

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií

Katedra řízení a supervize v sociálních a zdravotnických
organizacích

Bc. Veronika Zeťáková, DiS.

**Manažerské kompetence v sociálních a zdravotnických službách
poskytovaných klientům s drogovou závislostí**

Diplomová práce

Vedoucí práce: Mgr. Monika Havlíčková

Praha 2015

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne

Bc. Veronika Zeťáková, DiS.

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala Mgr. Petru Vrzáčkovi za pomoc a konzultace při tvorbě projektu diplomové práce, PhDr. Jiřímu Šafrovi za konzultace při tvorbě praktické části a v neposlední řadě bych velmi ráda poděkovala své vedoucí celé diplomové práce Mgr. Monice Havlíčkové za cenné rady a připomínky při tvorbě celé práce. Mnohokrát jí také děkuji za ochotu, trpělivost a čas, který mé práci věnovala. Dále bych ráda poděkovala všem manažerům organizací, kteří se podíleli na dotazníkovém šetření a také své rodině a přátelům za psychickou podporu a pomoc s korekturou a formální úpravou celé práce.

Abstrakt

Diplomová práce si klade za cíl zjistit, zda se dá zobecnit model ideálního manažera služeb pro drogově závislé. Laicky řečeno „jak má vypadat ideální manažer těchto služeb. Práce je tvořena dvěma částmi. Část teoretická se zaměřuje na popis a vymezení pojmů drogové závislosti, služeb, které pro tuto klientelu v ČR jsou, vymezení rozdílů mezi zdravotnickým a sociálním sektorem a kompetence s nimi spjaté.

Praktická část je zaměřena na dotazníkové šetření, kdy manažeři byli dotazováni, jak na jejich kompetence, ale také osobnostní stranu. Při zpracování jsem vycházela nejen z odborné literatury a svých zkušeností z odborných praxí, ale také ze zkušeností a dovedností, které mi sdělili za pomoci dotazníků samotní manažeři.

V závěru výzkumu je nastíněna tabulka již zmíněného ideálního manažera a v závěru celé práce je detailně popsáno možné využití této diplomové práce.

Klíčová slova

Drogová závislost, služby pro drogově závislé, sociální práce, zdravotnictví, kompetence, osobnost, typologie osobnosti.

Abstract

The Master Thesis, which is called *Managerial competence in social and health services focused on drug addicted clients* is formed by two sections. The main goal is „Ideal manager of services fufused on drug addicted clients“.

The theoretical part is concerned on drug addiction, services in Czech republic, especially in Prague, social and health care and competence, which are join in it. In these chapters are described some definitions and goals.

The practical part is based on quantitative research for managers. These managers were asked about their opinion and some hard data about manual and competences about their organization.

There are some recomandation and plan of ideal manager fot these services in the conclusion.

Key Words

Drug addiction, services focused on drug addicted clients, social work, health care, personality.

Obsah

Obsah	6
I. Úvod	7
II. Teoretická část	9
1 Drogová závislost.....	9
1.1 Dělení drogové závislosti	10
1.2 Služby pro drogově závislé.....	11
1.2.1 Sociální služby pro drogově závislé.....	12
1.2.2 Zdravotnické služby pro drogově závislé.....	19
2 Kompetence pracovníků s drogově závislými	24
2.1 Kompetence sociálních pracovníků.....	24
2.2 Kompetence pracovníku ve zdravotnických organizacích	28
2.3 Manažerské kompetence.....	33
3 Osobnost člověka/manažera.....	38
3.1 Typy osobnosti	40
3.1.1 Typologie intra/extroverze	41
3.1.2 Konstituční typologie	41
3.1.3 Hippokratova typologie.....	42
III. Empirická část.....	44
4 Výzkum.....	44
4.1 Úvod a vymezení výzkumného cíle.....	44
4.2 Výzkumný vzorek.....	45
4.3 Výzkumná metodika.....	46
4.4 Časová organizace výzkumu podle jednotlivých fází	47
4.5 Výsledky výzkumu	49
4.5.1 Kompetenční strana:.....	49
4.5.2 Osobnostní strana	67
4.6 Nástin ideálního manažera.....	78
IV. Závěr	84
Literatura.....	86
Přílohy.....	I

I. Úvod

Drogová závislost je specifickou oblastí, jak sociální práce, tak i zdravotnictví. Klienti s touto diagnózou vyžadují specifické přístupy, což klade velkou zodpovědnost a tíhu na pracovníky, kteří se touto klientelou zabývají. Z mnoha důležitostí můžeme vyjmenovat některé, ty opravdu důležité, které by při této práci neměly být opomíjeny. Jedná se především o přístupy v práci s klientem, ať již hovoříme o terapeutických přístupech či přístupech v sociální práci, o kompetencích sociálních a zdravotnických pracovníků, které jsou sice nastaveny obecně, ale mnohdy se nedají snadno aplikovat – zejména jsou – li klienti pod přímým vlivem drog a v neposlední řadě se jedná také o samostatnou osobnost pracovníků. Nad tímto vším a mnohým dalším by se měli zamýšlet manažeři sociálních a zdravotnických služeb přijímající – li do svých týmů nové pracovníky pro tuto klientelu.

Diplomová práce si klade za cíl zjistit, jaké jsou ony „správné“ kompetence manažerů v souladu s jejich osobností těchto služeb, zabývajících se již zmíněnou klientelou. Je nutné si uvědomit, že kompetence jsou nastaveny obecně, ale osobnost máme každý jinou, což znamená, že každý z nás se ke kompetencím staví jinak a jiným způsobem je schopen je naplňovat. A zda vůbec můžeme charakterizovat „správného manažera“ sociální či zdravotnické služby, to znamená nalajnovat mu, jak by měl vypadat, co by měl zvládat a jakou by měl mít osobnost.

Na základě konzultací s některými manažery Pražských služeb pro drogově závislé klienty bylo zjištěno, že žádný model „správného manažera“ nastaven není a manažeři se řídí pouze zkušenostmi a intuicí, koho do svého týmu přijmou. Nicméně všichni manažeři, s kterými bylo doposud hovořeno, se v sociálních a zdravotnických službách orientují dlouhou dobu a jsou tedy přesvědčeni, že vědí, jak správný manažer této služby má vypadat – tedy jaké má mít kompetence v souladu s jeho osobnostními rysy.

Diplomová práce bude rozdělena do dvou větších celků – teoretická a praktická část, z nichž každá bude dělena na jednotlivé kapitoly a podkapitoly. V teoretické části budou detailněji popsány již zmíněné kompetence, definice a specifika práce s drogově závislými a v neposlední řadě také osobnost člověka. Praktická část bude formou kvantitativního výzkumu za použití dotazníkového šetření jako nástroje k získání výsledků. Dotazníky budou anonymizovány v rámci ochrany dat a údajů daných organizací a rozeslány jednotlivým sociálním i zdravotnickým službám na území Prahy a Středočeského

kraje. Vzhledem k faktu, že organizací s takto zaměřenou tematikou není mnoho, mohlo by dojít ke zkreslení výsledků, protože by nebyl dodržen dostatečný počet zodpovězených dotazníků, v takovém případě bude přistoupeno ještě k doplňujícím rozhovorům, ale neočekává se, že by jich bylo třeba. Dotazník bude zaměřen převážně na manažery, na to jaké mají kompetence a osobnostní předpoklady, a několik otázek bude směřováno tomu, co považují za správné, či zda jim samotným něco chybí.

Na základě propojení teoretické a praktické části se pokusím sestavit model ideálního manažera, bude – li to možné. Pokud dojde ke zcela rozdílným výsledkům – lze práci považovat pouze za informativní a podpůrnou pro současné i budoucí manažery sociálních a zdravotnických služeb zaměřených na klienty s drogovou závislostí či jako studijní materiál pro odbornou nebo laickou veřejnost.

II. Teoretická část

1 Drogová závislost

Hned v úvodu teoretické části považuji za velmi důležité vymezit si cílovou skupinu, což jsou drogově závislí, na kterou je diplomová práce vztahena. Jak je již zmíněno, diplomová práce se bude zabývat propojování manažerských kompetencí a osobnostními rysy manažerů organizací, kteří s touto skupinou pracují. Považuji za velmi přínosné a vhodné vymezit si na začátku pojem „drogová závislost“ od něž se bude dále odvíjet celá první kapitola, která bude rozdělena na menší podkapitoly, spojené také s drogovou závislostí, jen více specifické.

Kalina definuje drogovou závislost jako: *„chronickou a progredující poruchu, která se rozvíjí na pozadí přirozené touhy člověka po změně prožívání.“* Je velmi důležité si uvědomit, že lidé se ve svém životě setkávají s mnoha strastmi a úskalími a drogy jsou většinou velmi častou formou pomoci, protože nástup „úlevy“ přichází většinou velmi rychle a je velmi intenzivní, hluboký a nebývale silný. Kalina ještě také uvádí, že čím rychleji droga začíná působit, a čím je její působení předvíatelnější, tím se více zvyšuje chuť a touha tento zážitek opakovat. (Kalina, 2003, str. 107)

Drogově závislého jedince lze tedy poznat podle následujících charakteristik, které ve svém díle uvádí Presl:

- 1) *„Jedinec má nevladatelnou a neodolatelnou touhu po opakovaném braní drogy,*
- 2) *Má tendence zvyšovat jednotlivé dávky,*
- 3) *Vyskytuje se u něj psychický či fyzický abstinenční syndrom, vyvolaný nedostatkem drogy,*
- 4) *Celkové užívání drog má na něj negativní vliv“* (Presl, 1994, str. 11)

Autoři Encyklopedie sociální práce považují za klíčový znak jakékoliv závislosti zhoršené sebeovládání ve vztahu k psychoaktivní látce, což znamená, že jedinec zanedbává ostatní zájmy ve prospěch látky. I přestože ví, že toto pokračování ve zneužívání psychoaktivní látky má nepříznivé důsledky.

Považuji za velmi důležité zmínit také fakt, že autoři se shodují na tom, že pojem *„problémy působené psychoaktivními látkami je širší než pojem závislost. Zahrnuje totiž i*

škodlivé užívání bez závislosti a další komplikace, které psychoaktivní látky působí, např. předávkování, úrazy nebo násilné jednání pod vlivem drog.“ (Matoušek, 2013, str. 381)

Vzhledem k tomu, že je diplomová práce propojením jak sociálních, tak zdravotnických služeb považují za vhodné uvést ještě definici, kterou udává Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (dále jen ÚZIS). ÚZIS vydal k 1. 1. 2014 aktualizaci Mezinárodní klasifikaci nemocí (dále jen MKN), kde je uvedeno, že syndrom závislosti je „*soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických stavů, který se vyvíjí po opakovaném užití substance a který typicky zahrnuje silné přání užít drogu, porušené ovládnání při jejím užívání, přetrvávající užívání této drogy i přes škodlivé následky, prioritita v užívání drogy před ostatními aktivitami a závazky, zvýšená tolerance pro drogu a někdy somatický odvykací stav. Syndrom závislosti může být pro specifickou psychoaktivní substanci (např. tabák, alkohol nebo diazepam), pro skupinu látek (např. opioidy) nebo pro širší rozpětí farmakologicky rozličných psychoaktivních substancí.“ (Holub, 2014)*

1.1 Dělení drogové závislosti

V první kapitole jsme si definovali pojem drogová závislost, tak jak ji uvádí několik autorů. Nyní považují za nutné zmínit také rozdělení drogové závislosti, protože rozlišujeme dva typy závislostí. Přestože se nemusí oba typy nutně projevit současně u některých látek, považují za důležité oba tyto typy popsat.

Drogová závislost je dělena na dva typy. Psychická a fyzická. Jak jsem již zmínila, oba typy se nutně nemusí objevit u všech látek – existují látky, které způsobují spíše obtíže po somatické stránce a také látky, které způsobují změny v prožívání a chování. Fyzická složka je velmi často chápána jako příčina a psychická je velmi často zlehčována a není na ni brán takový zřetel, zejména uživatelé drog nebo rodinní příslušníci zaujímají tento typ pohledu.(Minařík, 2015). Je nutné si ale uvědomit, že tento pohled není správný – díky rozdělení bude lépe pochopitelné proč.

1. Fyzická (tělesná) závislost

Fyzická složka závislosti je taková složka, která nutí uživatele látek k tomu, aby dodržovali časový odstup při jednotlivém užitím každé dávky. Tento odstup zabraňuje rozvoji odvykacího stavu, kterému slangově říkáme abst'ák. Tento stav je pro uživatele velmi nepříjemný, někdy i život ohrožující, ale je schopen odeznít během několika dní. Jeho zvládnutí bývá někdy náročné z medicínského hlediska, ale lze jej zvládnout i s dodržováním určitých pravidel a postupu a nemusel by být nutný zásah lékaře. Tento zásah bývá paradoxně nutný spíše u legálních látek, jako jsou některé léky nebo alkohol.

2. Psychická závislost

Oproti fyzické složce závislosti je psychická složka velmi špatně ovlivnitelná a zvládnutí této formy závislosti vyžaduje více než pouze pevnou vůli. Zde můžeme hovořit právě o změnách v chování a prožívání. Ke zvládnutí této formy závislosti byly a jsou vytvářena centra a léčebná zařízení, protože tento typ závislosti je důvodem proč lidé, kteří úspěšně abstinovali i několik let, spadají díky recidivám, zpět do závislosti. Zvládnutí tohoto typu závislosti vyžaduje mnoho úsilí, změnu postojů, myšlení, vztahů, okolního prostředí a vůbec celkovou změnu životního stylu. (Minařík, 2015)

Zde bych ráda vložila komentář a poznatky z praxe, že je opravdu velmi nutná samotná spolupráce uživatele. Několikrát jsem zažila situaci, kdy si uživatel myslel, že není třeba razantní změny, že stačí pouze „chtít“ a půjde to samo a právě tito uživatelé se vraceli s recidivami – často argumentovali tím, že je obtížné přijít o „pomocníka“ (drogu, alkohol) a ještě začít měnit práci, řešit rodinné vztahy a zabývat se volným časem a životním stylem. Zde je velmi evidentní, že i když je to jistě velice obtížné a ne každému se to podaří zvládnout na poprvé, je nutné mít na paměti, že pouze chtít nestačí a změna je více než nutná.

1.2 Služby pro drogově závislé

Podkapitolu Služby pro drogově závislé uvádím v diplomové práci, protože v současné době existuje na trhu celá řada služeb, které poskytují různé formy pomoci této cílové skupině. Podkapitola bude rozdělena ještě na dva menší celky, kde se detailněji zaměřím na popis sociálních a zdravotnických služeb. Vzhledem k faktu, že diplomová práce je koncipována jako „hledání ideálního manažera“ takových služeb, považuji za nutné, tyto celky rozdělit a dodržet, protože zdravotnická zařízení mají jistě jiné náležitosti než sociální.

Aby byla léčba, a pomoc drogově závislým efektivní je nutné, aby služby byly komplexní a vzájemně provázané. Pavel Bém v publikaci *Drogy a drogové závislosti* definuje, co znamená komplexnost a provázanost služeb takto: *„Komplexnost péče značí, že specifické potřeby jednotlivých cílových skupin vyžadují dnes mimořádně širokou nabídku léčebných zařízení a programů, které mohou nabídnout optimální služby uživatelům sítě léčebné péče.“* A provázanost péče *„je nezbytná pro to, aby pohyb klienta byl koordinovaný a odpovídal jeho aktuálním potřebám. Provázaností rozumíme návaznost jednotlivých stupňů léčebné péče od časných intervencí a prvního kontaktu až po doléčovací program a sociální integraci. Jednotlivé složky péče jsou reprezentovány státními i nestátními*

subjekty, zdravotnickými i nezdravotnickými organizacemi a neziskovými i ziskovými subjekty.“ (Bém, 2003. Str. 156)

1.2.1 Sociální služby pro drogově závislé

Ze zákona o sociálních službách č. 108/2006 Sb. lze vyčíst, že sociální služby dělíme ještě na různé typy a formy. V této části celku, vyjmenuji pouze typy a formy, ale nebudu je dále popisovat a popíši až jednotlivé konkrétní služby týkající se drogově závislých.

Sociální služby dělíme do třech typů a třech forem. Typy služeb jsou:

- Sociální poradenství,
- služby sociální péče,
- služby sociální prevence

Paragraf 33 výše zmíněného zákona také uvádí, že formy jsou:

- Ambulantní,
- pobytové,
- terénní (Zákon č. 108/ 2006 Sb., § 33)

1. Terénní programy (Streetwork)

Terénní programy § 69 zákona 108/2006 Sb. *„jsou terénní služby poskytované osobám, které vedou rizikový způsob života nebo jsou tímto způsobem života ohroženy. Služba je určena pro problémové skupiny osob, uživatele návykových látek nebo omamných psychotropních látek, 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 může být osobám poskytována anonymně.“* (Zákon č. 108/ 2006 Sb., §69)

Terénní programy jsou specifickou službou pro uživatele návykových látek, která stojí hned na počátku všech služeb a poskytuje se přímo na ulici. Velmi často se jedná o službu, se kterou se uživatel setkává jako první. Terénní práce je zaměřena především na populaci, která je obtížně dosažitelnou anebo se chová rizikovým způsobem a nejsou motivováni ke změně. Z tohoto hlediska lze tedy zařadit terénní práci do kategorie služby sociální prevence, protože mimo jiné jde terénní práci také o to, aby minimalizovala negativní důsledky, které s sebou užívání drog přináší. Z příkladů lze zmínit učít klienty bezpečnějšímu brání, motivovat je ke změně a snižovat výskyt chorob, spojených s drogovou závislostí (HIV, Hepatitida B, C). (Kalina, 2003, str. 159)

Matoušek ve své publikaci Encyklopedie sociální práce ještě uvádí, že hlavním cílem terénních programů je „*změna (vzorců) chování ve smyslu efektivního snižování rizik a dopadů rizikového chování, tedy posun od více rizikového k méně rizikovému chování.*“

Považuji za velmi důležité a opět na základě své praxe se ztotožňuji s Matouškem, který ještě uvádí, že „*uvedené programy a intervence mimo jiné oslabují stigmatizaci a sociální vyloučení cílové skupiny a prostřednictvím doplňkových programů je znovu učí se pohybovat ve většinové společnosti a dodržovat běžné hygienické zásady a normy. Cílem těchto služeb tedy není normalizovat užívání drog, ale naučit klienty i samotnou společnost, že některé z projevů závislosti nemusí nutně být spojeny s velkými riziky a současně, že je možné dosáhnout efektivních změna zamezit sociálnímu vyloučení, které obvykle vede k další progresi uživatelské kariéry, ke zhoršení stavu a zvýšení rizik.*“ (Matoušek, 2013, str. 125)

Zejména poslední větu definice opravdu oceňuji, protože na základě své praxe z terénního programu jsem se velmi často setkávala spíše s nepochopením a odmítáním široké veřejnosti a „dostávala nálepku“, někoho kdo vlastně brání drog podporuje.

2. Nízkoprahová centra

Než definuji, co konkrétně obnáší nízkoprahová centra, považuji za velmi důležité vymezit si samostatný pojem nízkoprahovost. Nízkoprahovostí je míněn stav, kdy kluby či služby poskytují pomoc cílové skupině jen s minimálním počtem vstupních pravidel – obvykle hovoříme o zákazu násilí, užívání legálních i nelegálních látek a sexuálních aktivit. Vše probíhá na bázi dobrovolnosti, nikdo není k žádným aktivitám nucen a nemusí se účastnit žádných administrativních úkonů. (Kappl, 2013)

§ 61 zákona 108/2006 Sb. udává, že „*nízkoprahová denní centra poskytují ambulantní, popřípadě terénní služby pro osoby bez přístřeší.*

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- 1) pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- 2) poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- 3) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a obstarávání osobních záležitostí.*“ (Zákon 108/2006 Sb., §61)

Nízkoprahová centra můžeme dle standardů sociálních služeb rozdělit na specifické a nespecifické. Mezi specifické řadíme takové služby uživatelům, jejichž problémy významně souvisí se sociálně rizikovými jevy nebo se dotýkají kulturních odlišností – řadíme tam například – drogovou závislost, AIDS nebo prostituci. Naproti tomu

nespecifická nízkoprahová centra mají za úkol pomoci při utváření a aktivního zapojení životního stylu, zejména pak přispívání ke změnám v rizikovém vývoji. Jedná se především o služby alternativní socializace a volného času.

Nízkoprahová centra jsou centra, která slouží také jako jedny z těch, které se zaměřují na minimalizaci rizik a škod způsobených užíváním návykových látek. Začaly vznikat v 90. letech pro injekční uživatele drog a začaly se prosazovat systémově. V této době se jednalo o vůbec úplně první programy, jejichž koncepce byla převzata ze zahraničí. (Milovský, Mravčík, Miklíková, 2013)

3. Kontaktní centra

Dle § 59 zákona 108/2006 Sb. jsou kontaktní centra „*nízkoprahová zařízení poskytující ambulantní, popřípadě terénní služby osobám ohroženým závislostí na návykových látkách. Cílem služby je snižování sociálních a zdravotních rizik spojených se zneužíváním návykových látek.*

Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:

- 1) sociálně terapeutické činnosti,*
- 2) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí,*
- 3) poskytnutí podmínek pro osobní hygienu.“ (Zákon č. 108/ 2006 Sb., §59)*

Kontaktní centrum (jinak též označováno jako K-Centrum) by mohlo být chápáno jako úvodní fáze léčby drogových závislostí. Hlavní a velmi významnou složkou této služby je výměna použitého injekčního materiálu za sterilní, což právě snižuje již výše zmíněná rizika užívání drog. (Herzog, 2013)

Kalina ve své publikaci drogy a drogové závislosti uvádí, že kontaktní práce je diferenciována do dvou forem. Prvním typem jsou zmíněna nízkoprahová centra a druhým typem výše popsaný streetwork, neboli terénní práce. Je tedy zřejmé, že kontaktní práce probíhá v obou těchto typech služeb. Kalina uvádí, že spektrem kontaktní práce jsou 4 základní druhy služeb, které tato centra poskytují. Jedná se především o:

- Samotnou kontaktní práci (navázání kontaktu s klientem, vytvoření důvěrného vztahu a zaopatření základních potřeb klienta.),
- výměnný program (přijímání použitého materiálu a jeho výměna a distribuce za sterilní materiál),
- základní zdravotní péče (zabezpečení základních potřeb ohledně zdravotního stavu, testování na HIV, hepatitidy)

- základní poradenství (prohlubování a zdokonalování navázaného kontaktu s důrazem, který pracovníci kladou na změnu klientových rizikových vzorců chování). (Libra, 2003, str. 166 - 168)

Česká asociace streetwork (dále jen ČAS) publikovala v roce 2007 dílo s názvem Kontaktní práce, která byla vydána v rámci projektu „Profesní vzdělávání pracovníků a odborníků v nízkoprahových zařízeních pro děti a mládež (NZDM) a streetwork (SW) sdružených v ČAS.

V této publikaci je jednou z kapitol také kapitola o samotném kontaktu. Kontakt, jak již z názvu samotných kontaktních center vyplývá, je nedílnou součástí kontaktní práce. Jedná se o úplný základ těchto druhů služeb, protože pracovník má za úkol kontaktovat, co nejvíce toxikomanů a tyto kontakty dále udržovat a rozvíjet. Budoucnost celého kontaktu a potažmo celé kontaktní práce velmi závisí na tom, jak ho pracovník vede, v jakém duchu a v jaké atmosféře. Velmi zjednodušeně se dá říct, že hovoříme v takovém případě o obchodu. Pracovník přichází na drogovou scénu se zakázkou kontaktovat toxikomana tak, aby měl kontakt budoucnost. Druhá strana je toxikoman, který má ale vlastní potřeby a zakázky, které samozřejmě nelze uspokojit všechny. Setkáváme se s tím, že toxikomani nejvíce ocení samotnou drogu, peníze na ni nebo pomoc při krádeži. V takovém případě pracovník sloužit nemůže, ale jsou zde i potřeby toxikomanů zaměřené na bezpečně brání – toxikoman sám chce využívat sterilní materiál, nebo zaměřené na ocenění případně naslouchání. Tyto zakázky již pracovník je schopen uspokojit a nabízí je právě výměnou za budoucí kontakt. (Klíma, 2007, str. 131)

4. Denní stacionář

Denní stacionář je popsán v § 46 zákona 108/2006. Sb. o sociálních službách jako zařízení, „*kde se poskytují ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- 1) *pomoc při zvládnutí běžných úkonů péče o vlastní osobu,*
- 2) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- 3) *poskytnutí stravy,*
- 4) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- 5) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- 6) *sociálně terapeutické činnosti,*

7) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“ (Zákon č. 108/ 2006 Sb., §46)

Kalina ve své publikaci *Drogy a drogové závislosti* uvádí, že denní stacionáře jsou cestou mezi přímou ambulantní péčí a péčí ústavní. Jedná se o poskytování péče, která je pouze přes den, většinou v pracovní dny a není lůžková. Je významná pro klienty a pacienty, kteří nemohou být doma z nějakých závažných důvodů sami. Neznamená to však, že tito lidé nemají kde bydlet. Tito klienti mají své domovy, ale z různých důvodů je nutné, aby nebyli sami. Kalina dále také uvádí, že podstatou správného fungování těchto center je strukturovaný program, který se též často označuje jako léčebný. Strukturovaný program převzala tato centra a stacionáře částečně z terapeutických komunit a částečně z center pro duševně nemocné. Tento program se skládá z přesného časového rozvrhu, ze souboru pravidel, která stanovují podmínky pro účast či vyřazení z centra a z vyvážené skladby tohoto programu – hovoříme především o aktivitách sociálních, terapeutických, sportovních či klubových. Intenzitu pro drogově závislé určují mezinárodní kritéria, která sdělují, že program by měl trvat 4 -5 hodin celých pět dní v týdnu. Velkou výhodou takto strukturované léčby, která trvá 3 až 6 měsíců je fakt, že klient není vytržen z přirozeného prostředí, o to náročnější pro něj léčba je, ale pokud ji zvládne – snáze se mu vrací do přirozeného prostředí. (Kalina, 2003, str. 179 - 184)

5. Chráněné bydlení

Chráněné bydlení je definováno zákonem 108/2006 Sb. jako *„pobyťová služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu zdravotního postižení nebo chronického onemocnění, včetně duševního onemocnění, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Chráněné bydlení má formu skupinového popřípadě individuálního bydlení. Služba podle odstavce 1 obsahuje tyto základní činnosti:*

- 1) *Poskytnutí stravy nebo pomoc při zajištění stravy,*
- 2) *poskytnutí ubytování,*
- 3) *pomoc při zajištění chodu domácnosti,*
- 4) *pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu,*
- 5) *výchovné, vzdělávací a aktivizační činnosti,*
- 6) *zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- 7) *sociálně – terapeutické činnosti,*
- 8) *pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.*“ (Zákon č. 108/ 2006 Sb., §51)

Dvořák v publikaci *Drogy a drogové závislosti* ještě uvádí, že chráněné bydlení je dle glosáře pojmů sociální práce sociální služba na pomezí mezi sociálním a zdravotnickým zařízením a je přímo vázána na službu, která poskytuje léčebné a resocializační služby. Cílem této služby je, aby bylo klientovi zajištěno ubytování při absolvování léčebného a resocializačního pobytu a to i takovým klientům, kteří v místě trvalého bydliště tuto formu služeb nemají. Chráněné bydlení je zcela nebo částečně hrazeno klientem a je časově omezeno. (Dvořák, 2003, str. 215)

6. Terapeutické komunity

„Terapeutické komunity poskytují pobytové služby i na přechodnou dobu pro osoby závislé na návykových látkách nebo osoby s chronickým duševním onemocněním, které mají zájem o začlenění do běžného života.

