA, J. 1998. *Analýza a prevence sociálně patologických jevů u dětí a mládeže*. UK, Praha, ISBN 80-7184-555-8.

- [15] KONDÁŠ, O. 1979. *Klinická psychológia*. 2. doplněné vydání, Bratislava: OSVETA, ISBN 89-76880-234-0.
- [16] KOUKOLÍK, F. 2005. *Mozek a jeho duše*. Galén, Praha, 3. vydání, ISBN 978-80-7262-314-3.
- [17] KRÁTKÁ, A., ŠILHÁKOVÁ, G. 2008. *Ošetřovatelství v komunitní péči*. Univerzita Tomáše Bati, Zlín, ISBN: 978-80-7318-726-2.
- [18] KREBS, V. a kol. 2007. *Sociální politika*. 4. přepracované aktualizované vyd. Vydalo Nakladatelství Aspi Wolters Kluwer, ISBN 978-80-7357-276-1.
- [19] MARHOUNOVÁ, J., NEŠPOR, K. 1995. *Alkoholici, fetišáci a gambleři*. Empatie, Praha.
- [20] MEČÍŘ, J. 1985. *Základy obecné a speciální psychiatrie*. SPN, Praha, ISBN: 80-7183-162-X.
- [21] *Mezinárodní klasifikace nemocí*. 10. revize. Psychiatrické centrum, Praha, 1992.
- [22] MOORE, D. a kol. 2008. *Než začneme s multikulturní výchovou*. Člověk v tísni, o.p.s. ISBN: 978-80-86961-61-3.
- [23] MORAWSKI, V. 2005. *Ekonomická sociologie*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- [24] MURPHY, R., F. 2001. *Umlčené tělo*. Přeložila J., 1. vyd. Praha: Slon, ISBN: 80-85850-98-2.
- [25] NEŠPOR, K., CSÉMY, L. 2003. *Alkohol drogy a vaše děti: jak problémům předcházet, jak je včas rozpoznat a jak je zvládat*. 5. revid. vydání. Praha: Sdružení FIT IN – Rodiče proti drogám, ISBN: 80-260-3873-8.
- [26] PFEIFFER, D. 2005. *The conceptualization of disability*. In Gary, E. M., Raske, B. M., (ed.) 2005. *Ending Disability Discrimination. Strategies for Social Workers*. Boston: Pearson & AB. ISBN 0-205-37942-7.
- [27] PICHAUT, C., THAREAUOVÁ 1998. *Soužití se staršími lidmi I*. Portál, Praha, ISBN: 80-7178-251-3.
- [28] RENFREW, J. W. 1997. *Aggression. a Biopsychosocial Approach*. New York: Oxford University Press.
- [29] ŘÍČAN, P., KREJČÍŘOVÁ, D. a kol. 2006. *Dětská klinická psychologie*. Grada, Praha, ISBN:978-80-247-1049-5.
- [30] SEDLÁKOVÁ, G., SOUKUPOVÁ, J. *Transkulturní ošetřovatelské hodnocení podle modelu Gigerové a Davidhizarové*. Časopis „Kontakt“ IX: 2/2007, ISSN 1212-4117.

- [31] SIROVÁTKA, T. 2000. *Česká sociální politika na prahu 21. století*. 1. vydání. Brno: MU, ISBN 80-210-2307-4.
- [32] SMOLÍK, P. 1996. *Duševní a behaviorální poruchy*. MAXDORF s. r. o., Praha, ISBN 80-85800-33-0.
- [33] SMUTEK, M. 2005. *Sociální stát – úvod do studia*. 1. vyd., Hradec Králové: Gaudeamus, ISBN 80-7041-691-2.
- [34] STRNADOVÁ, V. 2008. *Odezírání jako schopnost*. 2. vyd. Praha: Česká komora tlumočnicků znakového jazyka. 85 s. ISBN 978-80 87218-05-1.
- [35] SÝKOROVÁ, D. 2007. *Autonomie ve stáří*. Kapitoly z gerontosociologie, Slon Praha, ISBN: 978-80-86429-62-5.
- [36] TOUŠEK, L. a kol. 2007. *Kdo drží černého Petra*. Vydalo: Člověk v tísni – společnost při České televizi, o. p. s., ISBN: 978-80-86961-27-9.
- [37] ŠMAHEL, I., ŘEZÁČ, J. 1996: *Psychologická praktika*. Brno, MU.
- [38] VÁGNEROVÁ, M., MOUSSOVÁ, H. Z., ŠTECH, S. 1992. *Psychologie handicapu*. Praha: Karolinum, ISBN 80-7066-582-3.
- [39] VÁGNEROVÁ M. 2007. *Vývojová psychologie II Dospělost a stáří*. 1. vydání Praha: Karolinum, ISBN 978-80-246-1318-5.
- [40] VÝROST, J., SLAMĚNÍK, I. 2001. *I. Aplikovaná sociální psychologie II*. 1. vyd. Praha: Portál, ISBN 80-247-0042-5.

Odborné časopisy:

- [41] VACHEK, S., Hlavními problémy dlouhodobé péče jsou její definice a financování. *Zdravotnické noviny*. Č. 18/2012.

Legislativní dokumenty a zákony

- [42] Zákon č. 100/1988 Sb., o sociálním zabezpečení

Elektronické zdroje:

- [43] <http://www.mpsv.cz/cs/9/cit.4.4.2014>
- [44] Exnerová, V., Volfová, A., A. B, MSc. 2008, <http://www.rozvojovka.cz/chudoba/cit.10.4.2014>
- [45] <http://www.blesk.cz/clanek/zpravy-udalosti/194305/mapa-chudoby-tady-se-zije-v-cesku-nejhur.html/cit.10.4.2014>
- [46] <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/seniori>, zdroj dat:eurostat,/10.4.2014
- [47] <http://www.czso.cz/csu/2012edicniplan.nsf/cit.14.4.2014>
- [48] <http://www.parlamentnilisty.cz/arena/monitor/Seniori-nemaji-dustojne-stari-Mysli-si-to-stale-vice-lidi-289877/14.4.2014>
- [49] <http://www.cssz.cz/cz/duchodci>, <http://www.mpsv.cz/cs/9/14.4.2014>
- [50] <http://www.cssz.cz/cz/duchodci><http://www.novinky.cz/ekonomika/314953-seniorum-se-nejlepe-zije-ve-svedsku-cr-je-na-25-miste.html/14.4.2014>
- [51] <http://www.ceskatelevize.cz/ct24/svet/127151-o-cinske-seniory-se-misto-deti-musi-postarat-stat/14.4.2014>
- [52] HÁJEK, M., Tým, skupina, komunita – základní pojmy, 3.9.2006, <http://www.vedeme.cz/pro-vedeni/kapitoly-vedeni/66-tymy/150-tym-skupina-komunita.html/15.4.2014>
- [53] CELOŽIVOTNÍ VZDĚLÁVÁNÍ V SOCIÁLNÍCH SLUŽBÁCH/Methodika vzdělávacích plánů: <http://www.hest.cz/res/data/011/001500.pdf/16.6.2014>
- [54] ŠIŠKA, J., Klasifikace mentálního postižení a podpora dítěte, aktual.11.4.2014. <http://www.sancedetem.cz/cs/hledam-pomoc/deti-se-zdravotnim-postizenim/deti-s-mentalnim-postizenim/klasifikace-mentalniho-postizeni-a-podpora-ditete.shtml/17.4.2014>