Služba podle odstavce jedna obsahuje tyto základní činnosti:

- 1) Poskytnutí stravy,*
- 2) poskytnutí ubytování*
- 3) zprostředkování kontaktu se společenským prostředím,*
- 4) sociálně terapeutické činnosti,*
- 5) pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí., (Zákon č. 108/ 2006 Sb., §68).*

Jak je zřejmé, jsou všechny služby definované víceméně podobným způsobem. Domnívám se, že je to zejména proto, že všechny služby se řídí jedním a tým zákonem a všechny služby také podléhají standardům kvality. Je – li cílová skupina nastavena, jako drogově závislí, je tedy zřejmé, že všechny služby budou mít jisté požadavky pro svoje vykonávání stejné. Ráda bych definovala terapeutickou komunitu pomocí několika autorů a pokusila se ji vymezit pomocí několika názorů, protože jsem přesvědčena, že terapeutická komunita je jedním z nejsilnějších a nejvyužívanějších nástrojů „v boji“ s drogovou závislostí.

Hartl s Hartlovou uvádí v psychologickém slovníku, že terapeutickou komunitou je míněno zorganizování léčebného procesu ve společné skupině pacientů a personálu. Jedná se také o formu léčby, kde dochází k aktivnímu působení a využívání celé skupiny na jednotlivce, při čemž dochází k tomu, že pacienti se stávají aktivními účastníky terapie. (Hartl, 2010).

Matoušek také definuje, že v ČR začaly komunity, tak jak je známe dnes, vznikat po druhé světové válce, kdy úplně prvním průkopník byl Skála v Praze u Apolináře pro muže

závislé na alkoholu. Druhou komunitu podobného typu založil v Lobči u Mělníka Knobloch – ta byla využívána především psychiatrickým pacienty. Velký rozvoj terapeutických komunit vidíme až s datem 1989, kdy po tomto datu došlo k uvolnění režimu, a komunity pro lidi závislé na návykových látkách, začaly být zakládány i nestátními organizacemi. Tento typ komunit je v nynější době převažující nad komunitami pro psychiatrické pacienty. (Matoušek, 2013, str. 428)

V publikaci *Drogy a Drogové závislosti* můžeme najít ještě doplnění terapeutické komunity následovně. Terapeutická komunita je rezidenční zařízení, které má jedinci napomáhat k tomu, aby dospěl k abstinenci. Tato služba poskytuje střednědobou až dlouhodobou péči v rozmezí 6 – 18 měsíců a existuje buď jako součást komplexního systému péče v jedné organizaci nebo jako samostatná jednotka, která má provázanost na další služby. Většinou řadíme terapeutické komunity do sektoru sociálního, existuje však výjimka v Bílé Vodě v Jeseníkách, kdy terapeutická komunita má statut samostatného lůžkového oddělení spadajícího do zdravotnického sektoru. U jiných terapeutických komunit v ČR není tento statut obvyklý. Cílem terapeutické komunity není abstinence jako taková, ale je to „léčba vedoucí k abstinenci“, což zjednodušeně znamená, že klient musí přijmout za své pravidla komunity a vědomí abstinence, aby mohl v budoucnu fungovat v normálním životě bez návykových látek. Vzhledem k faktu, že cílovou skupinou jsou osoby závislé na návykových látkách, které mají mnohdy obtíže především v psychosociální oblasti, je nutné, aby léčba byla postavena na těchto principech:

- 1) Motivovanost klienta k tomu, aby se sám změnil a mohlo tak dojít k úspěšné resocializaci,
- 2) podmínky terapeutické komunity se musí, co nejvíce přibližovat podmínkám běžného životního prostředí klienta,
- 3) schopnost klienta přijímat odpovědnost za své chování,
- 4) dobrovolnost v komunitě,
- 5) terapie by měla probíhat ve skupině, zejména proto, že člověk je tvor společenský a i v běžném životě se pohybuje ve společenství lidí,
- 6) přechod z komunity do běžného života je nutno rozfázovat a udělat jej postupným, protože se jedná o velmi náročnou situaci,
- 7) terapeutický tým má pouze poradní a doporučující vliv na klienta, není expertem na jeho život. (Adameček, Kalina, Těmínová – Richterová, 2003, str. 201 - 205).

1.2.2 Zdravotnické služby pro drogově závislé

Výroční zpráva z roku 2013 o stavu ve věcech drog uvádí, že síť zdravotnických služeb pro drogově závislé je tvořena převážně zdravotnickými zařízeními z oboru psychiatrie, která jsou případně dále specializována jako AT pracoviště, která mohou poskytovat ambulantní nebo rezidenční služby. (Jejich rozdělení bude podrobněji popsáno dále v kapitole). Tyto služby jsou poskytovány jak uživatelům alkoholu, tak uživatelům nealkoholových drog. Objevuje se také využívání těchto služeb patologickými hráči a všímáme si také využívání center pro lidi závislé na tabáku. Tato centra vznikají převážně při lůžkových odděleních nebo klinikách na oddělení pneumonie či vnitřního lékařství. Při sčítání adiktologických služeb bylo zjištěno, že zdravotnická zařízení se specializují převážně na ambulantní nebo rezidenční léčbu. Ambulantní léčbu poskytovaly spíše fyzické osoby (ambulace) a rezidenční službu poskytovaly příspěvkové organizace. (Mravčík, 2013, str. 72, 73)

1. Specializovaná ambulantní lékařská péče

Kalina ve své publikaci uvádí, že tato péče by měla být poskytována všem pacientů a je nutno zajistit ji v plném rozsahu. Hovoříme – li o ambulancích z hlediska zdravotnictví (existují totiž také některé sociální služby, které mohou ambulance poskytovat – například nízkoprahová denní centra), je nutné se uvědomit, že tato centra do roku 1992 byla součástí sítě zdravotnické péče. S postupnou privatizací ambulantních služeb však došlo k poklesu zájmu ze strany lékařů o tuto problematiku, zejména z důvodu náročnosti práce a nedostatečného finančního ocenění, což vedlo k celkovému snížení dostupnosti ambulantních služeb pro drogově závislé. Tým v ambulanci je multidisciplinární, většinou pod vedením lékaře, který absolvoval atestaci z AT. Do AT ambulancí mají přístup nejen drogově závislí, ale také víkendoví uživatelé nebo experimentátoři. V AT ambulancích probíhá léčba na základě několika základních kroků:

- 1) Anamnéza (nový pacient je komplexně vyšetřen),
- 2) klinické vyšetření (zaměřeno na psychosomatiku),
- 3) laboratorní a pomocná vyšetření,
- 4) prevence a léčba,
- 5) navázání prvního kontaktu,
- 6) psychoterapie,
- 7) farmakoterapie,
- 8) socioterapie,

- 9) následná péče,
- 10) vedení dokumentace. (Hampl, 2003, str. 172 - 175)

2. Detoxifikační jednotky

V publikaci Drogy a drogové závislosti se pojmem detoxifikační jednotky zabývá Karel Nešpor, který zmiňuje, že detoxifikační jednotky jsou jednotky sloužící k řešení akutní intoxikace klienta, kdy jeho stav nevyžaduje jinou akutní pomoc, například anesteziologicko . resuscitační pomoc, ale současně by řešení takové intoxikace v domácím prostředí mohlo být životu nebezpečné. Je velmi důležité si uvědomit, že detoxifikace není dostačující intervencí vedoucí k abstinenci, je to „pouze“ jakési očištění organismu od drogy. Zde bych ráda vložila poznatky z praxí, jež jsem absolvovala v rámci studia, kdy právě valná většina klientů (ať se již jednalo o drogově závislé dospělé, či děti) byla přesvědčena, že zvládnou – li detox, který se snaší nejhůře po somatické stránce, zvládnou již úspěšný návrat do života a ne všichni si byli schopni uvědomit, že abstinence je především o změně v dosavadním stylu života. Nejčastěji se detoxifikační jednotky objevují jako:

- 1) Součást zařízení ke střednědobé nebo dlouhodobé léčbě závislostí,
- 2) samostatná detoxifikační jednotka v nemocničním komplexu,
- 3) detoxifikační jednotky zařízení, jež poskytují ambulantní služby a jako alternativu nabízející detoxifikaci v domácím prostředí, která ovšem, aby byla považována za úspěšnou, musí splňovat několik podmínek. (stabilní rodinnou situaci, prostředí kterou neohrožuje život klienta i ostatních členů.) (Nešpor, 2003, str. 190).

3. Střednědobá ústavní léčba

V publikaci výroční zprávy z roku 2013 je uvedeno, že střednědobá léčba patří spolu s krátkodobou i dlouhodobou ústavní léčbou k léčbě, které zajišťuje síť psychiatrických léčeben a oddělení pro léčbu závislostí. Po r. 1990 se k psychiatrickým léčebnám přidávají také terapeutické komunity pro drogově závislé. (Mravčík, 2013, str. 74)

Střednědobou léčbu charakterizují autoři shodně v délce 3 – 6 měsíců. Dvořáček také podotýká stejně jako Mravčík, že střednědobou léčbu zajišťují převážně nemocniční zařízení – konkrétně psychiatrické léčebny, či specializovaná psychiatrická oddělení v rámci nemocnic. V našich podmínkách vychází střednědobá léčba z tzv. apolinářského modelu. Jedná se o model, který vede klienty k úplné abstinenci od všech návykových

látek. Cíle a kroky jak dosáhnout takového stavu jsou velmi individuální a závisí nejen na modelu léčby, terapeutickém týmu, ale také na potřebách a snaze závislého. Některé dílčí kroky k tomuto stavu jsou však nezbytné a lze je zobecnit pro všechny klienty. Především hovoříme o:

- 1) Stabilizování sekundárních problémů, které jsou úzce spojeny se závislostí,
- 2) vybudování náhledu – zjednodušeně to znamená, že pacient či klient je schopen uznat závislost jako svůj osobní problém, se všemi důsledky i dopady, které mu tato nemoc způsobila a způsobuje),
- 3) nalezení kroků ke kompenzaci návykových látek,
- 4) uznání potřeby dlouhodobě se léčit,
- 5) změna motivace z vnější na vnitřní – laicky řečeno: „nedělám to pro ostatní, ale pro sebe“,
- 6) uznání abstinčních norem za vlastní,
- 7) identifikace vzniku relapsu a schopnost jej minimalizovat,
- 8) změny v původním prostředí (změna nevhodného zaměstnání, přerušování některých vztahů, ohrožujících pacientovu abstinenci.),
- 9) přiměřené sebehodnocení. (Dvořáček, 2003)

4. Dlouhodobá ústavní léčba

Dlouhodobou ústavní léčbu charakterizují někteří autoři v období 6 – 18 měsíců. Detailněji je popsána v oddíle Sociální služby pro drogově závislé, protože tento typ léčby je převážně poskytován v terapeutických komunitách, které byly zařazeny do toho oddílu.

5. Následná péče

Akreditační standardy z roku 2001 informují, že následná péče je především pro klienty, kteří mají za sebou ukončenou léčbu (alespoň krátkodobou), dalším kritériem je minimální 3měsíční abstinence s náhledem klienta, že bude abstinovat dlouhodobě a společným kritériem je absolvování a pobyt na detoxifikační jednotce. Ze zkušeností v ČR však víme, že tato péče je i pro lidi, kteří předchozí zkušenost s abstinencí nemají, avšak velmi dobře si uvědomují svůj problém a jsou schopni abstinenci přijmout jako základní pohled do budoucna. Zjednodušeně řečeno slouží následná péče k tomu, aby pomohla závislému, který se rozhodl abstinovat k tomu, aby jeho návrat do normálního života byl co možná nejsnazší. S termínem následná péče velmi úzce souvisí termín „doléčování“, pro který je charakteristické posilování vybudované abstinence. (Kuda, 2003, str. 209.)

6. Programy metadonové a jiné substituce (substituční léčba)

Jedná se o jednu z klíčových metod léčby závislosti, zejména pak na tlumivých látkách. Obecně lze říci, že látka, která má krátkodobý účinek působení a mnohdy je míchána s toxickými příměsi a užívána velmi často rizikovým způsobem – to je intravenózně, nahrazována nejčastěji látkou – lékem, který je kontrolován lékařem, je podáván perorálně a je koncentrován s delším účinkem působení. Substituční léčba má tři formy – krátkodobá, která je realizována během detoxifikace, zpravidla trvající 1- 2 týdny; střednědobá, která je realizována během hospitalizace a trvající několik týdnů až měsíců – zejména užívaná u pacientů, kteří jsou závislí na více látkách současně a tyto látky jsou nahrazovány postupně; dlouhodobá, realizována ambulantní formou-jedná se o tzv. udržovací substituci metadonem či buprenorfinem, trvající několik měsíců nebo i let. (Popov, 2003. Str. 221)

Z výroční zprávy z roku 2013 vyplývá, že v r. 2013 existovalo 5 přípravků na trhu, kterými se závislost řešila. Jednalo se o:

- 1) Metadon, který se vyrábí z dovážené generické substance a u nás je k dostání v některých substitučních centrech,
- 2) Subutex, jehož účinná látka je buprenorfin,
- 3) Suboxone, jehož účinné látky jsou buprenorfin a naloxon,
- 4) Buprenorphine Alkaloid, jehož účinnou látkou je buprenorfin,
- 5) Ravata, jehož účinnou látkou je buprenorfin. (Mravčík, 2013, str. 86)

Vzhledem k faktu, že ve všech těchto firemních názvech léků se vyskytují léčivé látky buď metadon, nebo buprenorfin bych ráda ještě tyto dvě látky přiblížila.

Metadon je syntetický opiát, který má biologický poločas 24-36 hodin. Je to látka zmírňující nutkavou touhu užít drogu a potlačuje abstinenci příznaky. Dokáže také blokovat pocity euforie spojené s heroinem. Závislost na heroinu je chronická a uživatelé heroinu mnohdy potřebují vyšší dávky metadonu na neurčenou dobu. Metadon je také bezpečný pro těhotné ženy. Je podáván perorálně. (Verstter, 2003, str. 17)

Je třeba brát v potaz kontraindikaci. Metadon by neměl přijít do styku s látkami, které utlumují dýchání, ve většině případů jsou to benzodiazepiny, alkohol nebo antidepresiva. Uživatelé by měli nahlásit, že užívají také benzodiazepiny, aby se jim mohla nastavit účinná dávka metadonu. Mohlo by dojít totiž k zástavě dechu, komatu a následnému úmrtí. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008, str. 15)

Buprenorfin má omezené opioidové účinky a je u něj tedy menší riziko předávkování než u metadonu. Je také lepší pro těhotné ženy, protože novorozencům nezpůsobuje tolik problémů jako metadon. Metadon je však lépe kontrolovatelný a v mnohých zemích také levnější než buprenorfin. (Verstter, 2003, str. 18)

Buprenorfin by neměl přijít do styku s látkami, které utlumují dýchání, ve většině případů jsou to benzodiazepiny, alkohol nebo antidepresiva. Uživatelé by měli nahlásit, že užívají také benzodiazepiny, aby se jim mohla nastavit účinná dávka metadonu. Mohlo by dojít totiž k zástavě dechu, komatu a následnému úmrtí. (Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, 2008, str. 15)

Všechny ostatní léčivé přípravky samozřejmě mají své vlastní příbalové letáky, ve kterých se nachází jako u klasických léků, způsob indikace, kontraindikace, vedlejší účinky. Po prostudování příbalových letáků jsem zjistila, že vzhledem k faktu, že obsahují tyto přípravky stejnou léčivou látku jsou i vedlejší účinky až na pár výjimek víceméně stejné nebo podobné. Mezi nejčastější vedlejší účinky substituční léčby patří:

- 1) Nausea,
- 2) pocení,
- 3) nespavost nebo naopak velká ospalost,
- 4) svědění,
- 5) kopřivka,
- 6) zvracení.

Kapitola číslo 1 je pojímána jako vhléd do všech služeb, které může drogově závislý jedinec využívat. Jak je zřejmé z rozdělení, sociální služby jsou si v lecčem podobny, protože vychází z jednoho zákona, případně se řídí podobnými standardy, totéž platí i u zdravotních. V kapitole druhé bych se ráda zaměřila na to jaký personál či tým a současně manažer by měl v takových službách být z pohledu kompetencí, vzdělání a dovedností.

2 Kompetence pracovníků s drogově závislými

Kapitola číslo dvě Kompetence pracovníků s drogově závislými je koncipována do tří samostatných celků. Vzhledem k faktu, že cílová skupina drogově závislých je velmi specifickou skupinou klientů na jejich léčbě se podílí multidisciplinární týmy nebudu tyto týmy rozebírat dopodrobna. Ráda bych se v kapitole číslo dvě zaměřila především na sociální pracovníky a zdravotnické pracovníky a jejich kompetence a pak samotné manažery, přestože si plně uvědomuji, že i ostatní členové těchto multidisciplinárních týmů jsou neopomenutelní. Jelikož mám však první kapitolu a vůbec celou diplomovou práci vztaženou na sociální a zdravotnické organizace zaměřím se zejména na tyto kompetence.

Než rozdělím kapitolu na tři celky, ráda bych ještě definovala pojem kompetence, protože s tímto pojmem se v celé druhé kapitole setkáme několikrát. Havrdová ve své publikaci Kompetence v praxi sociální práce uvádí, že pojem kompetence je původně přejat z latinského výrazu *competens*, což lze vyložit jako vhodný, náležitý. (Havrdová, 1999, str. 41). K Zuzaně Havrdové se přikládá také Matoušek, který stejným způsobem definuje kompetence v díle Slovník sociální práce. Kompetentně jednat znamená být odborně způsobilý či způsobile a odpovědně jednat a vůbec vědět jak jednat. (Otto, 1905). Hartl ještě zjednodušeně uvádí, že se jedná o schopnost, způsobilost či kvalifikaci. (Hartl, 2010)

2.1 Kompetence sociálních pracovníků

Havrdová definuje v knize Kompetence v praxi sociální práce 6 základních kompetencí sociálního pracovníka. Tyto kompetence vyjmenuji a definuji jejich základní myšlenku. Havrdová k nim také uvádí ještě detailní kritéria, která pouze vypíšu, ale nebudu se jimi zabývat výrazně do hloubky, protože k tomu je určena již zmíněná publikace a je tedy zbytečné přepisovat celou téměř knihu.

1. Kompetence: Rozvíjet účinnou komunikaci

„Sociální pracovník umí naslouchat a vytvářet podmínky pro otevřenou komunikaci mezi jednotlivými klienty, skupinami a komunitami. Inicjuje spolupráci a motivuje pro změnu v zájmu klientů.“

Jednotlivá kritéria pro tuto kompetenci jsou:

- 1) *„Navázat kontakt (vytvořit atmosféru důvěry, dbát přiměřené neverbální komunikace),*
- 2) *Přizpůsobit komunikaci věku, individualitě a podmínkám,*
- 3) *Rozeznávat shodná a odlišná hlediska, hodnoty a cíle a respektovat je,*
- 4) *Poskytovat přiměřený prostor pro vyjasnění a vyjádření názorů a cílů klientů,*
- 5) *Uspadňovat komunikaci mezi klienty, organizacemi a širším společenstvím,*
- 6) *Motivovat pro překonávání překážek v dosahování vlastních hodnot a cílů klientů,*
- 7) *Udržovat pracovní vztah s klientem a jeho okolím v procesu změny a získávat a poskytovat přiměřenou zpětnou vazbu.“*

2. Kompetence: Orientovat se a plánovat postup

„Ve spolupráci s klienty, jejich pečovateli a jinými odborníky získává přehled o jejich současných i potenciálních potřebách zdrojích a společně plánuje postupy, reagující na zjištěnou nouzi a ohrožení. Dovede stanovit rizikové faktory a meze spolupráce.“

Jednotlivá kritéria pro tuto kompetenci jsou:

- 1) *„Orientovat se v potřebách a možnostech klientů a jejich rodin ve vazbě na okolí,*
- 2) *Orientovat se v legislativních, společenských a organizačních podmínkách a možnostech působících v dané situaci,*
- 3) *Sbírat a zpracovávat informace z různých zdrojů,*
- 4) *Zvažovat spolu s klienty a jejich okolím různé možnosti působení a změny,*
- 5) *Rozeznávat rizikové faktory a stanovit meze,*
- 6) *Vést přiměřenou dokumentaci,*
- 7) *Pomáhat objasňovat cíle, zdroje a možné překážky a navrhopvat možná řešení,*
- 8) *Vést klienta k porozumění důsledků různých rozhodnutí,*
- 9) *Dohodnout plán a rozdělení úkolů k dosažení změny.“*

3. Kompetence: Podporovat a pomáhat k soběstačnosti:

„Podporuje příležitosti k tomu, aby lidé mohli použít své vlastní síly a schopnosti. Pomáhá jim přebírat zodpovědnost, zabezpečovat svá práva a kontrolovat ohrožující chování.“

Jednotlivá kritéria pro tuto kompetenci jsou:

- 1) *„umět poskytnout emoční podporu,*

- 2) *Pomáhat lidem rozeznávat a vyjadřovat jejich přednosti, schopnosti a silné stránky,*
- 3) *Umět objasnit lidem jejich práva a způsoby jejich uplatnění,*
- 4) *Pomáhat účasti klientů na rozhodování, přejímání odpovědnosti a uplatnění práv,*
- 5) *Podporovat získání a rozšíření informací, dovedností a schopností, které posilují soběstačnost,*
- 6) *Zvažovat právo lidí přebírat na sebe riziko poškození,*
- 7) *Pomáhat lidem vyvíjet větší kontrolu nad chováním, které ohrožuje je nebo okolí,*
- 8) *Chápat a respektovat odlišnosti menšin a přispívat k odstraňování diskriminace a útlaku.“*

4. Kompetence: Zasahovat a poskytovat služby

„Poskytuje nebo zajišťuje přiměřenou úroveň podpory, péče, ochrany a kontroly a zapojuje se do prevence. Podporuje spolupráci mezi jednotlivci, skupinami, komunitami a organizacemi.“

Jednotlivá kritéria pro tuto kompetenci jsou:

- 1) *„znát možnosti a metody poskytování služeb intervence,*
- 2) *Poskytovat pomoc a službu v souladu s dohodnutým postupem,*
- 3) *Pravidelně hodnotit měnící se situaci, pokroky a účinnost postupu s klienty,*
- 4) *Organizovat a koordinovat poskytování pomoci a služeb z různých zdrojů,*
- 5) *Vytvářet příznivé okolnosti pro přijetí služby a adaptaci na ni,*
- 6) *Aktivně čelit chování, které vytváří riziko a ohrožuje klienta nebo okolí,*
- 7) *Aktivně se zapojovat do programů, které snižují sociální riziko, zlepšují sociální podmínky a rozšiřují možnosti důstojného života lidí,*
- 8) *Pomáhat zvládat konflikt, napětí a stres uživatelům služeb a jejich okolí a zlepšovat jejich situaci,*
- 9) *Připravit vhodné podmínky pro zdařilé odpoutání při ukončení služby.“*

5. Kompetence: Přispívat k práci organizace“

„Pracuje jako odpovědný člen organizace, přispívá k hodnocení a zlepšování její práce a účinnosti služeb pro klienty a efektivně využívá všech zdrojů. Spolupracuje s kolegy.“

Jednotlivá kritéria pro tuto kompetenci jsou:

- 1) *„Rozumět struktuře organizace, jejím cílům, reflektovat pravidla a režim,*
- 2) *Jednat v souladu s právy klientů, pravidly organizace a etikou sociální práce a přispívat k dobré pověsti pracoviště na základě solidních výsledků,*
- 3) *Účinně komunikovat a spolupracovat s kolegy a jinými pracovníky,*
- 4) *Umět charakterizovat tým, identifikovat vlastní místo v něm a reflektovat vlastní přínos pro práci v týmu,*
- 5) *Podílet se na kritickém hodnocení práce organizace, přispívat ke zlepšení její kultury a přiměřenosti poskytovaných služeb potřebám a právům různých klientů,*
- 6) *Znát dostupné zdroje organizace, efektivně je využívat a chápat priority,*
- 7) *Vytvářet podmínky pro získání zpětné vazby a chodu organizace a o vlastní práci od klientů a kolegů a navrhnout konstruktivní změny.*

6. Kompetence: Odborně růst

„Je schopen konzultovat a řídit svůj odborný i osobní růst. Je schopen se kvalifikovaně rozhodovat, spolupracovat v síti, dosahovat vytyčených pracovních cílů ve stanoveném čase a přispívat k pozitivním změnám ve svém oboru.“

Jednotlivá kritéria pro tuto kompetenci jsou:

- 1) *„Sledovat vývoj zákonodárství v sociální oblasti a doplňovat své znalosti a dovednosti v sociální práci,*
- 2) *Využívat kontaktů a výměny zkušeností na seminářích a vzdělávacích akcích k získání a prohloubení informací ke svému oboru,*
- 3) *Ve spolupráci s druhými kriticky hodnotit vlastní rozvoj a dále se učit,*
- 4) *Reflektovat osobní stresy, jejich příčiny a projevy a emočně se vyladřovat,*
- 5) *Identifikovat u sebe i u druhých předsudky a stereotypy, které negativně působí na práci s klienty a pomáhat je překonávat,*
- 6) *Umět si zorganizovat práci a dosáhnout vytyčeného cíle ve stanoveném čase,*
- 7) *Sdílet s kolegy profesionální nejistoty, rozeznávat teoretické souvislosti včetně mnohostrannosti možných řešení a vyvažovat práva, potřeby a možnosti,*
- 8) *Rozeznávat, kdo a v jakém čase musí rozhodnout, identifikovat rizika spojená s alternativami a přijímat zodpovědnost za vlastní rozhodnutí,*
- 9) *Tvořivě využívat příležitosti k dosažení pozitivních změn a hledat nová řešení,*

10) *Vytvářet a udržovat pracovní vztahy s jednotlivci, organizacemi, odborníky a dobrovolníky, respektovat jejich odlišné pohledy a pracovat s nimi.*“ (Havrdová, 1999, str. 49 - 110)

2.2 Kompetence pracovníku ve zdravotnických organizacích

Dříve, než dojde k popisu jednotlivých kompetencí ve zdravotnických organizacích, bych se ráda zaměřila na rozdělení personálu. Podkapitola 2.1 se zabývá pouze kompetencemi sociálních pracovníků, protože s touto cílovou skupinou mohou pracovat sociální pracovníci na základě dosaženého vzdělání. Proto jsem nezmiňovala případné kompetence pracovníků v sociálních službách či dobrovolníků.

Zaměříme – li se však na všechny služby z pohledu zdravotnictví, je nutné si tento personál rozdělit. Zjednodušeně je možno je rozdělit na lékaře a nelékařské zdravotnické pracovníky.

Česká správa sociálního zabezpečení definuje ošetřujícího lékaře jako *“zdravotnické zařízení, které svými lékaři poskytuje pojištěnci nebo jiné posuzované osobě ambulantní, ústavní nebo lázeňskou péči a zařízení závodní preventivní péče při ošetřování pojištěnce v rámci první pomoci, pokud má oprávnění k léčebné péči. Posuzování zdravotního stavu je lékař oprávněn vykonávat jen v rozsahu své odbornosti.*

Ošetřujícím lékařem není zařízení záchranné služby a pohotovostní služby. Ošetřující lékař je v pozici úřední osoby, pokud plní úkoly státu nebo společnosti a používá při tom svěřené pravomoci pro plnění těchto úkolů. V tomto směru se na něj vztahuje i obecná a trestně právní ochrana.“ (ČSSZ, Informace, 2006). Mezi ostatní nelékařské pracovníky lze zařadit všechny ostatní pracovníky pohybující se ve zdravotnictví, tak jak je definuje zákon 96/2004 Sb. O podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Mezi tyto pracovníky patří zejména:

- Všeobecná sestra,
- Porodní asistentka,
- Ergoterapeut,
- Radiologický asistent,
- Zdravotní laborant,
- Zdravotně – sociální pracovník,
- Optometrista,

- Ortoptista,
- Asistent ochrany a podpory veřejného zdraví,
- Ortoptik a protetik,
- Nutriční terapeut. (Zákon 96/2004).

Jak logicky vyplývá z názvu diplomové práce jsou některá povolání pro popis do této práce zcela irelevantní, protože s danou cílovou skupinou nemají co do činění. Ráda bych se tedy zaměřila na popis kompetencí zejména u těch pracovníků, u kterých je předpoklad, že přichází s drogově závislými do kontaktu častěji. Jedná se především o povolání všeobecné sestry, ergoterapeuta a zdravotně sociálního pracovníka.

Tento zákon byl ještě doplněn vyhláškou 55/2011 ze dne 1. 3. 2011, která tento zákon rozšiřuje ještě o další nelékařská povolání, mezi něž řadíme ještě i biotechnického asistenta, adiktologa, zrakového terapeuta, oftalmopeda, arteterapeuta a pracovního terapeuta.

Opět jak je zřejmé, tak pro diplomovou práci nejsou nutná všechna povolání, ale jen některá.

Kompetencí ve zdravotnictví si dovoluji citovat vyhlášku 55/2011 ze dne 1. 3. 2011, ale opět, stejně jako u sociálních pracovníků budou kompetence pouze vypsány a nikoli rozebrány detailně.

Dříve, než se zaměřím na popis kompetencí jednotlivých povolání ve zdravotnictví, považuji za důležité definovat, co je hlavní náplní činností těchto pracovníků po získání odborné způsobilosti.

V § 3 této vyhlášky je definováno, že takto způsobilý pracovník vykonává tyto činnosti:

- 1) *„poskytuje zdravotní péči v souladu s právními předpisy a standardy,*
- 2) *dbá na dodržování hygienicko-epidemiologického režimu v souladu s právními předpisy upravujícími ochranu veřejného zdraví*
- 3) *vede zdravotnickou dokumentaci a další dokumentaci vyplývající z jiných právních předpisů, pracuje s informačním systémem zdravotnického zařízení,*
- 4) *poskytuje pacientovi informace v souladu se svou odbornou způsobilostí, případně pokyny lékaře,*
- 5) *podílí se na praktickém vyučování ve studijních oborech k získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných středními školami a vyššími odbornými školami, v akreditovaných zdravotnických studijních programech k*

získání způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání uskutečňovaných vysokými školami v České republice a ve vzdělávacích programech akreditovaných kvalifikačních kurzů,

6) *podílí se na přípravě standardů*“ (Vyhláška 55/2011, §3)

Nyní se pokusím definovat jednotlivá zdravotnická povolání a kompetence, které má zdravotnický personál pracující s drogově závislými. Vzhledem k faktu, že vyhláška popisuje jednotlivá povolání s kompetencemi velmi odborně. Vzhledem k faktu, že ve vyhlášce lze najít veškeré kompetence k danému povolání považuji za důležité se zaměřit pouze na drogovou závislost a kompetence, které by tomu mohly odpovídat.

1. Všeobecná sestra a její kompetence:

„Všeobecná sestra vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace, v souladu s diagnózou stanovenou lékařem poskytuje, případně zajišťuje základní a specializovanou ošetrovatelskou péči prostřednictvím ošetrovatelského procesu. Přitom zejména může:

- 1) vyhodnocovat potřeby a úroveň soběstačnosti pacientů, projevů jejich onemocnění, rizikových faktorů, a to i za použití měřicích technik používaných v ošetrovatelské praxi (například testů soběstačnosti, rizika proleženin, měření intenzity bolesti, stavu výživy)*
- 2) sledovat a orientačně hodnotit fyziologické funkce pacientů, to je dech, puls, elektrokardiogram, tělesnou teplotu, krevní tlak a další tělesné parametry,*
- 3) pozorovat, hodnotit a zaznamenávat stav pacienta,*
- 4) zajišťovat herní aktivity dětí,*
- 5) zajišťovat a provádět vyšetření biologického materiálu získaného neinvazivní cestou a kapilární krve semikvantitativními metodami (diagnostickými proužky),*
- 6) hodnotit a ošetřovat poruchy celistvosti kůže a chronické rány a ošetřovat stomie, centrální a periferní žilní vstupy,*
- 7) provádět nácvik sebeobsluhy s cílem zvyšování soběstačnosti,*
- 8) edukovat pacienty, případně jiné osoby v ošetrovatelských postupech a připravovat pro ně informační materiály,*
- 9) orientačně hodnotit sociální situaci pacienta, identifikovat potřebnost spolupráce sociálního nebo zdravotně-sociálního pracovníka a zprostředkovat pomoc v otázkách sociálních a sociálně-právních,*
- 10) zajišťovat činnosti spojené s přijetím, přemísťováním a propuštěním pacientů*

11) *přejímat, kontrolovat, ukládat léčivé přípravky, včetně návykových látek, (dále jen „léčivé přípravky“), manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dostatečnou zásobu,*

12) *přejímat, kontrolovat a ukládat zdravotnické prostředky a prádlo, manipulovat s nimi a zajišťovat jejich dezinfekci a sterilizaci a jejich dostatečnou zásobu.“*
(Vyhláška 55/2011, §3)

2. Ergoterapeut

„Ergoterapeut vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 v oboru ergoterapie (léčba prací) a dále stanoví a provádí bez odborného dohledu na základě indikace lékaře v souladu s diagnózou a doporučeným postupem lékaře a na základě vlastních vyšetření optimální varianty a kombinace ergoterapeutických postupů tak, aby bylo dosaženo cíle požadovaného lékařem. Přitom zejména může:

- 1) *provádět ergoterapeutické vyšetření zaměřené na analýzu aktivit pacienta, hodnocení senzomotoriky, mobility a lokomoce, orientační vyšetření kognitivních funkcí ve vztahu k analýze běžných denních činností (ADL),*
- 2) *provádět hodnocení a nácvik běžných denních činností (ADL) v nemocničním i ve vlastním sociálním prostředí,*
- 3) *provádět hodnocení v oblasti pracovních a zájmových aktivit v kontextu fyzického a sociálního prostředí,*
- 4) *na základě ergoterapeutického vyšetření a analýzy funkčních schopností sestavovat krátkodobý a dlouhodobý plán ergoterapie, vybírat specifické ergoterapeutické postupy a metodiky, v rámci multidisciplinárního týmu vytvářet dlouhodobý plán komplexní rehabilitace,*
- 5) *aplikovat ergoterapeutické postupy a metodiky v individuální i skupinové ergoterapii s cílem zlepšení funkční schopnosti pacienta,*
- 6) *poskytovat poradenské služby a instruktáže v otázkách adaptace, kompenzace a substituce poruch a onemocnění.“* (Vyhláška 55/2011, §3)

3. Zdravotně – sociální pracovník

„Zdravotně-sociální pracovník vykonává činnosti podle § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace může:

- 1) *provádět sociální prevenci, včetně depistážní činnosti, zaměřenou na cílené a včasné vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout nebo se již ocitli v nepříznivé sociální situaci,*

- 2) *provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům, podle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta,*
- 3) *sestavovat plán psychosociální intervence do životní situace pacienta, včetně rozsahu, druhu a potřeby sociálních opatření, ve spolupráci s dalšími zdravotnickými pracovníky tato opatření realizovat,*
- 4) *zajišťovat sociálně-právní poradenství ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům,*
- 5) *účastnit se integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získávat pacienty a jejich sociální okolí,*
- 6) *v rozsahu své odborné způsobilosti vykonávat činnosti při přípravě propuštění pacientů, včetně zajištění další péče a služeb. (Vyhláška 55/2011, §3)*

4. Adiktolog

„Adiktolog vykonává činnosti uvedené v § 3 odst. 1 a dále bez odborného dohledu a bez indikace lékaře v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí může:

- 1) *provádět komplexní adiktologickou diagnostiku pacienta,*
- 2) *provádět neinvazivní odběry biologického materiálu pro vyšetření přítomnosti návykových látek a infekčních onemocnění,*
- 3) *stanovit program primární prevence včetně programu včasné diagnostiky a intervence,*
- 4) *provádět depistáž s cílem identifikovat osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky a u těchto osob provádět prevenci, výchovu a poradenství v oblastech zdravého způsobu života a snižování škodlivosti užívání návykových látek,*
- 5) *provádět individuální skupinovou a rodinnou podpůrnou psychoterapii,*
- 6) *instruovat zdravotnické pracovníky v oblasti péče o osoby ohrožené zdraví škodlivými návyky o škodlivosti užívání návykových látek,*
- 7) *provádět poradenství v oblasti závislosti na návykových látkách a dalších závislostí.“ (Vyhláška 55/2011, §3)*

5. Psycholog ve zdravotnictví

„Psycholog ve zdravotnictví vykonává činnosti uvedené v § 3 odst. 1 a dále pod odborným dohledem klinického psychologa nebo dětského klinického psychologa může provádět:

- 1) psychologickou diagnostiku,*
- 2) psychoterapii a socioterapii,*
- 3) neodkladnou péči v případě akutních psychických krizí a traumat,*
- 4) rehabilitaci, reedukaci a resocializaci psychických funkcí,*
- 5) školení zdravotnických pracovníků v oblasti psychologie zdraví a nemoci,*
- 6) psychologickou prevenci, výchovu a poradenství ke zdravému způsobu života,*
- 7) v rozsahu své odborné způsobilosti prevenci psychologických problémů zdravotnických pracovníků,*
- 8) odbornou konziliární, posudkovou a dispenzární činnost.“ (Vyhláška 55/2011, §3)*

Všechna tato povolání lze ve vyhlášce najít ještě s dodatky odborné způsobilosti, což rozšiřuje některé kompetence těchto povolání. Vzhledem k faktu, že ovšem pracovníci se mohou odborně specializovat do různých odvětví zdravotnictví, pro lepší představu uvedu příklad, Všeobecná sestra se může specializovat na Dětskou sestru, Komunitní sestru, sestru pro péči v chirurgických oborech atp. Ovšem vyhláška nezmiňuje konkrétně specializaci pro drogové závislosti, ráda bych pouze dodala, že lze nalézt specializaci těchto povolání pro obor psychiatrie, který se domnívám má k závislostem nejbližší.

2.3 Manažerské kompetence

Než v podkapitole 2. 3. definuji konkrétní manažerské kompetence, ráda bych se věnovala zhruba definici managementu a manažera. Pojem kompetence byl definován hned v podkapitole 2. 1. a z tohoto pojmu chci vycházet v celé diplomové práci, proto nepovažuji za nutné jej definovat znovu.

Plamínek ve své publikaci Řízení neziskových organizací uvádí, že management je jádrem celé organizace a má určité úlohy, které plní. Jedná se především o:

- 1) Stanovení konkrétního programu a časově limitovaných cílů,
- 2) Přípravení ročního rozpočtu organizace,
- 3) Vytvoření zázemí jak organizačního tak i materiálního,
- 4) Komunikace s klienty a dalšími cílovými skupinami,
- 5) Zpracování výroční zprávy (Plamínek, 1996, str. 53)

Plamínek také definuje manažerem někoho, jehož role „spočívá v především v dosahování stanovených cílů prostřednictvím práce jiných lidí. Tím se manažerská role liší od role lídra (který cíle stanovuje) i od role vykonavatelské, (která spočívá v přímém výkonu, v bezprostředním plnění úkolů a dosahování cílů)“ (Plamínek, 2003, str. 13)

Na první pohled by se mohlo zdát, že tento autor si protiřečí, protože uvádí v publikaci z roku 1996, co vše obsahuje management a v roce 2003 roli manažera „oseká“ pouze na dosahování cílů. Je však nutno podotknout, že v publikaci je psáno, že se jedná pouze o jednotlivé role manažera a tyto role mohou u některých manažerů splynout do jedné osobnosti – po tom tedy nastává situace, kdy jedna osoba je současně manažerem, lídrem i vykonatelem těchto cílů organizace.

Šimková ve své publikaci uvádí, že role manažera s sebou nese také určité funkce, které má vedoucí pracovník zvládnout, z těchto funkcí již následně lze odvodit podstatné kompetence pro výkon manažera. Šimková tyto funkce rozděluje na pět základních a to na :

- 1) Plánování (což slovníkem Plamínka se rovná stanovení konkrétního programu a časově limitovaných cílů), případně zjednodušeně řečeno čeho chci dosáhnout a jak toho dosáhnou,
- 2) Organizování (činnost, při níž dochází k uspořádání prvků – lidí a prostředků a jejich vzájemných vztahů, čemuž se odborně říká Organizační struktura),
- 3) Personalistika (zajištění lidských, finančních, informačních a materiálních zdrojů),
- 4) Vedení a motivace (schopnost umět vést, usměrňovat a motivovat své pracovníky ke kvalitním výkonům),
- 5) Kontrola (srovnávání stavu aktuálního se stavem plánovaným) (Šimková, 2004, str. 28 - 46)

Katedra řízení a supervize Univerzity Karlovy, která se zaměřuje na formování budoucích manažerů v sociálních a zdravotnických organizacích, vydala také kompetence dobrého manažera. Tyto jednotlivé kompetence i s konkrétními kritérii bylo nutno podat celé tak, jak je definuje katedra, aby bylo zřejmé, co je dáno a jaká je následně realita.

Jednotlivé manažerské kompetence spolu s kritérii jsou:

„Řídit s ohledem na kontext a poslání

- 1) *Orientovat se v aktuálním kontextu společnosti ve vztahu ke své profesi*

Kritéria:

- 1.1. *Orientuje se v historickém i aktuálním socio-ekonomickém kontextu evropského vývoje, včetně politik regionálního rozvoje*
 - 1.2. *Orientuje se ve významných hodnotách, na nichž je zbudován systém sociálních a zdravotních služeb*
 - 1.3. *Zná základní problémy řešené v ekonomice ČR a jejich důsledky pro plánování služeb*
 - 1.4. *Zná legislativní rámec, ekonomické a etické principy, které jsou relevantní pro řízení soc.a zdrav.služeb a umí je využít v rozhodování*
- 2) *Chápat směřování sociálních a zdravotních služeb a úlohu manažera v nich, jeho kompetence a jeho odpovědnost*

Kritéria:

- 2.1. *Ví, co je systém a umí k sociálním a zdravotním službám přistupovat ze systémového hlediska*
- 2.2. *Umí definovat poslání sociálních a zdravotnických služeb v kontextu společenského vývoje*
- 2.3. *Orientuje se v hlavních trendech transformace sociálních a zdravotních služeb, chápe jejich principy, hodnotové a ekonomické důsledky a umí je vysvětlit*
- 2.4. *Ví, co je účinnost, kvalita a odpovědnost (accountability) v řízení služeb a jak k nim směřovat.*
- 2.5. *Zná různé druhy zdravotně sociálních intervencí, ví, k čemu mají sloužit, co je jejich obsahem, jak budou měřeny výsledky, koho se týkají a kdo se na nich bude podílet.*
- 2.6. *Umí analyzovat vybrané systémy činností ve vlastní organizaci ve vztahu k poslání*
- 2.7. *Umí navrhnout organizační a ekonomické zajištění zdravotně sociálních intervencí ve zvolené oblasti služeb.*

3) *Rozumí řízení služeb v kontextu komunity*

Kritéria:

- 3.1. *Chápe, co je občanská společnost a co je sociální kapitál*
- 3.2. *Chápe principy rozdělení moci, vytváření sociálních sítí a jejich význam*

- 3.3. *Umí analyzovat, průběžně zjišťovat a vyhodnocovat potřeby a silné stránky své komunity (SWOT analýza)*
- 3.4. *Zná různé metody aktivizace-revitalizace komunity*
- 3.5. *Chápe význam a principy komunitního plánování*
- 3.6. *Umí navrhnout systém sociálních a zdravotních služeb ve vybrané komunitě pro vybranou skupinu uživatelů*
- 3.7. *Chápe význam specifických nástrojů řízení pro komunitní začlenění služeb a umí některé použít*

4) *IV. Chápe řízení v kontextu specifických potřeb a možností uživatelů služeb*

Kritéria:

- 4.1. *Rozumí problematice diskriminace a sociálního vyloučení a zná způsoby, jak jim předcházet*
- 4.2. *Chápe problematiku stáří, zdravotního postižení a chronického onemocnění v jejich sociálních a psychologických důsledcích pro uživatele služeb*
- 4.3. *Je vnímavý pro interakci odborné a laické perspektivy ve vztahu k etice i ve vztahu k řízení zdravot. a soc. služeb*

Řídit s ohledem na kvalitu a efektivitu

- 1) *V. Chápe, co je kvalita a zná různé postupy pro dosahování a hodnocení kvality*
- 2) *VI. Umí definovat a rozeznat kriteria/indikátory kvality ve vybrané oblasti služeb*
- 3) *VII. Umí získat a analyzovat potřebné informace pro řízení a adekvátně využít nástrojů a metod pro plánování a hodnocení efektivitu/produktivity*
- 4) *VIII. Umí účinně oslovit vybrané adresáty a efektivně jim prezentovat produkty své organizace*

Řídit a supervidovat pracovníky

- 1) *IX. Umí transparentně a efektivně komunikovat s týmem a s pracovníky*
- 2) *X. Umí vést porady*

- 3) *XI. Umí motivovat , delegovat a dosahovat výsledků prostřednictvím druhých*
- 4) *XII. Umí přiměřeně posláni a organizačnímu kontextu provést nábor a výběr pracovníků*
- 5) *XIII. Umí využívat různých technik a postupů monitorování, hodnocení a podpory pracovníků*

Řídit změnu a inovace

- 1) *XIV. Chápe modely organizačního rozvoje a principy a metody učící se organizace*
- 2) *XV. Umí rozeznat potenciál pro změnu, plánovat, implementovat a hodnotit inovace*
- 3) *XVI. Umí motivovat pro změnu a vyjednávat s účastníky změny*
- 4) *XVII. Zná různé způsoby monitorování chování organizace v procesu změny*

Řídit vlastní rozvoj

- 1) *XVIII. Reflektuje vlastní silné a slabé stránky a schopnosti manažera (portfolio)*
- 2) *XIX. Komunikuje ve svém oboru na profesionální úrovni*
- 3) *XXII. Umí řešit konflikty a rozvíjet spolupráci*
- 4) *XXIII. Tvořivě se zaměřuje na pozitivní možnosti v náročných situacích a řídí míru stresu*
- 5) *XXIV. Je schopen koncepčně uvažovat“ (katedra řízení a supervize)*

3 Osobnost člověka/manažera

Psychologií osobnosti se zabývá celá řada autorů a psychologů a bylo by možné o tom jistě napsat samostatnou diplomovou práci. Jsem si vědoma toho, že jedna kapitola zcela jistě nepodchytne všechno důležité, ale pro tuto práci, která je zaměřena na osobnost ideálního manažera definuji v této kapitole pouze nejdůležitější definice a vše je směřováno k povaze a vlastnostem jednotlivých osobností.

Za nezbytné považuji definovat samostatný pojem osobnost, která je u mnoha autorů pojímána jinak, avšak nejvíce se ztotožňuji s Říčanem, který rozlišuje tři základní kategorie osobnosti a je na čtenáři, pokud uslyší tento pojem, z jakého zařazení bude vycházet:

- 1) *„Hodnotící pojem - osobností, respektive skutečnou osobností, je jedinec nějak pozoruhodný, vynikající, především v pozitivním smyslu,*
- 2) *Psychická individualita jedince – osobností se rozumí osobitost, odlišnost jedince od jiných jedinců, zejména (i když nikoli výlučně) od jedinců téhož věku a kultury,*
- 3) *Osobnost jako architektura či struktura celku psychiky – jde o rozčlenění psychiky na relativně samostatné složky, z nichž každá má určitou funkci či funkce a zejména o integrovanou souhru těchto složek. (Říčan, 2007, str. 11, 12)*

Neméně důležitým pojmem, který je třeba definovat je pojem vlastnosti osobnosti. Opět se jedná o velmi rozsáhlý pojem, který se dále dělí či určuje různými determinanty, pro svou diplomou práci považují za nutné tento pojem pouze definovat.

Vlastnost, neboli psychickou vlastnost, chápeme jako rozdíl, který je individuální. Jedná se o rozdíly v tom, jak se lidé mezi sebou navzájem liší. Je to tedy něco, co nás charakterizuje a odlišuje od druhých osob. (Říčan, 2007, str. 39).

Nakonečný ještě uvádí, že hovoříme – li o psychické vlastnosti, kterou lze mimo jiné označit jako rys osobnosti, je nutné jej brát jako klíčový aspekt osobnosti, protože se jedná právě o rozpoznávání jednotlivých zvláštností u každého jedince. (Nakonečný, 1998, str. 62).

Velmi podstatným pojmem pro charakteristiku diplomové práce, je pojem temperament. Vzhledem k faktu, že na základě temperamentu bude dále koncipována tato kapitola bych ráda tomuto pojmu věnovala detailnější popis. Všem je velmi známe Hippokratovo rozdělení temperamentu dle „šťáv v těle“, které jak se domnívám a ze svých

zkušeností vím, že řada psychologů z něj vycházela, je nejpřesnější, proto je celá kapitola koncipována v tomto duchu. Nicméně je jistě nutno podotknout, že kromě Hippokrata se rozdělením osobnosti zabývala celá řada psychologů. Z nejdůležitějších lze jmenovat C.G. Junga, H. J. Eysencka nebo E. Kretschmera.

„V psychologii se termínu temperament užívá pro označení celé skupiny vlastností (ve smyslu individuálních rozdílů) temperamentových kvalit, které můžeme chápat jako faktory, tj. přítomnost jedné z nich neznamena nutně přítomnost ani nepřítomnost druhé či třetí; jsou navzájem statisticky nezávislé.“ (Říčan, 2007, str. 63)

Budeme – li se chtít zaměřit na to, o jaké se jedná konkrétní vlastnosti, je nutné se uvědomit, že tyto vlastnosti osobnosti jsou relativně trvalé a dané tělesnou konstitucí, jež je vrozená, tudíž v nějaké míře tyto vlastnosti lze „měnit“, „zjemňovat“, ale nikoli odstranit.

Nakonečný uvádí, že *“temperament se úzce spojuje s vlastnostmi stavby a činnosti nervové soustavy, na což už poukazoval I. P. Pavlov, nebo široce se způsobem, jakým probíhají akce jedince, na což poukazoval J. P. Guilford. V tomto druhém pojetí pak už temperament, který je úzce spojován s emocionalitou, je chápán jako styl činnosti vůbec, což vyjadřuje určité propojení obsahu a formy.“ (Nakonečný, 1998, str. 79)*

V téže publikaci také Nakonečný velmi výrazně cituje Kretschmera, jenž tvrdí, že „podstata temperamentu je biochemická, což odpovídá také etymologickému významu slova temperament (z latiny temperare – ladit – jde tu –zjednodušeně řečeno – o biochemicky založené vyladění osobnosti. (Nakonečný, 1998, str. 79 -80)

V souvislosti s temperamentem je jistě důležité zmínit také dimenze temperamentu, které rozdělili holandské psychologové G. Heymans a E. D. Wiersma na:

- 1) *Emocionalitu – nedostatek emotionality; emoční vzrušivost projevující se přiměřeností emoční reakce, t. j. její silou a přítomností nebo nepřítomností.*
- 2) *Aktivnost – pasivnost; aktivní či pasivní vztah k různým věcem či situacím (zda je plní jedinec okamžitě či zda je odkládá)*
- 3) *Primární funkce – sekundární funkce; převažující primární funkce znamená rychlou reakci a její rychlé odeznění, naproti tomu funkce sekundární značí počáteční slabou reakci, jejíž síla postupně narůstá a dlouho doznívá i po tom, co podnět přestává působit“ (Nakonečný, 1998, str. 81)*

K temperamentu zcela jistě neodmyslitelně patří i jednotlivé typy, na které je zaměřena podstatná část této diplomové práce a je mu věnována i část praktická. Proto bych ráda typům temperamentu či typům celé osobnosti věnovala samostatnou podkapitulu.

Velmi důležitým pojmem pro formování osobnosti jsou také schopnosti.

Říčan ve své publikaci definuje schopnost jako „*potencionalitu, jako možnost případně jako učenlivost pro tu či onu činnost.*“ Pokud však budeme hovořit v běžné řeči například o schopnosti barveného vidění či organizačních schopnostech, nehovoříme tak o možnosti se něco naučit, nýbrž o dosažené úrovni těchto schopností. (Říčan, 2007, str. 73)

Neméně důležitými pojmy pro formování osobnosti jsou motivy a postoje. Tyto dva pojmy a rozdíl mezi nimi vysvětlím z příkladu z publikace Milana Nakonečného, který uvádí, že motivy slouží k aktivizaci určitého chování. Naproti tomu postoje se projevují v obsahu tohoto chování. V publikaci je uveden výborný příklad: „*křik dítěte aktivuje motiv mateřské péče o dítě, ale jakým způsobem se bude matka vůči dítěti chovat, závisí na jejím postoji k dítěti, v případě slabě pozitivního postoje nemusí být její pečovatelské projevy nijak výrazné, naopak je – li pro ni dítě velkou hodnotou, bude ho něžně utěšovat a starostlivě pátrat po příčině jeho chování.*“ (Nakonečný, 1998, str. 119)

3.1 Typy osobnosti

Na začátku třetí kapitoly jsem definovala pouze základní pojmy spojené s osobností. V podkapitole 3. 1. Bych se ráda zaměřila na typy osobnosti, protože na tuto sféru je také zčásti zaměřena praktická část diplomové práce.

Jednotliví psychologové charakterizují typy osobnosti na základě složek. Například i u Hippokrata lze vidět rozdělení osobnosti podle temperamentu, naproti tomu u Kretschmera vidíme rozdělení osobnosti dle typu stavby těla – tzv. konstituční typologii. Celkově s psychologií teorie osobnosti přišli psychoanalytici. Nejznámějším psychoanalytikem, který se zabýval osobností, byl Sigmund Freud, který popsal dospělého jedince jako „*výsledek úsilí ega ovládat instinktivní pudy a usměrnit je do přijatelných forem chování.*“ (Hunt, 2006, str. 299). Oproti tomu Adler například přikládal důraz na vliv společenských sil na jedince. (tamtéž) Považuji za nutné všechny známé typy osobnosti zmínit a jen základně definovat a hlouběji se zaměřím na Hippokratovu typologii dle temperamentu. Vzhledem k faktu, že tato typologie je obecně nejznámější a používá se dodnes ji považuji osobně za nejpřesnější, dokazuje to také fakt, že Nakonečný uvádí, že Kretschmerova typologie byla sice podložena výsledky, když zkoumal stavbu těla lidí a jejich psychické problémy, ovšem jeho typologie na základě charakteru lidí již byla spíše hypotetickou domněnkou. (Nakonečný, 1998, str. 140)

3.1.1 *Typologie intra/extroverze*

S touto typologií přišel švýcarský psychiatr C. G. Jung. Jungovu teorii snadno poznáme podle rozdělení osobnosti na to, zda jsou koncentrováni na sebe nebo na okolí. Lidé, se tak dělí na introverty a extroverty. Jedná se tak o dva základní subjekty, dle nichž se tak projevuje zaměření životní energie, zabarvení zážitků atp.

- 1) Introvert - člověk žijící spíše vnitřním životem, zaměřený do sebe samotného, má bohatou fantazii a představivost a vnější objekty ho spíše obtěžují, je uzavřený, pasivní, nespolečenský, nedůvěřivý a se spoustou zábran,
- 2) Extravert – člověk, který je zaměřen více navenek, je otevřený, přístupný, aktivní, činorodý, velmi závislý na mínění ostatních. (Nakonečný, 1998, str. 139).

Považuji za důležité ještě také zmínit, že C. G. Jung rozlišoval čtyři základní funkce – myšlení, intuice, cití a cítění a na základě toho dokázal hlouběji definovat extra/introverzi:

- 1) *„Introvertně – myšlenkový typ: intelektuál, jemuž jsou ideje, myšlenky a abstrakce více než fakta,*
- 2) *Introvertně – intuitivní typ: snilek a mystik,*
- 3) *Introvertně – čivý typ: vyznačující se senzitivitou a vcitováním se,*
- 4) *Introvertně – citový typ: představy a subjektivní pocity jsou mu více než skutečnost,*
- 5) *Extravertně – myšlenkový typ: empirik s užitkovým vztahem ke skutečnosti,*
- 6) *Extravertně – intuitivní typ: typický plánovač realizací vlastních citů,*
- 7) *Extravertně – čivý typ: krajní realista, který má za skutečné jen to, co sám vidí, nebo co mu prezentuje věda,*
- 8) *Extravertně – citový typ: závislý na společenských konvencích, přebírá hotová schémata hodnocení.“* (Nakonečný, 1998, str. 138 - 139)

3.1.2 *Konstituční typologie*

Konstitucí v obecné rovině je míněna jakákoli stavba těla. S tou teorií přišel poprvé E. Kretschmer, který jak jsem již zmínila na počátku třetí kapitoly, zkoumal lidi dle jejich stavby těla a současně jejich psychosomatické problémy. Zjednodušeně řečeno tvrdil, že lidé s určitou stavbou těla trpí určitým druhem psychických obtíží. Kretschmer tak charakterizuje tři základní typy osobnosti:

- 1) Astenik (leptosom) – protažený vzrůst, dlouhé horní i dolní končetiny, celkový dojem hubenosti, vytáhlosti, nevýrazná muskulatura, vejčitá lebka,
- 2) Pyknik – sklony k tloustnutí, masivní a krátký krk, široký a měkký obličej, kulatá lebka,
- 3) Atletik – široká ramena, úzké dolní končetiny a plastická muskulatura, kostnatá lebka. (Nakonečný, 1998, str. 140)

Na základě toho definoval tři typy charakteru a s tím související psychické problémy:

- 1) Cyklothym: tento typ charakteru se vyskytuje u pyknika. Jedná se o dvě varianty charakteru – vesele živí – což jsou veselí jedinci a čínorodí praktikové, naproti tomu stojí těžkopádně – měkčí – což jsou jedinci zádumčivé jedince. Tento typ charakteru se pohybuje na kolísání obou těchto pólů. Cyklothym je náchylný k nemoci cyklofrenie, jinak také označována jako maniodepresivní psychóza,
- 2) Schizothym: tento typ charakteru vidíme u asteniků převážně. Jedná se o lidi, kteří na povrchu jsou velmi zahloubání a jen málokdy odhalují své nitro. Mají složitou a záhadnou povahu. Kretschmer tvrdil, že tento lidí trpí nejčastěji schizofrenií,
- 3) Ixothym (viskózní charakter): se nejčastěji vyskytuje u atletiků. Jedná se o těžkopádné, klidné, pomalé a vyrovnané jedince. Vykazují se rozvážností. Nejčastěji trpí na epilepsii. (Nakonečný, 1998).
- 4) S téměř podobnou typologií, jen k ní došel jinou cestou, přišel také W. H. Sheldon, ten však rozdělil typy na endomorfa (tuk), mezomorfa (svaly) a ektomorfa (nervy.)

3.1.3 Hippokratova typologie

Hippokratovu typologii známe dodnes jako typologii temperamentu podle převažující šňavy v těle, kdy se jednalo o krev (Sangvis), žluč (Chóle), hlen (Flegma), a černou žluč (Melaina Chóle). Na základě toho byly rozděleny čtyři nejznámější typy temperamentu na sangvinika, cholerika, flegmatika a melancholika. Z těchto základních temperamentových typů vycházela celá řada dalších psychologů, mezi něž patří např. Eysenck, C. G. Jung, W. Wundt nebo H. Rempelin, podle nějž Nakonečný uvádí ve své publikaci následující tabulku, kterou uvedu pro zřehlednění daných typů a tím i k definování jednotlivých typů.

	Sangvinik	Melancholik	Cholerik	Flegmatik
Základní nálada	Veselá	Smutná	Mrzutá	Vyrovnaná
Forma prožívání				
Síla	Slabé	Silné	Silné	Slabé
Hloubka	Povrchní	Hluboké	Povrchní	Část. hluboké
Trvání	Prchavé	Trvalé	Prchavé	Část. trvalé
Průběh	Nestejnoměrné	Stejnoměrné	Nestejnoměrné	Stejnoměrné
Způsob pohybu				
Tempo	Rychlý	Pomalý	Rychlý	Pomalý
Síla	Silný	Slabý	Silný	Slabý
Trvání	Prchavý	Trvalý	Prchavý	Trvalý
Průběh	Nerovnoměrný	Rovnoměrný	Nerovnoměrný	Rovnoměrný
Síla a proměnlivost emocí	Silné/rychlá	Slabé/pozvolná	Silné/rychlá	Slabé/pozvolná

Zdroj: Tabulka 1 - Přehled typologií temperamentu. (Nakonečný, 1998, str. 82)

Pozn. Tabulka je sloučena dle H. Rempleina, který definoval základní náladu, formu prožívání a způsob pohybu spolu s názorem W. Wundta, který rozdělil sílu a proměnlivost emocí.

III. Empirická část

4 Výzkum

Diplomová práce je koncipována jako teoreticko – empirická, tedy část zaměřena na teorii a část práce na výzkum. Tato část práce je rozdělena opět do několika souvislých celků, z nichž výstupem je „model ideálního manažera“ služeb pro drogově závislé.

4.1 Úvod a vymezení výzkumného cíle

Součástí diplomové práce je i část zaměřena na výzkum. Pro takto koncipovanou práci jsem se rozhodla z důvodu, že drogová závislost je obecně stále diskutovanějším pojmem a vzniká oproti bývalému režimu spousta služeb pro tuto cílovou skupinu. Jako vystudovaný sociální pracovník vím, že sociální pracovník má své kompetence jasně definovány – tedy je přesně určeno, co musí sociální pracovník zvládat, totéž platí i u zdravotnických pracovníků. U manažera se však můžeme setkat s tím, že může mít jednu z těchto rolí, nicméně jako manažer se musí řídit také manažerskými kompetencemi.

Manažerské kompetence obecně definuje odborná literatura, avšak kompetence manažerů v takto zaměřených službách nikoli, nebo jen velmi zřídka. Ve své práci – věnuji část výzkumu také osobnosti manažera, protože se domnívám, že osobnost manažera má nemalý podíl na tom, jak kvalitně a dobře budou veškeré kompetence naplňovány.

Cílem výzkumu je tedy získat odpovědi na otázku ohledně kompetencí a osobnostní strany manažerů, a pokud je to možné, tak zobecnit model ideálního manažera.

Tento návrh byl již v projektu diplomové práce konzultován s několika manažery takto zaměřených služeb, které stojí na drogovém trhu již řadu let a bylo mi sděleno, že manažeři se domnívají, že nelze zobecňovat. Zjednodušeně řečeno, „to, že jsem introvert, ze mě ještě nedělá horšího manažera.“

I přesto je výzkum nastaven na stranu osobnostní i kompetenční. Pokud budou odpovědi shodné ve valné většině případů, bude možno tento model ideálního manažera sestavit a zjednodušit jej do tabulky. Pokud se odpovědi budou velmi rozcházet, pokusím se nastavit vhodné kompetence pro tyto manažery z jejich vlastních odpovědí.

V diplomové práci – její praktické části nejsou stanoveny výzkumné otázky ani hypotézy, protože se jedná pouze o zobecňování, vyhodnocení a srovnání jednotlivých

odpovědi v dotazníkovém šetření, tak aby bylo možno odpovědět na zcela jednoduchou otázku, kterou lze považovat za cíl praktické části a to: zda je možno nastavit obecně, jak by měl vypadat ideální manažer služeb.

4.2 Výzkumný vzorek

Výzkumným vzorkem pro tuto část diplomové práce jsou míněni manažeři těchto služeb. Z drogového serveru drogy.info, kde existuje tzv. mapa pomoci, byl vybrán kraj Praha a k němu příslušný seznam všech služeb pomáhajících drogově závislým. Logicky z něj byly vyloučeny všechny služby, které spadají do kategorie telefonní linka, internetová poradna atp. a vybrány byly pouze služby, které jsou popsány v teoretické části. Zejména všechny sociální a všechny zdravotní. Po konečném součtu bylo obesláno 89 kontaktních osob uvedených na tomto serveru. Z 89 dotazníků, které byly rozeslány respondentům, však 18 nebylo doručeno. Bylo tedy nutno těchto 18 znovu vyurgovat, či najít aktuální kontaktní osobu na webu dané organizace. Po druhé vlně urgency se z těchto osmnácti email či telefonát podařil pouze dvěma. K mému překvapení se ani jedna z těchto kontaktních osob neshodovala s osobami uvedenými na daném serveru.

Domnívám se tedy, že je vhodné brát jako finální počet respondentů tedy 73, protože to je finální číslo respondentů, o kterých lze s jistotou říci, že jim dotazníky byly doručeny. Ze 73 dotazníků přišlo zpět 39 vyplněných dotazníků či jiných odpovědí. U šesti z těchto 73 respondentů byla odpověď formou emailu, že se jedná o lékaře či terapeuty a dotazník tedy není určen pro ně. Více podrobně budou tyto odpovědi popsány v kapitole Výsledky výzkumu.

Výzkumný vzorek byl prodiskutován s vedoucí diplomové práce. Před samotným výzkumem byly učiněny dvě menší pilotáže, aby se zjistilo, zda je tento problém možno vůbec zkoumat.

První předvýzkum či menší pilotáž byla formou telefonický rozhovorů, kde byly namátkou vybrány tři organizace a jejich manažeři a došlo pouze k jednoduchým otázkám, zda je vůbec srozumitelnost práce a zda oni shledávají za vhodné takto pokládat otázku a měřit toto téma. Všichni tři manažeři shodně odpověděli, že ano, že je to velmi zajímavé téma, ale že oni osobně jsou přesvědčeni po zkušenostech, že už nyní jsou schopni odpovědět na otázku, že ideálního manažera nelze „zaškatulkovat“, nicméně se všichni tři shodli, že pokud by se zmýlili a diplomová práce by ukázala, že to lze, projeví o výsledky práce zájem.

Druhá část pilotáže již byla obsáhlejší – bylo obesláno již 20 manažerů z konečného vzorku (který je dále použit) se slovy, zda jim nebude na obtíž tento dotazník vyplnit jako předvýzkum ke srozumitelnosti otázek a případně následně znova lehce upravený. Z dvaceti manažerů jej vyplnilo 12.

Třetí fází výzkumu bylo oslovení již finálního počtu respondentů, tak jak je popsáno v prvním odstavci. Vzhledem k faktu, že respondenti byli oslovováni na základě kontaktů uvedených na drogovém serveru, a některé kontakty měli poslední aktualizaci z roku 2010, bylo zřejmé, že kontakty se nebudou shodovat. Bylo tedy nutné si danou organizaci vyhledat pod webovými stránkami a znovu najít kontakt odpovídající danému manažerovi.

4.3 Výzkumná metodika

V podkapitole výzkumná metodika jsou popsány všechny techniky a metody, jakých bylo využito pro získání a sběr dat. Hlavní technikou při získávání dat bylo kvantitativní dotazníkové šetření. Tato metodika byla zvolena záměrně, kvůli vhodnému a velkému množství služeb a případných manažerů. Vzhledem k faktu, že jsem chtěla stanovovat model ideálního manažera, bylo nutné vycházet z kvantity odpovědí daných manažerů, nikoli z hloubky jejich odpovědí. Jak již bylo zmíněno v předchozí kapitole, bylo kontaktováno 80 manažerů, s tím, že lze jednu organizaci – rozdělit na několik služeb, které poskytují. Zjednodušeně řečeno lze říci, že jedna organizace může poskytovat všechny služby vypsané v teoretické části, ale každá tato služba má svého vlastního manažera. Oslovení byli i tito manažeři.

Dotazník byl vytvořen po konzultaci s vedoucí práce a externím vyučujícím a rozeslán formou emailu elektronickým odkazem. Tato forma byla zvolena také záměrně. Vzhledem k faktu, kdy jsem se domnívala, že manažeři mají nedostatek času, nezdálo se mi vhodné je obtěžovat telefonickým kontaktem či osobní schůzkou.

Dotazník je tvořen 20ti otázkami, z nichž 11 je zaměřeno na stranu kompetencí a 9 na osobnostní stranu manažera. Je také zcela anonymní, v dotazníku není relevantní ani pohlaví, ani název organizace. Dotazník manažerům nezabral více, než 10 minut, což bylo potvrzeno jedním z respondentů v předvýzkumu a návratnost byla ve formě elektronického odkazu zpět.

Jak je zmíněno v podkapitole 4.2. Výzkumný vzorek, byly vytvořeny 3 fáze dotazníků. Předvýzkum formou telefonických rozhovorů na zjištění relevantnosti cíle praktické části, pilotáž na zjištění srozumitelnosti otázek v dotazníku a samotný výzkum.

Metoda zvolená pro návrat dotazníku se ukázala velmi individuální. I přestože manažeři byli požádáni formou emailové komunikace o vyplnění a nebyla nikde zmínka o tom, aby na dotazník ještě více reagovali v emailu, objevili se manažeři, kteří do emailu napsali poznámku, co považovali za nutné, či pouze odpověděli, že je vyplněno.

Vzhledem k faktu, že jsem se zavázala slibem mlčenlivosti a anonymizace odpovědí, jsem jednotlivé dotazníky ukládala do záznamového archu pod čísly – nikoli pod jmény organizace či manažera. Tento záznamový arch byl vytvořen tabulkou Excel, kdy jednotlivé dotazníky i otázky měly svá čísla.

Otázky v dotazníku byly uzavřené a polouzavřené, protože některé organizace nemají stanovený manuál kompetencí, tak aby dokázali manažeři snáze odpovídat, dostali odpovědi na výběr. Takto koncipované otázky jsem volila proto, že bylo potřeba zjistit, pokud tedy manuál nemají na základě jakých dovedností či schopností vedou své organizace.

4.4 Časová organizace výzkumu podle jednotlivých fází

Tato podkapitola popisuje samotný sběr dat od jeho počátečního naplánování až po samotný návrat dat. Samotný výzkum byl prodiskutován s vedoucí diplomové práce již v prosinci roku 2014. Vzhledem k faktu, že se jednalo o celkem úzké zaměření výzkumu, bylo nutno zjistit také, zda bude vůbec možné diplomovou práci pojmout s takhle zaměřeným výzkumem.

Jak jsem zmínila již v kapitole 4.2. měl samotný výzkum tři fáze, v této podkapitole bych je ráda popsala podrobněji.

První fází celého výzkumu, kterou jsem si pro svoje účely nazvala „Zmapování terénu“ byla po dohodě s vedoucí práce, zjištěna již v prosinci roku 2014. Jednalo se o telefonické rozhovory se třemi manažery třech různých organizací. Tito manažeři byli vybráni namátkou, tak abych zjistila, zda je výzkum a cíl diplomové práce srozumitelný. Na své vlastní náklady byly tedy tři telefonické rozhovory, pro všechny organizace stejné. Celý rozhovor probíhal tak, že jsem se představila, kdo jsem, co studuji a co je cílem mé diplomové práce a následně jim byla položena otázka: „zda je v jejich organizacích nastaven manuál, podle kterého by měli řídit svoji organizaci a zda jsou přesvědčeni, že je možné udělat model těchto kompetencí a zobecnit tak pohled ideálního manažera.“ Ve dvou případech byla odpověď záporná, manažeři se nedomnívají, že by to bylo možno zobecnit, protože jak mi bylo sděleno, každý je individuální a formují ho nejen kompetence, osobnost, ale také zkušenosti a ty má každý jiné a na základě nich vykonává

také svoje manažerské kompetence. V jednom případě byla odpověď kladná, že se manažer domníval, že by se to asi zobecnit dalo, protože naopak zastával názor, že kompetence jsou dané a osobnostní strana – pokud by byla extrovertní, má vždy výhodu. Nicméně všichni tři souhlasili s vyplněním finálního dotazníku a projevíli také zájem, pokud by se opravdu potvrdilo, že manažery lze zobecnit, o výsledky celé diplomové práce.

Druhou fází výzkumu byla pilotáž, která čítala 20 dotazníků v první verzi, které byly rozeslány pouze pro srozumitelnost otázek. Z těchto dotazníků bylo vráceno 12. Všichni manažeři byli v emailu seznámeni s tím, že se jedná o pilotáž a dotazníky budou poupraveny a požádáni, aby vyplnili i tu finální verzi. Dotazníky a také konzultovány s vedoucí diplomové práce Mgr. Monikou Havlíčkovou a následně ještě poupravovány. Tato fáze výzkumu zabrala cca 14 dní v únoru roku 2015.

Třetí fází výzkumu, kdy byl poupraven dotazník do finální podoby, byl samotný výzkum. Ten trval zhruba od poloviny března 2015 až do poloviny května 2015. Osloveno bylo 89 manažerů, respektive osob uvedených jako kontaktní osoba (vedoucí) dané služby, email byl doručen pouze 73 z nich, bylo tedy nutno, ještě všechny zkontrolovat na samotných webových stránkách. Některé kontaktní osoby se shodovali jak na serveru drogy.info tak i na webových stránkách, jiní nikoli. Bylo tedy nutno, rozeslat email s dotazníky i těm osobám, jež byly uvedeny na stránkách, ale pro svoje účely jsem je nezapočítávala jako osoby navíc – nýbrž jako osoby stejné. Nelze tedy říct, že by bylo 89 organizací – protože jedna organizace se mohla vyskytnout vícekrát, vzhledem k faktu, že má pod sebou více služeb či menších organizací a tato každá má svého manažera. Z 89 dotazníků, které byly rozeslány respondentům, však 18 nebylo doručeno. Bylo tedy nutno těchto 18 znovu vyurgovat, či najít aktuální kontaktní osobu na webu dané organizace. Po druhé vlně urgency se z těchto osmnácti email či telefonát podařil pouze dvěma. K mému překvapení se ani jedna z těchto kontaktních osob neshodovala s osobami uvedenými na daném serveru.

I přes tuto dvojnásobnou snahu kontaktovat ty „správné“ manažery přišel email o doručení pouze 73 z nich. 16 emailových adres bylo neplatných, nebo měly plné schránky a email jim nebylo možno doručit.

Tato fáze proběhla tak, že byl rozeslán opět email, kde byl jasně definován předmět emailu s žádostí o pomoc při tvorbě diplomové práce. Součástí emailu bylo opět krátké představení, kdo jsem, co studuji a co je cílem diplomové práce a přiložen odkaz, kde mohou dotazník vyplnit. V tomto odkaze byl celý dotazník podrobněji popsán. I přesto všechno tato vlna nepřinesla valných výsledků a dotazníků bylo navraceno pouze 13. Bylo

tedy nutné celou akci znovu zopakovat. Samozřejmě byli vyloučeni ti, jež už dotazník vyplnili, aby nedocházelo ke zkreslení informací, že by dotazník vyplnili podruhé.

Zhruba od poloviny května do počátku června probíhalo shromáždění a analýza výsledků jednotlivých dotazníků. Které jsou uvedeny podrobněji v následující podkapitole Výsledky výzkumu.

4.5 Výsledky výzkumu

V podkapitole Výsledky výzkumu, jak již bylo zmíněno, jsou podrobně popsány výsledky celého výzkumu. Vzhledem k faktu, že nebyly stanoveny žádné hypotézy, ale pouze cíl praktické části – vyhodnotila jsem každou otázku a na základě celkových odpovědí byl sestaven model ideálního manažera. Ráda bych zdůraznila, že dotazníku bylo navraceno jen velmi malé množství a nepovažuji tedy za správné, vztahovat tyto výsledky na celou oblast Prahy a nelze je považovat za směrodatné. Nicméně by práce i přesto jistě mohla sloužit jako předloha k podobně zaměřenému výzkumu.

Každá otázka je dána do přehledné tabulky, kde je procentuálně i číselně vyjádřen počet respondentů a k lepšímu zpřehlednění je přidáno i grafické znázornění.

4.5.1 Kompetenční strana:

Otázka č. 1. „Vyberte, prosím, zda je Vaše organizace zaměřena na sociální či zdravotní činnost.“

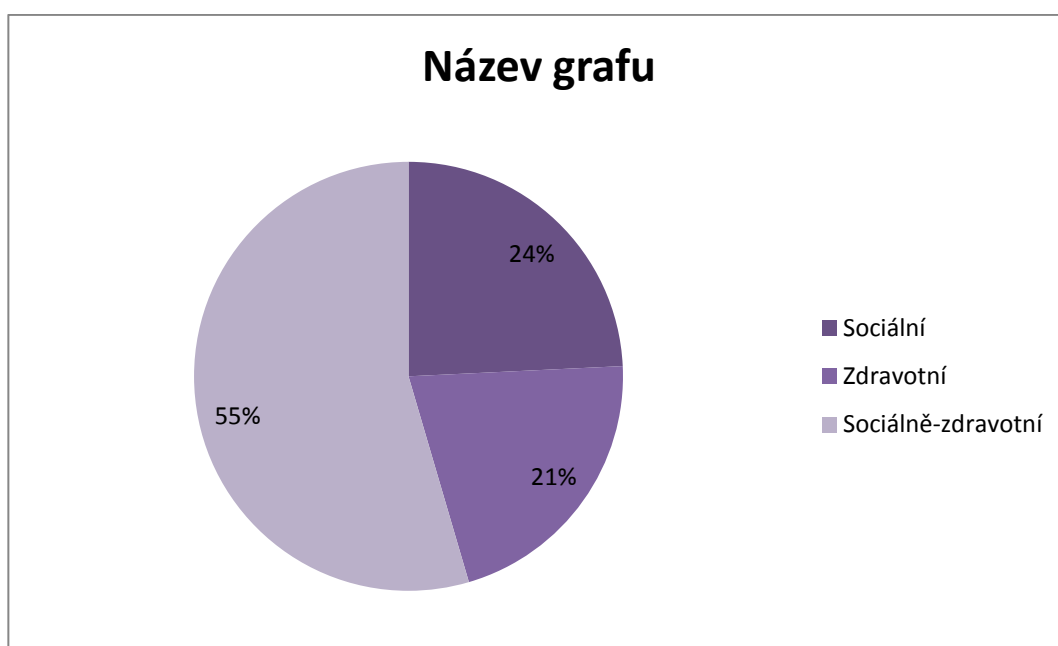
Na otázku číslo 1 odpovědělo 8 respondentů, že jejich organizace je zaměřena na sociální oblast, 7 respondentů, že na zdravotní a 15 z nich má organizaci zaměřenou sociálně – zdravotní činnost. Tato otázka byla respondentům položena, protože jsem vycházela ze zkušeností odborných praxí, kdy jsem praktikovala v rámci studia ve všech těchto typech zařízení a vím, že kupříkladu nemocnice mají jiný styl řízení než sociální oblast. Považovala jsem tedy za nutné se na tuto otázku zeptat. Pro lepší zpřehlednění je uvedena tabulka.

Tabulka 1: Zaměření dotazované organizace

Zaměření	Sociální	Zdravotní	Sociálně - zdravotní	Celkem
Počet respondentů	8	7	18	33
Počet respondentů %	24	21	55	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 1: Zaměření dotazované organizace



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je zřejmé, tak i přestože, respondentů odpovídalo pouze minimální množství, tak i přesto dotazníky dokázaly alespoň částečně pokrýt všechny sféry celé práce s drogově závislými. Z grafu je evidentní, že nejvíce dotazovaných manažerů je ze služeb, které poskytují péči jak sociální, tak i zdravotní. Já sama tento výsledek považuji za přínosný, protože se domnívám, že je více než polovina služeb, které jsou zaměřeny tímto směrem je velmi užitečné. Zejména proto, že nejen literatura, ale také z vlastní zkušenosti vím, že tato cílová skupina obvykle vyžaduje obě formy těchto služeb.

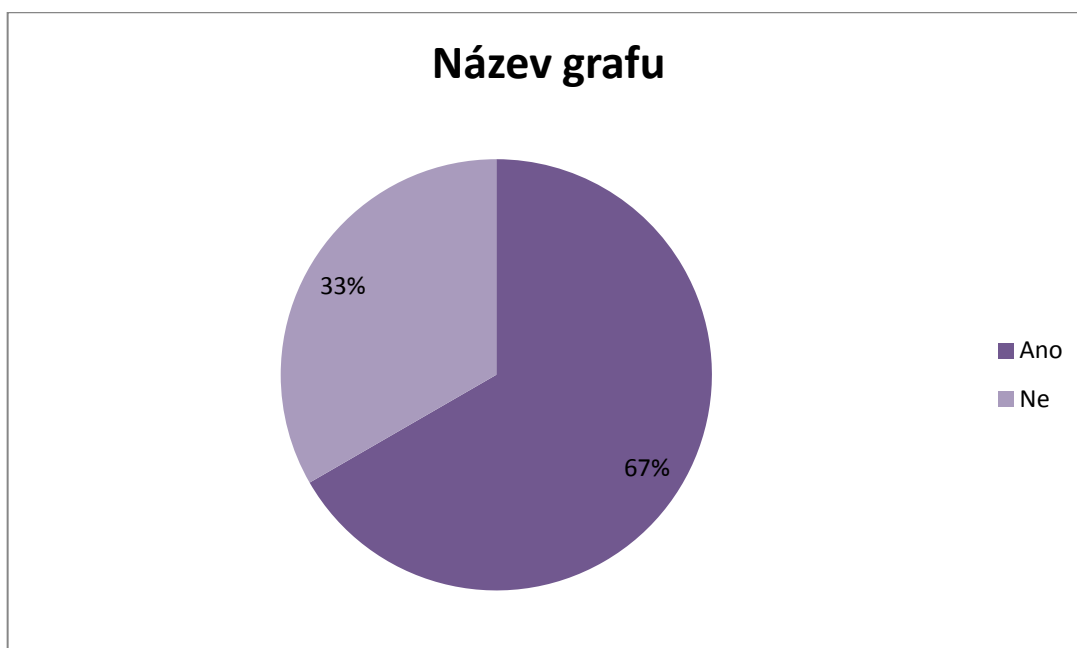
Otázka č. 2. „Vy sám/sama jste původním vzděláním sociální pracovník?“

Tabulka 2: Druh vzdělání

Vzdělání (ano/ne)	Ano	Ne	Celkem
Počet respondentů	22	11	33
Počet respondentů %	67	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 2: Druh vzdělání



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Otázka č. 2. zaměřena na druh vzdělání byla v dotazníkovém šetření použita záměrně. Vzhledem k faktu, že jsem sama účastníkem výběrových řízení a vždy jsem nucena dokládat diplom o absolvovaném vzdělání, což je samozřejmě logické, hlásím – li se do určitého oboru a na určitou pozici, ale zda i vedoucí manažeři mají tuto povinnost, jsem nevěděla. Opět mohu uvádět příklady ze své praxe, že většinou manažer, který mě přijímal při výběrovém řízení, toto vzdělání v dané organizaci vždy měl, ale nemyslím si, že by to bylo nutností.

Jak je zřejmé z výsledků, tak moje domněnka, že manažer toto vzdělání mít však nemusí, byla správná. 11 manažerů odpovědělo, že toto vzdělání nemají. S odstupem času bylo zjištěno, že otázka mohla být položena nesprávně, protože to, že tohle vzdělání není jejich původní, neznamená, že si již znalosti nedoplňovali či neabsolvovali různá nástavbová či jiná studia k získání potřebného vzdělání. Nicméně i přesto je velmi zajímavé poukázat na fakt, že 33% manažerů není původním vzděláním ani sociální ani zdravotní pracovník a

přesto vedou organizaci v tomto odvětví. Zajímavé také je, že valná většina služeb pro drogově závislé je charakterizována buď v zákoně 108/2006 nebo v zákoně 96/2004 a zaměstnanci, jež jsou přijímáni na danou pozici, musí splňovat vzdělání dle těchto zákonů.

Navazuji tím na otázku a odpověď č. 3 z dotazníkového šetření, která s touto otázkou vzdělání velmi úzce souvisí.

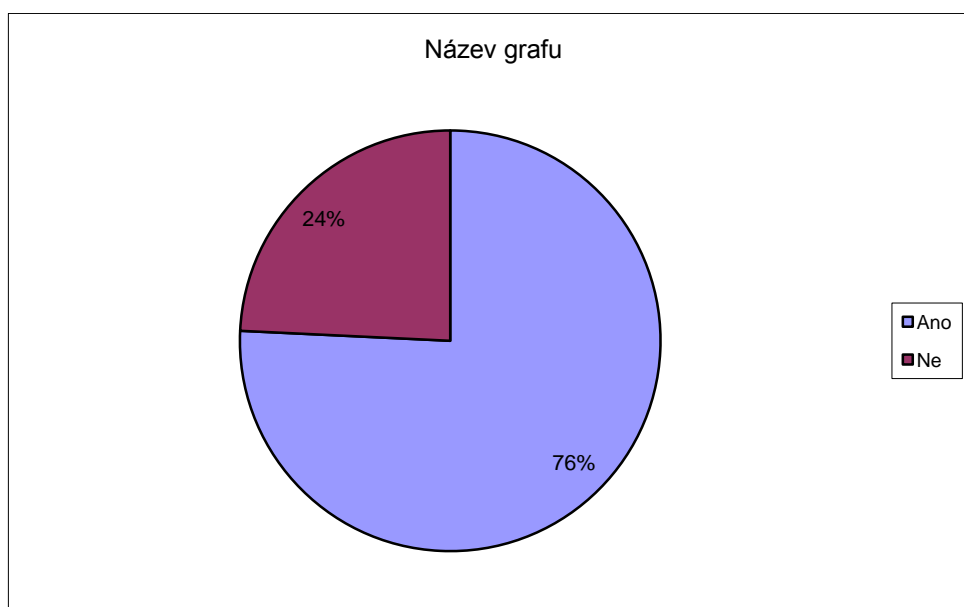
Otázka č. 3. „Domníváte se, že toto vzdělání hraje roli pro kvalitnější výkon manažerské profese v takto zaměřených službách?“

Tabulka 3: Vliv vzdělání na kvalitnější výkon

Vzdělání hraje roli/ nehraje roli	Hraje roli	Nehraje roli	Celkem
Počet respondentů	25	8	33
Počet respondentů v %	24	76	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 3: Vliv vzdělání na kvalitnější výkon



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

U otázky a zpracování odpovědi č. 3 bych se ráda pozastavila. Jak je zřejmé z grafu, který to dokazuje velmi přehledně, je více než $\frac{3}{4}$ dotazovaných přesvědčeno o tom, že být vzdělán v oboru dokazuje kvalitnějšího manažera. Což je na jednu stranu velmi potěšující, ovšem na stranu druhou velmi zarážející, protože porovnáme – li odpovědi z grafu 2 a 3

zjistíme, že jsou takto přesvědčeni i manažeři, kteří na druhou otázku odpovídali, že toto vzdělání nemají.

Vzhledem k faktu, že nevíme, zda tito manažeři nejsou pouze původně vzdělání v této oblasti, ale vzdělání již mají, nebo jej nemají vůbec, mohlo by být velmi zavádějící, že tyto organizace vede vlastně někdo, kdo sám o sobě pochybuje a kdo ví, že je třeba něco zlepšit, ale nelepší to.

Já sama se přikláním k názoru, že je velmi důležité toto vzdělání mít, ať už z pohledu ve vztahu k přímé práci s klientelou, která je velmi specifická a vyžaduje unikátní styl práce či z pohledu ve vztahu k podřízeným či kolegům, kteří s touto klientelou pracují a jsou nuceni nakládat s obtížnými úkoly či životními příběhy a je potřeba jim zajistit kvalitní „péči“ například ve formě supervize.

Domnívám se, že je vhodné, aby měl manažer přehled o všech možnostech a byl vzdělání komplexně v sociální či zdravotní oblasti – tudíž nejen zaměřen na výkon, či prosperitu organizace, ale také na lidi v ní a na samotné klienty.

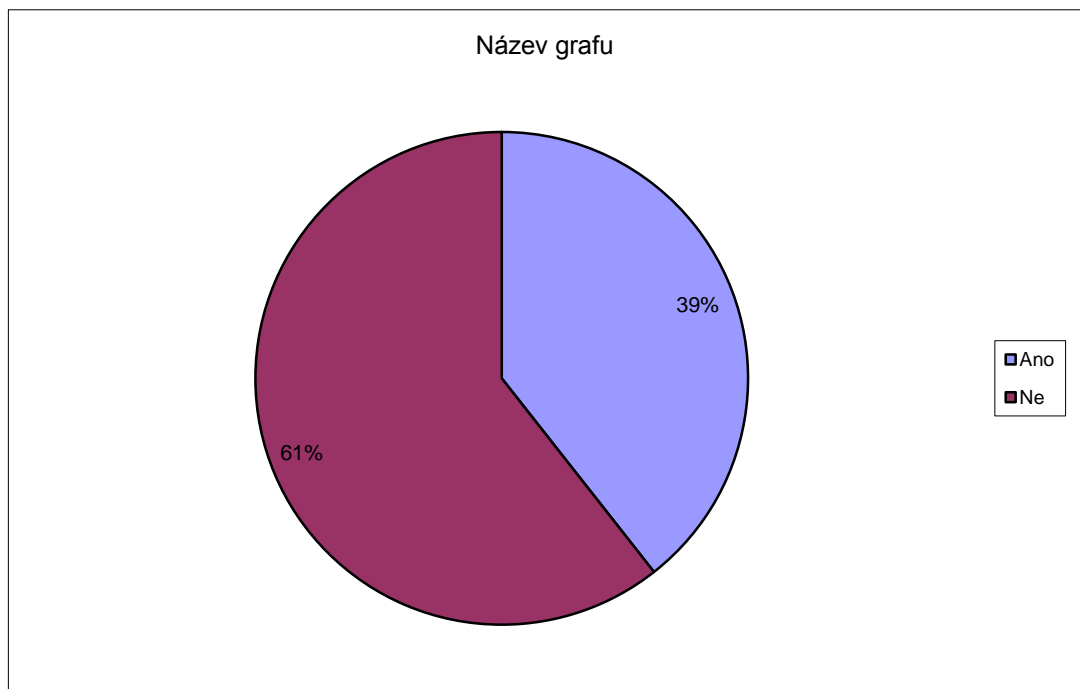
Otázka č. 4. „Je ve Vaší organizaci stanoven manuál manažerských kompetencí, kterými se jako manažer máte řídit?“

Tabulka 4: Manuál manažerských kompetencí

Manuál manažerských kompetencí	Ano	Ne	Celkem
Počet respondentů	13	20	33
Počet respondentů v %	39	61	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 4: Manuál manažerských kompetencí



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je zřejmé, dotazník bylo nutno začít směřovat na již zmíněné kompetence manažerů. Velmi zarážejícím faktem mi připadá, že více než 60% manažerů nemá stanoven žádný manuál kompetencí či úkolů, kterými by se měl on sám či celá organizace řídit. S touto otázkou úzce souvisela otázka následující, protože již v době, kdy jsem dotazník tvořila, jsem brala v potaz, že ne všechny organizace manuál mít budou. Bylo tedy nutné zjistit, podle čeho či na jakém základě vlastně organizaci vůbec vedou, tak aby fungovala. K mému velkému překvapení jsem však zjistila, že těchto organizací je většina. Jsem přesvědčena a z vlastní praktické zkušenosti s drogově závislými vím, že zrovna zde mluvíme o klientele, která, aby mohla fungovat či aby bylo možno klienta zbavit závislosti je řád či dodržování pravidel jednou z neopomenutelných podmínek zvládnutí abstinence. Je tedy pro mne, jako laika či neprofesionála nepochopitelné, jak je vůbec možné, že organizace, jež klientům vštěpuje jako základ dodržování pravidel, sama žádná pravidla nemá či je nevytváří. Rozhodně si nemyslím, že by to znamenalo, že dané organizace nefungují podle žádných pravidel či nemají manuál kompetencí stanoven ústně, ale jsem přesvědčena, že manuál organizace v psané podobě je vždy velkým kladem a současně jakousi ochranou nejen pro samotného manažera, ale také zaměstnance.

Velmi úzce s tím také souvisí otázky 5 a 6. Vzhledem k faktu, že se jednalo o otázky otevřené, bylo nutné zvolit odlišný postup, než tomu bylo u dosavadních otázek.

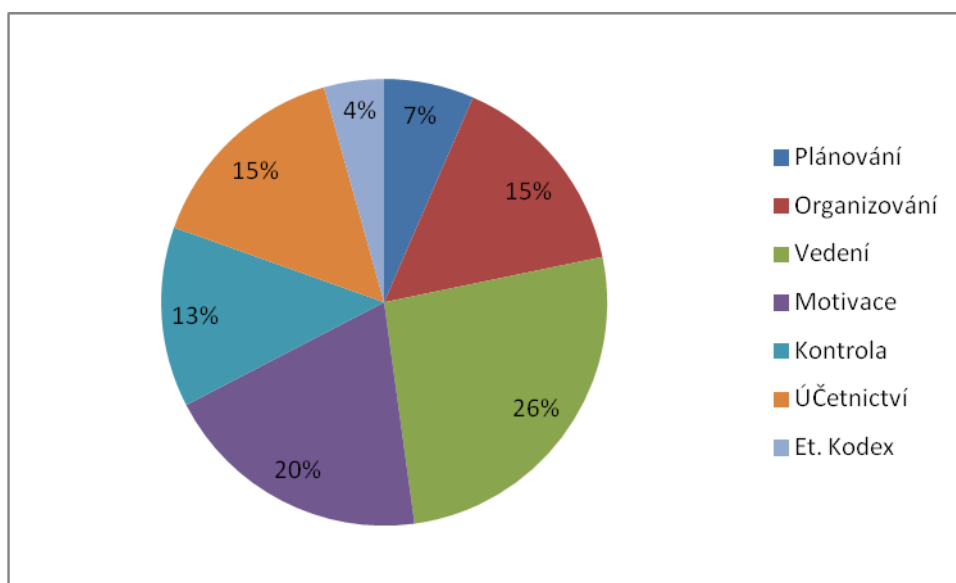
Otázka č. 5: „Pokud je odpověď ano, vypište prosím, o jaké manažerské kompetence se jedná“

Tabulka 5: Nejčastější manažerské kompetence

Plánování	3
Organizování	7
Vedení	12
Motivace	9
Kontrola	6
Účetnictví/fundraising	7
Et. Kodex	2

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření)

Graf 5: Nejčastější manažerské kompetence



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

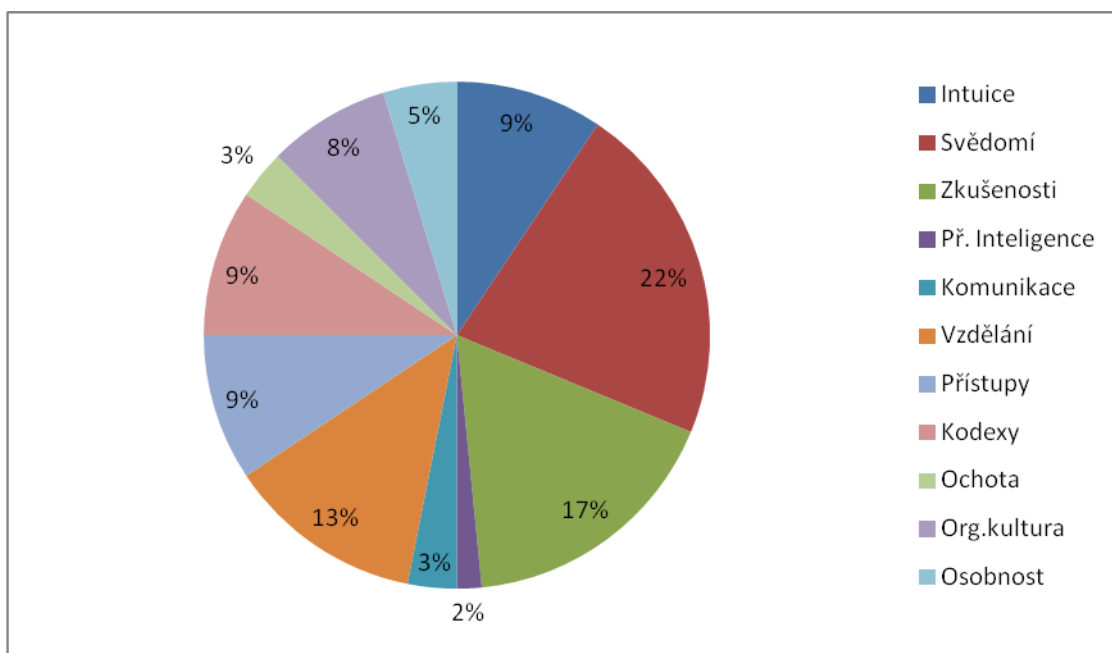
Otázka č. 6: Pokud je odpověď ne, vypište prosím, na základě jakých dovedností a schopností řídíte svoji organizaci.“

Tabulka 6: Schopnosti a dovednosti, dle kterých se organizace vede

Intuice	6
Svědění	14
Zkušenosti	11
Př. Inteligence	1
Komunikace	2
Vzdělání	8
Přístupy	6
Kodexy	6
Ochota	2
Org. kultura	5
Osobnost	3

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 6: Schopnosti a dovednosti, dle kterých se organizace vede



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Nyní bych se ráda zaměřila na vyhodnocení otázek 5 a 6. Jak již bylo zmíněno, tyto otázky byly otevřené, bylo tedy možno na ně odpovídat libovolně. Tento druh otázek jsem, i přesto, že jsou to otázky náročné k vyhodnocení, volila proto, že se domnívám, že pokud

bych manažerům odpovědi předdefinovala, mohlo dojít ke zkreslení informací tím, že by danou odpověď (svoji) nenašli a přiklonili by se k té, která by tomu byla nejbližší.

U otázky č. 5, která se zaměřuje na organizace, jež manuál mají, jsem vyhodnocovala odpovědi následujícím způsobem. Z otázky č. 4, která se na to přímo dotazuje, odpovědělo 13 manažerů, že manuál mají. K vyhodnocení otázky č. 5 bylo tedy použito pouze těchto 13 respondentů. Jak jsem předpokládala, tak již v literatuře jsou uvedeny základní kategorie těchto kompetencí, kterými by se manažeři všech organizací měli řídit, bylo tedy jasné, že těchto kategorií nebude více než 10, i přesto nebyly nijak předdefinovány literaturou. Manažerům bylo necháno volné pole, kam mohli své kompetence vypsát.

Manažeři se ve všech případech shodli na téměř totožném pojmenování, bylo pouze nutno, tento název poupravit souhrnně. Těchto kategorií bylo nakonec samotnými manažery vytvořeno sedm. Jedná se o: Plánování, organizování, vedení lidí, motivace, kontrola, účetnictví či fundraising a etický kodex.

Jak je zřejmé z výsledků, tak u žádné z těchto kategorií se neobjevil plný počet respondentů, tedy 13, lze z toho tedy odvodit, že ne každý manažer má ve své organizaci všechny tyto kompetence.

Zajímavým výsledkem je jistě fakt, že 12 manažerů ze 13 uvedlo, že mají kompetence či manuál k vedení lidí, což se domnívám je velmi důležité, protože sociální práce a práce ve zdravotnictví je především práce s lidmi.

Na motivaci klade důraz 9 manažerů, což považuji také za velmi kladné, protože je evidentní, že manažerům záleží na tom, aby motivovali své zaměstnance k tomu, aby v této sféře nějakým způsobem setrvali.

Posledním významným mezníkem v těchto „nastavených“ manažerských kompetencích je na stejné váze Účetnictví a organizování, ke kterým se kloní stále nadpoloviční většina manažerů, což je 7.

Vyhodnocení otázky č. 6 bylo na stejný způsob, pouze o něco složitější, vzhledem k faktu, že zde jsem musela počítat s více kategoriemi. Byla tedy vytvořena tabulka pro zbylých 20 dotazníků (opět vycházíme z prvotní tabulky č. 4 a rozdělení, zda manuál vůbec mají či nikoli). Těchto dvacet dotazníků bylo rozděleno do tabulky a na základě odpovědí v dotaznících bylo vytvořeno 11 velkých kategorií, které manažeři považovali za důležité a podle kterých řídí své organizace.

Zde považuji za nutné tyto kategorie rozepsat a případně k nim připsat, co do toho bylo zahrnuto i v dotaznících. Pro lepší zpřehlednění je uvedena tabulka i graf a ještě následné seřazení do odrážek. Kategorie pro otázku číslo 6 tedy jsou:

- 1) Intuice – intuicí, někteří manažeři detailněji popsali do závorky (jako naslouchání svému vnitřnímu hlasu či případné rozhodnutí na základě rychlé reakce „co asi je správně“. Intuici ve svém řízení, využívá 6 manažerů.
- 2) Svědomí – svědomí bylo velmi často v dotaznících spojováno či rovnáno ke slovnímu spojení Nejlepší přesvědčení a na základě svědomí, řídí své organizace 14 manažerů z 20.
- 3) Zkušenosti – kategorie zkušenosti byla zvolena záměrně obecně, protože někteří manažeři sdělují, že využívají zkušenosti jak své z předchozích zaměstnání, či zkušenosti jiných kolegů, či jiných organizací – také bylo velmi často dáváno do spojení se slovem praxe, či získaná praxe. Na základě zkušeností a praxe řídí své organizace 11 manažerů.
- 4) Přirozená inteligence – tu zdůraznil sice pouze jeden manažer, ale považuji ji za důležitou, protože ten naopak striktně oddělil vzdělání (což je také jedna z kategorií) a tuto přirozenou inteligenci.
- 5) Komunikační dovednosti – tuto kategorii uvedli dva manažeři, jako nutnou kompetenci, a byla popsána jako komunikační schopnost domluvit se s každým.
- 6) Vzdělání – další velmi důležitou kategorií se ukázalo být vzdělání, ať již získané či nabízené (různé vzdělávací semináře, přednášky), což se domnívám, by mohlo úzce souviset s motivací, která spadá do „psaných manuálů“. Působí to tedy na mne tak, že vzdělání je samozřejmě nedílnou součástí práce v tomto oboru, nicméně nabízet vzdělání je z pozice zaměstnanců, kterým je nabízeno velmi motivující. Na základě svého vzdělání či jak jsem zmínila (i toho, že manažer jej nabízí – tím motivuje – na základě této kategorie lépe vede svoji organizaci). Na vzdělání klade důraz osm manažerů.
- 7) Přístupy – kategorie přístupy byla záměrně pojmenována opět obecně, protože většina manažerů, kteří ji takto pojmenovali, odpovídali většinou stylem „využívání různých přístupů“ či „kombinace některých dvou“. Já osobně se domnívám, že manažer si sám může vybrat, jak svoji organizaci povede a bude řídit a rozhodně neshledávám nemožné, aby si „nakombinoval“ různé přístupy vedení jiných organizací či jiných manažerů. Na základě kombinování přístupů vede svoji organizaci 6 manažerů.

- 8) Kodexy – Pod kategorií kodexy je míněn především etický kodex, ovšem zařadila jsem tam i jiné normy, jako byly v dotaznících vyhlášky, zákony a jiné normy. Ráda bych sdělila, že jsem přesvědčena, že dozajista všichni manažeři, kteří se podíleli na vyplnění dotazníku, vedou svoji organizaci v souladu s platnými zákony, ale překvapili mě někteří manažeři, kteří to potřebovali ještě zdůraznit. Vzbuzuje to ve mně dojem, že tito manažeři nemusí mít úplně kladné zkušenosti, co se dodržování zákonů a norem týče. Ke kategorii kodexy se přiklonilo 6 manažerů. Zavádějící ovšem je, že tato kategorie se objevila i v otázce č. 5, kdy se jednalo o psané kompetence či manuál. Otázkou tedy zůstává, proč, když se tím daná organizace řídí, proč to nemá ve svém manuálu, pokud to jiné organizace jsou schopny mít.
- 9) Ochota – kategorie ochota byla vytvořena, protože někteří manažeři se rozepsali stylem, že organizaci vedou na základě své vlastní ochoty to vést („nikdo jiný to dělat nechce) nebo také na základě ochoty spolupracovníku pomáhat. Ochotu jako důležitou kompetenci považují dva manažeři.
- 10) Organizační struktura – pojmem organizační struktura odpovědělo 5 manažerů. A spadá do této kategorie vše, co se dané organizace týče, manažeři uváděli tvorbu projektů, které jsou typické pro organizace či strategické plánování. Uvedli, že všechno tohle jim umožňuje vést jejich organizace.
- 11) Osobnost – svoji vlastní osobnost považovali za důležitou k vedení organizace 3 manažeři. Jsem si vědoma, že některé z kategorií (např. komunikace či přirozená inteligence) by se daly zařadit pod souhrnný pojem osobnost, ale zde byly míněny spíše osobnostní vlastnosti.

Ráda bych ještě sdělila, že kombinace odpovědí byla různá – povětšinou nebyli manažeři, kteří by se vyhranili pouze do jedné kategorie, ale naopak spadali velmi často do všech. To znamená, že odpověděl – li manažer, že řídí organizaci na základě intuice, neznamená to, že pouze na základě intuice, ale také odpovídal například, že na základě zkušeností, vzdělání atp. proto výsledky prezentuji v tabulce.

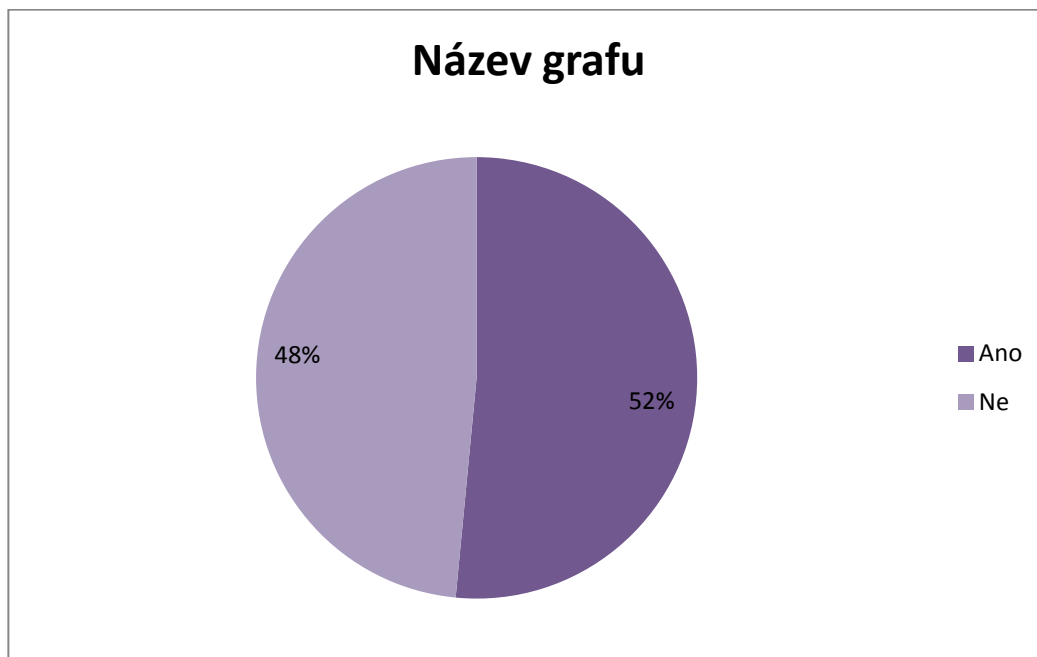
Otázka č. 7. „Domníváte se, že v současné době jsou vaše manažerské kompetence dostačující?“

Tabulka 5: Dostatečnost manažerských kompetencí

Odpověď	Počet hlasů	Procenta
Ano	17	51,5
Ne	16	48,5
Suma hlasů	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 7: Dostatečnost manažerských kompetencí



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je zřejmé, vyplynulo z výsledků velmi těsné rozlišení manažerů, kteří se domnívají, že jejich kompetence jsou dostačující oproti těm, kteří se domnívají, že nikoli. Zde lze nahlížet ze dvou úhlů pohledu. Pokud budeme brát v potaz optimistický pohled, tak z vyplněných dotazníků vyplynulo, že je zde více než polovina manažerů spokojena s tím, jaké kompetence má, tedy že nepotřebuje žádnou vylepšovat a předpokládá se, že tedy jejich organizace funguje precizně. Je potřeba však brát v potaz, že při tomto tvrzení musíme vycházet z toho, že manažeři se zatím nepotkali se situací, kde by cítili potřebu svou kompetenci vylepšit a vychází zatím z dosavadních zkušeností.

Pokud nahlédneme z úhlu pesimističtějšího 48% manažerů v něčem „pokulhává“. Nicméně i tak to považují za velmi přínosné, protože pokud je manažer schopen si uvědomit své nedostatky může na nich stále pracovat a zlepšovat sebe i svou organizaci.

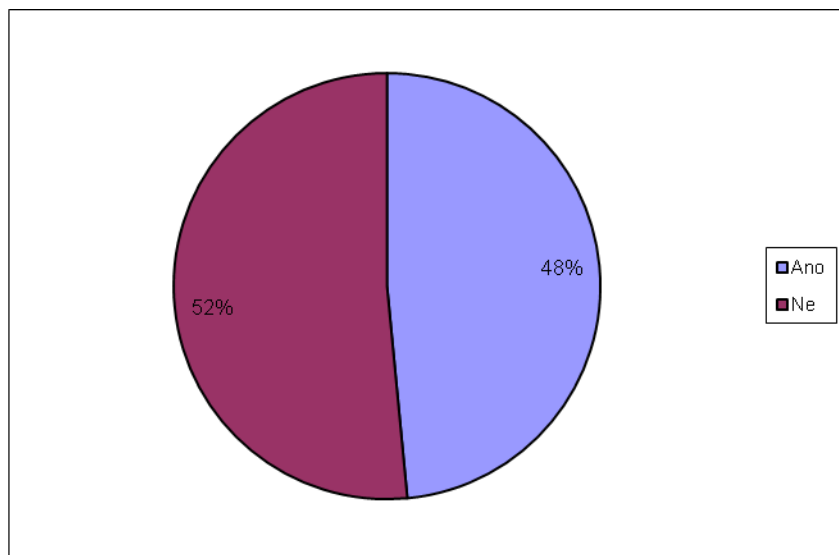
Otázka č. 8: „Odborná literatura uvádí, že dobrý manažer by měl zvládnout pět základních činností – plánovat, organizovat, vést a motivovat lidi, zvládat personalistiku a kontrolovat. Na základě vaší zkušenosti jste přesvědčen, že těchto pět kritérií zvládáte?“

Tabulka 8: Zvládání pěti základních činností

Odpověď	Počet hlasů	Procenta
Ano	16	48,5
Ne	17	51,5
Suma hlasů	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 8: Zvládání pěti základních činností



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Zde bych se ráda pozastavila u vyhodnocení. Když jsem vyhodnocovala tento dotazník, zjistila jsem, že procenta a odpovědi jsou stejné jako u otázky č. 7. Zarážející však je, že v otázce č. 7 je uvedeno, že 17 manažerů je spokojeno se svými manažerskými kompetencemi, ale zaměříme – li se na otázku č. 8, vidíme, že pouze 16 naplňuje kritéria dle literatury. Což by mohlo znamenat v podstatě vysvětlení, že 17 manažerů je se svými kompetencemi spokojeno a nepovažují za nutné je vylepšovat, nicméně se nejedná o všechny kompetence uvedené v literatuře.

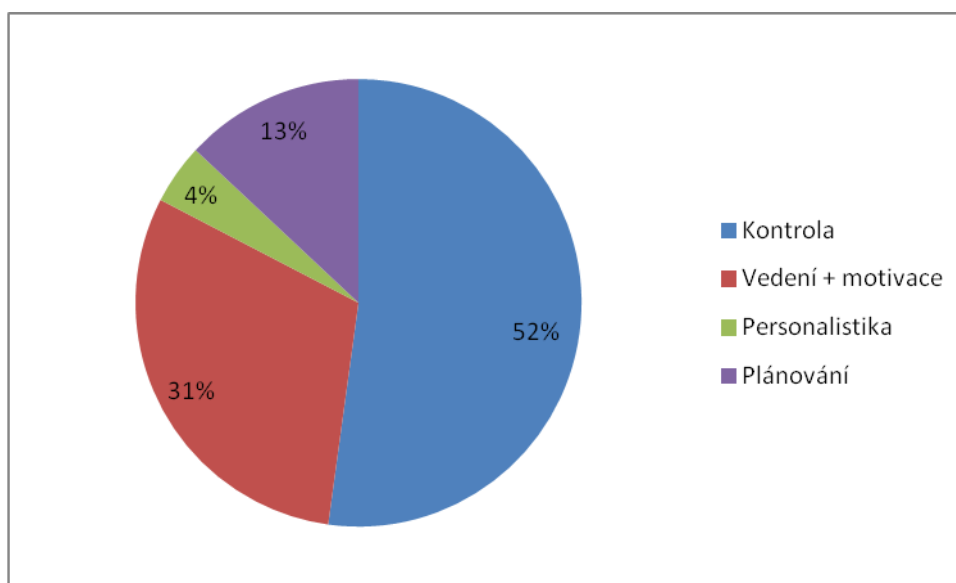
Otázka č. 9: „pokud jste odpověděl ne, kterou/které z těchto pěti byste chtěl případně vylepšit?“

Tabulka 9: Zlepšení kompetence

Kontrola	12
Vedení + motivace	7
Personalistika	1
Plánování	3

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 9: Zlepšení kompetence



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je zřejmé, z odpovědí vyplynulo, že největší obtíže dělá manažerům kontrola. Domnívám se, že manažer má velkou zodpovědnost za své zaměstnance a za chod organizace a kontrola je jednou z nedílných a neopomenutelných kompetencí, které musí umět zvládat. Je zarážející, že se jedná o více než polovinu dotázaných, ovšem je zde také možnost, že otázka nebyla koncipována úplně správně, protože jsem opomenula fakt, že by tato odpověď mohla souviset také s osobnostní stranou či s typem organizace a jejího řízení.

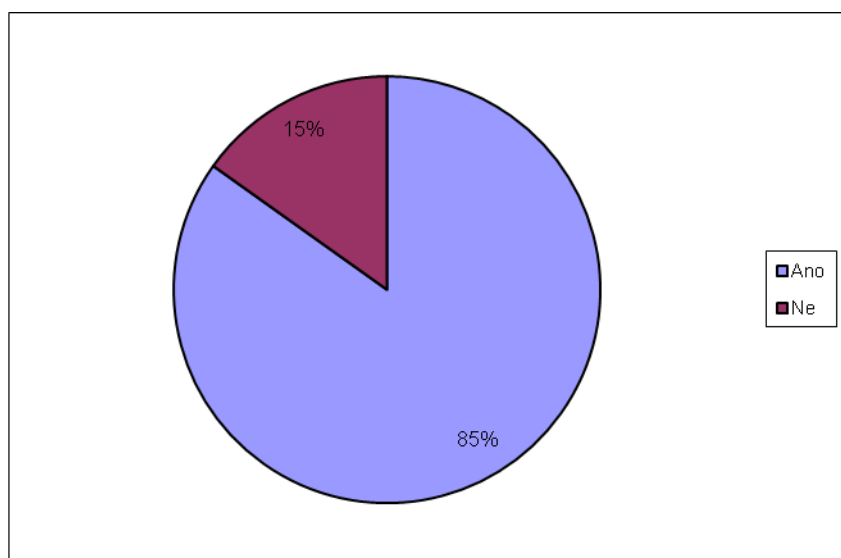
Otázka č. 10: „Myslíte si, že manažer sociálních či zdravotních organizací by měl v něčem oproti manažerům jiných firem vynikat v nějaké dovednosti?“

Tabulka 10: vynikání v nějaké dovednosti

Odpověď	Počet hlasů	Procenta
Ano	28	84,8
Ne	5	15,2
Suma hlasů	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření, 2015)

Graf 10: Vynikání v nějaké dovednosti



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření, 2015)

Na otázku č. 10 úzce navazuje č. 11, protože jak je zřejmé, pokud byla v dotazníku nastavena možnost odpovědět ano, musela jsem předpokládat, že tak některý z manažerů odpoví. Otázka č. 11 je tedy opět zvolena jako otevřená a umožňuje manažerům vyjádření jejich subjektivního pocitu k významnější potřebnosti dané kompetence.

Otázka č. 11: „Pokud jste odpověděl ano, uveďte prosím, jaká oblast či dovednost by to měla být.“

Na tomto místě bych opět ráda, před samotným vyhodnocením této otázky, popsala její podrobné zpracování. Zpracování této otázky bylo velmi obtížné, protože, jak je zřejmé

z otázky č. 10, možnost „ano“ zvolilo 85% manažerů. Na počet respondentů to činí 28. Bylo tedy nutné vzít těchto 28 manažerů a samostatně je vyhodnotit.

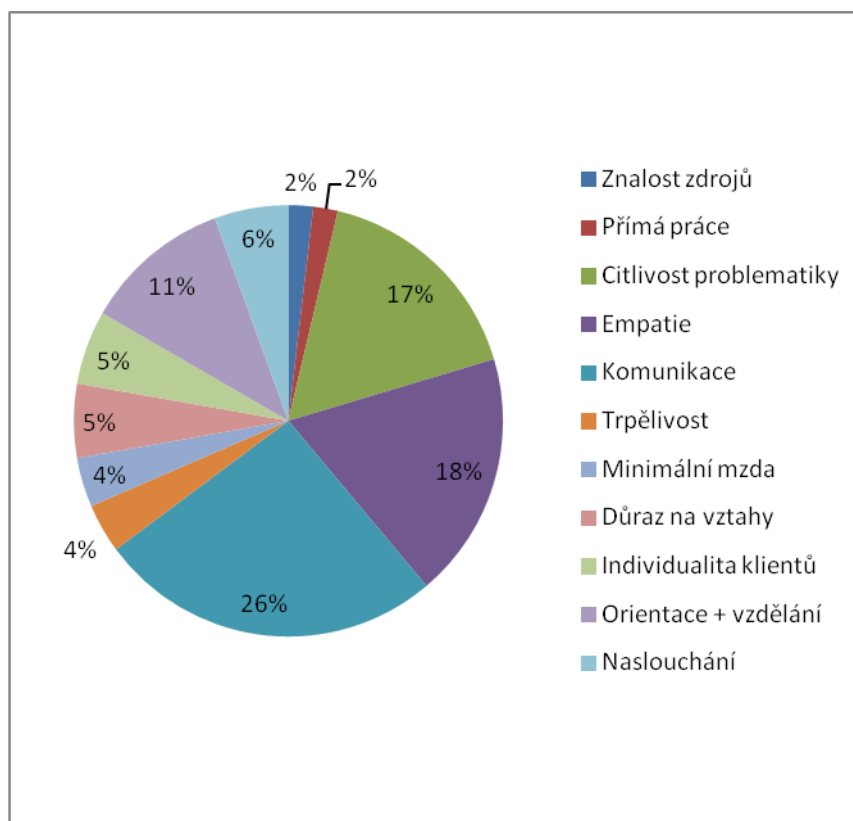
K vyhodnocení byla vytvořena tabulka, která se skládala z počtu respondentů a z jedenácti obecných kategorií, které bylo nutno vytvořit pro dané odpovědi. Tyto kategorie jsem vytvářela na základě podobnosti odpovědí či poznámek v závorkách, což mi práci usnadnilo, protože v této otázce všichni manažeři považovali za důležité neodpovědět v bodech, ale dovysvětlit, co tím zřejmě mínili, což mi práci velmi usnadnilo.

Tabulka 11: Konkrétní dovednost manažera

Odpověď	Počet respondentů
Znalost zdrojů	1
Přímá práce s klienty	1
Citlivost problematiky (uvědomění si citlivosti témat)	9
Empatie	10
Komunikace	14
Trpělivost	2
Minimální mzda	2
Důraz na vztahy mezi pracovníky	3
Individualita klientů	3
Orientace + vzdělání	6
Naslouchání	3

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 11: Konkrétní dovednost manažera



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Ráda bych na tomto místě opět vysvětlila pojmy a kategorie, které jsou užity pro graf i tabulku a následně je vyhodnotila. Jak je zřejmé, manažeři považovali za důležité vynikat v těchto 11 dovednostech:

- 1) Znalost zdrojů - touto kategorií jsou míněny převážně finanční zdroje, oblast financování a znalost celé problematiky. Za důležitou ji považoval jeden manažer.
- 2) Přímá práce – pod pojmem přímá práce byla manažerem míněna práce se samotnými klienty, v odpovědi také uvedl, že není možno vést pouze manažersky, pokud se nesetkává s klientelou.

Přestože tito dva manažeři byli jediní, kteří zdůrazňovali tyto dvě hodnoty, považují je za důležité zmínit. Samozřejmě nevyznačovali se pouze těmito odpověďmi, ale tyto odpovědi, nebylo možno zařadit do žádné jiné kategorie na základě podobnosti.

- 1) Citlivost problematiky – tuto kategorii jsem zvolila záměrně s tímto názvem, protože většina manažerů kladla důraz na orientaci v sociální práci jako takové s podmínkou, že se jedná o velmi citlivá témata (respektive, hovoříme – li o drogové závislosti) o citlivost tohoto tématu. Jiní manažeři popisovali

zvnitřňování a chápání důležitosti problematiky, což se domnívám, že může být zařazeno do obecné kategorie, která je zaměřena na citlivost problematiky či témat. Jak je zřejmé, za důležitou dovednost ji považuje 9 manažerů, což z konečného počtu činí 17%.

- 2) Empatie – tato kategorie byla samostatně vytvořena již manažery a nebylo třeba ji nijak blíže specifikovat. Že by měl být manažer více empatie, než v jiných zaměstnancích tvrdí 18% manažerů.
- 3) Komunikace – jednou z velmi důležitých dovedností je komunikace. Zaměříme – li se blíže na výsledky dotazníkového šetření je evidentní, že se jedná o nejdůležitější dovednost manažera v tomto odvětví. Pod kategorií komunikace byla zařazena důležitost a um komunikovat nejen s klienty, ale také s podřízenými a kolegy. Tuto vlastnost považuje za důležitou celých 26% manažerů.
- 4) Trpělivost – kategorie, jež byla zmíněna 4% manažerů, kde opět nesehrávalo až tak roli, hovořili – li o trpělivosti k zaměstnancům nebo klientům.
- 5) Minimální mzda – kategorií Minimální mzda je míněna situace, kdy manažeři odpovídali, že v tomto oboru je nutná ochota zaměstnanců a vlastně i samotných manažerů, pracovat za minimální mzdu, protože se nejedná o nijak výrazně ziskový sektor. Budeme – li pak hovořit o dovednosti, lze ji pojmenovat zřejmě jako Ochotu pracovat za minimální mzdu.
- 6) Důraz na vztahy – tuto kategorii jsem vytvořila na základě vyplněných odpovědí stylem „*v sociální oblasti jsou velmi důležité vztahy mezi lidmi, nebo je nutno klást důraz na vztahy mezi spolupracovníky a klienty*“. Sama se domnívám, že tato kategorie je velmi důležitá už jen tím, že sociální práce a práce ve zdravotnictví je specifická tím, že se jedná o práci s lidmi.
- 7) Individualita klientů – tuto kategorii zmínili 3 manažeři. Není nutné ji blíže specifikovat.
- 8) Orientace + vzdělání – kategorie Orientace a vzdělání v sobě spojuje odpovědi manažerů, kteří považují za nutné orientovat se ve zdravotnictví a sociální oblasti. Potažmo detailněji v NGO a považují za nutné se dále soustavně vzdělávat. Je odlišena od kategorie, která je zaměřena na citlivost problematiky. Jsem přesvědčena, že vnímání citlivosti problematiky totiž nelze naučit, naproti těmto „tvrdým“ datům, která se dají získat na seminářích či vzdělávacích akcích. Za nutnou dovednost ji považuje 6 manažerů.

- 9) Naslouchání – kategorie naslouchání je vytvořena z odpovědí „umět naslouchat“, což je kýžená dovednost a také jedno z kritérií efektivní komunikace, kterou považují za důležité 3 manažeři.

Ráda bych opět upozornila, že odpovědi mohou být zkreslené, protože manažeři vždy spadají do více kategorií. Jen u jednoho manažera se objevila pouze jediná kategorie, ostatních 27 odpovídalo více odpověďmi.

Tato část výzkumu byla zaměřena na kompetenční stranu manažerů. Celkové vyhodnocení ideálních kompetencí, tak jak je vidí a splňují manažeři, se nachází v závěru celé diplomové práce, umístěné do přehledné tabulky. Na kompetenční stranu manažera navazuje v dotazníkovém šetření osobnostní strana manažera.

4.5.2 *Osobnostní strana*

Celá diplomová práce je koncipována jako model ideálního manažera, jak po stránce kompetenční, tak i po stránce osobnostní. V tomto oddíle je vyhodnocena také osobnostní strana manažerů, podobným způsobem jako tomu bylo u stránky kompetenční.

Osobnostní strana byla složena z devíti otázek, zaměřených na osobnost manažerů, ale také na jejich subjektivní popis ideální osobnosti manažera.

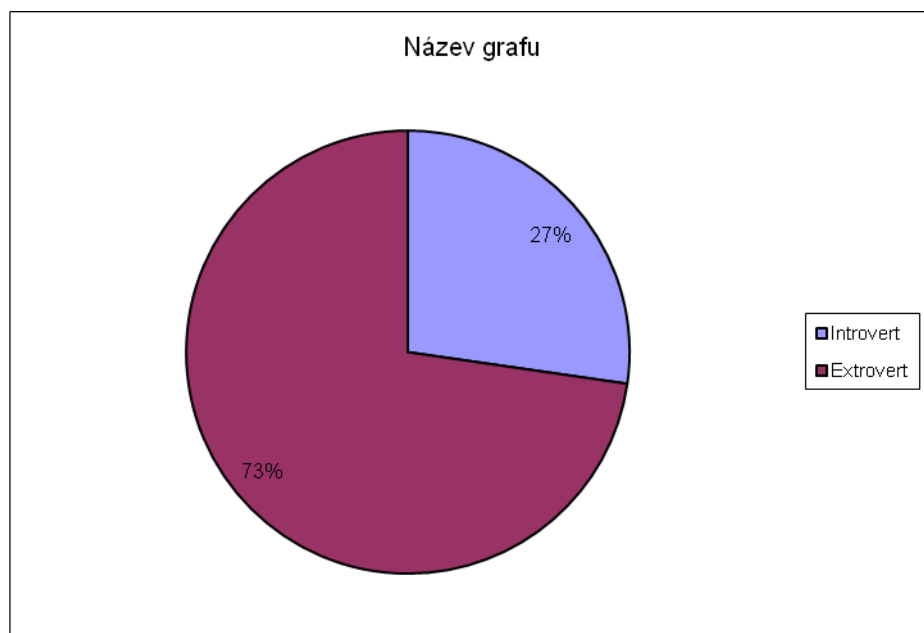
Otázka č. 12: „Vyberte jednu z možností svých rysů osobnosti, která převažuje.“

Tabulka 12: Typ osobnosti

Odpověď	Počet hlasů	Procenta
Introvert	9	27,3
Extrovert	24	72,7
Suma hlasů	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 12: Typ osobnosti



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je zřejmé, tato otázka byla položena pouze informativně, abych se dokázala orientovat, jak jsou osobnostně rozloženi manažeři služeb pro drogově závislé v současné době. Je evidentní, že se vyskytují na manažerských pozicích oba typy osobnosti, avšak extroverti značně převažují. Domnívám se, že významnější otázkou je otázka následující, i přestože vychází z otázky č. 12.

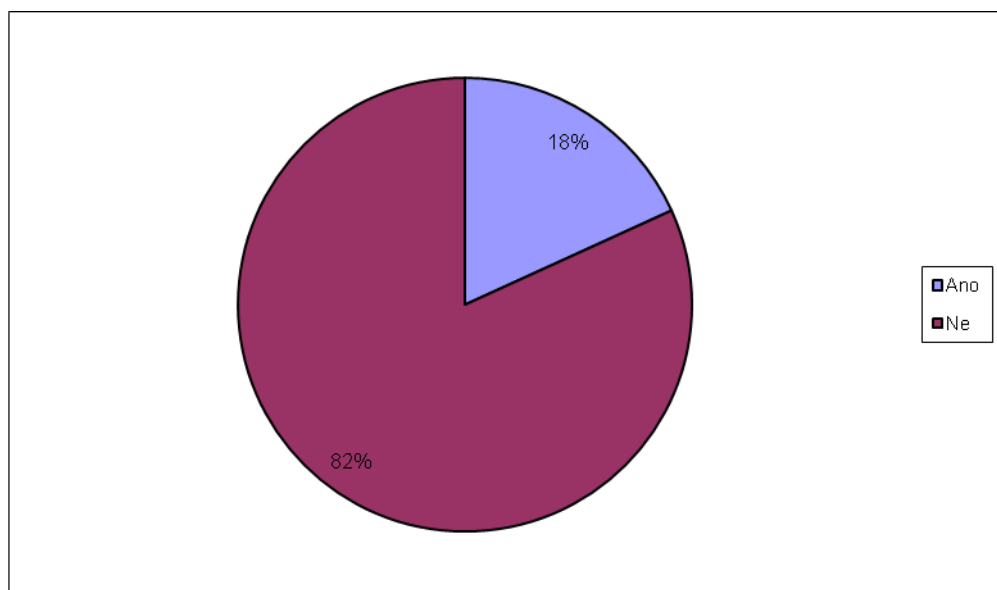
Otázka č. 13: „Jste přesvědčen, že opačná povaha, než jste dal/a v otázce č. 12 může značit horšího manažera?“

Tabulka 13: subjektivní názor na povahu manažera

Odpověď	Počet hlasů	Procenta
Ano	6	18,2
Ne	27	81,8
Suma hlasů	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 13: Subjektivní názor na povahu manažera



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak vyplynulo z dotazníkového šetření, 82% manažerů se domnívá, že manažer je stejně dobrý, jak s extrovertní tak s introvertní povahou. Pokud přepočítáme respondenty, zjistíme, že 27 respondentů je o tomto názoru přesvědčeno. Zbýlých se domnívá, že to značí horšího manažera. Vzhledem k faktu, že otázka byla položena tak, že nelze určit, kdo jak odpověděl, je zajímavé se pozastavit nad tím, že těchto šest respondentů by mohlo být z kategorie jak extrovertů, tak introvertů. Nicméně velmi potěšujícím faktem je, že tito tvoří menšinu a valná většina respondentů respektuje manažery opačné povahy, než jsou oni sami.

Otázka č. 14: „Vaši organizaci vedete spíše stylem Autokratickým, liberálním, nebo demokratickým?“

U otázky č. 14 byly u odpovědí vysvětleny pojmy následovně:

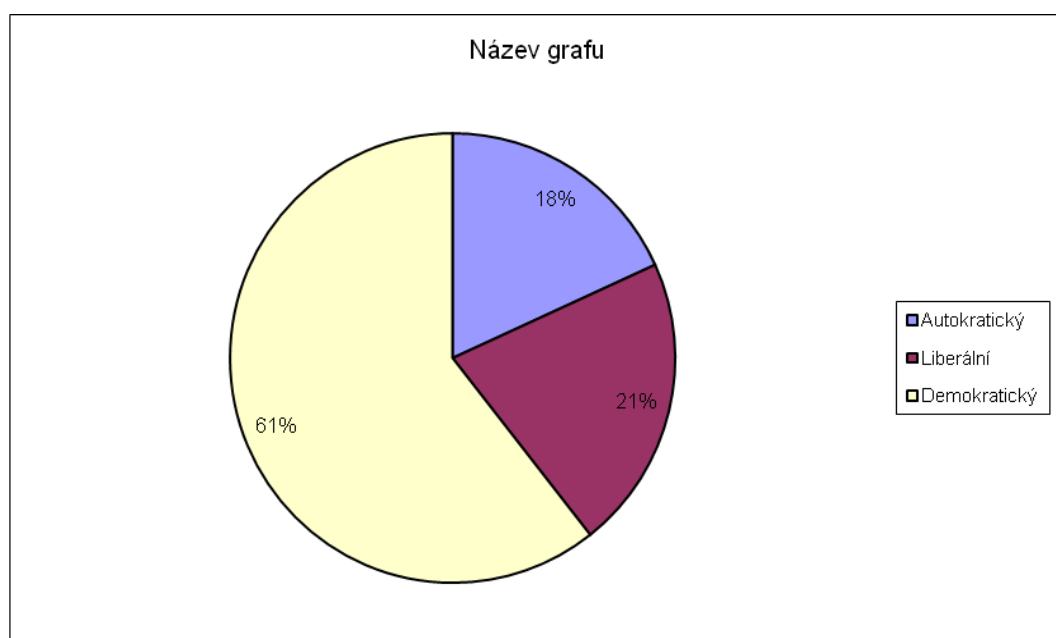
- 1) Autokratický styl - preferuje využívání pravomoci bez konzultace s ostatními, sám nejlépe ví, co a jak,
- 2) liberální – manažer je v roli konzultanta, svůj názor prezentuje pouze tehdy, je – li tázán, nechává věcem volný průběh,
- 3) demokratický – prosazuje u spolupracovníků, aby se volně vyjadřovali ke stanoveným cílům a úkolům, posiluje autoritu, uznání.

Tabulka 14: Typ vedení organizace

Odpověď	Počet hlasů	Procenta
Autokratický	6	18,2
Liberální	7	21,2
Demokratický	20	60,6
Suma hlasů	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 14: Typ vedení organizace



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je zřejmé, z dotazníkového šetření vyplynulo, že většina manažerů vede své organizace demokratickým stylem. Osobně jsem přesvědčena, že tento styl je nejvýhodnější, protože poskytuje jak silné slovo manažera, tak také klade důraz na názory zaměstnanců v organizaci a přenechává jim i část zodpovědnosti za svěřené úkoly-

Otázka č. 15: „Vypište, prosím, jaké by podle vás, měl mít manažer v této oblasti nezbytné povahové vlastnosti.“

Otázka č. 15 byla v dotazníkovém šetření nejnáročnější na zpracování výsledkům vzhledem k faktu, že každý manažer dostal otevřenou formu otázky a měl pět různých možností, jak mohl odpovědět. Opět jsem musela vytvořit kategorie, které bych k sobě

mohla přiřadit, ale vzhledem k okolnostem, kdy manažeři popisovali povahové vlastnosti a každý z nich může subjektivně vnímat jinak tyto kategorie vzniklo nakonec 46 vlastností. 46.

Otázka je zaměřena na 5 nezbytných vlastností, ze 46 jich tedy v konečném vyhodnocení je 5 s největším počtem odpovědí.

Vlastnosti byly vyhodnoceny tak, že byl vytvořen záznamový arch s vlastnostmi a ke každé z vlastností byl přiřazen bod, zda ji manažer považuje či nepovažuje za nezbytnou. Tímto způsobem se mi vykrytalizovalo těchto pět nezbytných vlastností.

Jen pro ilustraci vyjmenuji některé vlastnosti z daných 46ti, které nezískaly nejvyšší počet bodů, ale uvádělo je jako nezbytné, více než jeden manažer. Především můžeme hovořit o:

- 1) spolehlivosti,
- 2) organizovanosti práce,
- 3) průbojnosti,
- 4) ochotě vzdělávat se,
- 5) vstřícnosti,
- 6) upřímnosti,
- 7) čestnosti,
- 8) zodpovědnosti,
- 9) pozitivním přístupem.

Všechny tyto vlastnosti považoval za důležité více než jeden manažer, nicméně pět nejdůležitějších je uvedeno v tabulce.

Tabulka 15: Nezbytné vlastnosti manažerů

Vlastnosti	Počet respondentů
Empatie	18
Komunikativnost	14
Trpělivost	9
Rozhodnost	8
Zvědavost	5
Spravedlnost	5
Schopnost pracovat s lidmi	5

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je evidentní v tabulce je uvedeno více než pět vlastností a to zejména z důvodu, že poslední tři vlastnosti měly stejný počet hlasů. Jako nejdůležitější vlastnost považují manažeři schopnost být empatický, což se domnívám, je velmi podstatné pro výkon tohoto povolání.

Druhou nejdůležitější vlastností je pro manažery schopnost komunikace, což je velmi úzce spjata s empatií, protože je – li manažer empatický a umí se vcítit nejen do klientů, ale i do svých zaměstnanců, měl by také vědět, jak na to adekvátně reagovat, k čemuž slouží již zmíněná schopnost komunikace.

Třetí velmi podstatnou vlastností je trpělivost. Tu považuje za důležitou 9 manažerů. Osobně se domnívám, že by to mohlo být z toho důvodu, že práce s klienty, kteří jsou drogově závislí je sama o sobě velmi o trpělivosti a vezmeme – li v potaz, že manažer této služby přichází do kontaktu s těmito klienty a pracovníky, kteří s nimi pracují je trpělivost zcela jistě namístě.

Čtvrtou nezbytnou vlastností je pro manažery rozhodnost. Domnívám se, že zde opět hraje roli i klientela, protože jak je zřejmé i z literatury, klienti s drogovou závislostí potřebují jasná rozhodnutí a pravidla a je tedy vhodné, aby manažer takové organizace toto uměl dodržet i v rámci celé organizace.

Pátou nezbytnou vlastností, respektive, dalšími třemi, na pátém místě jsou zvědavost, která slouží manažerům k tomu, aby mohli svoji organizaci zlepšovat, spravedlnost a schopnost práce s lidmi. Velmi často u této poslední vlastnosti byla

poznámka – schopnost pracovat s jakýmkoli lidmi a v závorkách se vyskytovala jak poznámka ke klientele tak i ke spolupracovníkům.

Opět bych ráda zmínila, že šetření bylo provedeno tak, že manažer si nemusel vybrat pouze jednu odpověď, tudíž se stávalo, že opět byli manažeři, kteří vypsali pouze jednu vlastnost a manažeři, kteří jich napsali více. Všechny hlasy byly započítány.

Otázka č. 16: „Vypište pět svých pozitivních vlastností.“

Otázka č. 16 byla vyhodnocována stejným způsobem, jako otázka číslo 15. Bylo nutno vytvořit kategorie, respektive pozitivní vlastnosti a manažeři dostali otevřenou otázku, aby mohli vypsát svých 5 pozitivních vlastností. Konečný součet vlastností byl stanoven na 48 a opět bylo vybráno 5 s největším počtem hlasů. Pro lepší přehlednost je uvedena tabulka.

Tabulka 16: Pozitivní vlastnosti manažerů

Vlastnosti	Počet respondentů
Empatie	17
Trpělivost	12
Komunikace	8
Upřímnost	8
Vstřícnost	7
Zodpovědnost	6

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je zřejmé, tak odpovědi v tabulce č. 16 a v tabulce č. 15 jsou si až na pár drobností velmi podobné. Na tomto místě vyhodnotím pouze otázku, číslo 16, celkové vyhodnocení a nástin ideálního manažera bude popsán v samotném závěru celé diplomové práce.

Z 33ti dotazníků, které byly navraceny vyplynulo, že většina manažerů, kteří se podíleli na výzkumu jsou empatičtí, trpěliví a komunikativní. Tedy takoví, jací se nejen domnívají, že by měli být, ale oni jimi skutečně jsou.

Opět bych ráda zdůraznila také vlastnosti, které sice nejsou uvedeny v tabulce, ale získaly také více než jeden počet hlasů. Můžeme hovořit o:

- 1) pracovitosti,

- 2) schopnosti být organizátorem,
- 3) kreativitě,
- 4) přímosti,
- 5) pozitivním přístupem k práci a k životu,
- 6) učenlivosti,
- 7) schopnosti vycházet s různými typy lidí,
- 8) smyslu pro pořádek,
- 9) otevřenosti,
- 10) průbojnosti,
- 11) poctivosti,
- 12) schopnosti pracovat pod stresem a tlakem.

Velmi překvapivým zjištěním dotazníkového šetření bylo, že v této otázce, to, co někdo považuje za důležitou kladnou či pozitivní vlastnost jiný považuje za negativní. Otázka č. 17 byla tedy koncipována do negativních stránek manažerů a výsledkem bylo, že například vlastnost označenou jako upřímnost vnímají někteří manažeři jako velmi důležitou a pozitivní a jiní ji ve svém chování považují za negativní.

Otázka č. 17: „Vypište svých pět negativních vlastností.“

Tabulka 17: Negativní vlastnosti manažerů

Vlastnosti	Počet respondentů
Tvrdohlavost	12
Lenost	9
Prokrastinace	8
Výbušnost	8
Prosazování názorů za každou cenu	6
Špatné delegování	5
Ambicióznost	5

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

V tabulce je opět uvedeno více vlastností než 5, protože vlastnosti prokrastinace a výbušnost dostaly stejný počet hlasů, stejně jako špatná delegace a ambicióznost. Pod

pojmem špatná delegace bylo uváděno, že manažeři si raději dělají věci sami, než aby je delegovali či případně delegují úkoly na špatné lidi, zde by bylo vhodné zjistit konkrétní organizace, které tak odpovídali a zjistit proč jim nefunguje vzdělávání a předávání zodpovědnosti. Opět to může souviset také s typem řízení dané organizace.

Zajímavým zjištěním pro mě bylo, že ambicióznost se dostala do negativních vlastností a manažeři uváděli, že už hraničí jejich ambicióznost s workoholismem, což by bylo vhodné opět zjistit, zda u těchto organizací vůbec funguje supervize.

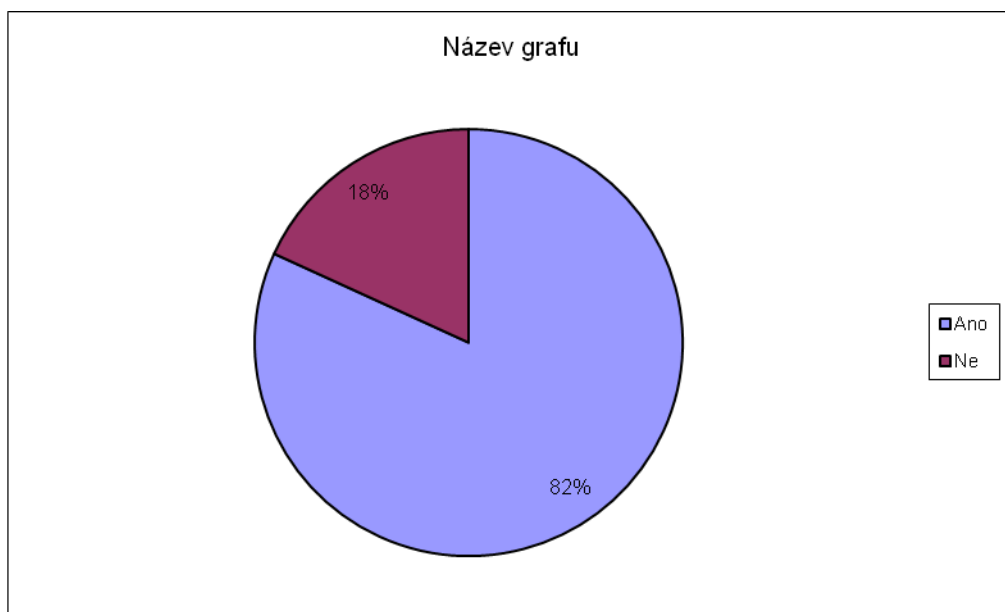
Otázka č. 18: „Myslíte si, že vaše negativní vlastnosti (či některá výrazně) ovlivňují výkon vaší profese, případně vás v této profesi brzdí?“

Tabulka 18: Ovlivnění výkonu negativními vlastnostmi

Odpověď	Počet hlasů	Procenta
Ano	27	81,8
Ne	6	18,2
Suma hlasů	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 15: Ovlivnění výkonu negativními vlastnostmi



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Jak je zřejmé z grafu a tabulky, tak 82% manažerů si je vědomo svých negativních vlastností a pocítují, že je nějakým způsobem ovlivňují či brzdí v jejich práci. Zjednodušeně řečeno jsou schopni takové sebereflexe, aby věděli, že tuto vlastnost mají, ale není příliš vhodná. Jsem přesvědčena, že 82% sice není malé číslo, ale jako pozitivní vnímám, že manažeři vědí pravděpodobně, o které z vlastností jde, tedy které jejich vlastnosti je brzdí a mohou s tím dále pracovat.

Vzhledem k okolnostem, že práce je zaměřena, jak na kompetence, tak na osobnost, je velmi pozitivním aspektem, že manažeři tyto dvě strany dokážou propojit a jsou si vědomi jejich limitů, které mají vliv na výkon manažera.

Otázka č. 19: „Myslíte si, že osobnost manažera hraje roli při výkonu tohoto povolání?“

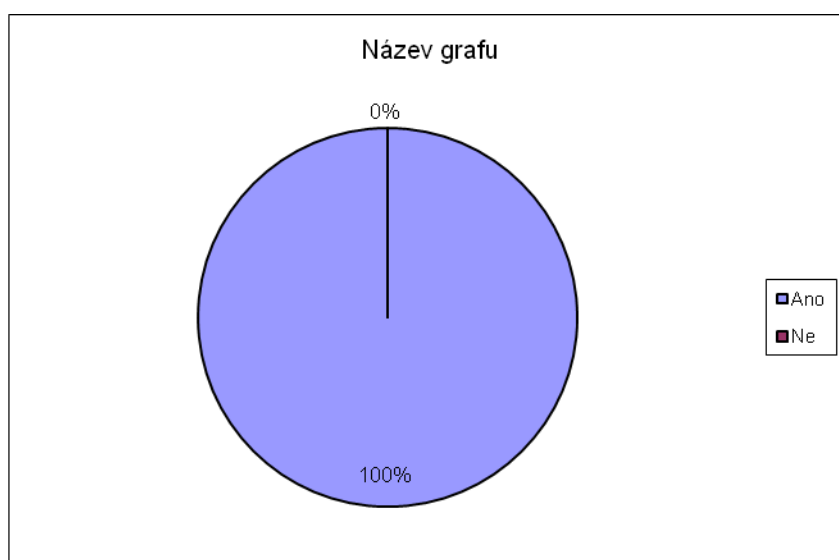
Otázka č. 19 je přesně typem otázky, kde odpovědi ukázaly, jak je důležité klást důraz na osobnost manažera.

Tabulka 19: důležitá osobnost manažera

Odpověď	Počet hlasů	Procenta
Ano	33	100
Ne	0	0,0
Suma hlasů	33	100

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 16: Důležitá osobnost manažera



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Zcela jednoznačně z této otázky vyplynulo, že je nutno klást důraz, nejen na stranu kompetenční, ale také na stranu osobnostní. Všichni manažeři se domnívají, že osobnost hraje velmi důležitou roli při vykonávání této profese. Je však důležité si uvědomit, že každá osobnost má i své negativní vlastnosti. V závěru celé práce bude tedy zhodnocena „ideální osobnost“ manažera, tak jak jí vidí daní manažeři.

Otázka č. 20: „Jednou z důležitých vlastností manažera jsou komunikační dovednosti, myslíte si, že ideální manažer v této oblasti by měl umět (seřad'te dle důležitosti – 1. Nejdůležitější, 3. Nejméně důležitá)“

Tato otázka byla do výzkumu diplomové práce zahrnuta, protože o komunikaci hovoří nejen literatura, ale také jak je vidno z praktické části, téměř všichni manažeři. Bylo tedy nutné si tři základní pilíře komunikace rozdělit dle důležitosti.

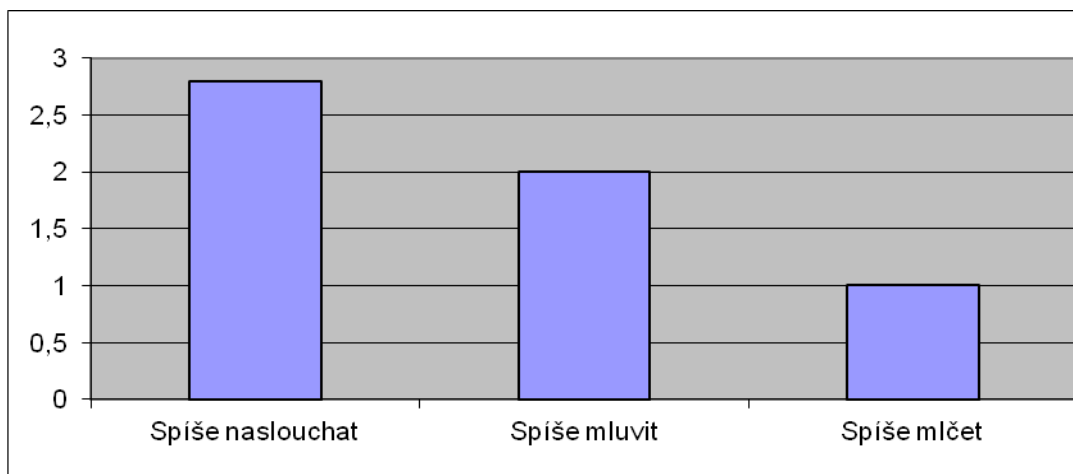
Zpracování odpovědí proběhlo tak, že manažeři dostali tři základní pilíře komunikace – mlčení, naslouchání a rozhovor a měli je seřadit dle důležitosti, při čemž 1 znamenala nejdůležitější vlastnost a 3 nejméně důležitou.

Tabulka 20: Důležitost komunikačních dovedností

Odpověď	Důležitost
Spíše naslouchat	2,8
Spíše mluvit	2
Spíše mlčet	1

Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Graf 17: Důležitost komunikačních dovedností



Zdroj: Autorka práce (vlastní šetření), 2015

Z odpovědí u poslední otázky je zřejmé, že valná většina manažerů považuje za nejdůležitější umět naslouchat, což pokud bychom se hlouběji podívali např. na otázku 15, tedy jaké ideální vlastnosti by měl manažer mít – nalezneme tam odkazy přímo na „umět naslouchat“. Otázka není podrobně rozpracována na čísla, protože zde byla nutná důležitost nikoli počet respondentů.

Podrobněji a detailněji bude celý výzkum zanesen do tabulky v podkapitole 4.6.

Za velmi důležité ještě považuji zde na konci podkapitoly Výsledky výzkumu podotknout, že ze 73 manažerů, kteří jsou bráni jako finální počet respondentů, jich šest odpovědělo emailem, že dotazník není určen pro ně, ale pokud budu jevit zájem, že mi jej rádi vyplní. Po uvážení jsem rozhodla, že pokud by se podíleli na dotazníkovém šetření, dostala bych zkreslené informace a nebylo by možno je použít. Vzhledem faktu, že z těchto šesti byli 2 lékaři v soukromé ordinaci a neměli tedy podřízené a 4 terapeuti – taktéž bez podřízených. Bylo tedy nutno tyto odpovědi vyřadit.

K mému překvapení odpovídali formou emailu, zřejmě věděli, že jejich vyplnění by narušilo celý průběh dotazníkového šetření. Těchto šest tedy nebylo vůbec započítáno.

4.6 Nástin ideálního manažera

Jak bylo zmíněno již v úvodu práce, před samotným šetřením bylo toto téma konzultováno s několika odborníky, kteří sdělili, že žádné schéma ideálního manažera neexistuje, nicméně oni jako odborníci, pracující v oboru již několik let vědí, jak vést organizaci.

Celý výzkum byl zaměřen na jednotlivé osobnosti s jejich kompetencemi a jejich subjektivní názory, jak by měl správný manažer takových služeb vypadat.

K mému překvapení vyšlo z dotazníků najevo, že valná většina manažerů nemá žádný manuál kompetencí ve své organizaci, přestože kompetence obecně jsou stanoveny a popisovány v několika publikacích a desítkami autorů. Domnívám se, že lze jmenovat alespoň dva, jako jsou Armstrong nebo Koubek, kteří popisují jak má řízení lidských zdrojů vypadat.

Bylo zjištěno, že pokud je manuál stanoven v organizaci většinou se řídí přesně těmi kompetencemi, které popisuje odborná literatura. Především tedy:

- 1) Plánování,
- 2) Organizování,
- 3) Vedení,
- 4) Motivace,
- 5) Kontrola.

Odborná literatura k tomu ještě přidává zvládnání personalistiky. Naproti tomu vynechávají někteří autoři fundraising nebo účetnictví a etické kodexy, což manažeři, kteří sestavují manuály velmi často považují za nutné.

Naproti tomu manažeři pracující v organizacích, které manuál nemají, řídí své organizace na základě spíše kompetencí či vlastností spojených spíše se samotnou osobností a chybí jim „podklad“ ve formě psaných kompetencí. Jedná se především o řízení na základě:

- 1) Intuice,
- 2) Svědomí,
- 3) Zkušeností,
- 4) Inteligence,
- 5) Komunikačních dovedností,
- 6) Vzdělání,
- 7) Kombinace různých přístupů,
- 8) Osobnosti,
- 9) Organizační kultury,
- 10) Etických kodexů.

Valná většina těchto „měkkých“ dovedností se potom objevuje i ve zmiňovaných subjektivních pohledech na ideálního manažera.

Vzhledem k faktu, že v otázce č. 7 došlo k téměř poloviční shodě, kdy někteří manažeři jsou se svými kompetencemi spokojeni a druzí naopak nejsou. Považuji za opět velmi nutné zmínit, že dalším bodem k lepšímu vedení organizace je ochota vzdělávat se a

pracovat na sobě, opět to můžeme zahrnout do celkového hodnocení ideálního manažera, protože tato kompetence je zmíněna ještě v dalších odpovědích.

Další kompetencí, kterou považují za nutné z celkových odpovědí je kontrola případně vedení a motivace lidí. Pokud se podíváme do tabulky číslo 9, zjistíme, že tyto oblasti – především pak kontrola dělá manažerům problémy. To by mohlo souviset opět s otázkou zaměřenou na negativní vlastnosti, kdy odpovídali manažeři, že neumí delegovat úkoly.

Z další tabulky (konkrétně č. 11) vyplynulo, že manažeři těchto organizací by měli vynikat oproti jiným povoláním v komunikaci, empatii a také citlivosti na daná témata a v ochotě se vzdělávat, což dokazují nejen odpovědi ze strany kompetenční, ale také ze strany osobnostní.

Otázky 11 a 12 byly směřovány na obecnou charakteristiku osobnosti, zda je manažer extrovert či introvert, ale vzhledem k faktu, že většina manažerů se domnívá, že jedna či druhá povaha neznačí horšího manažera, nebylo nutno se tím zabývat hlouběji.

Naproti tomu otázka číslo 14 zaměřena na styl vedení organizace jasně ukázala, že většina manažerů vede styl demokratickým způsobem. Jistěže jsem si vědoma, že každý styl vedení má svá pro i proti, ale vzhledem k faktu, že v dalších odpovědích byl kladen důraz na otevřenost a rozhodnost. Myslím si, že pokud bychom hovořili o autokratickém vedení, tak to je sice rozhodné, ale nikoli otevřené a naproti tomu liberál je sice velmi otevřený, ale nikoli tak pevný a rozhodný. Demokratický styl vedení se promítl i v jednotlivých osobnostních vlastnostech.

Otázka 15 je právě zmíněnou otázkou, která by mohla dokládat, proč je demokratické vedení to nejlepší, protože vezmeme – li odpovědi manažerů, jaké jsou podle nich nezbytné vlastnosti – dostáváme – komunikativnost, empatii, trpělivost, rozhodnost, zvědavost, spravedlnost a schopnost pracovat s jakýmkoli typem člověka.

Otázky č. 16 a 17 pak byly zaměřeny na konkrétní vlastnosti daných manažerů, kdy došlo k tomu, že tak jak si představují ideálního manažera po stránce osobnostní, tak komunikaci, empatii a také trpělivost sami splňují.

Otázka č. 18 byla zaměřena na to, zda negativní vlastnosti brzdí manažery. Většina z nich odpověděla, že ano, což může opět značit kompetenci či vlastnost – ochota se dále vzdělávat či učit se novému, tak aby byli lepšími manažery.

A poslední otázka zaměřena na komunikační dovednosti, které, jak z výzkumu vyplývá, jsou nezbytné pro manažery v této oblasti, byla vyhodnocena jako dovednost naslouchat, potom mluvit a následně mlčet.

Vzhledem k faktu, že podkapitola nese název Nástin ideálního manažera, bych zde na konci této podkapitoly vytvořila přehlednou tabulku ideálního manažera a v závěru celé práce ji pak zhodnotila.

Ideální manažer služeb pro drogově závislé	
Kompetence	Vlastnosti
Plánovač	<ol style="list-style-type: none"> 1. Plánuje úkoly sobě i ostatním 2. Umí rozdělit a delegovat jednotlivé úkoly a zodpovědnost
Organizátor	<ol style="list-style-type: none"> 1. je schopen organizovat čas i lidi 2. Netrpí prokrastinací, 3. Zvládá vše v časovém předstihu, nikoli však v co nejkratším termínu
Vůdce	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozhodný 2. Pevný ve svých rozhodnutích 3. Přímý 4. Dokáže si poradit sám 5. Zodpovědný za svá rozhodnutí
Motivátor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dokáže lidi motivovat 2. Práci bere jako poslání 3. Je schopen sám pracovat za minimální mzdu
Fundraiser	<ol style="list-style-type: none"> 1. orientuje se na finančním trhu 2. Zná konkurenci 3. Umí spravovat projekty
Odborník = Vzdělaný v oboru	<ol style="list-style-type: none"> 1. má adekvátní vzdělání dle zákona 2. Orientuje se v zákonech, vyhláškách 3. Zná etický kodex 4. Podílí se na seminářích a vzdělávacích akcích
Ochota dále se vzdělávat	<ol style="list-style-type: none"> 1. aktivně se podílí na svém růstu 2. Je učenlivý, 3. Umí pracovat pod tlakem 4. Využívá zkušeností svých i kolegů i jiných přístupů
Komunikátor	<ol style="list-style-type: none"> 1. umí komunikovat s různým typem lidí 2. Je empatický – umí se vžít a především naslouchat 3. Adekvátně reaguje 4. Je vstřícný a otevřený všem lidem a všem věcem 5. Umí pracovat se svými negativními vlastnostmi 6. Je upřímný, nebojí se dělat i negativní

	rozhodnutí
--	------------

IV. Závěr

Závěrem zhodnotím celou diplomovou práci. Diplomová práce s názvem Manažerské kompetence v sociálních a zdravotnických službách poskytovaným klientům s drogovou závislostí je rozdělena do dvou velkých celků. Teoretickou a praktickou část.

Teoretická část je zaměřena spíše deskriptivně a výkladově a popisuje v jednotlivých kapitolách, co je drogová závislost a pojmy s ní spojené. Dále se zaměřuje na kompetence v sociálních a také zdravotnických organizacích a v neposlední řadě také na osobnost člověka.

Praktická část je potom zaměřena na samotné šetření, které je detailně popsáno v jednotlivých kapitolách od samotného promyšlení, přes sběr dat až analýzu výsledků.

V praktické části v závěru je tabulka, která nastiňuje model ideálního manažera. Ráda bych zde ještě na konci práce zhodnotila, jak probíhala tvorba této tabulky.

Tabulku s kompetencemi a osobnostní stranou jsem vytvořila na základě výsledků dotazníkového šetření. Dotazníkového šetření se zúčastnilo pouze 33 manažerů, i když osloveno jich bylo 89. Jak je zmíněno již v podkapitole Výzkumný vzorek, některé emailové adresy i přes snahu najít dané osoby na webových stránkách či opakované urgenci se nepodařilo dohledat a emaily doručeny nebyly vůbec. A za jiné byla najita náhrada formou jiné kontaktní osoby, která zastupuje již tu, která je chybně uvedena. I přesto byl konečný počet dotazníků stanoven na 73 a odpovědí přišlo zpět 39.

Jak jsem již zmínila z 39ti bylo nutno ještě 6 vyřadit, protože se nejednalo o manažery, ale lékaře či terapeuty v soukromých ordinacích.

Na základě tohoto výsledku se domnívám, že nelze výzkum považovat za příliš relevantní, ale jako nástin či subjektivní názor manažerů se zcela jistě považovat dá.

Kompetence byly vytvořeny v souladu s odbornou literaturou, vlastními zkušenostmi manažerů a také jejich subjektivními názory. Ke každé kompetenci byly přiřazeny ty vlastnosti osobnosti, u kterých se domnívám, že spolu úzce souvisí a nelze je oddělovat. Jak jsem zmínila již několikrát v průběhu zpracování výsledků, vlastností bylo vyjmenovááno zhruba přes 40, jak těch pozitivních, tak těch ideálních, tak i negativních. Bylo tedy zpracováno jen to kvantum, které mělo nejvyšší počty hlasů od samotných manažerů. Pozitivních vlastností je to zřejmé, negativní vlastnosti byly zpracovány tak, že byly pojmenovány a opět zařazeny ke kompetenci, jen s opačným přívlastkem. Byla – li

teda vlastnost negativní například „vše zvládat v co nejkratším termínu“ – byla najita kompetence a vlastnost k tomu pojmenovaná „umí dodržet termíny“.

Ráda bych ještě poznamenala, že z práce nevyplývalo jednoznačně, zda by měl manažer být vysloveně extrovertní či introvertní osobností, protože manažeři a i odborná literatura se domnívá, že obě tyto strany povahy mají něco do sebe. U manažerů vycházím především z toho, že většina z nich byla přesvědčena, že kvalitním manažerem může být jak extrovert, tak introvert.

Výzkum nebyl shledán reprezentativním z důvodu nízké návratnosti dotazníků. Otázkou zůstává proč i přes prvotní dvě fáze, kdy byly obeslány organizace s dotazem, zda se budou podílet i na finální verzi dotazníku, pak již někteří neodpovídali. Uvědomuji si, že manažeři jsou velmi časově vytíženi a i z toho důvodu byl zvolen dotazník formou elektronického odkazu, nicméně i přes to, bylo faktem, že dotazník nezabíral více než 10 minut. Nicméně stále tu zůstává možnost, že mohla být pootevřena Pandořina skříňka a poukázáno na nepřítomnost manažerských kompetencí.

Domnívám se, že tato diplomová práce by mohla sloužit jako manuál některým organizacím či návod samotným manažerům, protože obsahuje v teoretické části spoustu užitečných informací. Tyto informace by samozřejmě mohli posloužit jako vzdělávací materiál i laické veřejnosti. Pokud by diplomová práce měla sloužit jako daný manuál manažerů, tedy jak má správně vypadat manažer, bylo by zřejmě vhodné, celý výzkum provést ještě jednou ve všech pražských organizacích a se všemi pražskými manažery. Zmiňuji zejména pražské, protože jsem přesvědčena, že pokud bychom prováděli výzkum kupříkladu na Moravě či v jiných zemích, byly odpovědi zcela jiné, zejména kvůli demografickým, politickým a sociálním aspektům.

Literatura

- Adameček, Kalina, Těmínová – Richterová. 2003. In Kalina. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR
- Bém, P. 2003. In Kalina. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR
- Dvořáček, J. 2003. Kalina. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR
- Dvořák, Z. 2003. In Kalina. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR
- Hampl, K. 2003. In Kalina. *Drogy a drogové závislosti*. Praha: Úřad vlády ČR
- Havrdová, Z. (1999). *Kompetence v praxi sociální práce*.
- Holub, J. (1. 1. 2014). Mezinárodní klasifikace nemocí.
- Hunt. (2006). *Dějiny psychologie*.
- Kalina. (2003). *Drogy a drogové závislosti*.
- Klíma, P. (2007). *Kontaktní práce*.
- Matoušek. (2013). *Encyklopedie sociální práce*.
- Mravčík. (2013). *výroční zpráva o stavu ve věcech drog v ČR v roce 2013*.
- Nakonečný, M. (1998). *Psychologie osobnosti*.
- Pavel Hartl, H. H. (2010). *Velký psychologický slovník*.
- Plamínek, J. (1996). *Řízení neziskových organizací*.
- Plamínek, J. (2003). *Vedení lidí, týmu a firem*.
- Presl. (1994). *Drogová závislost*.
- Říčan, P. (2007). *Psychologie osobnosti - obor v pohybu*.
- Šimková, E. (2004). *základy managementu a marketingu pro neziskové organizace*.
- Vyhláška 55/2011. (1. 3 2011).
- Zákon 96/2004 . (2004).
- Zákon č. 108/ 2006 Sb. (17. 4 2007). *O sociálních službách* . Praha: Poradce s. r. o.

Přílohy

Příloha A- Etický kodex sociálních pracovníků

Etické zásady

Sociální práce je založena na hodnotách demokracie a lidských práv. Sociální pracovníci proto dbají na dodržování lidských práv u skupin i jednotlivců, tak jak jsou vyjádřeny v Chartě lidských práv Spojených národů a v Úmluvě o právech dítěte.

Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu, či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti.

Sociální pracovník respektuje právo každého jedince na seberealizaci v míře, aby současně nedocházelo k omezení takového práva druhých osob.

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

Sociální pracovník pomáhá jednotlivcům, skupinám, komunitám a dobrovolným společenským organizacím svými znalostmi, dovednostmi a zkušenostmi při jejich rozvoji a při řešení konfliktů jednotlivců se společností a jejich následků.

Sociální pracovník musí dávat přednost své profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby, které poskytuje, musí být na nejvyšší odborné úrovni.

Pravidla etického chování sociálního pracovníka

Ve vztahu ke klientovi

Sociální pracovník vede své klienty k vědomí odpovědnosti sám za sebe. Sociální pracovník jedná tak, aby chránil důstojnost a lidská práva svých klientů.

Sociální pracovník pomáhá se stejným úsilím a bez jakékoliv formy diskriminace všem klientům. Při žádné formě diskriminace nespolupracuje a nezúčastní se jí.

Chrání klientovo právo na soukromí a důvěrnost jeho sdělení. Data a informace požaduje s ohledem na potřebnost při zajištění služeb, které mají být klientovi poskytnuty. Žádnou informaci o klientovi neposkytne bez jeho souhlasu. Výjimkou jsou osoby s

omezenou způsobilostí k právním úkonům, nebo jestliže jsou ohroženy další osoby. V případech správního řízení umožňuje účastníkům tohoto řízení nahlížet do spisů.

Sociální pracovník dbá, aby klienti obdrželi všechny služby a dávky sociálního zabezpečení, na které mají nárok, a to nejen od instituce, ve které je zaměstnán, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienty o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Pomáhá řešit i jiné záležitosti a problémy klienta týkající se jiné složky jeho života.

Sociální pracovník hledá možnosti jak zapojit klienty do procesu řešení jejich problémů.

Ve vztahu ke svému zaměstnavateli

Sociální pracovník odpovědně plní své povinnosti vyplývající ze závazku ke svému zaměstnavateli.

V zaměstnavatelské organizaci vytváří takové podmínky, které umožní sociálním pracovníkům v ní zaměstnaným přijmout a uplatňovat závazky, vyplývající z tohoto kodexu.

Snaží se ovlivňovat sociální politiku, pracovní postupy a jejich praktické uplatňování ve své zaměstnavatelské organizaci s ohledem na co nejvyšší úroveň služeb poskytovaných klientům.

Ve vztahu ke svým kolegům

Sociální pracovník respektuje znalosti a zkušenosti svých kolegů a ostatních odborných pracovníků. Vykonává a rozšiřuje spolupráci s nimi a tím zvyšuje kvalitu poskytované sociální služby.

Respektuje rozdíly v názorech a praktické činnosti kolegů, ostatních odborných a dobrovolných pracovníků.

Kritické připomínky k nim vyjadřuje na vhodném místě a vhodným způsobem.

Ve vztahu ke svému povolání a odbornosti

Sociální pracovník dbá na udržení a zvyšování prestiže svého povolání. Neustále se snaží o udržení a zvýšení odborné úrovně sociální práce a uplatňování nových přístupů a metod.

Brání tomu, aby odbornou sociální práci prováděl nekvalifikovaný pracovník bez příslušného vzdělání.

Je zodpovědný za své soustavné celoživotní vzdělávání a výcvik, což je základ pro udržení stanovené úrovně odborné práce a schopnosti řešit etické problémy a dilema.

Pro svůj odborný růst využívá znalosti a dovednosti svých kolegů a jiných odborníků, naopak své znalosti a dovednosti rozšiřuje v celé oblasti sociální práce.

Ve vztahu ke společnosti

Sociální pracovník má právo i povinnost upozorňovat širokou veřejnost a příslušné orgány na způsoby, kterými společnost, vláda nebo přispívají k obtížím a utrpení lidí a nesnaží se o jejich ukončení.

Zasazuje se o zlepšení sociálních podmínek a sociální spravedlnosti tím, že podněcuje změny v zákonech, politice státu i v politice mezinárodní.

Upozorňuje na možnost spravedlivějšího rozdělení společenských zdrojů a potřebu zajistit přístup k těmto zdrojům těm, kteří to potřebují.

Působí na rozšíření možnosti a příležitosti ke zlepšení kvality života pro všechny lidi, a to se zvláštním zřetelem ke znevýhodněným a postiženým jedincům a skupinám.

Sociální pracovník působí na zlepšení podmínek, které zvyšují vážnost a úctu ke kulturám, které vytvořilo lidstvo.

Platnost kodexu od 1. 1. 1995

PROJEKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno studenta: Bc. Veronika Zeťáková, DiS.

Osobní číslo: 358 266 06

Ročník imatrikulace: 2013

Název diplomové práce:

Manažerské kompetence v sociálních a zdravotnických službách poskytovaných klientům s drogovou závislostí.

Formulace problému

Diplomová práce bude zaměřena na zjištění manažerských kompetencí v sociálních a zdravotnických službách, které jsou zaměřeny na drogově závislé klienty.

Hlavním problémem, který si diplomová práce klade za cíl vyřešit, je zjištění jaké manažerské kompetence by měl mít manažer takové služby. Jedná se především o to, že kompetence manažera jsou již nastaveny, ale většina publikací se jimi zabývá pouze v obecné rovině. Cílem diplomové práce je zjistit, zda osobnost manažera hraje roli pro správnou aplikaci těchto kompetencí do praxe. Vzhledem k faktu, že osobnostní rysy jsou nedílnou součástí každého z nás a každý z nás má jiné dispozice k vykonávání určité profese, považuji za nutné tato dvě odvětví propojit.

Ráda bych se zaměřila na sociální a zdravotnické služby pro drogově závislé, protože sociální práce s drogově závislými klienty v těchto službách má svá určitá specifika a je tedy pravděpodobné, že i manažer takové služby by měl tato specifika splňovat, ať již z pohledu kompetencí či osobnostních rysů. Zjednodušeně řečeno, ne všichni lidé se hodí pro práci s drogově závislými, ať již kvůli schopnostem a dovednostem, které mají, nebo osobnostnímu zaměření.

Na základě rešerší článků, studia literatury a konzultací s některými manažery daných služeb bylo navíc zjištěno, že tento model nikde není nastaven. Manažeři vědí, jak mají pracovat se svojí cílovou skupinou, případně i to, jaké osobnostní rysy by měli mít,

ale písemný model tohoto „ideálního manažera“ není nastaven. Bylo zjištěno, že někteří manažeři toto téma konzultovali alespoň ústně, jiní se nad ním ani nepozastavili. Některé z organizací také projevily případný zájem o výsledek diplomové práce, zda vůbec lze takto zobecnit a charakterizovat „ideálního manažera“ služeb pro drogově závislé. Zda lze vytvořit kompetenční model manažera služeb pro drogově závislé.

Pracovní postupy

Diplomová práce bude rozdělena do dvou částí – teoretická a praktická. V teoretické části budou popsány sociální a zdravotnické služby blíže a na základě literatury budou uvedeny také rozdíly pro jednotlivé služby, protože zcela jistě budou kladeny jiné nároky na zdravotnické služby a jiné na sociální služby. Dalším bodem bude popis všech kompetencí manažera, a také výňatek z psychologie o charakteristikách osobnosti. Nedílnou součástí teoretické části bude také popis specifík práce s drogově závislými klienty.

Praktická část bude zaměřena na dotazníkové šetření u konkrétních manažerů služeb pro drogově závislé. Otázky budou zaměřeny jak na současné „znalosti“ kompetencí a jejich kvalitní naplňování, tak na otázky směřující k osobnosti manažera a dojde k propojení s kompetencemi, zda si manažeři myslí, že některá vlastnost osobnosti je zcela nezbytná, či zda je něco brzdí v jejich kvalitním naplňování těchto kompetencí.

Vzorkem respondentů, na kterém bude dotazníkové šetření provedeno, budou manažeři jednotlivých služeb z Prahy a Středočeského kraje. Osloveni budou manažeři jak sociálních tak i zdravotnických služeb. Případně budou provedeny doplňující rozhovory s jednotlivými manažery.

V závěru práce tedy zjistíme komplexní kompetenční model – nejen praktických kompetencí, ale také osobnostních rysů, a zda je vůbec možné vytvořit rámec „ideálního manažera.“ Všechny odpovědi manažerů budou zaznamenány a bude vytvořeno doporučení pro kompetenční model manažera služeb pro drogově závislé.

Bibliografie:

1. Bali, Dwivedi. Healthcare knowledge management. ISBN 978-0-387-49009-0

2. Beneš M., Andragogika – teoretické základy, 2. Vydání. Praha : Eurolex Bohemia s. r. o., 2003. ISBN 80-86432-23-8
3. Beneš M., Úvod do andragogiky. Praha : Karolinum, 1997. ISBN 80-7184-381-4.
4. Havrdová Z., Kompetence v praxi sociální práce. Praha : Osmium, 1999. ISBN 80-902081-8-5
5. Havrdová Z. a M. Hajný. Praktická supervize. 1. Vyd., Praha : Galén, 2008. ISBN 978-80-7262-532-1
6. Hawkins, P a R. Shoet. Supervize v pomáhajících profesích. 1. Vydání. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-715-9
7. Koubek, J. Řízení lidských zdrojů. 2. Vydání. Praha : Management PRESS, 2002. ISBN 80-85943-51-4
8. Matoušek, O. Encyklopedie sociální práce. Praha : Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0366-7
9. Matoušek, O. Metody a řízení sociální práce. Praha : Portál, 2003. ISBN 80-7178-548-2
10. Plamínek J. Vzdělávání dospělých. Praha : Grada, 2011. ISBN 80-7254-496-9
11. Plamínek J. Vedení lidí, týmu a firem – praktický atlas managementu. Praha : Grada, 2003. ISBN 80-247-0403-X
12. Říčan P. – Psychologie osobnosti, Praha: Grada,
13. TSUI, M. *Social work supervision – contexts and concepts*. California: Sage Publications, Inc., 2005. ISBN 0-7619-1766-7
14. VODÁČEK, L. - VODÁČKOVÁ, O.: Moderní management v teorii a praxi. Praha: Management Press, 2006.
15. Zákon 108/2006 Sb. o sociální práci
16. Návrh profesního zákona sociálních pracovníků

FORMULÁŘ PRO REGISTRACI TÉMATU DIPLOMOVÉ PRÁCE

Jméno studující/ho:

Bc. Veronika Zet'áková, DiS.

UČO:

358 266 06

Katedra:

Řízení a supervize v sociálních a zdravotnických organizacích

Rok imatrikulace na katedře:

2013

Název předchozí bakalářské (magisterské) práce:

Supervize jako nástroj vzdělávání sociálních pracovníků

Název práce:

Manažerské kompetence v sociálních a zdravotnických službách poskytovaných klientům s drogovou závislostí

Anglický název práce:

Managerial competence in social and health services focused on drug addicted clients

Vedoucí diplomové práce: Mgr. Monika Havlíčková

Krátká anotace práce (max. 5-10 řádků):

Diplomová práce si klade za cíl popsat a vytvořit kompetenční model „ideálního manažera“ sociálních a zdravotnických služeb pro drogově závislé klienty. Vzhledem k faktu, že kompetence manažerů jsou popsány pouze v obecné rovině, bude se diplomová práce zaměřovat také na osobnost manažera – na propojování osobnostních rysů s kompetencemi a na to, jak jsou tyto dva faktory v souladu a zda dochází k jejich aplikaci do praxe. Teoretická část práce bude spíše analytická, zaměřena na popis osobnosti, kompetencí manažerů, popis jednotlivých služeb a specifika práce s drogově závislými klienty.

Praktická část bude mít podobu dotazníkového šetření, kdy samotní manažeři budou odpovídat na otázky související s naplňováním jejich kompetencí v souladu s jejich osobností.

Výsledkem celé práce bude nastavení kompetenčního modelu „ideálního manažera“ služeb pro drogově závislé

